



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Amt für Gesundheit**
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Wirkungsanalyse GGR



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Amt für Gesundheit**
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Impressum

Die Wirkungsanalyse wurde im Auftrag des Leitungsausschusses GGR durch die Geschäftsstelle GGR erarbeitet. Für die Datenanalyse wurde die Geschäftsstelle GGR durch das Statistische Amt Basel-Stadt unterstützt.

23. April 2025



Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Wirkungsmodell	5
3.	Beschreibung der Analysen	8
	Steuerungsmassnahmen	12
4.	Verwendete Daten	13
5.	Ergebnisse	15
	5.1 Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung	15
	5.2 Verflechtung	19
	5.3 Sicherstellung Versorgung	24
	5.4 Volle Patientenfreizügigkeit	25
	5.5 Versorgungsqualität	27
	5.6 Bedarfsanalyse	27
	5.7 Konzentration Leistungsaufträge	35
	5.8 Mengensteuerung	39
	5.9 Spitaltarife	40
	5.10 Spitalkosten	42
	5.11 HSM-Leistungsaufträge	44
	5.12 Drittmittel	46
	5.13 Gleichbehandlung	47
	5.14 Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten	48
	5.15 Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitallisten und Vergleichskantone	49
	Literaturverzeichnis	54
	Anhang A.1: Übersicht mögliche Steuerungsmassnahmen	55
	Anhang A.2: Erläuterung wichtigster Begriffe	60
	Anhang A.3: Übersicht Datenquellen der Analysen	63
	Anhang A.4: Verflechtung der GGR	67
	Anhang A.5: Bedarfsanalyse auf SPLB-Ebene	72
	Anhang A.6: Entwicklung der HSM-Leistungsaufträge gemäss Spitallisten der hochspezialisierten Medizin	81
	Anhang A.7: Kosten sowie Differenz der Kosten gemäss hypothetischen Spitallisten, Varianten 1 bis 3	84

1. Einleitung

Vor rund zehn Jahren haben die beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt eine vertiefte Kooperation geprüft, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Teil dieser vertieften Kooperation sind einerseits die neu vertraglich vereinbarte gemeinsame Versorgungsplanung und -steuerung im Rahmen der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) und andererseits das Fusionsprojekt «Universitätsspital Nordwest AG» gewesen, welches den Zusammenschluss des Kantonsspitals Baselland (KSBL) mit dem Universitätsspital Basel (USB) vorgesehen hat. Damit sollten gemäss Ratschlag des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt resp. Landratsvorlage des Landrats des Kantons Basel-Landschaft zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (BL: [SGS 930.001](#) und BS: [SG 333.200](#); nachfolgend Staatsvertrag und Ratschlag resp. Landratsvorlage zum Staatsvertrag genannt) mehr Möglichkeiten geschaffen werden, Kompetenzen und Investitionen zu bündeln, Leistungen effizienter zu erbringen und Behandlungsabläufe über Kantons Grenzen hinweg zu optimieren, um dadurch die Behandlungsqualität zu steigern. Mit Annahme des Staatsvertrages im Februar 2019 ist per 1. Juli 2019 die Umsetzung der bikantonalen Planung erfolgt. Der Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG ist jedoch im Kanton Basel-Stadt an der Urne gescheitert und ist deshalb nicht umgesetzt worden.

Fünf Jahre nach Aufnahme der bikantonalen Zusammenarbeit und rund drei Jahre nach den ersten gleichlautenden Spitalisten per 1. Juli 2021 wird eine Analyse zur Erreichung der Ziele und Wirkung der Massnahmen im Versorgungsbereich Akutsomatik durchgeführt. Für eine solche Analyse gibt es aktuell mehrere Gründe: Für die anstehende Spitalplanung im Bereich Akutsomatik sollen Erkenntnisse über vergangene Planungsmassnahmen gewonnen werden, um diese in die bevorstehenden Planungen einfließen lassen zu können. Weiter gibt es politische Forderungen des Landrats des Kantons Basel-Landschaft, welche eine Evaluation der GGR verlangen. Zudem hat die Fachkommission GGR bereits in ihrer Stellungnahme zur Spitalliste Akutsomatik 2021 darauf hingewiesen, dass die getroffenen Prognosen zukünftig überprüft werden sollten.

Wie bereits in der Landratsvorlage zum Staatsvertrag festgehalten, hat das Zustandekommen des Staatsvertrages noch keine direkten Auswirkungen auf die Zielerreichung, sondern bietet lediglich die Grundlage zur gemeinsamen Versorgungsplanung und -steuerung. Zur Quantifizierung der Zielerreichung wird im Auftrag des Leitungsausschuss GGR durch die Geschäftsstelle GGR das Instrument der Wirkungsanalyse basierend auf einem Wirkungsmodell gewählt. Dieses wird gemäss Brunold et al. (2017) oftmals zur Messung von Wirkungen in einem Politikzyklus verwendet. Gemäss Bieri und Schwegler (2024) können Wirkungsmodelle auch als Arbeitsinstrumente verstanden werden. Oftmals werden diese im Laufe eines Politikzyklus und anhand der Entwicklungen fortlaufend angepasst. Sie dienen dazu, «den Kreislauf zwischen politischer Strategieentwicklung, Wirkungsmessung und Strategieänderung und -optimierung zu unterstützen». Damit eignen sie sich, um staatliche Interventionen zu analysieren und eine strukturierte Wirkungsmessung des politischen Handelns vorzunehmen.

Die vorliegende Wirkungsanalyse untersucht die Zielerreichung verschiedener Massnahmen im Rahmen des Staatsvertrages anhand quantitativer und qualitativer Analysen. Es werden dabei Massnahmen analysiert, welche im Hinblick auf die drei übergeordneten Ziele der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region (vgl. Ratschlag resp. Landratsvorlage zum Staatsvertrag) getroffen wurden. Die Analysen zur Messung

der Zielerreichung werden durch die Darstellung der Entwicklung der Bevölkerungszahlen und der Hospitalisierungen ergänzt. Zudem wird überprüft, ob sich die Verflechtung der GGR im Verlauf der Zeit verändert hat. Zuletzt werden die finanziellen Auswirkungen der GGR auf die beiden Kantone analysiert und mögliche Steuerungsmassnahmen beschrieben. Da seit der Umsetzung von Massnahmen erst im Bereich der stationären Akutsomatik Daten vorhanden sind und die Wirkungsanalyse insbesondere im Hinblick auf die neue Spitalplanung Akutsomatik per 1. Januar 2027 erfolgt, beschränken sich die Analysen auf diesen Bereich.¹

Kapitel 2 der vorliegenden Analyse beschreibt die Methodik sowie das zugrundeliegende Wirkungsmodell. In Kapitel 3 werden die durchgeführten Analysen erläutert, während Kapitel 4 die dafür verwendeten Daten präsentiert. Die Ergebnisse der Berechnungen sind in Kapitel 5 dargestellt.

2. Wirkungsmodell

Ein Wirkungsmodell hilft gemäss Bieri und Schwegler (2024) komplexe Zusammenhänge zu verstehen und zu analysieren, indem Beziehungen zwischen politischen Massnahmen, Aktivitäten und Ergebnissen vereinfacht und visualisiert werden. Damit dienen Wirkungsmodelle der Problemanalyse und der Definition von Massnahmen. Sie tragen zusätzlich «zur Strukturierung der Wirkungsmessung bei» und dienen als Ex-post-Evaluation der Analyse, «ob die angestrebten Ziele erreicht wurden und welche Faktoren den Erfolg beeinflusst haben» (Bieri und Schwegler, 2024).

Wirkungsmodelle bestehen häufig aus Wirkungsketten, welche typischerweise in fünf verschiedene Schritte resp. Stufen unterteilt sind (vgl. Bieri und Schwegler, 2024; Kurz und Kubek, 2018). Dies wird in der nachfolgenden Abbildung 1 verdeutlicht.

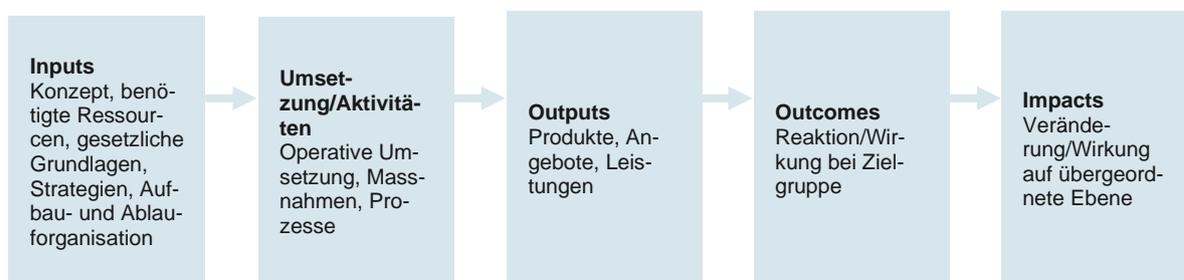


Abbildung 1 Aufbau einer Wirkungskette² (eigene Darstellung in Anlehnung an Bieri und Schwegler, 2024)

Um die Komplexität gering zu halten, beschränkt sich die vorliegende Wirkungsanalyse auf die zwei Stufen «Umsetzung/Aktivitäten» und «Impacts». Im weiteren Dokument wird anstelle der Begriffe «Umsetzung/Aktivitäten» das Wort «Massnahmen» und anstelle von «Impacts» der Begriff «Ziele»³ verwendet. Abbildung 2 stellt das Wirkungsmodell der Wirkungsanalyse GGR dar.

¹ Im Projektumfang der Wirkungsanalyse GGR konnten nicht alle thematischen Schwerpunkte der vergangenen bikantonalen Zusammenarbeit aufgegriffen werden (bspw. E-Health, gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungsverfahren, Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen). Gründe dafür sind einerseits der zeitlich begrenzte Horizont der Analyse sowie andererseits die zu kurze verstrichene Zeitdauer seit Massnahmenergreifung, um aussagekräftige Schlüsse aus den Daten ziehen zu können.

² Die Begriffe «Outcome» und «Impact» werden in der Literatur teilweise unterschiedlich verwendet. Für weitere Ausführungen siehe Balthasar und Fässler (2017).

³ Grundsätzlich wäre der Ausdruck «Wirkung auf die Zielsetzungen» anstelle «Impacts» treffender als der Begriff «Ziele». Da auf dieser Ebene aber die gemäss Ratschlag resp. Landratsvorlage zum Staatsvertrag als Ziele bezeichneten Stichworte aufgeführt werden, wird der Begriff «Ziele» verwendet.

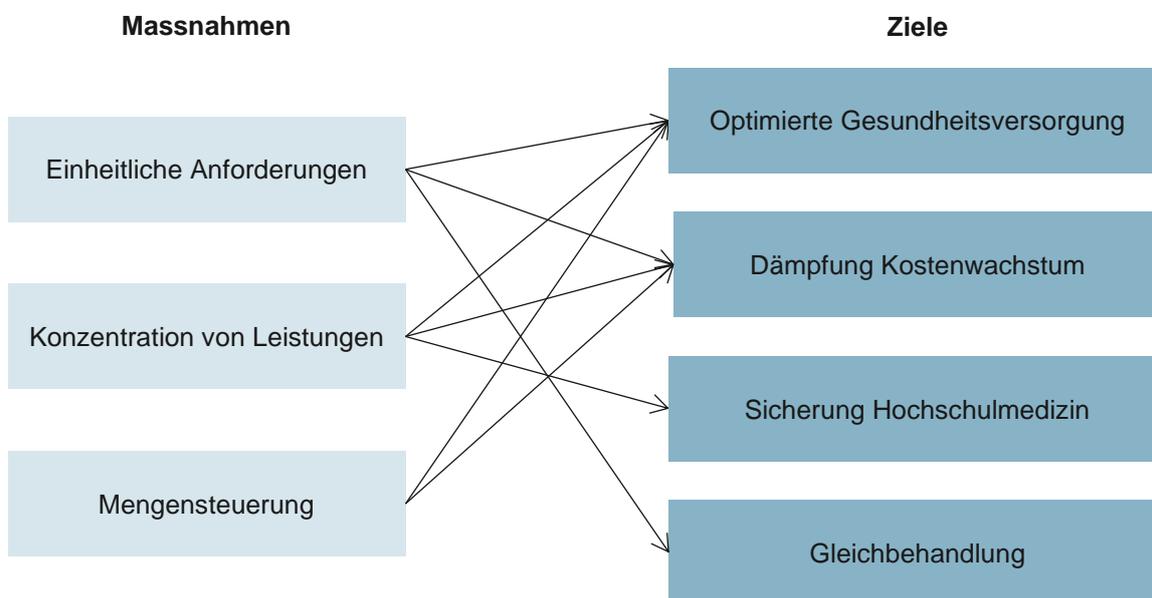


Abbildung 2 Wirkungsmodell (eigene Darstellung)

Die Beschreibung der Ziele basiert auf dem Ratschlag resp. der Landratsvorlage zum Staatsvertrag. Der Ratschlag resp. die Landratsvorlage zum Staatsvertrag beschreiben die drei übergeordneten Ziele der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region. Die drei übergeordneten Ziele sind mit den Zielen im Staatsvertrag abgeglichen worden. Das einzige Ziel im Staatsvertrag, welches nicht unter eines der drei übergeordneten Ziele zu subsumieren ist, ist die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern. Dies ist folglich als zusätzliches Ziel festgehalten worden. Es ist zudem überprüft worden, ob es aufgrund des Versorgungsplanungsberichts aus dem Jahr 2019 weitere Ziele gibt, die berücksichtigt werden sollten. Die Analyse dieses Dokuments hat jedoch keine weiteren Ziele hervorgebracht.

Als nächster Schritt sind die Massnahmen eruiert worden, welche zur Zielerreichung des Wirkungsmodells beitragen. Hinweise dazu haben sich ebenfalls im Ratschlag resp. der Landratsvorlage zum Staatsvertrag, im Staatsvertrag, im Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2019 sowie auch im Austausch mit Fachpersonen der beiden Kantone und mit der Fachkommission GGR gefunden. Die drei Hauptmassnahmen sind die Umsetzung von einheitlichen Anforderungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen, die Konzentration von Leistungen und die Mengensteuerung. Die Massnahme «einheitliche Anforderungen» zielt darauf ab, die Vorgaben gemäss Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik konsequent und harmonisiert umzusetzen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Leistungsaufträge nach einheitlichen Kriterien vergeben (Gleichbehandlung) und die Qualität sichergestellt werden. Die Massnahme «Konzentration der Leistungen» bedeutet, dass bestimmte Leistungsaufträge nicht wieder vergeben werden, was somit zu einer stärkeren Bündelung von Leistungen an ausgewählten Standorten – und damit dort zu höheren Fallzahlen – führt. Dadurch wird ebenfalls die Qualität gesichert. Gleichzeitig werden die Voraussetzungen zum Erhalt von Aufträgen der hochspezialisierten Medizin geschaffen und die Konzentration von Leistungen soll sich kostendämpfend auswirken. Die Massnahme «Mengensteuerung» dient dazu, einer möglichen Überversorgung entgegenzuwirken. In Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG), in welchen mit einer sehr hohen



Wahrscheinlichkeit von einer angebotsinduzierten Nachfrage ausgegangen werden konnte, müssen sich Spitäler an die Zielvorgaben resp. Höchstmengen für bestimmte stationäre Leistungen halten, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und damit die Bevölkerung optimal versorgen zu können. Bei Überschreitung der Mengenvorgaben wird ein Mengendialog durchgeführt. Die Mengenvorgaben sollen sich zusätzlich positiv auf die Kostendämpfung auswirken.

Des Weiteren spielen in Wirkungsmodellen oftmals auch der Kontext oder externe Faktoren eine wichtige Rolle. Diese können sich im positiven Sinn als Chance oder im negativen Sinn als Risiko auf die Wirkungsentfaltung auswirken. Diese Einteilung kann nicht immer a priori vorgenommen werden. Für die Wirkungsmessung gilt es, diese Faktoren im Blick zu halten (Bieri und Schwegler, 2024). Die vorliegende Wirkungsanalyse legt den Fokus auf die Wirkungsmessung der in Abbildung 2 aufgeführten Massnahmen. In Kapitel 6 werden wenige, wichtige Kontextfaktoren erwähnt.

Die im vorliegenden Bericht gewählte Methodik des Wirkungsmodells weist einige Limitationen auf, die es bei der Interpretation der Resultate zu beachten gilt. Gemäss Balthasar und Fässler (2017) verleiten Wirkungsmodelle dazu, die Zusammenhänge zu vereinfacht darzustellen und Kontextfaktoren aussen vor zu lassen, was zu Fehleinschätzungen zu den eigentlichen Wirkungen führen kann. Diese können bspw. die Kausalität zwischen der Massnahme und den Zielen stören. Alternativ zum Wirkungsmodell gibt es das Modell der Theory of Change oder den Realistischen Evaluationsansatz, welche vermehrt der Abfolge von Bedingungen resp. den Kontextfaktoren Rechnung tragen, damit Wirkungen erzielt werden können (vgl. Balthasar und Fässler, 2017). Hierbei besteht wiederum die Gefahr, die Komplexität zu stark zu erhöhen. Grundsätzlich können Modelle auch kombiniert werden, um unterschiedliche Stärken zu nutzen. Ein Wirkungsmodell ermöglicht jedoch eine lösungsorientierte Analyse, welche in einer kurzen Zeitspanne umgesetzt werden kann, weshalb trotz diesen Limitationen diese Methode gewählt wird. Kontextfaktoren, welche bei Anwendung eines alternativen Modells miteinbezogen werden könnten, wären u. a. die COVID-19-Pandemie mit dadurch bedingten Verzerrungen der Fallzahlen in den Datenjahren 2020 und 2021 und mit möglichen Nachholeffekten im Datenjahr 2023 sowie demografische Effekte.

Nach Erstellung des Wirkungsmodells gilt es Indikatoren zu erarbeiten, welche der Wirkungsmessung dienen. In Kapitel 3 wird die Erarbeitung der Indikatoren beschrieben und eine Tabelle der daraus resultierenden Analysen aufgeführt. Die dafür verwendeten Daten sind in Kapitel 4 dargestellt.

3. Beschreibung der Analysen

Basierend auf dem Wirkungsmodell (siehe Abbildung 2) wird für alle Ziele mindestens ein Indikator zur Messung erarbeitet. Dabei werden – insofern möglich – quantitative Indikatoren verwendet. In Abbildung 3 wird das Wirkungsmodell durch die Analysen ergänzt und diese den Zielen zugeordnet.

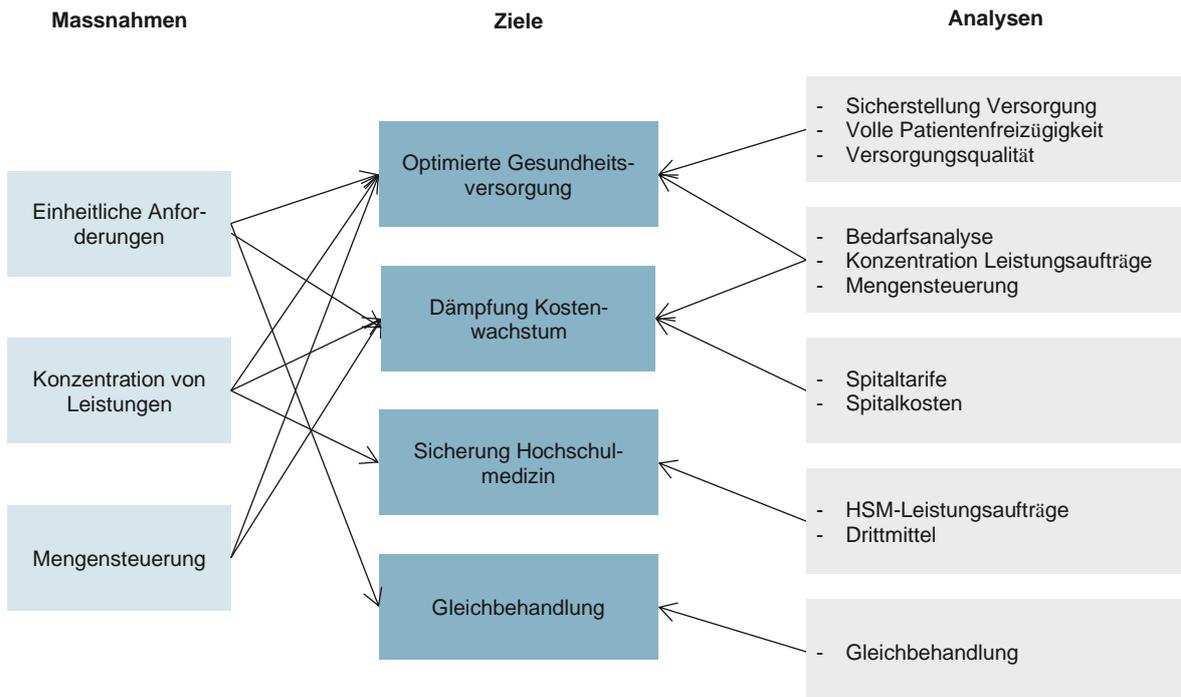


Abbildung 3 Wirkungsmodell inkl. Analysen (eigene Darstellung)

Die meisten Analysen können einem Ziel zugeordnet werden. Drei der elf Analysen im Rahmen des Wirkungsmodells erlauben Aussagen zur Zielerreichung der beiden Ziele «Optimierte Gesundheitsversorgung» und «Dämpfung des Kostenwachstums». Im Zusammenhang mit den Analysen zum Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin ist darauf hinzuweisen, dass die gewählten Analysen auf die hochspezialisierte Medizin fokussieren und damit nicht alle Bereich der Hochschulmedizin erfasst werden. Neun der elf Analysen beinhalten quantitative Auswertungen. Für die Betrachtung der vollen Patientenfreizügigkeit und bei der Analyse zur Gleichbehandlung werden die Wirkungen mittels qualitativer Indikatoren erfasst, da es sich dabei um eine juristische Einschätzung handelt. Zusätzlich zu den Analysen, welche für das Wirkungsmodell erarbeitet worden sind, werden zu Beginn zwei Analysen zur Einordnung der Ergebnisse durchgeführt (Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung, Verflechtung). Zuletzt werden zudem zwei Analysen durchgeführt, welche die finanziellen Auswirkungen der stationären Gesundheitskosten auf die Kantonsfinanzen und die finanziellen Auswirkungen der GGR auf die beiden Kantone betrachten. In Tabelle 1 werden die einzelnen Analysen beschrieben.



Analyse	Beschrieb
Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung	Die Analyse zu den Fall- und Bevölkerungszahlen soll eine Einordnung der weiteren Analysen hinsichtlich längerfristiger Trends und Kontextfaktoren ermöglichen. Basierend auf den Bevölkerungszahlen des BFS sowie den akutsomatischen Fallzahlen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS wird die Entwicklung für den Zeitraum 2017 bis 2023 resp. 2019 bis 2023 für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dargestellt. Zudem wird ein Vergleich mit den Prognosewerten des Versorgungsplanungsberichts zur Akutsomatik des Jahres 2019 durchgeführt.
Verflechtung	Die Auswertung Verflechtung analysiert, wie integriert die GGR ist und inwiefern sich dies im Verlauf der letzten Jahre verändert hat. Es werden die akutsomatischen Patientenströme der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft und des Kantons Basel-Stadt innerhalb der GGR und zu Nachbarkantonen sowie der Restschweiz analysiert. Die verwendeten Datenjahre sind 2019, 2022 und 2023.
Sicherstellung Versorgung	Die Sicherstellung der Versorgung wird basierend auf dem Anteil der akutsomatischen Fälle der GGR Wohnbevölkerung, welche innerhalb der GGR behandelt werden, analysiert.
Volle Patientenfreizügigkeit	Basierend auf zwei Dokumenten wird eine Gegenüberstellung des Zugangs zu Spitälern in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft für die Wohnbevölkerungen der beiden Kantone in den letzten zehn Jahren beschrieben.
Versorgungsqualität	Die Messung ausgewählter Versorgungsqualitätsaspekte erfolgt anhand der Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD), der Anzahl Verlegungen und Wiedereintritte je SPLG für die Jahre 2019, 2022 und 2023 für alle akutsomatischen Fälle, welche in der GGR unabhängig vom Wohnkanton erbracht worden sind. Die Anzahl Verlegungen und Wiedereintritte werden als relative Zahl im Verhältnis zur Gesamtfallzahl je SPLG ausgewertet.
Bedarfsanalyse	Die Bedarfsanalyse quantifiziert eine mögliche Unter- resp. Überversorgung im Vergleich zur Schweiz für die Jahre 2019, 2022 und 2023. Das Ziel dieser Analyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Die Vorgehensweise orientiert sich an der Methodik, welche in den Berichten von Steiner et al. (2019), VGD und GD (2022) und VGD und GD (2023) dargelegt wird. Konkret identifiziert die verwendete Methodik eine mögliche angebotsinduzierte Nachfrage durch Kontrolle für nachfrageseitige Faktoren. Die berücksichtigten nachfrageseitigen Faktoren sind die Variablen Alter, Geschlecht, Herkunft, Ein-Personen-Haushalte und Haushaltsgrösse.
Konzentration Leistungsaufträge	Es wird die Vergabe der Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik der Spitalplanungen per 1. Januar 2018 mit der Spitalplanung per 1. Juli 2021 verglichen. Weiter wird analysiert, wie viele Leistungsaufträge im Hinblick auf die Spitalliste per 1. Juli 2021 nicht wiedervergeben worden sind. Dabei wird zwischen SPLG mit und ohne Mengensteuerung unterschieden. Zusätzlich wird betrachtet, wie viele Fälle durch den Wegfall von Leistungsaufträgen per 1. Juli 2021 nicht mehr an den bisherigen Kliniken erbracht werden können. Auch bei dieser Analyse wird zwischen SPLG mit und ohne Mengensteuerung unterschieden.
Mengensteuerung	In 17 mengengesteuerten SPLG werden die aggregierten Soll-Werte der Datenjahre 2022 und 2023 mit den Ist-Zahlen für die von der Mengensteuerung betroffenen Spitäler verglichen. Die Soll-Werte sind in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern festgehalten. Zudem wird ein Vergleich der Fallzahlen der Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den kantonalen Listenspitälern, die von der Mengensteuerung betroffen sind, mit den kantonalen Fallzahlen in allen schweizerischen Spitälern für die Datenjahre 2019, 2022 und 2023 durchgeführt.



Analyse	Beschrieb
Spitaltarife	Die Analyse zu den Spitaltarifen wertet aus, wie sich die durchschnittlichen Tarife ⁴ je SPLG der Spitäler mit einem Leistungsauftrag auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verändern. Die Analyse soll somit aufzeigen, inwiefern durch die Vergabe von Leistungsaufträgen günstigere Angebote in den einzelnen SPLG geschaffen werden konnten. Für den Vergleich werden die Leistungsaufträge der Spitalisten, welche in den Jahren 2019 und 2022 mehrheitlich gültig waren, herangezogen. Für die Auswertung werden die Spitaltarife und Fallzahlen des Jahres 2019 verwendet, so dass die beobachteten Veränderungen auf die vergebenen Leistungsaufträge zurückzuführen sind. Die Analyse wird einmal ohne und einmal mit Gewichtung der Fallzahlen der jeweiligen Kantonsbevölkerung je SPLG durchgeführt.
Spitalkosten	Die Entwicklung des Kostenwachstums im Spitalbereich wird anhand der stationären und ambulanten Spitalkosten im Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) analysiert. Dabei werden die Entwicklungen pro versicherte Person für die Datenjahre 2016 bis 2023 für alle Spitalbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) berechnet. Entsprechend beziehen sich die analysierten Werte auf die Wohnbevölkerungen. Aufgrund der Datenverfügbarkeit wird bei diesen Analysen nicht zwischen den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie unterschieden. Die Auswertung wird für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie die Restschweiz durchgeführt.
HSM-Leistungsaufträge	Es wird analysiert, wie viel mögliche Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin im Zeitraum von 2019 bis 2024 total bestehen und wie viele davon in der GGR vertreten sind. Zusätzlich wird dargestellt, wie viele HSM-Leistungsaufträge bei GGR-Spitälern (UKBB, USB, St. Claraspital und KSBL) im selben Zeitraum bestehen und wie viele kantonale Leistungsaufträge aufgrund fehlendem rechtskräftigem HSM-Beschluss oder ausgelaufener HSM-Zuteilung betroffen sind.
Drittmittel	Basierend auf einer Erhebung bei den 16 akutsomatischen Spitalern mit Standort in der GGR wird die Entwicklung der eingeworbenen Drittmitteln zu Forschungszwecken für die Jahre 2019, 2022 und 2023 beschrieben.
Gleichbehandlung	Es wird analysiert, welche Richtlinien resp. Gesetze die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern in der Region sicherstellen. Zudem werden die Urteile im Rahmen der Beschwerdeverfahren sowie die Stellungnahme der Fachkommission GGR zur Einschätzung der Gleichbehandlung verwendet.
Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten	Die Kantonskosten werden basierend auf den stationären Spitalkosten im OKP-Bereich für die Jahre 2016 bis 2023 analysiert. Dabei werden die stationären Spitalkosten mit den kantonalen Finanzierungsanteilen der Kantone multipliziert und es wird ein Vergleich mit der Restschweiz dargestellt.

⁴ Die Berechnung der durchschnittlichen Tarife basiert auf der Summe des Versichertenbestands per 31.12.2019 der drei Einkaufsgemeinschaften (tarifsuisse, HSK und CSS) je Wohnregion. Darauf wird der Anteil jeder Einkaufsgemeinschaft an der Gesamtversichertensumme ermittelt. Der gewichtete Spitaltarif ergibt sich folglich aus den Spitaltarifen der drei Einkaufsgemeinschaften je Spital, gewichtet nach dem Anteil des jeweiligen Versichertenbestands.

Analyse	Beschrieb
Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten und Vergleichskantone	<p>Die hypothetischen Spitalisten haben zum Ziel, die finanziellen Auswirkungen aufgrund der gleichlautenden Spitalisten für den Kanton Basel-Landschaft zu analysieren. Die Auswertung analysiert anhand von drei hypothetischen Spitalisten, inwiefern sich die Kosten für die stationären Fälle für den Kanton Basel-Landschaft verändern, wenn nicht gleichlautende Leistungsaufträge vergeben würden. Die verschiedenen Varianten basieren auf dem Inhalt von Vorgesprächen mit dem Regierungsrat resp. dem Departementsvorsteher und einem Beschluss vom Leitungsausschuss GGR. Bei allen Varianten handelt es sich um Szenarien, welchen Annahmen zugrunde liegen.</p> <p>Die Analyse wird nur für den Kanton Basel-Landschaft durchgeführt, da der Referenztarif im Kanton Basel-Stadt höher ist als die Spitaltarife der akutsomatischen Spitäler mit Standort Basel-Landschaft. Die Analyse basiert auf der Spitalliste per 1. Januar 2023 und wird basierend auf den Tarifen, Fällen und dem Schweregrad des Jahres 2023 berechnet. Um die Kosten zu berechnen, werden die Fälle je Spital und SPLG mit dem Tarif des Spitals sowie dem durchschnittlichen CMI der entsprechenden Fälle multipliziert. Dies ergibt einen Betrag in Schweizer Franken. In verschiedenen Varianten werden die Leistungsaufträge je SPLG der Spitalliste per 1. Januar 2023 angepasst. Als Folge davon ändern sich die Kosten, da die Fälle bei anderen Leistungserbringern erbracht werden, welche einen anderen Tarif haben.</p> <p>Zur Einordnung der Ergebnisse der obigen Analyse werden zusätzlich die Entwicklung der stationären Spitalkosten im OKP-Bereich aller stationärer Bereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) der Kantone Fribourg, Nidwalden und Thurgau betrachtet. Es handelt sich um drei ländliche Kantone, welche die Kostenentwicklung in Kantonen simulieren sollen, die keine Zentrumskosten mittragen und deren Spitalisten nur restriktiv Leistungsaufträge an Endversorger resp. universitäre Spitäler mit hohen Tarifen vergeben. Entsprechend sind sie als Vergleichskantone zum Kanton Basel-Landschaft gewählt worden.</p>

Tabelle 1 Beschreibung der Analysen

Zur Definition von Indikatoren gehört auch die Identifikation der Vergleichs- und Sollwerte (vgl. Kurz und Kubek, 2018). Vergleichsdaten beziehen sich bspw. auf die Ausgangssituation vor dem Start eines Projekts oder dem Implementieren einer Massnahme. Durch sie wird eine sogenannte «Vergleichsebene» geschaffen. Bieri und Schwegler (2024) unterscheiden die Vergleichsebene in einen Soll-Ist-Vergleich, einen Vorher-Nachher-Vergleich oder einen Querschnittsvergleich. In der vorliegenden Analyse werden für den Querschnittsvergleich die Werte der Gesamt- resp. der Restschweiz herangezogen. In Tabelle 2 wird beschrieben, welche Vergleichsebene je Analyse berücksichtigt wird.

Analyse	Vorher-Nachher-Vergleich	Querschnittsvergleich	Soll-Ist-Vergleich
Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung	X	X	X
Verflechtung	X		X
Sicherstellung Versorgung	X		
Versorgungsqualität	X		
Bedarfsanalyse	X	X	X
Konzentration Leistungsaufträge	X		
Mengensteuerung			X
Spitaltarife	X		
Spitalkosten	X	X	
HSM-Leistungsaufträge	X		
Drittmittel	X		

Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten	X	X	
Finanzielle Auswirkungen der gleichlaufenden Spitalisten und Vergleichskantone		X	X

Tabelle 2 Vergleichsebene der Analysen

Die im Rahmen dieses Prozesses erarbeiteten Analysen werden nicht zu einem Indikatorenset mit einer einzigen resultierenden Zahl verarbeitet. Es wird auch keine Gewichtung der einzelnen Analysen vorgenommen.

Wie in der Einleitung erwähnt, wird neben den Analysen eine Liste mit möglichen Steuerungsmassnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgungsplanung erstellt. Das nachfolgende Unterkapitel erläutert den theoretischen Hintergrund und das Vorgehen. Im Anschluss folgen in Kapitel 4 die verwendeten Daten und in Kapitel 5 die Ergebnisse je Analyse.

Steuerungsmassnahmen

Im Rahmen der Wirkungsanalyse GGR wird neben den vorangehend erläuterten Analysen auch eine Übersicht zu möglichen Steuerungsmassnahmen in der GGR erstellt. Ziel dieser Übersicht ist es, potenzielle Steuerungsmassnahmen zu identifizieren, welche für zukünftige Planungen berücksichtigt werden könnten. Die Ergebnisse dazu sind in Anhang A.1 dargestellt. Folgende rechtmässige Steuerungsmassnahmen sind aus der Analyse hervorgekommen, bei welchen die Kantone über Handlungsspielraum verfügen:

- Preisregulierung: Hospital at Home, Ambulant+, Globalbudget
- Mengenregulierung: Mengenbeschränkung einzelner SPLG, Entzug von Leistungsauftrag, Erweiterung AVOS-Liste, Systematische Kontrolle der AVOS-Fälle
- Qualitätsregulierung: Mindestfallzahlen pro Operateur, Vergabe beschränkter Leistungsaufträge, Qualitätssicherstellung durch Peer Reviews, Messung der Indikationsqualität, Proaktive Umsetzung Anforderungen gemäss SPLG-Systematik

Weitere Steuerungsmassnahmen, für welche eine rechtliche Grundlage geschaffen werden müsste resp. eine bestehende rechtliche Grundlage angepasst werden müsste, sind in Anhang A.1 beschrieben.

Als Grundlage für die Übersicht zu den Steuerungsmassnahmen wird nachfolgend der theoretische Rahmen aufgespannt und erläutert, anhand welcher Kriterien die Steuerungsmassnahmen beschrieben werden. Die Steuerungsmassnahmen sind gemeinsam mit Vertretungen des Amtes für Gesundheit Basel-Landschaft und dem Bereich Gesundheitsversorgung Basel-Stadt erarbeitet worden.

Der Staat resp. die Kantone haben verschiedene Instrumente zur Verfügung, um in den Markt eingreifen zu können. Da es im Gesundheitssektor bspw. aufgrund asymmetrischer Information Marktversagen gibt, sind regulatorische Eingriffe notwendig. Als klassische Regulierungsmöglichkeiten stehen dabei die Preisregulierung sowie die Mengenregulierung zur Verfügung, die in der Regel über Gesetze, Vorschriften, Steuern oder Subventionen umgesetzt werden und Anreizsysteme schaffen (vgl. für weitere Ausführungen Frey et al., 2024). Des Weiteren bestehen auch verhaltensökonomische Ansätze, welche auf die Förderung des Bewusstseins und die Erhöhung der Bereitschaft abzielen (vgl. Peyer & Scherrer, 2022).

Neben der Erläuterung der Massnahmen erfolgt eine Beschreibung des Potenzials, der Machbarkeit und der absehbaren, möglichen nicht intendierten Folgen⁵. Das Potenzial beschreibt, ob durch die Massnahme bspw. Kosten eingespart werden können oder eine Reduktion der Anzahl Fälle resultieren kann. Unter Machbarkeit wird die Datengrundlage, der politische Umsetzungswille, die Verfügbarkeit finanzieller Mittel sowie vorhandener Kompetenzen und die juristische Grundlage beurteilt. Zusätzlich wird eingeordnet, welchen Beitrag die Steuerungsmassnahmen zur Erreichung der Ziele des Wirkungsmodells leisten können.

4. Verwendete Daten

Für die Analysen wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Datenquellen genutzt. Für viele der Analysen werden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) sowie den Spitallisten gemäss der Gesetzessammlungen verwendet. Ebenso werden einzelne Daten der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie Bevölkerungsmerkmale des BFS für einige der Analysen herangezogen. Die Spital- und Referenztarife der beiden Kantone sowie die Spitaltarife von zwei weiteren Kantonen (Solothurn, Zürich) werden gemäss den Angaben der jeweiligen Kantonswebseiten verwendet. Weitere Datenquellen, welche für gewisse Analysen verwendet werden, sind die Krankenhausstatistik, Unterlagen der Webseiten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Für eine Analyse ist zudem eine Erhebung zu den eingeworbenen Drittmitteln zu Forschungszwecken bei den akutsomatischen Spitälern mit Standort innerhalb der GGR erfolgt. Eine detaillierte Übersicht der verwendeten Daten findet sich im Anhang A.3.

Den meisten Analysen liegen die Datenjahre 2019, 2022 und 2023 zu Grunde. Die Datenjahre 2020 und 2021 sind mehrheitlich nicht verwendet worden, da aufgrund Verzerrungen der Fallzahlen infolge der COVID-19-Pandemie davon auszugehen ist, dass die Resultate nur bedingt interpretierbar sind. Alle Auswertungen fokussieren auf die akutsomatische Erwachsenenmedizin, d. h. es werden in fast allen Analysen nur Personen über 18 Jahren berücksichtigt. Entsprechend werden bei Auswertungen, in welchen die Fälle der Listenspitäler gemäss Spitallisten der Kantone Basel-Stadt resp. Basel-Landschaft berücksichtigt werden, die Fälle des Universität-Kinderspitäls beider Basel (UKBB) ausgeschlossen.

Bei der Analyse der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS werden nur Fälle von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind und Personen im Alter von mindestens 18 Jahren betreffen.⁶ Tritt eine Patientin resp. ein Patient aus und erfolgt ein Wiedereintritt in dasselbe Spital innerhalb von 18 Tagen, wird dies unter bestimmten Bedingungen als ein Fall gezählt. Für die Berechnung der Pflage tage werden die Pflage tage aller Fälle berücksichtigt, welche gemäss dieser Definition einem Datenjahr zuzuordnen sind. Es werden folglich nicht nur die Pflage tage des entsprechenden Kalenderjahrs, sondern alle Pflage tage, welche mit

⁵ Sobald der Staat resp. der Kanton mithilfe eines Instruments regulierend eingreift, werden Anreize gesetzt, welche das Handeln der betroffenen Akteure beeinflussen. Diese Anreize können neben den intendierten, d. h. erhofften, Effekten auch nicht intendierte Wirkungen haben. Das nachfolgende Beispiel verdeutlichen dies: Die Einführung von Mindestfallzahlen (Mengenregulierung) hat zum Ziel, die Qualität zu erhöhen. Zugleich kann dies bspw. den Anreiz setzen, dass im Zweifel eine Operation eher durchgeführt wird, um die geforderte Anzahl an Fällen zu erreichen, was eine nicht erwünschte Mengenausweitung zur Folge haben kann. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Spitäler, die tendenziell konservativen Behandlungsansätzen den Vorrang gegenüber operativen Eingriffen geben, aufgrund fehlender Fallzahlen keinen Leistungsauftrag (mehr) erhalten.

⁶ Eine Ausnahme stellt die Analyse Mengensteuerung dar, bei welchen alle Fälle unabhängig vom Alter berücksichtigt werden.

einem entsprechenden Fall verbunden sind, berücksichtigt.⁷ Zur Abgrenzung der akutsomatischen Fälle gegenüber Fällen der Psychiatrie und Rehabilitation ist die Falldefinition des Obsan verwendet worden (Obsan, 2024). Dies bedeutet, dass die Variablen Hauptkostenstelle, Krankenhaus typologie, Abrechnungstarife der Medizinischen Statistik sowie spital- und standortspezifische Anpassungen des Obsan herangezogen wurden.⁸ Sofern nichts anderes vermerkt ist, kommt diese Abgrenzung bei jeglichen Analysen zur Anwendung.

Zudem werden bei gewissen Analysen nur die Fälle der Spitäler mit Leistungsaufträgen gemäss Spitallisten der GGR betrachtet. Andere Auswertungen beinhalten hingegen auch die Fälle, welche in Kliniken erbracht werden, welche über keinen Leistungsauftrag gemäss Spitallisten der GGR verfügen. Dass Fälle auch an Spitälern erbracht werden, welche über keinen Leistungsauftrag gemäss Spitallisten der GGR verfügen, kann verschiedene Gründe haben. Möglicherweise hat der Standortkanton der betroffenen Klinik einen Leistungsauftrag erteilt oder es bestehen medizinische Gründe, welche die Erbringung einer Leistung legitimieren (Kostengutsprachen). In den nachfolgenden Analysen werden die Gründe für die Erbringung der Fälle nicht analysiert und auch nicht bewertet.

Grundsätzlich werden im vorliegenden Bericht die Resultate anhand der Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) und resp. oder der SPLG analysiert. Für die Zuteilung der Fälle auf die SPLG wird die Gruppierung, welche vom BFS geliefert wird, übernommen. Für den Case Mix Index (CMI)⁹ ist die SwissDRG-Gruppierung in den Bundesdaten selbst vorgenommen worden.¹⁰

Es werden meist alle SPLG ausser die Querschnittsbereiche¹¹ und die SPLG, welche der IVHSM¹² zugewiesen sind, betrachtet. Zudem werden SPLG, in welchen es schweizweit keine Fälle bei den über 18-Jährigen gibt, weggelassen.¹³ In einzelnen Auswertungen werden weitere SPLG weggelassen, da in der analysierten Region resp. den analysierten Spitälern keine Fälle behandelt werden.

In der Regel gibt es jedes Jahr Anpassungen in der Gruppierung der Fälle auf die SPLG resp. in der SPLG-Systematik und den zugrundeliegenden CHOP- und ICD-10-Listen (vgl. bspw. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2022). Es gilt folglich generell, dass Vergleiche über die Zeit mit Vorsicht vorzunehmen sind. Da die Analysen vorherrschend auf SPLB-Ebene vorgenommen werden, sind diese Veränderungen in der vorliegenden Wirkungsanalyse meist unproblematisch. Insofern

⁷ Als Beispiel sei hier ein Fall genannt, welcher am 27. Dezember 2021 eintritt und das Spital erst im Jahr 2022 verlässt. Die Pflage tage aus dem Jahr 2021 werden bei diesem Fall zum Datenjahr 2022 gezählt.

⁸ Im Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019) wird ein leicht abweichender Filter zur Fallabgrenzung verwendet: DRG-Status=1 (SwissDRG) und Behandlungsart=3 (stationär) und Statistikfall=A (Austritt im betrachteten Kalenderjahr). Der Unterschied zum Filter, der bei der Wirkungsanalyse verwendet wird, ist die Verwendung des DRG-Status resp. das Nicht-Verwenden des Obsan-Filters. Eine vergleichende Analyse der beiden Filter hat minimale Unterschiede bei den Fallzuteilungen aufgezeigt. Entsprechend ist die Vergleichbarkeit der beiden Filter gewährleistet.

⁹ Der Case Mix Index (CMI) ist unter der Voraussetzung einer perfekt ausdifferenzierten Tarifstruktur ein Indikator zur Ermittlung der durchschnittlichen Fallschwere bzw. des durchschnittlichen Schweregrades eines Spitals oder einer Gruppe von Fällen. Er berechnet sich aus der Summe der abgerechneten Kostengewichte der Fälle (Case Mix) dividiert durch die Anzahl Fälle. Die Tarifstruktur SwissDRG ist jedoch u.a. gemäss der jährlichen Mitteilung der Genehmigungsbehörde (Bundesrat) nicht ausreichend ausdifferenziert, um per se eine Vergleichbarkeit der CMI zu gewährleisten. Ein alternatives Mass wäre das Patient Clinical Complexity Level (PCCL). Dieser basiert jedoch auf einer ordinalen Skala, weshalb eine Verrechnung schwierig ist. Zudem hat im Beobachtungszeitraum eine Veränderung der Skala stattgefunden.

¹⁰ Folgende Versionen sind verwendet worden: v8.0 Abrechnungsversion: 2019/2019, v11.0 Abrechnungsversion: 2022/2022 und v12.0 Abrechnungsversion: 2023/2023.

¹¹ Als Querschnittsbereiche werden die von der Gesundheitsdirektion Zürich in der SPLG-Systematik ausgewiesenen Bereiche wie bspw. GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum oder PAL Palliative Care Kompetenzzentrum verstanden.

¹² Die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin regelt die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin. Alle 26 Kantone sind der IVHSM beigetreten, welche die rechtliche Grundlage für den Erlass der HSM-Spitalliste bildet und die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen festlegt.

¹³ Dies betrifft die SPLG TPL6, TPL7, HER1.1.2 und alle SPLG der SPLB Neugeborene.

eine relevante Veränderung vorliegt, wird dies direkt bei der entsprechenden Analyse in Kapitel 5 vermerkt.

Als Grundlage dienen grundsätzlich die Spitallisten, wie sie in der Gesetzessammlung veröffentlicht worden sind. Die verwendeten Versionen sind in Anhang A.3 pro Analyse vermerkt. Drei Spitäler haben gegen die gleichlautenden Spitallisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Juli 2021 (Beschluss vom 25. Mai 2021) eine Beschwerde eingereicht. Die aufschiebende Wirkung der Beschwerde hatte bezüglich der strittigen nichterteilten Leistungsaufträge in der Regel zur Folge, dass die Leistungen gemäss den Spitallisten Akutsomatik 2018 der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft weiterhin erbracht werden durften. Da die meisten Analysen zum Ziel haben, die vorgesehene Regulierung zu analysieren, wird grundsätzlich von den Spitallisten, wie sie ursprünglich erlassen worden sind, ausgegangen.

5. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Resultate zu den einzelnen Analysen gemäss Tabelle 1 erläutert.

5.1 Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung

Zwischen 2015 und 2023 ist die Zahl der im Kanton Basel-Landschaft wohnhaften Personen von 283'231 auf 298'837 Personen angestiegen. Die Differenz von 15'606 Personen entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von 0.7 Prozent. Im gleichen Zeitraum steigt die Zahl der im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Personen von 191'817 auf 200'031 Personen (jährliches Wachstum von 0.5 %). Somit beläuft sich der in der GGR verzeichnete Anstieg auf 23'820 Personen (2015: 475'048; 2023: 498'868). Die jährliche Wachstumsrate beträgt 0.6 Prozent. Die Bevölkerungsentwicklung der beiden Kantone ist in der Abbildung 4 dargestellt.

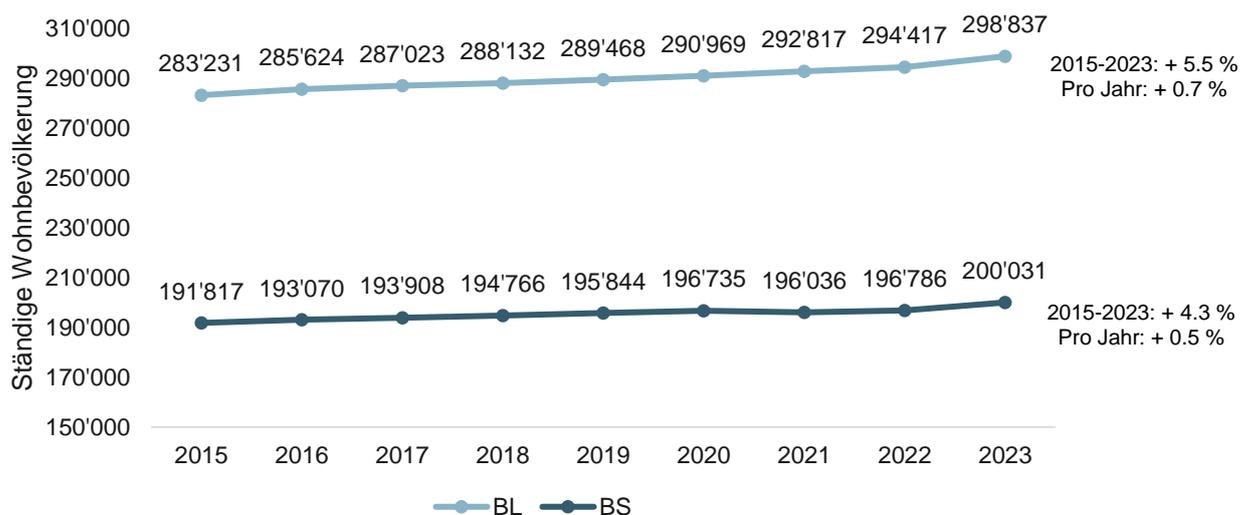


Abbildung 4 Beobachtete Bevölkerungsentwicklung, ständige Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Datenjahre 2015 - 2023 (eigene Darstellung)

Abbildungen 5a und 5b stellt die Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung nach Altersgruppen im Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt dar. Zwischen 2015 und 2023 ist der Anteil der im Kanton Basel-Landschaft wohnhaften Personen in der Altersgruppe 0-17 um 7.6 Prozent gestiegen. Die Altersgruppen 18-39 und 40-64 zeigen eine moderate Steigerung von 1.1 Prozent bzw. 2.6 Prozent. Die Altersgruppe 65-79 ist um 8.5 Prozent gestiegen und die Altersgruppe der über 80-Jährigen zeigt im gleichen Zeitraum eine signifikante Erhöhung von 28.5 Prozent.

Der Anteil der im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Personen zeigt im selben Zeitraum in der Altersgruppe 0-17 einen Anstieg von 10.7 Prozent. Die Altersgruppen 18-39 sowie 65-79 zeigen eine Erhöhung um 2.7 Prozent. Der Anteil der Altersgruppe 40-64 ist um 4.8 Prozent gestiegen. Der Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen zeigt eine leichte Reduktion um -1.7 Prozent.

Die jährliche Wachstumsrate der Wohnbevölkerung über 65 beträgt zwischen 2015 und 2023 im Kanton Basel-Landschaft 3.2 Prozent bei der Altersgruppe über 80 Jahre und 1.0 Prozent bei der Altersgruppe 65-79. Im Kanton Basel-Stadt hingegen beträgt die jährliche Wachstumsrate bei der Altersgruppe über 80 Jahre -0.2 Prozent und bei der Altersgruppe 65-79 0.3 Prozent. Dagegen verzeichnet die Altersgruppe 0-17 im gleichen Zeitraum im Kanton-Basel-Landschaft eine jährliche Wachstumsrate von 0.9 Prozent und im Kanton Basel-Stadt von 1.3 Prozent. Die Altersgruppen 18-39 und 40-64 zeigen in beiden Kantonen eine jährliche Wachstumsrate von 0.1-0.3 Prozent bei der Altersgruppe 18-39 und von 0.3-0.6 Prozent bei der Altersgruppe 40-64.

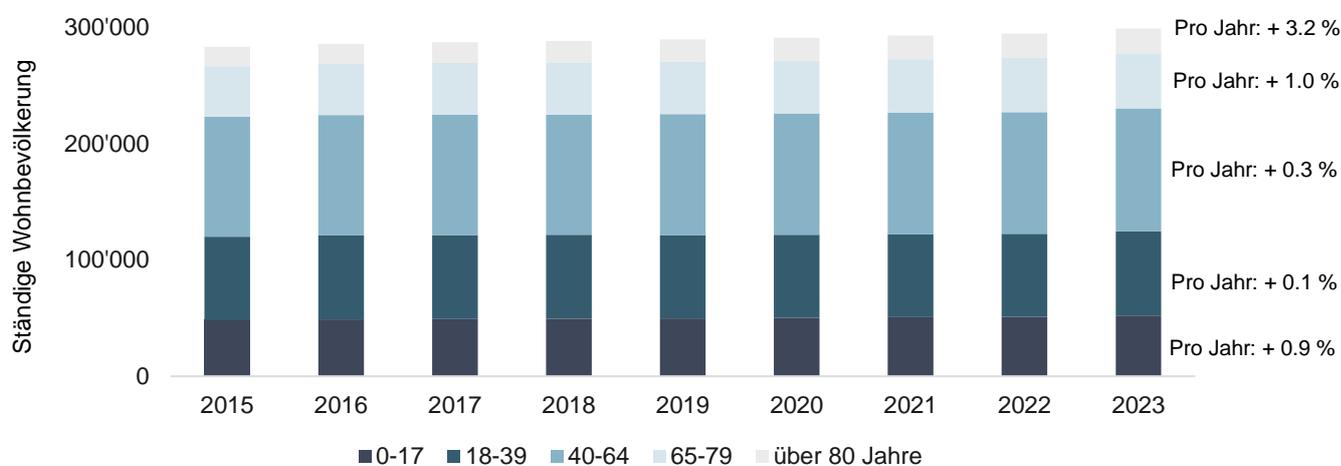


Abbildung 5a Beobachtete Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen, ständige Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft, Datenjahre 2015 - 2023 (eigene Darstellung)

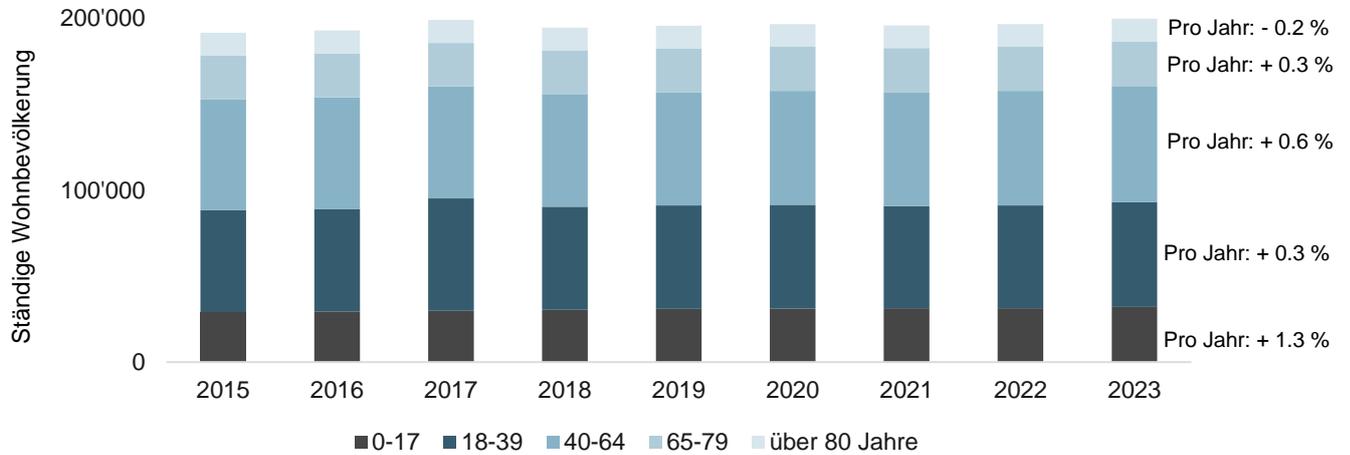


Abbildung 5b Beobachtete Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen, ständige Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt, Datenjahre 2015 - 2023 (eigene Darstellung)

Die Prognose des Bevölkerungswachstums im Versorgungsplanungsbericht 2019 stützt sich auf das Referenzszenario des BFS des Jahres 2015. Bis im Jahr 2023 wird ein Wachstum um 13'509 Personen auf insgesamt 493'234 Personen prognostiziert. Damit fällt die ursprüngliche Prognose für die GGR-Bevölkerung (0.5 % jährliches Wachstum) tiefer aus als das tatsächlich beobachtete Wachstum der GGR-Bevölkerung (0.6 % jährliches Wachstum). Die beobachtete kantonale Wachstumsrate liegt beim Kanton Basel-Stadt bei 0.5 Prozent und beim Kanton Basel-Landschaft bei 0.7 Prozent. Das starke beobachtete Bevölkerungswachstum im Jahr 2023 ist auf die Aufnahme von Geflüchteten aufgrund des Ukraine Konflikts zurückzuführen. Der Vergleich der Prognosewerte gemäss BFS und den tatsächlich beobachteten Zahlen wird in Abbildung 6 dargestellt.

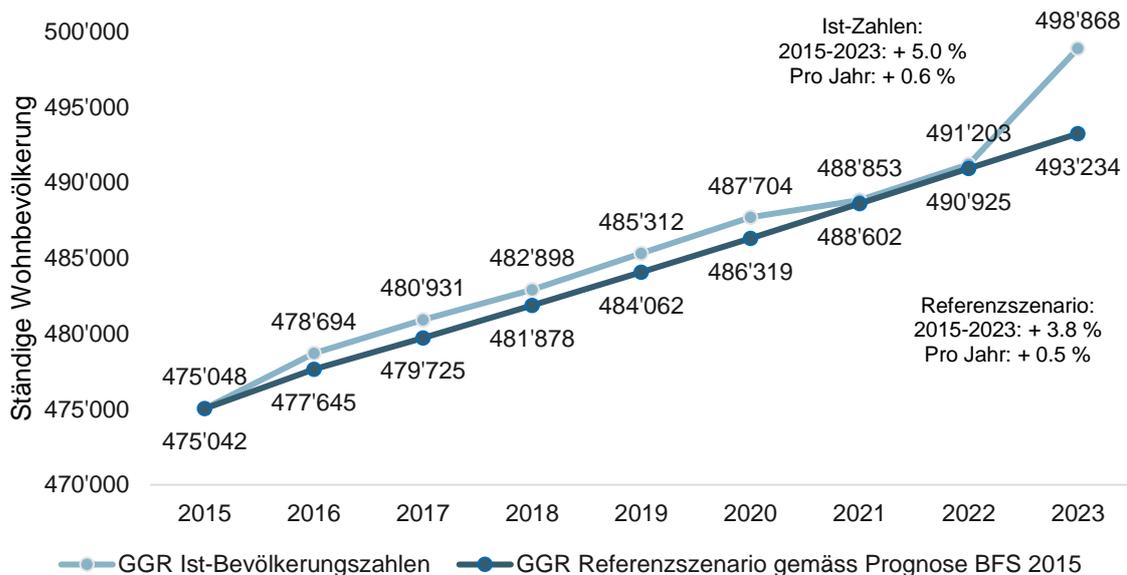


Abbildung 6 Prognostizierte und beobachtete Bevölkerungsentwicklung der GGR, ständige Wohnbevölkerung, Datenjahre 2015 - 2023 (eigene Darstellung)

Die Entwicklung der stationären, akutsomatischen Fallzahlen ist in der nachfolgenden Abbildung 7 für beide Kantone dargestellt. Im Kanton Basel-Landschaft steigt die beobachtete Fallzahl von 49'516 im Jahr 2015 auf 52'242 im Jahr 2023, im Kanton Basel-Stadt von 35'002 Fällen im Jahr 2015 auf 36'405 Fälle im Jahr 2023. Für beide Kantone ist im Jahr 2020 ein Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen. Die jährlichen Wachstumsraten betragen im Beobachtungszeitraum 0.7 Prozent für den Kanton Basel-Landschaft resp. 0.5 Prozent für den Kanton Basel-Stadt.

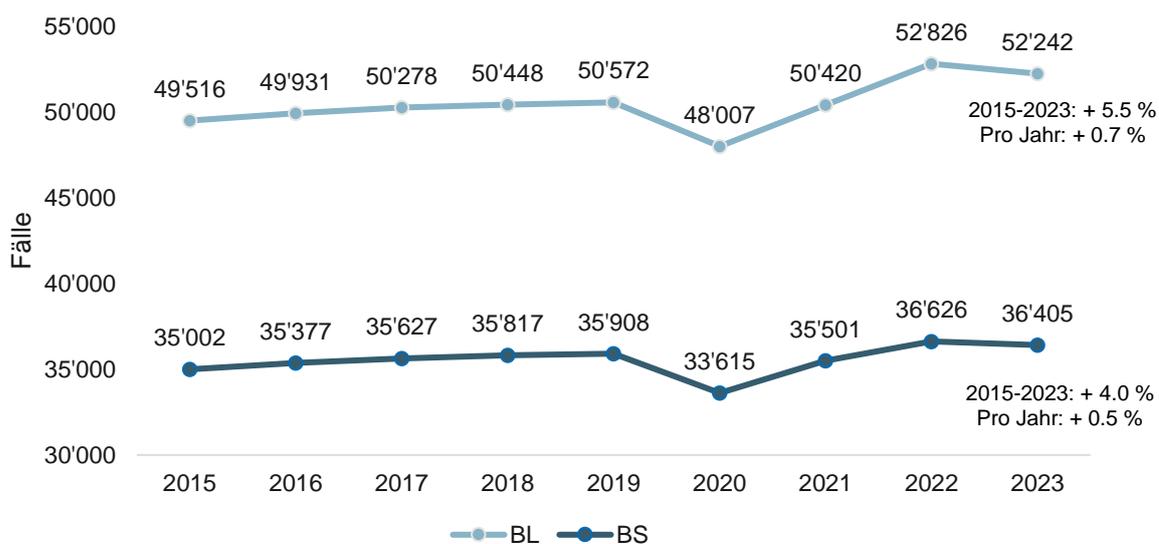


Abbildung 7 Beobachtete Fallzahlen¹⁴ der Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Datenjahre 2015 - 2023 (eigene Darstellung)

Weiter wird die Entwicklung der akutsomatischen Fallzahlen der GGR mit den Prognosewerten gemäss Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019) in Abbildung 8 abgeglichen.¹⁵ Im Versorgungsplanungsbericht 2019 werden drei verschiedene Szenarien beschrieben (vgl. S. 78). Das Szenario «Passiv» beschreibt die Situation ohne regulatorische Eingriffe seitens Kantone. Beim Szenario «Umsetzung AVOS»¹⁶ werden Eingriffe gemäss verschiedenen AVOS-Listen berücksichtigt. Für die Prognose bis im Jahr 2020 wird die 13er-Liste des Kantons Basel-Stadt per 1. Juli 2018 angewendet. Ab 2021 kommt die 16er-Liste der Kantone Luzern und Zürich per 1. Januar 2019 zur Anwendung (vgl. S. 65f.). Dadurch wird bereits ab dem Jahr 2020 ein leichter Fallzahlenrückgang prognostiziert. Das Szenario «Aktiv» bringt schliesslich weiterreichende Regulierungen seitens Kantone mit sich. Neben der vorangehend beschriebenen Berücksichtigung der AVOS-Listen wird in diesem Szenario mittels Mengensteuerung ein Abbau der unerklärten angebotsinduzierten Varianz unterstellt. Aufgrund des Wirkungshorizonts spiegelt sich dies ab 2024 in den Fallzahlen wider.

¹⁴ Um die Vergleichbarkeit mit dem Versorgungsplanungsbericht 2019 zu ermöglichen, werden alle Fallzahlen unabhängig des Alters dargestellt. Ungefähr 5'000 Fälle aller Fälle der Wohnbevölkerung GGR sind auf unter 18-Jährige zurückzuführen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Fälle der Jahre 2015 bis 2018 mit einem leicht abweichenden Filter abgegrenzt worden sind. Die Abweichungen liegen dabei unter 0.2 Prozent.

¹⁵ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Methodik zur Fallabgrenzung seit Veröffentlichung des Versorgungsplanungsberichts 2019 geändert hat und sich dadurch leichte Unterschiede ergeben können.

¹⁶ Unter Ambulant vor Stationär (AVOS) wird eine Regelung des Bundes verstanden, welche bei ausgewählten Gruppen von Eingriffen eine ambulante Durchführung vorschreibt, insofern diese vergütet werden soll.

Die Ist-Fallzahlen¹⁷ liegen im Jahr 2020 mit 81'622 unter dem im Versorgungsplanungsbericht 2019 gemäss Szenario «Umsetzung AVOS» prognostizierten Wert, was auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist.. Bis im Jahr 2022 nehmen die beobachteten Fallzahlen auf 89'452 Fälle zu, worauf im Jahr 2023 wieder ein leichter Rückgang verzeichnet wird (88'647 Fälle). Die Fallzahlen des Jahres 2024 liegen noch nicht vor. Um die Prognose von 85'000 Fällen gemäss Szenario «Aktiv» im Versorgungsplanungsbericht 2019 für das Jahr 2024 nicht zu übertreffen, müsste ein weiterer Fallzahlenrückgang um ca. 3'500 Fälle stattfinden. Dabei ist anzumerken, dass das höhere, tatsächlich beobachtete Bevölkerungswachstum, als im Versorgungsplanungsbericht 2019 prognostiziert worden ist, bei diesen Fallzahlvorgaben nicht miteinberechnet worden ist. Auch weitere Variablen, welche bei der Prognose im Versorgungsplanungsbericht 2019 verwendet worden sind, sind nicht nachjustiert worden.¹⁸

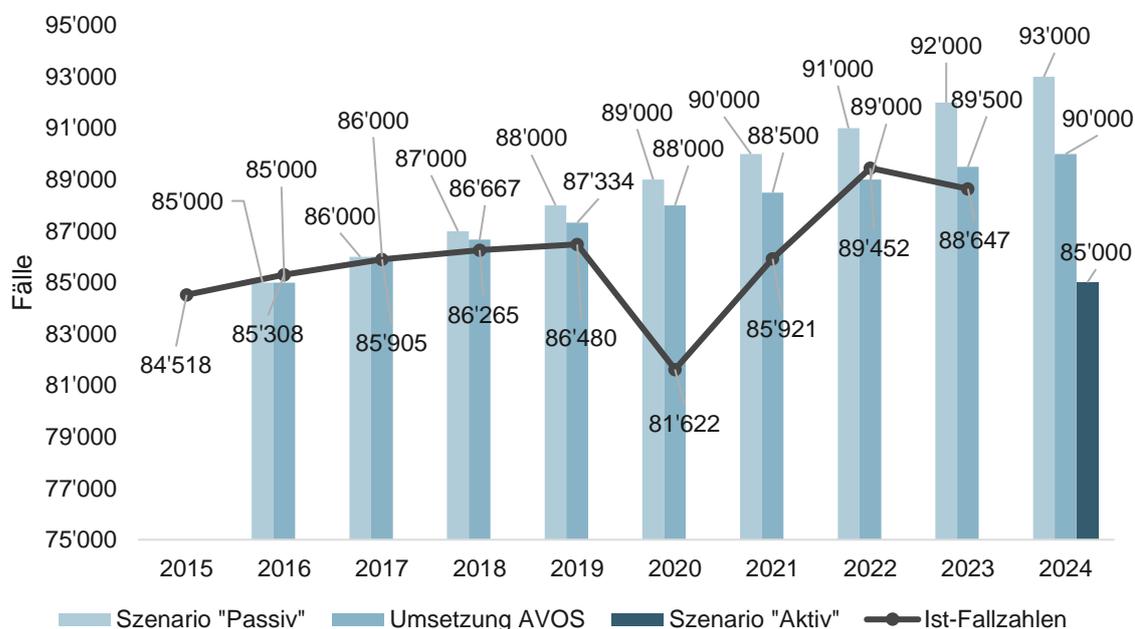


Abbildung 8 Prognostizierte Fallzahlen gemäss Versorgungsplanungsbericht 2019 und beobachtete Fallzahlen der GGR Wohnbevölkerung, Datenjahre 2016 - 2024 (eigene Darstellung)

5.2 Verflechtung

Zur Überprüfung der Verflechtung des Gesundheitsraums werden die Patientenströme zwischen den beiden Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie die Patientenströme mit den Nachbarkantonen Aargau, Jura und Solothurn sowie der Restschweiz und dem Ausland für die Datenjahre 2019, 2022 und 2023 analysiert. Die Auswertung ist sowohl für die Fälle als auch für die Pflegetage erstellt worden. Da die Analysen zu den Pflegetagen zu ähnlichen Ergebnissen wie diejenigen zu

¹⁷ Darunter werden die Fallzahlen der einzelnen Datenjahre verstanden, welche in der Medizinischen Statistik ausgewiesen werden.

¹⁸ Im Rahmen der Bedarfsanalyse im Versorgungsplanungsbericht 2019, welche als Ausgangspunkt für die Prognose dient, sind die Variablen Geschlecht, Alter, Alterszusammensetzung, Sterberate, Lebendgeburten, Bildungsniveau, Haushaltsgrösse und Ein-Personen-Haushalte zur Standardisierung verwendet worden. Die Prognose des Bedarfs der Bevölkerung berücksichtigt zusätzlich die folgenden Stellgrössen: Demografie, Struktur der Demografie, Hospitalisierungsrate, mittlere Aufenthaltsdauer, epidemiologische Trends, Trends in der Medizintechnik, regulatorische Eingriffe zur Ambulantisierung.



den Fällen führen, werden nachfolgend nur letztere dargestellt. Im Anhang A.4 finden sich ausführliche Ergebnisse zu den Patientenströmen gemessen in Fällen und Pflgetagen. Zudem werden die Zu- und Abwanderung in und aus der GGR für die Datenjahre 2019, 2022 und 2023 mit den Ergebnissen aus dem Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019) in einen längerfristigen Kontext eingeordnet. Der Versorgungsplanungsbericht 2019 hat das Datenjahr 2016 analysiert.¹⁹

Im Jahr 2016 lässt sich die GGR-Wohnbevölkerung mit 93.2 Prozent überwiegend in einem Spital innerhalb der GGR behandeln (79'482 Fälle) (Steiner et al. 2019). Dieser Anteil bleibt in den Jahren 2019 (92.9 %), 2022 (92.2 %) und 2023 (92.6 %) stabil. Betrachtet man die Zuwanderung von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der GGR in Spitäler mit Standort in den beiden Basler Kantonen, so liegt der Anteil im Jahr 2016 bei 20.8 Prozent. Dieser Anteil steigt in den Jahren 2019 (22.6 %), 2022 (23.7 %) und 2023 (24.0 %) leicht an.

Patientenströme Kanton Basel-Landschaft

Im Jahr 2019 nehmen 45'097 Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft eine stationäre akutsomatische Behandlung in einem Spital in Anspruch. Bis im Jahr 2023 nehmen die Fallzahlen auf 47'026 Fälle zu (+4.3 %; siehe Abbildung 9). Der Anteil dieser Fälle, der im Kanton Basel-Landschaft versorgt wird, sinkt zwischen den Jahren 2019 und 2023 um 2.1 Prozentpunkte von 46.3 auf 44.2 Prozent. Da der Anteil der in der GGR behandelten Fälle von 90.0 Prozent im Jahr 2019 auf 89.3 Prozent im Jahr 2023 zurückgeht, kann gefolgert werden, dass die im Kanton Basel-Stadt behandelten Fälle anteilmässig zunehmen. Den zweitgrössten Anteil an ausserkantonalen Behandlungen für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft erbringt in beiden Datenjahren mit ca. sechs Prozent der Kanton Solothurn.

Über 70 Prozent der 29'608 in Baselbieter Spitälern erbrachten Fälle sind auf Baselbieter Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Dieser Anteil bleibt im Jahr 2023 bei marginalem Fallzahlenrückgang (29'243 Fälle) stabil (-1.2 %). Der grösste ausserkantonale Anteil an Patientinnen und Patienten stammt in beiden Datenjahren mit rund acht Prozent aus dem Kanton Solothurn, gefolgt vom Kanton Basel-Stadt mit ca. sechs Prozent.

Bringt man die Wohnort- resp. Standortzahlen der Jahre 2019 resp. 2023 miteinander in Verbindung, bedeutet dies, dass die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Landschaft in beiden Jahren mehr Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch nehmen, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen im Kanton Basel-Landschaft beanspruchen. Der negative Wanderungssaldo nimmt von -15'489 Fällen im Jahr 2019 auf -17'783 Fälle im Jahr 2023 zu. Auf welche SPLB der negative Wanderungssaldo zurückzuführen ist, ist in Anhang A.4 ersichtlich.

¹⁹ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Methodik zur Fallabgrenzung seit Veröffentlichung des Versorgungsplanungsberichts 2019 geändert hat und sich dadurch leichte Unterschiede ergeben können.

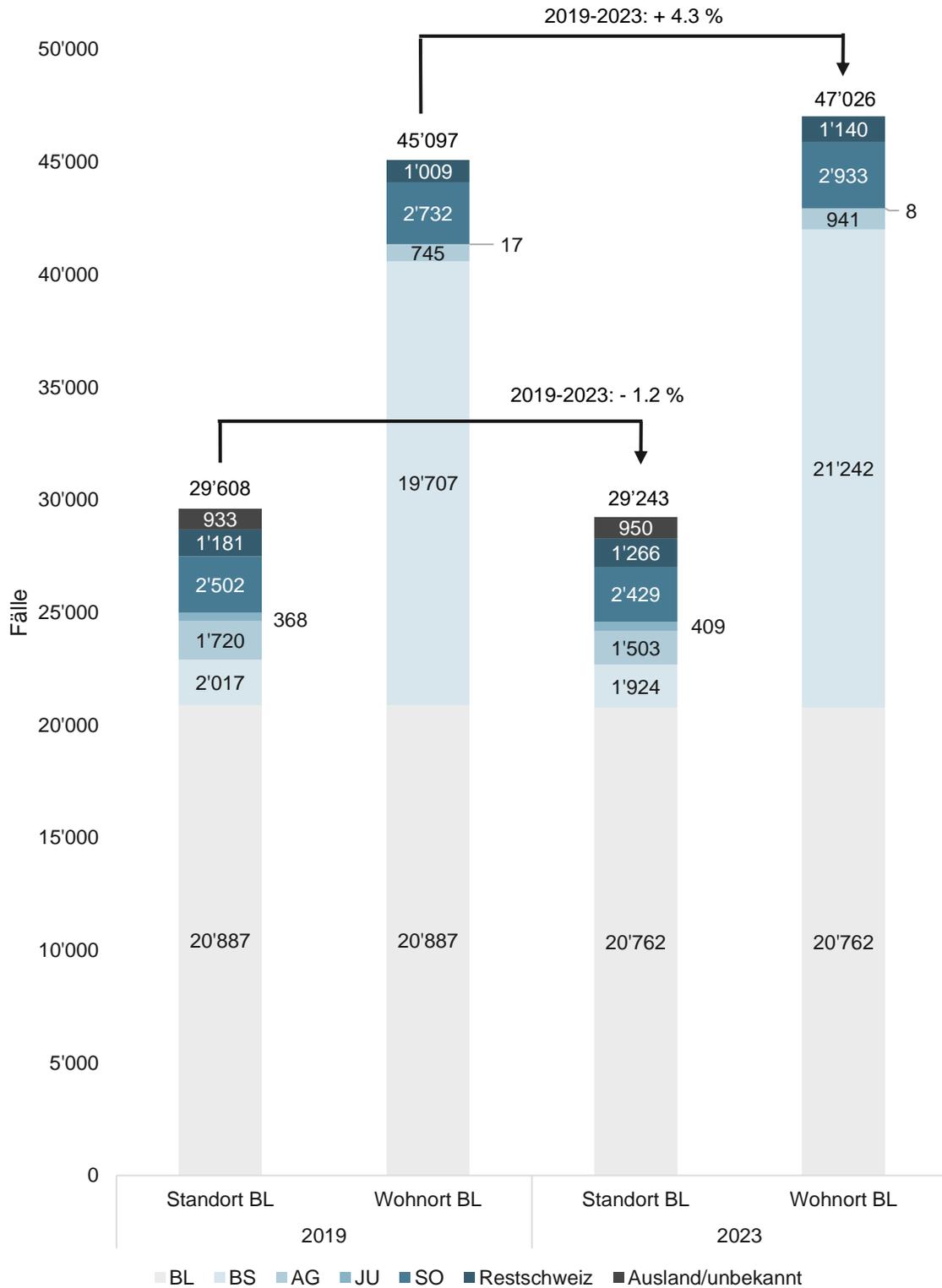


Abbildung 9 Patientenströme Kanton Basel-Landschaft stationäre Fälle Akutsomatik, Datenjahre 2019 und 2023 (eigene Darstellung)



Patientenströme Kanton Basel-Stadt

Die akutsomatischen Fallzahlen der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt steigen von 31'768 im Jahr 2019 auf 32'619 im Jahr 2023 (+2.7 %; siehe Abbildung 10). Der Anteil in basel-städtischen Spitälern versorgten Fälle nimmt über den Beobachtungszeitraum von knapp unter auf knapp über 90 Prozent zu. Rechnet man zusätzlich die im Kanton Basel-Landschaft versorgten basel-städtischen Patientinnen und Patienten mit ein, steigt der Anteil der in Basel-Stadt oder Basel-Landschaft versorgten Patientinnen und Patienten auf über 96 Prozent.

Etwas weniger als die Hälfte der 62'190 Austritte, welche im Jahr 2019 in Spitälern des Kantons Basel-Stadt verzeichnet werden, sind auf die kantonseigene Bevölkerung zurückzuführen. Die in basel-städtischen Spitälern erbrachten Fallzahlen steigen bis im Jahr 2023 auf 67'067 Fälle (+7.8 %). Der kantonale Anteil an Patientinnen und Patienten bleibt dabei stabil. Der grösste ausserkantonale Anteil an Patientinnen und Patienten stammt im Jahr 2019 wie auch im Jahr 2023 mit über 30 Prozent aus dem Kanton Basel-Landschaft, gefolgt vom Ausland mit ca. sechs (2019) bis sieben Prozent (2023).

Im Gegensatz zum Kanton Basel-Landschaft weist der Kanton Basel-Stadt einen positiven Wanderungssaldo auf. Dies bedeutet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Basel-Stadt weniger Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch nehmen, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen im Kanton Basel-Stadt beanspruchen. Im beobachteten Zeitraum wächst der Wanderungssaldo von +30'422 Fällen im Jahr 2019 auf +34'448 Fälle im Jahr 2023. Auf welche SPLB der negative Wanderungssaldo zurückzuführen ist, ist in Anhang A.4 ersichtlich.

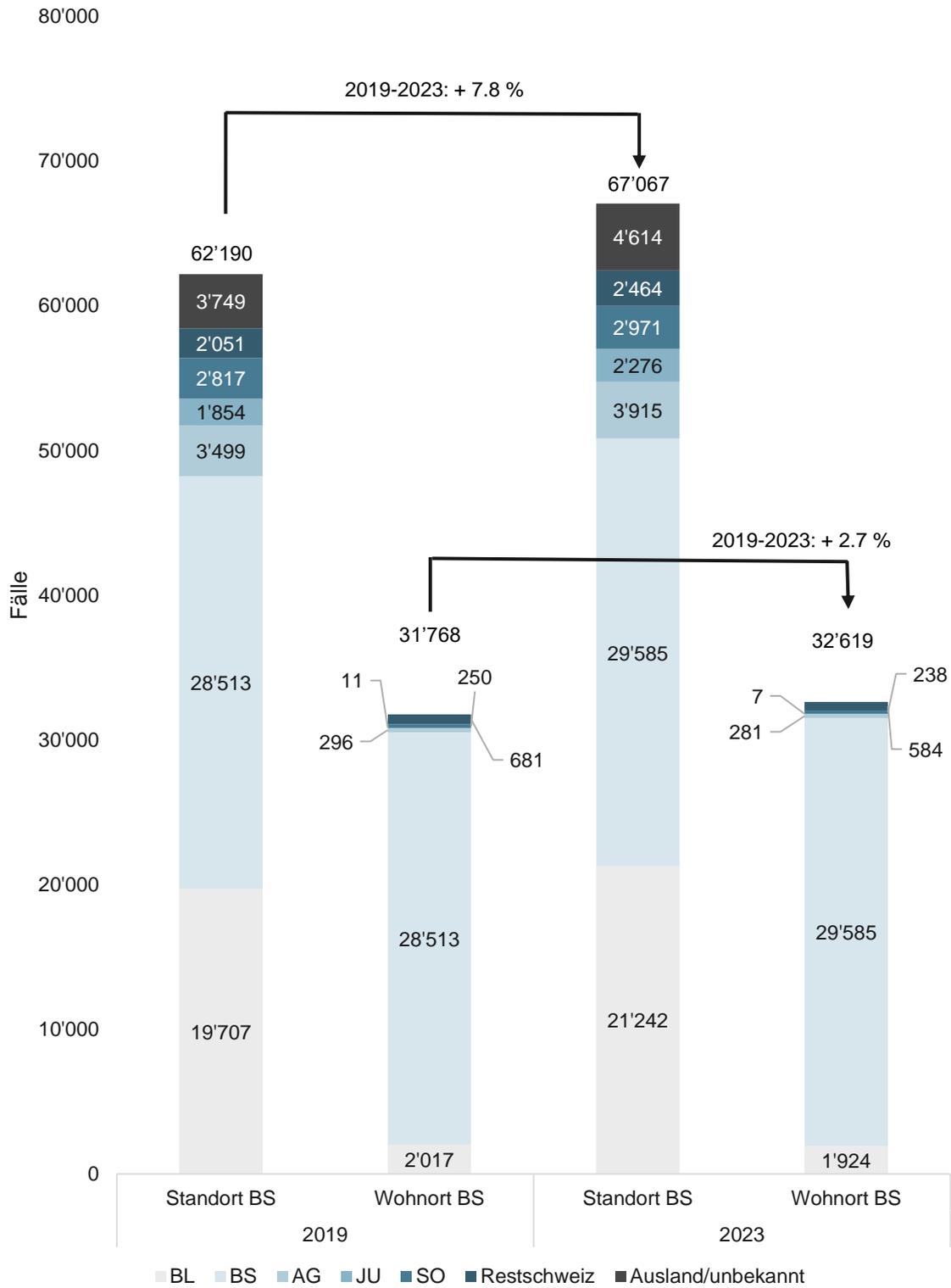


Abbildung 10 Patientenströme Kanton Basel-Stadt stationäre Fälle Akutsomatik, Datenjahre 2019 und 2023 (eigene Darstellung)



Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Patientenströme vom Kanton Basel-Landschaft in den Kanton Basel-Stadt über den Beobachtungszeitraum einen beachtlichen Anteil der in baselstädtischen Spitälern erbrachten Leistungen darstellen. Zwischen 2019 und 2023 nimmt dieser Anteil leicht zu. Grundsätzlich lässt sich die GGR-Bevölkerung in allen betrachteten Datenjahren in über 90 Prozent der Fälle in der GGR behandeln (2016: 93.2 %; 2023: 92.6 %). Dies zeigt auf, dass die gemeinsame Gesundheitsversorgungsplanung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft weiterhin zielführend ist. Während die im Kanton Basel-Stadt erbrachten Fälle sowie die Fälle der baselstädtischen Wohnbevölkerung im Beobachtungszeitraum zunehmen, ist im Kanton Basel-Landschaft nach einem Anstieg bis im 2022 ein leichter Rückgang für beide Kennzahlen ersichtlich. Systematische Veränderungen auf SPLB-Ebene sind über diesen Zeitraum noch nicht hervorgetreten. Detaillierte Angaben dazu finden sich in Anhang A.4.

5.3 Sicherstellung Versorgung

Die Kantone sind auf dem eigenen Kantonsgebiet zuständig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Kantonsbevölkerung. In der vorliegenden Auswertung wird analysiert, inwiefern die Inanspruchnahme der GGR Bevölkerung im Bereich Akutsomatik durch Leistungserbringer mit Standort in der GGR gedeckt werden kann (vgl. auch Kapitel 5.2). Dabei wird nicht unterschieden, ob ein Spital über einen entsprechenden Leistungsauftrag gemäss Spitalliste verfügt oder nicht.

Der Anteil der akutsomatischen Fälle der GGR Wohnbevölkerung²⁰, welche innerhalb der GGR behandelt werden, liegt im Jahr 2023 bei 92.6 Prozent. Dieser Wert ist in den Jahren 2019 und 2022 ähnlich (2019: 92.9 %; 2022: 92.2 %). Im Jahr 2016 hat der Wert bei 93.2 Prozent gelegen (Steiner et al., 2019). Damit kann die grosse Mehrheit der Fallzahlen trotz leichter Abnahme des Anteils seit 2016 innerhalb der GGR versorgt und die Sicherstellung der Versorgung in Bezug auf diesen Aspekt als erfüllt betrachtet werden.

²⁰ In dieser Analyse werden sowohl die Fälle der unter als auch der über 18-jährigen Personen berücksichtigt. Dies ermöglicht einen Vergleich mit den Angaben aus dem Versorgungsplanungsbericht 2019 (Steiner et al., 2019).

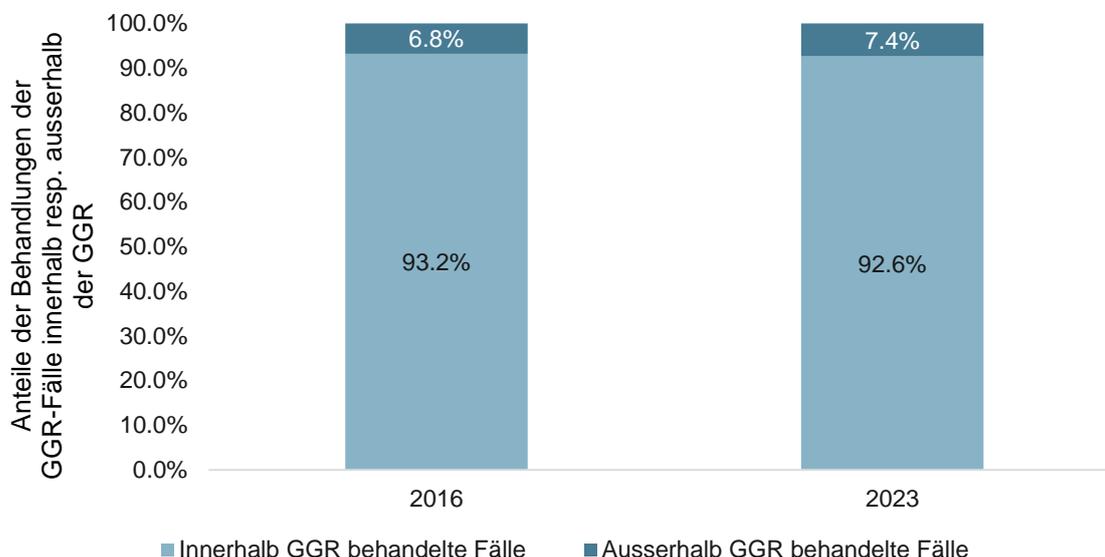


Abbildung 11 Anteile der innerhalb und der ausserhalb der GGR versorgten Fälle der GGR-Wohnbevölkerung, Datenjahre 2016 und 2023 (eigene Darstellung)

5.4 Volle Patientenfreizügigkeit

Die Analyse « Volle Patientenfreizügigkeit » wird nicht mittels Berechnungen, sondern anhand einer qualitativen Einordnung analysiert.²¹ Folgend sollen demnach die Rahmenbedingungen der sogenannten vollen Patientenfreizügigkeit aufgezeigt werden. Als Grundlage dienen zwei Dokumente (vgl. Anhang A.3), welche in beiden Kantonen unabhängig von der Wirkungsanalyse erstellt und deren Inhalte bis anhin nicht veröffentlicht worden sind.

Hinsichtlich des Begriffs der Patientenfreizügigkeit gilt es Folgendes zu beachten: Unter Freizügigkeit ist zu verstehen, dass Patientinnen und Patienten grundsätzlich das Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers haben. Volle Freizügigkeit besteht hingegen erst, wenn zusätzlich die vollständigen Kosten nach den Regeln des KVG vergütet werden.²²

Das KVG unterscheidet bei der Wahl des Leistungserbringers und der Kostenübernahme zwischen ambulanten und stationären Behandlungen. Im ambulanten Bereich können die Versicherten in der ganzen Schweiz unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Der Versicherer übernimmt dabei die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. Somit gilt bei ambulanten Behandlungen die volle Patientenfreizügigkeit in der gesamten Schweiz (Art. 41 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG]).

Im stationären Bereich besteht zwar ebenfalls eine schweizweite Freizügigkeit, indem die Versicherten unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler), frei wählen können. Jedoch gilt nicht zwingend die volle Freizügig-

²¹ Die finanziellen Folgen der gleichlautenden Spitalisten werden in Kapitel 5.15 beschrieben.

²² Dies bedeutet, dass die Abgeltung durch Versicherer und/oder Kanton im Einzelfall sämtliche Behandlungskosten betrifft und somit – neben der üblichen Beteiligung der Versicherten am Versichereranteil durch Franchise und Selbstbehalt – kein zusätzlicher, rein durch die Patientin oder den Patienten zu übernehmender Anteil anfällt.



keit, da grundsätzlich nur bei Listenspitälern auf der Spitalliste des Wohnkantons sämtliche Behandlungskosten (anteilmässig) durch den Versicherer und den Wohnkanton vergütet werden. Behandlungen in anderen Listenspitälern werden höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (sogenannter Referenztarif), vergütet (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Ausnahmen von diesem Prinzip existieren bei medizinischen Gründen oder im Notfall. Dies bedeutet, dass auch bei Behandlungen in Listenspitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons sind, die vollständigen Kosten durch Versicherer und Kanton vergütet werden, falls medizinische Gründe oder ein Notfall für die Beanspruchung des Spitals sprechen (Art. 41 Abs. 3 f. KVG).²³ Somit gilt bei stationären Behandlungen folgende Freizügigkeit gemäss dem KVG:

- Das Listenspital ist auf der Spitalliste des Wohnkantons:
Die Vergütung wird vollständig übernommen.
- Das Listenspital ist nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons: Die Vergütung wird nur dann vollständig übernommen, wenn ein Notfall oder andere medizinische Gründe vorliegen, welche die Behandlung in diesem Spital erforderlich machen, ansonsten maximal bis zum Referenztarif.

Zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird seit dem 1. Januar 2014 die volle Patientenfreizügigkeit umgesetzt. Dies bedeutet, dass die Wohnbevölkerung der beiden Kantone stationäre, medizinische Leistungen in allen Listenspitälern des jeweils anderen Kantons in Anspruch nehmen kann, wobei die Kosten vollständig vergütet werden. Die volle Patientenfreizügigkeit hat dabei auf einer Absprache zwischen den beiden Kantonen beruht. Seit dem 1. Juli 2019 ist der Staatsvertrag in Kraft, womit eine rechtliche Grundlage, welche die Zusammenarbeit regelt, geschaffen worden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsvertrages streben die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt den Erlass von gleichlautenden Spitallisten an. Diese gleichlautenden Spitallisten ermöglichen die volle Patientenfreizügigkeit nach der oben erläuterten Systematik des KVG. Sollten sich die beiden Kantone nicht einig werden, würde ein Differenzbereinigungsverfahren durchgeführt. Sollte auch dieses nicht zielführend sein, können die beiden Kantone unterschiedliche Spitallisten erlassen, wobei diese dem Sinn und Zweck des Staatsvertrages entsprechen müssen (§ 13 Abs. 3). Seit dem 1. Juli 2019 ist es bisher nicht zu einer solchen Uneinigkeit gekommen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft seit dem 1. Januar 2014 innerhalb der beiden Kantone die gleichen Leistungen in den gleichen Spitälern in Anspruch nehmen kann und diese vollständig nach KVG vergütet werden, wenn sich die Kantone über die Leistungsaufträge einig sind.²⁴ Eine absolute Verpflichtung zu gleichlautenden Spitallisten und somit zur vollen Patientenfreizügigkeit innerhalb der GGR gibt es aufgrund des Staatsvertrages nicht.

²³ Vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) C-617/2012 vom 13. Juni 2013 und Urteil der Sozialversicherungsabteilung des Bundesgerichts K 144/05 vom 20. Dezember 2006.

²⁴ Einzig sofern die Ressourcen knapp wären, hätten Kantoneinwohnerinnen und -einwohner gemäss Art. 41a KVG theoretisch Vorrang.

5.5 Versorgungsqualität

Die Merkmale der Behandlungsqualität werden anhand von drei Kennzahlen untersucht: der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD²⁵), der Anzahl Verlegungen²⁶ und der Anzahl Wiedereintritte²⁷. Die Anzahl Verlegungen und Wiedereintritte werden als relative Zahl im Verhältnis zur Gesamtfallzahl je SPLG ausgewertet.²⁸

Für die Analyse werden Veränderungen zwischen den Jahren 2019 und 2022 von mehr als zwei Tagen bei der MAHD und mehr als fünf Prozentpunkten bei den Anzahl Verlegungen und Wiedereintritten als relevant beurteilt. Für eine relevante Veränderung muss zudem das Datenjahr 2023 die Entwicklung zwischen 2019 und 2022 bestätigen. Dies bedeutet, dass bei einer Reduktion zwischen den Jahren 2019 und 2022 der Wert des Jahres 2023 mindestens gleich gross oder tiefer als der Wert des Jahres 2022 sein muss. Bei einem Anstieg gilt das Gegenteil.²⁹ Die folgenden Ausführungen beziehen sich zudem ausschliesslich auf SPLG mit mehr als 20 Fällen³⁰, da SPLG mit tiefen Fallzahlen stärker eher zufälligen Schwankungen der Fallzahlen unterliegen.

Es kann festgehalten werden, dass nur in wenigen SPLG solche relevanten Veränderungen beobachtet werden können. Für den Standortkanton Basel-Stadt wird bei vier SPLG eine relevante Verkürzung der MAHD beobachtet. Im Standortkanton Basel-Landschaft werden keine relevanten Veränderungen bei der MAHD ausgewiesen. Bei den Verlegungen gibt es im Standortkanton Basel-Landschaft eine SPLG mit einem relevanten Anstieg und im Standortkanton Basel-Stadt drei SPLG mit einer relevanten Reduktion. Im Standortkanton Basel-Stadt gibt es zudem in zwei SPLG eine relevante Reduktion der Wiedereintritte, während im Standortkanton Basel-Landschaft keine relevanten Veränderungen beobachtet werden. Bei den oben beschriebenen SPLG handelt es sich immer um andere SPLG, ausser bei der Verkürzung der MAHD und dem Rückgang der Wiedereintritte im Kanton Basel-Stadt, bei denen es eine Überschneidung gibt. Zusammenfassend gibt es im Kanton Basel-Stadt folglich sechs SPLG und im Kanton Basel-Landschaft eine SPLG mit einer relevanten Veränderung.

5.6 Bedarfsanalyse

Analog zur Versorgungsplanung im Bereich der Akutsomatik im Jahr 2019 wird zur Schätzung des Bedarfs an Leistungen und zur Quantifizierung einer möglichen Unter-, Über- oder Fehlversorgung eine Bedarfsanalyse für die Jahre 2019, 2022 und 2023 durchgeführt. Das Ziel dieser Analyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Die Vorgehensweise orientiert sich an der Methodik, welche in den Berichten von Steiner et al. (2019), VGD und GD (2022)

²⁵ Unter der MAHD wird in der vorliegenden Analyse die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patientin resp. Patient in stationären Institutionen in Tagen verstanden.

²⁶ Unter den Verlegungen werden Austritte einer stationären Patientin resp. eines stationären Patienten in ein anderes Krankenhaus oder Geburtshaus subsumiert. Die massgebende SPLG ist dabei diejenige des Spitals, welches die Verlegung vornimmt.

²⁷ Damit sind Wiedereintritte nach Spitalaufenthalten innert 18 Tagen gemeint.

²⁸ Aufgrund der gewählten Methode ist ein Vergleich mit der Restschweiz mit hohem Aufwand verbunden und es wird deshalb bei dieser Analyse darauf verzichtet. Zudem werden alle Fälle in Spitälern mit Standort in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt ohne Berücksichtigung der Leistungsaufträge für die Auswertung einbezogen.

²⁹ In dieser Analyse werden 82 der 109 SPLG berücksichtigt. SPLG, in welchen die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren 2019 und 2023 aufgrund der Veränderung der SPLG-Systematik nicht gegeben ist, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt (ANG1, ANG3, BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1, DER2, GEF1, GEF3, GEFA, HNO1.1.1, SPLG des Bereichs Kardiologie, NCH3, NEU3, RAD1, RAD2, THO1, URO1.1.7, VIS1).

³⁰ Als Datenjahr für die Einteilung der SPLG in mehr resp. gleich viele oder weniger als 20 Fälle wird das Datenjahr 2023 verwendet. Im Kanton Basel-Stadt fallen 71 SPLG in die Grössenklasse «Mehr als 20 Fälle», im Kanton Basel-Landschaft sind dies 43 SPLG.

und VGD und GD (2023) dargelegt wird und stellt somit die Vergleichbarkeit mit den Zahlen aus dem Versorgungsplanungsbericht 2019 sicher.³¹

Konkret identifiziert die verwendete Methodik eine mögliche angebotsinduzierte Nachfrage durch Kontrolle für nachfrageseitige Faktoren. Die berücksichtigten nachfrageseitigen Faktoren sind die Variablen Alter, Geschlecht, Herkunft, Ein-Personen-Haushalte und Haushaltsgrösse.³² Alle Kontrollvariablen sind auf Ebene von Postleitzahlen erhältlich und können entsprechend zu MedStat-Regionen³³ aggregiert werden. Die Analyseebenen sind somit 706 geographische Einheiten. Die Bedarfsanalyse wird sowohl für die Anzahl Fälle als auch die Anzahl Pflgetage durchgeführt. Die Berechnungen erfolgen auf Ebene der SPLG, werden aber zur besseren Interpretation zusätzlich auf Ebene der SPLB dargestellt.³⁴ Die Abbildungen 12 und 13 stellen die Abweichungen zum erwarteten Wert auf Ebene SPLB für die Jahre 2019 und 2023 für die Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Landschaft resp. Basel-Stadt dar. In Abbildung 14 wird dies für die GGR Wohnbevölkerung dargestellt und zusätzlich das Datenjahr 2016 basierend auf dem Versorgungsplanungsbericht 2019 (Steiner et al., 2019) aufgeführt. Die vollständigen Tabellen je SPLB für die beiden Kantone sowie die GGR befinden sich in den Anhängen A.5a bis A.5f. In einer zusätzlichen Excel-Beilage finden sich zudem die vollständigen Resultate je SPLG für die beiden Kantone und die GGR.³⁵

Mittels der Regression wird eine Schätzung vorgenommen, welche Fallzahlen aufgrund der Bevölkerungsmerkmale, d. h. den Kontrollvariablen im Vergleich zur Restschweiz zu erwarten wären. Der somit ermittelte Bedarf entspricht den sogenannten «erwarteten Fallzahlen».

Bedarfsanalyse im Kanton Basel-Landschaft

Vorab zur Bedarfsanalyse werden in der Tabelle 3 die Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB dargestellt. Die Analyse beschränkt sich auf die SPLB, welche in der Bedarfsanalyse ausgewiesen werden und auf die über 18-Jährigen. Über alle SPLB hinweg gesehen wird im Kanton Basel-Landschaft eine jährliche Fallzunahme von 1.1 Prozent verzeichnet. Dies entspricht über die fünf Datenjahre hinweg gesehen 1'925 Fällen. Die Hälfte der betrachteten SPLB weist eine positive jährliche Wachstumsrate der Fallzahlen auf, die andere Hälfte eine negative. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass in einigen SPLB in den Jahren 2020 bis 2022 deutlich weniger Fallzahlen verzeichnet werden als im Jahr 2019. Im Jahr 2023 folgt für viele ein erneuter Anstieg über das Ursprungsniveau von 2019 hinaus. Gleichzeitig gibt es SPLG, welche bis 2022 einen Fallzahlenanstieg verzeichnen und wieder

³¹ Hierbei gilt es anzumerken, dass bei der Prognose des zukünftigen Bedarfs im Versorgungsplanungsbericht 2019 mit einem Bevölkerungsszenario gerechnet worden ist. Die vorliegende Bedarfsanalyse berücksichtigt die tatsächlich beobachteten Bevölkerungszahlen, welche leicht höher ausgefallen sind, als prognostiziert worden ist. Dadurch können sich Diskrepanzen zwischen prognostizierten und beobachteten Werten ergeben.

³² Gemäss theoretischen Überlegungen sind alle vorangehend aufgeführten Variablen sinnvoll und bei keiner der Variablen bestehen grössere Probleme hinsichtlich Endogenität. Endogenität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine der unabhängigen Variablen gleichzeitig von der abhängigen Variable beeinflusst wird. Ist eine Variable endogen, können somit keine Schlüsse zur Kausalität gezogen werden.

³³ MedStat-Regionen erlauben die Zuordnung von hospitalisierten Personen zu einem geographischen Raum, welcher ausreichend gross ist, um die Anonymität zu gewährleisten. Mehr Informationen sind abrufbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medsreg.html> (abgerufen am 12.02.2025).

³⁴ Dafür werden die Werte der einzelnen SPLG auf die Ebene SPLB aufsummiert. Von der Auswertung ausgenommen sind die SPLG, welche der IVHSM zugeordnet werden und SPLG mit schweizweit weniger als 50 Fälle, da die Aussagekraft durch die geringe Fallzahl stark reduziert wird.

³⁵ Auf Ebene der SPLG können Signifikanzen angegeben werden, da dies die Ebene ist, auf welcher die Regression durchgeführt wird. Zum 5 Prozent Niveau signifikante Werte werden in der Excel-Beilage auf Ebene SPLG mit einem Stern gekennzeichnet. Das Signifikanzniveau gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Wert zufällig zustande kommt. SPLG, welche nicht signifikant sind, können zwar eine Abweichung aufweisen, jedoch kann bei diesen nicht mit einer Sicherheit von 95 Prozent davon ausgegangen werden, dass diese Werte der Realität entsprechen.

leicht sinken. Es ist entsprechend kein einheitlicher Trend ersichtlich. Fallzahlenstarke Veränderungen ergeben sich zwischen 2019 und 2023 in den SPLB BP (+1'838 Fälle, +2.5 % pro Jahr), NEU (-621 Fälle, -16.4 % pro Jahr), URO (+193 Fälle, +2.0 % pro Jahr) und BEW (+646 Fälle, +2.1 % pro Jahr).

SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2019-2023	Jährliche Veränderung in % 2019-2023
BP	17'980	17'479	18'248	19'340	19'818	1'838	2.5 %
DER	180	136	148	138	163	-17	-2.4 %
HNO	1'765	1'525	1'564	1'545	1'662	-103	-1.5 %
NCH	267	268	295	324	276	9	0.8 %
NEU	1'213	1'201	1'225	1'418	592	-621	-16.4 %
AUG	529	420	473	471	477	-52	-2.6 %
END	308	258	313	311	245	-63	-5.6 %
GAE	1'562	1'538	1'565	1'520	1'609	47	0.7 %
VIS	1'033	928	1'010	1'004	1'151	118	2.7 %
HAE	737	683	569	749	715	-22	-0.8 %
GEF	627	582	622	610	547	-80	-3.4 %
HER	2'445	2'288	2'260	2'324	2'437	-8	-0.1 %
NEP	194	147	124	167	140	-54	-7.8 %
URO	2'367	2'439	2'546	2'789	2'560	193	2.0 %
PNE	873	678	782	865	926	53	1.5 %
THO	180	149	163	137	125	-55	-8.7 %
BEW	7'582	7'407	7'854	8'124	8'228	646	2.1 %
RHE	194	173	255	255	237	43	5.1 %
GYN	1'149	1'076	1'212	1'252	1'261	112	2.4 %
GEB	2'911	2'911	3'091	2'972	2'804	-107	-0.9 %
RAD	857	655	744	838	878	21	0.6 %
UNF	121	110	152	162	148	27	5.2 %
Total	45'074	43'051	45'215	47'315	46'999	1'925	1.1 %

Tabelle 3 Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB der über 18-jährigen Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft, Datenjahre 2019 - 2023 (eigene Darstellung)

Die Bedarfsanalyse der Fallzahlen für die Jahre 2019, 2022 und 2023 zeigt für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bei 17, 21 resp. 19 von gesamt 22 SPLB positive Abweichungen von den erwarteten Fallzahlen. Dies bedeutet, dass es mehr Fälle gegeben hat, als aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung zu erwarten wären. Über alle SPLB gesehen ist die effektive Inanspruchnahme der Bevölkerung im Jahr 2019 um 12.1 Prozent³⁶ höher, als dies zu erwarten wäre (44'746 beobachtete Fälle resp. 39'315 erwartete Fälle). Im Jahr 2022 fällt dieser Wert um 15.8 Prozent höher aus, als dies zu erwarten wäre (46'923 beobachtete Fälle resp. 39'506 erwartete Fälle) und

³⁶ Der Wert von 12.2 Prozent ergibt sich durch Division der Anzahl der erwarteten Fälle durch die Anzahl der beobachteten Fälle.

steigt damit im Vergleich zum Jahr 2019 an (+3.7 Prozentpunkte). Die effektive Inanspruchnahme sinkt im Jahr 2023 gegenüber dem Jahr 2022 leicht und kommt bei 14.6 Prozent über dem erwarteten Wert zu liegen (46'591 beobachtete Fälle resp. 39'805 erwartete Fälle). Die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Fälle nimmt damit im Kanton Basel-Landschaft von 2019 bis 2023 um 2.4 Prozentpunkte zu. Die Resultate der Bedarfsanalyse zu den Pflergetagen fallen ähnlich aus. Gesamthaft steigt die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft hinsichtlich der Pflergetage zwischen dem Jahr 2019 und 2023 um 5.0 Prozentpunkte. Detaillierte Angaben zur Bedarfsanalyse der Fälle und Pflergetage finden sich in den Anhängen A.5c und A.5d auf Ebene SPLB resp. in der Excel-Beilage auf Ebene SPLG. Sowohl die Abweichung zu den erwarteten Fallzahlen als auch zu den erwarteten Pflergetagen ist für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft im Vergleich zur Schweiz im Zeitraum 2019 und 2023 grösser geworden, wobei der Anstieg der Abweichung bei den Pflergetagen grösser ist als bei den Fällen.

Abbildung 12 stellt die Abweichungen der Inanspruchnahme zum erwarteten Wert auf Ebene SPLB für die Jahre 2019 und 2023 für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft dar. In elf der 22 beobachteten SPLB steigt die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung an. Das bedeutet, dass sich der prozentuale Wert weiter vom Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) entfernt. In drei dieser elf SPLB (GYN, GEB, UNF) wird eine Veränderung von einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme der Bevölkerung im Jahr 2019 hin zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme im Jahr 2023 beobachtet.

In den restlichen elf SPLB wird die gegenteilige Entwicklung beobachtet: Die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung nimmt ab. In einer dieser elf SPLB (NEU) wird im Jahr 2019 eine überdurchschnittliche und im Jahr 2023 eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung ausgewiesen. In zwei SPLB (GEF, NEP) verstärkt sich die bereits unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung. Das bedeutet, dass sich der prozentuale Wert zunehmend vom Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) in den negativen Bereich bewegt.

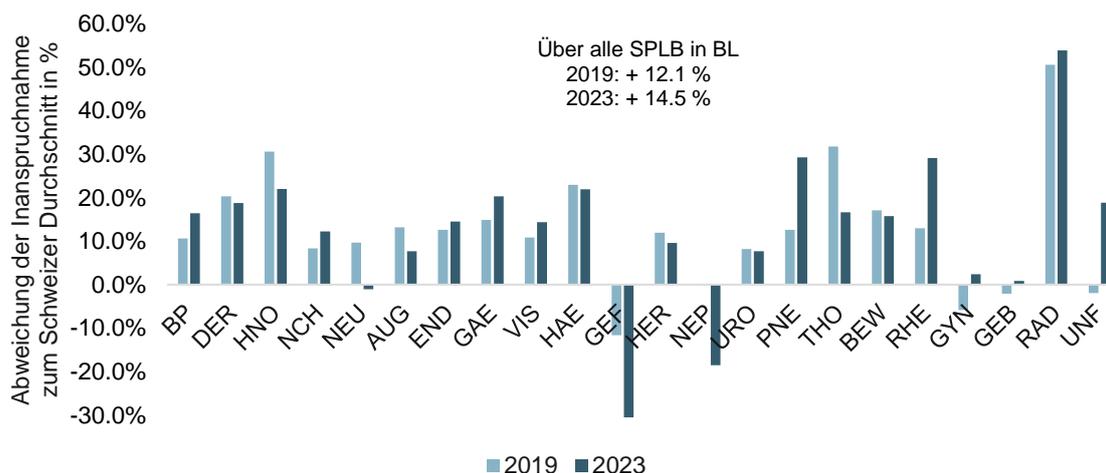


Abbildung 12 Abweichungen der Inanspruchnahme zum erwarteten Wert der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft auf Ebene SPLB, Datenjahre 2019 und 2023 basierend auf der Bedarfsanalyse zu den Anzahl Fällen³⁷ (eigene Darstellung)

³⁷ In den SPLB DER, NEP, THO und UNF werden weniger als 200 Fälle beobachtet, was ggf. einen Teil der Schwankungen erklären kann.

Zusätzlich wird analysiert, wie sich die Abweichungen zum Schweizer Durchschnitt in den durch die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft überdurchschnittlich nachgefragten SPLG mit und ohne Mengensteuerung entwickeln. Gemäss Tabelle 4 hat die Abweichung zum Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) in zwei Drittel der SPLG mit Mengensteuerung (d. h. zehn der 15 SPLG) und in 17 von 40 SPLG ohne Mengensteuerung zwischen den Jahren 2019 und 2023 zugenommen. Dies bedeutet, dass die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in gesamthaft 27 SPLG (10 + 17) weiter gestiegen ist. Somit gibt es im Kanton Basel-Landschaft in SPLG mit Mengensteuerung verhältnismässig in weniger SPLG eine Reduktion der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme als in den SPLG ohne Mengensteuerung.

	SPLG mit Mengensteuerung	SPLG ohne Mengensteuerung
Vergrosserung der Abweichung zum Schweizer Durchschnitt	10	17
Verkleinerung der Abweichung zum Schweizer Durchschnitt	5	23

Tabelle 4 Anzahl SPLG mit Vergrösserung resp. Verkleinerung des Abstands zum erwarteten Wert der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zwischen 2019 und 2023 in SPLG, welche im Jahr 2019 eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme aufgewiesen haben, basierend auf der Bedarfsanalyse zu den Anzahl Fällen

Bedarfsanalyse im Kanton Basel-Stadt

Auch für den Kanton Basel-Stadt werden vorab zur Bedarfsanalyse in der Tabelle 5 die Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB dargestellt. Die Analyse beschränkt sich auf die SPLB, welche in der Bedarfsanalyse ausgewiesen werden und auf die über 18-Jährigen. Über alle SPLB hinweg gesehen wird im Kanton Basel-Stadt eine jährliche Fallzunahme von 0.7 Prozent verzeichnet. Über die fünf Datenjahre hinweg gesehen entspricht dies 850 Fällen. Die Hälfte der betrachteten SPLB weist eine positive jährliche Wachstumsrate der Fallzahlen auf, die andere Hälfte eine negative. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass in einigen SPLB in den Jahren 2020 bis 2021 weniger Fallzahlen verzeichnet werden als im Jahr 2019. In den Folgejahren ergeben sich unterschiedliche Trends: Für einige folgt ein erneuter Anstieg über das Ursprungsniveau von 2019 hinaus, andere bleiben ungefähr konstant oder sinken. Entsprechend ist auch für den Kanton Basel-Stadt kein einheitlicher Trend ersichtlich. Fallzahlenstarke Veränderungen ergeben sich zwischen 2019 und 2023 in den SPLB BP (+1'253 Fälle, +2.2 % pro Jahr), NEU (-477 Fälle, -16.8 % pro Jahr), HER (-143 Fälle, -2.3 % pro Jahr), URO (+218 Fälle, +3.3 % pro Jahr) und BEW (+153 Fälle, +0.9 % pro Jahr).

SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2019-2023	Jährliche Veränderung in % 2019-2023
BP	13'834	13'203	13'851	14'734	15'087	1'253	2.2 %
DER	138	118	90	128	108	-30	-5.9 %
HNO	938	905	998	943	1'040	102	2.6 %
NCH	187	174	205	178	212	25	3.2 %
NEU	914	831	968	978	437	-477	-16.8 %
AUG	343	227	259	297	282	-61	-4.8 %
END	262	227	246	279	217	-45	-4.6 %
GAE	1'127	1'132	1'112	1'247	1'118	-9	-0.2 %
VIS	657	547	560	603	679	22	0.8 %

HAE	484	483	487	577	475	-9	-0.5 %
GEF	515	444	459	387	424	-91	-4.7 %
HER	1'591	1'422	1'339	1'437	1'448	-143	-2.3 %
NEP	119	104	97	100	91	-28	-6.5 %
URO	1'552	1'532	1'602	1'600	1'770	218	3.3 %
PNE	910	745	819	1'027	824	-86	-2.5 %
THO	111	113	132	110	121	10	2.2 %
BEW	4'115	3'908	4'132	4'253	4'268	153	0.9 %
RHE	182	134	222	184	221	39	5.0 %
GYN	751	682	852	792	770	19	0.6 %
GEB	2'338	2'325	2'404	2'186	2'232	-106	-1.2 %
RAD	601	582	657	620	681	80	3.2 %
UNF	82	96	109	127	96	14	4.0 %
Total	31'751	29'934	31'600	32'787	32'601	850	0.7 %

Tabelle 5 Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB der über 18-jährigen Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt, Datenjahre 2019 - 2023 (eigene Darstellung)

Für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt werden für die Jahre 2019, 2022 und 2023 bei 21, 20 resp. 19 der 22 analysierten SPLB positive unerklärte Abweichungen von den erwarteten Fallzahlen mittels Bedarfsanalyse beobachtet. Über alle SPLB hinweg ist die effektive Inanspruchnahme der basel-städtischen Bevölkerung im Jahr 2019 um 24.6 Prozent höher, als dies zu erwarten wäre (31'528 beobachtete Fälle resp. 23'770 erwartete Fälle). Bis im Jahr 2022 steigt dieser Prozentsatz auf 26.6 Prozent um 2.0 Prozentpunkte (32'509 beobachtete Fälle resp. 23'856 erwartete Fälle). Die effektive Inanspruchnahme sinkt im Jahr 2023 im Vergleich zum Jahr 2022 leicht und kommt bei 26.1 Prozent über dem erwarteten Wert zu liegen (32'298 beobachtete Fälle resp. 23'853 erwartete Fälle). Die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Fälle nimmt damit für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt von 2019 bis 2023 um 1.5 Prozentpunkte zu. Die Resultate der Bedarfsanalyse zu den Pflorgetagen fallen ähnlich aus. Gesamthaft steigt die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt hinsichtlich der Pflorgetage zwischen dem Jahr 2019 und 2023 um 1.9 Prozentpunkte. Detaillierte Angaben zur Bedarfsanalyse der Fälle und Pflorgetage finden sich in den Anhängen A.5e und A.5f auf Ebene SPLB resp. in der Excel-Beilage auf Ebene SPLG. Sowohl die Abweichung zu den erwarteten Fallzahlen als auch zu den erwarteten Pflorgetagen ist für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt im Vergleich zur Schweiz im Zeitraum 2019 und 2023 grösser geworden, wobei der Anstieg bei den Fällen und Pflorgetagen ähnlich gross ist.

Abbildung 13 stellt die Abweichungen der Inanspruchnahme zum erwarteten Wert auf Ebene SPLB zwischen 2019 und 2023 für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt dar. In zwölf der 22 beobachteten SPLB nimmt die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung weiter zu. Das bedeutet, dass sich der prozentuale Wert weiter vom Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) entfernt. In den restlichen zehn SPLB wird die gegenteilige Entwicklung beobachtet: Die überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung nimmt ab. In zwei der zehn SPLB (GEF, UNF) werden im Jahr 2019 eine überdurchschnittliche und im Jahr 2023 eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung ausgewiesen. In einem SPLB nimmt die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Bevölkerung weiter zu (NEP). Das bedeutet, dass sich der prozentuale Wert zunehmend vom Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) in den negativen Bereich bewegt.

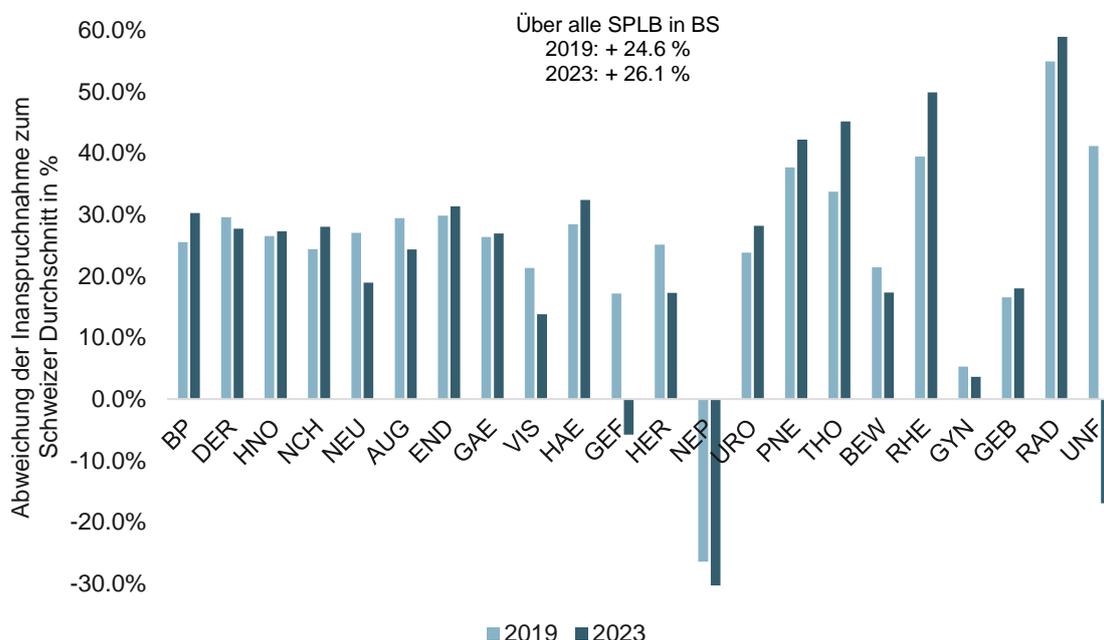


Abbildung 13 Abweichungen der Inanspruchnahme zum erwarteten Wert der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt auf Ebene SPLB, basierend auf der Bedarfsanalyse zu den Anzahl Fällen³⁸ (eigene Darstellung)

Auch für den Kanton Basel-Stadt wird analysiert, wie sich die Abweichungen zum Schweizer Durchschnitt in den durch die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt überdurchschnittlich nachgefragten SPLG mit und ohne Mengensteuerung entwickeln. Gemäss Tabelle 6 hat die Abweichung zum Schweizer Durchschnitt (Nullpunkt) in acht der 15 SPLG mit Mengensteuerung zwischen den Jahren 2019 und 2023 zugenommen, während dies bei 25 von 51 SPLG ohne Mengensteuerung der Fall ist. Dies bedeutet, dass die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in gesamthaft 33 SPLG (8 + 25) weiter gestiegen ist. Somit gibt es im Kanton Basel-Stadt in SPLG mit Mengensteuerung im Verhältnis etwa gleich häufig eine Reduktion der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme wie in den SPLG ohne Mengensteuerung.

	SPLG mit Mengensteuerung	SPLG ohne Mengensteuerung
Vergrösserung der Abweichung zum Schweizer Durchschnitt	8	25
Verkleinerung der Abweichung zum Schweizer Durchschnitt	7	26

Tabelle 6 Anzahl SPLG mit Vergrösserung resp. Verkleinerung des Abstands zum erwarteten Wert der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt zwischen 2019 und 2023 in SPLG, welche im Jahr 2019 eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme aufgewiesen haben, basierend auf der Bedarfsanalyse zu den Anzahl Fällen

Bedarfsanalyse in der GGR

Tabelle 7 stellt die Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB für die GGR dar. Die Analyse beschränkt sich wiederum auf die SPLB, welche in der Bedarfsanalyse ausgewiesen werden und auf die über 18-Jährigen. Über alle SPLB hinweg gesehen wird in der GGR eine jährliche Fallzunahme von 0.9

³⁸ In den SPLB DER, NCH, END, NEP, THO, RHE und UNF werden weniger als 200 Fälle beobachtet, was ggf. einen Teil der Schwankungen erklären kann.

Prozent verzeichnet. Für die Zeitspanne zwischen 2019 und 2023 entspricht dies 2'775 Fällen. Wiederum die Hälfte der betrachteten SPLB weist eine positive jährliche Wachstumsrate der Fallzahlen auf, die andere Hälfte eine negative. Bezüglich Trend der Fallzahlenentwicklung kann keine einheitliche Aussage getroffen werden. Auch in der GGR ergeben sich in vielen SPLB Schwankungen über die fünf Datenjahre hinweg. Fallzahlenstarke Veränderungen ergeben sich zwischen 2019 und 2023 in den SPLB BP (+3'091 Fälle, +2.3 % pro Jahr), NEU (-1'098 Fälle, -16.6 % pro Jahr), URO (+411 Fälle, +2.5 % pro Jahr) und BEW (+799 Fälle, +1.7 % pro Jahr).

SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2019-2023	Jährliche Veränderung in % 2019-2023
BP	31'814	30'682	32'099	34'074	34'905	3'091	2.3 %
DER	318	254	238	266	271	-47	-3.9 %
HNO	2'703	2'430	2'562	2'488	2'702	-1	0.0 %
NCH	454	442	500	502	488	34	1.8 %
NEU	2'127	2'032	2'193	2'396	1'029	-1'098	-16.6 %
AUG	872	647	732	768	759	-113	-3.4 %
END	570	485	559	590	462	-108	-5.1 %
GAE	2'689	2'670	2'677	2'767	2'727	38	0.4 %
VIS	1'690	1'475	1'570	1'607	1'830	140	2.0 %
HAE	1'221	1'166	1'056	1'326	1'190	-31	-0.6 %
GEF	1'142	1'026	1'081	997	971	-171	-4.0 %
HER	4'036	3'710	3'599	3'761	3'885	-151	-0.9 %
NEP	313	251	221	267	231	-82	-7.3 %
URO	3'919	3'971	4'148	4'389	4'330	411	2.5 %
PNE	1'783	1'423	1'601	1'892	1'750	-33	-0.5 %
THO	291	262	295	247	246	-45	-4.1 %
BEW	11'697	11'315	11'986	12'377	12'496	799	1.7 %
RHE	376	307	477	439	458	82	5.1 %
GYN	1'900	1'758	2'064	2'044	2'031	131	1.7 %
GEB	5'249	5'236	5'495	5'158	5'036	-213	-1.0 %
RAD	1'458	1'237	1'401	1'458	1'559	101	1.7 %
UNF	203	206	261	289	244	41	4.7 %
Total	76'825	72'985	76'815	80'102	79'600	2'775	0.9 %

Tabelle 7 Entwicklungen der Fallzahlen pro SPLB der über 18-jährigen Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt, Datenjahre 2019 - 2023 (eigene Darstellung)

Abbildung 14 stellt abschliessend die Abweichungen zum erwarteten Wert der Wohnbevölkerung der GGR gemäss Bedarfsanalyse über die Datenjahre 2016³⁹, 2019 und 2023 dar. Es gilt an dieser

³⁹ Die Angaben des Jahres 2016 stammen aus dem Versorgungsplanungsbericht 2019 (Steiner et al., 2019) und beinhalten im Gegensatz zu den Angaben der Jahre 2019 und 2023 die gesamte Wohnbevölkerung und nicht nur die über 18-jährigen Personen. Zudem werden in der Bedarfsanalyse leicht andere Kontrollvariablen verwendet, womit die Standardisierung der Werte voneinander abweicht.

Stelle anzumerken, dass ein Vergleich über einen Zeitraum dieser Länge aufgrund möglicher Änderungen der SPLG-Systematik mit Vorsicht zu interpretieren ist. Die aktualisierte Bedarfsanalyse beschreibt für die GGR eine Situation, in welcher sich seit dem Jahr 2019 die bestehende überdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme weiter verstärkt hat (2019: +17.3 %; 2023: +19.3 %). Für die Bevölkerung der GGR werden für die Jahre 2016, 2019 und 2023 bei 17 der 22 analysierten SPLB in allen Datenjahren positive unerklärte Abweichungen von den erwarteten Fallzahlen beobachtet. In elf SPLB wird seit 2016 ein kontinuierlicher Anstieg der Abweichung zum Schweizer Durchschnitt verzeichnet. In neun SPLB stellt das Datenjahr 2023 die grösste positive Abweichung zum Schweizer Schnitt dar und sind Schwankungen über die Datenjahre hinweg zu beobachten. In drei SPLB eine Entwicklung von einer unterdurchschnittlichen zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme stattfindet (GYN, GEB, UNF). Die zwei SPLB GEF und NEP weisen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme auf (GEF, NEP).

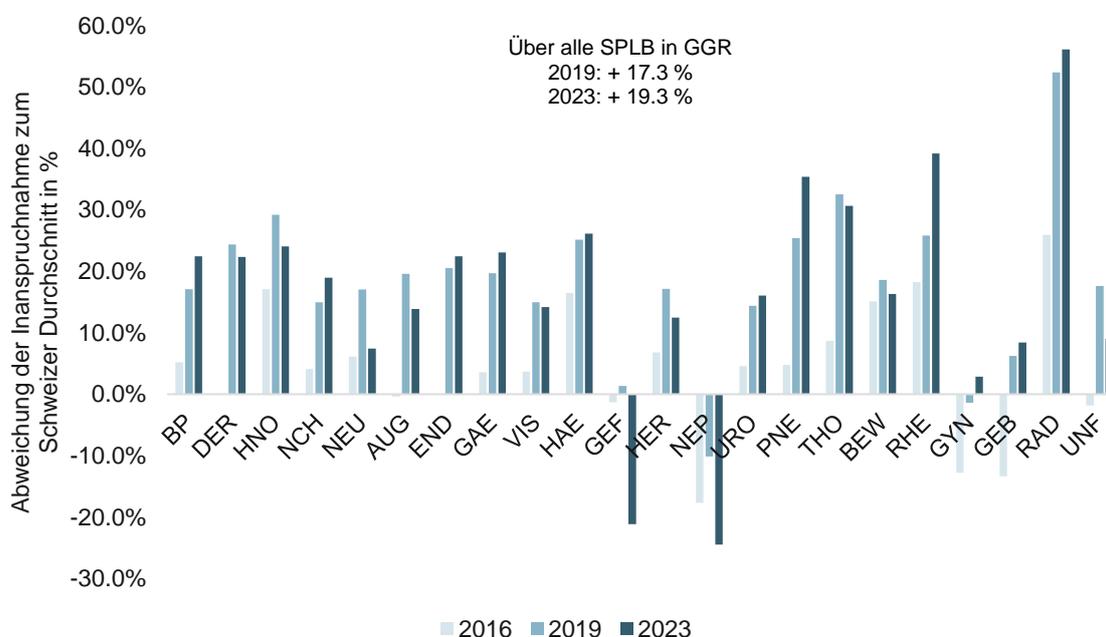


Abbildung 14 Abweichungen der Inanspruchnahme zum erwarteten Wert der GGR Wohnbevölkerung auf Ebene SPLB, basierend auf der Bedarfsanalyse zu den Anzahl Fällen (eigene Darstellung)

5.7 Konzentration Leistungsaufträge

Für den Vergleich der Anzahl der Leistungsaufträge der gleichlautenden Spitalisten per 1. Juli 2021⁴⁰ wird die Vergabe der Leistungsaufträge für die Spitalisten per 1. Januar 2018 der beiden Kantone als Vergleichsgrösse herangezogen.⁴¹ Mithilfe dieser Spitalisten werden auch die Verän-

⁴⁰ Die Leistungsaufträge werden dabei so gezählt, wie ursprünglich vorgesehen war, dass sie vergeben werden sollten. Leistungsaufträge, welche aufgrund der Beschwerden weiter gültig gewesen sind, werden für diese Analysen nicht berücksichtigt.

⁴¹ Leistungsaufträge, welche aufgrund der SPLG-Systematik nicht mehr vergeben worden sind, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

derungen in der Vergabe der Leistungsaufträge aufgezeigt. Die Auswertung enthält neben den akutsomatischen Spitälern mit Standort in einem der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft auch Spitäler mit einem Standort ausserhalb der GGR.⁴²

Abbildung 15 zeigt die Anzahl der Leistungsaufträge, welche gesamthaft resp. neu an die Spitäler der Standortkantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft resp. ausserkantonale vergeben worden sind. An Spitäler im Kanton Basel-Stadt sind per 1. Juli 2021 209 und an Spitäler im Kanton Basel-Landschaft 166 Leistungsaufträge vergeben worden. Per 1. Januar 2018 hat es in beiden Kantonen insgesamt mehr Leistungsaufträge gegeben, als dies per 1. Juli 2021 der Fall gewesen ist (BS: 262 vs. 209, BL: 266 vs. 166).⁴³ Es gibt sowohl per 1. Januar 2018 als auch per 1. Juli 2021 nur wenig neue Leistungsaufträge, wobei per 1. Juli 2021 v. a. neue Leistungsaufträge an ausserkantonale Spitäler vergeben worden sind.

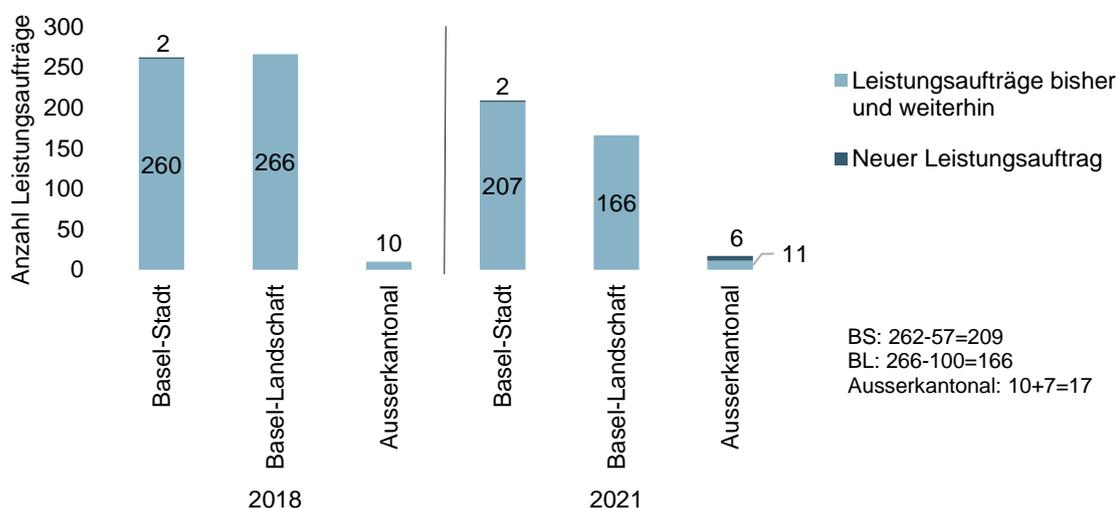


Abbildung 15 Übersicht der Vergabe von Leistungsaufträgen, Spitalliste per 1. Januar 2018 im Vergleich zur Spitalliste per 1. Juli 2021⁴⁴ (eigene Darstellung)

Zusätzlich lässt sich vergleichen, wie viele Leistungsaufträge trotz Wiederbewerbung nicht wieder vergeben, wie viele freiwillig zuruckgegeben⁴⁵, d. h. keine erneute Bewerbung vorgelegen ist, und wie viele Neubewerbungen nicht vergeben worden sind (siehe Abbildung 16). In allen drei Kategorien

⁴² Die ausserkantonalen Leistungsaufträge des Jahres 2018 beziehen sich auf die Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft, da in Basel-Stadt auf der Spitalliste Akutsomatik keine ausserkantonalen Spitäler aufgeführt waren. Auf der Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft des Jahres 2018 war das soH Spital Dornach das einzige ausserkantonale Spital. Da der Referenztarif des Kantons Basel-Stadt über dem Spitaltarif des soH Spitals Dornach liegt, konnten sich aber auch basel-städtische Patientinnen und Patienten im soH Spital Dornach mit Kostenübernahme durch den Kanton und die Versicherung behandeln lassen.

⁴³ Für die bessere Vergleichbarkeit der Zeitpunkte 1. Januar 2018 und 1. Juli 2021 werden die Leistungsaufträge für das Jahr 2018 auch nach Standort betrachtet. Es wird Folgendes angenommen:

- Für die zwei Standorte USB - Standort Orthopädie Klinik am Bethesda Spital und USB - Standort Augenklinik wird angenommen, dass sie im Jahr 2018 die gleichen Leistungsaufträge gehabt haben, für die sie sich auch per 1. Juli 2021 beworben haben.
- Für die zwei Standorte des Adullam Spitals und des KSBL wird angenommen, dass beide Standorte 2018 die gleichen Leistungsaufträge vollständig gehabt haben resp. weggefallen sind.

⁴⁴ Die Summe der Leistungsaufträge, welche per 1. Juli 2021 freiwillig zurückgegeben oder welche trotz erneuter Bewerbung nicht wieder vergeben worden sind, entspricht nicht exakt der Differenz der total vergebenen Leistungsaufträge zwischen 2021 und 2018, da es im genannten Zeitraum weitere Anpassungen der Spitalliste gegeben hat.

⁴⁵ Unter «freiwillig zurückgegeben» ist zu verstehen, dass die Spitäler auf eine Neubewerbung verzichtet haben. Es ist nicht gemeint, dass die Spitäler vorzeitig auf einen Leistungsauftrag verzichtet haben.

sind die Anzahl Leistungsaufträge per 1. Juli 2021 höher als per 1. Januar 2018. Erfolgreiche Neubewerbungen und freiwillige Rückgaben hat es per 1. Januar 2018 bei Spitälern im Kanton Basel-Landschaft keine gegeben. Im Kanton Basel-Stadt hat es zwar solche gegeben, es handelt sich jedoch um wenige Leistungsaufträge.

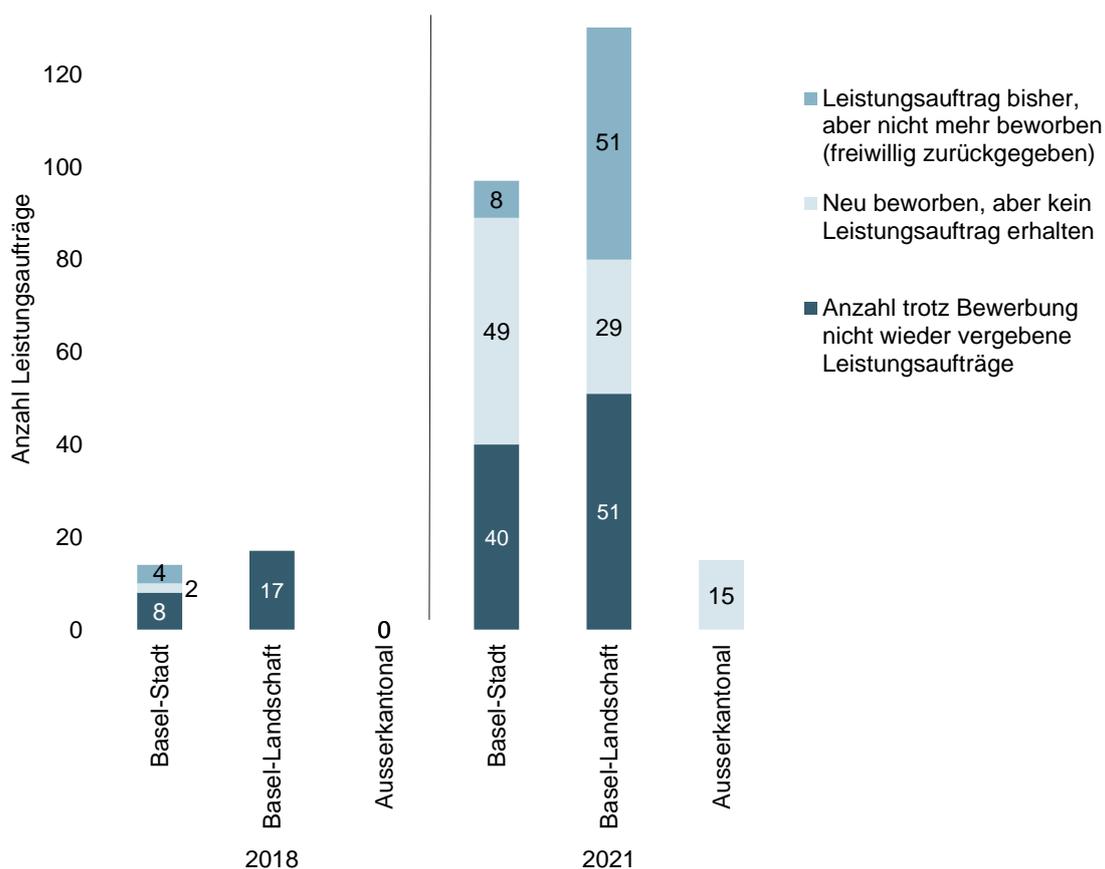


Abbildung 16 Übersicht der nicht erteilten Leistungsaufträge, Spitalliste per 1. Januar 2018 im Vergleich zur Spitalliste per 1. Juli 2021⁴⁶ (eigene Darstellung)

Zur Betrachtung der Konzentration, welche durch die Vergabe resp. Nichtvergabe von Leistungsaufträgen per 1. Juli 2021 erreicht wird, werden die Spitallisten per 1. Juli 2021 mit den zuletzt gültigen Spitallisten in den beiden Kantonen aus dem Jahr 2019 verglichen. Im Vergleich zu den Spitallisten des Jahres 2019 werden auf den gleichlautenden Spitallisten per 1. Juli 2021 total⁴⁷ 134 Leistungsaufträge weniger vergeben. Spitäler im Kanton Basel-Stadt haben 37 und Spitäler im Kanton Basel-

⁴⁶ Die Summe der Leistungsaufträge, welche per 1. Juli 2021 freiwillig zurückgegeben oder welche trotz erneuter Bewerbung nicht wieder vergeben worden sind, entspricht nicht exakt der Differenz der total vergebenen Leistungsaufträge zwischen 2021 und 2018, da es im genannten Zeitraum weitere Anpassungen der Spitalliste gegeben hat.

⁴⁷ Beim Total werden zusätzlich die zwei Kliniken soH Spital Dornach und Klinik Lengg berücksichtigt. Die soH Spital Dornach ist im Jahr 2019 nur auf der Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft gewesen. Für den Vergleich wurde der Einfachheit halber angenommen, dass die Leistungsaufträge der Klinik soH Spital Dornach aus dem Jahr 2019 auch auf der Spitalliste Basel-Stadt enthalten gewesen sind. Da der Referenztarif des Kantons Basel-Stadt über dem Spitaltarif des soH Spitals Dornach liegt, hätten sich basel-städtische Patientinnen und Patienten auch im Jahr 2019 im soH Spital Dornach mit Kostenübernahme durch den Kanton und die Versicherung behandeln lassen können.

Nicht berücksichtigt wird das UKBB. Das UKBB wird weggelassen, da die Wirkungsanalyse auf die Erwachsenen- und Altersmedizin fokussiert. Für Spitäler, welche im Jahr 2019 noch keine standortspezifischen Leistungsaufträge gehabt haben, werde folgende Annahmen getroffen:

Landschaft 103 Leistungsaufträge weniger erhalten (siehe Tabelle 8). An ausserkantonale Spitäler sind sechs zusätzliche Leistungsaufträge vergeben worden. In die Analyse fliessen 112 SPLG ein, wovon 17 einer Mengensteuerung unterliegen.⁴⁸ Dies entspricht einem Anteil von 15.2 Prozent. Die Leistungsaufträge haben sich in SPLG mit und ohne Mengensteuerung nicht unterschiedlich entwickelt. Der Anteil der Leistungsaufträge mit Mengensteuerung an allen Leistungsaufträgen entspricht 15.0 Prozent und weicht nur leicht von den 15.2 Prozent ab. In den Spitälern der beiden Kantone liegt der Anteil zwar leicht höher, aber bei den ausserkantonalen Spitälern sind in diesen SPLG mehr Leistungsaufträge vergeben worden.

	Spitäler BS	Spitäler BL	Ausserkantonale Spitäler	Total
Ohne Mengensteuerung	-30	-86	2	-114
Mit Mengensteuerung	-7	-17	4	-20
Total	-37	-103	6	-134

Tabelle 8 Differenz der Anzahl vergebenen Leistungsaufträge, Spitalisten 2019 im Vergleich zu den Spitalisten per 1. Juli 2021

Zusätzlich zur Analyse der Konzentration der Leistungsaufträge wird der Effekt auf die Fälle betrachtet. Dafür wird betrachtet, wie viele Fälle aufgrund der Veränderung der Leistungsaufträge zwischen 2019 und 2021 umverteilt werden müssen.⁴⁹ Gesamthaft haben die Listenspitäler der Spitalisten 2019 71'198 Fälle der GGR Wohnbevölkerung behandelt.⁵⁰ Aufgrund nicht wiedererteilter oder freiwillig zurückgegebener Leistungsaufträge müssen davon 1'111 Fälle in anderen Spitälern erbracht werden. Dies entspricht 1.6 Prozent der Fälle. Tabelle 9 stellt den Anteil der Fälle zusätzlich nach Wohnkanton sowie aufgeteilt in SPLG mit und ohne Mengensteuerung dar.

		Wohnbevölkerung BS	Wohnbevölkerung BL	Total
Fälle	ohne Mengensteuerung	11'508	12'980	24'488
	mit Mengensteuerung	18'457	28'253	46'710
	Total	29'965	41'233	71'198
Davon umzuverteilende Fälle	ohne Mengensteuerung	291	305	596
	mit Mengensteuerung	227	288	515
	Total	518	593	1'111

Tabelle 9 Fälle der Wohnbevölkerung Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Listenspitälern mit Leistungsaufträgen gemäss Spitalliste 2019 sowie Zahl der umzuverteilenden Fälle aufgrund Änderung der Leistungsaufträge gemäss Spitalliste per 1. Juli 2021, Datenjahr 2019

- Für die zwei Standorte USB - Standort Orthopädie Klinik am Bethesda Spital und USB - Standort Augenklinik wird angenommen, dass sie im Jahr 2019 die gleichen Leistungsaufträge gehabt haben, für die sie sich auch per 1. Juli 2021 beworben haben.
- Für die zwei Standorte des Adullam Spitals und des KSBL wird angenommen, dass beide Standorte 2019 die gleichen Leistungsaufträge vollständig gehabt haben.

⁴⁸ Die Unterteilung in SPLG mit und ohne Mengensteuerung wird vorgenommen, da davon ausgegangen wird, dass man bei den SPLG mit Mengensteuerung, bei welchen mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer überdurchschnittlichen Nachfrage ausgegangen worden ist, die Leistungsaufträge im Hinblick auf die Spitalliste per 1. Juli 2021 restriktiver verteilt worden sind.

⁴⁹ Für diese Auswertung werden die zwei Kliniken, die auf Palliativmedizin spezialisiert sind, nicht berücksichtigt.

⁵⁰ Es werden nur die Fälle gezählt, bei welchen ein Leistungsauftrag vorgelegen hat.

In SPLG mit Mengensteuerung müssen für die GGR Wohnbevölkerung 515 Fälle umverteilt werden. Im Jahr 2019 sind in SPLG und Spitälern, welche von der Mengensteuerung betroffen sind, 46'710 Fälle erbracht worden. Der Anteil der umzuverteilenden Fälle entspricht 1.1 Prozent und liegt unter dem Anteil, welcher über alle SPLG umverteilt wird.

5.8 Mengensteuerung

Gemäss Steiner et al. (2019) werden seit Inkraftsetzung der gleichlautenden Spitalliste per 1. Juli 2021 die bedarfsgerechten Leistungsmengen pro SPLG⁵¹ in der Leistungsvereinbarung zwischen den Kantonen und den Leistungserbringern als Zielvorgabe (Soll-Werte) für die GGR definiert. Dabei ist für jedes von der Mengensteuerung betroffene Spital vorab festgelegt worden, welches die bedarfsgerechten maximalen Leistungsmengen pro Jahr sind. Die Spitäler sind gesamthaft verantwortlich für die Einhaltung dieser maximal definierten Leistungsmengen.⁵² Die Soll-Werte der Jahre 2022 und 2023 werden dabei mit den Ist-Zahlen verglichen.⁵³

In beiden Jahren 2022 und 2023 werden in acht der 17 SPLG mit Mengensteuerung die Soll-Werte überschritten. Die Abweichungen zu den Soll-Werten für die beiden Jahre werden in Abbildung 17 dargestellt. Ein negativer Wert beschreibt eine Unterschreitung, ein positiver Wert eine Überschreitung des Sollwerts.

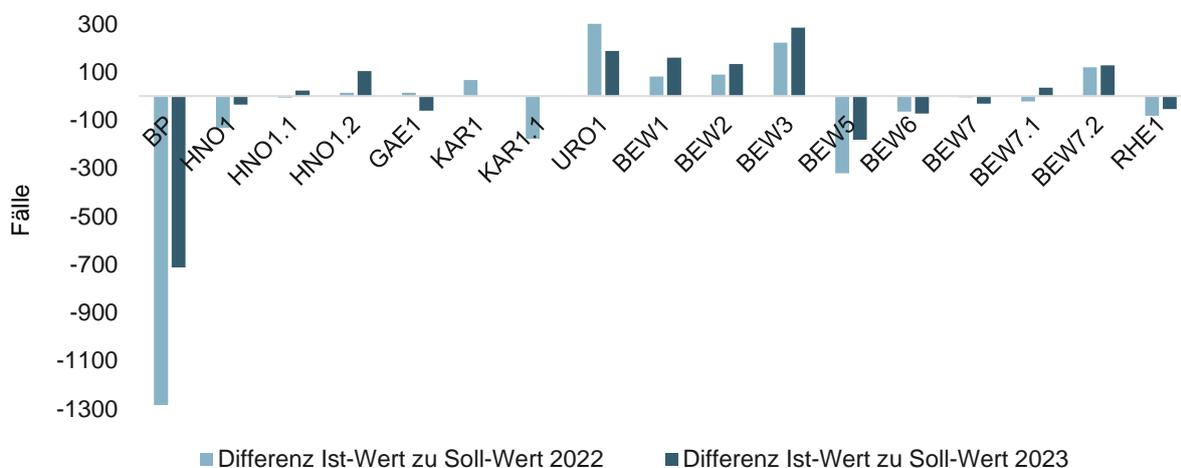


Abbildung 17 Differenz der Ist-Werte zu den Soll-Werten in den 17 mengengesteuerten SPLG, Datenjahre 2022 und 2023 (eigene Darstellung)⁵⁴

⁵¹ Da die Fallzahlen der SPLG BP und BPE in der Medizinischen Statistik nicht separat ausgewiesen werden können, werden die zwei SPLG als eine analysiert.

⁵² Die Regulierung soll ermöglichen, dass sich die Marktanteile zwischen den Spitälern verschieben können, die Gesamtmenge jedoch nicht ausgeweitet wird.

⁵³ In dieser Auswertung werden sowohl die Fälle der über als auch der unter 18-jährigen Personen berücksichtigt, da die Soll-Werte nur für alle Fälle und nicht differenziert nach Altersgruppen vorliegen. Zusätzlich werden für diese Analyse die Fallzahlen und die Soll-Werte der Rennbahnklinik nicht berücksichtigt, da diese Klinik in den SPLG BP, BEW1, BEW2, BEW5, BEW6, BEW7 und BEW7.2 aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. [BVGer C-2947/2021](#)) nicht an die Mengensteuerung gebunden ist.

⁵⁴ Die Leistungsgruppen der Kardiologie (KAR) sind zwischen 2022 und 2023 angepasst und anders aufgeteilt worden. Entsprechend werden für die SPLG KAR1 und KAR1.1 keine Werte für das Jahr 2023 ausgewiesen.

Vergleicht man die Fallzahlen der Wohnbevölkerung von Basel-Landschaft in von der Mengensteuerung betroffenen Listenspitälern des Kantons Basel-Landschaft mit den Fallzahlen der basellandschaftlichen Bevölkerung in allen schweizerischen Spitälern, zeigt sich in den Jahren 2022 und 2023 im Vergleich zum Jahr 2019 für die Fälle der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft in einigen SPLG eine Verschiebung hin zu Spitälern, die nicht den Mengenvorgaben unterliegen. Diese Verschiebung ist in den SPLG HNO1.2, URO1, BEW2, BEW6 und BEW7.2 am deutlichsten.⁵⁵ Für die Wohnbevölkerung von Basel-Stadt zeigt sich ein ähnliches Bild. Die stärksten Verschiebungen verzeichnen die SPLG HNO1.2 und BEW2. Allerdings fällt diese Verschiebung für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt insgesamt weniger ausgeprägt aus.

5.9 Spitaltarife

Die Analyse zu den Spitaltarifen wertet aus, wie sich die durchschnittlichen Tarife⁵⁶ je SPLG der Spitäler mit einem Leistungsauftrag auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verändern. Die Analyse soll somit aufzeigen, inwiefern durch die Vergabe von Leistungsaufträgen günstigere Angebote in den einzelnen SPLG geschaffen werden konnten. Für den Vergleich werden die Leistungsaufträge der Spitallisten, welche in den Jahren 2019 und 2022 mehrheitlich gültig waren, herangezogen.⁵⁷ Für die Auswertung werden die Spitaltarife und Fallzahlen des Jahres 2019 verwendet, so dass die beobachteten Veränderungen explizit auf die vergebenen Leistungsaufträge zurückzuführen sind. Die Analyse wird einmal ohne und einmal mit Gewichtung der Fallzahlen je SPLG⁵⁸ durchgeführt. Hinsichtlich dieser Auswertung ist zusätzlich zu beachten, dass die Tarife im Auswertungszeitraum zwischen 2019 und 2022 relativ stabil geblieben sind. Ab dem Jahr 2023 hat man einen Anstieg (u. a. aufgrund der Teuerung) beobachtet. Um die Ergebnisse der nachfolgenden Analyse besser einordnen zu können, folgt zum Ende des Kapitels eine kurze Beschreibung der Entwicklung der stationären Spitaltarife in der Akutsomatik in den Kantonen Aargau, Bern, Solothurn und Zürich.

Beim Vergleich der Tarife ohne Fallzahlengewichtung wird für ungefähr drei Viertel der SPLG in beiden Kantonen ein Anstieg der durchschnittlichen Tarife pro SPLG verzeichnet (siehe Tabelle 10). Dies bedeutet, dass eher Spitäler mit tieferen Tarifen keine Leistungsaufträge mehr erhalten oder

⁵⁵ Die absolut höchste Veränderung findet in der SPLG BP/BPE statt. Aufgrund der Besonderheiten (bspw. viele Notfälle im BP) dieser SPLG muss die beschriebene Verschiebung mit Vorsicht betrachtet werden.

⁵⁶ Die Berechnung der durchschnittlichen Tarife basiert auf der Summe des Versichertenbestands per 31.12.2019 der drei Einkaufsgemeinschaften (tarifsuisse, HSK und CSS) je Wohnregion. Darauf wird der Anteil jeder Einkaufsgemeinschaft an der Gesamtversichertensumme ermittelt. Der gewichtete Spitaltarif ergibt sich folglich aus den Spitaltarifen der drei Einkaufsgemeinschaften je Spital, gewichtet nach dem Anteil des jeweiligen Versichertenbestands.

⁵⁷ Folgende Hinweise sind bei der vorliegenden Analyse zu berücksichtigen:

- Die zwei Palliativkliniken haben ab 2022 nur noch PAL als Leistungsauftrag. Da dies ein Querschnittsbereich ist, welchem keine Fälle zugeordnet werden, entfallen die Fälle mehrheitlich auf das BP. Im Jahr 2019 hat eine der zwei Palliativkliniken noch einen Leistungsauftrag für die SPLG BPE gehabt. Um die Vergleichbarkeit über die Zeit zu erhöhen, wird dies für diese Auswertungen auf «kein Leistungsauftrag» geändert.
- Im Jahr 2019 können die separaten Standorte des USB (Standort Augenklinik und Standort Orthopädie-Klinik am Bethesda-Spital) nicht ausgewiesen werden, da es dafür keine separate BUR-Nummern gibt. Entsprechend wird in diesem Jahr nur der Standort Hauptcampus des USB berücksichtigt, worunter aber auch die Fälle der anderen zwei Standorte fallen. Die Spitaltarife sind im Jahr 2019 ohnehin für alle drei Standorte gleich gewesen.
- Gewisse Leistungsaufträge sind mit Einschränkungen vergeben worden. Dies wird für die vorliegende Analyse nicht berücksichtigt.
- Ein zusätzlicher Vergleich mit dem Jahr 2023 wird weggelassen, da die Spitallisten zwischen den Jahren 2022 und 2023 nur wenige Änderungen aufweisen.

⁵⁸ Für die Analyse werden 104 SPLG berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden SPLG ohne Leistungsauftrag im Jahr 2019 auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

sich nicht mehr darum beworben haben. Für den verbleibenden Viertel ergeben sich keine Veränderungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei diesem Viertel, d. h. bei 25 der 104 ausgewerteten SPLG, keine Veränderungen in der Vergabe der Leistungsaufträge zwischen den Jahren 2019 und 2022 stattgefunden hat. Bei jeweils zwei der 104 untersuchten SPLG ist eine Reduktion der Tarife pro SPLG zu verzeichnen. Dabei ist keine Reduktion grösser als CHF 200, wohingegen 17 SPLG einen Anstieg grösser als CHF 200 aufweisen.

Für die Auswertung mit Fallzahlengewichtung ist neben dem Effekt der Veränderung der Leistungsaufträge auch ein Effekt durch andere Anteile an den Fällen möglich. Die Gewichtung erfolgt anhand der Fallzahlen der jeweiligen Kantonsbevölkerung im Jahr 2019. Dabei werden nur die Fälle mit einem Leistungsauftrag berücksichtigt. Sofern die Leistungsaufträge gleichbleiben, ändern sich auch die Anteile der Fälle nicht. Die Resultate zeigen, dass mit der Fallzahlengewichtung in 46 (BL) resp. 36 (BS) der 103⁵⁹ SPLG ein Anstieg zu verzeichnen ist. Demgegenüber gibt es mehr SPLG ohne Veränderung (BL: 55; BS: 65). In beiden Kantonen gibt es wiederum zwei SPLG, bei welchen eine Reduktion stattgefunden hat.

Der Grund für die zusätzlichen SPLG ohne Veränderung liegt darin, dass im Jahr 2019 zwar mehr Leistungsaufträge vergeben worden sind, diese aber teilweise keine Fälle aus den Wohnkantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft behandelt haben. Dies bedeutet, dass im Kanton Basel-Landschaft von den 55 SPLG ohne Veränderung 25 SPLG (siehe erste Analyse) auf die gleichbleibenden Leistungsaufträge zurückzuführen sind und in 30 SPLG zwar Leistungsaufträge nicht wieder vergeben resp. zurückgegeben worden sind, dies jedoch Leistungsaufträge ohne Fallzahlen im Jahr 2019 gewesen sind.⁶⁰ Für den Kanton Basel-Stadt handelt es sich um 40 SPLG, bei denen zwar Leistungsaufträge nicht wieder vergeben oder zurückgegeben worden sind, jedoch im Jahr 2019 keine Fälle vorhanden gewesen sind.

	Vergleich Mittelwerte der Spitaltarife 2019 der Leistungsaufträge gemäss Spitalliste 2022 zur Spitalliste 2019		Vergleich Mittelwerte der Spitaltarife 2019 der Leistungsaufträge gemäss Spitalliste 2022 zur Spitalliste 2019 inkl. Fallzahlengewichtung	
	BL	BS	BL	BS
Anzahl SPLG mit Anstieg	77	77	46	36
Davon Anzahl SPLG mit Anstieg > CHF 200	17	17	3	4
Anzahl SPLG ohne Veränderung	25	25	55	65
Anzahl SPLG mit Reduktion	2	2	2	2
Davon Anzahl SPLG mit Reduktion > CHF 200	0	0	0	0

Tabelle 10 Übersicht der Anzahl SPLG mit Veränderungen hinsichtlich des Vergleichs der Mittelwerte der Spitaltarife 2019 der Leistungsaufträge gemäss Spitalliste 2022 zur Spitalliste 2019, mit und ohne Fallzahlengewichtung

Zur Einordnung der Ergebnisse wird nachfolgend die stationäre Tarifentwicklung in der Akutsomatik in weiteren Kantonen betrachtet. Im Kanton Solothurn sind zwischen 2019 und 2022 teilweise leichte Erhöhungen der Tarife zu beobachten, sie bleiben aber grundsätzlich relativ stabil. Im Jahr 2023

⁵⁹ Im Gegensatz zur Analyse davor wird eine SPLG weniger ausgewertet, da es in einer SPLG im Jahr 2019 trotz Leistungsauftrag keine Fälle der GGR Wohnbevölkerung in den Listenspitäler der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gegeben hat.

⁶⁰ Durch die Multiplikation der Leistungsaufträge mit Null, da keine Fälle erbracht worden sind, resultiert keine Veränderung des Mittelwerts der Spitaltarife.



erfolgt bei zwei Drittel der Kliniken ein deutlicher Tarifsprung. Auch im Kanton Zürich ist dieser Anstieg des stationären Spitaltarifs bei ca. 80 Prozent der Kliniken im Jahr 2023 zu beobachten, während die Tarife in den Vorjahren nur leichte Veränderungen aufweisen. Die Entwicklung fällt im Kanton Bern ähnlich aus. Bei über der Hälfte der Kliniken ist zwischen 2022 und 2023 ein Anstieg der Tarife zu beobachten. Die Tarife der Vorjahre bleiben relativ konstant. Im Kanton Aargau ist die Entwicklung weniger einheitlich. Während für einige Kliniken der Tarif auch im Jahr 2023 stabil bleibt, ist bei anderen ein Anstieg zwischen 2022 und 2023 ersichtlich, vereinzelt auch schon ab dem Jahr 2021. Grundsätzlich stützen diese Beobachtungen jedoch die Aussage, dass die steigenden Tarife in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt keine Besonderheit im Vergleich zu anderen Schweizer Kantonen darstellen.

5.10 Spitalkosten

Die Entwicklung des Kostenwachstums im Spitalbereich wird anhand der stationären und ambulanten Spitalkosten⁶¹ im OKP-Bereich analysiert. Dabei werden die Entwicklungen pro versicherte Person pro Kanton für die Datenjahre 2016 bis 2023 für alle Spitalbereiche berechnet. Entsprechend beziehen sich die analysierten Werte auf die Wohnbevölkerungen. Aufgrund der Datenverfügbarkeit wird bei diesen Analysen nicht zwischen den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie unterschieden, wobei die Akutsomatik mit ca. 75 Prozent der deutlich grösste Bereich ist. Die Auswertungen liegen für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie die Restschweiz⁶² vor.

Vorab kann festgehalten werden, dass bei allen analysierten Kennzahlen ein Wachstum zu beobachten ist (siehe Abbildung 18). Im Kanton Basel-Landschaft verzeichnen die stationären Spitalkosten pro Person im Zeitraum von 2016 bis 2023 ein jährliches Wachstum von 0.6 Prozent. In absoluten Zahlen stiegen die Kosten von CHF 2'288 im Jahr 2016 auf CHF 2'392 im Jahr 2023. Im Kanton Basel-Stadt beträgt die entsprechende Kennzahl 0.2 Prozent, was einem Anstieg von CHF 2'764 im Jahr 2016 auf CHF 2'804 im Jahr 2023 entspricht.⁶³ Damit liegen beide jährlichen Wachstumsraten über derjenigen der Restschweiz von 0.1 Prozent. Dieser Wachstumsrate liegt ein Anstieg von CHF 1'784 im Jahr 2016 auf CHF 1'799 im Jahr 2023 zugrunde.

⁶¹ Unter Spitalkosten sind in diesem Zusammenhang die Kosten zu verstehen, welche ein Spital für erbrachte Leistungen abrechnet. Es werden nur die Kostengruppen «Arzt ambulant», «Spital ambulant (ohne Medikamente)» sowie «Spital stationär» der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung berücksichtigt.

⁶² Die Restschweiz wird ohne die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt ausgewiesen.

⁶³ Im Jahr 2022 ist ein überdurchschnittlicher Teil der stationären OKP-Kosten ins Jahr 2023 verschoben worden. Ein Teil des hohen Wachstums ist folglich darauf zurückzuführen.

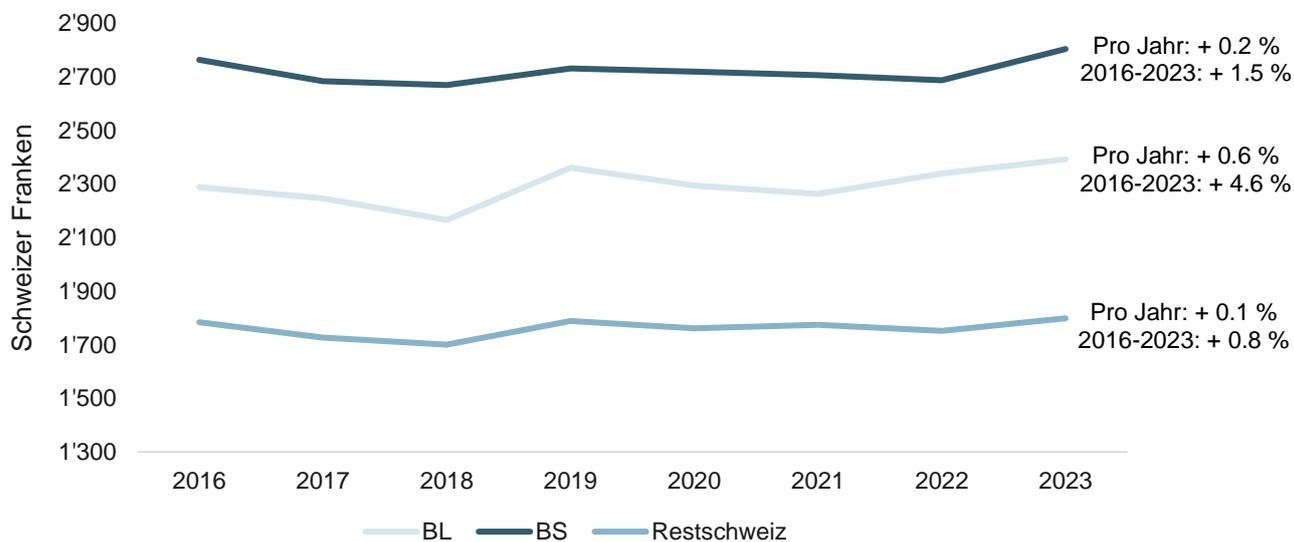


Abbildung 18 Stationäre Spitalkosten pro versicherte Person der Jahre 2016 bis 2023, alle Spitalbereiche (eigene Darstellung)

Im Vergleich dazu fällt das jährliche Wachstum der ambulanten Spitalkosten höher aus (siehe Abbildung 19). Im Kanton Basel-Landschaft steigen die ambulanten Spitalkosten pro Person von CHF 600 im Jahr 2016 auf CHF 705 im Jahr 2023, was einem jährlichen Wachstum von 2.3 Prozent entspricht. Im Kanton Basel-Stadt wird mit 0.8 Prozent ein weniger starkes Wachstum verzeichnet. Die absoluten Zahlen steigen dabei von CHF 686 im Jahr 2016 auf CHF 727 im Jahr 2023. Die jährliche Wachstumsrate der Restschweiz liegt mit 2.4 Prozent über den Werten der beiden Kantone. Die absoluten Frankenbeträge liegen dabei bei CHF 537 (2016) resp. bei CHF 635 (2023).

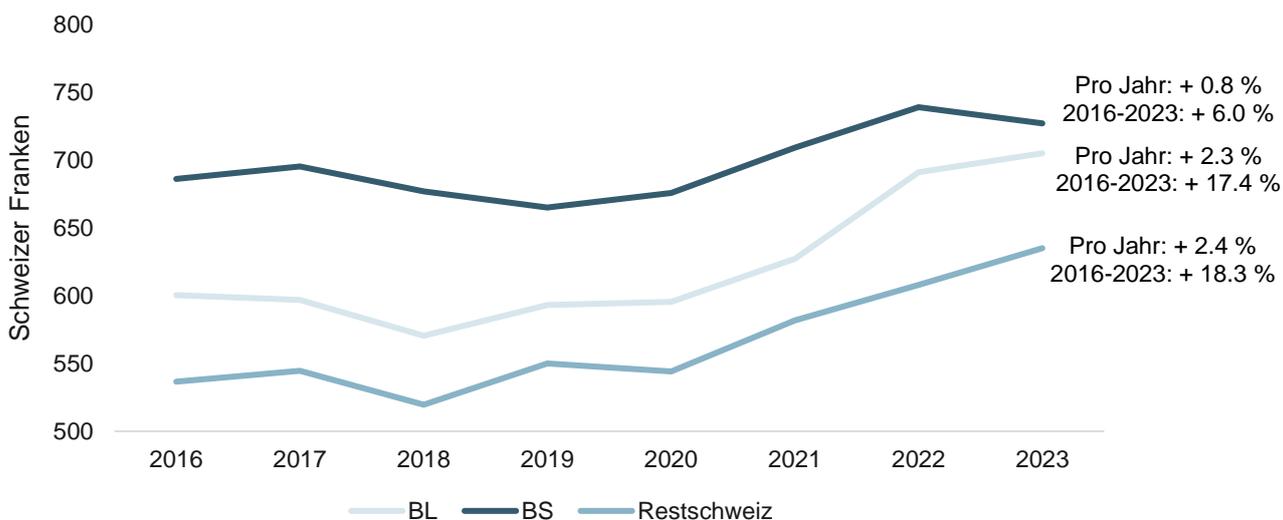


Abbildung 19 Ambulante Spitalkosten pro versicherte Person der Jahre 2016 bis 2023, alle Spitalbereiche (eigene Darstellung)

Zur Auswertung der Betriebskosten werden die Angaben der Kostenträgerrechnung gemäss Krankenhausstatistik der Jahre 2019 und 2023 verwendet.⁶⁴ Entsprechend beziehen sich die analysierten Werte auf die Spitalstandorte. Die ambulanten Betriebskosten der Spitäler nehmen im Kanton Basel-Landschaft zwischen 2019 und 2023 jährlich um 6.6 Prozent und im Kanton Basel-Stadt um 3.5 Prozent zu. Im gleichen Zeitabschnitt beträgt das jährliche Wachstum in der Restschweiz 5.0 Prozent. Die jährliche Wachstumsrate der stationären Betriebskosten beträgt zwischen 2019 und 2023 im Kanton Basel-Landschaft 2.2 Prozent, während sich der Wert im Kanton Basel-Stadt auf 3.1 Prozent beläuft. Die Restschweiz verzeichnet eine jährliche Zunahme von 2.7 Prozent. Die jährlichen Wachstumsraten der ambulanten und stationären Betriebskosten kommen damit über den jährlichen Wachstumsraten der vorangehend beschriebenen Spitalkosten zu liegen. Betrachtet man die Entwicklung der gesamten Betriebskosten, betragen die jährlichen Wachstumsraten zwischen 2019 und 2023 im Kanton Basel-Landschaft 2.4 Prozent, im Kanton Basel-Stadt 3.3 Prozent und in der Restschweiz 3.6 Prozent.

5.11 HSM-Leistungsaufträge

Die Entwicklung der Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin (nachfolgend HSM-Leistungsaufträge) wird für die Spitäler UKBB, USB, St. Claraspital und KSBL im Zeitraum 2019 bis 2024 gemäss IVHSM-Liste für vier Zeitpunkte (1. Juli 2018, 1. Juli 2021, 1. Januar 2023 und 1. Oktober 2024) analysiert. Im Anhang A.6 sind diese vier interkantonalen Spitallisten der hochspezialisierten Medizin mit Fokus auf diese vier Spitäler dargestellt. Zur Einordnung der Ergebnisse wird angemerkt, dass die Definition von Hochschulmedizin eine Herausforderung darstellt und keine schweizweit anerkannte Abgrenzung besteht. Die Erteilung von HSM-Aufträgen obliegt zudem nicht der Hoheit der Kantone. Entsprechend verfügen sie nur bedingt über Handlungsspielraum.

Vor Inkraftsetzung der gemeinsamen Spitalliste bestehen in der GGR per 1. Juli 2018 in 21 von 39 möglichen HSM-Leistungsbereichen Leistungsaufträge. Es werden sowohl durch das HSM-Beschlussorgan erteilte als auch kantonal erteilte Leistungsaufträge gezählt.⁶⁵ Bis zum 1. Oktober 2024 erhöht sich die Zahl der möglichen HSM-Leistungsaufträge auf 44. Die in der GGR erteilten Leistungsaufträge an Spitäler in der GGR per 1. Oktober 2024 steigen auf 23. Zudem liegt der Anteil der in der GGR vertretenen HSM-Leistungsaufträge zwischen 2018 und 2024 jeweils über 50 Prozent der insgesamt möglichen HSM-Leistungsaufträge (vgl. Abbildung 20).

⁶⁴ Konkret werden dabei die Variablen «X2_01_50_01_total_ambulant», «X2_01_50_02_total_stationaer» und «X2_01_800_total_kostentraeger» der Krankenhausstatistik des BFS verwendet. Dabei werden die Kosten aller Spitalbereiche berücksichtigt. Weiterführende Informationen sind unter dem folgenden Link abrufbar: [Krankenhausstatistik - Anhang I](#) (abgerufen am 12.02.2025).

⁶⁵ Es gibt zwei verschiedene Situationen, in welchen kantonal erteilte HSM-Leistungsaufträge zur Geltung kommen: Entweder sind die durch das HSM-Beschlussorgan vergebenen Leistungsaufträge ausgelaufen oder das HSM-Beschlussorgan hat noch keinen rechtskräftigen Beschluss gefasst. Bis zum Vorliegen eines anderslautenden Beschlusses des HSM-Beschlussorgans bestimmt sich ein allfälliger Leistungsauftrag, der zur Abrechnung über die OKP in diesem Bereich berechtigt, nach Massgabe eines allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrags.

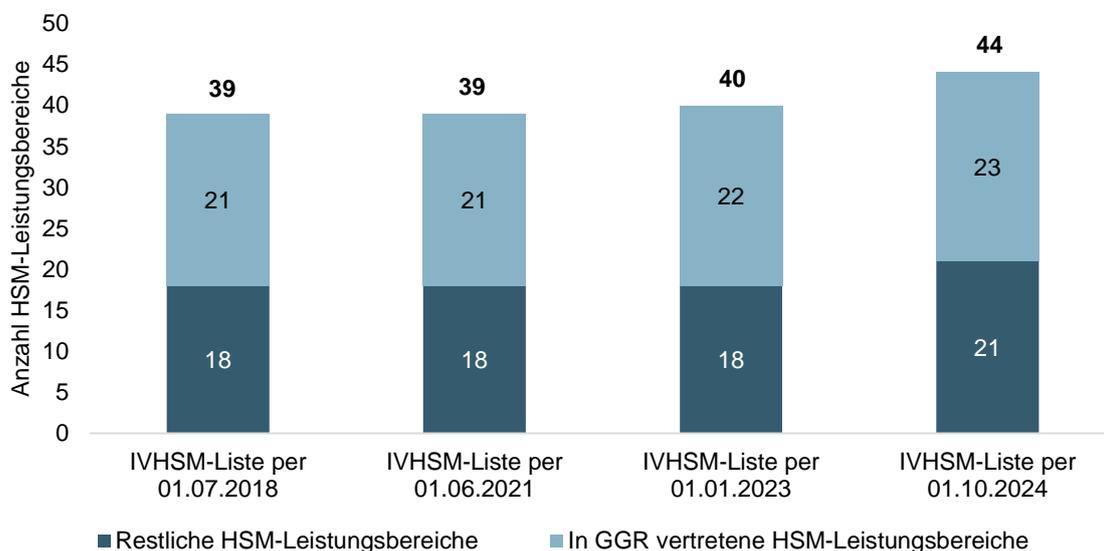


Abbildung 20 Total der möglichen HSM-Leistungsbereiche schweizweit und davon in der GGR vertretene HSM-Leistungsbereiche (eigene Darstellung)

Die Aufteilung der Leistungsaufträge ist in Abbildung 21 ersichtlich. Die Zahl der durch das HSM-Beschlussorgan zugeteilten HSM-Leistungsaufträge steigt von fünf per 1. Juli 2018 auf 20 per 1. Oktober 2024. Gleichzeitig nimmt die Zahl der kantonalen Leistungsaufträge, welche aufgrund ausgelaufener HSM-Leistungszuteilungen zur Geltung kommen, ab von 23 per 1. Juli 2018 auf fünf per 1. Oktober 2024. Wenig Veränderungen ergeben sich in der Kategorie der kantonalen Leistungsaufträge, welche aufgrund eines fehlenden rechtskräftigen Beschlusses des HSM-Beschlussorgans Geltung erlangen. Diese Art von Leistungsaufträgen nimmt von zwei im Jahr 2018 auf drei im Jahr 2024 zu. Die Totalzahl der Leistungsaufträge in HSM-Bereichen in der GGR nimmt damit von 30 per 1. Januar 2028 auf 28 per 1. Oktober 2024 ab.

Das USB verfügt per 1. Oktober 2024 mit neun HSM-Leistungsaufträgen über die grösste Anzahl, gefolgt vom St. Claraspital mit sechs, dem UKBB mit drei und dem KSBL mit zwei HSM-Leistungsaufträgen. Betrachtet man die Veränderungen der Anzahl Leistungsaufträge zwischen 2018 und 2024, führt das St. Claraspital die Liste mit einer Zunahme von sechs Leistungsaufträgen an. Das USB verzeichnet eine Zunahme von vier, das UKBB von drei und das KSBL von zwei HSM-Leistungsaufträgen.

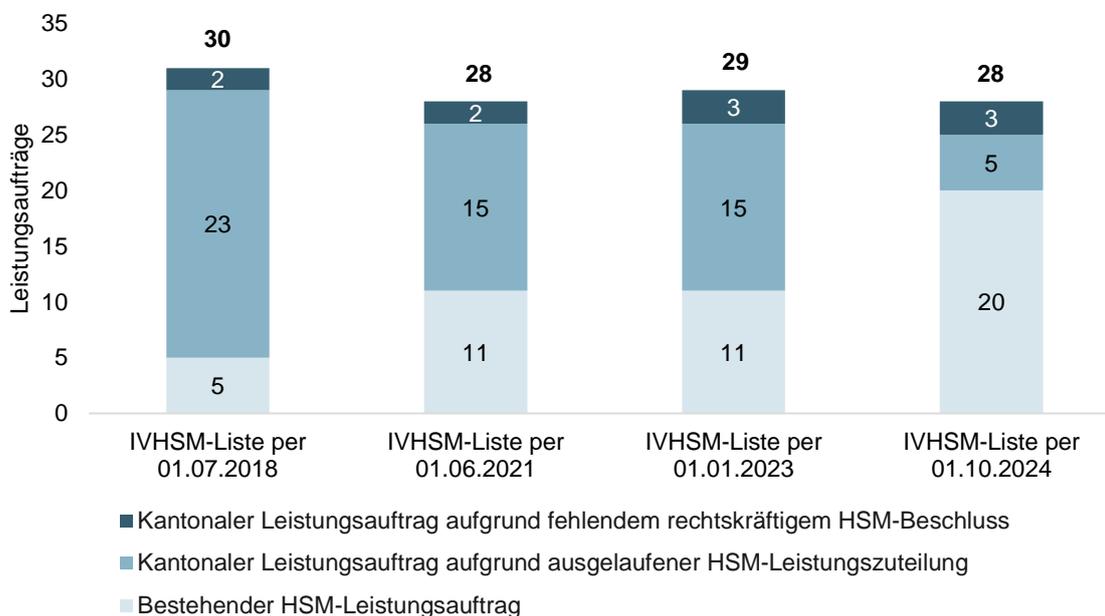


Abbildung 21 Leistungsaufträge in HSM-Leistungsbereichen in der GGR (eigene Darstellung)

5.12 Drittmittel

Für die Analyse der zu Forschungszwecken eingeworbenen Drittmittel der Spitäler der Region ist eine Erhebung der Datenjahre 2019, 2022 und 2023 bei 16 akutsomatischen Spitätern (inkl. dem UKBB) mit Standort in der GGR durchgeführt worden.⁶⁶ 14 Spitäler haben eine Rückmeldung gegeben. Gesamthaft haben diese Spitäler im Jahr 2019 CHF 48.7 Millionen an Drittmitteln zu Forschungszwecken erhalten.⁶⁷ Diese Zahl ist bis im Jahr 2023 um 1.2 Prozent auf CHF 48.1 Millionen gesunken, was einem jährlichen Rückgang von 0.3 Prozent entspricht. Damit bleibt die Höhe der eingeworbenen Drittmittel im beobachteten Zeitraum stabil.

Betrachtet man die Kennzahlen auf kantonaler Ebene, beträgt der jährliche Rückgang für den Kanton Basel-Landschaft 4.4 Prozent (2019: CHF 2.1 Millionen; 2023: CHF 1.8 Millionen) und für den Kanton Basel-Stadt 0.1 Prozent (2019: CHF 46.5 Millionen; 2023: CHF 46.3 Millionen). Über 95 Prozent der eingeworbenen Drittmittel fallen auf Spitäler mit Standort Kanton Basel-Stadt⁶⁸. Die Höhe der eingeworbenen Drittmittel zu Forschungszwecken der beiden Kantone für die drei Jahre ist in Abbildung 22 dargestellt.

⁶⁶ Von der Befragung ausgenommen worden sind die Geburtshäuser sowie Kliniken, welche ausschliesslich psychiatrische und rehabilitative Leistungen erbringen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist weiter zu berücksichtigen, dass buchhalterische Abgrenzungen teilweise nicht berücksichtigt werden können resp. die dafür notwendigen Informationen bei den Spitätern nicht angefragt worden sind.

⁶⁷ Die verwendete Datengrundlage erlaubt keine Rückschlüsse auf die Herkunft der Gelder (Bund, Kanton, Dritte etc.).

⁶⁸ Aufgrund der geografischen Gegebenheiten wird das UKBB trotz bikantonalen Trägerschaft nur zum Kanton Basel-Stadt gezählt.

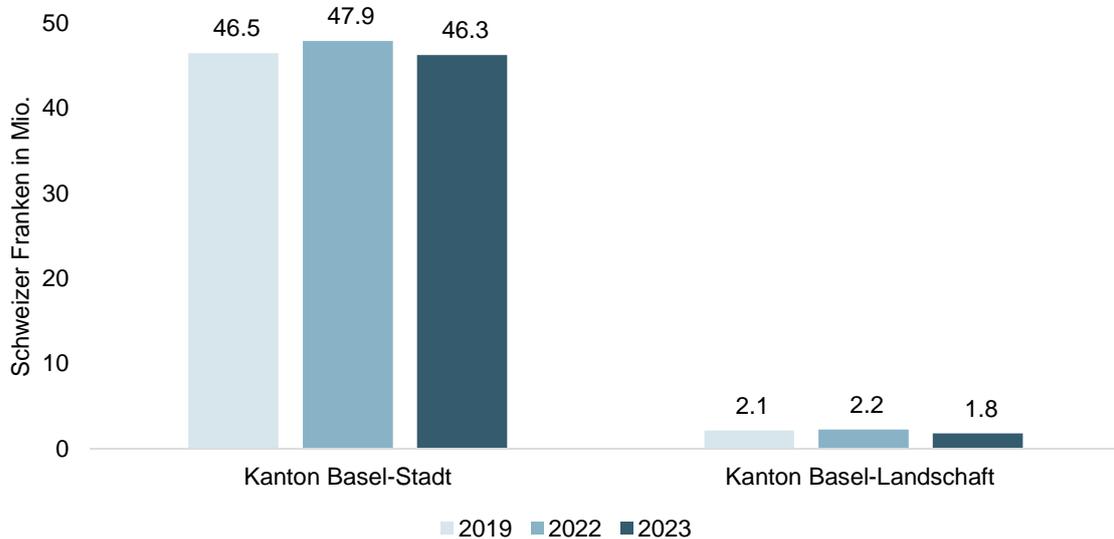


Abbildung 22 Eingeworbene Drittmittel zu Forschungszwecken der Jahre 2019, 2022 und 2023 (eigene Darstellung)

5.13 Gleichbehandlung

Die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern ist im Wirkungsmodell in Kapitel 2 als viertes Ziel der Wirkungsanalyse festgehalten. Im Rahmen der Vernehmlassung des Staatsvertrags wird darauf hingewiesen, dass der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privaten Spitälern und den unterschiedlichen Rollen der Kantone (Eigner und Regulator) besonderes Augenmerk geschenkt werden sollte. Nachfolgend wird beschrieben, welche Massnahmen seit Inkraftsetzung des Staatsvertrags ergriffen worden sind, um einer potenziellen Ungleichbehandlung entgegenzuwirken und welche Informationen zur Beurteilung der Fragestellung genutzt werden können.

Um den Spannungsfeldern zu begegnen, sind im Kanton Basel-Stadt Public Corporate Governance-Richtlinien erlassen worden (vgl. Ratschlag zum Staatsvertrag). Im Kanton Basel-Landschaft gilt analog das Gesetz über die Beteiligungen) als Basis zur Regelung der Beteiligungen des Kantons (vgl. Landratsvorlage zum Staatsvertrag). Zusätzlich ist die Fachkommission Gemeinsame Gesundheitsregion auf Grundlage des Staatsvertrags ins Leben gerufen worden, welche den Prozess der Spitalplanung als Fachgremium begleitet und gestützt auf § 8 des Staatsvertrags eine Stellungnahme zum gewählten Vorgehen zuhanden der Regierungen der Vereinbarungskantone verfasst. Im Rahmen dieser Stellungnahmen weist die Fachkommission GGR darauf hin, «dass die im Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom 6. Februar 2018 genannten Zielsetzungen und Rahmenbedingungen für den gemeinsamen Gesundheitsraum eine grundsätzliche Ungleichbehandlung der Spitälern implizieren können» (vgl. Stellungnahme Fachkommission GGR Akutsomatik, S. 5, Psychiatrie, S. 6 und Rehabilitation, S. 6). Bis anhin ist die Fachkommission GGR jedoch nicht zum Schluss gekommen, dass eine Ungleichbehandlung der Leistungserbringer stattgefunden hat.

Im Rahmen der Wirkungsanalyse ist in Betracht gezogen worden, die beim Bundesverwaltungsgericht eingegangenen Beschwerden resp. deren Urteile zu analysieren, um eine potenzielle Ungleichbehandlung zu bewerten. Unter den beschwerdeführenden Spitälern befinden sich sowohl private

wie auch öffentlich-rechtliche Leistungserbringer. Da die Beschwerden jedoch auf formale Aspekte fokussieren, lassen sich daraus keine weiteren Erkenntnisse zu einer gezielten Ungleichbehandlung ableiten (vgl. Bundesverwaltungsgerichtsurteile gemäss Anhang A.3).

5.14 Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten

Die Kantonskosten werden basierend auf den stationären Spitalleistungen im OKP-Bereich für die Jahre 2016 bis 2023 analysiert. Dabei werden die Spitalkosten mit den kantonalen Finanzierungsanteilen der Kantone⁶⁹ multipliziert. Es wird sowohl für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt als auch für die Restschweiz⁷⁰ ein Wachstum beobachtet. Für den Kanton Basel-Landschaft ergibt sich ein jährliches Wachstum von 1.4 Prozent. Die absoluten Kosten sind dabei von CHF 358 Millionen im Jahr 2016 auf CHF 394 Millionen im Jahr 2023 angestiegen. Für den Kanton Basel-Stadt wird ein jährliches Wachstum von 1.0 Prozent berechnet. Die totalen Ausgaben steigen von CHF 289 Millionen im Jahr 2016 auf CHF 309 Millionen im Jahr 2023. Die Restschweiz verzeichnet ein jährliches Wachstum von 1.1 Prozent resp. einen Anstieg der Kosten von CHF 7.73 Milliarden auf CHF 8.36 Milliarden. Die Entwicklung der Kantonskosten der beiden Kantone und der Restschweiz ist in den Abbildungen 23 und 24 dargestellt.

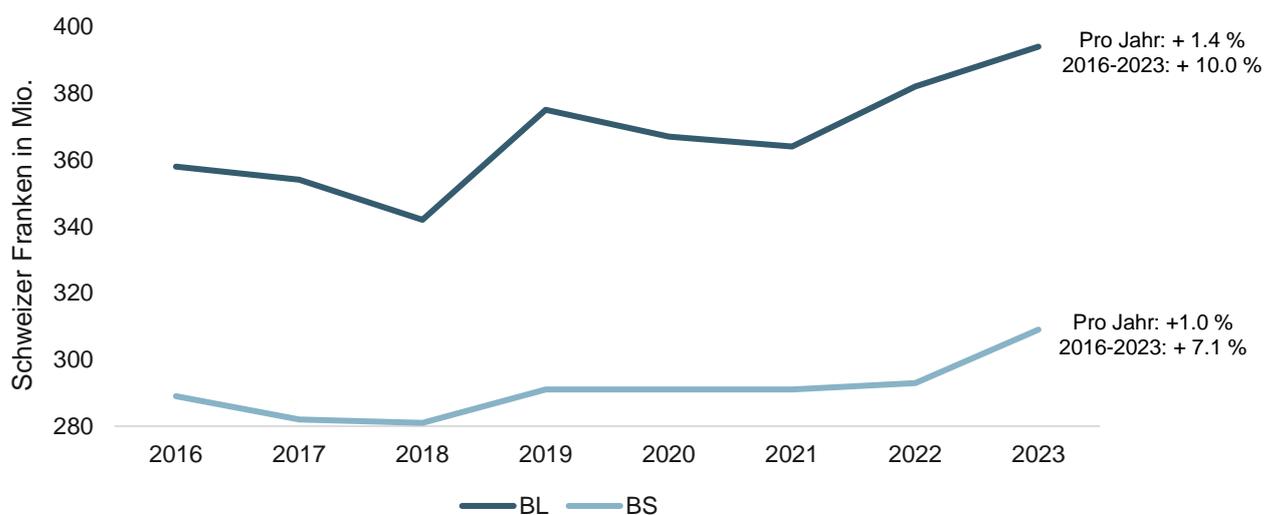


Abbildung 23 Kantonskosten der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt basierend auf stationären Spitalleistungen im OKP-Bereich der Jahre 2016 bis 2023 (eigene Darstellung)

⁶⁹ Der Kanton Basel-Stadt übernimmt als Kanton einen Anteil von 56 Prozent.

⁷⁰ Die Restschweiz wird ohne die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt ausgewiesen.

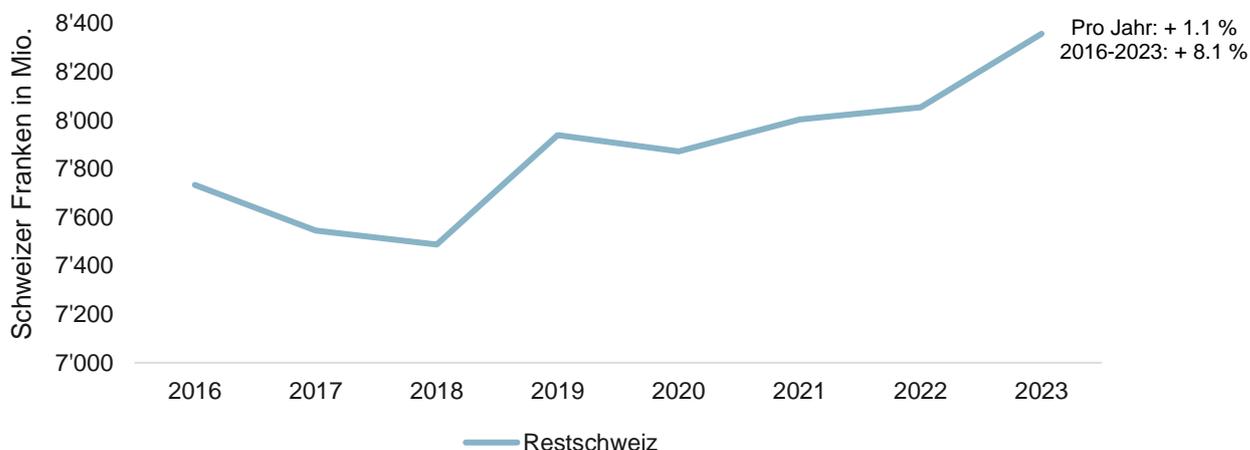


Abbildung 24 Kantonskosten der Restschweiz basierend auf stationären Spitalkosten der Jahre 2016 bis 2023 (eigene Darstellung)

5.15 Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten und Vergleichskantone

Die hypothetischen Spitalisten haben zum Ziel, die finanziellen Auswirkungen aufgrund der gleichlautenden Spitalisten für den Kanton Basel-Landschaft zu analysieren. Die Auswertung analysiert anhand von drei hypothetischen Spitalisten, inwiefern sich die Kosten für die stationären Fälle für den Kanton Basel-Landschaft verändern, wenn nicht gleichlautende Leistungsaufträge vergeben würden. Die verschiedenen Varianten basieren auf dem Inhalt von Vorgesprächen mit dem Regierungsrat resp. dem Departementsvorsteher und einem Beschluss vom Leitungsausschuss GGR. Bei allen Varianten handelt es sich um Szenarien, welchen Annahmen zugrunde liegen. In keinem Szenario werden Überlegungen zum aktuellen Versorgungsbedarf der Kantonsbevölkerungen, der überhaupt realistisch vorhandenen Verlagerungskapazitäten oder der damit verbundene Umgang mit Kostengutsprachen berücksichtigt. Ebenfalls nicht quantifiziert werden mögliche Auswirkungen durch die Umsetzung einer solchen hypothetischen Spitaliste. Bspw. könnte die zusätzliche Vergabe von Leistungsaufträgen ein Mengenwachstum zur Folge haben oder die Nichtvergabe eines Leistungsauftrags an einen versorgungsrelevanten Leistungserbringer ein juristisches Beschwerderisiko bergen.



Diese Analyse wird nur für den Kanton Basel-Landschaft durchgeführt, da der Referenztarif im Kanton Basel-Stadt höher ist als die Spitaltarife der akutsomatischen Spitäler mit Standort Basel-Landschaft. Die Analyse basiert auf der Spitalliste per 1. Januar 2023⁷¹ und wird basierend auf den Tarifen, Fällen⁷² und dem Schweregrad des Jahres 2023 berechnet. Um die Kosten zu berechnen, werden die Fälle je Spital und SPLG mit dem Tarif des Spitals sowie dem durchschnittlichen CMI⁷³ der entsprechenden Fälle multipliziert. Dies ergibt einen Betrag in Schweizer Franken. In verschiedenen Varianten werden die Leistungsaufträge je SPLG der Spitalliste per 1. Januar 2023 angepasst. Als Folge davon ändern sich die Kosten, da die Fälle bei anderen Leistungserbringern erbracht werden, welche einen anderen Tarif haben. Folgende Varianten von Spitallisten und Annahmen werden berechnet:

- Variante 1: Hypothetische Spitalliste mit Leistungsaufträgen ausschliesslich an das Spital, welches aktuell einen Leistungsauftrag und den niedrigsten Tarif aufweist.
- Variante 2: Hypothetische Spitalliste mit ausschliesslich Leistungsaufträgen an Spitäler mit Standort im Kanton Basel-Landschaft, die aktuell bereits einen Leistungsauftrag haben. Ausgenommen davon sind SPLG, in welchen kein Spital mit Standort im Kanton Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag hat. In diesem Fall wird der Leistungsauftrag beim USB (Hauptcampus) belassen.⁷⁴
- Variante 3: Hypothetische Spitalliste mit Leistungsaufträgen ausschliesslich an Spitäler, deren Tarif wesentlich unter dem Referenztarif des Kantons Basel-Landschaft liegt und die aktuell bereits einen Leistungsauftrag haben. Dies ist im Jahr 2023 für alle Spitäler ausser das USB (Hauptcampus und Augenklinik), das St. Claraspital, das soH Spital Dornach und die Klinik Lengg der Fall. Wie bei Variante 2 werden dem USB (Hauptcampus) dennoch Leistungsaufträge vergeben, sofern kein anderes Spital einen entsprechenden Leistungsauftrag hat.
- Variante 4: Dies ist eine Erweiterung der Variante 3, in welcher für die Notfälle die Annahme getroffen wird, dass diese weiterhin dort erbracht werden, wo sie bis anhin erbracht worden sind.
- Variante 5: Dies ist eine Erweiterung der Variante 4, in welcher zusätzlich angenommen wird, dass eine gewisse Anzahl Personen eine Spitalzusatzversicherung besitzt, aufgrund derer sie ohne Zusatzkosten das Spital auch ohne medizinische Gründe frei wählen darf. In

⁷¹ Die Leistungsaufträge, welche aufgrund der Beschwerde einer aufschiebenden Wirkung unterliegen, werden für die Analysen nicht berücksichtigt, da diese Leistungsaufträge ursprünglich nicht vergeben werden sollten und es bei den hypothetischen Spitallisten um Szenarien geht.

⁷² Für diese Analyse werden die Fälle der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft der Listenspitäler der Spitalliste per 1. Januar 2023 des Kantons Basel-Landschaft berücksichtigt. Zudem werden nur Fälle berücksichtigt, welche in Spitälern mit Leistungsauftrag erbracht werden. Weiter werden für die Analyse die Fälle der zwei Kliniken im Bereich der palliativen Medizin und die drei Geburtshäuser nicht berücksichtigt. Bei der palliativen Medizin besteht das Problem, dass diese Kliniken nur einen Leistungsauftrag für Querschnittsbereiche haben, welche bis anhin nicht operationalisiert sind (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Der Grouper ordnet die Fälle folglich anderen SPLG zu, wodurch eine Veränderung der Zuordnung der Leistungsaufträge keinen Effekt hat. Zugleich ist der Spitaltarif für beide Kliniken im Jahr 2023 gleich hoch, so dass eine Verschiebung zwischen diesen zwei Kliniken keinen Effekt hat. Zur Vereinfachung werden zudem die Geburtshäuser und somit die SPLG GEBH weggelassen.

⁷³ Der Case Mix Index (CMI) ist unter der Voraussetzung einer perfekt ausdifferenzierten Tarifstruktur ein Indikator zur Ermittlung der durchschnittlichen Fallschwere bzw. des durchschnittlichen Schweregrades eines Spitals oder einer Gruppe von Fällen. Er berechnet sich aus der Summe der abgerechneten Kostengewichte der Fälle (Case Mix) dividiert durch die Anzahl Fälle.

⁷⁴ Theoretisch wäre es auch möglich, dass ein anderes aus Sicht des Kantons Basel-Landschaft ausserkantonales Spital den Leistungsauftrag behält. Dies ist jedoch nicht der Fall.



den Berechnungen wird die Annahme getroffen, dass 25 Prozent (Variante 5a) resp. 50 Prozent (Variante 5b) der Fälle eine solche Spitalzusatzversicherung besitzen.⁷⁵

Durch die Veränderung der Spitallisten müssen in allen Varianten Fälle umverteilt werden. Die Umverteilung findet prozentual zu den im Jahr 2023 vorhandenen Fällen der Kliniken, welche weiterhin einen Leistungsauftrag haben, statt. Es wird die Annahme getroffen, dass die umzuverteilenden Fälle⁷⁶ den Schweregrad beibehalten.

In gewissen SPLG kommt es vor, dass alle Spitäler, welche den Leistungsauftrag behalten, im Jahr 2023 keine Fälle aus dem Wohnkanton Basel-Landschaft behandelten. In diesem Fall wird eine gleichmässige Verteilung der umzuverteilenden Fälle auf die verbleibenden Spitäler angenommen.⁷⁷

Die Berechnungen werden pro SPLG durchgeführt und anschliessend je Variante aufsummiert. Die tatsächlichen Kosten für stationäre Behandlungen von Fällen aus dem Kanton Basel-Landschaft, welche in einem Spital der gleichlautenden Spitallisten behandelt werden, belaufen sich auf rund CHF 479 Millionen. Die grössten potenziellen Einsparungen von rund CHF 19 Millionen würden durch die Variante 1 erfolgen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass diese Variante nicht mit den aktuellen bundesrechtlichen Vorgaben, insbesondere dem KVG, vereinbar ist und Annahmen zu Kapazitäten der einzelnen Spitäler unterliegt. Kurzfristig ist es wahrscheinlich nur in wenigen SPLG möglich, dass das günstigste Spital alle Fälle übernimmt. Zudem werden Leistungsaufträge normalerweise für längere Zeiträume vergeben, wohingegen die Tarife meist jährlich wechseln. Somit wäre eine Vergabe an das günstigste Spital zum Zeitpunkt 1 nicht unbedingt das günstigste Spital zum Zeitpunkt 2. Bei Variante 2 könnten rund CHF 13 Millionen eingespart werden, jedoch ist auch bei diesem Szenario fraglich, ob eine solche Umsetzung mit den bundesrechtlichen Vorgaben kompatibel wäre. Die Varianten 4 und 5 berücksichtigen zusätzlich die Notfälle und eine Annahme zum Anteil der Bevölkerung mit einer Spitalzusatzversicherung. Deren Einsparungspotenzial beläuft sich auf rund CHF 8.5 Millionen.⁷⁸ Die Resultate der Varianten 1 bis 3 befinden sich im Anhang A.7, die Varianten 4 und 5 werden in Tabelle 11 dargestellt.

Zusätzlich zum Einsparpotenzial stellt sich die Frage, ob jene Spitäler, welche die Fälle neu behandeln sollen, ausreichend Kapazitäten dafür haben. Es wird deshalb basierend auf Variante 4 eine Überprüfung der Kapazitäten durchgeführt. Eine Umverteilung ist in 82 von 106 SPLG erforderlich. Falls kurzfristig von einer maximalen Steigerung der zu bewältigenden Fallzahlen von zehn Prozent in den verbleibenden Spitälern ausgegangen wird, wäre eine Umverteilung nur in 23 der 82 SPLG möglich. Wird längerfristig eine höhere Kapazitätsausweitung von 50 Prozent angenommen, wäre die Aufnahme der Fälle in 47 der 82 SPLG durch die verbleibenden Spitäler möglich. Eine Verdopplung der Kapazitäten würde dazu führen, dass 63 der SPLG von den restlichen Spitälern mit Leistungsauftrag abgedeckt werden können.

⁷⁵ Aufgrund der Datenverfügbarkeit kann keine konkrete Zahl zum Anteil an Versicherten mit Spitalzusatzversicherungen hinsichtlich der freien Spitalwahl verwendet werden. Es werden deshalb zwei Annahmen getroffen. Die Annahmen schliessen alle Spitalzusatzversicherungen ein, welche eine freie Spitalwahl ermöglichen (keine Unterscheidung zwischen allgemeine Abteilung ganze Schweiz, halbprivat und privat).

⁷⁶ Bei Varianten 4 und 5 wird beim CMI nicht zwischen Notfällen und anderen Fällen unterschieden.

⁷⁷ Beispiel: In Variante 2 erbringen neu nur noch die Standorte A und B Fälle. Diese Standorte haben bis anhin trotz Leistungsauftrag keine Fälle erbracht. Es wird folglich angenommen, dass diese zwei Standorte in Zukunft je 50 Prozent der Fälle erbringen.

⁷⁸ Der Grund, weshalb das Einsparungspotenzial durch die Berücksichtigung der Spitalzusatzversicherung gleich bleibt, liegt in der Umverteilung von Fällen aus Spitälern, die über dem Referenztarif liegen (bspw. KSBL) an die drei Standorte USB Hauptcampus und Augenklinik sowie St. Claraspital. Die Kosten für Behandlungen in diesen Spitälern wird mit dem Referenztarif und nicht dem jeweiligen Spitaltarif berechnet.

Für die drei basel-städtischen Spitäler USB Hauptcampus, USB Augenklinik und das St. Claraspital, deren Tarife über dem Referenztarif des Kantons Basel-Landschaft liegen, hätte der Wegfall der Fälle der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft⁷⁹ in einer SPLG zur Folge, dass die Mindestfallzahlen⁸⁰ im Jahr 2023 in einem Spital nicht mehr erreicht worden wären.

SPLB	Tatsächliche Kosten basierend auf Fällen, CMI und Tarifen (Angaben in CHF)	Kosten Variante 4 (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 4 zu tatsächlichen Kosten 2023 (Angaben in CHF)	Kosten Variante 5a mit 25% Zusatzversicherung (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 5a mit 25% Zusatzversicherung zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)	Kosten Variante 5b mit 50% Zusatzversicherung (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 5b mit 50% Zusatzversicherung zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)
Basispaket	159'531'632	158'844'755	686'877	158'829'340	702'291	158'813'926	717'706
Dermatologie	1'336'131	1'260'359	75'772	1'259'369	76'761	1'258'379	77'751
Hals-Nasen-Ohren	16'195'771	15'672'360	523'411	15'679'423	516'348	15'686'486	509'285
Neurochirurgie	5'907'953	5'901'959	5'994	5'901'881	6'072	5'901'803	6'150
Neurologie	4'587'815	4'554'796	33'019	4'550'404	37'411	4'546'012	41'804
Ophthalmologie	3'201'941	3'017'730	184'211	3'029'388	172'553	3'041'046	160'895
Endokrinologie	2'565'723	2'548'827	16'896	2'548'512	17'211	2'548'197	17'526
Gastroenterologie	15'061'854	14'891'416	170'438	14'889'500	172'355	14'887'583	174'271
Viszeralchirurgie	19'562'804	19'158'346	404'458	19'148'376	414'428	19'138'406	424'398
Hämatologie	9'023'530	8'847'642	175'888	8'845'436	178'094	8'843'231	180'300
Gefässe	13'367'209	12'840'696	526'513	12'834'785	532'424	12'828'874	538'336
Herz	44'524'183	42'877'816	1'646'367	42'854'419	1'669'764	42'831'022	1'693'161
Nephrologie	2'334'286	2'311'939	22'348	2'311'649	22'637	2'311'360	22'926
Urologie	21'529'219	20'883'347	645'872	20'891'973	637'246	20'900'598	628'621
Pneumologie	13'529'034	13'220'567	308'468	13'216'354	312'680	13'212'141	316'893
Thoraxchirurgie	2'983'237	2'836'124	147'113	2'833'447	149'790	2'830'770	152'467
Bewegungsapparat chirurgisch	100'211'044	99'026'822	1'184'222	99'061'803	1'149'241	99'096'784	1'114'260
Rheumatologie	1'732'141	1'727'203	4'937	1'727'334	4'807	1'727'464	4'676

⁷⁹ Die Notfälle sind davon ausgenommen.

⁸⁰ Mindestfallzahlen sind quantitative Vorgaben, welche vorschreiben, wie oft eine medizinische Leistung innerhalb einer bestimmten Periode durch eine bestimmte Person oder Organisationseinheit mindestens durchgeführt werden muss. Normalerweise werden dabei nicht die Zuordnung der Fälle zu den SPLG verwendet, sondern die Fälle basierend auf spezifischen CHOP-Codes gezählt. Aufgrund der vorliegenden Daten werden jedoch die Angaben gemäss SPLG-Gruppierung verwendet, wodurch leicht Abweichungen gegenüber der Mindestfallzahlweise mit spezifischen CHOP-Codes auftreten können.

SPLB	Tatsächliche Kosten basierend auf Fällen, CMI und Tarifen (Angaben in CHF)	Kosten Variante 4 (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 4 zu tatsächlichen Kosten 2023 (Angaben in CHF)	Kosten Variante 5a mit 25% Zusatzversicherung (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 5a mit 25% Zusatzversicherung zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)	Kosten Variante 5b mit 50% Zusatzversicherung (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 5b mit 50% Zusatzversicherung zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)
Gynäkologie	12'073'926	11'610'785	463'140	11'623'320	450'605	11'635'855	438'070
Geburtshilfe	18'712'270	17'910'074	802'196	17'929'135	783'135	17'948'197	764'073
(Radio-)Onkologie	8'866'676	8'467'192	399'484	8'464'595	402'082	8'461'997	404'679
Schwere Verletzungen	2'079'131	2'066'772	12'359	2'066'612	12'519	2'066'452	12'679
Total	478'917'512	470'477'526	8'439'985	470'497'055	8'420'457	470'516'583	8'400'929

Tabelle 11 Kosten sowie Differenz der Kosten gemäss hypothetischen Spitalisten zu tatsächlichen Kosten, Datenjahr 2023

Zur Einordnung der Ergebnisse der obigen Analyse wird zusätzlich die Entwicklung der stationären Spitalkosten⁸¹ im OKP-Bereich der Kantone Fribourg, Nidwalden und Thurgau betrachtet. Diese drei Kantone weisen vergleichbare Eigenschaften zum Kanton Basel-Landschaft auf, weshalb sie als Vergleichskantone gewählt werden. Es handelt sich dabei um drei ländliche Kantone, welche die Kostenentwicklung in Kantonen simulieren sollen, die keine Zentrumskosten mittragen und deren Spitalisten nur restriktiv Leistungsaufträge an Endversorger resp. universitäre Spitäler mit hohen Tarifen vergeben. Dabei werden die Spitalkosten aller stationärer Bereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) berücksichtigt.

Vorab ist festzuhalten, dass die absoluten Zahlen in allen drei Kantonen unter denjenigen des Kantons Basel-Landschaft liegen. Der Kanton Thurgau verzeichnet im stationären Bereich zwischen 2016 und 2023 eine jährliche Wachstumsrate der stationären Spitalkosten pro Person von 0.8 Prozent, welche über der Wachstumsrate des Kantons Basel-Landschaft (0.6 %) liegt. Die Kantone Fribourg und Nidwalden verzeichnen mit -0.6 Prozent resp. -0.9 Prozent hingegen eine negative jährliche Wachstumsrate für denselben Zeitraum. Die Entwicklung der Kosten der vier Kantone wird in der Abbildung 25 dargestellt.

⁸¹ Unter Spitalkosten sind in diesem Zusammenhang die Kosten zu verstehen, welche ein Spital für erbrachte Leistungen abrechnet.

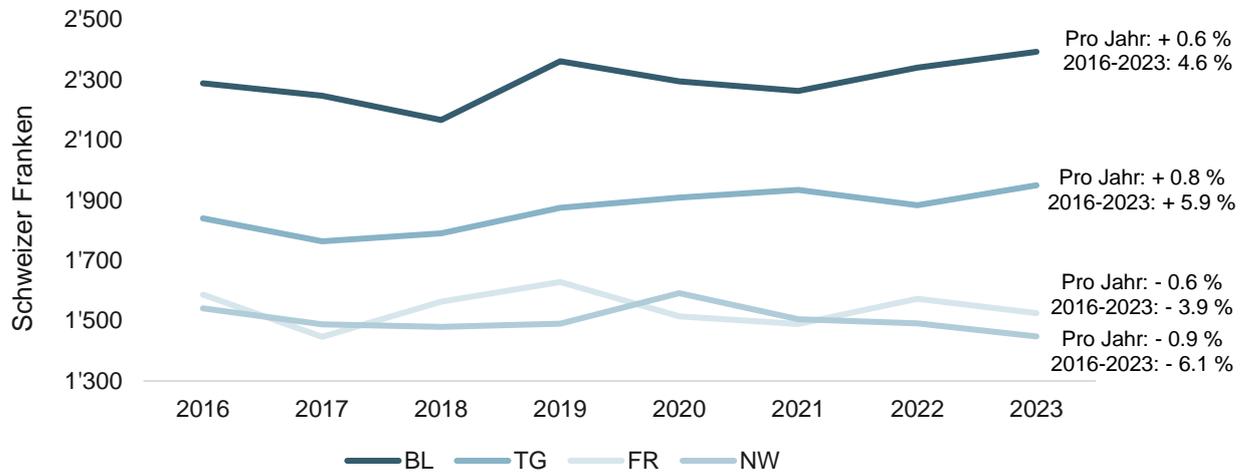


Abbildung 25 Stationäre Spitalkosten pro versicherte Person der Jahre 2016 bis 2023, alle Spitalbereiche (eigene Darstellung)

Literaturverzeichnis

Balthasar, A. & Fässler, S. (2017). Wirkungsmodelle: Ursprung, Erarbeitungsprozess, Möglichkeiten und Grenzen, LeGes 28(2), S. 285-308.

Bieri, O. & Schwegler, C. (2024). Leitfaden zur Entwicklung von Wirkungsmodellen. Wirksame Interventionen planen, darstellen und messen. Interface Politikstudien Forschung Beratung AG, Luzern.

Brunold, H., Fässler, S. & Oetterli, M. (2017). Die Erarbeitung von «Wirkungsmodellen» und Indikatoren. Wesentliches in Kürze. Präsentation des Bundesamts für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Interface. Revidierte Version Januar 2017. Publikation durch: Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Frey, B., Feld, L., Häner, M., Schaltegger C. A. & Kirchgässner, G. (2024). Demokratische Wirtschaftspolitik. Theorie und Anwendung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Franz Vahlen, München.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2022). Zürcher Spitalplanung 2023: Strukturbericht.

Kurz, B. & Kubek, D. (2018). Kursbuch Wirkung. Edition Schweiz. PHINEO gAG, Berlin.

Obsan (2024). Abgrenzung und Falldefinition. [Abgrenzung und Falldefinition | OBSAN \(admin.ch\)](#) (abgerufen am 16.12.2024).

Peyer, L. & Scherrer, J. (2022). Verhaltensökonomischer Leitfaden. Verhalten verstehen und adressieren. Überarbeitete 2. Auflage. Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Steiner, M., Nigg, M. und von Allmen T. (2019). Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung. VGD und GD.

VGD und GD (2022). Versorgungsplanungsbericht 2022: Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung.

VGD und GD (2023). Versorgungsplanungsbericht 2023: Gemeinsame Gesundheitsregion – Rehabilitation.



Anhang A.1: Übersicht mögliche Steuerungsmassnahmen

Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Preisregulierung	SPLG-spezifische Spitaltarife: Festsetzen eines tieferen Spitaltarifs für überdurchschnittlich versorgte SPLG	Abbau von Überversorgung durch Mengenreduktion mittels ökonomischen Anreizen im Sinne einer Preisregulierung Kostenreduktion durch tiefere Spitaltarife	R: Handlungsspielraum der Kantone eingeschränkt; Tarife werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG); Ausnahme ist Fehlen eines Tarifvertrages (Festsetzung, Verlängerung durch Kanton)	Risiko, dass medizinisch indizierte Eingriffe nicht durchgeführt werden, da es sich finanziell nicht lohnt Mehr Administrationsaufwand durch Differenzierung der Spitaltarife Allenfalls gegenläufig zum Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin	2, (1)
	SPLG-spezifische degressive Spitaltarife: Festsetzen eines Spitaltarifs für ein Kontingent in überdurchschnittlich versorgten SPLG; sobald das Kontingent erreicht ist, wird der Spitaltarif schrittweise herabgesetzt	Abbau von Überversorgung durch Mengenreduktion via ökonomische Anreize im Sinne einer Preisregulierung durch degressive Tarife Kostenreduktion durch Abschlag auf Spitaltarif	R: Handlungsspielraum der Kantone eingeschränkt; Tarife werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG); Ausnahme ist Fehlen eines Tarifvertrages (Festsetzung, Verlängerung durch Kanton)	Risiko, dass medizinisch indizierte Eingriffe nicht durchgeführt werden «Run» auf Kontingent, falls dieses nicht pro Leistungserbringer definiert ist Mehr Administrationsaufwand durch Differenzierung der Spitaltarife Allenfalls gegenläufig zu den Zielen der optimierten Gesundheitsversorgung und der Sicherung der Hochschulmedizin	2
	«Bereichsspezifische» Spitaltarife: Verschiedene Bereiche eines Spitals (Grundversorger, erweiterter Grundversorger, universitärer Endversorger, HSM) erhalten unterschiedliche Spitaltarife	Kostenreduktion durch tiefere Spitaltarife	R: Handlungsspielraum der Kantone eingeschränkt; Tarife werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG); Ausnahme ist Fehlen eines Tarifvertrages (Festsetzung, Verlängerung durch Kanton) Zusatzaufwand im Controlling der Spitaltarife/in der Rechnungsprüfung Bereiche des Spitals wären zu definieren	Mehr Administrationsaufwand durch Differenzierung der Spitaltarife	2, (1)

⁸² Bzgl. Beitrag zur Zielerreichung wird die folgende Legende verwendet: 1) Optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, 2) Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich, 3) Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region, 4) Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern. In Klammern vermerkte Zahlen signalisieren die Annahme, dass mit der Steuerungsmassnahme indirekt zu dieser Zielerreichung beigetragen wird.



Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Preisregulierung	<p>Beseitigung Unterdeckung spitalambulanter Tarife durch erhöhten Taxpunktwert: Änderung des Taxpunkt-werts für SPLG resp. Eingriffe, in welchen die spitalambulante Vergütung zu niedrig ausfällt</p>	<p>Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen Evtl. durch die Einführung des Tardoc und ambulanter Pauschalen obsolet</p>	<p>R: Handlungsspielraum der Kantone eingeschränkt; Tarife werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG); Ausnahme ist Fehlen eines Tarifvertrages (Festsetzung, Verlängerung durch Kanton) Teilnahmebereitschaft seitens Versicherer unbekannt</p>	<p>Vergrosserung des ambulanten Angebots schafft andere Rahmenbedingungen für Fachkräfte (bspw. kein 24h Betrieb), somit attraktivere Arbeitsbedingungen Zusätzlicher administrativer Aufwand durch Differenzierung der Taxpunktwerte Bereits ausreichend finanzierte ambulante Bereiche würden ebenfalls besser finanziert (gegenläufig zum Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung)</p>	2
	<p>Ausgleichszahlung zur Implementierung kostendeckender ambulanter Tarife: Ausgleichszahlung seitens Kanton, um ambulante Leistungen kostendeckend zu vergüten</p>	<p>Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen Evtl. durch die Einführung des Tardoc und ambulanter Pauschalen obsolet</p>	<p>R: Momentan nicht ohne weiteres möglich, braucht eine neue gesetzliche kantonale Grundlage resp. eine Anpassung des KVG. Finanzielle Ressourcen notwendig, wenn nicht stationäre Fälle verhindert werden Identifikation der Bereiche mit Unterdeckung notwendig</p>	<p>Vergrosserung des ambulanten Angebots schafft andere Rahmenbedingungen für Fachkräfte (bspw. kein 24h Betrieb), somit attraktivere Arbeitsbedingungen</p>	1, 2
	<p>Hospital at Home: Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten zu Hause</p>	<p>Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen</p>	<p>R: Tarifierung im KVG zurzeit nicht abgebildet, kein spezifisches Tarifs-system vorhanden, aktuell nur über ambulante Tarife abrechenbar, was zu einer Unterdeckung führt, die Mitfinanzierung des Kantons erfordert. Rechtsgrundlage für langfristige Mitfinanzierung ist neu zu schaffen. Momentan erst ein Pilotprojekt, muss als Option angeboten werden und kann keine Verpflichtung sein (aufgrund der stationären Leistungsaufträge) Klare Richtlinien erforderlich bzgl. Aufnahmekriterien und abrechenbarer Leistungen resp. Tarife</p>		1, 2



Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Preisregulierung	Ambulant+: Verlagerung von Kurzliegern in ambulante Struktur mithilfe von kostendeckenden anreizkompatiblen ambulanten Pauschalen und zusätzlicher Massnahmen im sozialen Bereich (bspw. Fahrdienst)	Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen	R: Für Verpflichtung der Spitäler neue gesetzliche Grundlage nötig; für langfristige Mitfinanzierung des Kantons neue gesetzliche Grundlage nötig oder über GWL zu regeln. Fraglich aus welchem Budget die Massnahmen im sozialen Bereich finanziert werden sollen. Definition verlagerbarer Fälle erforderlich Ausreichende ambulante Infrastruktur in der Grundversorgung		1, 2
	Globalbudget: Festlegung eines Gesamtbetrags für stationäre Spitalfinanzierung gemäss Art. 51 KVG; Gesamtvolumen wird auf verschiedene Spitäler aufgeteilt (bspw. aufgrund der bisherigen Anteile); decken die Vergütungen die Kosten nicht, geht der ungedeckte Teil als Verlust zulasten des Spitalträgers	Abbau von Überversorgung durch ökonomische Anreize Keine hinzutretende, spezifische Steuerung, vielmehr erfolgt bei Spitälern Steuerung vorher, indem Kanton bezogen auf Spitäler eine Planung vornimmt. Zeitlich beschränkte Wirkung, da bei neuer Planung Bedarf wieder berücksichtigt wird	R: Gesetzliche Grundlage Art. 51 KVG, könnte umgesetzt werden (vgl. Kantone TI, GE, VD) Im Detail weitere Umsetzungsfragen, welche rechtliche Abklärungen benötigen Beschränkung kann nur auf innerkantonale Patientinnen/Patienten angewendet werden (Gewährleistung freie Spitalwahl) Politisches Umfeld, um den finanziellen Druck auf Spitäler weiter zu erhöhen, ist vermutlich nicht gegeben	Operationen finden nicht zwingend am idealen Standort oder zum idealen Zeitpunkt statt, falls Budget aufgebraucht ist (gegenläufig zum Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung) Risiko, dass bereits finanziell belastete Spitäler finanziell weniger lohnenswerte Eingriffe reduzieren Unterschiedliche Auswirkung auf elektive Leistungserbringer und Leistungserbringer der Grund-/Notfallversorgung Allenfalls gegenläufig zum Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin	2
	Paritalbudget: Festlegung eines Gesamtbetrags für stationäre Spitalfinanzierung gemäss Art. 51 KVG; Finanzielle Mittel werden für einzelne Leistungsgruppen pro Spital festgelegt; decken die Vergütungen die Kosten nicht, geht der ungedeckte Teil als Verlust zulasten des Spitalträgers	Abbau von Überversorgung durch ökonomische Anreize Kann gezielter auf einzelne SPLG angewendet werden als Globalbudget Zeitlich beschränkte Wirkung, da bei neuer Planung Bedarf wieder berücksichtigt wird	R: Fraglich, ob dies unter Art. 51 KVG subsumiert werden kann, bedarf weiterer rechtlicher Abklärungen Beschränkung kann nur auf innerkantonale Patientinnen/Patienten angewendet werden (Gewährleistung freie Spitalwahl)	Operationen finden nicht zwingend am idealen Spitalstandort statt, falls Budget aufgebraucht ist (gegenläufig zum Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung) Allenfalls gegenläufig zum Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin	2



Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Mengenregulierung	Mengenbeschränkung einzelner SPLG⁸³: Mengenvereinbarung für überdurchschnittlich versorgte SPLG mit einzelnen Leistungserbringern, individuell oder über alle hinweg, mittels Zielvorgabe oder staatlich verordnet (bspw. in gesetzlicher Grundlage)	Abbau von Überversorgung durch (individuelle) Mengenreduktion Mengenreduktion abhängig von gewählter Sanktionsmassnahme (niedrigeres Potenzial bei Zielvorgabe) Kostenreduktion durch Mengenreduktion	R: Rechtlich umsetzbar mittels gesetzlicher Grundlage oder auch als Auflage im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag; aber kein bestehender höchstrichterlicher Entscheid Klare Definition Sanktionen nötig Datengrundlage zur Kontrolle zeitverzögert verfügbar	Leistung wird evtl. nicht vom idealen Leistungserbringer erbracht bei individueller Mengenvorgabe Unflexible Handhabung bei staatlich verordneten Mengenvorschriften	2, (1)
	Entzug von Leistungsauftrag: Gezielte Nichtvergabe eines Leistungsauftrags in überdurchschnittlich versorgten SPLG	Abbau von Überversorgung durch Mengenreduktion Verbesserung der Qualität durch Konzentration Ggf. Stärkung Inanspruchnahme von Leistungen bei Anbietern mit tieferen Spitaltarifen	R: Rechtlich umsetzbar; die Nichtwiedervergabe eines Leistungsauftrags mit dem Ziel der Konzentration und Verbesserung der Qualität nicht nur möglich, sondern vom KVG vorgesehen	Kontinuierlicher Behandlungspfad wird gestört Ggf. werden Verknüpfungen gefährdet Unsicherheit darüber, ob andere Spitäler diese Mengen nicht zugleich aufbauen und damit keine Mengenreduktion, sondern höchstens eine Konzentration erreicht wird	1, 2, 3
	Erweiterung AVOS-Liste: Erweiterung der Liste mit Eingriffen, welche ambulant durchgeführt werden müssen	Verschiebung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen Effekt abhängig von gewählter Sanktionsmassnahme resp. Kontrolle sowie Umfang der Erweiterung	R: Rechtlich umsetzbar	Abweichung von einheitlichen schweizweiten Vorgaben und somit höherem administrativen Aufwand bei Spitälern	1, 2
	Systematische Kontrolle der AVOS-Fälle: Durchsetzung einheitlicher und strikter Kontrollkriterien durch Kantone mittels Einzelfallkontrolle durch ärztliches Personal	Konsequenterer Verschiebung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich; Mengenreduktion im stationären Bereich Ggf. Kostenreduktion, da ambulante Behandlungen i.d.R. günstiger als stationäre Behandlungen	R: Rechtlich umsetzbar In Basel-Stadt bereits umgesetzt. In Basel-Landschaft bräuchte es zusätzliche personelle Ressourcen und evtl. zusätzliche Kompetenzen	Gleichbehandlung zwischen BS- und BL-Spitälern	1, 2

⁸³ Eine Variante der Mengenbeschränkung wurde bereits bei der Spitalliste Akutsomatik per 1.7.2021 ergriffen. Der Vollständigkeit halber wird diese hier ebenfalls aufgeführt.



Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Qualitätsregulierung	MFZ pro Operateur: Mindestfallzahlvorgaben pro Operateur/-in, gemessen basierend auf dem Schnitt der letzten fünf Jahre	Sicherstellung der Qualität und Konzentration von Leistungen	R: Rechtlich umsetzbar Datenqualität aktuell nicht ausreichend	Fehlanreize für Operateur/-innen Mehr administrativer Aufwand bei Codierung	1
	Qualitätsabhängige dynamische Spitaltarife: Berücksichtigung verschiedener Qualitätsindikatoren zur Bewertung des Resultats eines medizinischen Eingriffs; Kostenzuschlag auf Spitaltarif eines spezifischen Falls bei nachweisbar besserer Qualität	Sicherstellung der Qualität durch finanzielle Anreize (Pay for Performance)	R: Durch Kantone grundsätzlich nicht möglich. Müsste durch Tarifpartner vereinbart oder durch Anpassung des KVG verankert werden. Vorarbeiten geleistet, aber keine zeitnahe Umsetzung sichtbar, da Messung der Qualität schwierig Eingeschränkte Anwendung auf wenige Diagnosen/Diagnosegruppen und Versicherer Kurzfristig zusätzliche finanzielle Mittel nötig		1
	Vergabe beschränkter Leistungsaufträge: Gezielte Vergabe eines Leistungsauftrags mit Einschränkung	Sicherstellung der Qualität durch strikte Durchsetzung resp. Kontrolle der Anforderungen	R: Rechtlich umsetzbar, wird bereits gemacht Begründung und Gleichbehandlung der Leistungserbringer nötig	Mehr administrativer Aufwand bei Kantonen im Leistungsauftragscontrolling	1
	Qualitätssicherstellung durch «Peer Review»: Externe Audits der Ergebnisqualität durch als «Peer Review»-Auditoren geschulte Ärztinnen und Ärzte; Ergebnisse der Audits werden den Kantonen vorgelegt	Sicherstellung der Qualität durch Kontrolle durch «Peers»	R: Rechtlich umsetzbar Ressourcenbereitstellung sehr herausfordernd, ggf. stichprobenartige Prüfung als Kompromiss Teilnahme und Offenlegung der Ergebnisse kann in Leistungsvereinbarung mit Spitälern vereinbart werden Boards zur Besprechung disziplinenübergreifender Fälle als bereits umgesetztes Beispiel Ggf. zusätzliche finanzielle Mittel	Grosser administrativer Mehraufwand	1, 3

Regulierungsart	Beschreibung	Erwartetes Potenzial	Machbarkeit inkl. Rechtseinschätzung (R)	Mögliche, absehbare Folgen (positiv und negativ)	Beitrag zur Zielerreichung ⁸²
Qualitätsregulierung	Messung der Indikationsqualität: Prüfung der Diagnosestellung und der abgeleiteten Handlungsmassnahmen anhand von zu definierenden Merkmalen (bspw. Patient Reported Outcome Measures [PROMs] ⁸⁴)	Verschärfte qualitative Kontrolle führt zu Reduktion der Fehlversorgung	R: Rechtlich umsetzbar Messbarkeit ist aufgrund der Datenlage eine grosse Herausforderung; keine zeitnahe Umsetzung über alle Diagnosebereiche möglich COMI-Studie als Beispiel in Region Evtl. zusätzliche finanzielle Mittel nötig	Mehr administrativer Aufwand bei Ärztinnen/Ärzten	1, 3
	Proaktive Umsetzung Anforderungen gemäss SPLG-Systematik: Aufgabe des Vertrauensprinzips und damit verbunden intensivere Kontrolle der Einhaltung der Anforderungen gemäss SPLG-Systematik durch kantonale Behörden (bspw. durch Verlangen von Zertifikaten, Begehungen)	Sicherstellung der Qualität durch Kontrolle Konzentration der Leistungen, da Zertifizierungen sich Bereiche mit wenig Fallzahlen nicht lohnen	R: Rechtlich umsetzbar Personelle Ressourcen in Verbindung mit Fachkompetenz und/oder finanzielle Ressourcen (für Entschädigung Zertifizierungen)	Mehr administrativer Aufwand bei Kantonen durch Controlling, Begehungen etc. Mehrkosten bei Spitälern durch Zertifizierungen	1, 3, 4

Tabelle A.1 Übersicht Steuerungsmassnahmen

Anhang A.2: Erläuterung wichtigster Begriffe

Begriff	Erläuterung
Ambulant vor stationär (AVOS)	Unter Ambulant vor Stationär wird eine Regelung des Bundes verstanden, welche bei ausgewählten Gruppen von Eingriffen eine ambulante Durchführung vorschreibt, insofern diese vergütet werden soll. Dies gilt für ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen, an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patientinnen und Patienten. Ausnahmen können geltend gemacht werden, falls besondere Umstände vorliegen, die eine stationäre Durchführung erfordern.
Bedarfsanalyse	Die Bedarfsanalyse stellt eine statistische Schätzung pro SPLG dar, welche analysiert, ob die beobachtete Inanspruchnahme in einer SPLG durch Faktoren wie bspw. Geschlecht, Alter, Herkunft, Franchise etc. erklärt werden kann und wie diese im Vergleich zur Restschweiz einzuordnen ist. Das Resultat zeigt damit an, ob die betroffene Bevölkerung mehr oder weniger Leistungen in Anspruch nimmt, als im Vergleich mit der Restschweiz zu erwarten wäre.

⁸⁴ Unter PROMs wird Folgendes verstanden: Miteinbezug der Patientinnen/Patienten in die Diagnosestellung und den Behandlungspfad, um Facheinschätzung mit Patientensicht und -zielen zu kombinieren sowie Behandlungsplanung zu optimieren.



Betriebskosten	Die Betriebskosten umfassen diejenigen Kosten, welche bei den Spitälern für den täglichen Betrieb und die Instandhaltung der Anlagen entstehen, wie z.B. Energiekosten, Personalkosten und Instandhaltungskosten. Demgegenüber stehen die Anlagenutzungskosten, die sich auf die Kosten beziehen, die mit der Nutzung einer Anlage verbunden sind. Dazu gehören Abschreibungen, Leasingraten oder Mieten für die Nutzung der Anlagen. Zusammen ergeben sie die Gesamtkosten.
Case Mix Index (CMI)	Der Case Mix Index (CMI) ist unter der Voraussetzung einer perfekt ausdifferenzierten Tarifstruktur ein Indikator zur Ermittlung der durchschnittlichen Fallschwere bzw. des durchschnittlichen Schweregrades eines Spitals oder einer Gruppe von Fällen. Er berechnet sich aus der Summe der abgerechneten Kostengewichte der Fälle (Case Mix) dividiert durch die Anzahl Fälle.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	Die GWL stehen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung und weisen ein breites und heterogenes Spektrum auf. Das Krankenversicherungsgesetz nennt als Beispiele die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und die universitäre Lehre und Forschung. Sie dürfen nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgegolten werden, sondern von den Kantonen bzw. Gemeinden oder Dritten. Es besteht weder ein Anspruch noch eine Pflicht zur Finanzierung von GWL. GWL sind grundsätzlich Leistungen im öffentlichen Interesse, die bei fehlender oder unzureichender Finanzierung nicht adäquat erbracht werden können. Das öffentliche Interesse wird politisch definiert (Regierungsrat, Kantonsparlament, Stimmvolk). Entsprechend können z.B. auch die Finanzierung von Defizitdeckungen oder Anlagenutzungskosten ausserhalb der Fallpauschalen darunterfallen. Auch GWL-ähnliche Finanzierungen oder Leistungserbringungen nicht unter dem Titel GWL sind möglich, z.B. über Staatsbeiträge oder wenn der Kanton als Eigner agiert oder die Leistung selbst erbringt. Die GWL und ihre Finanzierung können somit örtlich und zeitlich unterschiedlich ausgestaltet sein.
Hochspezialisierte Medizin (HSM)	Der hochspezialisierten Medizin werden Bereiche zugeordnet, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind.
Hospital at Home	Hospital at Home ist ein stationär ersetzendes Angebot, welches ausgewählte Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen, welche einen stationären Aufenthalt benötigen, zu Hause akutmedizinisch versorgt.
Ist-Fallzahlen	Unter den Ist-Fallzahlen werden die Fallzahlen der einzelnen Datenjahre verstanden, welche in der Medizinischer Statistik ausgewiesen werden.
Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)	Diese Vereinbarung regelt die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin. Alle 26 Kantone sind der IVHSM beigetreten, welche die rechtliche Grundlage für den Erlass der HSM-Spittalliste bildet und die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen festlegt.
Kantonskosten	Unter den Kantonskosten werden die Ausgaben für stationäre Behandlungen in einem Spital verstanden, welche ein Kanton gemäss KVG finanziert.
Kostengewicht	Kostengewichte sind Bewertungsrelationen von Fallgruppen, die in Tarifstrukturen wie der SwissDRG abgebildet werden. Multipliziert mit dem entsprechenden Tarif (bei SwissDRG die Baserate) ergeben sich die Fallpauschalen.
Leistungsaufträge	Ein Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist eine Leistungsverpflichtung, welche durch den Kanton auferlegt wird. Ein Leistungsauftrag sichert dem Spital gleichzeitig einen Vergütungsanspruch gegenüber der versicherten Person sowie dem Kanton im definierten Umfang.
Mengensteuerung und Mengendialog	Die Mengensteuerung stellt ein Steuerungsinstrument der GGR im Rahmen der Spittallisten dar. Dafür werden einzelnen Spitälern in SPLG, bei welchen mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Überversorgung ausgegangen werden kann, Zielmengen vorgegeben. Die Spitäler sind gesamthaft verantwortlich für die Einhaltung dieser Mengen. Die Regulierung soll ermöglichen, dass sich die Marktanteile zwischen den Spitälern verschieben können, die Gesamtmenge jedoch nicht ausgeweitet wird. Bei Überschreitung der Mengenvorgaben werden im Rahmen des Mengendialogs gemeinsam mit den betroffenen Spitälern Massnahmen eruiert und es wird vereinbart, mit welchen Massnahmen der Zielkorridor wieder erreicht werden soll.
Mindestfallzahlen (MFZ)	MFZ sind quantitative Vorgaben, welche vorschreiben, wie oft eine medizinische Leistung innerhalb einer bestimmten Periode sowie SPLG durch eine bestimmte Person oder Organisationseinheit mindestens durchgeführt werden muss.
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Unter der mittleren Aufenthaltsdauer wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patientin resp. Patient in stationären Institutionen in Tagen verstanden. Die Anzahl Pflgetage wird dabei durch die Anzahl Fälle dividiert.
Spittalliste	Eine Spittalliste soll die Abdeckung des Bedarfs an medizinischen Leistungen für Kantonsbewohnerinnen und -bewohner gewährleisten. Spitäler, welche auf dieser Liste stehen, dürfen die Behandlungskosten dem Wohnkanton der behandelten Person sowie deren Grundversicherung in Rechnung stellen.



Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG)	Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) fassen medizinische Leistungen zu Leistungsgruppen zusammen. Das akutsomatische Klassifikationssystem dahinter wurde von der Gesundheitsdirektion Zürich entwickelt und ermöglicht eine leistungsorientierte sowie zwischen den Kantonen koordinierte Spitalplanung.
SPLG-Anforderungen	Die SPLG-Anforderungen stellen Vorgaben pro SPLG dar, welche ein Spital erfüllen soll, um für einen Leistungsauftrag der entsprechenden SPLG in Frage zu kommen.
Spitaltarife	Spitaltarife dienen der Abgeltung der in einem Spital erbrachten Leistungen. Die Tarifstrukturen sind schweizweit einheitlich. Die Höhe der Tarife kann sich je nach Leistungserbringer und Versicherer (-Gemeinschaft) unterscheiden, welche diese gemäss dem gesetzlich vorgegebenen Verhandlungsprimat partnerschaftlich in Tarifverträgen vereinbaren. Die Kantone sind für die Genehmigung bzw. bei Nichteinigung für die Festsetzung der Spitaltarife zuständig. Im stationären akutsomatischen Bereich besteht der Spitaltarif aus der sog. Baserate, die auf der Tarifstruktur SwissDRG basiert.
Verlegungen	Unter den Verlegungen werden Austritte einer stationären Patientin resp. eines stationären Patienten in ein anderes Spital oder Geburtshaus subsumiert. Im Kontext von SwissDRG rechnet bei einer Verlegung jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen unter Umständen jedoch einen Abschlag gewärtigen.
Wiedereintritte	Unter einem Wiedereintritt im Kontext von SwissDRG werden diejenigen stationären Fälle verstanden, welche innerhalb von 18 Tagen nach einem Spitalaufenthalt wieder in dasselbe Spital mit derselben Hauptdiagnose eintreten.

Tabelle A.2 Erläuterung wichtigster Begriffe

Anhang A.3: Übersicht Datenquellen der Analysen

Kapitel	Analyse	Datenquellen	Tabellen/Abbildungen
5.1	Fallzahlen- und Bevölkerungsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - STATPOP BFS; - Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019). 	Abbildung 4, Abbildung 5a/5b, Abbildung 6, Abbildung 7, Abbildung 8
5.2	Verflechtung	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019). 	Abbildung 9, Abbildung 10
5.3	Sicherstellung Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - Versorgungsplanungsbericht 2019 (vgl. Steiner et al., 2019). 	Abbildung 11
5.4	Volle Patientenfreizügigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Bereich Gesundheitsversorgung Basel-Stadt Aktennotiz: Patientenfreizügigkeit zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Stand: 20. Dezember 2023 / 12. Januar 2024 (Erweiterung), (nicht öffentlich); - Rechtsdienst von Regierungsrat und Landrat, Schreiben zuhanden O. Kungler, Stand: 2024 (nicht öffentlich). 	-
5.5	Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS. 	-
5.6	Bedarfsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - STATPOP BFS. 	Abbildung 12, Abbildung 13, Abbildung 14, Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5, Tabelle 6, Tabelle 7
5.7	Konzentration Leistungsaufträge	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung der Abteilungen Spitäler und Therapieeinrichtungen des Kantons Basel-Landschaft und der Abteilung Spitalversorgung des Kantons Basel-Stadt auf Grundlage der Bewerbungsunterlagen, Stand 19. Mai 2021 (nicht öffentlich); - Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons-Basel-Landschaft vom 19. Dezember 2017: Spitalliste des Kantons-Basel-Landschaft 2018 ff (nicht öffentlich); - Beschluss des Regierungsrates betreffend die Spitalliste 2021 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) vom 25. Mai 2025 (Stand 1. Juli 2021) (SG 330.500); - Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt: Spitalliste 2018 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) per 1. Januar 2018. Basel, 7. Dezember 2017 (nicht öffentlich); - Regierungsratsbeschluss betreffend die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt (somatische Akutmedizin, Rehabilitation, Psychiatrie) vom 19. Dezember 2017 (Stand 1. Januar 2018) (SG 330.500); - Regierungsratsbeschluss betreffend die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt (somatische Akutmedizin, Rehabilitation, Psychiatrie) vom 19. Dezember 2017 (Stand 1. April 2019) (SG 330.500); 	Abbildung 15, Abbildung 16, Tabelle 8, Tabelle 9

Kapitel	Analyse	Datenquellen	Tabellen/Abbildungen
5.8	Mengensteuerung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschluss des Regierungsrates betreffend die Spitalliste 2021 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) vom 25. Mai 2021 (Stand 1. Januar 2022) (SG 330.500); - Beschluss des Regierungsrates betreffend die Spitalliste 2021 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) vom 25. Mai 2021 (Stand 1. Januar 2023) (SG 330.500); - Ermittelte bedarfsgerechte Leistungsmenge gemäss interner Berechnungen, Stand Juni 2023 (nicht öffentlich); - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - Regierungsratsbeschluss betreffend die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt (somatische Akutmedizin, Rehabilitation, Psychiatrie) vom 19. Dezember 2017 (Stand 1. April 2019) (SG 330.500); - Spitalliste für den Kanton Basel-Landschaft vom 13. Dezember 2011 (Stand 1. Januar 2018) (SGS 930.122). 	Abbildung 17
5.9	Spitaltarife	<ul style="list-style-type: none"> - Beschluss des Regierungsrates betreffend die Spitalliste 2021 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) vom 25. Mai 2021 (Stand 1. Januar 2022) (SG 330.500); - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - Regierungsratsbeschluss betreffend die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt (somatische Akutmedizin, Rehabilitation, Psychiatrie) vom 19. Dezember 2017 (Stand 1. April 2019) (SG 330.500); - Spitalliste für den Kanton Basel-Landschaft vom 13. Dezember 2011 (Stand 1. Januar 2018) (SGS 930.122); - Tarifübersicht Kanton Aargau - stationäre Tarife nach SwissDRG für akutsomatische Leistungen, Stand: 12. Februar 2025, abrufbar unter https://www.ag.ch/de/verwaltung/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/tarife (Stand 21.03.2025); - Tarifübersicht Kanton Solothurn, Stand: 1. Januar 2024, abrufbar unter https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/spitaltarife-referenztarife/ (Stand 29.01.2025); - Übersichten stationäre Spitaltarife 2019-2023 Kanton Bern, Stand. 4. Juli 2024, abrufbar unter https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalfinanzierung/stationaere-spitaltarife-archiv.html (Stand 21.03.2025); - Übersicht über die stationären Spitaltarife ab 1. Januar 2019 abrufbar unter https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/spitaeler-und-therapieeinrichtungen/spitaltarife-referenztarife (Stand 29.01.2025); - Übersicht über die Tarife 2012 bis 2023 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss Zürcher Spitallisten, Stand: 10. Juli 2024, abrufbar unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html (Stand 29.01.2025); - Übersicht über die Tarife ab 2012 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Basel-Stadt gemäss Spitalliste des Kantons Basel-Stadt, Stand: 19. August 2024, abrufbar unter https://www.bs.ch/gd/bereich-gesundheitsversorgung/spitalversorgung/spitalfinanzierung#tarife (Stand 29.01.2025). 	Tabelle 10

Kapitel	Analyse	Datenquellen	Tabellen/Abbildungen
5.10	Spitalkosten	<ul style="list-style-type: none"> - Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012, Stand 01.01.2024 GDK, abrufbar unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_2024.pdf (Stand 29.01.2025); - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung BAG, abrufbar unter https://www.baq.admin.ch/baq/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html (Stand 29.01.2025). 	Abbildung 18, Abbildung 19
5.11	HSM-Leistungsaufträge	<ul style="list-style-type: none"> - Interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 1. Juli 2018, abrufbar unter (https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20180701_def_d.pdf) (Stand 29.01.2025); - Interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 1. Juni 2021, abrufbar unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20210601_def_d.pdf (Stand 29.01.2025); - Interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 1. Januar 2023, abrufbar unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/2022_2023/HSM_Spitalliste_20230101_def_d.pdf (Stand 29.01.2025); - Interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 1. Oktober 2024, abrufbar unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/2024/HSM_Spitalliste_20241001_def_d.pdf (Stand 29.01.2025). 	Abbildung 20, Abbildung 21
5.12	Drittmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenangaben Spitäler. 	Abbildung 22
5.13	Gleichbehandlungsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 25. August 2023, abrufbar unter BVGer C-3051/2021; - Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 7. September 2023, abrufbar unter BVGer C-2947/2021; - Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 23. Januar 2025, abrufbar unter BVGer C-2940/2021; - Gesetz über die Beteiligungen vom 15.06.2017 (Public Corporate Governance, PCGG; Stand 1. Januar 2018) (SGS 314); - Landratsvorlage des Landrats des Kantons Basel-Landschaft zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung; abrufbar unter https://chance-gesundheit.ch/de/medien (Stand 24.02.2025); - Public Governance-Richtlinien des Kantons Basel-Stadt, abrufbar unter https://media.bs.ch/original_file/c80128a6c5a8d3419a306b9946812c09f433da39/8-version-pcg.pdf (Stand 19.02.2025); - Ratschlag des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung, abrufbar unter https://chance-gesundheit.ch/de/medien (Stand 24.02.2025); - Stellungnahme Akutsomatik der Fachkommission GGR vom 26. April 2021, abrufbar unter https://chance-gesundheit.ch/download/415/4_Stellungnahme%20Fachkommission.pdf (Stand 19.02.2025). 	-

Kapitel	Analyse	Datenquellen	Tabellen/Abbildungen
5.14	Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten	<ul style="list-style-type: none"> - Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012, Stand 01.01.2024 GDK, abrufbar unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_2024.pdf (Stand 29.01.2025); - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung BAG, abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html (Stand 29.01.2025). 	Abbildung 23, Abbildung 24
5.15	Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten und Vergleichskantone	<ul style="list-style-type: none"> - Beschluss des Regierungsrates betreffend die Spitalliste 2021 des Kantons Basel-Stadt (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) vom 25. Mai 2021 (Stand 1. Januar 2023) (SG 330.500); - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS; - Tarifübersicht Kanton Solothurn, Stand: 1. Januar 2024, abrufbar unter https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/spitaltarife-referenztarife/ (Stand 29.01.2025); - Übersicht über die stationären Spitaltarife ab 1. April 2023, Stand: 3. April 2023, abrufbar unter https://www.basel-land.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/spitaeler-und-therapieeinrichtungen/spitaltarife-referenztarife (Stand 29.01.2025); - Übersicht über die Tarife 2012 bis 2023 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss Zürcher Spitalisten, Stand: 10. Juli 2024, abrufbar unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html (Stand 29.01.2025); - Übersicht über die Tarife ab 2012 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Basel-Stadt gemäss Spitalliste des Kantons Basel-Stadt, Stand: 19. August 2024, abrufbar unter https://www.bs.ch/qd/bereich-gesundheitsversorgung/spitalversorgung/spitalfinanzierung#tarife (Stand 29.01.2025). 	Tabelle 11 , Abbildung 25

Tabelle A.3

Übersicht Datenquellen der Analyse



Anhang A.4: Verflechtung der GGR

SPLB	2019						2023					
	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz
Basispaket	9'992	5'708	237	11	1'644	388	10'269	6'793	308	7	2'008	433
Dermatologie	60	103	-	-	9	-	45	101	-	-	11	-
Hals-Nasen-Ohren	1'068	594	17	-	57	29	799	654	88	-	49	72
Neurochirurgie	32	216	-	-	-	12	14	243	-	-	-	14
Neurologie	353	751	19	-	41	49	109	421	6	-	13	43
Ophthalmologie	312	183	-	-	6	25	263	188	-	-	-	22
Endokrinologie	166	117	-	-	15	6	140	91	-	-	12	-
Gastroenterologie	850	565	11	-	107	28	812	62	12	-	123	35
Viszeralchirurgie	393	513	28	-	46	53	461	556	13	-	70	51
Hämatologie	254	415	14	-	45	8	248	413	-	-	45	-
Gefässe	252	341	8	-	-	25	236	291	7	-	-	9
Herz	679	1'669	37	-	7	53	523	1'770	44	-	14	85
Nephrologie	129	60	-	-	-	-	105	34	-	-	-	-
Urologie	899	1'341	28	-	65	33	986	1'425	19	-	85	45
Pneumologie	325	437	18	-	43	50	274	528	27	-	49	48
Thoraxchirurgie	54	120	-	-	-	6	33	89	-	-	-	-
Bewegungsapparat chirurgisch	3'917	2'727	180	-	580	178	4'454	2'944	247	-	389	194
Rheumatologie	99	74	-	-	18	-	56	167	-	-	8	-
Gynäkologie	199	824	88	-	16	22	217	902	101	-	15	26
Geburtshilfe	640	2'206	37	-	10	17	569	2'147	45	-	24	19
(Radio-)Onkologie	175	665	-	-	9	-	96	770	-	-	-	-
Schwere Verletzungen	39	63	-	-	10	-	53	76	-	-	6	8
Total alle SPLB	20'887	19'707	745	17	2'732	1'009	20'762	21'242	941	8	2'933	1'140

Tabelle A.4a Behandlungsorte der Fälle der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft, Datenjahre 2019 und 2023⁸⁵

⁸⁵ Bei fünf oder weniger Beobachtungen wird aus Datenschutzgründen ein Strich eingefügt.



SPLB	2019							2023						
	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	Ausland	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	Ausland
Basispaket	9'992	837	439	58	1'096	350	312	10'269	702	420	44	972	486	218
Dermatologie	60	-	-	-	6	-	-	45	6	-	-	-	-	-
Hals-Nasen-Ohren	1'068	138	179	6	120	113	36	799	125	127	8	108	56	43
Neurochirurgie	32	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Neurologie	353	15	-	-	53	11	11	109	12	-	-	14	12	-
Ophthalmologie	312	140	59	27	38	31	20	263	99	43	10	29	31	21
Endokrinologie	166	-	-	-	14	-	-	140	16	-	-	15	8	-
Gastroenterologie	850	48	34	7	93	22	8	812	40	34	-	91	55	9
Viszeralchirurgie	393	12	31	-	39	19	-	461	18	29	-	35	10	-
Hämatologie	254	15	15	-	41	14	-	248	7	27	-	24	7	-
Gefässe	252	11	25	-	32	-	-	236	7	25	-	35	-	-
Herz	679	17	58	-	84	10	10	523	11	26	-	65	8	-
Nephrologie	129	-	18	-	19	-	-	105	8	6	-	11	-	-
Urologie	899	27	115	-	117	16	30	986	48	96	-	114	18	65
Pneumologie	325	15	17	-	34	12	6	274	27	15	-	24	12	-
Thoraxchirurgie	54	-	6	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-
Bewegungsapparat chirurgisch	3'917	680	607	257	597	539	465	4'454	746	536	337	805	486	551
Rheumatologie	99	9	-	-	-	-	7	56	-	-	-	7	-	-
Gynäkologie	199	6	26	-	14	-	-	217	8	16	-	18	-	-
Geburtshilfe	640	25	54	-	64	-	7	569	21	44	-	46	9	12
(Radio-)Onkologie	175	-	19	-	26	22	-	96	11	44	-	-	51	-
Schwere Verletzungen	39	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	-
Total alle SPLB	20'887	2'017	1'720	368	2'502	1'181	933	20'762	1'924	1'503	409	2'429	1'266	950

Tabelle A.4b Herkunft der Fälle mit Standort Kanton Basel-Landschaft, Datenjahre 2019 und 2023⁸⁶

⁸⁶ Bei fünf oder weniger Beobachtungen wird aus Datenschutzgründen ein Strich eingefügt.



SPLB	2019						2023					
	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz
Basispaket	837	12'495	91	8	446	3'371	702	13'952	103	-	78	247
Dermatologie	-	130	-	-	-	67	6	101	-	-	-	-
Hals-Nasen-Ohren	138	766	6	-	130	571	125	849	23	-	-	39
Neurochirurgie	-	179	-	-	-	114	-	196	-	-	-	9
Neurologie	15	859	11	-	13	260	12	390	8	-	-	26
Ophthalmologie	140	190	-	-	158	322	99	173	-	-	-	7
Endokrinologie	-	253	-	-	7	45	16	199	-	-	-	-
Gastroenterologie	48	1'055	10	-	20	254	40	1'059	-	-	6	10
Viszeralchirurgie	12	589	9	-	81	318	18	614	-	-	12	31
Hämatologie	15	468	-	-	14	158	7	459	-	-	-	-
Gefässe	11	484	9	-	7	175	7	403	6	-	-	8
Herz	17	1'499	47	-	19	713	11	1'360	43	-	-	34
Nephrologie	-	114	-	-	-	29	8	76	-	-	-	7
Urologie	27	1'485	6	-	70	538	48	1'677	-	-	13	29
Pneumologie	15	853	11	-	13	252	27	787	-	-	-	-
Thoraxchirurgie	-	107	-	-	-	41	-	119	-	-	-	-
Bewegungsapparat chirurgisch	680	3'160	55	-	167	2'873	746	3'272	53	-	116	80
Rheumatologie	9	166	-	-	-	47	-	214	-	-	-	-
Gynäkologie	6	696	27	-	60	344	8	730	18	-	-	13
Geburtshilfe	25	2'286	7	-	163	943	21	2'191	-	-	-	13
(Radio-)Onkologie	-	596	-	-	7	70	11	670	-	-	-	-
Schwere Verletzungen	-	73	-	-	-	46	-	85	-	-	-	10
Total alle SPLB	2'017	28'513	296	11	250	681	1'924	29'585	281	7	238	584

Tabelle A.4c Behandlungsorte der Fälle der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt, Datenjahre 2019 und 2023⁸⁷

⁸⁷ Bei fünf oder weniger Beobachtungen wird aus Datenschutzgründen ein Strich eingefügt.



SPLB	2019							2023						
	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	Ausland	BL	BS	AG	JU	SO	Rest-schweiz	Ausland
Basispaket	5'708	12'495	714	269	618	461	1'224	6'793	13'952	924	388	757	547	1'637
Dermatologie	103	130	18	8	14	7	13	101	101	25	20	19	-	14
Hals-Nasen-Ohren	594	766	120	89	97	78	123	654	849	129	135	102	101	166
Neurochirurgie	216	179	57	62	33	46	57	243	196	46	71	41	48	44
Neurologie	751	859	134	90	114	32	107	421	390	65	53	68	21	79
Ophthalmologie	183	190	76	37	38	66	40	188	173	83	57	37	61	71
Endokrinologie	117	253	18	-	17	10	19	91	199	27	9	18	-	20
Gastroenterologie	565	1'055	93	46	61	40	120	626	1'059	87	103	57	44	158
Viszeralchirurgie	513	589	142	64	79	61	94	556	614	140	110	85	72	116
Hämatologie	415	468	77	59	83	170	80	413	459	104	54	64	176	89
Gefässe	341	484	63	100	50	18	34	291	403	76	112	45	25	48
Herz	1'669	1'499	458	256	429	134	184	1'770	1'360	461	301	412	135	232
Nephrologie	60	114	11	12	8	7	7	34	76	7	-	-	10	14
Urologie	1'341	1'485	152	71	187	115	213	1'425	1'677	178	77	241	97	335
Pneumologie	437	853	79	63	76	35	82	528	787	83	100	85	48	108
Thoraxchirurgie	120	107	23	40	16	7	12	89	119	23	38	12	13	12
Bewegungsapparat chirurgisch	2'727	3'160	704	377	382	479	602	2'944	3'272	788	419	393	550	732
Rheumatologie	74	166	16	6	7	14	19	167	214	12	9	14	20	29
Gynäkologie	824	696	76	50	130	60	81	902	730	97	67	125	167	112
Geburtshilfe	2'206	2'286	238	46	247	47	320	2'147	2'191	284	41	253	59	384
(Radio-)Onkologie	665	596	198	92	108	135	291	770	670	252	90	120	226	186
Schwere Verletzungen	63	73	14	13	14	8	27	76	85	10	19	8	12	28
Total alle SPLB	19'707	28'513	3'499	1'854	2'817	2'051	3'749	21'242	29'585	3'915	2'276	2'971	2'464	4'614

Tabelle A.4d Herkunft der Fälle mit Standort Kanton Basel-Stadt, Datenjahre 2019 und 2023⁸⁸

⁸⁸ Bei fünf oder weniger Beobachtungen wird aus Datenschutzgründen ein Strich eingefügt.



SPLB	Kanton Basel-Landschaft		Kanton Basel-Stadt	
	2019	2023	2019	2023
Basispaket	-4'896	-6'707	4'241	9'911
Dermatologie	-104	-105	90	176
Hals-Nasen-Ohren	-105	-396	256	1'096
Neurochirurgie	-225	-251	356	477
Neurologie	-766	-440	928	660
Ophthalmologie	98	19	-180	388
Endokrinologie	-113	-59	126	151
Gastroenterologie	-500	-565	593	1'016
Viszeralchirurgie	-536	-596	533	1'014
Hämatologie	-393	-399	697	884
Gefässe	-302	-236	404	576
Herz	-1'585	-1'798	2'334	3'223
Nephrologie	-25	-8	71	54
Urologie	-1'162	-1'230	1'438	2'260
Pneumologie	-462	-569	481	915
Thoraxchirurgie	-113	-85	170	185
Bewegungsapparat chirurgisch	-520	-313	1'496	4'830
Rheumatologie	-66	-158	74	244
Gynäkologie	-899	-997	784	1'430
Geburtshilfe	-2'116	-2'102	1'966	3'127
(Radio-)Onkologie	-608	-671	1'407	1'633
Schwere Verletzungen	-68	-89	86	142
Total alle SPLB	-15'489	-17'783	30'422	34'448

Tabelle A.4e Wanderungssaldo der Fälle für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Datenjahre 2019 und 2023

Anhang A.5: Bedarfsanalyse auf SPLB-Ebene

Vorbemerkung: Die beobachteten Fallzahlen resp. Pflergetage der Jahre 2020 bis 2022 enthalten alle Fälle resp. Pflergetage der über 18-Jährigen mit Ausnahme der SPLB TPL. Bei den beobachteten Fallzahlen resp. Pflergetagen der Jahre 2019 und 2023 sind SPLG mit weniger als 50 Fällen schweizweit zusätzlich aufgrund der Methodik der Bedarfsanalyse ausgeschlossen. Dies ist bei der Interpretation über die Zeit zu beachten.

SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über			
Basispaket	31'814	26'367	17.1 %	30'682	32'099	34'074	34'905	27'078	22.4 %	3'091	2.3 %	5.3
Dermatologie	318	240	24.4 %	254	238	266	271	210	22.3 %	-47	-3.9 %	-2.0
Hals-Nasen-Ohren	2'694	1'908	29.2 %	2'430	2'562	2'488	2'691	2'044	24.1 %	-3	0.0 %	-5.1
Neurochirurgie	378	321	15.0 %	442	500	502	392	318	19.0 %	14	0.9 %	4.0
Neurologie	2'044	1'696	17.0 %	2'032	2'193	2'396	933	864	7.4 %	-1'111	-17.8 %	-9.6
Ophthalmologie	872	701	19.6 %	647	732	768	759	654	13.9 %	-113	-3.4 %	-5.7
Endokrinologie	570	453	20.5 %	485	559	590	462	358	22.4 %	-108	-5.1 %	1.9
Gastroenterologie	2'689	2'159	19.7 %	2'670	2'677	2'767	2'727	2'098	23.1 %	38	0.4 %	3.4
Viszeralchirurgie	1'453	1'236	14.9 %	1'475	1'570	1'607	1'499	1'287	14.2 %	46	0.8 %	-0.8
Hämatologie	1'205	902	25.2 %	1'166	1'056	1'326	1'174	867	26.1 %	-31	-0.6 %	1.0
Gefässe	1'142	1'126	1.4 %	1'026	1'081	997	971	1'176	-21.1 %	-171	-4.0 %	-22.5
Herz	4'036	3'344	17.1 %	3'710	3'599	3'761	3'884	3'399	12.5 %	-152	-1.0 %	-4.7

Nephrologie	313	345	-10.1 %	251	221	267	231	287	-24.4 %	-82	-7.3 %	-14.3
Urologie	3'919	3'356	14.4 %	3'971	4'148	4'389	4'330	3'636	16.0 %	411	2.5 %	1.7
Pneumologie	1'783	1'330	25.4 %	1'423	1'601	1'892	1'750	1'131	35.4 %	-33	-0.5 %	10.0
Thoraxchirurgie	291	196	32.5 %	262	295	247	246	171	30.7 %	-45	-4.1 %	-1.9
Bewegungsapparat chirurgisch	11'695	9'519	18.6 %	11'315	11'986	12'377	12'496	10'456	16.3 %	801	1.7 %	-2.3
Rheumatologie	376	279	25.8 %	307	477	439	458	279	39.2 %	82	5.1 %	13.3
Gynäkologie	1'900	1'927	-1.4 %	1'758	2'064	2'044	2'031	1'973	2.9 %	131	1.7 %	4.3
Geburtshilfe	5'249	4'923	6.2 %	5'236	5'495	5'158	5'036	4'611	8.4 %	-213	-1.0 %	2.2
(Radio-)Onkologie	1'458	694	52.4 %	1'237	1'401	1'458	1'559	684	56.1 %	101	1.7 %	3.7
Schwere Verletzungen	75	62	17.6 %	206	261	289	84	76	9.0 %	9	2.9 %	-8.6
Total alle SPLB	76'274	63'085	17.3 %	72'985	76'815	80'102	78'889	63'658	19.3 %	2'615	0.8 %	2.0

Tabelle A.5a Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung der GGR, ergänzt durch beobachtete Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren

SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über			
Basispaket	200'542	157'793	21.3 %	175'550	179'407	195'863	198'370	151'502	23.6 %	-2'172	-0.3 %	2.3
Dermatologie	2'088	1'685	19.3 %	1'600	1'552	1'756	1'680	1'342	20.1 %	-408	-5.3 %	0.9
Hals-Nasen-Ohren	10'076	6'530	35.2 %	9'510	10'313	9'842	10'020	6'683	33.3 %	-56	-0.1 %	-1.9
Neurochirurgie	4'259	3'314	22.2 %	5'399	5'664	4'747	4'004	3'084	23.0 %	-255	-1.5 %	0.8

Neurologie	18'979	28'573	-50.5 %	12'540	18'093	19'904	5'917	5'408	8.6 %	-13'062	-25.3 %	59.1
Ophthalmologie	2'005	1'612	19.6 %	1'494	1'648	1'699	1'790	1'455	18.7 %	-215	-2.8 %	-0.9
Endokrinologie	5'072	4'148	18.2 %	4'543	5'025	5'273	3'970	3'083	22.4 %	-1'102	-5.9 %	4.1
Gastroenterologie	20'107	16'965	15.6 %	19'741	18'965	19'838	19'096	15'540	18.6 %	-1'011	-1.3 %	3.0
Viszeralchirurgie	17'752	13'327	24.9 %	17'079	17'500	17'035	13'608	11'265	17.2 %	-4'144	-6.4 %	-7.7
Hämatologie	10'528	8'140	22.7 %	11'677	10'087	12'741	10'543	7'938	24.7 %	15	0.0 %	2.0
Gefässe	10'521	9'419	10.5 %	9'258	10'003	9'586	9'044	8'783	2.9 %	-1'477	-3.7 %	-7.6
Herz	22'432	16'837	24.9 %	18'698	19'521	18'498	17'876	16'016	10.4 %	-4'556	-5.5 %	-14.5
Nephrologie	2'904	3'539	-21.9 %	2'578	2'189	2'282	2'055	2'625	-27.7 %	-849	-8.3 %	-5.9
Urologie	17'747	14'968	15.7 %	17'534	18'656	18'579	16'878	14'100	16.5 %	-869	-1.2 %	0.8
Pneumologie	16'684	13'351	20.0 %	12'638	14'116	18'267	15'226	10'032	34.1 %	-1'458	-2.3 %	14.1
Thoraxchirurgie	3'172	1'736	45.3 %	3'090	2'813	2'915	2'281	1'314	42.4 %	-891	-7.9 %	-2.9
Bewegungsapparat chirurgisch	66'591	55'640	16.4 %	59'446	62'147	64'628	61'964	54'238	12.5 %	-4'627	-1.8 %	-4.0
Rheumatologie	2'609	1'858	28.8 %	1'939	3'970	3'062	3'348	1'951	41.7 %	739	6.4 %	12.9
Gynäkologie	7'006	6'350	9.4 %	6'377	7'133	7'354	6'584	5'695	13.5 %	-422	-1.5 %	4.1
Geburtshilfe	19'373	19'837	-2.4 %	18'662	20'142	18'715	17'705	17'399	1.7 %	-1'668	-2.2 %	4.1
(Radio-)Onkologie	8'506	5'524	35.1 %	8'199	7'495	7'265	8'018	4'948	38.3 %	-488	-1.5 %	3.2
Schwere Verletzungen	964	859	10.9 %	2'086	2'683	2'770	1'147	912	20.5 %	183	4.4 %	9.6
Total alle SPLB	469'917	392'005	16.6 %	419'638	439'122	462'619	431'124	345'311	19.9 %	-38'793	-2.1 %	3.3

Tabelle A.5b Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung der GGR, ergänzt durch beobachtete Pflgetage der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren



SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über			
Basispaket	17'980	16'064	10.7 %	17'479	18'248	19'340	19'818	16'560	16.4 %	1'838	2.5 %	5.8
Dermatologie	180	143	20.4 %	136	148	138	163	132	18.8 %	-17	-2.4 %	-1.6
Hals-Nasen-Ohren	1'761	1'222	30.6 %	1'525	1'564	1'545	1'656	1'291	22.0 %	-105	-1.5 %	-8.6
Neurochirurgie	222	204	8.3 %	268	295	324	225	197	12.2 %	3	0.3 %	3.9
Neurologie	1'176	1'063	9.6 %	1'201	1'225	1'418	537	543	-1.1 %	-639	-17.8 %	-10.7
Ophthalmologie	529	459	13.2 %	420	473	471	477	440	7.7 %	-52	-2.6 %	-5.5
Endokrinologie	308	269	12.6 %	258	313	311	245	209	14.5 %	-63	-5.6 %	2.0
Gastroenterologie	1562	1'330	14.9 %	1'538	1'565	1'520	1'609	1'282	20.3 %	47	0.7 %	5.5
Viszeralchirurgie	884	788	10.8 %	928	1'010	1'004	955	818	14.4 %	71	2.0 %	3.5
Hämatologie	725	558	23.0 %	683	569	749	703	549	21.9 %	-22	-0.8 %	-1.1
Gefässe	627	700	-11.6 %	582	622	610	547	728	-33.0 %	-80	-3.4 %	-21.4
Herz	2'445	2'153	12.0 %	2'288	2'260	2'324	2'436	2'202	9.6 %	-9	-0.1 %	-2.3
Nephrologie	194	194	-0.1 %	147	124	167	140	166	-18.6 %	-54	-7.8 %	-18.5
Urologie	2'367	2'173	8.2 %	2'439	2'546	2'789	2'560	2'364	7.6 %	193	2.0 %	-0.5
Pneumologie	873	763	12.6 %	678	782	865	926	655	29.3 %	53	1.5 %	16.7
Thoraxchirurgie	180	123	31.8 %	149	163	137	125	104	16.7 %	-55	-8.7 %	-15.1



Bewegungsapparat chirurgisch	7'581	6'287	17.1 %	7'407	7'854	8'124	8'228	6'929	15.8 %	647	2.1 %	-1.3
Rheumatologie	194	169	13.0 %	173	255	255	237	168	29.1 %	43	5.1 %	16.1
Gynäkologie	1'149	1'216	-5.8 %	1'076	1'212	1'252	1'261	1'231	2.4 %	112	2.4 %	8.2
Geburtshilfe	2'911	2'972	-2.1 %	2'911	3'091	2'972	2'804	2'781	0.8 %	-107	-0.9 %	2.9
(Radio-)Onkologie	857	424	50.6 %	655	744	838	878	405	53.9 %	21	0.6 %	3.3
Schwere Verletzungen	41	42	-2.0 %	110	152	162	61	50	18.8 %	20	10.4 %	20.8
Total alle SPLB	44'746	39'315	12.1 %	43'051	45'215	47'315	46'591	39'805	14.6 %	1'845	1.0 %	2.4

Tabelle A.5c Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft, ergänzt durch beobachtete Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren

SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über			
Basispaket	98'857	89'164	9.8 %	95'535	99'468	107'947	109'853	89'342	18.7 %	10'996	2.7 %	8.9
Dermatologie	1'164	975	16.2 %	736	947	945	947	812	14.2 %	-217	-5.0 %	-2.0
Hals-Nasen-Ohren	6'448	4'000	38.0 %	5'910	5'756	5'874	6'300	4'131	34.4 %	-148	-0.6 %	-3.5
Neurochirurgie	2'494	2'105	15.6 %	3'420	3'103	2'965	2'296	1'825	20.5 %	-198	-2.0 %	4.9
Neurologie	13'159	13'606	-3.4 %	7'132	12'643	14'711	3'452	3'251	5.8 %	-9'707	-28.4 %	9.2
Ophthalmologie	1'186	1'034	12.8 %	950	1'034	998	1'048	962	8.2 %	-138	-3.0 %	-4.6
Endokrinologie	2'707	2'399	11.4 %	2'448	2'700	2'796	2'097	1'758	16.2 %	-610	-6.2 %	4.8
Gastroenterologie	11'464	10'087	12.0 %	10'863	11'215	10'665	11'344	9'221	18.7 %	-120	-0.3 %	6.7



Viszeralchirurgie	9'923	8'227	17.1 %	9'940	10'734	10'566	8'327	6'975	16.2 %	-1'596	-4.3 %	-0.9
Hämatologie	6'211	4'842	22.0 %	6'825	5'302	7'007	5'969	4'875	18.3 %	-242	-1.0 %	-3.7
Gefässe	6'116	5'638	7.8 %	5'180	5'772	5'869	5'372	5'294	1.5 %	-744	-3.2 %	-6.4
Herz	12'797	10'431	18.5 %	11'016	11'118	10'440	10'650	9'820	7.8 %	-2'147	-4.5 %	-10.7
Nephrologie	1'782	2'017	-13.2 %	1'345	1'286	1'452	1'239	1'508	-21.7 %	-543	-8.7 %	-8.5
Urologie	10'233	9'473	7.4 %	9'872	10'967	11'587	9'563	8'980	6.1 %	-670	-1.7 %	-1.3
Pneumologie	7'890	7'488	5.1 %	5'646	6'602	7'579	7'458	5'549	25.6 %	-432	-1.4 %	20.5
Thoraxchirurgie	1'869	1'073	42.6 %	1'650	1'520	1'451	1'039	755	27.3 %	-830	-13.7 %	-15.3
Bewegungsapparat chirurgisch	41'302	35'847	13.2 %	37'603	39'859	41'040	39'627	34'740	12.3 %	-1'675	-1.0 %	-0.9
Rheumatologie	1'348	1'058	21.5 %	1'045	2'170	1'784	1'649	1'100	33.3 %	301	5.2 %	11.7
Gynäkologie	4'176	3'987	4.5 %	3'698	4'145	4'477	4'078	3'545	13.1 %	-98	-0.6 %	8.5
Geburtshilfe	10'629	11'810	-11.1 %	10'238	11'198	10'677	9'827	10'352	-5.3 %	-802	-1.9 %	5.8
(Radio-)Onkologie	4'884	3'269	33.1 %	4'107	3'742	4'123	4'484	2'803	37.5 %	-400	-2.1 %	4.4
Schwere Verletzungen	578	583	-0.9 %	1'164	1'376	1'439	894	563	37.0 %	316	11.5 %	37.9
Total alle SPLB	257'217	229'112	10.9 %	236'323	252'657	266'392	247'513	208'162	15.9 %	-9'704	-1.0 %	5.0

Tabelle A.5d Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft, ergänzt durch beobachtete Pflgetage der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren

SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Fälle 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	unter / über			

Basispaket	13'834	10'303	25.5 %	13'203	13'851	14'734	15'087	10'518	30.3 %	1'253	2.2 %	4.8
Dermatologie	138	97	29.6 %	118	90	128	108	78	27.7 %	-30	-5.9 %	-1.9
Hals-Nasen-Ohren	933	686	26.5 %	905	998	943	1'035	752	27.3 %	102	2.6 %	0.8
Neurochirurgie	156	118	24.4 %	174	205	178	167	120	28.0 %	11	1.7 %	3.6
Neurologie	868	633	27.0 %	831	968	978	396	321	19.0 %	-472	-17.8 %	-8.1
Ophthalmologie	343	242	29.5 %	227	259	297	282	213	24.3 %	-61	-4.8 %	-5.1
Endokrinologie	262	184	29.9 %	227	246	279	217	149	31.3 %	-45	-4.6 %	1.5
Gastroenterologie	1'127	829	26.4 %	1'132	1'112	1'247	1'118	817	26.9 %	-9	-0.2 %	0.5
Viszeralchirurgie	569	448	21.4 %	547	560	603	544	469	13.8 %	-25	-1.1 %	-7.5
Hämatologie	480	344	28.4 %	483	487	577	471	318	32.4 %	-9	-0.5 %	4.0
Gefässe	515	427	17.2 %	444	459	387	424	448	-5.8 %	-91	-4.7 %	-22.9
Herz	1'591	1'192	25.1 %	1'422	1'339	1'437	1'448	1'197	17.3 %	-143	-2.3 %	-7.8
Nephrologie	119	151	-26.5 %	104	97	100	91	121	-33.5 %	-28	-6.5 %	-7.0
Urologie	1'552	1'182	23.8 %	1'532	1'602	1'600	1'770	1'271	28.2 %	218	3.3 %	4.3
Pneumologie	910	567	37.7 %	745	819	1'027	824	476	42.2 %	-86	-2.5 %	4.5
Thoraxchirurgie	111	74	33.7 %	113	132	110	121	66	45.2 %	10	2.2 %	11.4
Bewegungsapparat chirurgisch	4'114	3'232	21.4 %	3'908	4'132	4'253	4'268	3'527	17.4 %	154	0.9 %	-4.1
Rheumatologie	182	110	39.5 %	134	222	184	221	111	49.9 %	39	5.0 %	10.4
Gynäkologie	751	711	5.3 %	682	852	792	770	742	3.6 %	19	0.6 %	-1.7
Geburtshilfe	2'338	1'951	16.6 %	2'325	2'404	2'186	2'232	1'830	18.0 %	-106	-1.2 %	1.4



(Radio-)Onkologie	601	271	55.0 %	582	657	620	681	279	59.0 %	80	3.2 %	4.0
Schwere Verletzungen	34	20	41.2 %	96	109	127	23	27	-16.9 %	-11	-9.3 %	-58.1
Total alle SPLB	31'528	23'770	24.6 %	29'934	31'600	32'787	32'298	23'853	26.1 %	770	0.6 %	1.5

Tabelle A.5e Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsonatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt, ergänzt durch beobachtete Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren

SPLB	2019			2020	2021	2022	2023			Differenz beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Jährliche Veränderung in % beobachtete Pflegetage 2019 bis 2023	Veränderung «unter / über» in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	unter / über			
Basispaket	101'685	68'629	32.5 %	80'015	79'939	87'916	88'517	62'160	29.8 %	-13'168	-3.4 %	-2.7
Dermatologie	924	710	23.1 %	864	605	811	733	529	27.8 %	-191	-5.6 %	4.7
Hals-Nasen-Ohren	3'628	2'530	30.3 %	3'600	4'557	3'968	3'720	2'552	31.4 %	92	0.6 %	1.1
Neurochirurgie	1'765	1'209	31.5 %	1'979	2'561	1'782	1'708	1'259	26.3 %	-57	-0.8 %	-5.2
Neurologie	5'820	14'967	-157.2 %	5'408	5'450	5'193	2'465	2'158	12.5 %	-3'355	-19.3 %	169.6
Ophthalmologie	819	579	29.4 %	544	614	701	742	493	33.5 %	-77	-2.4 %	4.2
Endokrinologie	2'365	1'749	26.0 %	2'095	2'325	2'477	1'873	1'324	29.3 %	-492	-5.7 %	3.2
Gastroenterologie	8'643	6'879	20.4 %	8'878	7'750	9'173	7'752	6'319	18.5 %	-891	-2.7 %	-1.9
Viszeralchirurgie	7'829	5'100	34.9 %	7'139	6'766	6'469	5'281	4'289	18.8 %	-2'548	-9.4 %	-16.1
Hämatologie	4'317	3'298	23.6 %	4'852	4'785	5'734	4'574	3'063	33.0 %	257	1.5 %	9.4
Gefässe	4'405	3'781	14.2 %	4'078	4'231	3'717	3'672	3'489	5.0 %	-733	-4.4 %	-9.2
Herz	9'635	6'406	33.5 %	7'682	8'403	8'058	7'226	6'196	14.3 %	-2'409	-6.9 %	-19.3

Nephrologie	1'122	1'521	-35.6 %	1'233	903	830	816	1'117	-36.9 %	-306	-7.7 %	-1.3
Urologie	7'514	5'495	26.9 %	7'662	7'689	6'992	7'315	5'119	30.0 %	-199	-0.7 %	3.2
Pneumologie	8'794	5'863	33.3 %	6'992	7'514	10'688	7'768	4'482	42.3 %	-1'026	-3.1 %	9.0
Thoraxchirurgie	1'303	662	49.2 %	1'440	1'293	1'464	1'242	558	55.0 %	-61	-1.2 %	5.9
Bewegungsapparat chirurgisch	25'289	19'794	21.7 %	21'843	22'288	23'588	22'337	19'498	12.7 %	-2'952	-3.1 %	-9.0
Rheumatologie	1'261	800	36.5 %	894	1'800	1'278	1'699	851	49.9 %	438	7.7 %	13.4
Gynäkologie	2'830	2'364	16.5 %	2'679	2'988	2'877	2'506	2'150	14.2 %	-324	-3.0 %	-2.3
Geburtshilfe	8'744	8'027	8.2 %	8'424	8'944	8'038	7'878	7'047	10.5 %	-866	-2.6 %	2.3
(Radio-)Onkologie	3'622	2'255	37.7 %	4'092	3'753	3'142	3'534	2'145	39.3 %	-88	-0.6 %	1.6
Schwere Verletzungen	386	276	28.6 %	922	1'307	1'331	253	348	-37.7 %	-133	-10.0 %	-66.3
Total alle SPLB	212'700	162'893	23.4 %	183'315	186'465	196'227	183'611	137'149	25.3 %	-29'089	-3.6 %	1.9

Tabelle A.5f Ergebnisübersicht Pflergetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019 und 2023 für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt, ergänzt durch beobachtete Pflergetage der Jahre 2020 bis 2022, Personen über 18 Jahren

Anhang A.6: Entwicklung der HSM-Leistungsaufträge gemäss Spitallisten der hochspezialisierten Medizin

HSM-Bereich		1. Oktober 2024				1. Januar 2023				1. Juni 2021				1. Juli 2018			
		KSBL, Liestal	UKBB, Basel	St. Claraspital, Basel	USB, Basel	KSBL, Liestal	UKBB, Basel	St. Claraspital, Basel	USB, Basel	KSBL, Liestal	UKBB, Basel	St. Claraspital, Basel	USB, Basel	KSBL, Liestal	UKBB, Basel	St. Claraspital, Basel	USB, Basel
Cochlea-Implantate (HNO1.3.2)																	
Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen (HAE5)																	
Organtransplantationen bei Erwachsenen	Nierentransplantationen (TPL5)																
	Lebertransplantationen (TPL3)																
	Lungentransplantationen (TPL2)																
	Pankreas- und Inseltransplantationen (TPL4)																
	Herztransplantationen (TPL1)																
Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen (UNF2)																	
Behandlung von Schwerverletzten																	
Komplexe Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie (NCH1.1.3) (früher: Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen)																
	Ab Stand 01.10.2024: Funktionelle Neurochirurgie (NCH1.1.2)																
	Ab Stand 01.10.2024: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (Phase II) (NEU4.2.1)																
	Ab Stand 01.10.2024: Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) (NCH1.1.1 und NCH1.1.1.1)																



Anhang A.7: Kosten sowie Differenz der Kosten gemäss hypothetischen Spitalisten, Varianten 1 bis 3

SPLB	Tatsächliche Kosten basierend auf Fällen, CMI und Tarifen (Angaben in CHF)	Kosten Variante 1 (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 1 zu tatsächlichen Kosten 2023 (Angaben in CHF)	Kosten Variante 2 (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 2 zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)	Kosten Variante 3 (Angaben in CHF)	Differenz Kosten Variante 3 zu tatsächlichen Kosten (Angaben in CHF)
Basispaket	159'531'632	155'511'637	4'019'994	156'374'071	3'157'561	156'336'351	3'195'281
Dermatologie	1'336'131	1'246'919	89'212	1'246'919	89'212	1'246'919	89'212
Hals-Nasen-Ohren	16'195'771	15'192'325	1'003'447	15'529'484	666'287	15'520'976	674'795
Neurochirurgie	5'907'953	5'901'959	5'994	5'901'959	5'994	5'901'959	5'994
Neurologie	4'587'815	4'278'556	309'259	4'325'777	262'039	4'325'777	262'039
Ophthalmologie	3'201'941	2'983'367	218'574	2'685'553	516'389	2'685'553	516'389
Endokrinologie	2'565'723	2'441'480	124'243	2'500'241	65'482	2'500'241	65'482
Gastroenterologie	15'061'854	14'408'653	653'201	14'675'671	386'183	14'675'671	386'183
Viszeralchirurgie	19'562'804	18'973'796	589'008	18'973'796	589'008	18'973'796	589'008
Hämатologie	9'023'530	8'614'926	408'604	8'706'116	317'414	8'706'116	317'414
Gefässe	13'367'209	12'572'962	794'247	12'631'734	735'475	12'623'444	743'765
Herz	44'524'183	42'344'248	2'179'935	42'344'248	2'179'935	42'344'248	2'179'935
Nephrologie	2'334'286	2'271'306	62'980	2'271'306	62'980	2'271'306	62'980
Urologie	21'529'219	20'343'092	1'186'127	20'930'648	598'571	20'773'170	756'049
Pneumologie	13'529'034	12'484'714	1'044'320	12'752'142	776'893	12'752'142	776'893
Thoraxchirurgie	2'983'237	2'822'708	160'530	2'822'708	160'530	2'822'708	160'530
Bewegungsapparat chirurgisch	100'211'044	96'604'669	3'606'376	98'866'850	1'344'194	98'531'179	1'679'865
Rheumatologie	1'732'141	1'639'285	92'856	1'734'893	-2'753	1'703'745	28'396
Gynäkologie	12'073'926	11'460'532	613'394	11'752'410	321'516	11'567'964	505'962
Geburtshilfe	18'712'270	17'571'368	1'140'902	18'016'889	695'381	17'725'655	986'615
(Radio-)Onkologie	8'866'676	8'308'369	558'308	8'380'367	486'309	8'380'367	486'309
Schwere Verletzungen	2'079'131	1'881'381	197'750	1'881'381	197'750	1'881'381	197'750
Total	478'917'512	459'858'251	19'059'261	465'305'162	13'612'350	464'250'668	14'666'844

Tabelle A.7 Kosten sowie Differenz der Kosten gemäss hypothetischen Spitalisten Varianten 1 bis 3 zu tatsächlichen Kosten, Datenjahr 2023