

Beschluss des Landrats vom 28.01.2021

Nr. 747

10. Mengensteuerung von Operationen mittels Spitalplanungsverfahren: sind die richtigen Kriterien und die Objektivität sichergestellt?

2020/423; Protokoll: ps, pw

Landratspräsident **Heinz Lerf** (FDP) informiert, die Interpellation sei an der letzten Landratssitzung bereits ausführlich beraten worden. Weil jedoch Regierungsrat Weber nicht anwesend war, wurde die Beantwortung der Fragen auf heute verschoben.

Regierungsrat **Thomas Weber** (SVP) führt aus, es erscheine wichtig, dass man die Zusammenhänge sehe. Das Ganze wird in der VGK an einer speziellen Sitzung nochmals vorgestellt. Zu den Grundlagen: Der Staatsvertrag vom 6. Februar 2018 zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung wurde in der Abstimmung vom 10. Februar 2019 angenommen. Dieser bildet die verbindliche Grundlage für die gemeinsame Planung. Er definiert die Rahmenbedingungen im stationären und ambulanten Bereich und führt die dazu notwendigen Planungsinstrumente ein. Leistungsaufträge an öffentliche und private Spitäler werden in Zukunft durch die beiden Kantone gemeinsam vergeben, nach einheitlichen und transparenten Kriterien. Das Thema der gleich langen Spiesse ist wichtig.

Zu den Zielen. Die übergeordneten Ziele sind immer noch diejenigen, die sich aus der Gesamtprojektierung des Gemeinsamen Gesundheitsraums (GGR) ableiten: eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie die langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region. Die drei Ziele gelten weiterhin.

Wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische, aber auch eigentümerpolitische Ziele werden nicht im Staatsvertrag aufgeführt. Es handelt sich um ein Versorgungsprojekt.

Zur Methodik: Die Spitalplanung in der Schweiz erfolgt gemäss den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Das Vorgehen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft stützt sich darauf ab und entwickelt das Modell weiter. Die bedarfsgerechte Leistungsmenge bildet die Basis des Prognosemodells. Die bedarfsgerechte Leistungsmenge (pro Spitalplanungsleistungsgruppe, SPLG) ist die um den Korrekturfaktor (angebotsinduzierte Nachfrage) adjustierte Leistungsmenge aus dem Datensatz der medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Das Amt für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft sowie das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt haben ein Planungsmodell erstellen lassen, welches die bedarfsgerechten Leistungsmengen auf die Bewerberspitäler verteilt, dies unter Berücksichtigung der fachlichen Zusammenhänge (Interdependenzen) der Zürcher Spitalleistungsgruppensystematik und dem Nutzenbeitrag der einzelnen Spitäler zur Erreichung der übergeordneten Ziele. Das grundlegende Kriterium für die Verteilung der bedarfsgerechten Leistungsmenge ist der definierte effizienzgewichtete Patienten- und Systemnutzen (ePUS). Die Bedarfsmengen sollen demnach zunächst durch die Spitäler (bzw. einzelne Disziplinen oder Subdisziplinen) gedeckt werden, welche in der jeweiligen Spitalleistungsgruppe den höchsten ePUS aufweisen. Methodisch entspricht das Vorgehen einer linearen Optimierung unter (linearen) Nebenbedingungen. Durch das Kriterium der Mindestfallzahl ist der Lösungsbereich insofern eingeschränkt, als dass die zugeteilten Mengen in Mindestfallzahl-SPLG entweder den Wert 0 erhalten oder mindestens der Mindestfallzahl entsprechen müssen. Beträgt eine Mindestfallzahl 10 Eingriffe pro Jahr, und es gibt nur 3 oder 4, dann ist der Wert 0. Das methodische Vorgehen, die Kriterien sowie die Prozessschritte wurden im Detail mit der Fachkommission diskutiert. Die Einschätzung der Fachkommission zum Modell wird sich in der

Stellungnahme wiederfinden, die auch veröffentlicht wird. Darüber hinaus wurde das methodische Vorgehen einem renommierten wissenschaftlichen Verlag zur Publikation vorgelegt. Der Artikel hat ein wissenschaftliches Peer-Review-Verfahren durchlaufen und wird im April 2021 im Springer-Verlag veröffentlicht. Der Artikel liegt in seiner unveröffentlichten Version zur Akteneinsicht allen Bewerbern vor.

Der Marktanteil wird als Bestandteil des Planungsmodells wie folgt berücksichtigt: Berücksichtigung der Kapazität des Spitals anhand der im Durchschnitt der letzten drei Jahre (2016 – 2018) erbrachten Leistungsmengen, die Mindestfallzahl pro SPLG = 10 und die Versorgungsrelevanz. 2 % Marktanteil in einer Leistungsgruppe ist das Minimum, das man erbringen können muss. Auch dort geht es darum, die Gelegenheitsmedizin – ein Eingriff, der qualitativ je nachdem fragwürdig ist – zu vermeiden. Die Fachkommission hat übrigens einen höheren Marktanteil als die 2 % für die Versorgungsrelevanz eingefordert, nämlich 5 %.

Zum Begriff Mengendialog: 19 von etwas über 60 Spitalleistungen unterliegen dem Mengendialog. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Bedarfsanalyse Leistungsbereiche identifiziert wurden, in welchen die erbrachten Leistungsmengen nicht dem Bedarf entsprechen (Übersorgung). Dies namentlich in den Bereichen Orthopädie, Urologie und teilweise auch Hals, Nasen und Ohren. Die Herausforderung besteht darin, die Übersorgung auf ein bedarfsgerechtes Niveau zu senken. Es gibt bei diesen Gruppen wesentlich mehr Eingriffe in der Region als andere, auch wenn die Fehler herausgerechnet werden. Die zu vergebenden Leistungsaufträge werden an maximale Leistungsmengen / Budgets pro Leistungsauftrag geknüpft. Die Zielvereinbarungen werden für ausgewählte Leistungsbereiche in die Leistungsvereinbarungen der Spitäler (Verträge) aufgenommen. Bei einer drohenden Überschreitung der Zielvorgabe des gesamten Gesundheitsraums werden die Spitäler mit entsprechendem Leistungsauftrag von den Kantonen informiert. So besteht die Möglichkeit, dass die Spitäler sich im Vorfeld der Zielvereinbarungsgespräche koordinieren und eigene Massnahmenvorschläge zur Zielerreichung präsentieren können (Mengendialog). Sollten die Vorschläge die Überschreitung der Zielvorgabe im GGR nicht verhindern, haben die Regulatoren (die beiden Kantone) die Möglichkeit, beginnend mit einem Indikationscontrolling bis hin zum Entzug von Leistungsaufträgen zu reagieren.

Zu betonen ist, dass von den 19 Spitalplanungsleistungsgruppen nur planbare Leistungen betroffen sind. Fachkliniken – ohne Notfall – sind davon stärker betroffen, insbesondere die Belegärzte. Es geht primär um elektive Eingriffe. Die Zielvorgabe gilt für den gesamten GGR. Innerhalb des Mengendachs kann der Wettbewerb spielen. Das heisst, es ist gewünscht, dass der Wettbewerb dafür sorgt, dass sich die «Besten» durchsetzen, dass die Qualität stimmt und sie die Leistung am effizientesten erbringen. Ohne Dach können die «weniger Guten» überleben. Dies ist eben nicht wettbewerbskonform. Häufig wird von Spitalern bemängelt, dass das so genannte «Basispaket Chirurgie» in den Mengendialog aufgenommen wird. Es ist davon auszugehen, dass gerade die Spitäler mit echten Notfallstationen – vor allem die öffentlichen Spitäler – sich nun intensiver damit auseinandersetzen müssen, welcher Patient stationär aufgenommen werden muss und wo dies medizinisch nicht unbedingt notwendig ist. D.h. dies betrifft eher die (öffentlichen) Vollversorger als die (privaten) Fachkliniken. Die Rückmeldung kamen eher von den kleinen privaten, inoffiziell jedoch auch von den öffentlichen Spitalern, dass sie nicht damit zufrieden sind, was vorgeht. Es wird einen ziemlichen Verteilungskampf geben. Wird überall gleich laut gerufen, ist dies ein Indiz dafür, dass das Ganze nicht ganz falsch ist.

Zur Fachkommission: Es geht um Unabhängigkeit, Governance, wer entscheidet, wo und wie etc. Die Fachkommission ist im Staatsvertrag geregelt und wurde 2019 öffentlich ausgeschrieben. Im Rahmen eines Bewerbungsprozesses wurden 14 Bewerbende zu Gesprächen eingeladen (von Lukas Engelberger und dem Redner). Folgende sieben unabhängige Mitglieder wurden von den Regierungsräten bestimmt und nahmen im Juni 2019 ihre Arbeit auf: Peter Berchtold (Präsidium): Facharzt Innere Medizin, Lehrbeauftragter an der medizinischen Fakultät der Universität Bern;

Barbara Züst: Juristin, Geschäftsführerin Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz; Tilman Slembeck: Gesundheitsökonom, Professor im Bereich Volkswirtschaftslehre an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Daniela De la Cruz: Geschäftsführerin Krebsliga Schweiz, ehemalige Direktorin der Hirslanden Klinik Birshof; Ursina Pally: Juristin, Generalsekretärin FMH; Ludwig Heuss: Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Chefarzt Medizinische Klinik Spital Zollikerberg; und fürs Internationale Simon Loeser: Mediziner, Volkswirt, Leitung des Unternehmensbereichs «Stationäre Versorgung» bei der AOK Rheinland.

Die Fachkommission GGR begleitet die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten seit dem 1. Juli 2019. Nach der fachlichen Beurteilung des Versorgungsplanungsberichts (veröffentlicht im September 2019) fand ein Austausch zum methodischen Vorgehen und den Bewertungskriterien statt. Abschliessend gibt die Fachkommission eine Stellungnahme zuhanden beider Regierungen ab (voraussichtlich Ende März 2021), in welcher die Erreichung der fünf Versorgungsziele beurteilt wird.

Zum Prozesstand: Am 4. September 2019 starteten die beiden Gesundheitsdepartemente mit dem Bewerbungsverfahren für die Spitäler. Es war eine offene Ausschreibung. Die Spitäler hatten sechs Wochen Zeit, sich für Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu bewerben. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht betrifft nur die Akutsomatik; Psychiatrie und Rehabilitation folgen später. Aber die Leistungsaufträge müssen auch für diese Bereiche vergeben werden, weshalb das Ganze ausgeschrieben wurde. Nach Ablauf der Bewerbungsfrist haben sich 30 Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser für einen Leistungsauftrag beworben, sechs waren ausserkantonale Leistungserbringer. Die eingegangenen Bewerbungen wurden daraufhin auf Vollständigkeit geprüft, erfasst und statistisch ausgewertet. Es folgten verschiedene bikantonale Sitzungen mit den Gesundheitsdirektoren zur Diskussion der Leistungsaufträge. Die Zustellung der provisorischen Leistungsaufträge und das erste rechtliche Gehör der Spitäler waren für Mai 2020 geplant. Der ganze Prozess musste jedoch auf Grund der Covid-Pandemie um sechs Monate verschoben werden. Ziel ist das Inkrafttreten am 1. Juli 2021 statt am 1. Januar 2021. Die Gespräche mit den Spitälern fanden dann im August/September 2020 statt. Daraufhin wurden die Wiedererwägungsgesuche analysiert und zusammen mit den Gesundheitsdirektoren besprochen. Die provisorische gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurde Anfang Dezember 2020 in die Vernehmlassung bei den Spitälern und betroffenen Kantonen geschickt. Die Vernehmlassung erfolgt mit der üblichen Fristsetzung. Covid-19 bedingten Anträgen zur Fristverlängerung wird angemessen Rechnung getragen. Die Vernehmlassung wird voraussichtlich bis Ende Februar abgeschlossen sein. Bis Ende März 2021 wird die Fachkommission die Stellungnahme zu den gleichlautenden Spitallisten vorlegen. Der Regierungsratsbeschluss ist bis dahin vorbereitet. Die Spitallisten werden per 1. Juli 2021 in Kraft gesetzt. Individuell-konkret hat ein einzelner Leistungserbringer die Möglichkeit, gegen eine Verfügung ein Rechtsmittel zu ergreifen. Letztinstanzlich wird das Bundesverwaltungsgericht dieses allenfalls beurteilen. Ein etwaiges Rechtsverfahren schiebt – im Einzelfall – die Gültigkeit der Spitallisten für das betreffende Spital hinaus. Die Spitalliste als solche wird nicht in Frage gestellt.

Zum Thema Interessenkonflikte: Die Fachkommission begleitet den ganzen Spitalplanungsprozess und ist bewusst aus Leuten zusammengesetzt, die nicht hier in der Region ein Mandat bei einem Spital haben. Dies sorgt für ein Maximum an Aussensicht, an Peer Review und auch an Transparenz, indem die Berichte offengelegt werden. Nimmt man die Umsetzung des Planungs- und Wirkungsmodells konsequent an die Hand, sorgt das dafür, dass die Entscheidungen faktenbasiert erfolgen und eine Übersteuerung der Modellergebnisse wäre nur aus medizinischen oder Versorgungsgründen möglich, jedoch nicht aufgrund von Einzelinteressen der einen oder anderen Spitalträgerschaft. Somit wird systematisch vermieden, dass interessensgeleitete Einzelfallentscheidungen getroffen werden.

Zusammengefasst: Die gemeinsame Versorgungsplanung orientiert sich an den drei übergeordne-

ten Zielen des Staatsvertrages. Diese sind gleichberechtigt. Die gemeinsamen Spitalisten lassen sich an einer möglichst optimierten Zielerreichung messen.

Sven Inäbnit (FDP) dankt für die sehr ausführlichen, spannenden und interessanten Darlegungen, die sicherlich helfen, das komplexe Thema etwas besser zu erfassen. Sein Wunsch wäre die optimale Transparenz – denn es liegt in der Natur der Sache, dass dieses Geschäft einer Spitaliste, bei der sich Leistungsaufträge verschieben, niemandem so richtig gefällt. Will man am Ende Akzeptanz erreichen, dann ist die volle Transparenz darüber nötig, ob die Kriterien so angewendet und erfüllt werden. Bei gewissen Kriterien gibt es durchaus noch Fragezeichen. Letztlich muss auch der Patient zufrieden sein. Deshalb stellt sich schon die Frage, weshalb eine Kinderchirurgie bis 16 Jahre zwingend im UKBB gemacht werden soll, wenn es auch andere etablierte Anbieter gibt, die wahrscheinlich von den Fallzahlen, Kapazitäten und Qualitäten her auch ganz gut mithalten können.

Der Wille einer Mengenoptimierung im Sinne der Gesundheitskosten ist anerkannt und unbestritten. Der Redner freut sich, wenn dem Thema in der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission (VGK) etwas mehr Raum gegeben und etwas mehr Licht ins Dunkel gebracht werden kann.

Rahel Bänziger (Grüne) hält die einzelnen Schritte und die Gewichtung für gut nachvollziehbar, ist auf den Peer Review-Artikel sehr gespannt und bittet um entsprechende Information zuhanden der VGK.

Regierungsrat Weber hat gesagt, dass vor allem die Privatspitäler reagiert hätten. Aber auch von den öffentlichen Spitälern sind Reaktionen gekommen – sie mussten ja auch reagieren. Ein anderer Punkt ist die Hochschulmedizin. Ein Ziel ist die langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region. Dies war vor allem da sinnvoll, als noch die Rede von einer Fusion des KSBL und USB zum USNW war. Vorhin wurde erwähnt, dass die drei Ziele gleich gewichtet seien. Wenn aber die Hochschulmedizin eines der Ziele ist und gleich gewichtet wird wie die anderen, dann werden USB und KSBL notgedrungen bevorzugt. Wie damit genau umgegangen wird, kann gerne in der VGK noch detaillierter angeschaut werden.

Regierungsrat **Thomas Weber** (SVP) erklärt, die Ziele würden nicht global gleich gewichtet. Je nach Leistungsgruppe ist die Gewichtung anders. Bei gewissen Leistungsgruppen ist die optimierte Versorgung, im Sinne der wohnortsnahen Versorgung, höher gewichtet, bei anderen die Kostendämpfung. Dies kann gerne in der VGK im Detail aufgezeigt werden.

Rolf Blatter (FDP) ist im Grundsatz mit dem Ziel einverstanden, dass die erbrachte Leistung dem Angebot möglichst angepasst werden soll. Es besteht auch die Erwartung, dass dies möglichst nach Effizienzkriterien erfolgt. Der Redner hat in der vorhergehenden Landratssitzung zwei Punkte aufgegriffen, die in den Ausführungen von Regierungsrat Weber so nicht übergekommen sind. Es besteht der Eindruck, dass die vorgesehenen Leistungsaufträge in der Tendenz weg von den kleinen Spitälern hin zu den grossen Spitälern, weg von privaten hin zu öffentlichen Spitälern und – was den Redner als Baselbieter Landrat am meisten stört – weg vom Kanton Basel-Landschaft hin zum Kanton Basel-Stadt gehen. Einerseits ist Regierungsrat Weber für die Gesundheitspolitik, andererseits aber auch für die Volkswirtschaftspolitik zuständig. Wenn Leistungsaufträge weggehen, gehen auch Arbeitsplätze in die gleiche Richtung. Das kann nicht im Interesse des Kantons Basel-Landschaft sein. Entsprechend wären weitere Informationen zuhanden der VGK zu begrüssen. Auch zum gewichteten Patienten- und Systemnutzenfaktor. Um diesen zu verstehen, braucht man wahrscheinlich schon fast ein Doktorat in Mathematik, aber aktuell ist das Ganze doch noch sehr nebulös und wenig nachvollziehbar. Beim Vergleich der Anzahl Betten pro 100'000 Einwohner in der Nordwestschweiz mit dem schweizerischen Durchschnitt zeigt sich ein sehr hoher Wert. Dass mit der gemeinsamen Gesundheits- und Spitalplanung der Wert reduziert werden soll, ist nachvoll-

ziehbar. Wenn man aber die Anzahl Betten pro 100'000 Einwohner im Kanton Basel-Landschaft mit derjenigen im Kanton Basel-Stadt vergleicht, gibt es ebenfalls einen Unterschied zu Ungunsten des Kantons Basel-Landschaft. Mit der angedachten Veränderung akzentuiert sich dieses Ungleichgewicht weiter; das heisst Basel-Stadt wird pro 100'000 Einwohner Betten gewinnen und Basel-Landschaft wird Betten verlieren. Entsprechend wäre es spannend zu erfahren, wie dies aus volkswirtschaftlicher Sicht kompensiert werden kann. Ein Ziel der gemeinsamen Gesundheitsregion müsste auch die Reduktion der Gesundheitskosten sein und nicht nur die Dämpfung des Kostenwachstums. Sprich die Bettendichte müsste in der Nordwestschweiz reduziert werden. Interessant wäre, hier den Betrag zu erfahren, der auf diese Weise eingespart werden könnte.

Für **Urs Roth** (SP) lautet das Motto: «durch Mengensteuerung zur Kostendämpfung». Deshalb soll die Überarbeitung der Spitalliste beider Basel genutzt werden, um die Leistungsaufträge der verschiedenen Spitäler anzupassen. Gegen die Ziele, welche Regierungsrat Thomas Weber erwähnt hat, ist nichts einzuwenden. Diese sind unbestritten.

In Anknüpfung an den Vorredner und an die medial eingebrachte Kritik gilt es folgende drei Punkte zu bedenken: Aus qualitativen Gründen Mindestmengen vorzugeben und eine Konzentration von gewissen Leistungsaufträgen für eine optimierte Spitalversorgung anzustreben, dagegen spricht erstens eigentlich nichts. Zweitens müssen die Weiterbildungsstätten in der Spitaldiskussion berücksichtigt und gefördert werden. Drittens ist der von Rolf Blatter eingebrachte Punkt der zusätzlichen Mengenverschiebung vom Land in die Stadt tatsächlich problematisch. Und zwar weil es im Kanton Basel-Landschaft immer schon eine Verzichtsplannung zugunsten des universitären Zentrums gab. Es ist aus den bereits genannten Gründen wichtig, dass eine gewisse Angebotsstruktur erhalten werden kann. Traditionell hat der Kanton in der Akutversorgung nicht mehr als 60 %–70 %. Es wäre sehr bedauerlich, wenn dieser Wert noch weiter zurückgehen würde. Urs Roth plädiert dafür, die genannten Aspekte in der politischen Diskussion zu berücksichtigen.

Regierungsrat **Thomas Weber** (SVP) äussert, dass Strukturerehalt natürlich keines der Ziele sei. In den vorhergehenden Voten gab es Argumente, die eher der alten Spitalwelt angehören, in der jeder Kanton einen Eigenversorgungsgrad von 100 % haben musste. Auch in den Kantonen Bern und Zürich ist es so, dass die Bettendichte steigt, je näher man in Richtung Stadtzentrum kommt. Dies ist systemimmanent. Die Bettendichte ist dort am höchsten, wo auch die Bevölkerungszahlen am höchsten sind. Weit über 40 % der Baselbieter Patienten werden bereits heute stationär in öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton Basel-Stadt behandelt. Letztlich ist es aus Versorgungssicht so, dass dasjenige, was wohnortsnah in einer guten Qualität erbracht werden muss, auch erhalten werden muss. Die Gelegenheitschirurgie und rein symbolische Leistungsaufträge müssen aber auch kritisch hinterfragt werden. Die Aspekte fliessen ein in die Zielgewichtung und die offenen Fragen werden selbstverständlich in der VGK beantwortet.

://: Die Interpellation ist erledigt.
