

Vorlage an den Landrat

**Ausgabenbewilligung zur Mitfinanzierung «Home Treatment» in der Psychiatrie Baselland
für die Jahre 2023 bis 2025**

2022/630

vom 15. November 2022

1. Übersicht

1.1. Zusammenfassung

Mit RRB 2022-1096 vom 28. Juni 2022 wurde das Konzept «Home Treatment» der Psychiatrie Baselland (PBL) welches dem Amt für Gesundheit vorliegt, ab dem 1. Juli 2022 umgesetzt. Mit dem selbigen RRB wurde für die Jahre 2023 bis 2025 vom Regierungsrat ein Verhandlungsmandat für eine Ausgabenbewilligung zur Mitfinanzierung des «Home Treatment» in der Psychiatrie Baselland in der Höhe von 3 Millionen Franken beschlossen.

Das «Home Treatment» erlaubt die intensive Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Personen in ihrem angestammten Umfeld, die nicht in stationären Strukturen behandelt werden können oder wollen. Da die Behandlung vom selben Behandlungsteam sichergestellt wird, welches auch die stationäre Krisenintervention betreibt, wird dem Gedanken der integrierten Versorgung Rechnung getragen. Gleichzeitig ist das Projekt wirtschaftlich interessant, da die Behandlung im «Home Treatment» günstiger ist, als die stationäre Alternative; damit werden bei gleichem Leistungsumfang – auch beim Kanton Basel-Landschaft – Nettokosten eingespart.

Weil der Kanton intermediäre Leistungen als zukunftsweisend und als Teil seines Versorgungsauftrags sieht und zudem auch aus Kapazitätsgründen ein Interesse daran hat, wo möglich, stationäre Aufenthalte zu vermeiden, ist es angezeigt, die durch die geltenden Tarife nicht oder nur zum Teil finanzierten Anteile für das «Home Treatment» mit einer gemeinwirtschaftlichen und besonderen Leistungsfinanzierung abzugelten.

Aufgrund des Umstandes, dass nur die anfallenden Kosten für den Bereich der «stationären Aufenthalte in Spitälern und Kliniken» in die sog. besondere Zuständigkeit der Direktion (VGD) fällt und jeweils ohne zusätzliche Ausgabenbewilligung geleistet werden kann ([Siehe § 39 Abs. 2 lit. b. Vo FHG](#)), bedarf es für die intermediären Leistungen einer separaten Ausgabenbewilligung.

1.2. Inhaltsverzeichnis

1.	Übersicht	2
1.1.	Zusammenfassung	2
1.2.	Inhaltsverzeichnis	3
2.	Bericht	4
2.1.	Ausgangslage	4
2.2.	Ziel der Vorlage	5
2.3.	Erläuterungen	5
2.4.	Vorteile der intermediären Leistungen gegenüber dem stationären Aufenthalt	5
2.5.	Konzept von Kriseninterventionsstation und «Home Treatment»	6
2.5.1.	<i>Offene Kriseninterventionsstation «KIS» mit 10 stationären Plätzen</i>	6
2.5.2.	<i>Home-Treatment «HT» mit 10 Plätzen</i>	6
2.6.	Finanzierung	8
2.7.	Schaffung zusätzlicher stationäre Kapazitäten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch HT	13
2.8.	GWL-Prinzipien	13
2.9.	Strategische Verankerung / Bezug zum Regierungsprogramm (Referenz-Nr.) oder zur Langfristplanung	16
2.10.	Rechtsgrundlagen; Finanz- oder Planungsreferendum	16
2.11.	Finanzielle Auswirkungen	16
2.12.	Finanzhaushaltsrechtliche Prüfung	18
2.13.	Regulierungsfolgenabschätzung (§ 4 KMU-Entlastungsgesetz und § 58 Abs.1 Bst. e und e ^{bis} Geschäftsordnung Landrat)	18
2.14.	Vorstösse des Landrats	18
3.	Anträge	18
3.1.	Beschluss	18
4.	Anhang	19

2. Bericht

2.1. Ausgangslage

Die COVID-19-Pandemie hat die Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen – insbesondere auch für Kinder und Jugendliche – verstärkt.

Im [Bericht](#) 2022/147 betreffend Sammelvorlage zum Thema COVID-19-Pandemie und psychische Gesundheit: «Coronakrise: Auswirkung auf die psychische Gesundheit» sowie «Psychische Gesundheit während Corona» der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrats wird festgehalten, dass sich seit Corona die Situation nochmals zugespitzt hat. So sind in den ersten beiden Monaten des Jahres 2022 die Zahlen der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in der KJP gegenüber der Vorjahresperiode um 12 % (stationär) bzw. knapp 30 % (ambulant) sprunghaft angestiegen und die Stationen und Angebote sind voll ausgelastet. Ebenfalls wird im Bericht auf die beiden Vorstösse zur psychischen Gesundheit im Landrat im Verlauf der Corona-Pandemie hingewiesen:

Das am 14. Mai 2020 von Patricia Bräutigam eingereichte und am 11. März 2021 überwiesene [Postulat 2020/233](#) «Coronakrise: Auswirkung auf die psychische Gesundheit» beauftragt den Regierungsrat, über Angebot und Nachfrage psychologischer und psychiatrischer Betreuung vor, während und nach der Coronakrise und entsprechende Massnahmen zu berichten. Die am 3. Dezember 2020 von Laura Grazioli eingereichte und als dringlich überwiesene [Motion 2020/649](#) «Psychische Gesundheit während Corona» beauftragt den Regierungsrat, den Schutz der psychischen Gesundheit als wichtigen Pfeiler der Pandemiebewältigung aufzunehmen. Insbesondere sollen ad hoc niederschwellige betreuerische Angebote entstehen, psychotherapeutisch, psychologisch und seelsorgerisch tätige Organisationen direkt einbezogen und eine Strategie zum Schutz der psychischen Gesundheit der Bevölkerung während und nach Corona entwickelt werden.

Gemäss Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO wird die Depression bis ins Jahr 2030 die Erkrankung mit den meisten verlorenen Lebensjahren sein. Die Zunahme der Häufigkeit und der Chronifizierung psychiatrischer Erkrankungen in Kombination mit dem prognostizierten Bevölkerungswachstum und der immer älter werdenden Gesellschaft akzentuiert die Thematik und macht deutlich, dass insbesondere aus medizinisch-therapeutischer Sicht, aber auch aus wirtschaftlichen Überlegungen eine Anpassung der Strukturen angezeigt ist.

Da ein Wachstum in den stationären Strukturen nur bedingt möglich ist und sowohl aus behandlingstechnischen (ambulant vor stationär) als auch aus wirtschaftlichen Überlegungen nur in zwingenden Fällen erfolgen soll, ist eine Förderung von intermediären Strukturen (u.a. Tageskliniken, aufsuchende Psychiatrie «Home Treatment») angezeigt.

Die Schwierigkeit besteht darin, dass verschiedene therapeutisch sinnvolle Leistungen keine Pflichtleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) darstellen, somit nicht tarifiert sind und folglich von den Krankenversicherern nicht vergütet werden. Dazu zählen insbesondere Leistungen von Sozialpädagogen, Betreuungspersonal, Sozialdienst.

Weiter besteht zumindest teilweise auch bei KVG-Pflichtleistungen eine Unterdeckung – das bedeutet, die vorhandenen ambulanten Tarife sind nicht kostendeckend. Dies liegt gegenüber der einfachen Psychiatriepraxis in Limitationen im TARMED aber auch in höheren Infrastruktur- und Sicherheitsanforderungen, komplexeren Betriebsabläufen, komplexeren Behandlungsfällen, teils höheren Lohnkosten und nicht vergüteten Reisewegen (insbesondere beim «Home Treatment») begründet.

Im Rahmen der mit dem Kanton Basel-Stadt gemeinsamen Psychiatrieplanung, die per 1. Januar 2024 in Kraft tritt, ist geplant, die ambulante Leistungserbringung gegenüber der stationären Leistungserbringung in der Erwachsenenpsychiatrie deutlich zu stärken. Die Substitution

stationärer Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie durch Angebote des «Home Treatment» folgt dieser Strategie. Die zwischenzeitliche bedarfsadäquate (COVID-19 bedingte) Umnutzung dieser stationären Ressourcen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie trägt dazu bei, einen festgestellten Versorgungsengpass im Kanton Basel-Landschaft abzudecken.

2.2. Ziel der Vorlage

Der Landrat bewilligt dem Amt für Gesundheit eine neue einmalige Ausgabe zur Mitfinanzierung von intermediären Strukturen «Home Treatment» für Baselbieterinnen und Baselbieter in der Psychiatrie Baselland (PBL) vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 von gesamthaft 3 Millionen Franken.

Mit der Zustimmung des Landrats zur Mitfinanzierung intermediärer Strukturen in der PBL kann die bedarfsgerechte Versorgung nicht nur in den ambulanten bzw. intermediären Strukturen verbessert werden. Durch das frei werden von stationären Strukturen können ab dem Jahr 2023 die Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die aufgrund der COVID-19-Pandemie dringend gebraucht werden, aufgestockt werden.

Weiter profitiert der Kanton Basel-Landschaft auch wirtschaftlich, da zwar zusätzliche Bruttokosten aber im Endeffekt jedoch Nettoeinsparungen von 260'000 Franken pro Jahr bzw. total 780'000 Franken resultieren, wie in Kapitel 2.6. aufgezeigt wird.

2.3. Erläuterungen

2.4. Vorteile der intermediären Leistungen gegenüber dem stationären Aufenthalt

Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit intermediärer Strukturen, von Tageskliniken und auch «Home Treatment» konnte hinreichend durch die Resultate aus national und international anerkannten Studien nachgewiesen werden¹. Es zeigt sich, dass gewisse psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten die Spitalbedürftig sind in einer Home Treatment Behandlung Strukturen mindestens gleich wirksam und zweckmässiger behandelt werden können wie in stationären Strukturen. Ausserdem sinken die Fallkosten pro Patient, da ein Pflegetag im Home Treatment weniger kostet wie ein stationärer Pflegetag (vgl. Kapitel 2.6 «Finanzierung»).

Die Besonderheit der Behandlung in intermediären Strukturen wie dem «Home Treatment» ist, dass sie sowohl Sicherheit und Struktur (Routine, Anleitung, Aktivität und Zielsetzung / Sinnfindung) ähnlich der stationären Behandlung bei gleichzeitigem Erhalt der Autonomie und Eigenverantwortlichkeit analog der ambulanten Behandlung bietet. Die erlernten Bewältigungsstrategien werden von Anfang an im relevanten Alltag angewendet und ausgetestet. Dies gibt kontinuierlich ein Feedback zum Therapiestand und eröffnet die Möglichkeit, fortlaufend mit dem Therapeuten die erlebten Stolpersteine zu besprechen und neue Lösungswege zu erarbeiten. Beim «Home Treatment» findet die Behandlung im Umfeld der Patientinnen und der Patienten statt, was eine äusserst praxisbezogene und -relevante Therapie – auch unter Einbezug der Mitbewohnenden – erlaubt.

Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass nicht nur die Betroffenen sondern auch deren Angehörige durch den intensiven Einbezug in die Veränderungsprozesse profitieren, was zu einem

¹ Bechdorf, A, et al (2022). Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. [Link](#)

Kallert, T., Schönherr, R., Fröhling, D., & Schützwohl, M. (2007). Patientenbezogene Therapiekosten akutpsychiatrischer tagesklinischer und vollstationärer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 34(8), e35–e42. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970934>

Kallert, T. W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., ... Schützwohl, M. (2007). Are Day Hospitals Effective for Acutely Ill Psychiatric Patients?: A European Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(02), 278–287. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0214>

Agarwalla, P., & Kuechenhoff, J. (2004). Evaluation of treatment at the Basel Psychotherapeutic Day Clinic. *Psychotherapeut*, 49(4).

Kallert, T. W., Matthes, C., Glöckner, M., Eichler, T., Koch, R., & Schützwohl, M. (2004). Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiatrische Praxis*, 31(8), 409–419. <https://doi.org/10.1055/s-2003-815031>

nachhaltigeren Genesungsprozess (weniger erneute stationäre Aufenthalte) und zu zusätzlichem Nutzen der Sozialisation ins gewohnte Umfeld führt. Der Wiedereinstieg ins Berufsleben wird erheblich erleichtert.

2.5. Konzept von Kriseninterventionsstation und «Home Treatment»

Die PBL hat ein Konzept «Home Treatment» erarbeitet und sowohl mit dem AfG als auch mit den Krankenversicherern besprochen. Das Kapitel 2.5. gibt dieses Konzept wieder. Dieses Konzept nimmt das Prinzip ambulant vor stationär auf.

Das Konzept «Home Treatment» der PBL sieht eine Kombination mit der Kriseninterventionsstation (KIS) vor. Dabei werden 10 der bisher 20 stationären KIS-Betten in Home-Treatment-Plätze umgewandelt. Das Ziel des Angebots Kriseninterventionsstation und «Home-Treatment» (KIS/HT) ist die Etablierung eines im Kanton neuen, intermediären psychiatrischen Versorgungskonzeptes, bei dem eine patientenzentrierte, wohnortnahe, kosteneffiziente Behandlung mit dem Abbau stationärer Betten zusammengeführt werden sollen.

Durch die Kombination einer offenen Kriseninterventionsstation (10 Betten stationär) und eines aufsuchenden Behandlungskonzeptes (10 Plätze ambulant) mit demselben interprofessionellen Behandlungsteam werden ein reibungsloser Übergang und die bestmögliche Behandlungskontinuität im Sinne der integrierten Versorgung sichergestellt.

2.5.1. Offene Kriseninterventionsstation «KIS» mit 10 stationären Plätzen

Der therapeutische Fokus liegt auf den Auslösern der Krise, deren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie der raschen Rückkehr in das bekannte soziale Umfeld.

Die KIS zeichnet sich durch eine hohe Therapieintensität (hochfrequente therapeutische Gespräche), eine rasche sozialdienstliche und gegebenenfalls auch arbeitsmedizinische Abklärung sowie eine rasche häusliche Abklärung und frühestmögliche Übertrittsplanung ins «Home-Treatment» aus.

2.5.2. Home-Treatment «HT» mit 10 Plätzen

Der therapeutische Fokus liegt auf einer alltagsnahen, lösungsorientierten und multiprofessionellen Behandlung im bekannten sozialen Umfeld.

Aufgrund des integrierten stationären/aufsuchenden Krisenangebots wird eine sehr viel höhere Flexibilität für einen Wechsel zwischen den Settings (KIS-HT) angeboten und damit die stationären Pflagetage stärker reduziert, als dies bei anderen Angeboten möglich ist. Bei den bisherigen «Home Treatment»-Angeboten anderer Kliniken kommt es bei einem Wechsel zwischen «Home Treatment» und stationärer Behandlung auch jeweils zu einem Übertritt von einem Behandlungsteam zum anderen. Dadurch können Wartezeiten entstehen. Die Einarbeitung der übernehmenden Therapeuten und Pflegenden kostet Zeit und verursacht zusätzliche Pflagetage. Werden die Patientinnen und Patienten vom gleichen Team betreut, steigt die Behandlungsqualität im Vergleich entsprechend an.

Die hohe Flexibilität des Angebots ist jedoch mit einem grösseren organisatorischen Aufwand verbunden, als wenn nur eine definierte Anzahl HT Plätze sowie eine feste Anzahl Betten auf zwei getrennten Abteilungen betrieben würden.

Zielgruppe und Schwerpunkte im «Home Treatment»:

- Betreuung von Berufstätigen,
- Betreuung von Müttern und Vätern mit minderjährigen, zu Hause lebenden Kindern (Erhalt und Nutzung von familiären Strukturen),
- Gezielte Einsätze in Wohneinrichtungen und Wohnheimen zur Krisenintervention (Vermeidung wiederholter stationärer Eintritte),

- Intensive, patientenzentrierte Betreuung im sozialen Umfeld, Burn-out-support.

Therapeutische Angebote:

- Tägliche Hausbesuche und Telefon-/Videokontakte durch Pflege/Ärztinnen/Ärzte/Psychologinnen/Psychologen, Ergotherapie und Sozialdienst bei Bedarf,
- 24/7-Erreichbarkeit des Behandlungsteams,
- Direkte und intensive Arbeit mit dem sozialen Umfeld durch das gesamte interprofessionelle Team,
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting,
- Gezielte Bearbeitung häuslicher Problemfelder unter Einbeziehung des familiären/sozialen Umfeldes,
- Ergotherapie, Kunsttherapie, Sport-/Physiotherapie,
- Unterstützung / Begleitung bei medikamentöser Behandlung,
- Verantwortung / Kompetenz zur Steuerung stationärer Aufenthalte,
- Sicherstellung der ambulanten Nachbetreuung.

Nutzen gegenüber herkömmlichen Angeboten:

- Integrierte psychiatrische Behandlung insbesondere auch durch die Behandlung durch dieselben Personen bei einem stationären Eintritt.
- HT richtet sich an Personen, die eine Behandlung in einer Institution nicht bestreiten können oder dies nicht wollen.
- HT richtet sich an Personen bei denen die psychiatrische Erkrankung mit dem direkten häuslichen Umfeld zu tun hat. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt direkt im Lebensumfeld unter intensivem Einbezug der Angehörigen/des sozialen Netzes.
- Stationäre Aufenthalte werden bei gleicher Wirksamkeit kosteneffizienter ersetzt oder verkürzt.
- Fürsorgerische Unterbringungen können vermieden werden.
- Die Kapazitäten der Behandlungsform sind bedarfsgerecht skalierbar. Alle Leistungseinkäufer senken bei einer Substitution von stationären Behandlungen durch HT ihre Kosten. Das Angebot muss im Vergleich zu einem stationären Setting für die Vertragspartner günstiger werden.

Aufnahmekriterien:

- Vorliegen einer «Krise» (d. h. das zur Vorstellung führende Zustandsbild besteht erst Stunden bis einige Tage), die einer intensiven Behandlung bedarf.
- Aussicht auf Besserung innerhalb von max. 14 Tagen, so dass spätestens dann mit einem Austritt (Beendigung der Behandlung) gerechnet werden kann.
- Typische Eintrittsdiagnosen/-situationen (nicht abschliessend):
 - Akute Belastungsreaktion,
 - Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion,
 - krisenhafte Zustände bei (vorbestehender) Achse-II-Störung, z. B. exazerbiertes selbstverletzendes Verhalten,
 - Suizidalität, sofern Absprachefähigkeit gegeben.

Ausschlusskriterien:

- Manifestes selbst- oder fremdgefährliches Verhalten,
- Unzureichende Absprachefähigkeit,
- Bei HT: Obdachlosigkeit oder gegenlautender Wunsch der Angehörigen bzw. fehlendes Einverständnis der Wohninstitution.

Digitales Angebot: Höhere Effizienz durch blended treatment

Durch die konsequente Einbindung digitaler Medien, insbesondere im «Home Treatment», sind eine höhere Behandlungseffizienz und raschere Therapieerfolge möglich.

Beispiele für die Verwendung digitaler Funktionsbereiche:

- Medikamenteneinnahme/Wirkung,
- Hausaufgaben (Erinnerung/Kontrolle der Erledigung),
- Atemübungen, Achtsamkeitsübungen/Meditation,
- Videosprechstunde,
- Tagebuchfunktionen,
- Bereitstellung von Informationsmaterial,
- Unterstützung bei Expositionen,
- Skillstraining.

2.6. Finanzierung

Grundsätzliche Überlegungen zu den Kosten KIS/HT

Ärztlich-therapeutischer Dienst:

- Ein Besuch pro Patient pro Woche durch Oberärztin/Oberarzt, stationär Initialvisite, Folgekonsultationen 1-2x/Woche,
- Assistenzärzte/Psychologen mind. 2 Hausbesuche pro Woche incl. Oberarzt Visite, stationär mind. 2 Gespräche pro Woche,
- Sozialdienst bei Bedarf Hausbesuche und stationär Gespräche.

Pflege und Ergotherapie:

- Betreuung von 8 stationären und 8 HT Patientinnen/Patienten (angenommene Auslastung von 80 %),
- pro Tag 3 Tagdienste stationär (Sa/So mit Option für Hausbesuche): täglich mind. 2 Kurzkontakte, 3x kurze Abteilungsversammlung,
- 2 mobile Fachpersonen (Mo/Fr): mind. 1 Besuch pro Tag (plus andere Berufsgruppen), ggf. Telefonat/Video,
- 1 Nachtdienst inkl. Telefonpikett für HT,
- Ergotherapie bei Bedarf: stationär Kleingruppe, HT Hausbesuche.

Daraus folgen die nachfolgend aufgeführten personellen Ressourcen, die im Vergleich zur rein stationär geführten KIS um rund eine halbe Million Franken pro Jahr ansteigen:

	nur stationär Vollzeitäquivalent VZÄ	KIS/HT	nur stationär Bruttolohn in Fr.	KIS/HT
Oberarzt	0.80	1.00	159'453	199'317
Assistenzarzt	1.80	2.00	262'570	291'744
Psychologin	0.80	1.00	114'421	143'026
Assistenzpsychologe	0.40	0.50	25'027	31'284
Sozialarbeiter	0.65	1.00	77'464	119'176
TQD	1.15	1.00	132'022	114'801
Pflegeleitung Abteilungsleitung	1.00	1.00	139'304	139'304
Pflegeleitung Stv./Fachverantwortung	-	1.00	0	121'916
Pflegefachperson (HöFa, ohne Leitung)	11.30	12.60	1'339'327	1'493'409
Pflegefachperson (FAGE)	1.60	1.50	148'622	139'333

Sekretariat		1.00	0	101'034
Total	19.50	23.60	2'398'210	2'894'344

Tabelle 1: Zusammensetzung Personalkosten KIS und HT

Die Personalkosten entsprechen rund 76 % der gesamten Kosten (vgl. Tabelle 2). Die Einsparungen beim vorliegenden Angebot beschränken sich daher auf die Infrastruktur- und Hotelleriekosten. Zusätzliche Kosten entstehen für die Mobilität und für digitale Angebote:

- Räumlichkeiten: 4 Einzelzimmer, 3 Doppelzimmer, 2 Gruppenzimmer, 5 Büros,
- 3 Autos, ÖV Abos,
- Mobile IT/Telefonie,
- Digitales Konzept (Videotelefonie/ Webex, Chat, therapieergänzende Apps, Terminplanung, Tagesstrukturierung, PBL App).

Daraus ergeben sich bei 5'840 Pflgetagen Kosten von 833 Franken pro Pflgetag, wie der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen ist:

<i>in Franken</i>	nur stationär	KIS/HT
Erlös	4'422'519	3'951'580
TARPSY	4'422'519	2'211'260
Ertrag «Home-Treatment»	0	1'740'320
Gesamtaufwand	-4'544'427	-4'863'225
Personalaufwand	-2'455'384	-2'954'748
Ärzte und Akademiker	-638'936	-784'547
Pflegekosten	-1'627'253	-1'893'962
TQD	-132'021	-114'801
Sekretariat	0	-101'034
übriger Personalaufwand	-57'174	-60'404
Sachaufwand	-91'537	-90'768
interne Leistungsverrechnung	-243'568	-243'568
Hotellerie	-579'717	-439'858
Services	-579'879	-539'940
Kalk. Kosten	-594'342	-594'342
Reingewinn	-121'908	-911'645
Kosten pro Pflgetag (5'840 PT)	-778	-833

Tabelle 2: Herleitung der Gesamtkosten pro Pflgetag KS und HT

Finanzierung der offenen Kriseninterventionsstation «KIS»

Die Finanzierung der Kriseninterventionsstation erfolgt über den stationären Psychiatrietarif TARPSY. Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt, wie sich die stationären Erträge der PLB verändern, wenn – wie geplant – die stationäre Kapazität von 20 auf 10 Betten halbiert wird.

	nur stationär	stationär KIS/HT

Anzahl Betten	20	10
Belegung	80 %	80 %
DMI (Fallschwere)	1.018	1.018
PT (Pflegetage)	5'840	2'920
Aktuelle Baserate (in CHF)	744	744
davon Kantonsbeitrag (in CHF)	409	409
davon Krankenkassenbeitrag (in CHF)	335	335
Umsatz (in CHF)	4'422'519	2'211'260
davon Kantonsbeitrag (55 %, in CHF)	2'432'386	1'216'193
davon Krankenkassenbeitrag (45 %, in CHF)	1'990'134	995'067

Tabelle 3: Herleitung der stationären Erlöse

Bestehende Finanzierung Home-Treatment «HT»

Bei Behandlungen im «Home Treatment» handelt es sich um ambulante Behandlungen, was bedeutet, dass für Leistungen nach KVG ambulante Tarife zur Anwendung kommen (TARMED, Physiotherapie-Tarif, Ergotherapie-Tarif usw.).

Die Schwierigkeit besteht nun darin, dass im Bereich des «Home Treatment» verschiedene therapeutisch sinnvolle Leistungen erbracht werden, die von den Krankenversicherern jedoch nicht vergütet werden. Darunter zählen insbesondere sämtliche Leistungen, die von Personen erbracht werden, die nicht Leistungserbringer gemäss KVG sind (z.B. Sozialpädagogen, Betreuungspersonal, Sozialdienst).

Weiter besteht zumindest teilweise auch bei KVG-Pflichtleistungen eine Unterdeckung – das bedeutet, die vorhandenen ambulanten Tarife sind nicht kostendeckend. Dies liegt gegenüber der einfachen Psychiatriepraxis in höheren Infrastruktur- und Sicherheitsanforderungen, komplexeren Betriebsabläufen, komplexeren Behandlungsfällen, teils höheren Lohnkosten von tagesklinischen Strukturen und beim «Home Treatment» auch durch die Anfahrtszeiten begründet.

Ein weiterer Grund für eine Unterdeckung ist die Limitation von Leistungen im TARMED je Woche oder je 14 Tage.

Die nachfolgende Tabelle 4 zeigt auf, dass über die ambulanten Tarife rund 250 Franken pro Pflegetag verrechenbar sind, während Leistungen für 322 Franken nicht abrechenbar sind:

Leistungen pro Woche	verrechenbar (in CHF)	nicht verrechenbar (in CHF)
Oberarzt	439.5	0.0
Assistenzarzt	439.5	0.0
Psychologe	318.2	250.0
Sozialarbeiter	33.1	170.3
Ergotherapeut	21.2	109.0
Pflege	336.2	1'730.2
Laboranalysen & Medikamente	168.0	
Ø pro Woche	1'755.8	2'259.5
Ø pro Tag	250.8	322.8

Tabelle 4: ambulante Erträge HT

Diese Einnahmen von 250 Franken vermögen die Kosten von 833 Franken (vgl. Tabelle 2), die für eine gute Behandlung anfallen, nicht zu decken. Zu diesem Schluss sind bereits auch der Bundesrat sowie auch das BAG gekommen: *«Für die Behandlung und Betreuung sowie für die Förderung der sozialen Teilhabe und der beruflichen Integration von psychisch kranken Personen sind die intermediären Angebotsstrukturen von grosser Bedeutung. Im Vergleich zu den klassischen ambulanten Angebotsstrukturen bedingen die intermediären Angebotsstrukturen einen grossen organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufwand. Diesbezügliche bestehen zurzeit Abbildungsprobleme in den Abgeltungssystemen»².*

Weiter *«...stellen ungenügende Finanzierung gewisser Einzelleistungen (v.a. Wegzeiten, Koordinationsaufwand, zeitliche Limitierung der Vergütung nichtärztlicher Fachpersonen im TARMED) sowie die Planungsunsicherheit von Angeboten, die auf öffentliche Finanzierungsbeiträge der Kantone angewiesen sind, grosse Herausforderungen dar.»³*

Neue Finanzierung der HT-Leistungen

Im Rahmen der Psychiatrieplanung der Gemeinsamen Gesundheitsregion ist vereinbart, die ambulante Leistungserbringung gegenüber der stationären Leistungserbringung in der Erwachsenenpsychiatrie deutlich zu stärken (vgl. Psychiatriekonzept bzw. Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie). Die Substitution stationärer Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie durch Angebote des «Home Treatment» folgt dieser Strategie. Die zwischenzeitliche bedarfsadäquate (COVID-19 bedingte) Umnutzung dieser freiwerdenden stationären Ressourcen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie trägt ferner dazu bei, einen festgestellten Versorgungsengpass im Kanton Basel-Landschaft abzudecken.

Weil der Kanton intermediäre Leistungen als zukunftsweisend und als Teil seines Versorgungsauftrags sieht, ist es angezeigt, die durch die Tarife nicht oder nur zum Teil finanzierten Anteile mit einer gemeinwirtschaftlichen und besonderen Leistungsfinanzierung zu ergänzen.

Vorgesehen ist eine Vereinbarung von Tagespauschalen zwischen der PBL und den Krankenversicherern (Vertragsabschlüsse liegen vor):

- Veranschlagte Höhe ca. 80–85% des stationären TARPSY-Ertrages,
- Vereinfachte Abrechnung mittels Pauschalen,
- Kostenaufteilung zwischen Krankenkassen und Kanton analog zur Spitalfinanzierung,
 - Kostensenkung für Krankenkassen (45 %),
 - Kostensenkung für Kanton (55 %),
 - Kostendeckung für PBL,
- Optimale Ausgestaltung des Angebotes möglich.

Der mit den Krankenversicherern verhandelte Preis pro Tag für ein Angebot «Home Treatment» liegt bei **596 Franken**. Dies entspricht 80 % der stationären Baserate von 744 Franken.

Damit ist das Angebot für die PBL kurzfristig zwar nicht kostendeckend zu betreiben. Den 596 Franken an Ertrag pro Tag stehen 833 Franken an Kosten (siehe Tabelle 2) gegenüber. Die PBL verfolgt das Projekt aus Überzeugung, dass die intermediäre psychiatrische Versorgung zukunftsweisend ist und sich ein Investment lohnt.

Die Alternative zum HT ist in aller Regel das stationäre Angebot. Finanziell profitiert von der angedachten Lösung daher der Kanton als auch der Krankenversicherer, wie folgende

² Antwort des Bundesrates auf Postulat Stähelin «Zukunft der Psychiatrie», März 2016

³ Schlussbericht «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie», Büro BASS, Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Februar 2018

zusammenfassende Aufstellung (Tabelle 5) veranschaulicht, wenn weiterhin von den 5'840 Pflgetagen ausgegangen wird:

<i>in Franken (pro Tag)</i>	nur stationär	KIS/HT	nur HT
Tagespauschale	744		596
Kantonsbeitrag (55 %)	409		328
Krankenkassen-Beitrag (45 %)	335		268

<i>in Franken (pro Jahr)</i>			
Total Ertrag (100 %)	4'422'519	3'951'580	3'480'640
Kantonsbeitrag (55 %)	2'432'386	2'173'369	1'914'352
Krankenkassen-Beitrag (45 %)	1'990'134	1'778'211	1'566'288

<i>in Franken (pro Jahr)</i>			
Einsparung ggü. stationärer Behandlung		-470'940	-941'879
Kantonsbeitrag		-259'017	-518'034
Krankenkassen-Beitrag		-211'923	-423'846

Tabelle 5: Gegenüberstellung HT/stationärer Aufenthalt

Kosteneinsparung durch «Home Treatment»

→ Bei einem Abbau des stationären Angebots (Betten) zu Gunsten von HT-Behandlungen und deren Abgeltung nach der vorgeschlagenen Tagespauschale von 596 Franken wird der Kanton um 81 Franken pro Tag im Vergleich zu einer Finanzierung nach vertraglich vereinbarten stationären Tarifen entlastet. Durch das Projekt HT findet daher eine Netto-Entlastung des Kantons statt, weil weniger stationäre Fälle finanziert werden müssen. Die im Rahmen des Projekts veranschlagte Entlastung des Kantons pro Jahr beträgt rund 260'000 Franken.

→ Bei einem Abbau des stationären Angebots (Betten) zu Gunsten von HT-Behandlungen und deren Abgeltung nach der vorgeschlagenen Tagespauschale von 596 Franken werden die Krankenkassen um 67 Franken im Vergleich zu einer Finanzierung nach vertraglich vereinbarten stationären Tarifen entlastet, müssen jedoch im Vergleich zu einer Finanzierung nach TARMED rund 17 Franken pro Tag mehr übernehmen. Die im Rahmen des Projekts veranschlagte Entlastung der Krankenversicherer pro Jahr beträgt rund 210'000 Franken.

Zusammenfassung

- HT gemäss Konzept der PBL ersetzt stationäre Behandlungen. Für jeden Patienten, der im HT behandelt wird, wird ein Bett als belegt registriert (keine Mengenausweitung).
- Durch die Umwandlung von stationären Betten in HT-Plätze wird ein Abbau der stationären Behandlungskapazität der PBL erzielt.
- Die vorgesehenen Tarife für die HT Behandlung sind günstiger als die stationären und leicht höher als die ambulanten Tarife, so dass die Kosten für den Kanton und die Krankenversicherer sinken.
- Aktuell werden zunächst 4 HT Plätze betrieben werden, im Verlauf ist eine Erhöhung auf 8 Plätze vorgesehen.

- Der kantonale Anteil der Kosten würde bei 4 Plätzen für 6 Monate max. 240'000 Franken, bei Erhöhung auf 8 Plätze nach 3 Monaten max. 360'000 Franken betragen. Die Einsparungen durch die ersetzen stationären Behandlungstage würden wie gezeigt höher ausfallen.
- Wenn davon ausgegangen wird, dass bis Ende 2022 die 80 %-Belegung beim HT-Angebot der PBL erreicht wird, kann von zukünftigen jährlichen Ausgaben für den Kanton Basel-Landschaft von insgesamt rund 1 Million Franken ausgegangen werden. Es handelt sich dabei um Bruttokosten. Bei der Nettobetrachtung des «Home Treatment» wird weiterhin von einer Entlastung der Kantonsausgaben ausgegangen. Allerdings entstehen vorübergehend zusätzliche Kosten für den Kanton, wenn – wie vorgesehen – freiwerdende stationäre Kapazitäten zur Entlastung der Versorgungssituation bei den Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden.

Anzahl Plätze	10
Belegung	80 %
Tage/Jahr	365
Pflegetage	2920
Pauschale pro Tag	596
Kantonsbeitrag pro Tag	328
Krankenkassenbeitrag pro Tag	268
Total jährlicher Kantonsbetrag	957'760

Tabelle 5: veranschlagte jährliche Kosten zur Finanzierung von HT

2.7. Schaffung zusätzlicher stationäre Kapazitäten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch HT

Die Versorgungssituation der – insbesondere im Bereich der Kinder und Jugendlichen – erfordert sofortige Massnahmen.

Es ist beim Projekt HT bereits kurzfristig mit einer Kosteneinsparung zu rechnen, da eine Behandlung im HT eine stationäre Behandlung ersetzt und die Tagespauschale nur rund 80 % des stationären Tarifs beträgt. Dadurch können ab dem Jahr 2023 stationäre Behandlungskapazitäten freigesetzt werden, die für den in den letzten Monaten festgestellten zusätzlichen Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet werden können, was wiederum zu Mehrkosten für den Kanton führen wird. Diese Anpassung in der Angebotsstruktur der PBL bedarf einer Vorlaufphase von einigen Monaten für die Etablierung von HT einerseits sowie die Vorarbeiten für eine neue Nutzung der stationären Kapazitäten andererseits. Da HT ab Mitte 2022 angelaufen ist, könnte im Verlauf der ersten Jahreshälfte 2023 mit einer Erweiterung der stationären Kapazitäten in der KJP – im Rahmen der durch HT frei werdenden Betten – gerechnet werden.

2.8. GWL-Prinzipien

Aufgrund wiederholt kontroverser Diskussionen der GWL-Vorlagen im parlamentarischen Prozess hat sich gezeigt, dass klare inhaltliche Leitlinien verschriftlicht werden sollen. Die VGD hat daher Anfang 2021 Prinzipien definiert, nach denen sich die GWL-Abgeltungen beziehungsweise der GWL-Einkauf inskünftig richten sollen (vgl. Anhang). Im April 2021 wurden diese Prinzipien der VGK vorgestellt und von dieser wohlwollend aufgenommen. Es wurde begrüsst, dass der GWL-Einkauf nach definierten Rahmenbedingungen erfolgen soll. Diese Prinzipien gelten grundsätzlich für alle Spitäler und weiteren Leistungserbringer in Basel-Landschaft, bei denen ein GWL-Einkauf stattfinden soll.

Die GWL-Prinzipien sind unterteilt in die Kategorien «Grundvoraussetzungen», «Anforderungen beim Leistungserbringer» und «Umsetzung in der Verwaltung». Für jedes Prinzip wurde zudem eine Prüffrage formuliert:

I. Grundvoraussetzungen

1. **Müssen ein öffentliches Interesse bekunden:** GWL müssen ein öffentliches Interesse mit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bedienen. Sie erzeugen im Idealfall einen nachweisbaren öffentlichen Nutzen und sind transparent ausgewiesen. Die GWL werden offengelegt und dem Landrat zur Zustimmung unterbreitet.

Prüffrage: *Besteht ein öffentliches Interesse an dieser Leistung?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Bei den für die Jahre 2023 bis 2025 einzukaufenden Leistungen handelt es sich um solche, die bereits in der Vergangenheit erbracht und finanziert wurden. Das öffentliche Interesse wurde somit bereits einmal durch die Zustimmung des Landrats bestätigt. Auch das Kriterium des nachweisbaren Nutzens und des transparenten Ausweisens sind bei allen Leistungen erfüllt (vgl. hierzu die Ausführungen zu den einzelnen Leistungen).

2. **Umfassen die jeweils bestellten und präzis definierten Leistungen und sind nicht, beziehungsweise unzureichend, finanziert:** GWL umfassen die jeweils vom Kanton Basel-Landschaft bestellten und präzis definierten Leistungen, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons stehen. Aufgrund fehlender / unzureichender Finanzierung resultiert andernfalls ein Angebot, das aus politischer Sicht nicht adäquat – nicht das öffentlichen Interesse ausreichend befriedigt – ist.

Prüffrage: *Wird diese Leistung aufgrund einer Finanzierungslücke nicht oder nicht adäquat erbracht?*

Umsetzung in dieser Vorlage: tagesklinische Leistungen würden nicht oder mindestens nicht ausreichend angeboten werden.

II. Anforderungen beim Leistungserbringer

3. **Qualität muss überprüfbar sein:** Die Qualität der erbrachten GWL muss überprüfbar sein. Die Leistungserbringer von GWL sind verpflichtet, die für die Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.

Prüffrage: *Hat der Leistungserbringer die erforderlichen Daten zur Leistungsüberprüfung betr. Qualität zur Verfügung gestellt und sind diese transparent und nachvollziehbar?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Die Leistungserbringer verpflichten sich, das Angebot gemäss den Anforderungen im Anhang zu erbringen und stellen dem Amt für Gesundheit (AfG) sämtliche verfügbaren Daten zur Überprüfung der Qualität zur Verfügung. Diese Daten wurden vom AfG als transparent und nachvollziehbar beurteilt.

4. **Sind wirtschaftlich zu erbringen:** Die GWL sind wirtschaftlich zu erbringen. Die entstehenden Kosten halten einem Benchmark stand.

Prüffrage: *Hat der Leistungserbringer die erforderlichen Daten zur Leistungsüberprüfung betr. Wirtschaftlichkeit zur Verfügung gestellt und sind diese transparent und nachvollziehbar?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Die Leistungserbringer haben dem AfG alle erforderlichen Daten zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung gestellt. Es kann bestätigt werden, dass die Daten zur Wirtschaftlichkeit transparent und nachvollziehbar sind.

Weil der Kanton trotz den Beiträgen netto Kosten einspart, ist die Wirtschaftlichkeit beim Einkauf der tagesklinischen Leistung gegeben.

5. **Die Abgeltung der GWL umfasst die Grenzkosten inklusive direkt abhängiger Overhead- und Anlagennutzungskosten:** Die Abgeltung für GWL umfasst die Grenzkosten inkl. der von den GWL direkt abhängigen Overhead- und Anlagennutzungskosten. Die Kosten und Erlöse,

die in direktem Zusammenhang mit der GWL stehen, müssen transparent erfasst, nachvollziehbar und überprüfbar sein.

Prüfrage: *Entsprechen die ausgewiesenen Kosten höchstens den anrechenbaren Nettokosten bei wirtschaftlicher Leistungserbringung?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Für die Leistungen liegen die entsprechenden Daten vor. Die angestrebte Verlagerung in den intermediären Bereich findet nur statt, wenn die Kliniken für ihre Angebote finanziell entschädigt werden. Der Kanton bezahlt hier explizit für jene Leistungen die für eine gute Leistungserbringung unabdingbar sind und nicht anderweitig finanziert werden können.

6. Die zweckgebundene Verwendung muss nachvollziehbar und überprüfbar sein.

Prüfrage: *Weist der Leistungserbringer die zweckgebundene Verwendung der GWL-Abgeltung nach?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Eine zweckgebundene Verwendung der GWL-Abgeltung muss im Rahmen der Abrechnung für alle Leistungen nachgewiesen werden. Die Überprüfung des Nachweises erfolgt im Rahmen der Prüfung der Einhaltung der Leistungsvereinbarung.

III. Umsetzung in der Verwaltung

7. Besteller einer GWL ist der Träger der Aufgabe und kommt für eine Finanzierung auf: Der Besteller kommt jeweils für eine allfällige Finanzierung der GWL auf.

Prüfrage: *Ist klar, wer diese Leistung bestellt bzw. für diese Aufgabe zuständig ist?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Bei allen GWL ist klar, dass die VGD (AfG) Bestellerin und somit auch Finanziererin ist.

8. GWL können von öffentlich(rechtlich)en und privat(rechtlich)en ambulanten und stationären Institutionen erbracht werden.

Prüfrage: *Sind alle Leistungserbringer, welche die GWL erbringen könnten, in die Evaluation einbezogen worden?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Die Finanzierung von Leistungen der Tagesklinik durch den Kanton werden aktuell in öffentlichen und privaten Organisationen erbracht.

9. Es ist jeweils zu prüfen, ob eine GWL auszuschreiben ist: Bei jeder GWL ist durch den Leistungseinkäufer zu prüfen, ob sie auszuschreiben ist. Grundlage dafür ist eine Chancen-Risiko-Betrachtung insbesondere mit folgenden Kriterien:

- Wettbewerb: Bestehender Markt, Anzahl Anbieter
- Relevanz: Finanzielles Volumen
- Fristigkeit: Flexibilität / Planbarkeit in der Leistungsbestellung
- Umfeld: Einfluss auf bestehende und potenzielle Leistungsaufträge
- Produkt: Die Leistung muss quantifiziert und qualifiziert sein

Prüfrage: *Soll diese Leistung ausgeschrieben werden?*

Umsetzung in dieser Vorlage: Die Frage kann mit nein beantwortet werden, da diese Vorlage einem Innovations-Projekt der PBL entspringt. Ähnliche Projekte von anderen Leistungserbringern, die die Behandlung verbessern und die Wirtschaftlichkeit erhöhen würden vom AfG geprüft und gegebenenfalls ebenfalls finanziell unterstützt.

10. Koordination und Harmonisierung der GWL zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt: Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt tauschen sich vorab über geplante GWL aus und harmonisieren, wo möglich, die Kriterien (Koordination und Harmonisierung gemäss

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung).

Prüffrage: Soll der Leistungseinkauf mit dem Kanton Basel-Stadt koordiniert werden?

Umsetzung in dieser Vorlage: Es ist eine inhaltliche abgestimmte Bestellung (Harmonisierung) sämtlicher GWL-Einkäufe mit dem Kanton Basel-Stadt im GGR ab dem Jahr 2026 vorgesehen.

2.9. Strategische Verankerung / Bezug zum Regierungsprogramm (Referenz-Nr.) oder zur Langfristplanung

Die Förderung von intermediären Strukturen in der Psychiatrie unterstützt das Erreichen der strategischen Ziele in der Gesundheitspolitik des Kantons Basel-Landschaft und orientiert sich an der Langfristplanung des Regierungsrates gemäss AFP 2022–2025 (Vorlage [2021/503](#); siehe Seite 26, Kapitel 1.8 Gesundheit), wonach die Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft von einem Gesundheitssystem profitiert, das sich durch eine hohe Leistungsqualität, die geographische Nähe und die durchgehende Zugänglichkeit auszeichnet.

2.10. Rechtsgrundlagen; Finanz- oder Planungsreferendum

Im Kanton Basel-Landschaft besteht ein Verfassungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung (§ 111 Abs. 3 Kantonsverfassung [SGS 100](#)). Ausserdem umfasst die Spitalversorgung des Kantons laut § 1 Spitalversorgungsgesetz ([SpiVG, SGS 931](#)) spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen. Darunter fallen auch die Leistungen des «Home Treatment» s. § 16 SpiVG hält wiederum fest:

¹ Decken die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht, kann der Kanton den Spitälern Beiträge an spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen gewähren, welche insgesamt kostendämpfend wirken und:

- a. zur Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendig sind oder
- b. im Rahmen innovativer Versorgungsmodelle erbracht werden.

² Die Beiträge werden in der Regel in Form von leistungsbezogenen Pauschalen ausgerichtet.

³ Der Landrat beschliesst die entsprechenden Ausgaben.

Da die Leistungen des «Home Treatment» über das ambulante Tarifwerk TARMED nicht kostendeckend finanziert werden können, für die Versorgung der Bevölkerung jedoch notwendig sind, sind die Voraussetzungen für eine Mitfinanzierung durch den Kanton nach § 16 Abs. 1 lit. a SpiVG gegeben. Die Beiträge an das «Home Treatment» wirken wie dargelegt insgesamt kostendämpfend.

2.11. Finanzielle Auswirkungen

Rechtsgrundlage und rechtliche Qualifikation (§ 35 Abs. 1 Bst. a–b Vo FHG):

[Siehe Kapitel 2.10. vorstehend] (§ 33 Abs. 2 FHG)					
Die Ausgabe ist ... (§ 34 und § 35 FHG, entsprechendes ankreuzen)					
X	Neu	Gebunden	X	Einmalig	Wiederkehrend

Ausgabe (§ 35 Abs. 1 Bst. c–f Vo FHG):

Budgetkredit:	Profit-Center:	2214	Kt:	3619 0000	Kontierungsobj.:	502344
Verbuchung	X	Erfolgsrechnung		Investitionsrechnung		

Massgeblicher Ausgabenbetrag (in CHF)	3'000'000
---------------------------------------	-----------

Die Ausgaben werden im Umfang der Inanspruchnahme anfallen und sich ausschliesslich auf die PBL beschränken. Der Ausgabenbetrag beruht – wie oben dargelegt – auf einer Schätzung.

Investitionsrechnung

Ja Nein

Erfolgsrechnung

Ja Nein

	Voraussichtlich jährlich anfallende Beträge:	PC	Kt	2023	2024	2025	Total
A	Personalaufwand		30				
A	Sach- und Betriebsaufw.		31				
A	Transferaufwand	2214	36	1'000'000	1'000'000	1'000'000	3'000'000
A	Bruttoausgabe	2214		1'000'000	1'000'000	1'000'000	3'000'000
E	Beiträge Dritter*		46	0	0	0	0
	Nettoausgabe	2214		1'000'000	1'000'000	1'000'000	3'000'000

* Gemäss § 36 Abs. 3 FHG; PC = Profitcenter; Kt = Kontengruppe

Auswirkungen auf den Aufgaben- und Finanzplan (§ 35 Abs. 1 Bst. j Vo FHG):

Die Ausgaben gemäss vorstehender Tabelle für das «Home Treatment» sind im AFP 2023–2026 (Stand Version 10 bzw. LRV) im Innenauftrag 502344 «Home Treatment 2023–2025» vollständig enthalten und separiert worden. Der bisherige Innenauftrag (501427) «Psychiatrie KPD BL» für die Führung der stationären Leistungen konnte im Gegenzug entsprechend reduziert werden

Aufgrund der Tatsache der besonderen Zuständigkeit der Direktion (VGD) «nur» im Bereich der «stationären Aufenthalte» in Spitälern und Kliniken (Siehe Kapitel 1.1. Zusammenfassung, letzter Absatz), sind für die Abgeltung solcher intermediären Leistungen jeweils neue, einmalige Ausgabenbewilligungen, die abgerechnet und deshalb in eigenständigen Innenaufträgen geführt werden müssen, notwendig.

Weitere Einnahmen (§ 35 Abs. 1 Bst. f Vo FHG): Ja Nein

Folgekosten (§ 35 Abs. 1 Bst. g Vo FHG): Ja Nein

Auswirkungen auf den Stellenplan (§ 35 Abs. 1 Bst. i Vo FHG): Ja Nein

Schätzung der Eigenleistungen (§ 35 Abs. 1 Bst. h Vo FHG): Es fallen keine Eigenleistungen an

Strategiebezug (§ 35 Abs. 1 Bst. m Vo FHG): Ja Nein

	Vgl. Kapitel 2.9.
--	-------------------

In der ersten Zelle wird hier das Kürzel des Bereichs aus der Langfristplanung im AFP angegeben. Nebenstehend sollten der Bereich und das Ziel angegeben und kurz kommentiert werden, wie das Vorhaben zur Umsetzung der Regierungsstrategie beiträgt.

Risiken (Chancen und Gefahren) (§ 35 Abs. 1 Bst. l Vo FHG):

Chancen	Gefahren
Erhebliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bereich der Psychiatrie.	Zusätzliche finanzielle Aufwendungen, die finanziell nicht über die Vermeidung von stationären Pflorgetagen kompensiert werden.
Vermeidung von stationären Pflorgetagen. Wirtschaftlichere Behandlungen.	

Mehr stationäre Plätze für die Kinder und Jugendpsychiatrie	
---	--

Zeitpunkt der Inbetriebnahme (§ 35 Abs. 1 Bst. n Vo FHG):

1. Januar 2023

Wirtschaftlichkeitsrechnung (§ 35 Abs. 1 Bst. k, § 49–51 Vo FHG):

Kosten / Nutzen: Gesamthaft wird eine Entlastung für den Kantonshaushalt erwartet.

Gesamtbeurteilung:

Die erhebliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie (indem stationäre Eintritte vermieden oder verkürzt werden) unter gleichzeitiger notwendiger Umnutzung der frei werdenden Kapazitäten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen überwiegen die Gefahren.

2.12. Finanzhaushaltsrechtliche Prüfung

Die Finanz- und Kirchendirektion hat die Vorlage gemäss § 12 des Finanzhaushaltsgesetzes geprüft und stellt fest, dass die Grundsätze der Haushaltsführung und die Kompetenzordnung eingehalten sind.

2.13. Regulierungsfolgenabschätzung ([§ 4 KMU-Entlastungsgesetz](#) und [§ 58 Abs.1 Bst. e und e^{bis} Geschäftsordnung Landrat](#))

Ausführungen über die finanziellen, volkswirtschaftlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wesentlichen regionalen Auswirkungen der Vorlage, über deren finanzielle und übrigen Auswirkungen auf die Gemeinden sowie Regulierungsfolgenabschätzung gemäss § 4 KMU-Entlastungsgesetz.

keine

2.14. Vorstösse des Landrats

keine

3. Anträge

3.1. Beschluss

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat zu beschliessen:

- ://:
1. Für die Behandlungen von Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft für «Home Treatment» der Psychiatrie Baselland wird eine neue einmalige Ausgabe für die Jahre 2023 bis 2025 von 3 Mio. Franken bewilligt.
 2. Ziff. 1 dieses Beschlusses unterliegt der fakultativen Volksabstimmung gemäss § 31 Abs. 1 Bst b der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft.

Liestal, 15. November 2022

Im Namen des Regierungsrats

Die Präsidentin:

Kathrin Schweizer

Die Landschreiberin:

Elisabeth Heer Dietrich

4. Anhang

- Landratsbeschluss
- GWL Prinzipien

Landratsbeschluss

über

**die Ausgabenbewilligung zur Mitfinanzierung «Home Treatment» in der Psychiatrie
Baselland für die Jahre 2023 bis 2025**

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

- ://:
1. Für die Behandlungen von Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft für «Home Treatment» der Psychiatrie Baselland wird eine neue einmalige Ausgabe für die Jahre 2023 bis 2025 von 3 Mio. Franken bewilligt.
 2. Ziff. 1 dieses Beschlusses unterliegt der fakultativen Volksabstimmung gemäss § 31 Abs. 1 Bst b der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft.

Liestal, Datum wird von der LKA eingesetzt!

Im Namen des Landrats

Die Präsidentin:

Die Landschreiberin:

Anhang II GWL-Prinzipien:

Die GWL-Prinzipien sind unterteilt in die Kategorien "Grundvoraussetzungen" (diese Prinzipien müssen zwingend bejaht werden), "Anforderungen beim Leistungserbringer" und "Umsetzung in der Verwaltung". Für jedes Prinzip wurde zudem eine Prüffrage formuliert, die im Rahmen des GWL-Bestell- und Abrechnungsprozesses bearbeitet werden müssen.

I. Grundvoraussetzungen

11. **Müssen ein öffentliches Interesse bekunden:** GWL müssen ein öffentliches Interesse mit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bedienen. Sie erzeugen im Idealfall einen nachweisbaren öffentlichen Nutzen und sind transparent ausgewiesen. Die GWL werden offengelegt und dem Landrat zur Zustimmung unterbreitet.

Prüffrage: Besteht ein öffentliches Interesse an dieser Leistung?

12. **Umfassen die jeweils bestellten und präzisiert definierten Leistungen und sind nicht beziehungsweise unzureichend finanziert:** GWL umfassen die jeweils vom Kanton Basel-Landschaft bestellten und präzisiert definierte Leistungen, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft stehen. Aufgrund fehlender/unzureichender Finanzierung resultiert andernfalls ein Angebot, das aus politischer Sicht nicht adäquat – nicht im öffentlichen Interesse – ist.

Prüffrage: Wird diese Leistung aufgrund einer Finanzierungslücke nicht oder nicht adäquat erbracht?

II. Anforderungen beim Leistungserbringer

13. **Qualität muss überprüfbar sein:** Die Qualität der erbrachten GWL muss überprüfbar sein. Die Leistungserbringer von GWL sind verpflichtet, die für die Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.

Prüffrage: Hat der Leistungserbringer die erforderlichen Daten zur Leistungsüberprüfung betr. Qualität zur Verfügung gestellt und sind diese transparent und nachvollziehbar?

14. **Sind wirtschaftlich zu erbringen:** Die GWL sind wirtschaftlich zu erbringen. Die entstehenden Kosten halten einem Benchmark stand.

Prüffrage: Hat der Leistungserbringer die erforderlichen Daten zur Leistungsüberprüfung betr. Wirtschaftlichkeit zur Verfügung gestellt und sind diese transparent und nachvollziehbar?

15. **Abgeltung umfasst Grenzkosten inklusive direkt abhängige Overhead- und Anlagenutzungskosten:** Die Abgeltung für GWL umfasst die Grenzkosten inkl. der von der GWL direkt abhängige Overheadkosten und Anlagenutzungskosten. Die Kosten und Erlöse, die in direktem Zusammenhang mit der GWL stehen, müssen transparent erfasst, nachvollziehbar und überprüfbar sein.

Prüffrage: Entsprechen die ausgewiesenen Kosten höchstens den anrechenbaren Nettokosten bei wirtschaftlicher Leistungserbringung?

16. **Zweckgebundene Verwendung muss nachvollziehbar und überprüfbar sein.**

Prüffrage: Weist der Leistungserbringer die zweckgebundene Verwendung der GWL-Abgeltung nach?

III. Umsetzung in der Verwaltung

17. **Besteller einer GWL ist der Träger der Aufgabe und kommt für eine Finanzierung auf:**
Der Besteller kommt jeweils für eine allfällige Finanzierung der GWL auf.

Prüffrage: Ist klar, wer diese Leistung bestellt bzw. für diese Aufgabe zuständig ist?

18. **GWL können von öffentlich(rechtlich)en und privat(rechtlich)en ambulanten und stationären Institutionen erbracht werden.**

Prüffrage: Sind alle Leistungserbringer, welche die GWL erbringen könnten, in die Evaluation einbezogen worden?

19. **Es ist jeweils zu prüfen, ob eine GWL auszuschreiben ist:** Bei jeder GWL ist durch den Leistungseinkäufer zu prüfen, ob sie auszuschreiben ist. Grundlage dafür ist eine Chancen-Risiko-Betrachtung insbesondere mit folgenden Kriterien:

- Wettbewerb: Bestehender Markt, Anzahl Anbieter
- Relevanz: Finanzielles Volumen
- Fristigkeit: Flexibilität / Planbarkeit in der Leistungsbestellung
- Umfeld: Einfluss auf bestehende und potenzielle Leistungsaufträge
- Produkt: Die Leistung muss quantifiziert und qualifiziert sein

Prüffrage: Soll diese Leistung ausgeschrieben werden?

20. **Koordination und Harmonisierung der GWL zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt:** Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt tauschen sich vorab über geplante GWL aus und harmonisieren, wo möglich, die Kriterien (Koordination und Harmonisierung gemäss Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung).

Prüffrage: Soll der Leistungseinkauf mit dem Kanton Basel-Stadt koordiniert werden?