



Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Lörrach - Stand der Arbeiten und weiteres Vorgehen

Kongress Europäische Gesundheitskooperation III

10. Dezember 2009 Landratsamt Lörrach

Andreas Faller, lic.iur., Advokat, Leiter Bereich Gesundheitsdienste Basel-Stadt
Vorsitzender der Projektleitungen „eHealth / Telemedizin“ und „Grenzüberschreitende
Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“,
Mitglied der Projektleitung „Umsetzung eHealth-Strategie Schweiz“



Ausgangslage

- Die Bevölkerung unserer Region nimmt Kantons- und Landesgrenzen kaum noch wahr und wächst immer mehr zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammen.
- Dazu tragen neben der demographischen Entwicklung auch rechtliche Veränderungen bei (Abkommen CH – EU, Personenfreizügigkeit).
- Die Gesundheitsversorgung muss diese Entwicklung antizipieren und sich vermehrt an räumlichen Realitäten orientieren.



Zahlen und Fakten

- Grenzgänger/innen Basel-Stadt: rund 32'000 (davon 19'000 aus Frankreich und 13'000 aus Deutschland)
- Grenzgänger/innen Basel-Landschaft: rund 17'000 (davon 12'000 aus Frankreich und 5'000 aus Deutschland)
- Über 15% der in Basel-Stadt und Basel-Landschaft erwerbstätigen Personen sind Grenzgänger



Zahlen und Fakten (II)

Universitätsspital Basel

- 18% der Mitarbeitenden wohnen im Ausland
- ausländische Patienten beanspruchen rund 14'000 Pflagestage (ca. 6,5%)
- davon rund 75% aus Baden-Württemberg



Zahlen und Fakten (III)

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

- 33% der Mitarbeitenden wohnen im Ausland
- rund 5,5% der stationären Patientinnen / Patienten wohnen in Deutschland (350 Kinder)
- sie beanspruchen rund 4,5% der Pfllegetage



Kooperation im Gesundheitswesen - Möglichkeiten

- Patient wechselt das Spital (Patient folgt der Behandlung)
→ Projekt „grenzüberschreitende Zusammenarbeit BS / BL / Lö“
- Ärzte suchen den Patienten in seinem „angestammten“ Spital auf (Behandlung folgt dem Patienten)
→ Projekt „grenzüberschreitende Zusammenarbeit BS / BL / Lö“
- Patienteninformationen und Fachwissen werden auf elektronischem Weg in das „angestammte“ Spital transportiert → Projekt „eHealth / Telemedizin“



Pilotprojekt

**„Grenzüberschreitende Zusammenarbeit
Deutschland – Schweiz im
Gesundheitswesen“**



1. Veränderung der Rechtslage in der Schweiz

- Revision der Verordnung zum schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVV) per 1. Mai 2006
- Erlaubt die Durchführung von befristeten Pilotprojekten (Art. 36a KVV) für die Dauer von drei Jahren (2007 - 2009), durch Beschluss des Bundesrates vom 24. Juni 2009 auf maximal acht Jahre verlängert (2010 – 2014)
- Eine umfassende Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur dauerhaften Aufhebung des Territorialitätsprinzips soll nach Auswertung des Pilotprojektes geprüft werden
- Zeithorizont für solche Gesetzgebungsverfahren in der Schweiz: erfahrungsgemäss mindestens zwei bis drei Jahre



1. Veränderung der Rechtslage in der Schweiz (II)

- Verhandlungen mit der EU bez. bilaterale Vereinbarung zur Patientenrichtlinie sollen aufgenommen werden
- Verhandlungen mit Frankreich bezüglich eines Rahmenabkommens im Gesundheitswesen laufen



2. Veränderung der Rechtslage in Deutschland

- Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG), am 27. Oktober 2006 vom Bundestag beschlossen, Zustimmung Bundesrat am 24. November: ermöglicht in § 13 (Absatz 4, Satz 1 und Absatz 5, Satz 1) in Verbindung mit § 140e neu die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz.
- Deutschland und die Schweiz verfügen nun über die rechtlichen Voraussetzungen für grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen. Im Gegensatz zur schweizerischen Regelung in Art. 36a KVV haben die Bestimmungen der §§ 13 und 140e VÄndG dauernde Wirkung, beziehen sich also nicht nur auf zeitlich befristete Pilotprojekte.



3. Eckdaten des Pilotprojektes

- Räumliche Beschränkung: Landkreis Lörrach, BS, BL (Südelsass leider noch nicht involviert)
- Inhaltliche Beschränkung: einzelne Behandlungspfade (nur bis Ende 2009), neu Öffnung in Bezug auf die ganze Angebotspalette der deutschen Kliniken
- Zeitliche Beschränkung: 3 Jahre (inkl. 1 Jahr „Anlaufzeit“) – wird um 5 Jahre bis Ende 2014 verlängert
- Wissenschaftliche Begleitung / Auswertung durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) und das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) beim MDK Baden-Württemberg



3. Eckdaten des Pilotprojektes (II)

Behandlung von Schweizer Patienten in deutschen Spitälern:

- Tarifvertrag vom 19. September 2006, genehmigt durch Verfügung des eidg. Departements des Innern vom 6. Dezember 2006 (Pilotprojekt, zeitlich befristet)
- Vertrag 2010 – 2014 bereits durch Gesundheitsdirektoren Basel-Stadt und Basel-Landschaft, deutsche Krankenhäuser und schweizerischen Krankenkassenverband „santésuisse“ unterzeichnet → 40-tägiges Beitrittsverfahren santésuisse und Genehmigungsverfahren beim Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) laufen



3. Eckdaten des Pilotprojektes (II)

Behandlung von deutschen Patienten in Schweizer Spitälern:

- Individuelle Vereinbarungen zwischen einzelnen deutschen Versicherern und Schweizer Spitälern (zeitlich unbefristet)
- Soweit notwendig bereits für den Zeitraum 2010 – 2014 verlängert



4. Beteiligte Versicherer und Leistungserbringer

- 22 Schweizer Versicherer**
(Marktanteil BL ca. 45%, BS ca. 65%)
- 5 deutsche Versicherer**
(Marktanteil ca. 85%)
- 8 Schweizer Krankenhäuser**
- 13 deutsche Krankenhäuser**



5. Verlängerung des Pilotprojektes

Entscheid Projektsteuerung vom 31. August 2009:

1. Fortführung Pilotprojekt um 5 Jahre (2010 – 2014)
2. Verzicht auf Leistungskatalog für deutsche Spitäler
3. Keine Erweiterung des Projektes auf Niedergelassene
4. Zulassung von Kliniken ausserhalb des Projektraumes, sofern sie eine Kooperation mit einer Klinik innerhalb des Projektraumes unterhalten



6. Wissenschaftliche Begleitung

Erste Resultate der Evaluation Frühjahr 2008

(Schweiz 2007)

- nur Grundversicherte
- 82 Kostengutsprachen, davon 50 (61%) aus Basel-Stadt, 32 (39%) aus Basel-Landschaft, grösstenteils Reha
- 9 von 14 Kliniken beansprucht
- 2/3 der Fälle in zwei Kliniken
- entspricht in etwa den Erwartungen der befragten Versicherer
- Nutzung durch Versicherte von BL und BS gleichermassen, gemessen am Potential



6. Wissenschaftliche Begleitung (II)

Erste Resultate der Evaluation Frühjahr 2008 (Deutschland 2007)

- gesetzlich Versicherte und Privatversicherte erfasst
- total 518 Kostengutsprache gesuche, davon 11 im Bereich gesetzliche Versicherung, 507 im Bereich Privatversicherung
- nur wenige Schweizer Krankenhäuser genutzt
- mehrheitlich hochspezialisierte Medizin



6. Wissenschaftliche Begleitung (III)

Zweiter Bericht der Evaluation Frühjahr 2009

(Schweiz 2008)

- nur Grundversicherte
- 125 Kostengutsprachen, davon 95 (76%) aus Basel-Stadt, 30 (24%) aus Basel-Landschaft, grösstenteils Rehabehandlungen
- Fallzahlen BS haben sich beinahe verdoppelt, BL konstant
- Gemäss informeller Auskunft deutscher Rehakliniken haben auch die Behandlungen von zusatzversicherten Schweizer Patientinnen / Patienten deutlich zugenommen



6. Wissenschaftliche Begleitung (IV)

Zweiter Bericht der Evaluation Frühjahr 2009

(Deutschland 2008)

- gesetzlich Versicherte und Privatversicherte erfasst
- total 394 (Vorjahr 518) Kostengutsprache gesuche; Grund für Rückgang: schwierige Datenerfassung wegen Organisationsänderung (wird noch vertieft abgeklärt)
- neu Grenzgänger/-innen erfasst: 2008 rund 10'000 Betreuungsaufträge, davon ca. 150 stationäre Behandlungen, Volumen rund 2 Mio. Euro
- nur wenige Schweizer Krankenhäuser genutzt
- mehrheitlich hochspezialisierte Medizin



6. Wissenschaftliche Begleitung (V)

Zweite Projektphase 2010 - 2014

- 2010 Übergangsjahr (Fokussierung auf Schlussbericht 1. Projektphase bis Mitte 2010) → Kurzbericht, es werden nur Basisdaten erhoben
- Zweite Hälfte 2010: Erarbeitung Auswertungskonzept 2011 – 2014: Erhebung von Basisdaten und Spezialaufträge



7. Aktivitäten 2009

- Ablehnung Patientenrichtlinie auf EU-Ebene am 1. Dezember 2009
- Abschluss 1. Phase Pilotprojekt per Ende 2009 inkl. Schlussbericht
- Überarbeitung der Vereinbarung Schweizer Versicherer – deutsche Krankenhäuser / Kliniken basierend auf den Erfahrungen der ersten Projektjahre
- Anpassung / Verlängerung der Vereinbarungen deutsche Versicherer – Schweizer Krankenhäuser
- Fortführung des laufenden Dialogs mit den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten bezüglich Zuweisung von Patientinnen / Patienten



7. Aktivitäten 2009 (II)

- Bevölkerungsbefragung bez. Bekanntheit des Projektes (im Mai 2009 abgeschlossen)
- Seminar HSG zu Rechtsfragen (im Juli 2009 abgeschlossen => Publikation der Arbeiten in Buchform)
- Durchführung einer Vergleichsstudie Rehakliniken CH – D (in Zusammenarbeit mit Prof. J. Sommer, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie Universität Basel) – bis Mitte 2010
- Schaffung einer Internetseite zum Pilotprojekt



8. Resultate Bevölkerungsbefragung

- 1500 Interviews (je 500 LK Lörrach, BS, BL)
- Bekanntheit Pilotprojekt total 67% (Lö 73%, BS 66%, BL 62%); Infos v.a. via Medien (54%), Bekannte / Verwandte (20%) und Krankenkassen (17%)
- Infos via Medien in BL (66%) und BS (60%) besser als in Lö (37%)
- Die Bereitschaft, sich im Ausland behandeln zu lassen ist auf deutscher Seite deutlich höher (82%) als in BS (35%) und BL (29%). Andererseits sind die kategorischen Ablehnungen gering (Lö 10%, BS 19%, BL 20%). Die Differenz ergibt sich hauptsächlich durch die unentschlossenen Personen (Lö 6%, BS 43%, BL 50%).
- Gegen eine Auslandsbehandlung sprechen aus Schweizer Sicht Vertrauen / Vertrautheit, Distanz und Behandlungsqualität, aus deutscher Sicht vor allem die Kosten.



9. Vergleichsstudie Reha

Prof. Dr. Jürg H. Sommer und Matthias Flückiger, MSc in Economics, Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Basel

Zeitlicher Rahmen

Projektbeginn: 1. August 2009.

Projektdauer 10 Monate

Schlussbericht Mitte 2010



9. Vergleichsstudie Reha (II)

1. Sind die Angebote von Schweizer und deutschen Rehakliniken überhaupt vergleichbar? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?
2. Existieren tatsächlich „ungerechte Tarife“ für gewisse Rehabilitationsdisziplinen? Kommt es im Rehabilitationsbereich tatsächlich zu einer Querfinanzierung zwischen Tarifen für komplexere Behandlungen (pulmonale, kardiologische und neurologische Rehabilitation) und „einfachere“ (muskuloskelettale Rehabilitation)?
3. Sind die Rehabilitationskliniken in Deutschland tatsächlich „günstiger“ als die schweizerischen? Wenn ja, warum? Sind die Tarife überhaupt miteinander vergleichbar?
4. Angebotspalette, Personalschlüssel (Ärzte, Physiotherapie, Pflegepersonal, etc.) und Infrastruktur (Schwimmbad, Physiotherapie und Fitnessräume, weitere Anlagen) sind in Vergleich zueinander zu stellen.
5. Die Hospitalisationsdauer ist zu vergleichen, aufgeschlüsselt nach Disziplinen.



9. Vergleichsstudie Reha (III)

6. Die Rehospitalisierungsrate ist zu vergleichen, ebenfalls aufgeschlüsselt nach Disziplinen.
7. Der Zustand der Patientinnen / Patienten bei Eintritt aus dem akutsomatischen Spital ist zu vergleichen: Ist auch eine „Frührehabilitation“ vorzunehmen oder treten Patientinnen / Patienten bereits frührehabilitiert in die Klinik ein?
8. In wie vielen Fällen kommt es zu Invalidisierungen / Geltendmachung von Rentenansprüchen nach der Rehabilitationsbehandlung?
9. Welches Qualitätssicherungssystem kommt zur Anwendung? Welches sind die Eckwerte des jeweiligen Qualitätssicherungssystems?
10. Wohin treten die Patientinnen / Patienten nach der Rehabilitationsbehandlung aus: Nach Hause oder in ein Heim / an einen Pflegeplatz? Wie hoch ist die Mortalitätsrate?
11. Wie ist die Alterstruktur der Patientinnen / Patienten nach Klinik? Wie hoch ist der Prozentsatz an multimorbiden Patientinnen / Patienten?



10. Fazit

- Unsere Arbeit hat das Thema in breiten Kreisen lanciert und weiter entwickelt.
- Zwei Staaten haben ihre Gesetzgebung geändert / angepasst.
- Zwischenstand 30. Nov. 2009: rund 400'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach können am Pilotprojekt teilnehmen.
- Der Status unseres Pilotprojektes geht weiter als die geplante Patientenrichtlinie der EU.
- **Unabhängig von den Fallzahlen ist eine breite Teilnahme an der zweiten Phase für die Erreichung der politischen Ziele entscheidend.**



eHealth / Telemedizin in Basel – das internationale Regioprojekt



1. Definition eHealth / Telemedizin

eHealth:

- Integrierter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen / Teilnehmer im Gesundheitswesen

Telemedizin (Teilgebiet von eHealth):

- Interaktion zwischen Patientinnen / Patienten und Behandelnden oder unter Behandelnden in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung ohne unmittelbaren Kontakt zwischen den Betroffenen
- Einsatz von Telekommunikation und Informationstechnologien zur Übermittlung von Daten im Gesundheitswesen



2. Ziele von eHealth / Telemedizin

- Erhöhung der Patientensicherheit
- Erhalt / Steigerung der Behandlungsqualität
- Vereinfachung und Beschleunigung administrativer Abläufe
- Erhöhung der Transparenz
- Günstige Auswirkungen auf die Gesundheitskosten

→ **eHealth ist kein Selbstzweck**



3. Kompetenzaufteilung Bund – Kantone

- Im Bereich eHealth besteht eine weitgehend kantonale Kompetenz, eine umfassende Koordination bzw. einheitliche Stossrichtung konnte noch nicht festgelegt werden.
- Die Kompetenzen des Bundes sind nur sehr beschränkt (Art. 42a KVG zur Versichertenkarte).
- Der Stand der Arbeiten in den Kantonen ist sehr unterschiedlich weit fortgeschritten.
- Die Interessenlage der einzelnen Kantone ist unterschiedlich: keine bis starke Aktivitäten.
- Durch den sehr unterschiedlichen Stand der Arbeiten in den Kantonen besteht die Gefahr, dass weit fortgeschrittene Projekte gebremst werden.



3. Kompetenzaufteilung Bund – Kantone (II)

Lösungsansatz:

Nationale eHealth-Strategie

Schaffung einer Rahmenvereinbarung

Einrichtung einer Koordinationsstelle



3. Kompetenzaufteilung Bund – Kantone (III)

Umsetzung Nationale eHealth-Strategie - 6 Arbeitsgruppen

- Architektur und Standards
- Onlinedienste und Befähigungen
- Modellversuche und PPP
- Rechtliche Grundlagen
- Finanzierung und Anreizsysteme
- Bildung



3. Kompetenzaufteilung Bund – Kantone (IV)

Umsetzung eHealth-Strategie Schweiz – empfohlene Modellversuche / Pilotprojekte

- virtuelles Patientendossier
- elektronischer Notfalldatensatz
- ePrescribing / eMedikation
- ePrävention
- Telehomecare
- EU-Projekt „Netcards“



4. Entstehung Projekt „Telemedizin“ (BS, BL, Lö)

Seit Jahren bedeutende Aktivitäten des Universitäts- spitals Basel im Bereich Telemedizin

- Telepathologische Kooperationen innerhalb der Schweiz (z.B. Samedan)
- Kooperationen mit benachbartem Ausland (Pathologie, Onkologischer Schwerpunkt mit Kreiskrankenhaus Lörrach)
- Kooperationen weltweit, z.B.: Südafrika, Usbekistan, Solomon Islands, Mali, Auslandseinsätze der Schweizer Armee



4. Regionales Projekt: Konkrete Modellversuche

- „Virtual Campus (Continuous Education) / Virtual Care Team“ - **laufen**
- „Telecoaching“ - **in Vorbereitung**
- EU-Versichertenkartenprojekt „Netcards“ - **läuft**
- Virtuelles Patientendossier (zusammen mit SG – Projekt „Swiss Medical Suite“) – **in Vorbereitung**
- ePrescribing / eMedikation – **in Vorbereitung**
- ePrävention – **in Planung**



Fazit: Ein erster Schritt ist gemacht.....





**„Hebt man den Blick, so
sieht man keine Grenzen“**

Japanisches Sprichwort