

Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

Titel: **Beitritt des Kantons Basel-Landschaft zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)**

Datum: 19. August 2008

Nummer: 2008-187

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)



2008/187

Kanton Basel-Landschaft

Regierungsrat

Vorlage an den Landrat

vom 19. August 1008

Beitritt des Kantons Basel-Landschaft zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Inhalt

1	Zusammenfassung	2
2	Ausgangslage	2
2.1	Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin	3
2.2	Gutachten und neuer Entwurf	3
3	Grundzüge der Vereinbarung	3
4	Bedeutung der IVHSM für den Kanton Basel-Landschaft.....	5
5	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	6
6	Auswirkungen	14
6.1	Finanzielle und personelle Auswirkungen.....	14
6.2	Auswirkungen auf die Spitallisten	14
6.3	Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund	14
6.4	Auswirkungen auf die Gemeinden	15
6.5	Auswirkungen auf die Wirtschaft.....	15
7	Antrag	15

1 Zusammenfassung

Im November 2004 nahm die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) die Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) an und unterbreitete sie den Kantonen zur Ratifizierung. Der Regierungsrat beantragte dem Landrat darauf hin mit Vorlage Nr. [2005/110](#) der Vereinbarung beizutreten. Der Landrat stimmte in seiner Sitzung vom [8. September 2005](#) dem Beitritt mit 77:0 Stimmen zu. Als allerdings die Regierung des Kantons Zürich sie ablehnte und sie dem Parlament nicht zur Ratifikation unterbreitete, kam die Vereinbarung nicht zustande.

Nun liegt eine neue Vereinbarung vor, die insbesondere den Bedenken Zürichs Rechnung trägt: Die politische Ebene soll strikt von der fachlichen Ebene getrennt werden. Ein von den Kantonen eingesetztes politisches Beschlussorgan soll die Beschlüsse fassen und die Vereinbarung vollziehen. Ein Fachorgan soll die Beschlüsse fachlich vorbereiten.

Durch den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) übertragen die Kantone ihre Kompetenz zum Erlass der Spitalliste bezüglich der hochspezialisierten Medizin dem neu geschaffenen Beschlussorgan. Sie geben damit einen Teil ihrer Planungshoheit ab. Die gemeinsame Planung der Spitzenmedizin ermöglicht eine effiziente und qualitativ hoch stehende Versorgung der Schweizer Bevölkerung. Tritt der Kanton Basel-Landschaft der IVSHM nicht bei, würde der Bund die Koordination der hochspezialisierten Medizin übernehmen, ohne dass der Kanton Basel-Landschaft darauf Einfluss nehmen kann. Mit einem Beitritt bewahrt sich der Kanton Basel-Landschaft seine Mitsprache.

2 Ausgangslage

Mit der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wird in erster Linie eine gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin angestrebt und somit eine bessere Auslastung der Einrichtungen. Anstoss dafür bildete die Erkenntnis, dass sich neue medizinische Technologien zunehmend als Kostenfaktor niederschlagen.

Im Rahmen des von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen Projektes «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen» (NFA) wurde die hochspezialisierte Medizin als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene zu organisieren ist. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; abgekürzt KVG) verpflichtet die Kantone, «eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben» (Art. 43 Abs. 6 KVG). Nach Art. 39 KVG dürfen bereits heute nur Spitäler als Leistungserbringer zugelassen werden, die der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Im Rahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung verpflichtet der Bund die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin neu ausdrücklich zu einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung (Art. 39 Abs. 2 KVG) in der Fassung gemäss Schlussabstimmung vom 21. Dezember 2007. Im Hinblick auf eine bessere Planung und Aufteilung der hochspezialisierten Medizin verlangten mehrere parlamentarische Vorstösse auf eidgenössischer Ebene eine schweizerische Spitalplanung für die hochspezialisierte Medizin. In der Hochschulpolitik werden Instrumente eingeführt, welche die Zusammenlegung von Studiengängen und die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit anstreben.

2.1 Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin

Einem ersten Versuch einer Interkantonalen Vereinbarung war kein Erfolg beschieden. Am 25. November 2004 verabschiedete die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zwar die Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM). Der Zürcher Regierungsrat entschied aber am 14. Juli 2005, dem Zürcher Parlament das damalige Vertragswerk nicht zur Ratifikation zu unterbreiten. Einige Kantone stimmten bereits zu, so auch der Kanton Basel-Landschaft. Die IVKKM sah vor, dass alle Kantone mit Universitäts-spitälern beitreten müssen. Die IVKKM kam damit nicht zustande.

2.2 Gutachten und neuer Entwurf

Nach einer einjährigen Pause entschied die Plenarversammlung der GDK aufgrund zweier Gutachten¹ und eingehender Diskussion verschiedener Organisationsmodelle, die Koordinationsarbeiten zur Konzentration der hochspezialisierten medizinischen Leistungen wieder voranzutreiben. Zu diesem Zweck wurde das Zentralsekretariat beauftragt, eine interkantonale Vereinbarung zu erarbeiten, mit der die Zuteilung der Leistungserbringungen einem Entscheidorgan der Kantone übertragen wird. Die ausserordentliche Plenarversammlung der GDK hat am 14. März 2008 die vorliegende Vereinbarung einstimmig zur Ratifizierung zuhanden der Kantone verabschiedet.

Die gescheiterte und die neue Vereinbarung lassen sich nicht synoptisch vergleichen. Die wesentlichen Unterschiede liegen darin, dass neu eine gemeinsame Planung der Bereiche der hochspezialisierten Medizin und Zuteilung der definierten Leistungen an Zentren erfolgt und damit eine gemeinsame Spitalliste "hochspezialisierte Medizin" der Vereinbarungskantone entsteht.

3 Grundzüge der Vereinbarung

Bei der Erarbeitung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) konnte auf Vorarbeiten zur ersten Vereinbarung zurückgegriffen werden. So wurde als wichtiges Element zu einem grossen Teil der bereits früher erarbeitete Kriterienkatalog übernommen. Dieser soll Hinweise dafür liefern, ob bei einer medizinischen Leistung Koordinations- oder Konzentrationsbedarf gegeben ist. Auf eine starre Definition der hochspezialisierten Medizin wurde bewusst verzichtet. Hochspezialisierte Medizin wird aber allgemein so verstanden, dass sie verschiedene Leistungen oder Leistungsbereiche der Medizin umfasst, die gekennzeichnet sind durch Seltenheit, hohes Innovationspotenzial, hohen personellen oder technischen Aufwand und / oder komplexe Behandlungsverfahren sowie durch hohe Kosten. Das ist zum Beispiel häufig gegeben in den Bereichen:

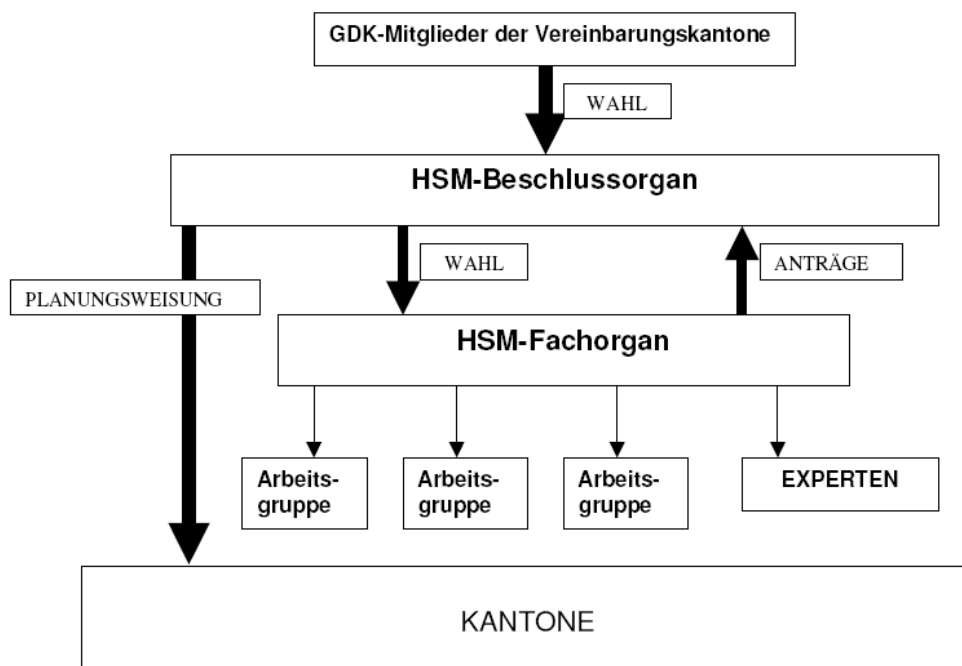
¹ Gutachten «Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern, Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern» vom 21. November 2006; Gutachten «Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen der ausländischen Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie zur Zusatzfrage der GDK zur HSM» vom 15. Dezember 2006

- interventionelle Neuroradiologie
- Kinderherzchirurgie und –kardiologie
- Melanome u.a. Tumore in der Ophthalmologie
- Hämatopoïetische Stammzellen-Transplantation
- Herztransplantation
- Lungentransplantation
- Lebertransplantation
- Pankreastransplantation
- Dünndarmtransplantation
- Protonen-Strahlentherapie
- Verbrennungen (schwere Fälle, z.B. grösser als 20% der Oberfläche oder intensivpflichtig)

Die erwähnten, von den Kantonen Bern und Basel-Stadt einerseits und dem Kanton Zürich andererseits eingeholten Gutachten schlagen vor, weitere hochspezialisierte Leistungen aus den Gebieten der Gefäss-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bis hin zur Geschlechtsumwandlung als hochspezialisierte Medizin zu qualifizieren. Die Leistungen im Einzelnen und die Leistungsbereiche, welche hochspezialisierte Leistungen enthalten können, sind in einer Aufstellung im Anhang I aufgelistet. Es obliegt dem zukünftigen Fachgremium, zu prüfen, ob medizinische Leistungen gemäss den Vereinbarungserfordernissen durch die Vereinbarung erfasst werden, und dem Beschlussorgan entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Die Bereiche der hochspezialisierten Medizin werden künftig in einer dynamischen, bei Bedarf abänderbaren Liste aufgeführt.

Neu fällt ein von den Kantonen eingesetztes politisches Beschlussorgan die Planungsentscheide, während ein Fachorgan die Beschlüsse in fachlicher Hinsicht vorbereitet. Zentral ist dabei, in welchem Verhältnis diese beiden Organe zueinander stehen und wie die Entscheidung zustande kommen: Mit der Schaffung eines rein politischen Organs und eines unabhängigen, nur mit Expertinnen und Experten besetzten Fachorgans werden beide Ebenen strikt voneinander getrennt, wie die nachfolgende Abbildung veranschaulicht.



Die GDK-Mitglieder der Vereinbarungskantone wählen das Beschlussorgan als interkantonales Entscheidorgan. Dieses bestimmt die Strategie der hochspezialisierten Medizin, legt die entsprechenden Planungen fest, überprüft laufend deren Umsetzung und evaluiert die Ergebnisse.

Das Beschlussorgan stützt sich bei seinen Entscheidungen auf die Arbeit des von ihm gewählten und mit unabhängigen Experten besetzten Fachorgans. Die fachlichen Aufgaben wie

- das Erstellen der Liste der zu den HSM-Bereichen zu zählenden Leistungen, Behandlungen oder Einrichtungen,
- die Aufnahme in oder das Streichen aus der Liste,
- die Festlegung der Mindestanforderungen und Rahmenbedingungen, die für das Angebot solcher Leistungen erfüllt sein müssen,

münden in einen vom Fachorgan begründeten Antrag an das Beschlussorgan, wobei das Fachorgan die in Artikel 4 Absatz 4 IVHSM festgelegten Planungskriterien berücksichtigt und gegebenenfalls Lösungsvarianten vorschlägt. Das Beschlussorgan ist gehalten, bei seinen Entscheidungen die Lösungsvarianten zu berücksichtigen. Im Unterschied zum Fachorgan trifft es seine Wahl zwischen den vorgelegten Lösungsvarianten unter Einbezug von strategischen Überlegungen. Gesuche und Aufnahme eines neuen Bereichs in die Liste der HSM-Disziplinen können aus dem Fachorgan selbst, vom Beschlussorgan oder von Dritten an das Fachorgan herangetragen werden. Das gleiche Verfahren gilt für Anträge auf Streichung aus der Liste.

Ausserdem setzt das Beschlussorgan ein Projektsekretariat ein. Dessen Aufgabe wird es sein, die zur Planung der hochspezialisierten Medizin erforderlichen Arbeiten des Beschluss- und des Fachorgans organisatorisch und technisch zu unterstützen und zu koordinieren.

Mit einem Beitritt zu der Vereinbarung verlieren die Kantone zwar einen Teil ihrer Planungshoheit über die Gesundheitsversorgung ihrer Kantonsbevölkerung. Dafür ermöglicht die gemeinsame Planung eine effiziente und qualitativ gute Versorgung der Schweizer Bevölkerung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen. Insbesondere kann durch die Erhöhung der Fallzahlen im betreffenden Spital eine bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

4 Bedeutung der IVHSM für den Kanton Basel-Landschaft

Der Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) schafft die rechtlichen Voraussetzungen, damit im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gesamtschweizerischen Planung und Aufgabenteilung realisiert werden kann.

Mit dem Beitritt zur IVHSM ist sichergestellt, dass die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mit hochspezialisierten Leistungen auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hochstehend erbracht werden kann. Eine verbindliche Vereinbarung über die Planung der hochspezialisierten Medizin bietet zudem Gewähr, dass künftig der Standortwettbewerb unter den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin weniger intensiv ist.

5 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 1 Zweck

Abs. 1

Zweck der Vereinbarung ist es, dass die Kantone die hochspezialisierte Medizin in der Schweiz gemeinsam planen, damit in diesem Bereich zugleich eine bedarfsgerechte², qualitativ hoch stehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Das Gutachten BE/BS³ stellt fest, dass es keine einheitliche international oder europäisch gültige Definition der hochspezialisierten Medizin gibt.

Das Gutachten „Spitzenmedizin zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich“⁴ schlägt folgende Definition vor, die sich im Wesentlichen mit der im erstgenannten Gutachten deckt:

„Leistungen müssen als HSM definiert werden, wenn höchste Anforderungen an Personal und Infrastruktur bei einem speziellen Patientengut erforderlich sind. Hochspezialisierte medizinische Leistungen werden benötigt, wenn eine Krankheit eine

- *niedrige Inzidenz/Prävalenz hat (Beispiel Knochenmarktumore)*
- *eine hohe Komplexität und Schwere hat (Beispiel: Schwerverbrannte)*
- *verschiedenste Spezialisten notwendig sind (Beispiel: Transplantationen)*
- *hohe Behandlungs- (inklusive Diagnose-)kosten anfallen (Beispiel Protonentherapie)*

Hinsichtlich Fallzahl und Kosten pro Behandlung lassen sich zwei HSM-Kategorien unterscheiden:

*1. Wenn **seltene Krankheiten** behandelt werden oder die Verfügbarkeit von Organen bei Organtransplantationen eingeschränkt ist, wird die Fallzahl kritisch: zu kleine Fallzahlen führen zu einer schlechten und auch variablen Ergebnisqualität, die kritische Grenze liegt hier – je nach Leistungsbereich – bei weniger als 1-5 Behandlungen pro Monat (Beispiel: Herztransplantationen bei weniger als 12 Patienten im Jahr).*

*2. Wenn **sehr hohe Investitionskosten** notwendig sind, liegt ebenfalls ein hochspezialisierter Leistungsbereich vor. Hier ist nicht die Fallzahl kritisch, sondern die Kosten pro Behandlung, die bei geringer Auslastung der kostspieligen installierten Technologie unbezahlbar wäre.“*

Absatz 1 stellt klar, dass mindestens drei Kriterien einschliesslich jeweils desjenigen der Seltenheit vorliegen müssen, damit eine Zuordnung in den HSM-Bereich erfolgen kann. Ohne diese Präzisierung wäre der Interpretationsspielraum für das Beschlussorgan zu gross und damit die erforderliche Vorhersehbarkeit (Transparenz und Objektivität) des durch die Konzentration erfolgenden Eingriffs in ihre wirtschaftlichen Betätigungsmöglichkeiten für die von der Planung betroffenen potenziellen Leistungserbringer nicht gewährleistet. Zudem wird auf diese Weise eine Hürde eingebaut, die sicherstellt, dass nicht beliebige Leistungen zur hochspezialisierten Medizin erklärt werden können.

Abs. 2

Die gemeinsame Planung stützt sich insbesondere auch auf die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung⁵ ab, die den Kantonen eine gemeinsame Planung auferlegen.

² gemäss Art. 39 KVG

³ siehe Fussnote 2

⁴ siehe Fussnote 3

Artikel 2 *Vollzug der Vereinbarung*

Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beitretenden Kantone. Deren in der GDK-Plenarversammlung vertretenen Regierungsmitglieder wählen wiederum ein politisches Beschlussorgan als interkantonales Organ, dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Diesem Beschlussorgan obliegt es in letzter Konsequenz, die den Kantonen durch das Krankenversicherungsgesetz zugewiesene Aufgabe der gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin zu vollziehen. Ausserdem setzt es ein Fachorgan und ein Projektsekretariat ein.

Artikel 3 *Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Beschlussorgans*

Abs. 1

Im Beschlussorgan vertreten sind je Vereinbarungskanton mit Universitätsspital ein Mitglied der GDK-Plenarversammlung sowie fünf GDK-Mitglieder aus den anderen Vereinbarungskantonen, von denen mindestens zwei Vereinbarungskantone mit einem grossen Zentrumsspital⁶, das interkantonale Versorgungsaufgaben wahrnimmt. Die Zusammensetzung soll grosso modo die Bedeutung der hochspezialisierten Medizin in den Vereinbarungskantonen abbilden. Obwohl es sich um eine Vereinbarung der Kantone handelt und die schweizweite Planung der HSM dem Bund solange, wie die Kantone dies selber durchführen, nicht zusteht, werden dem Bundesamt für Gesundheit, der Schweizerischen Universitätskonferenz und *santésuisse* dennoch die Möglichkeit eingeräumt, je eine Person mit beratender Stimme in dieses Organ zu entsenden. Ferner ist die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK)⁷ in beratender Funktion vertreten, da die Planungen auch mit den Tätigkeiten der medizinischen Fakultäten der Universitäten abgestimmt werden müssen. Wegen der Komplexität der Fragestellungen ist es erwünscht, dass die Delegation mit personeller Kontinuität erfolgt.

Abs. 2

Die Mitglieder der GDK-Plenarversammlung sind die jeweils für den Bereich des Gesundheitswesens zuständigen Mitglieder der Kantonsregierungen. Ihre Mitgliedschaft in der Plenarversammlung wie auch im Beschlussorgan besteht somit grundsätzlich in Abhängigkeit ihrer Funktion als für das Gesundheitswesen zuständige Regierungsmitglieder der Kantone. Um zu verhindern, dass immer dieselben Zentrumsspital-Kantone vertreten sind, wird auch für das Beschlussorgan eine Wahldauer (zwei Jahre) mit der Möglichkeit der Wiederwahl vorgesehen. Gewählt werden die GDK-Mitglieder des Beschlussorgans von jenen Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung, die der Vereinbarung beigetreten sind.

Ob sich ein Mitglied des Beschlussorgans im Einzelfall (ausnahmsweise) vertreten lassen kann, wird bereits in der Vereinbarung festgelegt. Da die Mitglieder des Beschlussorgans gleichzeitig Mitglieder der GDK-Plenarversammlung sind, bietet es sich an, die Stellvertretung in Analogie zu den Statuten der GDK zu regeln, die in Art. 5 Abs. 2 Satz 2 bestimmen, dass sich ein Mitglied der Plenarversammlung in begründeten Ausnahmefällen vertreten lassen kann, und zwar auch im Stimmrecht.

Die drei delegierten Beobachter ohne Stimmrecht im Beschlussorgan (BAG, SUK und *santésuisse*) werden nicht durch das Beschlussorgan gewählt, sondern durch ihre Institutionen bestimmt.

⁵ SR 830.1

⁶ Kantone mit Zentrumsspitalern: Luzern, Freiburg, Solothurn, Basel-Landschaft, St. Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau, Tessin, Wallis, Neuenburg.

Typologisierung gemäss: Bundesamt für Statistik, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens; Krankentypologie, Version 5.2, Neuchâtel 2006.

⁷ Heute ist es die SUK und später wird es das zukünftige Koordinationsorgan für die Schweizerischen Hochschulen sein.

Abs. 3 bis Abs. 6

Als politisches Organ erhält das Beschlussorgan abschliessende Entscheidkompetenzen. Dazu gehören vor allem die Definition der Leistungen und Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die auf dem Gebiet der Schweiz einer Konzentration bedürfen. Entscheidet das Beschlussorgan, dass ein Bereich der hochspezialisierten Medizin zu konzentrieren ist, also die entsprechenden Leistungen nur noch an bestimmten Standorten erbracht werden dürfen, wird dieser Bereich in eine Liste aufgenommen. Diese Liste ist dynamisch, d.h., sie wird periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst. In einem zweiten Schritt gilt es, die Leistungen der in der Liste aufgeführten Bereiche der hochspezialisierten Medizin bestimmten Standorten zuzuteilen. Diese Zuteilungsentscheide werden ebenfalls vom Beschlussorgan getroffen und in der Liste aufgeführt, welche die beauftragten Zentren enthält. Das gewährleistet deren regelmässige Überprüfung bzw. der beauftragten Leistungserbringer. Aus diesem Grund und wegen des Veränderungspotenzials dieser Leistungen werden die Zuteilungsentscheide befristet. Zur Klarstellung wird hinzugefügt, dass diese Liste für die hochspezialisierten Leistungen die gemeinsame Spitalliste der Vereinbarungskantone im Sinne des Art. 39 KVG darstellt. Die Konzentrations- und Zuteilungsentscheide werden jeweils durch Anträge des Fachorgans herbeigeführt. Mit der Trennung der fachlichen von der politischen Entscheidungsebene wird bezweckt, diese beiden der Planung zugrunde liegenden Aspekte vollständig transparent werden zu lassen. Die Entscheide des Beschlussorgans, die die Festlegung der zu planenden Bereiche sowie die Zuteilung der Leistungen betreffen, müssen in jedem Fall die Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4 berücksichtigen. Erwägt das Beschlussorgan eine andere Lösung, so holt es vorgängig die Stellungnahme des Fachorgans ein. Das Beschlussorgan legt auch die Prioritäten der Planung des Konzentrationsprozesses fest, z.B. bestimmt es, welcher oder welche der in der Liste aufgeführten Bereiche vorrangig zu konzentrieren sind.

Abs. 7

Ein Quorum soll sicherstellen, dass Planungsentscheide die Belange der von der hochspezialisierten Medizin betroffenen Kantone angemessen berücksichtigen. Abs. 7 bestimmt daher, dass ein Beschluss die Zustimmung von mindestens vier Mitgliedern aus Vereinbarungskantonen mit Universitätsspital und ebenso vielen aus den anderen Kantonen erfordert.

Artikel 4 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Fachorgans

Abs. 1

Im Gegensatz zum Beschlussorgan soll das Fachorgan mit unabhängigen Experten besetzt werden. Gedacht ist vornehmlich an ungebundene akademische Fachleute z.B. aus den Bereichen Kardiologie, Endokrinologie, Onkologie, Chirurgie und Neurochirurgie, Radiologie, Ophthalmologie, Gentechnologie, Pädiatrie, plastische Chirurgie etc., aber auch ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Fachbereichen. Die Mitglieder sollen sich bei ihren Entscheidungen ausschliesslich von ihrer fachlichen Meinung leiten lassen und keine Partikularinteressen ihres Herkunftsortes vertreten. Zur weitestgehenden Gewährleistung der Unabhängigkeit sollen auch ausländische Experten beigezogen werden. Daher wurde Art. 4 Abs. 1 entsprechend ergänzt. Zusätzlich soll durch das zu schaffende Interessenbindungsregisters für Transparenz gesorgt werden. Wegen der Wichtigkeit der Eignungskriterien und des Auswahlverfahrens wird dem Beschlussorgan vorgegeben, die Eignungskriterien und das Auswahlverfahren festzulegen. Auch hier kann auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden: Der Vorstand der GDK hat 2004 gestützt auf die IVKKM ein Geschäftsreglement für das damals vorgesehene Expertengremium (CICOMS) verabschiedet, das u.a. auch ein Anforderungsprofil für dessen Mitglieder vorsah. Jene Kriterien können Anhaltspunkte für die an die Mitglieder des künftigen Fachorgans zu stellenden Anforderungen geben. Jedenfalls wird das Fachorgan so zusammengesetzt sein, dass dort fundiertes Wis-

sen in den Bereichen Medizin, Gesundheitsökonomie, Health Technology Assessments und Ethik für die zu erfüllende Aufgabe zur Verfügung steht.

Abs. 2

Die Wahl erfolgt ad personam, wodurch einerseits die in Absatz 1 statuierte Unabhängigkeit der Fachleute gestärkt und in Verbindung mit der Möglichkeit der Wiederwahl eine grösstmögliche Kontinuität im Ablauf der fachlichen Arbeit gewährleistet werden soll. Eine Tätigkeitsdauer von zwei Jahren wird als erforderlich, aber auch ausreichend angesehen, um eine erfolgreiche Rekrutierung hochqualifizierter Fachleute zu ermöglichen.

Abs. 3

Der Absatz beschreibt die Aufgaben des Fachorgans. Das Fachorgan erarbeitet die Entscheidungsgrundlagen und stellt begründete Anträge an das Beschlussorgan.

Abs. 4

Das Fachorgan berücksichtigt bei der Erfüllung seiner in Abs. 3 genannten Aufgaben jeweils folgende Kriterien:

1. für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche:

- a) Wirksamkeit;
- b) Nutzen;
- c) Technologisch-ökonomische Lebensdauer;
- d) Kosten der Leistung.

2. für den Zuteilungsentscheid:

- a) Qualität;
- b) Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung;
- c) Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen;
- d) Wirtschaftlichkeit
- e) Weiterentwicklungspotenzial

3. für den Entscheid über die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche und die Zuteilung:

- a) Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre;
- b) Internationale Konkurrenzfähigkeit

Diese sind mit den Kriterien der früheren Vorlage überwiegend identisch. Die Kriterien 1a) und 2d) stimmen mit den Kriterien für die Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 32 KVG überein. Im Anhang III sind die Erklärungen zu den Kriterien, wie sie von der Arbeitsgruppe Spitzenmedizin im Jahr 2003 erarbeitet worden sind, aufgeführt.

Hinzugekommen sind die Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen (2c), das Weiterentwicklungspotenzial (2e) und die internationale Konkurrenzfähigkeit (3b). Der Einbezug der unterstützenden Disziplinen trägt dem Gesichtspunkt Rechnung, dass für eine Intervention X neben der HSM-Leistung auch noch andere Leistungen erforderlich sind, die zwar nicht zum HSM-Bereich gehören, ohne die jedoch die Erbringung der HSM-Leistung nicht möglich wäre. Bei einem Zuteilungsentscheid dürfen bei der Betrachtung der Wirtschaftlichkeit (2d) auch die Kosten eines allfälligen Aus- oder Abbaus von Kapazitäten an den betroffenen Standorten nicht ausser Acht gelassen werden. Die Berücksichtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit (3b) ist im Hinblick auf die Attraktivität des Forschungsplatzes und die wirtschaftliche Entwicklung des Standorts Schweiz von grosser Wichtigkeit.

Es ist angebracht, die Grundzüge des Verfahrens zur Beschlussfassung des Fachorgans bereits in der Vereinbarung zu regeln. Deswegen wird im Absatz 5 das für einen Entscheid erforderliche Quorum geregelt. Ausserdem wird dem Beschlussorgan aufgegeben, die Ausstandsregeln festzulegen.

Artikel 5 Wahl und Aufgaben des HSM-Projektsekretariats

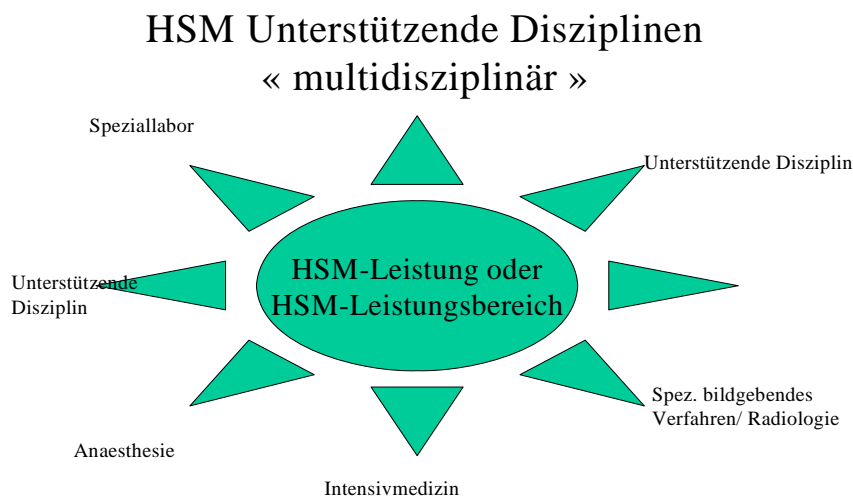
Das Projektsekretariat wird vom Beschlussorgan eingesetzt. Es hat unterstützende Funktion für die beiden anderen Organe im Sinne organisatorischer und technischer Tätigkeiten. Es soll zur Koordination der beiden Organe, als Ansprechpartner für externe Stellen sowie zur Unterstützung der beiden Organe dienen.

Artikel 6 Arbeitsweise

Für die Einzelheiten der Beschlussfassung und der Arbeitsweise geben sich die beiden Organe jeweils ein Geschäftsreglement, wobei das Reglement des Fachorgans vom Beschlussorgan zu genehmigen ist.

Artikel 7 und 8 Grundsätze und besondere Anforderungen an die Planung

Die Vereinbarung legt verschiedene Grundsätze fest, die bei der gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin zu beachten sind. Diese decken sich überwiegend mit den bereits im Rahmen der Vorarbeiten entwickelten Grundsätzen bzw. sind sie präzisiert worden. So soll zur Erzielung von Synergien bei der Planung darauf geachtet werden, dass die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder multidisziplinären Zentren zugeteilt werden (Art. 7 Abs. 1). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in einzelnen Fachbereichen HSM-Leistungen auch in Zentrums spitälern erbracht werden können, weil auch dort eine Anbindung an die universitäre Lehre und Forschung sichergestellt oder in multidisziplinären Teams mit hohem Qualitätsniveau gearbeitet werden kann. Multidisziplinäre Patientenbetreuung bedeutet, dass Patienten von Fachpersonen aus verschiedenen Fachgebieten (Disziplinen) gemeinsam betreut werden müssen. Die bei einer Behandlung auftretenden Probleme sollen aus dem Blickwinkel der verschiedenen betroffenen Disziplinen diskutiert und unter Mitwirkung der entsprechenden Spezialisten gelöst werden. Diese Spezialisten verfolgen gemeinsam den Verlauf der Behandlung. Je nach Krankheit und Behandlungsphase können diese multidisziplinären Teams unterschiedlich zusammengesetzt sein. (vgl. folgende Grafik)



Durch die präzise Umschreibung der HSM-Leistungen und die Betonung des Seltenheitsanfordernisses in Artikel 1 werden die Auswirkungen der Vereinbarung für die Betroffenen transparent gemacht und so die Rechtssicherheit geschaffen.

Weiter soll die Planung mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt und dabei Forschungsanreize gesetzt und koordiniert werden (Art. 7 Abs. 2). Es ist zweckmässig, die Planungen des medizinischen Leistungsbereichs und jene der Schwerpunktsetzung in der Forschung aufeinander abzustimmen. Das darf aber nicht zu einem Primat einer der beiden Planungsbereiche führen.

Es ist darauf zu achten, dass die Einsparungen, die durch die Konzentration auf klinischer Seite realisiert werden, in einem vernünftigen Verhältnis stehen zu den gestiegenen Zugangskosten für die Patientinnen und Patienten.

Ferner können auch Kooperationen mit dem nahen Ausland vorgesehen werden. Nicht zuletzt orientiert sich eine solche Planung stark an Mindestfallzahlen, die in Hinsicht auf die Qualität wie auch auf die Wirtschaftlichkeit der geplanten hochspezialisierten Leistungen von Bedeutung sind.

Die Planung kann in Stufen erfolgen. Es kann also sowohl eine Planung nur einzelner Gebiete erfolgen, als auch der Zuteilungsentscheid vorsehen, dass eine medizinische Leistung z.B. in den ersten drei Jahren nach dem Entscheid durch drei universitäre Zentren und anschliessend je nach Entwicklung der Fallzahlen und der Qualität nur noch an zwei Zentren erfolgen darf.

Art. 9 Auswirkungen auf die kantonalen Spitallisten

Abs. 1

Art. 9 des Entwurfs zur IVHSM verdeutlicht das Verhältnis der Entscheide des Beschlussorgans betreffend die Bezeichnung und die Zuweisung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen an Leistungserbringer (HSM-Liste gemäss Art. 3 Abs. 4 IVHSM) zu den Beschlüssen der Kantonsregierungen über die kantonalen Spitallisten. Daher wurde ausdrücklich aufgenommen, dass die Vereinbarungskantone ihre Kompetenz zum Erlass der Spitalliste gem. Art. 39 Abs. 1 lit e. KVG, was den Bereich der hochspezialisierten Medizin anbetrifft, dem durch die IVHSM neu geschaffenen HSM-Beschlussorgan übertragen.

Abs. 2

Da das HSM-Beschlussorgan die Bestimmung und Zuweisung der einzelnen Bereiche der hochspezialisierten Medizin schrittweise vornehmen muss, werden allfällige Allokationsbeschlüsse der Kantonsregierungen im Bereich der HSM erst dann hinfällig, wenn das HSM-Beschlussorgan entschieden hat, einen Bereich in die Liste der hochspezialisierten Medizin aufzunehmen und die entsprechenden Leistungen den von ihm bestimmten Leistungserbringern zuzuweisen. Dieses ist folglich der Zeitpunkt, ab dem anders lautende, in der jeweiligen Spitalliste ausgewiesene kantonale Zulassungen von Leistungserbringern aufgehoben sind (Abs. 2). Es wird den Kantonsregierungen empfohlen, dies in ihren Spitallisten zu vermerken bzw., soweit sie in ihren Listen die gemeinsame Planung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG lediglich nachvollziehen, dort auf den entsprechenden Entscheid des HSM-Beschlussorgans zu verweisen.

Artikel 10 Verteilung der Kosten

Die Kosten des Vollzugs der Vereinbarung einschliesslich Monitoring und Projektsekretariat werden sich voraussichtlich auf rund 450'000 CHF pro Jahr belaufen. Sie werden von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl getragen. Diese Summe soll über das reguläre Budget der GDK ausgewiesen werden.

Finanzierungsmodell der Planung im Bereich HSM für die nächsten Jahre

	2009	2010	2011	2012
Sekretariat wissenschaftlich	150'000	150'000	150'000	150'000
Sekretariat administrativ	50'000	50'000	50'000	50'000
Monitoring Datengrundlage HSM	100'000	100'000	100'000	100'000
Mandate	100'000	100'000	100'000	100'000
Entschädigung Fachorgan	40'000	40'000	40'000	40'000
Spesen Kommissionen	10'000	10'000	10'000	10'000
Total	450'000	450'000	450'000	450'000

Für die Aufgaben des HSM-Sekretariats werden als Aufwand 150'000 CHF für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter und 50'000 CHF für ein administratives Sekretariat angesetzt. Die Aufgabe Monitoring besteht darin, Auszüge aus bestehenden Datenbanken zu erstellen und in einem Bericht eine Übersicht zu den HSM-Leistungen zu erarbeiten. Der Aufwand liegt bei ca. 100 % eines wissenschaftlichen Mitarbeiters und der Arbeit der Begleitgruppe. Der Betrag für Mandate ist reserviert für vertiefte Analysen in einzelnen Bereichen und Aufwendungen für Expertenberichte sowie kleinere Gutachten, die zur Abklärung von speziellen Fragen notwendig sind und innerhalb des Fachgremiums nicht abgedeckt werden können.

Die Frage allfälliger Entschädigungen wird in den Reglementen behandelt werden.

Artikel 11 Streitbeilegungsverfahren

Für das Streitbeilegungsverfahren sind die Artikel 31 bis und mit 34 der revidierten Interkantonalen Rahmenvereinbarung (IRV) massgebend⁸. Das Streitbeilegungsverfahren ist zweistufig: es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der KdK und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der Interkantonalen Vertragskommission (IVK) gemäss Art. 7 IRV. Zweck der (freiwillig) übernommenen Verpflichtung, an dem Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Art. 120 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetz über das Bundesgericht.

Artikel 12 Beschwerde und Verfahrensrecht

Abs. 1

Art. 12 Abs. 1 erwähnt ausdrücklich die gegen die Zuteilungsentscheide nach Art. 53 KVG⁹ mögliche Beschwerde. Art. 53 KVG bestimmt, dass gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden kann. Der Entscheid des Beschlussorgans, mit dem das Beschlussorgan in Vollzug des Art. 39 KVG die gemeinsame Spitalliste festsetzt und damit gleichzeitig Leistungen der HSM einer stationären Einrichtung als Leistungserbringer im Sinne des KVG zuteilt, ist ein solcher Beschluss. Das belegen auch die im Zusammenhang mit der Spitalplanung erfolgten Änderungen des KVG vom 21.12. 2007. Während der neu eingefügte Art. 39 Abs. 2bis KVG den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung auferlegt, bestimmt Art. 53 Abs. 1 dieser Änderung ausdrücklich, dass gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39, also eben auch gegen jene in Art. 39 Abs. 2bis genannten gemeinsamen Planungsbeschlüsse der Kantone, Beschwerde an das

⁸ IRV vom 24. Juni 2005 <http://www.nfa.ch/de/dokumente/vereinbarungen/>

⁹ tritt frühestens zum 1.1.2009 in Kraft; bis dahin gilt der insoweit gleichlautende Art. 34 VVG (SR 173.32).

Bundesverwaltungsgericht geführt werden kann. Dass in Art. 39 KVG - jeweils von den Beschlüssen „der Kantone“ die Rede ist, in Art. 53 KVG jedoch auf die „Beschlüsse der Kantonsregierungen“ Bezug genommen wird, führt zu keinem anderen Ergebnis. Denn Art. 53 KVG verweist ausnahmslos auf alle Beschlüsse gem. Art. 39 KVG ohne zu unterscheiden, ob es um Planungen einzelner oder mehrerer Kantone geht.

Abs. 2

Zudem ist es notwendig, in der Vereinbarung zu regeln, welches Verfahrensrecht anzuwenden ist. Da es kein „interkantonales Verfahrensrecht“ gibt, bietet es sich an, das Verwaltungsverfahren des Bundes für anwendbar zu erklären. Daher bestimmt Abs. 2, dass für das Verfahren, das zur Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste führt, die Vorschriften des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG)¹⁰ sinngemäss anzuwenden sind. Dort ist beispielsweise geregelt, dass vor Erlass einer Entscheidung die Parteien anzuhören sind, und definiert, dass dazu nur diejenigen gehören, die durch eine Verfügung in ihren Rechten und Pflichten berührt sind¹¹. Folglich sind nicht alle Vereinbarungskantone, sondern nur der betroffene Kanton und das Spital vor Erlass der gemeinsamen Spitalliste anzuhören.

Artikel 13 Beitritt und Austritt

Mit der Mitteilung an die GDK wird der Beitritt eines Kantons zur Vereinbarung wirksam. Ein beigetretener Kanton kann auch wieder austreten. Das muss ebenfalls durch Erklärung gegenüber der GDK geschehen. Der früheste Zeitpunkt, zu dem ein Vereinbarungskanton austreten kann, wird auf 5 Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung und für später beigetretene Kantone auf den Ablauf von 5 Jahren nach erfolgtem Beitritt festgelegt.

Artikel 14 Berichterstattung

Die interkantonale Rahmenvereinbarung (IRV) für die interkantonale Zusammenarbeit (mit Lastenausgleich) sieht in Art. 20 vor, dass die Trägerkantone über die Tätigkeiten der gemeinsamen Trägerschaft rechtzeitig und umfassend zu informieren sind. Es liegt daher nahe und ist sinnvoll, auch für die vorliegende interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarung eine entsprechende Verpflichtung vorzusehen. Wer in den einzelnen Kantonen Empfänger dieser Informationen ist und wie die Parlamente zu informieren sind, muss den einzelnen Kantonen überlassen werden.

Artikel 15 Inkrafttreten

Für das Inkrafttreten sind grundsätzlich zwei Quoren zu beachten: Die Anzahl Kantone, die mindestens beigetreten sein müssen, damit die GDK die Vereinbarung in Kraft setzen kann, sowie der Beitritt der Standortkantone von Universitätsspitalen Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf. Für später beigetretene Kantone gilt die Vereinbarung mit der Erklärung des Beitritts gegenüber der GDK (Art. 12 Abs. 1).

Artikel 16 Geltungsdauer und Ausserkrafttreten

Die Vereinbarung der Kantone wird auf unbestimmte Dauer geschlossen.

Analog zur Regelung des Inkrafttretens (Art. 13) tritt die Vereinbarung ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 17 fällt oder aber einer der genannten Kantone (mit Universitätsspital) seinen Austritt erklärt.

Artikel 17 Änderung der Vereinbarung

Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen können Anpassungen der Vereinbarung erforderlich werden. Das Quorum von drei Vereinbarungskantonen für das Verlangen nach einer Änderung soll tief sein, so dass auch Minderheiten eine Revision in Gang setzen können.

¹⁰ SR 172.021.

¹¹ Art. 6 VwVG

Änderungen der Vereinbarung können erst dann in Kraft treten, wenn der geänderten Vereinbarung alle Vereinbarungskantone beigetreten sind. Damit wird das Entstehen paralleler Regelungen vermieden, denn anderenfalls würde für die Vereinbarungskantone, die der Änderung zugestimmt haben, die geänderte Vereinbarung gelten und für diejenigen, die dies nicht getan haben, die ursprüngliche Vereinbarung weitergelten.

6 Auswirkungen

6.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft lassen sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht beziffern. Nachdem der Kanton Basel-Landschaft jedoch bereits heute die Leistungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin für seine Bevölkerung über den Artikel 41 Abs. 3 KVG (medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisationen) zu "Vollkosten" (auf der Basis der anrechenbaren Betriebskosten nach KVG) finanziert, dürfte mit keinen wesentlichen Mehrkosten zu rechnen sein. Diese Aussage muss insofern wieder relativiert werden, als die KVG-Revision bekanntlich neu den Einschluss der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten bringt. Mit oder ohne Vereinbarung hat dies zur Folge, dass ab Inkrafttreten der Bestimmungen des revidierten KVG die Kosten für die medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisationen ansteigen werden.

Die Kosten des Vollzugs der Vereinbarung einschliesslich Monitoring und Sekretariat werden auf rund 450 000 Franken geschätzt. Sie sollen von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl getragen werden. Die Summe soll über das reguläre Budget der GDK ausgewiesen werden.

6.2 Auswirkungen auf die Spitallisten

Die Vereinbarung hat Auswirkungen auf die kantonalen Spitallisten. Die Vereinbarungskantone dürfen auf ihren kantonalen Spitallisten für die Zulassung von Spitälern zur Krankenversicherung gemäss Art. 3 KVG keine Anbieter oder Kapazitäten der hochspezialisierten Medizin aufführen oder einschliessen, die nicht der neuen gemeinsamen HSM-Spitalliste entsprechen. Damit wird die Durchsetzung der neuen Vereinbarung gewährleistet.

6.3 Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund

Mit dem Beitritt zur IVHSM gibt der Kanton Basel-Landschaft seine Planungshoheit in gewissen Bereichen der hochspezialisierten Medizin zu Gunsten einer gemeinsam zu erstellenden Planung auf interkantonaler 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 (GDK) geplant. Gleichzeitig kommt aber der Kanton Basel-Landschaft mit dem Beitritt zur IVHSM seiner Pflicht gemäss Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG nach, die hochspezialisierte Medizin gemeinsam mit den anderen Kantonen auf gesamtschweizerischer Ebene zu planen.

Wesentlich gewichtiger wären die Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund bei einem Nicht-Zustandekommen der Vereinbarung (mangels einer genügenden Anzahl Beitritte zur IVHSM): Kommen die Kantone ihrer Pflicht zur gemeinsamen Planung nicht zeitgerecht nach, so legt nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

6.4 Auswirkungen auf die Gemeinden

Der beantragte Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin wirkt sich nicht auf die Gemeinden aus.

6.5 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die Führung und der Betrieb des Universitätsspitals Basel haben nachhaltige Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Basel und insbesondere auf den Forschungs- und Medizinstandort Basel. Mit dem Beitritt zur bzw. mit dem Inkrafttreten der IVHSM wird das Universitätsspital Basel von allen Kantonen als Erbringer von bestimmten Leistungen der hochspezialisierten Medizin anerkannt. Damit wird die Position des Universitätsspitals Basel zusätzlich gestärkt.

7 Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, dem Beitritt des Kantons Basel-Landschaft zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) zuzustimmen.

Liestal, 19. August 2008

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Ballmer

Der Landschreiber: Mundschin

Beilagen

Entwurf Landratsbeschluss

Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Anhang I

ENTWURF

Landratsbeschluss

betreffend Beitritt des Kantons Basel-Landschaft zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

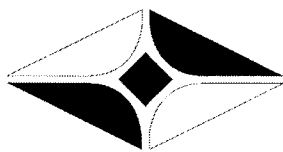
1. Der Beitritt des Kantons Basel-Landschaft zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierten Medizin (IVKKM) wird genehmigt.
2. Dieser Beschluss unterliegt den Bestimmungen des § 30 Buchstabe b der Kantonsverfassung über das obligatorische und das fakultative Referendum.

Liestal,

Im Namen des Landrates

der Präsident:

der Landschreiber:



92.5/HO/EMT/MJ

Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen	2
Artikel 1 Zweck	2
Artikel 2 Vollzug der Vereinbarung	2
2. Abschnitt: Die Organisation der interkantonalen Planung	2
Artikel 3 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Beschlussorgans.....	2
Artikel 4 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Fachorgans	3
Artikel 5 Wahl und Aufgaben des HSM-Projektsekretariats	4
Artikel 6 Arbeitsweise	4
3. Abschnitt Planung	4
Artikel 7 Grundsätze	4
Artikel 8 Besondere Anforderungen an die Planung der Kapazitäten	5
Artikel 9 Auswirkungen auf die kantonalen Spitallisten.....	5
4. Abschnitt: Finanzen	5
Artikel 10 Verteilung der Kosten.....	5
5. Abschnitt: Streitbeilegung	5
Artikel 11 Streitbeilegungsverfahren	5
6. Abschnitt: Rechtspflege und Schlussbestimmungen	6
Artikel 12 Beschwerde und Verfahrensrecht.....	6
Artikel 13 Beitritt und Austritt	6
Artikel 14 Berichterstattung.....	6
Artikel 15 Inkrafttreten.....	6
Artikel 16 Geltungsdauer und Ausserkrafttreten.....	6
Artikel 17 Änderung der Vereinbarung.....	6

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1 Zweck

¹ Die Kantone vereinbaren im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Diese umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei immer aber das der Seltenheit vorliegen muss.

² Zur Erreichung des in Abs. 1 genannten Zwecks und in Erfüllung der einschlägigen Vorgaben des Bundes¹ vereinbaren die Kantone die gemeinsame Planung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin.

Artikel 2 Vollzug der Vereinbarung

Die Mitglieder der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren aus den Vereinbarungskantonen wählen ein Beschlussorgan (HSM-Beschlussorgan), dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Dieses setzt ein Fachorgan sowie ein Projektsekretariat ein.

2. Abschnitt: Die Organisation der interkantonalen Planung

Artikel 3 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Beschlussorgans

¹ Das Beschlussorgan setzt sich aus folgenden Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung zusammen:

- den fünf Mitgliedern der Vereinbarungskantone mit Universitätsspital Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf;
- fünf Mitglieder aus den anderen Vereinbarungskantonen wovon mindestens zwei Mitglieder Vereinbarungskantone mit einem grossen Zentrumsspital, das interkantonale Leistungsaufgaben wahrnimmt, vertreten.

Zudem können das Bundesamt für Gesundheit, die Schweizerische Universitätskonferenz und santésuisse je eine Person mit beratender Stimme in das Beschlussorgan delegieren.

² Die Mitglieder einschliesslich des Präsidiums werden von den GDK-Mitgliedern der Vereinbarungskantone für eine Dauer von 2 Jahren gewählt. Eine Wiederwahl ist möglich. Die Stellvertretung richtet sich nach den Bestimmungen in den Statuten der GDK über die Stellvertretung an Plenarversammlungen.²

³ Das Beschlussorgan bestimmt die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide.

⁴ Hierzu erstellt es eine Liste der Bereiche der hochspezialisierten Medizin und der mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten Zentren. Die Liste wird periodisch über-

¹ Art. 39 KVG: geändert durch Beschluss der Bundesversammlung am 21.12.2007; tritt am 1.1.2009 in Kraft.

² Art. 5 Statuten der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

prüft. Sie gilt als gemeinsame Spitalliste der Vereinbarungskantone gemäss Art. 39 KVG. Die Zuteilungsentscheide werden befristet.

⁵ Die Entscheide des Beschlussorgans basieren auf Anträgen des Fachorgans. Das Beschlussorgan beachtet die Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4. Seine Beschlüsse gemäss Art. 3 Abs. 3 und 4 bedürfen der vorgängigen Stellungnahme des Fachorgans.

⁶ Das Beschlussorgan kann dem Fachorgan Aufträge erteilen.

⁷ Die Mitglieder streben eine einvernehmliche Entscheidungsfindung an. Kann diese nicht erreicht werden, erfordert ein Beschluss die Zustimmung von mindestens vier Mitgliedern aus Vereinbarungskantonen mit Universitätsspital und von vier Mitgliedern der anderen Vereinbarungskantone.

Artikel 4 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Fachorgans

¹ Das HSM-Fachorgan besteht aus höchstens 15 unabhängigen Experten, bei deren Bestellung mehrere geeignete Bewerber aus dem Ausland zu berücksichtigen sind. Das Beschlussorgan bestimmt die Anforderungen an die Experten und legt das Auswahlverfahren fest. Die Mitglieder legen ihre Interessen in einem Interessenbindungsregister offen.

² Die Wahl der Experten einschliesslich des Präsidiums erfolgt ad personam durch das HSM-Beschlussorgan für eine Dauer von 2 Jahren. Eine Wiederwahl ist möglich.

³ Das HSM-Fachorgan hat folgende Aufgaben:

1. es beobachtet neue Entwicklungen;
2. es stellt und überprüft Anträge auf Aufnahme und Streichung aus dem HSM-Bereich;
3. es legt die Voraussetzungen fest, welche zur Ausführung einer Dienstleistung bzw. eines Dienstleistungsbereiches erfüllt werden müssen bezüglich Fallzahl, personellen und strukturellen Ressourcen und an unterstützenden Disziplinen;
4. es bereitet die Entscheidungen des Beschlussorgans vor; dazu gehören insbesondere die Vorbereitungsarbeiten der Zuteilung gemäss den oben beschriebenen Voraussetzungen sowie die Prüfung der Lösungsvorschläge;
5. es stellt dem Beschlussorgan die entsprechenden Anträge und begründet diese fachbezogen und wissenschaftlich;
6. es erstattet dem Beschlussorgan jährlich Bericht über den Stand seiner Arbeiten.

⁴ Das HSM-Fachorgan berücksichtigt bei der Erfüllung seiner in Abs. 3 genannten Aufgaben folgende Kriterien:

1. Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche:

- a) Wirksamkeit;
- b) Nutzen;
- c) Technologisch-ökonomische Lebensdauer;
- d) Kosten der Leistung.

2. Für den Zuteilungsentscheid:

- a) Qualität
- b) Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung;
- c) Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen;
- d) Wirtschaftlichkeit;
- e) Weiterentwicklungspotenzial.

3. Für den Entscheid über die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche und die Zuteilung:

- a) Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre;
- b) Internationale Konkurrenzfähigkeit.

⁵ Die Experten streben eine einvernehmliche Entscheidungsfindung an. Kann diese nicht erreicht werden, werden Beschlüsse mit dem einfachen Mehr der anwesenden Mitglieder gefasst, wobei mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sein müssen. Das Beschlussorgan erlässt die Ausstandsregeln.

Artikel 5 Wahl und Aufgaben des HSM-Projektsekretariats

¹ Das HSM-Projektsekretariat wird vom Beschlussorgan eingesetzt.

² Es unterstützt organisatorisch und technisch die im Zusammenhang mit der Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgenden Arbeiten des Beschluss- und des Fachorgans und koordiniert diese.

Artikel 6 Arbeitsweise

Das Beschluss- und das Fachorgan geben sich jeweils ein Geschäftsreglement, das die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise und Beschlussfassung festlegt. Das Reglement des Fachorgans bedarf der Genehmigung des Beschlussorgans.

3. Abschnitt Planung

Artikel 7 Grundsätze

¹ Zur Gewinnung von Synergien ist darauf zu achten, dass die hochspezialisierten Leistungen auf wenige universitäre oder multidisziplinäre Zentren konzentriert werden.

² Die Planung gemäss dieser Vereinbarung soll mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt werden. Forschungsanreize sollen gesetzt und koordiniert werden.

³ Die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen sind bei der Planung zu berücksichtigen.

⁴ Die Planung umfasst jene Leistungen, die durch schweizerische Sozialversicherungen mitfinanziert werden.

⁵ Die Zugänglichkeit für Notfälle sind bei der Planung zu berücksichtigen.

⁶ Die Planung berücksichtigt die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland.

⁷ Bei der Planung können Kooperationsmöglichkeiten mit dem nahen Ausland genutzt werden.

⁸ Die Planung kann in Stufen erfolgen.

Artikel 8 Besondere Anforderungen an die Planung der Kapazitäten

Bei der Zuordnung der Kapazitäten sind folgende Vorgaben zu beachten:

- a) Die gesamten in der Schweiz verfügbaren Kapazitäten sind so zu bemessen, dass die Zahl der Behandlungen, die sich unter umfassender kritischer Würdigung erwarten lassen, nicht überschritten werden kann.
- b) Die resultierende Anzahl der Behandlungsfälle der einzelnen Einrichtung pro Zeitperiode darf die kritische Masse unter den Gesichtspunkten der medizinischen Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit nicht unterschreiten.
- c) Den Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Zentren im Ausland kann Rechnung getragen werden.

Artikel 9 Auswirkungen auf die kantonalen Spitallisten

¹ Die Vereinbarungskantone übertragen ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan.

² Ab dem Zeitpunkt der gemäss Art. 3 Abs. 3 und 4 erfolgten Bestimmung eines Bereiches der hochspezialisierten Medizin und seiner Zuteilung durch das HSM-Beschlussorgan an mit der Einbringung der betreffenden Leistung beauftragte Zentren gelten abweichende Spitallizenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben.

4. Abschnitt: Finanzen

Artikel 10 Verteilung der Kosten

Die Kosten der Tätigkeit der im 2. Abschnitt genannten Organe sowie des Sekretariats werden von den der Vereinbarung beigetretenen Kantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen.

5. Abschnitt: Streitbeilegung

Artikel 11 Streitbeilegungsverfahren

¹ Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten nach Möglichkeit gütlich zu regeln.

² Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Interkantonalen Rahmenvereinbarung (IRV)³ über die Streitbeilegung.

³ Rahmenvereinbarung über die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vom 24.6.2005, Abschnitt IV.

6. Abschnitt: Rechtspflege und Schlussbestimmungen

Artikel 12 Beschwerde und Verfahrensrecht

¹ Gegen Beschlüsse betreffend die Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste nach Art. 3 Abs. 3 und 4 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde nach Art. 53 KVG⁴ geführt werden.

² Auf diese Beschlüsse finden sinngemäss die bundesrechtlichen Vorschriften über das Verwaltungsverfahren⁵ Anwendung.

Artikel 13 Beitritt und Austritt

¹ Der Beitritt zur Vereinbarung wird mit der Mitteilung an die GDK wirksam.

² Jeder Vereinbarungskanton kann durch Erklärung gegenüber der GDK austreten. Der Austritt wird mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalenderjahres wirksam.

³ Die Austrittserklärung kann frühestens auf das Ende des 5. Jahres seit Inkrafttreten der Vereinbarung und fünf Jahre nach erfolgtem Beitritt abgegeben werden.

Artikel 14 Berichterstattung

Das Präsidium des Beschlussorgans stattet den Vereinbarungskantonen jährlich über den Stand der Umsetzung dieser Vereinbarung Bericht.

Artikel 15 Inkrafttreten

Die GDK setzt die Vereinbarung in Kraft, wenn ihr 17 Kantone einschliesslich der Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf) beigetreten sind. Für später beigetretene Kantone tritt die Vereinbarung mit der Mitteilung gemäss Art. 13 Abs. 1 in Kraft.

Artikel 16 Geltungsdauer und Ausserkrafttreten

¹ Die Vereinbarung gilt unbefristet.

² Sie tritt ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 17 fällt oder wenn einer der Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt oder Genf) austritt.

Artikel 17 Änderung der Vereinbarung

Stellen die Vereinbarungskantone fest, dass eine Anpassung der Vereinbarung erforderlich ist, nehmen sie entsprechende Verhandlungen auf. Auf Antrag von drei Vereinbarungskantonen leitet die GDK die Anpassung der Vereinbarung ein. Die Anpassung tritt in Kraft, wenn ihr sämtliche Vereinbarungskantone beigetreten sind.

⁴ sofern der Beschluss v. 21.12.2007 bei Inkraftsetzung der IVHSM in Kraft getreten ist, sonst gilt bis dahin Art. 34 Verwaltungsgerichtsgesetz (VVG) SR 173.32

⁵ Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVG) vom 20. Dezember 1968, SR 172.021

Bern, den 14. März 2008

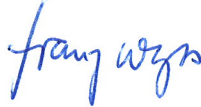
SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORIN-
NEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Der Zentralsekretär



Pierre-Yves Maillard
Staatsrat



Franz Wyss

Anhang I

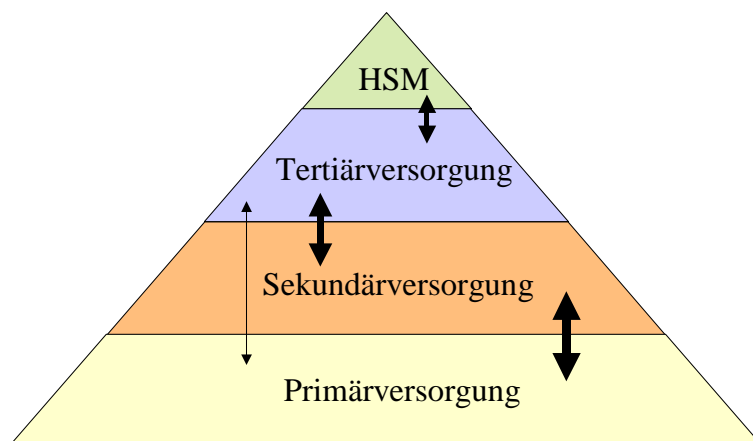
Beispiele von Disziplinen mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen

Die hier dargestellten Beispiele von Disziplinen, die hochspezialisierte medizinische Leistungen enthalten können, dienen ausschliesslich der Illustration dessen, was in der früheren Vereinbarung Gegenstand der Auflistung hochspezialisierter Medizin war, ergänzt mit den Vorschlägen der Experten aus den Gutachten, die Zürich und Bern/Basel² haben erarbeiten lassen. Diese Experten schlugen Ergänzungen und Streichungen vor. Bei den aufgeführten Leistungsbereichen ist nicht der gesamte Bereich als ausschliesslich hochspezialisiert anzusehen (z.B. Neuroradiologie, Gefässchirurgie), sondern sie enthalten einzelne hochspezialisierte Leistungen, deren Abgrenzung durch das Fachorgan vorgenommen werden soll.

Es obliegt ausschliesslich dem diese Vereinbarung vollziehenden Beschlussorgan (einschliesslich des Fachorgans), eine Liste mit den hochspezialisierten Leistungen zu erstellen und periodisch zu aktualisieren. Hingegen soll die Zusammenstellung im Anhang I anhand einiger Beispiele lediglich veranschaulichen, welche einzelnen Leistungen oder welche Leistungsbereiche möglicherweise in Zukunft konzentriert werden könnten. Das würde dann in der Weise geschehen, dass das Fachorgan von den angegebenen grossen Gebieten diejenigen Bereiche und Leistungen herausfiltert, die den in der Vereinbarung vorgegebenen Kriterien zur Konzentration entsprechen.

Das Gebiet der hochspezialisierten Medizin ist ein sehr dynamisches Gebiet. Neue medizinisch-technische Entwicklungen eröffnen neue Möglichkeiten in Therapie oder Diagnostik. Umgekehrt werden aber auch wegen Vereinfachung einer Behandlungsmethode oder durch das Entstehen neuer Verfahren Leistungen oder genau definierte Leistungsbereiche aus der Liste wieder entfernt werden können.

Hochspezialisierte Medizin



Dem Fachorgan wird es obliegen, wissenschaftliche Evidenz und beste Praxis laufend zu verfolgen, damit die Liste dem Entwicklungsstand in der Medizin gerecht wird. Das Beschlussorgan wird diese Liste periodisch beschliessen.

Folglich ist die untenstehende beispielhafte Aufstellung nicht integraler Bestandteil der Vereinbarung, sondern ergänzt als Anhang I den Bericht mit (unvollständigen) Beispielen von Leistungen oder Leistungsbereichen, die Anlass für eine Zuordnung zur HSM geben könnten.

- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Neurochirurgie
- Interventionelle Neuroradiologie

- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Herzchirurgie am Erwachsenen
- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Gefässchirurgie
- Kinderherzchirurgie und -kardiologie
- Intensivmedizin bei Kindern

- Melanome u.a. Tumore in der Ophthalmologie
- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Kiefer- und Gesichtschirurgie

- Hämatopoïetische Stammzellen-Transplantation: allogene
- Herztransplantation
- Lungentransplantation
- Lebertransplantation
- Pankreastransplantation
- Dünndarmtransplantation
- Nierentransplantation

- Positronen-Emissions-Tomographie
- Protonen-Strahlentherapie

- Verbrennungen (schwere Fälle, z.B grösser als 20% der Oberfläche oder intensivpflichtig)

- Molekulare Genetik
- Geschlechtsumwandlung