

**Spitalversorgung  
Basel-Landschaft und Basel-Stadt  
(stationärer Bereich)**

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

**Basel / Liestal im September 2005**

# Inhaltsverzeichnis

## **A Vorbemerkung**

## **B Zusammenfassung**

## **C Rückblick**

- I. „Historisches“
- II. Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
- III. Berichte Herbst 2003
- IV. Abstimmung 16. Mai 2004
- V. BS / BL – Bad Bubendorf

## **D Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)**

## **E Die medizinische Fakultät Basel**

## **F Laufende Projekte**

- I. Vorbemerkung
- II. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit
- III. Universitäre Medizin Schweiz
- IV. Kooperation Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Bern in der klinischen Medizin / Zahnmedizin
- V. Spitzenmedizin (hochspezialisierte Medizin)
  1. IVKKM
  2. Groupe des 15 / Transplantationsmedizin
- VI. SwissDRG
- VII. Partnerschaftsverhandlungen
- VIII. Neubau UKBB
- IX. Neubau Felix Platter-Spital
- X. Neubau Kantonsspital Bruderholz

## **G Aktueller Stand der regionalen Gesundheitsversorgung**

- I. Grundsätzliches
- II. Tagung Bad Bubendorf als Auftrag
- III. Funktion des Universitätsspitals Basel als Zentrumsspital und als Arbeitgeber
- IV. Regionale Spitalabkommen
- V. Schlussbericht Nachfolgeprojekt TP 2 „Regionale Spitalplanung“
- VI. Partnerschaftsverhandlungen
  1. Allgemeines
  2. Teilprojekt 2
  3. Teilprojekt 3
- VII. Bauprojekte
- VIII. Akutsomatik
- IX. Geriatrie
  1. Situation BS
  2. Situation BL
  3. Synergien / Kooperationen
- X. Rehabilitation
  1. Situation BS
  2. Situation BL
  3. Synergien / Kooperationen
- XI. Psychiatrie
  1. Situation BS
  2. Situation BL
  3. Synergien / Kooperationen
- XII. Rolle privater Leistungserbringer
- XIII. Zukunft / Ausblick

## **H Kernaussagen**

## **I Konkrete Umsetzung**

## **J Parlamentarische Vorstösse**

### **I. Basel-Landschaft**

1. Motion der Grünen Fraktion vom 30. November 2000: Für eine langfristige regionale Gesundheits- und Spitalplanung (2000/243)
2. Postulat der Fraktion der Grünen vom 20. November 2000: Schaffung einer zeitlich befristeten Kommission zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt zur Erarbeitung einer kurzfristigen, mit Basel-Stadt koordinierten und zukunftsverträglichen Spitalplanung (2000/245)
3. Motion der FDP-Fraktion vom 13. Dezember 2000: Erarbeitung einer koordinierten regionalen Spitalplanung (2000/260)
4. Motion der FDP-Fraktion vom 5. September 2002: Spitalplanung; Angemessene Berücksichtigung der privaten Trägerschaften bei der koordinierten regionalen Spitalplanung! (2002/183)
5. Motion der FDP-Fraktion vom 5. September 2002: Spitalplanung; Vertiefte Kostentransparenz und vergleichbare Betriebskostenrechnungen BL und BS (2002/189)
6. Postulat Madeleine Göschke-Chiquet, Grüne Fraktion, vom 17. Oktober 2002: Kenntnis der zukünftigen medizinischen Schwerpunktbildung in der Schweiz als Voraussetzung der regionalen Spitalplanung (2002/252)
7. Postulat der Sozialdemokratischen Fraktion vom 19. September 2002: Nordwestschweizerisches Gesundheitskonkordat (2002/229)
8. Postulat Sabine Stöcklin, Sozialdemokratische Partei, vom 16. Oktober 2003: Regulierung medizinischer Grossgeräte (2003/235)
9. Motion der FDP-Fraktion vom 1. April 2004: Kooperationsmodell zur Erhaltung der medizinischen Fakultät (2004/090)
10. Motion von Madeleine Göschke vom 9. September 2004: Zwei neue Grossspitäler auf engstem Raum? (2004/208)

## II. Basel-Stadt

1. Anzug Silvia Schenker und Konsorten vom 4. Dezember 2002 betreffend Gesundheitsplanungsstelle beider Basel resp. NWCH
2. Postulat der SP-Fraktion vom 19. September 2002: Gesundheitsplanungsstelle beider Basel resp. NWCH (2002/227)
3. Anzug Maria Iselin und Konsorten vom 23. Oktober 2002 betreffend Fusion der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Basel und Bern
4. Anzug Rudolf Vonder Mühl und Konsorten betreffend Kostentransparenz in der klinischen Medizin vom 15. September 1999
5. Anzug Dr. Hans-Peter Wessels und Konsorten betreffend eine neue Struktur für die Medizinische Fakultät der Universität Basel vom 22. Oktober 1997
6. Anzug Richard Widmer und Konsorten betreffend neue Rechtsform für das Kantonsspital vom 9. Februar 2000
7. Anzug Dr. Andreas Burckhardt und Konsorten betreffend Verselbständigung des Kantonsspitals Basel-Stadt vom 12. November 2003

## **J Anträge**

- I. An beide Parlamente gleichlautend
- II. An den Landrat des Kantons Basel-Landschaft
- III. An den Grossen Rat des Kantons Basel Stadt

Anhang Patientinnen-/Patientenbewegungen innerhalb der Region

Anhang Weitere Leistungsdaten in Bezug auf Vollzeitäquivalente und Finanzen

## A Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht erreicht die Parlamente der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt mit Verspätung in Bezug auf den ursprünglich vorgesehenen Zeitplan. Diese Verspätung ist darauf zurückzuführen, dass vor Fertigstellung des Berichtes die jüngste Entwicklung in einigen zentralen und wegweisenden Projekten abgewartet wurde, um die entsprechenden Resultate berücksichtigen zu können.

Es sind dies insbesondere:

- Partnerschaftsverhandlungen Basel-Landschaft / Basel-Stadt
- Interkantonale Vereinbarung über die Spitzenmedizin
- Weitere Entwicklung der KVG-Revision
- Projekt auf Bundesebene bezüglich einheitlicher Steuerung der medizinischen Fakultäten Schweiz (Arbeitsgruppe Kleiber)

Bei den entsprechenden Themen wird in der Folge ausführlich Stellung genommen.

Im Weiteren ist festzuhalten, dass sich dieser Bericht auf die stationäre Versorgung beschränkt; die ambulante (auch die spitalambulante) Versorgung ist nicht Teil des Berichts.

## B Zusammenfassung

In Bezug auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sind die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt mittlerweile einen langen Weg miteinander gegangen. Dieser war geprägt durch wechselnde Tendenzen, indem neben Erfolgen auch Rückschläge hingenommen werden mussten. Insbesondere die intensive Zusammenarbeit während der letzten rund fünf Jahre hat nun aber zu einer Konsolidierung der partnerschaftlichen Beziehung geführt und es liegt mittlerweile Konsens zu grundlegenden Fragen vor. So ist man sich einig, dass

- das Universitätsspital Basel als Zentrumsspital grundsätzlich die universitärmedizinischen und spitzenmedizinischen Leistungen für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt erbringen soll,
- die für die gesamte Schweiz einmalige gemeinsame Spitalliste Basel-Landschaft / Basel-Stadt erhalten bleibt,
- an einer gemeinsam getragenen medizinischen Fakultät für die Region festgehalten werden muss,
- das gemeinsame Projekt Universitätskinderspital beider Basel (UKBB) als mittlerweile erfolgreiches Beispiel für partnerschaftliche Kooperation weitergeführt werden muss,
- die gemeinsame, rollende Bedarfsplanung und Bewirtschaftung der gemeinsamen Spitallisten fortzusetzen ist,
- die Privatspitäler beider Kantone mit ihren Leistungsangeboten Teil der rollenden Bedarfsplanung sind,
- die Zusammenarbeitsmöglichkeiten in den Bereichen Geriatrie, Rehabilitation und Psychiatrie und die Ausweitung der gemeinsamen Spitalliste auf diese Bereiche in die gemeinsamen Überlegungen einbezogen werden.

Der auf diesem Konsens basierende Geist zwischen beiden Kantonen hat auch Eingang in die derzeit noch laufenden Partnerschaftsverhandlungen (Teilprojekte „Entflechtung der Kosten für Dienstleistungen / Lehre und Forschung“ sowie „Abgeltung der zentrumsmedizinischen Dienstleistungen) gefunden.

Trotz der Einigkeit in einigen grundsätzlichen Fragen existieren noch Pendenzen, welche im Sinne von Herausforderungen auf die gesundheitspolitische Kooperation der beiden Kantone zukommen.

Dabei sind insbesondere zu erwähnen:

- Positionierung der Medizinischen Fakultät Basel auf eidgenössischer Ebene
- Weiterführung der Planung im Bereich Spitzenmedizin / Transplantationsmedizin
- Begleitung und Umsetzung der nach wie vor im Flusse befindlichen KVG-Revision
- Erarbeitung und Umsetzung des Systems der Fallkostenpauschalen (DRG) im stationären Bereich
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Kantonen Aargau, Jura und Solothurn zur Bildung einer Versorgungsregion Nordwestschweiz
- Weiterführung des Kooperationsprojektes mit Bern betreffend die medizinischen Fakultäten
- Konkretisierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit Deutschland und Frankreich
- Weiterführung und „Bewirtschaftung“ der gemeinsamen Spitalliste
- weitere Positionierung des Universitätsspitals Basel als Zentrumsspital für unsere Region
- Weiterverfolgung einer vollen Patientinnen-/Patientenfreizügigkeit zwischen den Kantonen BL und BS unter Einbezug sämtlicher stationärer Leistungserbringer beider Kantone

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass auf der Grundlage der beiden Spitalversorgungsberichte der Kantone vom Herbst 2003 wesentliche Fortschritte zu verzeichnen sind.

Die verschiedenen, von aussen an die beiden Kantone herangetretenen Herausforderungen sowie das Ziel, die gemeinsame strategische Planung zu erweitern und zu optimieren ohne aber die Autonomie der Kantone und ihrer Leistungserbringer in Frage zu stellen, erfordern auch in Zukunft eine intensive und umfassende Kooperation.

Der vorliegende Bericht stellt die aktuelle Situation im nationalen und regionalen Gesundheitswesen umfassend dar. Er zeigt die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt auf, weist aber auch auf die zahlreichen – vor allem auf nationaler Ebene - offenen Fragen hin. Demgemäss können zu verschiedenen Themen erst wegweisende Aussagen gemacht, aber noch keine definitiven Schlussfolgerungen präsentiert werden. Es bestehen somit auch in Zukunft zahlreiche Themen im Gesundheitswesen, die einer partnerschaftlichen Bearbeitung bedürfen.

## C Rückblick

### I. „Historisches“

Die Zusammenarbeit der Kantone Basel-Landschaft (BL) und Basel-Stadt (BS) im Bereich der Spitalversorgung hat eine langjährige Tradition. Um der Baselbieter Bevölkerung den ungehinderten Zugang zur universitären Zentrumsmedizin des Kantonsspitals Basel (heute Universitätsspital Basel, USB) zu sichern, wurde 1975 ein bilateraler Vertrag abgeschlossen. In diesem Vertrag war zusätzlich auch die freie Spitalwahl für die Grundversorgung (Freizügigkeit) geregelt. Im ausgelaufenen Freizügigkeitsvertrag hatte sich der Kanton Basel-Landschaft verpflichtet, die Kosten aus der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kantonsgebiet in der Allgemeinen Abteilung von öffentlichen Spitälern in Basel abzüglich Krankenkassenpauschale abzugelten, höchstens jedoch bis zum Betrag der durchschnittlichen Betriebskosten pro Tag in den beiden eigenen Kantonsspitälern Bruderholz und Liestal (damals gab es das Kantonsspital Laufen noch nicht). Im gleichen Sinne hatte auch der Kanton Basel-Stadt die Restdefizite aus der Behandlung seiner Patientinnen und Patienten in den Kantonsspitälern von Basel-Landschaft abgegolten. Das ursprünglich als befristetes Interimsabkommen abgeschlossene Vertragswerk lief Ende 1992 aus.

Der Regierungsrat Basel-Stadt schrieb hierzu dem Regierungsrat Basel-Landschaft am 28. April 1992:

„Dieser Konzeption lag die Auffassung zugrunde, in der Folge ein multilaterales, die Region Nordwestschweiz umfassendes Spitalverbundsabkommen zu schaffen, das nicht nur eine gerechtere Lastenverteilung, sondern vor allem auch eine regionale Abstimmung der Kapazitäten und medizinischen Schwerpunkte hätte zum Inhalt haben sollen.“

Der Vertrag wurde nach umfassenden Verhandlungen durch den heute noch gültigen Vertrag über die Abgeltung von zentrumsmedizinischen Spitalleistungen sowie der klinischen Lehre und Forschung des Kantons Basel-Stadt durch den Kanton Basel-Landschaft (Spitalabkommen BS/BL) vom 23. November 1993/14. Juni 1994, welcher rückwirkend auf den 1. Januar 1993 in Kraft trat, abgelöst. Neu an diesem Vertrag war die Abgeltung der medizinisch bedingten Spitalbehandlungen nach dem Prinzip der durchschnittlichen Vollkosten pro Pflergetag, und der Ersatz des bisherigen 25% Zuschlages für Lehre und Forschung pro Pflergetag durch Einführung einer teuerungsabhängigen Pauschale zur Abgeltung von Lehre und Forschung im Betrage von CHF 10 Mio. (Januar-Index 1993) bis zum Inkrafttreten des neuen Universitätsvertrages. Auf die Wiedereinführung einer Freizügigkeitsregelung wurde – auch mit Blick auf das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 – verzichtet.

Der kurze Blick in die „jüngere Historie“ zeigt, dass die Zusammenarbeit der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Bereich der Spitalversorgung schon immer Gegenstand von intensiven partnerschaftlichen Diskussionen war. Dabei ging es um die Koordination der Leistungsangebote und die Vermeidung von Doppelspurigkeiten sowie die Realisierung von Synergiepotentialen.

Durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, wurde diese Zusammenarbeit zusätzlich intensiviert. Da Art. 39 des damals neuen KVG die Kantone zur Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung sowie zum Erlass von Spitallisten verpflichtete, beschlossen die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt an einer gemeinsamen Sitzung im Frühjahr 1997, die Spi-



talplanung der Kantone BL und BS im Versorgungsbereich somatische Akutmedizin (und nur in diesem) gemeinsam anzugehen. Die auf der gemeinsamen Planung aufbauende gemeinsame Spitalliste BS/BL trat nach einem gemeinsam konzipierten und durchgeführten Planungsprozess per 1. Januar 1998 in Kraft. Verbunden mit der gemeinsamen Spitalplanung waren Massnahmen zur Reduktion des Akutbettenbestandes in beiden Kantonen (total 627 Betten). Die gemeinsame Spitalliste BS/BL war – und ist noch immer – ein Meilenstein der interkantonalen Spitalplanung und besitzt auch heute noch gesamtschweizerisch Modellcharakter.

In konsequenter Fortsetzung der partnerschaftlichen Bestrebungen beauftragten die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt an einer gemeinsamen Sitzung im August 2001 die zuständigen Gesundheitsdepartemente, die gemeinsame Spitalplanung zu vertiefen und weiterzuentwickeln.

Es wurden folgende Prämissen und Eckwerte festgelegt:

- Das Gesundheitswesen für die Bevölkerungen beider Kantone soll unter Wahrung der qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung insgesamt kostengünstiger und effizienter gestaltet werden.
- Die Kantonsspitäler beider Kantone werden weiter betrieben.
- In den Universitätsspitalern findet eine kostenneutrale Entflechtung der Finanzströme Lehre und Forschung einerseits und Dienstleistung andererseits statt.
- Die Regierungen beider Kantone bekennen sich zum Erhalt der medizinischen Fakultät und zur Sicherstellung der entsprechenden Akkreditierung.
- Die universitäre Lehre und Forschung (Medizinische Fakultät) werden im Rahmen des Universitätsvertrages gemeinsam getragen und sollen finanziell von der Dienstleistung getrennt werden. Sie werden mittels Leistungsaufträgen definiert und abgegolten.
- Zwecks Sicherstellung der spitzenmedizinischen Dienstleistung (universitäre Medizin) werden von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsame Strukturen geschaffen. Es ist insbesondere zu prüfen, wie die universitären Kliniken im Rahmen eines zu schaffenden Verbundes auf die Spitäler in den beiden Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt verteilt werden können. Dabei soll das Prinzip gelten, jedes universitäre Fach nur an einem Ort anzusiedeln.

Die Arbeiten wurden in einer Projektorganisation unter dem Titel „Regionale Spitalplanung BS/BL“ aufgelegt und in drei Teilprojekte gegliedert.

Das Teilprojekt 1 analysierte die organisatorische Stellung, die Aufgaben und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität im Verhältnis zu den kantonalen Verwaltungen. Die Zielsetzung bestand darin, im Rahmen einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung der kantonalen Spitäler und der Universität bzw. der Medizinischen Fakultät die Strukturen und Abläufe so zu definieren, dass sie dem politischen Steuerungsbedarf einerseits und der notwendigen Autonomie der Universität/Medizinischen Fakultät und der Spitäler andererseits Rechnung trägt.

Das Teilprojekt 2 beinhaltet die spitalinterne Aufteilung der Kosten für Lehre und Forschung einerseits und der Kosten der medizinischen Dienstleistung andererseits. Weiter waren die Finanzströme der von Bund und Kantonen geleisteten Subventionen und Leistungsabgeltungen für die Medizinische Fakultät aufzuzeigen.

Das Teilprojekt 3 zeigte im Rahmen eines Verbundes aller Universitätskliniken in den kantonalen Spitälern der beiden Kantone mögliche Modelle der Fachgebieten-Aufteilung auf jeweils einen Standort (Dezentralisierungsmodelle) auf sowie die Variante „Konzentration der universitären Medizin“ (spitzenmedizinische Dienstleistungen) auf ein einziges Spital (Universitätsspital).

Ein Zwischenbericht zum Projekt „Regionale Spitalplanung“ wurde den beiden Parlamenten mit Ratschlag 9164 des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt und der Landratsvorlage 2002/136 des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft, beide vom 28. Mai 2002, im Zusammenhang mit der Beantragung eines Vorprojektkredites zur Realisierung des Neubaus des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) erstattet. Am 1. Juni 2002 luden die Regierungen beider Kantone ihre Parlamente zu einer gemeinsamen Informationstagung zum Thema „Gemeinsame Spitalplanung – eine regionale Herausforderung“ nach Muttenz ein. Anlässlich dieser Tagung wurde in einem ersten Teil über gesamtschweizerische Entwicklungen im Gesundheitswesen im Bereich der Spitzenmedizinischen Versorgung, bezüglich Akkreditierung der Medizinischen Fakultäten und bezüglich der anstehenden 2. KVG-Teilrevision orientiert, und in einem zweiten Teil wurden die in den erwähnten Vorlagen an die Parlamente aufgezeigten insgesamt fünf Grobmodelle sowie das Modell der IST-Situation vorgestellt und diskutiert. Das weitere Vorgehen sah vor, die Modelle zu verfeinern und zu vertiefen.

Die Schlussberichte der Teilprojekte 1 und 2 konnten vom Lenkungsgremium im Sommer 2003 genehmigt werden. Im Rahmen des Teilprojektes 2 wurde – ebenfalls im Sommer 2003 – einer neu formierten Arbeitsgruppe unter der Leitung des Dekans der Medizinischen Fakultät der Auftrag erteilt, die im Schlussbericht des Teilprojektes 2 erarbeiteten Grundsätze weiter zu entwickeln und anhand der "Durchrechnung" von Pilotkliniken der Spitäler Basel und Liestal zu überprüfen und zu verifizieren. Dieser Bericht des Folgeprojektes zum Teilprojekt 2 liegt mittlerweile vor und die sehr weitreichenden und in beiden Kantonen akzeptierten Erkenntnisse haben direkten Einfluss in die Partnerschaftsverhandlungen gefunden. Diese Erkenntnisse stellen auch die entscheidende Grundlage für die mittlerweile erfolgte Ausarbeitung eines Budgets der Medizinischen Fakultät nach erfolgter Entflechtung der Kosten für Dienstleistung / Lehre und Forschung dar (näheres hierzu nachstehend).

Die im Rahmen des Teilprojektes 3 erarbeiteten Modelle betreffend die zukünftige Verteilung der Universitätskliniken in beiden Kantonen wurde mit dem gleichlautenden Entscheid beider Regierungen abgeschlossen, an der Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel festzuhalten. Auf eine weitere Verteilung universitärer Kliniken in den Kantonsspitalern beider Kantone wurde verzichtet; dies einerseits aufgrund der mit einer derartigen Neugruppierung verbundenen hohen Kosten und andererseits wegen der mit einer Zerstreung der universitären Disziplinen verbundenen Probleme (laufende Mehrkosten, Kommunikation, Qualitätsverlust). Dieser wegweisende Entscheid zugunsten des Universitätsspitals Basel als Zentrumsspital für die Region Nordwestschweiz im Rahmen der gesamtschweizerischen Gesundheitsversorgung (insbesondere Spitzenmedizin) und der universitär-medizinischen Lehre und Forschung.

## II. Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Am 1. Januar 1999 nahm das UKBB seinen Betrieb an zwei Standorten (Römergasse, Basel-Stadt und Bruderholz, Basel-Landschaft) auf. Das UKBB zeichnet sich dadurch aus, dass die beiden Klinikstandorte organisatorisch vereint sind und medizinische Schwerpunkte (Chirurgie und Pädiatrie) bilden, grundsätzlich aber an beiden Standorten Dienstleistungen im Grundversorgungsbereich angeboten werden. Hinzu kommt die Neonatologie, welche im neuen Frauenspital untergebracht ist. Führung, Organisation und die Bewältigung des Spitalalltages an zwei bzw. drei räumlich getrennten Standorten gestalteten sich indessen problematischer als ursprünglich angenommen.

Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben sich deshalb an ihrer gemeinsamen Sitzung vom 16. August 2000 für ein Universitäts-Kinderspital an einem einzigen Standort ausgesprochen wobei die Neonatologie im Frauenspital verbleibt.

Trotz der durch die drei Standorte bedingten organisatorischen Schwierigkeiten hat sich das UKBB sowohl in Bezug auf die Qualität der Dienstleistung bzw. der medizinischen Lehre und Forschung und der damit verbundenen Steigerung der Reputation als auch betreffend Finanzen (der Jahresabschluss 2004 liegt deutlich unter Budget) nach anfänglichen Schwierigkeiten zu einem Vorbild und Musterbeispiel für regionale Zusammenarbeit entwickelt. Diese Feststellung wurde im Rahmen der regionalen Tagung in Bad Bubendorf vom 20./21. August 2004 bestätigt (hierzu nachstehend Ziffer 5.).

Weitere, detaillierte Ausführungen zum UKBB sind dem bereits an die Parlamente überwiesenen Bericht betreffend Gewährung eines Ausführungskredites für die Errichtung des Neubaus des Universitäts-Kinderspitals beider Basel zu entnehmen.

### III. Berichte Herbst 2003

Im Herbst 2003 legten die beiden Regierungen ihren Parlamenten je einen Bericht zur Spitalversorgung in ihren Kantonen vor. Dieser, im Rahmen des gemeinsamen Projektes „Regionale Spitalplanung BS/BL“ nicht vorgesehene Zwischenschritt wurde durch den Regierungsrat des Kanton Basel-Landschaft ausgelöst, im Bestreben darum, im Sinne von „Hausaufgaben“ den Ist-Zustand der Baselbieter Spitalversorgung aufzuarbeiten und Antworten zu erarbeiten auf die anstehenden strategischen Fragestellungen zur Umsetzung der damals aktuellen zweiten KVG-Teilrevision, zur Positionierung der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, zur Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und den Spitalbetrieben im Bereich der Lehre und Forschung, zu den Kosten und zur Finanzierung der Lehre und Forschung, zu den Verbundmodellen gemäss Teilprojekt 3 der regionalen Spitalplanung BS/BL und schliesslich zur Sanierung des Kantonsspitals Bruderholz.

Der Regierungsrat Basel-Stadt legte seinerseits dem Grossen Rat einen Zwischenbericht vor und beleuchtete darin die Arbeiten der Regionalen Spitalplanung BS/BL, die 2. KVG-Teilrevision sowie die stationäre Versorgungsplanung Basel-Stadt.

Dieser von Seiten Basel-Landschaft eingeleitete Zwischenschritt führte zunächst zu einer erheblichen Belastung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den beiden Kantonen und zu engagierten politischen Diskussionen und ebenso engagierten Berichterstattungen in den Medien. Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission (VGK) des Landrates und die Gesundheits- und Sozialkommission (GSK) des Grossen Rates setzten sich vertieft mit den beiden Berichten auseinander und trafen sich zudem im Januar 2004 zu einer gemeinsamen Sitzung.

Die Debatte über den Baselbieter Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL) fand am 1. April 2004 statt und führte zu folgendem Beschluss:

**Landratsbeschluss  
betreffend Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft**

*Vom 1. April 2004*

*Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:*

- 1. Dem Landrat wird beantragt, den Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL) zur Kenntnis zu nehmen.*
- 2. Der Landrat erwartet, gestützt auf die jeweiligen Strategieberichte der beiden Kantone - Vorlage 2003/269 vom 4. November 2003 und Ratschlag 0474 vom 11. November 2003 - vom Regierungsrat Basel-Landschaft einen mit Basel-Stadt erstellten, gemeinsamen Bericht über die konkrete Umsetzung der Spitalversorgung bis Ende erstes Quartal 2005.*
- 3. Der Aspekt der regionalen Spitalversorgung der Nordwestschweiz ist mit zu berücksichtigen.*
- 4. Der Landrat beauftragt den Regierungsrat, sich mit allen seinen Kräften für den Erhalt der Medizinischen Fakultät an der Universität Basel einzusetzen.*

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt beriet den Bericht des Regierungsrates Basel-Stadt in seiner Sitzung vom 21. April 2004 und beschloss:

**Grossratsbeschluss betreffend Zwischenbericht Nr. 0474 des Regierungsrates zur Regionalen Spitalplanung, zur 2. KVG-Revision und zur Stationären Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt**

*Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, auf Antrag der Gesundheits- und Sozialkommission, beschliesst:*

- 1. Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt nimmt vom Bericht 9326 der Gesundheits- und Sozialkommission und vom Zwischenbericht 0474 des Regierungsrates Kenntnis.*
- 2. Der Grosse Rat erwartet vom in Aussicht gestellten gemeinsamen Bericht beider Regierungen über die Regionale Spitalplanung präzise Angaben über das medizinische Angebot, dessen Organisation und Finanzierung und einen Zeitplan für die Umsetzung.*

Die beiden Berichte und die Beschlüsse des Landrates des Kantons Basel-Landschaft sowie des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt bilden die Grundlage für die Konkretisierung der Zusammenarbeit der beiden Kantone im Bereich der Spitalversorgung.

## IV. Abstimmung 16. Mai 2004

Die Volksabstimmungen in den beiden Basel zur Verfassungsinitiative „Für eine faire Partnerschaft“, zur Nichtformulierten „Sicherheitsinitiative“ und zur Nichtformulierten „Spitalinitiative“ wurden im Kanton Basel-Landschaft bei einer Stimmbeteiligung von 50% mit 28'268 Ja-Stimmen (32,84%) gegen 57'810 Nein-Stimmen (67,16%) abgelehnt. Im Kanton Basel-Stadt erfolgte eine Annahme mit 48'616 Ja-Stimmen (85,1%) gegen 8'503 Nein-Stimmen (14,9%) bei einer Stimmbeteiligung von 53,1%.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft wertete in seinem Medienbulletin das Abstimmungsergebnis als Auftrag, den pragmatischen Weg der Zusammenarbeit der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt in der Region Nordwestschweiz fortzusetzen. Die bisherige Zusammenarbeit sei eine Erfolgsgeschichte, welche in der Schweiz beispielhaft sei und welche weitergehen werde.“

Zum Abstimmungsergebnis zur Spitalinitiative äusserte er sich unter anderem wie folgt:

„Mit der Ablehnung der Spitalinitiative hat der Souverän des Kantons Basel-Landschaft den von Regierungsrat und Landrat im Strategiebericht zur Spitalversorgung Basel-Landschaft vorgezeichneten Kurs bestätigt. Die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger des Kantons Basel-Landschaft wollen keine Fusion der baselstädtischen und basellandschaftlichen Spitäler zu einem gemeinsamen Spitalverbund, sondern setzen auf eine Weiterführung der pragmatischen und bewährten Zusammenarbeit.

Der Regierungsrat wertet das Volks-Nein ganz klar nicht als Absage an eine künftige gemeinschaftliche Aufgabenerfüllung. Denn es ist unbestritten, dass die regionale Spitalversorgung künftig noch besser koordiniert und vernetzt werden muss. Das heisst konkret, dass auf strategischer Ebene die gemeinsame Versorgungsplanung mit dem Kanton Basel-Stadt unter Einbezug der übrigen Partnerkantone in der Nordwestschweiz intensiviert und weiter vertieft werden muss. Auch an der gemeinsamen Spitalliste beider Basel wird festgehalten. Dieser Weg ist bekanntlich durch die Partnerschafts-Bestimmungen in den Verfassungen und Gesetzen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vorgezeichnet und ist in den vergangenen Jahren auch mit Erfolg beschrritten worden.

Die Parlamente beider Kantone haben im April 2004 die Erwartung ausgedrückt, dass ein gemeinsamer Bericht über die konkrete Umsetzung der regionalen Spitalversorgung erstellt wird. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft hat die feste Absicht, diese Erwartung zu erfüllen.“

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt war durch den Ausgang der Abstimmung im Kanton Basel-Landschaft nicht überrascht, hatten doch bereits zahlreiche Gespräche im Vorfeld der Abstimmung ergeben, dass eine weitgehende Bindung und die Gründung eines Spitalverbundes im Nachgang zu den Kontroversen rund um die beiden Spitalversorgungsberichte im Herbst 2003 für weite Kreise noch nicht in Frage kam. Erfreut zeigte sich die Regierung des Kantons Basel-Stadt dennoch über die Interpretation des Abstimmungsergebnisses seitens der Regierung des Kantons Basel-Landschaft und die damit verbundenen Aussagen. Es hätte zwar der Intention des Kantons Basel-Stadt mehr entsprochen, zusammen mit Basel-Landschaft auf die Gründung eines umfassenden Spitalverbundes mit verselbständigten staatlichen Spitätern hinarbeiten zu können. Die Bereitschaft des Kantons Basel-Landschaft, die gemeinsame strategische Versorgungsplanung weiterzuentwickeln mit dem Ziel eines strategischen Verbundes wurde dann aber als äusserst positives und erfreuliches Zeichen gewertet. Dass die Zeit für einen umfassenden, organisatorischen Spitalverbund beider Kantone "noch nicht reif ist", bestätigten dann auch die Gespräche anlässlich der Tagung vom 20./21. August 2004 in Bad-Bubendorf (hierzu nachstehend).

## V. BS / BL – Bad Bubendorf

Im Hinblick auf die Erarbeitung des vorliegenden Berichtes führten das Gesundheitsdepartement (vormals Sanitätsdepartement) des Kantons Basel-Stadt und die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft am 20. und 21. August 2004 in Bad Bubendorf eine gemeinsame Tagung zum Thema „Partnerschaft im Gesundheitswesen beider Basel – eine Utopie?“ durch.

Der Kreis der Eingeladenen umfasste Delegationen aller Fraktionen des Grossen Rates und des Landrates, der Privatspitäler von Basel-Stadt und Basel-Landschaft, der öffentlichen Spitäler von Basel-Stadt und Basel-Landschaft, des Kantons Solothurn, des Kantons Aargau (Fricktal), des Landkreises Lörrach, des Universitäts-Kinderspitals beider Basel, der Universität Basel, der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK), des Verbandes der Basler Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VBAO), des Schweizerischen Verbandes des Personals öffentlicher Dienste (VPOD), des SAMW, der Handelskammer beider Basel, der Wirtschaftskammer Basel-Landschaft, der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt, der Aerztegesellschaft Basel-Landschaft, der Santésuisse, der Basler Zeitung, der Basellandschaftlichen Zeitung, der Volksstimme, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Departemente bzw. Direktionen der Verwaltungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft und Mitgliedern des Regierungsrates von Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Die Veranstaltung verfolgte die Zielsetzung

- Hinweise, Anregungen und Empfehlungen zur weiteren Zusammenarbeit im Dienstleistungsbereich (strategische Kooperation, Spitalliste) zu erhalten.
- Zur Klärung der Zusammenarbeit im Bereich der universitären Medizin (Zukunft der Medizinischen Fakultät) beizutragen.
- Erkenntnisse der Zukunft der hochspezialisierten Medizin in der Region im Lichte der Kooperationsbemühungen auf gesamtschweizerischer Ebene zu liefern.
- Einen Gedankenaustausch bezüglich des Weges hin zum neuen Spitalfinanzierungssystem gemäss zu revidierendem KVG zu ermöglichen.

Im Mittelpunkt stand dabei insbesondere,

- Übereinstimmungen und allfällige Widersprüche in der Einschätzung der Ausgangslage und der zu erwartenden Entwicklung aufzuzeigen.
- Win-Win-Lösungen zu identifizieren.
- Neue Ideen, konkrete Lösungen und die nächsten Schritte aufzuzeigen.
- Stolpersteine und offene Fragen zu identifizieren.
- Akzeptanz für mögliche Lösungen zu klären.

Die in einem offenen und konstruktiven Dialog geführten Gespräche führten zu folgenden Übereinstimmungen:

- Klar bestätigt wurde die im Tagungsprogramm enthaltene Aussage, wonach die gegensätzlichen Entscheide von Basel-Landschaft und Basel-Stadt zur organisatorischen Zusammenlegung der Spitalbetriebe („Spitalinitiative“ kein generelles Nein von Basel-

Landschaft zur Partnerschaft im Spitalwesen bedeutet. Vielmehr sollen sie Ausgangspunkt sein für eine engere Zusammenarbeit auf strategischer Ebene.

- Die Partnerschaft zwischen den beiden Basel funktioniert in vielen Bereichen gut, was aber nicht bedeutet, dass es nicht weitere Verbesserungsmöglichkeiten zum Wohle beider Kantone gibt. Dazu ist es wichtig, an der Überwindung gegenseitiger Befindlichkeiten und Vorurteile zu arbeiten.
- Die Partnerschaft lässt sich nur intensivieren, wenn verbindliche und verlässliche Spielregeln und Kriterien in Bezug auf die Zuordnung von Kosten und Nutzen bestimmter Leistungen sowie in Bezug auf die Aufteilung und die Übernahme von Finanzierungslasten vorliegen.
- Das UKBB hat sich zum Vorbild und Musterbeispiel der regionalen Zusammenarbeit entwickelt. Das UKBB zeigt, dass die räumliche Aufsplitterung einer medizinischen Disziplin erhebliche Schwierigkeiten bereitet – in erster Linie für die zu behandelnden Patientinnen und Patienten, aber auch für das ganze Personal und speziell für die Kader, welche ein einheitliches Verständnis von der zu lösenden Aufgabe, eine gemeinsame Unternehmenskultur sowie die Identifikation der Angestellten mit der Gesamteinstitution anstreben müssen.
- Die gemeinsame Spitalliste der beiden Basel im Bereich der akut-somatischen Spitalversorgung soll weitergeführt werden. Vorläufig macht es keinen Sinn, die Liste grundlegend zu überarbeiten, da die bundesrechtlichen Bedingungen für die Spitalfinanzierung im Rahmen der KVG-Revision noch nicht bekannt sind. Die gemeinsame Spitalliste soll jedoch mehr sein als ein „Telefonverzeichnis“. Sie soll ein wirksames Instrument zur Durchsetzung der gemeinsamen Bedarfsplanung unter Einbezug der öffentlichen und der privaten Spitäler in einem strategischen Verbund im Bereich der Grundversorgung und der erweiterten Grundversorgung sein.
- Erhalt und die Weiterentwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Basel sind unverzichtbar und dies nicht nur aus rein medizinischen Gründen, sondern auch aus Gründen der Standort- und Wirtschafts- sowie der Forschungspolitik. Unverzichtbar ist auch die Ausweitung der Trägerschaft der Medizinischen Fakultät auf beide Basel, oder – anders ausgedrückt – die Ausdehnung der gemeinsamen Trägerschaft der Universität auf die Medizinische Fakultät. Das gemeinsame Engagement beider Kantone für die Medizinische Fakultät stärkt die Vertrauensbasis, auf welche das Universitätsspital Basel (USB) dringend angewiesen ist.
- Die Medizinische Fakultät kann nur eine Auswahl an Fächern pflegen. Diese Auswahl muss gesamtschweizerisch koordiniert werden.
- Die Finanzierung von Lehre und Forschung im USB soll künftig einheitlich über die Medizinische Fakultät erfolgen. Deshalb sind die Kosten für Dienstleistung und Lehre / Forschung so rasch als möglich getrennt auszuweisen. Das Universitätsspital Basel soll spitzenmedizinisches Zentrum der ganzen Region mit gemeinsamer akut-somatischer Angebotspalette, gemeinsamen Versorgungsstandards und einheitlichem Standort (Basel) sein. Die Trägerschaft des USB ist aber gemäss dem ausdrücklichen Willen des Kantons Basel-Landschaft vorerst keine gemeinsame und liegt nur bei Basel-Stadt. Damit ist nun auch klar, dass die „Realteilung“ zwischen den Kantonen kein Zukunftsmodell (mehr) ist.



- Das Universitätsspital Basel soll das spitzenmedizinische Zentrum der ganzen Region sein. Eine gemeinsame Trägerschaft, analog dem UKBB, ist politisch noch nicht spruchreif, soll aber als Option für die Zukunft weiterverfolgt werden. Ein Wir-Gefühl für ein universitär-medizinisches Zentrum in Basel ist hingegen möglich. Die hochspezialisierte Medizin ist Teil eines Ganzen. Es besteht eine doppelte Abhängigkeit: ohne medizinische Fakultät gibt es keine hochspezialisierte Medizin, ohne hochspezialisierte Medizin braucht es keine medizinische Fakultät. Für den Betrieb eines spitzenmedizinischen Zentrums braucht es eine so genannte „kritische Grösse“. Der Kanton Basel-Landschaft anerkennt diesen Umstand und ist bereit, im Rahmen einer längerfristigen Vereinbarung Kapazitäten im Universitätsspital Basel in Anspruch zu nehmen, damit die für den Betrieb eines Universitätsspitals notwendigen Fallzahlen erreicht werden können. Voraussetzung ist die Klärung des Kostenschlüssels hinsichtlich der medizinischen Dienstleistungen einerseits sowie der Lehre und Forschung andererseits.
- Die privaten Leistungsanbieter haben ihren Platz in der Versorgungslandschaft, sie sind Teil derselben. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Bedarfsplanung eine Gemeinsame ist und keine einseitige Mengenausweitung stattfinden darf.
- Private Spitäler können auch Träger von Aufträgen der Universität im Bereich Lehre und/oder Forschung sein. Voraussetzung dazu ist, wie bei den öffentlichen Spitälern, der qualitative Leistungsausweis.
- In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie bestehen zur Zeit aus Sicht des Kantons BL keine partnerschaftlich anzupeilenden Synergiepotentiale. Gemäss BL muss in einem Flächenkanton wie Basel-Landschaft die geriatrische Versorgung anders gelöst werden als in einem Stadtkanton. Um unnötige Doppelspurigkeiten zu vermeiden soll die Kapazitätsplanung aber gleichwohl so weit wie möglich mit den Nachbarkantonen abgestimmt werden.

## D Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Nach dem Scheitern der 2. KVG Revision besteht nach wie vor Reformbedarf. Der Bundesrat hat die weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte der abgelehnten Vorlage in eine umfassende Strategie eingebettet und sie dem Parlament in zwei Gesetzgebungspaketen (Botschaften 1 A-D und 2 A/B) vorgelegt. Hinzu kommt eine separate Vorlage zur Pflegefinanzierung. Der Bundesrat bekräftigt in der Gesamtstrategie sein Ziel, das System des KVG zu optimieren und kostendämpfende Elemente zu stärken.

Das erste Revisionspaket setzte sich aus vier Botschaften zusammen:

	Inhalt	Stand
<b>Botschaft 1A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unveränderte Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre</li> <li>• Pflgetarife nach einer Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einfrieren bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung der Pflegefinanzierung, spätestens bis Ende 2006</li> <li>• Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes vom Juni 2002 über die kantonalen Spitalbeiträge bis zur Einführung einer Neuregelung der Spitalfinanzierung (im 2. Revisionspaket vorgesehen)</li> <li>• Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Einführung einer Versichertenkarte</li> <li>• Erweiterung der Gesetzesbestimmungen für die Rechnungslegung der Krankenversicherer</li> </ul>	Inkrafttreten per 1. Januar 2005
<b>Botschaft 1B</b>	Aufhebung des Zulassungsstopps für ambulante Leistungserbringer/-innen und Aufhebung des Vertragszwanges (Freiheit der Leistungserbringer und Versicherer in der Wahl ihrer Vertragspartner)	Vorlage zur Verlängerung des Zulassungsstopps um weitere drei Jahre im April 2005 zur Vernehmlassung vorgelegt
<b>Botschaft 1C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsaufschub bei Zahlungsausständen</li> <li>• differenzierte Prämienverbilligung für Familien unter Vorgabe eines differenzierten Sozialziels an die Kantone</li> </ul> <p>Erhöhung der Bundesmittel für die Prämienverbilligung um CHF 200 Mio. pro 2005 und danach jährlich um 1,5%</p>	Inkrafttreten per 1. Januar 2006, die Umsetzung der Änderung zu den Prämienverbilligungen bis zum 1. Januar 2007
<b>Botschaft 1D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 auf 20 Prozent zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten</li> </ul> <p>Festhalten am jährliche Maximalbetrag (Franchise) von 700 Franken</p>	Im Ständerat bereits so beschlossen, wird vom Nationalrat voraussichtlich im Winter 2005 oder Frühjahr 2006 behandelt

Am 15. September 2004 hat der Bundesrat dem Parlament die beiden Botschaften zum zweiten Revisionspaketes unterbreitet:

	Inhalt	Stand
<b>Botschaft 2A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wechsel von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung. Nicht mehr die anrechenbaren Kosten eines Spitals als Betrieb insgesamt, sondern die effektiv erbrachten einzelnen Leistungen werden finanziert.</li> <li>• Die Leistungen der öffentlichen Spitäler, unter Einbezug der Investitionskosten, werden genau je zur Hälfte (dual-fix) durch die Kantone und die Krankenversicherer entschädigt. Dies gilt auch für die privaten Spitäler, welche in die kantonale Planung aufgenommen worden sind.</li> <li>• Regelung der Weitergabe von Daten</li> </ul>	Ständerat berät voraussichtlich im Herbst 2005 als Erstrat
<b>Botschaft 2B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition und Verankerung der Versicherungsmodelle mit integrierten Versorgungsnetzen im Gesetz. Damit soll für ein Umfeld gesorgt werden, das der Ausbreitung der Managed-Care-Modelle förderlich ist.</li> <li>• Verknüpfung des Modells mit einem Versorgungsziel, das den Versicherten eine umfassende Betreuung in guter Qualität garantiert.</li> <li>• Im Bereich der Medikamente werden die in der 2. KVG-Revision vorgeschlagenen Massnahmen aufgenommen. Namentlich soll im Gesetz explizit verankert werden, dass bei Verschreibung eines Wirkstoffes an Stelle eines Produktes den Versicherten, bei gleicher Eignung ein preisgünstiges Medikament abgegeben werden muss.</li> </ul>	Ständerat berät voraussichtlich im Winter 2005 oder im Frühjahr 2006 als Erstrat

Dritter Bestandteil der Reform des KVG ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Der Bundesrat hat am 24. Juni 2004 zwei Modelle zur Neuordnung der Pflegefinanzierung gutgeheissen und in die Vernehmlassung geschickt.

#### **Modell A:**

Die Krankenversicherung kommt ausschliesslich für komplexe Pflegefälle voll auf. In einfachen Pflegesituationen vergütet die Krankenversicherung keine Pflegeleistungen. Im Gegenzug werden bei der Hilflosenentschädigung der AHV Anpassungen vorgenommen, die auf die Neuregelung der Leistungspflicht der Krankenversicherung abgestimmt sind.

#### **Modell B:**

Die Krankenversicherung übernimmt bei der Akutpflege die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG. An die Langzeitpflege gewährt sie lediglich einen Beitrag.

Die Neuregelung der Pflegeversicherung wird voraussichtlich vom Ständerat als Erstrat im Winter 2005 beraten.

Nachdem die Kantone ihren Widerstand gegen das vom Bundesrat vorgeschlagene Sozialziel angekündigt hatten, schlug die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) ein neues Modell vor. Demnach werden die Kantone verpflichtet, bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahren und von jungen Erwachsenen in Ausbildung bis 25 Jahren um mindestens 50 Prozent zu verbilligen. Die Kantone sind jedoch frei in der Festsetzung der Einkommensgrenzen. Der Bund soll seine Subventionen an die Kantone von derzeit 2,3 Milliarden Franken im Jahr 2006 um 100 und 2007 um weitere 100 Millionen erhöhen. Unabhängig davon ist eine jährliche Steigerung von 1,5 Prozent vorgesehen. Der Bund trägt die Prämienverbilligung weiterhin zu zwei Dritteln. Das vorgeschlagene Modell wurde vom Ständerat gutgeheissen.

In Bezug auf die Spitalfinanzierung – das für die gemeinsame Spitalversorgung BL/BS wohl wichtigste Element des Reformpakets – hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates ein neues Modell vorgelegt, welches anlässlich der Herbstsession 2005 beraten wird. Dieses Modell sieht vor, dass die Krankenkassen die Kosten sämtlicher Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) übernehmen (ambulanter und stationärer Bereich) und von den Kantonen dafür 30% aller Kosten vergütet bekommen würden. Somit müssten sich die Kantone auch an der Finanzierung der ambulanten Leistungserbringung beteiligen – ein in dieser Form absolutes Novum mit erheblichen Auswirkungen. Des Weiteren ist vorgesehen, den kantonalen Beitrag von 30% auf alle Spitalleistungen zu erheben, unabhängig davon, ob der betroffene Patient / die betroffene Patientin grund- oder Zusatzversichert ist und unabhängig davon, ob es sich um einen öffentlichen, öffentlich subventionierten oder nicht subventionierten Leistungserbringer handelt.

Damit würde die Möglichkeit des gezielten „Leistungseinkaufs“ durch Subventionierung privater Leistungserbringer mit anerkannter Dienstleistungsqualität im Rahmen einer gezielten Versorgungsplanung entfallen. Gleichzeitig würde der Einfluss der öffentlichen Hand auf Qualität und Versorgungssicherheit massiv abnehmen und es würden nach Schätzung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) für die Kantone Mehrkosten von rund zwei Milliarden Franken und für die Obligatorische Grundversicherung von rund einer Milliarde Franken entstehen. Die Mehrkosten im Bereich der Grundversicherung würden zu einem geschätzten Prämienanstieg von 8% führen.

Die Präsentation dieses Modells hat zu grosser Verunsicherung bei den Kantonen geführt und wird von der GDK unter Vorlage eines Gegenvorschlages klar abgelehnt.

Somit ist die Zukunft der Spitalfinanzierung nach wie vor unklar und es stehen derzeit Modelle zur Diskussion, welche vollkommen unterschiedliche Auswirkungen auf die Spitalversorgung und deren Planung hätten. Es ist darum unerlässlich, die weitere Entwicklung dieses Reformpaketes eng zu begleiten und laufend zu analysieren. Die definitiven Schlussfolgerungen können allerdings erst mit Abschluss der parlamentarischen Beratung und bei Klarheit über die allfälligen Ergreifung eines Referendums gezogen werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Schicksal des vorliegenden Reformpaketes nach wie vor unklar ist. Die Erfahrungen der letzten beiden Revisionsversuche deuten darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung der „heiklen“ Themen mit grossen Kontroversen zu rechnen ist. Zu hoffen bleibt, dass durch die Aufsplittung in Teilpakete unter Umständen nur Teile der Revision zu Fall kommen würden.

Die Entwicklung dieses Reformprojektes muss von den Kantonen jedenfalls aufmerksam beobachtet und begleitet werden, da je nach Ausgang der Entscheidungsprozesse mit erheblichen Auswirkungen auf die Kantone zu rechnen ist. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es somit nicht angezeigt, kantonsseitig bereits verbindliche Vorkehrungen in einzelnen Bereichen zu treffen; vielmehr ist die Entwicklung in nächster Zukunft abzuwarten.

## E Die medizinische Fakultät

Der Erhalt der medizinischen Fakultät Basel ist weiterhin erklärtes Ziel der Regierungen und Parlamente von Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Ein Verzicht auf die medizinische Fakultät hätte erhebliche volkswirtschaftliche Auswirkungen:

- Das Verschwinden der bis anhin ausgezeichnet funktionierenden Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Fakultät und der hiesigen pharmazeutischen Industrie hätte für unsere Region erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen. So ist es fraglich, ob beispielsweise die Novartis AG den geplanten, umfangreichen Forschungscampus mit Investitionen in erheblichem Umfang und Schaffung neuer Arbeitsplätze tatsächlich überhaupt noch oder zumindest noch im selben Rahmen in Basel erstellen würde, wenn keine direkte Anbindung zur universitären Medizin und dem dahinterstehenden akademischen Forschungsnetzwerk mehr bestände. Eine diesbezügliche Änderung der Schwergewichtsplanung in Bezug auf den Forschungsstandort Basel hätte ebenfalls Einfluss auf die Anzahl Arbeitsplätze im Bereich Forschung der pharmazeutischen Industrie und damit auch auf die Arbeitslosenzahlen und die Steuereinnahmen in den Kantonen der Nordwestschweiz insbesondere in Basel-Stadt und Basel-Landschaft.
- Es käme zu einem Verlust an Arbeitsplätzen bei der Universität bzw. in den universitär-medizinischen Kliniken der öffentlichen Spitäler.
- Im Bereich der zuliefernden Betriebe würde der Einnahmenrückgang ebenfalls zu Stellenreduktionen führen.
- Der direkte und indirekte Verlust von Arbeitsplätzen hätte vor allem in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erhebliche Auswirkungen, indem einerseits zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der entstandenen Arbeitslosigkeit und andererseits reduzierte Steuereinnahmen zu verzeichnen wären.

Dementsprechend ist klar, dass der Erhalt der medizinischen Fakultät nicht nur in Bezug auf den Bildungsstandort Basel, sondern auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht von grosser Bedeutung ist.

Um dies sicherzustellen sind verschiedene Kriterien zu berücksichtigen:

- Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft müssen weiterhin im Universitätsspital Basel behandelt werden können, um so dort die für den Betrieb eines universitär-medizinischen Zentrums notwendigen Fallzahlen zu erhalten. Ansonsten müsste das Universitätsspital Basel auf eine Grösse reduziert werden, welche den Anforderungen an ein universitär-medizinisches Zentrum, das die Existenz einer medizinischen Fakultät überhaupt erst möglich macht, nicht mehr erfüllen würde.
- Auf Bundesebene – insbesondere bei der Gruppe für Wissenschaft und Forschung – muss weiterhin aktive Überzeugungsarbeit zugunsten des universitär-medizinischen Standortes Basel geleistet werden. Dabei sind neben der Anbindung an die pharmazeutische Industrie auch die volkswirtschaftliche Bedeutung, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit und das Entwicklungspotential im Bereich Life Sciences hervorzuheben.
- Ferner muss auf Bundesebene – nach der Absage Zürichs an die Interkantonale Vereinbarung zur Spitzenmedizin (hierzu nachstehend F, V.) – intensiv auf eine neue Lösung zur Koordination des spitzenmedizinischen Angebotes hingewirkt werden, in deren Rahmen der Region Nordwestschweiz und insbesondere dem Universitätsspital Basel eine klare Rolle und Positionierung zugewiesen wird. Bei einer weiteren Verringerung oder gar

vollständigen Streichung des spitzenmedizinischen Angebotes in Basel (wie dies Zürich fordert) wäre der Fortbestand der medizinischen Fakultät stark gefährdet.

- Die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen medizinischen Fakultäten und damit verbunden der Verzicht auf ein vollumfängliches universitär-medizinisches Angebot an sämtlichen Standorten muss klar belegt werden. Dabei müssen sich die Koordinations- bzw. Kooperationsbemühungen schwergewichtig auf die medizinische Fakultät Bern konzentrieren; andererseits sind aber zwingend auch die weiteren medizinischen Fakultäten – vorab Zürich sowie Genf – in entsprechende Projekte einzubeziehen.
- Gewisse Fachkreise in Universität und mithin medizinischer Fakultät sind von der Notwendigkeit einer Koordination/Kooperation bereits überzeugt. Den weiteren, akademischen Fachkreisen in der medizinischen Fakultät ist der für einen Fortbestand der Fakultät unerlässliche Verzicht auf gewisse Angebote klar vor Augen zu führen. Ferner sind die zuständigen Stellen der Universität und der Fakultät aktiv in die Bemühungen bezüglich Erhalt der Fakultät einzubeziehen; dies insbesondere, was die Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft, das Lobbying auf Bundesebene und die Gespräche mit den anderen Fakultäten in Bezug auf Koordination bzw. Kooperation anbetrifft.

## F Laufende Projekte

### I. Vorbemerkung

Die folgende Zusammenstellung belegt, wie umfangreich und vielfältig die Liste der bedeutenden Projekte ist, welche die beiden Fachdepartemente in Basel-Landschaft und Basel-Stadt derzeit beschäftigen. Diese breite Palette an Themen zeigt aber andererseits auch auf, wie stark sich das Gesundheitswesen auf eidgenössischer und regionaler Ebene nach wie vor in Bewegung befindet. Mit dieser weiterhin anhaltenden Tendenz einher geht die Chance, die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens in nächster Zukunft mit langfristigen Auswirkungen gestalten und beeinflussen zu können.

### II. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Seit Jahren schon bestehen intensive Kontakte zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Landkreis Lörrach mit dem Ziel, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auszubauen. In Teilbereichen ergab sich daraus bereits eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern. Diese Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen kommt nun einen wesentlichen Schritt weiter. Bei einem Treffen der Parlamentarischen Staatssekretärin im deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Marion Caspers-Merk, Bundesrat Pascal Couchepin, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, und Regierungsrat Carlo Conti, Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, vom 7. April 2004 in Bern wurde vereinbart, diese Zusammenarbeit auch auf Regierungsebene nachhaltig zu unterstützen. Dabei wurde von allen Seiten der klare Wille zum Ausdruck gebracht, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Deutschland und der Schweiz – insbesondere im stationären Bereich – weiter zu intensivieren und damit gleichzeitig den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern.

In der Folge erhielt eine Arbeitsgruppe mit Vertretungen von Behörden, Krankenkassen und Leistungserbringern der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach den Auftrag, zum Stand der Freizügigkeit im Gesundheitswesen zwischen beiden Staaten, entsprechenden Erweiterungsmöglichkeiten und der Möglichkeit eines Pilotprojektes zu berichten.

Das Lenkungsgremium zum entsprechenden Projekt setzt sich wie folgt zusammen:

- Marion Caspers-Merk, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
- Sozialministerium Baden-Württemberg, vertreten durch Werner Traub, Ministerialrat, Referat Europa und Recht
- Landrat Walter Schneider (Landkreis Lörrach)
- Regierungsrat Carlo Conti, Vorsteher Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Regierungsrat Erich Straumann, Vorsteher Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft

Der Zwischenbericht mit der Empfehlung zur Ausarbeitung eines detaillierten Pilotprojektes liegt mittlerweile vor. Das entsprechende Vorgehen wurde vom Lenkungsgremium genehmigt und die Arbeitsgruppe, welche bereits den Zwischenbericht vorgelegt hat, mit der Erarbeitung des Pilotprojektes betraut. Ziel des Pilotprojektes ist die Erweiterung der Kooperation

in der Gesundheitsversorgung zwischen der Schweiz und Deutschland und die Erhöhung der Patientinnen-/Patientenfreizügigkeit zwischen beiden Staaten.

In ausgesuchten Bereichen von akut-somatischer Behandlung / Rehabilitation / Pflege für bestimmte Behandlungen sollen nun zu diesem Zweck grenzüberschreitende Zuweisungsstrukturen und Behandlungspfade für Patientinnen und Patienten festgelegt werden. Ausserdem muss ein dazugehöriges Versicherungsmodell erarbeitet beziehungsweise Lösungen zur Finanzierungsproblematik (unterschiedliche Finanzierungssysteme Schweiz – Deutschland) vorgelegt werden. Als mögliche Themen hat die Arbeitsgruppe bereits Rehabilitation, Pädiatrie, ausgewählte Standardbehandlungen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin, Psychiatrie (insbesondere Sucht), Pflegeheime, Geriatrie, Betreuung schwerstbehinderter Erwachsener und Rettungsdienst vorgeschlagen.

Das Pilotprojekt ist auf insgesamt drei Jahre befristet, wobei das Startjahr im Sinne einer „Anlaufphase“ nur beschränkt in die Projektauswertung einbezogen werden soll. Räumlich gesehen ist, was die Herkunft der Leistungserbringer und der involvierten Versicherten betrifft, eine Beschränkung auf den Landkreis Lörrach sowie die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft vorgesehen. Die Arbeitsgruppe kann allerdings auch einzelne Leistungserbringer ausserhalb dieses Gebietes einbeziehen, sofern dies zur Bildung einer sinnvollen Behandlungskette erforderlich ist.

Die im Einzugsgebiet des Pilotprojektes domizilierten Versicherer und Leistungserbringer sollen innerhalb von Arbeitsgruppen von Anfang an in die Ausarbeitung der Rahmenbedingungen einbezogen werden. Eine entsprechende Informationsveranstaltung (kick-off-meeting) hat am 2. Juni 2005 stattgefunden. Die Anwesenheit von rund 50 Vertretungen von Versicherern und Leistungserbringern zeugt vom grossen Interesse, welches diesem Thema entgegengebracht wird. Die im Nachgang zur Informationsveranstaltung gegründeten Subarbeitsgruppen „Leistungserbringer“ und „Versicherer/ Leistungseinkäufer“ haben ihre Arbeit bereits begonnen, Gespräche mit den Vereinigungen der freipraktizierenden Ärztinnen / Ärzte sind bereits aufgenommen worden.

Mittlerweile haben erste Gespräche mit der Bundesverwaltung bezüglich Zustimmung des Bundes zum Pilotprojekt stattgefunden, wobei eindeutig positive Signale zu erkennen waren, es wurde sogar eine Erweiterung des Projektes unter Beteiligung des Bundes (z.B. Nordwestschweiz als mögliche Pilotregion für die Einführung einer elektronischen Patientenkarte) diskutiert. Die definitive Stellungnahme des zuständigen Departements respektive des Bundesrates ist innerhalb der kommenden Wochen zu erwarten.

Ferner sollen in zeitlicher Hinsicht bereits im Hinblick auf den Kongress „Gesundheit ohne Grenzen“ der Oberrheinkonferenz vom 28. September 2005 in Basel erste Resultate aus den Arbeitsgruppen präsentiert werden. Sofern es gelingt, die unterschiedlichen Spitalfinanzierungssysteme beider Staaten speditiv durch Erarbeitung eines Versicherungs- beziehungsweise Finanzierungsmodells zusammenzuführen, könnte der Schlussbericht gegen Jahresende vorgelegt und das Pilotprojekt im kommenden Jahr gestartet werden.



### III. Universitäre Medizin Schweiz

Am 4. Juli 2003 erschien der Bericht "Struktur und Organisation der Hochschulmedizin in der Schweiz" einer Arbeitsgruppe unter Leitung von Staatssekretär Dr. Ch. Kleiber.

Dieser Bericht gab Anlass zu intensiven Diskussionen, da er folgende Aussagen enthält:

- Fünf medizinische Fakultäten sind zuviel für die Schweiz.
- Leistungen und Ergebnisse (Output und Outcome) werden bei der Grundfinanzierung zuwenig berücksichtigt.
- Es fehlt im Bereich der universitären Medizin an einer gesamtschweizerischen Steuerung und an einer strategischen Gesamtschau.
- Die Zusammenarbeit zwischen den universitär-medizinischen Standorten funktioniert nicht in genügendem Mass.
- Es besteht eine Kluft zwischen Hochschulmedizin und praktischer Medizin.

Die Absicht, einerseits mindestens zwei derzeit autonome universitär-medizinische Standorte in Frage zu stellen und andererseits den Universitätskantonen einen Teil der strategischen Steuerung zu entziehen, führte zu grossen Verunsicherungen.

Die im Bericht formulierten Reformziele revidierten dann allerdings die Brisanz der Erkenntnisse der Arbeitsgruppe in gewissem Rahmen.

Daraus sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Bis 2010 werden sukzessive drei "Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)" verteilt auf fünf Standorte geschaffen.
- Die Kapazitäten in den Bereichen Pflege, Lehre und Forschung müssen konzentriert werden.
- Es müssen koordinierte, hauptsächlich auf Leistung und Qualität gründende Finanzierungsregeln entwickelt werden.
- Ein durch Bund und Kantone eingesetzter Rat für Hochschulmedizin übernimmt die gesamtschweizerische Steuerung.

In Bezug auf die Schaffung der drei CHU an fünf Standorten wurden zwei mögliche Organisationsmodelle präsentiert. Das eine Modell zielt darauf ab, zweimal zwei medizinische Fakultäten weitgehend aus den entsprechenden Universitäten herauszulösen und einer gemeinsamen strategischen Steuerung bzw. Führung zu unterstellen, welche die alleinige Kompetenz für die Verteilung der Aufgaben an die beiden Standorte hätte.

Das zweite Modell sähe einen Verbleib der jeweiligen Fakultäten in den Universitäten und damit einen Erhalt der entsprechenden Autonomie vor, wobei eine koordinierende, strategische Steuerung vertraglich zu vereinbaren wäre.

Dieser Bericht und die darin enthaltenen Reformvorschläge erhöhten den Druck in Bezug auf eine Zusammenarbeit, wobei klar zu sein schien, dass es nun primär Sache der Fakultäten gewesen wäre, auf fachlicher Ebene nach Kooperations- bzw. Koordinationsmöglichkeiten zu suchen und durch eine optimale Interaktion kostendämpfende Synergien zu erreichen.

Im Anschluss an das Erscheinen des Berichtes hat der Bund nun unter Beizug der Universitätskantone das weitere Vorgehen festgelegt.

In diesem Zusammenhang hat am 20. November 2003 eine Unterredung zwischen dem Vorsteher des Gesundheitsdepartements und Staatssekretär Kleiber in Bern stattgefunden, anlässlich welcher der Standpunkt des Kantons und der Universität Basel dargelegt und die Kooperationsbestrebungen zwischen Basel und Bern erörtert werden konnten.

Der vorstehend erwähnte Einbezug der Kantone fand anlässlich von zwei Sitzungen (4. September 2003 und 16. Februar 2004) in Bern unter Leitung von Bundesrat Couchepin statt. Dazu eingeladen waren die Erziehungs- und Sanitätsdirektorinnen/-direktoren der fünf Universitätskantone, Staatssekretär Kleiber und weitere Mitarbeiter der Bundesverwaltung.

Im Rahmen dieser Gespräche einigte man sich auf die Implementierung einer Projektstruktur zwecks Koordination der universitären Medizin auf eidgenössischer Ebene, basierend auf dem Bericht der Arbeitsgruppe Kleiber vom 4. Juli 2003. In diesem Zusammenhang wurde der Wortlaut eines Mandats verabschiedet, welches zur Einsetzung der entsprechenden Projektstrukturen dient.

Dabei konnte durch Interventionen seitens der Delegation des Kantons Basel-Stadt erreicht werden, dass die ursprüngliche Formulierung, wonach ein Modell mit drei Standorten zu prüfen sei, aus dem Mandatstext entfernt werden konnte.

Konkret enthält das Mandat folgende Punkte:

- Steuerung des universitär-medizinischen Systems der Schweiz; Analyse der Vorschläge betreffend Einführung neuer Steuerungsinstrumente; Prüfung der Rolle der verschiedenen Instanzen
- Steuerung der universitär-medizinischen Standorte (Universitäten, medizinische Fakultäten und Universitätsspitäler) auf lokaler und regionaler Ebene; Analyse der in der Schweiz und im Ausland existierenden Modelle; Prüfung der Zusammenarbeit mit weiteren Spitälern, der Einführung von neuen Steuerungsinstrumenten und der grenzüberschreitenden Aspekte
- Aufgabenteilung zwischen den einzelnen universitär-medizinischen Standorten; Vornahme einer Gesamtschau, Analyse der im Bericht Kleiber vorgeschlagenen Modelle, Ausarbeitung von Verwaltungs-/Führungsmodellen
- Prüfung der Finanzierungsmechanismen; Analyse und Ausarbeitung von Vorschlägen zu den wichtigsten Instrumenten, Prüfung der Finanzierungsbeiträge und Verantwortlichkeiten der Kantone, des Bundes und der Versicherer, Finanzierung der Forschung und der Weiterbildung
- Umsetzung der Bologna-Reform im Bereich der Medizin in Bezug auf die schweizerische Universitätskonferenz; Analyse der Vorschläge der schweizerischen Universitätskonferenz in diesem Zusammenhang, Prüfung anderer Modelle und Vornahme internationaler Vergleiche
- Ausarbeitung von Vorschlägen in Bezug auf die Regelung der Ärzte-/Ärztinnenzahl; Abklärung des Bedarfs an Ärztinnen/Ärzten und Infrastruktur, Prüfung der Regulierungsmechanismen und Anstellung internationaler Vergleiche

Mit Verabschiedung dieses Mandats wurde eine Projektstruktur eingesetzt, welche auf politischer Ebene von einem Gremium bestehend aus den Erziehungs- und Sanitätsdirektorinnen/-direktoren der fünf Universitätskantone, dem Präsidenten der Schweizerischen Universitätskonferenz und dem Präsidenten des Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, präsiert von Bundesrat Couchepin, gesteuert wird.

Die Projektleitung setzt sich zusammen aus Staatssekretär Kleiber, dem Direktor des Bundesamtes für Gesundheit, einer Vertretung der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS), einem Vertreter der FMH, einem Dekan einer medizinischen Fakultät und ein bis zwei Direktorinnen/Direktoren von Universitätsspitalern.

Die Finanzierung dieses Projektes liegt beim Bund.

Im Januar 2005 hat die vom Bundesrat eingesetzte Arbeitsgruppe unter Leitung von Staatssekretär Kleiber einen Schlussbericht unter dem Titel "11 Vorschläge zur Stärkung der Hochschulmedizin" zur Vernehmlassung vorgelegt. Dieser sah eine sehr weitgehende Verschiebung der Kompetenzen zum Bund hin vor. Dabei war insbesondere beabsichtigt, Finanzierungs- und Steuerungskompetenzen auf Bundesebene anzusiedeln und gleichartige Steuerungsmodelle für alle universitär-medizinischen Standorte für verbindlich zu erklären. Im Weiteren sah der Bericht einen weitgehenden Eingriff in die Steuerungskompetenz der Kantone in Bezug auf ihre Universitätsspitäler vor.

Nachdem sich im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens insbesondere die Standortkantone von Universitätsspitalern zwar für eine weitergehende Koordination der Hochschulmedizin und eine systematische Optimierung der Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fakultäten und Universitätsspitalern ausgesprochen hatten, andererseits aber klare Einwände gegen weitgehende Verluste an Autonomie und Finanzierungskompetenz vorgebracht hatten, wurde der Bericht, welcher nun in der Endfassung vom 12. April 2005 vorliegt, massiv überarbeitet. In der nun vorliegenden Fassung ist das Hauptaugenmerk auf die Koordination der Hochschulmedizin unter weitgehendem Einbezug der Kantone gerichtet. Daneben sollen Grundsätze der Qualitätssicherung in der Hochschulmedizin und eine gemeinsame strategische Planung implementiert werden.

Sollte der Bericht in seiner vorliegenden Fassung zur Umsetzung gelangen, so würde dies den universitär-medizinischen Standort Basel nicht in Frage stellen und nur zu geringen Verlusten der Steuerungskompetenz führen, welche allerdings im Gegenzug durch Einbindung der Trägerkantone der Universität Basel in die nationalen Gremien und die damit verbundene Erzielung von Synergiegewinnen kompensiert würden.

Nichtsdestotrotz muss der weitere Verlauf der diesbezüglichen Arbeiten von den Trägerkantonen der Universität Basel und damit deren medizinischer Fakultät aufmerksam begleitet werden und es sind die entsprechenden Interessenwahrnehmungen sicherzustellen, um die Positionierung des universitär-medizinischen Standortes auch für die Zukunft sicherzustellen.

Nur der Vollständigkeit halber sei aufgeführt, dass die ebenfalls im Bericht enthaltenen Erwägungen zur Vereinheitlichung des Medizinstudiums resp. des Curriculums als äusserst sinnvolle Massnahmen begrüsst wurden und so wohl auch zur Umsetzung gelangen werden. Damit wird einerseits die Freizügigkeit zwischen den medizinischen Fakultäten der Schweiz und andererseits die internationale Anerkennung des Studienlehrgangs Medizin erreicht.

#### IV. Kooperation Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Bern in der klinischen Medizin / Zahnmedizin

Bereits im Jahre 1997 wurden zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Bern Gespräche im Hinblick auf eine Zusammenarbeit im Bereich der Medizinischen Lehre, Forschung und Dienstleistung geführt. Obwohl in beiden Kantonen bereits damals die klare Absicht bestand, das universitär-medizinische Angebot aufeinander abzustimmen und so qualitätssteigernde und kostensparende Synergien zu erzielen, verliefen die entsprechenden Arbeiten schlussendlich ergebnislos. Ex post kann das damalige Scheitern der Verhandlungen vor allem auf die Inkompatibilität der Curricula und den eher noch geringen finanzpolitischen Druck zurückgeführt werden.

In der Folge kam es zu verschiedenen bedeutsamen Änderungen der Gesamtsituation:

- Das am 1. April 2000 in Kraft getretene Universitätsförderungsgesetz (UFG) des Bundes verpflichtet Bund und Universitätskantone, gemeinsam Massnahmen für eine Koordination der Tätigkeit im universitären Hochschulbereich zu treffen. Weiter gibt das Gesetz dem Bund die Möglichkeit, seine Subventionen an Universitäten davon abhängig zu machen, dass diese sich in die von der schweizerischen Universitätskonferenz vorgeschlagene Arbeitsteilung einfügen. Schliesslich gibt das UFG dem Bund die Möglichkeit, mit Hilfe von projektgebundenen Beiträgen Kooperationsprojekte speziell zu fördern.
- Die Harmonisierung der Curricula auf einem international kompatiblen Standard („Projekt Bologna“) ermöglicht grundsätzlich eine volle Freizügigkeit zwischen den verschiedenen medizinischen Fakultäten unseres Landes.
- Die in Umsetzung befindliche Koordination der hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin) auf eidgenössischer Ebene macht eine entsprechende Koordination, Planung und Schwerpunktbildung seitens der medizinischen Fakultäten unerlässlich.
- Ganz grundsätzlich hat der finanzpolitische Druck auch im Bildungsbereich zugenommen, sodass es inskünftig nicht mehr möglich sein wird, in einem Land mit rund acht Millionen Einwohnern fünf voll ausgestattete medizinische Fakultäten mit umfassendem Angebot bzw. lückenlosem Curriculum anzubieten.
- Die Bestrebungen zur Koordination der universitären Medizin auf eidgenössischer Ebene (Arbeitsgruppe Staatssekretär Kleiber) haben den Handlungsdruck auf die Kantone erhöht.

Aufgrund der im Sinne der vorstehenden Aufzählungen geänderten Verhältnisse wurden die Kooperationsverhandlungen zwischen Basel-Stadt und Bern im Herbst 2002 wieder aufgenommen.

Am 4. Juli 2003 konnte dann in Luzern eine „Open Space-Veranstaltung“ durchgeführt werden, an welcher neben den vier zuständigen Departementsvorstehern die Rektoren und Dekane der medizinischen Fakultäten beider Kantone, der Präsident des Universitätsrates Basel-Stadt, die Leitungen beider Universitätsspitäler sowie die zuständigen Dienstchefs der Departemente und weitere Mitarbeiter der kantonalen Verwaltungen teilnahmen. Der Verlauf der Veranstaltung zeigte klar, dass der Wille zu einer Kooperation zwischen den Universitäten bzw. Fakultäten vorhanden ist, andererseits aber insbesondere innerhalb der Fakultäten noch erhebliche Widerstände gegen die Herbeiführung gewisser Synergien besteht.

Im Rahmen weiterer Gespräche zwischen den Kantonen einigte man sich auf die Ausarbeitung einer Vereinbarung und eines dazugehörigen Projektauftrages in Bezug auf eine vertief-

te Kooperation zwischen beiden Universitäten. Die Vereinbarung wurde in der Folge unterzeichnet und hat - kurz zusammengefasst - folgenden Inhalt:

Die Vereinbarung wurde abgeschlossen zwischen beiden Regierungen, Universitäten und den Kantons- bzw. Universitätsspitalern. Der Einbezug des Kantons Basel-Landschaft in das Projekt wurde ausführlich diskutiert. Nach Vorliegen sämtlicher Unterlagen hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft beschlossen, in Ermangelung einer entsprechenden Rechtsgrundlage nicht als Vereinbarungspartei mitzuwirken, andererseits aber an den Projektarbeiten teilnehmen zu wollen. Dementsprechend wurde vereinbart, dass der Vorsteher der Bildungs- Kultur- und Sportdirektion des Kantons Basel-Landschaft in das Projektsteuergremium (MBB-Rat) eingebunden wird und dort Einsitz nimmt.

Im Rahmen der Projektstrukturen wurde zur Projektsteuerung ein „Medizin Basel-Bern-Rat“ (MBB-Rat) eingesetzt, welchem die Erziehungs- und Sanitätsdirektoren beider Kantone, der Bildungsdirektor des Kantons Basel-Landschaft, der Präsident des Universitätsrates Basel, der Präsident des Verwaltungsrates des Inselspitals Bern, die Rektoren beider Universitäten und die Direktorin des Kantonsspitals Basel sowie der Direktionspräsident des Inselspitals Bern angehören. Aufgabe des MBB-Rates ist es, das Projekt auf strategischer Ebene zu steuern, sämtliche damit verbundenen Beschlüsse zu fällen, die notwendigen Aufträge zu erteilen und das Reporting der in der Projektarbeit tätigen Gruppen bzw. Gremien entgegenzunehmen.

Aus dem MBB-Rat wurde ein Projektsteuerausschuss mit den Rektoren beider Universitäten und der Direktorin des Kantonsspitals sowie dem Direktionspräsidenten des Inselspitals Bern gebildet. Dieses Gremium bereitet Geschäfte von grundsätzlicher Bedeutung zuhanden des MBB-Rates vor, erstattet diesem Bericht, erteilt Aufträge an die beteiligten Institutionen und zeichnet für die Vollzugskontrolle (Kontrolle und Evaluation) verantwortlich.

Grundsätzlich enthält die Vereinbarung keine konkreten Regelungen in Bezug auf mögliche Kooperationen, sondern implementiert vielmehr – ausgehend von grundsätzlichen Absichtserklärungen beider Kantone – die notwendigen Strukturen zur Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen und Massnahmen.

Die mittels eines Projektauftrages eingesetzte Projektleitung hat im Juni 2004 ihre Arbeit aufgenommen. Nach einem ersten Zwischenbericht im Herbst 2004 wurden per Ende Mai 2005 zusammen mit den medizinischen Fakultäten Bern und Basel zwei Zwischenberichte zur Zahnmedizin und zur Humanmedizin erstellt.

In Bezug auf die Zahnmedizin hat sich dabei eindeutig ergeben, dass aufgrund der in Bern und Basel ungenügenden Kapazitäten zur Aufnahme der Studierenden der jeweils anderen Universität eine Fusion beziehungsweise Aufhebung des Studienangebotes nicht möglich ist. Demgemäss wurden nun die weiteren medizinischen Fakultäten in die Erarbeitung von Lösungen einbezogen, da insbesondere Zürich über grössere Kapazitäten verfügt.

Betreffend Humanmedizin sind rund 50, teilweise vielversprechende Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit präsentiert worden. Die Projektleitung konnte dem MBB-Rat anlässlich der letzten Sitzung vom 9. Juni 2005 ein positives Bild von der Zusammenarbeit mit beiden Fakultäten zeichnen und äusserte sich in Bezug auf die Erreichung der Projektziele zuversichtlich.

Nichtsdestotrotz sind in diesem Zusammenhang weitere, intensive Bemühungen notwendig und die bevorstehenden Arbeiten werden noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

## V. Spitzenmedizin (hochspezialisierte Medizin)

### 1. IVKKM

Die hochspezialisierte Medizin (Spitzenmedizin) soll in Zukunft auf interkantonaler Ebene im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) geplant und koordiniert werden. Zu diesem Zweck sollen die Kantone die „Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ (IVKKM) unterzeichnen und ratifizieren. Sie delegieren dabei einen Teil ihrer Planungshoheit über die Gesundheitsversorgung an die GDK. Der Beitritt der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zur IVKKM erfolgt durch Genehmigungsbeschluss von Landrat und Grosse Rat. Der Genehmigungsbeschluss unterliegt dem fakultativen Referendum. Die Regierungen beider Kantone haben ihren Parlamenten mit Beschlüssen vom 12. April 2005 beantragt, dem Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) zuzustimmen und die Regierungen zu ermächtigen, die Vereinbarung zu unterzeichnen.

Der Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) schafft die politischen und rechtlichen Voraussetzungen, damit in ausgewählten Bereichen der hochspezialisierten Medizin eine gesamtschweizerische Planung und Aufgabenteilung unter der Verantwortlichkeit der Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) realisiert werden kann. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt verzichten damit zwar in einem kleinen, kostenintensiven Bereich der Spitalversorgung auf ihre Planungshoheit, erhalten demgegenüber aber ein angemessenes Mitspracherecht bei der interkantonalen Planung der Spitzenmedizin. Gerechtfertigt ist dieser Verzicht insofern, als nicht die gesamte hochspezialisierte Medizin betroffen ist, sondern lediglich derjenige Teil, zu dessen Erbringung hochqualifiziertes Personal und eine teure Infrastruktur benötigt werden. Aus Gründen der Qualität, aber auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit ist eine gesamtschweizerische Planung und damit die Bildung von Schwerpunkten dringend geboten, da in diesen Bereichen der Spitzenmedizin nur wenige Fälle jährlich behandelt werden müssen.

Die IVKKM enthält keine abschliessende Definition des Begriffs „hochspezialisierte Medizin“. Sie regelt aber das Verfahren, wie die gemeinsam zu planenden Bereiche bestimmt werden. Dabei trifft die GDK die Entscheidungen bezüglich der IVKKM, womit die Planungshoheit bei den Kantonen verbleibt. Die IVKKM legt einerseits mindestens alle 2 Jahre die Liste der hochspezialisierten medizinischen Behandlungen, Bereiche und Einrichtungen fest, die einen interkantonalen Koordinations- bzw. Planungsbedarf aufweisen. Andererseits verabschiedet sie die definitiven Planungen für die auf dieser Liste aufgeführten Bereiche. Aus diesen Gründen ist es nicht möglich, abschliessend darzulegen, für welche hochspezialisierten Leistungen eine gemeinsame Planung und eine Aufgabenteilung erstellt wird.

Gemäss Anhang zur interkantonalen Vereinbarung vom 25. November 2004 über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) bedürfen aktuell folgende Bereiche der hochspezialisierten Medizin einer Konzentration auf nationaler Ebene (Stand 25. November 2004):

- Interventionelle Neuroradiologie;
- Hämatopoetische Stammzellen-Transplantation;
- Kinderherzchirurgie und interventionelle pädiatrische Kardiologie;
- Teile der Ophthalmologie;
- Hypophysenchirurgie;
- Schwerstverbrennungen;
- Organtransplantationen (Leichen- und Lebend-Spenden);
- Positronen-Emissions-Tomographie (PET);
- Protonen-Strahlentherapie.

Der Anteil der gemäss IVKKM interkantonal zu planenden Leistungen umfasst nur einen kleinen Prozentsatz aller hochspezialisierten Spitalleistungen in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Insgesamt ruft die IVKKM damit kaum grosse Veränderungen der Spitalversorgung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt hervor, müssen Patientinnen und Patienten doch nur bei solchen Disziplinen unter Umständen eine Behandlung ausserhalb ihrer Wohnsitzregion in Anspruch nehmen. Hingegen sind durch die angestrebte Bildung von nationalen Kompetenzzentren mit hochqualifizierten Teams Auswirkungen auf die Zukunft des universitär-medizinischen Standorts Basel wahrscheinlich. Das Universitäts-spital Basel wird nämlich in Zukunft in diesen Bereichen der Spitzenmedizin nicht als Konkurrent im „Gesundheitsmarkt Schweiz“ auftreten, sondern wird sich Aufgaben gemeinsam mit anderen Universitäts- und Kantonsspitalern teilen. Im Gegenzug wird das Universitätsspital von den übrigen Kantonen der Schweiz als Erbringer der ihm von der gemeinsamen Planung zugewiesenen hochspezialisierten Leistungen anerkannt. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Versorgung der Bevölkerung beider Kantone mit hochspezialisierten Leistungen auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hochstehend erbracht werden kann. Eine verbindliche Vereinbarung über die Planung einzelner Bereiche der Spitzenmedizin bietet zudem Gewähr dafür, dass künftig der kostenintensive Standortwettbewerb unter den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin an Bedeutung abnimmt.

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat der Vereinbarung anlässlich seiner Sitzung vom 8. Juni 2005 ohne Gegenstimmen zugestimmt, der Grosse Rat des Kantons Bern am 14. Juni 2005 ebenfalls ohne Gegenstimmen. Der Entscheid des Landrats des Kantons Basel-Landschaft fiel am 8. September 2005 ebenfalls sehr deutlich zu Gunsten der IVKKM aus.

Nachdem bis vor kurzem Optimismus dahingehend bestand, dass das notwendige Kantonsquorum (Zustimmung von mindestens 17 Kantonen, darunter zwingend die 5 Kantone mit Universitätsspitalern, nämlich Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich) erreicht würde, hat nun Zürich entgegen allen Vereinbarungen und Zusicherungen im Rahmen der Arbeit der zuständigen Fachgruppen der IVKKM und auch der vorgeschlagenen Verteilung für die Transplantationsmedizin eine Absage erteilt. Darüber hinaus fordert Zürich nun einen vollständigen Ausschluss von Bern und Basel aus dem spitzenmedizinischen Angebot und eine Konzentration desselben auf die beiden "Pole Zürich und Genf / Lausanne". Dieser, von Zürich vollzogene Richtungswechsel hätte, käme es zur Umsetzung der dahinter stehenden Vorstellungen, für die Region Nordwestschweiz erhebliche, negative Konsequenzen. So würde die untrennbar an das Bestehen eines valablen spitzenmedizinischen Angebotes gekoppelte Medizinische Fakultät eindeutig in Frage gestellt. Zu den diesbezüglichen Folgen kann auf die Ausführungen sub lit. E verwiesen werden. Hinzu käme, dass der Verzicht auf ein spitzenmedizinisches Versorgungsangebot in der Region Nordwestschweiz zu einer erheblichen Senkung der Versorgungsstandards für unsere Bevölkerung führen würde. Damit müssten sich Patientinnen und Patienten inskünftig für sämtliche Behandlungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin nach Zürich oder Genf / Lausanne begeben. Dies würde sich insbesondere bei regelmässig notwendigen Behandlungen sehr belastend auswirken.

Sollte sich die Zürcher Regierung nicht doch noch wider Erwarten dazu entschliessen, ihre Zustimmung zur IVKKM zu erteilen oder nochmals in Verhandlungen im Rahmen der eidgenössischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) einzutreten, so würde gemäss den entsprechenden Regelungen im Krankenversicherungsgesetz die Entscheidkompetenz hierzu im Frühjahr 2006 dem Bund zufallen.

Aufgrund dieser Entwicklung ist es nun unerlässlich, unverzüglich konzentriert auf eine Abwendung der aus Zürich geforderten Monopolisierung des spitzenmedizinischen Angebotes hinzuwirken. Dabei muss als klare Doppelstrategie einerseits nochmals versucht werden, einen Konsens auf interkantonaler Ebene herbeizuführen, andererseits das möglicherweise eintretende Szenario "Entscheid durch den Bund" vorzubereiten und die Region Nordwest-

schweiz entsprechend zu positionieren. Die entsprechenden Arbeiten sind bereits weit fortgeschritten.

## 2. Groupe des 15 / Transplantationen

Am 31. Oktober 2002 legte die von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) eingesetzte "Groupe des 15" (Expertengremium, bestehend aus den Dekanen der medizinischen Fakultäten und den ärztlichen sowie administrativen Direktionen der Universitätsspitäler der Kantone Basel-Stadt, Bern, Genf, Lausanne und Zürich) einen Bericht zur zukünftigen Koordination bzw. Konzentration im Bereich der Transplantationsmedizin vor.

Mittels Erklärung vom Januar 2003 brachten die Gesundheitsdirektorinnen / Gesundheitsdirektoren der fünf Kantone mit medizinischer Fakultät ihre Anerkennung betreffend die Notwendigkeit der Planung und Aufgabenteilung von gewissen hochspezialisierten medizinischen Leistungen auf nationaler Ebene zum Ausdruck. Gleichzeitig wurde die Arbeit der "Groupe des 15" unterstützt, diese allerdings ersucht, Konkretisierungsarbeiten zu ihrem Bericht an die Hand zu nehmen, schwerpunktmässig Vorschläge zur Bezeichnung von organ-spezifischen "Leadinghouses" zu erarbeiten und ein vorzulegendes Modell in wirtschaftlicher und qualitativer Hinsicht zu bewerten.

Mit Datum vom 29. September 2003 legt die "Groupe des 15" den konkretisierten Bericht "Schweizerisches Multiside Transplantationsnetzwerk (SMTN)" vor. Diesem Bericht hat der Vorstand der SDK an seiner Sitzung vom 30. Oktober 2003 grundsätzlich zugestimmt. In der Folge wurde die "Groupe des 15" von den Gesundheitsdirektionen der fünf Kantone mit medizinischer Fakultät beauftragt, gestützt auf ihre Arbeit einen konkreten Planungsbericht zur Transplantationsmedizin zuhanden der interkantonalen Kommission "Konzentration der hochspezialisierten Medizin (CICOMS)" zu verfassen.

Nach einem weiteren Zwischenbericht hat die "Goupe des 15" dann ihren definitiven Schlussbericht "Schweizerisches Transplantationszentrum an verschiedenen Standorten" / "Multiside Swiss Transplant Network (MSTN)" am 26. November 2004 vorgelegt. Darin werden die wichtigsten Organtransplantationen auf die Zentren Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich verteilt, wobei jeweils ein Standort als Koordinationszentrum (ursprünglich Leadinghouse) zu definieren ist.

Dabei wird das Universitätsspital Basel als Zentrum für Herz- und Nierentransplantationen sowie die Transplantation von Knochenmark und peripheren Stammzellen bezeichnet. In den Bereichen Nierentransplantation und allogene Knochenmark- bzw. Stammzellentransplantation wird Basel zusätzlich zum nationalen Zentrum erklärt. Im Gegenzug werden inskünftig in Basel keine Leber-, Lungen- und Pankreastransplantationen mehr durchgeführt.

Diese gesamthafte Aufteilung, welche auf dem grundsätzlichen Konsens aller beteiligten Kantone beruht hat, wurde nun – wie bereits vorstehend sub 1. ausgeführt - durch den Kanton Zürich zurückgewiesen, da man dort, auf den ursprünglich erklärten Verzicht zur Vor-nahme von Herztransplantationen zurückgekommen ist.

Die Ablehnung Zürichs, welche die ganzen Vereinbarungen zur Spitzenmedizin zu Fall bringt, wird ausschliesslich mit dem Verlust der Herztransplantationen und Unklarheiten im Bereich der Leberlebens-transplantationen begründet. Beide Eingriffe haben zwar in der öffentlichen Wahrnehmung Bedeutung, machen aber de facto nur einen bescheidenen Teil der in der Schweiz durchgeführten Transplantationen und einen vernachlässigbaren Anteil am ganzen spitzenmedizinischen Angebot aus.



## VI. SwissDRG

Die beabsichtigte Einführung eines einheitlichen Abgeltungssystems für stationäre Behandlungen im akut-somatischen Bereich in Form von Fallpreispauschalen (sogenannte „DRG“ - Diagnosis Related Groups) soll zu mehr Einheitlichkeit und Transparenz in der Leistungserfassung und –abgeltung führen. Damit sollen auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und das Kostenbewusstsein bei den Leistungserbringern erhöht werden.

Zu diesem Zweck wurde am 23. April 2004 der Verein SwissDRG mit Sitz in Bern gegründet. Erster Präsident ist Regierungsrat Carlo Conti. Er leitet auch den Steuerungsausschuss des Projektes SwissDRG, der für alle strategischen Entscheide im Projekt verantwortlich ist. Projektpartner von SwissDRG sind: die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK); die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); H+ Die Spitäler der Schweiz; santésuisse; die Medizinaltarifkommission UVG (MTK), die Militärversicherung (MV), die Invalidenversicherung (IV); das Bundesamt für Statistik (BFS); der Verband der Pflegerinnen und Pfleger (SBK); das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Beobachterstatus. Für alle Projektpartner ist die Einführung von SwissDRG ein bedeutendes Vorhaben. Gefordert sind insbesondere die Spitäler, welche die Codierung der medizinischen Fälle vorantreiben und die Kostenrechnung verbessern müssen.

Das eigentliche Projekt SwissDRG nahm seine Tätigkeit im Mai 2004 auf. Die Projektpartner hatten sich vorgängig darauf geeinigt, dass Spitalleistungen in der Schweiz im Gegensatz zu heute nach einem einheitlichen System entschädigt werden sollen. Das System soll Anreize geben zu mehr Wirtschaftlichkeit, Vergleiche von Leistungen zwischen Spitälern ermöglichen und auch Daten liefern für die bessere Steuerung von Spitälern. Das künftige Entgeltmodell soll Behandlungsfälle nach Diagnosegruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) entschädigen. Eine Vielzahl von DRG-Systemen ist bereits heute weltweit im Einsatz. Für die Schweiz gilt es nun, nicht das Rad neu zu erfinden, sondern das sinnvollste System auszuwählen, die notwendigen „Helvetisierungen“ vorzunehmen und die Fallkostengewichte zu berechnen, von welchen sich die diagnosebezogenen Fallpreispauschalen ableiten lassen. Das Modell sollte Mitte 2007 eingeführt werden können. Derzeit ist bereits in mehreren Kantonen der Schweiz ein DRG-System erfolgreich im operativen Einsatz. Dieses System (APDRG) ist jedoch nur noch sehr beschränkt entwicklungsfähig und wird spätestens mit der Einführung von SwissDRG abgelöst werden. Damit der nötige Systemwechsel bestmöglich vollzogen werden kann, wurde zwischen den Vereinen SwissDRG und APDRG Schweiz eine Vereinbarung getroffen, welche SwissDRG u.a. die Datenbank von APDRG Suisse zusichert. Im Zusammenhang mit dem Projekt wurden auch verschiedene Kommunikationsplattformen eingerichtet: so unter anderem eine Homepage ([www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)) und ein vierteljährlich erscheinender Newsletter SwissDRG (enthaltend sämtliche aktualisierten, projektrelevanten Informationen bzw. Neuigkeiten)

Seit Mai 2004 konnten folgende Projektfortschritte erzielt werden:

- Elementare, wegleitende Basispapiere zu Falldefinition und zur Ermittlung der DRG-Relativgewichten sind erstellt worden. Eine breite Vernehmlassung bei den Begleitgruppen der Projektpartner wurde erfolgreich durchgeführt. Als nächster Schritt ist die Verabschiedung durch den Steuerungsausschuss am 19. August 2005 vorgesehen.
- Eine Reihe von in Frage kommenden DRG-Systemen wurde mittels aufwändiger Verfahren statistisch und qualitativ getestet und bewertet. Als nächster Schritt ist die Systemwahl durch den Steuerungsausschuss am 19. August 2005 geplant.
- Eine Reihe von potentiellen Netzwerkspitälern wurde gefunden und die entsprechenden Kooperationsvereinbarungen (Charta) sind gegenseitig unterzeichnet.

Am 20. September 2005 wird zum Thema SwissDRG im Kultur- und Kongresszentrum Luzern eine nationale Informations- und Diskussionsplattform durchgeführt, im Rahmen derer auch sämtliche bis dahin erzielten Projektfortschritte aktuell dargestellt werden.

Die Einführung der DRG wird sich positiv auf die Kooperation zwischen BL und BS auswirken, werden doch damit die Abgeltungen für gegenseitig in Anspruch genommene Dienstleistungen klar festgelegt.

## VII. Partnerschaftsverhandlungen

Das Projekt Partnerschaftsverhandlungen hat für die Zukunft der regionalen Gesundheitsversorgung sehr grosse Bedeutung. Die Überführung der Medizinischen Fakultät und damit auch des Departements Forschung des Universitätsspitals in die Universität, die bereits abgeschlossenen Entflechtung der Kosten für Dienstleistung und Lehre/Forschung sowie die Überprüfung des Spitalabkommens Basel-Landschaft / Basel-Stadt zur Abgeltung zentrumsmedizinischer Dienstleistungen führen zur Auflösung von umfangreichen Problemkreisen, welche bis anhin einer Vertiefung des Zusammenwirkens und der gemeinsamen Versorgungsplanung entgegenstanden. Die Resultate dieses Projektes sind somit als entscheidende Meilensteine für die Zukunft der gemeinsamen Spitalversorgung zu bezeichnen (näheres hierzu nachstehend sub lit. F, V.).

## VIII. Neubau UKBB

Dem Ratschlag betreffend "Gewährung eines Ausführungskredits für die Errichtung des Neubaus des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB)" vom 10. Mai 2005, welcher beiden Parlamenten bereits vorliegt, kann entnommen werden, dass sich das Projekt unter Einhaltung des Zeitplans auf gutem Wege befindet und für die Phase der Beantragung eines Ausführungskredits bereits einen weit überdurchschnittlich hohen Planungsstandard und Detaillierungsgrad aufweist. Dieser Erfolg ist auf umfangreiche Projektarbeiten und Verhandlungen zurückzuführen, in deren Rahmen insbesondere sämtlichen Finanzierungs- und Bedarfsplanungsfragen grosse Aufmerksamkeit beigemessen wurde. Die hohe Priorisierung und intensive Bearbeitung dieses Projektes ist absolut unerlässlich, kann doch weder den Patientinnen / Patienten noch dem Personal des UKBB eine vermeidbare Verlängerung des aktuellen Dreistandortbetriebs zugemutet werden, welcher darüber hinaus in Bezug auf die laufenden Betriebskosten auch als unwirtschaftlich zu qualifizieren ist.

Demgemäss werden die zuständigen Gremien innerhalb der Projektorganisation unverzüglich nach Vorliegen der Parlamentsentscheide zum Ratschlag die nachfolgenden Arbeiten in Angriff nehmen, damit der Neubau UKBB termingerecht bezogen und überflüssige Zusatzkosten durch Nachbesserungen am Dreistandortkonzept ausgeschlossen werden können.

## IX. Neubau Felix Platter-Spital

Das derzeit genutzte, im Jahre 1967 eröffnete Hauptgebäude sowie der Pavillontrakt des Felix Platter-Spitals genügen einerseits den räumlichen, strukturellen und organisatorischen Anforderungen an einen modernen Spitalbetrieb nicht mehr und erfüllen andererseits die geltenden bau- und feuerpolizeilichen Auflagen nicht mehr. Aus diesem Grund wurde die rasche Anhandnahme eines Projektes bezüglich Neubau Felix Platter-Spital unumgänglich. Insbesondere aufgrund der bau- bzw. feuerpolizeilichen Auflagen besteht ein nicht unerheblicher Zeitdruck.

Mittlerweile sind die Projektarbeiten auf zwei Ebenen relativ weit fortgeschritten:

- Die eher technisch ausgerichtete Prüfung mehrerer, auf dem Kantonsgebiet in Frage kommender Standorte, die auf Aspekte wie städtebauliche Fragen, verkehrstechnische Anbindung, mögliche Synergien zu bestehenden Spitalbetrieben etc. abstellt, kann im Laufe dieses Jahres abgeschlossen werden.
- Die Prüfung möglicher zukünftiger Organisationsmodelle und Kooperationen mit bestehenden Leistungserbringern öffentlicher und privater Trägerschaft ist ebenfalls weit vorangeschritten.

Insgesamt ist vorgesehen, dem Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt bis Ende des laufenden Jahres zum weiteren Vorgehen zu berichten und allfällig notwendige Anträge zu unterbreiten.

Aufgrund des hohen Zeitdrucks hat auch dieses Projekt – wie das Neubauprojekt UKBB – aus Sicht des Kantons Basel-Stadt höchste Priorität.

Die auch im Rahmen der Tagung in Bad Bubendorf angesprochene Möglichkeit, im Bereich des Tätigkeitsgebietes des Felix Platter-Spitals (vorwiegend Geriatrie) Kooperationen mit dem Kanton Basel-Landschaft – insbesondere in Bezug auf das Bruderholzspital – zu prüfen, ist aufgenommen und zwischen den federführenden Departementen intensiv diskutiert worden. Wie sich aber aus den nachfolgenden Darlegungen zum Sanierungs-/Neubauprojekt Bruderholzspital ergibt, wird es aufgrund des äusserst dringenden Handlungsbedarfs in Bezug auf das Felix Platter-Spital äusserst schwierig sein, Kapazitäten für baselstädtische Patientinnen und Patienten in einem zukünftigen Bruderholzspital in Anspruch zu nehmen. Trotz dieser vorläufig eher negativen Prognose wird die Möglichkeit einer entsprechenden Kooperation weiter beobachtet und laufend neu bewertet.

## X. Neubau Kantonsspital Bruderholz (KSB)

### 1. Ausgangslage

Das Kantonsspital Bruderholz hat seit seiner Inbetriebnahme 1973 immer wieder kleinere bauliche Veränderungen erfahren - eine grundlegende Sanierung der Infrastruktur sowie räumliche Anpassungen an den veränderten Leistungsauftrag im grossen Stil erfolgte bisher nicht.

Mit der Vorlage 2003/168 vom 8. Juli 2003 wurde dem Landrat ein Baukredit von CHF 15,2 Mio. für sicherheitsrelevante Massnahmen in den Bereichen Haustechnik und Brandschutz beantragt. Eine weitere Vorlage, beinhaltend eine 2. Sanierungsetappe im Umfang von CHF 24,8 Mio., soll im 2. Semester des Jahres 2005 erarbeitet werden. Die Sicherheitsrelevanten Massnahmen belaufen sich insgesamt auf CHF 40 Mio.. Betroffen sind alle wichtigen Installationswerke, angefangen bei der elektrischen Grundversorgung, der elektrischen Notversorgung, Teilen der Wärmeerzeugung und Dampfversorgung, der Kälteerzeugung, der generellen Leitechnik und der sanitären Installationen.

Die Realisierung der Massnahmen bildet weder eine gesamthafte Sanierung des Kantonsspitals Bruderholz, noch eine Steigerung von Komfort oder Effizienz in den Arbeitsabläufen. Die Massnahmen sind einzig und allein in sicherheitsrelevanten Überlegungen begründet. Deren Wirtschaftlichkeit ist einerseits gegeben durch die Reduktion von Unterhalts- bzw. Erneuerungsbedarf zu Lasten der Betriebsrechnung, andererseits durch die Verhinderung möglicher Personen- und Sachschäden mit den damit verbundenen direkten und indirekten Kosten, welche nicht kalkulierbar sind.

### 2. Bisherige Planungsschritte

In den Jahren 1999 und 2000 wurde eine Gebäudeanalyse durchgeführt. Die Analyse belegt, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Das Spital bedarf einer Gesamtanierung zur Anpassung des Standards sowie zur Gewährleistung der Betriebstauglichkeit und Sicherheit.

Der Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft vom November 2003 hat zum eindeutigen Resultat geführt, dass der künftige Bedarf an Spitalleistungen des Kantonsspitals Bruderholz gegeben ist. Der Eigenversorgungsgrad im Kanton liegt bei rund 61 %. Ohne das Kantonsspital Bruderholz müssten vorwiegend ausserkantonale zusätzliche Kapazitäten aufgebaut werden und damit verbunden würde der Eigenversorgungsgrad auf rund 39 % der Fälle sinken.

Die zentrumsmedizinische Versorgung sowie die spitzenmedizinische Versorgung soll weiterhin auf der Basis der Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt erfolgen. Leistungen, die das Universitätsspital Basel nicht erbringt, werden unverändert über Artikel 41.3 KVG (medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisationen) abgewickelt.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung (vgl. Bevölkerungsentwicklung im Alter, Statistik Baselland Nr. 01/2005) wurde der Bedarf von Spitalbetten im Bereich Geriatrie reevaluiert und ein Mehrbedarf von 59 Betten für die Spitalbehandlung von über 79 jährigen Personen (Geriatrie) ermittelt. Dieses Ergebnis erhärtet die Abklärungen, wonach der Kanton Basel-Landschaft auf das Kantonsspital Bruderholz angewiesen ist.

Eine aktuelle Beurteilung der baulichen und technischen Infrastruktur zeigt auf, dass im Jahre 2015 ein Betrieb des KSB in den bestehenden Gebäuden ohne grössere Eingriffe in Haustechnik und Bau nicht mehr möglich ist. Bis zu diesem Zeitpunkt muss eine neue Lö-

sung realisiert sein. Mit der Planung der Gesamtlösung kann nach Vorliegen des Berichts zur regionalen Spitalplanung begonnen werden.

Entsprechend hat der Regierungsrat Basel-Landschaft im Juli dieses Jahres eine Arbeitsgruppe „Strategie“ eingesetzt, mit dem Auftrag, verschiedene Lösungsszenarien (Sanierung / Teilneubau und Sanierung / Neubau auf der grünen Wiese) hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, der zeitlichen Realisierung sowie der Risiken zu prüfen. Der Ersatz des heutigen Kantonsspitals Bruderholz soll forciert werden (angestrebter Horizont: 5 Jahre).

Mit Berücksichtigung der Parameter aus dem „Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL) vom 4. November 2003 und der aktuellen Prognose zur Bevölkerungsentwicklung würde sich der Bedarf des Kantons Basel-Landschaft im Jahr 2025 zwischen 1'154 Betten und 1'450 Betten für inner- und ausserkantonale Behandlungen bewegen. Das massive Wachstum der Anzahl über 79 - jähriger Einwohnerinnen und Einwohner wurde im Strategiebericht nicht berücksichtigt, da es sich im Jahr 2003 noch nicht ausprägte. Aus diesem Grunde wird sich der Bettenbedarf im Kanton Basel-Landschaft bis 2025 eher auf das pessimistische Szenario 3 hin bewegen. Mit einer statistischen Unsicherheit von ca. 300 Betten lässt sich nur schwer planen, deshalb wird die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion dem Statistischen Amt den Auftrag erteilen, die Faktoren Hospitalisationsrate und durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Basis von Vergangenheits- und Vergleichszahlen fundiert zu verifizieren. Die Auswertung soll auch die unentbehrlichen Detailangaben für die Planung des Kantonsspitals Bruderholz liefern. Dazu sind vertiefte Analysen des vorhandenen Datenmaterials notwendig. Bis Ende 2005 werden somit exakte Angaben zur Detailplanung vorliegen. Standortplanung und vorbereitende Massnahmen zur Projektierung können jedoch bereits in Angriff genommen werden.

Als Grössenordnung muss sich die Planung für den Neubau des Kantonsspitals Bruderholz zwischen dem Strategiebericht Szenario 1 inklusive Mehrbedarf an Geriatriebetten und der im Strategiebericht pessimistischen Annahme des Szenario 3 bewegen. Aufbauend auf der Spital- und Pflegeheimliste soll die Konzeption für den Neubau des Kantonsspitals Bruderholz von den bekannten Plandaten ausgehen:

#### **Kantonsspital Bruderholz 2005:**

Akutbetten gemäss gemeinsamer Spitalliste BS/BL	333 Betten
Geriatrie- (41) und Rehabilitationsbetten (46) gemäss Spitalliste BL	87 Betten
Überbrückungspflegebetten gemäss Pflegeheimliste	<u>4 Betten</u>

**Total Betten KSB 2005** **424 Betten**

Im KSB sind im Jahr 2004 durchschnittlich 16,5 Betten für die Überbrückungspflege (vor Eintritt in ein Pflegeheim) benötigt worden. Der Mehrbedarf an Überbrückungspflege erklärt auch die im Geschäftsbericht ausgewiesenen 433 Betten. Das Missverhältnis zwischen ausgewiesenen Betten in der Pflegeheimliste und tatsächlich benutzten Betten für die Überbrückungspflege wird sich in absehbarer Zukunft nicht ändern.

#### **Kantonsspital Bruderholz 2025:**

##### **Szenario 1**

Akutbettenbedarf gemäss Berechnung Strategiebericht **Szenario 1** **375 Betten**  
(ursprüngl. Basisannahme 2005=1'306 Betten/ 2025=1'154 Betten)

##### **Szenario 3**

Akutbetten gemäss Berechnung Strategiebericht **Szenario 3** **471 Betten**  
(ursprüngl. Basisannahme 2005=1'306 Betten/ 2025=1'450 Betten)

In der Hochrechnung der beiden Szenarien ist die zusätzlich zu schaffende Bettenkapazität von **59 Betten** für Geriatrie entsprechend dem Geriatriekonzept nicht beinhaltet. Damit erhöht sich der Bettenbedarf der beiden Szenarien.

**Szenario 1**

Akutbettenbedarf gemäss Berechnung Strategiebericht  
**inkl. zusätzliche 59 Geriatriebetten**

**434 Betten**

**Szenario 3**

Akutbettenbedarf gemäss Berechnung Strategiebericht  
**inkl. zusätzliche 59 Geriatriebetten**

**530 Betten**

Inwiefern der Mehrbedarf an Betten der Überbrückungspflege berücksichtigt werden soll, ist auch von der Bettenkapazität in den Pflegeheimen abhängig.

Basierend auf den durch den Strategiebericht und das Geriatriekonzept gestützten Prognosen soll die Planung für den Neubau des Kantonsspitals Bruderholz auf mindestens 434 Betten ausgerichtet werden. Bis Ende 2005 werden gesicherte Angaben für die Versorgungsplanung im gesamten Kanton sowie die Auswirkung auf die regionale Spitalplanung bei Einhaltung eines Selbstversorgungsgrades von 61% erarbeitet. Dies geschieht mit einer detaillierten Analyse zum Bettenbedarf bezüglich Akut-, Rehabilitations-, Geriatrie- und Überbrückungspflegebetten.

## **G Aktueller Stand der regionalen Gesundheitsversorgung**

### **I. Grundsätzliches**

Wer lediglich eine Grundversicherung nach KVG abgeschlossen hat, kann sich in öffentlichen Spitälern des eigenen Wohnkantons und bei einem Notfall in sämtlichen öffentlichen Spitälern behandeln lassen. Abkommen, so wie das Spitalabkommen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend zentrumsmedizinischen Leistungen, garantieren zudem, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner sämtliche Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) in Anspruch nehmen können, ohne dass diese vollumfänglich vom eigenen Wohnsitzkanton angeboten werden müssen.

Personen, die eine Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgeschlossen haben (Zusatz „Spitalbehandlung ganze Schweiz“, Halbprivat- oder Privatversicherung) sind grundsätzlich frei in der Spitalwahl. Aus Sicht der Kantone gestaltet sich aber die Finanzierung unterschiedlich: Der kantonale Sockelbeitrag im Sinn der dualen Finanzierung muss nur bei Behandlung in einem Spital des Wohnsitzkantons oder bei ausserkantonaler Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital im Notfall beziehungsweise aus medizinischen Gründen bezahlt werden (Artikel 41.3 KVG). In allen anderen Fällen (alle Behandlungen in nicht öffentlich subventionierten Spitälern, „Wahlbehandlungen“ ausserhalb des Wohnsitzkantons) muss die Krankenkasse die vollen Kosten übernehmen. Dieser Zahlungspflicht wirken einige Kassen in letzter Zeit entgegen, indem sie ihre internen Spitallisten nach VVG kürzen und so die Freizügigkeit für ihre Zusatzversicherten Kundinnen und Kunden verkleinern.

Das Wesen des sozialen Krankenversicherungssystems in der Schweiz besteht darin, dass einerseits sämtliche Personen obligatorisch über eine Grundversicherung verfügen müssen und andererseits, dass die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung allen Personen zugänglich sein müssen. Finanziert werden diese Leistungen zu einem Teil über die Krankenkassenprämien und zum anderen Teil über den jeweiligen Wohnkanton der spitalbedürftigen Personen (duale Finanzierung). Personen mit einer Grundversicherung sind nicht frei in der Spitalwahl, sie müssen vielmehr die Leistungen der öffentlichen oder öffentlich-subventionierten Spitäler ihres Wohnkantons in Anspruch nehmen. Die öffentlichen oder öffentlich-subventionierten Spitäler werden über Krankenkassenbeiträge und allgemeine Steuermittel des jeweiligen Kantons finanziert. Die Gesundheitskosten der Bevölkerung eines Kantons haben einen Einfluss auf die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung. Der Bund und die Kantone leisten – wiederum aus allgemeinen Steuermitteln – individuelle Beiträge an die Krankenkassenprämien von Personen mit tiefem Einkommen.

Durch Vertragsabschlüsse zwischen Kantonen entstehen Gesundheitsregionen. Diese Verträge können auf der Leistungsebene angesiedelt sein, indem die Kantone vertraglich vereinbaren, wer welche Leistungen aus dem Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung für die Bevölkerung bereitstellt. Ein Beispiel für solche Verträge auf der Leistungsebene ist das Spitalabkommen zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Basel-Stadt sorgt für die zentrums- und spitzenmedizinischen Leistungen sowohl für die eigene Bevölkerung wie auch für die Baselbieter Bevölkerung. Basel-Landschaft verzichtet bewusst darauf, diese Leistungen in den eigenen öffentlichen Spitälern anzubieten. Solcher Verträge haben einen doppelten Effekt: Erstens werden diese (teuren) Leistungen gebündelt und damit wirtschaftlicher erbracht, zweitens erhöht sich durch erhöhte Fallzahlen die Qualität der Leistungserbringung.

Vertragsabschlüsse zwischen den Kantonen können aber auch freie Spitalwahl für die Bevölkerung unter den öffentlichen Spitälern oder den öffentlich-subventionierten Spitälern der

Vertragskantone beinhalten (sogenannte „Freizügigkeit“). Bei diesen Verträgen geht es nicht darum, die Leistungen zu bündeln, es geht einzig darum, der Bevölkerung die Möglichkeit einzuräumen, ohne eine Zusatzversicherung das (öffentliche) Spitalangebot des anderen Kantons in Anspruch nehmen zu können. Ein Beispiel für solche Verträge ist das Spitalabkommen zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Solothurn. Voraussetzung für solche Verträge ist primär, dass gleiche Behandlungen in beiden Kantone ungefähr gleich viel kosten.

Die Wirkung solcher Verträge liegt in der Wahlfreiheit für die Bevölkerung.

Aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner beider Kantone ist die gemeinsame Gesundheitsregion bereits Realität. Das Element der freien Spitalwahl innerhalb der Gesundheitsregion BL/BS für alle und unter Einschluss aller Spitäler, also auch der Privatspitäler, fehlt noch. Dem diesbezüglichen Anliegen der Bevölkerung nach voller Freizügigkeit ist bei der weiteren Planung der regionalen Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Dies insbesondere deshalb, weil die Schaffung von Synergien durch gegenseitige Abstimmung und Koordination auch einen positiven Einfluss auf die Qualität der zu erbringenden Dienstleistung und die Kostenentwicklung hat.

In diesem Sinne stehen die zuständigen Departemente der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in permanentem Austausch mit dem Ziel, eine Verbesserung des Versorgungssystems zu erreichen.

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit hat sich immer wieder gezeigt, dass es eindeutig angezeigt ist, die Kooperation im Gesundheitswesen über die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt hinaus auf die umliegenden Kantone (Aargau, Jura, Solothurn) und das angrenzende Ausland (insbesondere Landkreis Lörrach und Süd-Elsass) auszudehnen. Zu diesem Zweck haben bereits intensive Gespräche zwischen dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und den Gesundheitsdirektionen der Kantone Aargau, Jura und Solothurn stattgefunden. Der Kanton Basel-Landschaft seinerseits hat die umliegenden Kantone in die Auswertung seines Spitalversorgungsberichtes von Herbst 2003 („Hausaufgaben“) einbezogen. Zur Weiterverfolgung der im Rahmen dieser eher informellen Gespräche aufgeworfenen Ideen und Zielsetzungen wird es unerlässlich sein, in nächster Zukunft zusammen mit den zuständigen Instanzen der umliegenden Kantone formelle Gespräche zu führen mit dem Ziel, den aktuellen Stand der wechselseitigen Kooperationen zu analysieren und Vorschläge resp. Massnahmen zur Optimierung des Zusammenwirkens zu erarbeiten. Gleiches ist zur Zusammenarbeit mit dem grenznahen Ausland zu sagen; es kann hierzu auf die Ausführungen nachstehend III 1. verwiesen werden.

## II. Tagung Bad Bubendorf als Auftrag

Wie bereits vorstehend sub lit. C, V. dargelegt, haben sich aus der politisch breit abgestützten Tagung in Bad Bubendorf vom 20./21. August 2004 eindeutige Aufträge für die Regierungen und mithin die federführenden Gesundheitsdepartemente beider Kantone ergeben, welche im Sinne von Leitgedanken die zukünftige gemeinsame Spitalplanung und Spitalversorgung prägen und beeinflussen müssen. Hierzu zählen insbesondere der Erhalt bzw. die Stärkung der Medizinischen Fakultät Basel, die Positionierung des Universitätsspitals Basel als Zentrumsspital für die Region und der Ausbau der Freizügigkeit für Patientinnen/Patienten zwischen den öffentlichen und privaten Leistungserbringern beider Kantone.



### III. Funktion des Universitätsspitals Basel als Zentrumsspital

Die Belegungsstatistiken der Jahre 2003 und 2004 des Universitätsspitals Basel zeigen eindrücklich, dass sich das USB als Zentrumsspital der Region etabliert hat (Inanspruchnahme Betteninfrastruktur aufgrund Wohnsitz):

<b>Wohnsitz</b>	<b>In % 2003</b>	<b>In % 2004</b>	<b>Betten 2003</b>	<b>Betten 2004</b>
Basel-Stadt	61%	58%	399	379
Baselland	18%	19%	118	125
Übrige CH	15%	15%	98	98
Ausland	6%	8%	39	52
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>654</b>	<b>654</b>

Diese Zahlen zeigen auf, dass die regionale Versorgung im stationären Bereich de facto auf das Universitätsspital als Zentrumsspital ausgerichtet ist, würde doch für den Bedarf der baselstädtischen Bevölkerung ein wesentlich kleineres und günstigeres Spital vollkommen ausreichen. Würde das USB dieser Rolle verlustig gehen, so wäre einerseits der Fortbestand der Medizinischen Fakultät und andererseits die Erhaltung eines spitzenmedizinischen Angebotes für die Region in Frage gestellt. Dies würde bedeuten, dass sich die Einwohnerinnen / Einwohner der Region für jede anspruchsvolle Behandlung in die Universitätsspitäler Bern oder Zürich begeben müssten. Dieser Zustand wäre für die Region Nordwestschweiz ein wesentlicher Nachteil.

Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass sich die umliegenden Kantone verpflichten, entsprechende Leistungen im Universitätsspital als Zentrumsspital in Anspruch zu nehmen.

Diese Rolle könnte das Universitätsspital als rechtlich verselbständigte, aus der Verwaltung ausgegliederte Unternehmung - mit einer gewissen unternehmerischen Freiheit ausgestattet - besser wahrnehmen. Entsprechende Bemühungen in diese Richtungen sind bereits Ende der 90er-Jahre gescheitert. Aus verschiedenen- bereits in anderem Zusammenhang genannten - Gründen ist der Zeitpunkt für einen erneuten Verselbständigungsversuch momentan jedoch (noch) nicht günstig:

- Die Resultate der laufenden KVG-Revision (insbesondere Spitalfinanzierung) müssen abgewartet werden; sie werden entscheidenden Einfluss auf die zukünftige Positionierung und Rechtsform insbesondere der staatlichen Spitäler haben.
- Weitere Erkenntnisse zur Einführung der Fallkostenpauschalen (DRG) müssen Vorliegen, da auch die damit zusammenhängenden Fragen einen erheblichen Einfluss auf die Spitalfinanzierung haben.
- Die definitive und verbindliche Entflechtung der Kosten für Lehre/Forschung und Dienstleistung ist unabdingbare Voraussetzung für die Klärung grundsätzlicher Finanzierungsfragen.
- Die Resultate des nationalen Projektes zur universitären Medizin (Arbeitsgruppe Kleiber) und des Projektes „Medizin Bern-Basel“ könnten ebenfalls Auswirkungen auf die im Zuge einer Verselbständigung zu klärenden Fragen haben.

Nichtsdestotrotz sind die möglichen Optionen weiter zu verfolgen.

## IV. Regionale Spitalabkommen

Gemäss Spitalabkommen mit verschiedenen Kantonen stellt das Universitätsspital Basel (USB) die Zentrumsversorgung sowohl für die unmittelbare Region als auch in ausgewählten Disziplinen für nicht unmittelbar angrenzende Kantone sicher. Seit einigen Jahren werden entsprechende Kooperationen angestrebt und realisiert. Ziel dieser Kooperationen sind zum einen die Entlastung der umliegenden Kantone gegen kostendeckende Abgeltung und zum anderen Stärkung und Erhalt des universitär-medizinischen Zentrums, welches ohne eine gewisse Anzahl an Mindestfallzahlen nicht funktionsfähig ist und zwar in Bezug auf Betriebsgrösse und Qualität der erbrachten Dienstleistungen.

Aktuell bestehen - gestützt auf diese Arbeiten - mit allen für das regionale Einzugsgebiet wichtigen Kantonen (BL, AG, SO, JU, LU) entsprechende Spitalabkommen.

Die Spitalabkommen sehen den Bezug von Dienstleistungen im Zentrumsspital in explizit genannten Disziplinen vor, ohne dass sich die Vertragspartner direkt und gesondert ausgewiesen an den Investitionen und Vorhaltekosten (keine Zusicherung zum Umfang des Leistungsbezuges) beteiligen. Das bedeutet für den Kanton Basel-Stadt, dass die Investitionskosten in die Gestaltung der Tarife einbezogen werden müssen.

Dies ist im Spitalabkommen mit dem Kanton Basel-Landschaft aus dem Jahr 1993 umgesetzt worden. Es hat sich nun allerdings im Rahmen der Arbeiten am Projekt Partnerschaftsverhandlungen, TP3 (Medizinische Dienstleistung), ergeben, dass aufgrund der Veränderungen der letzten Jahre eine Anpassung des Abkommens in einigen Punkten zu prüfen ist. Diese Arbeiten können allerdings erst aufgenommen werden, sobald gewisse, entscheidende Vorgaben von der Bundesebene her (Ausgestaltung DRG-Fallpreispauschalen, Regelung der Spitalfinanzierung im Rahmen der KVG-Revision) vorliegen. Dementsprechend wurde festgelegt, zu Beginn des Jahres 2006 über das weitere Vorgehen bezüglich Überarbeitung des Spitalabkommens BS/BL zu entscheiden.

Hinzu kommt, dass sich der Kanton Basel-Landschaft bereits heute mit einem Pauschalbetrag an den Kosten für Lehre und Forschung am Universitätsspital beteiligt.

Da keine Zusicherung zum Umfang des Leistungsbezuges durch die umliegenden Kantone besteht, bleibt für den Kanton Basel-Stadt das Risiko, ein Leistungsangebot bereitstellen zu müssen, für das er zu wenig Abnehmer finden könnte.

Die Spitalabkommen sind in den Grundzügen immer gleich aufgebaut und unterscheiden sich vor allem im Bereich der Leistungsangebote.

Die nachstehende Tabelle zeigt den aktuellen Stand der Vereinbarungen auf:

Spitalabkommen mit	Tagespauschale allg. Abt., erste 8 Tage	Tagespauschale allg. Abt., ab dem 9. Tag	Tagesteilpauschale allg. Abt.	Zuschlag in Intensivpflege-abteilung pro Stunde	Zuschlag pro Tag in Überwachungs-station	Pauschale für Eingriff am offenen Herz	Koronarographie	PTCA	PTCA mit Stenteinlage	Elektrophysiologie und RFA
Kanton Aargau	X	X	--	X	X	X	--	X	--	X
Kanton Basel-Landschaft	--	--	X	X	X	X	X	X	X	X
Kanton Solothurn	X	X	--	X	X	X	--	--	--	--
Kanton Jura	X	X	--	--	--	X	--	--	--	--
Kanton Wallis	X	X	--	X	X	X	--	--	--	--
Kanton Luzern	X	X	--	X	X	X	--	--	--	--
Kanton Tessin	X	X	--	X	X	Tarifordnung	--	--	--	--
Kanton Obwalden	--	--	--	--	--	X	--	X	X	--
Kanton Nidwalden	--	--	--	--	--	X	--	X	X	--
Kanton Zug	--	--	--	--	--	X	--	X	X	--

Tabelle: Übersicht zu den bestehenden Spitalabkommen des Kantons Basel-Stadt

Neben dem Spitalabkommen unterhalten die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt eine gemeinsame Spitalliste für den akut-somatischen Bereich. Diese gesamtschweizerisch einmalige Planungsgrundlage zweier Kantone ist als Meilenstein interkantonaler Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung zu bezeichnen und besitzt Modellcharakter.

Die intensive regionale Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens hat bereits in der zurückliegenden Phase zu positiven Ergebnissen geführt. Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Spitalplanung im Bereich der somatischen Akutmedizin ergab sich aus den vielfältigen Verflechtungen und gegenseitigen Abhängigkeiten sowie dem klaren Bedürfnis der Bevölkerung nach Freizügigkeit zwischen den beiden Basler Kantonen. Das gemeinsame Vorgehen hatte im Weiteren stets zum Ziel, die intensivierete Zusammenarbeit im Bereich der universitären Medizin zu konsolidieren und mittelfristig in verschiedenen Bereichen zu erweitern. Andererseits soll das ganze Angebotsspektrum (im Sinne des KVG) soweit als möglich gemeinsam bedarfsgerecht geplant und im Hinblick auf eine möglichst kostengünstige Infrastruktur optimiert werden.

Vorerst ist die Zusammenarbeit aufgrund des umfangreichen Planungsvolumens und Planungshorizontes auf die somatische Akutmedizin beschränkt.

## V. Schlussbericht Nachfolgeprojekt TP 2 „Regionale Spitalplanung“

Am 29. März 2005 legte die Arbeitsgruppe zum Nachfolgeprojekt des Teilprojektes 2 "Regionale Spitalplanung" unter Leitung des Dekans der Medizinischen Fakultät ihren Bericht zur Ausscheidung der Kosten für Lehre und Forschung an den Basler Spitälern vor (liegt diesem Bericht bei). Der Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretungen der Universität sowie der Gesundheits- und Finanzdirektionen beider Kantone ist es gelungen, fundierte Resultate zur Abgrenzung der Kosten für Dienstleistung und Lehre / Forschung auszuarbeiten. Dabei wurden die Resultate aus dem Schlussbericht des Teilprojektes 2 „Regionale Spitalplanung“ weiterentwickelt und anhand von „Pilotkliniken“ im Universitätsspital Basel und im Kantons-spital Liestal überprüft. Demgemäss kann nun im Hinblick auf die neu mit der Universität auszuhandelnde Leistungsvereinbarung ein Globalbeitrag für die medizinische Lehre und Forschung ausgesondert und der Medizinischen Fakultät bzw. Universität zur Bewirtschaftung zugewiesen werden. Andererseits können nun die bei den Spitälern (insbesondere Universitätsspital) anfallenden Kosten als effektive Nettokosten der Dienstleistung, bereinigt um die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung, ausgewiesen werden. Das so ermittelte Budget für die klinische Lehre und Forschung in Höhe von CHF 80,1 Mio. (Bruttoaufwand inkl. Raumkosten, Abschreibungen und zusätzlich nicht berücksichtigte Aufwendungen) muss nun während der kommenden dreijährigen Laufzeit der Leistungsvereinbarung mit der Universität durch konkrete Überprüfungen in sämtlichen universitären Kliniken verifiziert werden. In der Folge kann im Hinblick auf die nächste Leistungsvereinbarungsperiode mit anhand praktischer Erfahrungen bereinigten Zahlen weitergearbeitet werden. Es ist allerdings die einhellige Meinung der Arbeitsgruppe, dass sich die im Rahmen des Berichtes äusserst aufwendig erarbeiteten Zahlenwerte auch nach Verifizierung in sämtlichen Universitätskliniken nur unmassgeblich verändern werden.

Der kalkulatorische, fast ausschliesslich normativ errechnete Globalbetrag steht demjenigen, welcher als verbindliche Vergleichsgrösse im Rahmen des Teilprojektes 2 festgelegt wurde relativ nahe. Dies mindert die zu erwartenden Schwierigkeiten in der operationellen Umsetzung sowohl für die Spitäler als auch für die Medizinische Fakultät, täuscht aber über die generelle Komplexität des Projektes hinweg. Die Ausscheidung der Kosten für Lehre und Forschung darf insbesondere keinesfalls zu einer Aushöhlung der Dienstleistung führen.

Nach Überführung der klinischen Teile der medizinischen Fakultät in die Universität ist mindestens in der Übergangs- und Anfangsphase eine Zweckbindung der ausgeschiedenen Mittel zur Finanzierung der klinischen Lehre und Forschung unerlässlich, um zu verhindern, dass Teile davon zu Gunsten anderer inneruniversitärer Einheiten zweckentfremdet werden. Zusammenfassend kann die Leistung dieser Arbeitsgruppe als Meilenstein in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bezeichnet werden, da damit die Grundlagen für eine transparente Darstellung der Spitalfinanzierung in beiden Kantonen gelegt werden. Diese Erkenntnisse fliessen nun einerseits in die laufenden Partnerschaftsverhandlungen zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft ein und dienen andererseits als Grundlage für die Ausarbeitung weiterer Zusammenarbeitsvereinbarungen im Gesundheitswesen zwischen beiden Kantonen.

## VI. Partnerschaftsverhandlungen

### 1. Allgemeines

Am 7. Juni 2004 haben sich die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Bad Bubendorf zu einer Klausursitzung getroffen. Traktandiert waren insbesondere eine Standortbestimmung nach den Abstimmungen vom 16. Mai 2004 (Spitalinitiative, Sicherheitsinitiative, SVP-Initiative für eine faire Partnerschaft) und die Diskussion des Partnerschaftsberichtes des Kantons Basel-Landschaft. Beide Regierungen bekräftigten erneut ihren Willen zur beharrlichen Weiterentwicklung der Partnerschaft der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Wohle der Einwohnerinnen und Einwohner der ganzen Region. Die gelebte Partnerschaft habe sich während langer Zeit entwickelt und das übliche Ausmass der Zusammenarbeit von angrenzenden Kantonen und Gebietskörperschaften bei weitem übertroffen.

Das weitere Vorgehen wurde im Medienbulletin vom 8. Juni 2004 wie folgt skizziert:

„Beide Regierungen anerkennen, dass mit dem Partnerschaftsbericht des Kantons Basel-Landschaft eine fundierte Auslegeordnung der bestehenden Vertragsbeziehungen und zukunftsgerichtete Thesen und Kriterien erarbeitet worden sind. Die Verhandlungen über die Zusammenarbeit in den für die Region bedeutendsten Zentrumsdossiers sollen fortgesetzt und intensiviert werden. Dabei sollen nicht nur die Kostenaufteilung, sondern auch Umfang und Standard der zu erbringenden Leistungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft zusammen definiert werden. Konkrete Ziele der Verhandlungen sind:

- Identifizierung und Erhaltung der für die Region entscheidenden Zentrumsleistungen,
- effiziente Nutzung der staatlichen Mittel durch Wahrnehmung von Synergien und Vermeidung von Doppelspurigkeiten sowie
- verstärkter Miteinbezug anderer regionaler Partner

Beide Regierungen sind gewillt, durch ein gemeinsames Vorgehen Voraussetzungen zu schaffen, dass sich die Region zusammen mit den weiteren in- und ausländischen Partnern weiterhin günstig entwickeln kann.“

Die beiden Regierungen fassten an dieser Sitzung konkrete Beschlüsse für Verhandlungsansatz, Prozessablauf und Prozessmodalitäten. Am 10. August 2004 haben die beiden Regierungen die von der Finanzdirektion des Kantons Basel-Landschaft (FKD BL) und vom Finanzdepartement des Kantons Basel-Stadt (FD BS) gemeinsam erarbeitete Projektplanung und die Projektorganisation für die Partnerschaftsverhandlungen genehmigt. Die Projektleitung wurde beauftragt, für den Lenkungsausschuss Grundsätze und Kriterien der Zusammenarbeit und der Kostenaufteilung zu erarbeiten. Der Lenkungsausschuss hat die Unterlagen termingerecht erhalten und an zwei Sitzungen diskutiert. Zudem fanden verschiedene bilaterale Besprechungen zwischen den Finanzdirektoren BS und BL statt. Der Lenkungsausschuss hat diesen Bericht und die Standards in der Fassung vom 4. Januar 2005 genehmigt und zuhanden der beiden Regierungen BS und BL verabschiedet.

Die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich bildet einen integrierenden Bestandteil des Gesamtpakets „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)“, die in der Volksabstimmung vom 28. November 2004 deutlich angenommen wurde. Das Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich (Fi-LaG) vom 3. Oktober 2003 (Inkrafttreten mit dem NFA voraussichtlich 2008) ver-

pflichtet die Kantone dazu, eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit Mindestinhalten zu erarbeiten (Art. 13 FiLaG). Diese Verpflichtung wird mit der IRV (Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich) umgesetzt.

Ein erster Entwurf der IRV wurde von der KdK (Konferenz der Kantonsregierungen) am 6. Oktober 2000 verabschiedet. 22 Kantonsregierungen (ohne FR, AI, NE und GE) unterzeichneten eine Absichtserklärung, dass sie die IRV ihren Parlamenten zur Ratifizierung vorlegen werden, sofern das NFA-Gesamtpaket als akzeptabel erscheint. Am 5. Oktober 2001 beschloss die KdK, die IRV nochmals zu überarbeiten, um Systematik und Verständlichkeit zu verbessern, ein Streitbeilegungsverfahren zu integrieren und die Entscheide der Eidgenössischen Räte zur NFA zu berücksichtigen. Der Entwurf der neuen IRV wurde im Juni 2004 bei den Kantonen in Vernehmlassung gegeben und wird zurzeit innerhalb der zuständigen Arbeitsgruppe der KdK bereinigt. Die Verabschiedung durch die Plenarversammlung der KdK soll gemäss Terminplanung im Lauf des Jahres 2005 erfolgen. Anschliessend soll die IRV von den kantonalen Parlamenten ratifiziert werden. Sie tritt mit der NFA in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone zugestimmt haben.

Die Zusammenarbeit mit Lastenausgleich zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt soll auf der Grundlage der IRV erfolgen. Deshalb ist anzustreben, dass beide Parlamente die IRV nach deren Verabschiedung durch die KdK so rasch als möglich ratifizieren. Nach der Ratifizierung durch den Landrat in BL und den Grossen Rat in BS ist die IRV die rechtliche Grundlage für die Zusammenarbeit mit Lastenausgleich zwischen BL und BS. Die Umsetzung der Zusammenarbeit mit Lastenausgleich soll in konkreten Vereinbarungen (interkantonalen Verträgen) zwischen BL und BS über spezifische Leistungsbereiche erfolgen, die von beiden Parlamenten verabschiedet werden.

Die BL/BS-Standards regeln die finanziellen und inhaltlichen Grundsätze und Kriterien für den Lastenausgleich zwischen BL und BS. Sie erfüllen damit das von BL im Partnerschaftsbericht vorgebrachte Anliegen nach einer transparenten und fachlich fundierten Grundlage für die Zusammenarbeit bei gemeinsamen Aufgaben. Die Standards sind inhaltlich abgestimmt mit dem Vernehmlassungsentwurf der IRV vom Juni 2004. Um die Abstimmung und bei Bedarf auch eine spätere Anpassung an die IRV zu erleichtern, wurden Terminologie und Aufbau der BL/BS-Standards soweit wie möglich an die IRV angepasst.

Die Standards sollen im Rahmen der laufenden Partnerschaftsverhandlungen angewendet werden. Sie sollen aber auch bei künftigen partnerschaftlichen Vorhaben zwischen BL und BS, bei der Neuaushandlung von auslaufenden partnerschaftlichen Vereinbarungen und bei unbefristeten Vereinbarungen auf Initiative eines Vereinbarungskantons angewendet werden.

Die beiden Kantonsregierungen stellen künftig die Berücksichtigung der Standards bei der Formulierung konkreter Vereinbarungen zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt sicher. Da die Standards von den beiden Regierungen beschlossen werden, verpflichten sie die beiden Kantone nicht wie parlamentarisch genehmigte interkantonale Verträge. Im interkantonalen Verhältnis besteht somit keine (unmittelbare) rechtliche, sondern eine politische Verbindlichkeit. Im innerkantonalen Verhältnis kommt den Standards hingegen im Sinne einer Weisung an die Direktionen bzw. Departemente Rechtsverbindlichkeit zu. Diese Verpflichtung bezieht sich auf die Berücksichtigung der Standards bei der Vorbereitung konkreter Vereinbarungen über spezifische Leistungsbereiche, welche in der Folge den Parlamenten unterbreitet werden.

Das Projekt gliedert sich in folgende fünf Teilprojekte:

1. TP1 Universität
2. TP2 Medizinische Lehre und Forschung
3. TP3 Medizinische Dienstleistung
4. TP4 Kultur
5. TP5 St. Jakob

Dabei sind das Teilprojekt 1 in gewissen Bereichen und die Teilprojekte 2 und 3 vollumfänglich von Relevanz für Fragen im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen.

## 2. Teilprojekt 2

Im Rahmen des Teilprojektes 2 geht es darum, die geleisteten Vorarbeiten in Bezug auf die Kostenaufteilung zwischen Dienstleistung und Lehre / Forschung konzeptionell weiterzuentwickeln, die erarbeiteten Zahlenwerte durch praktische Überprüfung zu plausibilisieren und die notwendigen organisatorischen Strukturen für die zukünftige Steuerung an der Schnittstelle zwischen Universitätskliniken und Medizinischer Fakultät zu erarbeiten. Im Zuge der Arbeiten des Teilprojektes wurde der Schlussbericht des Nachfolgeprojekts "Regionale Spitalplanung" vom 7. April 2005 vorgelegt (siehe hierzu vorstehend IV. 1.), welcher in der Arbeitsgruppe intensiv diskutiert und im Lenkungsausschuss anlässlich der Sitzung vom 26. April 2005 verabschiedet wurde. Die Erkenntnisse daraus fliessen nun in die weitere Bearbeitung der Thematik ein.

Die Projektarbeiten sind bereits weit fortgeschritten.

Der ermittelte Globalbeitrag für die klinische Lehre und Forschung beträgt für das Jahr 2007 CHF 80,1 Mio. (Bruttoaufwand). Von der medizinischen Fakultät beantragte Zusatzkosten von CHF 4.2 Mio. wurden zur Regelung innerhalb der Universität zurückgewiesen

Nach erfolgter Klärung der Finanzierungsfragen ist nun vorgesehen, die Medizinische Fakultät (klinischer Teil) per 1. Januar 2007 in die Universität zu transferieren.

Der an die Universität zu überführende Globalbeitrag von CHF 80,1 Mio. ist nun mittels Überprüfung sämtlicher Universitätskliniken in beiden Kantonen im Laufe der ersten, dreijährigen Leistungsvereinbarungsperiode zu verifizieren und gegebenenfalls anzupassen. Der Globalbeitrag gilt für die nächste Leistungsperiode von 3 Jahren (2007 –2009) und kann im Hinblick auf die folgende Dreijahresperiode angepasst werden, sofern sich dies aus der Überprüfung ergibt.

Ferner sind die fakultären Strukturen zur Führung der operativen Geschäfte an die neuen Herausforderungen anzupassen.

Schlussendlich ist die heute existierende Koordinationskommission Klinische Medizin durch einen strategischen Steuerungsausschuss Medizin (SAM) zu ersetzen. Ein entsprechendes Organisationsmodell liegt bereits vor und wurde zwischen den Gesundheitsdirektionen und der Universität bereinigt. Dabei ist vorgesehen, ein vierköpfiges Steuerungsgremium mit je zwei Vertretungen der Universität und der Kantone (die beiden Gesundheitsdirektoren) einzusetzen. Dieses Gremium soll über Finanzierungs- und Berufungsfragen entscheiden und unterliegt dem Einstimmigkeitsprinzip.

Die entsprechenden Regelungen sollen dem Grundsatz nach im Universitätsvertrag und detailliert in einer gesonderten Vereinbarung auf tieferer Stufe enthalten sein.

### 3. Teilprojekt 3

Im Rahmen des Teilprojektes 3 wurde geprüft, inwieweit die Abgeltungen für medizinische Dienstleistungen gemäss dem "Vertrag über die Abgeltung von zentrumsmedizinischen Spitalleistungen sowie der klinischen Lehre und Forschung des Kantons Basel-Stadt durch den Kanton Basel-Landschaft (Spitalabkommen BS / BL)" vom 23. November 1993 / 14. Juni 1994), welcher rückwirkend auf den 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist, angepasst werden müssen.

Das Teilprojektteam hat dem Lenkungsausschuss mit Zwischenbericht vom 9. Juni 2005 beantragt, die weitere Bearbeitung des Spitalabkommens bis Ende Januar 2006 auszustellen.

Dies aus folgenden Gründen:

- Die weitere Analyse und Diskussion der ausgemachten Veränderungskriterien - insbesondere die Wirkung der Entflechtung der Kosten Lehre & Forschung - wird sich äusserst aufwendig gestalten und einige Zeit in Anspruch nehmen.
- Die maximal mögliche Veränderung der Tagespauschalen bei vollumfänglicher Berücksichtigung sämtlicher Faktoren ist im Gesamtkontext als gering zu bezeichnen.
- Wegweisende Entscheide zur Spitalfinanzierung (KVG-Revision, Einführung des DRG-Systems) stehen noch aus und es ist von dort her mit entscheidenden Impulsen zu Beginn des kommenden Jahres zu rechnen.

Unter gesamthafter Würdigung dieser drei Elemente hat der Lenkungsausschuss dem Antrag der Teilprojektleitung stattgegeben und die weitere Bearbeitung des Spitalabkommens bis Ende Januar 2006 sistiert.

## VII. Bauprojekte

Es kann hierzu auf die vorstehenden Ausführungen sub lit. F, VIII – IX verwiesen werden.

## VIII. Akut-somatische Versorgung

Es kann hierzu auf die umfassenden Ausführungen an anderen Stellen dieses Berichtes verwiesen werden.

Gekennzeichnet wird dieser Bereich durch eine jahrelange Zusammenarbeit der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft; er bildet das Kernstück der Kooperation im Gesundheitswesen. Im Zuge der gemeinsamen Planung und Bewirtschaftung der gemeinsamen Spitalliste ist es den beiden Kantonen im Laufe der letzten Jahre zusammen gelungen, die Anzahl der Planbetten massiv zu senken, also bestehende Kapazitäten abzubauen. Es ist somit davon auszugehen, dass zum heutigen Zeitpunkt in beiden Kantonen gesamthaft betrachtet keine Überkapazitäten im akut-somatischen Bereich mehr bestehen.

Wählt man demgegenüber eine Einzelbetrachtungsweise, so entsteht der Eindruck, dass der Kanton Basel-Stadt über erhebliche Überkapazitäten verfügt, während der Eigenversorgungsgrad des Kantons Basel-Landschaft bei etwas über 60% liegt. Dies ist kein Systemfeh-



ler, sondern vielmehr Ausdruck der Zentrumsfunktion insbesondere des Universitätsspitals Basel und der gemeinsamen Angebotsplanung beider Kantone.

Anders als im akut-somatischen ist es in den Bereichen Geriatrie / Alterspflege, Psychiatrie und Rehabilitation noch zu keiner vertieften Zusammenarbeit zwischen beiden Kantonen gekommen, weshalb hier auch gesondert geplant wurde und getrennte Spitallisten bestehen.

# IX. Altersversorgung / Geriatrie

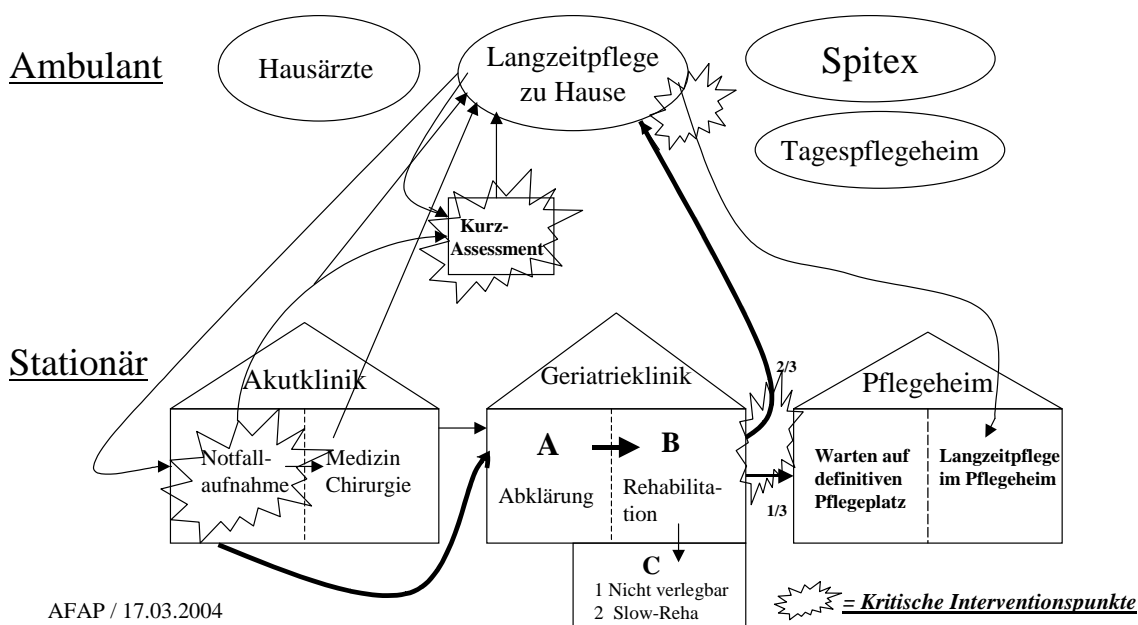
## 1. Situation BS

### Ausgangslage

Bereits in seinen Leitlinien zur Alterspolitik (Beschluss vom 7.8.2001; 28/38.01+02) hält der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt seine Ziele in der Alterspflegepolitik fest. Als Prämisse gilt dabei, dass der ältere Mensch mit Unterstützung durch Angehörige und Spitex so lange wie möglich zu Hause leben können soll. Das Ziel der baselstädtischen Alterspolitik im Bereich der Pflege ist demzufolge die möglichst rasche Wiederherstellung der Selbständigkeit von kranken älteren Menschen und die bedarfsgerechte Behandlung am richtigen Ort. Die Hauptpfeiler des Angebots sind die Pflege zu Hause (Spitex), geriatrische Angebote in den Spitälern und die Betreuung in Pflegeheimen.

Schon seit längerer Zeit ist im Kanton Basel-Stadt eine breit abgestützte geriatrische Behandlungskette implementiert, die den kranken alten Menschen bedarfsgerecht vom Akutspital zur Behandlung ins Geriatriespital führt, von wo er selbständig oder mit Spitex-Betreuung wenn immer möglich nach Hause entlassen wird. Ist eine Entlassung nach Hause nicht mehr möglich, so wird ein Platz in einem Pflegeheim gesucht.

### Schema Geriatrie Behandlungskette Rehabilitation / Langzeitpflege



## Kategorisierung der Geriatriespitalbetten in Basel-Stadt:

### Geriatrie-Akut (A-Betten):

Aufnahme, Abklärung, Kurzbehandlung

### Geriatrische Rehabilitation (B-Betten):

Muskuloskelettale Rehabilitation, Neurorehabilitation, Internistische Rehabilitation, Rehabilitationsmassnahmen bei psychiatrischen Leiden

### Geriatrie-Langzeitbehandlung (C-Betten):

C1: Slow-Rehabilitation

C2: Schwerste oder häufig wechselnde Pflegebedürftigkeit, Sterbende

In Zusammenarbeit mit den entsprechenden Leistungserbringern versucht das Gesundheitsdepartement, die kritischen Interventionspunkte zu optimieren. Nur so kann verhindert werden, dass an den Schnittstellen zwischen Abklärung und Behandlung und zwischen Behandlung und Entlassung Wartezeiten entstehen, weil kein Spitalbett, kein Pflegeheimplatz oder keine Spitexbetreuung innerhalb kurzer Zeit zur Verfügung stehen. Das Leistungsangebot der Spitex trägt massgeblich dazu bei, dass ältere Menschen mit einem leichten bis mittleren Pflegebedarf zu Hause wohnen bleiben können und nicht in ein Pflegeheim eintreten müssen respektive 65% der geriatrischen Patientinnen und Patienten nach ihrem Spitalaufenthalt nach Hause zurückkehren können. Der Erhalt bzw. die Erhöhung dieser hohen Rate ist weiterhin das Ziel der geriatrischen Behandlungskette.

## **Angebote im stationären Bereich**

Geriatrische Abteilungen in den Spitälern erbringen Leistungen in den Bereichen

- Abklärung
- Behandlung
- Rehabilitation
- Langzeitbehandlung mit hohen Anforderungen.

Im Kanton Basel-Stadt verfügen vier Spitäler über Geriatrische Abteilungen. Das Universitätsspital führt eine im Bereich Medizin integrierte universitäre Klinik mit geriatrischen Akutbetten. Das Felix Platter-Spital ist das geriatrische Kompetenzzentrum des Kantons; ähnliche geriatrische Angebote finden sich im Adullam. Schliesslich führt das Gemeindespital Riehen eine Abteilung mit geriatrischer Rehabilitation und Langzeitpflege mit hohen Anforderungen.

Das Angebot des Universitätsspitals beschränkt sich auf jene Akutfälle, die aufgrund ihrer spezifischen Krankheitsmerkmale einer Medizin mit geriatrischem Behandlungsansatz bedürfen, aber für die Behandlung und die Diagnostik die Infrastruktur und die Interdisziplinarität des universitären Akutspitals benötigen. Daneben betreibt das Universitätsspital eine ambulante geriatrische Sprechstunde in Form des heutigen neuropsychologischen Zentrums (NPZ) und stellt zudem den 24-h Notfalldienst für Pflegenotfälle zur Verfügung. Patientinnen und Patienten, welche nach der vorgesehenen Hospitalisationsdauer nicht wieder direkt

nach Hause entlassen werden können, weist das Universitätsspital einer nachsorgenden geriatrischen Institution zu (FPS, Adullam, Gemeindespital Riehen).

Das Felix Platter-Spital in der Funktion als geriatrisches Kompetenzzentrum, das Adullam und das Gemeindespital Riehen übernehmen die Aufnahme, die Abklärung und die Kurzbehandlung jener Patientinnen und Patienten, die für die Behandlung und die Diagnostik die Infrastruktur und die Interdisziplinarität des universitären Akutspitals nicht benötigen. Daneben sind sie verantwortlich für rehabilitative Massnahmen und die Langzeitpflege mit hohen Anforderungen. Eine allfällige Verlegung in ein Pflegeheim erfolgt ab diesen Spitälern. Durch diese Zuständigkeitsaufteilung wird das Universitätsspital von eigentlichen Pflegepatientinnen und -patienten entlastet.

Das FPS stellt mit derzeit 359 Geriatrie-Betten die zentrale Spitalversorgung der betagten Menschen in Basel sicher. Aufgrund der Grösse der Infrastruktur und der daraus resultierenden Fallzahlen wird ein breites Behandlungsspektrum aus einer Hand angeboten. Die daraus resultierenden Erfahrungen und Erkenntnisse schaffen umfassende Kompetenz und steigern die Behandlungsqualität. Auch wirtschaftlich gesehen ist ein von der Grösse und der Anzahl Fälle her definiertes geriatrisches Kompetenzzentrum ein ökonomisch sinnvolles Modell, verteilen sich doch so die Infrastrukturkosten auf eine grössere Anzahl Fälle.

## Demographische Entwicklung

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt verläuft anders als im Kanton Basel-Landschaft (hierzu nachstehend sub bb). Während im Kanton Basel-Landschaft in den kommenden Jahren mit einem erheblichen Anstieg des Anteils an Einwohnerinnen/Einwohnern über 70 und vor allem über 80 Jahren zu rechnen ist, hat diese Entwicklung im Kanton Basel-Stadt bereits mehrheitlich stattgefunden. Das Statistische Amt des Kantons Basel-Stadt hat die folgende Entwicklung der Bevölkerung über 65 Jahren prognostiziert:

Altersgruppe	2003 (Referenzjahr)	2005	2010	2015	2020
Total 65+	38'611	38'106	37'677	37'530	37'287
Index	100	98.7	97.6	97.2	96.6
Total 80+	12'038	12'118	12'592	12'739	12'784
Index	100	100.7	104.6	105.8	106.2

Zahlenmässig ist durch die besondere demographische Struktur im Kanton Basel-Stadt bereits die Spitze der Zunahme in der Altersgruppe 65+ erreicht, es wird sogar ein leichter Rückgang in den nächsten Jahren prognostiziert. Dies im Gegensatz zu den meisten anderen Kantonen, wo mit einer weiteren Zunahme dieses Alterssegments sowohl prozentual wie auch zahlenmässig gerechnet werden muss.

Das Alterssegment der hochbetagten Bevölkerung (Altersgruppe 80+) nimmt weiterhin leicht zu, was insbesondere auf den medizinischen Fortschritt und die dadurch nach wie vor steigende Lebenserwartung zurückgeführt werden kann. Diese Entwicklung ist besonders relevant für die Planung von Geriatrie- und Pflegeheimplätzen, da die hochbetagte Bevölkerung auch die Gruppe darstellt, welche diese Angebote am meisten benötigt.

## Bedarfsermittlung

Im Rahmen eines Projektes des Gesundheitsdepartements wurde im Januar 2005 eine Versorgungsplanung im Bereich der geriatrischen Spitalversorgung gestartet. Aufgrund der dabei erhobenen Pfl egetagzahlen der Jahre 2003 und 2004 und deren Analyse wurde ein bedarfsorientierter Vorschlag zur künftigen Aufteilung der Bettenzahlen für baselstädtische Patienten auf die Leistungserbringer ausgearbeitet.

Der Vorschlag umfasst die Bettenkategorien A (akut), B (Rehabilitation), C1 und C2 (Langzeitpflege). Die Kategorie C3 wird nach dem Entscheid des Regierungsrates in Pflegeheimplätze umgewandelt und künftig nicht mehr in der Spitalliste, sondern in der Pflegeheimliste geführt.

Der Bedarf der baselstädtischen Bevölkerung an Geriatriespitalbetten (Kategorien A, B, C1 + C2) wird bei 340 – 380 Betten liegen (2003: 371; 2004: 376). Der entsprechende Geriatrieversorgungsplanungsbericht dazu ist noch in Bearbeitung.

Die Zuteilung der Bettenzahl auf die Spitäler ist noch nicht festgelegt. Weitere Erkenntnisse aus den laufenden Aktivitäten im Rahmen der Gesamtanierung des Felix Platter-Spitals sowie aus Gesprächen mit der Gemeinde Riehen müssen bei der endgültigen Zuteilung der Planbettenzahlen auf die Leistungserbringer berücksichtigt werden.

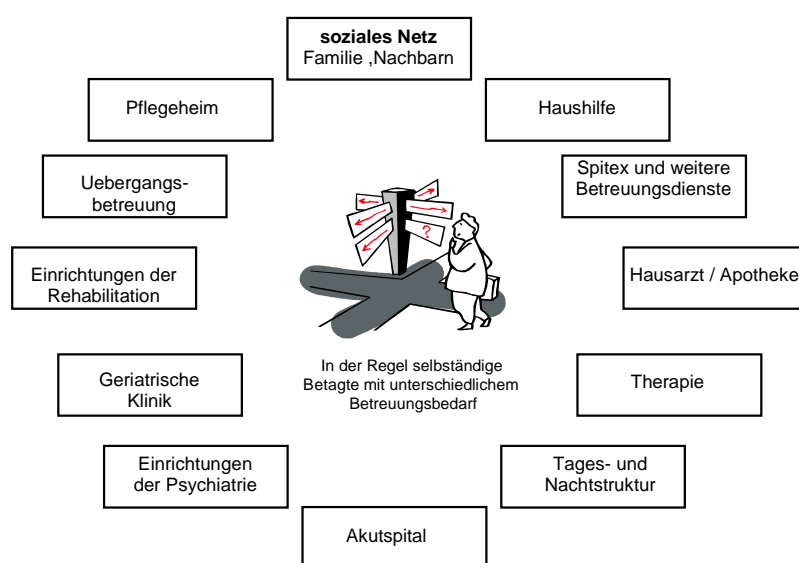
Das aus einem Hauptgebäude und diversen Pavillons bestehende Felix Platter-Spital ist erneuerungsbedürftig. Zudem ist die Betriebsbewilligung des Bauinspektorats für das Hauptgebäude abgelaufen. Mit Beschluss 04/23/103 vom 6. Juli 2004 hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt beschlossen, auf eine umfassende bautechnische Sanierung am FPS zu verzichten. Stattdessen sollen im Jahre 2005 ausschliesslich die notwendigen Brandschutzmassnahmen am Hauptgebäude umgesetzt werden. Gleichzeitig wurde das Gesundheitsdepartement beauftragt, die Versorgungsplanung für die Bereiche Geriatrie und Rehabilitation zu aktualisieren. Darauf basierend soll der langfristige Leistungsauftrag des FPS überarbeitet und daraus der künftig notwendige Raumbedarf abgeleitet werden.

Parallel zu den erwähnten Versorgungsplanungen arbeitet das Gesundheitsdepartement derzeit auch an einer Standortevaluation für einen künftigen Neubau des FPS. Da das heutige FPS-Areal für die Schaffung von hochwertigem Wohnraum ideal gelegen ist, werden in Zusammenarbeit mit dem Baudepartement hauptsächlich Alternativen zum heutigen Standort erarbeitet. Als Planungsvorgabe für die Standortevaluation wurde ein Leistungsauftrag des FPS definiert, der den räumlichen Bedarf mit einer Obergrenze einschränkt. So soll der künftige Leistungsauftrag des FPS noch eine geriatrische Versorgung mit 200 - 250 Betten beinhalten. Nach abgeschlossener Grobevaluation verbleiben zur Zeit noch vier Areale, die als grundsätzlich realisierbar eingestuft werden. Diese vier Areale werden gegenwärtig zusammen mit der Firma ‚metron‘ einer vertieften Standortevaluation (mit Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Analysen) unterzogen.

## 2. Situation BL

Im Auftrag der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft hat eine Projektgruppe die konzeptionelle Arbeit zur zukünftigen Gesundheitsversorgung und Bedarfsplanung bezüglich Altersmedizin und Altersbetreuung geleistet und die Expertentätigkeit des externen Projektleiters begleitet. Die Arbeit der Projektgruppe war geprägt vom ganzheitlichen Verständnis der Altermedizin. Insbesondere stand eine richtige Einordnung der Altersmedizin in ein umfassendes medizinisches, pflegerisches und soziales Betreuungskonzept im Vordergrund der Diskussion. Auf den sich parallel zu dieser Entwicklung abzeichnenden Zusatzbedarf an Pflegeheimplätzen sollen schlüssige, finanzierbare Antworten, mit einer Konzeption flexibler Betreuungsmodelle, gefunden werden.

Je nach Komplexität des Krankheitsbildes, der Behinderungssituation und/oder der persönlichen Lebenssituation werden differenzierte ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote beansprucht. Im Wesentlichen stehen folgende Dienstleistungsangebote zur Verfügung:



Die Abbildung zeigt das Dienstleistungsangebot für betagte Menschen zur möglichst wohnortsnahen und fachgerechten Beratung und Betreuung.

Das ambulante Dienstleistungsangebot umfasst die sozialen, hauswirtschaftlichen, ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie weiterer Dienstleistungen wie z.B. Mahlzeiten-Dienst. Ambulante Angebote werden primär durch Private, gemeinnützige und kommunale Organisationen erbracht.

Die Spannweite der Betreuungsleistungen ist dabei ausserordentlich breit und reicht von gelegentlichen hauswirtschaftlichen Hilfen bis zu einer ärztlich- pflegerischen Betreuung. Ambulante Dienstleistungsangebote setzen eine noch weitgehend selbständige Haushalts- und Lebensführung voraus. Dazu zählt auch die Einbindung in ein Netz sozialer Strukturen. Ferner ist ein 24h-Notruf notwendig, über den ausgebildetes Personal abrufbar ist, welches bei Bedarf eine Hilfestellung organisieren kann.

Alle ambulanten Dienstleistungsangebote, die selbstständiges bzw. betreutes Wohnen ermöglichen und Heimaufenthalte verhindern oder zumindest hinaus-zögern, haben Priorität vor dem Ausbau stationärer Einrichtungen.

Betreutes Wohnen kann vor allem für Betagte mit erhöhtem Sicherheitsbedürfnis und fehlender familiärer oder nachbarschaftlicher Unterstützung attraktiv sein. Wichtig für die Effizienz und die Qualität des Angebotes ist eine gute Vernetzung und Führung. Eine Steuerung der Nachfrage im Sinne der formulierten Zielsetzung erfolgt am besten durch folgende Massnahmen:

- Qualifizierung der ambulanten Angebote
- Ausreichende Verfügbarkeit der ambulanten Angebote
- Vernetzung des Dienstleistungsangebotes
- Vermeidung von Überkapazitäten in Alters- und Pflegeheimen

### Die wichtigsten stationären Angebote

Einrichtung	Aufnahmekreis	Dienstleistungen
<b>Geriatrische Klinik</b> Bettenkategorie „A und B“	Personen, welche spitalbedürftig sind	Klinik zur Abklärung, Rehabilitation und Behandlung Alterskranker im Sinne des Berichtes.
<b>Überbrückungspflege</b> Bettenkategorie „C“	Personen, die bei der Aufnahme dauernd pflegeabhängig sind	Aufenthalt im Spital mit Unterkunft, Pflege und Betreuung mit geregelterm Arztdienst und qualifiziertem Pflegepersonal.
<b>Pflegewohngruppen</b>	Personen, die bei der Aufnahme dauernd pflegeabhängig sind	Unterkunft in Pflegewohnung mit Pflege und Betreuung mit geregelterm Arztdienst und qualifiziertem Pflegepersonal.
<b>Alters-<sup>2*</sup> und Pflegeheim</b>	Personen, die bei der Aufnahme dauernd pflegeabhängig sind	Unterkunft im Pflegeheim mit Pflege und Betreuung mit geregelterm Arztdienst und qualifiziertem Pflegepersonal.

\* Reine Altersheime gibt es praktisch nicht mehr. Sie mussten in den letzten Jahren ihr Dienstleistungsangebot erweitern und qualifizieren und werden in der Regel als Pflegeheime weiter geführt.

Zur professionellen geriatrischen Betreuung betagter Menschen sind sowohl stationäre Angebote als auch ambulante Angebote notwendig. Die ambulante Versorgung wird vor allem von Hausärzten, Fachärzten, Spitex und häuslichen Unterstützungssystemen getragen. Sie sind den betagten Menschen am nächsten und können frühzeitig erkennen, wo soziale, pflegerische, medizinische und rehabilitative Dienstleistungen sinnvoll beansprucht werden. Dank ihrer Kenntnisse der Patienten und derer häuslicher Verhältnisse spielen sie bei der Gestaltung der Übergänge zwischen häuslichem Bereich, ambulanten Dienstleistungen und stationärem Angebot eine wichtige Rolle.

Die Kantonsspitäler des Kantons Basel-Landschaft erfüllen im Bereich der Altersmedizin den Leistungsauftrag für Akutgeriatrie. Im Kantonsspital Bruderholz wird die Akutgeriatrie aufgrund ihrer Grösse als separate Klinik geführt. Darüber hinaus enthält der Klinikauftrag noch die Muskuloskelettale Rehabilitation und die Neurorehabilitation. Ausgehend vom Leistungsauftrag der Klinik für Rehabilitation und Akutgeriatrie des Kantonsspitals Bruderholz, welcher die Geriatrie, die Muskuloskelettale Rehabilitation und die Neurorehabilitation umfasst, wurde bei den Leistungserbringern des Kantons Basel-Landschaft eine Erhebung veranlasst. Die daraus entstandenen Bettenkategorien sind denjenigen im Kanton Basel-Stadt ähnlich. Sie

unterscheiden sich jedoch bei der Abgrenzung der Kategorien, was durch die nicht durchwegs vergleichbaren Strukturen verursacht wird.

### Raster für das Geriatriekonzept Basel-Landschaft

Kategorie:	Patient:	vorgesehene spätere Betreuung:
A	Interdisziplinäres Assessment von akut entgleisten multiorganerkrankten Patienten sowie Geriatriische Rehabilitation.	prioritär Austritt nach Hause oder evtl. Verlegung in APH
B	Demenzabklärung	Austritt nach Hause oder Verlegung in APH
C	PflegepatientInnen, welche vorübergehend nicht in ein Pflegeheim (kein Bett frei oder andere Gründe) überwiesen werden können.	Verlegung in ein APH

Die Übersicht über beide Kategorisierungsraster zeigt, dass die Differenzen gering sind. Die Basler Bettenkategorien A und B sind im „Raster für das Geriatriekonzept“ innerhalb der Kategorie A zusammengefasst. Die Demenzabklärung und die Tages- oder Nachtaufenthalte werden bei den Basler Bettenkategorien nicht separat ausgewiesen oder werden nicht innerhalb des Geriatrieauftrages erfüllt. Die Kategorie C (Basel-Stadt: C1-C3) dürfte bei beiden Rastern annähernd übereinstimmen.

In Anbetracht einer künftigen medizinischen Abgrenzung und der absehbaren Finanzierung mittels Fallpauschalen ist eine deutlichere Trennung von Akutspital und Rehabilitationszentrum in der Bauplanung des Kantonsspitals Bruderholz zu erwägen. Der Leistungsauftrag erstreckt sich bereits heute auf Rehabilitation und Geriatrie. Es dürfte deshalb nahe liegen, diese Bereiche, in welchen auch in Zukunft die Dauer des Aufenthaltes stark vom Patienten abhängt, unter einem Kompetenzzentrum für Rehabilitation und Akutgeriatrie zusammen zu fassen. Das zukünftige Bauvorhaben wird möglicherweise auch eine bauliche Trennung vorsehen, womit sich eine eigenständige Positionierung klarer ausprägen liesse. Die Positionierung als Kompetenzzentrum Rehabilitation würde die Abgrenzung zu den Akutspitalern akzentuieren.

### Demographische Entwicklung

#### Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2003 und 2025

Wohnbevölkerung Kt. BL	2003	2005	2010	2015	2020	2025
Gesamt	266'881	268'500	269'000	268'000	266'000	263'000
> 64	44'128	46'999	54'444	61'346	65'867	70'668
Anteil in %	16,5	17,5	20,2	22,9	24,7	26,9
> 79	10'299	11'568	14'152	16'361	18'260	21'015
Anteil in %	3,8	4,3	5,3	6,1	6,7	8,0

Quelle: Statistik Baselland, Nr. 01/2005



Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung durch den bis Ende der 70er Jahre zu beobachtenden Geburtenrückgang, die derzeitige Stagnation der Geburten und die höhere Lebenserwartung führt zu einem ständigen Anwachsen der Zahl der über 64-jährigen und besonders der über 79-jährigen Einwohner und Einwohnerinnen im Kanton Basel-Landschaft. Die überproportionale Zunahme der älteren Bevölkerung ist besonders auffällig. Für dieses Phänomen gibt es jedoch nachvollziehbare Gründe. Vor 50 Jahren nahm die Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft durch Zuwanderungen von vor allem jüngeren Generationen aus dem Kanton Basel-Stadt überproportional zu. Folglich hat sich daraus die Basis für die Entwicklung in den nächsten 25 Jahren ergeben. Die Lebenserwartung von 77 Jahren bei Männern sowie von 83 Jahren bei Frauen liegt über dem Landesdurchschnitt und begründet ein weiteres Element der überproportionalen Zunahme.

### Aktuelle Erhebung Baselland und Bedarfsschätzung bis 2025

	2005	2010	2015	2020	2025
Bevölkerungsprognose der über 79-jährigen	11'568	14'152	16'361	18'260	21'015
Bettenbedarf: Berechnung gem. aktueller Geriatriebetten A + B BL (0,62 / 100 >79)	72	88	102	114	131
Bedarf an Pflegebetten Kat. C in den Kantonsspitalern BL (0,59 / 100 >79)	69	84	97	108	124

Unter der Berücksichtigung der Bevölkerungsprognosen ergibt sich ein **Mehrbedarf von 59 Betten** (Differenz von 2005: 72 Betten und 2025: 131 Betten) der Geriatrie Kategorie A und B. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Kantonsspitäler Laufen und Liestal die Geriatriekapazitäten nicht wesentlich ausbauen, fällt der Mehrbedarf im Kantonsspital Bruderholz an. Im Weiteren darf davon ausgegangen werden, dass allfällige Einflussfaktoren (Anreizsysteme zur Verringerung der Aufenthaltsdauer oder "Ausreisserregelung im SWISS-DRG") die Nachfrage nach Bettenkapazitäten in einem Kompetenzzentrum für Rehabilitation und Akutgeriatrie verschärfen. **Somit ist eine vorsichtige Gesamtbedarfsschätzung von 100 Geriatriebetten** (40,8 Betten KSB plus 59 Bettenmehrbedarf bis 2025) **Kategorie A + B ohne Pflegebetten C für das Kantonsspital Bruderholz angebracht**. Patienten der Gerontopsychiatrie werden in der Hochrechnung nicht berücksichtigt.

Der Mehrbedarf an Pflegebetten der Kategorie C für Patientinnen und Patienten im Bereich der Übergangspflege/Überbrückungspflege ist auch abhängig von der Menge der aktuellen und neu zu schaffenden Kapazitäten in den Pflegeheimen. Auf eine gewisse Anzahl von Pflegebetten der Kategorie C in den Kantonsspitalern kann nicht verzichtet werden, um das Funktionieren der Behandlungsabläufe gewährleisten zu können. Es wird davon ausgegangen, dass mit der Schaffung von Pflegeheimplätzen der Bettenbedarf der Kategorie C stabil gehalten werden kann und somit 69 Betten (Status quo) der Kategorie C in der Planung für die Kantonsspitäler entsprechend zu berücksichtigen sind. Der Bettenbedarf der Kategorie C richtet sich jedoch stark an der vorhandenen Kapazität von Pflegeheimplätzen aus.

Die vorliegende Pflegeheimplanung verfügt nur bis zum Jahr 2015 über verlässliche Angaben zu vorgesehenen Bauvorhaben. Aufgrund dessen kann die untenstehende Berechnung über allfällig fehlende Pflegeheimplätze nur einen Ausblick inklusive Ziellücke bis zum Jahr 2015 schaffen.

Die Gemeinden im Kanton Basel-Landschaft verfügen über ein gut ausgebautes Netz von Alters- und Pflegeheimen. Die Leistungen dieser Einrichtungen sind beachtlich. Trotzdem ha-

ben die Akutspitäler Probleme bei der Platzierung von Langzeit-Pflegefällen. In den Pflegeheimen werden rund 810'000 Pflage tage geleistet. Von diesen wird der grösste Teil von über 79-jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Anspruch genommen. Bei den Alters- und Pflegeheimen wird der Kanton Basel-Landschaft Ende 2005 über ca. 2'419 Betten (inkl. Kategorie C der Kantonsspitäler) verfügen. Bis ins Jahr 2015 ist die Aufstockung der Pflegebetten (inkl. Kategorie C der Kantonsspitäler) auf 2'816 Betten geplant. Die geplante Aufstockung wird ausschliesslich in den Pflegeheimen vorgesehen. Gestützt auf die Faustregel mit 21 Betten pro 100 Personen > 79 sind insgesamt 3'436 Pflege- und Geriatriebetten notwendig um die Nachfrage nach Pflege- und Geriatriebetten decken zu können.

Das Konzept sieht mit den gegebenen Faktoren folgende Bedarfsplanung für die Bettenkategorien A, B und C in den Spitälern vor:

	2005	2015	2025
Kategorie A und B	72 Betten	102 Betten	131 Betten
Kategorie C	69 Betten	69 Betten	69 Betten

Der Mehrbedarf an Spitalbetten der Altersmedizin der Kategorien A und B soll ausschliesslich durch eine Kapazitätserweiterung der Geriatrie des Kantonsspitals Bruderholz erreicht werden. Der Mehrbedarf an Pflegebetten der Kategorie C für Patientinnen und Patienten der Übergangspflege /Überbrückungspflege ist erheblich abhängig von der Menge der Kapazitäten in den Pflegeheimen. Durch den von den Gemeinden zu planenden Bettenzuwachs im Bereich der Pflegeheime kann die Anzahl Betten der Kategorie C in den Kantonsspitalern konstant bleiben.

### 3. Synergien / Kooperationen

Anlässlich der Tagung in Bad Bubendorf und im Rahmen von Vorstössen und Diskussionen in den Parlamenten sowie anlässlich von Verhandlungen zwischen den federführenden Departementen wurde vermehrt die Möglichkeit diskutiert, auch im Bereich der Geriatrie mögliche Kooperationen zu prüfen. Insbesondere wurde dabei vorgeschlagen, das Bruderholzspital in seiner zukünftigen Ausgestaltung teilweise in ein Geriatriespital zu überführen und dem Kanton Basel-Stadt dort Bettenkapazitäten zur Beanspruchung anzubieten.

Wie bereits dargelegt, besteht im Kanton Basel-Stadt in Bezug auf die Neuerrichtung eines Geriatriebettenangebotes wegen der von Bau- und Feuerpolizei am Felix Platter-Spital gerügten Mängel zeitlich äusserst dringender Handlungsbedarf. Nichtsdestotrotz ist es die erklärte Absicht beider Regierungen, die Entwicklung der geriatrischen Versorgung in beiden Kantonen im ständigen Dialog zu begleiten und die Aufnahme einer gemeinsamen Bedarfsplanung inkl. Spitalliste als Option zu prüfen.

## X. Rehabilitation

### 1. Situation BS

aa) Im Kanton Basel-Stadt gibt es vier Spitäler bzw. Kliniken mit stationären Angeboten im Rehabilitationsbereich:

Bethesda-Spital	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muskulo-skelettale Rehabilitation - Orthopädische und rheumatologische Rehabilitation</li> </ul>
Felix Platter-Spital	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurorehabilitation mit den Schwerpunkten Schlaganfall sowie verschiedene andere Diagnosen (ausser Schädel-Hirn-Trauma und Querschnittlähmung); Die Rehabilitation in den Betten der geriatrischen Rehabilitation (für jüngere, berufstätige Personen mit dem Ziel einer beruflichen Re-Integration nicht geeignet)</li> <li>Muskulo-skelettale Rehabilitation: Orthopädische Frührehabilitation (Behandlungskette mit dem USB) und rheumatologische Rehabilitation (in der Rheumatologischen Universitätsklinik)</li> </ul>
Reha Chrischona	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muskulo-skelettale Rehabilitation: Orthopädische und rheumatologische Rehabilitation.</li> <li>Internistische Rehabilitation: Kardiovaskuläre und pulmonale Rehabilitation sowie Rehabilitation bei Multimorbidität</li> </ul>
REHAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurorehabilitation mit den Schwerpunkten Schädel-Hirn-Trauma und Querschnittlähmung</li> </ul>

Bis auf das Felix Platter-Spital haben alle Institutionen eine private Trägerschaft und erhalten – mit Ausnahme des REHAB – Subventionen vom Kanton.

bb) Der Bedarf der baselstädtischen Bevölkerung gestaltet sich wie folgt:

Art der Rehabilitation	Innerkantonal		Ausserkantonal		Total PT
	in PT	in %	in PT	in %	
Neuro	12'011	71.1	4'877	28.9	16'888
Muskulo-skelettal	25'766	68.7	11'760	31.3	37'526
Internistisch	6'101	35.8	10'959	64.2	17'060
Total	43'878	61.4	27'596	38.6	71'474

(Basis 2002) (PT = Pflage tage)

cc) Die qualitative und quantitative Versorgung der baselstädtischen Bevölkerung hinsichtlich Rehabilitation ist grösstenteils ausreichend. Lediglich in gewissen eng begrenzten Bereichen bestehen qualitative Versorgungslücken. Insbesondere fehlt ein Rehabilitationsangebot für jüngere, noch berufstätige Patienten im Bereich der kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation sowie der Rehabilitation nach Hirnschlag.

Ein Grund für ausserkantonale Rehabilitationen von baselstädtischen Kantonsangehörigen ist die Schliessung der Versorgungslücken. Doch auch wenn das Angebot im Kanton vorhanden ist, kommt es in zahlreichen Fällen zu ausserkantonalen Rehabilitationsaufenthalten von zusatzversicherten Patienten, bei denen der Kanton keine Steuerungsmöglichkeiten (Kostengutsprache des kantonsärztlichen Diensts entfällt) hat.

Ein Grossteil der ausserkantonalen Rehabilitation findet in den aargauischen Rehabilitationskliniken statt (rund 70% der Pfl egetage), wobei der Anteil der drei Rheinfelder Rehabilitationskliniken rund die Hälfte (46%) des Pfl egetage-Totals beträgt. Das Kantonsspital Bruderholz, das einzige basellandschaftliche Spital mit einer separaten Rehabilitationsabteilung, erbringt in diesem Bereich rund 4% der ausserkantonalen Pfl egetage von baselstädtischen Kantonsangehörigen.

dd) Verschiedene Faktoren, insbesondere der Abbau von Akutbetten und der kompensatorische Kapazitätsaufbau im Bereich Rehabilitation, die Gesamtanierung des FPS und die Beschwerde von ausserkantonalen Rehabilitationskliniken gegen die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt beim Bundesrat, gaben Anlass zu einer Bestandesaufnahme und einer Rehabilitationsplanung. Die Projektgruppe aus Vertretern des Kantons, der baselstädtischen Akutspitäler und Rehabilitationsanbieter sowie von Santésuisse analysieren in nach Rehabilitationsbereichen organisierten Arbeitsgruppen die erhobenen Daten und erarbeiten Vorschläge zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit der baselstädtischen Bevölkerung im Bereich Rehabilitation. Dieses Projekt soll noch im Laufe dieses Jahres abgeschlossen werden.

Im Bereich der ambulanten Rehabilitationsangebote gibt es bereits ein Beispiel für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Spitalern aus den beiden Halbkantonen: Karamba, ein ambulantes kardiales Rehabilitationsprogramm, wird von Fachpersonen aus dem Bereich Kardiologie des Universitätsspital Basel und dem Bereich Kardiologie des Kantonsspitals Bruderholz zusammen durchgeführt. Der Aufbau weiterer gemeinschaftlicher ambulanter Rehabilitationsangebote (z.B. im Bereich Neurologie) sollte von den beiden Halbkantonen gefördert werden, da damit eine wohnortnahe und billigere Alternative zu stationären Angeboten geschaffen wird.

## 2. Situation BL

Die Leistungsaufträge der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal beinhalten die muskuloskelettale Rehabilitation und die Neurorehabilitation. Im Kantonsspital Bruderholz werden für die beiden Rehabilitationsbereiche durchschnittlich 50 Betten belegt. Im Kantonsspital Liestal sind 6 Betten für die muskuloskelettale Rehabilitation vorgesehen. Der Kanton Basel-Landschaft kann auf der Basis dieser insgesamt 56 Betten ca. 41% der Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen decken.

Patienten, welche spezielle Rehabilitationsleistungen wie Paraplegologie benötigen, werden in einer ausserkantonalen Spezialklinik versorgt. Die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mit Rehabilitationsleistungen ohne Suchttherapie, Altersrehabilitation und Palliativmedizin stellt sich dementsprechend wie folgt dar:

Kantonsspital Bruderholz:	50 Betten	ca. 17'000 Pflage tage
Kantonsspital Liestal	6 Betten	ca. 2'000 Pflage tage
Chrischonaklinik Basel		ca. 4'400 Pflage tage
REHAB Basel		ca. 6'200 Pflage tage
Klinik Barmelweid		ca. 4'100 Pflage tage
Rehakliniken Aargau (Privatkliniken)		ca. 12'900 Pflage tage
Berner Höhenklinik Montana		ca. 517 Pflage tage

Die Alkoholentwöhnungstherapien für Patienten des Kantons Basel-Landschaft werden von den dafür spezialisierten Kliniken übernommen. Die Patienten werden vor allem an die Kliniken Wysshölzli, Hasel, Forel und an das Sozialtherapeutische Zentrum überwiesen. Für diese Therapieform sind für die Patienten des Kanton Basel-Landschaft 2004 ca. 4'490 Pflage tage aufgewendet worden.

Die Auflistung der Pflage tage zeigt die ungefähre Grössenordnung der Rehabilitationsleistungen für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft. Die Pflage tage der Altersrehabilitation werden unter dem Kapitel Altersversorgung behandelt und sind unter dem Kapitel Rehabilitation nicht nochmals aufgeführt.

Aufgrund der schwer einschätzbaren Entwicklung im Rehabilitationsbereich wird der Kanton Basel-Landschaft die Bettenkapazitäten in den Kantonsspitalern nicht

## 3. Synergien / Kooperationen

Beide Kantone verfügen im Bereich der Rehabilitation über kein umfassendes eigenes Angebot, sodass Leistungen in Drittkantonen beansprucht werden. Da weder der Kanton Basel-Landschaft noch der Kanton Basel-Stadt für die nähere und mittelfristige Zukunft einen erheblichen Ausbau bzw. eine umfassende Änderung des Rehabilitationsangebotes beabsichtigen, ist in diesem Bereich kaum Verhandlungspotential erkennbar. Allerdings werden beide Kantone im Rahmen des Pilotprojektes "Grenzüberschreitende Zusammenarbeit" die Inanspruchnahme ausländischer Rehabilitationsangebote prüfen und als Folge dessen gemeinsam die Konsequenzen auf das hiesige Versorgungsangebot prüfen. Ferner wird die Ausdehnung der gemeinsamen Spitalliste in diesem Bereich geprüft.

# XI. Psychiatrie

## 1. Situation BS

In der derzeit laufenden, parallelen Überprüfung von Strukturen und Angeboten der Psychiatrie BS (Projekt „Parallele Überprüfung von Strukturen und Angeboten der Psychiatrie BS“) geht es im Kern um das Folgende:

In den letzten 15 Jahren wurden im Kanton BS in grossem Mass stationäre Betten abgebaut. Gleichzeitig werden Patientinnen und Patienten heute viel früher wieder entlassen. Zu prüfen ist deshalb, inwiefern die heute für stationäre Behandlungen zur Verfügung stehenden Betten dem aktuellen Bedarf noch entsprechen. Gleichzeitig ausgebaut worden sind differenzierte ambulante Angebote. Zu prüfen gilt es somit auch, ob das bestehende ambulante Angebot im Hinblick auf die geschilderte Entwicklung im Bereich der psychischen Gesundheit noch den effektiven Bedarf abdeckt. Schliesslich muss geklärt werden, ob die verfügbaren Kriseninterventionsangebote genügen, um vermeidbare Klinikeinweisungen zu reduzieren, und ob das Case-Management zur Verhinderung stationärer Eintritte und zur Erleichterung stationärer Austritte den Anforderungen an ein ganzheitliches Psychiatriekonzept entspricht.

Im Hinblick auf die künftige Schaffung partnerschaftlicher Synergiepotentiale sollen im Bereich der Psychiatrie auch die Organisationsstrukturen im Dienstleistungsbereich überprüft werden. Dabei fallen die universitären Organisationsstrukturen in den Kompetenzbereich der Universität und können damit nicht direkt vom Projekt gestaltet, müssen aber trotzdem berücksichtigt werden; dies auch im Hinblick auf objektiv begründbaren Handlungsbedarf. Im Bereich der Dienstleistung gilt es insbesondere zu überprüfen, inwiefern die heutige Struktur noch dem aktuellen Bedarf entspricht. Weil diese Organisationsstruktur aufgrund der unterschiedlichen Unterstellungen sehr komplex ist und damit erhöhte Anforderungen an das Schnittstellenmanagement stellt, soll im Rahmen des Projekts geprüft werden, ob und wie sich eine effizientere Organisationsstruktur mit vertikaler Ausrichtung finden lässt, in der alle drei staatlichen Kliniken als Abteilungen direkt einer neu zu schaffenden Einheit „Universitäre Psychiatrische Kliniken“ unterstellt werden können. Anzustreben ist diese vertikale Struktur mit Integration aller staatlichen Kliniken unter eine Organisationseinheit auch im Hinblick auf mögliche Synergiepotentiale mit dem Kanton BL.

Die drei Hauptziele der Überprüfung des Psychiatrieangebotes können dabei wie folgt umschrieben werden:

1. Transparente und aktualisierte Darstellung der Psychiatrie BS
  - Rahmenbedingungen
  - IST-Zustand
  - Versorgungslücken / Unterversorgung / Doppelspurigkeiten
  - Handlungsbedarf
2. Nachhaltige Analyse von Leistungsangebot und Strukturen hinsichtlich
  - Präventionsangeboten
  - Behandlungsdefiziten insbesondere, was Prozesse und Ressourcen betrifft
  - Veränderungs- und Diversifizierungsbedarf
  - Übereinstimmung von Strategien und Schwerpunkten von Klinik und Forschung
  - Identifikation und klarer Trennung von Behandlungsangeboten (Hochspezialisierte, universitäre, spitzenmedizinische und Basisversorgung)

### 3. Entwicklung von nachhaltigen Optimierungsvorschlägen und Lösungsvarianten

- Anpassung des Bedarfs an veränderte Rahmenbedingungen (International, national, regional, kantonale)
- Optimierung der Behandlungsprozesse
- Verbesserung des Einsatzes der heute verfügbaren Therapieformen
- Gestaltung von übergreifenden Netzwerken und Kooperationsstrukturen in Klinik und Forschung

Das Projekt soll Ende 2006 konzeptionell abgeschlossen sein.

## 2. Situation BL

Das Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft aus dem Jahre 1980 wurde im Rahmen der ersten Folgeplanung 1991 und schliesslich 2003 (Folgeplanung II) aktualisiert. Die Planung umfasst den gesamten Bereich der Psychiatrie und bezieht sämtliche an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Personen ein. Sie beschreibt den Bedarf von Menschen mit einer psychischen Störung nach Behandlung, Rehabilitation, Betreuung und Beratung und gibt Antworten, wie diesem über die Perspektive einzelner Einrichtungen hinaus fachlich und organisatorisch begegnet werden kann.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft sind traditionell eng vernetzt mit verwandten Institutionen anderer Kantone. Die qualitative und quantitative Entwicklung ihrer Leistungen erfolgt in Abstimmung mit den öffentlichen und privaten Leistungserbringern, insbesondere der umliegenden, aber auch weiterer Kantone. Durch den Prozess der Folgeplanung II konnten diese Kooperationen auf der operativen und planerischen Ebene noch intensiviert werden. In jeder Planungsgruppe arbeitete beispielsweise mindestens eine Fachperson aus dem Kanton Basel-Stadt mit und die Planungen wurden mit den Leitungen der Partnerinstitutionen in Basel-Stadt besprochen.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste sind gegliedert in die Psychiatrische Klinik, die Externen Psychiatrischen Dienste und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, je geleitet von einem Chefarzt. Weiter gehören die Drogenberatung Baselland dazu, die Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation und schliesslich das Ressort Wohnen und Arbeiten mit den beiden Wohnheimen „Windspiel“ und „Wägwiiser“, dem Kantonalen Altersheim sowie dem Bereich Arbeit und Beschäftigung, welcher Mitarbeitenden mit psychischer Behinderung Arbeit, Integration und Förderung in den Werkstätten „Abwaschküche“ und „Produktionsatelier“ sowie innerhalb der KPD integrative Arbeitsplätze anbietet.

Die Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Basel-Landschaft zeigt, dass sich die psychiatrische Versorgung im Kanton auf vergleichsweise gutem Niveau befindet. Sie zeigt aber auch Handlungsfelder, die es zu verbessern gilt, um die Versorgung der Bevölkerung qualitativ zu verbessern. Eine eigentliche Versorgungslücke wurde in der Betreuung psychisch kranker alter Menschen festgestellt. Es ist vorgesehen, einen Alterspsychiatrischen Dienst zu schaffen und einen Teil des Kantonalen Altersheims zu alterspsychiatrischen Abteilungen mit Rehabilitationsfunktion umzuwidmen. Der Alterspsychiatrische Dienst wird als Fachstelle auch die Arbeit der kommunalen Alters- und Pflegeheime, der Spitexdienste und der Spitäler durch alterspsychiatrische Fachkompetenz unterstützen.

Die Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation ist zuständig für die fachliche Entwicklung, Koordination und Bedarfsplanung der rehabilitativen Versorgung. Sie ist im Jahre 2004, ebenfalls gestützt auf die Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept eingerichtet worden. Ihr Zweck ist die Förderung der Integration und Lebensqualität psychisch kranker Menschen.

Aufgrund steigender Inanspruchnahme der Psychiatrischen Klinik soll die Tagesversorgung ausgebaut werden. Die Belegung der insgesamt 96 Betten im Bereich der Akutpsychiatrie belief sich im Jahresdurchschnitt 2004 auf 104,2 %. Der Kanton verfügt über zwei Tageskliniken, eine in Liestal und eine in Münchenstein. Ein Projekt aus der Folgeplanung II sieht vor, die Tagesversorgung auszubauen und ihr Profil in Richtung Krisenhilfe und Rehabilitation zu verstärken und damit nicht zuletzt auch die Psychiatrische Klinik zu entlasten.

Weitere Handlungsfelder sind im Bereich der psychiatrischen Leistungen bezüglich Substanzabhängigkeit, Versorgung von Migrantinnen und Migranten, Rehabilitation Jugendlicher und Unterstützung der kantonalen somatischen Akutspitäler bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten geortet worden.

Die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen hat in den letzten Jahren wie in der Erwachsenenpsychiatrie stetig zugenommen. Die psychiatrische Versorgung wird vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gemeinsam mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen geleistet – in einem Netz von pädagogischen, pädiatrischen, therapeutischen, psychologischen, heilpädagogischen und sozialarbeiterischen Stellen, einschliesslich Vormundschafts- und Justizbehörde. Entsprechend ist das Interventionsgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht auf die psychiatrische Behandlung im engeren Sinne eingegrenzt, sondern umfasst auch stark Aufgaben im familiären, pädagogischen und institutionellen Umfeld. Die stationäre Versorgung erfolgt teilweise gemeinsam mit Basel-Stadt – im Universitätskinderspital beider Basel.

Das Spezialgebiet der forensischen Psychiatrie befasst sich mit dem Grenzbereich von Psychiatrie und Justiz. Es umfasst die verschiedenen Arten zivil- und strafrechtlicher Gutachten sowie die Betreuung und Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher in ambulanten und stationären Massnahmen sowie in Untersuchungshaft. Die Anforderungen an die forensische Psychiatrie sind in den letzten Jahren zahlenmässig in qualitativer Hinsicht deutlich gestiegen, so auch im Kanton Basel-Landschaft. Gesetzesänderungen und Entwicklungen, die den Bedarf an forensisch-psychiatrischen Leistungen ansteigen liessen, sind beispielsweise die Offizialisierung der häuslichen Gewalt ab 1. April 2004 mit vermehrtem Bedarf an Gutachten, insbesondere mit Abschätzung der Gefährlichkeit bei geringem Straftatbestand wie Drohungen, leichter Körperverletzung, Nachstellen von Opfern, aber hoher Gefährdung von Dritten und daraus resultierendem entsprechend hohem Betreuungsaufwand. Ein anderes Beispiel betrifft den Bereich der Fahrtauglichkeit. Auch hier lässt sich eine starke Zunahme der Fahrtauglichkeitsgutachten feststellen, u.a. durch die Erhöhung der Vorgaben des Bundesgerichts an Abklärungen der Fahrtauglichkeit, das Absenken der Promillegrenze auf 0,5 Promille oder auch die Null-Toleranz im Drogenbereich. Ebenfalls zu verzeichnen ist ein starker Anstieg der Betreuungen in den Gefängnissen bei steigender Komplexität der Fälle.

Die forensisch tätigen Institutionen der Psychiatrischen Dienste des Kantons Basel-Landschaft und der forensischen Abteilung der Universitären Psychiatrischen Klinik arbeiten bereits heute zusammen. Eine spezifische Vertiefung dieser Zusammenarbeit bezüglich der Gutachtenkapazitäten und der stationären Behandlung von psychisch kranken Untersuchungshäftlingen und Massnahmepatienten wird zwischen der Justiz-, Polizei- und Militärdirektion auch namens des Kantonsgerichtes mit den zuständigen Stellen im Kanton Basel-Stadt geprüft. Zusätzlich wird an den Externen Psychiatrischen Diensten Basel-Landschaft eine Fachstelle für Forensische Psychiatrie aufgebaut. Dazu werden im Budget 2006 in den EPD zusätzlich zum bestehenden Stellenetat für die forensische Psychiatrie eine Oberarztstelle und eine 50 %-Stelle Sekretariat eingesetzt.



### 3. Synergien / Kooperationen

Das Versorgungssystem beider Kantone ist in jüngster Vergangenheit harmonisiert worden und die Erarbeitung einer gemeinsamen Spitalliste wird geprüft. Im Bereich der forensischen Psychiatrie besteht ein Bedarf des Kantons Basel-Landschaft an gutachterlicher Tätigkeit und stationärer Behandlung bzw. Begutachtung von psychisch geschädigten Straftätern / Straftäterinnen. Über eine Fortführung bzw. Ausweitung der diesbezüglichen Zusammenarbeit wird derzeit zwischen der Justiz-, Polizei- und Militärdirektion Basel-Landschaft und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt verhandelt.

## XII. Rolle privater Leistungserbringer

### 1. Privatspitäler mit Sitz im Kanton Basel-Stadt

Name(*)	Planbetten akut- somatisch (gemeinsame Liste BL/BS)	Planbetten Rehabilitation (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Geriatric (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Psychiatrie (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Palliativ (getrennte Lis- ten BL/BS)
Adullam Geriatricspital			100 (b)		
Bethesda-Spital	80 (b)	46 (b)			14 (b)
St. Claraspital	219 (b)				10 (b)
Hildegard Hospiz					27
Merian-Iselin- Spital	120 (b)				
REHAB Basel		92			
Schmerzklinik Kirschgarten	15				
Klinik Sonnenhalde				59 (a) (b)	

(\*) = Das Bürgerspital Basel (Rehaklinik Chrischona) und das Gemeindespital Riehen werden als öffentliche Leistungserbringer betrachtet und sind deshalb nicht aufgeführt.

(a) = Vertragsspitäler BL (b) = subventioniert durch BS

### 2. Privatspitäler mit Sitz im Kanton Basel-Landschaft

Name(*)	Planbetten akut- somatisch (gemeinsame Liste BL/BS)	Planbetten Rehabilitation (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Geriatric (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Psychiatrie (getrennte Lis- ten BL/BS)	Planbetten Palliativ (getrennte Lis- ten BL/BS)
Ergolzlinik					
Hospiz im Park					9
Ita-Wegmann- Klinik	63		in Betten der Akutmedizin	in Betten der Akutmedizin	
Lukas-Klinik	46				
Praxis-Klinik Birshof	43				
Praxisklinik Rennbahn	10				
Vista-Klinik	1				

(\*) = Zulassung ohne Leistungsauftrag

3. Wie die vorstehenden Tabellen belegen, nehmen die in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt domizilierten Privatspitäler einen festen Platz in der regionalen Gesundheitsversorgung ein. Da sich diese Einbindung auch in der gemeinsamen Spitalliste (Akutsomatische Medizin) sowie in den individuellen Spitallisten beider Kantone (Geriatric, Rehabilitation, Palliativmedizin) abbildet, haben zusatzversicherte Patientinnen und Patienten (Grundversicherung mit Zusatz "ganze Schweiz", Halbprivatversicherte, Privatversicherte) grundsätzlich die Möglichkeit der freien Auswahl zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern im stationären Bereich. Diese Freizügigkeit wird allerdings in jüngster Vergangenheit durch einige Krankenversicherer dahingehend beschränkt, dass die versicherungsinternen Spitallisten für den Zusatzversicherungsbereich verkleinert werden. Diese, sich im Zusatz- bzw. Privatversicherungsbereich abzeichnende Tendenz kann im Rahmen der staatlichen Bedarfsplanung allerdings nicht beeinflusst werden.

Selbst grundversicherte Personen ohne Zusatzversicherung können die Leistungsangebote verschiedener Privatspitäler in Anspruch nehmen, da seitens der Kantone Leistungen für grundversicherte Kantonseinwohner/innen bezogen bzw. subventioniert werden.

4. Anlässlich der Tagung in Bad Bubendorf vom 20./21. August 2004 wurde in Bezug auf die Privatspitäler festgehalten, dass diese einerseits weiterhin fester Bestandteil der regionalen Versorgungs- bzw. Bedarfsplanung sein müssen und dementsprechend auch zukünftig auf den Spitallisten figurieren sollen. Des Weiteren wurde dem klaren Anliegen Ausdruck gegeben, innerhalb der beiden Kantone eine volle Freizügigkeit für grundversicherte Personen auch unter Einbezug der Privatspitäler herbeizuführen.
5. Am 3. Juni 2005 fand im Rahmen der Ausarbeitung des vorliegenden Berichts eine Unterredung zwischen den Vorstehern des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt und der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft mit Vertretungen der Privatspitäler beider Kantone statt.

Dabei wurde seitens der Privatspitäler insbesondere um Klärung folgender Punkte er- sucht:

- Fortbestand der gemeinsamen Spitalplanung und der gemeinsamen Spitalliste zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft unter Einbezug der Privatspitäler
- Schaffung einer vollen Freizügigkeit gegenüber den Privatspitälern beider Kantone
- Ersuchen um Wiederaufnahme der gekündigten Subventionsvereinbarungen seitens der Basler Privatspitäler (Bethesdaspital, St. Claraspital, Merian Iselin-Spital) gegenüber dem Kanton Basel-Landschaft

Die Beantwortung dieser Anliegen durch die beiden Sanitätsdirektoren kann wie folgt zusammengefasst werden:

- An der gemeinsamen Spitalliste wird festgehalten.
- Die Privatspitäler beider Kantone werden auch in Zukunft in die Bedarfsplanung einbezogen und auf der gemeinsamen Spitalliste geführt.

Über eine Wiederaufnahme der Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und den Baselstädtischen Privatspitälern und den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Baselbieter Privatspitälern sowohl durch Basel-Stadt wie auch Basel-Landschaft sowie die postulierte Umsetzung der vollen Freizügigkeit kann

zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der zahlreichen offenen Fragen (insbesondere neue Spitalfinanzierung gemäss KVG-Revision, Regelungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin / Transplantationsmedizin, etc.) noch nicht entschieden werden. Die volle Freizügigkeit für stationäre Behandlungen in der erweiterten Grundversorgung zwischen beiden Kantonen unter Einbezug der Privatspitäler und unter Berücksichtigung der schweizweit laufenden Diskussion zur Entwicklung eines einheitlichen Abgeltungssystems für stationäre Behandlungen im akut-somatischen Bereich in Form von Fallpreispauschalen (Grundlage: „DRG – Diagnosis Related Groups) als Vision für die Zukunft soll jedoch weiterbearbeitet werden.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es der erklärte Wille beider Kantone ist, den ortsansässigen Privatspitälern – im Sinne der Erkenntnis der Tagung von Bad Bubendorf – auch inskünftig eine feste Rolle im Rahmen der gemeinsamen Bedarfsplanung zuzuweisen und sie auch weiterhin auf der gemeinsamen Spitalliste zu führen. Die Erreichung der angestrebten vollen Freizügigkeit (Bereich Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung) bleibt als klare Zielsetzung respektive Auftrag aus der Tagung in Bad Bubendorf bestehen und soll weiter verfolgt werden. Ausserdem beabsichtigen beide Kantone, auch in Zukunft private Belegarztspitäler in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Diese stellen eine gewünschte Ergänzung zu den mehrheitlich staatlichen Chefarztspitälern dar und ermöglichen es Patientinnen und Patienten, operative Eingriffe durch den freipraktizierenden Arzt / die freipraktizierende Ärztin ihres Vertrauens vornehmen zu lassen. Dabei ist allerdings von grosser Wichtigkeit, dass die Belegarztspitäler alles daran setzen, den Qualitätserfordernissen des Krankenversicherungsgesetzes nachzukommen, indem sie sicherstellen, dass neben optimalen innerbetrieblichen Abläufen auch die fachliche Qualifikation der akkreditierten Belegärztinnen und Belegärzte sichergestellt ist. Damit sind die Belegarztspitäler verpflichtet, in regelmässigen Abständen die fachliche Qualifikation ihrer Belegärztinnen / Belegärzte zu prüfen; dies einerseits anhand der Anzahl vorgenommener Eingriffe und andererseits aufgrund der durchlaufenen Weiter- bzw. Fortbildungen. Ansonsten besteht das Risiko eines erhöhten Organisationsverschuldens der Belegarztspitäler, was im Falle gravierender Zwischenfälle Einfluss auf deren Positionierung im Rahmen der regionalen Planung haben könnte.

### XIII. Zukunft / Ausblick

Im Sinne der Erkenntnisse aus der Tagung in Bad Bubendorf vom 20./21. August 2004 steht fest, dass das Universitätsspital Basel auch zukünftig das Zentrumsspital der Region sein soll, an welchem die spitzen- bzw. universitär-medizinischen Disziplinen konzentriert werden.

Es besteht nicht die Absicht, an der Versorgungsproportionalität zwischen beiden Kantonen entscheidende Veränderungen vorzunehmen. Dies bedeutet, dass der Kanton Basel-Stadt einerseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft bereitzustellen, und dass der Kanton Basel-Landschaft andererseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Baselbieter Patientinnen und Patienten in Anspruch zu nehmen. Somit sollen die basellandschaftlichen Kantonsspitäler - insbesondere das Bruderholzspital - auch weiterhin einen Leistungsauftrag im Bereich der erweiterten Grundversorgung erfüllen.

In Bezug auf das Bruderholzspital sieht sich der Kanton Basel-Landschaft mit den gleichen Problemen konfrontiert wie Basel-Stadt in Bezug auf das Felix Platter-Spital: Baupolizeiliche Auflagen erhöhen den zeitlichen Druck in Bezug auf die Erstellung eines Neubaus beziehungsweise die Realisierung einer Gesamtanierung. Dabei ist seitens des Kantons Basel-Stadt im Rahmen der gemeinsamen Planung unbestritten, dass das Bruderholzspital auch zukünftig im Bereich der Grundversorgung / erweiterten Grundversorgung in ähnlicher Grösse wie bisher stationäre Dienstleistungen im akut-somatischen Bereich anbieten wird.

An der gemeinsamen Spitalliste für den akutsomatischen Bereich und der dazu notwendigen gemeinsamen rollenden Bedarfsplanung soll festgehalten und die Zusammenarbeit soll in Richtung eines strategischen Verbundes ausgebaut werden. Dazu ist allerdings keine Schaffung gemeinsamer Amtsstellen oder Organe notwendig. Somit soll die gegenseitige Abstimmung zu einer echten gemeinsamen strategischen Bedarfsplanung mit gemeinsamer Steuerung weitergeführt werden. Eine darüber hinausgehende Erweiterung der Zusammenarbeit auf die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation ist als Option weiterzuverfolgen. Dabei ist den Kriterien „Nähe zu Patientinnen und Patienten“, „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ Rechnung zu tragen. Im Vordergrund steht insbesondere die Geriatrie.

Im Rahmen all dieser Überlegungen sollen die Privatspitäler beider Kantone weiterhin eine tragende Rolle spielen, was auch in den entsprechenden Spitallisten so abgebildet bleiben muss. Die von verschiedenen Seiten postulierte volle Freizügigkeit in Bezug auf die regionalen Privatspitäler ist zum jetzigen Zeitpunkt (noch) nicht realisierbar, wird aber als mittel- bis langfristige Option weiterverfolgt; die Auswirkungen sollen sobald als möglich im Rahmen eines Projektes geprüft und dargestellt werden.

Im Zuge all dieser Überlegungen und Zielsetzungen wird davon ausgegangen, dass einerseits durch die kurz vor Abschluss stehende Entflechtung der Kosten für Dienstleistung und Lehre / Forschung und andererseits durch die Einführung eines Systems von Fallkostenpauschalen (DRG) keine finanzpolitischen bzw. finanztechnischen Hindernisse mehr bestehen sollten.

## H Kernaussagen

Zusammenfassend ergeben sich folgende Kernaussagen, welche als zukunftsweisende Leitlinien im Konsens zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt zu verstehen sind:

1. Die regionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen umfasst nicht nur die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Vielmehr müssen die weiteren zur natürlich gewachsenen Wirtschafts- und Kulturregion gehörenden Gebiete (Kantone Aargau, Jura, Solothurn sowie das grenznahe Ausland) in entsprechende Planungen mit einbezogen werden.
2. Zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft besteht der klare Wille,
  - 2.1. die Universität und die Medizinische Fakultät zu erhalten und gemeinsam partnerschaftlich zu betreiben.
  - 2.2. Die universitäre Medizin, das heisst die medizinische Lehre und Forschung in den Spitälern von Basel-Landschaft und Basel-Stadt (Universitätsspital Basel, Kantonsspitäler Basel-Landschaft), gegebenenfalls unter Mitwirkung der Privatspitäler in den beiden Kantonen, auf der Basis von Leistungsaufträgen<sup>1</sup> auch in Zukunft anzubieten und für die Einbettung des universitär-medizinischen Standortes Basel in die schweizerische Landschaft der universitären Medizin einzustehen.<sup>2</sup>
  - 2.3. das Universitätsspital Basel als Zentrum für hochspezialisierte Medizin der Region zu sichern und - wenn die gesamtschweizerischen Rahmenbedingungen erfüllt sind - dessen Neupositionierung als Universitätsspital beider Basel im Sinne einer Zukunftsoption zu prüfen.
  - 2.4. vorbehältlich anderer Vorgaben nach einer Revision des KVG an der gemeinsamen Spitalliste und an der gemeinsamen Bedarfsplanung festzuhalten.
  - 2.5. den Neubau des Universitäts-Kinderspitals beider Basel UKBB zu realisieren.
  - 2.6. die Privatspitäler weiterhin als verlässliche Partner in die gemeinsame Bedarfsplanung einzubeziehen und dies in der gemeinsamen Spitalliste so auch abzubilden.
  - 2.7. die volle Freizügigkeit für stationäre Behandlungen in der erweiterten Grundversorgung zwischen beiden Kantonen unter Einbezug der Privatspitäler und unter Berücksichtigung der schweizweit laufenden Diskussion zur Entwicklung eines einheitlichen Abgeltungssystems für stationäre Behandlungen im akut-somatischen Bereich in Form von

---

1In Zukunft wird die Medizinische Fakultät Leistungsaufträge an Ausbildungsspitäler erteilen.

2Die Sicherstellung des universitär-medizinischen Standortes Basel bedarf auch inskünftig koordinierter gemeinsamer Anstrengungen, auch im Interesse der Gesamtentwicklung des Wirtschaftsstandortes. So sind die Interessen der Region im Rahmen der Bearbeitung des universitär-medizinischen Dossiers auf Bundesebene (Arbeitsgruppe "Kleiber"), der Umsetzung der Konzepte zur hochspezialisierten Medizin bzw. der Transplantationsmedizin und ebenfalls im Zuge der KVG-Revision mit Nachdruck zu vertreten.

Fallpreispauschalen (Grundlage: "DRG" - Diagnosis Related Groups) als Vision für die Zukunft weiterzubearbeiten.

- 2.8. die gegenseitige Zusammenarbeit in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation weiterzuverfolgen.
3. Die gemeinsame Spitalliste im akutsomatischen Bereich und die damit einhergehende koordinierte Bedarfsplanung sind weiterzuführen und es ist eine Ausweitung dieser Steuerungsinstrumente auf die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation zu prüfen. Dabei ist den Kriterien "Nähe zu Patientinnen und Patienten", "Qualität" und "Wirtschaftlichkeit" Rechnung zu tragen.
4. Es besteht nicht die Absicht, an der Versorgungsproportionalität zwischen beiden Kantonen entscheidende Veränderungen vorzunehmen. Dies bedeutet, dass der Kanton Basel-Stadt einerseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft bereitzustellen, und dass der Kanton Basel-Landschaft andererseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Baselbieter Patientinnen und Patienten in Anspruch zu nehmen. Somit sollen die basellandschaftlichen Kantonsspitäler - insbesondere das Bruderholzspital - auch weiterhin einen Leistungsauftrag im Bereich der erweiterten Grundversorgung erfüllen.
5. die Veränderungen der nationalen Rahmenbedingungen (Revision des Krankenversicherungsgesetzes, IV-Revision, Universitätsplanung) sind aufmerksam zu verfolgen, dürfen aber - da sie noch lange dauern können - die Weiterführung der gemeinsamen Arbeit nicht behindern oder gar verhindern. Verschiedene mögliche Szenarien sind aber im Sinne von Eventualplanungen zu berücksichtigen."

## I Konkrete Umsetzung

Der nachstehenden Aufstellung sind die aus Sicht der beiden Kantone bestehenden Themen bzw. die Bereiche, in welchen in absehbarer Zeit Handlungsbedarf besteht, zu entnehmen:

Die Auswirkungen der laufenden KVG-Revision (insbesondere Spitalfinanzierung) auf die Versorgungsplanung BL/BS sind zu prüfen.
Die Interessen von BL/BS müssen auf Bundesebene bezüglich Spitzenmedizin und Medizinische Fakultät geschlossen und mit Nachdruck vertreten werden.
Das Projekt medizinische Fakultäten Basel /Bern muss vorangetrieben werden, Lösungen für die Bereiche Zahnmedizin und Humanmedizin müssen vorliegen.
Die Kantone Aargau, Jura und Solothurn sowie das grenznahe Ausland müssen noch stärker in die regionale Planung einbezogen werden und die entsprechenden Kooperationen sind zu vertiefen. Das Pilotprojekt „grenzüberschreitende Zusammenarbeit“ ist voranzutreiben.
Der erfolgreiche Abschluss der Partnerschaftsverhandlungen ist anzustreben. Dies wird die entscheidende Grundlage für die zukünftige Kooperation im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen BS und BL sein. Der erfolgreiche Abschluss des Projektes wird als Meilenstein zu qualifizieren sein, welcher einige der grössten Pendenzen zwischen beiden Kantonen im Bereich der stationären Versorgung nachhaltig auflöst.
Der Neubau des UKBB muss wie geplant unter Einhaltung des Zeitplans realisiert werden.
Die gemeinsame Spitalliste im akutsomatischen Bereich wird fortgeführt und muss weiterhin im Sinne einer rollenden Planung nach klaren Kriterien gemeinsam bewirtschaftet werden; dazu sind entsprechende Modalitäten festzulegen.
Es müssen Gespräche mit den privaten Leistungserbringern im stationären Bereich in Bezug auf ihre zukünftige Rolle geführt werden. Dabei ist insbesondere die konkreter gefasste Formulierung der Leistungsaufträge zu thematisieren.
Das gemeinsame Spitalabkommen BS/BL ist zu überarbeiten.
Es ist zu prüfen, inwieweit die gemeinsame Bedarfs- und Angebotsplanung auf die Gebiete Geriatrie / Psychiatrie / Rehabilitation ausgeweitet und dies in einer gemeinsamen Spitalliste (analog der akut-somatischen Versorgung) abgebildet werden soll. Dabei sind insbesondere im Zusammenhang mit den Neubauprojekten Felix-Platter-Spital und Bruderholz-Spital Abklärungen in Bezug auf mögliche Synergien und Zusammenarbeitsformen vorzunehmen.
Die Einführung einer vollständigen Freizügigkeit im stationären Bereich zwischen den Kantonen BS und BL ist im Sinne einer Zukunftsoption weiterzuverfolgen.
Die Schaffung eines gemeinsamen Universitätsspitals beider Basel ist im Sinne einer Option für die Zukunft weiterzuverfolgen.



## J Parlamentarische Vorstösse

Im Zusammenhang mit dem Themenkreis „Spitalversorgung/hochspezialisierte Medizin“ wurden in jüngster Vergangenheit einige parlamentarische Vorstösse eingereicht:

### I. Basel-Landschaft

#### 1. Motion der Grünen Fraktion vom 30. November 2000: Für eine langfristige regionale Gesundheits- und Spitalplanung (2000/243)

*Kein seriös geführtes Unternehmen würde je Investitionen tätigen ohne das Umfeld seiner Wirkungsstätte und dessen Absichten zu kennen und zu berücksichtigen, ohne sein "Produkteangebot" auf den voraussichtlichen Bedarf in einem weiteren Umfeld abzustimmen und ohne Gesamtstrategie entwickelt zu haben. Auch würde sich ein seriös geführtes Unternehmen kaum ausschliesslich auf das Wissen von Insidern und die oft speziellen und nicht immer uneigennütigen Wertungen von direkt Betroffenen abstützen, um seine Position in einem komplexen Umfeld zu definieren.*

*Die in unserer Region seit Jahrzehnten herrschende kurzsichtige, von Sachzwang zu Sachzwang torkelnde optimierte Spitalflickstrategie ist nicht mehr weiter zu verantworten. In einem so sensiblen, komplexen und kostenintensiven Bereich wie der Gesundheits- und Spitalpolitik sollten Kontinuität, Qualitätssicherung, Kostenbewusstsein, Planungssicherheit und Optimierung des Angebots einen überragenden Stellenwert haben. Dazu kommt, dass wir - über die allgemeinen Zielsetzungen eines beliebigen Unternehmens hinaus - verpflichtet sind, eine für alle zugängliche, gute medizinische Versorgung für unsere Region zu erhalten. Dass dabei der universitäre Standard nicht ohne Anstrengung und Vorausblick erhalten werden kann, sei hier nur am Rande vermerkt.*

*Wir stellen uns vor, dass eine regionale Spitalplanung, die diesen Namen auch verdient, aus dem engen Korsett der verschiedenen kantonalen Verwaltungen herausgebrochen und auf eine breitere, fachlich höhere Stufe gestellt werden muss. Es sollte eine Planungs- und Evaluationskommission geschaffen werden, die das bestehende stationäre medizinische Angebot in der ganzen Region kontinuierlich evaluiert und den mittel- bis langfristigen Bedarf gesamtheitlich definiert. Ein Blick über die Landesgrenze ist dabei ausdrücklich erwünscht!*

*Denkbar wäre, dass - ähnlich wie die Organisation der externen Evaluation im Schulbereich - ein Pool an ausgewiesenen, verwaltungsunabhängigen Fachleuten (aus den Bereichen Planung, Medizin, Ethik, etc.) geschaffen wird, aus dem zur Klärung einer bestimmten Fragestellung jeweils ein Team zusammengesetzt werden kann. Aus demselben Pool könnte eine regelmässig fungierende Planungskommission rekrutiert werden, die dafür verantwortlich wäre, den Regierungen die Grundlagen und Vorschläge (z.B. Antragsrecht) für eine regionale Gesundheits- und Spitalplanung zu liefern.*

*Selbstverständlich müssten für die teilweise aufwendigen Arbeiten die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden (Was allerdings immer noch viel billiger käme als die fortlaufenden Feuerwehrübungen mit den öfters folgenden Fehlinvestitionen).*

*Wir beauftragen daher die Regierung,*

- Verhandlungen mit den Kantonen der Nordwestschweiz aufzunehmen, mit dem Ziel der Errichtung einer gemeinsam getragenen Gesundheits- und Planungskommission und danach*
- die gesetzlichen Grundlagen zur Errichtung einer solchen Kommission, die mit den Aufgaben der Evaluation des bestehenden und der Planung des zukünftigen stationären medizinischen Angebots der ganzen Region betraut wird, zu erarbeiten.*

**2. Postulat der Fraktion der Grünen vom 20. November 2000: Schaffung einer zeitlich befristeten Kommission zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt zur Erarbeitung einer kurzfristigen, mit Basel-Stadt koordinierten und zukunftsverträglichen Spitalplanung (2000/245)**

*Seit Jahren weiss man es: das Kantonsspital Bruderholz bedarf einer gründlichen und kostspieligen Sanierung. Um genauer zu sein: seit den Diskussionen um die Sanierung des Kantonsspitals Liestal in der ersten Hälfte des letzten Jahrzehnts ist klar, dass dem Kanton um die Jahrtausendwende mit der Sanierung des KSB "ein grosser Brocken ins Haus steht". So irgendwo in einem Protokoll aus dieser Zeit eine Aussage vom damaligen RR Belser.*

*Es ist schon verwunderlich, dass sich die Geschichte immer wiederholt: hier eine unbedingte kleinere Erneuerung, dort eine dringende Teilsanierung, keine verbindlichen Aussagen über einen Gesamtrahmen, weil die Daten noch erarbeitet und verifiziert werden müssen. Und dann wieder mal einer dieser tollen Paukenschläge: es gibt offenbar eine Gesamtplanung für das KSB, schon lange scheint's. Kam das Ganze wenigstens in der zuständigen landrätlichen Gesundheitskommission zur Sprache? Aber nein, die Presse weiss es und zum Glück informiert die wenigstens ...*

*Nun es stehen uns ganz gewichtige Planungen mit folgenschweren Beschlüssen bevor: das UKBB, das KSB, weitere? Die Fehler und die Geheimhaltung liegen zeitlich schon weit zurück, was auch zeigt, dass ein auf Langfristigkeit ausgelegtes Vorgehen gefragt ist. Doch hier stehen wir wieder einmal unter Zeitdruck: für das UKBB sind Evaluationen, Planungen im Gang, das KSB wird wahrscheinlich nicht weitere 10 Jahr im jetzigen Zustand verharren können.*

*Wir bitten daher die Regierung zu prüfen,*

*ob innert kürzester Frist zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt eine auch mit verwaltungsunabhängigen Fachleuten bestückte, zeitlich befristete Planungskommission eingesetzt werden könnte, die die Aufgabe hätte, das weitere Vorgehen um das KSB so vorzubereiten und mit bestehenden (UKBB) und zukünftigen Vorhaben so zu koordinieren, dass eine künftige gemeinsame regionale Gesundheits- und Spitalplanung möglich bleibt.*

**3. Motion der FDP-Fraktion vom 13. Dezember 2000: Erarbeitung einer koordinierten regionalen Spitalplanung (2000/260)**

*Unser Gesundheitswesen befindet sich, nicht nur kantonale, in einem grundsätzlichen Umbruch: Die Einführung des KVG hat vielfältige, nicht immer nur erwünschte Auswirkungen; neue Techniken führen zu einer drastisch kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten und schaffen damit Überkapazität im Akutbereich, der Schwund bei den Privat- und Halbprivat-versicherten untergräbt vielen Kliniken die bisherige Ertragsbasis, es werden gänzlich neue Anforderungen an Kostentransparenz, Effizienz, Leistungserbringung und Qualitätsmanagement gestellt. Gleichzeitig verlangen Patienten, durch hohe Prämien gebeutelt, ein Maximum an Leistungen. Als Folge davon haben in den letzten Jahren Reorganisationen und Neustrukturierungen im kantonalen und interkantonalen Spitalwesen stattgefunden. Dieser Prozess ist keineswegs abgeschlossen. Zudem müssen die Kantone, je nach Ausgang der nächsten KVG-Revision, mit einem neuen grossen Kostenschub rechnen, der für den Kanton Baselland in der Grössenordnung von 92 Millionen Franken liegt.*

*Die medizinische Versorgung in unseren Akutspitalern hat anerkanntermassen einen hohen Qualitäts- und Leistungsstandard. Dieser hohe Standard ist mit ständig steigenden Kosten verbunden und verlangt nach einer optimalen Allokation unserer finanziellen Mittel und - als logische Konsequenz - nach einer sorgfältigen, koordinierten Planung.*

*Zwar wurden mit der Umsetzung der Spitalliste beider Basel und dem Entscheid für das UKBB erste koordinierte planerische Massnahmen an die Hand genommen. Dabei darf es jedoch nicht bleiben.*

*Vor dem Hintergrund der geschilderten Situation beauftragen wir den Regierungsrat,*

*1. unverzüglich eine koordinierte regionale Akutspitalplanung an die Hand zu nehmen, die von Kostenneutralität ausgeht und folgende Bereiche berücksichtigt:*

- das universitäre Angebot*
- die koordinierte Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen*
- den Miteinbezug der Privatspitäler*

*2. zur effizienten Durchführung eine spezielle Projektplanungsgruppe einzusetzen und*

*3. grosse Investitionsvorhaben bis zum Vorliegen der "Koordinierten regionalen Spitalplanung" zu sistieren.*

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Alle drei obigen Vorstösse wurden in der Landratssitzung vom 25. Januar 2001 umfassend debattiert und als Postulate an den Regierungsrat überwiesen. Der Vorstoss 2000/243 der Grünen Fraktion beauftragt die Regierung, Verhandlungen mit den Kantonen der Nordwestschweiz aufzunehmen, mit dem Ziel der Erreichung einer gemeinsam getragenen Gesundheits- und Planungskommission und danach, die gesetzlichen Grundlagen zur Errichtung einer solchen Kommission, die mit den Aufgaben der Evaluation des bestehenden und der Planung des zukünftigen stationären medizinischen Angebots der ganzen Region betraut wird, zu erarbeiten. Der Vorstoss 2000/245 der Grünen Fraktion bittet den Regierungsrat zu prüfen, ob innert kürzester Frist zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt eine auch mit verwaltungsunabhängigen Fachleuten bestückte, zeitlich befristete Planungskommission eingesetzt werden könnte, die die Aufgabe hätte, das weitere Vorgehen um das Kantonsspital Bruderholz vorzubereiten und mit bestehenden (UKBB) und zukünftigen Vorhaben zu koordinieren, dass eine künftige gemeinsame regionale Gesundheits- und Spitalplanung möglich bleibt. Der Vorstoss 2000/260 der FDP-Landratsfraktion schliesslich beauftragt den Regierungsrat, unverzüglich eine koordinierte regionale Akutspitalplanung an die Hand zu nehmen, die von Kostenneutralität ausgeht und folgende Bereiche berücksichtigt: das universitäre Angebot, die koordinierte Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen, den Miteinbezug der Privatspitäler. Zweitens wird der Regierungsrat beauftragt, zur effizienten Durchführung eine spezielle Projektplanungsgruppe einzusetzen und drittens grosse Investitionsvorhaben bis zum Vorliegen der „Koordinierten regionalen Spitalplanung“ zu sistieren.

Alle drei Vorstösse drücken den Wunsch und den Willen aus, in der Spitalversorgung der Bevölkerung regional vernetzt zu arbeiten und damit eine qualitativ hochstehende Versorgung zu wirtschaftlichen Bedingungen sicherzustellen. Wie im umfassenden, vorliegenden Bericht dargelegt, haben die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft seit der Einreichung dieser Vorstösse und seit der sehr umfassenden Debatte in der Landratssitzung vom 25. Januar 2001 die Spitalversorgungsfrage zielgerichtet und im Sinne der als Postulate überwiesenen Vorstösse weiterbearbeitet. Heute ist klar, dass das Universitätskinderspital beider Basel, UKBB, in einem gemeinsamen Neubau in unmittelbarer Nähe zum Frauenspital in Basel errichtet werden soll. Die entsprechenden Ausführungs-Kreditbegehren sind derzeit Gegenstand der parlamentarischen Beratung sowohl im Landrat wie auch im Grossen Rat. Im Herbst 2003 haben beide Kantone ihren Parlamenten Berichte zur jeweiligen Spitalversorgung ihrer Bevölkerung unterbreitet. Der umfassende vorliegende Bericht über die Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt bestätigt, dass das Universitätsspital Basel als Zentrumsspital grundsätzlich die universitär-medizinischen und spitzenmedizinischen Leistungen für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt erbringen soll, dass die ge-

meinsame Spitalliste Basel-Stadt/Basel-Landschaft weitergeführt werden soll, dass die gemeinsame rollende Bedarfsplanung und Bewirtschaftung der gemeinsamen Spitallisten fortgesetzt werden soll, dass die Privatspitäler beider Kantone mit ihren Leistungsangeboten Teil der rollenden Bedarfsplanung sind, dass die beiden Kantone in konkreten und ernsthaften Gesprächen bezüglich der gemeinsamen Trägerschaft der Universität Basel unter Einschluss der Medizinischen Fakultät sind, und ebenso, dass das Kantonsspital Bruderholz mit seinem Leistungsauftrag für die Spitalversorgung der Bevölkerung nötig ist und dem gemeinsam festgestellten Bedarf entspricht. Auch die Bedarfsfrage des Kantons Basel-Stadt hinsichtlich Geriatriespitalbetten (Felix-Platter-Spital) ist geklärt und der Bedarf bestätigt. Der vorliegende Bericht stellt die aktuelle Situation im nationalen und regionalen Gesundheitswesen umfassend dar. Er zeigt die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt auf, weist aber auch auf die zahlreichen – vor allem auf nationaler Ebene – offenen Fragen hin.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die drei Vorstösse 2000/243, 2000/245 und 2000/260 als erledigt abzuschreiben.

#### **4. Motion der FDP-Fraktion vom 5.9.2002: Spitalplanung; Angemessene Berücksichtigung der privaten Trägerschaften bei der koordinierten regionalen Spitalplanung! (2002/183)**

*Strategisches Ziel für unseren Kanton muss sein, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für unsere Wohnbevölkerung zu gewährleisten unter Wahrung unseres gesamtschweizerisch günstigen Prämienniveaus.*

*Ein erster Schritt hierfür ist getan, das Projekt der Regionalen Spitalplanung wurde in Angriff genommen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass dabei die Privatspitäler nicht berücksichtigt sind. Damit erfüllt sie die im Entwurf des KVG vorgesehene Regelung, wonach in den Spitalplanungen der Kantone die privaten Trägerschaften angemessen berücksichtigt sein müssen, nicht. Überdies sind inzwischen die Verträge mit den baselstädtischen Privatspitälern ohne vorherige Information nicht mehr erneuert worden.*

*Ohne Vorankündigung hat die VSD die am 31. Dezember 02 auslaufenden Verträge mit den drei baselstädtischen Privatspitälern St. Clara, Merian Iselin und Bethesda nicht erneuert. Dieser Entscheid wurde mit den stark steigenden Gesundheitskosten und der Gleichbehandlung mit den Privatspitälern mit Standort Baselland begründet.*

*Wir beantragen dem Regierungsrat, bei der Planung und Umsetzung der regionalen Spitalplanung folgende zwei Anträge mitzuberücksichtigen:*

- 1. Im Gesamtprojekt Spitalplanung ist die "angemessene Berücksichtigung der privaten Trägerschaften" zusätzlich in die Prämissen und Eckwerte aufzunehmen.*
- 2. Vertragsverhandlungen mit den Privatspitälern BS und BL sind unter Berücksichtigung der regionalen Spitalplanung aufzunehmen.*

#### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Die Motion wurde in der Sitzung des Landrates vom 28. November 2002 als Postulat überwiesen. Sie stellt fest, dass die strategische Zielsetzung für den Kanton Basel-Landschaft darin bestehen müsse, eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung für die Wohnbevölkerung zu gewährleisten unter Wahrung des gesamtschweizerisch günstigen Prämienniveaus. Sie fordert den Regierungsrat auf, bei der Planung und Umsetzung der regionalen Spitalplanung zwei Anträge mitzuberücksichtigen: Erstens: Im Gesamtprojekt Spitalplanung sei die „angemessene Berücksichtigung der privaten Trägerschaften“ zusätzlich in

die Prämissen und Eckwerte aufzunehmen. Zweitens: Vertragsverhandlungen mit den Privatspitälern Basel-Stadt und Basel-Landschaft seien unter Berücksichtigung der regionalen Spitalplanung aufzunehmen.

Das in der Motion angesprochene „Gesamtprojekt Spitalplanung“ bezieht sich auf das Projekt mit dem Titel „Regionale Spitalplanung BS/BL“. Dieses Projekt wird in der vorliegenden Vorlage im Kapitel II „Rückblick“, Ziffer 1 „Historisches“ nochmals zusammenfassend beleuchtet. Die Teilprojekte 1 und 2 aus diesem Projekt sind in der Zwischenzeit in das im Jahre 2004 neu aufgesetzte gemeinsame Projekt „Partnerschaftsverhandlungen“ eingeflossen und werden in diesem Rahmen weiter bearbeitet. Die im Rahmen des Teilprojektes 3 erarbeiteten Modelle betreffend die zukünftige Verteilung der Universitätskliniken in beiden Kantonen wurde mit dem gleich lautenden Entscheid beider Regierungen, an der Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel festzuhalten, abgeschlossen. Das ursprüngliche Gesamtprojekt Spitalplanung ist damit abgeschlossen bzw. wird mit dem Fokus der gemeinsamen Trägerschaft der Universität Basel unter Einschluss der Medizinischen Fakultät weiter bearbeitet. Die gemeinsame Spitalliste der beiden Basel im Bereich der akut-somatischen Spitalversorgung soll weitergeführt werden. Die Spitalliste beinhaltet auch die Privatspitäler. Die privaten Leistungserbringer haben ihren Platz in der Versorgungslandschaft, sie sind Teil derselben. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Bedarfsplanung eine Gemeinsame ist und keine einseitige Mengenausweitung stattfinden darf. Private Spitäler können auch Träger von Aufträgen der Universität im Bereich Lehre und/oder Forschung sein. Voraussetzung dazu ist, wie bei den öffentlichen Spitälern, der qualitative Leistungsausweis. Die Gespräche mit den Privatspitälern wurden seit Einreichung der Motion im Rahmen der Tagung vom 20. und 21. August 2004 in Bad Bubendorf fortgesetzt und Anfang Juni 2005 in einer Aussprache zwischen den Vorstehern des Sanitätsdepartements Basel-Stadt, der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft und den Delegationen der Privatspitälern Basel-Stadt und Basel-Landschaft vertieft.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Motion 2002/183 als erledigt abzuschreiben.

##### **5. Motion der FDP-Fraktion vom 5.9.2002: Spitalplanung; Vertiefte Kostentransparenz und vergleichbare Betriebskostenrechnungen BL und BS (2002/189)**

*Strategisches Ziel für unseren Kanton muss sein, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für unsere Wohnbevölkerung zu gewährleisten unter Wahrung unseres gesamtschweizerisch günstigen Prämienniveaus.*

*Ein erster Schritt hierfür ist getan, das Projekt der Regionalen Spitalplanung wurde in Angriff genommen. Es sind bereits erste Grobvarianten innert kürzester Zeit ausgearbeitet worden. Bis zur Auswertung punkto Kostenfolgen wird jedoch noch einige Zeit verstreichen, Zeit die nicht ungenutzt sein soll.*

*Um die für die definitive gemeinsame Planung notwendigen finanziellen Auswertungen machen zu können, sollen raschest möglich folgende Schritte in die Wege geleitet werden.*

*Neben der kostenneutralen Entflechtung der Finanzströme Lehre und Forschung einerseits und Dienstleistungen andererseits, sollte auch eine Möglichkeit gefunden werden, die Kosten für die erweiterte Grundversorgung einerseits und die hochspezialisierte Medizin andererseits in den kantonseigenen Spitälern auseinanderzuhalten. Auch wenn die objektive Darstellung der zusätzlichen Kosten für die hochspezialisierte Medizin ein komplexes Unterfangen ist, liegt doch gerade darin ein beträchtliches Einspar- sprich Erfolgspotential. Durch die Vermischung der Fallkosten fehlt jegliche Transparenz inwieweit die unterschiedlichen Leistungen auch effizient und kostengünstig erbracht werden.*

*Als weiterer davon unabhängiger Schritt müssten die Betriebskostenrechnungen und die Statistiken unter den Kantonsspitalern BS und BL harmonisiert werden, auch im Vergleich mit weiteren Spitälern der Region, damit vergleichbare Aussagen gemacht werden können.*

*Wir fordern den Regierungsrat auf, die Prämissen und Eckwerte für die gemeinsame Spitalplanung wie folgt zu ergänzen.*

*In den Universitätsspitalern findet eine Entflechtung der Kosten für die erweiterte Grundversorgung und die zusätzlichen Kosten für die hochspezialisierte Medizin statt.*

*Die Betriebsrechnungen und Statistiken der Universitätsspitäler werden untereinander und auch mit weiteren Spitälern der Region harmonisiert, damit vergleichbare Aussagen gemacht werden können.*

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Die Motion wurde ebenfalls in der Sitzung des Landrates vom 28. November 2002 behandelt und als Postulat an den Regierungsrat überwiesen. Dem Vorstoss ist die gleiche strategische Zielsetzung vorangestellt, für die Baselbieter Wohnbevölkerung eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu gewährleisten unter Wahrung des gesamtschweizerisch günstigen Prämienniveaus. Sie fordert den Regierungsrat auf, die Prämissen und Eckwerte für die gemeinsame Spitalplanung wie folgt zu ergänzen:

- a) In den Universitätsspitalern findet eine Entflechtung der Kosten für die erweiterte Grundversorgung und die zusätzlichen Kosten für die hochspezialisierte Medizin statt.
- b) Die Betriebsrechnungen und Statistiken der Universitätsspitäler werden untereinander und auch mit weiteren Spitälern der Region harmonisiert, damit vergleichbare Aussagen gemacht werden können.

Seit der Einreichung dieses Vorstosses haben sich wesentliche Entwicklungen konkretisiert. Auf gesamtschweizerischer Ebene hat der Bundesrat per 1. Januar 2003 die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Kraft gesetzt. Sie regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. Weiter wurde die Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung, H + REKOLE, konkretisiert und zum Dritten wurde das schweizerische Projekt „SwissDRG“ aufgelegt. Im Rahmen von SwissDRG soll innerhalb von drei Jahren ein schweizweit anerkanntes Entgeltsystem für stationäre, akutesomatische Spitalaufenthalte definiert werden. Wesentliche Vorarbeiten auf dem Wege zu einem einheitlichen Entgeltsystem sind bereits geleistet. Am 20. September 2005 wird in Luzern das SwissDRG Forum 2005 durchgeführt. Eine Tagung, die als nationale Informations- und Diskussionsplattform ausgestaltet sein wird. Ein weiterer Meilenstein auf dem Wege zur Schaffung von erhöhter Kostentransparenz bildet die Trennung der Kosten für Lehre und Forschung von den Kosten der Dienstleistung im Rahmen des laufenden Projektes „Partnerschaftsverhandlungen“ zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Entwicklung verläuft insgesamt im Sinne des Postulates und dies, - erfreulicherweise und auch richtigerweise - auf gesamtschweizerischer Ebene.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Motion 2002/189 als erledigt abzuschreiben.

**6. Postulat Madeleine Göschke-Chiquet, Grüne Fraktion, vom 17. 10. 2002: Kenntnis der zukünftigen medizinischen Schwerpunktbildung in der Schweiz als Voraussetzung der regionalen Spitalplanung (2002/252)**

*Der medizinische Fortschritt führt zur Bildung von immer neuen Spezialgebieten. Damit ein Zentrumsspital die Akkreditierung für eine bestimmte Subspezialität erhält, sind gewisse jährliche Fallzahlen erforderlich. Dadurch sollen die Kompetenz und die Behandlungsqualität gesichert werden.*

*Um die notwendigen Fallzahlen zu erreichen, aber auch um kostentreibende Doppelspurigkeiten zu vermeiden, sind in der Schweiz Bestrebungen zu verstärkter Schwerpunktbildung im Gang. Zum Beispiel wurde gefordert, Organtransplantationen inskünftig nicht mehr an fünf sondern nur noch an zwei bis drei Zentren vorzunehmen. Ähnliche Überlegungen gelten der Herzchirurgie.*

*Eine regionale Spitalplanung ist nur möglich, wenn der zukünftige Leistungskatalog der Region bekannt ist.*

*Wir bitten den Regierungsrat zusammen mit Basel-Stadt zu prüfen und zu berichten, welche medizinischen Spezialitäten die Region in Absprache mit den andern Schweizer Zentrumskliniken in Zukunft anbieten wird.*

**Stellungnahme des Regierungsrates**

Das Postulat wurde in der Sitzung des Landrates vom 28. November 2002 überwiesen. Der Vorstoss knüpft an die damaligen Projektarbeiten bezüglich Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin auf gesamtschweizerischer Ebene an und ersucht den Regierungsrat zusammen mit Basel-Stadt zu prüfen und zu berichten, welche medizinischen Spezialitäten die Region in Absprache mit den anderen Schweizer Zentrumskliniken in Zukunft anbieten wird.

In der Zwischenzeit sind die Projektarbeiten zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) abgeschlossen und die Ratifikation in den Kantonen läuft. Mit dem Beitritt zur IVKKM geben die Kantone ihre Planungshoheit in gewissen Bereichen der hochspezialisierten Medizin zu Gunsten einer gemeinsam zu erstellenden Planung auf interkantonomer Ebene ab. Die Vereinbarung entfaltet damit ihre Wirkung vorab auf das Verhältnis zwischen den Kantonen, wird doch die hochspezialisierte Medizin in Zukunft auf der Ebene der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren geplant. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben am 12. April 2005 die Ratifikation in ihren Kantonen eingeleitet und ihren Parlamenten in einer gemeinsam erarbeiteten Vorlage den Beitrag zur IVKKM beantragt. Die IVKKM enthält keine abschliessende Definition des Begriffs „hochspezialisierte Medizin“. Sie regelt aber das Verfahren, wie die gemeinsam zu planenden Bereiche bestimmt werden. Voraussetzung für das Zustandekommen der Vereinbarung ist der Beitritt von 17 Kantonen, darunter zwingend die Kantone mit Universitätsspitalern (Schweizer Zentrumskliniken im Wortlaut des Postulates). Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft hoffen sehr, dass ihre Parlamente den Beitritt beschliessen werden. Die IVKKM ruft kaum grosse Veränderungen der Spitalversorgung in den beiden Kantonen hervor. Hingegen sind durch die angestrebte Bildung von nationalen Kompetenzzentren mit hochqualifizierten Teams Auswirkungen auf die Zukunft des Universitätsstandortes Basel wahrscheinlich. Das Universitätsspital Basel wird sich aufgrund der Vereinbarung in Zukunft mit anderen Universitäts- und Kantonsspitalern an der Aufgabenteilung im Bereich der Spitzenmedizin beteiligen. Im Gegenzug wird das Universitätsspital von den übrigen Kantonen der Schweiz als Erbringer der ihm in der gemeinsamen Planung zugewiesenen hochspezialisierten Leistungen anerkannt. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Versorgung der Bevölkerung mit

hochspezialisierten Leistungen auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hoch stehend erbracht werden kann.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, das Postulat 2002/252 als erledigt abzuschreiben.

## **7. Postulat der Sozialdemokratischen Fraktion vom 19. September 2002: Nordwestschweizerisches Gesundheitskonkordat (2002/229)**

*Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein prägender Faktor bei der Gestaltung der Akutspitalversorgung. In der Nordwestschweiz wirkt er sich in den heutigen, durch (Halb-)Kantonsgrenzen zersplitterten Strukturen als kostentreibende Aufrüstungs-, Ausbau- und Erhaltungsspirale in den miteinander um PatientInnen und Standorte konkurrierenden Akutspitalern aus.*

*Anstelle dieses kostentreibenden Modells soll in der Nordwestschweiz ein kosteneffizientes Modell der Kooperation und Koordination für die bedarfsgerechte Spitalversorgung treten. Dieses Modell soll planerisch, vertraglich und institutionell konsolidiert werden.*

*Der universitären Qualität und Kosteneffizienz abträglich ist zudem das für viele medizinische Disziplinen zu kleine Einzugsgebiet (Fallzahlen). Die im Dienste des Ausbildungs-, Forschungs- und Wirtschaftsstandortes Region Basel stehende medizinische Fakultät braucht ein genügend grosses Einzugsgebiet (1 bis 1.5 Mio. EinwohnerInnen). Dieses ist mit BL und BS nicht gegeben. Neben der Arbeitsteilung mit anderen medizinischen Hochschulen ist also die Ausweitung des Einzugsgebietes auf Teilgebiete der Nachbarkantone anzustreben.*

*Die mit der gemeinsamen Spitalliste und dem Projekt "Regionale Spitalplanung" bereits laufende koordinierte Vorgehensweise der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt und die Freizügigkeitsregelungen mit weiteren Nachbarkantonen sollen fortgeführt, institutionell gefestigt und schrittweise ausgebaut werden.*

*Wir bitten deshalb den Regierungsrat, gemeinsam mit den nordwestschweizerischen Nachbarkantonen die Bildung eines nordwestschweizerischen Gesundheitskonkordates zu prüfen.*

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Das Postulat wurde in der Sitzung des Landrates vom 28. November 2002 an den Regierungsrat überwiesen. Es wird festgestellt, dass sich der medizinisch-technische Fortschritt in den miteinander um Patientinnen und Patienten und Standorte konkurrierenden Akutspitalern in der Nordwestschweiz in den heutigen, durch „(Halb-) Kantonsgrenzen zersplitterten Strukturen“, als kostentreibende Aufrüstungs-, Ausbau- und Erhaltungsspirale auswirke. Anstelle dieses kostentreibenden Modells soll in der Nordwestschweiz ein kosteneffizientes Modell der Kooperation und Koordination für die bedarfsgerechte Spitalversorgung treten. Dieses Modell soll planerisch, vertraglich und institutionell konsolidiert werden. Der universitären Qualität und Kosteneffizienz abträglich sei zudem das für viele medizinische Disziplinen zu kleine Einzugsgebiet (Fallzahlen). Die im Dienste der Ausbildungs-, Forschungs- und Wirtschaftsstandortes Region Basel stehende medizinische Fakultät brauche ein genügend grosses Einzugsgebiet. Neben der Arbeitsteilung mit anderen medizinischen Hochschulen sei also die Ausweitung des Einzugsgebietes auf Teilgebiete der Nachbarkantone anzustreben. Die mit der gemeinsamen Spitalliste und dem Projekt „Regionale Spitalplanung“ bereits laufende koordinierte Vorgehensweise der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt und die Freizügigkeitsregelungen mit weiteren Nachbarkantonen sollen fortgeführt, institutionell gefestigt und schrittweise ausgebaut werden.

Der Regierungsrat wird ersucht, gemeinsam mit den nordwestschweizerischen Nachbarkantonen die Bildung eines nordwestschweizerischen Gesundheitskonkordates zu prüfen.



Im Spitalwesen bestehen Verträge zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Aargau, Solothurn und Jura. Der Kanton Basel-Stadt seinerseits ist vertraglich gebunden mit Basel-Landschaft, Aargau, Solothurn, Jura und Luzern. Bei den Verträgen oder Abkommen handelt es sich jeweils um bilaterale Regelungen. Das „Dach“ bzw. „die Dächer“ über den Verträgen bilden die gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft für die somatische Akutmedizin sowie die zusätzliche separate Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt und die zusätzliche separate Spitalliste für den Kanton Basel-Landschaft (ausserkantonale Vertragsspitäler, sowie Spitäler, die der psychiatrischen, geriatrischen oder rehabilitativen Versorgung dienen). Die Schaffung eines nordwestschweizerischen Gesundheitskonkordates, das heisst, eines einzigen Vertrages zwischen den Kantonen könnte eine langfristige Vision darstellen. Zum heutigen Zeitpunkt ist eine Konkretisierung jedoch nicht opportun, da der gesamtschweizerische Umbau des Gesundheitswesens mit den hängigen Revisionsarbeiten des KVG kein genügendes Fundament bilden würde. Zurzeit muss mit Mut zur Prioritätensetzung mit all den zur Verfügung stehenden Kräften an der Revision des KVG und an der verbesserten Steuerung des Spitalwesens gearbeitet werden, mit der Zielsetzung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, das Postulat 2002/229 als erledigt abzuschreiben.

#### **8. Postulat Sabine Stöcklin, Sozialdemokratische Partei, vom 16. Oktober 2003: Regulierung medizinischer Grossgeräte (2003/235)**

*Wir pflegen in der Schweiz im Gesundheitswesen ein gemischtwirtschaftliches System: Im Gesundheitsmarkt kommen sowohl staatliche als auch privatwirtschaftliche Anbieter von medizinischen Leistungen zum Zuge. In der stationären Versorgung arbeitet vornehmlich der Staat, in der ambulanten Versorgung arbeiten vor allem Privatpraxen. Die Kombination von wettbewerblichen Prinzipien, der Handels- und Gewerbefreiheit mit den regulierenden Eingriffen des Staates und der Solidargemeinschaft bringt ein hochentwickeltes und sozial ausgestaltetes Gesundheitswesen hervor. Dieses Gesundheitswesen entwickelt sich weiter, angetrieben unter anderem vom medizinisch-technischen Fortschritt. Von der Regulierungsseite her wird die 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) neue Rahmenbedingungen schaffen. Zur Zeit sind neue, wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung angesagt.*

*Im Bereich der medizinischen Grossgeräte (MRI, Nierensteinertrümmerer, Herzkatheterlabor etc.) ist eine Dynamik im Gange, die zu einem Überangebot und zu einer ungünstigen Allokation der Geräte führt. So ist es nicht patientInnenfreundlich, dass in den beiden Basler Halbkantonen von insgesamt sieben MRI-Anlagen vier Geräte in ambulatorischen Privatpraxen betrieben werden - mit den damit verbundenen Transporten. Eine Anlage hat ein Privatspital angeschafft. Lediglich drei Anlagen werden in den grossen öffentlichen Spitälern betrieben. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist es möglich, in ambulatorischen Praxen und Kleinspitälern medizinische Grossgeräte zu betreiben, die entweder schon in den grossen medizinischen Zentren stehen (Herzkatheteranlage, Nierensteinertrümmerer) oder zu stehen kommen sollten (MRI im Kantonsspital Liestal).*

*Andere Länder kennen für dieses Problem staatliche Regulative (Grossgeräteverordnungen). Auch bei uns besteht Handlungsbedarf.*

*Ich bitte den Regierungsrat, zu prüfen und zu berichten,*

- 1. wie im Bereich der medizinischen Grossgeräte sinnvolle Regulierungsmöglichkeiten geschaffen werden können;*
- 2. wie diese Regulative ausgestaltet werden können*

- a) in den beiden Basler Halbkantonen
- b) in der Gesundheitsregion Nordwestschweiz
- c) in der Schweiz;

3. ob er sich für diese Regulierungsmöglichkeiten einsetzen wird.

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Das Postulat wurde in der Sitzung des Landrates vom 1. April 2004 an den Regierungsrat überwiesen. Es wird festgestellt, dass im Bereich der medizinischen Grossgeräte (MRI, Nierensteinertrümmerer, Herzkatheterlabor etc.) eine Dynamik im Gange sei, die zu einem Überangebot und zu einer ungünstigen Allokation der Geräte führe. Der Regierungsrat wird aufgefordert zu prüfen und zu berichten, wie im Bereich der medizinischen Grossgeräte sinnvolle Regulierungsmöglichkeiten geschaffen werden können, wie diese Regulative ausgestaltet werden können in den beiden „Basler Halbkantonen“, in der Gesundheitsregion Nordwestschweiz, in der Schweiz, und schliesslich, ob der Regierungsrat sich für diese Regulierungsmöglichkeiten einsetzen wird.

Noch vor wenigen Jahren galt ein Computer Tomograph (CT) oder auch ein MRI als eigentliche Revolution in der Entwicklung der medizinischen Diagnostik. Heute gehört dieses Gerät zur Normalität. Die Handhabung der Geräte und die Auswertung der Untersuchungsergebnisse ist nicht mehr nur hochspezialisierten Teams vorbehalten ist. Angesprochen ist damit die medizinische und technische Entwicklung, die auch Fortschritte in der allgemeinen Diagnostik gebracht hat. Das geltende Krankenversicherungsgesetz bietet keine Handhabe für Markteingriffe in diesem Bereich. Steuerungsmöglichkeiten ergeben sich aufgrund einvernehmlicher und auf freiwilliger Basis vereinbarter Lösungen im Interesse einer wirtschaftlichen und qualitativ hoch stehenden Spitalversorgung. In der jüngeren Vergangenheit konnten in zwei Fragestellungen (Nierensteinertrümmerung und Herzkatheterlabor) solche Lösungen gefunden werden, was die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft darin bestärkt, diesen Weg gemeinsam mit den Privatspitälern der beiden Kantone weiterzugehen und auf regionale Regulative zu verzichten.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, das Postulat 2003/235 als erledigt abzuschreiben.

### **9. Motion der FDP-Fraktion vom 1. April 2004: Kooperationsmodell zur Erhaltung der medizinischen Fakultät (2004/090)**

*In seinem Strategiebericht Spitalversorgung ( "Hausaufgaben BL") spricht sich der Regierungsrat klar für den Erhalt der medizinischen Fakultät an der Universität Basel und für die selbstständige Weiterführung der drei Kantonsspitäler aus, d.h. Weiterführung der bewährten Zusammenarbeit (hochspezialisierte Versorgung am Zentrum in BS mit Schwerpunktbildung zwischen den Spitälern BL). Auf die Schaffung eines gemeinsamen Universitätsspitals bei der Basel soll verzichtet werden. Am UKBB soll festgehalten werden.*

*In Fachkreisen ist unbestritten, dass eine medizinische Fakultät auf ein Universitätsspital respektive mehrere Universitätsspitäler mit entsprechender Mindestgrösse und Ausstattung zurückgreifen können muss. Mit anderen Worten sind hochspezialisierte und universitäre Medizin in der Regel eng miteinander verbunden. Ausserdem ist zu Ausbildungszwecken auch eine entsprechende Anzahl an Fällen im Bereich von Grundversorgung und erweiterter Grundversorgung notwendig. Nur durch genügende Fallzahlen können Qualität in Behandlung und Ausbildung sichergestellt werden. Hinzu kommt, dass eine gute Positionierung der medizinischen Fakultät Basel im nationalen Umfeld wichtig und für den Standort NWCH von grosser Bedeutung ist.*

*Die FDP begrüsst den Willen der Regierung, für die ausserkantonalen, spitalstationären Behandlungen Wettbewerbsaspekte zu berücksichtigen, andererseits muss basierend auf dem Bericht "Hausaufgaben BL" ein Lösungsansatz entwickelt werden, mittels welchem dem Kanton BS die für den weiteren Betrieb des dortigen universitärmedizinischen Zentrums notwendigen Fallzahlen zur Verfügung stehen.*

*Will der Kanton BL auf der Dienstleistungsseite nun tatsächlich zum Erhalt der medizinischen Fakultät Basel beitragen, so ist es unerlässlich, sich im bisherigen Rahmen der Zusammenarbeit gegenüber dem Kanton BS längerfristig vertraglich zu verpflichten.*

*Am 1. April 2004 hat der Landrat den Landratsbeschluss zum Strategiebericht 2003/269 genehmigt. Dadurch wird der Regierungsrat beauftragt mit der Regierung BS einen gemeinsamen Bericht über die konkrete Umsetzung der Spitalversorgung zu erarbeiten und sich mit allen Kräften für den Erhalt der medizinischen Fakultät an der Universität Basel einzusetzen.*

*Aufgrund dieser Ausgangslage beauftragen wir den Regierungsrat, das nachstehende "Kooperationsmodell zur Erhaltung der medizinischen Fakultät" in den gemeinsamen Bericht mit BS " über die konkrete Umsetzung der Spitalversorgung" gemäss Landratsbeschluss vom 1. April 2004 Ziffer 2 als Lösungsvariante aufzunehmen:*

- 1. Damit die notwendigen Fallzahlen für das universitäre Zentrum erreicht werden können, verpflichtet sich der Kanton BL vertraglich, ein umschriebenes Leistungspaket zu noch auszuhandelnden Konditionen beim Kanton BS einzukaufen. Der Leistungseinkauf, beruhend auf den Erfahrungszahlen der letzten Jahre, bezieht sich auf die erweiterte Grundversorgung und die hochspezialisierte Medizin.*
- 2. Die Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal sind in die Lehre und Forschung der medizinischen Fakultät einzubeziehen.*
- 3. Die Privatspitäler sind in die Überlegungen unter Punkt 1 und 2 einzubeziehen und gemäss KVG angemessen zu berücksichtigen.*

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Am 1. April 2004 reichte die FDP-Fraktion unter Leitung von Landrat Paul Schär eine Motion bezüglich "Kooperationsmodell zur Erhaltung der Medizinischen Fakultät" ein. Sie wurde vom Landrat am 9. September 2004 an den Regierungsrat überwiesen. Der Landrat modifizierte dabei die Ziffer 3 wie folgt: „Die Privatspitäler sind in die Überlegungen einzubeziehen und gemäss KVG angemessen zu berücksichtigen.“

Die Motion verlangt, dass Baselland sich verpflichten soll, gewisse Kapazitäten des Universitätsspitals Basel - USB - (beruhend auf den Erfahrungszahlen der letzten Jahre) verbindlich in Anspruch zu nehmen.

Das seit 1993 gültige Spitalabkommen regelt die Abgeltung der medizinisch bedingten Spitalbehandlungen zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt bei der Behandlung ausserkantonomer Patientinnen / Patienten.

Das Abkommen bezieht sich auf die stationäre Behandlung grundversicherter Patientinnen / Patienten nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Sie dürfen sich grundsätzlich nur in den vom Abkommen vorgesehenen Fällen (medizinisch bedingte Indikationen) im anderen Kanton stationär behandeln lassen.

Zusatzversicherte Personen nach VVG (Versicherungsvertragsgesetz), also Privatversicherte, Halbprivatversicherte und Grundversicherte mit Zusatz „Spitalbehandlung ganze Schweiz“ haben grundsätzlich die Wahlfreiheit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern auch ausserhalb ihres Wohnsitzkantons. Das Abkommen findet somit auf ihre Be-

handlung keine Anwendung. Privatversicherte Personen, die aus medizinischen Gründen gemäss Artikel 41.3 KVG zur Behandlung ins Universitätsspital Basel eintreten müssen, werden separat abgegolten. Spitalambulante Behandlungen sind dem Abkommen nicht unterstellt. Hier besteht innerhalb der Schweiz volle Freizügigkeit.

Das Abkommen regelt somit die stationäre Versorgung für grundversicherte Personen aus dem anderen Vertragskanton in folgenden Fällen:

- Behandlungen gemäss den in den Listen in Anhang III (Erwachsenenmedizin) und Anhang IV (Pädiatrie) enthaltenen Behandlungsmethoden unterstanden ursprünglich dem Abkommen. Anhang IV ist am 14. Februar 2000 mit Wirkung ab 14. Februar 2000 aufgehoben worden. Er ist durch die Schaffung des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) überflüssig geworden, da durch die bikantonale Trägerschaft eine volle Freizügigkeit für Patientinnen / Patienten aus Basel-Landschaft und Basel-Stadt besteht.
- Notfallbehandlungen sind für die ersten beiden Hospitalisierungstage gemäss Abkommen abzugelten. Hernach wird gemäss der Liste im Anhang III entschieden, ob die ausserkantonale Behandlung fortgesetzt oder aber die betroffene Patientin / der betroffene Patient in ein Spital seines Wohnsitzkantons verlegt wird. Im Rahmen solcher Verlegungsentscheide wird in der Praxis auch auf den Gesundheitszustand und den Therapieverlauf abgestellt.

Im ersten Jahr des neuen Abkommens, dem Jahre 1993, bezog der Kanton Basel-Landschaft Leistungen im Umfang von 9'296 Pflagetagen und bezahlte diese Leistungen mit 9,115 Mio. CHF. Im Zehnjahresvergleich, also dem Jahre 2003 belaufen sie die Zahlen auf 9'554 Pflagetage bei einem bereinigten Jahresaufwand von 13,503 Mio. CHF. Ab dem Jahre 2000 wurde die Abgeltung im Bereiche der Herzoperationen und Transplantationen auf Fallpauschalen umgestellt. Der Aufwand für die bezogenen Leistungen in diesem Bereich im Jahre 2003 belief sich auf 6,872 Mio. CHF, so dass sich der gesamte Leistungsbezug im Rahmen des Spitalabkommens im Jahre 2003 auf rund 20 Mio. CHF belief. Zusätzlich bezieht der Kanton Basel-Landschaft Leistungen, die über den sogenannten Artikel 41.3 des Krankenversicherungsgesetzes (medizinisch bedingte ausserkantonale Patienten) abgewickelt werden (Leistungsbezug durch Basel-Landschaft von rund 5,3 Mio. CHF im Jahre 2003 für halbprivat und privatversicherte Patientinnen und Patienten). Der Entscheid der beiden Regierungen, an der Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel festzuhalten, hat hohe Bedeutung für die partnerschaftliche Zusammenarbeit und die Positionierung der Region Nordwestschweiz im Rahmen der gesamtschweizerischen Gesundheitsversorgung und der universitären Lehre und Forschung. Er bedeutet insbesondere, dass der Leistungsbezug des Kantons Basel-Landschaft, wie er sich in den letzten 10 Jahren präsentiert, als Konstante für die quantitative Dimensionierung des zentrumsmedizinischen Leistungsangebotes dienen kann.

Dieser – zugegebenermassen wenig detaillierte – Zehnjahresvergleich zeigt, dass die Partnerschaft der beiden Basel im Bereich des Spitalabkommens tragfähig war und auch heute noch ist. Sie soll weitergeführt werden und findet ihre Ergänzung durch die Rahmen der laufenden Partnerschaftsverhandlungen BS/BL vereinbarte gemeinsame Trägerschaft der Universität Basel unter Einbezug der Medizinischen Fakultät.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Motion 2004/090 als erledigt abzuschreiben.

## **10. Motion von Madeleine Göschke vom 9. September 2004: Zwei neue Grossspitäler auf engstem Raum? (2004/208)**

*Felixplatter- und Bruderholzspital gemeinsam planen und bauen*

*An der Tagung in Bad-Bubendorf vom 20. und 21. August unter dem Titel: "Partnerschaft im Gesundheitswesen beider Basel - eine Utopie?" haben sich beide Kantonsregierungen für eine regionale Spitalplanung ausgesprochen. Wir brauchen eine echte, integrierte regionale Bedarfsplanung, so lautete der Tenor.*

*Nun besteht Gelegenheit, den Worten auch Taten folgen zu lassen.*

*Nach über 30 Jahren sind sowohl das Bruderholzspital wie auch das Felixplatterspital renovations- oder ersatzbedürftig. Wahrscheinlich kommt ein Neubau in beiden Fällen billiger zu stehen. Der Kostendruck im Gesundheitswesen zwingt beide Basel zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten. Den vor rund 30 Jahren erfolgten Alleingang beim Bau von Felixplatter- und Bruderholzspital können wir uns heute kaum mehr leisten.*

*Mit flexibler Bauweise und Einrichtung kann ein gemeinsames Spital später geänderten demographischen und medizinischen Verhältnissen angepasst werden. Dies hat die Projektierung des gemeinsamen Kinderspitals beider Basel gezeigt.*

*Nach den Worten des Basler Sanitätsdirektors Carlo Conti steht die Türe für eine gemeinsame Planung "weit offen". Nun ist die Baselbieter Regierung eingeladen auf dieses Angebot zu reagieren.*

*Wir bitten den RR mit der Weiterführung von Bau- und Planungsarbeiten beim Bruderholzspital zuzuwarten bis geprüft ist, ob an Stelle eines neuen Bruderholzspitals und eines neuen Felixplatterspitals ein gemeinsames Spital z.B. auf dem Bruderholz gebaut werden kann.*

### **Stellungnahme des Regierungsrates**

Im Anschluss an die Tagung in Bad Bubendorf vom 20./21. August 2004 überwiesen Landrat bzw. Grosser Rat zwei Motionen an ihre Regierungen, die sich mit dem Themen Felix Platter-Spital bzw. Bruderholzspital befassten. Beide Motionen (im Landrat Motion M. Göschke und im Grossen Rat Motion U. Müller) beinhalteten die Frage, ob es sinnvoll sei, zwei neue Grossspitäler auf engstem Raum unabhängig voneinander zu planen, und forderten eine gemeinsame Planung der beiden Spitäler.

Die Motion von Madeleine Göschke wurde in der Landratssitzung vom 13. Januar 2005 behandelt. Der Regierungsrat erklärte sich bereit, den Vorstoss in Form eines Postulates entgegenzunehmen. Diesem Antrag ist der Landrat gefolgt. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt wiederum beantragte dem Grossen Rat Umwandlung der Motion Urs Müller in einen Anzug und deren Überweisung. Diesem Antrag hat der Grosse Rat in seinem Beschluss Nr. 05/11/41G vom 16. März 2005 Folge geleistet.

Im vorliegenden Bericht findet sich ein ausführliches Kapitel über die Situation im Bereiche der stationären Versorgung.

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Motion 2004/208 als erledigt abzuschreiben.

## II. Basel-Stadt

### 1. Anzug Silvia Schenker und Konsorten betreffend Gesundheitsplanungsstelle beider Basel resp. NWCH

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 4. Dezember 2002 den nachstehenden Anzug Silvia Schenker und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen:

„Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein prägender Faktor bei der Gestaltung der Akutspitalversorgung. In der Nordwestschweiz wirkt er sich in den heutigen, durch (Halb)Kantonsgrenzen zersplitterten Strukturen als kostentreibende Aufrüstungs-, Ausbau- und Erhaltungsspirale in den miteinander um Patient/innen und Standorte konkurrierenden Akutspitalern aus.

Anstelle dieses kostentreibenden Modells soll in der Nordwestschweiz ein kosteneffizientes Modell der Kooperation und Koordination für die bedarfsgerechte Spitalversorgung treten. Die mit der gemeinsamen Spitalliste und dem Projekt "Regionale Spitalplanung" bereits laufende koordinierte Vorgehensweise der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt soll fortgeführt, institutionell gefestigt und schrittweise ausgebaut werden.

Die Planungseinheit der Gesundheitsgrosregion Nordwestschweiz ist eine visionäre Grösse.

Wir bitten deshalb den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten, ob er bereit ist

1. gemeinsam mit dem Kanton Baselland eine Gesundheitsplanungsstelle beider Basel einzurichten (ähnlich der Regionalplanungsstelle beider Basel).
2. in einem zweiten Schritt die nordwestschweizerischen Nachbarkantone zur Mitwirkung ein einer Gesundheitsplanungsstelle Nordwestschweiz einzuladen."

### 2. Postulat der SP-Fraktion vom 19. September 2002: Gesundheitsplanungsstelle beider Basel resp. NWCH (2002/227)

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft hat an seiner Sitzung vom 28. November 2002 ein gleichlatendes Postulat abgelehnt.

#### Beantwortung ad 1. und 2.

Wie den Ausführungen im vorliegenden Bericht zu entnehmen ist, sind die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt der klaren Überzeugung, dass die gemeinsame Versorgungsplanung und die damit einhergehende gemeinsame Spitalliste fortgeführt und weiterbearbeitet werden muss. Im Lichte des Volksentscheids im Kanton Basel-Landschaft vom 16. Mai 2004 (Partnerschaftsinitiative) kann ein umfassender, operativer Verbund im Bereich der stationären Spitalversorgung als kurz- bis mittelfristiges Ziel nicht ins Auge gefasst werden. Demgegenüber ist die bereits erwähnte gemeinsame strategische Planung des regionalen Versorgungsangebotes (strategischer Verbund) als kurz- bis mittelfristige Lösung weiterzuverfolgen. Die diesbezügliche Zusammenarbeit zwischen den Fachdepartementen funktioniert partnerschaftlich und äusserst effizient. Aus diesem Grund ist es derzeit nicht angezeigt, eine zusätzliche, gemeinsame Verwaltungseinheit zu schaffen. Dies einerseits, weil dieser Stelle zum jetzigen Zeitpunkt in Ermangelung gemeinsamer operativer Planungsaufträge kein klares Tätigkeitsfeld zugewiesen werden könnte. Andererseits wäre die Schaffung einer solchen Stelle mit nicht unerheblichen Zusatzkosten verbunden und würde aus Sicht der beiden Kantone je eine neue Schnittstelle schaffen bzw. zu einer Dreieckskonstellation führen, welche die gut funktionierenden, kurzen Verbindungswege und die damit einhergehende effiziente Kooperation erschweren würde.

Sollte es demgegenüber zu einem späteren Zeitpunkt zur Schaffung eines operativen Verbundes mit aus der Kantonalen Verwaltung herausgelösten Spitälern kommen, so wäre die Einführung einer bikantonalen Koordinationsstelle respektive einer gemeinsamen Steuerungsinstanz als Option nochmals zu prüfen.

Im Lichte dieser Ausführungen wird dem Grossen Rat beantragt, den Anzug Silvia Schenker und Konsorten sowie das Postulat der SP-Fraktion als erledigt abzuschreiben.

### **3. Anzug Maria Iselin und Konsorten betreffend Fusion der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Basel und Bern**

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 23. Oktober 2002 den nachstehenden Anzug Maria Iselin und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen.

„Die wirtschaftliche und politische Lage der Medizinischen Fakultäten der Schweiz hat sich innerhalb von 10 Jahren dramatisch verschlechtert. Dies erfüllt all Jene mit Sorge, welche als Kundinnen und Kunden der Medizinischen Fakultäten

- a) auf deren aktive Forschungstätigkeit angewiesen sind, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen anzubieten b) Absolventinnen und Absolventen dieser Fakultäten als Mitarbeitende beschäftigen und auf deren von den Fakultäten zu gewährleistende Berufsbefähigung angewiesen sind;
- b) Als Steuerzahlende und Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer die Last des Aufwandes für die Medizinischen Fakultäten mitzutragen haben;
- c) Als Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger in Politik und Wirtschaft nach Mitteln und Wegen suchen müssen, um diese für das Prestige der Schweiz als Forschungs-, Lehr- und Dienstleistungs-Standort bedeutsamen Institutionen führen zu können.

Die schwierige Lage der Medizinischen Fakultät der Universität Basel ergibt sich aus der Tatsache, dass diese sich in einem von der Bevölkerungszahl zu kleinen und überdies politisch übersegmentierten Umfeld (der Nordwestschweiz) behaupten muss. Überdies hat die allzu enge Verflechtung der Medizinischen Fakultät mit dem schwer fuhrbaren Dienstleistungsbereich der Kantonsspitäler und der traditionsreiche, zwar erwünschte, aber schlecht kontrollierbare und letztlich ungesicherte Zufluss von Drittmitteln aus der pharmazeutischen Industrie in eben diese Fakultät die inneruniversitäre Solidarität seit jeher stark belastet und zu nachvollziehbaren Klagen von Seiten der übrigen Fakultäten über eine (wirkliche oder auch nur vermutete) Bevorzugung der Medizin Anlass gegeben. Schliesslich verfügen heute weder die Universität Basel noch deren Medizinische Fakultät über eine politische Lobby.

Die Lage wird durch den Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts, die Spitalfinanzierung durch die Öffentliche Hand im Bereich der Zusatzversicherung betreffend, und dessen Auswirkungen auf die kantonalen Finanzen noch erheblich verschärft, und die Zeichen stehen definitiv auf Sturm seit der Ankündigung der Firma Novartis, ihren pharmazeutischen Forschungsschwerpunkt in die U.S.A. zu verlegen. Nun kommt, gemäss eines Berichts der "NZZ am Sonntag" vom 19. Mai 2002, die in Bern aufgeworfene Frage nach einer Schliessung der dortigen medizinischen Fakultät als weiteres Krisen-Element hinzu. Diese Situation bietet dem Kanton Basel-Stadt, seiner Universität und seiner Medizinischen Fakultät die einmalige Chance, aus der Defensive in die Offensive zu gehen.

Eine Fusion der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Basel und Bern würde nicht nur den beiden Hochschulen, die ja bereits in anderen Bereichen, so z.B. bei den Universitätsbibliotheken, eine hervorragende und ausgesprochen kundenorientierte Kooperation aufgebaut haben, Gelegenheit bieten, ihre Zusammenarbeit konsequent auszubauen und strukturell zu vertiefen, sie würde auch die für den Betrieb einer Medizinischen Fakultät erforderliche minimale demographische Basis (1 Million Einwohner) vermitteln. Darüber hinaus würde eine Fusion der beiden Fakultäten ein erfolgversprechendes Gegenmodell zur von Staatssekretär Kleiber vorgeschlagenen, extrem etatistischen und deshalb in der schweizerischen Realität chancenlosen Schaffung einer eidgenössischen Medizinischen Einheits-Fakultät hervorbringen. Das Synergie-Potential einer Fusion der beiden Fakultäten ist nicht zu

unterschätzen. Bern war in den vergangenen dreissig Jahren führend im Bereich der Ausbildungs- und Examensforschung, verfügt über ein Zentrumsspital mit einer unternehmerisch wesentlich unabhängigeren Trägerschaft als Basel (der Insel-Stiftung) und über für Basel interessante Forschungsschwerpunkte z.B. im Bereich der Klinischen Pharmakologie, insbesondere der Hepatologie aber auch der Reproduktionsforschung, um nur einige Stichworte zu nennen.

Wir ersuchen deshalb die Regierung, zu prüfen und zu berichten:

- 1) Ob und auf welche Weise innerhalb möglichst kurzer Frist eine Fusion der Medizinischen Fakultäten der Universität Basel und der Universität Bern erreicht werden könnte, sei es durch Ausgliederung der Medizinischen Fakultäten aus ihren Universitäten, sei es durch einen Kooperationsvertrag zwischen den Universitäten Basel und Bern
- 2) Welche Schritte notwendig und hinreichend wären, um eine derartige überregionale medizinische Fakultät mit den notwendigen Kompetenzen auszustatten, damit diese eine Führungsfunktion in der klinischen, der epidemiologischen und der gesundheitsökonomischen Forschung und der universitären Ausbildung der Berufe des Gesundheitswesens übernehmen kann
- 3) Welche Massnahmen erforderlich wären, um eine wirksame und nachhaltige Entflechtung der Finanzierung der Medizinischen Fakultät einerseits und derjenigen der stationären Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens andererseits sicherzustellen
- 4) Welche Entlastung der Staatsfinanzen der bisherigen Trägerkantone, nämlich der Beiden Basel und des Kantons Bern, erwartet werden kann
- 5) Welche Möglichkeiten zur Erweiterung der Trägerschaft, insbesondere durch Einbezug der Kantone Aargau, Luzern, Solothurn und Jura, bestehen
- 6) Mit welchem Vorgehen und in welcher Höhe Bundesmittel für die Schaffung einer solchen überregionalen Medizinischen Fakultät verfügbar gemacht werden können

## Beantwortung

Aus den Darlegungen im vorliegenden Bericht und insbesondere im Lichte der jüngsten Entwicklung zur interkantonalen Planung im Bereich Spitzenmedizin ergibt sich eindeutig, dass eine Fusion zwischen den medizinischen Fakultäten Bern und Basel keine umfassende Lösung der bestehenden Probleme bringt, sondern vielmehr neue Probleme schaffen bzw. bestehende Risiken erhöhen würde.

Dies, weil eine Fusion der beiden Fakultäten für Basel zu einem Verlust an Autonomie und Steuerungskompetenz führen und das universitär-medizinische Angebot ganz (bei einem Einstandortbetrieb in Bern) bzw. zumindest teilweise zum Verschwinden bringen würde. Vom Aspekt der Wirtschaftlichkeit her betrachtet wäre der Zweistandortbetrieb einer fusionierten Fakultät Bern-Basel nicht die optimalste Lösung, sodass die Anregungen der Anzugstellerin bei einem allfälligen Entscheid zugunsten des Standortes Bern zu einem vollständigen Verschwinden der universitären Medizin aus Basel führen könnten. Dass dies keinesfalls im Interesse des Bildungs-, Wirtschafts- und Forschungsstandortes Basel sein kann und mithin erhebliche volkswirtschaftliche Auswirkungen haben würde, ergibt sich aus den Ausführungen sub Bst. E dieses Bericht.

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Bestrebungen der Kantone Bern und Basel auf Bundesebene im Rahmen des Projektes „universitäre Medizin Schweiz“ nun zur Festlegung auf ein Fünfstandortekonzept (medizinische Fakultäten in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich) geführt haben. Diese Lösung hat auch erheblichen Einfluss auf die weiteren Entscheidungen in Bezug auf die Verteilung des spitzenmedizinischen Angebotes in unserem Land. Sollte der Kanton Basel-Stadt ganz oder teilweise auf sein universitär-medizinisches Angebot verzichten (müssen), so würde dies auch die spitzenmedizinische Dienstleistung in unserer Region gefährden.

Demgegenüber sind die grundsätzlichen Anliegen der Anzugstellerin nachvollziehbar und bedürfen einer entsprechenden Bearbeitung. In Bezug auf die Entflechtung der Kosten für



Dienstleistung und Lehre/Forschung kann auf den diesem Bericht beiliegenden Schlussbericht des Nachfolgeprojekts TP 2 „Regionale Spitalplanung“ verwiesen werden. Daraus ergibt sich, dass die Ausscheidung der Kosten für medizinische Lehre und Forschung vollzogen ist und somit die entsprechende Transparenz hergestellt werden konnte (siehe sub Bst. G, Ziff. V. dieses Berichtes).

Im Weiteren laufen derzeit im Projekt „Medizin Bern Basel“ (siehe hierzu sub Bst. F, Ziff. IV. des Berichtes) intensive Arbeiten in Bezug auf die Eliminierung von Doppelspurigkeiten und Schaffung von Synergien im universitär-medizinischen Angebot der beiden Kantone.

Im Lichte dieser Ausführungen wird dem Grossen Rat beantragt, den Anzug Maria Iselin und Konsorten als erledigt abzuschreiben.

#### **4. Anzug Rudolf Vonder Mühl und Konsorten betreffend Kostentransparenz in der klinischen Medizin**

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat in seiner Sitzung vom 15. September 1999 den nachstehenden Anzug Rudolf Vonder Mühl und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen:

„In der klinischen Medizin fehlt heute eine klare Trennung zwischen dem Aufwand für Lehre und Forschung (Universitätsbereich) einerseits und für Dienstleistungen (Spitalbereich) andererseits. So schreibt der Leiter des Rechnungswesens und Controlling des Sanitätsdepartements, Dr. H. Grundmann, im Saninfo vom Dezember 1997: "Die mit Spitalaufenthalten verbundenen Ausgaben sollten aufgeteilt werden in Ausgaben, die rein Patientenbezogen sind und Ausgaben, die für Lehre und Forschung sowie Berufsbildung gemacht werden. Leider gibt es bis heute noch kein etabliertes Verfahren, das eine genaue Bestimmung der Kosten für Lehre und Forschung erlaubt."

Dies verunmöglicht es, das Budget des klinisch-medizinischen Bereichs der Universität vom Budget des Gesundheitsdepartement zu trennen. Insbesondere ist es unbefriedigend, wenn der Aufwand für Lehre und Forschung als Prozentsatz der durch universitätsfremde Faktoren bestimmten Spitalkosten bestimmt wird, während die Leistungen des Kantons Baselland an die klinische Lehre und Forschung im jährlichen Beitrag dieses Kantons an die Universität Basel eingeschlossen sind (§ 5 des Universitätsvertrages Basel-Stadt/Baselland vom 30. März 1994).

Weiter schreibt das Gesundheitsdepartement, dass die neue interkantonale Universitätsvereinbarung ab diesem Jahr gestaffelt bis 2003 deutliche Mehreinnahmen bringen wird, nämlich pro ausserkantonalen Medizinstudierenden heute ca. Fr 9'000.-, im Jahre 2003: Fr. 46'000.-. In Basel-Stadt werden die Kosten der klinischen Lehre und Forschung anders als in anderen Hochschulkantonen aus dem Budget des Sanitätsdepartements bezahlt. Dafür erhalten die Spitäler bisher auch die Nettoeinnahmen für ausserkantonale Medizinstudentinnen und Studenten gutgeschrieben. Bei gleichbleibender Anzahl ausserkantonalen Studierender wird die neue Vereinbarung Mehreinnahmen im Jahre 2000 von rund 5,4 Mio Fr. und ab 2002 von 9,1 Mio Fr. bewirken.

Neue und innovative Mechanismen zur Trennung der Kosten von Lehre und Forschung und der Dienstleistungen sind notwendig und in Zusammenarbeit mit dem Kanton Baselland zu erarbeiten. Insbesondere sind die Studentenzahlen und Unterrichtsstunden, sowie Zahl und Umfang der Forschungsprojekte angemessen zu berücksichtigen.

Die Unterzeichnenden bitten die Regierung, zu prüfen und zu berichten, ob

- klare Kriterien für die Ausscheidung der in den Kantonsspitalern anfallenden Kosten für Lehre und Forschung einerseits und für Dienstleistungen andererseits geschaffen werden können und ob
- der Universität die Budgetverantwortung für den Anteil Lehre und Forschung im klinischen Bereich übergeben werden kann."

## Beantwortung

Am 11. Februar 2003 hat der Regierungsrat den Bericht des Gesundheitsdepartements vom 28. Januar 2003 zur Ausfertigung und Weiterleitung an den Grossen Rat genehmigt. Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 19. März 2003 entschieden, den Anzug stehen zu lassen. Der Regierungsrat hat am 25. März 2003 den Anzug zur erneuten Berichterstattung mit Frist bis zum 31. Januar 2005 an das Gesundheitsdepartement überwiesen.

Den Anliegen des Anzugstellers ist durch das Vorlegen des Schlussberichts Nachfolgeprojekt TP 2 „Regionale Spitalplanung“ und die entsprechende Validierung der dort erhobenen Zahlen und Daten im Rahmen des Projektes Partnerschaftsverhandlungen umfassend Rechnung getragen worden.

Im Lichte dieser Ausführungen wird dem Grossen Rat beantragt, den Anzug Rudolf Vonder Mühl und Konsorten als erledigt abzuschreiben.

### **5. Anzug Dr. Hans-Peter Wessels und Konsorten betreffend eine neue Struktur für die Medizinische Fakultät der Universität Basel vom 22. Oktober 1997**

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat in seiner Sitzung vom 22. Oktober 1997 den nachstehenden Anzug Dr. Hans-Peter Wessels und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen:

„Im Bereich der Medizinischen Fakultät bestehen vier strukturelle Grundprobleme, die in den letzten Jahrzehnten immer wieder zur Diskussion Anlass gaben. Erstens besteht keine Kostentransparenz, weil die Abgrenzung zwischen klinischer Lehre und Forschung und medizinischer Dienstleistung unklar ist. Zweitens unterscheiden sich die Bedürfnisse der klinischen Lehre und Forschung oft von den Bedürfnissen im Dienstleistungsbereich, was zu Zielkonflikten führt. Drittens ist das Einzugsgebiet des Kantonsspitals Basel-Stadt zu klein für eine Medizinische Fakultät, was eine qualitativ hochstehende Lehre und Forschung erschwert. Viertens ist die Zusammenarbeit mit anderen Universitäten ungenügend, wodurch mögliche Synergieeffekte nicht realisiert werden können.

Zwar sind in den letzten Jahren sowohl bei der Kostentransparenz, bei der Koordination zwischen universitären Bedürfnissen und Erfordernissen des Gesundheitswesens wie auch bei der Ausdehnung des Einzugsgebiets der Fakultät Fortschritte erzielt worden, doch besteht die Grundproblematik unverändert weiter.

Unter der Voraussetzung, dass die Medizinische Fakultät in den nächsten Jahren nicht geschlossen wird, sollte die Strukturreform an der Universität Basel zum Anlass genommen werden, auch die Strukturen der kostenintensivsten Fakultät zu überdenken. Die neu gewonnene Autonomie bietet die Chance zu einem innovativen Ansatz, wonach die Universität mit den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, mit anderen öffentlichen oder privaten Spitalträgerschaften sowie mit weiteren Leistungserbringenden künftig selbständig Verträge über die klinische Lehre und Forschung der Universität übertragen und ihr Globalbudget integriert werden. Unter der Voraussetzung, dass der Markt spielt, könnten dadurch

- die Kostentransparenz sichergestellt,
- die Erweiterung des Einzugsgebiets erleichtert,
- die Bedürfnisse der Universität und des Gesundheitswesens insgesamt besser befriedigt sowie
- Anreize zur verstärkten Zusammenarbeit mit anderen Universitäten geschaffen werden.

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner ersuchen die Regierung, die oben skizzierte neue Struktur für die Medizinische Fakultät der Universität Basel zu prüfen und dem Grossen Rat Bericht zu erstatten.“

## Beantwortung

Mit Bericht vom 28. Mai 2002 hat der Regierungsrat zum Anzug Dr. Hans-Peter Wessels Stellung genommen und darin festgehalten, dass sich seit Dezember 2001 drei bikantonale Projektgruppen mit der gemeinsamen Spitalplanung näher auseinandersetzen und aus den Projektarbeiten Erkenntnisse in Bezug auf die in den beiden Anzügen vertretenen Anliegen zu erwarten seien.

Der Grosse Rat hat mit Beschluss vom 26. Juni 2002 von der Antwort des Regierungsrates vom 28. Mai 2002 zum Anzug Dr. Hans-Peter Wessels Kenntnis genommen und den Anzug, in Anbetracht des mit dem Projekt Regionale Spitalplanung verbundenen Zeitbedarfs, in Übereinstimmung mit dem Antrag des Regierungsrates, stehen gelassen.

Analog zur vorstehenden Beantwortung des Anzugs Vonder Mühl und Konsorten kann auch hier auf die mittlerweile vollständig durchgeführte Kostenentflechtung für Dienstleistung / Lehre und Forschung im Rahmen des Schlussberichtes Nachfolgeprojekt TP 2 „Regionale Spitalplanung“ und im Rahmen des Projekts Partnerschaftsverhandlungen verwiesen werden.

Hinzu kommt, dass den Anliegen des Anzugsstellers in Bezug auf strukturelle Themen im Rahmen der Harmonisierung der Curricula (Bologna-Reform) weitgehend Rechnung getragen worden ist.

Des Weiteren werden die derzeit noch laufenden Projekte „Universitäre Medizin Schweiz“ (siehe sub Bst. F, lit. III. dieses Berichtes) und das Projekt „Medizin Bern Basel“ (siehe sub Bst. F, lit. IV. dieses Berichtes) definitiv die notwendige Vernetzung der Medizinischen Fakultät Basel innerhalb unseres Landes und deren Einbettung in ein einheitliches Ausbildungskonzept im Bereich der Medizin erreichen.

Im Lichte dieser Ausführungen wird dem Grossen Rat beantragt, den Anzug Dr. Hans-Peter Wessels und Konsorten als erledigt abzuschreiben.

## 6. Anzug Richard Widmer und Konsorten betreffend neue Rechtsform für das Kantonsspital

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat an seiner Sitzung vom 9. Februar 2000 den nachstehenden Anzug Richard Widmer und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen:

„In der Grossratssitzung vom 20. Oktober 1999 wurde der Ratschlag Nr. 8933 über ein Gesetz betreffend die Organisation des Kantonsspitals als selbständig öffentlich-rechtliche Institution des Kantons Basel-Stadt an den Regierungsrat zurückgewiesen. Die Probleme sind damit nicht gelöst. Im Gegenteil: Je länger das KBS in den ungenügenden heutigen Strukturen bleiben muss, desto schwieriger wird es, sich in den fundamental geänderten Rahmenbedingungen (neues KVG, Konkurrenzverhältnisse, Finanzierungsprobleme etc.) im Gesundheitswesen behaupten zu können. Eine Anpassung der Strukturen in Richtung der im Ratschlag aufgezeigten Lösungen ist dringend. Der Hauptgrund für die Rückweisung liegt wohl im Nichtvorhandensein der Entwürfe für einen Leistungsauftrag und für die konkrete Ausgestaltung des Globalbudgets für das KBS. Die Arbeiten am Leistungsauftrag und am Globalbudget sind deshalb aufzunehmen, bzw. prioritär weiterzuführen. Die Unterzeichnenden ersuchen den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten, ob ein Zeitplan aufgestellt werden kann, wonach wenn immer möglich die neue Rechtsform - wie ursprünglich vorgesehen - per 1. Januar 2001 in Kraft treten kann.“

Mit Bericht vom 28. Mai 2002 hat der Regierungsrat zum Anzug Richard Widmer Stellung genommen und darin festgehalten, dass sich seit Dezember 2001 drei bikantonale Projektgruppen mit der gemeinsamen Spitalplanung näher auseinandersetzen und aus den Projektarbeiten Erkenntnisse in Bezug auf die in den beiden Anzügen vertretenen Anliegen zu erwarten seien.

Der Grosse Rat hat mit Beschluss vom 26. Juni 2002 von der Antwort des Regierungsrates vom 28. Mai 2002 zum Anzug Richard Widmer Kenntnis genommen und den Anzug, in Anbetracht des mit dem Projekt Regionale Spitalplanung verbundenen Zeitbedarfs, in Übereinstimmung mit dem Antrag des Regierungsrates, stehen gelassen.

## **7. Anzug Dr. Andreas Burckhardt und Konsorten betreffend Verselbständigung des Kantonsspitals Basel-Stadt**

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat an seiner Sitzung vom 12. November 2003 den nachstehenden Anzug Dr. Andreas Burckhardt und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen.

„Das KVG setzt alle Spitäler, auch diejenigen, welche in staatlichem Besitz sind, dem Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern, bzw. mit anderen Spitalern aus. Die Spitäler sollen Kooperationen eingehen, d.h. untereinander Verträge abschliessen. Um diesem Auftrag gerecht zu werden, ist eine erhöhte Selbständigkeit der Spitäler notwendig, welche ihnen erlaubt, ihre Dienstleistungen laufend zu überprüfen und sich rasch und flexibel den immer neuen Anforderungen des Gesundheitswesens anzupassen.

Im Falle des Kantonsspitals Basel-Stadt besteht heute eine Organisationsstruktur, welche eine teilweise selbständige Betriebsführung voraussetzt. Vorgegeben durch das Sanitätsdepartement sind die strategischen Ziele, gestützt auf einen Leistungsbeschrieb, sowie der maximale Beitrag des Kantons an die ungedeckten Kosten des Spitalbetriebes. Weiter hat der Regierungsrat Kompetenzen im personellen Bereich sowie betreffend Investitionen. Im Rahmen dieser Bedingungen muss das Kantonsspital schon heute seinen Auftrag selbständig erfüllen. Diese Selbständigkeit entspricht aber nicht dem juristischen Status des Spitals. Das Kantonsspital Basel-Stadt ist immer noch eine Verwaltungsabteilung des Kantons und hat keine eigene Rechtspersönlichkeit. Juristisch wäre immer noch eine direkte Einflussnahme des Regierungsrates, des Sanitätsdepartementes oder des Parlamentes ins Tagesgeschäft möglich.

Im Kanton Basel-Stadt ist die strukturelle Selbständigkeit nicht nur für das Spital selbst überlebenswichtig, sondern von besonderer Bedeutung für die Zukunft der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Auch die Medizinischen Fakultäten Schweiz stehen heute unter einem grossen Konkurrenz- und Leistungsdruck, sowohl im Inland als auch im Ausland. Die Zukunft der Medizinischen Fakultät ist mit derjenigen des Kantonsspitals Basel-Stadt untrennbar verbunden. Sie hängt davon ab, dass in der Spitalplanung nicht nur die enge Zusammenarbeit mit den Kantonen Solothurn und Aargau, sondern darüber hinaus mindestens mit dem Kanton Bern und Espace Mittelland zustande kommt. Nur auf diese Weise kann ein universitäres Zentrum von ausreichender Grosse bezüglich Bevölkerungszahl, resp. Patientenzahl entstehen.

Wenn das Spitalwesen der Schweiz den Anforderungen der nahen Zukunft gewachsen sein soll, muss konsequent auf die Verselbständigung der Spitäler hingearbeitet werden. Nur selbständig geführte Unternehmungen können adäquate Kooperationen eingehen und nötigenfalls fusionieren. Dies gilt insbesondere für Spitäler, welche in staatlichem Besitz stehen. Von oben diktierte Verbundlösungen erzeugen die bekannten Fusionswiderstände und wirken sich negativ aus auf die Innovationsfreudigkeit und die Produktivitätsentwicklung.

Wir bitten deshalb den Regierungsrat, zu prüfen und zu berichten:

- wie dem Kantonsspital Basel-Stadt eine eigene Rechtspersönlichkeit verliehen werden kann, welche ihm die erforderliche Handlungsfähigkeit verleiht, um im Rahmen der regionalen Spitalplanung und in der interkantonalen Zusammenarbeit eine starke Position einzunehmen, welche seine Zukunft als universitäres Zentrum sichert?
- in welchem Zeitraum die erforderlichen Massnahmen ergriffen werden können?
- welche neuen Führungs- und Entscheidungsstrukturen betreffend interne Spitalorganisation, Finanzen, Personalrekrutierung, Marketing etc. dafür notwendig sind?"

## **Beantwortung 6. & 7.**

Unter Verweis auf die Darlegungen sub Bst. G, lit. III. dieses Berichtes ist klar festzuhalten, dass die Verselbständigung des Universitätsspitals Basel als mittelfristiges Ziel weiterzuvollziehen ist, wobei auch die Möglichkeit eines gemeinsamen Universitätsspitals beider Basel als Option für die Zukunft von beiden Regierungen anerkannt wird. Dies insbesondere deshalb, weil es die bevorstehende KVG-Revision mit grösster Wahrscheinlichkeit unumgänglich machen wird, dass sich sämtliche Leistungserbringer im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung als gleichberechtigte und gleichgestellte Partner mit gleichen Rechten, Pflichten und Finanzierungsgrundlagen im Wettbewerb wiederfinden können. Hinzu kommt, dass die derzeit noch bestehende „Mehrfachrolle“ der Kantone im Rahmen der stationären Versorgung (strategische Steuerung des gesamten Angebots, Aushandlung von Subventionen an nichtstaatliche Leistungserbringer und Betrieb von eigenen Spitälern) in einem zukünftigen Gesundheitsversorgungssystem unter dem revidierten Krankenversicherungsgesetz kaum mehr denkbar ist.

Aufgrund verschiedener, im Rahmen dieses Berichtes ausführlich dargelegter Punkte ist es zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht möglich, die Verselbständigung des Universitätsspitals Basel mit kurzfristigem Horizont in die Wege zu leiten.

Aus diesem Grund wird dem Grosse Rat beantragt, die Anzüge Richard Widmer und Konsorten sowie Dr. Andreas Burckhardt und Konsorten stehen zu lassen.

## **J Anträge**

### **I. An beide Parlamente gleichlautend**

Vom vorliegenden Bericht wird Kenntnis genommen.

### **II. An den Landrat des Kantons Basel-Landschaft**

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen wird dem Landrat des Kantons Basel-Landschaft beantragt, die Motionen 2000/243, 2000/260 2002/183, 2002/189, 2004/090 und 2004/208 sowie die Postulate 2002/229, 2000/245, 2002/252 und 2003/235 als erledigt abzuschreiben.

### **III. An den Grossen Rat des Kantons Basel Stadt**

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen wird dem Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt beantragt,

1. vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen und die Anzüge Silvia Schenker und Konsorten, Maria Iselin und Konsorten, Rudolf Vonder Mühl und Konsorten sowie Dr. Hans-Peter Wessels und Konsorten abzuschreiben.
2. vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen und die Anzüge Richard Widmer und Konsorten sowie Dr. Andreas Burckhardt und Konsorten stehen zu lassen.
3. vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen und das Postulat der SP-Fraktion abzuschreiben.

## Anhang: Patientinnen-/Patientenbewegungen innerhalb der Region

Die nachfolgenden Darstellungen auf Basis der Spitalliste und der Gesundheitsstatistik bei der Basel 2003 zeigen auf, wie stark die stationären Einrichtungen der Kantone BS und BL bereits heute von auswärtigen Patientinnen und Patienten beansprucht werden.

### a) Inanspruchnahme der Spitäler BS / BL nach Pflegeetagen und Herkunft der Patientinnen / Patienten

	Total	BS	BL	AG/SO/ JU	Übrige CH	Aus- land
<b>Basel-Stadt</b>	<b>766'244</b>	<b>537'650</b>	<b>123'807</b>	<b>47'701</b>	<b>26'412</b>	<b>30'674</b>
Universitätsspital Basel	223'328	135'315	39'918	24'060	9'936	14'099
Felix Platter Spital	142'193	131'038	7'691	1'707	298	1'459
Psychiatrische Uniklinik	93'049	82'436	4'520	1'620	3'111	1'362
KJUP	7'827	5'023	597	2'105	11	91
Gemeindespital Riehen	25'566	24'227	604	136	270	329
Reha Chrischona	27'074	16'710	9'342	805	93	124
St. Claraspital	67'095	44'646	14'918	2'769	832	3'930
Merian Iselin Spital	39'486	20'887	12'792	2'367	855	2'585
Bethesda-Spital	40'685	18'755	17'452	2'696	537	1'245
Adullam-Geriatriespital	35'424	35'380	-	-	44	-
Klinik Sonnenhalde	22'433	9'590	6'934	2'323	1'294	2'292
REHAB Basel	28'604	6'771	6'585	5'945	6'499	2'804
Hidegard Hospiz	8'005	6'312	1'354	203	32	104
Schmerzklinik Kirschgarten	5'475	560	1'100	965	2'600	250

<b>Basel-Landschaft</b>	<b>395'749</b>	<b>14'852</b>	<b>321'707</b>	<b>37'136</b>	<b>12'634</b>	<b>8'766</b>
Kantonsspital Liestal	116'322	1'423	104'970	6'739	1'940	1'250
Kantonsspital Bruderholz	136'920	5'274	118'557	9'734	1'395	1'960
Kantonsspital Laufen	25'444	79	17'008	8'117	79	161
Psychiatrische Klinik	68'595	740	62'383	4'978	447	47
Hirslanden Klinik Birshof	11'466	1'988	6'768	1'375	444	891
Praxisklinik Rennbahn	3'209	280	558	645	747	979
Ergolz-Klinik	1'438	54	801	137	44	402
Ita Wegmann Klinik	18'904	3'883	7'293	3'528	3'525	675
Lukas Klinik	9'686	726	828	1'749	3'982	2'401
Hospiz im Park	3'111	405	2'541	134	31	-

<b>Institutionen BS/BL</b>	<b>39'279</b>	<b>11'077</b>	<b>15'108</b>	<b>7'486</b>	<b>2'815</b>	<b>2'793</b>
Universitäts-Kinderspital	39'279	11'077	15'108	7'486	2'815	2'793

b) Inanspruchnahme der Spitäler BS / BL nach Herkunft der Patientinnen / Patienten in Prozenten

Relative Verteilung der Pflage tage nach Wohnsitzkanton in %

	Total	Total	BS	BL	AG/SO/ JU	Übrige CH	Aus- land
<b>Basel-Stadt</b>	<b>766'244</b>	<b>100%</b>	<b>70%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>
<b>Universitätsspital Basel</b>	<b>223'328</b>	<b>100%</b>	<b>61%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>
Felix Platter Spital	142'193	100%	92%	5%	1%	0%	1%
Psychiatrische Uniklinik	93'049	100%	89%	5%	2%	3%	1%
KJUP	7'827	100%	64%	8%	27%	0%	1%
Gemeindespital Riehen	25'566	100%	95%	2%	1%	1%	1%
Reha Chrischona	27'074	100%	62%	35%	3%	0%	0%
St. Claraspital	67'095	100%	67%	22%	4%	1%	6%
Merian Iselin Spital	39'486	100%	53%	32%	6%	2%	7%
Bethesda-Spital	40'685	100%	46%	43%	7%	1%	3%
Adullam-Geriatriespital	35'424	100%	100%			0	
Klinik Sonnenhalde	22'433	100%	43%	31%	10%	6%	10%
REHAB Basel	28'604	100%	24%	23%	21%	23%	10%
Hidegard Hospiz	8'005	100%	79%	17%	3%	0%	1%
Schmerzklinik Kirschgarten	5'475	100%	10%	20%	18%	47%	5%

<b>Basel-Landschaft</b>	<b>398'019</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>81%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>
Kantonsspital Liestal	116'322	100%	1%	90%	6%	2%	1%
Kantonsspital Bruderholz	136'920	100%	4%	87%	7%	1%	1%
Kantonsspital Laufen	25'444	100%	0%	67%	32%	0%	1%
Psychiatrische Klinik	68'595	100%	1%	91%	7%	1%	0%
Hirslanden Klinik Birshof	11'466	100%	17%	59%	12%	4%	8%
Praxisklinik Rennbahn	3'209	100%	9%	17%	20%	23%	31%
Ergolz-Klinik	1'438	100%	4%	56%	10%	3%	28%
Ita Wegmann Klinik	18'904	100%	21%	39%	19%	19%	4%
Lukas Klinik	9'686	100%	7%	9%	18%	41%	25%
Hospiz im Park	3'111	100%	13%	82%	4%	1%	

<b>Institutionen BS/BL</b>	<b>39'279</b>	<b>100%</b>	<b>28%</b>	<b>38%</b>	<b>19%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>
Universitäts-Kinderspital	39'279	100%	28%	38%	19%	7%	7%



## Anhang: Weitere Leistungsdaten in Bezug auf Vollzeitäquivalente und Finanzen

	Pflegetage	Personal Vollsteller	Betriebs-Aufwand in CHF 1'000	Betriebs-Aufwand pro Pflegetage
<b>Basel-Stadt</b>	<b>766'244</b>	<b>6'948</b>	<b>1'126'572</b>	<b>1'470</b>
<b>Universitätsspital Basel</b>	<b>223'328</b>	<b>3'608</b>	<b>625'828</b>	<b>2'802</b>
Felix Platter Spital	142'193	629	85'023	598
Psychiatrische Uniklinik	93'049	571	77'163	829
KJUP	7'827	60	8'315	1'062
Gemeindespital Riehen	25'566	134	21'938	858
Reha Chrischona	27'074	79	13'571	501
St. Claraspital	67'095	525	94'482	1'408
Merian Iselin Spital	39'486	367	61'400	1'555
Bethesda-Spital	40'685	360	50'165	1'233
Adullam-Geriatriespital	35'424	137	15'749	445
Klinik Sonnenhalde	22'433	80	11'719	522
REHAB Basel	28'604	270	40'289	1'409
Hidegard Hospiz	8'005	53	7'779	972
Schmerzklinik Kirschgarten	5'475	75	13'151	2'402

<b>Basel-Landschaft</b>	<b>395'095</b>	<b>2'972</b>	<b>411'096</b>	<b>1'040</b>
Kantonsspital Liestal	116'322	906	127'772	1'098
Kantonsspital Bruderholz	136'920	1'114	151'006	1'103
Kantonsspital Laufen	25'444	179	23'785	935
Psychiatrische Klinik	68'595	340	41'643	607
Hirslanden Klinik Birshof	11'466	90	17'372	1'515
Praxisklinik Rennbahn	3'209	46	8'851	2'758
Ergolz-Klinik	1'438	11	3'898	2'711
Ita Wegmann Klinik	18'904	164	18'779	993
Lukas Klinik	9'686	106	15'826	1'634
Hospiz im Park	3'111	16	2'164	696

<b>Institutionen BS/BL</b>	<b>39'279</b>	<b>578</b>	<b>92'864</b>	<b>2'364</b>
Universitäts-Kinderspital	39'279	578	92'864	2'364

Hinweis: Die Betriebskosten der Privatspitäler beinhalten auch die Investitionskosten.

Beilage: Schlussbericht Nachfolgeprojekt TP 2 „Regionale Spitalplanung“ vom 7. März / 7. April 2005