

Fachkommission Gemeinsame Gesundheitsregion
der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (FK GGR)

Stellungnahme Wirkungsanalyse

zuhanden Gesundheitsdepartement Basel-Stadt sowie Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
Basel-Landschaft

05. Mai 2025

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Wirkungsmodell und Methodik	3
3	Ergebnisse der Wirkungsanalyse	4
3.1	<i>Output</i>	4
3.1.1	Konzentration Leistungsaufträge	4
3.1.2	Mengensteuerung	4
3.2	<i>Outcome</i>	5
3.2.1	Bedarfsanalyse	5
3.2.2	Verflechtung in der GGR	5
3.2.3	Qualität	5
3.2.4	IVHSM	5
3.2.5	Drittmittel	5
3.2.6	Gleichbehandlungsanalyse	5
3.2.7	Spitaltarife	6
3.2.8	Spitalkosten	6
3.2.9	Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten	6
3.2.10	Finanzielle Auswirkungen volle Patientenfreizügigkeit	6
4	Bewertung der Wirkungsanalyse zur Zielerreichung	6
4.1	<i>Aussagekraft der vorgelegten Wirkungsanalysen</i>	6
4.2	<i>Wirkungskette</i>	7
4.3	<i>Zu den einzelnen Zielen</i>	8
4.3.1	Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung	8
4.3.2	Ziel der Kostendämpfung	8
4.3.3	Ziel der Förderung der Hochschulmedizin	9
4.3.4	Ziel der Gleichbehandlung	9
4.3.5	Patientenfreizügigkeit	9
5	Fazit	9

1 Hintergrund

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hatten mit dem Staatsvertrag betreffend die Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 als erste Kantone eine gemeinsame interkantonale Spitalplanung gesetzlich verankert.¹ Die gemeinsame Ausgestaltung der künftigen Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung sollte einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung dienen.² Mit den Instrumenten gleichlautender Spitallisten und Koordination von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollten verschiedene Ziele erreicht werden, wie beispielsweise eine effiziente und effektive Versorgung, die Konzentration und Koordination von Leistungen zur Sicherstellung von Qualität sowie die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.³ Mit Annahme des Staatsvertrages im Jahr 2019 erfolgte per 1. Juli 2019 die Umsetzung der bi-kantonalen Planung und per 1. Juli 2021 wurden die ersten gleichlautenden Spitallisten Akutsomatik in Kraft gesetzt.

Rund vier Jahre später sollte eine erste Wirkungsanalyse durchgeführt werden, welche die damals getroffenen Massnahmen und die bisherigen Entwicklungen evaluiert. Dies auch, nachdem die Fachkommission GGR bereits in ihrer Stellungnahme zur Spitalliste Akutsomatik 2021 darauf hingewiesen hatte, dass die den gleichlautenden Spitallisten zugrundeliegenden Prognosen und Entscheide überprüft werden sollten, nachdem im vergangenen Jahr von politischer Seite eine Evaluation der GGR gefordert wurde und indem Erkenntnisse aus den vergangenen Planungsmassnahmen in die anstehende Spitalplanung im Bereich Akutsomatik einfliessen sollten. Der Leitungsausschuss GGR hat am 08.04.2024 beschlossen, eine solche Wirkungsanalyse der GGR durchzuführen.⁴

Der Berichtsentwurf 2.0 zur Wirkungsanalyse wurde der Fachkommission GGR per 24. Februar 2025 mit der Bitte zugestellt, eine Stellungnahme zu erarbeiten, welche «(a) die Vollständigkeit vor dem Hintergrund des Projektauftrags vom 30.05.2024 sowie die Aussagekraft der erhobenen Daten und Analysen prüft und (b) die Erreichung der im Zusammenhang mit dem Erlass der gleichlautenden Spitalliste vom Juli 2021 postulierten Ziele einschätzt».⁵ Am 09. April 2025 wurde der Fachkommission GGR eine nochmals überarbeitete Fassung der Wirkungsanalyse übermittelt, in der quantitative und redaktionelle Korrekturen enthalten sind. Diese sind in der vorliegenden Stellungnahme ebenfalls berücksichtigt.

2 Wirkungsmodell und Methodik

Die Wirkungsanalyse untersucht anhand quantitativer und qualitativer Analysen die Zielerreichung verschiedener Massnahmen im Rahmen des Staatsvertrages, und zwar bezüglich

- einer optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone,
- einer deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich,
- der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region,
- einer Veränderung der Verflechtung der GGR im Verlauf der Zeit,
- der finanziellen Auswirkungen der GGR auf die beiden Kantone sowie
- der Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringenden.

Die Durchführung der Analysen baut auf dem «Leitfaden zur Entwicklung von Wirkungsmodellen» von Bieri und Schwegler (2024) auf. Der Leitfaden orientiert sich am linearen Wirkungsmodell der W. K.

¹ https://www.gesetzessammlung.bs.ch/app/de/texts_of_law/333.200, SG 333.200, bzw. SGS 930.001, beide, beide vom 1.7.2019.

² § 2 Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

³ § 3 und 4 Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

⁴ Projektauftrag Wirkungsanalyse GGR vom 30.05.2024

⁵ Mail Jürg Sommer/Anna Eichenberger an die FK GGR vom 20.02.2025

Kellog Foundation von 2004, welches die Wirkungslogik einer Intervention – im vorliegenden Fall der gemeinsamen Spitallisten Akutsomatik von 1.7.2021 – aufzeigt,

- mit welchen Umsetzungen/Aktivitäten bzw. Massnahmen ...
- mittels welcher Leistungen (Output) ...
- werden welche Wirkungen bei welchen Zielgruppen (Outcome) erzielt ...
- und dadurch welche übergeordneten Probleme oder Ziele auf Systemebene (Impact) gelöst oder erreicht.⁶

Die Fachkommission beurteilt dieses Wirkungsmodell als gute Grundlage für die Analyse der Wirkungen der genannten Massnahmen im GGR. Demgegenüber hält die Fachkommission die Zusammenfassung der *Ergebnisse* der Wirkungsanalyse in den beiden Stufen «Umsetzungen/Aktivitäten» und «Impacts» als nicht statthaft, weil zur Beurteilung von Wirkungen die Differenzierung in Massnahmen, Output, Outcome und Impact zwingend ist.

Die Fachkommission gliedert deshalb ihre Stellungnahme zu den einzelnen Ergebnissen im Berichtsentwurf 2.0 entsprechend in **Output** und **Outcome** (Kapitel 3) und reflektiert diese Wirkungen bezüglich der drei übergeordneten Ziele der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region sowie dem Ziel der Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern (Kapitel 4 und 5).

3 Ergebnisse der Wirkungsanalyse

3.1 Output

3.1.1 Konzentration Leistungsaufträge

Im Vergleich zum Jahr 2018 wurden per 1. Juli 2021 sowohl an die Spitäler im Kanton Basel-Stadt und im Kanton Basel-Landschaft deutlich weniger Leistungsaufträge (total -140, BS -37, BL -103) vergeben. Zu beachten sind dabei die Gründe der Reduktion der Leistungsaufträge im GGR, die durch eine Differenzierung der «entzogenen» Leistungsaufträge sichtbar werden, nämlich in solche, die (a) freiwillig zurückgegeben bzw. um die sich Spitäler nicht mehr bewarben und (b) trotz Wiederbewerbung nicht wiedervergeben wurden: in den GGR waren dies 59 (a) und 91 (b).

Wichtig ist die zusätzliche Betrachtung der Konzentration in der tatsächlichen Versorgung. Von den 71'198 Fällen im Jahr 2019 wären unter den Bedingungen der neuen Spitalliste 1'111 Fälle in anderen Spitälern versorgt worden. Dies entspricht einer Quote der Umsteuerung von 1,6 %.

3.1.2 Mengensteuerung

Mit der Reduktion der Leistungsaufträge waren in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Kantonen und den Leistungserbringern eine Zielvorgabe (Soll-Werte) und für jedes von der Mengensteuerung betroffene Spital die bedarfsgerechten maximalen Leistungsmengen pro Jahr festgelegt worden. In der Wirkungsanalyse wurden die Soll-Werte der Jahre 2022 und 2023 mit den Ist-Zahlen verglichen. Dabei zeigt sich, dass in acht der 17 SPLG mit Mengensteuerung die Soll-Werte überschritten werden und in einigen SPLG eine Verschiebung in Spitäler besteht, die nicht den Mengenvorgaben unterliegen.

⁶ <https://www.bafu.admin.ch/dam/bafu/de/dokumente/wirtschaft-konsum/externe-studien-berichte/leitfaden-zur-entwicklung-von-wirkungsmodellen.pdf.download.pdf/leitfaden-wirkungsmodelle.pdf>

3.2 Outcome

3.2.1 Bedarfsanalyse

Analog zur Versorgungsplanung im Jahr 2019 wurde eine Bedarfsanalyse für die Jahre 2019, 2022 und 2023 auf Ebene der SPLB zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten durchgeführt. Damit sollte eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung festgestellt bzw. quantifiziert werden.

Für 2023 zeigen die Ergebnisse für beide Kantone je 19 von gesamthaft 22 analysierten SPLB positive unerklärte Abweichungen von den erwarteten Fallzahlen. Auf Seiten der Fälle nimmt die überdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme von 2019 bis 2023 um 2.4 Prozentpunkte im Kanton Basel-Landschaft bzw. um 1.5 Prozentpunkte im Kanton Basel-Stadt zu. Im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt finden sich keine relevanten Unterschiede in SPLG mit bzw. ohne Mengensteuerung.

3.2.2 Verflechtung in der GGR

Die Wirkungsanalyse untersucht hier die Behandlungsorte der Bevölkerung der beiden Kantone sowie die Patientenströme zwischen Basel-Stadt und -Landschaft: der Anteil, der innerhalb der GGR behandelten Patienten bleibt im Beobachtungszeitraum mit fast 93% auf hohem Niveau stabil. Ein eindrückliches Bild zeigt der Blick auf die Patientenströme: im 2023 liessen sich von den akutsomatischen Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft 45% in Spitälern von Basel-Stadt, 44% in Spitälern der Basel-Landschaft und etwas mehr als 10% ausserkantonale behandeln. Damit weist der Kanton Basel-Landschaft einen ausgeprägten negativen Wanderungssaldo auf, der von 2019-2023 leicht zunimmt und in fast allen SPLB zu beobachten ist.

3.2.3 Qualität

Veränderungen der Behandlungsqualität wurden anhand der mittleren Aufenthaltsdauer (Abweichung $\pm >2$ Tage), der Anzahl Verlegungen sowie Wiedereintritte (Abweichung $\pm >5\%$) für jene SPLG mit >20 Fällen evaluiert. Die Ergebnisse zeigen bei sechs SPLG mit Behandlungsort Basel-Stadt Veränderungen in Richtung einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer oder einer Reduktion der Verlegungen/Wiedereintritte) und bei einer SPLG mit Behandlungsort Basel-Landschaft eine Zunahme der Verlegungen.

3.2.4 IVHSM

Für die Hochschulmedizin relevante Veränderungen wurden auf Basis der erteilten IVHSM-Aufträge an die Spitäler UKBB, USB, St. Claraspital und KSBL im Zeitraum 2019 bis 2024 evaluiert. Dabei zeigt sich ein leichter Rückgang der an GGR-Spitäler erteilten HSM-Leistungsaufträge (30 im Jahr 2018 -> 28 im Jahr 2024).

3.2.5 Drittmittel

Die Entwicklung der zu Forschungszwecken eingeworbenen Drittmittel wurde im Rahmen einer Befragung der GGR-Spitäler erhoben. Im Analyse-Zeitraum zeigen sich stabile Werte zwischen 46 und 48 Mio. CHF pro Jahr, wobei über 95% an Spitäler in Basel-Stadt fliessen.

3.2.6 Gleichbehandlungsanalyse

Im Bericht zur Wirkungsanalyse wird moniert, dass bei Ungleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privaten Spitäler im GGR rechtliche Beschwerden beim Bundesgericht zu erwarten wären. Da die

eingegangenen Beschwerden sich auf formale Aspekte beschränken, liessen sich daraus keine wesentlichen Erkenntnisse zu einer gezielten Ungleichbehandlung ableiten.

3.2.7 Spitaltarife

Die Spitaltarife sind von 2019 bis 2022 für die meisten Leistungsgruppen konstant geblieben, sofern man eine fallzahlgewichtete Analyse zugrunde legt. Während in Basel-Landschaft 55 der 103 Leistungsgruppen einen unveränderten Tarif aufweisen, zeigen 46 Leistungsgruppen einen höheren Tarif und zwei Leistungsgruppen eine Reduktion. In Basel-Stadt zeigen sich 65 Leistungsgruppen unverändert, bei 36 Leistungsgruppen ist ein Anstieg und bei zweien eine Reduktion festzustellen.

3.2.8 Spitalkosten

Die Entwicklung der akutstationären Spitalkosten pro versicherte Person werden per Basisjahr 2016 analysiert. Dies beeinträchtigt die Transparenz, zumal sich gerade für Basel-Landschaft eine im Vergleich niedrigere jährliche Wachstumsrate bei einer Betrachtung ab 2019 ergeben würde. Jedenfalls ist festzustellen, dass die akutstationären Spitalkosten in Basel-Stadt als auch Basel-Landschaft von bereits deutlich höherem Ausgangsniveau als in der Restschweiz auch in den letzten Jahren schneller gewachsen sind. Die ambulanten Spitalkosten sind in beiden Kantonen ebenfalls im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich höher als im Durchschnitt der Schweiz, allerdings ist das Wachstum hier unterdurchschnittlich.

3.2.9 Finanzielle Auswirkungen auf Kantonskosten

Die Entwicklung der kantonalen Gesamtkosten der akutsomatischen, stationären Versorgung (Spitalkosten multipliziert mit dem kantonalen Finanzierungsanteil von 56% für Basel-Stadt und 55% für Basel-Landschaft) wurde über den Zeitraum 2016-2023 eruiert. Es lässt sich eine jährliche Steigerung von 1.0% für Basel-Stadt und von 1.4% für Basel-Landschaft feststellen (Gesamtschweizerisch 1.1%).

3.2.10 Finanzielle Auswirkungen volle Patientenfreizügigkeit

Die Wohnbevölkerung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hat seit dem 1.1.2014 und seit dem 1.7.2019 im Rahmen des Staatsvertrags innerhalb der GGR Anspruch auf die gleichen stationären Leistungen und die vollständige Vergütung (abgesehen vom Selbstbehalt) derselben. Dazu stellte sich die Frage, ob und wenn ja, welche finanziellen Auswirkungen der Kanton Basel-Landschaft für die volle Patientenfreizügigkeit zu tragen hat (da der Referenztarif im Kanton Basel-Stadt im Vergleich zum Kanton Basel-Landschaft höher liegt). Diese Frage wurde in aufwändiger Manier auf Basis von hypothetischen Spitallisten und von Tarifen, Fällen und Schweregrad 2023 analysiert. In den die Notfallbehandlung berücksichtigenden Variantenergaben diese Analysen jährliche Mehrkosten für den Kanton Basel-Landschaft von rund CHF 8.5 Millionen.

4 Bewertung der Wirkungsanalyse zur Zielerreichung

4.1 Aussagekraft der vorgelegten Wirkungsanalysen

Grundsätzlich sind die durchgeführten Analysen aus Sicht der Fachkommission aussagekräftig und für eine Bewertung der Zielerreichung geeignet. Ausnahmen bilden die Analysen zur Qualität und zur Gleichbehandlung, für die keine geeigneten Indikatoren identifiziert werden konnten.

Besonders wichtig ist es, dass die Steuerungsrelevanz der ersten gleichlautenden Spitalliste sowohl in der Dimension der Leistungsgruppen als auch in Bezug auf Fallzahlen quantifiziert wurde. Denn insbesondere die fallzahlgewichtete Steuerungswirkung fällt gering aus. Dass bei den darauf

aufbauenden Analysen keine signifikanten Effekte auf die Zielindikatoren ermittelt werden konnten, spricht folgerichtig nicht gegen die Validität der Auswertungen, sondern ist erwartungsgemäß.

Zur Verknüpfung der Analysen unter der Struktur einer Wirkungskette sowie zur Ableitung eines Fazits kommt die Fachkommission dagegen zu eigenen Schlüssen.

4.2 Wirkungskette

Aus Sicht der Fachkommission könnte exemplarisch die Anwendung eines Wirkungsmodells gemäss Bieri und Schwegler im Kontext der Erstellung der gleichlautenden Spitalisten folgendermaßen aussehen (Abb. 1).

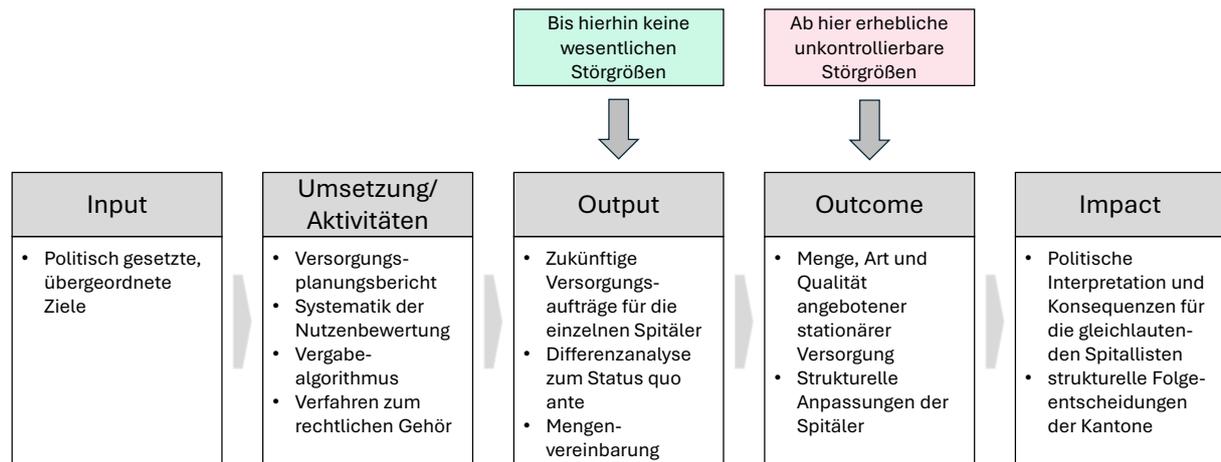


Abbildung 1: Wirkungsmodell im Kontext Spitalplanung

Wichtig ist die klare Unterscheidung zwischen «Output» und «Outcome» deshalb, weil bis zu den Entscheidungen der Kantonsregierungen über die Vergabe von Leistungsaufträgen sowie der Vereinbarung von Mengen jeweils eine Kausalität für den jeweils folgenden Schritt angenommen werden kann, also bis zum Schritt «Output». Ab dem Prozessschritt «Outcome» wirken allerdings unterschiedlichste Störgrößen auf die analysierte Wirkungskette ein, so z. B. die Pandemie oder Änderungen der regulatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen.

Daher sollte geprüft werden, ob der erarbeitete «Output» überhaupt grundsätzlich geeignet ist, eine für einen Zielbeitrag notwendige Einflussnahme auf das «Outcome» zu entwickeln. Daraus ließe sich aus Sicht der Fachkommission trotz aller Störgrößen einerseits schließen, wie groß der Einfluss der gleichlautenden Spitalliste auf das «Outcome» und damit letztlich zur Zielerreichung überhaupt sein kann. Andererseits können so Aussagen dazu getroffen werden, welche Modifikationen am Prozess der Erstellung der nächsten akutsomatischen Spitalliste vorgenommen werden müssen, um den Beitrag zur Zielerreichung zu optimieren.

Auf der Ebene des «Outputs» ist in erster Linie die Zuweisung der Leistungsaufträge sowie die Vereinbarungen zur Mengensteuerung zu sehen. Hierzu liefert die vorgelegte Wirkungsanalyse alle wichtigen Erkenntnisse. Es werden zwar zahlreiche Leistungsaufträge entzogen oder sie wurden gar nicht erst beantragt. Diese Veränderungen sind aber weitgehend versorgungstumm, weil mit den nicht mehr vergebenen Leistungsaufträgen in aller Regel nur geringe Fallzahlen verbunden waren. Auf der Fallzahlebene sind demnach nur 1,6 % der Fälle umgesteuert worden. Und dabei handelt es sich bereits um einen theoretischen Maximalwert, der von einem elektiven Charakter aller dieser Fälle ausgeht. Der effektiv umgesteuerte Anteil wird in der Realität noch deutlich tiefer liegen.

Über die gleichlautende Spitalliste 2021 wurden also die zugewiesenen Leistungsaufträge näher an das reale Versorgungsgeschehen herangeführt. Leistungsaufträge ohne Versorgung oder mit sehr tiefen Fallzahlen an einem Spital wurden nicht mehr vergeben. Die Spitalliste hat damit an Transparenz und

Aussagekraft gewonnen. Relevante Effekte auf die Zielerreichung sind aber aufgrund der geringen Steuerungswirkung nicht wahrscheinlich.

Die eindrückliche Konzentration der Leistungsaufträge hatte die Fachkommission bereits anlässlich ihrer Sitzung vom 5. Dezember 2024 diskutiert und dabei festgestellt, dass unterschieden werden muss, ob lediglich «aufgeräumt» oder tatsächlich entzogen wurde.⁷ Ein sogenannter «Aufräumerffekt» wird nur einmal beobachtbar sein und dürfte in erster Linie auf eine konsequentere Umsetzung der leistungsspezifischen SPLG-Anforderungen (z.B. Mindestfallzahlen, verknüpfte Leistungsgruppen, Kapazitätsgrenzen) zurückzuführen sein.

4.3 Zu den einzelnen Zielen

4.3.1 Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung

Die Fachkommission hatte bereits in ihrer Stellungnahme zur gemeinsamen Spitalliste GGR Akutsomatik 2021 festgestellt, dass eine direkte Qualitätsorientierung in der Planungssystematik nicht angelegt ist.⁸ Allenfalls indirekt über die Vermeidung von Gelegenheitsversorgung ist von einer Optimierung der Versorgung auszugehen.

Die Systematik zur Messung der Qualitätsveränderungen in der Wirkungsanalyse überzeugt nicht und liefert auch kein klares Bild. Letztlich spricht aber die geringe Umsteuerung der Versorgung dagegen, dass mögliche qualitative Veränderungen überhaupt auf die Erstellung der Spitalliste zurückzuführen sein könnten.

Die Fachkommission kann in den Ergebnissen zum übergeordneten Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone weder positive noch negative relevante Effekte erkennen.

4.3.2 Ziel der Kostendämpfung

Dass das Ziel der Reduzierung der Spitaltarife verfehlt werden wird, hat die Fachkommission bereits in ihrer Stellungnahme zur gemeinsamen Spitalliste GGR Akutsomatik 2021 festgestellt.⁹ Grund ist auch hier, dass für eine relevante Beeinflussung der durchschnittlichen Spitaltarife die Planungsentscheidungen nicht tiefgreifend genug waren.

Aussichtsreicher wurden Mengensteuerung und Mengendialog bewertet und dazu ausgeführt, dass das neue Instrument des Mengendialogs geeignet sei, um ökonomisch motivierte Leistungserbringung zu reduzieren und so die stationären Fallzahlen zu senken. Der Mengendialog sei das erfolgskritische Instrument, um die Erkenntnisse aus dem Versorgungsplanungsbericht zu den nicht erklärbaren Abweichungen der Fallzahlen planerisch umzusetzen und damit der festgestellten Überversorgung entgegenzuwirken.¹⁰

Die vorgelegten Analysen zur Umsetzung des Mengendialogs zeigen aber zwei Probleme klar auf. Einerseits wird die Mengenvereinbarung systematisch nicht verbindlich eingehalten und andererseits werden alternativ eingeschlagene Versorgungspfade zur Umgehung der Mengenvorgaben beschritten.

Die Fachkommission kann in den Ergebnissen zum übergeordneten Ziel der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich weder positive noch negative relevante Effekte erkennen.

⁷ Protokoll Fachkommission Nr. 16 vom 6.12.2024

⁸ Stellungnahme FK GGR Akutsomatik vom 26. April 2021, S. 13

⁹ Stellungnahme FK GGR Akutsomatik vom 26. April 2021, S. 13

¹⁰ Stellungnahme FK GGR Akutsomatik vom 26. April 2021, S. 14

Die weiterhin steigende, nicht erklärbare überdurchschnittliche Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch die GGR-Bevölkerung wurde durch die gleichlautenden Spitalisten und die Mengensteuerung nicht reduziert, wohl aber auch nicht verstärkt.

4.3.3 Ziel der Förderung der Hochschulmedizin

Die im Rahmen der Erstellung der gleichlautenden Spitalisten angewandten Algorithmen bevorzugen in der Tendenz systematisch bestehende Anbieter sowie große Anbieter. Grundsätzlich stehen die Chancen einer Universitätsklinik im Bewerbungsverfahren daher gut. Entscheidende positive Effekte auf die Hochschulmedizin können in den vorgelegten Analysen nicht nachgewiesen werden. Die Fachkommission hat aber auch keine Hinweise darauf, dass das Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin konterkariert wurde.

Zum übergeordneten Ziel der Sicherung der Hochschulmedizin in der Region hält die Fachkommission fest, dass durch die bikantonale Planung und die gleichlautenden Spitalisten kein nachteiliger Effekt auf die Hochschulmedizin feststellbar ist.

4.3.4 Ziel der Gleichbehandlung

In der Wirkungsanalyse zum Ziel der Gleichbehandlung wird moniert, dass kein aussagekräftiger Indikator identifiziert werden konnte. Die Fachkommission hatte dazu anlässlich der Sitzung vom 20.08.2024 angeregt, die Anzahl der Beschwerden als subjektiven Indikator und die Anzahl der Entscheidungen als objektiven Indikator heranzuziehen.¹¹ Grundsätzlich ist bereits in der politischen Zielsetzung, aber auch in der Auswahlmethodik implizit eine Tendenz zur Vergabe von Leistungsaufträgen an größere Spitäler erkennbar. Da private Träger in den beiden Kantonen eher kleine Spitäler betreiben, kann vordergründig der Eindruck der Ungleichbehandlung entstehen. Es handelt sich dabei aber um einen Confounder. Hinweise für eine Ungleichbehandlung im Vergabeprozess waren für die Fachkommission nicht feststellbar.

Die Fachkommission bestätigt, dass während der bisherigen Arbeiten zu den gleichlautenden Spitalisten keine Ungleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern zu beobachten war.

4.3.5 Patientenfreizügigkeit

Die Fachkommission anerkennt, dass der Staatsvertrag die beiden Kantone nicht zu gleichlautenden Spitalisten bzw. zur vollen Patientenfreizügigkeit in der GGR verpflichtet und weist gleichzeitig darauf hin, dass beide Instrumente für die Ziele des Staatsvertrags der optimierten Gesundheitsversorgung und der Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich unverzichtbar sind.

Die Fachkommission beurteilt die Analysemethodik betr. finanzielle Auswirkungen durch die volle Patientenfreizügigkeit innerhalb der GGR als angemessen und differenziert. In diesem Sinne stellen die Ergebnisse eine gute Diskussionsgrundlage für die beiden Kantone dar.

5 Fazit

Die vorgelegten Analysen sind geeignet, um eine fundierte Bewertung der Zielerreichung vorzunehmen. Gleichzeitig sind die Analysen aber nicht entsprechend der ausgewählten Systematik einer Wirkungsanalyse in den Gesamtzusammenhang gestellt.

Zur Analyse der Leistungskonzentration zieht die Fachkommission das Fazit, dass durch die Planungsentscheidungen im Jahr 2021 keine ausreichend großen Veränderungen entschieden wurden,

¹¹ Protokoll Fachkommission Nr. 15 vom 20.08.2024

um darüber relevante Effekte auf Kosten oder Versorgungsqualität erklären zu können. Diese Sicht wird durch die Ergebnisse der vorgelegten Wirkungsanalyse gestützt.

Die Fachkommission möchte hierzu daran erinnern, dass das notwendige Instrumentarium für eine strukturelevante Leistungskonzentration im Rahmen der Erstellung der Spitalliste 2021 von den Kantonen erarbeitet wurde:

- Es strebte Leistungskonzentrationen über eine Priorisierung der Spitäler nach Patienten- und Systemnutzen mit einer maßvollen Kapazitätsüberschreitung an. Dieses Instrument kam nicht zur Anwendung.
- Es führte einen Mengendialog ein. Dieser wirkt (noch) nicht oder wird umgangen.
- Es sah eine Reduktion der durchschnittlichen Baserate durch dessen Berücksichtigung in der Nutzenbewertung vor. Für einen Effekt sind die Planungsentscheidungen nicht umfassend genug.

Mit diesem Instrumentarium kann je nach Parametrisierung entweder eine Fortschreibung des strukturellen Status quo erreicht werden, so wie es annähernd über die Spitalliste 2021 geschehen ist. Bei einer ambitionierten Anwendung der Systematik sind aber auch wirkungsvolle Planungsentscheidungen möglich, die zur Zielerreichung einer optimierten Versorgung und einer Kostendämpfung beitragen. Um mit der nächsten gleichlautenden Spitalliste per 01.01.2027 ggf. den Zielerreichungsgrad zu erhöhen, sind nach Auffassung der Fachkommission umfassende Modifikationen an der Systematik deshalb nicht zwingend erforderlich.

Abschliessend hält die Fachkommission fest, dass die Frage des Zusammenhangs zwischen der Versorgungs- und Infrastrukturplanung nicht Teil der Wirkungsanalyse war. Da sich Infrastrukturplanungen beispielsweise über eine angebotsinduzierte Nachfrage auch auf die Leistungsanspruchnahme und folglich auf die Gesundheitskosten auswirken kann, schlägt die Fachkommission vor, diese Effekte in einer zukünftigen Analyse angemessen zu berücksichtigen.