



LIESTAL, 12. Juni 2012

DER REGIERUNGSRAT DES KANTONS BASEL-LANDSCHAFT

An den
Landrat des Kantons Basel-Landschaft
Regierungsgebäude
4410 Liestal

Stellungnahme zum GPK-Bericht

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Vorlage Nr. [2012/122](#) vom 26. April 2012 an den Landrat erstattet die Geschäftsprüfungskommission GPK des Landrates Bericht betr. Besuch der GPK-Subko II bei der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) und den Abklärungen zu den Schwerpunktthemen "Verselbständigung der Spitäler", "Neue Pflegefinanzierung" und "Neubauten Bruderholz". Sie gibt aufgrund ihrer Abklärungen und Erkenntnisse Empfehlungen an den Regierungsrat und an die VGD ab.

1. Generelle Stellungnahme

Wohl selten zuvor wurde ein Politikbereich, in dem Bund und Kantone zuständig sind, in so kurzer Zeit dermassen grundlegend verändert, wie dies aktuell im Gesundheitswesen der Fall ist. Ein Ende der daraus folgenden Umsetzungs- und Anpassungsprozesse ist noch nicht abzusehen. Der Bericht der Geschäftsprüfungskommission weist auf Schwierigkeiten hin, die in dieser ausserordentlichen Situation zu bewältigen waren und sind.

Die Analyse des Berichtes der GPK hat gezeigt, dass eine korrekte Beurteilung und Einordnung der von der GPK aufgeworfenen Fragen nur möglich ist, wenn die Ausgangslage, die strategischen Entscheide und die operativen Schritte zur Neuausrichtung der Spitalpolitik, der Pflegefinanzierung und der Spitalplanung Bruderholz in einem Überblick dargestellt werden. Eine umfangreiche Analyse der jeweiligen Sachverhalte und der getroffenen Entscheide finden sich im Anhang zur Stellungnahme. Dabei wird deutlich, dass die Entwicklung, die aktuelle Situation und die Perspektive in allen drei Bereichen gleichzeitig von den sich verändernden Bedürfnissen der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft wie von bundespolitischen Weichenstellungen geprägt werden.

Die Beschleunigung der politischen Prozesse und die Zunahme der Komplexität der politischen Anforderungen, denen sich Regierung, Parlament und Verwaltung ausgesetzt sehen,

machen Schwachstellen in der Bewältigung der Aufgaben sichtbar, auf welche die GPK zu Recht hinweist. Der Regierungsrat seinerseits hat schon vor der GPK-Analyse Handlungsbedarf geortet und wichtige Schritte eingeleitet. So wurden mit der Einführung des ERP-Systems betriebswirtschaftliche Abläufe beschleunigt. Es bleibt aber ein prioritäres Ziel des Regierungsrates, die Leistungen der kantonalen Verwaltung direktionsübergreifend noch besser zu koordinieren und zu optimieren.

2. Empfehlungen

Zu den Empfehlungen der GPK nimmt der Regierungsrat wie folgt Stellung:

Empfehlung 1 (Regierungsrat)

„Es sind Projektorganisations-Standards zu definieren und deren Anwendung in allen Direktionen als verbindlich zu erklären. Bei direktionsübergreifenden Geschäften ist eine klare Projektorganisation zwingend. Die Bearbeitung wichtiger Projekte und komplexer Fragestellung soll künftig durch geeignete organisatorische Massnahmen unterstützt werden.“

Antwort

Mit RRB Nr. 2014 vom 19. Oktober 2004 hat der Regierungsrat beschlossen, IFA-Pass als Prozessführungsmethode aufzuheben und dass HERMES als neuer Standard für die Abwicklung von Informatikprojekten zu verwenden sei. HERMES wird durch das Informatikstrategieorgan Bund (ISB) und der Schweizerischen Informatikkonferenz (SIK) ständig weiterentwickelt und mit umfassenden Dokumentationen versehen. Im zugehörigen Projektantrag wurde zudem festgehalten, dass die Methode HERMES als Grundlage für die Abwicklung von entsprechenden Projekten der kantonalen Verwaltung BL eingeführt wird. Im Intranet der Verwaltung wurde eine Seite dazu aufgeschaltet (www.hermes.bl.ch).

Bezüglich Definition von Projektorganisations-Standards wird eine Verordnung zum Projektmanagement erlassen. Der Entwurf der neuen Verordnung befindet sich zurzeit im verwaltungsinternen Mitberichtsverfahren.

Empfehlung 2 (Regierungsrat)

„Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Direktionen müssen geprüft und vorhandene Ressourcen genutzt werden. Generell ist eine sachorientierte Zusammenarbeit zwischen den Direktionen erforderlich.“

Antwort

Die Zusammenarbeit der Direktionen im Rahmen der ordentlichen Verwaltungstätigkeit ist sowohl auf der operativen als auch auf der politischen Ebene Standard und gelebte Praxis. Beispiele: Berufswegbereitung (VGD, FKD, BKSD); Sekundarschulbauten (BUD, FKD, BKSD). Bei der Ausarbeitung von Fachgeschäften im Rahmen der ordentlichen Verwaltungstätigkeit erfolgt eine direkte, sachspezifische Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Fachpersonen der einzelnen Direktionen. Der Einbezug der Direktionen wird über das systematisierte Mitberichtsverfahren gewährleistet. Eine generelle Koordination der Verwaltungstätigkeit erfolgt durch die Generalsekretären-Konferenz. Ausserordentliche Geschäfte werden über vom Regierungsrat eingesetzte direktionsübergreifende Arbeitsgruppen oder den punktuellen Beizug zu spezifischen Themen der entsprechenden Fachdirektion bearbei-

tet. Dieses System hat sich im Grundsatz bewährt. Es stösst aber an seine Grenzen, wenn gleichzeitig ausserordentliche und in der Regel termingebundene Geschäfte zu bearbeiten sind, die eine direktionsübergreifende Arbeit erfordern. Die Landratsvorlage zum Entlastungspaket 12/15 für den Staatshaushalt (LRV Nr. [2011/296](#) vom 1. November 2011) enthält als Massnahme den weiteren Aufgabenverzicht (Ü-1) und die übergreifende Effizienzsteigerung (Ü-4). Im Rahmen dieser Massnahmen werden Aufbau und Ablauf der Verwaltungsorganisation überprüft.

Empfehlung 1 (VGD)

„Die Zusammenarbeit mit den landrätlichen Kommissionen muss verbessert werden. Es geht nicht an, dass Kommissionen Geschäfte auf der Basis unvollständiger Informationen beraten müssen und ihnen wichtige Unterlagen und Informationen verschwiegen werden.“

Antwort

Die VGD nimmt die Zusammenarbeit mit den landrätlichen Kommissionen sehr ernst und ist gerne bereit, konkrete Verbesserungsvorschläge seitens der Kommissionen zu prüfen und nach Möglichkeit umzusetzen. Aufgrund seiner rund achtjährigen Zugehörigkeit zum Landrat weiss der Direktionsvorsteher der VGD um den effektiven oder vermuteten Informationsvorsprung der kantonalen Verwaltung. Aus diesem Grunde hat er den Kommissionen und ihren Mitgliedern in der Vergangenheit stets angeboten, allfällige Fragen im Zusammenhang mit Geschäften der VGD direkt oder in Form eines Fragenkataloges der Kommission zu stellen. Dieses Angebot wurde auch genutzt und die entsprechenden Fragen wurden, soweit dies möglich war, beantwortet.

Empfehlung 2 (VGD)

„Die Kommunikation nach innen (Verwaltung, Regierungsrat) und nach aussen (Kommissionen, Medien) muss verbessert werden.“

Antwort

Dem Aspekt der Kommunikation wurde aufgrund des sehr hohen Arbeitsanfalles mit den ausserordentlichen Geschäften der Pflege- und Spitalfinanzierung und aufgrund der Stellenvakanz des Kommunikationsbeauftragten in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahres zu wenig Beachtung geschenkt. Die VGD wird künftig der Kommunikation vermehrt Gewicht zumessen und sie noch bewusster pflegen. In diesem Sinne wird die Empfehlung gerne entgegen genommen.

Empfehlung 3 (VGD)

„Nach der Verselbständigung der Spitäler und im Hinblick auf die bevorstehende Pensionierung der Generalsekretärin sind die Strukturen innerhalb der VGD, insbesondere auch die Stellenprofile des Generalsekretariats, differenziert zu hinterfragen. Dieser Überprüfung ist höchste Priorität einzuräumen.“

Antwort

Mit der Auslagerung der Spitalbetriebe entfällt zwar die direkte Führung der Spitäler als Dienststellen der VGD. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen sind aber mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung nicht abgeschlossen. Die Spitalpolitik, wie auch die Ge-

sundheitspolitik insgesamt, wird von sich verändernden Bedürfnissen der Bevölkerung im Kanton wie von bundespolitischen Weichenstellungen geprägt.

Das Generalsekretariat der VGD vollzieht als Linienorganisation die hoheitlichen Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens (Kantonsärztlicher Dienst, Kantonszahnärztlicher Dienst, Heil- und Betäubungsmittelkontrolle) und im Bereich des Veterinär- Jagd- und Fischereiwesens. Ebenfalls eingegliedert sind die Schlichtungsstelle für Mietangelegenheiten und die Schlichtungsstelle für Diskriminierungsstreitigkeiten des Kantons. Mit dem anstehenden Ausbau des Bereichs Volkswirtschaft (Abteilung Volkswirtschaft / Abteilung Wirtschaftsförderung / Kompetenzzentrum für Wirtschaftsentwicklung und Standortmarketing) werden weitere Mitarbeitende hinzukommen. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung wird ein „Spitalcontrolling“ eingeführt.

Die innerbetrieblichen Strukturen des Generalsekretariates der VGD werden ab Mitte dieses Jahres zusammengefasst in die Belange Volkswirtschaft unter Leitung des stellvertretenden Generalsekretärs / Gesundheitswesen unter Leitung des Kantonsarztes und Zentrale Dienste unter Leitung der Generalsekretärin. Die Gesamtleitung des Generalsekretariates obliegt wie bisher der Generalsekretärin. Die zuständigen Personen bilden zusammen mit dem Direktionsvorsteher neu die Geschäftsleitung. Damit wird das breite Themengebiet, welches im Generalsekretariat der VGD bearbeitet wird, auf mehrere Personen verteilt.

Auf der Ebene der Stabsstellen im Generalsekretariat der VGD sind Optimierungs- und Effizienzsteigerungsmassnahmen im Rechnungswesen (Zentralisierung des Rechnungswesens auf Stufe Direktion) und Aufteilung des Rechnungswesens/Controllings in Arbeit. Die Optimierung des Personalwesens erfolgt direktionsübergreifend im Rahmen des laufenden ERP-Projektes. Die Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation ist Gegenstand der aktuell laufenden Arbeiten zur Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation der Verwaltungsorganisation der gesamten kantonalen Verwaltung.

Empfehlung 4 (VGD)

„Die Aufsicht bzw. eine Steuerungsfunktion gegenüber den Alters- und Pflegeheimen muss definiert und wahrgenommen werden. Verbindliche Standards und Kenngrössen sollen es den Gemeinden erlauben, die Leistungen und Kostensituation ihrer Alters- und Pflegeheime beurteilen zu können.“

Antwort

Die Regierung hat sich zum Ziel gesetzt Ihre Senioren- und Alterspolitik umfassend und ganzheitlich auszurichten (vgl. Regierungsprogramm 2012-2015). Um den vielfältigen Formen des Alterns und der Generationenbeziehungen gerecht zu werden, braucht es ein neues, ganzheitliches Altersbild. An einem Workshop mit Vertreterinnen und Vertreter der Alterskonferenz Baselland (Graue Panther Nordwestschweiz, Kantonalverband der Altersvereine BL, Novartis Pensionierten-Vereinigung und Seniorenverband Nordwestschweiz) und des Gemeindeverbands Basellandschaftlicher Gemeinden sowie Fachpersonen der Direktionen der kantonalen Verwaltung konnte nun ein Entwurf verabschiedet werden, mit dem sich alle Beteiligten auf gemeinsame Leitlinien und Wirkungsziele in acht Handlungsfelder von Partizipation und lebenslangem Lernen über Wohnfragen und Mobilität bis hin zu Dienstleistung und Pflege einigen konnten. Gegen Ende des Jahres soll das Leitbild "Älter werden gemeinsam gestalten" von der Regierung zuhanden des Landrats verabschiedet werden.

Die Aufsicht des Kantons gegenüber den Alters- und Pflegeheimen umfasst gemäss den aktuell geltenden gesetzlichen Bestimmungen Art. 3 Absatz 3 Buchstabe f. des Gesetzes vom 20. Oktober 2005 über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA)¹ die gesundheitspolizeiliche Aufsicht. Die Steuerungsfunktion gegenüber den Alters- und Pflegeheimen obliegt den Gemeinden. Gemäss § 16 Absatz 1 legen die Gemeinden in der Leistungsvereinbarung mit den stationären Alters- und Pflegeeinrichtungen auf ihrem Gebiet den Grad ihrer Mitbestimmung fest. Eine Änderung dieser Aufgabenteilung würde eine Anpassung des Gesetzes erfordern.

Gestützt auf die geltende Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden liegen Verantwortung und Zuständigkeit für den Betrieb der Alters- und Pflegeheime klar bei den Gemeinden. Es liegt in der Kompetenz der Gemeinden, die in der Empfehlung beantragten Standards und Kenngrössen zu entwickeln und zu definieren.

3. Schlussbemerkungen

Regierung, Parlament und Verwaltung haben in dieser Legislatur ausserordentlich anspruchsvolle Aufgaben zu bewältigen. Es gilt in einem wirtschaftspolitisch sehr unsicheren Umfeld den Haushalt des Kantons zu stabilisieren und gleichzeitig die Voraussetzungen zu schaffen, damit der Kanton im Dienste der Bürgerinnen und Bürger prosperiert. Der Bericht und die Anträge der GPK bestätigen zum einen den Regierungsrat in seinen bisherigen Anstrengungen zur Effizienzsteigerung der kantonalen Regierungs- und Verwaltungstätigkeit. Die GPK weist zum andern auf zusätzliche Aspekte hin, die in der Optimierung der politischen Führungs- und Umsetzungsarbeit direktionsübergreifend zu prüfen sind. Der Regierungsrat ist gewillt, auch in Erfüllung des eigenen Legislaturprogramms die entsprechenden Fortschritte zu erzielen und in den Rechenschaftsberichten auszuweisen.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

Der Präsident: Peter Zwick

Der Landschreiber: Alex Achermann

¹ SGS 854

Anhang

1. Spitalpolitik

1.1. Rückblick

Die Baselbieter Spitalpolitik setzt seit vielen Jahren auf die Koordination der Leistungsangebote und die Vermeidung von Doppelspurigkeiten. Erbringer der stationären Spitalleistungen sind das Kantonsspital Baselland, die Psychiatrie Baselland, die Privatspitäler mit Sitz im Kanton Basel-Landschaft, das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), die öffentlich-rechtlichen sowie privaten Spitäler im Kanton Basel-Stadt und schliesslich die Leistungserbringer mit Sitz in den Kantonen Aargau und Solothurn nördlich der Jurakette. Seit einigen Jahren besteht zudem die Möglichkeit, ausgewählte Spitalleistungen im grenznahen Ausland (Oberrhein) zu beziehen. Weitere Erbringer sind die universitären Spitäler der übrigen universitären Zentren der Schweiz in ausgewählten Fällen (hochspezialisierte Medizin) sowie die übrigen Spitäler der Schweiz (Notfälle).

Die Zusammenarbeit der Kantone Basel-Landschaft (BL) und Basel-Stadt (BS) im Bereich der Spitalversorgung hat eine langjährige Tradition. Um der Baselbieter Bevölkerung den ungehinderten Zugang zur universitären Zentrumsmedizin des Kantonsspitals Basel (heute Universitätsspital Basel, USB) zu sichern, wurde 1975 ein bilateraler Vertrag abgeschlossen. In diesem Vertrag war zusätzlich auch die freie Spitalwahl für die Grundversorgung (Freizügigkeit) geregelt. Das ursprünglich als befristetes Interimsabkommen abgeschlossene Vertragswerk lief Ende 1992 aus und wurde durch den Vertrag über die Abgeltung von zentrumsmedizinischen Spitalleistungen sowie der klinischen Lehre und Forschung des Kantons Basel-Stadt durch den Kanton Basel-Landschaft (Spitalabkommen BS/BL) vom 23. November 1993/14. Juni 1994, welcher rückwirkend auf den 1. Januar 1993 in Kraft trat, abgelöst. Auf die Wiedereinführung einer Freizügigkeitsregelung wurde – auch mit Blick auf das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 – verzichtet.

1.1.1. Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft 2003

Mit dem Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft vom 4. November 2003² beleuchtete der Regierungsrat die Versorgungssituation im Kanton im Bereich stationäre Spitalversorgung, Pflege- und Langzeitversorgung und legte seine Schlussfolgerungen dar. Er formulierte dabei das folgende übergeordnete Ziel (Zitat): **"Übergeordnete Ziele des Regierungsrates:** *Der Regierungsrat setzt trotz schwierigem finanz- und wirtschaftspolitischem Umfeld auf eine partnerschaftliche Erfüllung von regionalen Aufgaben, die im gemeinsamen Interesse liegen. Dazu zählt der Erhalt der Universität Basel und der Medizinischen Fakultät ebenso wie die Fortführung der regionalen Spitalplanung mit dem Kanton Basel-Stadt und unter Einbezug der zur Region gehörenden Teilgebiete der Nachbarkantone. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit auf dem Gebiet der hochspezialisierten Versorgung im Spitalwesen hat sich bewährt. Der Regierungsrat möchte nach Möglichkeit an dieser Zusammenarbeit festhalten und - soweit es in seinem Einflussbereich liegt - den Kanton Basel-Stadt in seinem Bestreben unterstützen, durch Kooperationen und Schwerpunktbildungen die heuti-*

² Vorlage an den Landrat [2003/269](#) vom 4. November 2003

gen, verhältnismässig hohen Kosten zu reduzieren. Das Niveau der Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Landschaft befindet sich im schweizerischen Mittelfeld. Es ist dem Regierungsrat ein wichtiges Anliegen, diese relativ günstige Position auch in Zukunft zu halten."

1.1.2. Gemeinsamer Bericht zur Spitalversorgung (stationärer Bereich) der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2005

Im gemeinsamen Bericht zur Spitalversorgung Basel-Stadt und Basel-Landschaft, September 2005³, wurde die spitalpolitische Zusammenarbeit der beiden Kantone dargestellt, und es wurden Leitsätze für die zukünftige Zusammenarbeit formuliert.

Der Regierungsrat gestattet sich, aus dem genannten Bericht das Kapitel "H Kernaussagen" zu zitieren:

"H Kernaussagen

Zusammenfassend ergeben sich folgende Kernaussagen, welche als zukunftsweisende Leitlinien im Konsens zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt zu verstehen sind:

1. *Die regionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen umfasst nicht nur die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Vielmehr müssen die weiteren zur natürlich gewachsenen Wirtschafts- und Kulturregion gehörenden Gebiete (Kantone Aargau, Jura, Solothurn sowie das grenznahe Ausland) in entsprechende Planungen mit einbezogen werden.*
2. *Zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft besteht der klare Wille,*
 - 2.1. *die Universität und die Medizinische Fakultät zu erhalten und gemeinsam partnerschaftlich zu betreiben.*
 - 2.2. *Die universitäre Medizin, das heisst die medizinische Lehre und Forschung in den Spitälern von Basel-Landschaft und Basel-Stadt (Universitätsspital Basel, Kantonsspitäler Basel-Landschaft), gegebenenfalls unter Mitwirkung der Privatspitäler in den beiden Kantonen, auf der Basis von Leistungsaufträgen¹ auch in Zukunft anzubieten und für die Einbettung des universitär-medizinischen Standortes Basel in die schweizerische Landschaft der universitären Medizin einzustehen.²*
 - 2.3. *das Universitätsspital Basel als Zentrum für hochspezialisierte Medizin der Region zu sichern und - wenn die gesamtschweizerischen Rahmenbedingungen erfüllt sind - dessen Neupositionierung als Universitätsspital beider Basel im Sinne einer Zukunftsoption zu prüfen.*

³ Vorlage an den Landrat [2005/250](#) vom 20. September 2005

¹ In Zukunft wird die Medizinische Fakultät Leistungsaufträge an Ausbildungsspitäler erteilen.

² Die Sicherstellung des universitär-medizinischen Standortes Basel bedarf auch inskünftig koordinierter gemeinsamer Anstrengungen, auch im Interesse der Gesamtentwicklung des Wirtschaftsstandortes. So sind die Interessen der Region im Rahmen der Bearbeitung des universitär-medizinischen Dossiers auf Bundesebene (Arbeitsgruppe "Kleiber"), der Umsetzung der Konzepte zur hochspezialisierten Medizin bzw. der Transplantationsmedizin und ebenfalls im Zuge der KVG-Revision mit Nachdruck zu vertreten.

- 2.4. *vorbehältlich anderer Vorgaben nach einer Revision des KVG an der gemeinsamen Spitalliste und an der gemeinsamen Bedarfsplanung festzuhalten.*
- 2.5. *den Neubau des Universitäts-Kinderspitals beider Basel UKBB zu realisieren.*
- 2.6. *die Privatspitäler weiterhin als verlässliche Partner in die gemeinsame Bedarfsplanung einzubeziehen und dies in der gemeinsamen Spitalliste so auch abzubilden.*
- 2.7. *die volle Freizügigkeit für stationäre Behandlungen in der erweiterten Grundversorgung zwischen beiden Kantonen unter Einbezug der Privatspitäler und unter Berücksichtigung der schweizweit laufenden Diskussion zur Entwicklung eines einheitlichen Abgeltungssystems für stationäre Behandlungen im akut-somatischen Bereich in Form von Fallpreispauschalen (Grundlage: "DRG" - Diagnosis Related Groups) als Vision für die Zukunft weiterzubearbeiten.*
- 2.8. *die gegenseitige Zusammenarbeit in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation weiterzuverfolgen.*
3. *Die gemeinsame Spitalliste im akutsomatischen Bereich und die damit einhergehende koordinierte Bedarfsplanung sind weiterzuführen und es ist eine Ausweitung dieser Steuerungsinstrumente auf die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation zu prüfen. Dabei ist den Kriterien "Nähe zu Patientinnen und Patienten", "Qualität" und "Wirtschaftlichkeit" Rechnung zu tragen.*
4. *Es besteht nicht die Absicht, an der Versorgungsproportionalität zwischen beiden Kantonen entscheidende Veränderungen vorzunehmen. Dies bedeutet, dass der Kanton Basel-Stadt einerseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft bereitzustellen, und dass der Kanton Basel-Landschaft andererseits bereit ist, auch inskünftig im Universitätsspital als Zentrumsspital Kapazitäten für Baselbieter Patientinnen und Patienten in Anspruch zu nehmen. Somit sollen die basellandschaftlichen Kantonsspitäler - insbesondere das Bruderholzspital - auch weiterhin einen Leistungsauftrag im Bereich der erweiterten Grundversorgung erfüllen.*
5. *die Veränderungen der nationalen Rahmenbedingungen (Revision des Krankenversicherungsgesetzes, IV-Revision, Universitätsplanung) sind aufmerksam zu verfolgen, dürfen aber - da sie noch lange dauern können - die Weiterführung der gemeinsamen Arbeit nicht behindern oder gar verhindern. Verschiedene mögliche Szenarien sind aber im Sinne von Eventualplanungen zu berücksichtigen."*

1.1.3. Verselbständigung der kantonalen Spitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft hat am 21. Dezember 2007 die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Spitalfinanzierung beschlossen. Die Spitalplanung hat auf einer leistungsorientierten Bedarfsplanung der Kantone für die eigene Kantonsbevölkerung zu basieren. Zur Stärkung des Wettbewerbs beinhaltet die Revision die Ausdehnung der freien Wahl un-

ter den Spitälern und Geburtshäusern, auch wenn sie nicht auf der Liste des Wohnkantons sind: Die Patientinnen und Patienten können unter den auf der Liste eines Standortkantons aufgeführten Spitälern frei wählen (sogenannte "Listenspitäler"), ohne dass bei nicht medizinisch indizierten Hospitalisationen der Finanzierungsbeitrag des Kantons wegfällt. Die stationäre Behandlung in einem Spital oder Geburtshaus erfolgt neu auf der Basis von Pauschalen. Diese Pauschalen sollen in der Regel Fallpauschalen sein, müssen jedoch stets leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerischen einheitlichen Strukturen beruhen. Die Abgeltung der stationären Leistungen basiert auf dem neuen Artikel 49a des KVG. Die Vergütung wird vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

Die Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes traten am 1. Januar 2009 in Kraft. Die erforderlichen Änderungen der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) sowie der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) wurden vom Bundesrat im Oktober 2008 beschlossen und ebenfalls auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt.

Die Übergangsfristen sahen vor, dass die Einführung der Pauschalen sowie der Finanzierungsregelung einschliesslich des Einbezugs der Investitionskosten spätestens per 31. Dezember 2011 umzusetzen waren. Ab 1. Januar 2015 soll das System umfassend eingeführt sein, inklusive Bedarfsplanung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin an die Universitätsspitäler (schweizweit gültige Spitalliste aller Kantone für den Bereich der hochspezialisierten Medizin).

Die Revision löste auf gesamtschweizerischer Ebene (Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]) und auf der jeweils individuellen kantonalen Ebene umfassend Vorbereitungsarbeiten aus.

Für den Kanton Basel-Landschaft bedeutete die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zweierlei:

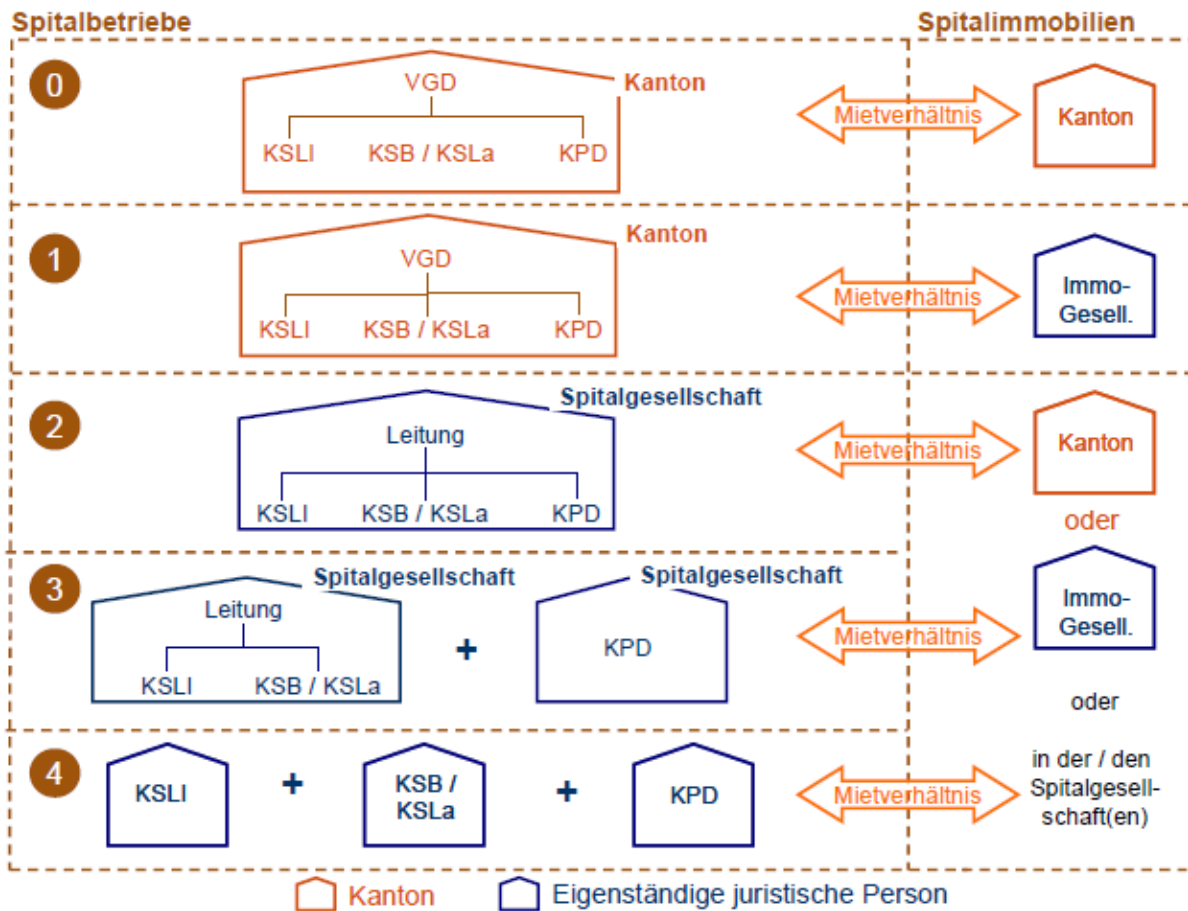
Erstens mussten auf operativer Ebene die Voraussetzungen geschaffen werden, um die Spitäler KVG-konform führen zu können. Dazu zählte die Erhebung des Gebäudezustandes der Spitalbetriebe, die Berechnung der Gebäudewerte nach den Bundesvorgaben und schliesslich die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen im Finanzhaushaltsgesetz, um die Spitalbetriebe auch als Dienststellen der öffentlichen Verwaltung KVG-konform zu führen. Per 1. Januar 2008 wurde der Besitzerstatus der Spitalinfrastruktur an die Spitäler übertragen. Zum damaligen Zeitpunkt lagen weder einheitliche noch vollständige Zustandsanalysen der Gebäude und Anlagen vor. Diese Angaben bilden jedoch die Grundlage für eine fachliche und zeitgerechte Bewirtschaftung der Liegenschaften und Anlagen. In der Folge wurden die Gebäude der Spitäler mit dem System STRATUS mit externer fachlicher Begleitung beurteilt. Die Erfassung wurde Ende 2008 abgeschlossen und die Daten werden seither jährlich aktualisiert. Mit der Vorlage [2009/081](#) vom 24. März 2009 betreffend Teilrevision des Finanzhaushaltsgesetzes beantragte der Regierungsrat dem Landrat die notwendigen finanzrechtlichen Anpassungen. Im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung nach KVG wurden anschliessend ebenfalls mit externer fachlicher Begleitung sämtliche Liegenschaften auf den Spitalarealen

erfasst, Nutzungskategorien zugeordnet und die Anlagenutzungskosten ermittelt. Der Umfang der Datenerhebung an den vier Standorten umfasste insgesamt 90 Einzelobjekte resp. über 800 Gebäudeteile resp. rund 72'000 Einzeldatensätze. Die Ergebnisse lagen im März 2010 vor. Ebenfalls zu den Vorbereitungsarbeiten im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung zählte die Ausarbeitung des Versorgungsberichts zum zukünftigen Versorgungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung, welcher im Oktober 2010 vorlag, die rechtzeitige Kündigung aller Spitalabkommen, die Ausarbeitung der leistungsorientierten Spitalliste, die Besprechung des in der Spitalliste zu erteilenden Leistungsauftrages mit jedem einzelnen Spital (öffentliche und private Spitäler) die Ausgestaltung der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern, und schliesslich die Verhandlung von gemeinwirtschaftlichen und übrigen Leistungen.

Auf strategischer Ebene betrafen die Überlegungen die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Kantonsspitäler Laufen, Bruderholz und Liestal sowie der Kantonalen Psychiatrischen Dienste. Weitere Überlegungen betrafen die Frage, wie der Wille des Laufentalvertrages bezüglich Gewährleistung des Bestandes des Kantonsspitals Laufen und aber auch der Grundsatz des Laufentalvertrages, wonach Benachteiligungen und Bevorzugungen des Laufentals im Vergleich zum übrigen Kanton zu vermeiden sind, mit der neuen Spitalfinanzierung in Einklang zu bringen sind. Der Regierungsrat zog die organisatorische Zusammenlegung der Kantonsspitäler Laufen und Bruderholz in Erwägung und eröffnete im April 2009 die externe Vernehmlassung. Das Vernehmlassungsverfahren wurde im Juli 2009 abgeschlossen. Die Stellungnahmen zur vorgeschlagenen organisatorischen Zusammenlegung der Kantonsspitäler Laufen und Bruderholz zeigten einerseits Zustimmung, andererseits wurde ein Aufzeigen von Alternativen (z.B. Schliessung des Spitals, Umwandlung in ein Gesundheitszentrum mit Notfallangebot) mit Vor- und Nachteilen der verschiedenen Lösungen erwartet.

Im Zeitraum Herbst 2009 bis Frühjahr 2010 wurde die Frage der Verselbständigung der Spitalbetriebe, die mögliche Ausgestaltung und insbesondere die Beurteilung des Zeitpunktes einer Verselbständigung nochmals reflektiert.

In Zusammenarbeit mit einem externen Berater wurde das Lösungsspektrum verdichtet. Die entsprechenden Varianten 1 – 4 und der Status Quo (Variante 0) sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.



Die Varianten waren wie folgt ausgestaltet:

- **Variante 0:** Verbleib der Spitalbetriebe als Dienststellen der kantonalen Verwaltung. Verbleib der Immobilien im Eigentum des Kantons. Neu aufgrund KVG-Revision: „Vermietung“ der Spitalimmobilien an die Spitalbetriebe.
- **Variante 1:** Verbleib der Spitalbetriebe als Dienststellen der kantonalen Verwaltung. Übertragung der Spitalimmobilien an eine zu gründende Spital-Immobilien-gesellschaft. Vermietung der Spitalimmobilien durch die Spital-Immobilien-gesellschaft an die Spitalbetriebe.
- **Variante 2:** Ausgliederung der akut-somatischen Spitalbetriebe und der Psychiatrie in eine gemeinsame Gesellschaft. Verbleib der Spital-Immobilien beim Kanton oder Ausgliederung der Immobilien in eine Spital-Immobilien-gesellschaft oder Übertragung der Immobilien an die Spitalgesellschaft.
- **Variante 3:** Ausgliederung der Spitalbetriebe in eine akut-somatische und Ausgliederung der Psychiatrie in eine psychiatrische Spitalgesellschaft. Spital-Immobilien: Lösungsvarianten analog Variante 2.
- **Variante 4:** Ausgliederung der Spitalbetriebe Bruderholz und Laufen in eine gemeinsame Gesellschaft, Ausgliederung des Kantonsspitals Liestal in eine separate Gesellschaft, Ausgliederung der Psychiatrie in eine weitere Gesellschaft. Spital-Immobilien: Lösungsvarianten analog Variante 2.

Bezüglich Beurteilung des Zeitpunkts einer möglichen Verselbständigung der Spitäler legte die Auslegeordnung die Vermutung nahe, dass die Spitalbetriebe die unternehmerischen Risiken der Systemumstellung im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung besser tragen könnten, wenn sie vorerst weiterhin als unselbständige Anstalten des Kantons (Status Quo) geführt und wenn die im Rahmen der Teilrevision des Finanzhaushaltsgesetzes vom 25. Juni 2009 beschlossenen Änderungen umgesetzt würden.

Vor diesem Hintergrund entschied sich der Regierungsrat, in einem ersten Schritt vorerst die organisatorische Zusammenlegung der Kantonsspitäler Laufen und Bruderholz umzusetzen. Durch die organisatorische Zusammenlegung des Kantonsspitals Laufen mit dem Kantonsspital Bruderholz und die Weiterführung als Kantonsspital Bruderholz mit zwei Standorten sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, um für beide Standorte die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserstellung nach den Kriterien der neuen Spitalfinanzierung zu gewährleisten⁴.

Am 14. Oktober 2010 wies der Landrat die Vorlage betreffend Organisatorische Zusammenlegung der Kantonsspitäler Laufen und Bruderholz an den Regierungsrat zurück und beauftragte den Regierungsrat, dem Landrat eine separate Vorlage für die Verselbständigung der Spitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste als öffentlich-rechtliche Anstalten zu unterbreiten.

Für die Ausarbeitung der Vernehmlassungsvorlage wurde auf die Dienste der gleichen Beratungsfirma zurückgegriffen, die bereits für die Ausarbeitung des Versorgungsberichtes zugezogen worden war. Die externe Vernehmlassung dauerte von Ende Januar 2011 bis Ende April 2011. Zur Diskussion gestellt wurde die Verselbständigung der drei Kantonsspitäler Bruderholz, Laufen und Liestal als öffentlich-rechtliche Anstalt, die Verselbständigung der Kantonalen Psychiatrischen Dienste als weitere öffentlich-rechtliche Anstalt und schliesslich die Gründung einer Spital-Immobilien-gesellschaft ebenfalls in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt. Aufgrund des Ergebnisses des Vernehmlassungsverfahrens wurde entschieden, dem Landrat die Übertragung der Immobilien an die Spitalgesellschaft zu beantragen (Verzicht auf die Gründung einer Spital-Immobilien-gesellschaft). Die Vorlage betreffend Verselbständigung der Spitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste; Revision des Spitalgesetzes⁵ wurde Mitte Juli 2011 an den Landrat überwiesen. Der Landrat stimmte dem Gesetz nach ausführlicher Diskussion in der Schlussabstimmung vom 17. November 2011 mit 41 zu 37 Stimmen bei 4 Enthaltungen zu. Weil dieser Beschluss die Zustimmung von weniger als vier Fünfteln der anwesenden Mitglieder erhalten hatte, kam es zur Volksabstimmung.

⁴ Vorlage an den Landrat [2010/228](#) vom 1. Juni 2010

⁵ Vorlage an den Landrat [2011/223](#) vom 12. Juli 2011

1.2. Stand heute

1.2.1. Regionale Zusammenarbeit (siehe Punkt 1. Kernaussagen)

Die Regionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wurde weiter vertieft. Ausdruck davon ist der gemeinsame Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. Mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz (Teilrevision vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung) wurden die Kantone vor die Aufgabe gestellt, die den damals geltenden Spitallisten zugrunde liegende Spitalplanung zu überarbeiten. Es galt, die stationäre Versorgung in den Spitälern per 2012 leistungsorientiert zu planen. Die Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Aargau und Solothurn haben sich in der Folge darauf verständigt, diese Aufgabe gemeinsam zu lösen. Die Arbeiten wurden unter Beizug einer externen Beratung ausgeführt. Die Spitallisten wurden erneuert. Sie sind seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.

1.2.2. Universität und Medizinische Fakultät (siehe Punkt 2.1. und 2.2. Kernaussagen)

Mit dem Vertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die gemeinsame Trägerschaft der Universität Basel vom 27. Juni 2006 betreiben die beiden Kantone die Universität Basel und die Medizinische Fakultät gemeinsam. Die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und der Medizinischen Fakultät basiert auf Leistungsvereinbarungen. Darin werden die Leistungen, die die Spitäler im Auftrag der Medizinischen Fakultät und die Abgeltung dieser Leistungen durch die Medizinische Fakultät festgehalten.

1.2.3. Universitätsspital Basel als Zentrum für hochspezialisierte Medizin der Region (siehe Punkt 2.3. Kernaussagen)

Das Universitätsspital Basel erbringt Leistungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin. Der Beitritt zur interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wurde vom Landrat am [16. Oktober 2008](#) genehmigt. Die IVHSM wurde vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Die Kantone haben damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin vereinbart. Die Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Dadurch entstehen tendenziell weniger Komplikationen und die Überlebenschancen der Betroffenen werden verbessert. Zudem können unnötige Verlegungen vermieden werden. Eine optimierte Erstversorgung führt zu geringeren Kosten für die Behandlung und die Nachsorge. Dadurch können langfristig bedeutende volkswirtschaftliche Kosteneinsparungen erzielt werden.

1.2.4. Gemeinsame Spitalliste (siehe Punkt 2.4. und 3. Kernaussagen)

Aufgrund der Teilrevision vom 21. Dezember 2007 des KVG wurde die gemeinsame Spitalliste per 1. Januar 2012 durch je eine eigenständige Spitalliste abgelöst.

1.2.5. Neubau des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) (siehe Punkt 2.5. Kernaussagen)

Der Neubau wurde realisiert und vom UKBB im Januar 2011 bezogen.

1.2.6. Privatspitäler (siehe Punkt 2.6. Kernaussagen)

Die Angebote der Privatspitäler beider Kantone sind in die gemeinsame Bedarfsplanung einbezogen worden und die Leistungsaufträge (Spitalliste) sind erteilt.

1.2.7. volle Freizügigkeit (siehe Punkt 2.7. Kernaussagen)

Die Regierungen beider Basel haben an ihrer gemeinsamen Sitzung vom 24. April 2012 beschlossen, die freie Spitalwahl zwischen den beiden Kantonen im Sinne eines gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraumes bis spätestens am 1. Januar 2014 einzuführen.

1.2.8. Gegenseitige Zusammenarbeit in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation (siehe Punkt 2.8. Kernaussagen)

Die volle Freizügigkeit schliesst die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation mit ein.

1.2.9. Versorgungsproportionalität zwischen den beiden Kantonen (siehe Punkt 4. Kernaussagen)

Der Regierungsrat Basel-Landschaft hat in seiner Eigentümerstrategie betreffend Kantons- spital Baselland und Psychiatrie Baselland den Willen bekräftigt, an der Versorgungsproportionalität festzuhalten⁶.

1.2.10. Kantonsspital Baselland und Psychiatrie Baselland

Die Revision des Spitalgesetzes wurde vom Baselbieter Souverän am 11. März 2012 bei einer Stimmbeteiligung von 45 % mit 48253 Ja bei 27768 Nein und 3622 Leer-Eingaben sowie 493 ungültigen Stimmzetteln und somit mit 64,32 % angenommen. Der Regierungsrat setzte anschliessend das Spitalgesetz rückwirkend auf den 1. Januar 2012 in Kraft.

Die Spitäler sind damit seit dem 1.1.2012 selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit.

1.3. Ausblick

1.3.1. Regionale Zusammenarbeit

Die 1. Auflage des Gesamtberichtes, des Berichtes über den Versorgungsraum Nordwestschweiz nördlich der Jura-Kette sowie die kantonalen Versorgungsberichte lagen im Oktober 2010 vor. Diese Berichte bilden die Grundlage für ein Monitoring der Patientenströme, welches die vier Kantone wiederum gemeinsam durchführen wollen. Die Vorbereitungsarbeiten für eine entsprechende Auftragserteilung sind im Gange. Die erste Auswertung soll im Herbst 2013 vorliegen.

1.3.2. Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Die aufgrund der KVG-Teilrevision notwendige Revision des Kinderspitalvertrages ist in Vorbereitung, ebenso die Übertragung des im Eigentum der Trägerkantone stehenden Neubaus auf das UKBB per Ende dieses Jahres.

⁶ Vorlage an den Landrat [2011/223](#) vom 12. Juli 2011, Kapitel 8 Eignerstrategie, 8.1. Präambel, Leitsätze zur regionalen Zusammenarbeit Nordwestschweiz: "Das Universitätsspital Basel bleibt bevorzugter Anbieter für spezialisierte, nicht selbst erbrachte Leistungen. Die Bevorzugung des Universitätsspitals Basel erfolgt nur dann, wenn die Leistungen konkurrenzfähig sind."

1.3.3. Spitalliste / volle Freizügigkeit

Der eidgenössische Gesetzgeber verpflichtet die Kantone mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz, ihre stationäre Versorgung in den Spitälern per 2012 leistungsorientiert und bedarfsgerecht zu planen. Gleichzeitig sind die Kantone aufgefordert, ihre Spitalplanung untereinander zu koordinieren. Diesem Auftrag sind die Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Aargau und Solothurn mit einem gemeinsamen Versorgungsbericht nachgekommen. Folgerichtig haben die beiden Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beschlossen - im Sinne eines gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraumes - die komplette freie Spitalwahl zwischen den beiden Kantonen einzuführen. Dies bedeutet, dass für alle Kantonseinwohner der beiden Kantone alle Spitäler in beiden Kantonen für sie ohne Kostenfolge zur Verfügung stehen. Es gilt der Preis, welcher am entsprechenden Spital verhandelt wurde. Diese komplette Freizügigkeit soll bis spätestens 1. Januar 2014 eingeführt werden. Die Umsetzung der Freizügigkeit erfordert eine Anpassung der kantonalen Spitallisten. Die beiden Regierungen haben überdies beschlossen – im Sinne eines Gesundheitsversorgungsraumes Nordwestschweiz – mit den Nachbarkantonen Solothurn und Aargau Gespräche aufzunehmen im Hinblick auf eine Ausweitung der kompletten Freizügigkeit auf den gesamten Gesundheitsversorgungsraums NWCH ebenfalls bis spätestens 1. Januar 2014.

1.3.4. Zentrum für Klinische Forschung am Universitätsspital Basel

Die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben beschlossen, die Gründung eines Zentrums für Klinische Forschung CRC (Clinical Research Center CRC) am Universitätsspital Basel (USB) zu unterstützen. Dieser Beschluss basiert auf dem Bericht "Gemeinsame Strategie ab 2010 und Massnahmenplan der Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie Handelskammer beider Basel für eine klinische Forschung und Wachstum im Bereich Life Sciences in der Region Basel". Der Hauptfokus dieses Berichts, den die beiden Kantone gemeinsam mit der Handelskammer beider Basel im Juni 2011 verabschiedet haben, liegt auf der Stärkung der klinischen Forschung in der Region Nordwestschweiz. Für eine nationale und internationale Positionierung des Life-Sciences-Standortes Basel ist nebst der Grundlagenforschung eine patientenorientierte klinische Forschung zentral. Diese umfasst insbesondere Studien an gesunden Freiwilligen oder Patienten, entweder im Zusammenhang mit der Entwicklung von Medikamenten, von Behandlungsmethoden (Clinical Trials) oder der Erforschung anderer klinisch relevanter Fragestellungen. Im Bereich der klinischen Forschung muss beachtet werden, dass die Forschenden - um im weltweiten Wettbewerb bestehen zu können - auf eine grosse Anzahl Patientinnen und Patienten angewiesen sind. Diese Patientenzahl kann nur dann erreicht werden, wenn möglichst viele Spitäler der Nordwestschweiz bei Forschungsprojekten mitarbeiten. Aus diesen Gründen wurde nun beschlossen, in der Region Basel eine bewusste Konzeptualisierung, Stärkung und Gliederung der klinischen Forschung zu etablieren. Dazu soll ein Zentrum für Klinische Forschung (Clinical Research Center [CRC]) am USB geschaffen werden, womit auch die Clinical Trial Units (CTC) am USB gestärkt werden.

1.3.5. Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM)

Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) wurde aufgenommen. Es wurden bisher 29 Zuteilungsentscheide (Stand per 31.12.2011) getroffen. Bei 9 Zuteilungsentscheiden wurde von einem oder mehreren Leistungserbringern eine Beschwerde (Bundesverwaltungsgericht) eingereicht. Bei den Zuteilungsentscheiden des HSM Beschlussor-

gans handelt es sich um Spitallistenentscheide im Sinne von Art. 39 KVG und demzufolge um einen Leistungsauftrag, welcher ohne zusätzlichen Beschlüsse der Kantonsregierung des Standorts des Spitals Gültigkeit hat. Die IVHSM Spitalliste geht somit den kantonalen Spitallisten vor. Die Nicht-Standortkantone haben sicherzustellen, dass keine HSM-Leistungen in Spitälern ohne entsprechenden HSM-Auftrag ausgeführt werden. Erste Erfahrungen zeigen, dass diesbezüglich verstärkte Anstrengungen notwendig sind, um den Vollzug zu vereinheitlichen. Es sind weitere konzeptionelle Arbeiten erforderlich, um den Vollzug und das Monitoring der HSM-Zuteilungsentscheide kontinuierlich zu verbessern. Für das Jahr 2012 ist die materielle Bearbeitung weiterer HSM Themenbereiche im Bereich der Erwachsenenmedizin bezüglich hochspezialisierter Eingriffe der Viszeralchirurgie und verschiedener hochspezialisierter Bereiche der Onkologie vorgesehen. In der Pädiatrie und Kinderchirurgie wird der Fokus auf der pädiatrischen Onkologie und der pädiatrischen Kardiologie liegen.

1.3.6. Nationale Gesundheitspolitik

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) steht für die kollektive Wahrung der Interessen der Kantone in Bezug auf Dienstleistungen, Absprachen, Informationsaustausch aber auch Politikkoordination. Im Rahmen des Projektes „Nationale Gesundheitsstrategie“ strebt die GDK eine Klärung und Entflechtung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen an. Die Rollenteilungen und die Verbundaufgaben sind zu schärfen. Im Vordergrund stehen Themen wie die zukünftige Finanzierung und Steuerung der ambulanten und stationären Spitalleistungen, die Klärung der Rahmenbedingungen für die Tarife und die Verbesserung der Grundlagen zur Erfassung und Verwertung gesundheitspolitischer Daten. Weitergeführt wird zusammen mit den Bundesbehörden auch der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ als ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen.

2. Pflegefinanzierung

2.1. Rückblick

Die Eidgenössischen Räte haben am 13. Juni 2008 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Pflegefinanzierung beschlossen. Das Bundesrecht zur Pflegefinanzierung umfasst Neuregelungen in den Bereichen Pflege in Pflegeheimen, Pflege durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, Akut- und Übergangspflege, Ergänzungsleistung und schliesslich im Bereich der Hilflosenentschädigungen zur AHV.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Frankenbetrag leistet, der je nach Pflegebedarf abgestuft ist. Die Beiträge werden vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Dabei handelt es sich einzig um Pflegeleistungen im Sinne des Artikel 25a Absatz 1 KVG ("Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden."). Im Falle des Aufenthaltes

einer Person in einem Alters- und Pflegeheim sind die Pensions- und Betreuungskosten durch die Person bzw. subsidiär durch die Ergänzungsleistung (EL) zu tragen. Die EL wird bedarfsabhängig ausgerichtet. Für die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, darf die versicherte Person bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages belastet werden. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung von Fr. 21.60 pro Pflgetag im stationären Bereich. Sofern die Pflegekosten nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind, sieht Art. 25a Abs. 5 KVG eine Restfinanzierung vor, welche die Kantone zu regeln haben. Das Bundesrecht definiert nicht, was 100 Prozent der Pflegekosten sind.

Am 24. Juni 2009 hatte der Bundesrat das Datum des Inkrafttretens der neuen Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2010 festgelegt. Dieser Entscheid löste bei den Kantonen Unzufriedenheit aus. Die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) forderte den Bundesrat auf, nochmals auf die Frage der Inkraftsetzung zurückzukommen. Dabei wies die KdK darauf hin, dass eine Inkraftsetzung per 1. Juli 2010 zu Unsicherheiten bei der Bereitstellung der Finanzmittel sowie bei der Anpassung der kantonalen Rechtsgrundlagen führen würde. Zudem ermögliche sie den Kantonen nicht, einen angemessenen Vollzug vorzusehen, und könne somit die Rechtssicherheit gefährden. Nach erneuter Prüfung der Frage ist der Bundesrat zur Überzeugung gelangt, dass die Inkraftsetzung per 1. Juli 2010 für die Kantone mit wirtschaftlichen Risiken verbunden sei, vor allem aus Gründen der Budgetierung. Zugleich stelle sie vom Standpunkt der Rechtssicherheit eine Gefahr für die Patienten dar. Der Bundesrat hat deshalb beschlossen, das Datum des Inkrafttretens der neuen Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 zu verschieben.

Die Revision hatte zur Folge, dass auch die von den Änderungen betroffenen Verordnungen angepasst werden mussten. Es handelte sich dabei namentlich um die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV). Die Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) musste ebenfalls angepasst werden. Diese Änderungen lagen am 10. Juni 2009 vor. Im Oktober 2009 veröffentlichte die GDK zudem Empfehlungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung.

2.2. Stand heute

Nach § 15c des Baselbieter Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)⁷ legt der Regierungsrat die Normkosten für die Pflegeleistungen kantonsweit einheitlich fest. Die Normkosten für Alters- und Pflegeheime wurden erstmals per 1. Januar 2011 festgesetzt. Sie wurden auf der Basis einer mit wissenschaftlichen Methoden in 10 Heimen durchgeführten Zeitstudie auf den 1. Januar 2012 angepasst. Nach dieser Studie betrug in Alters- und Pflegeheimen der Anteil der anrechenbaren Kosten für Pflege ca. 64 Prozent der Arbeitszeit der Pflegefachpersonen (bisher war man aufgrund von ungenaueren Daten und Studien von ca. 45 Prozent ausgegangen), die Betreuung ca. 36 (statt bisher ca.

⁷ SGS 362

55) Prozent. Dies führte zu einer Erhöhung der Normkosten für Pflegeleistungen von Fr. 38.41 auf Fr. 52.74 pro Stunde. Eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des Verbands der Basellandschaftlichen Gemeinden (VBLG), des Verbands Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BAP) und der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) hat die Arbeiten der Firma CURAtime an der Zeitstudie begleitet.

Mit Schreiben vom 20. Dezember 2011, welches u.a. an die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gerichtet war, teilte das Bundesamt für Gesundheit mit, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bereits am 5. Dezember 2011 eine auf den 1. Januar 2012 wirksam werdende Änderung des Leistungskatalogs der anrechenbaren Pflegekosten in Art. 7 KLV beschlossen hatte. Eine Vernehmlassung bei den Kantonen oder eine anderweitige Kommunikation an die Kantone war vorgängig nicht erfolgt.

Die Änderung von Art. 7 KLV betraf inhaltlich die Anrechenbarkeit des Richtens von Medikamenten. Diese Tätigkeit war zuvor vom Bundesgericht als nicht anrechenbar erklärt worden. Mit dem erwähnten Beschluss hat das EDI die Verordnung nun dahingehend präzisiert, dass diese Tätigkeit wieder anrechenbar ist.

Aus dieser Änderung des Leistungskatalogs ergab sich eine erneute Anpassung der Normkosten für Pflegeleistungen. Der Anteil der Pflege erhöhte sich von 64 auf 65 %, was zu einer Erhöhung der Normkosten von Fr. 52.74 auf Fr. 53.52 pro Stunde führte.

Im Bereich der ambulanten Pflege (Spitex, selbständige Pflegefachpersonen) hat der Regierungsrat von einer Übergangsbestimmung im KVG Gebrauch gemacht, welche es den Kantonen erlaubt, die bestehenden Tarife für Pflegeleistungen innert drei Jahren (dh. längstens bis zum 31. Dezember 2013) an die vom Bundesrat festgelegten Beiträge anzupassen. Gestützt auf diese Übergangsregelung gelten bis zum 31. Dezember 2012 die früheren Tarife und es wird keine Kostenbeteiligung der versicherten Person erhoben.

2.3. Ausblick

Nachdem die Normkosten für Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Studie festgesetzt worden sind, besteht in diesem Bereich kurzfristig kein wesentlicher Handlungsbedarf. Gemäss § 15c Absatz 1 EG KVG sind die Normkosten spätestens nach vier Jahren zu überprüfen.

Der Regierungsrat beabsichtigt, per 1. Januar 2013 auch für ambulante Pflegeleistungen die Normkosten festzulegen und die vom Gesetz vorgesehene Kostenbeteiligung der versicherten Person (derzeit Fr. 8.-- pro Stunde, maximal einmal pro Tag) einzuführen. Eine Vorlage für die entsprechenden Verordnungsänderungen auf kantonale Ebene wird noch vor den Sommerferien in die Vernehmlassung bei den Gemeinden und Leistungserbringern gehen.

Bis zum 1. Januar 2013 werden sodann auch die Grundlagen für die Einführung der Akut- und Übergangspflege vorhanden sein. Ein Tarifvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern liegt bereits vor. Der Kanton, welcher in diesem Bereich die nicht von der Kran-

kenversicherung gedeckten Kosten trägt, beabsichtigt mit den Leistungsbringern, welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege anbieten, Leistungsvereinbarungen abzuschliessen. Die entsprechenden Verhandlungen laufen.

3. Neubauten Bruderholz

3.1. Rückblick

Im gemeinsamen Bericht "Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt (stationärer Bereich)" vom September 2005 wurde die Absicht beider Regierungen festgehalten, die Entwicklung der geriatrischen Versorgung in beiden Kantonen im ständigen Dialog zu begleiten und eine gemeinsame Bedarfsplanung inkl. Aufnahme in die Spitalliste als Option zu prüfen. Dieser Bericht wurde vom Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt in seiner Sitzung vom 29. Juni 2006 und vom Landrat des Kantons Basel-Landschaft in seiner Sitzung vom [6. April 2006](#) zur Kenntnis genommen. Darauf basierend haben das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft im September 2006 einen gemeinsamen Bericht zur Planung der Geriatrischen Versorgung beider Basel erarbeitet. Dabei wurden die Planungsparameter von Basel-Stadt und Basel-Landschaft verglichen, die Unterschiede aufgezeigt und Synergien dargelegt. Es zeigte sich, dass die Errichtung eines gemeinsamen Geriatriespitals beider Basel den Bedarf der Kantone für die Versorgung ihrer betagten Bevölkerung am besten erfüllen könne. Im Vordergrund stand die Lösung, einen privaten Leistungserbringer mit der Leistungserstellung zu beauftragen. Eine entsprechende Absichtserklärung mit dem Diakonath Bethesda hatte zum Ziel, ein gemeinsames Geriatriespital auf dem Areal des heutigen Bethesda-Spitals zu errichten.

Unter Berücksichtigung dieser Absichtserklärung hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft am 29. Mai 2007 mit der Vorlage [2007/125](#) dem Landrat einen Verpflichtungskredit von CHF 27 Mio. für die Projektierung der Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz ohne geriatrisches Leistungsangebot unterbreitet. Der Landrat beschloss den Verpflichtungskredit in seiner Sitzung vom [15. November 2007](#) und beauftragte gleichzeitig den Regierungsrat, in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt die Varianten gemeinsames Geriatriezentrum an den Standorten Bethesda und Bruderholz zu prüfen und dem Landrat zum Entscheid vorzulegen.

Intensive Gespräche mit allen beteiligten Fachpersonen anlässlich einer Tagung vom 20. August 2008 in Bad Bubendorf führten zur Erkenntnis, dass ein auf dem Areal des Bruderholz-Spitals neu zu errichtendes gemeinsames Geriatriespital beider Basel den Bedarf der beiden Kantone am besten zu erfüllen vermöge. Entstehen sollte eine eigenständige öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und einem eigenen strategischen Führungsorgan, analog dem Modell des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB). Das gemeinsame "Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz" sollte dabei den bisherigen Leistungsauftrag Geriatrie/Rehabilitation des Kantonsspitals Bruderholz und das Leistungsangebot des heutigen Geriatrischen Kompetenzzentrums des Felix Platter Spitals übernehmen. Im Gegenzug wurde in Erwägung gezogen, dem Bethesda-Spital für den Bereich Rheumatologie von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag analog dem Leistungsauftrag, den die beiden Kantone gemäss der

Spitalliste BS/BL dem Felix Platter Spital erteilt hatten, zu erteilen. Eine entsprechende neue Absichtserklärung, welche die ursprüngliche Absichtserklärung ersetzte, wurde unterzeichnet. Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft nahmen in ihrer Gemeinsamen Sitzung vom 2. Juli 2008 davon Kenntnis.

Die beiden Parlamente von Basel-Stadt und Baselland beschlossen im Jahr 2009 einen beantragten Projektierungskredit von je CHF 8,9 Millionen für das gemeinsame Kompetenzzentrum (Ratschlag des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt an den Grossen Rat, Nr. 08.2098.01 vom 24. Dezember 2008 / Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft Nr. [2008/348](#) vom 16. Dezember 2008).

Im Juni 2010 lag dem für die Phasen 31 bis 41 eingesetzten Steuerungsausschuss BS/BL des Projektes das Resultat des Vorprojektes vor. Die Kosten gemäss Vorprojektierung beliefen sich für das Akutspital Bruderholz auf CHF 543 Mio. und für das Zentrum für Akutgeriatrie und Rehabilitation (ZAR) auf CHF 386 Mio., total demnach auf CHF 911 Mio. bei einer Kostengenauigkeit von plus/minus 15 %. Die Neuberechnung der zu tätigenden Investitionen des Projekts „Neubau Bruderholz“ zeigte damit ein Kostenvolumen, welches den ursprünglich geplanten Kostenrahmen massiv überschritt (Parlamentsvorlage KSB und ZAR total CHF 651 Mio. / Kostenschätzung Neubauten Bruderholz nach Abschluss des zweistufigen Wettbewerbsverfahrens total CHF 757 Mio.).

Dies war der Moment für den Steuerungsausschuss, die ganze Sache nochmals von externer Seite überprüfen zu lassen. In der Folge haben die beiden Gesundheitsdepartemente BS und BL die UKE Consult und Management GmbH, Hamburg, beauftragt, die Konzepte "Neubauten Bruderholz", das heisst den Neubau des Kantonsspitals Bruderholz und den Neubau Zentrum für Akutgeriatrie und Rehabilitation beider Basel zu überprüfen und zu plausibilisieren. Dieser Bericht zeigte in der Folge auf, dass in verschiedenen Bereichen des Projektes Optimierungspotenzial vorhanden sei. Aufgrund dieses Umstandes wurden Empfehlungen aus strategischer, betriebsorganisatorischer, baulicher und technischer Sicht abgegeben.

Mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung und der damit einhergehenden Überprüfung der Finanzierbarkeit geplanter Vorhaben wurde von Seiten des Kantons Basel-Landschaft daher im September 2010 das Bauprojekt „Neubau Bruderholz“ gestoppt.

Ein wesentlicher Punkt im Bericht der UKE, Hamburg, betraf die Empfehlung, eine Angebotsstrategie für das KSB zu entwickeln und darauf aufbauend das Soll-Raumprogramm zu entwickeln. Die VGD erteilte in der Folge Ende 2010 UKE den Auftrag, ein Soll-Konzept 2020 inklusive Plausibilisierung zu erarbeiten. Dabei ging es um den bisherigen Leistungsauftrag des Spitals, um die Berücksichtigung der Resultate der Versorgungsplanung und um die strategische Ausrichtung des Standortes. Der Bericht von UKE, Mai 2011, enthält Informationen über das Wachstumspotenzial in den einzelnen Fachdisziplinen, über Optimierungspotenzial von Prozessabläufen und ein SOLL-Raumprogramm.

Anlässlich der gemeinsamen Sitzung des Regierungsrates Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom November 2011 erfolgte die Orientierung durch den Vorsteher der VGD über die zwischenzeitlich getroffenen Abklärungen zum Neubau des Bruderholzspitals und der Schlussfolgerung, dass dieses Vorhaben so nicht finanzierbar ist. Die beiden Regierun-

gen beauftragten in der Folge ihre für das Gesundheitswesen zuständigen beiden Regierungsmitglieder, gemeinsam Lösungen im Akutbereich aufzuzeigen und anlässlich der nächsten gemeinsamen Sitzung vom 24. April 2012 vorzulegen.

3.2. Stand heute

Anlässlich der gemeinsamen Sitzung des Regierungsrates Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom 24. April 2012 wurde die Sachlage erneut erörtert. Vor dem Hintergrund der neuen Regelungen zur Spitalfinanzierung erachtet die Regierung Basel-Landschaft die zu tätigen Investitionen als nicht tragbar. Das Bruderholzspital soll wie bisher weitergeführt werden und der Verwaltungsrat des Felix-Platter-Spitals kann nun seinerseits die Planung und Realisierung eines Neubauprojektes in Angriff nehmen. Ferner soll im Sinne eines gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraumes die umfassende Freizügigkeit zwischen den beiden Kantonen für deren Einwohnerinnen und Einwohner bis spätestens Anfang 2014 eingeführt werden.

Am 25. April 2012 orientierten die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsam über den getroffenen Entscheid des Regierungsrates Basel-Landschaft, das Bauprojekt „Schicht um Schicht“ für zwei Spital-Neubauten auf dem Bruderholz nicht weiterzuverfolgen und über den Verzicht auf ein gemeinsames Zentrum für Akutgeriatrie am Standort Bruderholz sowie über die weiteren Beschlüsse betr. Einführung einer umfassenden Freizügigkeit im Sinne eines gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraumes und betr. Unterstützung des Aufbaus eines Zentrums für Klinische Forschung CRC am Universitätsspital Basel.

Aufgrund der neuen Regelungen zur Spitalfinanzierung müssen die zu tätigen Investitionen von rund CHF 543 Mio. für den Neubau des Bruderholzspitals in diesem Ausmass als nicht tragbar erachtet werden. Das Risiko, dass aus der Realisierung des vorliegenden Neubauprojektes ein strukturelles Defizit für das Kantonsspital Baselland verursacht würde, muss als hoch eingestuft werden.

Der Bericht UKE, Hamburg, Mai 2011, wurde durch die VGD dem Verwaltungsrat des Kantonsspitals Baselland zuhanden seiner strategischen Überlegungen zur Ausgestaltung des innerbetrieblichen Leistungsangebotes des Unternehmens zur Verfügung gestellt.

3.3. Ausblick

Der Entscheid der beiden Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft auf dem Bruderholz keinen Neubau für ein Zentrum für Akutgeriatrie und Rehabilitation (ZAR) zu realisieren, hat für geriatrische Patientinnen und Patienten keinerlei Auswirkungen in Bezug auf die Qualität der medizinischen Behandlung. Die heute - und im Übrigen schon lange - bestehenden Angebote im Bruderholzspital werden nahtlos weitergeführt werden. Die Notwendigkeit und Wichtigkeit für die älteren Menschen des Kantons Basel-Landschaft auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende medizinische Behandlung anzubieten ist unbestritten, vor allem auch vor dem Hintergrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung. Mit diesem Ent-

scheid und dem Entscheid die Baselbieter Spitäler Liestal, Bruderholz und Laufen zusammenzuführen und zu verselbständigen, bieten sich zudem Chancen in den neuen, noch zu definierenden Strukturen des Kantonsspital Baselland ein noch weiter verbessertes Angebot auch in der Geriatrie zukünftig bereitzuhalten.

Die bauliche Sanierung des Bruderholzspitals ist unbestritten. Diese wird nun aber nicht in einem grossen, einmaligen Schritt, sondern in mehreren kleinen Schritten und über mehrere Jahre hinweg erfolgen.

Das gestoppte Bauprojekt der Neubauten KSB und ZAR auf dem Bruderholz erforderte Projektierungskosten von insgesamt CHF 13.2 Mio., wovon der Kanton Basel-Landschaft einen Anteil von CHF 10.6 Mio., der Kanton Basel-Stadt von CHF 2.6 Mio. trägt. Die beiden Verpflichtungskredite (Projektierung Neubau Bruderholz, CHF 27 Mio. / Projektierung Zentrum für Akutgeriatrie und Rehabilitation, Anteil BL CHF 8.9 Mio.) werden zuhanden des Landrates abgerechnet.
