



► an den Grossen Rat

Regierungsratsbeschluss
vom 11. November 2003

Zwischenbericht

zur

- Regionalen Spitalplanung
- 2. KVG-Revision
- Stationären Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt

Stand Ende Oktober 2003

Den Mitgliedern des Grossen Rates zugestellt am 12. November 2003

Inhaltsverzeichnis		
I	Zusammenfassung	3
II	Ausgangslage	6
2.1.	Einleitung	6
2.2.	Gemeinsame Spitalliste	6
2.3.	Das Projekt „Regionale Spitalplanung“	7
2.4.	Das gemeinsame Universitäts-Kinderspital (UKBB)	7
2.5.	Zwischenbericht zum Projekt „Regionale Spitalplanung“	8
III	Die gemeinsame Spitalplanung	10
3.1.	Einleitung	10
3.2.	Universitäre Medizin	10
3.3.	Das UKBB	13
3.4.	Das Projekt „Regionale Spitalplanung“	15
3.4.1.	Vorgeschichte	15
3.4.2.	Die Prämissen und Eckwerte des Projektes	15
3.4.3.	Die Projektorganisation	16
3.4.3.1.	Die Teilprojekte	16
3.4.3.2.	Das Projektkernteam	17
3.4.3.3.	Das Expertengremium	17
3.4.3.4.	Der Lenkungsausschuss	17
3.4.4.	Der Projektstand	17
3.4.4.1.	Teilprojekt 1	17
3.4.4.2.	Teilprojekt 2	20
3.4.4.3.	Teilprojekt 3	20
3.5.	Die gemeinsame Spitalliste	22
IV	Die 2. KVG-Revision	25
4.1.	Einleitung	25
4.2.	Die Hauptpunkte der Revision	25
4.3.	Die Auswirkungen der Revision	26
4.4.	Ausblick	30
V	Die Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt	32
5.1.	Generell	32
5.2.	Die somatische Akutmedizin	32
5.2.1.	Ausgangslage	32
5.2.2.	Die Bedarfsplanung im Kantons Basel-Landschaft	33
5.2.3.	Die Bedarfsplanung im Kanton Basel-Stadt	34
5.3.	Die Altersversorgung	39
5.3.1.	Die Geriatrie	39
5.3.2.	Die Pflegeheime	40
5.3.3.	Die Spitex	41
5.3.4.	Die Finanzierung der Langzeitpflege im Rahmen der KVG-Revision	41
5.4.	Die Rehabilitation	42
5.5.	Die Psychiatrie	43
5.6.	Weitere Aktivitäten	46
VI	Stand der Verhandlungen mit anderen Kantonen	47
VII	Fazit	49
VIII	Antrag	56

I Zusammenfassung

1. Entgegen der seit 1997 partnerschaftlich vereinbarten Vorgehensweise, die Bedarfsplanung im Bereich der somatischen Akutmedizin gemeinsam anzugehen und in einer gemeinsamen Spitalliste umzusetzen, hat der Regierungsrat des Kantons BL die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion am 22. August 2002 beauftragt, eine Projektgruppe einzusetzen, welche einen Strategiebericht „Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL)“ zu erarbeiten hatte. Dieser ist der Öffentlichkeit am 10. November 2003 präsentiert worden. In Beantwortung einer Anfrage des Regierungsrates des Kantons BS bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL am 5. November 2003 zudem, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen wolle.
2. Obwohl der Regierungsrat des Kantons BS ein gemeinsames Vorgehen begrüsst hätte, erteilte er dem Sanitätsdepartement BS parallel dazu den Auftrag, das vorliegende Positionspapier zu erarbeiten, welches aus kantonaler Sicht die gemeinsame Spitalplanung, die Auswirkungen der 2. KVG-Revision auf die kantonale Versorgungsplanung und den aktuellen Stand der Versorgungsplanung im Kanton BS vertieft analysiert, und das weitere Vorgehen konkretisiert. Der Regierungsrat des Kantons BS erhofft sich, dass - basierend auf den nun vorliegenden Berichten der beiden Kantone - eine breite politische Debatte zur regionalen Ausrichtung des Gesundheitswesens in der Nordwestschweiz ermöglicht wird.
3. Der Regierungsrat des Kantons BS hat dem Regierungsrat des Kantons BL eine Ausweitung der regionalen Spitalplanung auf die Bereiche Geriatrie, Rehabilitation und Psychiatrie angeregt. Daraufhin hat der Regierungsrat des Kantons BL in einer Stellungnahme vom 5. November 2003 mitgeteilt, dass er in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung ziehe. Da somit keine Aussicht auf eine gemeinsame Bedarfsplanung besteht, plant der Kanton BS diese Versorgungsbereiche künftig für den Bedarf der eigenen Bevölkerung. Zur Zeit erarbeitet das Sanitätsdepartement BS einen Ratschlag betreffend die Gesamterneuerung des Felix Platter-Spitals, eine umfassende Rehabilitationsplanung ist im Gange und eine Überprüfung der Psychiatriestrukturen im Kanton BS steht in der Vorbereitung. Letztere soll neben der Angebotsplanung auch die Strukturen in der Basler Psychiatrie überprüfen und diese – wenn immer möglich – den Strukturen der Psychiatrie im Kanton Basel-Landschaft annähern. Konkret steht bereits fest, dass die Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik (KJUP) nicht in den Neubau des Universitäts-Kinderspitals beider Basel integriert werden.
4. Bezüglich der zentrumsmedizinischen Dienstleistung im Bereich der somatischen Akutmedizin will der Regierungsrat des Kantons BS an der gemeinsamen Bedarfsplanung und an der gemeinsamen Spitalliste, die Modellcharakter für die ganze Schweiz hat, festhalten. Insbesondere müssen aus seiner Sicht regionale Doppelspurigkeiten abgebaut und vorhandene Synergien genutzt werden. Was das weitere Vorgehen betrifft, geht der Regierungsrat des Kantons BS von drei möglichen Planungsszenarien für die zentrumsmedizinische Dienstleistung aus:

- Das vom Regierungsrat des Kantons BS bevorzugte Szenario ist nach wie vor ein echter regionaler Spitalverbund mit einem gemeinsamen universitär-medizinischen Zentrum an einem Standort.
- Ist dies nicht realisierbar, so soll in einem zweiten Szenario ein Spitalverbund auf dem Kantonsgebiet BS realisiert werden, wozu die öffentlichen Spitäler operativ verselbstständigt werden sollten. Dabei sind die Rahmenbedingungen und der Umfang der Verselbständigung noch im Detail zu definieren. Das operativ so verselbständigte Kantonsspital BS würde dann zu einem Universitätsspital umgewidmet und dem Kanton BL würde eine Mitträgerschaft an diesem Universitätsspital offeriert.
- Ist die Region Nordwestschweiz – insbesondere der Kanton Basel-Landschaft, aber auch andere Kantone sowie das grenznahe Ausland – künftig nicht mehr willens und bereit, Dienstleistungen des universitär-medizinischen Zentrums zu beziehen, so muss in einem dritten Szenario im Kanton Basel-Stadt politisch entschieden werden, ob weiterhin die Bereitschaft besteht, Vorhalteleistungen im spitzenmedizinischen Bereich zu finanzieren und damit das universitär-medizinische Zentrum zu ermöglichen. Neben gesundheitspolitischen sind dabei auch wirtschaftspolitische Gründe massgebend für den Entscheid, in welchem Ausmass und für welches Einzugsgebiet spitzenmedizinische Angebote für und in der Region bereitgestellt werden.
- Alternativ dazu können seitens der Medizinischen Fakultät in den Bereichen, die im Kanton Basel-Stadt nicht mehr genügend von der Dienstleistung unterlegt sind, Kooperationsverhältnisse und Allianzen mit anderen Spitälern abgeschlossen werden (z.B. mit Liestal, Bruderholz, Aarau, Delsberg, Luzern, Bern u.a.). Die entsprechenden Verhandlungen werden vom Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt begleitet und unterstützt. Ob und wie viele Spitäler des Kantons Basel-Landschaft in diese Kooperationsverhältnisse und Allianzen kommen, hängt dann von der jeweiligen Position der Regierung des Kantons Basel-Landschaft ab.

Abhängig vom sich ergebenden Szenario sind die entsprechenden Tätigkeiten und Verhandlungen mit dem Kanton BL oder allein zügig voran zu treiben und einer bald möglichen Realisierung zuzuführen.

5. Zwischen den Kantonen BL und BS unbestritten ist die Überführung des vom Sanitätsdepartement Basel-Stadt, dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und der Universität gemeinsam betriebenen Departements für Klinisch-Biologische Wissenschaften (DKBW) in den Kompetenzbereich der Universität. Allerdings müssen die Finanzierungsmodalitäten gemeinsam mit dem Kanton BL im Rahmen der Vertiefung des Universitätsvertrages detailliert festgelegt werden. Insbesondere die gemeinsame Trägerschaft der medizinischen Lehre und Forschung in der Medizinischen Fakultät ist zur Zeit noch eine Pendeuz des Universitätsvertrages. Auch das Prinzip, dass die Finanzströme für Lehre (und einen Teil der Forschung) von der Dienstleistung getrennt und an die Universität umgelenkt werden sollen, ist zwischen beiden Kantonen unbestritten.
6. In einer Gesamtsicht kann der Regierungsrat des Kantons BS seine Ernüchterung darüber nicht verhehlen, dass der Regierungsrat des Kantons BL in seinem Bericht unter dem Vorwand der anstehenden 2.KVG-Revision die oben geschilderten regional und partnerschaftlich ausgerichteten Planungsszenarien entweder ablehnt oder gar nicht erwähnt und stattdessen versucht, unter Vernachlässigung des partnerschaftlichen Gedankens den Status Quo zu zementieren, ohne dass dabei die möglichen Konsequenzen

zen eines Alleingangs für die Bevölkerung der Region angesprochen werden. Auch gibt der Regierungsrat des Kantons BS seiner Enttäuschung darüber Ausdruck, dass der Regierungsrat des Kantons BL sich nicht konsequent für eine Universität und Medizinische Fakultät Basel ausspricht, die beide für die Region Nordwestschweiz von enormer Bedeutung sind. Dadurch werden falsche Zeichen gesetzt und die Zukunft der Medizinischen Fakultät nicht nur regional, sondern auch national gefährdet.

II Ausgangslage

2.1. Einleitung

Die Zusammenarbeit der Kantone Basel-Landschaft (BL) und Basel-Stadt (BS) im Bereich der Gesundheitsversorgung war schon immer Gegenstand von intensiven partnerschaftlichen Diskussionen. Dabei ging es von jeher um

- die Koordination der Leistungsangebote
- die Realisierung von Synergiepotentialen
- die Vermeidung von Doppelspurigkeiten.

Bis heute hat sich an dieser Zielrichtung und an der Intensität der Diskussionen wie auch an der Schwierigkeit, gemeinsam getragene Lösungen zu finden, nichts verändert.

2.2. Gemeinsame Spitalliste

Durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18 März 1994, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, wurde diese Zusammenarbeit zusätzlich intensiviert. Da der Art.39 des damals neuen KVG die Kantone zur Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung sowie zum Erlass von Spitallisten verpflichtet, beschlossen die Regierungen der Kantone BL und BS an einer gemeinsamen Sitzung vom 27. Mai 1997, die Spitalplanung der Kantone BL und BS im Versorgungsbereich somatische Akutmedizin (und nur in diesem) gemeinsam anzugehen. Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Spitalplanung im Bereich der somatischen Akutmedizin ergab sich aus den vielfältigen Verflechtungen und gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen den beiden Kantonen. Das gemeinsame Vorgehen hatte einerseits zum Ziel, die intensivierte Zusammenarbeit im Bereich der universitären Medizin (partnerschaftliche Kooperationen in den Bereichen Innere Medizin, Urologie, Projekt „Gemeinsames Universitäts-Kinderspital mit zwei Standorten) zu konsolidieren und mittelfristig in verschiedenen Bereichen zu erweitern. Andererseits sollte neu das ganze Angebotsspektrum (im Sinne des KVG) soweit als möglich gemeinsam bedarfsgerecht geplant und im Hinblick auf eine möglichst kostengünstige Infrastruktur optimiert werden. Vorerst beschränkte sich die Zusammenarbeit aufgrund des umfangreichen Planungsvolumens und Planungshorizontes (definitive Umsetzung der gemeinsamen Planung per 1. Januar 2003) auf die somatische Akutmedizin. Eine mögliche spätere Erweiterung der Zusammenarbeit auf weitere Versorgungsgebiete (Geriatric, Psychiatrie, Rehabilitation) wurde aber seitens des Kantons Basel-Stadt bis heute nicht ausgeschlossen.

Die auf der gemeinsamen Planung aufbauende gemeinsame Spitalliste BS/BL beabsichtigte, den gesetzlichen Ansprüchen des KVG soweit als möglich gerecht zu werden. Sie 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. Die Umsetzung dieser Massnahmen erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion BL und dem Sanitätsdepartement BS. Die gemeinsame Spitalliste BS/BL war - und ist noch immer - ein Meilenstein der interkantonalen Spitalplanung und besitzt auch heute noch gesamtschweizerisch Modellcharakter, da sich bis zum heutigen Zeitpunkt keine anderen Kantone zu diesem wichtigen Schritt in Richtung gemeinsamer Planung der akut-somatischen Versorgung sowie der Koordination des Angebots entschliessen konnten.

2.3. Das Projekt „Regionale Spitalplanung“

In konsequenter Fortsetzung der partnerschaftlichen Bestrebungen beauftragten die Regierungen der Kantone BL und BS an einer gemeinsamen Sitzung vom 29. August 2001 die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion BL und das Sanitätsdepartement BS, 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 hochstehenden Gesundheitsversorgung insgesamt kostengünstiger und effizienter gestaltet werden.
- Die Kantonsspitäler Basel-Landschaft und Basel-Stadt 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.

2.4. Das gemeinsame Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Einen Spezialfall in der gemeinsamen Spitalplanung bildet das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB). Bereits 1986 wurde von den Regierungen BL und BS die Möglichkeit eines gemeinsamen Universitätskinderspitals geprüft. Das damalige Projekt mit einem Neubau auf dem Bruderholz wurde jedoch in Basel-Stadt (1992) wie auch in Basel-Landschaft (1995) verworfen. Somit blieben beide Kinderspitäler auf dem jeweiligen Kantonsgebiet bestehen. Handlungsbedarf - ausgelöst durch den medizinischen Fortschritt und den wachsenden Kostendruck – war allerdings noch immer gegeben, weshalb eine Lösung vorangetrieben wurde, bei der in jedem der beiden Kantone das verlangte Kinderspital beibehalten werden sollte, aber unter gemeinsamer Leitung. Der Basler Grosse Rat stimmte zu und im Kanton Basel-Landschaft nahm das Projekt die obligatorische Hürde einer Volksabstimmung. Am 1. Januar 1999 nahm das Universitätskinderspital beider Basel unter gemeinsamer Führung seinen Betrieb auf.

Bald schon zeigte sich, dass sich der Spitalalltag an zwei Standorten problematischer gestaltete als ursprünglich angenommen. Einerseits widersprach der 2-Standorte-Betrieb den Interessen der betroffenen Kinder und Eltern. Andererseits zeigten sich Probleme in der Struktur (enormer Koordinationsbedarf), im finanziellen Bereich (Abgeltungsregelungen), in der Ablauforganisation und im Informatikbereich.

Im Rahmen einer Klausur des Kinderspitalrates zur Standortfrage wurde am 19. Mai 2000 eine ausführliche Problemevaluation vorgenommen. Dabei kam der Kinderspitalrat zum Schluss, dass den Regierungen der beiden Trägekantone zu beantragen sei, die verschiedenen Abteilungen des UKBB an einem Standort zu konzentrieren. Am 16. August 2000 sprachen sich dann die Regierungen BL und BS auf Vorschlag der beiden im Kinderspitalrat vertretenen Sanitätsdirektoren grundsätzlich für ein Universitätskinderspital an einem einzigen Standort aus. Nach einer detaillierten Standortevaluation beschlossen die Regierungen BL und BS am 29. August 2001, das gemeinsame Kinderspital auf dem Areal „Schanzenstrasse/ Schällemätteli“ in Basel zu errichten und erteilten entsprechende Aufträge an die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion BL und das Sanitätsdepartement BS.

Diese Aufträge konkretisierten sich in einer Parlamentsvorlage für einen Vorprojekt-Kredit zu Realisierung des Neubaus, die am 28. Mai 2002 von den Regierungen BL und BS genehmigt und dem GR und dem Landrat mit dem Ratschlag 9164 des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt und der Landratsvorlage 2002/136 des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 28. Mai 2002 zugestellt wurde. Nach intensiven Abklärungen durch den Landrat und Grossen Rat wurden im November 2002 der Kredit für die Vorprojektphase des Neubaus und die Änderungen der Spitalgesetze BL und BS bewilligt und die Anpassungen am gemeinsamen Kinderspitalvertrag genehmigt.

2.5. Zwischenbericht zum Projekt „Regionale Spitalplanung“

Gemeinsam mit der obenerwähnten Parlamentsvorlage für einen Vorprojekt-Kredit zu Realisierung des Neubaus, erhielten Landrat und Grosser Rat auch einen durch die Regierungen BL und BS zur Kenntnis genommenen Zwischenbericht zum Projekt „Regionale Spitalplanung“. Dieser wurde am 1. Juni 2002 im Rahmen einer gemeinsam durchgeführten Veranstaltung des Landrats und des Grossen Rates in Muttenz vorgestellt und diskutiert.

Daraufhin wurde im Kanton Basel-Landschaft die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion am 22. August 2002 vom Regierungsrat BL beauftragt, eine Projektgruppe einzusetzen, welche einen Strategiebericht „Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL)“ zu erarbeiten hatte. Verfolgt wurden folgende Projektziele:

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

Parallel dazu erteilte der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt dem Sanitätsdepartement BS ebenfalls den Auftrag, ein Positionspapier zu erarbeiten, welches aus kantonaler Sicht die folgenden Themenfelder vertieft analysieren und eventuellen Handlungsbedarf konkretisieren soll:

- Die gemeinsame Spitalplanung
- Die Auswirkungen der 2. KVG-Revision auf die kantonale Versorgungsplanung

- Der aktuelle Stand der Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt

Diese Themenfelder werden in den folgenden Kapiteln vertieft dargestellt, im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die kantonale Bedarfsplanung analysiert und auf allfälligen Handlungsbedarf untersucht.

In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS, dass er

- in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung zieht und diese Planungsfelder eigenständig und nur für das eigene Kantonsgebiet bearbeiten und strukturieren will
- im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.

III Die gemeinsame Spitalplanung

3.1. Einleitung

Unter dem Begriff „Gemeinsame Spitalplanung“ der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt subsumieren sich vier Themenbereiche:

- Die universitäre Medizin
- Das gemeinsame UKBB
- Das Projekt „Regionale Spitalplanung“
- Die gemeinsame Spitalliste der beiden Kantone

Diese vier Themenbereiche werden im folgenden ausführlich beschrieben und auf allfälligen Handlungsbedarf überprüft.

Der Bedeutung des Themas folgend hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt diesen Handlungsbereich im neuen Politikplan als einen von fünf Schwerpunkten der regierungsrätlichen Tätigkeit in den nächsten Jahren definiert.

3.2. Universitäre Medizin

Das regionale Angebot der Gesundheitsversorgung im stationären Bereich zeichnet sich in der Grundversorgung und erweiterter Grundversorgung durch eine Vielzahl von Leistungserbringern aus, die zur Hauptsache den Grund- und erweiterter Grundversorgungsbereich ihres Kantonsgebietes abdecken. Von grosser Bedeutung – insbesondere auch für die Bevölkerung der Region - ist aber nicht nur die Dienstleistungsseite im Grund- und erweiterter Grundversorgungsbereich, sondern auch die universitäre Medizin mit ihrem Zusammenspiel von Lehre, Forschung und Dienstleistung.

Die universitäre Medizin beinhaltet sämtliche Leistungen, welche in Universitätskliniken erbracht werden, also Spitzenmedizin oder hochspezialisierte Versorgung, aber auch einen Anteil an Grundversorgung und erweiterter Grundversorgung. Davon zu unterscheiden ist die reine Spitzenmedizin oder hochspezialisierte Versorgung, die sich aufgrund des medizinischen Fortschritts durch einen rasch wechselnden, dynamischen Charakter auszeichnet, indem spitzenmedizinische Leistungen von heute bereits morgen zur erweiterter Grundversorgung gehören können. Beteiligt an der universitären Medizin sind neben der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das Kantonsspital Basel und zum Teil auch die Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal mit ihren Leistungsangeboten im Bereich der universitären Medizin.

Die sich in der universitären Medizin verbindenden Elemente der medizinischen Lehre und Forschung einerseits und der Dienstleistungsseite andererseits führen zu komplexen Führungs- und Finanzierungsstrukturen mit einer Vielzahl von involvierten Partnern auf nationaler, interkantonaler und kantonaler Ebene und garantieren der Bevölkerung - neben der umfassenden Grundversorgung und erweiterter Grundversorgung - ein qualitativ hochstehendes und den Bedarf abdeckendes Angebot im Bereich der Spitzenmedizin.

Das geschilderte Zusammenspiel von Forschung und Versorgung macht die universitäre Medizin zu einem wichtigen wirtschaftspolitischen Faktor für die ganze Region Nordwestschweiz. Der Standort Basel bietet dadurch einzigartige Voraussetzungen für die Entwick-

lung eines Forschungsschwerpunktes Life Sciences, in dem sich die biomedizinisch ausgerichteten Lehr- und Forschungsprogramme in Zusammenarbeit mit den universitären Kliniken zu einem Kompetenzzentrum von nationaler und internationaler Ausstrahlung verbinden.

Um diese Voraussetzungen zu erhalten oder sogar noch zu verstärken ist eine regional abgestützte Antizipation der sich im Umbruch befindlichen Entwicklung der Universitätslandschaft Schweiz und der spitzenmedizinischen Dienstleistung - mit Koordinationsbedarf und Konzentrationstendenzen – von höchster Bedeutung.

Damit ergibt sich aus Sicht der universitären Medizin folgender Handlungsbedarf:

- Da ein universitär-medizinisches Zentrum ein grösseres Einzugsgebiet benötigt als der kantonal ausgerichtete Grundversorgung- und erweiterte Grundversorgungsbereich, muss das Einzugsgebiet dieses Zentrums regional nach allen Seiten erweitert werden, wobei nicht nur geographische Hindernisse, sondern auch die bis heute rein kantonale Ausrichtung des Gesundheitswesens in der Region Nordwestschweiz überwunden werden müssen. Dabei darf auch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Frankreich und Deutschland nicht ausser acht gelassen werden, wobei intensive Kontakte mit den Gesundheitsministerien in Baden-Württemberg und Berlin bereits stattgefunden haben, während sich die Gespräche mit dem Elsass (noch) schwierig gestalten. Die Grösse des Einzugsgebietes ist dabei vor allem für die Spitzenmedizin und den Teil der patientenorientierten Forschung wichtig, während die Lehre und der nicht-patientenorientierte Teil der Forschung dadurch weniger tangiert werden.
- Verstärkter Kooperations- und Koordinationsbedarf unter den fünf Medizinischen Fakultäten wird künftig unabdingbar sein und muss bereits heute aktiv gesucht werden, da - bedingt durch die Grösse der Schweiz - die Einrichtung von fünf Medizinische Vollfakultäten mit umfangreichen Angebotspaletten in Lehre und Forschung wie auch in der Dienstleistung mittelfristig sowohl in volkswirtschaftlicher Hinsicht wie auch hinsichtlich des universitären Einzugsgebietes diskutierbar ist. Zur Ausgestaltung der zu realisierenden Koordinations- und Kooperationsmodelle bestehen zur Zeit aber gesamtschweizerisch unterschiedliche Ansätze. Eine von Dr. Charles Kleiber, Staatssekretär für Wissenschaftspolitik, geleitete Arbeitsgruppe schlägt zum Beispiel vor, die medizinischen Fakultäten und damit die Universitätsspitäler in der Schweiz stärker zu konzentrieren und einer gemeinsamen strategischen Führung zu unterstellen. Die Lösung sieht die Arbeitsgruppe, in der auch Personen aus dem kantonalen Bereich, aber - trotz energischer Intervention seitens der Basler Regierung - kein Basler Vertreter paritätisch mitwirkten, in der Beschränkung auf drei Zentren: Zürich, Bern-Basel und Lausanne-Genf.¹ Generell muss künftig davon ausgegangen werden, dass Kooperations- und Koordinationsgespräche mit allen Medizinischen Fakultäten geführt werden müssen. Unabhängig davon haben bereits jetzt die Vorsteher des Erziehungs- und des Sanitätsdepartements BS gemeinsam mit Vertretern der Universität, der Medizinischen Fakultät und dem Kantonsspital BS erste Gespräche mit den Vorstehern der Erziehungs- und der Gesundheitsdirektion Bern sowie Vertretern der Universität, der Medizinischen Fakultät und dem Inselspital Bern aufgenommen, in denen Kooperationsmodelle ge-

¹ „Struktur und Organisation der Hochschulmedizin in der Schweiz: Überlegungen und Reformvorschläge“ (im Internet abrufbar unter www.gwf-gsr.ch/deutsch/national/hochschulmedizin_de.pdf)

prüft werden sollen. Dieses Vorgehen hat weder präjudizielle Wirkung, noch soll das Vorgehen mit Bern exklusiven Charakter haben. Generell werden sowohl Vorgehensweise wie auch allfällige Projektstrukturen jeweils mit den Leitungsorganen der Universität Basel abgestimmt.

- Zur Eindämmung des Kostenwachstums im Bereich der universitären Medizin hat der Vorstand der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) bereits am 26. März 1999 beschlossen, eine Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ (mit Basler Vertretung: Prof. D. Scheidegger) einzusetzen, welche sich der Problematik der Erbringung hochspezialisierter medizinischer Leistungen in der Schweiz annehmen sollte. Grundlage für diese Arbeiten bildeten die Vorschläge der Projektgruppe 4 des Projekts „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA)“. Der nun vorliegende Schlussbericht enthält einen ausgearbeiteten Kriterienkatalog, einen Entwurf einer interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) und eine Liste mit medizinischen Bereichen mit potenziellem Koordinations- und Konzentrationsbedarf.² Im Rahmen der 2. KVG-Revision ist zudem vorgesehen, dass die gemeinsame Planung der Kantone im Bereich der Spitzenmedizin bis Ende 2005 abgeschlossen und bis Ende 2008 umgesetzt sein muss, ansonsten die Planungskompetenz im Bereich der Spitzenmedizin an den Bund übergeht. Dies bedeutet für die Region Nordwestschweiz, dass die damit zusammen hängenden Chancen und Risiken für die universitäre Medizin evaluiert und das weitere Vorgehen aus regionaler Sicht definiert werden müssen.
- In der hochspezialisierten Medizin sind die Kantone über die Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) mit der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und später der CICOMS (Nachfolgegremium der AG Spitzenmedizin) daran, Gebiete mit Bedarf für eine gesamtschweizerische Planung zu definieren und Vorschläge für eine derartige Planung zu erarbeiten. Die „Groupe des 15“ (Dekane der 5 med. Fakultäten, DirektorInnen und medizinische Leiter der 5 Unispitäler) hat einen Vorschlag betreffend Schwerpunktbildungen im Bereich der Transplantationen zuhanden der SDK erarbeitet, welcher zur Zeit beim Vorstand der SDK hängig ist. Die Grundidee ist, pro Transplantationsgebiet jeweils ein „leading-house“ zu bestimmen, welches die Rolle als gesamtschweizerisch führendes Zentrum übernimmt. Ausserdem soll auch die Anzahl der Leistungserbringer limitiert werden. Zur Umsetzung dieser Grundidee müssen dabei alle Universitätsspitäler und Medizinischen Fakultäten bereit sein, auf Teilgebiete zu verzichten.

Da neben einer den Bedarf abdeckenden Grund- und erweiterten Grundversorgung im Kanton Basel-Stadt ein universitär-medizinisches Zentrum von wirtschaftspolitischer Bedeutung für die Region Nordwestschweiz ist und es gleichzeitig für einen Kanton wie Basel-Stadt mit seinen rund 190'000 Einwohnern auf die Dauer nicht möglich sein wird, ein universitär-medizinisches Zentrum allein zu tragen und zu betreiben, muss künftig die ganze Region Nordwestschweiz - also die Kantone Basel-Landschaft, Jura, Solothurn, Aargau, eventuell sogar Luzern, aber auch der süddeutsche und elsässische Raum – dazu motiviert werden,

² „Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin: Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) vom 29. April 2003 (Im Internet abrufbar unter www.sdk-cds.ch/de/aktual-d.html)

dem universitär-medizinischen Zentrum ein Einzugsgebiet zu sichern, dass die kritische untere Grenze zumindest überschreitet.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Da die universitäre Medizin sowohl gesundheits- wie auch wirtschaftspolitisch einen wichtigen Faktor für die Region Nordwestschweiz darstellt, ist in folgenden Teilbereichen verstärkter Handlungsbedarf gegeben:

- a. Die Gespräche zwischen Vertretern der Regierungen, der Universitätsorgane, den Medizinischen Fakultäten Basels und anderer Kantone sowie Vertretern des Kantonsspitals Basel und anderer Kantonsspitäler müssen weiter vorangetrieben und mit den Leitungsorganen der Universität BS abgestimmt werden.
- b. Im Zusammenhang mit dem Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und den Arbeiten der „Groupe des 15“ muss in der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz eine regional abgestützte Einflussnahme in Bezug auf das weitere Vorgehen erfolgen.
- c. Im Zusammenhang mit den Schlussfolgerungen des Berichts der Arbeitsgruppe „Kleiber“ muss eine regional abgestützte Einflussnahme hinsichtlich der Positionierung des Universitätsspitals BS und der Medizinischen Fakultät der Universität Basel erfolgen.
- d. Das Einzugsgebiet für das universitär-medizinische Zentrum BS muss erweitert und die kritische Grösse des Zentrums muss erreicht werden durch Weiterführung und Vertiefung der eingeleiteten Gespräche mit potentiellen Partnern aus der Region und eventuell darüber hinaus.

3.3. Das UKBB

Wie bereits erwähnt wurde die Parlamentsvorlage für einen Vorprojekt-Kredit zu Realisierung des Neubaus UKBB den kantonalen Parlamenten mit dem Ratschlag 9164 des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt und der Landratsvorlage 2002/136 des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 28. Mai 2002 zugestellt. Anschliessend wurden im November 2002 der Kredit für die Vorprojektphase des Neubaus und die Änderungen der Spitalgesetze beider Kantone von LR und GR bewilligt. Dieser parlamentarische Entscheid stellt einen Meilenstein im Rahmen der gemeinsamen Spitalplanung dar und zeigt den Willen der beiden Kantone, Synergiepotentiale zu nutzen und notwendige Grossprojekte gemeinsam anzugehen. Nach diesem wichtigen Grundsatzentscheid für ein gemeinsam betriebenes UKBB an einem Standort ist das weitere Vorgehen wie folgt vorgesehen:

Wettbewerb und Kostenplanung	1. Quartal 2003 - 2. Quartal 2004
Kreditvorlage für Planung und Ausführung	3. Quartal 2004 - 2. Quartal 2005
Bauprojekt und Ausführungsplanung	3. Quartal 2005 - 2. Quartal 2007
Ausführung und Einrichtung	3. Quartal 2007 – 4. Quartal 2009

Zur Zeit werden die Vorarbeiten für das bevorstehende Wettbewerbsprogramm termingerecht abgewickelt, wobei das Programm in zwei Schritte unterteilt wird:

- in einen Wettbewerb für ein städtebauliches Konzept, das alle vorgesehenen Nutzungen auf dem Areal Schanzenstrasse/Schällemätteli berücksichtigt und optimal aufeinander abstimmt
- in einen Projektwettbewerb für den Neubau UKBB.

Die Vergabe zur Erbringung der planerischen Leistungen für den Neubau erfolgt nach den Vergaberichtlinien des Kantons BS, weshalb der entsprechende Generalplanervertrag öffentlich ausgeschrieben wurde. Im Rahmen eines Vorqualifikationsverfahrens wurden die Teams ermittelt, welche zur ersten Stufe des Projektwettbewerbes eingeladen wurden. Aus den Entwürfen wählt nun eine Jury die Vorschläge aus, die in der zweiten Wettbewerbsstufe zu definitiven Projektvorschlägen weiterentwickelt werden sollen.

Parallel zum Wettbewerbsverfahren werden in der Projektorganisation vertieftere Abklärungen zum benötigten Umfang der Versorgung und zu den Synergien mit dem KBS vorgenommen. Insbesondere ist zu erwähnen, dass die räumliche Zusammenführung der Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und –poliklinik (KJUP) mit dem UKBB in der Neubauplanung nicht mehr vorgesehen ist (die geschätzten Anlagekosten dafür würden auf ca. Fr. 11,0 Mio. belaufen, die vom Kanton Basel-Stadt allein zu tragen wären). Als Alternative zum jetzigen Standort am Schaffhauserrheinweg werden andere Standorte in der Nähe des Neubaus UKBB geprüft.

In der oben erwähnten Parlamentsvorlage wurde festgehalten, dass die Mittel für die Finanzierung des UKBB-Neubaus vollständig durch die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bereit gestellt werden sollen. Im Hinblick auf die 2. KVG-Revision, die den Einbezug der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten vorsieht, müssen nun die Finanzierungsgrundlagen für die anstehenden Investitionen zwischen den Trägerkantonen geklärt und festgelegt werden.

Ebenfalls im Hinblick auf die 2. KVG-Revision muss vom Kinderspitalrat (UKBB) und den beiden Trägerkantonen überprüft werden, ob das Einzugsgebiet erweitert werden kann und inwiefern eine Erweiterung der Trägerschaft in der Region möglich ist.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Die Vorarbeiten für das bevorstehende Wettbewerbsprogramm befinden sich terminlich im Rahmen der Vorgaben. Daneben laufen zur Zeit folgende Planungsaktivitäten:

- Der benötigte Umfang der Versorgung und die Synergien mit dem KBS werden vertieft überprüft.
- Im Hinblick auf die 2. KVG-Revision, die den Einbezug der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten vorsieht, müssen nun die Finanzierungsgrundlagen für die anstehenden Investitionen zwischen den Trägerkantonen geklärt und festgelegt werden.
- Ebenfalls im Hinblick auf die 2. KVG-Revision muss vom Kinderspitalrat (UKBB) und den beiden Trägerkantonen überprüft werden, ob das Einzugsgebiet erweitert werden kann und inwiefern eine Erweiterung der Trägerschaft in der Region möglich ist.

3.4. Das Projekt „Regionale Spitalplanung“

3.4.1. Vorgeschichte

Durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18 März 1994, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, wurde die partnerschaftliche Planung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Bereich der Gesundheitsversorgung weiter intensiviert. Da der Art.39 des KVG die Kantone zur Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung und zum Erlass von Spitallisten verpflichtet, beschlossen die Kantone BL und BS an einer gemeinsamen Sitzung vom 27. Mai 1997, die Spitalplanung der Kantone im Versorgungsbe- reich Somatische Akutmedizin (und nur in diesem) gemeinsam anzugehen. Die auf dieser gemeinsamen Planung aufbauende gemeinsame Spitalliste BS/BL beabsichtigte, den ge- setzlichen Ansprüchen des KVG soweit als möglich gerecht zu werden. Sie 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. Die Umsetzung dieser Massnahmen erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätsdepartement BS und der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion BL. Die gemeinsame Spitalliste BS/BL war ein Meilenstein der inter- kantonalen Spitalplanung und besitzt auch heute noch gesamtschweizerisch Modellcharak- ter, da sich bis zum heutigen Zeitpunkt keine anderen Kantone zu diesem wichtigen Schritt in Richtung gemeinsamer Planung der akutsomatischen Versorgung sowie der Koordination des Angebots entschliessen konnten.

In konsequenter Fortführung dieser partnerschaftlichen Bestrebungen beauftragten die Re- gierungen BL und BS an einer gemeinsamen Sitzung vom 29. August 2001 die Volkswirt- schafts- und Sanitätsdirektion BL und das Sanitätsdepartement BS, die gemeinsame Spi- talplanung zu vertiefen und weiterzuentwickeln.

Deshalb wurde Mitte Oktober 2001 die Firma Helbling Management Consulting AG beauf- tragt, im Rahmen eines Vorprojektes ein Konzept und einen Vorgehensvorschlag für ein Projekt „Regionale Spitalplanung“ zu entwickeln. Im Rahmen von mehreren Sitzungen des zukünftigen Projekt-Kernteams, einem Kurzworkshop mit den Spitaldirektionen der Kan- tonsspitäler Basel, Bruderholz und Liestal, sowie aufgrund von Einzelgesprächen mit wich- tigen Stakeholdern wurde ein Konzept mit Vorgehensplan für das Projekt „Regionale Spi- talplanung“ entwickelt und vom Lenkungsausschuss verabschiedet.

Im folgenden werden die wichtigsten Grundlagen des Projektes detailliert vorgestellt.

3.4.2. Die Prämissen und Eckwerte des Projektes

Folgende von den Regierungen BL und BS bereits an der gemeinsamen Sitzung vom 29. August 2001 verabschiedeten Prämissen und Eckwerte wurden dem Projekt „Regionale Spitalplanung“ zugrunde gelegt:

- Das Gesundheitswesen für die Bevölkerungen beider Kantone soll unter Wahrung der qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung insgesamt kostengünstiger und effi- zienter gestaltet werden.
- Die Kantonsspitäler Basel-Landschaft und Basel-Stadt 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.

3.4.3. Die Projektorganisation

3.4.3.1. Die Teilprojekte

Zur effizienten Zielerreichung wurde das Projekt „Regionale Spitalplanung BS/BL“ in drei Teilprojekte aufgeteilt:

- Das **Teilprojekt 1** analysiert und bewertet die organisatorische Stellung, die Aufgaben und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität im Verhältnis zu den kantonalen Verwaltungen. Dabei sollen einerseits Lösungsmöglichkeiten so definiert werden, dass die unabdingbaren Voraussetzungen für eine Akkreditierung der Medizinischen Fakultät durch das Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung zuhanden der Schweizerischen Universitätskonferenz erfüllt werden. Andererseits sollen im Rahmen der Realisierung einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung der betroffenen Spitalern und der Universität bzw. Medizinischen Fakultät die Strukturen und Abläufe so definiert werden, dass sie dem politischen Steuerungsbedarf einerseits und der notwendigen Autonomie der Universität/Medizinischen Fakultät und der Spitäler andererseits Rechnung tragen.
- Das **Teilprojekt 2** sucht nach einer sauberen Aufteilung der Kosten für Lehre und Forschung einerseits und die medizinische Dienstleistung andererseits. Die Finanzströme der von Bund und Kantonen geleisteten Subventionen und Leistungsabgeltungen für die Medizinische Fakultät sollen transparent darzulegen. Für die Einnahmenseite und bei Bedarf auch für die Kostenseite sind im Rahmen der Stellung und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät Aufschlüsselungs- bzw. Trennungvarianten zu formulieren, bewerten und eine Empfehlung für eine Variante abzugeben. Die konkreten Auswirkungen sollen anhand von Pilotkliniken geprüft werden.
- Das **Teilprojekt 3** zeigt und bewertet im Rahmen eines potentiellen Spitalverbundes der Universitätskliniken mögliche Modelle der Fachgebiets-Aufteilung auf die Standorte sowie deren finanzielle Konsequenzen. Eine Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ ist ebenfalls zu prüfen. Dezentral ausgestalteten Kooperationsmodellen soll als Referenzmodell die Konzentration der universitären Medizin an einem Standort gegenübergestellt werden.

Eine dem Teilprojekt 3 zugeordnete Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit, welcher delegierte Chefärzte von vier kantonalen Spitälern (Kantonsspital Bruderholz, Kantonsspital Liestal, Kantonsspital Basel und Felix-Platter-Spital) und der Delegierte der beiden Kantone in der „Arbeitsgruppe Spitzenmedizin“ der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) angehörten, erarbeitete Vorschläge für mögliche Modelle einer aus Sicht Medizin sowie Patientinnen und Patienten sinnvollen Fachgebietsaufteilung der universitären Medizin auf verschiedene Standorte und prüfte die Frage der Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung.

3.4.3.2. Das Projektkernteam

Ein Projektkernteam koordiniert die sachlichen Konzepte der 3 Teilprojekte, analysiert ihre politische Machbarkeit, erstattet dem Lenkungsausschuss regelmäßig Bericht und legt ihm die Projektzwischenenergebnisse und Projektergebnisse zum Entscheid vor.

3.4.3.3. Das Expertengremium

Um eine breite Abstützung des Projektes sicherzustellen, wurde ein Expertengremium mit beratender Stimme gewählt, in welchem Vertreter der verschiedenen Interessengruppen vertreten sind. Das Expertengremium überprüft die konkreten Inhalte der Sachkonzepte auf ihre sachliche Richtigkeit, deren Konsequenzen auf das Gesundheitswesen und ihre praktische Umsetzbarkeit.

3.4.3.4. Der Lenkungsausschuss

Dem Lenkungsausschuss gehören an:

- Der Präsident des Universitätsrates
- Der Vorsteher der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft
- Der Vorsteher der Finanz- und Kirchendirektion Basel-Landschaft
- Der Vorsteher des Finanzdepartements Basel-Stadt
- Der Vorsteher des Sanitätsdepartements Basel-Stadt

Der Lenkungsausschuss entscheidet über die vom Projektkernteam vorgelegten und vom Expertengremium als tauglich erklärten Sachkonzepte unter Berücksichtigung der gesamtpolitischen Lagebeurteilung aus Sicht Regierung.

3.4.4. Der Projektstand

3.4.4.1. Teilprojekt 1

Das Teilprojekt 1 befasst sich mit der Optimierung der strategischen Abstimmung zwischen Dienstleistungs- und Universitätsseite und somit ausschliesslich mit Fragen betreffend die universitäre Medizin. Ein Schlussbericht liegt vor, erste Entscheide wurden getroffen und noch nötige Anpassungen sind in Erarbeitung:

Getroffene Entscheide:

- Da Lehre und Forschung in die Zuständigkeit der Universität fallen, soll das derzeit vom Sanitätsdepartement Basel-Stadt, dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und der Universität gemeinsam betriebene Departement für Klinisch-Biologische Wissenschaften (DKBW) in den Kompetenzbereich der Universität integriert werden. Allerdings müssen die Finanzierungsmodalitäten gemeinsam mit dem Kanton BL im Rah-

men der Vertiefung des Universitätsvertrages detailliert festgelegt werden. Insbesondere die gemeinsame Trägerschaft der medizinischen Lehre und Forschung in der Medizinischen Fakultät ist zur Zeit noch eine Pendezenz des Universitätsvertrages.

- Da die Weiterbildung im Sinne der Zusatzausbildung nach dem Grundstudium sowie die Fortbildung nicht a priori universitäre Aufgaben sind, fallen sie nicht in dieses Teilprojekt.
- Unter Berücksichtigung der Schnittstelle zum Teilprojekt 2 hinsichtlich der Allokation der Finanzmittel sollen grundsätzlich sämtliche vom Bund und anderen Kantonen zugunsten der Lehre (und einen Teil) Forschung zufließende Finanzmittel direkt der Universität zukommen. Das Prinzip, dass die Finanzströme für Lehre (und einen Teil der Forschung) an die Universität umgelenkt werden sollen ist, ist unbestritten.
- Koordination, strategische Steuerung und Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Dienstleistung und Lehre/Forschung erfordern ein Gleichgewicht auf beiden Seiten, weshalb die Dienstleistungsseite (Spitäler) analog zur Universität über ein strategisches Führungsgremium verfügen muss. Die wichtigsten zu koordinierenden Aufgaben sind dabei die Schwerpunktplanung und die Berufungsverfahren.
- Da Berufungen für sowohl in der Forschung/Lehre als auch in der Dienstleistung tätige Dozierende in Zukunft zu den zentralen Koordinationsaufgaben zwischen Spitälern und der Universität gehören, sind bei den Anstellungsmodalitäten drei Varianten denkbar, nämlich entweder zu 100% an der Universität respektive beim jeweiligen Spital oder je zu einem Teil auf beiden Seiten.

Noch zu erarbeitende Anpassungen:

Hinsichtlich dem strategischen Führungsgremium sieht der vorliegende Schlussbericht des Teilprojekts 1 vor, als Äquivalent zum Universitätsrat als strategisches Lenkungsgremium der Universität ein ähnlich konzipiertes strategisches Führungsgremium auf der Dienstleistungsseite zu implementieren.

Vermieden werden soll dadurch insbesondere, dass Verhandlungen zu strategischen Fragen der klinischen Medizin (befasst sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten) weiterhin zwischen dem Universitätsrat und den Regierungen direkt geführt werden müssen, da dadurch die im Universitätsrat einsitzenden Regierungsmitglieder jeweils beiden Verhandlungsparteien angehören und so „zwei Hüte“ tragen müssen. Ferner hat das bestehende System dazu geführt, dass sich insbesondere die Sanitätsdirektoren beispielsweise im Rahmen der Koordinationskommission klinische Medizin (KKM) mit nicht stufengerechten Geschäften von teilweise gar operativer Bedeutung befassen müssen. Im Weiteren hat die aktuell ungünstige Finanzlage der Kantone die Notwendigkeit einer strategisch ausgerichteten Zusammenarbeit im Bereich der klinischen Medizin verstärkt. Schlussendlich wird die bevorstehende Revision des Krankenversicherungsgesetzes die Kantone aller Voraussicht nach zu einer Bedarfs- und Angebotsplanung im Bereich der Spitzenmedizin (hochspezialisierten Medizin) verpflichten. Sollte diese Planung nicht innert drei Jahren ab Inkrafttreten des geänderten Gesetzes abgeschlossen werden können, so fällt die diesbezügliche Kompetenz an den Bund. Dieser weitere Druck zur strategischen Zusammenarbeit bestätigt das dringende Bedürfnis nach Schaffung geeigneter Strukturen, ist es doch keinesfalls praktikabel, derartige Projekte zwischen dem Universitätsrat und den Regierungen direkt zu bearbeiten.

Eine Lösung besteht darin, die staatlichen Spitäler beider Kantone im Dienstleistungsbe- reich mit operativer Selbstständigkeit auszustatten und einem bikantonalen Spitalverbund zu unterstellen. Dieser Spitalverbund – durch einen Spitalrat als strategisches Führungs- gremium geleitet und kraft Leistungsauftrag gesteuert – könnte sämtliche Koordinationsauf- gaben qua eigener Kompetenz auf fachlicher Ebene übernehmen und denkbare Interes- senkonflikte der im Universitätsrat einsitzenden Regierungsratsmitglieder beider Kantone entschärfen. Es hat sich allerdings im Laufe der letzten Monate eindeutig ergeben, dass derzeit (noch) keine Möglichkeit zur Implementierung eines solchen Verbundes besteht, weshalb vorläufig noch nach weniger tiefgreifenden Lösungen gesucht werden muss.

Ein weniger weit gehender, aber mit kurzem Zeithorizont umsetzbarer Lösungsansatz be- steht darin, durch Schaffung eines strategischen Beratungsgremiums für die Regierungen („Beratende Spitalkommission - BSK“) und eines Koordinationsgefässes („Koordinations- ausschuss“) die notwendige Zusammenarbeit sicherzustellen. Während die Schaffung einer Beratenden Spitalkommission nach Ansicht der Teilprojektgruppe nicht zwingend notwendig ist, wird die rasche Ausgestaltung eines Koordinationsausschusses unumgänglich sein. Aber auch die Schaffung einer BSK wird empfohlen, da dadurch einerseits die zuständigen Regierungsmitglieder beider Kantone sowie die Gesamtregierungen zielgerichteter arbeiten könnten und andererseits die Doppelfunktion (Mitgliedschaft in Gesamtregierung und im Universitätsrat respektive in der KKM) im Bereich der universitären Medizin teilweise weg- fallen respektive sich weniger stark auswirken würde. Andererseits wäre eine BSK in der Lage, die Regierungen durch ihre Arbeit fachlich zu beraten respektive zu unterstützen und die Arbeit im Koordinationsausschuss vorzubereiten. Schlussendlich würde auch ein allfälli- ger späterer Übergang zu einem echten Spitalverbund erleichtert, müssten doch strukturell bereits vorhandene Gremien lediglich teilweise bezüglich Aufgaben, Kompetenzen und per- soneller Besetzung angepasst werden.

Ein von der Teilprojektgruppe 1 vollständig ausformulierter Vorschlag für die notwendigen gesetzlichen Regelungen der Variante ohne echten Spitalverbund liegt vor.

Weiteres Vorgehen:

Während der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt eine im Detail noch zu definierende operative Verselbständigung der öffentlichen Spitäler und einen echten Spitalverbund mit dem Kanton Basel-Landschaft geführt von einem strategischen Führungsgremium spätes- tens nach Umsetzung der zweiten Teilrevision des KVG unterstützt, wünscht der Regie- rungsrat des Kantons Basel-Landschaft zwar auch, dass die Spitäler innerhalb von strategi- schen Vorgaben operative Freiheiten erhalten. Der darauf basierende strategische Spital- verbund hätte dann zum Ziel, die Angebotsplanung zwischen den Kantonen zu koordinie- ren, wobei diese Koordination direkt zwischen den Gesundheitsdirektionen stattfinden könn- te und die Implementierung einer zusätzlichen Institution unnötig wäre. Die koordinierte An- gebotsplanung würde je nach Angebot die gesamte Schweiz (hochspezialisierte Medizin) oder die ganze Region (Nordwestschweiz, Deutschland, Frankreich) umfassen. Die Ab- stimmung der Angebotsstrategien würde Einstimmigkeit voraus setzen und die Rechtsform der Spitäler wäre in dieser Lösung sekundär. Die Implementierung eines operativen Spital- verbundes kommt für den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft zurzeit nicht in Frage. Unbestritten ist hingegen die Notwendigkeit eines strategischen Koordinationsaus- schusses.

Zur Zeit wird der Schlussbericht im Sinne der verschiedenen Standpunkte angepasst.

3.4.4.2. Teilprojekt 2

Zum Teilprojekt 2 liegen umfangreiche Datengrundlagen vor

- zur transparenten Aufschlüsselung der Kosten für Lehre und Forschung einerseits und für die medizinische Dienstleistung andererseits
- zur transparenten Darlegung der Finanzströme der von Bund und Kantonen geleisteten Subventionen und Leistungsabgeltungen (Bundessubventionen, Beitrag Kanton BL inkl. Beitrag an die Kapitalkosten gem. Spitalabkommen BS/BL, IUV-Beiträge, Drittmittel) für die Medizinische Fakultät

Die Formulierung und Bewertung von Aufschlüsselungs-/Trennungsvarianten für die Einnahmenseite, bei Bedarf auch für die Kostenseite, im Rahmen der Stellung und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät mit Abgabe einer Empfehlung für eine Variante werden nun von einer neu zusammengesetzten Projektgruppe mit Vertretern der Fachbereiche der medizinischen Fakultät und von Fach-Vertretern aus den Spitälern erarbeitet.

Diese neue Projektgruppe erhielt den Auftrag,

- einen Entwurf für einen Leistungsauftrag zwischen Medizinischer Fakultät und Lehr-Spitälern zu erarbeiten,
- die konkrete Umsetzung der Neuorganisation anhand einer Pilotklinik aufzuzeigen,
- Finanzierungsmodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Berufe auf Basis des revidierten Medizinalberufegesetzes zu erarbeiten.

Die entsprechenden Arbeiten sind unter Leitung des Dekans der medizinischen Fakultät im Gang.

3.4.4.3. Teilprojekt 3

Die dem Teilprojekt 3 zugeordnete Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit, welcher delegierte Chefärzte von vier kantonalen Spitälern (Kantonsspital Bruderholz, Kantonsspital Liestal, Kantonsspital Basel und Felix-Platter-Spital) und der Delegierte der beiden Kantone in der „Arbeitsgruppe Spitzenmedizin“ der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK angehörten, hat sechs Grobmodelle einer aus Sicht Medizin sowie Patientinnen und Patienten sinnvollen Fachgebietsaufteilung der universitären Medizin auf verschiedene Standorte geprüft und für diskussionswürdig befunden. Diese Modelle wurden an einer gemeinsamen Tagung beider Parlamente im Juni 2002 vorgestellt und diskutiert. Das weitere Vorgehen sah vor, die 6 Grobmodelle zu verfeinern und insbesondere auf ihre finanziellen Auswirkungen hin zu überprüfen.

Da die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion BL am 22. August 2002 vom Regierungsrat BL beauftragt wurde, eine Projektgruppe einzusetzen, die „Hausaufgaben des Kantons Basel-Landschaft“ zu erarbeiten hatte, stellte sich der Kanton BL auf den Standpunkt, weitere Schritte im Teilprojekt 3 erst dann anzupacken, wenn die Ergebnisse der Projektgruppe „Hausaufgaben BL“ vorlägen. Aus diesem Grund sind die Arbeiten am Teilprojekt 3 seit Juni 2002 zwar eingestellt, der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt glaubt aber, dass künftig als Referenzmodell die Variante „Universitäre Medizin an einem Standort“ im Vordergrund stehen muss, da dieses Modell organisatorisch und medizinisch die beste und einfachste Variante darstellt. Voraussetzung zur Verfeinerung dieser Variante ist die saubere Kostenaufteilung zwischen Lehre und Forschung einerseits und Dienstleistung andererseits (Teil-

projekt 2). Auch müssen die organisatorische Stellung, die Aufgaben und die Kompetenzen der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität im Verhältnis zu den kantonalen Verwaltungen, zumindest auf der strategischen Ebene definiert sein, um das Modell auf der operativen Ebene zu realisieren und steuerbar zu machen (Teilprojekt 1). Damit kann die Verfeinerung der Variante „Universitäre Medizin an einem Standort“ erst an die Hand genommen werden, wenn konkrete Resultate insbesondere aus dem Teilprojekt 2 vorliegen.

In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 hat der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS leider bestätigt, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ sowohl die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und wie auch die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Die Teilprojekte 1 und 2 sind im Rahmen der vorgesehenen Projektziele weit fortgeschritten und sollten baldmöglichst abgeschlossen werden können.

Hinsichtlich des Teilprojektes 1 kann festgehalten werden, dass

... Forschung und Lehre in die Zuständigkeit der Universität fallen, weshalb das derzeit vom Sanitätsdepartement Basel-Stadt, dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und der Universität gemeinsam betriebene Departement für Klinisch-Biologische Wissenschaften (DKBW) in den Kompetenzbereich der Universität integriert werden soll, wobei die Finanzierungsmodalitäten des Transfers mit dem Kanton BL noch detailliert festgelegt werden müssen. Insbesondere die gemeinsame Trägerschaft der medizinischen Lehre und Forschung in der Medizinischen Fakultät ist zur Zeit noch eine Pendenz des Universitätsvertrages.

... die Weiterbildung im Sinne der Zusatzausbildung nach dem Grundstudium sowie die Fortbildung nicht a priori universitäre Aufgaben sind und daher nicht in dieses Teilprojekt fallen,

... die Allokation der Finanzmittel eine Schnittstelle zum Teilprojekt 2 ist, wobei grundsätzlich anzustreben ist, sämtliche vom Bund und anderen Kantonen zugunsten der Lehre und Forschung zufließenden Finanzmittel direkt der Universität zukommen zu lassen,

... die Koordination, strategische Steuerung und Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Dienstleistung und Lehre/Forschung ein Gleichgewicht auf beiden Seiten erfordern, weshalb die Dienstleistungsseite (Spitäler) analog zur Universität über ein strategisches Führungsgremium verfügen und die Absprache zwischen den beiden strategischen Gremien über ein koordinierendes Gremium („Strategischer Koordinationsausschuss“) sichergestellt werden sollte,

... die Berufungen für sowohl in der Forschung/Lehre als auch in der Dienstleistung tätige Dozierende in Zukunft zu den zentralen Koordinationsaufgaben zwischen Spitälern und der Universität gehören werden, wobei bei den Anstellungsmodalitäten drei Varianten denkbar sind, nämlich entweder zu 100% an der Universität respektive beim jeweiligen Spital oder je zu einem Teil auf beiden Seiten.

Hinsichtlich des Teilprojekts 3 steht für den Regierungsrat des Kantons BS künftig die Variante der „Konzentration der universitären Medizin an einem gemeinsam betriebenen Standort“ im Vordergrund und dies, obwohl der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS in seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 leider bestätigt hat, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.

3.5. Die gemeinsame Spitalliste

Durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 wurde die lange und traditionelle Partnerschaft der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Bereich der Gesundheitsversorgung weiter vertieft.

Da der Art.39 des KVG die Kantone zur Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung sowie zum Erlass von Spitallisten verpflichtet, beschlossen die Kantone BL und BS an einer gemeinsamen Sitzung vom 27. Mai 1997, die Spitalplanung der Kantone BL und BL im Versorgungsbereich Somatische Akutmedizin (und nur in diesem) gemeinsam anzugehen. Die auf dieser gemeinsamen Planung aufbauende gemeinsame Spitalliste BS/BL beabsichtigte, den gesetzlichen Ansprüchen des KVG soweit als möglich gerecht zu werden. Sie 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. Die Umsetzung dieser Massnahmen erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätsdepartement Basel-Stadt und der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft. Der letzte Schritt zur Umsetzung der 1997 beschlossenen Abbaumassnahmen wird per 1. Januar 2004 erfolgen. Die folgende Schlussbilanz gibt einen Überblick über die Entwicklung der Akutbetten seit 1997:

	Akutbetten per 31.12.1997	Akutbetten per 1.1.2004	Abbau In Betten	Abbau In %
Kantonsspital Basel	783	618	-165	21%
Augenspital	46	- ³	-46	100%
Felix Platter-Spital	92	21	-71	77%
Gemeindespital Riehen	89	48	-41	46%
St. Claraspital	255	219	-36	14%
Josefsklinik	42	-	-42	100%
Merian Iselin-Spital	166	120	-46	28%
Bethesdaspital	134	80	-54	40%
Schmerzklinik Kirschg.	10	15	+5	+50%
UKBB (Anteil BS)	113	70	-43	38%
TOTAL BS	1'730	1'191	-539	31%
TOTAL BL	1'017	929	-88	9%
TOTAL BS/BL	2'747	2'120	-627	23%

Der Regierungsrat des Kantons BS geht davon aus, dass nach Abschluss der seit 1997 gemeinsam in Angriff genommenen Versorgungsplanung und der damit verbundenen Abbauschritte das weitere Vorgehen mit dem Kanton BL gemeinsam definiert und an der gemeinsamen Spitalliste im somatischen Akutbereich festgehalten wird. Im Hinblick auf die künftige Ausrichtung der gemeinsamen Bedarfsplanung und Spitalliste haben sich die Kantone BL und BS aber entschlossen, im Vorfeld das eigene Kantonsgebiet einer umfassenden Bedarfsplanung zu unterziehen und anhand der dadurch gewonnenen Erkenntnisse das weitere Vorgehen gemeinsam zu definieren. Dieses Vorgehen ergibt sich einerseits aus der anstehenden 2. KVG-Revision (siehe unten IV) und andererseits aus dem Projekt „Regionale Spitalplanung“, in dem insbesondere bezüglich dem Teilprojekt 3 das weitere Vorgehen und eine Konkretisierung des Referenzmodells „Universitäre Medizin an einem Standort“ definiert werden müssen.

³ Die räumliche Integration des Augenspitals ins KBS wird in den nächsten Monaten erfolgen. Die strukturelle Integration wurde bereits in der Anpassung der gemeinsamen Spitalliste BS/BL per 1.1.2003 vollzogen.

Noch heute besitzt die gemeinsame Spitalliste beider Kantone gesamtschweizerisch Modellcharakter. Bis zum heutigen Zeitpunkt konnten sich keine anderen Kantone zu diesem wichtigen Schritt in Richtung gemeinsame Planung der stationären medizinischen Versorgung sowie gemeinsame Koordination des Angebots entschliessen. Das Modell hat auch hinsichtlich der anstehenden 2. KVG-Revision, die interkantonale Kooperationen ausdrücklich begrüsst, zukunftsweisende Wirkung.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Die gemeinsame Spitalliste beider Kantone ist gesamtschweizerisch ein Meilenstein interkantonaler Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung und besitzt Modellcharakter. Deshalb muss an diesem wichtigen Schritt in Richtung gemeinsamer Planung der somatischen Akutversorgung nicht nur festgehalten werden, sondern er muss auch auf künftige potentielle Entwicklungen im akutsomatischen Bereich ausgerichtet werden, was bedeutet:

Kurzfristig:

Kurzfristig nutzen die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt die bisher gemachten Erfahrungen im Bereich der gemeinsamen Bedarfsplanung mit gemeinsamer Spitalliste im akutsomatischen Bereich, optimieren sie gemeinsam und weiten sie – wo immer machbar – auf weitere Bereiche (Geriatric, Psychiatric, Rehabilitation) aus.

Mittel- und langfristig:

Als mittel- bis langfristig zu realisierende Vision sieht der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt einen echten regionalen Spitalverbund mit einer gemeinsamen Spitalliste, die auf einer gemeinsamen Bedarfsplanung basiert.

Als Fundament dienen dabei die aktuell geltende gemeinsame Spitalliste und die (vorläufig) abgeschlossene gemeinsame Bedarfsplanung im akutsomatischen Bereich, die künftig und im Hinblick auf eine Gesundheitsversorgungsregion Nordwestschweiz so flexibel zu gestalten sind, dass sie jederzeit um potentiell interessierte Kantone erweitert werden können.

IV Die 2. KVG-Revision

4.1. Einleitung

Das aus dem Jahr 1911 stammende Krankenversicherungsgesetz sollte bereits 1974 und 1987 revidiert werden, doch scheiterten beide Revisionen in Volksabstimmungen. Weil sich die Probleme verschärften,

- die Kosten für das Gesundheitswesen ungebremst stiegen,
- für immer mehr Menschen die Prämien zu einer untragbaren Belastung wurden,
- die Solidarität zwischen Jungen und Alten sowie zwischen Gesunden und Kranken sich auszuhöhlen schien,
- das aus dem Jahre 1911 stammende Gesetz diese Probleme nicht mehr lösen konnte,

erliessen Bundesrat und Parlament in der Folge Notrecht mit dringlichen Massnahmen, die 1993 vom Volk mit grosser Mehrheit gutgeheissen wurden.

Da die dringlichen Massnahmen befristet waren, schlugen in der Folge Bundesrat und Parlament eine Totalrevision des Gesetzes vor. Gegen diese Vorlage wurde das Referendum ergriffen. In einer Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 sprach sich das Volk für die Einführung des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) aus.

Nach Einführung des neuen KVG am 1. Januar 1996 verschärften sich die geschilderten Probleme im Gesundheitswesen - insbesondere hinsichtlich des Kostenwachstums - weiter, weshalb der Bundesrat am 18. September 2000 eine Botschaft betreffend die zweite Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) veröffentlichte. Aktuell befindet sich die Botschaft in der Schlussrunde der parlamentarischen Beratung.

Die FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte hat an ihrer ausserordentlichen Ärztekammersitzung (Delegiertenversammlung) vom 11. Oktober 2003 in Solothurn mit 157 gegen 2 Stimmen beschlossen, gegen die 2. KVG-Revision das Referendum zu ergreifen. Der Beschluss der Ärztekammer, das Referendum zu ergreifen, ist von mehr als vier Fünfteln der Stimmenden gefasst worden und gilt gemäss Artikel 33 der Statuten der FMH als dringlich und endgültig.

4.2. Die Hauptpunkte der Revision

Für die Kantone sind insbesondere folgende Neuerungen in der 2. KVG-Revision von Bedeutung:

- Der Übergang von der Objekt- (Spital-) Finanzierung zur Leistungsfinanzierung
- Der Sockelbeitrag der Kantone an privat und halbprivat Versicherte auch an die bisher nicht subventionierten Leistungen der Privatspitäler auf der Spitalliste
- Die duale (Kanton/Versicherer) Finanzierung des Gesundheitswesens mit fixem Kostenteiler (z.B. je 50%) und Einbezug der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten
- Die leistungsorientierte Abgeltung von Spitalleistungen (Abteilungspauschalen, Fallpauschalen) statt Tagespauschalen
- Die gesetzliche Verankerung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich

- Die gesetzlich festgeschriebene Bandbreite der maximal zulässigen Prämienbelastung von 2 – 12%.

4.3. Die Auswirkungen der Revision

Die Neuerungen in der 2. KVG-Revision führen mittelfristig zu folgenden Auswirkungen:

- **Übergang von der Objekt- (Spital-) Finanzierung zur Leistungsfinanzierung**

Im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Übergang von der Objekt- (Spital-) Finanzierung zur Leistungsfinanzierung wird die SDK im November dieses Jahres mit den Planungsverantwortlichen der Kantone eine Tagung zur leistungsorientierten Spitalplanung durchführen. Dabei soll ein erster Meinungs austausch über leistungsorientierte Planungsmodelle ermöglicht werden. Erst wenn alle Details zur leistungsorientierten Spitalplanung klar sind, kann abschliessend beurteilt werden, inwiefern aus der 2. KVG-Revision zusätzlicher Planungsbedarf für den Kanton Basel-Stadt erwächst. Auch in Zukunft wird es aber trotz dieses Überganges von der Objekt- (Spital-) Finanzierung zur Leistungsfinanzierung weiterhin kantonale Spitallisten geben. Schliesslich wird man auch künftig kaum auf eine Bettenplanung verzichten können, doch wird dieses eher infrastrukturell ausgerichtete Planungselement künftig um leistungsorientierte Elemente ergänzt werden, was einerseits den Aufwand der kantonalen Bedarfsplanungen massiv anheben wird, im Gegenzug aber die Nachvollziehbarkeit der kantonalen Planungsentscheide und deren Transparenz hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen auch stark erhöhen wird.

- **Sockelbeitrag der Kantone an privat und halbprivat Versicherte auch an die bisher nicht subventionierten Leistungen der Privatspitäler auf der Spitalliste**

Diese Neuregelung hat zur Folge, dass die Kantone ihre Spitallisten generell überarbeiten müssen, da der Sockelbeitrag des Wohnsitzkantons an privat und halbprivat Versicherte nur an die Spitäler geleistet werden muss, die auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons aufgelistet sind. Deshalb müssen Kantone, welche ausserkantonale Leistungsanbieter auf ihren Spitallisten führen, ihre Spitallisten hinsichtlich der neuen Finanzierungspflicht grundlegend überprüfen und dabei entscheiden, mit welchen Spitälern sie künftig Leistungsaufträge vereinbaren mit der Konsequenz, diese Spitäler dann auch auf ihren Spitallisten zu führen. Damit wird hinsichtlich der Finanzierung künftig der Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitälern wegfallen und es wird nur noch differenziert werden zwischen finanzierten Listenspitälern und Nicht-Listenspitälern.

Gerade deshalb muss der Kanton BL, der mit seinen Spitälern den Eigenbedarf im Bereich der Grundversorgung nur zu 61% abdeckt, für die verbleibenden 39% der Fälle ausserkantonale Leistungserbringer suchen, mit diesen Verhandlungen führen, diesen neue, aus kantonaler Sicht bedarfsgerechte und leistungsorientierte Aufträge erteilen und die evaluierten Vertragspartner anschliessend auf die Spitalliste aufnehmen. Im Hinblick auf die gemeinsame Spitalliste BS/BL könnte dies zur Folge haben, dass der Kanton BL sein Verhältnis insbesondere zu den auf der gemeinsamen Spitalliste BS/BL aufgeführten Privatspitälern des Kantons Basel-Stadt im Hinblick auf das Erteilen von klar definierten Leistungsaufträgen überdenken wird.

Der Kanton Basel-Stadt hingegen deckt seinen Eigenbedarf im Bereich der Grundversorgung flächendeckend ab und führt mit Ausnahme der Spitäler des Kantons BL im Bereich der somatischen Akutmedizin keine ausserkantonalen Leistungserbringer auf der gemeinsamen Spitalliste BS/BL, was bedeutet, dass der Kanton BS im akutsomatischen Bereich keine ausserkantonalen Leistungserbringer für die Spitalliste evaluieren muss. Ob die Basler Spitäler ihrerseits künftig auf ausserkantonalen Spitallisten aufgeführt werden, ist primär Verhandlungssache der jeweiligen Spitäler. Aus kantonalen Optik und im Hinblick auf die Erweiterung des universitären Einzugsgebietes ist es aber notwendig, dass die universitär-medizinischen Leistungsangebote, die im Kanton erbracht werden, in möglichst vielen Kantonen in Form von Leistungsaufträgen in die jeweiligen Spitallisten aufgenommen werden, was gleichzeitig Chancen und Risiken birgt. Einerseits kann das Einzugsgebiet der universitären Kliniken durch Aufnahme auf möglichst vielen ausserkantonalen Spitallisten erweitert werden, andererseits besteht das Risiko, dass das Einzugsgebiet der universitären Kliniken durch Nichtaufnahme auf ausserkantonalen Spitallisten reduziert wird.

Hinsichtlich der auf ausserkantonalen Spitallisten ausserhalb der gemeinsamen Spitalliste aufgeführten Basler Spitäler mit universitärem Auftrag sieht die Situation aktuell wie folgt aus:

Spital	Kanton	Leistungsauftrag	
FPS	Jura	Rheumatologie	
	Solothurn	Nur wenn nicht durch BL abgedeckt	
KBS	Tessin/Wallis	Alles	
	Jura	Hochspezialisierte Medizin/Orthopädie	
	Graubünden	Hochspezialisierte Medizin	
	Nidwalden/Zug	Herzchirurgie/Interventionelle Kardiologie	
	Aargau	Herzchirurgie/Transplantationen	
	Obwalden	Herzchirurgie	
	Luzern	Gemäss Vereinbarung	
	Solothurn	Nur wenn nicht durch BL abgedeckt	
	UKBB	Solothurn/Tessin	Alles
		Aargau	Neonatologie/Pädiatrie/Kinderchirurgie
Jura		Pädiatrie	
	Luzern	Gemäss Vereinbarung	

Infolge der neuen Ausgangslage werden die Kantone BL und BS die zukünftige Ausgestaltung der gemeinsamen Spitalliste BS/BL aufgrund der geschilderten Auswirkungen der 2. KVG-Revision überdenken und im Hinblick auf die Interessen beider Kantone anpassen müssen. Am Grundsatz der gemeinsamen Bedarfsplanung mit einer gemeinsamen Spitalliste darf dies aber nichts ändern, denn auch die 2. KVG-

Revision geht in Art.39 von der Notwendigkeit regionaler Kooperationen aus und verstärkt im Bereich der Spitzenmedizin sogar die Notwendigkeit von regional ausgerichteten Planungen, indem in den Übergangsbestimmungen vorgesehen ist, dass die gemeinsame Planung der Kantone im Bereich der Spitzenmedizin bis Ende 2005 abgeschlossen und bis Ende 2008 umgesetzt sein muss, ansonsten die Planungskompetenz in Bereich der Spitzenmedizin an den Bund übergeht.

- **Duale (Kanton/Versicherer) Finanzierung des Gesundheitswesens mit fixem Kostenteiler (z.B. je 50%)**

Die Konsequenz der dual-fixen Finanzierung im Dienstleistungsbereich ist, dass künftig drei Verhandlungspartner den Preis für einzukaufende Spitalleistungen aushandeln. Die Kantone und Versicherer als Leistungseinkäufer mit klar definierten Finanzierungspflichten und die Spitäler als Leistungserbringer in einer neuen Verhandlungsposition, da künftig sowohl Kanton wie auch Versicherer zu je 50% an die Kosten des Spitals beitragen und damit die generelle Defizitdeckung des Standortkantons bei den öffentlichen Spitälern entfällt.

Die absehbaren Konsequenzen der dual-fixen Finanzierung lassen sich wie folgt auflisten:

- Künftig wird hinsichtlich der Finanzierung der Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitälern wegfallen und es wird nur noch kantonal finanzierte Listenspitäler oder kantonal nicht finanzierte Nicht-Listenspitäler geben.
- Die dual-fixe Finanzierung zwingt Leistungserbringer im Bereich der universitären Medizin, die Kosten für Lehre und Forschung von den Kosten für die Dienstleistung zu separieren, da nur die Dienstleistung dual-fix finanziert und insbesondere von den Versicherern abgegolten wird.
- Neu werden auch die Investitionskosten in die anrechenbaren Betriebskosten einbezogen und damit durch die Versicherer mitfinanziert.
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienst, gewollte Überkapazitäten) werden hingegen separat abgegolten.

Die künftig sich stark verändernden und entgegen stehenden Rollen

- der Kantone als Planungsbehörde, Mitfinanzierer und Leistungseinkäufer einerseits
- der Spitäler als Leistungserbringer und –verkäufer andererseits

bedingen dabei umfassende strukturelle Anpassungen insbesondere in den heute in die Verwaltung integrierten öffentlichen Spitälern. Diese müssen mit einer gewissen operativen Selbstständigkeit ausgestattet werden, um ihrer neu vorgesehenen Rolle als Leistungsverkäufer überhaupt nachkommen zu können. Begleitet werden muss diese noch zu definierende operative Selbstständigkeit durch taugliche Informatikmittel, Anpassungen im Rechnungswesen und durch effiziente Qualitätssicherungs- und Controllinginstrumente.

- **Leistungsorientierte Abgeltung von Spitalleistungen (Abteilungspauschalen, Fallpauschalen) statt Tagespauschalen**

Es ist davon auszugehen, dass künftig die kantonale Planung und damit auch die Definition von Leistungsaufträgen bzw. Leistungsvereinbarungen mittels Fachbereichspauschalen erfolgt. Längerfristig ist die Einführung von Fallgruppensystemen (z.B. DRG) absehbar. Dies hat zur Konsequenz, dass sämtliche geltenden Abkommen (Spitalabkommen / Spitalverträge / Leistungsvereinbarungen/ Freizügigkeitsabkommen) mit anderen Kantonen überprüft und neu ausgestaltet werden müssen.

- **Gesetzliche Verankerung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich**

Das geltende KVG stellt den Kantonen nur im stationären Bereich griffige Planungsinstrumente und – kompetenzen zur Verfügung. Diese haben dazu geführt, dass aufgrund

- § der gemeinsamen Bedarfsplanung mit gemeinsamer Spitalliste im akutsomatischen Bereich
- § laufender rollender Bedarfsplanungen in den Bereichen Geriatrie, Pflegeheime, Psychiatrie und Rehabilitation

das Kostenwachstum im Kanton BS zumindest im stationären Bereich in den letzten Jahren eingedämmt und stabilisiert werden konnte.

Im ambulanten Bereich hingegen hatten die Kantone bis heute wenige bis gar keine Planungskompetenzen, weshalb sich ein Grossteil des kantonalen Mengenwachstums in den letzten Jahren auf den ambulanten Bereich bezog.

Auch deshalb soll künftig die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich gesetzlich verankert werden. Zur Umsetzung der (teilweisen) Aufhebung des Kontrahierungszwanges müssen aber vorgängig gesetzliche Bedingungen für die Versorgungssicherheit definiert werden. Die anschliessende Umsetzung muss mit klar definierten Vorgaben hinsichtlich Zulassung und Qualität verknüpft werden. Eine umfassende Information der Versicherten ist sicherzustellen und die Möglichkeit eines raschen Kassenwechsels muss geschaffen werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich ist aber umstritten und einer der Hauptgründe, dass die FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte an ihrer ausserordentlichen Ärztekammersitzung (Delegiertenversammlung) vom 11. Oktober 2003 in Solothurn mit 157 gegen 2 Stimmen beschlossen hat, gegen die 2. KVG-Revision das Referendum zu ergreifen.

- **Gesetzlich festgeschriebene Bandbreite der maximal zulässigen Prämienbelastung von 2 – 12%**

Das in der 2. KVG-Revision definierte Sozialziel von 2 - 12 % bedeutet, dass die unteren Einkommenskategorien maximal nur noch 2 bzw. 4% von ihrem Einkommen für die Krankenkassenprämie bezahlen müssen und der Kantonsanteil umgekehrt dementsprechend ansteigt. Danach nimmt die Eigenbeteiligung des Versicherten bei steigendem Einkommen zu und werden Versicherte mit Kindern (2 – 10%) stärker entlastet als Versicherte ohne Kinder (4 – 12%).

4.4. Ausblick

Da der Kanton Basel-Stadt in sämtlichen wichtigen Gremien der SDK (Vorstand und Vollzugskommission KVG) vertreten ist und die Kontakte und die Vernetzung insbesondere zu national- und ständerätlichen Gesundheitskommissionen funktionieren, ist die laufende Aktualisierung des Kenntnisstandes hinsichtlich der 2. KVG-Revision gewährleistet und die Vorgehensstrategien können laufend an den aktualisierten Wissensstand angepasst werden. Nachdem der Ständerat am 16. September 2003 die noch bestehenden Differenzen zum Nationalrat im KVG beraten hat, sind zwei Geschäfte in die ständerätliche Gesundheitskommission (SGK-S) zurückgewiesen worden und eine Reihe von Differenzen bestehen geblieben. Die zurückgewiesenen Geschäfte betreffen die Pflegeheimfinanzierung und den Antrag Spoerry, wonach die Kantone verpflichtet werden sollen, das Leistungsangebot der privaten Institutionen gemäss ihrer Planung für das Jahr 2002 bis zum Vorliegen des monistischen Finanzierungssystems zu berücksichtigen. Die Differenzen finden sich insbesondere bei den Prämienverbilligungen für Kinder und beim Kontrahierungszwang. Damit kann sich der Ständerat erst in der Wintersession 2003 wieder mit der KVG-Revision befassen, wobei es bei Abschluss in der Frühjahrsession 2004 von den Gesundheitskommissionen der Eidgenössischen Räten trotz allfälligem Referendum noch immer für möglich erachtet wird, die KVG-Revision per 1. Januar 2005 in Kraft treten zu lassen.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Infolge der noch vorliegenden Differenzen in den Eidgenössischen Räten kann der Zeitpunkt der Umsetzung der 2. KVG-Revision noch nicht definitiv abgeschätzt werden. Die Gesundheitskommissionen der Eidgenössischen Räte gehen aber trotz allfälligem Referendum nach wie vor von einer Einführung per 1. Januar 2005 aus, weshalb die Revision im Kanton BS bereits heute proaktiv antizipiert wird und dies in folgenden Bereichen:

Universitäre Medizin:

Die im Teilprojekt 2 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ als Ziel vorgegebene Trennung der Finanzströme von Lehre & Forschung einerseits und der Dienstleistung andererseits wird weiter voran getrieben. Ziel muss sein, die entsprechenden Budgets summarisch und organisatorisch schnellstmöglich zu trennen und in Bezug auf die Verantwortlichkeit der Medizinischen Fakultät oder dem Kantonsspital BS oder allfälligen anderen universitären Leistungserbringern zu zuweisen.

Das Kantonsspital BS soll – wie auch das Felix Platter-Spital und die Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) - mit einer noch zu definierenden operativen Selbstständigkeit ausgestattet und in ein Universitätsspital umgewandelt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gewisse universitäre Aufträge auch ausserhalb des Kantonsspital BS erbracht werden (z.B. Urologie im Kantonsspital Liestal). Die Verlagerung weiterer Aufträge muss geprüft werden. Für all diese Fälle sind das weitere Vorgehen und allfälliger Koordinationsbedarf in die Planung mit einzubeziehen. Ist die Umwandlung erfolgt, so soll dem Kanton Basel-Landschaft eine Mitträgerschaft im Bereich der Dienstleistung offeriert werden. Gleichzeitig wird die Implementierung eines Spitalverbundes BS geprüft.

Vorbehalten bleibt das weitere Vorgehen betr. den Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und insbesondere die künftige Ausgestaltung der kantonalen Planungskompetenzen im Bereich der hochspezialisierten Medizin.

Ambulante Medizin:

Da im ambulanten Bereich die Kantone bis heute wenige bis gar keine Planungskompetenzen hatten, sich ein Grossteil des kantonalen Mengenwachstums in den letzten Jahren aber gerade auf den ambulanten Bereich bezog und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich nach wie vor umstritten ist (Referendumsbeschluss FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte), hat der Regierungsrat BS eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des WSD und SD eingesetzt, welche auf kantonaler Ebene die konkreten Möglichkeiten, das Kostenwachstum im ambulanten Bereich einzudämmen, evaluieren soll (siehe Politikplan Aufgabenfelder 5.3 und 6.6).

V Die Versorgungsplanung im Kantons Basel-Stadt

5.1. Generell

Im Sinne einer Entwicklungsprognose muss aus spitalplanerischer Sicht generell in fast allen Fachbereichen mit einer Zunahme der Fälle gerechnet werden. Hauptsächliche Gründe dafür sind:

- der medizinische Fortschritt, der bewirkt, dass die Bevölkerung generell älter wird
- die dadurch bewirkte überproportionale Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung

Daneben ermöglichen neue Behandlungskonzepte eine weitere Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer und weitere Verlagerungen in den ambulanten Bereich mit Entlastung des Staatshaushaltes und entsprechender Auswirkung auf die KK-Prämien.

Auch deshalb wird der Kanton Basel-Stadt dazu übergehen müssen, in seinem Versorgungsgebiet laufend rollende Bedarfsplanungen durchzuführen, um diese Entwicklung zu antizipieren.

Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen

- dem mit dem Kanton Basel-Landschaft gemeinsam geplanten Bereich der somatischen Akutmedizin
- und den vom Kanton Basel-Stadt eigenständig geplanten Bereichen Geriatrie und Pflegeheime, Rehabilitation und Psychiatrie.

Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über die in den Jahren 2003 und 2004 anlaufenden Planungsaktivitäten im Sanitätsdepartement BS.

5.2. Die somatische Akutmedizin

5.2.1. Ausgangslage

Gemeinsam mit der Parlamentsvorlage für einen Vorprojekt-Kredit zu Realisierung des Neubaus UKBB, erhielten Landrat und Grosser Rat auch einen durch die Regierungen BL und BS zur Kenntnis genommenen Zwischenbericht zum Projekt „Regionale Spitalplanung“. Dieser wurde am 1. Juni 2002 im Rahmen einer gemeinsam durchgeführten Veranstaltung des Landrats und des Grossen Rates in Muttenz vorgestellt und diskutiert.

Daraufhin wurde im Kanton Basel-Landschaft die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion am 22. August 2002 vom Regierungsrat BL beauftragt, eine Projektgruppe einzusetzen, welche einen Strategiebericht „Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL)“ zu erarbeiten hatte. Verfolgt wurden folgende Projektziele:

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

- Definition der Ausgangslage für das weitere Vorgehen bezüglich des Kantonsspitals Bruderholz

Parallel dazu erteilte der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt dem Sanitätsdepartement BS ebenfalls den Auftrag, einen Positionspapier zu erarbeiten, welches aus kantonaler Sicht die folgenden Themenfelder vertieft analysieren und eventuellen Handlungsbedarf konkretisieren soll:

- Die gemeinsame Spitalplanung
- Die Auswirkungen der 2. KVG-Revision auf die kantonale Versorgungsplanung
- Der aktuelle Stand der Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt

Diese Themenfelder werden in den folgenden Kapiteln vertieft dargestellt, im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die kantonale Bedarfsplanung analysiert und auf allfälligen Handlungsbedarf untersucht.

In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS, dass er

- in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung zieht und diese Planungsfelder eigenständig und nur für das eigene Kantonsgebiet bearbeiten und strukturieren will
- im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.

5.2.2. Die Bedarfsplanung im Kanton Basel-Landschaft

Im Kanton Basel-Landschaft wurde die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion am 22. August 2002 vom Regierungsrat BL beauftragt, eine Projektgruppe einzusetzen, welche einen Strategiebericht „Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL)“ zu erarbeiten hatte. Der Bericht kommt zur Erkenntnis, dass der Kanton Basel-Landschaft nur 61% seines Eigenbedarfes im Kantonsgebiet abdeckt, womit – grob geschätzt – davon ausgegangen werden kann, dass der Kanton BL 39% seines Bedarfes auch im Bereich der somatischen Akutmedizin ausserkantonale einkaufen muss.

Geht man nun davon aus, dass

- im Kanton Basel-Landschaft 929 Akutbetten betrieben werden,
- diese 61% des Eigenbedarfes abdecken,

so kann in einer Grobschätzung davon ausgegangen werden, dass die fehlende Bedarfsabdeckung von 39% proportional gerechnet in etwa 594 fehlenden Akutbetten entspricht. Das bedeutet - wiederum grob geschätzt - , dass dem Kanton Basel-Landschaft zur vollständigen Abdeckung seines Eigenbedarfs in etwa ein Spital von der Grössenordnung des Bruderholzspitals fehlt.

Geht man nun in einer ersten Einschätzung davon aus, dass im Kanton Basel-Stadt gemäss dem Datenpool santésuisse⁴ im Jahre 2001 20,5% der Akutbetten von PatientInnen aus dem Kanton Basel-Landschaft belegt waren, so ergibt sich grob geschätzt eine Zahl von 244 Akutbetten, die im Kanton Basel-Stadt von PatientInnen aus dem Kanton Basel-Landschaft belegt wurden.

Tabellarisch dargestellt - unter Berücksichtigung der heute vorhandenen Betteninfrastruktur - ergibt sich damit – grob geschätzt – folgendes Bild im Kanton Basel-Landschaft:

In BL betriebene Akutbetten	In BS von BL belegte Akutbetten	In anderen Kantonen von BL belegte Akutbetten	Totalbedarf Akutbetten in BL
929	244	350	1523
61%	16%	23%	100%

Berücksichtigt man in einer zweiten Einschätzung die Anzahl der im Jahr 2001 für die im Kanton Basel-Stadt für PatientInnen aus dem Kanton Basel-Landschaft generierten Pflegetage⁵, so ergibt sich folgendes Bild:

Spital	Pflegetage total	Pflegetage BL	Anteil BL in %	Anteil Betten
KBS	255'011	38'830	15,2%	129 Betten
Claraspital	85'745	17'536	20,5%	59 Betten
Bethesda-Spital	47'998	16'435	34,2%	33 Betten
Merian Iselin-Spital	42'075	14'209	33,8%	49 Betten
GS Riehen	32'739	566	01,7%	1 Bett
Total	463'568	87'576	18,9%	271 Betten

Bei einer Normalauslastung von 85% entsprechen diese 87'576 Pflegetage also grob geschätzt einer Betteninfrastruktur von 271 Akutbetten, die im Kanton Basel-Stadt für PatientInnen aus dem Kanton Basel-Landschaft zur Verfügung stehen.

Diese Grobschätzungen müssen selbstverständlich im Detail mit dem Kanton BL verifiziert werden, doch kann daraus entnommen werden, dass im Kanton Basel-Stadt **zwischen 244 und 271 Akutbetten** für Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft zur Verfügung gestellt werden.

5.2.3. Die Bedarfsplanung im Kanton Basel-Stadt

Im Gegensatz zum Kanton Basel-Landschaft deckt der Kanton Basel-Stadt seinen Eigenbedarf im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung flächendeckend ab und

⁴ Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Gesundheitsobservatorium (Daten betreffen das Jahr 2001)

⁵ Quelle: Basler Spitäler VADEMEKUM 01

muss seinen Grund- und erweiterten Grundversorgungsbedarf nicht ausserkantonale einkaufen.

In einer ersten Grobeinschätzung deckt der Kanton BS infolge der zentrumsmedizinischen Funktion mit universitären Leistungsaufträgen mit der heute zur Verfügung stehende Spitalinfrastruktur mit 1'191 Akutbetten nicht nur den kantonalen Eigenbedarf ab (dieser umfasst 66% der erwähnten 1'191 Betten)⁶, sondern stellt seine Dienstleistungen im Bereich der Grundversorgung, der erweiterten Grundversorgung und im Bereich der Spitzenmedizin auch anderen Kantonen zur Verfügung. So stammen 20,5% der in Basel-Stadt behandelten Akutpatientinnen und -patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft und 13,5% aus anderen Kantonen bzw. aus dem Ausland⁷.

Tabellarisch dargestellt - unter Berücksichtigung der vorhandenen Betteninfrastruktur - ergibt sich damit aufgrund einer ersten Grobschätzung folgendes Bild im Kanton Basel-Stadt:

Für den Eigenbedarf in BS betriebene Akutbetten	Für BL bereitgestellte Akutbetten	Für übrige Schweiz/Ausland bereitgestellte Akutbetten	Total in BS betriebene Akutbetten
785	244	162	1191
66%	20,5%	13,5%	100%

Berücksichtigt man in einer zweiten Einschätzung die Anzahl der im Jahr 2001 im Kanton Basel-Stadt generierten Pflgetage (PT)⁸, so zeigt sich folgende Patientenstruktur:

Spital	PT BS	PT BL	PT CH	PT Ausland
KBS	170'469	38'830	32'242	13'470
	67%	15%	13%	5%
Claraspital	60'589	17'536	3'595	4'025
	71%	20%	4%	5%
Bethesda-Spital	26'200	16'435	4'266	1'097
	55%	34%	9%	2%
Merian Iselin-S.	23'778	14'209	2'699	1'389
	57%	34%	6%	3%
GS Riehen	31'126	566	685	362
	95%	2%	2%	1%
Total	312'162	87'576	43'487	20'343
	67%	19%	9%	5%

⁶ Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Gesundheitsobservatorium (Daten betreffen das Jahr 2001)

⁷ Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Gesundheitsobservatorium (Daten betreffen das Jahr 2001)

⁸ Quelle: Basler Spitäler VADEMEKUM 01

Tabellarisch dargestellt - unter Berücksichtigung der heute vorhandenen Betteninfrastruktur - ergibt sich damit aufgrund der zweiten Einschätzung folgendes Bild im Kanton Basel-Stadt:

Für den Eigenbedarf in BS betriebene Akutbetten	Für BL bereitgestellte Akutbetten	Für übrige Schweiz/Ausland bereitgestellte Akutbetten	Total in BS betriebene Akutbetten
798	226	167	1191
67%	19%	14%	100%

Auch diese Grobschätzungen müssen selbstverständlich im Detail mit dem Kanton BL verifiziert werden, doch kann daraus entnommen werden, dass im Kanton Basel-Stadt **zwischen 226 und 244 Akutbetten** für Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft zur Verfügung gestellt werden.

Geht man nun vom Minimalwert von 226 Akutbetten für Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft aus, so sind für eine künftige Bedarfsplanung im Bereich der somatischen Akutmedizin im Kanton BS zwei grundsätzlich verschiedene Ausgangslagen zu unterscheiden:

- Berücksichtigt man nur die Abdeckung des kantonalen Eigenbedarfes, so stehen dafür im Kanton maximal 798 Akutbetten für die Eigenversorgung zur Verfügung (67% aller Akutbetten im Kanton). Diese Richtzahl entspricht einer Bettendichte von rund 4,2 Akutbetten auf 1000 Einwohner.
- Geht man vom bundesrätlichen Richtwert von 3,5 Akutbetten auf 1000 Einwohner aus, müsste im Kanton Basel-Stadt zur Erreichung des bundesrätlichen Richtwertes der Abbau weiterer 133 Akutbetten geprüft werden (= 665 Akutbetten im Total), so man nur die Abdeckung des kantonalen Eigenbedarfes im Grund- und erweiterten Grundversorgungsbereich als Massstab nimmt.
- Berücksichtigt man aber zusätzlich die zentrumsmedizinische Funktion mit universitären Leistungsaufträgen, so wird die Frage nach dem kantonalen Eigenbedarf abgelöst durch die Frage, wie viele Betten für dieses universitär-medizinische Zentrum notwendig sind, um diesem die notwendige kritische Grösse zu geben (heute grob geschätzt neben dem Eigenbedarf BS zusätzliche 526 Akutbetten).

Die Frage nach dem Erhalt und der notwendigen kritischen Grösse eines universitär-medizinischen Zentrums verändert also direkt die Ausgangslage für die Versorgungsplanung des Kantons BS im akut-somatischen Bereich und führt zu zwei parallelen Planungsszenarien:

- **Planungsszenario 1:**

Der Kanton BS und die Region Nordwestschweiz (BL/SO/AG/JU) sind auch künftig daran interessiert, Dienstleistungen des universitär-medizinischen Zentrums zu beziehen. Nur auf diesem Weg kann das für ein universitär-medizinisches Zentrum benötigte Einzugsgebiet sichergestellt werden. Die Bedarfsplanung für dieses universitär-medizinische Zentrum muss grundsätzlich weitergehende Anforderungen erfüllen als die Planung des rein kantonalen Grund- und erweiterten Grundversorgungsbedarfs. Sie muss eruieren:

- a) die für ein universitär-medizinisches Zentrum notwendige Betteninfrastruktur, die dem Zentrum die notwendige kritische Grösse geben
- b) die zur Abdeckung des Eigenbedarfes Basel-Stadt im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung benötigten Betten
- c) die zur Abdeckung des kantonalen Bedarfes in der hochspezialisierten Medizin benötigte Infrastruktur
- d) die für ausserkantonale Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellende Infrastruktur und das Vorhandensein eines Bedarfes nach dieser Infrastruktur in den anderen Kantonen.

Vorbehalten bleibt das weitere Vorgehen betr. den Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und den Arbeiten der „Groupe des 15“ und insbesondere die künftige Ausgestaltung der kantonalen Planungskompetenzen im Bereich der hochspezialisierten Medizin.

- **Planungsszenario 2:**

Unabhängig vom Planungsszenario 1 ermittelt der Kanton BS seinen eigenen Grund- und erweiterten Grundversorgungsbedarf. Grob geschätzt benötigt der Kanton BS zur Abdeckung des kantonalen Eigenbedarfes im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung eine Spitalinfrastruktur mit rund 665 Betten. Dieser Planwert muss im Detail überprüft und verifiziert werden und kann anschliessend in das Planungsszenario 1 einfließen.

Gleichzeitig wird – wie von der Finanzkommission des Grossen Rates angeregt - die Planung eines Spitalverbundes Basel-Stadt in Angriff genommen, wobei die öffentlichen Spitäler vorgängig mit einer gewissen operativen Selbstständigkeit auszustatten sind, damit ein echter Verbund überhaupt realisiert werden kann. Auch das so operativ verselbständigte Kantonsspital Basel wird innerhalb des Spitalverbundes Basel-Stadt qualitativ und quantitativ nur auf die Versorgung des Kantonsgebietes ausgerichtet.

Ist die Region Nordwestschweiz – insbesondere der Kanton Basel-Landschaft, aber auch andere Kantone sowie das grenznahe Ausland – künftig nicht mehr willens und bereit, Dienstleistungen des universitär-medizinischen Zentrums zu beziehen, so muss im Kanton Basel-Stadt politisch entschieden werden, ob weiterhin die Bereitschaft besteht, Vorhalteleistungen im spitzenmedizinischen Bereich zu finanzieren und damit das universitär-medizinische Zentrum zu ermöglichen. Neben gesundheitspolitischen sind dabei auch wirtschaftspolitische Gründe massgebend für den Entscheid, in welchem Ausmass und für welches Einzugsgebiet spitzenmedizinische Angebote für und in der Region bereitgestellt werden.

Alternativ dazu kann mit der Medizinischen Fakultät in den Bereichen, die im Kanton Basel-Stadt nicht mehr genügend von der Dienstleistung unterlegt sind, abgesprochen werden, welche Kooperationsverhältnisse und Allianzen mit anderen Spitälern abgeschlossen werden sollen (z.B. mit Liestal, Bruderholz, Aarau, Delsberg, Luzern, Bern u.a.). Damit würden Dezentralisierungsmodelle aktuell, die der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft zur Zeit nicht mehr weiter verfolgen will. Die entsprechenden Verhandlungen werden vom Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt begleitet und unterstützt. Ob und wie viele Spitäler des Kantons Basel-Landschaft in diese

Kooperationsverhältnisse und Allianzen kommen, hängt dann von der jeweiligen Position der Regierung des Kantons Basel-Landschaft ab.

Vorbehalten bleibt auch hier das weitere Vorgehen betr. den Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und insbesondere die künftige Ausgestaltung der kantonalen Planungskompetenzen im Bereich der hochspezialisierten Medizin.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Abhängig von der Frage, ob der Kanton Basel-Landschaft und die Region Nordwestschweiz auch künftig eine gemeinsam getragene Medizinische Fakultät und ein universitär-medizinisches Zentrum in Basel wollen, müssen folgende Aktivitäten weiter geführt werden:

1. In erster Priorität muss der Projektauftrag des Teilprojekts 3 von den Entscheidungsgremien aktualisiert werden. Insbesondere muss entschieden werden, ob im Teilprojekt 3 die „Universitäre Medizin an einem Standort“ als Referenzmodell konkretisiert werden soll. Dagegen spricht, dass der Regierungsrat des Kantons BL in seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 dem Regierungsrat des Kantons BS bestätigt hat, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.
2. Wird das Referenzmodell im Teilprojekt 3 weiter konkretisiert, so ist – auch im Hinblick auf die 2. KVG-Revision - die Planung der akut-somatischen Spital-Infrastruktur des universitär-medizinischen Zentrums von den Kantonen BS und BL an die Hand zu nehmen.
3. Alternativ ist die zur Abdeckung des kantonalen Eigenbedarfes im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung benötigte Spitalinfrastruktur im Kanton Basel-Stadt detailliert zu überprüfen.
4. Gleichzeitig muss die Planung eines Spitalverbundes Basel-Stadt in Angriff genommen werden, wobei die öffentlichen Spitäler vorgängig mit einer gewissen operativen Selbstständigkeit auszustatten sind, um einen echten Verbund auch tatsächlich realisieren zu können.
5. Ist die Region Nordwestschweiz – insbesondere der Kanton Basel-Landschaft, aber auch andere Kantone sowie das grenznahe Ausland – künftig nicht mehr willens und bereit, Dienstleistungen des universitär-medizinischen Zentrums zu beziehen, so muss im Kanton Basel-Stadt politisch entschieden werden, ob weiterhin die Bereitschaft besteht, Vorhalteleistungen im spitzenmedizinischen Bereich zu finanzieren und damit das universitär-medizinische Zentrum zu ermöglichen. Neben gesundheitspolitischen sind dabei auch wirtschaftspolitische Gründe massgebend für den Entscheid, in welchem Ausmass und für welches Einzugsgebiet spitzenmedizinische Angebote für und in der Region bereitgestellt werden.
6. Alternativ dazu kann mit der Medizinischen Fakultät in den Bereichen, die im Kanton Basel-Stadt nicht mehr genügend von der Dienstleistung unterlegt sind, abgesprochen werden, welche Kooperationsverhältnisse und Allianzen mit anderen Spitälern abgeschlossen werden sollen (z.B. mit Liestal, Bruderholz, Aarau, Delsberg, Luzern, Bern u.a.). Damit würden Dezentralisierungsmodelle aktuell, die der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft zur Zeit nicht mehr weiter verfolgen will.

5.3. Die Altersversorgung

Die Altersversorgung umfasst die Bereiche Geriatrie und Pflegeheime. In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS, dass er in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung zieht und diese Planungsfelder eigenständig und nur für das eigene Kantonsgebiet bearbeiten und strukturieren will. Deshalb plant der Kanton Basel-Stadt in der Altersversorgung nur seinen Eigenbedarf.

Unterstützt wird die Altersversorgung und das darin formulierte Ziel der möglichst raschen Wiederherstellung der Selbstständigkeit des kranken alten Menschen und der bedarfsgerechten Behandlung am richtigen Ort durch die Leistungen der Spitex.

Implementiert ist im Kanton eine breit abgestützte geriatrische Behandlungskette, die den kranken alten Menschen bedarfsgerecht vom Akutspital zur Behandlung ins Geriatriespital führt, von wo er selbstständig oder mit Spitex-Betreuung nach Hause entlassen wird. Ist die Entlassung nach Hause, die wenn immer möglich angestrebt wird, nicht möglich, so wird ein Platz in einem Pflegeheim gesucht. Vordringlichstes Ziel ist dabei immer die möglichst rasche Wiederherstellung der Selbstständigkeit des kranken alten Menschen und die bedarfsgerechte Behandlung am richtigen Ort.

Tabellarisch stellt sich die geriatrische Behandlungskette im Kanton BS wie folgt dar:

Einweisung	Abklärung	Behandlung	Entlassung
Durch den Hausarzt direkt Über den Notfall	Im Akutspital KBS Gemeindespital Riehen Im Geriatriespital FPS Adullam	Im Akutspital KBS Gemeindespital Riehen Im Geriatriespital FPS Adullam	Entweder nach Hause oder nach Hause mit Spitexbetreuung (65%) Ins Pflegeheim (25%) Tod (10%)

Alle involvierten Leistungserbringer koordinieren dabei die Behandlungskette gemeinsam und stimmen sie aufeinander ab. 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. Schliesslich muss erwähnt werden, dass das Leistungsangebot der Spitex massgeblich dazu beiträgt, dass ältere Menschen ohne entsprechenden Bedarf überhaupt in die geriatrische Behandlungskette eintreten müssen.

Im folgenden werden der Geriatrie-, der Pflegeheim- und der Spitexbereich einzeln dargestellt und auf Handlungsbedarf überprüft.

5.3.1. Die Geriatrie

Zur Zeit erarbeitet das Sanitätsdepartement BS einen Ratschlag betreffend die Gesamterneuerung des Felix Platter-Spitals.

Dabei wird von folgenden Eckwerten ausgegangen:

- Erhalt des geriatrischen Kompetenzzentrums
- Prüfen von Varianten mit unterschiedlichem Leistungsangebot und unterschiedlichem Investitionsvolumen
- Aufrechterhaltung der geriatrischen Behandlungskette
- Überprüfung des Bettenangebotes
- Schaffung von Wohnraum auf dem Areal des Felix Platter-Spitals, dessen Nutzung heute mehr als unwirtschaftlich ist

Vorgesehen ist, dem Regierungsrat BS noch in diesem Jahr alle für einen Vorentscheid betreffend das weitere Vorgehen nötigen Entscheidungsunterlagen zu liefern.

5.3.2. Die Pflegeheime

Die Pflegeheimplanung führt der Kanton BS selbstständig durch, da im Kanton Basel-Landschaft die Gemeinden verantwortliche Träger des Langzeitpflegebereichs sind. Inwiefern künftig im Kanton Basel-Stadt die Gemeinden Riehen und Bettingen - neben den bereits heute erbrachten Leistungen - auch rechtlich ähnlich strukturiert werden können wie die Gemeinden im Partnerkanton, muss fundiert überprüft werden.

Im Rahmen des Projektes „Alterspolitik“ wurde der Richtwert für Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt auf 23 Plätze pro 100 Personen ab 80 Jahren festgelegt. Für den Planungshorizont 2000-2005 wird dabei aufgrund der neuesten Prognose der Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Amtes die Zahl der über 80-Jährigen mehr oder weniger stagnieren. Aufgrund dieses Richtwertes und unter Berücksichtigung der neuesten Prognosen der Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Amtes wird das Angebot an Pflegeheimplätzen vom Sanitätsdepartement jährlich überprüft und die Pflegeheimliste bei Bedarf entsprechend angepasst.

Generell wichtig ist dabei die Bemerkung, dass es sich nur um einen Richtwert und nicht um eine absolut verwendbaren Messwert handelt. Deshalb unterliegt auch der Richtwert selbst einer laufenden Überprüfung. Dies bedeutet, dass im Rahmen einer nächsten Pflegeheimplanung nicht nur Bedarf und Kapazitäten ermittelt werden müssen, sondern auch der Richtwert selbst hinsichtlich seiner Richtigkeit und Eignung als Planungsparameter überprüft werden muss.

Zum Vergleich kann angeführt werden, dass der Kanton Solothurn und künftig auch der Kanton Basel-Landschaft ebenfalls mit Richtwerten planen. SO geht dabei von 20 und BL von 21 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren aus. Diese leicht tieferen Werte erklären sich im weitaus höheren Anteil an ländlicher Bevölkerung in diesen Kantonen und die damit verbundene geringere Inanspruchnahme von Pflegeplätzen.

Anzufügen bleibt, dass im Rahmen der Erarbeitung eines Ratschlages betreffend die Gesamterneuerung des Felix Platter-Spitals Geriatrie-Langzeitbetten abgebaut und in Pflegeheimplätze umgewandelt werden, ohne dass der Richtwert für Pflegeheime angepasst werden muss. Es handelt sich dabei um die sogenannte C3-Betten in Geriatriespitalern des Kantons, in denen Personen liegen, die auf einen Pflegeheimplatz warten.

Im Überblick ergibt sich im Bereich der Geriatriebetten und Pflegeheimplätze für die Jahre 1996 – 2005 folgende Entwicklung im Kantons Basel-Stadt:

Jahr	Geriatriebetten	Pflegeheimplätze (aufgrund Richtwert)	Total
1996	884	2'299	3'183
2003	515	2'595	3'105
2005	415	2'700 (aktuell nur geplant)	3'115

5.3.3. Die Spitex

Im Rahmen der geriatrischen Behandlungskette übernimmt die Spitex eine zentrale Funktion, wie die folgende Darstellung der Behandlungskette zeigt:

Einweisung	Abklärung	Behandlung	Entlassung
Durch den Hausarzt direkt Über den Notfall	Im Akutsptial KBS Gemeindespital Riehen Im Geriatriespital FPS Adullam	Im Akutsptial KBS Gemeindespital Riehen Im Geriatriespital FPS Adullam	Entweder nach Hause oder nach Hause mit Spi- texbetreuung (65%) Ins Pflegeheim (25%) Tod (10%)

Die Spitex trägt also wesentlich dazu bei, dass 65% der geriatrischen Patientinnen und Patienten nach ihrem Spitalaufenthalt in die Selbstständigkeit zurückkehren können. Der Erhalt bzw. die Erhöhung dieser hohen Rate an geriatrischen Patientinnen und Patienten, die nach Hause zurückkehren, muss weiterhin das Ziel der geriatrischen Behandlungskette sein.

5.3.4. Die Finanzierung der Langzeitpflege im Rahmen der KVG-Revision

Die heutige Finanzierung des Pflegesektors ist historisch gewachsen. Die Pflegebedürftigen finanzieren die von ihnen beanspruchten Pflegeleistungen über

- Beiträge der Sozialversicherungen
- Eigenmittel
- Bedarfsabhängige Beiträge der öffentlichen Hand.

Im Rahmen der in der 2. KVG-Revision vorgesehenen, nach wie vor umstrittenen und wahrscheinlich erst im Rahmen der 3.KVG-Revision realisierbaren Neuregelung der Pflegefinanzierung geht eine Seite davon aus, dass die Versicherer nicht massgeblich zusätzlich belastet werden sollen und die Pflegebedürftigen durch zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand entlastet werden sollen. Zudem soll zwischen der Finanzierung der Überbrückungspflege in Heimen bzw. der Spitexpflege und der Finanzierung der Langzeitpflege unterschieden werden. Die Abklärungs-, Beratungs-, Untersuchungs- und Behandlungspflege würde vollständig von den Versicherern übernommen werden. Die Langzeitpflege würde von den Versicherern, der öffentlichen Hand und den Pflegebedürftigen gemeinsam finan-

ziert werden. Dabei würde ein „Beitrag“ der Versicherer an die Kosten der Grundpflege festgelegt und durch den Ausbau der Ergänzungsleistungen gezielt ergänzt werden.

Andere Exponenten befürworten hingegen eine vollständige Finanzierung der Langzeitpflege über Versicherungsprämien.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Im Bereich der Altersversorgung sind folgende Aktivitäten geplant oder bereits in Angriff genommen:

1. Überprüfung, inwiefern künftig im Kanton Basel-Stadt die Gemeinden Riehen und Bettingen, die bereits heute zum Teil ähnliche Leistungen erbringen wie die Gemeinden im Partnerkanton, auch in Bezug auf die rechtliche Regelung ähnlich strukturiert werden können wie die Gemeinden im Partnerkanton.

2. Erarbeitung eines Ratschlages betreffend die Gesamterneuerung des Felix Platter-Spitals mit folgenden Eckwerten:

- a. Aufrechterhaltung des geriatrischen Kompetenzzentrums
- b. Aufrechterhaltung der geriatrischen Behandlungskette
- c. Reduktion des Angebotes an Geriatriebetten
- d. Optimierung der heute unwirtschaftlichen Nutzung des Areals

Vorgesehen ist, dem Regierungsrat BS noch in diesem Jahr alle für einen Vorentscheid betreffend das weitere Vorgehen nötigen Entscheidungsunterlagen zu liefern.

3. Überprüfung der künftigen Spitex-Finanzierung im Hinblick auf mögliche in der 2. oder 3. KVG-Revision vorgesehene Änderungen in der Langzeitpflege.

4. Überprüfung im Rahmen der im nächsten Jahr anstehenden Pflegeheimplanung nicht nur des Bedarfs und der Kapazitäten, sondern auch des Richtwertes selbst hinsichtlich seiner Richtigkeit und Eignung als Planungsparameter.

5.4. Die Rehabilitation

In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS, dass er in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung zieht und diese Planungsfelder eigenständig und nur für das eigene Kantonsgebiet bearbeiten und strukturieren will.

Weil der 1997 gemeinsam mit dem Kanton Basel-Landschaft initiierte Planungsprozess im Bereich der somatischen Akutmedizin – verbunden mit dem Erlass und der laufenden Anpassung der gemeinsamen Spitalliste – per 1. Januar 2004 abgeschlossen sein wird, wurde bereits im Frühling 2003 die kantonale Rehabilitationsplanung initiiert.

Diese Planung erfolgte aus folgenden Gründen:

- Da seit 1998 für einen Teil der abgebauten Akutbetten Rehabilitationskapazitäten aufgebaut wurden, müssen diese nach Abschluss und unter Berücksichtigung des Gesamtbauprozesses auf ihren Bedarf hin überprüft und aktualisiert werden.
- Weiter benötigt der Kanton Entscheidungsgrundlagen für die Aufnahme ausserkantonaler Rehabilitationskliniken auf die Spitalliste Basel-Stadt. Einerseits, weil der Bundesrat dies in einem Beschwerdeentscheid zur Spitalliste Basel-Stadt so entschieden hat, andererseits, weil als Folge der 2. KVG-Revision Gesuche ausserkantonaler Rehabilitationskliniken um Aufnahme in die Spitalliste Basel-Stadt zu erwarten sind.
- Schliesslich dient die mögliche Aufnahme ausserkantonaler Leistungserbringer auf die Spitalliste des Kantons BS in den Gesprächen mit den Nachbarkantonen betreffend die Aufnahme von Leistungserbringern aus dem Kanton BS auf deren Spitalliste als gewichtiges Verhandlungsargument.

Die Erarbeitung des IST-Zustandes ist abgeschlossen. Ziel ist es, im Frühjahr 2004 die Gesamtplanung abzuschliessen und die Spitalliste Basel-Stadt entsprechend anzupassen.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Im Bereich der Rehabilitation wurde bereits im Frühjahr 2003 eine kantonale Rehabilitationsplanung initiiert und dies aus folgenden Gründen:

- Da seit 1998 für einen Teil der abgebauten somatischen Akutbetten Rehabilitationskapazitäten aufgebaut wurden, müssen diese nach Abschluss und unter Berücksichtigung des Gesamtbauprozesses auf ihren Bedarf hin neu überprüft und aktualisiert werden.
- Weiter benötigt der Kanton Entscheidungsgrundlagen für die Aufnahme ausserkantonaler Rehabilitationskliniken auf die Spitalliste Basel-Stadt. Einerseits, weil der Bundesrat dies in einem Beschwerdeentscheid zur Spitalliste Basel-Stadt so entschieden hat, andererseits, weil als Folge der 2. KVG-Revision Gesuche ausserkantonaler Rehabilitationskliniken um Aufnahme in die Spitalliste Basel-Stadt zu erwarten sind.
- Schliesslich dient die mögliche Aufnahme ausserkantonaler Leistungserbringer auf die Spitalliste des Kantons BS in den Gesprächen mit den Nachbarkantonen betreffend die Aufnahme von universitären Leistungsangeboten des Kantons BS auf deren Spitalliste als gewichtiges Verhandlungsargument.

Die Erarbeitung des IST-Zustandes ist abgeschlossen. Ziel ist es, im Frühjahr 2004 die Gesamtplanung abzuschliessen und die Spitalliste Basel-Stadt entsprechend anzupassen.

5.5. Die Psychiatrie

Die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungsangebote durch die Bevölkerung nimmt gesamtschweizerisch stetig zu:

- So werden heute gegenüber 1990 mehr als doppelt so viele Schweizerinnen und Schweizer in psychiatrische Kliniken eingewiesen.
- So muss heute jeder zehnte Erwachsene laut vorliegenden Studien einmal in seinem Leben in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden.

- So leidet heute eine von vier Personen in der Schweiz an psychischen Problemen
- So konsultiert heute eine von fünf Personen in der Schweiz einen Psychologen oder Psychiater

Alarmierend ist auch der Umstand, dass Selbstmorde unter Jugendlichen und unter älteren Menschen jährlich steigende Raten verzeichnen. Die Frage, ob es sich dabei effektiv um eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit handelt oder ob die oben angeführte Entwicklung auch mit dem offeneren gesellschaftlichen Umgang („Entstigmatisierung“) mit psychischen Problemen zu tun hat, lässt sich dabei abschliessend nicht klären.

Die Entwicklung zeigt aber, dass es sich bei der psychischen Gesundheit nicht mehr nur um ein individuelles Problem handelt, sondern auch um ein gesellschaftliches, dass nach kollektiven Antworten verlangt. Dabei geht es nicht nur darum, psychische Krankheiten bedarfsgerecht mit angemessenen Therapien zu behandeln und die soziale Integration zu fördern, sondern es geht auch darum, psychische Störungen präventiv anzugehen und sie wo immer möglich zu verhindern.

Aufgrund der geschilderten Entwicklung sind im Kanton BS in den stationären Kliniken und ambulanten Diensten Kapazitätsengpässe zu verzeichnen und auch das verfügbare Angebot entspricht nicht mehr immer dem aktuellen Bedarf, weshalb der Kanton Basel-Stadt längst notwendige Reformen in der Angebotsstruktur und eine Überprüfung der Organisationsstrukturen der Basler Psychiatrie in Angriff nehmen muss.

Dabei bestehen aus Sicht des Sanitätsdepartements BS auch in der Psychiatrie mittelfristig partnerschaftliche Synergiepotentiale, wobei zur Zeit noch völlig unterschiedliche Organisationsstrukturen gegen diesen gemeinsamen Weg sprechen. In seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 bestätigte der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS denn auch, dass er in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie inkl. Kinderpsychiatrie kein gemeinsames Vorgehen mit dem Kanton Basel-Stadt in Erwägung zieht und diese Planungsfelder eigenständig und nur für das eigene Kantonsgebiet bearbeiten und strukturieren will.

In der anzugehenden Überprüfung der Psychiatrieplanung BS geht es im Kern um folgende Planungsfelder:

- **Angebotsstrukturen:**

In den letzten 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 die ambulante Nachsorge für Klinikentlassene, die ambulante Alterspsychiatrie und die ambulanten Angebote im Suchtbereich. Zu prüfen gilt es deshalb auch, ob das bestehende ambulante Angebot im Hinblick auf die geschilderte Entwicklung im Bereich der psychischen Gesundheit noch ausreicht.

Schliesslich muss geprüft 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.

- **Organisationsstrukturen:**

Gerade im Hinblick auf künftige partnerschaftliche Synergiepotentiale müssen im Bereich der Psychiatrie sowohl die universitären Organisationsstrukturen wie auch die Organisationsstrukturen im Dienstleistungsbereich überprüft werden. Dabei fallen die universitären Organisationsstrukturen in den Kompetenzbereich der Universität und können damit nicht Thema einer Psychiatrieplanung BS sein.

Im Bereich der Dienstleistung hingegen gilt es zu überprüfen, inwiefern die heutige Struktur noch dem aktuellen Bedarf entspricht. Diese heutige Struktur besteht dabei aus folgenden Einheiten:

Einheit	Unterstellung
Psychiatrische Universitätsklinik Basel (PUK)	Als Dienststelle des Sanitätsdepartements BS der Departementsleitung Unterstellt
Psychiatrische Universitätspoliklinik (PUP)	Innerhalb des Kantonsspitals Basel der Bereichsleitung Medizin Unterstellt
Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und Poliklinik (KJUP)	Als Dienststelle des Sanitätsdepartements BS der Departementsleitung unterstellt Zudem bestehen strukturelle Schnittstellen zum UKBB hauptsächlich im Bereich der im UKBB betriebenen stationären Betten der KJUP

Weil diese Organisationsstruktur aufgrund der unterschiedlichen Unterstellungen sehr komplex ist und damit erhöhte Anforderungen an das Schnittstellenmanagement stellt, soll im Rahmen der Psychiatrieplanung geprüft werden, ob und wie sich eine effizientere Führungsstruktur mit vertikaler Ausrichtung finden lässt, in der alle drei genannten Einheiten als Abteilungen führungsmässig direkt einer neu zu schaffenden Dienststelle „Universitäre Psychiatrische Dienste BS“ unterstellt werden können. Anzustreben ist diese vertikale Struktur mit Integration aller drei Bereiche unter eine Organisationseinheit auch im Hinblick auf mögliche Synergiepotentiale mit dem Kanton BL.

Die Überprüfung der Psychiatriestrukturen BS soll noch im November 2003 gestartet werden.

Konsequenzen und Folgeplanung:

Aufgrund der zunehmenden Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungsangebote durch die Bevölkerung sind die stationären Kliniken und ambulanten Dienste am Anschlag und das verfügbare Angebot entspricht nicht mehr dem aktuellen Bedarf.

Deshalb werden nicht nur auf Bundesebene gesundheitspolitische, von der SDK mitgetragene Strategien im Bereich der Psychischen Gesundheit entwickelt, sondern auch der Kanton Basel-Stadt wird längst notwendige Reformen und eine Überprüfung der Strukturen der Basler Psychiatrie in Angriff nehmen.

Dabei soll geprüft werden, ob die im Moment noch völlig unterschiedlichen Organisationsstrukturen im Kanton BS im Hinblick auf künftige partnerschaftliche Synergiepotentiale in eine vertikale Führungsstruktur mit Integration aller Bereiche unter eine einheitlich geführte Organisationseinheit eingebettet werden können, in der PUK, PUP und KJUP als Abteilungen direkt einer neu zu schaffenden Dienststelle „Universitäre Psychiatrische Dienste BS“ unterstellt würden.

Daneben müssen auch die Angebotsstrukturen im Hinblick auf die oben beschriebene aktuelle Situation im Bereich der psychischen Gesundheit überprüft werden.

Die Überprüfung der Psychiatriestrukturen BS soll im November 2003 gestartet werden.

5.6. Weitere geplante Aktivitäten im Bereich der Versorgungsplanung

Augenspital:

Aufgrund der Stellungnahme vom 5. November 2003, in der der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS bestätigt hat, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will, kann das heute schon organisatorisch ins Kantonsspital BS integrierte Augenspital auch räumlich in das KBS eingegliedert werden kann, womit das heutige Areal des Augenspitals künftig als Wohnraum genutzt werden kann.

Notfallorganisation:

Hinsichtlich der generellen Regelung der Notfalldienste im Kanton Basel-Stadt und unter Berücksichtigung der permanenten Belastung der Notfalldienste im Kantonsspital Basel insbesondere durch Fälle, wo ein effektiver Notfall gar nicht gegeben ist, muss die bisher auf das Kantonsspital BS beschränkte Überprüfung der Notfallorganisation in eine umfassende Gesamtüberprüfung überführt werden und dies unter Einbezug der Medizinischen Gesellschaft Basel und aller Spitäler im Kanton Basel-Stadt.

VI Stand der Verhandlungen mit anderen Kantonen

6.1. Kanton Aargau

Erste Gespräche mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Aargau haben stattgefunden. Dabei wurden seitens des Sanitätsdepartements folgende Themen angesprochen:

- Das Kantonsspital BS und das UKBB sollen auch nach der 2. KVG-Revision auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführt werden.
- Die medizinischen Kooperationen zwischen dem Kantonsspital BS und dem Kantonsspital, die bereits heute vielfältig verankert sind, sollen verstärkt werden.
- Die Rehabilitationskliniken Barmelweid und Rheinfelden sollen im Gegenzug verstärkt in die baselstädtische Rehabilitationsplanung integriert und bei vorliegendem Bedarf auf die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt aufgenommen werden.

6.2. Kanton Solothurn

Erste entsprechende Gespräche sind in die Wege geleitet und sollen noch in diesem Jahr stattfinden.

6.3. Kanton Jura

In ersten Gesprächen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Jura wurden folgende Absichtserklärungen abgegeben:

- Das Kantonsspital BS, das Felix Platter-Spital und das UKBB sollen auch nach der 2. KVG-Revision auf der Spitalliste des Kantons Jura aufgeführt werden.
- Die medizinischen Kooperationen zwischen dem Kantonsspital BS und dem Hôpital du Jura sollen verstärkt werden.
- Die Rehabilitationsklinik Centre Jurassien de Réadaptation Cardio-Vasculaire in Le Noirmont soll verstärkt in die baselstädtische Rehabilitationsplanung integriert werden und auf die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt aufgenommen werden.

Drei bereits eingesetzte Arbeitsgruppe werden gemeinsam die Umsetzung dieser Absichtserklärungen konkretisieren und verfeinern.

6.4. Kanton Luzern

Erste entsprechende Gespräche sind in die Wege geleitet und sollen noch in diesem Jahr stattfinden.

6.5. Kanton Bern

Ein erster „runder Tisch“ mit den Vorstehern der Erziehungs- und Sanitätsdirektionen beider Kantone, mit den Universitätsorganen und den Medizinischen Fakultäten der Kantone Bern

und Basel sowie mit Vertretern des Insel-Spitals Bern und des Kantonsspitals Basel hat im Juli 2003 stattgefunden. Die Aktivitäten sollen fortgesetzt und mit den Leitungsorganen der Universität BS laufend abgestimmt werden.

6.6. Kontakte mit anderen Universitätskantonen

Wie bereits ausgeführt, sind verschiedene Kontakte mit anderen Universitätskantonen bereits erfolgt:

- Gespräche von Vertretern der Universität, der Medizinischen Fakultät und dem Kantonsspital BS mit den Vorstehern der Erziehungs- und der Gesundheitsdirektion Bern sowie Vertretern der Universität, der Medizinischen Fakultät und dem Inselspital Bern.
- Weitere Gespräche zwischen Vertretern der Regierungen, der Universitätsorgane, den Medizinischen Fakultäten Basels und anderer Kantone sowie Vertretern des Kantonsspitals Basel und anderer Kantonsspitäler sind geplant und müssen mit den Leitungsorganen der Universität BS abgestimmt werden.
- Gespräche im Rahmen der SDK bezüglich der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“
- Gespräche im Rahmen der „Groupe des 15“ (Dekane der 5 med. Fakultäten, DirektorInnen und medizinische Leiter der 5 Unispitäler)

Daneben laufen im nationalen Bereich auf verschiedenen Ebenen weitere Gespräche und Projekte mit allen fünf Universitätskantonen.

6.7. Grenzüberschreitende Kontakte

Folgende Kontakte sind bereits seit längerer Zeit formalisiert:

Die **Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der Oberrheinkonferenz**, bestehend aus Delegierten der Verwaltungsapparate CH, D und F (mit diversen Expertenausschüssen) bearbeitet gemeinsam strategische Themen von grossflächiger, grenzüberschreitender Bedeutung.

Die **Arbeitsgruppe Gesundheitswesen der Nachbarschaftskonferenz**, bestehend aus Politikerinnen und Politikern der Regio Basel (Südelsass, Landkreis Lörrach, BL, BS) sowie einigen Fachleuten aus den Bereichen Verwaltung und Krankenkassen befasst sich mit politisch geprägten Themen strategischer Natur.

Die **Arbeitsgruppe Gesundheitswesen in Dreiländereck**, auf Vereinbarung des Landrats des Landkreises Lörrach (Alois Rübsamen) und des Vorstehers des Sanitätsdepartements BS entstanden, bestehend aus Vertretungen von Verwaltung, Spitälern und Krankenkassen der Regio Basel (Südelsass, Landkreis Lörrach, BS), ist ein reines Fachgremium, das sich mit der Lösung praktischer Probleme der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit befasst wie z.B. der Erstellung eines Krankenhausverzeichnisses, der Erarbeitung einer Internetplattform betreffend Koordination von Intensivpflege- und Beatmungsbetten und dem Umgang mit den unterschiedlichen Gesetzgebungen im täglichen Umgang.

Daneben bestehen zahlreiche informelle Kontakte zu den Gesundheitsministerien in Baden-Württemberg und Berlin (z.B. Besuch von Staatssekretärin Kaspers-Merck / Landtagspräsi-

dent Baden-Württemberg Straub in Basel) und zu den Spitälern und Krankenkassen in den angrenzenden Ländern.

VII Fazit

1. Universitäre Medizin:

Da die universitäre Medizin sowohl gesundheits- wie auch wirtschaftspolitisch einen wichtigen Faktor für die Region Nordwestschweiz darstellt, ist in folgenden Teilbereichen verstärkter Handlungsbedarf gegeben:

1. Die Gespräche zwischen Vertretern der Regierungen, der Universitätsorgane, den Medizinischen Fakultäten Basels und anderer Kantone sowie Vertretern des Kantonsspitals Basel und anderer Kantonsspitäler müssen weiter vorangetrieben und mit den Leitungsorganen der Universität BS abgestimmt werden.
2. Im Zusammenhang mit dem Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und den Arbeiten der „Groupe des 15“ muss in der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz eine regional abgestützte Einflussnahme in Bezug auf das weitere Vorgehen erfolgen.
3. Im Zusammenhang mit den Schlussfolgerungen des Berichts der Arbeitsgruppe „Kleiber“ muss eine regional abgestützte Einflussnahme hinsichtlich der Positionierung des Universitätsspitals BS und der Medizinischen Fakultät der Universität Basel erfolgen.
4. Das Einzugsgebiet für das universitär-medizinische Zentrum BS muss erweitert und die kritische Grösse des Zentrums muss erreicht werden durch Weiterführung und Vertiefung der eingeleiteten Gespräche mit potentiellen Partnern aus der Region und eventuell darüber hinaus.

2. UKBB:

Die Vorarbeiten für das bevorstehende Wettbewerbsprogramm befinden sich terminlich im Rahmen der Vorgaben. Daneben laufen zur Zeit folgende Planungsaktivitäten:

- Der benötigte Umfang der Versorgung und die Synergien mit dem KBS werden vertieft überprüft.
- Im Hinblick auf die 2. KVG-Revision, die den Einbezug der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten vorsieht, müssen nun die Finanzierungsgrundlagen für die anstehenden Investitionen zwischen den Trägerkantonen geklärt und festgelegt werden.
- Ebenfalls im Hinblick auf die 2. KVG-Revision muss vom Kinderspitalrat (UKBB) und den beiden Trägerkantonen überprüft werden, ob das Einzugsgebiet erweitert werden kann und inwiefern eine Erweiterung der Trägerschaft in der Region möglich ist.

3. Das Projekt „Regionale Spitalplanung“:

Die Teilprojekte 1 und 2 sind im Rahmen der vorgesehenen Projektziele weit fortgeschritten und sollten baldmöglichst abgeschlossen werden können.

Hinsichtlich des Teilprojektes 1 kann festgehalten werden, dass

... Forschung und Lehre in die Zuständigkeit der Universität fallen, weshalb das derzeit vom Sanitätsdepartement Basel-Stadt, dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und der Universität gemeinsam betriebene Departement für Klinisch-Biologische Wissenschaften (DKBW) in den Kompetenzbereich der Universität integriert werden soll, wobei die Finanzierungsmodalitäten des Transfers mit dem Kanton BL noch detailliert festgelegt werden müssen. Insbesondere die gemeinsame Trägerschaft der medizinischen Lehre und Forschung in der Medizinischen Fakultät ist zur Zeit noch eine Pendeuz des Universitätsvertrages.

... die Weiterbildung im Sinne der Zusatzausbildung nach dem Grundstudium sowie die Fortbildung nicht a priori universitäre Aufgaben sind und daher nicht in dieses Teilprojekt fallen,

... die Allokation der Finanzmittel eine Schnittstelle zum Teilprojekt 2 ist, wobei grundsätzlich anzustreben ist, sämtliche vom Bund und anderen Kantonen zugunsten der Lehre und Forschung zufließenden Finanzmittel direkt der Universität zukommen zu lassen,

... die Koordination, strategische Steuerung und Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Dienstleistung und Lehre/Forschung ein Gleichgewicht auf beiden Seiten erfordern, weshalb die Dienstleistungsseite (Spitäler) analog zur Universität über ein strategisches Führungsgremium verfügen und die Absprache zwischen den beiden strategischen Gremien über ein koordinierendes Gremium („Strategischer Koordinationsausschuss“) sichergestellt werden sollte,

... die Berufungen für sowohl in der Forschung/Lehre als auch in der Dienstleistung tätige Dozierende in Zukunft zu den zentralen Koordinationsaufgaben zwischen Spitälern und der Universität gehören werden, wobei bei den Anstellungsmodalitäten drei Varianten denkbar sind, nämlich entweder zu 100% an der Universität respektive beim jeweiligen Spital oder je zu einem Teil auf beiden Seiten.

Hinsichtlich des Teilprojekts 3 steht für den Regierungsrat des Kantons BS künftig die Variante der „Konzentration der universitären Medizin an einem gemeinsam betriebenen Standort“ im Vordergrund und dies, obwohl der Regierungsrat des Kantons BL dem Regierungsrat des Kantons BS in seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 leider bestätigt hat, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.

4. Gemeinsame Spitalliste:

Die gemeinsame Spitalliste beider Kantone ist gesamtschweizerisch ein Meilenstein interkantonaler Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung und besitzt Modellcharakter. Deshalb muss an diesem wichtigen Schritt in Richtung gemeinsamer Planung der somatischen Akutversorgung nicht nur festgehalten werden, sondern er muss auch auf künftige potentielle Entwicklungen im akutsomatischen Bereich ausgerichtet werden, was bedeutet:

Kurzfristig:

Kurzfristig nutzen die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt die bisher gemachten Erfahrungen im Bereich der gemeinsamen Bedarfsplanung mit gemeinsamer Spitalliste im akutsomatischen Bereich, optimieren sie gemeinsam und weiten sie – wo immer machbar – auf weitere Bereiche (Geriatric, Psychiatric, Rehabilitation) aus.

Mittel- und langfristig:

Als mittel- bis langfristig zu realisierende Vision sieht der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt einen echten regionalen Spitalverbund mit einer gemeinsamen Spitalliste, die auf einer gemeinsamen Bedarfsplanung basiert.

Als Fundament dienen dabei die aktuell geltende gemeinsame Spitalliste und die (vorläufig) abgeschlossene gemeinsame Bedarfsplanung im akutsomatischen Bereich, die künftig und im Hinblick auf eine Gesundheitsversorgungsregion Nordwestschweiz so flexibel zu gestalten sind, dass sie jederzeit um potentiell interessierte Kantone erweitert werden können.

5. 2. KVG-Revision:

Infolge der noch vorliegenden Differenzen in den Eidgenössischen Räten kann der Zeitpunkt der Umsetzung der 2. KVG-Revision noch nicht definitiv abgeschätzt werden. Die Gesundheitskommissionen der Eidgenössischen Räte gehen aber nach wie von einer Einführung per 1. Januar 2005 aus, weshalb die Revision im Kanton BS bereits heute proaktiv antizipiert wird und dies in folgenden Bereichen:

Universitäre Medizin:

Die im Teilprojekt 2 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ als Ziel vorgegebene Trennung der Finanzströme von Lehre & Forschung einerseits und der Dienstleistung andererseits wird weiter voran getrieben. Ziel muss sein, die entsprechenden Budgets summarisch und organisatorisch schnellstmöglich zu trennen und in Bezug auf die Verantwortlichkeit der Medizinischen Fakultät oder dem Kantonsspital BS oder allfälligen anderen universitären Leistungserbringern zu zuweisen.

Das Kantonsspital BS soll – wie auch das Felix Platter-Spital und die Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) - mit einer noch zu definierenden operativen Selbstständigkeit ausgestattet und in ein Universitätsspital umgewandelt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gewisse universitäre Aufträge auch ausserhalb des Kantonsspital BS erbracht werden (z.B. Urologie im Kantonsspital Liestal). Die Verlagerung weiterer Aufträge muss geprüft werden. Für all diese Fälle sind das weitere Vorgehen und allfälliger Koordinationsbedarf in die Planung mit einzubeziehen. Ist die Umwandlung erfolgt, so soll dem Kanton Basel-Landschaft eine Mitträgerschaft im Bereich der Dienstleistung offeriert werden. Gleichzeitig wird die Implementierung eines Spitalverbundes BS geprüft.

Vorbehalten bleibt das weitere Vorgehen betr. den Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ und insbesondere die künftige Ausgestaltung der kantonalen Planungskompetenzen im Bereich der hochspezialisierten Medizin.

Ambulante Medizin:

Da im ambulanten Bereich die Kantone bis heute wenige bis gar keine Planungskompetenzen hatten, sich ein Grossteil des kantonalen Mengenwachstums in den letzten Jahren aber gerade auf den ambulanten Bereich bezog und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich nach wie vor umstritten ist (Referendumsbeschluss FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte), hat der Regierungsrat BS eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des WSD und SD eingesetzt, welche auf kantonaler Ebene die konkreten Möglichkeiten, das Kostenwachstum im ambulanten Bereich einzudämmen, evaluieren soll (siehe Politikplan Aufgabenfelder 5.3 und 6.6).

6. Versorgungsplanung BS im Bereich der Somatischen Akutmedizin:

Abhängig von der Frage, ob der Kanton Basel-Landschaft und die Region Nordwestschweiz auch künftig eine gemeinsam getragene Medizinische Fakultät und ein universitär-medizinisches Zentrum in Basel wollen, müssen folgende Aktivitäten weiter geführt werden:

1. In erster Priorität muss der Projektauftrag des Teilprojekts 3 von den Entscheidungsgremien aktualisiert werden. Insbesondere muss entschieden werden, ob im Teilprojekt 3 die „Universitäre Medizin an einem Standort“ als Referenzmodell konkretisiert werden soll. Dagegen spricht, dass der Regierungsrat des Kantons BL in seiner Stellungnahme vom 5. November 2003 dem Regierungsrat des Kantons BS bestätigt hat, dass er im Teilprojekt 3 des Projektes „Regionale Spitalplanung“ die verschiedenen Dezentralisierungsmodelle von Universitätskliniken und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ nicht mehr weiterverfolgen will.
2. Wird das Referenzmodell im Teilprojekt 3 weiter konkretisiert, so ist – auch im Hinblick auf die 2. KVG-Revision - die Planung der akut-somatischen Spital-Infrastruktur des universitär-medizinischen Zentrums von den Kantonen BS und BL an die Hand zu nehmen.
3. Alternativ ist die zur Abdeckung des kantonalen Eigenbedarfes im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung benötigte Spitalinfrastruktur im Kanton Basel-Stadt detailliert zu überprüfen.
4. Gleichzeitig muss die Planung eines Spitalverbundes Basel-Stadt in Angriff genommen werden, wobei die öffentlichen Spitäler vorgängig mit einer gewissen operativen Selbstständigkeit auszustatten sind, um einen echten Verbund auch tatsächlich realisieren zu können.
5. Ist die Region Nordwestschweiz – insbesondere der Kanton Basel-Landschaft, aber auch andere Kantone sowie das grenznahe Ausland – künftig nicht mehr willens und bereit, Dienstleistungen des universitär-medizinischen Zentrums zu beziehen, so muss im Kanton Basel-Stadt politisch entschieden werden, ob weiterhin die Bereitschaft besteht, Vorhalteleistungen im spitzenmedizinischen Bereich zu finanzieren und damit das universitär-medizinische Zentrum zu ermöglichen. Neben gesundheitspolitischen sind dabei auch wirtschaftspolitische Gründe massgebend für den Entscheid, in welchem Ausmass und für welches Einzugsgebiet spitzenmedizinische Angebote für und in der Region bereitgestellt werden.
6. Alternativ dazu kann mit der Medizinischen Fakultät in den Bereichen, die im Kanton Basel-Stadt nicht mehr genügend von der Dienstleistung unterlegt sind, abgesprochen werden, welche Kooperationsverhältnisse und Allianzen mit anderen Spitälern abgeschlossen werden sollen (z.B. mit Liestal, Bruderholz, Aarau, Delsberg, Luzern, Bern u.a.). Damit würden Dezentralisierungsmodelle aktuell, die der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft zur Zeit nicht mehr weiter verfolgen will.

7. Versorgungsplanung BS im Bereich der Altersversorgung:

Im Bereich der Altersversorgung sind folgende Aktivitäten geplant oder bereits in Angriff genommen:

1. Überprüfung, inwiefern künftig im Kanton Basel-Stadt die Gemeinden Riehen und Bettingen, die bereits heute zum Teil ähnliche Leistungen erbringen wie die Gemeinden im Partnerkanton, auch in Bezug auf die rechtliche Regelung ähnlich strukturiert werden können wie die Gemeinden im Partnerkanton.
2. Erarbeitung eines Ratschlages betreffend die Gesamterneuerung des Felix Platter-Spitals mit folgenden Eckwerten:
 - a. Aufrechterhaltung des geriatrischen Kompetenzzentrums
 - b. Aufrechterhaltung der geriatrischen Behandlungskette
 - c. Reduktion des Angebotes an Geriatriebetten
 - d. Optimierung der heute unwirtschaftlichen Nutzung des Areals

Vorgesehen ist, dem Regierungsrat BS noch in diesem Jahr alle für einen Vorentscheid betreffend das weitere Vorgehen nötigen Entscheidungsunterlagen zu liefern.

3. Überprüfung der künftigen Spitex-Finanzierung im Hinblick auf mögliche in der 2. bzw. 3. KVG-Revision vorgesehene Änderungen in der Langzeitpflege.
4. Überprüfung im Rahmen der im nächsten Jahr anstehenden Pflegeheimplanung nicht nur des Bedarfs und der Kapazitäten, sondern auch des Richtwertes selbst hinsichtlich seiner Richtigkeit und Eignung als Planungsparameter.

8. Versorgungsplanung im Bereich der Rehabilitation:

Im Bereich der Rehabilitation wurde bereits im Frühjahr 2003 eine kantonale Rehabilitationsplanung initiiert und dies aus folgenden Gründen:

- Da seit 1998 für einen Teil der abgebauten somatischen Akutbetten Rehabilitationskapazitäten aufgebaut wurden, müssen diese nach Abschluss und unter Berücksichtigung des Gesamtabbauprozesses auf ihren Bedarf hin neu überprüft und aktualisiert werden.
- Weiter benötigt der Kanton Entscheidungsgrundlagen für die Aufnahme ausserkantona-ler Rehabilitationskliniken auf die Spitalliste Basel-Stadt. Einerseits, weil der Bundesrat dies in einem Beschwerdeentscheid zur Spitalliste Basel-Stadt so entschieden hat, andererseits, weil als Folge der 2. KVG-Revision Gesuche ausserkantona-ler Rehabilitationskliniken um Aufnahme in die Spitalliste Basel-Stadt zu erwarten sind.
- Schliesslich dient die mögliche Aufnahme ausserkantona-ler Leistungserbringer auf die Spitalliste des Kantons BS in den Gesprächen mit den Nachbarkantonen betreffend die Aufnahme von universitären Leistungsangeboten des Kantons BS auf deren Spitalliste als gewichtiges Verhandlungsargument.

Die Erarbeitung des IST-Zustandes ist abgeschlossen. Ziel ist, im Frühjahr 2004 die Gesamtplanung abzuschliessen und die Spitalliste Basel-Stadt entsprechend anzupassen.

9. Versorgungsplanung im Bereich der Psychiatrie:

Aufgrund der zunehmenden Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungsangebote durch die Bevölkerung sind die stationären Kliniken und ambulanten Dienste am Anschlag und das verfügbare Angebot entspricht nicht mehr dem aktuellen Bedarf.

Deshalb werden nicht nur auf Bundesebene gesundheitspolitische, von der SDK mitgetragene Strategien im Bereich der Psychischen Gesundheit entwickelt, sondern auch der Kanton Basel-Stadt wird längst notwendige Reformen und eine Überprüfung der Strukturen der Basler Psychiatrie in Angriff nehmen.

Dabei soll geprüft werden, ob die im Moment noch völlig unterschiedlichen Organisationsstrukturen im Kanton BS im Hinblick auf künftige partnerschaftliche Synergiepotentiale in eine vertikale Führungsstruktur mit Integration aller Bereiche unter eine einheitlich geführte Organisationseinheit eingebettet werden können, in der PUK, PUP und KJUP als Abteilungen direkt einer neu zu schaffenden Dienststelle „Universitäre Psychiatrische Dienste BS“ unterstellt würden.

Daneben müssen auch die Angebotsstrukturen im Hinblick auf die oben beschriebene aktuelle Situation im Bereich der psychischen Gesundheit überprüft werden.

Die Überprüfung der Psychiatriestrukturen BS soll noch in diesem Jahr gestartet werden.

VIII Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, den Bericht betreffend die regionale Spitalplanung, die 2. KVG-Revision und die Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

Basel, 12. November 2003

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

Der Präsident

Dr. Christoph Eymann

Der Staatschreiber

Dr. Robert Heuss

Grossratsbeschluss

Betr. Regionale Spitalplanung

(vom 2003)

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, auf Antrag des Regierungsrates, beschliesst:

Der Zwischenbericht zur

- Regionalen Spitalplanung
- 2. KVG-Revision
- Stationären Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt

wird zur Kenntnis genommen.

Dieser Beschluss ist zu publizieren.

Basel, den

Namens des Grossen Rates
Der Präsident:

Prof. Dr. Leonhard Burckhardt
Der Sekretär:

Franz Heini