



Projekt SYMPHONIE - Teilprojekt 3

Bericht der Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit an die Projektorganisation

Erstellt für:

Sanitätsdepartement Basel-Stadt

Finanzdepartement Basel-Stadt

Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft

Finanz- und Kirchendirektion Basel-Landschaft

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. M. Conzelmann (FPS), L. Erb (VSD), PD Dr. N. Friederich (KSB), Dr. W. Kübler (HMC), Prof. Dr. D. Scheidegger (AGru Spitzenmedizin SDK), Prof. Dr. T. Sulser (KBS), Dr. D. Toia (KSL, 1. Workshop), Dr. R. Wormser (HMC), Prof. Dr. W. Zimmerli (KSL, ab 2. Workshop)

Verfasser

Dr. W. Kübler / Dr. R. Wormser

Helbling Management Consulting AG
Bernstrasse 88
CH-8953 Dietikon

Telefon: +41 / 1 / 743 83 11

Fax: +41 / 1 / 743 83 03

E-mail: wku@helbling.ch

www.helbling.ch

Projektverantwortlicher: Dr. Roland Wormser

Projektleiter: Dr. Werner Kübler

Dietikon, 21. März 2002

R2

**Inhalt**

1	Zusammenfassung	3
2	Ausgangslage.....	4
3	Auftrag der Arbeitsgruppe	4
4	Grundlagen	5
5	Vorgehensweise	5
6	Wichtige Rahmenbedingungen	6
	6.1 Spitalverbund	6
	6.2 Kosteneinsparungen	6
7	Klärung der Begriffsdefinitionen.....	7
	7.1 Definitionen der Spitalliste BS/BL.....	7
	7.2 „Hochspezialisierte Versorgung“ bzw. Zentrumsmedizinische Dienstleistung	8
	7.2.1 Gesamtschweizerischer Ansatz.....	8
	7.2.2 Konzentration der „hochspezialisierten“ Dienstleistung?.....	8
	7.2.3 Definition “Zentrumsmedizinische Versorgung”	9
	7.3 „Spezialisierte Versorgung“	10
	7.4 „Grundversorgung“	10
	7.5 „Universitäre medizinische Dienstleistung“	10
	7.6 Zusammenfassung der Begriffe	11
8	Zusammenhang der Versorgungskategorien, Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung	11
9	Grundlegende Analysen für die Modellentwicklung	12
	9.1 Denkmodelle für eine Dezentralisierung	12
	9.1.1 Beschreibung der Denkmodelle.....	12
	9.2 Analyse der medizinischen Interdependenz der Fachdisziplinen	14
	9.3 Analyse der Zukunftstrends für die einzelnen Disziplinen.....	14
	9.4 Strategische Überlegungen	14
	9.4.1 Strategische Chance nutzen	14
	9.4.2 Drei strategische Stossrichtungen für Standortmodelle	14
10	Vorschläge für mögliche Standortmodelle (sog. „Grobmodelle“).....	16
	10.1 Grobmodell Herz-Thorax-Zentrum	17
	10.2 Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik.....	19
	10.3 Grobmodell Bewegungsapparat-Zentrum (Zentrum für Muskulo-skelettale Medizin).....	21
	10.4 Grobmodell zusätzliche Zentralisierung von Kliniken.....	23
	10.5 Grobmodell “Insel-Cluster”	26
11	Validierung der Bewertungskriterien	28
12	Empfehlung der Arbeitsgruppe	28
13	Anhänge	28



1 Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Bericht unterbreitet die Arbeitsgruppe Dezentrierbarkeit der Projektorganisation ihre Vorschläge für mögliche Modelle einer aus Sicht der Medizin und Patienten sachlich sinnvollen Fachgebietsaufteilung der medizinischen Dienstleistung¹ auf verschiedene Standorte zur weiteren Detaillierung, Berechnung und Bewertung.

Die Arbeitsgruppe ist die Entwicklung dieser Grobmodell-Vorschläge systematisch, möglichst breit und unter Einbezug der in der Vergangenheit bei verschiedenen Gelegenheiten in unterschiedlicher Detaillierung vorgebrachten Ideen und Modelle angegangen.

Die vorbereitenden Arbeiten haben folgende wesentliche Zwischenergebnisse gebracht:

- Die Frage der Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung (in anderen Worten, die Aufteilung der Versorgungskategorien auf verschiedene Standorte) muss verneint werden, d.h. es ist nicht sinnvoll, an einem Standort ohne Grundversorgung eines Fachgebietes spezialisierte oder hochspezialisierte Versorgung anzubieten. Namentlich braucht gerade auch eine Universitätsklinik die Grundversorgung, um ihren Lehr- und Forschungsauftrag zu erfüllen.
- Eine „universitäre medizinische Dienstleistung“ gibt es nicht. Die Unterschiede zur nicht universitären Medizin beruhen auf Forschung, Lehre und methodischer Innovation, und nicht auf einem grundsätzlichen Qualitätsunterschied der medizinischen Versorgung im Einzelfall. Damit stellt sich die Frage der Standortaufteilung nicht für die „universitäre Medizin“, sondern für die Fachgebietsaufteilung des öffentlichen Dienstleistungsangebots auf die gegebenen Standorte.

Die von der Arbeitsgruppe zur weiteren Detaillierung und Bewertung vorgelegten Grobmodelle sind drei strategischen Stossrichtungen zuzuordnen: Strategische Dezentrierungsmodelle mit Ausnutzung des Doppelstandortes Bruderholz und Basel mit Nutzung des baulich sowieso anstehenden Sanierungsbedarfs im Bruderholz, Zentralisierungsmodelle und sogenannte Dezentrierung kleinerer Fachgebiete im Sinne von „Inselösungen“.

Die Vorschläge umfassen im Einzelnen:

1. Herz-Thorax-Zentrum
2. Elektiv-/Wochen-Klinik
3. Bewegungsapparat-Zentrum („muskulo-skelettales Zentrum“)
4. Zusätzliche Zentralisierung von Kliniken
5. „Insel-Cluster“

Die Arbeitsgruppe verzichtet auf eine Empfehlung im Sinne einer Präferenz oder Rangliste der vorgelegten Vorschläge von Grobmodellen zur Standortaufteilung. Eine abschliessende Beurteilung der Modelle kann erst aufgrund detaillierter Betrachtungen, Präzisierungen sowie einer Vollkostenrechnung erfolgen; sehr viele Faktoren müssen systematisch in die Betrachtung einbezogen werden.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt jedoch, die *sich bietende Chance zu einer strategischen Gestaltung der Spitallandschaft beider Basel* insofern zu wahren, als die strategischen Dezentrierungsmodelle trotz der damit verbundenen höheren Anforderungen an die Umsetzung und die partnerschaftliche Kooperation der beiden Kantone und trotz der zu erwartenden grösseren Widerstände in der weiteren Betrachtung bleiben sollten.

¹ Zum ursprünglichen Wortlaut des Auftrages vgl. die Ausführungen in Kapitel 3.



2 Ausgangslage

Im Rahmen des Projekts „Regionale Spitalplanung beider Basel“, das unter Begleitung von Helbling Management Consulting AG im November 2001 begonnen wurde, wird als eines von drei Teilprojekten das „Teilprojekt 3, Regionale Spitalplanung durchgeführt. In diesem Teilprojekt geht es darum, mögliche Modelle der Fachgebiets-Aufteilung der Universitätsmedizin auf die Standorte der Spitäler der öffentlichen Hand aufzuzeigen. Dem Teilprojekt wurde eine „Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit“ zugeordnet, welche die Grundlagen aus Sicht der Medizin zu erarbeiten hat.

In der Schweiz war in den letzten Jahren weniger die Dezentralisierung als vielmehr die Konzentration von Leistungen oder ganzer Spitäler auf weniger Standorte ein vielfach bearbeitetes Thema. Beiden Vorgängen ist jedoch gemeinsam, dass die Bemühungen sehr häufig nicht nur auf Widerstand der Stakeholder stossen, sondern auch auf die hohe Emotionalität des Themas bei der sich mit „ihrem“ Spital identifizierenden Bevölkerung. In diesem Zusammenhang sei auf v.a. in den achtziger und neunziger Jahren gescheiterte Projekte in den Kantonen St. Gallen, Fribourg, Bern, Wallis, Waadt usw. hingewiesen. Die vorliegende Aufgabe ist insofern besonders herausfordernd, als sie nicht nur die Verteilung von „universitätsmedizinischen“ Leistungen und/oder Kliniken auf mehrere Spitäler, sondern auch die Konzentration von Disziplinen aus jetzt drei bis vier Spitäler auf in Zukunft nur noch zwei oder ein Spital umfasst.

Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass eine grössere Veränderung der Standortsituation der medizinischen Dienstleistung mit grossen Problemen und Widerständen verbunden ist. Mehrere Mitglieder der Arbeitsgruppe haben selbst in ähnlichen Projekten mitgewirkt, die an der Umsetzung gescheitert sind. Der hohe Zeitdruck erschwert dabei die Erarbeitung fundierter Grundlagen, mag vielleicht aber auch ein Vorteil im Sinne eines Drucks zu faktischem Pragmatismus sein. Die Arbeitsgruppe hat sich bei der Entwicklung von Vorschlägen nach medizinischen Gesichtspunkten und Kosteneinsparungsmöglichkeiten ausgerichtet.

3 Auftrag der Arbeitsgruppe

- Die „Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit“ erarbeitet Vorschläge für mögliche Modelle einer aus Sicht der Medizin und Patienten sachlich sinnvollen Fachgebietsaufteilung der universitären Medizin auf verschiedene Standorte und validiert die Kriterien und Bewertungsraster für die Nutzwertanalyse².
- Sie prüft dabei die Frage der Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung.
- Sie berichtet dem Teilprojekt-Team 3.

Die Arbeitsgruppe versteht den Kern des Auftrags (Fachgebietsaufteilung auf Standorte) so, dass es nicht nur darum geht, einzelne dezentralisierbare Fachgebiete zu nennen, sondern auch im Hinblick auf strategische Überlegungen sinnvolle Einheiten zusammenzustellen.

² Der Auftrag „Vorschläge zur Fachgebietsaufteilung der *universitären Medizin*“ musste im Verlauf der Arbeiten neu definiert werden, weil ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeiten gezeigt hat, dass es eine universitäre Medizin in Bezug auf die medizinische Dienstleistung nicht gibt. Damit stellte sich die Frage nach Vorschlägen für eine Standortverteilung der verschiedenen Fachgebiete der medizinischen Dienstleistung. Die Erteilung von universitären Lehraufträgen und Professuren und die Bezeichnung von Universitätskliniken und ggf. Akademischen Lehrkrankenhäusern (Arbeitstitel) ist aus dieser Sicht und aufgrund der Ergebnisse des Teilprojektes 1 grundsätzlich von der Fragestellung der Standorte der Dienstleistungsangebote der öffentlichen Hand trennbar.



4 Grundlagen

- Definitiver Vorgehensplan für das Projekt „Symphonie“, Regionale Spitalplanung beider Basel, enthalten in der Offerte Nr. 2271.1565 vom 11. Dezember 2001 von Helbling Management Consulting AG, Dietikon
- „Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin“, Zweiter Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Version 2.0 vom 11.12.2001

Die Arbeitsgruppe hatte im weiteren Kenntnis von einzelnen Ergebnissen aus folgenden Papieren, ohne dass diese der Gruppe vorgelegen haben:

- Expertenbericht im Auftrag des Vorstehers des Sanitätsdepartementes Basel-Stadt, Herrn RR Dr. Carlo Conti: vom 19.2.2001 (vertraulich)
- Workshop-Papier der Arbeitsgruppe „Regionale Planung der universitären Medizin“ vom 2./3.11.2001 (vertraulich)

5 Vorgehensweise

Die Arbeitsgruppe hat den vorliegenden Bericht in 5 Workshops (wovon 2 ganztägige) zwischen Dezember 2001 und März 2002 erarbeitet.

Als Basis für die Entwicklung von Vorschlägen für Standortmodelle wurden folgende Vorarbeiten und Analysen vorgenommen:

- Aufstellung einer Gesamtliste aller Kliniken und Institutseinheiten der zunächst in Betrachtung stehenden vier öffentlichen Spitäler (Kantonsspital Basel KBS, Kantonsspital Bruderholz KSB, Kantonsspital Liestal KSL, Felix-Platter-Spital Basel FPS) und Erfassung von Grunddaten hierzu.
- Beurteilung der Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung bzw. von spezialisierter Versorgung und hochspezialisierter Versorgung (dabei handelt es sich um einen expliziten Teilauftrag).
- Beurteilung der zu erwartenden zukünftigen Entwicklung der einzelnen Fachdisziplinen in Bezug auf Fallzahlenentwicklung, Auswirkungen medizin-technischer Fortschritte und zu erwartender Wettbewerbssituation.
- Analyse der medizinischen Abhängigkeiten der einzelnen Fachdisziplinen voneinander, als Mass für die Notwendigkeit, die Disziplinen am gleichen Standort zu führen (sog. medizinische Interdependenz)
- Klärung der Begriffe für die Versorgungskategorien („hochspezialisierte Versorgung“, „spezialisierte Versorgung“ etc.) sowie des Begriffs der „universitären Medizin“ in Bezug auf deren Anwendbarkeit für die Dezentralisierungsfrage
- Herleitung aller systematisch denkbaren Möglichkeiten zur Dezentralisierung von Fachdisziplinen (sog. Denkmodelle für eine Dezentralisierung)
- Zusammentragen der in der Vergangenheit in den beiden Kantonen angedachten Standort-Modelle und Überlegungen zur Fokussierung von Kliniken, soweit greifbar.

Basierend auf diesen Grundlagen wurde die eigentliche Modellentwicklung in zwei Schritten vollzogen: Zunächst wurden die aus medizinischer Sicht denkbaren und sinnvoll erscheinenden Kombinationen von Fachdisziplinen an einem Standort möglichst vollständig dargestellt („sog. Gestaltungselemente“). Daraus wurden zusätzlich zu den bereits aus der Vergangenheit vorliegenden Modellen eine grössere Zahl von dezentralisierenden Grobmodellen gebildet. Nach Prüfung der medizinischen Auswirkungen der Grobmodelle im Gesamtsystem und Abschätzung der finanziellen Auswirkungen schieden noch mehrere Grobmodelle aus. Die verbleibenden dezentralisierenden Grobmodelle sowie ein Zentralisierungsmodell wurden noch vertieft skizziert und werden der Projektorganisation zur weiteren, insbesondere quantitativen Detaillierung und Bewertung vorgeschlagen.



6 Wichtige Rahmenbedingungen

Die Arbeitsgruppe hat sich einerseits mit den Eckwerten des Projekts Symphonie, andererseits mit Erfolgsfaktoren für die Umsetzung auseinandergesetzt. Aufgrund einschlägiger Erfahrung mehrerer Gruppenmitglieder weist die Arbeitsgruppe mit Nachdruck darauf hin, dass folgende Erfolgsfaktoren³ von entscheidender Bedeutung sind:

6.1 Spitalverbund

1. **Organisationsform:** Damit die dezentralisierten Disziplinen nicht in ein Spannungsfeld unterschiedlicher Entscheidungs- und Finanz-Interessen gelangen, ist die Zusammenfassung der betroffenen Spitäler in einen Spitalverbund (irgendeiner Organisationsform) mit entsprechender Führung sicherzustellen.
2. **Vernetzung:** Innerhalb dieses Spitalverbundes ist die gemeinsame IT-Infrastruktur inkl. der Realisierung von gemeinsamen Grundlagen wie Diagnostik, elektronische KG zwingend, ansonsten Redundanzen und die Gefahr von Wiederholung bereits am anderen Ort gemachter Leistungen unvermeidlich werden.
3. **Interkantonale Unterschiede,** insbesondere in Tarifen, beinhalten sehr problematische Anreize zwecks Erhaltung von Vorteilen am einen oder anderen Ort. Diese können zur Bekämpfung des Projekts oder zum Unterlaufen der Umsetzung in der täglichen Praxis führen. Für einen nachhaltigen Erfolg müssen diese Anreize, falls sie nicht eliminiert werden können, sehr gut kontrolliert werden.
4. **Privatkliniken:** Der Einbezug setzt Steuerungsmöglichkeiten voraus, ansonsten diese aufgrund ihrer Flexibilität immer Nischen finden (werden), welche ggf. Planungen für die Dezentralisierung/Konzentration hinfällig werden lassen. Andernfalls sind für die staatlichen Spitäler die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass sie gegenüber privaten Anbietern konkurrenzfähig sein können. Diese Rahmenbedingungen beinhalten insbesondere eine Selbständigkeit dergestalt, dass das oder die Spitäler flexibel agieren und reagieren können⁴.

6.2 Kosteneinsparungen

Die Arbeitsgruppe hat die grundsätzlichen Möglichkeiten geprüft, durch die Koordination des stationären Dienstleistungsangebotes Kosteneinsparungen⁵ zu erzielen.

- Im Krankenhausbereich sind betreuungs- (und damit personal-)intensive, im 24h-Dienst funktionierende, mit Vorhaltungspflicht und je nach Fachdisziplin oft auch mit hohem apparativem Aufwand verbundene Einheiten besonders kostenintensiv.
- Eine Kosteneinsparung gegenüber heute lässt sich im Gesamtsystem der Spitalversorgung der beiden Kantone vor allem dann erreichen, wenn wenigstens teilweise auf solche kostenintensive Einheiten verzichtet wird. Erfahrungsgemäss sind grössere Einsparungen innerhalb einzelner Disziplinen oder im betrieblichen Bereich wesentlich schwieriger zu erzielen.
- Eine weitere Möglichkeit zur Kosteneinsparung besteht in der Reduktion der Komplexität. Erfahrungsgemäss sind Krankenhäuser mit hoher Komplexität (Multidisziplinarität verbunden mit entsprechender Grösse des Hauses) kostenintensiver als Krankenhäuser mit wenigen, aufeinander enger abgestimmten Disziplinen.

³ Die hier aufgeführten Erfolgsfaktoren lassen sich mit der in der Betriebswirtschaft anerkannten Notwendigkeit der adäquaten Balance von Kompetenzen und Verantwortung, oder, präzisiert definiert, von Entscheidungskompetenzen, Leistungsmessung und Anreizsystemen auf jeder Entscheidstufe in Verbindung bringen (vgl. dazu zB. die Arbeiten zu Agenturtheorie und Organisationsarchitektur von M.C. Jensen und J.A. Brickley).

⁴ In diesem Zusammenhang ist eine Entwicklung in BL erwähnenswert, indem im neuen Spitaldekret der Einbezug von Belegärzten an den öffentlichen Spitälern möglich wird.

⁵ Der Eckwert 1 im Wortlaut: "Das Gesundheitswesen für die Bevölkerungen der beiden Kantone ist unter Wahrung der qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung insgesamt kostengünstiger und effizienter zu gestalten." Der Sub-Eckwert 1c lautet: "Eine Kosteneinsparung gegenüber heute muss darstellbar sein. Dazu ist die anzuwendende Kostenbasis ‚IST‘ zu definieren"



Neben den erwähnten Effizienzfaktoren im Spitalbereich sind im Gesundheitswesen Faktoren wie demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, steigende Nachfrage, Medikamentenpreise und die Anreizmechanismen wichtige Treiber für Kostensteigerungen. Diese Kostentreiber können mit dem Projekt und generell durch die kantonale Gesundheitspolitik wenig beeinflusst werden. Die in den späteren Projektphasen zum Vergleich der Modelle eingesetzte Kostenrechnung wird dieser Situation Rechnung tragen. Bleibt die Kostendynamik im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren weiterhin ungebrochen, muss leider erwartet werden, dass die allgemeine Kostensteigerung die aufgrund des Projektes erzielten Einsparungen im Spitalbereich wegfrisst.

7 Klärung der Begriffsdefinitionen

Die Arbeitsgruppe sah sich veranlasst, die klare Definition von Begriffen anzugehen. Dies, weil nicht nur im Auftrag, sondern auch in vielen anderen Dokumenten Definitionen insbesondere zu „medizinischen Versorgungskategorien“ verwendet werden, welche in der Praxis nur schwer fassbar sind. Folgende Begriffe werden diskutiert:

- Grundversorgung
- Spezialisierte Versorgung
- Hochspezialisierte Versorgung
- Zentrumsmedizin
- Universitäre Medizin

7.1 Definitionen der Spitalliste BS/BL

Als offizielles und vom KVG abgeleitetes Dokument soll hier die Spitalliste BS/BL mit ihren Definitionen vorangestellt werden. Die Liste verwendet folgende Definitionen (Zitat):

„Es wird zwischen drei Versorgungskategorien unterschieden:

- *Grundversorgung (G):*
Stationäre Grundversorgung im Akutspital bedeutet die elektive Abklärung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten mit häufig auftretenden Krankheiten, Verunfallten und Schwangeren, die in der Regel ohne den Einsatz aufwendiger technisch-apparativer Mittel sowie spezialisierter Arbeitsteams erfolgen können.
- *Spezialisierte Versorgung (S):*
Umfasst das Leistungsspektrum der stationären Grundversorgung sowie die Behandlung von Krankheiten und Unfällen, welche sowohl diagnostisch und therapeutisch hohe technisch-apparative als auch spezialisierte fachliche Anforderungen stellen.
- *Hochspezialisierte Versorgung (Universitäre Medizin; HS):*
Das Leistungsspektrum der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung ist erweitert um das universitäre Angebot. Dazu bedarf es hochspezialisierten Fachpersonals sowie hochdifferenzierter medizinisch-technischer Geräte und Ausrüstungen.“ (Ende Zitat)

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass diese Definitionen sich für die Analyse allfälliger Dezentrierbarkeit von Disziplinen *nicht eignen*, weil sie zu wenig deutlich sind. So gibt es z.B. für die „Hochspezialisierte Versorgung“ *keine eindeutige Definition des hochspezialisierten Fachpersonals und hochdifferenzierter medizinisch-technischer Geräte*, womit die Grenzen zur „Spezialisierten Versorgung“ verwischen. Auch lassen sich diese Definitionen für die Leistung gegenüber Patienten nicht anwenden.



7.2 „Hochspezialisierte Versorgung“ bzw. Zentrumsmedizinische Dienstleistung

7.2.1 Gesamtschweizerischer Ansatz

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass eine gesamtschweizerisch etablierte Definition der „Hochspezialisierten Versorgung“ oder „hochspezialisierten Medizin“ nicht zur Verfügung steht. Die gesamtschweizerische "Arbeitsgruppe Spitzenmedizin" der SDK⁶ hat zum Zeitpunkt der Niederschrift des vorliegenden Berichtes an die SDK in ihrem zweiten Zwischenbericht einen umfassenden inhaltlichen und organisatorischen Vorschlag zum weiteren Vorgehen für Bezeichnung der Leistungen mit gesamtschweizerischem Koordinationsbedarf unterbreitet⁷. Entsprechende Ergebnisse sind nicht vor Ende 2002 zu erwarten.

Die Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit verzichtet vor diesem Hintergrund auf eine eigene Definition der auf nationaler Ebene zu koordinierenden „hochspezialisierten Medizin“. Problematisch ist jedoch, dass auf gesamtschweizerischer Ebene mit dem Begriff „hochspezialisiert“ ein Begriff verwendet wird, der in vielen kantonalen Spitalisten und anderen Dokumenten auftaucht⁸.

7.2.2 Konzentration der „hochspezialisierten“ Dienstleistung?

Jahrzehntlang wurde die sog. „hochspezialisierte medizinische Leistung“ an universitären Zentren erbracht. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch geändert:

- Wie auch immer definiert wird, führt die medizinische und technische Entwicklung erfahrungsgemäss dazu, dass sich aus heutiger Sicht hochspezialisierte Leistungen in vielen Fällen innert 1-2 Jahrzehnten in Richtung spezialisierter Leistungen entwickeln und in gewissen Fällen sogar zu Grundversorgungsleistungen werden. Die *Definition ist deshalb dynamisch und muss laufend angepasst werden*.
- Sehr wichtig ist die Aussage, dass hochspezialisierte Medizin / sog. "Spitzenmedizin" nicht einfach gleichgesetzt werden kann mit teuren und/oder komplizierten Behandlungen, z.B. gewisse Leistungen von Augenchirurgie und (mikroskopischer) Handchirurgie / Rekonstruktionen.
- Andererseits gibt es Erkrankungen, die sehr selten sind und daher immer ein hochspezialisiertes Zentrum benötigen (z.B. schwere Verbrennungen oder pädiatrische Herzchirurgie). Solche Leistungen müssen auf nationaler Ebene angeboten werden.
- Im gleichen Masse sind seltene Erkrankungen, z.B. solche, die eine allogene und autologe Knochenmarkstransplantation notwendig machen, auf regionaler Ebene zu konzentrieren.
- Für hochspezialisierte Leistungen ist die enge Zusammenarbeit von mehreren verschiedenen Fachdisziplinen in der Regel notwendig.

Statt definierter Leistungen, welche die sog. „hochspezialisierte“ Versorgung charakterisieren sollen, eignen sich vielmehr folgende Beurteilungsfaktoren:

- **Vorhaltungsbedarf** an hochspezialisierten oder sehr teuren Geräten und / oder einer 24-Stunden-Kapazität von hochspezialisiertem Fach-Know-How.
- **Fallzahlen** zur Auslastung dieser Kapazitäten, mit entsprechenden Konsequenzen für die nötigen Grössen der Einzugsgebiete.
- **Versorgungsdistanz**: In der Schweiz zeichnet sich ab, dass jene Leistungen gesamtschweizerisch koordinierbar sind, für welche, einfach formuliert, „die ‚Gesellschaft‘ bereit ist, 150 km zu fahren“.

⁶ Aufgrund des ebenfalls schwierig zu definierenden Begriffs der „Spitzenmedizin“ zieht die Arbeitsgruppe Spitzenmedizin für sich die Bezeichnung "Arbeitsgruppe hochspezialisierte Medizin SDK" vor.

⁷ „Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin“, Zweiter Zwischenbericht der Arbeitsgruppe Spitzenmedizin zuhanden des Vorstandes der SDK, Version 2.0 vom 11.12.2001

⁸ Es wäre zu prüfen, inwiefern auf schweizerischer Ebene nicht ein Begriff wie „national zu koordinierende hochspezialisierte Medizin“ zu verwenden wäre.



Als derzeit voraussichtlich auf schweizerischer Ebene zu koordinierende Leistungen gelten⁹:

- Behandlung von Schwerstverbrennungen
- Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie (namentlich Skoliosechirurgie)
- Kinderherzchirurgie
- Interventionelle Neuroradiologie
- Foetale Chirurgie

7.2.3 Definition „Zentrumsmedizinische Versorgung“

Anstelle des Begriffs „hochspezialisierte Versorgung“ verwendet die Arbeitsgruppe den Begriff der sog. „Zentrumsmedizinischen Versorgung“, um die weiter unten skizzierte Absicht der Erhöhung der Schlagkraft von entsprechenden Entitäten zu untermauern. Um weitere Verwechslungen zu vermeiden, wird in der Folge nur noch der (zugegebenermassen anderorts z.T. unterschiedlich gebrauchte) Begriff „Zentrumsmedizinische Versorgung“ verwendet.

Die Arbeitsgruppe schlägt als Definitionskriterium für die Zugehörigkeit einer hochspezialisierten Disziplin zur *zentrumsmmedizinischen Versorgung* folgenden Kriterienraster vor:

- Verfügbarkeit von spezialärztlichem Know-How rund um die Uhr während 365 x 24 Stunden, gleichbedeutend mit mindestens 4 SpezialärztInnen mit FMH-Titel der entsprechenden Disziplin. (Dabei ist von einer Zahl von i.d.R. 2-3 festangestellten FMH-Titel-Trägern auszugehen, und einer zusätzlichen Zahl von Oberärzten, von welchen mindestens 50% den Titel bereits erworben haben; in vielen Disziplinen entspricht dies einem Kriterium zur Anerkennung als Weiterbildungsstätte Kategorie A durch die Fachgesellschaften der FMH).
- Nachweisbare Fallzahlen für diesen Level. Dabei ist noch festzulegen, von welcher Instanz die Fallzahlen kommen sollen (EU und/oder die durch die jeweilige Fachgesellschaft festgelegten. Ggf. könnten dies später auch durch die Kostenträger definierte Mindestfallzahlen sein).
- Leistung, die in einem der beiden Halbkantone bereits heute angeboten wird.

Die Beurteilung der einzelnen Kliniken in Bezug auf zentrumsmedizinische Schlagkraft gemäss diesen Überlegungen geht aus Anhang 1 hervor.

Die Bildung eines Schwerpunkts einer Spezialdisziplin an einem Standort gemäss obenstehender Definition schliesst das Angebot dieser Spezialdisziplin an einem zweiten Standort nicht explizit aus. Nach Ansicht der Arbeitsgruppe sollte allerdings in solchen Konstellationen die fachliche Verantwortung durch eine einzige Person sichergestellt werden, die für beide Standorte zuständig ist¹⁰.

⁹ Für die Spitalplanung ist als Nebenaspekt von Bedeutung, dass der Kanton Basel-Stadt heute über keine separaten Finanzmittel für Bezahlung ausserkantonaler erbrachter hochspezialisierter Leistungen verfügt (d.h. entsprechende Kosten werden dem Budget für die eigenen Institutionen belastet).

¹⁰ Innerhalb der Disziplinen an zwei Standorten stellt sich grundsätzlich die Frage nach der Führungsstruktur. Diese Frage akzentuiert sich in einem Verbund. Wird eine Führungsstruktur mit zwei Chefs gewählt, so ist darauf hinzuweisen, dass den Vorteilen von komplementären fachlichen Wirkungen und der gegenseitigen Vertretung wesentliche Nachteile gegenüberstehen. Die Lösung ist nur realisierbar, wenn eine Instanz besteht, welche über für beide Chefs bindende strategische Kompetenz verfügt und wenn eine Kompatibilität der Persönlichkeiten gegeben ist. Die Lösung bildet somit in jedem Falle eine *nicht dauerhafte* ad-personam-Struktur.

Eine Führungsstruktur mit nur einem Chef pro Disziplin ist demgegenüber grundsätzlich stabiler und langfristig anwendbar. Dabei ist zu beachten, dass die Personalentscheide durch die entsprechende Klinik in Absprache mit dem fachlich verantwortlichen Spezialisten gefällt werden.

Für die Weiterbildung ist zwischen den Standorten ein Rotationssystem zu institutionalisieren.



7.3 „Spezialisierte Versorgung“

Die „spezialisierte Versorgung“ ist das Angebot, welches in einem Krankenhaus mit Spezialisten, die den entsprechenden FMH-Titel tragen¹¹, erbracht wird. Obwohl die Unterscheidung zur Grundversorgung fließend sein kann, kann die „spezialisierte Versorgung“ dadurch unterschieden werden, dass einzelne Disziplinen als offizielle, durch die Spitalliste gestützte Dienstleistungen bekannt gemacht werden können. Sie übernimmt aber nicht die oben skizzierte zentrumsmedizinische Versorgung.

7.4 „Grundversorgung“

Die Versorgungskategorie Grundversorgung umfasst alle Leistungen, welche keine zentrumsmedizinische oder spezialisierte Leistung benötigen.

Charakteristisch ist die Funktion als „Triagestelle“, welche aber eine „spezialisierte“ Leistung erbringen kann, wenn das entsprechende Angebot vorhanden ist.

7.5 „Universitäre medizinische Dienstleistung“

Der Begriff „universitär“ beinhaltet vor allem *den Auftrag von Lehre und Forschung* und differenziert **nicht** in bezug auf das medizinische Angebot. Im Gegenteil: Für die Lehre ist die Grundversorgung entscheidend (vgl. „akademische Lehrkrankenhäuser“ in Deutschland).

Dabei gelten folgende Feststellungen zur universitären medizinischen Dienstleistung:

- Es gibt keinen *medizinischen* Unterschied zu „hochspezialisierter oder spezialisierter Versorgung“
- in der „medizinischen Qualität“ kaum „bessere“ Leistung
- Unterschiede bestehen in Bezug auf:
 - Forschung
 - Lehre
 - Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Modalitäten; inklusive experimentelle Therapieansätze.

Aus diesen Ausführungen folgt, dass es *eine „universitäre medizinische Dienstleistung“ nicht gibt*¹².

Die oben definierte zentrumsmedizinische Versorgung steht selbstverständlich trotzdem in einem praktischen Zusammenhang mit dem universitären Auftrag: In der Regel – aber nicht in jedem Falle zwingend – wird die Professur für eine zentrumsmedizinische Spezialdisziplin in einer Region, welche nicht über ein Einzugsgebiet für mehrere zentrumsmedizinische Standorte verfügt, an den Standort mit der entsprechenden zentrumsmedizinischen Klinik vergeben werden.

Im weiteren ist zu beachten, dass die Region Basel in der Regel zu klein ist, um mehrere Standorte mit zentrumsmedizinischer Versorgung der gleichen Disziplin zu tragen.

¹¹Mit Spezialarzt-Titel FMH sind hier insbesondere im internmedizinischen Bereich auch die früher als „Subdisziplinen“ bezeichneten Titel gemeint wie z.B. Kardiologie, Gastroenterologie usw.

¹² Entsprechend empfiehlt die Arbeitsgruppe, den Eckwert 1e des Lenkungsausschusses sinngemäss anzupassen. Eine mögliche Formulierung würde lauten: <Projektgegenstand in Bezug auf die Spitalplanung sind zunächst die zukünftigen Standorte aller Kliniken mit zentrumsmedizinischer Versorgung; bei der Beantwortung der Frage der zukünftigen Standorte sind die Auswirkungen auf die übrige medizinische Versorgung ... einzubeziehen. Dabei ist dem Modell der drei Versorgungskategorien „Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, zentrumsmedizinische Versorgung“ zu folgen>.

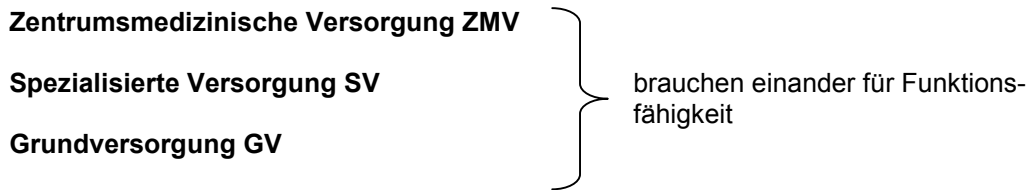


7.6 Zusammenfassung der Begriffe

Grundversorgung	Umfasst alle Leistungen, welche keine zentrumsmedizinische oder spezialisierte Leistung benötigen. Schliesst auch eine Triagefunktion ein.
Spezialisierte Versorgung	Angebot der Leistung mit den entsprechenden FMH-Spezialisten bei deren Anwesenheit; Die Leistung soll auf kantonaler Spitalliste als offizielle Dienstleistung bezeichnet sein.
Zentrumsmedizinische Versorgung	= Zentrumsmedizin: Verfügbarkeit von Spezialisten mit FMH-Titel rund um die Uhr, für dieses Fach notwendige Fallzahlen und Leistung, die bereits in einem der beiden Halbkantone angeboten wird. In diesem Bericht statt (jedoch nicht gleichbedeutend mit) „hochspezialisierte Medizin / Versorgung“ gebraucht.
Universitäre Medizinische Versorgung	gibt es als solche nicht. Kein medizinischer Unterschied zur „hochspezialisierten“ oder „spezialisierten“ Medizin. Unterschiede vielmehr in den Bereichen Lehre, Forschung und Methoden-Entwicklung.
Hochspezialisierte Versorgung	National und in den Spitalisten verwendeter Begriff mit schwieriger Abgrenzbarkeit zur spezialisierten Versorgung; wird für die Dezentralisierbarkeitsfrage nicht verwendet

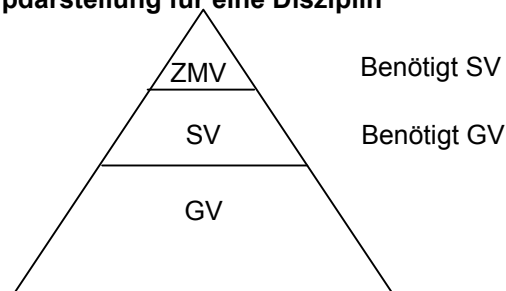
8 Zusammenhang der Versorgungskategorien, Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung

Die Arbeitsgruppe legt Wert auf die Feststellung, dass die folgenden drei Versorgungskategorien sachlich nicht voneinander getrennt werden können.



Es gibt Modelle, wie z.B. in Zürich, wo der Grundversorgungsanteil des Universitäts-Spital relativ klein gehalten ist. Aber jedes Spital mit universitärem Auftrag hat immer auch einen Grundversorgungsanteil.

Prinzipdarstellung für eine Disziplin





Die Gründe dafür sind:

- Tatsächliche Krankheitsbilder, Mehrfachdiagnosen
- Anlaufverhalten / Versorgungsweg der Patienten in Notfällen
- Generierung der Fallzahlen für die spezialisierteren Leistungen
- Ausbildungsfragen

Dieser Zusammenhang schliesst jedoch nicht aus, dass in einem Verbundmodell die Leistungen der verschiedenen Versorgungskategorien einer Fachdisziplin an räumlich verschiedenen Standorten erbracht werden können.

9 Grundlegende Analysen für die Modellentwicklung

9.1 Denkmodelle für eine Dezentralisierung

Zur Sicherstellung eines breiten Modellansatzes hat die Arbeitsgruppe zunächst folgende grundsätzlichen, systematischen und theoretischen Dezentralisierungsmöglichkeiten betrachtet:

1. „Vertikale“ Teilung nach Fachgebieten
2. Aufteilung nach Dauer des Aufenthaltes
3. Aufteilung nach Indikationsgruppe
4. Zentrumsspital im Verbund
5. „Horizontale“ Teilung nach Spezialisierungsstufe / Versorgungskategorie
6. „Horizontale“ Teilung mit Dezentralisierung

9.1.1 Beschreibung der Denkmodelle

1. „Vertikale“ Teilung nach Fachgebieten

Die Fachgebiete werden in allen Spezialisierungsstufen (ZMV, SV, GV) aufgeteilt.
Theoretisches Beispiel: Orthopädie (Grundversorgung bis zentrumsmedizinische Versorgung) an Standort A; Innere Medizin ohne Kardiologie (Grundversorgung bis zentrumsmedizinische Versorgung) an Standort B, „Herzzentrum“ (Kardiologie und Radiochirurgie Grundversorgung bis zentrumsmedizinische Versorgung) an Standort C.

2. Aufteilung nach Dauer des Aufenthaltes

Variante A: Akut- und Langzeitversorgung wird räumlich getrennt.

Variante B: Elektive Indikationen mit planbarer kurzer Aufenthaltsdauer (etwa bis zu 5 Tagen) wird räumlich getrennt von den anderen Indikationsgruppen.

Die Variante A ist in der Region im wesentlichen realisiert und beinhaltet keine weiter zu verfolgenden Potentiale mehr.

Die Variante B (im Sinne von einer Art „5-Tages-Kliniken“) ist im kommen, in den USA wird sie bereits zu einem Normalfall.

Entsprechende Modelle sind in der Schweiz bisher mehrmals gescheitert und erst in jüngster Zeit einmal beschlossen worden¹³. Bei den nicht realisierten Modellen wurde die Idee für gut befunden, scheiterte aber an Akzeptanzfragen (Verteilung der Aufgaben/Prestigefragen, Problematik des Aufbaus einer geeigneten *gemeinsamen* Führungsstruktur über die zwei Standorte).

¹³ Nicht realisierte Ansätze aus den 90er Jahren im Kanton Wallis und im Kanton Jura. In jüngster Zeit (März 2002) haben sich Ob-/Nidwalden für ein ähnliches Modell einer Spitalkooperation entschieden, bei welchem am einen Standort nur noch ambulante Operationen durchgeführt werden.



Eine solche „**Elektiv / Wochen-Klinik**“ oder „**5-Tages-Klinik**“ (mögliche Arbeitstitel) als Gestaltungselement möglicher Varianten der Standortaufteilung müsste folgende Eigenschaften aufweisen:

- klare Trennung von elektiven und Notfalleintritten: keine Aufnahme von Notfallpatienten in der 5-Tages-Klinik
- Multidisziplinäre Klinik: Die Dauer des elektiven Aufenthaltes ist das Kriterium für die Aufnahme, nicht die Art der Spezialdisziplin; damit chirurgische und nicht-chirurgische Patienten mit Eintritten für Operationen, Therapien oder Abklärungen.
- Arbeitstrukturierung grossmehrheitlich im 1-Schicht-System, mit kleinen Präsenzdiensten in der Nacht und keiner Präsenz am Wochenende
- Dadurch kostengünstiger Ansatz
- Einsatz des ärztlichen Personals (Chirurgen und andere Fachspezialitäten) \pm tageweise in gemeinsamer Organisation mit dem stationären Standort
- Im Zentrum steht die Idee, den Patienten als Kunden behandeln können
- Hotellerie als wichtiger Gestaltungsaspekt.

3. Aufteilung nach Indikationsgruppe

- somatisch-akutmedizinische Indikationen
- gegenüber psychiatrischen / rehabilitativen / geriatrischen Indikationen.
- Diese Aufteilung nach Indikationsgruppe ist weitgehend realisiert zwischen KBS und FPS.
- Ein Verknüpfung Rehabilitation und Geriatrie ist in praxi häufig anzutreffen.
- Ein rehabilitativ-geriatrisches Zentrum braucht die Infrastruktur einer internistischen Grundversorgung.
- Die Wohnortnähe ist für geriatrische Dienstleistungen wichtig (vertraute Region für die Betagten, Test-Besuche zu Hause).
- Für die Arbeitsgruppe ist im Falle einer Bildung eines solchen Zentrums die Psychiatrie unbedingt räumlich auszuklammern, um eine Stigmatisierung der Patienten in Rehabilitation und Geriatrie zu vermeiden.
- Den standortübergreifenden Patientenprozessen im Sinne von Behandlungsketten (vertikale Integration) zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation ist bei dieser Aufteilung besondere Beachtung zu schenken.
- In Bezug auf die Realisierbarkeit zeigt sich erfahrungsgemäss, dass von allen Stakeholdergruppen kaum jemand motiviert ist, dass „sein“ Spital zu einem solchen Zentrum umgewandelt wird.

4. Zentrumsspital

Ein Zentrumsspital würde die Zentralisierung möglichst aller Kliniken mit zentrumsmedizinischer Versorgung an einem Standort umfassen, im Sinne zahlreicher bestehender „Universitätsklinik“ im In- und Ausland.

5. „Horizontale“ Teilung nach Spezialisierungsstufe

Beispiel: zentrumsmedizinische Versorgung mehrerer Disziplinen am gleichen Standort, *ohne* integrierte Grundversorgung. Die Abhängigkeit der zentrumsmedizinischen Versorgung von der Grundversorgung (s.o.) macht die Realisierung eines solchen Denkmodells praktisch unmöglich. Zudem könnte für Zuweiser unklar sein, wohin die Patienten zu überweisen wären:

6. „Horizontale“ Teilung mit Dezentralisierung

„Inseln“ von zentrumsmedizinischer Versorgung, aufgeteilt auf dezentrale Standorte mit breiter Grundversorgung.



9.2 Analyse der medizinischen Interdependenz der Fachdisziplinen

Als Grundlage für die Modellentwicklung und insbesondere die spätere Bewertung von dezentralisierten Modellen wurde auf semiquantitativer Basis die Interdependenz der Fachdisziplinen im Bereich der medizinischen Dienstleistung analysiert und in Matrixform dargestellt (Anhang 2).

9.3 Analyse der Zukunftstrends für die einzelnen Disziplinen

Die Überlegungen der Arbeitsgruppe betreffend der Zukunftstrends der einzelnen Fachdisziplinen in Bezug auf Fallzahlen-Entwicklung und Kapazitätsbedarf im im Spitalbereich vor dem Hintergrund der medizin-technischen Entwicklung sowie gewisse Überlegungen zum Markt gehen aus dem Anhang 3 hervor. Die daraus sich ergebenden Quantifizierungen fliessen in die Modellberechnung der späteren Projektphasen ein.

9.4 Strategische Überlegungen

9.4.1 Strategische Chance nutzen

Die Arbeitsgruppe ist der Auffassung, dass das vorliegende Projekt einer regionalen Spitalplanung auch eine grosse Chance für die Region ist, ähnlich dem richtungsweisenden Entscheid für ein Biozentrum in Basel in den siebziger Jahren. Diese Chance kann insbesondere dann genutzt werden, wenn für die wichtigsten staatlichen Spitäler nicht nur eine Dezentralisierung einzelner isolierter Fächer vorgenommen wird, sondern strategisch sinnvolle Einheiten geschaffen werden, welche weit über die Region Basel hinaus wirken können.

Bei der Modellentwicklung spielt der Standort Bruderholz aus verschiedenen Gründen eine besondere Rolle. Die bekanntermassen im laufenden Jahrzehnt unabhängig von der Spitalplanung anstehenden erheblichen Investitionskosten für die Sanierung oder einen Neubau des Kantonsspitals Bruderholz eröffnen zusätzlich die Chance, die Bausubstanz dazumal optimal auf die für die Zukunft getroffenen Entscheide anzupassen. Infolge der örtlichen Nähe zum Kantonsspital Basel ergeben sich zudem bei der Verteilung von medizinischen Fachdisziplinen Lösungsmöglichkeiten, welche etwa für das Kantonsspital Liestal aus geografischen Gründen weniger in Frage kommen.

9.4.2 Drei strategische Stossrichtungen für Standortmodelle

Die von der Arbeitsgruppe geprüften Varianten von Standortmodellen lassen sich in drei strategische Stossrichtungen gruppieren:

A. *Strategische Dezentralisierungsmodelle (Standortmodelle mit strategischem Gestaltungscharakter)*

- Der räumlich nahe Doppelstandort KSB-KBS wird gezielt als Chance für die strategische Ausgestaltung eines differenzierten, schlagkräftigen Angebotes genutzt.
- Die strategische Ausgestaltung kann dabei durch multidisziplinäre Zusammenführung von Disziplinen mit hohem innerem Zusammenhang oder alternativ durch Zusammenführung von Leistungen mit kurzen Hospitalisationsdauern erfolgen.
- Der multidisziplinäre Grundversorgungsanteil und insbesondere die Notfallversorgung wird dabei bewusst auf weniger Standorte konzentriert.

B. *Dezentralisierung kleinerer Kliniken der zentrumsmedizinischen Versorgung im Sinne von „Insellösungen“*

Diese Stossrichtung versucht einige oder alle von der medizinischen Dezentralisierbarkeit her geeigneten Disziplinen auf die vier Standorte zu verteilen. In diesen Modellen sind die grossen Fächer wie Innere Medizin und Allgemeine bzw. Viszerale Chirurgie eher auszuklammern, und an den bisherigen Kantonsspitalern würden Notfallstationen und Intensivstationen weitergeführt. Diese Modelle sind somit ohne allzu starke Umgestaltung der gesamten Spitallandschaft reali-



sierbar und können in einem lockereren Verbund nachhaltig umgesetzt werden. Das realisierbare Kosteneinsparungspotenzial dürfte allerdings tief sein.

C. Zentralisierungsmodelle

Diese „Stossrichtung“ geht vom heutigen Status quo aus, der einer Zentralisierung der spezialisierten Kliniken nahekommt. Mit wenigen Ausnahmen befinden sich heute die Kliniken mit zentrumsmedizinischer Schlagkraft gemäss der Definition der Arbeitsgruppe am regionalen Zentrum KBS¹⁴.

C1: Leistungszentralisierung

Die Leistungszentralisierung entspricht in vieler Hinsicht und insbesondere in Bezug auf die Standortverteilung dem Status quo. Dies unterstreicht auch die Praxis der vom Kanton Basel-Landschaft in den meisten Fachdisziplinen am KBS bezogenen Zentrumsleistungen gemäss K-Liste¹⁵ der beiden Kantone. Dabei handelt es sich vom Prinzip her um eine **Leistungszentralisierung**, welche die nur vom Zentrum anzubietenden Leistungen *regulatorisch* einschränkt. In der heutigen Form ist die K-Liste allerdings nicht im Sinne einer Einschränkung von Leistungen am KSB oder KSL verbindlich.

Die bestehende Zentralisierung darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass man beim KBS im schweizerischen und internationalen Vergleich nicht von einem grossen Zentrum sprechen darf.

Diese heute bestehende Ausgangslage der Zentralisierung muss in den folgenden Projektphase die Grundlage bilden für die Referenzkostenrechnung IST.

C2: Noch weitergehende Zentralisierung von Kliniken

Im Gegensatz zur Leistungszentralisierung kann mit der Idee der Elimination von Doppelspurigkeiten auch der Ansatz einer noch **weitergehenden Zentralisierung von Kliniken** mit Zentrumschlagkraft am KBS verfolgt werden:

- Das Modell geht vom Status quo aus, doch sind möglichst noch weitere Standorte der Kliniken mit universitärem – bzw. nach dem vorgeschlagenen Raster zentrumsmedizinischem - Auftrag im KBS zu konzentrieren. Im weiteren sind jene Disziplinen, die im KBS nur knapp

¹⁴ Die Ausnahmen und Spezialfälle sind die folgenden:

- Orthopädische Kliniken KSB und KSL: Die beiden Kliniken am KSB und KSL (inklusive Handchirurgie) weisen Zentrumschlagkraft auf. Die Orthopädie KSL zieht ausserdem mit ihrer Spezialisierung in septischer Orthopädie über die Region hinaus Patienten an (wenn auch relativ wenige aus dem Kanton BS). Die Orthopädie KSB hat ihre besondere Spezialisierung in der ligamentären Wiederherstellungschirurgie.
- Urologische Universitätsklinik beider Basel: Diese gemeinsam an den zwei Standorten KSB und KSL geführte Klinik weist nur im Verbund Zentrumschlagkraft auf. Jeder einzelne Standort wäre nach der hier verwendeten Definition unterkritisch. Auch von den Fallzahlen her würden sich Probleme für die Anerkennung als Weiterbildungsklinik der FMH ergeben.
- Augenklinik- und Poliklinik (Augenspital): Zentrumsseinheit des KBS mit eigenem Aussenstandort.
- Medizinisch-geriatrische Klinik FPS: Da keine entsprechende Klinik am KBS vorhanden ist, kann diese Einheit ggf. ebenfalls als Aussenstandort des Zentrums verstanden werden.
- Spezialfall Medizinische Universitätskliniken KSB und KSL: Die einzelnen internistischen Spezialfächer wie Kardiologie oder Pneumologie etc. weisen in sich keine Zentrumschlagkraft auf, obschon sie zusammen eine Universitätsklinik bilden. Dazu ist zu bemerken, dass auch am KBS nicht alle internistischen Spezialfächer das zentrumsmedizinische Kriterium erfüllen.
- Psychiatrische Universitätspoliklinik, welche auftragsgemäss in dieser Phase des Projektes nicht in die Standort-Betrachtungen einbezogen wird.

¹⁵ Das Dokument trägt den Titel „K-Liste für erwachsene BL-Patienten. Medizinische Zentrumsleistungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Stand Januar 2000. Die Liste ersetzt Anhang III des Spitalabkommens BS/BL vom 14. Juni 1994 / 23. November 1993 (GS 32.10)“ (Quelle: Kantonsarzt BL).“ Die Liste umfasst, kurz beschrieben, die Zentrumsleistungen für BL-Patienten, welche am KBS erbracht und demnach von BL auch gemäss Spitalabkommen vergütet werden.



- die zentrumsmedizinischen Kriterien erfüllen, zulasten anderer kantonaler Spitäler im KBS als zentrumsmedizinische Versorgung zu führen.
- Je nach Mengengerüst einer solchen weiteren Zentralisierung ist im Gegenzug zu prüfen, ob aus Platzgründen ein Anteil von Grundversorgung gewisser Fachdisziplinen durch das KBS an die anderen Spitäler abgetreten werden müsste (z.B. ans KSB)¹⁶.
 - Eine weitere Zentralisierung schliesst jedoch nicht aus, dass die übrigen Standorte nicht für die universitäre Lehre und Forschung einbezogen werden können, beispielsweise als akademische Lehrklinik. Wenn die Trennung der Finanzströme gemäss Teilprojekt 2 gelingt, würde dieser Einbezug aus Sicht der Dienstleistung und der Kostenträger kostenneutral erfolgen.
 - Je nach Ausprägung benötigt ein solches Modell u. U. eine engere partnerschaftliche Kooperation.

10 Vorschläge für mögliche Standortmodelle (sog. „Grobmodelle“)

Die Arbeitsgruppe unterbreitet folgende möglichen Grobmodelle als Vorschläge zur weiteren Detaillierung und Prüfung:

1. Herz-Thorax-Zentrum
2. Elektiv-Klinik
3. Bewegungsapparat-Zentrum („muskulo-skelettales Zentrum“)
4. Zusätzliche Zentralisierung von Kliniken
5. „Insel-Cluster“

Im Vergleich zu diesen neuen Modellen wird der IST-Zustand in den Rechnungsmodellen als 6. Modell mitgeprüft (vgl. Kapitel 9.4.2.C)

Die Grobmodelle 1, 2 und 3 entsprechen der strategischen Stossrichtung der Dezentralisierung mit Aufbau einer schlagkräftigen Einheit an einem Standort. Grobmodell 4 ist die Konkretisierung der strategischen Stossrichtung C2 Zentralisierung weiterer Kliniken. Grobmodell 5 beschreibt einen Spezialfall aus zahlreichen möglichen „Insellösungen“, nämlich der Zusammenführung mehrerer Inseln an einem Standort.

Ausser diesen Modellen hat die Arbeitsgruppe folgende weitere mögliche Ansätze geprüft, welche aber nach erster Betrachtung nicht weiter verfolgenswert erschienen: Kopf-Klinik, Viszeralzentrum, Geriatrie-Reha-Zentrum (de facto bereits realisiert), „Realteilungsmodell“ von Hr. Hühner (BaZ vom 20.7.2001). Weitere kleinere Gestaltungselemente sind teilweise in die Grobmodelle eingeflossen und teilweise verworfen worden.

Im folgenden sind die Grobmodelle tabellarisch detailliert. Bei den Standorten bedeuten:

- + am Standort hinzukommende Kliniken und/oder Leistungen,
- am Standort wegfallende Kliniken und/oder Leistungen
- o zu besseren Verständnis explizit erwähnte, am Standort verbleibende Kliniken und/oder Leistungen

Die vorgeschlagenen Grobmodelle stellen noch nicht eine als abschliessend zu beurteilende Standortliste aller Kliniken dar und dürfen nicht als solche verwendet werden. Sie skizzieren die weiter zu bearbeitenden Strukturen des Modells in dem für die Arbeitsgruppe heute möglichen, noch nicht quantifizierenden Detaillierungsgrad. Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass im Verlauf der weiteren Arbeiten in den Grobmodellen noch Änderungen oder zusätzliche Varianten gegenüber dem hier präsentierten Stand eintreten können und werden.

¹⁶ Ein Modell, das eine solche Verschiebung nötig macht, dürfte erhebliche Akzeptanzprobleme haben, ist doch die Vorstellung, dass Baselstädtische Patienten mit Grundversorgungsindikation aus Platzgründen an Basel-Landschaftliche Kliniken überwiesen werden, währenddem die zentrumsmedizinischen Indikationen in Basel-Stadt erbracht werden, zumindest ungewohnt.



10.1 Grobmodell Herz-Thorax-Zentrum

Grobmodell Herz-Thorax-Zentrum	
Ausprägung – Worum geht es?	
<ul style="list-style-type: none"> • Angebot einer hochqualifizierten, elektiven* Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie sowie der entsprechenden internmedizinischen Spezialitäten (Kardiologie / Pneumologie) <p>*Die Triagierung von nicht bereits vom Einweiser diagnostizierten kardiologischen Notfällen erfolgt am KSL und KBS, mit anschliessender Verlegung.</p>	
Real existierendes Beispiel:	
Nordrhein-Westfälisches Zentrum für Herz- und Thoraxchirurgie / Kardiologie / Diabetologie	
Wesentliche Standortauswirkungen auf Kliniken und Infrastrukturen	
KBS	<ul style="list-style-type: none"> – Wegfall der Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie, es bleibt nur <ul style="list-style-type: none"> o ein entsprechender Dienst für traumatologische Notfälle – Wegfall der Kardiologie inkl. Katheterlabors und CCU und damit den meisten kardiologischen Patienten der Inneren Medizin – Aufteilung der Pneumologie auf KBS und KSB unter einer Führung <p>+ Aufnahme von Teilen der aus dem KSB abgezogenen Kapazitäten von nicht-kardiologischer innerer Medizin, Allgemein Chirurgie und Gynäkologie / Geburtshilfe</p>
KSB = Zentrum	<p>+ <u>Herz-, Thorax- und (Teile) Gefässchirurgie</u>, mit internistischen Partnerdisziplinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Kardiologie inklusive Katheterlabors + CCU (Kardiologische Intensivstation) + Pneumologie (aufgeteilt mit KBS, unter einer Führung) + ggf. Angiologie (aufgeteilt mit KBS, unter einer Führung) + ggf. Onkologie (aufgeteilt mit KBS, unter einer Führung) <p>o Bestehende Geriatrie und Reha bleibt je nach Bauvolumen der Sanierung.</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine multidisziplinäre Notfallstation (Triage durch KBS, KSL) – Weggang übrige Teile der medizinischen Universitätsklinik – Weggang Allgemein Chirurgie – Weggang Gynäkologie und Geburtshilfe <p>zu klären:</p> <p>Infrastrukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zusätzlich Herz-Thorax-Chirurgische OP-Einrichtung aus KBS • Katheterlabor-Einrichtung (teilweise nicht zu vermeidende Doppelspurigkeiten mit KBS im Detail zu klären).
KSL	<ul style="list-style-type: none"> – Wegfall der Kardiologie inkl. der entsprechenden Kapazität der Intensivstation mit den meisten kardiologischen Patienten der Inneren Medizin <p>+ Aufnahme von Teilen der aus dem KSB abgezogenen Kapazitäten von nicht-kardiologischer innerer Medizin, Allgemein Chirurgie und Gynäkologie / Geburtshilfe</p>
FPS	o keine wesentlichen Auswirkungen
Erste Grobschätzung der Grössenordnung für das Zentrum	
Bettenzahl: zu definieren(Zahlen KBS stehen zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Berichtes noch aus), grobe Schätzung ca. 140 - 180 Betten	
Mögliche Untervarianten	
<ul style="list-style-type: none"> • --- 	



Grobmodell Herz-Thorax-Zentrum	
Besonderes / Mögliche zusätzliche Elemente	
<ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzung zur Gefäßchirurgie: Notwendigkeit der Thorakotomie • Kombinierbar mit dem Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik am selben Standort. 	
Anforderungen an die partnerschaftliche Kooperation im Dienstleistungsbereich	
<ul style="list-style-type: none"> • Nur mit Spitalverbund effizient realisierbar • Führung durch eine einzige Person, wenn Disziplin auf zwei Standorte verteilt. 	
Zu erwartende Auswirkungen auf Drittspitäler und das Gesundheitswesen	
<ul style="list-style-type: none"> • Aus heutiger Sicht keine wesentlichen. 	
Wichtige noch offene Fragen	
<ul style="list-style-type: none"> • 	
Erste qualitative Bewertung	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> + Bessere Planbarkeit der Herzchirurgie durch Reduktion der Abhängigkeit der intensivmedizinischen postoperativen Behandlung von Ereignissen der Notfallmedizin + Attraktivität mit gewisser Ausstrahlungskraft auf die Patienten und die Mitarbeitenden + Ertragsmässig interessantes Modell (soweit heute absehbar) + Bessere Fallzahlen am spezialisierten Zentrum mit damit verbesserter Qualität und Ausbildungssituation
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> – Keine gemeinsame Nutzung von teurer Infrastruktur und Querschnittsfunktionen mit Traumatologie und übriger Chirurgie (Operationssäle, Intensivstation) – Polymorbide Patienten sind in einem umfassenden internistischen Zentrum besser betreut, zB. müssen die Spezialisten aus dem KBS für gewisse Krankheitsbilder der Thoraxchirurgie (Transplantation, Endokarditiden) für das Herz-Thorax-Zentrum verfügbar sein – Gewisse Gefahr für das Gesamtgesundheitswesen finanziell negativer Auswirkungen durch stärkere Angebotssteuerung und damit Fallzahlausweitung. – Nachteilige Auswirkungen auf Traumachirurgie am KBS (Dienstlösung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgen) – Gewisse Nachteile für die Weiterbildung von Allgemeininternistischen Assistenzärzten durch die Spezialisierung der Standorte.



10.2 Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik

Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik	
<p>Ausprägung – Worum geht es? Aufbau einer Klinik für die planbaren Fälle verschiedener Disziplinen, umfassend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Disziplinen: Kleinere Allgemeinchirurgie inkl. gewisse laparoskopische Eingriffe, Orthopädie, Handchirurgie, Gefässchirurgie, Urologie, Gynäkologie, HNO, kleinere plastische Chirurgie; denkbar auch Augenchirurgie. • Medizinische Disziplinen: Diagnostische und therapeutische Kurzaufenthalte (tagesklinisch bis etwa 5 Tage). Gastroenterologische Abklärungen, Pneumologische Abklärungen, Onkologische Chemotherapien, Kardiologische Abklärungen grundsätzlich geeignet, aber limitiert infolge Katheterlabors am KBS. <p>Besondere Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prozessorientierte Ausrichtung auf die Patientenbedürfnisse dieser in der Regel nicht schwer kranken Klientel: Optimale Abläufe von Eintrittsplanung, Diagnostik (inklusive Einbezug der Einweisenden) und Therapie sowie Hotellerieservice. • Operateure aus dem Zentrumsspital (KBS), ggf. auch aus dem KSL, operieren tageweise in dieser Klinik. • Keine Notfallstation. • Keine oder stark reduzierte Intensivpflegestation (IMC-Aufwachraum). • Personalvorhaltung grossmehrheitlich ohne Nachtschichtbetrieb. <p>Real existierendes Beispiel: Verschiedene Beispiele an US-Universitätskliniken (z.B. University of California San Francisco, Surgery Center; Mayo Clinic, Rochester, NY; John's Hopkins, Baltimore; Piedmont Surgical Center, Atlanta). Im weiteren im Dienstleistungsansatz vergleichbare Konzepte von Privatkliniken (jedoch am gleichen Standort), Tagesklinik-Ansatz.</p>	
Wesentliche Standortauswirkungen auf Kliniken und Infrastrukturen	
KBS	<ul style="list-style-type: none"> – Wegfall eines Teils des Patientengutes + Aufnahme von Teilen der aus dem KSB abgezogenen stationären Kapazitäten
KSB = Elektivklinik	<ul style="list-style-type: none"> + Beschriebene Elektiv-Klinik. <p>im konsequent ausgebildeten Modell*:</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine Notfallstation – Weggang stationäre Teile der medizinischen Universitätsklinik – Weggang stationäre Teile der Allgemeinchirurgie – Weggang Gynäkologie und Geburtshilfe <p>*Fortführung bestehender Kliniken KSB (inkl. Geriatrie / Reha oder Gynäkologie/Geburtshilfe) bleibt je nach Bauvolumen der Sanierung zu definieren.</p> <p>Infrastrukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigte Anzahl Operationssäle aufgrund eines detaillierten Fallzahlen-Modells zu definieren • Diagnostik: CT und MRI für internistische Abklärungen müssen bleiben.
KSL	<ul style="list-style-type: none"> – Wegfall eines Teils des Patientenguts + Aufnahme von Teilen der aus dem KSB abgezogenen Kapazitäten
FPS	o kaum Auswirkungen



Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik	
Erste Grobschätzung der Grössenordnung für das Zentrum Bettenzahl: in einem detaillierten Fallzahlen-Modell zu definieren	
Mögliche Untervarianten:	
<ul style="list-style-type: none"> • rein ambulantes Zentrum 	
Besonderes / mögliche zusätzliche Elemente	
<ul style="list-style-type: none"> • Kombinierbar mit dem Grobmodell Bewegungsapparat-Zentrum oder Herz-/Thorax – Zentrum am selben Standort, • ggf. kombinierbar mit einzelnen kleineren Universitätskliniken aus dem „Insel-Modell“. • Einbezug von Belegärzten denkbar. 	
Anforderungen an die partnerschaftliche Kooperation im Dienstleistungsbereich	
<ul style="list-style-type: none"> • Nur mit enger Kooperation zwischen Zentrum KBS und Elektiv-/Wochenklinik KSB oder in einem Spitalverbund effizient realisierbar. • Führung der auf zwei Standorte verteilten Disziplinen je durch eine Person. 	
Zu erwartende Auswirkungen auf Drittspitäler und das Gesundheitswesen	
<ul style="list-style-type: none"> • Niederrisiko-Patienten werden auf die eine Klinik konzentriert, was zu komplexerem Krankengut an den anderen Standorten führt. Dadurch für die anderen Standorte höhere durchschnittliche Fallkosten (deshalb ist das Modell nur in einer engen partnerschaftlichen Kooperation oder mit einem Verbund realisierbar). 	
Wichtige noch offene Fragen	
<ul style="list-style-type: none"> • 	
Erste qualitative Bewertung	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> + Betriebskosteneinsparungen durch Dienstreduktion (mehr Einschichtbetrieb). Die Kosteneinsparungen durch ambulante oder Kurzzeitbehandlung sind empirisch mehrfach belegt. + Verbesserte Ausrichtung von Infrastruktur und Prozessen auf die Patienten-Bedürfnisse und die diesbezüglich wachsenden Ansprüche. + Regelmässige und damit effiziente Abwicklung von Operationsprogrammen, kaum Absetzen von elektiven Eingriffen wegen Notfällen, damit auch höhere Patientenzufriedenheit. + Je nach Detail-Ausgestaltung attraktive Arbeitsplätze ohne oder mit reduzierten Wochenend-Diensten
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> – Bei Komplikationen gewisse Patiententransfers vor dem Wochenende nötig – Gewisse Doppelspurigkeiten in der Infrastruktur von Diagnostik und Operationssälen müssen bestehen bleiben, werden aber nicht während 24Std. benötigt und personell besetzt. – Risiko einer ungenügenden Schlagkraft



10.3 Grobmodell Bewegungsapparat-Zentrum (Zentrum für Muskulo-skelettale Medizin)

Grobmodell Bewegungsapparat-Zentrum	
Ausprägung – Worum geht es?	
<ul style="list-style-type: none"> • Hochspezialisiertes regionales Orthopädisch-Rehabilitatives Zentrum, mit Zusammenführung der bisher an allen Standorten angebotenen Orthopädie am KSB; • keine Notfallstation am KSB (Traumatologie des Bewegungsapparates („heisse“ Orthopädie) am KBS) • Chirurgische Intensivstation (vom Typ IMC, Intermediate Care) 	
Wesentliche Standortauswirkungen auf Kliniken und Infrastrukturen	
KBS	<ul style="list-style-type: none"> + Traumatologie des Bewegungsapparates (Traumatologische Orthopädie von KBS und KSB sowie Traumatologie aus der Allgemeinchirurgischen Klinik KBS) wird im KBS konzentriert, vorzugsweise unter Führung <i>einer</i> Klinikleitung – übrige Abteilungen der Orthopädischen Universitätsklinik KBS (Stand ab April 2003) gehen ans KSB, es bleibt noch ein <ul style="list-style-type: none"> o Handchirurgischer Dienst für polytraumatische Notfälle o Entzündliche Akut rheumatologie bleibt + Aufnahme von Teilen der aus dem KSB abgezogenen Kapazitäten von Innerer Medizin, Allgemeinchirurgie und Gynäkologie / Geburtshilfe
KSB = Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> + <u>Orthopädie</u> (aus KBS und je nach Variante aus KSL zu konzentrieren), mit den nahe verwandten Gebieten: <ul style="list-style-type: none"> + ggf. zu bildende Spine Unit (Wirbelsäule-Kompetenzzentrum) + Handchirurgie (aus KBS und KSL zu konzentrieren) + Postoperative orthopädische Rehabilitation (aus FPS Stand April 2003) + Rheumatologie (Grösse noch zu definieren) + medizinischer Konsiliardienst + Knochenradiologie o Bestehende Geriatrie und Rehabilitation bleibt je nach noch zu definierendem Bauvolumen der Sanierung. <ul style="list-style-type: none"> – Medizinische Universitätsklinik – Allgemeinchirurgie – Gynäkologie und Geburtshilfe – Intensivstation (ausser chirurgische IMC-Kapazität) – Notfallstation <p>Therapeutische Dienste</p> <ul style="list-style-type: none"> + Verstärkung Ergotherapie und Physiotherapie o Logopädie (abhängig vom Verbleib der bestehenden Geriatrie und Reha) <p>Infrastrukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Operationssäle muss von 5 auf ca. 6-8 erhöht werden • Nebenräume Physio- / Ergotherapie müssen erweitert werden. • Diagnostik: gewisse Anlagen der Knochen-Radiologie



Grobmodell Bewegungsapparat-Zentrum	
KSL	<ul style="list-style-type: none"> - Variante 1: Orthopädische Klinik KSL inklusive Handchirurgie, und namentlich die grosse Revisionschirurgie und biologisch-rekonstruktive Chirurgie geht ans Zentrum (KSB); es verbleibt nur <ul style="list-style-type: none"> o eine kleine Orthopädische Klinik mit Standardorthopädie und orthopädisch-traumatologischer Kompetenz für Notfälle o ein Handchirurgischer (Hintergrund?)dienst für Notfälle o Variante 2: Orthopädie KSL verbleibt im Status quo (ev. minus Handchirurgie) + Aufnahme von Teilen der internistischen, allgemeinchirurgischen und gynäkologisch-geburtshilflichen Kapazitäten aus dem KSB.
FPS	<ul style="list-style-type: none"> - Orthopädie geht weg (bereits so entschieden, ans KBS per April 2003) - Rheumatologie: Umfang einer Verschiebung ans KSB zu definieren
Erste Grobschätzung der Grössenordnung für das Zentrum	
Bettenzahl: 150 – 260 Betten je nach Variante	
Mögliche Varianten	
<ul style="list-style-type: none"> • nur reduzierte Konzentration der Rheumatologie (teilweise am FPS belassen) • Varianten Orthopädie Liestal s.o.; die optimale Lösung für die Handchirurgie im Gesamtsystem muss noch im Detail geklärt werden 	
Besonderes / Mögliche zusätzliche Elemente	
<ul style="list-style-type: none"> • Kombinierbar mit dem Grobmodell Elektiv-/Wochenklinik am selben Standort. 	
Anforderungen an die partnerschaftliche Kooperation im Dienstleistungsbereich	
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Spannungsfelder im Bereich Orthopädie und Traumatologie, Vermeidung des mittelfristigen Aufbaus einer Parallelinfrastruktur an KBS und ggf. KSL → Wahrscheinlich nur im Dienstleistungsverbund effizient realisierbar. • Führung durch eine einzige Person, wenn Disziplin auf zwei Standorte verteilt. 	
Zu erwartende Auswirkungen auf Drittspitäler und das Gesundheitswesen	
<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen auf die Reha-Zentren in der Region wie z.B. Chrischona und Rheinfelden sind voraussichtlich stark und müssen geprüft werden • Auswirkungen auf die vier wesentlichen Privatanbieter von Orthopädie (Claraspital, Birshof, Rennbahn, Merian-Iselin-Spital) sind zu prüfen. 	
Wichtige noch offene Fragen	
<ul style="list-style-type: none"> • Die finanziellen / tariflichen Auswirkungen von Betten zur Rehabilitation der operativen Medizin sind zu klären 	
Erste qualitative Bewertung	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> + Wesentliches Einsparungspotential bei den Betriebskosten durch Reduktion von Doppelspurigkeiten und 24-Std. Vorhaltungsbedarf + Schlagkräftige Klinikgrösse mit strategischer Ausstrahlungskraft + Qualität durch bessere Fallzahlen für komplexe Eingriffe + weniger Doppelspurigkeiten für teure Geräte, wie z.B. Operationsroboter (dieser Faktor wird in Zukunft gewichtiger) + Schlagkraft auch in der Ausbildung (weniger Abwanderung von Assistenzärzten)
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> - Geographische Trennung der Traumatologischen Orthopädie - Evtl. unterkritische Grösse der Traumatologie in Liestal, wenn isoliert von übrigen verwandten Disziplinen (bei Variante 1) - Zusätzliche Stigmatisierung des FPS als Geriatriespital (falls die Rheumatologie von dort abgezogen wird), mit entsprechenden Auswirkungen auf die Rekrutierung von Therapiepersonal (bisher Synergien / Abwechslung mit Rheumatologie) en - Notwendige internistische Basisdienstleistung ohne Einbindung in Breite der internistischen Disziplin



10.4 Grobmodell zusätzliche Zentralisierung von Kliniken

Zur weiteren Zentralisierung von Kliniken sind zunächst folgende Machbarkeitsüberlegungen zu machen:

Machbar erscheinen:

- Zusammenführung der Orthopädie von 3 Standorten (Stand April 2003) auf 2 Standorte (KBS und KSL). Konsequenz: Schätzung ca. 1/3 des Patientenguts KSB geht ins KBS, 1/3 zu Privaten Anbietern und 1/3 ins KSL.
- Eingliederung der Geburtshilfe KSB am KBS. Konsequenz: Verlust eines Teils der Geburten an Drittanbieter, verminderte Attraktivität einer allenfalls verbleibenden Gynäkologie KSB für Ausbildung. Verbesserung der Fallzahlen in Liestal ist dadurch kaum zu erwarten.
- Eingliederung der Gynäkologie KSB am KBS.

Kritisch erscheint:

- Zusammenführung der Urologie ans KBS, mit der Konsequenz eines Verlust von Fallzahlen an private Anbieter, welche von den Fallzahlen für die Weiterbildungsberechtigung her kritisch werden könnte (dieses Argument war für die Bildung der Urologischen Universitätsklinik beider Basel ausschlaggebend).
- Eingliederung der Gynäkologie / Geburtshilfe KSL am KBS: Insbesondere in der Geburtshilfe wäre mit massiven Verlusten von Patienten an Drittanbieter zu rechnen.

Nicht sinnvoll erscheint:

- Medizinische Universitäts-Kliniken: Eine Zusammenfassung der internistischen Spezialitäten an einem Zentrumsstandort erscheint nicht sinnvoll, weil die verbleibenden Einheiten an KSL und KSB weder eine sinnvoll breite Grundversorgung bieten können, noch die Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Arbeitsgruppe ist klar der Meinung, dass die bewährte Konfiguration der Kliniken am KSB und KSL mit der für Kantonsspitäler Stärke ihrer internistischen Spezialdisziplinen nicht verändert werden sollte. Eher wäre dann ein Standort ganz aufzugeben.
- Rheumatologie FPS und medizinisch-geriatrische Klinik FPS: Diese sind bereits zentralisiert am FPS; Einbringen ins KBS bringt keine wesentlichen medizinischen Vorteile und würde zusätzlichen Infrastrukturbedarf im Therapiebereich am KBS auslösen.

Vor diesem Hintergrund würde ein die machbaren Varianten einschliessendes Grobmodell wie folgt aussehen:



Grobmodell zusätzliche Zentralisierung von Kliniken	
Ausprägung – Worum geht es?	
<p>Noch weitere Zusammenführung der in der Region angebotenen Fachdisziplinen mit Zentrumsmedizinischer Schlagkraft ans Zentrum – KBS, ausgehend vom Status quo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführung der Orthopädie von 3 Standorten (Stand April 2003) auf 2 Standorte (KBS und KSL), d.h. Eingliederung der Orthopädie KSB am KBS und Eingliederung der Handchirurgien am KBS • Eingliederung der Geburtshilfe und Gynäkologie KSB am KBS (evtl. teilweise am KSL). 	
Wesentliche Standortauswirkungen auf Kliniken und Infrastrukturen	
KBS= Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> + Orthopädische Universitätsklinik verstärkt durch Orthopädie KSB und Handchirurgie KSB / KSL + Universitätsfrauenklinik verstärkt durch Gynäkologisch-Geburtshilfliche Klinik KSB
KSB	<ul style="list-style-type: none"> – Wegfall der Orthopädischen Klinik (inklusive Traumatologie Bewegungsapparat) – Wegfall der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Klinik <p>Aufnahme anderer Kapazitäten zu definieren im Zusammenhang mit dem Volumen der Sanierung des KSB</p>
KSL	o in dieser Ausprägung keine wesentlichen Änderungen
FPS	o keine wesentlichen Änderungen
Erste Grobschätzung der Größenordnung für das Zentrum	
<p>Bettenzahl: Zunahme des Akutbettenbedarfs im KBS um ca. 70-80 Betten. Es kann – vorbehaltlich genauerer Prüfung – davon ausgegangen werden, dass mit diesem Grad der zusätzlichen Zentralisierung im Zeithorizont von 5-10 Jahren aufgrund der Tendenz zur weiteren Abnahme des Akutbettenbedarfs keine Auslagerung von BS-Grundversorgungspatienten nach BL nötig wird. Werden jedoch weitere Untervarianten einbezogen, so muss von einer solchen Wirkung ausgegangen werden.</p>	
Mögliche Untervarianten	
<ul style="list-style-type: none"> • Variante 1: Zentralisierung auch der gesamten Orthopädie KSL am KBS • Variante 2: Zentralisierung auch der Urologie am KBS • Variante 3: Zentralisierung auch der Geburtshilfe und Gynäkologie KSL am KBS 	
Besonderes / Mögliche zusätzliche Elemente	
•	
Anforderungen an die partnerschaftliche Kooperation im Dienstleistungsbereich	
• In dieser Form ohne engere partnerschaftliche Kooperation realisierbar.	
Zu erwartende Auswirkungen auf Drittspitäler und das Gesundheitswesen	
• zu definieren	
Wichtige noch offene Fragen	
•	
Erste qualitative Bewertung	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> + Leicht bessere Lösung aus Sicht Forschung und interdisziplinärer Zusammenarbeit im Universitätsspital in Bezug auf die betroffenen Fächer. + Langfristig schlagkräftigere Kliniken und Fallzahlen für die betroffenen Disziplinen mit entsprechenden Vorteilen + Gewisses Kosteneinsparungspotential durch Elimination von Doppelspurigkeiten zu erwarten.



Grobmodell zusätzliche Zentralisierung von Kliniken

Nachteile	<ul style="list-style-type: none">- Möglicher – schwierig abschätzbarer – Verlust eines Patientenanteils der aus dem KSB transferierten Kliniken an Drittanbieter- Gefahr des Attraktivitätsverlustes der übrigen Standorte (KSL) für Privatpatienten („man geht an den besten Ort“), mit der Folge von sinkenden Privatanteilen im KSL und entsprechend höheren Defiziten- Gefahr einer nachfolgenden stillen Ausweitung der verbleibenden Allgemeinchirurgie im KSB in Richtung Traumatologie des Bewegungsapparates- Damit Verlust von Patientenzahlen für Lehre und klinische Forschung, wenn die Kliniken KSL nicht im Sinne von „akademischen Lehrkrankenhäusern“ einbezogen werden.
-----------	---



10.5 Grobmodell „Insel-Cluster“

Für die isolierte Verteilung von einzelnen zentrumsmedizinischer Disziplinen auf verschiedene Standorte im Sinne eigentlicher Inseln gibt es eine grössere Zahl von theoretischen Möglichkeiten, auf deren weitere Ausarbeitung die Arbeitsgruppe verzichtet hat, da solche Lösungen erstens nicht komplex sind und zweitens weder kostenseitig noch medizinisch Vorteile versprechen. Als einfach zu dezentralisierende Entitäten sind primär folgende Kliniken eruiert worden:

- Orthopädie
- Urologie
- Plastische Chirurgie
- Dermatologie
- HNO
- Augenmedizin (bereits an Drittstandort realisiert)
- Handchirurgie (in sich an keinem Standort zentrumsmedizinisch)

Das nachfolgende Grobmodell „Insel-Cluster“ beschreibt im Sinne einer Illustration eine von verschiedenen möglichen Ausgestaltungen mit konsequenter Dezentralisierung einer grösseren Zahl von Fachdisziplinen.

Grobmodell „Insel-Cluster“	
Ausprägung – Worum geht es?	
<ul style="list-style-type: none"> • Dezentralisierung einer grösseren Zahl von Fachdisziplinen auf die BL-Standorte. 	
Real existierendes Beispiel:	
kein bewusst strukturiertes bekannt / z.T. existieren ähnlich gewachsene Strukturen	
Wesentliche Standortauswirkungen auf Kliniken und Infrastrukturen	
KBS	<ul style="list-style-type: none"> - Wegfall des Anteils an der Urologischen Universitätsklinik beider Basel - Wegfall der HNO-Universitätsklinik - ggf. Wegfall der Dermatologischen Universitätsklinik - ggf. Wegfall der Klinik für Wiederherstellungschirurgie o Orthopädie / Traumatologie bleibt + Geburtshilfe und ggf. Gynäkologie aus KSB
KSB= Cluster- Standort	<ul style="list-style-type: none"> + Orthopädie aus KSL, inklusive Handchirurgie + ggf. Dermatologische Universitätsklinik + ggf. Klinik für Wiederherstellungschirurgie - Geburtshilfe und ggf. Gynäkologie nach KBS o Chirurgie, Innere Medizin und Geriatrie / Reha bleibt, je nach Bauvolumen der Sanierung ggf. noch zu dimensionieren.
KSL= Cluster- Standort	<ul style="list-style-type: none"> + Urologische Universitätsklinik (inkl. Anteil KBS) + Augenmedizinische Universitätsklinik (unter Aufhebung des Standorts Augenspital), Zusammenführung mit der bestehenden Augenabteilung KSL + HNO-Universitätsklinik, Zusammenführung mit der bestehenden HNO-Abteilung KSL - Wegfall der Orthopädie (inkl. Handchirurgie)
FPS	kaum Auswirkungen bzw zu definieren
Erste Grobschätzung der Grössenordnung für das Zentrum	
Bettenzahlen: zu definieren.	



Grobmodell „Insel-Cluster“	
Mögliche Untervarianten Diverse Möglichkeiten denkbar, bis hin zur Verschiebung einzelner Inseln.	
<ul style="list-style-type: none"> • Austausch Clusterstandorte KSL und KSB (die Verteilung ist arbiträr) • Einbezug von mehr oder weniger Disziplinen 	
Besonderes / Mögliche zusätzliche Elemente	
•	
Anforderungen an die partnerschaftliche Kooperation im Dienstleistungsbereich	
<ul style="list-style-type: none"> • Nicht ohne vermehrte partnerschaftliche Kooperation machbar 	
Zu erwartende Auswirkungen auf Drittspitäler und das Gesundheitswesen	
<ul style="list-style-type: none"> • keine direkten, allenfalls neue private Anbieter, welche die Lücken in Basel-Stadt (Augen, HNO), und Liestal (Orthopädie) auszunutzen versuchen. 	
Wichtige noch offene Fragen	
•	
Erste qualitative Bewertung	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> + mögliche (sicher kleine) Einsparungen durch Zusammenführung der HNO- und Augen-Abteilungen KSL mit den „Inseln“. + Ansatz für eine Realteilung auf zentrumsmedizinischem Niveau
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> – Schwächung des Zentrumsstandortes in Bezug auf Dienstleistung und Forschung, ohne erkennbaren strategischen Nutzen. – Allgemeine Dezentralisierungsnachteile (medizinische Interdependenz) in verschiedenen Disziplinen. – Doppelstandort mit Orthopädie im KBS und KSB auf kleinem Raum, bei „Orthopädie-Lücke“ in Liestal – Weggang von Patienten in den entstehenden „Lücken“ an Drittanbieter, v.a. Basel-Stadt, aber auch in Liestal.



11 Validierung der Bewertungskriterien

Die Beurteilung der Arbeitsgruppe ist direkt in die Kriterien eingeflossen und bildet nicht Gegenstand dieses Berichtes.

12 Empfehlung der Arbeitsgruppe

Eine abschliessende Beurteilung der Modelle kann erst aufgrund weiteren und detaillierter Betrachtungen, Präzisierungen und in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen und tatsächlich zu erwartenden Einsparungspotenziale aufgrund einer Vollkostenrechnung erfolgen. Dabei müssen sehr viele Faktoren systematisch in die Betrachtung einbezogen werden. Die von der Arbeitsgruppe erwartete Darstellung von Vor- und Nachteilen kann diese Detailbetrachtung nicht vorwegnehmen.

Die Arbeitsgruppe verzichtet vor diesem Hintergrund auf eine Empfehlung im Sinne einer Präferenz oder Rangliste der vorgelegten Vorschläge von Grobmodellen zur Standortaufteilung.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt jedoch, die **sich bietende Chance zu einer strategischen Gestaltung der Spitallandschaft beider Basel zu wahren** und womöglich wahrzunehmen. Dazu sollten die strategischen Dezentralisierungsmodelle trotz der damit verbundenen höheren Anforderungen an die Umsetzung und an die partnerschaftliche Kooperation der beiden Kantone und trotz der zu erwartenden grösseren Widerstände in der weiteren Betrachtung bleiben.

13 Anhänge

1. Übersichtstabelle aller in Betrachtung stehenden Kliniken und Institute der vier Standorte („sog. Entitäten“), mit Beurteilung der zentrumsmedizinischen Schlagkraft aufgrund des Kriteriums Anzahl Spezialärzte (die weiteren Kriterien, namentlich Fallzahlen, waren im Zeitpunkt der Schlussredaktion dieses Berichtes noch nicht von allen Spitälern vollständig verfügbar)
2. Matrix medizinische Interdependenz der Fachdisziplinen
3. Überlegungen zur Zukunftsentwicklung der Fachdisziplinen

(Die Anhänge werden elektronisch als separate Dokumente geliefert)



Anhang 1

Übersichts-Tabelle aller zu betrachtenden Institute und Kliniken (sog. Entitäten), mit Beurteilung der zentrumsmedizinischen Schlagkraft aufgrund der Arztzahlen

Erläuterung:

Das Kriterium der Arbeitsgruppe für die zentrumsmedizinische Schlagkraft (vgl. Kapitel 7.2.3), Teilaspekt Arztzahlen, beruht auf der Verfügbarkeit von spezialärztlichem Know-How rund um die Uhr, gleichbedeutend mit mindestens 4 SpezialärztInnen mit FMH-Titel der entsprechenden Disziplin. Die von der Arbeitsgruppe aufgrund verschiedener Vergleichsrechnungen gewählte konkrete Berechnung bezieht alle Festangestellten und 50% der Oberärzte

Bemerkungen:

- Zu Nr. 2.43 / 2.44 Orthopädie KSL: Zusammen mit der Handchirurgie hat die Orthopädie KSL zentrumsmedizinische Schlagkraft.
- Zu Nr. 2.51 / 2.52 Urologische Universitätsklinik beider Basel: Die Standorte haben nur zusammengekommen zentrumsmedizinische Schlagkraft.
- Zu Nr. 2.70 ff: Plastische Chirurgie / WHC KBS: Die Klinik hat als ganzes Zentrumsschlagkraft, jedoch nicht die aufgeteilten Bereiche in sich.

Zu betrachtende Entitäten		Ärzte mit FMH-Titel, Stand 1.1.02							Total anrechenbar	Kriterium Zentrumschlagkraft in der Dimension Spezialärzte erfüllt	
Nr.	Ort	Abteilung / Bereich	FMH Weiterbildungskategorie	Ord. Prof.	Extra-Ord. Prof.	Titular-Prof. / PD	ohne univ. Status	Total unbefristet			Oberärzte
1.00 Innere Medizin											
1.070	KBS	Dep. Innere Medizin						0		0	nicht anwendbar
1.011	KBS	Klinik A	A	1				1	7.1	4.55	n.a.
1.012	KBS	Klinik B	A	1				1	4	3	n.a.
1.013	KBS	med. Universitätsklinik (MUF)	A	1		3		4	3.12	5.56	ja
1.014	KSB	Medizinische Universitäts-Klinik (inkl. Angio, Nephro, Gastroentero, etc.)	A	1			1	2	5	4.5	ja
1.015	KSL	Medizinische Universitäts-Klinik (inkl. Gastro-entérologie, Pneumologie)	A	1			2	3	6	6	ja
1.016	KBS	RUK (Kurzzeitklinik)	-					0		0	nein
1.017	KBS	MEDAS (Medizinische Abklärungsstation)	-					0	1.2	0.6	nein
1.02 Kardiologie											
1.021	KBS	Kardiologie	A	1		2		3	4	5	ja
1.022	KSL	Kardiologie	C				1	1		1	nein
1.023	KSB	Kardiologie				1		1	1	1.5	nein
1.03 Angiologie											
1.031	KBS	Angiologie	A		1			1	2	2	nein
1.032	KSL	Angiologie						0		0	nein
1.033	KSB	Angiologie						0	2	1	nein
1.04 Infektiologie											
1.041	KBS	Klinische Infektiologie	A			1		1	3	2.5	nein
1.042	KBS	HIV-Infektiologie	B					0		0	nein
1.043	KSL	Infektiologie	B	1				1	1	1.5	nein
1.044	KSB	Infektiologie						0		0	nein
1.05 Hämatologie											
1.051	KBS	Hämatologie	A	2				2	1	2.5	nein
1.052	KSL	Hämatologie						0		0	nein
1.053	KSB	Hämatologie					1	1		1	nein
1.06 Nephrologie/Immunologie											
1.061	KBS	Transplantationsimmunologie und Nephrologie	A	1		1		2	3.5	3.75	nein
1.062	KSL	Nephrologie/Hämodialyse	C				1	1		1	nein
1.063	FPS	Immunologie	Bi					1		1	nein
1.07 Onkologie											
1.071	KBS	Onkologie	A		1	1		2	1	2.5	nein
1.072	KSB	Onkologie	C				1	1	1	1.5	nein
1.073	KSL	med. Onkologie	C				1	1		1	nein
1.08 Pneumologie											
1.081	KBS	Pneumologie	A		1			1	2	2	nein
1.082	KSL	Pneumologie						0		0	nein
1.083	KSB	Pneumologie						0	1	0.5	nein
1.09 Gastroenterologie											
1.091	KBS	Gastroenterologie	A		1			1	1	1.5	nein
1.092	KSL	Gastroenterologie						0		0	nein
1.093	KSB	Gastroenterologie					1	1	1	1.5	nein
1.10 Endokrin- / Diabetologie											
1.101	KBS	Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung	A		1			1	1	1.5	nein
1.102	KSL	Diabetologie						0		0	nein
1.103	KSB	Diabetologie						0	1	0.5	nein
1.11 Rheumatologie											
1.111	KBS	Rheumatologische Akutklinik	cf. FPS					0		0	nein
1.112	FPS	Rheumatologische Universitätsklinik FPS / Poliklinik	A	1			1	2	4	4	ja
1.12 Div. internist. Spezialfächer											
1.121	KBS	Psychosomatik	-		1	1		2		2	nein
1.122	KBS	klinische Pharmakologie und Toxikologie	A		1	1		2		2	nein
1.123	KBS	Spitalhygiene	B					0	1	0.5	nein
2.00 Chirurgie											
2.01	KBS	Chirurgie	A I			1		1		1	n.a.
2.10 Viszeral (=Allg) Chirurgie											
2.11	KBS	Viszeralchirurgie		1	2			3	6	6	ja
2.12	KBS	Chir. Poliklinik, NFS (Notfallstation), ambulante Chirurgie	-				1	1	2	2	nein
2.13	KSB	Allgemeine Chirurgie (mit Gefäss-, Thorax und Viszeralchirurgie sowie Traumatologie)	A II	1			3	4	3	5.5	ja
2.14	KSL	Allgemeine Chirurgie	A II	1			1	2	3	3.5	nein
2.15	KBS	Organtransplantation	-					0		0	nein
2.20 Gefässchirurgie											
2.21	KBS	Gefässchirurgie	-			1		1		1	nein
2.30 Herz- und Thoraxchirurgie											
2.31	KBS	Herz- und Thoraxchirurgie	A	1			1	2	4	4	ja
2.40 Orthopädie											
2.41	KBS	Orthopädisch-traumatolog. Abt.	A			1		1	6	4	ja
2.42	KSB	Orthopädie	B I			1	1	2	5	4.5	ja
2.43	KSL	Orthopädie (ohne Handchirurgie)	B I		1		1	2	3	3.5 als Einheit	nein
2.44	KSL	Handchirurgie					1	1	1	1.5	ja
2.45	KSL	Orthopädie inkl. Handchirurgie			1			2	3	4	ja
2.46	FPS	Orthopädische Uni-Klinik FPS	A I	1	1	1		2	3	4	ja
2.50 Urologie											
2.51	KBS	Urologische Universitätsklinik beider Basel	A			1		1	2	3	nein
2.52	KSL	Urologische Universitätsklinik beider Basel	A	1				1	2	2	nein
2.60 Neurochirurgie											
2.60	KBS	Neurochirurgische Klinik	A	1		2		3	3	4.5	ja
2.70	KBS	Plastische Chirurgie						0	4	2	als Ganzes ja
2.71	KBS	Kiefer- wiederherst. Chirurgie (WHC)						0	4	2	nein
2.71	KBS	Kiefer- Gesichtschirurgie	A			2		2		2	nein



Anhang 1, zweite Seite

3.00	Intensivmedizin							0				
3.10	Internist, Intensivmedizin							1	1	0.5		nein
3.11	KBS CCU Cardiac Care Unit (Innere Med.)	--			1			1		1		nein
3.12	KBS ICU Intensiv Care Unit (Innere Med)	--		1				1		1		nein
3.20	Chirurgische Intensivpflegestation	A						0		0		nein
3.21	KBS CHIPS							0		0		nein
3.22	KBS IMC Intermediate Care (Chir.)	--						0		0		nein
3.30	KBS Intensivmedizin	A					1	1	1	1.5		nein
3.31	KSL Intensivmedizin	C					1	1	1	1.5		nein
5.00	Gynäkologie / Geburtshilfe											
5.10	KBS Universitätsfrauenklinik	A	1				2	3	7	6.5		ja
5.11	KBS Reprod. Med. gyn Endokrino	--			1			1		1		nein
5.21	KBS Gyn. Poliklinik	--						0		0		n.a.
5.22	KBS Geburtshilfe / Gynäkologie							0		0		n.a.
5.23	KBS Geburtshilfe / Gynäkologie	B	1				1	2	3	3.5		nein
5.24	KSL Gyn / Geburtshilfe	B	1				1	2	1	2.5		nein
5.30	KBS Gyn Sozialmedizin und Psychosom. Dienst	--		1				1	1.1	1.55		nein
5.41	KBS Geburtshilfe/Säuglinge	--						0		0		n.a.
6.00	Neurologie											
6.10	KBS Neurologische Univklinik und Poliklinik	A	1	1	2	1		5	3	6.5		ja
6.11	KBS klin. Neurophysiologie	A						0		0		nein
7.00	Dermatologie / Allergologie											
7.10	KBS Dermatologische Klinik und Poliklinik	A	1	1	1			3	2	4		ja
7.20	KBS Allergologische Poliklinik	Aa/Ai*						0		0		nein
7.30	KBS Allergologie	Bi						0		0		nein
8.00	HNO											
8.10	KBS Universitätsklinik für Hals, Nasen Ohren	A	1	1	1			3	4	5		ja
8.11	KBS Hals- und Gesichtschirurgie	2 a						0		0		nein
8.12	KBS Phoniatrie	voll		1				1		1		nein
8.13	KSL HNO-Abteilung	C			1			1	1	1.5		nein
9.00	Augenmedizin											
9.10	KBS Augenklinik und -Poliklinik Augenspital	A1	1		4	1		6	6.6	9.3		ja
9.11	KBS Ophthalmochirurgie	A2						0		0		nein
9.12	KSL Augenabteilung	B2					1	1		1		nein
10.00	Psychiatrie											
10.10	KBS Psychiatrische Universitätspoliklinik	A I	1	1			2	4	5	6.5		ja
10.20	KPD Kantonale Psychiatrische Dienste							0		0		nein
11.00	Rehabilitation / Geriatrie											
11.11	FPS medizinisch geriatrische Klinik	ger A, med B					4	4	2	5		ja
11.12	KBS Rehabilitation / Akutgeriatrie	A 2					2	2	2	3		nein
11.13	KBS Geriatrie / Rehab	--						0		0		nein
11.14	KBS geriatrische Univ. Klinik (Abt. Innere Med.)	ger A, med B	1		1			2	1	2.5		nein
12.00	UKBB (Universitäts-Kinderspital beider Basel)											nicht Gegenstand der Betrachtung
12.10	UKBB Pädiatrie											n.a.
12.20	UKBB Kinder-Chirurgie											n.a.
12.30	UKBB Orthopädie											n.a.
13.00	Radiologie									0		
13.10	KBS Medizinische Radiologie	A	1	1	2			4	11	9.5		ja
13.11	KBS Nuklearmedizin	A			1			1	1	1.5		nein
13.12	KBS Radio-Onkologie	A			1			1	3	2.5		nein
13.13	KBS Neuroradiologie	A						0		0		nein
13.14	KBS Radiologie	B					2	2	3	3.5		nein
13.15	KSL Radiologie	--					2	2	1	2.5		nein
14.00	Anästhesie											
14.11	KBS Anästhesie	A1	1	2	6			9	19	18.5		ja
14.12	KBS Anästhesie	B						3	3	4.5		ja
14.13	KSL Anästhesiologie	A 2					1	1	2	2		nein
15.00	Pathologie											
15.10	KBS Pathologie		1		9			10	13	16.5		ja
15.11	KBS Histologie							0		0		nein
15.12	KIP Histologie							0		0		nein
15.21	KBS Zytologie							0		0		nein
15.22	KSL Zytologie							0		0		nein
15.31	KBS Autopsie							0		0		nein
15.32	KSL Autopsie (KIP)							0		0		nein
16.00	Pflegewissenschaften											
16.10	KBS Pflegewissenschaften (Abt. Innere Med.)	--	1					1		1		nein
17.00	BICE											
17.10	KBS BICE, Basel Institute for Clinical Epidemiology (Abt. Innere Med.)	--			1			1		1		nein
18.00	Spitalpharmazie											
18.11	KBS Institut für Spitalpharmazie	--						0		0		nein
18.12	KSL Apotheke / Medikamente	--						0		0		nein
18.13	KBS Apotheke	--						0		0		nein
20.00	24h Multidisz. Notfallstationen											
20.100	KBS Interdisziplin. Notfallstation							0		0		n.a.
20.110	KBS Interdisziplin. Notfallstation							0		0		n.a.
20.120	KSL Interdisziplin. Notfallstation							0		0		n.a.
21.00	Ambulanz / Poliklinik											
30.00	Therapeutische Dienste											
31.00	Labor											
31.11	KBS Zentrallaboratorium	--			2	2		4	0.6	4.3		ja
31.12	KBS Zentrallabor	--						0		0		nein
31.13	KSL Zentrallabor	--						0		0		nein



Anhang 2
(farbige A3-Ausdrucke sind für Kommissionssitzungen erhältlich)

Table with columns: Fachgebiete, Medizinisch-Fachliche Interdependenzen, and rows for various medical departments like Innere Medizin, Kardiologie, etc.

Legende: Table with 3 rows defining dependency levels: 0 Kaum Abhängigkeiten, 1 Gewisse Abhängigkeiten, 2 hohe Abhängigkeit, 3 Sehr hohe Abhängigkeit / nicht dezentralisierbar.



Anhang 3

Anhang 3: Überlegungen zur Zukunftsentwicklung der Fachdisziplinen

Nr.	Fachdisziplin / Bereich	Abschätzung Markt/Fallzahlen		Abschätzung Auswirkung medizinisch-technische Entwicklung		Abschätzung Entwicklung Wettbewerb/Konkurrenz		Abschätzung Trend Nachfrage nach öffentlichem Spital-Angebot	
		Beurteilung	Bemerkung	Beurteilung	Bemerkung	Beurteilung	Bemerkung	ambulant	stationär / Pflegefälle
1.00	Innere Medizin								
1.001	Allg. Internistische Leistung	=/+	Gewisse Soziodemografische Entwicklung	=/-	Verbesserte Medikamente vermindern Nachfrage nach Spitalleistung teilweise	+	Viele Hausärzte, Gatekeeper Funktion	→	→
1.02	Kardiologie	+	Soziodemografische Entwicklung	++	vermehrt ambulante Leistungen	*=/-	Technologie-Aufwand gross, Risiko Hoch	↗	↗
1.03	Angiologie	+	Soziodemografische Entwicklung	+	Gefässdarstellungen weniger invasiv	-		↗	→
1.04	Infektiologie	=	Heimtherapie/Hausarzt	+	Antibiotika "Problemkind der Zukunft"	--		→	→
1.05	Hämatologie	=	eher leichte Zunahme	=		=		→	→
1.06	Nephrologie/Immunologie	=/+	Transplantation: Knochenmark zunehmend, Nieren gleichbleibend, Dialyse eher zunehmend	=	Dialysegeräte: globale Innovationschübe bereits erfolgt	+	Bethesda Spital neu Dialysestation	→	↗
1.07	Onkologie	+	soziodemografische Entwicklung	=/+	Medi +	+	Hausärzte (Behandlung zu Hause)	↗	↘
1.08	Pneumologie	=		-		-		→	→
1.09	Gastroenterologie	=/+	ev. Zunahme zulasten Viszeralchirurgie	+	eher weitere Entwicklung Richtung ambulante Leistung	+	klare Spital	↗	→
1.10	Endokrino- / Diabetologie	=		-	eher weitere Entwicklung Richtung ambulante Leistung	=		→	↘
1.11	Rheumatologie	=		-		-		→	→
1.12	Div. internist. Spezialfächer		Psychosomatik Zunahme v.a. ambulant	-		=		→	→
2.00	Chirurgie								
2.10	Viszeral (+Allg) Chirurgie	=/-	Fortschritte in der Gastroenterologie	+	Weniger invasiv, kürzere Spitalaufenthalte	+		↗	↘
2.12	Chir. Poliklinik, NFS (Notfallstation), ambulante Chirurgie	++	Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten/ teilstat. Bereich	+	Mikroinvasive Eingriffe	++		↑	n.r.
2.20	Gefässchirurgie	=/+	Fallzahl eher +, aber Verlagerung endovaskulär	=/-	Technologische Verlagerung in den endovaskulären Bereich (Angio / Radio)	-		→	↘
2.30	Herz- und Thoraxchirurgie	+	Bsp. ACBP sinkend	+		+	Privat weiter attraktiv, ev. gesamtschweizerisch +	→	→
2.40	Orthopädie	+	soziodemografische Entwicklung/Osteoporose	+	Präzisere Technik (z.B. Roboter) / Weiter verkürzte Spitalaufenthaltsdauer	=/-	Attraktivität privat je nach Tarifentwicklung eher abnehmend	↗	↗
2.50	Urologie	=		=		+	Attraktivität privat je nach Tarifentwicklung eher abnehmend	→	→
2.70	Plastische Chirurgie	eher +		=/+	Wundheilung beeinflussen	+		↗	→
3.00	Intensivmedizin								
3.10	Internist. Intensivmedizin	k.a.	Abhängig von Abnehmern (Querschnittsleistung)	-		=		→	→
3.20	Chirurgische Intensivpflegestation	k.a.	abhängig von Abnehmern (Querschnittsleistung)	-		=		→	→
5.00	Gynäkologie / Geburtshilfe	=		-	allgemeine Senkung Aufenthaltsdauer	+ / ++	wahrscheinlich weiterhin unkämpftes Gebiet	→	↘
6.00	Neurologie	=		=		=		→	→
7.00	Dermatologie / Allergologie	=	Zunahme eher ambulant	-		+		→	↘
8.00	HNO	=	Abnehmender Trend bereits weitgehend eskompiert	=		-		→	↘
9.00	Augenmedizin	=/+	Stationäre Indikationen eher abnehmend	=/+		?/-	Tarmed könnte Nachfrage im öff. Spital steigern	→	↘
10.00	Psychiatrie	+	Soziodemografisch und epidemiologisch	-		+		↗	→
11.00	Rehabilitation / Geriatrie	=	Leichte soziodemografische Zunahme kompensiert durch kürzere Aufenthaltsdauer	-		=		→	→
12.00	UKBB (Universitäts-Kinderspital beider Basen)	-	Neonatalogie +, sonst -	+ / =		+	Viele private Kinderärzte	nicht Gegenstand dieses Berichtes	
13.00	Radiologie	+	Zunahme Interventionen/keine Betten	+	Nachfrage nach Diagnostik weiter steigend	=		↗	n.r.
14.00	Anästhesie	k.a.	Abhängig von Abnehmern (Querschnittsleistung)	+		-		n.r.	n.r.
15.00	Pathologie	n.r.		--		=		n.r.	n.r.
16.00	Pflegewissenschaften	n.r.		n.r.		n.r.		n.r.	n.r.
17.00	BICE	n.r.		n.r.		n.r.		n.r.	n.r.
18.00	Spitalpharmazie	n.r.		n.r.		n.r.		n.r.	n.r.
20.00	24h Multidisz. Notfallstationen	++	Patienten gehen noch vermehrt direkt ins Spital statt zum Dienstarzt	-		=	weiterhin eher zurückhaltende Drittanbieter	↑	n.r.
21.00	Ambulanz / Poliklinik	++	generelle Zunahme ambulante gegenüber stationäre	-		+	Private Tagesklinik	↑	n.r.
30.00	Therapeutische Dienste	n.r.		n.r.		n.r.		n.r.	n.r.
31.00	Labor	n.r.		n.r.		n.r.		n.r.	n.r.