Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN **RAPPORT 37**

37

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen

Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase I)

Andrea Zumbrunn, Lucy Bayer-Oglesby, Maik Roth

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Impressum

Herausgeber
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber
– Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
– Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft

Autorinnen/Autoren
Andrea Zumbrunn, Lucy Bayer-Oglesby, Maik Roth (Obsan)

Reviewboard
– Monika Diebold, Leiterin Obsan
– Paul Camenzind, stv. Leiter Obsan
– Michael Marti, Ecoplan

Reihe und Nummer
Obsan Bericht 37

Zitierweise
Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2010). *Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/ Landkreis Lörrach (Phase I)* (Obsan Bericht 37). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. +41 (0)32 713 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik
Roland Hirter, Bern

Bestellungen
Tel. +41 (0)32 713 60 60
Fax +41 (0)32 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer
873-1003

Preis
Fr. 20.– (exkl. MWST)

Download PDF
www.obsan.ch > Publikationen

ISBN
978-3-907872-67-3

© Obsan 2010

Informationen zum Pilotprojekt
– Konrad Widmer
Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Bereich Gesundheitsversorgung
Lautengartenstrasse 23
CH-4052 Basel
Tel. +41 (0)61 205 32 42
Konrad.Widmer@bs.ch

– Günter Zisselsberger
Beauftragter des Landkreises Lörrach für das Modellprojekt
Oberer Baselblick 2a
D-79594 Inzlingen
Tel. +49 (0)7621 16 53 11
Guenter-Zisselsberger@gmx.de

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen

Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase I)

Andrea Zumbrunn
Lucy Bayer-Oglesby
Maik Roth

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen ... **7**

Danksagung ... **8**

Leitungs- und Steuerungsgremien des Pilotprojektes (Stand Juni 2010) ... **8**

Zusammenfassung ... **9**

Résumé ... **14**

1 Einleitung ... **19**
- 1.1 Ausgangslage ... 19
- 1.2 Modalitäten des Pilotprojektes ... 20
- 1.3 Ziel der vorliegenden Evaluationsstudie ... 21
- 1.4 Berichtübersicht ... 24

2 Nutzung des Angebotes deutscher Kliniken durch Schweizer Patient/innen ... **27**
- 2.1 Nutzungsmuster und -verlauf im Pilotprojekt von 2007-2009 ... 27
  - 2.1.1 Leistungsbereiche ... 27
  - 2.1.2 Schweizer Krankenversicherer und Zuweiser sowie deutsche Kliniken ... 29
- 2.2 Charakteristika der Schweizer Patient/innen im Pilotprojekt ... 31
  - 2.2.1 Sozioökonomische Faktoren ... 31
  - 2.2.2 Bezug der Pilotprojekt-Patient/innen zu Deutschland ... 33
  - 2.2.3 Projektrelevante Faktoren ... 34
  - 2.2.4 Gesundheitszustand der Pilotprojekt-Patient/innen ... 35
- 2.3 Potential und Mobilitätsrate der grenzüberschreitenden Fälle ... 38
- 2.4 Einbettung des Pilotprojektes in die gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität in der Region ... 40
- 2.5 Synthese ... 42

3 Umsetzung des Pilotprojektes ... **43**
- 3.1 Bekanntheit des Projektes ... 43
  - 3.1.1 Informiertheit über das Pilotprojekt ... 43
  - 3.1.2 Bedürfnisgerechte Information und Unterstützung bei Entscheid ... 44
- 3.2 Anreize und Entscheidkriterien für Patient/innen ... 45
  - 3.2.1 Anreize von Schweizer Krankenversicherungen ... 45
  - 3.2.2 Entscheidungskriterien der Patient/innen ... 46
  - 3.2.3 Chancen und Risiken des Pilotprojektes aus Sicht der Projektpartner ... 47
- 3.3 Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern ... 49
  - 3.3.1 Administrative und medizinische Abläufe über die Grenze ... 49
  - 3.3.2 Vertrauen in Qualität der Leistungserbringer des Nachbarlandes ... 50
  - 3.3.3 Projektorganisation und -struktur ... 50
- 3.4 Synthese ... 51

4 Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit ... **53**
- 4.1 Qualitätsmanagement in den beteiligten Spitälern ... 53
- 4.2 Patientenzufriedenheit ... 55
  - 4.2.1 Zufriedenheit mit Klima, Hotelleistungen und Gesundheitsinformationen der Klinik ... 55
  - 4.2.2 Medikation und Hilfsmittel ... 56
  - 4.2.3 Entlassinformation, allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Klinik ... 57
  - 4.2.4 Teilnahme an Beratungen/Schulungen/Vorträgen und an Behandlungen ... 58
  - 4.2.5 Bewertung der Ergebnis- und Massnahmenqualität ... 59
- 4.3 Synthese ... 61

5 Kostenfolgen ... 63
5.1 Behandlungskosten im Pilotprojekt ... 63
5.2 Kostengegenüberstellung der Behandlungen in Deutschland und in der Schweiz ... 65
5.3 Geschätzte Kosteneinsparungen gemessen an OKP-Gesamtkosten ... 68
5.4 Synthese ... 71
6 Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ... 73
6.1 Neue grenzüberschreitende Aktivitäten zwischen 2006 bis 2009 ... 73
6.2 Weitere Auswirkungen und Folgen des Pilotprojektes ... 76
6.3 Rahmenbedingungen für permanente Lösung ... 77
6.4 Synthese ... 78
7 Schlussfolgerungen ... 79
7.1 Gesamtbeurteilung der Zielerreichung im Pilotprojekt ... 79
7.2 Grenzen der Begleitevaluation ... 81
7.3 Ausblick auf die zweite Projektphase (2010 bis 2014) ... 82
8 Zusammenfassung aus dem Schlussbericht des KCQ (deutsche Projektseite) ... 85
9 Literatur ... 91
10 Anhang ... 93

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1 Projektpartner im Pilotprojekt, Stand April 2010 ... 21
Tab. 1.2 Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen ... 23
Tab. 1.3 Für die verschiedenen Aspekte der Evaluation genutzte Datenquellen ... 24
Tab. 2.1 Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsbereich und Wohnkanton der Versicherten, 2007-2009 ... 28
Tab. 2.2 Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2007-2009 ... 30
Tab. 2.3 Ausbildungsniveau und Einkommensquelle der Patient/innen des Pilotprojektes im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung ... 33
Tab. 2.4 Bruttokosten der OKP (CHF), welche Pilotprojekt-Patient/innen im Kalenderjahr vor der PP-Behandlung ausgelöst hatten und Vergleich mit Pro-Kopf Kosten der OKP (CHF) von Versicherten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ... 37
Tab. 2.5 Spitaltage im Jahr vor der Pilotprojekt-Behandlung ... 38
Tab. 2.6 Reha-Fälle der Bereiche Orthopädie und Kardiologie, entsprechendes Potential an Reha-Fällen sowie Mobilitätsrate im Pilotprojekt ... 39
Tab. 2.7 Geschätzte Kosten im Jahr 2008 für medizinische Leistungen nach Behandlungs- und Versichertenland, aufgeteilt nach Kostenträger, in Euro ... 41
Tab. 3.1 Chancen und Risiken des Pilotprojektes aus Sicht der Projektpartner ... 48
Tab. 5.1 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen im Rehabilitationsbereich gemessen an den kantonalen stationären Gesamtkosten OKP (2008), nach Mobilitätsrate und Wohnkanton ... 70
Tab. 6.1 Von Projektpartnern genannte Rahmenbedingungen für permanente Grenzöffnung ... 77
Tab. 7.1 Gesamtbewertung der Erreichung der Projektziele ... 79

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1 Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer, 2007-2009 ... 29
Abb. 2.2 Verteilung der Pilotprojektfälle auf elf am Pilotprojekt beteiligte Kliniken, 2007-2009 ... 31
Abb. 2.3 Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patient/innen sowie der Rehabilitations-Patient/innen der Bereiche Orthopädie und Kardiologie mit Wohnsitz Kanton BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden ... 32
Abb. 2.4 Häufigkeit von Tätigkeiten in Deutschland der Patient/innen des Pilotprojektes ... 34
Abb. 2.5 Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes (n=376) auf die Bezirke der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ... 35
Abb. 2.6 Selbstwahrgenommene Gesundheit, chronische Leiden und Einschränkungen. Vergleich der Pilotprojekt-Patient/innen mit der Schweizer Bevölkerung der entsprechenden Altersklassen ... 36
Abb. 3.1 Häufigkeit von ausreichenden Informationen der Patient/innen zum Pilotprojekt ... 45
Abb. 3.2 Wichtigkeit verschiedener Entscheidkriterien für Patient/innen im Pilotprojekt ... 47
Abb. 4.1 Zufriedenheit mit dem Klima in der Klinik, den Hotelleistungen und den Informationen zur Gesundheit ... 56
Abb. 4.2 Medikamenten- und Hilfsmittelverschreibung ... 57
Abb. 4.3 Erklärungen zu den Medikamenten und Erhältlichkeit der Medikamente in der Schweiz ... 57
Abb. 4.4 Entlassinformation, allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Klinik ... 58
Abb. 4.5 Teilnahme an Beratungen/Schulungen/Vorträgen und an Behandlungen ... 59
Abb. 4.6 Bewertung der Rehabilitation insgesamt und der Rehabilitationsmaßnahmen ... 60
Abb. 5.1 Total Behandlungskosten der Pilotprojektfälle (2007-2009) in deutschen Rehabilitationskliniken nach Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF ... 64
Abb. 5.2 Fallkosten (CHF, Median) und Aufenthaltsdauer (Tage, Median) bei Rehabilitationsfällen im Pilotprojekt (2007-2009) nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten ... 65

Abb. 5.3 Finanzierungsanteil der OKP und Aufenthaltsdauer (jeweils Medianwerte) von Schweizer Patient/innen in deutschen Kliniken (Pilotprojekt: 2007-2009) und in Schweizer Kliniken (2008-2009), nach Reha-Leistungsbereich und Wohnkanton der Patient/innen, in CHF ... 66
Abb. 5.4 Jährliche und gesamte Kostendifferenzen für die Kantone BS und BL zwischen geschätzten Behandlungskosten in der Schweiz (finanziert über die OKP) und Kosten in deutschen Kliniken im Pilotprojekt, nach Leistungsbereich, in CHF ... 68
Abb. 5.5 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen bei der OKP im Rehabilitationsbereich nach Mobilitätsrate (% Behandlungen aller Basler Reha-Patient/innen in D), Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF ... 69
Abb. 6.1 Von Projektpartnern genannte grenzüberschreitende Aktivitäten, welche während der Dauer des Pilotprojektes (2006 bis 2009) entstanden sind, nach Art der Leistung, in % ... 74

Anhänge

Anhang 1: Leistungskatalog

Anhang 2: Methodik quantitative Erhebungen

Anhang 3: Methodik Expertengespräche

Anhang 4: Methodik Berechnung Kostenfolgen

Anhang 5: Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

Anhang 6: Methodik Erhebung Qualitätsmanagement von KCQ

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
EUREGIO	Evaluation of border regions in the European Union
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ICD10	Internationale Klassifikation der Krankheiten
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen und beim MDK Baden-Württemberg
KV	Krankenversicherer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (in Deutschland)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung, auch mit gesetzlicher Krankenversicherung umschrieben
PP	Pilotprojekt
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer
UKBB	Universitätskinderklinik beider Basel
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
VWD	Verweildauer
ZSR-Nummer	Zahlstellenregister-Nummer, von santésuisse, Ressort ZSR vergeben

Danksagung

Die Evaluation des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie dem Landkreis Lörrach» wäre nicht möglich gewesen ohne die aktive Unterstützung der daran beteiligten Akteure. Wir danken den beteiligten Krankenversicherern für die sorgfältig zusammengestellten Datenlieferungen, welche für die quantitative Beurteilung des Pilotprojektes unentbehrlich sind, und für ihre Auskunftsbereitschaft in weiteren Fragen. Den Interviewpartner/innen der Expertengespräche danken wir für ihre Offenheit und die aufschlussreichen Ausführungen zur Umsetzung des Pilotprojektes in den ersten beiden Projektjahren. Ein spezieller Dank gebührt Elisabeth Simoes, Johannes Giehl und Stefan Meinhold vom Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen und beim MDK Baden-Württemberg (KCQ), die durch ihre Fachkenntnisse und Kooperationsbereitschaft Wesentliches zur grenzüberschreitenden Evaluation beigetragen haben. Auch bedanken wir uns bei allen, die ihren fachlichen Rat eingebracht haben. Nicht zuletzt möchten wir der Projektleitung für ihre Unterstützung und das dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) entgegengebrachte Vertrauen danken.

Leitungs- und Steuerungsgremien des Pilotprojektes (Stand Juni 2010)

Mitglieder des Steuerungsgremiums

- Parlamentarische Staatssekretärin Marion Caspers-Merk, Bundesministerium für Gesundheit
- Ministerialdirigent Manfred Zach, Ministerium für Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg
- Landrat Walter Schneider, Landkreis Lörrach
- Regierungsrat Peter Zwick, Vorsteher Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft
- Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Vorsteher Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Mitglieder der Projektleitung

- Dr. Konrad Widmer, Projektleiter, Leiter Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Dieter Ahlbrecht, Geschäftsführer, Kliniken des Lankreises Lörrach GmbH
- Felix Bader, Leiter Managed Care, Sympany Gruppe
- Remigius Dürrenberger, Leiter Projekte und Services, Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Rosemarie Kaiser, Mitglied GL / Leiterin Administration ICT, Universitäts-Kinderspital beider Basel
- Stephan Kaufmann, Jur. Mitarbeiter / Projektkoordinator, Gesundheitsdienste Basel-Stadt
- Peter Lepkojis, Verwaltungsdirektor, Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
- Jutta Pils, Leiterin Marketing und Kooperationen, Universitätsspital Basel
- Michael Rolaz, Leiter Spital stationär, santésuisse
- Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt, Kanton Basel-Landschaft
- Dietmar Wieland, Geschäftsführer, AOK - Die Gesundheitskasse, Waldshut
- Günter Zisselsberger, Beauftragter des Landkreises Lörrach für das Pilotprojekt

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Dreiländereck Schweiz-Deutschland-Frankreich bestehen traditionell auf vielen Ebenen bi- und trinationale Kooperationen. In den letzten Jahren ist die Region denn auch immer mehr zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammengewachsen. Im Gesundheitswesen sind die Möglichkeiten für grenzüberschreitende Aktivitäten jedoch eingeschränkt, nicht zuletzt aufgrund des Territorialitätsprinzips der nationalen Krankenversicherungsgesetzgebung. Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in Deutschland und in der Schweiz ermöglichten im Jahr 2007 die Lancierung des Pilotprojektes „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland / Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach".

Im Rahmen des Pilotprojektes können sich Personen aus dieser Grenzregion, welche bei einer am Pilotprojekt beteiligten Krankversicherung gesetzlich versichert sind, für ausgewählte medizinische Leistungen in den beteiligten Spitälern im jeweils anderen Land behandeln lassen. In der abgeschlossenen und hier evaluierten ersten Phase des Pilotprojektes (2007-2009) nahmen insgesamt 22 Schweizer und 6 deutsche Krankenversicherungen sowie 6 Schweizer und 14 deutsche Einrichtungen der stationären Versorgung teil. Die im Sommer 2009 bewilligte zweite Phase läuft von 2010 bis 2014. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde von den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt mit der Evaluation der Schweizer Projektseite beauftragt (Wirkungen der Verträge zwischen Schweizer Krankenversicherern, deutschen Kliniken und den Kantonen BL und BS). Die deutsche Projektseite wird vom KCQ (Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement) evaluiert.

Zielsetzung

Das Pilotprojekt sollte aufzeigen, inwieweit und unter welchen Rahmenbedingungen eine Erweiterung der Freizügigkeit bei stationären Auslandbehandlungen in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen und schliesslich eventuell im ambulanten Sektor langfristig sinnvoll erscheint. Für die Evaluation wurden sieben konkrete Projektziele formuliert: (1) Zunahme der Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes, (2) erfolgreiche Umsetzung, (3) Zufriedenheit der Patient/innen, (4) kein Vorkommen von kritischen Zwischenfällen, (5) Senkung der Behandlungskosten, (6) Leistungen in Wohnortsnähe und (7) Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Der vorliegende Bericht hat einerseits zum Ziel, die Erreichung dieser Projektziele zu bewerten, andererseits soll er aufzeigen, welche Faktoren die grenzüberschreitende Zusammenarbeit fördern und welche Faktoren als Hemmschuh wirken. Hingegen kann die vorliegende Evaluation keinen umfassenden Vergleich des deutschen und des schweizerischen Gesundheitssystems liefern.

Datengrundlagen und Methodik

Um die sehr unterschiedlichen Evaluationsfragen zu beantworten, wurden in einem multimethodischen Ansatz einerseits projektspezifische Erhebungen (qualitativ und quantitativ) durchgeführt, andererseits wurde auf bestehende Datenquellen wie beispielsweise die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS) zurückgegriffen. Die Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzepte der Evaluation wurden dabei gemeinsam von Obsan und KCQ erarbeitet und in beiden Ländern, mit kleineren, länderspezifischen Adaptionen, gleich eingesetzt.

Zur Evaluation der Nutzung des Pilotprojektes lieferten die Krankenversicherer Kostengutsprache- und Abrechnungsdaten der Pilotprojektfälle. Zur Beurteilung der Umsetzung des Pilotprojektes wurden alle beteiligten Akteure – Projektleitung, Schweizer Krankenversicherer, deutsche Leistungserbringer, Schweizer Zuweiser – sowie die Schweizer Pilotprojekt-Patient/innen und eine repräsentative Stichprobe der Basler Bevölkerung (Demoscope 2009) im Verlauf des Pilotprojektes zu verschiedenen Aspekten befragt. Zur Beurteilung der Kostenfolgen wurden die Tarife der Schweizer Rehabilitationskliniken und Daten der Medizinischen Statistik (Anzahl Rehabilitations-Fälle und deren Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern) herangezogen. Um die Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu beschreiben wurden - ergänzend zu den Expertengesprächen - die Projektpartnern schriftlich zu den im Rahmen des Pilotprojektes entstandenen grenzüberschreitenden Aktivitäten bei der Gesundheitsversorgung befragt.

Für die Prozessevaluation wurden parallel zum Pilotprojekt in den Jahren 2007-2009 die Inanspruchnahme von stationären Leistungen im Nachbarland im Rahmen der Pilotprojektverträge sowie die Umsetzung aus Sicht der beteiligten Akteure erfasst und nach dem ersten und dem zweiten Projektjahr jeweils in einem Zwischenbericht dargestellt. Für die summative Evaluation wird im vorliegenden Schlussbericht unter Einbezug aller Erfahrungen und erhobenen Daten beurteilt, ob und in welchem Ausmass die von der Projektleitung vorgegebenen Projektziele erreicht wurden und ob allenfalls nicht beabsichtigte Wirkungen eintrafen.

Resultate

Nutzung. Die Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes gemäss Leistungskatalog nahm von 91 Fällen im Jahr 2007 auf 155 Fälle im Jahr 2009 zu. Das Angebot wurde lediglich partiell genutzt: 99 Prozent der insgesamt 376 Fälle betrafen Rehabilitationen, davon waren 82 Prozent orthopädische und 13 Prozent kardiologische Rehabilitationen. Jeweils 90 Prozent der Fälle verteilten sich auf vier (von 22) Krankenversicherer und vier (von 14) deutsche Kliniken. Die Mehrzahl der Patient/innen hat ihren Wohnsitz in Basel-Stadt (n=260) und im grenznahen Bezirk Arlesheim (n=96). Pilotprojekt-Patient/innen sind zu 65 Prozent Frauen und zu 85 Prozent über 60 Jahre alt. Frauen im Alter von 61-80 Jahren benutzten überdurchschnittlich häufig das Reha-Angebot in Deutschland.

70 Prozent der Basler Bevölkerung wären aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit berechtigt gewesen, bei einem Spitalaufenthalt gemäss Leistungskatalog am Pilotprojekt teilzunehmen. Das Pilotprojekt hat damit ein (theoretisches) Potential von rund 3'000 Rehabilitationen, davon rund 1'600 im orthopädischen / kardiologischen Bereich. Im dritten Projektjahr wurde eine Mobilitätsrate von rund fünf Prozent aller und von rund acht Prozent der orthopädischen und kardiologischen Reha-Patient/innen mit Wohnsitz Kanton Basel-Landschaft oder Basel-Stadt erreicht.

Betrachtet man die gesamte Patientenmobilität in der Region, geht der Patientenfluss im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der Schweiz nach Deutschland, wobei 60 Prozent dieses Patientenflusses (bezogen auf die Kosten) Grenzgänger/innen (und deren Familienangehörige) mit Wohnsitz Deutschland betrafen. Das heisst, dass sich diese Patient/innen de facto zum Grossteil im Land ihres Wohnsitzes behandeln liessen. Das Pilotprojekt hat im OKP-Bereich einen Anteil von schätzungsweise acht Prozent der Kosten von Basler Versicherten für medizinische Leistungen im Landkreis Lörrach erreicht.

Umsetzung. Das Pilotprojekt ist gut der Hälfte der Basler Bevölkerung bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes in Deutschland ist hoch (80 Prozent). In der konkreten Behandlungs- und Überweisungssituation sind Detailinformationen zum Pilotprojekt den zuweisenden Instanzen häufig nicht bekannt oder werden nicht weitergegeben. Patient/innen des Pilotprojektes wurden insbesondere von den zuweisenden Instanzen informiert, seltener von Krankenversicherern oder den Medien. Die Verkürzung der Wartezeit erwies sich für Rehabilitations-Patient/innen häufiger als erwartet als Motiv zur Behandlung in Deutschland. Finanzielle Anreize hingegen erwiesen sich als wenig wirksam. Die Nähe zum Wohnort war nur für die Hälfte der Patient/innen im Pilotprojekt wichtig für den Entscheid zur medizinischen Behandlung in Deutschland.

Die Vision der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungsregion wird grundsätzlich von allen Projektpartnern geteilt. Für die zuweisenden Schweizer Instanzen bestehen wenige Anreize für eine positive und aktive Teilnahme am Pilotprojekt. Zum Teil bestehen Interessenskonflikte (Bsp. Belegarztsystem). Zudem sind zuweisende Instanzen nicht in die Projektstruktur eingebunden. Die Zusammenarbeit und Kommunikation über die Grenze verlief im konkreten Fall zur Zufriedenheit der Projektpartner und Patient/innen. Es zeigen sich keine Hinweise auf administrative Hürden zur Projektteilnahme. Dazu beitragen haben sicherlich bisherige Erfahrungen der Partner mit grenzüberschreitender Zusammenarbeit (z.B. im Zusatz- und Privatversicherungsbereich) und auch die Ähnlichkeit der Länder (gemeinsame Sprache, ähnliche Systemstruktur etc.).

Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Fundierte Daten über die Qualitätsanstrengungen bei Basler und Lörracher Leistungserbringern (15 von 18 Einrichtungen) im Pilotprojekt ergaben keine Hinweise auf unzureichende Anstrengungen zum Aufbau eines medizinischen Qualitätsmanagements in einem der Partnerländer. Der Einsatz von Instrumenten des internen medizinischen Qualitätsmanagements zeigte sich in vergleichbarem Ausmass, insbesondere auch zur Gewährung hoher Patientensicherheit. Hingegen waren Massnahmen der extern vergleichenden Qualitätssicherung bei Schweizer Leistungserbringern im Gegensatz zu deutschen aufgrund fehlender gesetzlicher Verpflichtung seltener. Die Ergebnisse der Patientenbefragung komplettieren die Qualitätsbetrachtungen der grenzüberschreitenden Versorgung. 90 Prozent der befragten Patient/innen waren insgesamt mit der Behandlung in Deutschland (sehr) zufrieden, 82 Prozent gaben eine Weiterempfehlung. Das medizinische Klima wird mit wenigen Ausnahmen sehr geschätzt. Bei den Hotelleistungen wird einzig das Essen nur in 46 Prozent mit Bestnoten bewertet. Die Befragungsergebnisse zur Nachbetreuung in der Schweiz zeigen zudem keine nennenswerten Schwierigkeiten. Dies deckt sich mit den Angaben aus den Expertengesprächen, welche auf (sehr) gut funktionierende Abläufe im Pilotprojekt hinwiesen und keinen Anlass zur Sorge um die Patientensicherheit im grenzüberschreitenden Kontext boten.

Kostenfolgen. Über die Dauer der drei Jahre beliefen sich die Behandlungskosten im Pilotprojekt - unabhängig vom Kostenträger - auf rund 1,2 Mio. Franken. Leistungen der orthopädischen Rehabilitation verursachten dabei den Grossteil der Kosten (insgesamt 0,9 Mio. Franken). Es ist bekannt, dass die Tarife von deutschen Rehabilitationskliniken deutlich niedriger sind als diejenigen von Schweizer Kliniken. Behandlungen in deutschen Kliniken im Rahmen des Pilotprojektes (nur OKP-Anteil der Fallkosten) waren schätzungsweise drei bis fünf Mal günstiger als vergleichbare Behandlungen in Schweizer Rehabilitationskliniken, dies bei Altersstandardisierung der beiden Populationen. Wegen der dualen Spitalfinanzierung in Schweizer Kliniken sowie möglicher Zuzahlungen durch Zusatzversicherungen erwies sich die Schätzung des OKP-Kostenanteils für die Fälle in den Schweizer Kliniken allerdings teilweise als unscharf. Für die Zukunft wird aus verschiedenen Gründen eine geringere Fallkostendifferenz zwischen den Ländern vermutet: Neben der fehlenden jährlichen Anpassung der Tarife von deutschen Kliniken erwies sich insbesondere die tiefere durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei der orthopädischen Rehabilitation als Besonderheit des Pilotprojektes - bei gleich kurzen Aufenthaltsdauern in Schweizer und deutschen Kliniken würde sich die Fallkostendifferenz für Versicherte beider Kantone um rund 40 Prozent reduzieren. Die Gründe für die kürzeren Aufenthaltsdauern in der orthopädischen Rehabilitation sind nicht bekannt (keine insgesamt kürzeren Aufenthaltsdauern in Deutschland), möglich wären Unterschiede in der Patientenstruktur. Die durchschnittlichen jährlichen Minderkosten der OKP aufgrund von Behandlungen in deutschen Rehabilitationskliniken betrugen während der Dauer des Pilotprojektes gesamthaft für Versicherte aus dem Kanton BS 280'000 bzw. aus dem Kanton BL 210'000 Franken.

Auch bei einer starken Zunahme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Rehabilitationsbereich (Mobilitätsrate von 30 Prozent; Annahme basiert auf Resultaten der Bevölkerungsbefragung) wären in Anbetracht der OKP-Gesamtkosten im stationären Bereich die geschätzten jährlichen Minderkosten bei der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation marginal (0.5-1 Prozent-Bereich der OKP-Gesamtkosten). Effekte auf die Höhe der OKP-Prämien sind daher eher nicht zu erwarten. Ausgeklammert sind bei dieser theoretischen Berechnung der Kostenfolgen entlang möglicher Mobilitätsraten die Kapazitäten der deutschen Leistungserbringer. Eine Mobilitätsrate von 30 Prozent würde einen jährlichen Patientenstrom von rund 700 Fällen der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation aus der Schweiz in Richtung Landkreis Lörrach bedeuten. Ob dies für deutsche Kliniken zu bewerkstelligen wäre bzw. welche Auswirkungen dies für deutsche Kliniken und deutsche Patient/innen – aber auch für Schweizer Kliniken – mit sich bringen würde, sei dahingestellt.

Dynamik der Zusammenarbeit über die Grenze. Das Pilotprojekt hat in den ersten drei Jahren einige neue grenzüberschreitende Aktivitäten hervorgebracht, welche von den Projektpartnern als insgesamt gut und nützlich beschrieben werden. Sie betrafen in erster Linie Aktivitäten entlang dem Behandlungspfad Schweizer Akutsomatik und deutsche Rehabilitation. Schweizer Krankenversicherer waren selten in grenzüberschreitende Aktivitäten eingebunden. Dies weist auf die tendenziell passiv gelebte Rolle der Schweizer Krankenversicherer bei der konkreten grenzüberschreitenden Patientenmobilität hin. Für Sommer 2010 sind weitere grenzüberschreitende Modellversuche in der Region ge-

plant (bspw. im Bereich eHealth) - zum Teil unter Einbezug der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus beiden Ländern. Letztere sind bislang nur ungenügend in grenzüberschreitende Aktivitäten eingebunden.

Die weiteren Auswirkungen des Pilotprojektes waren gering – in positiver wie auch in negativer Hinsicht. Befürchtete Folgen wie Mengenausweitungen oder Druck auf Schweizer Tarife sind (noch) nicht eingetreten, nicht zuletzt wegen der geringen Fallzahlen. Als nicht geplante Folge traf die Einseitigkeit der Patientenströme im Pilotprojekt ein (nur wenige Patient/innen mit Wohnsitz Deutschland in Schweizer Kliniken). Die Projektpartner stehen der Öffnung der Grenzen grundsätzlich positiv gegenüber, solange bestimmte Rahmenbedingungen gelten. Einige der gewünschten Rahmenbedingungen im gesetzlichen Bereich konnten bereits für die zweite Projektphase geändert werden (Erweiterung des Leistungskataloges, Anpassung der deutschen Tarife). Es bedarf einschneidender struktureller Massnahmen wie einer länderübergreifenden Spitalplanung, wenn es zu deutlicheren Auswirkungen des Pilotprojektes kommen soll.

Diskussion und Schlussfolgerung

Gesamtbewertung der Zielerreichung. Auf dem Behandlungspfad zwischen Schweizer Akut- und deutschen Rehabilitationskliniken verliefen die ersten drei Jahre des Pilotprojektes im Wesentlichen erfolgreich. Dies zeigte sich anhand der steigenden Fallzahlen, der gut funktionierenden Zusammenarbeit, kleinerer Einsparungen an Behandlungskosten sowie dem engeren fachlichen Austausch. Weitere Projektziele hatten nur eine mittlere oder kleine Zielerreichung. So ist insbesondere von Informationsdefiziten und fehlenden Anreizen bei Schweizer Patient/innen und Ärzt/innen hinsichtlich des Pilotprojektes auszugehen. Als weniger erfolgreich erwies sich das Pilotprojekt entlang dem Behandlungspfad zwischen Schweizer Zuweisern und deutschen Akutkliniken. Die fehlenden Fallzahlen deuten auf grundsätzliche Probleme hin (fehlende Nachfrage sowie fehlendes Vertrauen/Kenntnis der deutschen Leistungserbringung). Die Zunahme der grenzüberschreitend behandelten Fälle sollte nicht als alleiniger Nutzen des Pilotprojektes gesehen werden. Weitere mögliche positive Folgeeffekte, wie bspw. ein grenzüberschreitender Informations- und Erfahrungsaustausch von Ärzt/innen und Pflegekräften, oder die gemeinsame Qualitätssicherung (regionale Qualitätsstandards) könnten weitere positive Entwicklungen sein.

Zukünftige Entwicklungen im Projekt. Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen im Pilotprojekt ist von einer Fortführung der eingeschlagenen Entwicklungen auszugehen (Zunahme der Fallzahlen im Rehabilitationsbereich, geringes Behandlungsvolumen im Akutbereich). Die Erwartungen der Projektpartner an das Pilotprojekt sollten sich an Erfahrungen aus dem EU-Raum anlehnen, welche die grenzüberschreitende Patientenmobilität im gesetzlichen Bereich insgesamt als eher marginales Phänomen einstufen. Die Hoffnung, dass sich durch vertraglich-wettbewerbliche Mechanismen allein ein Miteinander in einer gemeinsamen Gesundheitsregion gestaltet, erweist sich angesichts der Erfahrungen der ersten drei Projektjahre als trügerisch, insbesondere für die deutsche Projektseite und in Hinblick auf die Problematik des Preisgefälles. Zentral wird sein, inwiefern die politischen Partner in den kommenden Jahren die Idee der gemeinsamen Planung der Gesundheitsregion Basel-Lörrach weiterverfolgen. Schliesslich sind die regionalen Veränderungen nicht unabhängig von Entwicklungen auf nationaler Ebene. Die Einführung von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern (2012) wird Deutschland und die Schweiz punkto Finanzierungsbedingungen im Akutbereich annähern und kann für beide Länder positive Entwicklungen mit sich bringen.

Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung. Die bisherigen Erfahrungen lassen auf verschiedene erfolgskritische Rahmenbedingungen schliessen. So sollten Ergänzungspotentiale zum landeseigenen Angebot systematisch ausgelotet werden, wenn es um die Ausgestaltung einer Gesundheitsregion und das Fördern von grenzüberschreitenden Behandlungspfaden geht. Es hat sich bewährt, die Tarife für die zugelassenen medizinischen Behandlungen wie auf der Schweizer Projektseite in einem gemeinsamen Regelwerk zu fixieren. Damit besteht Klarheit über die im Rahmen des Pilotprojektes angebotenen medizinischen Leistungen und es besteht keine Konkurrenz zwischen den teilnehmenden Krankenversicherern um vorteilhafte Vertragsbedingungen. Schliesslich zeigt sich seit Projektstart eine zu geringe Einbindung der Schweizer Zuweiser in das Pilotprojekt, insbesondere der niedergelassenen

Ärzt/innen, um eine umfassend erfolgreiche Umsetzung des Projektes zwischen Schweizer Krankenversicherern und deutschen Leistungserbringern zu realisieren. Um den länderübergreifenden Austausch auf kollegialer und fachlicher Ebene zu fördern, setzen mehrere Gesprächspartner in den Interviews auf den Bereich von Fort- und Weiterbildungsangeboten. Es wäre zusammen mit den betroffenen Ärzteschaften systematisch zu vertiefen, über welche weiteren Wege ein institutionalisierter Austausch erfolgen könnte.

Symmetrische Rahmenbedingungen zwischen den Ländern. Während im Zusammenhang mit der gesamten Patientenmobilität in der Region Basel-Lörrach keine Einseitigkeit festzustellen ist, zeigt sich für das Pilotprojekt – gemessen an den Fallzahlen – deutlich ein einseitiger Patientenstrom von der Schweiz nach Deutschland. Dazu mögen die unterschiedlichen Vertragsinhalte auf den beiden Projektseiten beigetragen haben. Während es sich bei den von deutschen Spitälern angebotenen Leistungen tendenziell eher um Leistungen der Grundversorgung bzw. um Standardeingriffe mit grossen Fallmengen handelt, bieten die Schweizer Spitäler Leistungen im Bereich der Spezialversorgung und der hochtechnisierten Spitzenmedizin an mit a priori kleineren Fallmengen. Trotzdem kann ein derartiges Ungleichgewicht im Sinne eines ungleichen Nutzens für beide Länder das Projekt auf Dauer gefährden. Problemzonen sind auf der Vertragsseite zwischen deutschen Krankenversicherern und Schweizer Leistungserbringern vor allem im Bereich der Kommunikation, der Beachtung der Vertragsinhalte, des unterschiedlichen Preisgefüges sowie der Leistungs- und Qualitätstransparenz angesiedelt. Trotzdem ist auch auf deutscher Projektseite positives Entwicklungspotential zu vermuten, heissen doch praktisch alle Akteure auf deutscher wie auf Schweizer Seite das Pilotprojekt und eine gemeinsame Gestaltung der (Gesundheits-)Region grundsätzlich gut.

Résumé

Situation

De nombreuses coopérations binationales ou trinationales à différents niveaux caractérisent depuis longtemps le « Dreiländereck Suisse-Allemagne-France ». L'intégration de cette région s'est encore renforcée ces dernières années sur les plans économique, social et culturel. Dans le domaine de la santé toutefois, les possibilités de collaboration transfrontalière sont limitées en raison notamment du principe de territorialité appliqué dans les législations nationales sur l'assurance-maladie. Des changements apportés aux bases légales allemandes et suisses ont permis le lancement, en 2007, du projet-pilote « Collaboration transfrontalière Allemagne-Suisse dans le domaine de la santé à l'exemple de la coopération entre Bâle-Ville, Bâle-Campagne et le district de Lörrach ».

Les habitants de cette région frontalière qui sont légalement affiliés à une assurance-maladie participant au projet-pilote peuvent demander à bénéficier d'un certain nombre de prestations médicales dans les hôpitaux participants situés de l'autre côté de la frontière. Ont participé à la première phase du projet-pilote, qui a duré de 2007 à 2009, et dont nous évaluons ici les résultats, 22 assureurs-maladie suisses et 6 assureurs-maladie allemands, ainsi que 6 établissements de soins intra-muros suisses et 14 établissements de soins intra-muros allemands. La deuxième phase du projet, dont le lancement a été approuvé en 2009, courra de 2010 à 2014. Les cantons de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville ont chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'évaluer la partie suisse du projet (effets des conventions conclues entre les assureurs-maladie suisses, les cliniques allemandes et les cantons de BL et de BS). L'évaluation du volet allemand a été confiée à la société KCQ (Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement).

Buts

Le projet-pilote doit mettre en évidence les bénéfices et les limites à terme d'une extension de l'accès aux traitements intra-muros dispensés par les hôpitaux et les centres de réadaptation situés de part et d'autre de la frontière, voire d'une extension de cet accès au domaine des soins ambulatoires, et les conditions à réunir à cet effet. L'évaluation s'appuiera sur sept buts concrets: (1) augmentation de l'utilisation de l'offre, (2) réussite de la mise en œuvre du projet, (3) satisfaction des patients[1], (4) pas d'incident critique, (5) réduction des coûts de traitement, (6) prestations proches du domicile et (7) étroite collaboration transfrontalière. Le présent rapport doit, d'une part, évaluer la réalisation de ces buts et, d'autre part, montrer quels sont les facteurs qui favorisent ou qui freinent cette collaboration transfrontalière. En revanche, il ne livre pas de comparaisons entre les systèmes de santé suisse et allemande.

Base de données et méthode

La grande diversité des thèmes soumis à évaluation a rendu nécessaire la combinaison de différentes méthodes impliquant d'une part la réalisation de relevés (qualitatifs et quantitatifs) spécifiques, d'autre part le recours à des sources de données existantes, telles que la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les outils de relevé et les méthodes d'exploitation utilisés pour évaluer les données ont été développés de concert par l'Obsan et par le KCQ et appliqués en l'état dans les deux pays, avec quelques menues adaptations pour tenir compte des spécificités nationales.

La participation au projet-pilote a été évaluée sur la base des données des garanties de prise en charge des coûts et des données de facturation fournies par les assureurs-maladie. L'évaluation de la mise en œuvre s'est faite au moyen d'interviews réalisées auprès des acteurs du projet-pilote (direction du projet, assureurs-maladie suisses, prestataires allemands, prestataires assignants suisses) et des patients suisses ayant participé au projet. Un sondage portant sur différents aspects du projet-pilote a par ailleurs été réalisé auprès d'un échantillon de la population bâloise (Demoscope 2009). L'évaluation de l'impact sur les coûts s'est fondée sur les tarifs des cliniques de réadaptation suisses et des données de la statistique médicale (nombre de cas de réadaptation et durée de séjour dans les

[1] L'appellation „patient" ou „patients" fait référence aux deux sexes dans ce résumé

hôpitaux suisses). La dynamique de la collaboration transfrontalière a été décrite sur la base d'une enquête réalisée par écrit auprès des partenaires du projet, en complément des discussions menées avec les experts, et qui était consacrée aux activités de santé transfrontalières nées dans le cadre du projet-pilote.

L'évaluation des processus a donné lieu, parallèlement à la réalisation du projet-pilote de 2007 à 2009, à des relevés du recours aux prestations intra-muros dispensées dans le pays voisin dans le cadre des conventions conclues, ainsi qu'à des relevés sur la mise en œuvre du projet du point de vue des acteurs participants, dont les résultats ont été présentés dans des rapports intermédiaires à la fin de la première et de la deuxième année. L'évaluation finale présentée ici tient compte de l'ensemble des expériences réalisées et des données collectées. Elle indique dans quelle mesure les buts fixés par la direction du projet ont été atteints et précise si le projet a produit des effets non prévus.

Résultats

Utilisation de l'offre. Le nombre de cas ayant recouru à l'offre de soins transfrontalière selon le catalogue de prestations a passé de 91 cas en 2007 à 155 cas en 2009. Seule une partie de l'offre a été utilisée: 99 pour cent des 376 cas enregistrés concernaient des réadaptations, dont 82 pour cent étaient de nature orthopédique et 13 pour cent concernaient le domaine cardiologique. 90 pour cent des cas se sont concentrés sur quatre assureurs-maladie (sur 22) et une part équivalente a recouru aux prestations de quatre cliniques allemandes (sur 14). La majorité des patients étaient domiciliés à Bâle-Ville (n=260) ou dans le district voisin d'Arlesheim (n=96). Parmi les patients ayant participé au projet-pilote, on a compté 65 pour cent de femmes et 85 pour cent de personnes âgées de plus de 60 ans. Les femmes âgées de 61 à 80 ans recourent dans des proportions supérieures à la moyenne aux prestations de réadaptation proposées en Allemagne.

Plus de deux tiers (70%) de la population bâloise est affiliée à des assurances participant au projet-pilote et aurait donc pu recourir, en cas d'hospitalisation, aux prestations définies dans le catalogue du projet. Cela signifie que le projet avait un potentiel (théorique) d'environ 3'000 réadaptations, dont 1'600 dans le domaine orthopédique ou cardiologique. Le taux de mobilité atteint pendant la troisième année du projet s'est élevé à environ 5 pour cent des patients en général et à près de 8 pour cent des patients en réadaptation orthopédique ou cardiologique domiciliés dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.

Si l'on considère la mobilité totale des patients dans la région, le flux des patients dans le domaine de l'assurance obligatoire des sons (AOS) va de la Suisse vers l'Allemagne. Pourtant, 60 pour cent de ce flux (par rapport aux coûts) concerne des frontaliers (y compris leurs proches) qui habitent en Allemagne. C'est-à-dire que ces patients se sont fait traités pour la plupart dans leur pays de domicile. Dans le domaine de l'AOS, le projet-pilote couvre une part estimée à huit pour cent des coûts des assurés bâlois pour des prestations médicales dispensées dans le district de Lörrach.

Mise en œuvre. Un peu plus de la moitié de la population bâloise a connaissance du projet-pilote. Une part importante (80%) est disposée à recourir à des prestations médicales fournies en Allemagne. Actuellement, une bonne part des institutions qui traitent ou qui assignent des patients ne disposent pas d'informations détaillées sur le projet-pilote, ou ne souhaitent pas communiquer les informations en leur possession. De manière générale, les patients participant au projet-pilote ont été informés par les prestataires assignants plutôt que par les assureurs-maladie ou les médias. Les patients en réadaptation ont été plus nombreux que prévu à mentionner le raccourcissement des délais d'attente comme motif de leur transfert en Allemagne. A l'inverse, les incitations économiques ont eu relativement peu d'effets. Seulement la moitié environ des patients ayant participé au projet-pilote ont déclaré que la proximité du domicile avait joué un rôle important dans leur décision de se faire traiter en Allemagne.

De manière générale, tous les partenaires du projet partagent la même vision d'un espace de santé transfrontalier. Toutefois, les incitations susceptibles de favoriser une participation active et positive des prestataires assignants suisses sont trop peu nombreuses. La raison : d'une part, ceux-ci sont confrontés à des conflits d'intérêts (existence d'un système de médecins agréés p. ex.), d'autre part,

ils ne sont pas suffisamment intégrés dans la structure du projet. Les partenaires du projet et les patients se sont montrés satisfaits de la collaboration et de la communication entre les participants des deux pays. Aucun obstacle administratif à une participation au projet n'a été mis en évidence. Sans doute cela s'explique-t-il, entre autres, par la richesse des expériences de collaboration transfrontalière entre les différents partenaires (p. ex. dans le domaine des assurances complémentaires ou privées) et par les nombreux éléments communs aux deux pays (même langue, similitudes des structures, etc.).

Qualité de l'offre et satisfaction des patients. Les données concernant les efforts en matière de qualité des soins déployés par les prestataires de Bâle et de Lörrach (15 établissements sur 18) ne mettent pas en évidence d'insuffisances dans les mesures prises pour mettre sur pied un management de la qualité médicale, ni en Suisse, ni en Allemagne. L'utilisation d'instruments internes de management de la qualité médicale semble s'effectuer partout avec la même intensité, dans le but notamment de garantir une sécurité des patients élevée. En revanche, les mesures de comparaison externes de l'assurance de la qualité entre les prestataires font plus souvent défaut en Suisse, qui ne prévoit pas d'obligation légale à ce sujet. Les résultats de l'enquête auprès des patients complètent ce bilan qualitatif de l'offre transfrontalière: 90 pour cent des personnes interrogées étaient (très) contentes du traitement reçu en Allemagne, et 82 pour cent étaient disposées à recommander une telle solution. A quelques exceptions près, tous les patients déclarent avoir vivement apprécié l'encadrement médical offert. Au niveau des prestations hôtelières, le seul bémol concerne les repas, auxquels seuls 46 pour cent des patients accordent la note maximale. A propos du suivi des patients en Suisse, les résultats de l'enquête ne font pas apparaître de difficultés notables. Ce constat confirme les informations recueillies lors des discussions avec les experts, qui estiment que les processus ont (très) bien fonctionné dans le cadre du projet-pilote et qui ne voient aucun motif d'inquiétude pour la sécurité des patients qui se font soigner de l'un ou de l'autre côté de la frontière.

Impact sur les coûts. Au cours des trois années du projet pilote, les coûts des traitements, indépendamment de l'agent payeur, se sont élevés à 1,2 millions de francs. Les prestations de réadaptation orthopédique représentaient la plus grande part (dans l'ensemble 0,9 million de francs). Les tarifs des cliniques de réadaptation allemandes sont notoirement plus bas que ceux des cliniques suisses. D'après des estimations, les coûts par cas (part de l'AOS) des traitements dispensés par les cliniques allemandes participant au projet-pilote seraient de trois à cinq fois inférieures à ceux de traitements comparables offerts dans des cliniques de réadaptation suisses, ceci en standardisant par âge les deux populations. Il importe toutefois de faire preuve d'une grande prudence dans l'interprétation de ces chiffres, étant donné que les cantons ne participent pas tous dans les mêmes proportions aux coûts des traitements dispensés par les cliniques suisses, par rapport à ceux considérés dans l'enquête pilote, et qu'une partie des coûts additionnels est couverte par les assurances complémentaires. Pour différentes raisons, ces écarts de coûts entre les pays devraient à l'avenir se réduire: outre le fait qu'il n'a pas été tenu compte des adaptations annuelles des tarifs des cliniques allemandes, la durée de séjour des réadaptations orthopédiques considérées était nettement inférieure à la moyenne. Si la durée de séjour en Suisse était aussi courte qu'en Allemagne, l'écart des coûts par cas se réduirait pour les assurés des deux cantons d'environ 40 pour cent. Les raisons de ces différences ne sont pas connues, peut-être s'expliquent-elles par la structure particulière des patients participants. Les économies moyennes réalisées chaque année sur la part de l'AOS grâce aux traitements reçus dans des cliniques de réadaptation allemandes pendant toute la durée du projet s'établissent à 280'000 francs pour les assurés du canton de Bâle-Ville et à 210'000 francs pour ceux du canton de Bâle-Campagne.

Même en cas de forte augmentation de la mobilité transfrontalière des patients en réadaptation (jusqu'à un taux de mobilité de 30 pour cent, basé sur les résultats de l'enquête auprès de la population), les économies annuelles estimées pour les domaines de la réadaptation orthopédique et de la réadaptation cardiologique demeurent marginales (de l'ordre de 0.5 à 1.0%), compte tenu des coûts totaux pour l'AOS dans le domaine hospitalier. Il n'est donc guère probable qu'ils influent sur le montant des primes de l'AOS. Ces calculs théoriques de l'impact qu'auraient différents taux de mobilité sur les coûts ne tiennent pas compte des capacités d'accueil des prestataires allemands. Un taux de mobilité de 30 pour cent équivaudrait à un flux annuel de 700 cas en provenance de Suisse vers les cliniques

de réadaptation orthopédique et cardiologique du district de Lörrach. Nous laissons ici de côté la question de savoir si les cliniques allemandes seraient en mesure d'absorber une telle augmentation, ou quelles en seraient les conséquences pour les cliniques et les patients allemands, mais aussi pour les cliniques suisses.

Dynamique de collaboration transfrontalière. Le projet-pilote a donné naissance au cours de ses trois premières années à des activités transfrontalières jugées positives et utiles par les partenaires du projet. Ces activités concernent en premier lieu le parcours clinique « soins aigus en Suisse - réadaptation en Allemagne ». Les assureurs-maladie suisses ont jusqu'ici rarement pris part à des activités transfrontalières et semblent donc préférer jouer un rôle passif dans la mobilité transfrontalière des patients. Pour l'été 2010 d'autres modèles transfrontalier sont planifiés (par exemple dans le domaine eHealth) – en partie avec la participation des médecins exerçant en cabinet des deux pays. Jusqu'à présent ces derniers n'ont pas été suffisamment impliqués dans les activités transfrontalières.

Le projet-pilote a produit peu d'autres effets, positifs ou négatifs. Les craintes relatives à une augmentation de la consommation de prestations ou à une pression tarifaire sur la Suisse ne se sont (pour l'heure) pas vérifiées, notamment en raison du faible nombre de cas. Le caractère unidirectionnel (peu de patients habitant en Allemagne sont traités dans des cliniques suisses) du flux de patients participant au projet-pilote a constitué une surprise. Les partenaires du projet sont en principe favorables à l'ouverture des frontières, pour autant que celle-ci soit bien encadrée. Plusieurs des modifications législatives souhaitées ont pu être introduites pour la deuxième phase du projet (augmentation du catalogue de prestations, adaptation des tarifs allemands). Des mesures structurelles plus approfondies, telles qu'une planification hospitalière transfrontalière, seront toutefois nécessaires si l'on veut encore renforcer l'impact du projet-pilote.

Discussion et conclusion

Evaluation globale de la réalisation des buts. Les trois premières années du projet-pilote ont pour l'essentiel été un succès pour ce qui est du parcours clinique « soins aigus en Suisse – réadaptation en Allemagne ». En attestent la hausse du nombre de cas, la qualité de la collaboration, les quelques économies réalisées dans les coûts des traitements, ainsi que le renforcement des échanges entre professionnels. Le degré de réalisation des autres buts n'est que faible à moyen. Le projet-pilote semble notamment avoir souffert d'un manque de publicité, et les mesures susceptibles d'inciter les patients et les médecins suisses à participer au projet ont sans doute été insuffisants. Le projet-pilote est à considérer comme un échec en ce qui concerne le parcours clinique « prestataires assignants suisses – cliniques de soins aigus allemandes ». Le très faible nombre de cas traduit des problèmes de fond (demande inexistante, désintérêt ou méfiance pour les prestataires allemands). L'augmentation du nombre de cas traités de l'autre côté de la frontière ne devrait pas être considérée comme le seul bénéfice du projet-pilote. D'autres effets positifs sont envisageables, tels que l'échange d'informations et d'expériences entre médecins et personnels soignants de part et d'autre de la frontière, ou une assurance-qualité commune (standards de qualité régionaux).

Evolutions futures dans le cadre du projet. En admettant que les conditions du projet-pilote restent inchangées, il faut s'attendre à ce que les évolutions mentionnées se poursuivent (augmentation du nombre de cas dans le domaine de la réadaptation, stagnation à un bas niveau du nombre de traitements dans le domaine des soins aigus). Les partenaires du projet devraient revoir leurs attentes sur la base des expériences réalisées dans l'UE, qui considèrent plutôt marginal la mobilité transfrontalière des patients dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. L'idée que la mise en place d'accords et de mécanismes favorisant la concurrence suffise à la création d'un espace de santé commun est trompeuse, si l'on considère les expériences réalisées pendant les trois premières années du projet, notamment pour la partie allemande et du point de vue de la différence de tarifs. La suite que les partenaires politiques donneront au développement d'une planification commune de la santé dans la région Bâle-Lörrach sera déterminante. Enfin, les développements au niveau régional dépendent en partie des évolutions au niveau national. L'introduction de forfaits par cas dans les hôpitaux suisses (en 2012) rapprochera les conditions de financement des soins aigus appliquées de part et d'autre de la frontière et pourra entraîner des évolutions positives pour les deux pays.

Points à développer. Les expériences réalisées jusqu'ici semblent suggérer l'existence d'un certain nombre de conditions nécessaires à la réussite du projet. Parmi celles-ci, mentionnons l'identification systématique de toutes les prestations potentiellement complémentaires de l'offre nationale, pour la mise en place d'un espace de santé transfrontalier, et l'encouragement des parcours cliniques transfrontaliers. La définition de règles de tarification communes pour les traitements médicaux reconnus, comme elle est pratiquée du côté Suisse du projet, a fait ses preuves. Une telle mesure garantit la transparence des prestations médicales proposées dans le cadre du projet-pilote et empêche les rivalités entre assureurs-maladie participants pour l'obtention de conditions préférentielles. Enfin, il apparaît que les prestataires assignants suisses, et plus particulièrement les médecins exerçant en cabinet, n'ont dès le départ pas été associés assez étroitement au projet-pilote, ce qui a empêché une pleine réussite du projet entre les assureurs-maladie suisses et les prestataires allemands. Plusieurs des partenaires interviewés prônent un renforcement des offres de formation continue, afin de favoriser les échanges entre les deux pays aux niveaux collégial et individuel. Il faudrait examiner de manière systématique, avec les collèges de médecins concernés, quelles autres pistes permettraient des échanges institutionnalisés.

Symétrie des conditions-cadre dans les deux pays. Alors qu'on ne constate aucun déséquilibre au niveau de la mobilité globale des patients dans la région Bâle-Lörrach, le projet-pilote laisse apparaître - par rapport au nombre de cas - un flux de patients beaucoup plus important au départ de la Suisse en direction de l'Allemagne. La différence de contenu des contrats des deux parties peuvent y avoir contribué. Tandis que les prestations offertes des hôpitaux allemands sont plutôt des prestations de médicine de premier recours et des traitements standards avec beaucoup de cas, les hôpitaux Suisse ont offert des prestations spécialisées et de la médicine de pointe avec, a priori, peu de cas.

Un tel déséquilibre, menant à un profit inégal entre les deux pays, peut toutefois à terme menacer le projet. Les problèmes relevés entre les assureurs-maladie allemands et les prestataires suisses concernent principalement la communication, la transparence des clauses contractuelles, les différences de structure tarifaire et la transparence en matière de prestations et de qualité. Un réel potentiel de développement semble exister toutefois du point de vue allemand, au vu du soutien de principe exprimé par la quasi-totalité des acteurs impliqués de part et d'autre de la frontière en faveur du projet-pilote et de la mise en place d'un espace régional de la santé.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Seit Januar 2007 läuft das Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen zwischen dem Landkreis Lörrach (D) und den Kantonen Basel-Landschaft (BL) und Basel-Stadt (BS). Personen aus dieser Region, welche bei einer am Pilotprojekt teilnehmenden Krankenversicherung versichert sind (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP[2]), können sich für ausgewählte medizinische Leistungen in bestimmten Spitälern im jeweils anderen Land behandeln lassen. Der Anstoss zur Initiierung des Pilotprojektes war die Tatsache, dass die Region im Dreiländerdreieck immer mehr zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammenwächst. Die bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU und die daraus resultierende Personenfreizügigkeit haben hierzu beigetragen. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch, zeigte sich dies im Gesundheitswesen anhand eines hohen Anteils ausländischer Erwerbstätiger. Bezüglich der Behandlung von Patient/innen aber bestand wegen des Territorialitätsprinzips der nationalen Krankenversicherungs-Gesetzgebungen und der Tatsache, dass die Schweiz ein Nicht-EU-Land ist, lediglich eine beschränkte Möglichkeit zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (Faller 2010). So kam es unter den früheren Regelungen im Rahmen der Grundversicherung praktisch nur zu Behandlungen deutscher Patient/innen in Basler Kliniken.

Der politische Wille zum Ausbau der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wurde ab dem Jahr 2001 verschiedentlich bekräftigt. Mit dem Aufbau einer deutsch/schweizerischen Arbeitsgruppe konnten alltägliche Probleme bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung angegangen und schliesslich die Bedingungen für ein zeitlich und räumlich beschränktes Pilotprojekt formuliert werden (Faller 2010). Ziel des Pilotprojektes ist die Erweiterung der Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen der Schweiz und Deutschland und damit die Erhöhung der Patient/innen-Freizügigkeit zwischen den Staaten. *Das Projekt soll aufzeigen, inwieweit und unter welchen Rahmenbedingungen eine Erweiterung der Freizügigkeit bei Auslandsbehandlungen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (stationärer Bereich) langfristig sinnvoll ist.* Zur Realisierung des Pilotprojektes mussten in beiden Staaten die gesetzlichen Grundlagen angepasst werden (Art. 36a KVV erlaubt die Durchführung von befristeten Pilotprojekten, auf deutscher Seite Gesetzesänderungen mit fortdauernder Wirkung). Das Pilotprojekt wurde anfänglich auf eine dreijährige Laufzeit ausgerichtet (2007-2009) und konnte im Zuge der Anpassung von Artikel 36a KVV durch den Bundesrat (Juni 2009) bis Ende 2014 verlängert werden.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit der Evaluation der ersten Projektphase (2007-2009) des Pilotprojektes beauftragt. *Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um den Schlussbericht der ersten Projektphase.* Es liegen aus den Jahren 2008 und 2009 Zwischenberichte zur Umsetzung des Pilotprojektes vor (Zumbrunn *et al.* 2008; Zumbrunn *et al.* 2009). Der Bericht befasst sich ausschliesslich mit den Wirkungen der Verträge zwischen den am Projekt teilnehmenden Schweizer Krankenversicherern, den deutschen Kliniken und den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Für die deutsche Seite führt das KCQ (Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen und beim MDK Baden-Württemberg) die Evaluation durch. Deren Ergebnisse werden ebenfalls in einem Schlussbericht festgehalten (vgl. Zusammenfassung im Kapitel 9).

[2] In diesem Bericht werden Obligatorische Krankenversicherung (OKP), Grundversicherung und gesetzliche Krankenversicherung als Synonym verwendet.

1.2 Modalitäten des Pilotprojektes

Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf gesetzlich Krankenversicherte aus dem Landkreis Lörrach und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Neben dem Pilotprojekt zur Patientenmobilität kennt die Region weitere Arten von grenzüberschreitenden Aktivitäten bei der Gesundheitsversorgung, namentlich konsiliarärztliche Tätigkeiten oder eHealth- und Telemedizin-Applikationen. Diese werden in der vorliegenden Evaluationsstudie nicht vertieft betrachtet. Neben dem Basler Projekt gibt es nach unser Kenntnis ein weiteres Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Fürstentum Liechtenstein (Bartelt 2009).

Angebotene Leistungen

Die im Pilotprojekt angebotenen Leistungen beschränken sich auf ambulante und stationäre Spitalleistungen im Bereich der Akutsomatik und Rehabilitation. Der Einbezug von Leistungen der niedergelassenen Ärzteschaft wurde für das Pilotprojekt zwar nicht ausgeschlossen, konnte aber in einer ersten Phase nicht realisiert werden. Während auf deutscher Seite die Vertragspartner frei waren, privatrechtliche Vereinbarungen abzuschliessen, wurde für die Behandlung von Schweizer Patient/innen in Deutschland ein gemeinsamer Vertrag zwischen allen teilnehmenden Krankenversicherern und Krankenhäusern abgeschlossen und die angebotenen Leistungen in einem Leistungskatalog beschränkt (siehe Anhang 1). Während es sich bei den von deutschen Spitälern angebotenen Leistungen tendenziell eher um Leistungen der Grundversorgung bzw. um Standardeingriffe mit grossen Fallmengen handelt, bieten die Schweizer Spitäler Leistungen im Bereich der Spezialversorgung und der hochtechnisierten Spitzenmedizin an mit a priori kleineren Fallmengen.

Mitwirkende Projektpartner

Für die Behandlung von Schweizer Patient/innen konnte ein Gesamtvertrag zwischen 22 Schweizer Krankenversicherern und 14 deutschen Krankenhäusern abgeschlossen werden. Während der dreijährigen Laufzeit reduzierte sich die Anzahl Projektpartner auf 21 Schweizer Krankenversicherer und 11 deutsche Krankenhäuser. Für das Jahr 2008 hiess dies, dass insgesamt **66 Prozent der Basler Versicherten** aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit die Möglichkeit zur Teilnahme am Projekt hatten (BS: 88%; BL: 52%) (siehe Kap. 2.3). In umgekehrter Richtung kamen im Rahmen des Pilotprojektes zwischen sechs deutschen Krankenversicherern und acht Schweizer Krankenhäusern Einzelverträge zu einigen spezifischen medizinischen Leistungen zustande (Ende 2009: sechs deutsche Krankenversicherer, sechs Schweizer Krankenhäuser) (Tabelle 1.1). Die Einzelverträge unterscheiden sich in den vereinbarten Versorgungsinhalten und der Preisgestaltung und sind in ihrer Ausgestaltung nur den jeweiligen Vertragspartnern bekannt. Von den grenzüberschreitenden medizinischen Behandlungen konnten theoretisch 85 Prozent der deutschen Versicherten im Landkreis Lörrach profitieren.

Tab. 1.1 Projektpartner im Pilotprojekt, Stand April 2010

Schweizer Kliniken		**Deutsche Krankenversicherer**
Bethesda-Spital		AOK
Kantonsspital Bruderholz		Barmer
Felix-Platter-Spital		BKK (einzelne Betriebskrankenkassen der Region)
Rehab Basel		DAK
UKBB		IKK
St. Claraspital		GEK
Hildegardhospiz (Sondervertrag*)		
USB (Sondervertrag*)		
Schweizer Krankenversicherungen		**Deutsche Kliniken**
Arcosana (CSS)	Sanatop	Breisgau-Klinik, Bad Krozingen
Assura	Sanitas	Frauenklinik Rheinfelden GmbH & Co KG, Rheinfelden
Atupri	SLKK°	Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
Auxilia (CSS)	Supra	(Kreiskrankenhaus Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim)
Concordia	SWICA	Markgräflerland-Klinik, Bad Bellingen
CSS	Sympany	Median Kliniken, Bad Krozingen
EGK	Visana	Rehabilitationsklinik Kandertal, Malsburg-Marzell°
Groupe mutuel	Vivacare	Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG, Bad Krozingen
Innova	Wincare	Rehabilitationsklinik Sankt Marien GmbH, Bad Bellingen
Intras		St. Elisabethen-Krankenhaus GmbH, Lörrach
KPT-CPT		Wiesentalklinik, Zell im Wiesental
Oekk Landquart		Rehabilitationsklinik Park-Therme, Badenweiler
Sana24		Rehabilitationsklinik Hausbaden, Badenweiler

° ab 2008 Status geändert, nicht mehr am PP beteiligt

* kein Vertrag im Rahmen des Pilotprojektes, sondern vorbestehend Vertrag mit BL und BS; Vertrag nur mit BS.

Vorgehen im Einzelfall

Um das Angebot im Pilotprojekt zu nutzen, mussten Schweizer Patient/innen für die Kostenübernahme mindestens fünf Tage vor dem geplanten Klinikeintritt ein entsprechendes Gesuch - in der Regel vom einweisenden Arzt bzw. der einweisenden Institution - an die Schweizer Krankenversicherer richten. Zur Beurteilung der Leistungspflicht bei Rehabilitationsbehandlungen war vorgängig zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes zusätzlich ein ärztlicher Bericht mit Begründung für den Rehabilitationsaufenthalt gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung abzugeben. Die Schweizer Krankenversicherer erteilten innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang des Gesuchs eine Kostenübernahmegarantie oder lehnten das Gesuch ab.

1.3 Ziel der vorliegenden Evaluationsstudie

Rahmen und Aussagekraft der Evaluationsstudie

Das Pilotprojekt tangiert naturgemäss gesundheitspolitische Fragen, welche auf einen Vergleich des deutschen mit dem schweizerischen Gesundheitssystem hinauslaufen. So wird die Frage nach den Kostenauswirkungen von den im Nachbarland erbrachten medizinischen Leistungen gestellt und der Effekt der unterschiedlichen nationalen Abgeltungssysteme im stationären Sektor oder die Qualität der medizinischen Leistungen angesprochen. Die Evaluation des Pilotprojektes kann solche Fragen nicht umfassend beantworten, dafür müsste eine mehrjährige Vergleichsstudie der Gesundheitssysteme der beiden Länder durchgeführt werden. Die Datenlage, der z.T. schwierige Datenzugang und die kleinen Fallzahlen erschweren die Beantwortung dieser Fragen zusätzlich. Das Evaluationskonzept wurde entlang der politischen, zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen erarbeitet. Zusätzliche

Informationen wird eine Vergleichsstudie zur Behandlung von Patient/innen in deutschen und schweizerischen Rehabilitationskliniken liefern, welche von der Projektleitung im Verlauf der ersten Projektphase in Auftrag gegeben wurde[3].

Die Evaluation des Pilotprojektes hatte zwei grundlegende Ausrichtungen: Zum einen wurden parallel zum Ablauf des Pilotprojektes der Verlauf und die Leistungen des Projektes gemessen und transparent gemacht. Im Sinne einer Prozessevaluation sollte durch kontinuierliches Feedback der Ablauf des Pilotprojektes günstig beeinflusst bzw. verbessert werden. Hierfür wurden zwei Zwischenberichte (2008, 2009) erstellt. Im **vorliegenden Schlussbericht** wird unter Einbezug aller Erfahrungen und erhobenen Daten beurteilt, ob und in welchem Ausmass die von der Projektleitung vorgegebenen Projektziele erreicht wurden und ob allenfalls nicht beabsichtigte Wirkungen eintrafen. Diese Bilanz zum Pilotprojekt soll der Entscheidungsfindung der betroffenen Akteure bezüglich der zukünftigen Ausgestaltung der grenzüberschreitenden medizinischen Behandlungen dienen.

Ziele des Pilotprojektes und Fragestellungen der Evaluation

In Zusammenarbeit mit der Projektleitung wurden zu den verschiedenen Aspekten des Pilotprojektes konkrete Projektziele und damit zusammenhängende Evaluationsfragen formuliert (Tabelle 1.2). Letztere mussten im Verlauf des Pilotprojektes - in erster Linie wegen Schwierigkeiten bei der Datenerhebung - teilweise modifiziert werden, weswegen sich die formulierten Evaluationsfragen in den einzelnen Kapiteln leicht unterscheiden. Wie bei Evaluationsstudien üblich wurde ein **multimethodischer Ansatz** gewählt, d.h. die sehr unterschiedlichen Projekt-Fragestellungen wurden mittels verschiedener Datenquellen und projektspezifischer Erhebungen beantwortet (Tabelle 1.3).

Die Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzepte der Evaluation wurden dabei gemeinsam von Obsan und KCQ erarbeitet und in beiden Ländern, mit kleineren länderspezifischen Adaptionen, gleich eingesetzt. Im Anhang finden sich ausführlichere Angaben zum methodischen Vorgehen der Evaluation, insbesondere zu den Datenquellen und den Erhebungsinstrumenten.

[3] Die Studie wird von der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel durchgeführt. Die Angebote der Schweizer und deutschen Reha-Kliniken werden verglichen (Finanzierung, Tarife, Angebot, Infrastruktur, Personalschlüssel, Hospitalisationsdauer, Patientenstruktur, Behandlungspfad Qualitätssicherung). Der Bericht soll Mitte 2010 vorliegen.

Tab. 1.2 Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen

Aspekt	Ziele des Pilotprojektes	Evaluationsfragen[1)]
Nutzung	Zunahme der Nutzung des grenzüberschreitenden Angebots im Spitalbereich über die Projektdauer	1.1 Potential: Wie hoch ist der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose, welche zur Nutzung des ausländischen Spitalangebotes berechtigt (Zielgruppe), an allen Versicherten (an allen Versicherten mit Spitalbehandlungen)? 1.2 Nutzungsmotive: Welche Motive haben Patient/innen für die Nutzung des in- oder ausländischen Angebots? 1.3 Gesuche zur Kostengutsprache: a) Wie viele Gesuche zur Kostengutsprache gingen bei den Krankenversicherern über die Projektdauer ein? b) Wie viele wurden bewilligt? c) Welches waren die Ablehnungsgründe? d) Welche Behandlungen wurden nachgefragt, welche der grenzüberschreitende Leistungskatalog nicht enthält? e) Welches waren die zuweisenden Institutionen? 1.4 Nutzungsverlauf: a) Welche Standorte und Behandlungsangebote werden im Projektverlauf in welchem Ausmass genutzt? b) Was sind die Auswirkungen der Anzahl Pilotprojektfälle auf die einzelnen Leistungserbringer? Welche Tendenzen sind längerfristig zu erwarten?
Umsetzung	Erfolgreiche Umsetzung des Pilotprojektes (PP)	2.1 a) Funktionieren die administrativen und medizinischen Abläufe für alle beteiligten Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer, Patient/innen) zufrieden stellend? b) Informieren die Krankenversicherer ihre Versicherten über das Pilotprojekt und setzten sie Anreize zur Teilnahme? c) Von der Zielgruppe: Wie viele sind sie über das Pilotprojekt informiert und woher?
Zufriedenheit	Zufriedenheit der Patient/innen mit Leistungen im Ausland	3.1 Sind Patient/innen mit den im Ausland erbrachten Leistungen zufrieden?
Qualität	Bei Patient/innen, welche am Pilotprojekt teilnehmen, findet im Vergleich zu den übrigen Patient/innen keine Häufung von schweren Zwischenfällen statt.	4.1 Kennen die am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement? 4.2 Kommt es bei Patient/innen im Pilotprojekt häufiger zu schweren Zwischenfällen als bei Patient/innen, welche nicht im Rahmen des Pilotprojektes behandelt werden? 4.3 Welches sind im Falle einer Häufung schwerer Zwischenfälle die Gründe? Gibt es Hinweise, dass sie in der grenzüberschreitenden Versorgung begründet sind? 4.4 Ergeben sich aus dem Follow-up Hinweise für eine Häufung von Komplikationen und/oder unerwünschten Verläufen bei grenzüberschreitender Behandlung?
Kosten	Das PP soll längerfristig die von Versicherten der Kantone BS und BL verursachten stationären Behandlungskosten senken	5.1 a) Welche Behandlungskosten sind im Rahmen des Pilotprojektes für Schweizer/innen in deutschen Kliniken angefallen? b) Wie teuer wären die Behandlungen in Basler Spitälern gewesen? c) Welchen Anteil machen die über die OKP abgerechneten Kosten an den Vollkosten der Behandlungen aus? d) Was wäre eingespart worden, wenn alle berechtigten Personen in Deutschland behandelt worden wären? e) Welches ist die Höhe der (möglichen) Einsparungen im Verhältnis zu den gesamten OKP-Kosten? 5.2 Findet eine Mengenausweitung statt? Gibt es im Verlauf des PP mehr Behandlungsfälle und dadurch Mehrkosten?
Wohnortnähe	Durch das Pilotprojekt sollen medizinische Leistungen möglichst wohnortnah erbracht werden, insbesondere Leistungen im Bereich Pädiatrie, Rehabilitation und Spitzenmedizin.	6.1 Für welche Patient/innen konnten durch das Pilotprojekt Leistungen näher am Wohnort erbracht werden als vorher?
Zusammenarbeit	Enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit im fachlichen Bereich	7.1 Kommt es im Verlauf des PP neben der grenzüberschreitenden Patientenmobilität auch zu einer engeren Zusammenarbeit der beiden Länder bezüglich Austausch von Fachwissen, Qualitätszirkel, Planung etc.?

[1)] Ursprüngliche Evaluationsfragen, sie wurden im Verlauf des Pilotprojektes zum Teil modifiziert.

Tab. 1.3 Für die verschiedenen Aspekte der Evaluation genutzte Datenquellen

	Datenquelle	Datenlieferant	Jahr	Aspekt Evaluation						
				Nutzung	Umsetzung	Zufriedenheit	Qualität	Kosten	Wohnortnähe	Zusammenarbeit
Datenerhebung Pilotprojekt	Kostengutsprachen	Kranken-versicherer	2007-2009	x						
	Routinedaten		2007-2009	x				x		
	Patientenbefragung	Obsan	2008/2009	x	x	x	x		x	
	Expertengespräche		2008		x		x			x
	Schriftliche Befragung Projektpartner/innen		2010							x
	Erhebung Qualitätsmanagement-Systeme	KCQ	2008				x			
Daten aus anderen Quellen	Bevölkerungsbefragung	DEMOSCOPE	2008		x					
	Risikoausgleichsdaten KVG	santésuisse	2007-2008	x				x		
	Tarife Schweizer Spitäler	Internet-Recherche	2008					x		
	Grenzüberschreitende Patientenmobilität ausserhalb PP / Grenzgänger	Krankenversicherer / Gemeinsame Einrichtung KVG	2008	x						
	Medizinische Statistik	BFS	2006-2008	x				x		
	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)		2007	x						
	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)		2008	x						
	Haushaltsbudgeterhebung (HABE)		2007	x						
	Volkszählung 2000		2000	x						
	Bevölkerungsdaten BS und BL	Statistische Ämter BS/BL	2008	x						

1.4 Berichtübersicht

Der Bericht gliedert sich entlang der zu evaluierenden Projektziele. Um den Bericht möglichst lesefreundlich zu gestalten, wurden methodische Ausführungen innerhalb der Kapitel kurz gehalten. Ausführlichere Angaben zum methodischen Vorgehen und den verschiedenen Datenquellen sind dem Anhang des Berichtes zu entnehmen. Eilige Leser/innen seien auf die Kapitelsynthesen verwiesen, in welchen die wichtigsten Erkenntnisse verdichtet dargestellt sind.

Kapitel 2 beschreibt die Nutzung des grenzüberschreitenden medizinischen Angebotes im Projektverlauf und charakterisiert die Patientenpopulation im Pilotprojekt im Vergleich zu den übrigen Patient/innen resp. zur Bevölkerung mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Fallzahlen im Pilotprojekt werden dem Nutzungspotential gegenübergestellt und der gesamten - inklusive dem Zusatz- und Privatversicherungsbereich - grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der Region. Auf das Projektziel der Wohnortnähe der durchgeführten Behandlungen wird in Kapitel 2 und 3 eingegangen.

In *Kapitel 3* wird die Umsetzung des Pilotprojektes in den Jahren 2007 bis 2009 auf ihren Erfolg hin beurteilt. Die Bekanntheit des Projektes, Anreize und Entscheidkriterien („Motive“) der Patient/innen, Chancen und Risiken für Projektpartner sowie die Ausgestaltung der Zusammenarbeit werden aus Sicht der Beteiligten dargestellt und vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus Projekten der EU zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit diskutiert.

Hinsichtlich der Qualität der medizinischen Leistungen im Pilotprojekt werden in *Kapitel 4* die Patientenzufriedenheit und Informationen bezüglich Qualitätssicherung und –management bei Leistungserbringern im Pilotprojekt präsentiert.

Die Behandlungskosten der Pilotprojektfälle in Deutschland sind Gegenstand von *Kapitel 5*. Kostendifferenzen zu vergleichbaren Fällen in der Schweiz werden geschätzt und unter der Annahme verschiedener Mobilitätsraten der Schweizer Patient/innen hochgerechnet sowie zu den Gesamtkosten der OKP in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Bezug gesetzt.

Kapitel 6 befasst sich mit der Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Es wird aufgezeigt, inwiefern das Pilotprojekt die Zusammenarbeit der beiden Länder beeinflusst hat, welche Auswirkungen zu erkennen sind und welche Rahmenbedingungen für eine permanente Lösung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität aus Sicht der Projektpartner sinnvoll wären.

Die Schlussfolgerungen in *Kapitel 7* beurteilen die Erreichung der Projektziele gesamthaft und nehmen einen Ausblick auf die 2. Projektphase (2010 bis 2014) vor.

2 Nutzung des Angebotes deutscher Kliniken durch Schweizer Patient/innen

Ein explizites Ziel des Pilotprojektes war, dass die Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes im Spitalbereich über die Projektdauer von drei Jahren (2007-2009) zunehmen sollte (Tabelle 1.2). Inzwischen liegen die Daten zu den Pilotprojektfällen aller drei Jahre vor, so dass beurteilt werden kann, ob dieses quantitative Ziel des Pilotprojektes erreicht wurde.

Weitere Evaluationsfragen im Zusammenhang mit der Nutzung des Angebotes im Pilotprojekt sind:

- Welche Behandlungsangebote an welchen deutschen Kliniken wurden im Laufe der drei Projektjahre nachgefragt[4]?
- Unterscheidet sich die Patientenpopulation des Pilotprojektes von den übrigen Patient/innen mit Wohnort in den Kantonen Basel-Landschaft oder Basel-Stadt?
- Wie viele Behandlungen von anspruchsberechtigten OKP-Versicherten der Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wären im Rahmen des Pilotprojektes überhaupt möglich gewesen (Potential) und wie viele davon wurden realisiert (Mobilitätsrate)?

Diesen Fragen wird in den Abschnitten 2.1 bis 2.3 des vorliegenden Kapitels nachgegangen. Im Abschnitt 2.4 schliesslich wird die grenzüberschreitende Patientenmobilität, die im Rahmen des Pilotprojektes stattfand, ins Verhältnis gesetzt zur gesamten regionalen grenzüberschreitende Patientenmobilität in diesem Zeitraum. Eine Synthese (2.4) schliesst das Kapitel „Nutzung des Angebotes“ ab.

2.1 Nutzungsmuster und -verlauf im Pilotprojekt von 2007-2009

Insgesamt wurden von den Krankenkassen in den Jahren 2007 bis 2009 Routinedaten zu 376 Fällen geliefert, die den Kriterien des Pilotprojektes entsprachen (Anhang 5, Tabelle A.5.2.1). Die Zahl der Fälle mit Routinedaten nahm von Jahr zu Jahr im Durchschnitt um 30 Prozent zu, wobei die Zunahme im Kanton Basel-Stadt über die drei Jahre insgesamt stärker war (plus 78%) als im Kanton Basel-Landschaft (plus 58%). Somit wurde das Projektziel „Zunahme der Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes im Spitalbereich“ zweifellos erreicht, auch wenn sich die absoluten Fallzahlen eher auf einem tiefen Niveau bewegten.

2.1.1 Leistungsbereiche

In der hier evaluierten ersten Phase des Pilotprojektes (2007-2009) konnten Basler Patient/innen nur medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen, die im Leistungskatalog[5] des Pilotprojektes aufgeführt waren (siehe Anhang 1). Der Leistungskatalog umfasste Spitalleistungen im akutstationären, im ambulanten und im Rehabilitationsbereich. Es stellt sich die Frage, welche Leistungen des Leistungskatalogs in den drei Projektjahren nachgefragt wurden, und ob sich die Nachfrage im Verlaufe der Zeit geändert hat. 99.5 Prozent der Pilotprojektfälle konnten aufgrund der Daten der Kostengutsprachegesuche oder der Routinedaten einem Leistungsbereich des Leistungskataloges zugeordnet werden[6] .

---

4 Die am Projekt teilnehmenden Schweizer Krankenversicherer konnten gemäss ihren Aussagen aus organisatorischen Gründen nur die *bewilligten* Kostengutsprachen erfassen. Insofern liegen keine Angaben zur Anzahl abgelehnter Kostengutsprachen, den Ablehnungsgründen sowie weiteren nachgefragten Behandlungen, welche der grenzüberschreitende Leistungskatalog nicht enthält, vor (siehe Evaluationsfragen in Tabelle 1.2).

5 Der Leistungskatalog ist Bestandteil des Pilotprojektvertrages zwischen den Krankenversicherern, den beteiligten Kliniken und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Für alle Beteiligten galten die gleichen Leistungen und Tarife.

6 Auf den Kostengutsprachegesuchen wurde die Nummer der medizinischen Leistung gemäss Leistungskatalog erfasst, in den Routinedaten die auf den Rechnungen der Leistungserbringer angegebenen Diagnosen und durchgeführten Behandlungen.

94 Prozent der Fälle sind orthopädische und kardiologische Rehabilitationen

Aus Tabelle 2.1 geht hervor, dass von den insgesamt 376 Fällen 372 auf Rehabilitationen und lediglich 2 auf Akutbehandlungen fielen. 2 Fälle konnten keinem Leistungsbereich zugeordnet werden. 82 Prozent der Rehabilitationen betrafen orthopädische und 13 Prozent kardiologische Fälle. Die kardiologischen Fälle hatten zwischen 2007 und 2008 noch klar zugenommen, im letzten Projektjahr aber stagniert. Das übrige Reha-Angebot wurde nur vereinzelt in Anspruch genommen. Über die gesamte Projektdauer zeigte sich eine partielle Nutzung der Leistungen; von den 119 möglichen Positionen des Leistungskataloges wurden nur 23 genutzt.

Tab. 2.1 Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsbereich und Wohnkanton der Versicherten, 2007-2009

Leistungsart	Leistungsbereich	2007	2008	2009	Total	
		N	N	N	N	%
Stationäre Behandlung	Geburtshilfe/Gynäkologie	1	-	-	1	0.3
	Geriatrie	-	-	-	-	-
	Kardiologie	-	-	-	-	-
	Orthopädie	1	-	-	1	0.3
	Pädiatrie	-	-	-	-	-
	Sonstige Leistungen	-	-	-	-	-
	Total stationäre Behandlung	**2**	**-**	**-**	**2**	**0.5**
Rehabilitation	Geriatrie	3	-	-	3	0.8
	Kardiologie	5	23	19	47	12.5
	Neurologie	1	-	-	1	0.3
	Onkologie	2	2	4	8	2.1
	Orthopädie	78	100	127	305	81.1
	Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen	-	-	-	-	-
	Reha-Bereich unbekannt	-	4	4	8	2.1
	Total Rehabilitation	**89**	**129**	**154**	**372**	**98.9**
Ambulante Leistungen	Geburtshilfe/Gynäkologie	-	-	-	-	-
	Neurologie	-	-	-	-	-
	Onkologie	-	-	-	-	-
	Orthopädie	-	-	-	-	-
	Pädiatrie	-	-	-	-	-
	Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen	-	-	-	-	-
	Sonstige Leistungen	-	-	-	-	-
	Total ambulante Leistungen	**-**	**-**	**-**	**-**	-
Tagesklinik		-	-	-	-	-
Unbekannt			1	1	2	**0.5**
Total		**91**	**130**	**155**	**376**	**100.0**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007-2009 [G_LEISTUNG_NR] [G_WOHNKT]

Die Rehabilitationen dauerten durchschnittlich 17 Tage

Aufgrund der Daten der Rechnungsstellung konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer[7] der Patient/innen in den deutschen Kliniken berechnet werden[8]. Gültige Daten liegen zu 366 der Rehabilitationen im Pilotprojekt vor. Durchschnittlich hielten sich die Patient/innen im Pilotprojekt während 17 Tagen in einer deutschen Reha-Klinik auf (Median: 15 Tage)[9]. Die Pilotprojekt-Patient/innen der beiden Kantone unterscheiden sich nicht bezüglich der mittleren Aufenthaltsdauer, während die mediane Aufenthaltsdauer von Rehabilitations-Patient/innen aus dem Kanton Basel-Landschaft etwas länger war

7 Differenz zwischen dem Datum des Eintritts und des Austritts des Patienten/ der Patientin in der deutschen Klinik.

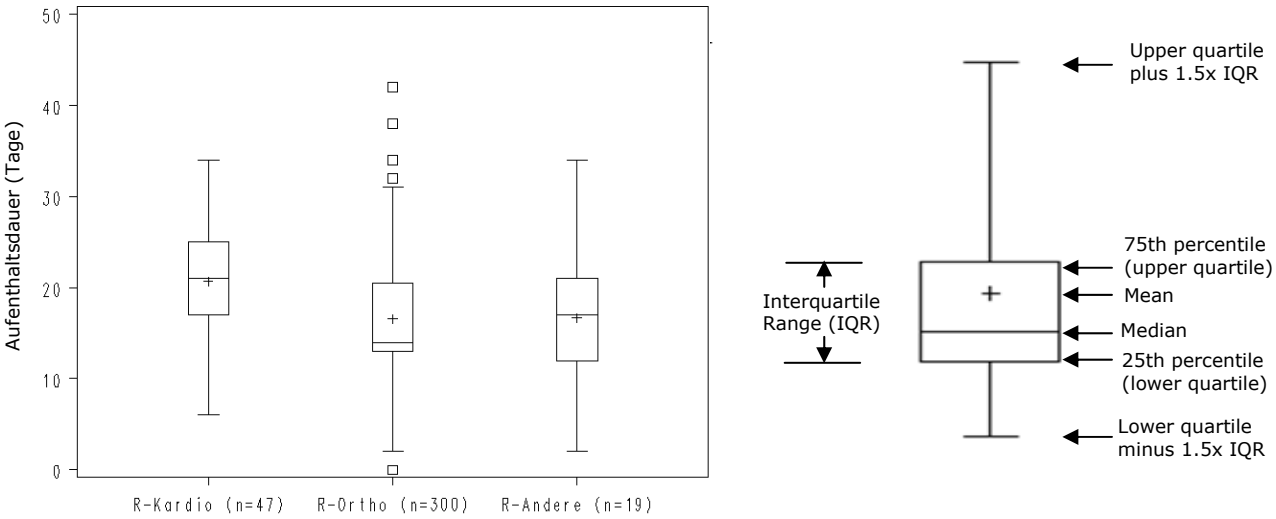
8 Die Aufenthaltsdauer wurde aus Datenschutzgründen von den Krankenversicherern berechnet.

9 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer = Anzahl Aufenthaltstage /Anzahl Patient/innen

als von Patient/innen aus dem Kanton Basel-Stadt (17 Tage vs. 15 Tage). Die Verteilung der Aufenthaltsdauer nach Rehabilitationsbereich in den drei Projektjahren ist in Abbildung 2.1 dargestellt. Daraus geht hervor, dass die im Pilotprojekt mehrheitlich in Anspruch genommenen orthopädischen Rehabilitationen deutlich kürzer waren als die kardiologischen Rehabilitationen (Median: 14 vs. 21 Tage).

Mit Daten der Medizinischen Statistik (BFS, 2007 und 2008) wurde die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Basler RehabilitationsPatient/innen in den Bereichen Kardiologie und Orthopädie in Schweizer Kliniken berechnet[10]. Auffallend ist der grosse Unterschied zwischen der Aufenthaltsdauer in deutschen und Schweizer Kliniken bei den orthopädischen Rehabilitationen (Abbildung 5.3). Orthopädische Rehabilitations-Patient/innen mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Landschaft oder Basel-Stadt weilten in den Jahren 2007 und 2008 20 Tage (Median) in einer Schweizer Rehabilitationsklinik oder –abteilung, während PilotprojektPatient/innen nur 14 Tage (Median) für die orthopädischen Reha in einer deutschen Klinik verbrachten. Die Aufenthaltsdauer der kardiologischen Rehabilitationen hingegen unterscheidet sich praktisch nicht zwischen Basler Patient/innen in Schweizer Kliniken und Pilotprojektfällen in deutschen Kliniken (vgl. Kapitel 5).

Abb. 2.1 Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer (in Tagen), 2007-2009



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007-2009 [AUFENTHALTSDAUER]

2.1.2 Schweizer Krankenversicherer und Zuweiser sowie deutsche Kliniken

Alle Krankenversicherungen, bei denen Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt oder Basel-Landschaft grundversichert sind, konnten am Pilotprojekt teilnehmen. Insgesamt haben 22 Krankenversicherungen die entsprechenden Verträge mit den Kantonen Basel-Landschaft und/oder Basel-Stadt sowie den deutschen Kliniken unterschrieben, wobei ein Versicherer nach dem ersten Projektjahr vom Vertrag zurückgetreten ist (Tabelle 1.1).

Vier Krankenversicherer weisen 90 Prozent der Pilotprojektfälle auf

Die Pilotprojektfälle konzentrieren sich auf einige wenige Versicherungen. Lediglich vier der beteiligten Krankenversicherer zeigten über die drei Projektjahre eine stetige Steigerung von Fällen und erzielten über die drei Jahre mehr als 20 Fälle. Diese vier Versicherer lieferten die Daten zu 90 Prozent der Pilotprojektfälle. 9 Versicherer hatten vereinzelte Fälle verteilt über die drei Jahre. Aus Tabelle 2.2 geht hervor, dass 41 Prozent der Versicherer über den gesamten Projektzeitraum 2007 bis 2009 keinen Fall aufwiesen.

[10] Für die Vergleichbarkeit gewichtet nach der Alters- und Geschlechtsstruktur der PilotprojektPatient/innen

Tab. 2.2 Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2007-2009

Anzahl Fälle	2007	2008	2009	2007-2009	
	N	N	N	N	%
0 Fälle	14	9	13	9	40.9
1-5 Fälle	7	7	4	6	27.3
>5 Fälle	1	5	4	7	31.8
Total	**22**	**21**	**21**	**22**	**100.0**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009

Reha-Patient/innen werden meistens von Basler Akutspitälern nach Deutschland überwiesen

Für das Pilotprojekt von zentraler Bedeutung ist die Rolle der zuweisenden Institutionen. Es ist anzunehmen, dass der Entscheid für eine Behandlung in Deutschland in der Regel mit der zuständigen Fachperson diskutiert wird. Leider fehlten in den von den Krankenversicherern gelieferten Daten in der Mehrzahl der Fälle die Angaben zur Überweisungsinstanz[11], so dass die Aussagekraft diesbezüglich stark eingeschränkt ist. Aus den vorliegenden Informationen geht jedoch hervor, dass in den meisten bekannten Fällen die zu behandelnde Person von einem Schweizer Leistungserbringer der deutschen Klinik zugewiesen wurde. Zuweisungen erfolgten insbesondere durch Kliniken der Grundversorgung Niveau 3[12]. Von 2007 zu 2008 hat der Anteil von Überweisungen nach Deutschland durch das Basler Universitätsspital stark zugenommen (Zumbrunn A. Bayer-Oglesby L. & Roth M. 2009). Ärzt/innen mit Praxistätigkeit waren nur in zwei Prozent der bekannten Fälle die zuweisende Instanz. In einem Prozent erfolgte das Gesuch zur Kostengutsprache direkt von der deutschen Klinik.

Eine andere Perspektive zur Frage der Zuweisung ergibt sich aus der Patientenbefragung. Die Patient/innen gaben an, wer ihnen die Klinik vorgeschlagen hatte (dies muss nicht mit der formalen Überweisung übereinstimmen und es waren Mehrfachnennungen möglich). Rund 47 Prozent der Nennungen bezogen sich auf den behandelnden Spezialisten oder eine Fachperson im Schweizer Spital, rund 30 Prozent der Nennungen waren ein Vorschlag aus dem privaten Umfeld[13] und rund 13 Prozent der Nennungen waren ein Vorschlag von der Krankenversicherung oder einer Beratungsstelle. Lediglich drei Prozent der Nennungen betrafen einen Vorschlag des Hausarztes oder der Hausärztin. Das heisst, die Patient/innen beziehen in ihre Entscheidung auch die Meinung aus ihrem privaten Umfeld mit ein, wenngleich die formale Überweisung in aller Regel durch einen anerkannten Leistungserbringer erfolgen muss.

Vier deutsche Reha-Kliniken behandelten 90 Prozent der Fälle

Auf deutscher Seite nahmen insgesamt zwölf Kliniken in acht Orten am Pilotprojekt teil. Eine Klinik nahm nur im Jahr 2007 teil und hat keine Patient/innen im Rahmen des Pilotprojektes behandelt. Bereits im ersten Projektjahr hatte sich abgezeichnet, dass die angebotenen Klinikstandorte nur partiell genutzt werden. Diese Tendenz hat sich im zweiten und dritten Projektjahr fortgesetzt. Die Pilotprojektfälle betrafen zwar Aufenthalte in elf verschiedenen Kliniken[14]. Sechs Kliniken behandelten über den gesamten Projektzeitraum jedoch lediglich ein bis sieben Pilotprojektfälle. Nur vier Kliniken weisen über die drei Jahre eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen auf und behandelten zusammen insgesamt 90 Prozent der Fälle (Abbildung 2.2).

---

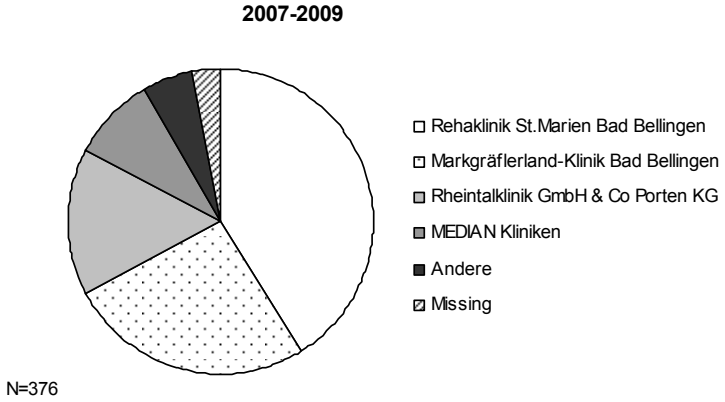
[11] 2007:31% fehlende Werte; 2008:57 %; 2009: 65 %

[12] BFS 2006, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/kh/02.Document.86653.pdf (accessed 4.5.2009)

[13] Ein Familienmitglied, ein Freunde/eine Freundin, ein Bekannter, andere Patient/innen mit derselben Erkrankung oder der Patient, die Patientin selber

[14] Bei 11 Fällen fehlte die Angabe zur Klinik

Abb. 2.2 Verteilung der Pilotprojektfälle auf elf am Pilotprojekt beteiligte Kliniken, 2007-2009



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009 [IK_TXT]

2.2 Charakteristika der Schweizer Patient/innen im Pilotprojekt

Das Ziel des vorliegenden Abschnittes ist es, die Basler Patient/innen, die sich im Rahmen des Pilotprojektes in einer deutschen Klinik behandeln liessen, mit den Basler Patient/innen zu vergleichen, die eine stationäre Behandlung in einer Schweizer Klinik in Anspruch nahmen. Es interessieren sozioökonomische Faktoren, der persönliche Bezug der Patient/innen zu Deutschland, projektrelevante Faktoren wie der Versichertenstatus oder die Distanz zwischen Wohnort und Klinik sowie der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand. Die medizinische Statistik liefert lediglich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Basler Reha-Patient/innen, die sich in einer Schweizer Klinik behandeln liessen. Für die übrigen Faktoren wurde auf andere Datenquellen zurückgegriffen, welche die Basler oder die Schweizer Bevölkerung beschreiben[15].

2.2.1 Sozioökonomische Faktoren

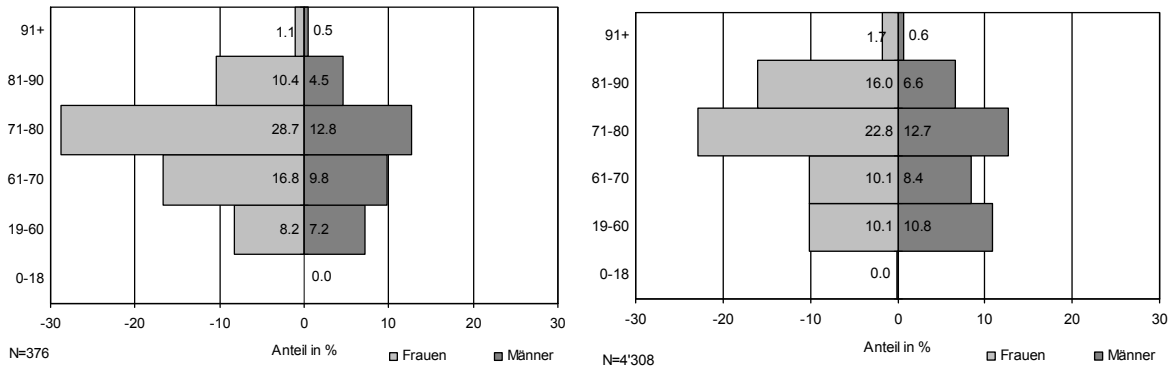
Abbildung 2.3 vergleicht die Alters- und Geschlechtsstruktur der Patient/innen des Pilotprojektes mit derjenigen von Basler RehabilitationsPatient/innen der Bereiche Orthopädie und Kardiologie in Schweizer Spitälern, deren Behandlung von einer Krankenversicherung finanziert wurde. Die Beschränkung auf orthopädische und kardiologische Rehabilitationen wurde gewählt, weil im Pilotprojekt überwiegend diese Leistungen in Anspruch genommen wurden (vgl. 2.1).

61-80-jährige Frauen reisen überproportional häufig zur Reha nach Deutschland

Pilotprojekt-Patient/innen sind zu 65 Prozent Frauen und zu 85 Prozent über 60 Jahre alt. Unter 60-jährige und über 80-jährige Patient/innen sind im Pilotprojekt untervertreten, während 61-80-jährige Patient/innen, insbesondere Frauen, überproportional vertreten sind. Dieselben Unterschiede zeigen sich beim Vergleich mit Patient/innen aller Reha–Bereiche in den Schweizer Spitälern.

[15] Schweizerische Arbeitskräfte Erhebung (SAKE 2008), Haushaltsbudgeterhebung (HABE 2007), Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS, SGB 2007), Bevölkerungszahlen der statistischen Ämter der Kantone BS und BL

Abb. 2.3 Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patient/innen sowie der Rehabilitations-Patient/innen der Bereiche Orthopädie und Kardiologie mit Wohnsitz Kanton BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden



Patient/innen aus BL und BS im Pilotprojekt 2007-2009

Reha-Patient/innen aus BL und BS in Schweizer Spitälern, Bereiche Orthopädie und Kardiologie, 2007-2008

Quelle: Routinedaten Pilotprojekt 2007-2009 [ALTER, G_GESCHLECHT] und MedStat BFS 2007/2008

Teilnehmende sind Rentner/innen und besser ausgebildet als gleichaltrige Deutschschweizer

Zwei Drittel der Teilnehmenden des Pilotprojektes haben eine Ausbildung auf dem Niveau Sekundarstufe II (Tabelle 2.3) und 14 Prozent haben nach der obligatorischen Schule keine weitere Ausbildung absolviert. Damit sind die Patient/innen des Pilotprojektes tendenziell etwas besser gebildet als die Altersklasse der 65-74-jährigen Schweizer Bevölkerung. Von diesen hat gegen 30 Prozent nur die obligatorische Schule absolviert (SAKE 2008). Bei der Tertiärausbildung entspricht der Anteil von rund 18 Prozent bei den Patient/innen des Pilotprojektes ungefähr dem schweizerischen Mittelwert der Altersklasse 65-74.

Die grosse Mehrheit der Patient/innen des Pilotprojektes bezieht als Einkommensquelle eine Rente, lediglich 15 Prozent sind noch erwerbstätig (Tabelle 2.3). Dies ist schlüssig, da die Mehrheit der Teilnehmenden im Pilotprojekt wie oben beschrieben im Rentenalter steht (vgl. Abbildung 2.3). Ein direkter Vergleich der Einkommensquelle der Teilnehmenden des Pilotprojektes mit Daten der Schweizer Haushaltsbudgeterhebung (HABE) ist wegen methodischer Unterschiede zwar nicht möglich. Bei der Altersklasse 65plus zeigt die HABE aber doch vergleichbare Tendenzen (Tabelle 2.3).

Tab. 2.3 Ausbildungsniveau und Einkommensquelle der Patient/innen des Pilotprojektes im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung

Parameter	Patientenbefragung[1)]		Vergleichspopulation[2)]	
	N	%	%	%
			Alle AK	AK 65-74
Höchste Ausbildung	285	100	100	100
Obligatorische Schule	40	13.9	11.9	27.6
Sekundarstufe II	178	62.6	54.8	54.1
Tertiärstufe	51	17.9	33.3	18.3
Missing	16	5.6		
			AK 55-64	AK 65 plus
Einkommensquelle	285	100	100	100
Arbeitstätig	43	15.1	73.1	8.8
Rentenbezüger/-in	238	83.6	19.7	77.4
Andere	4	1.3	7.2	13.8

Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009 [PB Q40, Q41]; SAKE 2008; HABE 2007

1) Gewichtet nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt

2) Für Ausbildung: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), Bevölkerung Deutschschweiz; für Einkommensquelle: Haushaltsbudgeterhebung (HABE), Bevölkerung Schweiz. Altersklassen nach vorhandenen Daten von SAKE und HABE

2.2.2 Bezug der Pilotprojekt-Patient/innen zu Deutschland

Es ist anzunehmen, dass Personen, die in der Schweiz wohnen, aber privat oder beruflich einen starken Bezug zu Deutschland haben, eher bereit sind, sich im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln zu lassen als solche ohne persönlichen Bezug zum Nachbarsland.

Deutsche Staatsangehörige sind im Pilotprojekt überproportional vertreten

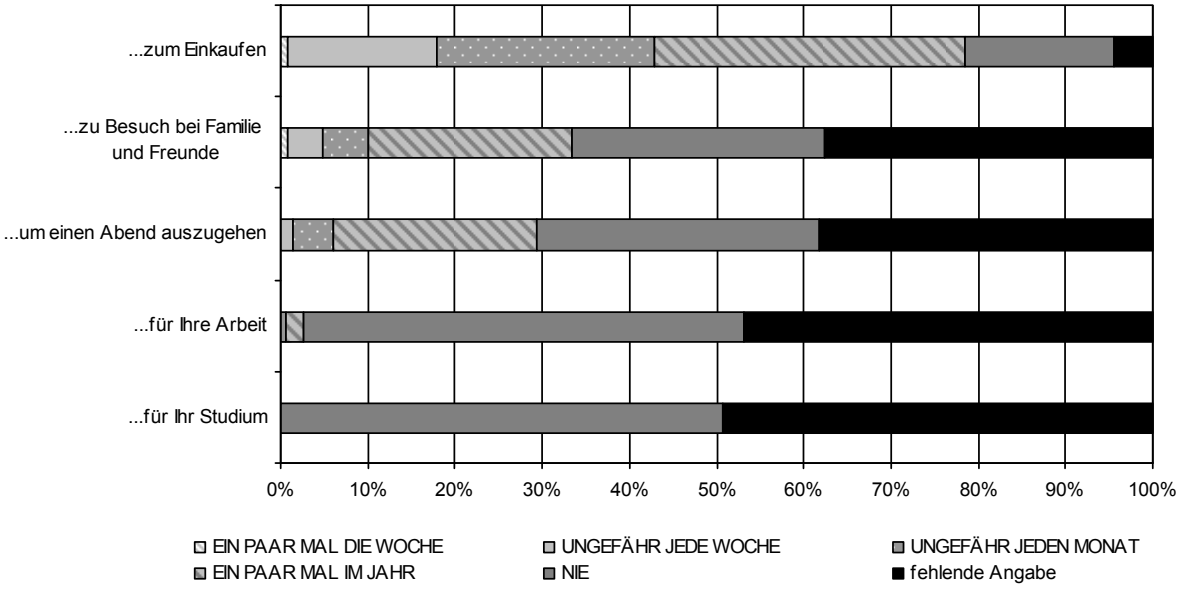
Tatsächlich sind bei den Patient/innen des Pilotprojektes Deutsche Staatsangehörige mit 9.4 Prozent im Vergleich zum Anteil der Deutschen an der Wohnbevölkerung beider Basel (BL: 3.4%, BS: 6.7%) übervertreten (Anhang 5, Tabelle A.5.2.3). Auffallend ist, dass andere Nationalitäten in der Pilotprojekt-Population mit 2 Prozent klar untervertreten sind (BL: 15.7% andere Staatsangehörige, BS: 24.9%). Mögliche sprachliche und kulturelle Hürden, die für manche Ausländer bereits den Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem erschweren, könnten sich im grenzüberschreitenden Kontext wohl noch verstärken.

Teilnehmende des Pilotprojektes gehen nach Deutschland zum Einkaufen, aber nicht zum Arzt

Für über 90 Prozent der Teilnehmenden war die Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes der erste Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem. Lediglich sechs Prozent liessen sich bereits einmal in Deutschland behandeln. Dies steht im Gegensatz zu einem vergleichbaren Pilotprojekt zwischen Holland und Belgien, bei dem rund ein Viertel (23.3%) der Patient/innen bereits vor der Teilnahme am Pilotprojekt aus medizinischen Gründen in Belgien war (Boffin und Baeten 2005). Hingegen gaben 80 Prozent der Patient/innen des schweizerisch/deutschen Pilotprojektes an, zumindest ein paar Mal im Jahr nach Deutschland zu gehen um einzukaufen. 30 Prozent gehen ein paar Mal im Jahr oder häufiger zu Besuch nach Deutschland und ebenfalls 30 Prozent gehen zumindest ein paar Mal im Jahr nach Deutschland in den Ausgang. Für die Arbeit oder das Studium hält sich praktisch keiner der Teilnehmenden des Pilotprojektes regelmässig in Deutschland auf.

Abb. 2.4 Häufigkeit von Tätigkeiten in Deutschland der Patient/innen des Pilotprojektes

Wie oft waren Sie im letzten Jahr für folgende Tätigkeiten in Deutschland:



N=285 (Antworten gewichtet nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)
Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009. Andere Aktivitäten in D [PBQ36]

2.2.3 Projektrelevante Faktoren

Das Pilotprojekt beschränkt sich auf die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP). Es interessiert, ob die Teilnehmenden des Pilotprojektes neben der OKP Zusatzversicherungen bei einer Krankenkasse abgeschlossen haben.

Die meisten Patient/innen des Pilotprojektes haben eine Zusatzversicherung

Knapp ein Viertel der Patient/innen des Pilotprojektes haben nur die obligatorische Krankenversicherung (OKP) abgeschlossen (Anhang 5,Tabelle A.5.2.5). Drei Viertel haben neben der OKP eine Zusatzversicherung, davon 60 Prozent mit Auslanddeckung[16] und 42 Prozent mit halbprivater oder privater Versichertenklasse[17]. Die Auslanddeckung bei Schweizer Krankenversicherern betrifft in der Regel nur Notfälle und beim Zusatz privat oder halbprivat sind meistens nur Behandlungen in den jeweiligen Vertragsspitälern der Krankenversicherer möglich. Aus den Angaben zum Versichertenstatus kann deshalb nicht abgeleitet werden, wie viele Patient/innen des Pilotprojektes sich aufgrund der Zusatzversicherung auch ausserhalb des Pilotprojektes in einer deutschen Reha-Klinik hätten behandeln lassen können. Ein Vergleich mit dem Anteil Zusatzversicherter in der Basler oder Schweizer Gesamtbevölkerung ist nicht möglich, da diese Zahlen von den Krankenversicherern nicht veröffentlicht werden.

60 Prozent der Patient/innen des Pilotprojektes wohnen in der Stadt Basel

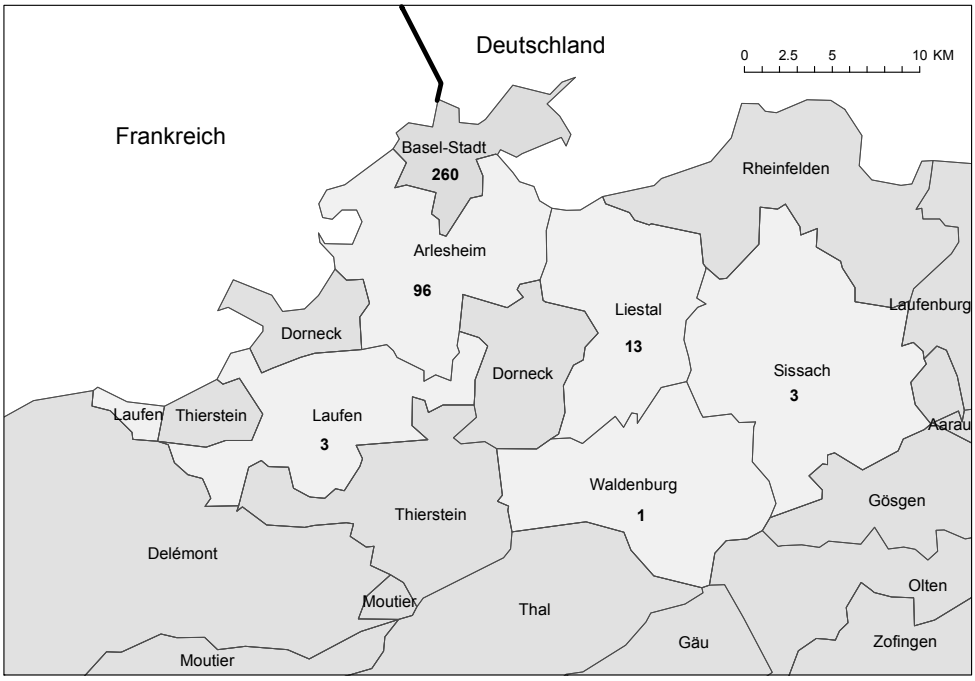
In den drei Projektjahren 2007-2009 wohnten 70 Prozent der Patient/innen des Pilotprojektes im Kanton Basel-Stadt und 30 Prozent im Kanton Basel-Landschaft. Die Mehrheit hatte dabei ihren Wohnsitz in der Stadt Basel (60%), gefolgt von den Gemeinden Riehen (9.3%), Allschwil (5.1%), Binningen (4.5%) und Reinach (3.7%) (Anhang 5, Tabelle A.5.2.6). Somit stammt die Mehrzahl der Patient/innen aus dem Kanton Basel-Stadt oder dem grenznahen Bezirk Arlesheim (Abbildung 2.5)

---

16 30% fehlende Antworten

17 13 % fehlende Antworten

Abb. 2.5 Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes (n=376) auf die Bezirke der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007-2009 [GEMEINDENR]

Patient/innen des Pilotprojektes nehmen zum Teil eine längere Anreise in Kauf

Für 35 Prozent der Patient/innen des Pilotprojektes war gemäss Patientenbefragung die deutsche Klinik weniger als 25 km vom Wohnort entfernt, für knapp 80 Prozent weniger als 50 km (Anhang 5, Tabelle A.5.2.7). Ein Fünftel nahm eine Reise von 50 km oder mehr für die Behandlung in Deutschland auf sich. Falls eine Schweizer Klinik als Alternative zur Diskussion stand, wäre diese in fast der Hälfte der Fälle näher als die deutsche Klinik gewesen, in rund zehn Prozent gleich weit entfernt und in 23 Prozent der Fälle wäre sie weiter entfernt gewesen[18] (Anhang 5, Tabelle A.5.2.7). Mindestens ein Drittel der Patient/innen hat also für die deutsche Klinik eine längere oder gleich lange Anreise als für die Schweizer Alternative in Kauf genommen (siehe auch Kapitel 3).

2.2.4 Gesundheitszustand der Pilotprojekt-Patient/innen

Aus der Patientenbefragung liegen Informationen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes der Teilnehmenden im Pilotprojekt vor. Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB, BFS 2007) lassen einen direkten Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung in den drei relevanten Altersklassen zu.

Teilnehmende haben mehr chronische Gesundheitsprobleme als gleichaltrige CH Bevölkerung

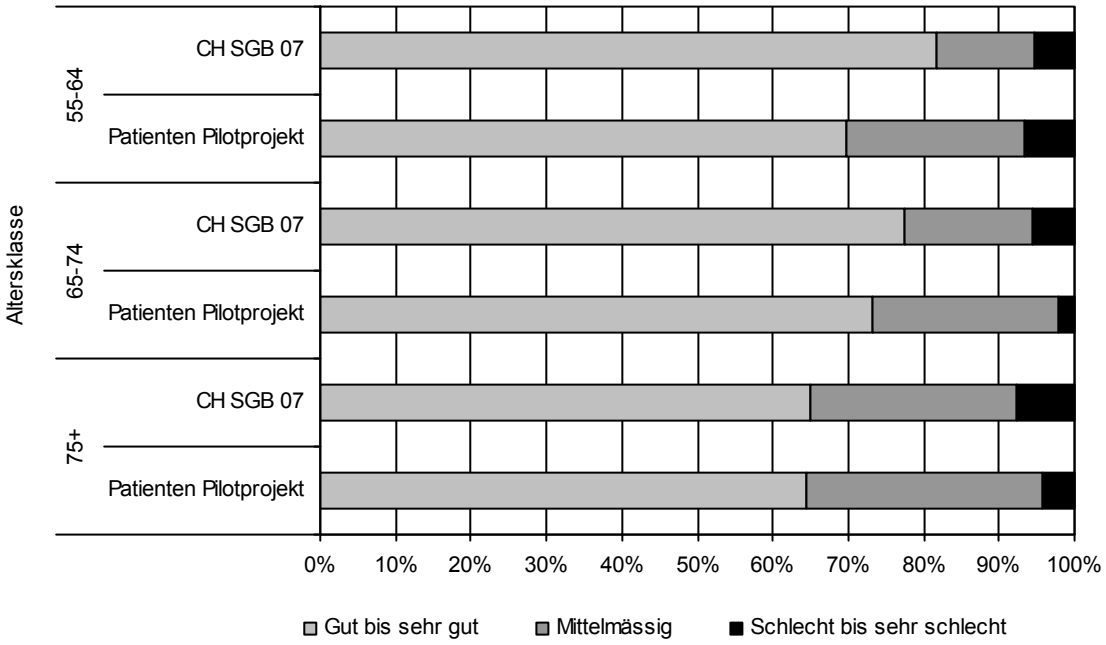
Wie für eine Klinikpopulation zu erwarten war, schätzen Patient/innen des Pilotprojektes ihren allgemeinen Gesundheitszustand etwas häufiger als mittelmässig und etwas weniger häufig als gut bis sehr gut ein als die Schweizer Bevölkerung der entsprechenden Altersklassen (Abbildung 2.6). Die Unterschiede sind deutlicher bei den „jüngeren“, das heisst den 55-74-jährigen, als bei den über 75-jährigen Pilotprojekt-Patient/innen. Bei der Frage nach chronischen Gesundheitsproblemen sowie nach Einschränkungen im Alltag treten deutlichere Unterschiede zwischen den Patient/innen des Pilotprojektes und der Schweizer Bevölkerung zutage. In allen drei Altersklassen geben die Teilnehmenden des Pilotprojektes häufiger an, an einer dauerhaften Krankheit oder einem dauerhaften ge-

[18] 18% fehlende Antworten

sundheitlichen Problem zu leiden. Im Alltag fühlen sich rund 80 Prozent der Patient/innen des Pilotprojektes durch ein gesundheitliches Problem zumindest etwas eingeschränkt, während dies in der Allgemeinbevölkerung nur auf 30 Prozent der 55-74-Jährigen und auf 45 Prozent der über 75–Jährigen zutrifft.

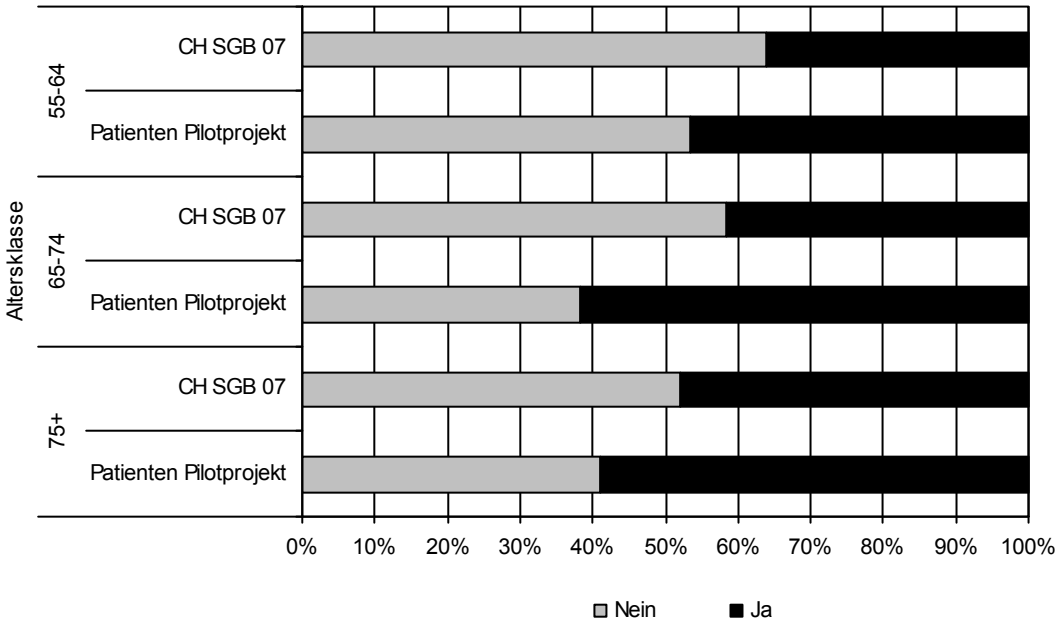
Abb. 2.6 Selbstwahrgenommene Gesundheit, chronische Leiden und Einschränkungen. Vergleich der Pilotprojekt-Patient/innen mit der Schweizer Bevölkerung der entsprechenden Altersklassen

Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?



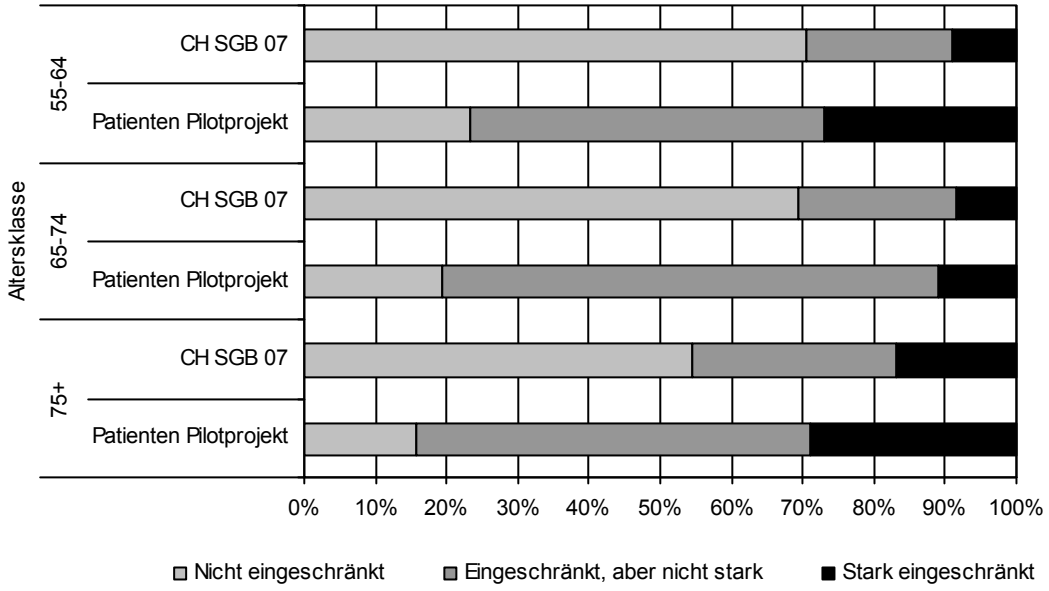
Patientenbefragung Pilotprojek: N=263 (AK 55plus, gewichtete Daten), SGB 2007: N=7'619 (AK 55plus) [PB Q31, MEHM1, Obsan]

Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?



Patientenbefragung Pilotprojekt: N=204 (AK 55plus, gewichtete Daten); SGB: N=7’610 (AK 55plus) [PB Q32, MEHM2, Obsan]

Wie sehr sind Sie durch ein gesundheitliches Problem im Alltag eingeschränkt?



Patientenbefragung Pilotprojekt: N=235 (AK 55plus, gewichtete Daten); SGB: N=7'087 (AK 55plus) [,PB Q33, MEHM3, Obsan]
Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009 und Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007, Standardtabellen. Altersklassen nach Standardtabellen SGB.

Patient/innen des Pilotprojektes haben höhere Gesundheitskosten als übrige Versicherte

Zeigen sich die nach eigenen Angaben der Patient/innen grösseren Gesundheitsprobleme im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung auch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie bei den Kosten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) vor der Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes? Aus Tabelle 2.4 geht hervor, dass Patient/innen des Pilotprojektes in allen Altersklassen im Kalenderjahr vor der Behandlung in Deutschland durchschnittlich höhere OKP-Bruttokosten aufweisen als das Vergleichskollektiv der OKP-Versicherten der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt (alle Versicherten, nicht nur Patient/innen). Dabei fällt auf, dass beim Vergleichskollektiv der OKP–Versicherten die mittleren Brutto-Kosten mit dem Alter deutlich ansteigen, während im Pilotprojekt die 56-65-jährigen Patient/innen leicht höhere Kosten haben als die über 76-jährigen.

Tab. 2.4 Bruttokosten der OKP (CHF), welche Pilotprojekt-Patient/innen im Kalenderjahr vor der PP-Behandlung ausgelöst hatten und Vergleich mit Pro-Kopf Kosten der OKP (CHF) von Versicherten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Altersklasse	Patient/innen Pilotprojekt (2007-2009)		OKP-Versicherte BS und BL (2008)
	N	Mittlere Kosten (CHF)	Mittlere Kosten (CHF)
0-55	27	10'071	1'946
56-65	76	13'804	4'332
66-75	129	13'633	6'472
76+	131	13'061	10'915
Total	363	13'197	3'567

Quelle: Routinedaten Pilotprojekt 2007-2009, Datenpool Santésuisse 2008. Altersklassen gemäss Datenpool

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden war im Kalenderjahr vor der Pilotprojektbehandlung in stationärer Behandlung in einem Schweizer Spital (Tabelle 2.5) In der Vergleichspopulation der Basler Patient/innen, die in einem Schweizer Spital zur Rehabilitation waren, waren 36 Prozent im Kalenderjahr vor der Behandlung in Spitalpflege. In beiden Populationen waren rund zehn Prozent im Vorjahr länger als 30 Tage in stationärer Behandlung. Da die Angaben aus unterschiedlichen Quellen stammen,

sind sie nicht direkt vergleichbar. Trotzdem lassen die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von stationären Leistungen im Kalenderjahr vor der Rehabilitation vermuten, dass Pilotprojekt-Patient/innen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch nehmen als Patient/innen, die sich in der Schweiz behandeln lassen.

Tab. 2.5 Spitaltage im Jahr vor der Pilotprojekt-Behandlung

Anzahl Spitaltage (im Kalenderjahr vor Reha)	**Patient/innen Pilotprojekt** (2007-2009)		**Reha-Patient/innen BS/BL** (2007/2008)	
	N	%	N	%
Missing	11	2.9	-	-
Keine Spitaltage	180	47.9	5'346	63.9
1-30 Spitaltage	143	38.0	2'171	26.0
> 30 Spitaltage	42	11.2	848	10.1
Total	376	100.0	8'365	100.0

Quelle: Routinedaten [Spital_Tage], MedStat 2006-2008

Grenzüberschreitende Behandlungen nicht für alle Patient/innen von Interesse

Für das deutsch-schweizerische Pilotprojekt ist zu schliessen, dass die Inanspruchnahme über die Grenze für gewisse Patientengruppen von grösserem Interesse ist als für andere. Unterschiede zwischen den Patient/innen im Pilotprojekt und den übrigen Rehabilitations-Patient/innen aus Basel-Landschaft und Basel-Stadt weisen darauf hin, dass soziodemografische Merkmale eine Rolle spielen können. Zudem zeigte sich, dass das ausländische Behandlungsumfeld für erwerbstätige Patient/innen weniger geeignet ist, sondern vielmehr Rentner/innen anzieht. Schliesslich ist davon auszugehen, dass das Ausmass der Patientenmobilität ebenfalls von der Art der Krankheit abhängt (Brouwer et al, 2003). Im deutsch-schweizerischen Pilotprojekt zeigten die Patient/innen insbesondere Krankheiten im orthopädischen und kardiologischen Bereich während zu vermuten ist, dass hochbetagte, polymorbide (häufig mit kognitiven Einschränkungen) Patient/innen weniger mobil sind.

2.3 Potential und Mobilitätsrate der grenzüberschreitenden Fälle

Wie bereits erwähnt, konnten am Pilotprojekt nur Versicherte teilnehmen, deren Krankenkasse die Pilotprojektverträge zwischen den schweizerischen Krankenversicherern und deutschen Kliniken sowie den Kantonen Basel-Stadt resp. Basel-Landschaft unterschrieben haben. Wie viele Personen, die zwischen 2007 und 2009 in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wohnten, haben die obligatorische Grundversicherung bei einer am Pilotprojekt beteiligten Krankenversicherung abgeschlossen? Anhand der Risikoausgleichdaten von Santésuisse konnte diese Frage beantwortet werden (Zumbrunn A. Bayer-Oglesby L. & Roth M. 2008, 2009).

70 Prozent der Basler Bevölkerung könnten sich in einer deutschen Klinik behandeln lassen

Nicht ganz 70 Prozent der Bevölkerung beider Basel wären aufgrund Ihrer Kassenzugehörigkeit berechtigt gewesen, im Rahmen des Pilotprojektes eine medizinische Behandlung in Deutschland in Anspruch zu nehmen. In Basel-Stadt war der Anteil mit knapp 90 Prozent Berechtigten über die drei Projektjahre deutlich höher als im Kanton Basel-Landschaft mit rund 53 Prozent.

Bereits im ersten Projektjahr zeichnete sich ab, dass im Rahmen des Pilotprojektes vor allem Rehabilitationen in Anspruch genommen werden, insbesondere orthopädische und kardiologische. Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, bestätigte sich diese Tendenz im weiteren Verlauf des Pilotprojektes. Die Abschätzung des Potentials an Pilotprojektfällen wurde deshalb in einem ersten Schritt für Rehabilitatio-

nen insgesamt vorgenommen und in einem zweiten Schritt auf orthopädische und kardiologische Rehabilitationen eingegrenzt[19].

Mobilitätsrate von fünf Prozent bei Reha-Behandlungen von Patient/innen aus BL und BS

Eine erste Abschätzung[20] für die Zwischenberichte mit Daten von 2006 und 2007 ergab ein maximales Potential von rund 3'000 Rehabilitations-Fällen pro Jahr, die sich im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen könnten (Zumbrunn *et al.* 2008; Zumbrunn *et al.* 2009). Für das Projektjahr 2008 ergibt sich ein ähnlicher Schätzwert (Potential von 2'962 Reha–Fällen). Unter der Annahme, dass das Potential im Jahr 2009 ebenfalls rund 3'000 Fällen beträgt[21], entsprechen die im dritten Projektjahr realisierten 154 Rehabilitationen in Deutschland einer Mobilitätsrate von gut fünf Prozent. Bei den akutstationären und ambulanten Leistungen beträgt die Mobilitätsrate Null Prozent.

Im Kanton BS Mobilitätsrate von 10 Prozent bei orthopädischen und kardiologischen Reha's

Entsprechend der vorwiegenden Inanspruchnahme von Rehabilitationen in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie wurde das Potential an Pilotprojektfällen weiter auf diese beiden Bereiche eingegrenzt. Aus Tabelle 2.6 geht hervor, dass sich im Jahr 2008 von den insgesamt 2'317 orthopädischen und kardiologischen Reha-Fällen in der Basler Gesamtbevölkerung schätzungsweise maximal 1'642 Fälle aufgrund der Kassenzugehörigkeit im Rahmen des Pilotprojektes hätten in Deutschland behandeln lassen können. Diesen stehen 123 im Jahr 2008 im Rahmen des Pilotprojektes realisierte orthopädische und kardiologische Rehabilitationen in Deutschland gegenüber, was einer Mobilitätsrate von 7.5 Prozent entspricht. Mit der provisorischen Schätzung für das letzte Projektjahr (2009) zeichnet sich über die drei Jahre insgesamt eine zunehmende Tendenz ab.

Tab. 2.6 Reha-Fälle der Bereiche Orthopädie und Kardiologie, entsprechendes Potential an Reha-Fällen sowie Mobilitätsrate im Pilotprojekt

		2007[1)]	2008[2)]	2009[3)]
Reha-Fälle Ortho/Kardio Gesamtbevölkerung BL und BS Daten Medstat	**Total**	**1'991**	**2'317**	**-**
	BL	*1'127*	*1'348*	-
	BS	*864*	*969*	-
Potential Reha Ortho/Kardio gewichtet nach Alter und Geschlecht der Berechtigten Versicherten BL und BS	**Total**	***1'429***	***1'642***	***1'800***
	BL	*660*	*779*	*850*
	BS	*769*	*863*	*950*
Realisierte Reha's Ortho/Kardio Teilnehmer Pilotprojekt BL und BS gemäss Routinedaten	**Total**	**83**	**123**	**146**
	BL	*32*	*29*	*51*
	BS	*51*	*94*	*95*
Mobilitätsrate Pilotprojekt Anteil Reha's Pilotprojekt an Potential Reha Ortho/Kardio	**Total**	**5.8%**	**7.5%**	**8.1%**
	BL	*4.8%*	*3.7%*	*6.0%*
	BS	*6.6%*	*10.9%*	*10.0%*

Quelle: Medizinische Statistik BFS 2007, 2008; Risikoausgleichdaten KVG 2007, 2008; Datenerhebung Pilotprojekt 2007-2009

1) Reha-Fälle aus MedStat: wegen Beginn PP am 1.1.2007 nur Fälle mit Eintritt UND Austritt im Jahr 2007

2) Austritt im Jahr 2008

3) Daten 2009 der MedStat zum Zeitpunkt der Berichtlegung noch nicht publiziert. Von 2007 auf 2008 hat das Potential um 15% zugenommen. Das geschätzte Potential 2009 von 1'800 Fällen beruht auf einer eher konservativen Annahme von 10% Zunahme des Potentials von 2008 auf 2009

19 Methodik siehe Anhang 2, Abschnitt 2

20 Anhand der Medizinischen Statistik 2006 und 2007 (Kriterium: stationäre Fälle mit Kostenstelle M950 und mit Krankenversicherung als Hauptkostenträger) sowie der Risikoausgleichdaten 2006 und 2007 von santésuisse

21 Zum Zeitpunkt der Berichtlegung standen die Daten 2009 des Risikoausgleichs (santésuisse) und der Medizinischen Statistik (BFS) noch nicht zur Verfügung

2.4 Einbettung des Pilotprojektes in die gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität in der Region

Neben den Versicherten, welche sich im Rahmen des Pilotprojektes im jeweiligen Nachbarland behandeln liessen, gibt es weitere grenzüberschreitende Patientenmobilität in der Region. Durch Kombination verschiedener Datenquellen[22] konnte im zweiten Zwischenbericht der Evaluation erstmals für die Grenzregion Basel-Lörrach die generelle grenzüberschreitende Patientenmobilität *für das Jahr 2008* abgebildet werden, dies zum Zweck der Einordnung des Kostenvolumens der Pilotprojektfälle in den Rahmen der gesamten regionalen grenzüberschreitenden Patientenmobilität[23]. Das Bild ist allerdings in verschiedener Hinsicht unvollständig (insbesondere bezüglich der Kosten für medizinische Leistungen in Deutschland für Schweizer Zusatzversicherte und für den gesamten deutschen Privatversicherungsbereich[24]) und stellt lediglich eine grobe Annäherung an die tatsächlichen Verhältnisse dar[25]. Trotz dieser Grenzen lassen die Analysen wichtige Schlüsse zu. Diese werden im Folgenden zusammengefasst.

Im Rahmen der Grundversicherung: Patientenfluss von der Schweiz nach Deutschland

Für die Region Basel-Lörrach zeigt sich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, wie zuerst erwartet worden war, eine einseitige Bewegung von deutschen Patient/innen in Richtung Schweiz (Tabelle 2.7). Im Gegenteil, die Gesamtkosten von in Basel Versicherten in Lörracher Kliniken sind deutlich höher als diejenigen von im Landkreis Lörrach Versicherten in Basler Kliniken (geschätzte 3,3 vs. 0,4 Mio. Euro). Geschätzte 60 Prozent der Kosten von in Basel-Stadt oder Basel-Landschaft Versicherten und in Lörrach behandelten Patient/innen gehen dabei zu Lasten der Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Deutschland[26]. Medizinische Leistungen im OKP-Bereich werden von deutschen Grenzgänger/innen offensichtlich sehr viel häufiger in Deutschland konsumiert als in der Schweiz. Es wird allerdings vermutet, dass Grenzgänger/innen häufig Zusatzversicherungen abschliessen, und die darüber vergüteten Behandlungen häufiger in der Schweiz beansprucht werden. Neben Grenzgänger/innen lassen sich Kurzaufenthalter und Personen mit geplanten Behandlungen am häufigsten grenzüberschreitend behandeln (Kategorie „andere“ in Tabelle 2.7)(Bertinato und al. 2005).

Für die betreffende Grenzregion wie auch für das Land Baden-Württemberg insgesamt zeigt sich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das umgekehrte Bild als im generellen Vergleich Schweiz-Ausland, wo medizinische Leistungen sehr viel häufiger für Ausländer/innen in der Schweiz erbracht werden als Leistungen für Schweizer/innen im Ausland (Verhältnis 2:1)((Zumbrunn A. Bayer-Oglesby L. & Roth M. 2009). In der Region Baden-Württemberg waren zwischen 2003 und 2008 die durchschnittlichen Gesamtkosten für medizinische Behandlungen von in der Schweiz versicherten Personen in Deutschland fast doppelt so hoch wie die Gesamtkosten von Versicherten in Baden-Württemberg in der Schweiz (4.7 vs. 2.6 Mio. Euro pro Jahr).

---

22 Diese Schätzungen kamen nur dank der Datenlieferungen und der grossen Unterstützung der Vertreter/innen der projektbeteiligten deutschen Krankenversicherung sowie einiger Schweizer Krankenversicherer zustande.

23 Die hier geschätzten Kosten für medizinische Leistungen beschränken sich auf die gesetzliche Krankenversicherung sowie Zusatzversicherungen. Medizinische Leistungen, welche über andere Versicherungen bezahlt werden wie Unfallversicherung, Invalidenversicherung (Schweiz) oder die Rentenversicherung (Deutschland) waren nicht Gegenstand der Untersuchung.

24 Die am Pilotprojekt teilnehmenden Krankenversicherer sind nicht verpflichtet, Angaben zum Zusatz- und Privatversichertenbereich zu liefern. Im Rahmen dieses Pilotprojektes interessieren aber hauptsächlich die gesetzlich Versicherten (KVG) und allfällige Zusatzversicherungen für grenzüberschreitende Behandlungen.

25 Es mussten sehr unterschiedliche Datenquellen verwendet werden (siehe Fussnoten in Tabelle 2.7), welche nicht alle den gleichen Einschluss- und Ausschlusskriterien folgen (z.B. Einschränkung der Kosten auf Spitalbehandlungen vs. gesamte Kosten). Zudem handelt es sich um Hochrechnungen, deren Annahmen fehlerbehaftet sein können. Die Zahlen können daher nur die grobe Stossrichtung aufzeigen.

26 Die Schätzung basiert auf Zahlen einer projektbeteiligten deutschen Krankenversicherung, welche nach Marktanteil hochgerechnet wurden (Jahr 2008).

Hohe Anteile an deutschen Zusatz- und Privatversicherten in Basler Spitälern

Anders präsentiert sich das – allerdings sehr unvollständige – Bild bei medizinischen Kosten im Nachbarland, welche *über Zusatz- oder (deutsche) Privatversicherungen* abgegolten werden. Für beide ist anzunehmen, dass der Patientenstrom tendenziell in Richtung Schweiz weist. So zeigen sich hohe Anteile an deutschen Patient/innen mit (halb)privater Liegeklasse sowie Selbstzahler in Basler Spitälern. Insgesamt lagen knapp 80 Prozent der behandelten deutschen Patient/innen auf Halbprivat- oder Privatabteilungen (BFS 2009). In diesen Zahlen sind allerdings weitere Finanzierungsträger wie Unfallversicherung miteinbezogen, auch muss die Liegeklasse nicht unbedingt identisch mit der Versichertenklasse sein (Verfügbarkeit der Betten, Selbstzahler etc.).

Die Behandlungskosten von Zusatzversicherten des Landkreises Lörrach in Basler Einrichtungen lassen sich ebenfalls annähern (3,8 Mio. Euro)(Tabelle 2.7). Verglichen mit den über die gesetzliche Krankenversicherung abgegoltenen Leistungen (415'000 Euro) weist diese Hochrechung ebenfalls darauf hin, dass deutlich mehr Leistungen – schätzungsweise neun Mal mehr – in Basler Spitälern für in Lörrach versicherte Personen über Zusatzversicherungen abgegolten werden als über die gesetzliche Krankenversicherung.

Tab. 2.7 Geschätzte Kosten im Jahr 2008 für medizinische Leistungen nach Behandlungs- und Versichertenland, aufgeteilt nach Kostenträger, in Euro

Versichertenstatus		Kosten von in der Schweiz bezogenen Leistungen von im Landkreis Lörrach Versicherten[1)]	Kosten von in Deutschland bezogenen Leistungen von in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft Versicherten
Gesetzliche Krankenversicherung	Grenzgänger/innen (alle Leistungen)	400'000[2)]	2'000'000[4)]
	Andere Personenkategorien (alle Leistungen)	k.A.	1'000'000[5)]
	Versicherte im Pilotprojekt (nur Spitalleistungen)	15'000	260'000[6)]
Zusatzversicherung	Gesetzlich Versicherte mit Zusatzversicherung (alle Leistungen)	3'800'000[3)]	k.A.
Deutsche Privatversicherung		k.A.	N/A
Selbstzahler		k.A.	k.A.

Quelle: Krankenversicherer/Gemeinsame Einrichtung KVG

k.A. keine Angaben; N/A nicht zutreffend

1) Es handelt sich um Grenzgänger/innen mit deutscher Krankenversicherung, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Deutschland sind in der Schätzung nicht eingeschlossen, sie sind aber in den oben genannten Zahlen für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg enthalten.

2) Zahlen der projektbeteiligten deutschen Krankenversicherung, hochgerechnet nach Mobilitätsrate, für das Jahr 2007. Vergleichbar mit 2008

3) Zahlen der Erstkontaktliste der deutschen Seite im Pilotprojekt, Jahr 2008, hochgerechnet mit Mobilitätsrate von 85% (rund 400 Fälle *Durchschnittspreis von 23 bekannten Fällen), zuzüglich Kosten für ambulante Behandlungsfälle in Schweizer Spitälern.

4) Zahlen der deutschen Krankenversicherung, hochgerechnet nach Mobilitätsrate, für das Jahr 2008

5) Heruntergebrochen von Zahlen der deutschen Krankenversicherung für Baden-Württemberg, 2008.

6) Behandlungskosten der Fälle im Pilotprojekt, 2008

Pilotprojekt macht gegen 8 Prozent der OKP-Kosten für Leistungen im Landkreis Lörrach aus

Die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Nachbarlandes ausserhalb des Pilotprojektes übersteigt um ein Vielfaches Behandlungen infolge und auf der Basis des Pilotprojektes: Die Behandlungskosten für in Basel Versicherte, welche im Jahr 2008 im Rahmen des Pilotprojektes im Landkreis Lörrach angefallen sind (260'000 Euro), machen gegen acht Prozent der geschätzten Gesamtkosten für in Basel Versicherte im Landkreis Lörrach aus, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgegolten werden. Diese aktuellen Zahlen zu Kostenflüssen von der Schweiz nach Deutschland geben für das Pilotprojekt einen Hinweis auf das Entwicklungs- und Wachstumspotenzial bezüglich grenzüberschreitender Patientenmobilität - unter gleichbleibenden strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. keine Be-

schränkung des medizinischen Angebotes, kleine Anreize für Überweisungen). Dabei zeigt sich auch, dass deutsche Grenzgänger/innen – wie es für die Region zu erwarten war – eine bedeutende Personenkategorie im Rahmen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der Region darstellen.

Auch wenn es sich nur um Hochrechnungen handelt, kann davon ausgegangen werden, dass bei Addition der Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und Zusatzversicherung sich die Kosten von im Landkreis Lörrach Versicherten in der Schweiz in etwa in der gleichen Grössenordnung bewegen wie die Kosten von in Basel Versicherten in Deutschland (gegen 4 Mio. Euro). Innerhalb des Pilotprojektes zeigt sich hingegen gemessen an den Fallzahlen ein einseitiger Patientenstrom von der Schweiz nach Deutschland.

2.5 Synthese

Wie lässt sich die Nutzung des Angebotes in Deutschland im Rahmen des Pilotprojektes gesamthaft beurteilen? Hinsichtlich der vier Ausgangsfragen (Nutzungsmuster und -verlauf, Charakteristika der Patient/innen, Potential und Mobilitätsrate sowie Einbettung des Pilotprojektes in die gesamte regionale grenzüberschreitende Patientenmobilität) lässt sich folgendes feststellen:

Nutzungsmuster- und verlauf:	→	Die Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes im Spitalbereich nahm von 91 Fällen im Jahr 2007 auf 155 Fälle im Jahr 2009 zu. Dies entspricht einer durchschnittlichen Zunahme von 30 Prozent pro Jahr.
	→	99 Prozent der Fälle betrafen Rehabilitationen, davon 82 Prozent orthopädische und 13 Prozent kardiologische Reha's
	→	Jeweils 90 Prozent der Fälle betrafen lediglich vier (von 22) Krankenversicherer und vier (von 12) deutsche Kliniken
Charakteristika der Patient/innen:	→	Pilotprojekt-Patient/innen sind zu 65 Prozent Frauen und zu 85 Prozent über 60 Jahre alt. Frauen im Alter von 61-80 Jahren reisten überdurchschnittlich häufig zur Reha nach Deutschland
	→	Gemessen am Anteil in der Basler Bevölkerung sind deutsche Staatsangehörige im Pilotprojekt überdurchschnittlich vertreten, andere Ausländer hingegen untervertreten
	→	Pilotprojekt-Patient/innen haben mehr chronische Gesundheitsprobleme und höhere Gesundheitskosten als die gleichaltrige Allgemeinbevölkerung
Potential und Mobilitätsrate:	→	70 Prozent der Basler Bevölkerung waren berechtigt, am Pilotprojekt teilzunehmen
	→	Das Pilotprojekt hat ein (theoretisches) Potential von rund 3'000 Rehabilitationen, davon rund 1'600 in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie
	→	Das Pilotprojekt erreichte im dritten Projektjahr eine Mobilitätsrate von fünf Prozent aller Rehabilitationen und von acht Prozent der orthopädischen und kardiologischen. Im Akutbereich war die Mobilitätsrate gleich Null
Gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität	→	Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geht der Patientenfluss von der Schweiz nach Deutschland, wobei 60 Prozent dieses Patientenflusses (bezogen auf die Kosten) Grenzgänger/innen mit Wohnsitz Deutschland betrafen. Das heisst, dass sich die Patient/innen de facto zum Grossteil im Land ihres Wohnsitzes behandeln liessen
	→	Die Basler Spitäler weisen einen hohen Anteil von Zusatz- und Privatversicherten bei deutschen Patient/innen auf
	→	Das Pilotprojekt hat im OKP-Bereich einen Anteil von schätzungsweise acht Prozent der Kosten von Basler Versicherten für medizinische Leistungen im Landkreis Lörrach erreicht.

3 Umsetzung des Pilotprojektes

Dieses Kapitel dient der Beurteilung der Umsetzung des Pilotprojektes in den Jahren 2007 bis 2009. In Hinsicht auf die kommenden Projektjahre soll aufgrund dieser Erfahrungen aufgezeigt werden, ob aus Sicht der Akteure die Abläufe im Pilotprojekt funktionieren und ob Hindernisse und Schwierigkeiten aufgetreten sind. Zur Beurteilung der Umsetzung wurden alle am Pilotprojekt beteiligten Akteure – Projektleitung, Schweizer Krankenversicherer, deutsche Leistungserbringer, Schweizer Zuweiser, Schweizer Patient/innen – im Verlauf des Pilotprojektes zu verschiedenen Aspekten befragt[27]. In den beiden Zwischenberichten der Evaluation (2008, 2009) wurden die Sichtweisen und Erfahrungen der beteiligten Akteure ausführlich beschrieben. Im vorliegenden Schlussbericht werden unter Beizug aller Datenquellen – erstmals auch der Ergebnisse der Patientenbefragung – die erfolgskritischen Aspekte der Umsetzung des deutsch-schweizerischen Pilotprojektes zusammenfassend dargestellt. Die Evaluationsfragen betreffen drei Bereiche:

1. Information der Patient/innen und Zuweiser über das Projekt
2. Anreize und Entscheidkriterien für Patient/innen
3. Chancen und Risiken des Projektes aus Sicht der Projektpartner
4. Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Pilotprojekt

Die Ergebnisse werden vor dem Hindergrund der Erfahrungen aus Projekten der europäischen Union zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen diskutiert und eingeordnet (Lögd 2006).

3.1 Bekanntheit des Projektes

3.1.1 Informiertheit über das Pilotprojekt

Damit sich im Rahmen des Pilotprojektes Schweizer Patient/innen in deutschen Kliniken behandeln lassen, müssen sowohl Patient/innen als auch zuweisende Spitäler und Ärzt/innen von dem grenzüberschreitenden medizinischen Angebot Kenntnis haben. Wie sieht es damit aus? Von wem wurden sie informiert?

Grossteil der Bevölkerung hat Kenntnis vom Pilotprojekt

In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Jahr 2009 hatten ca. zwei Drittel der Befragten angegeben, die Möglichkeit der Behandlung im grenznahen Ausland zu kennen (BS: 66%, BL: 62%) (Demoscope 2009). Von den befragten Patient/innen wussten hingegen lediglich 44 Prozent schon vor ihrer Behandlung, dass man im Rahmen des Pilotprojektes für eine medizinische Behandlung in eine deutsche Klinik gehen kann. Der Informationsstand zum Pilotprojekt vor der eigentlichen Behandlung scheint damit bei dieser Patientengruppe kleiner zu sein als in der Gesamtbevölkerung[28]. Die breite Kenntnis der Gesamtbevölkerung vom Pilotprojekt ist vergleichbar mit dem Kenntnisstand in einem holländisch-belgischen Pilotprojekt (62%)(Boffin und Baeten 2005).

Unterschiede zwischen der Bevölkerungs- und der Patientenbefragung zeigen sich ebenfalls bei den *Informationskanälen*. Informationen zur Behandlung im grenznahen Ausland hatte die Mehrheit der Bevölkerung über die Medien erhalten (54%). Weitere häufige Informationskanäle waren Bekannte/Verwandte (20%) und die Krankenkasse (17%). Von den Patient/innen gaben hingegen nur rund zehn Prozent die Medien als Informationsquelle an. Wesentlich waren bei der Patientengruppe vielmehr die zuweisenden Instanzen: 42 Prozent der befragten Patient/innen waren von der Fachperson

[27] Aufgrund der personellen und finanziellen Ressourcen wurde mit einer Auswahl von jeder Gruppe Expertengespräche geführt sowie eine Patientenbefragung durchgeführt. Informationen zum methodischen Vorgehen (Leitfaden, Auswahl der Gesprächspartner, Fragebogen) siehe Anhang.

[28] Wie in Kapitel 2 erwähnt, konnte nur ein Teil der Bevölkerung am Projekt teilnehmen (BS: 90%, BL: 53%). Es ist nicht bekannt, wie hoch der Kenntnisstand der Zielbevölkerung zum Pilotprojekt war.

im Schweizer Spital informiert worden und 18 Prozent vom/von der behandelnden Spezialisten/in. Der oder die Hausarzt/-ärztin, welche/r bei Rehabilitationsbehandlungen wohl seltener in die Überweisung involviert ist, wurde lediglich in vier Prozent der Fälle genannt. Familienmitglieder und Freunde wurden in 17 Prozent der Fälle als Informationsquellen angegeben.

Die meisten der befragten Krankenversicherer hatten gemäss ihren Angaben ihre Versicherten über die Möglichkeiten im Pilotprojekt informiert, in erster Linie über Broschüren oder Hinweise in Kundenzeitschriften. Dies steht im Widerspruch zu den Angaben aus der Patientenbefragung, bei welcher lediglich 11 Prozent der Patient/innen erwähnen, Informationen zur Behandlung in Deutschland von ihrer Krankenversicherung erhalten zu haben (Bevölkerungsbefragung: 17%). Die einmaligen Informationen der Krankenversicherer haben die Bevölkerung und Patient/innen offensichtlich nur teilweise erreicht. Es besteht wohl insgesamt ein wiederholter Informationsbedarf. Wegen der oft fehlenden direkten Beteiligung bei Überweisungen kann von Krankenversicherern aber in der Regel keine direkte Beratungsarbeit erwartet werden. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Bevölkerungs- und Patientenbefragung zeigt sich, dass der tiefere Kenntnisstand der Patient/innen zum Pilotprojekt die Teilnahme am Pilotprojekt nicht verhindert hat, sondern dass beim Entscheid zur Behandlung In Deutschland weitere Faktoren eine wichtige Rolle spielen.

Informationsdefizite bei niedergelassenen Ärzt/innen

Im Schweizer Gesundheitssystem spielen zuweisende Ärzt/innen und Spitäler eine zentrale Rolle bei der Steuerung der Patientenströme. Aus den Gesprächen mit einigen Schweizer Akutspitälern in ihrer Rolle als mögliche Zuweiser von Pilotprojektfällen sowie mit Vertreter/innen der niedergelassenen Ärzt/innen ging folgendes hervor (siehe zweiter Zwischenbericht):

- Schweizer Akutspitäler sind grundsätzlich über das Pilotprojekt informiert.
- Informationen zum Pilotprojekt wurden von Schweizer Kliniken nicht oder selektiv (nur über Vertragskliniken) an Patien/innen weitergegeben.
- Die Ärzteschaft beider Basel (niedergelassene Ärzt/innen) ist *nicht* über das Pilotprojekt informiert (Stand 2008).

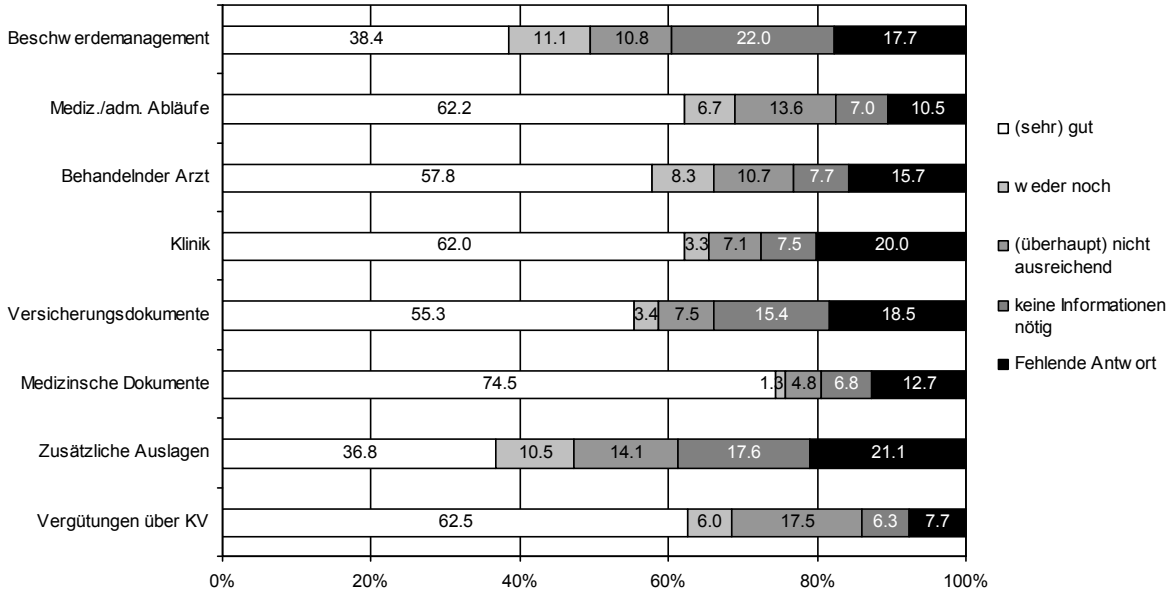
Die Bekanntheit des Pilotprojektes ist grundlegende, aber nicht ausreichende Bedingung für Überweisungen nach Deutschland. Grenzüberschreitende Behandlungen kamen ohne zusätzliche Anreize für Zuweiser nicht zustande. Nur im direkten Kontakt und bei (vertraglich) geregelter Zusammenarbeit überwiesen Schweizer Kliniken Patient/innen an deutsche Kliniken. Dies ist zwischen ambulanten Schweizer Zuweisern und deutschen Kliniken ungleich schwieriger zu erreichen. Es ist daher fraglich, ob mit der besseren Information der niedergelassenen Ärzt/innen über das deutsche Angebot allein auch die Fallzahlen im Pilotprojekt ansteigen würden.

3.1.2 Bedürfnisgerechte Information und Unterstützung bei Entscheid

Waren die erhaltenen Informationen für die Bedürfnisse der Patient/innen ausreichend? Informationen, welche die Klinik betreffen (Informationen zur Klinik oder zum behandelnden Arzt sowie allgemeine Klinikabläufe), wurden von der Mehrheit der befragten Patient/innen als ausreichend bezeichnet (ca. 60%) (Abbildung 3.1). Hingegen war das Beschwerdemanagement in der deutschen Klinik nur 38 Prozent der Patient/innen ausreichend bekannt. Auch über Dokumente, welche für die Behandlung mitzubringen waren (medizinische Dokumente: 75%, Versicherungsdokumente: 55%), sowie die Art und Weise der Kostenvergütung (63%) bestand für die Mehrheit der Patient/innen Klarheit. Am wenigsten bekannt waren Informationen über zusätzliche Auslagen, mit welchen zu rechnen ist (37%). Die Antworten zeigen zudem auf, dass je nach Aspekt zwischen 5 und 18 Prozent der Patient/innen sich unzureichend informiert fühlten. Aus der Literatur ist die für Patient/innen grosse Bedeutung des Zugangs zu Informationen in allen Phasen der medizinischen Behandlung bekannt. Insbesondere vor einer Behandlung im Ausland stehen Fragen über Alternativen bei der medizinischen Behandlung, Patientenrechte,, die Kostenauswirkungen, den administrativen Aufwand und auch Transportangebote an (Lögd 2006). Das Informationsbedürfnis an sich variiert allerdings zwischen den Patient/innen des Pilotprojektes - insgesamt benötigen je nach Aspekt zwischen 6 und 22 Prozent keine Informationen (Abbildung 3.1).

Abb. 3.1 Häufigkeit von ausreichenden Informationen der Patient/innen zum Pilotprojekt

Antworten auf die Frage: „Waren die Informationen, die Sie hatten, bezüglich der folgenden Themen ausreichend?“



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009 [PB Q12, epp9, Obsan]
N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

Wesentlich für den Entscheid zur Behandlung in einer deutschen Klinik kann auch die Bekräftigung durch das soziale Umfeld sein. Am häufigsten nahmen Patient/innen Familie und Freunde (41%) sowie Fachpersonen im Schweizer Spital (38%) und Spezialärzt/innen (26%) als unterstützend wahr. Als weniger unterstützend wurden der Hausarzt (26%) sowie Familie & Freunde (17 Prozent) wahrgenommen (Anhang 5, Abbildung A.5.3.1). Diese Angaben sind wegen vieler fehlender Werte allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Trotzdem lassen sie den Schluss zu, dass diejenigen Personen, welche Informationen geliefert haben - in der Regel Zuweiser und Familie/Bekannte – grundsätzlich auch als unterstützend wahrgenommen wurden. Insgesamt scheint der Entscheid zur Behandlung in Deutschland allerdings kein schwieriger zu sein. So gaben vier von fünf Patient/innen (80%) an, dass ihnen der Entscheid zur Behandlung in Deutschland (sehr) leicht gefallen sei. Nur gerade 6 Prozent bezeichneten den Entscheid als (sehr) schwer.

3.2 Anreize und Entscheidkriterien für Patient/innen

3.2.1 Anreize von Schweizer Krankenversicherungen

Im Pilotprojekt wurde davon ausgegangen, dass finanzielle Anreize Patient/innen zur Teilnahme motivieren können. Darunter fällt der Verzicht auf die Erhebung der Franchise, auf die Kostenbeteiligung oder auch den Selbstbehalt von 10 Prozent. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine *beschränkte Wirksamkeit finanzieller Anreize* hin:

- Als Entscheidkriterien für die Behandlung in einer deutschen Klinik wurden von Patient/innen im Pilotprojekt finanzielle Anreize deutlich seltener als andere Kriterien als (sehr) wichtig eingeschätzt (37%)(Abbildung 3.2).
- Gemäss der befragten Projektpartner könne der Verzicht auf die Erhebung der Franchise z.B. kaum Wirkung entfalten, da diese vor einem Spitaleintritt, insbesondere in eine Rehabilitations-Klinik – in der Regel durch die vorangehende Behandlung in der Schweiz aufgebraucht sei. Dies bestätigt sich

durch die Angaben aus der Patientenbefragung, wo nur 16 Prozent der befragten Patient/innen von finanziellen Anreizen zur Teilnahme am Pilotprojekt berichten.

- Für diese Einschätzung der Expert/innen spricht auch die Alterstruktur der Patient/innen im Pilotprojekt: Wären finanzielle Anreize wirksam gewesen, hätten vor allem junge Personen mit hohen Franchisen das Pilotprojekt für Akutbehandlungen beansprucht, und nicht – wie beobachtet – ältere Personen mit Rehabilitationsbehandlungen (tendenziell tiefe Franchisen)(Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg) 2008).

Als wirksamer wurden von allen Interviewpartnern nicht-finanzielle Anreize genannt. Positive Rückmeldungen der Patient/innen betreffen meist attraktive Komfortleistungen und Transportvergünstigungen durch die deutschen Leistungserbringer. Aber auch sie sind wohl selten der Hauptgrund für eine Behandlung in Deutschland, Qualität und Bekanntheit des Angebotes sind wohl ausschlaggebender. Darauf weisen auch die Erfahrungen aus dem EU-Raum hin, welche die Notwendigkeit von spezifischen Unterstützungsleistungen für die Patient/innen hinsichtlich Transport, Sprachschwierigkeiten und Begleitpersonen betonen (Rosenmöller und al 2006).

3.2.2 Entscheidungskriterien der Patient/innen

Kürzere Wartezeit häufiger genannt als erwartet

Für die Schweiz nimmt man gemeinhin an, dass Patient/innen nur in seltenen Fällen auf ihre Behandlung warten müssen. Dies gilt nach Einschätzung der befragten Vertreter/innen der Krankenversicherer auch für die Region Basel, wodurch die Verkürzung der Wartezeit kein häufiges Argument zur Behandlung in Deutschland sein könne. Bei Rehabilitationsleistungen – insbesondere der Neuro-Rehabilitation – sind lange Wartezeiten laut Aussage der befragten stationären Zuweiser eher bekannt. Lange Wartezeiten im Heimatland sind in mehreren EU-Projekten ein wichtiger Anreiz für grenzüberschreitende Patientenmobilität. Im holländisch-belgischen Pilotprojekt bspw. zeigte sich die verkürzte Wartezeit als stärkstes Argument für die Wahl einer belgischen Klinik (Boffin und Baeten 2005; Glinios und Baeten 2006).

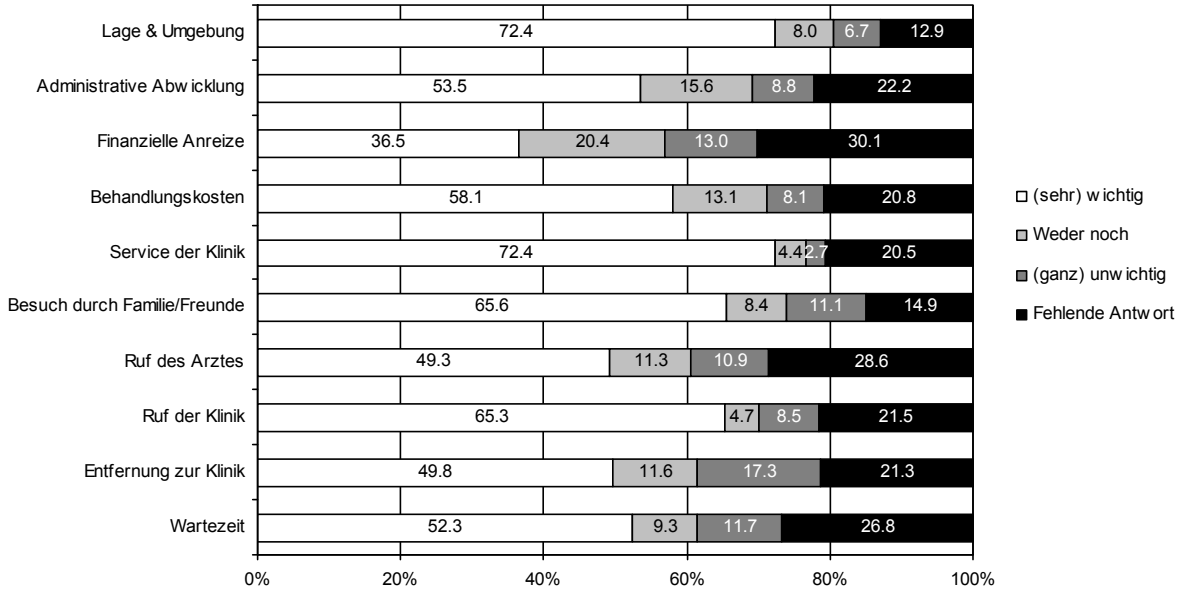
Von den Patient/innen im Pilotprojekt – praktisch ausschliesslich RehabilitationsPatient/innen – berichtete gut ein Viertel (26%) von einer Wartezeit für die Behandlung ihrer Erkrankung in der Schweiz, rund ein Viertel der Patient/innen (24%) wusste darüber nicht Bescheid. Gut die Hälfte der Patient/innen befand die Verkürzung der Wartezeit als wichtig für den Entscheid zur Behandlung in Deutschland(Abbildung 3.2). *Der Verkürzung der Wartezeit kam im Pilotprojekt somit eine grössere Bedeutung zu als erwartet.*

Ruf und Service der Klinik zentral

Klinikspezifische Aspekte wie die Lage und Umgebung (72%), der Service (72%) oder der Ruf der Klinik (65%) wurden am häufigsten als (sehr) wichtig für den Entscheid zur Behandlung in einer deutschen Klinik genannt (Abbildung 3.2). Dies weist auf das Vertrauen der Patient/innen in die Qualität der deutschen Klinik hin. Die Möglichkeit, von Familienmitgliedern und Freunden besucht zu werden, spielte für 66% eine wichtige Rolle. Mit Ausnahme der finanziellen Anreize wurden auch die weiteren Aspekte von der Mehrheit der Patient/innen als wichtig eingestuft.

Abb. 3.2 Wichtigkeit verschiedener Entscheidkriterien für Patient/innen im Pilotprojekt

Antworten auf die Frage „Wie wichtig waren die folgenden Themen bei Ihrer Entscheidung, in eine deutsche Klinik zu gehen?“



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009 [PB Q13, epp10, Obsan]
N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

Wohnortnähe der Behandlung für nur die Hälfte der Patient/innen (sehr) wichtig

Durch das Pilotprojekt sollen medizinische Leistungen möglichst wohnortnah erbracht werden können. Dieses Projektziel wurde insbesondere für Patient/innen aus Deutschland formuliert, welche sich in Basler Kliniken behandeln lassen wollen. Für die Schweizer Projektseite zeigte sich, dass mindestens ein Drittel der Schweizer Patient/innen für die Behandlung in der deutschen Klinik eine längere oder gleich lange Anreise als für die Schweizer Alternative in Kauf genommen hatte (Kapitel 2). Die Distanz zur Klinik war für viele der Patient/innen denn auch nicht ausschlaggebend für die Entscheidung, sich in Deutschland behandeln zu lassen: Die Entfernung zur Klinik wurde nur von rund der Hälfte der Patient/innen als (sehr) wichtiges Entscheidkriterium angegeben (Abbildung 3.2).

Hohe Bereitschaft von Basler Patient/innen zur Behandlung im Ausland

In der Bevölkerungsbefragung (2009) gab lediglich ein Fünftel der Basler an (BL: 19%, BS: 20%), nicht bereit zu sein für eine Behandlung im deutschen Grenzgebiet. Für viele kommt es gemäss ihrer Aussage auf die Umstände an. Diese hohe Bereitschaft muss aber nicht mit einer hohen realen Inanspruchnahme einhergehen: So hatte sich bislang nur ein Bruchteil der befragten Basler Bevölkerung bereits in Deutschland behandeln lassen (BL: 2%, BS: 3%), von den Lörracher/innen waren es 18 Prozent mit erfolgter Behandlung in der Schweiz. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus holländischen Studien, wo viele Holländer/innen grundsätzlich aussagen, die Reise zu einem ferner gelegenen Spital auf sich zu nehmen, um die Wartezeit zu verkürzen, dies dann in der konkreten Behandlungssituation aber selten tun (Brouwer und al. 2003).

3.2.3 Chancen und Risiken des Pilotprojektes aus Sicht der Projektpartner

Nach den ersten Projektjahren zeigt sich, dass nicht alle Projektpartner und Akteure im Pilotprojekt die Grenzöffnung gleichermassen nützlich einschätzen bzw. Interesse daran haben. In Tabelle 3.1 sind die berichteten Chancen und Risiken des Pilotprojektes aus Sicht der Projektpartner dargestellt – für die Vertragsseite zwischen Schweizer Krankenversicherungen und deutschen Kliniken. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um Momentaufnahmen eines Teils der Projektpartner aus den

zwei ersten Projektjahren handelt und sich die Einschätzungen der Akteure im Verlauf des Pilotprojektes verändern können[29].

Tab. 3.1 Chancen und Risiken des Pilotprojektes aus Sicht der Projektpartner

		Deutsche Leistungserbringer	Schweizer Krankenversicherer	Schweizer Zuweiser (niedergelassene Ärzt/innen und Kliniken)
Wahrnehmung des Pilotprojektes	Chancen	Projektvision der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungsregion: Türöffner sowie Testlauf, um Bedürfnis der Bevölkerung zu kennen		
		Angebotserweiterung: Chance für mehr und neuartige Angebote für Patient/innen		
		Erweiterung des Einzugsgebietes, wohnortnahes Angebot	Kostenvorteile, Tarifdruck auf Schweizer Kliniken	grössere Auswahl/spezialisiertes Angebot für Patient/innen
		Ergänzung des medizinischen Angebotes im Nachbarland	Grenzüberschreitende Planung, Synergien nutzen, rigorose Qualitätskontrollen in D	Zusammenarbeit auf universitärer Ebene, hohe Qualitätsstandards für gesamte Region schaffen
	Risiken	Wirtschaftliche Risiken durch Abwanderung von Patient/innen	Mengenausweitung, verschärftes Überangebot	Anpassungsdruck auf strukurelle Unterschiede zwischen den beiden Gesundheitssystemen (Bsp. Belegarztsystem in der Schweiz)
		Kein Ausgleich von abgewanderten Patient/innen durch Patient/innen aus dem Nachbarland		

Quelle: Expertengespräche Pilotprojekt, 2008/9

Die Vision der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungsregion wird von allen Projektpartnern geteilt, alle Befragten haben eine insgesamt positive Haltung gegenüber der Grenzöffnung. Das Projekt wird als Türöffner verstanden, um erste Schritte zur Realisierung der Vision zu unternehmen und Erfahrungen nun auch im gesetzlichen Versichertenbereich mit dem Ausland zu sammeln. Zudem bietet es Patient/innen neue und neuartige medizinische Angebote, welches als positiv für die Patient/innen bewertet wird. Aus der Angebotserweiterung erhoffen sich die Projektpartner zudem wirtschaftliche Vorteile (wie die Erweiterung des Einzugsgebietes für die deutschen Leistungserbringer, siehe Tabelle 3.1). Projektverantwortliche aus der EU schätzen für eine erfolgreiche grenzüberschreitende Zusammenarbeit die Existenz eines erkennbaren und auch gemeinsamen Nutzens der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit hoch ein (Lögd 2006), dieses scheint für die Vertragsseite der Schweizer Patient/innen in deutschen Kliniken gegeben (Vision Versorgungsregion, Angebotserweiterung).

Kein unmittelbarer Nutzen für ambulante Zuweiser

Dieser gemeinsame Nutzen wird von niedergelassenen Ärzt/innen als Zuweiser in geringerem Masse wahrgenommen. Sie haben vom Pilotprojekt keinen unmittelbaren Vorteil. Im Pilotprojekt kommt ihnen einzig die Rolle als Zuweiser in deutsche Spitäler zu, wozu sie kaum einen Anreiz sehen. Sie sehen den Nutzen indirekt vor allem über die grössere Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten für ihre Patient/innen. Dies wirkt sich wahrscheinlich negativ auf die Zahl der in Deutschland behandelten Patient/innen aus, hängt diese doch in entscheidendem Ausmass von der Überweisungstätigkeit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte ab. Ein grosses Hindernis für Überweisungen von Schweizer Patient/innen nach Deutschland wird von der Mehrzahl der befragten Akteure im – häufigen – Schweizer Belegarztsystem im Akutbereich gesehen. Privat- und HalbprivatPatient/innen werden so vorzugsweise selber operiert. Zudem spurt der Belegarzt in der befragten Belegarztklinik die Rehabilitations-Überweisung selber vor – häufig zu einer bevorzugten Klinik, während in den übrigen Akutkliniken der Sozialdienst die Patient/innen aktiv über die Möglichkeiten in deutschen Kliniken informiert.

Wirtschaftliche Risiken für Leistungserbringer

Einig sind sich alle Akteure darin, dass von der grenzüberschreitenden deutsch-schweizerischen Gesundheitsversorgungsregion nicht alle gleichermassen profitieren können. *Die grössten (wirtschaftli-*

[29] Die Schweizer Rehabilitationskliniken wurden nicht befragt. Methodische Aspekte zu den Expertengesprächen (inkl. Leitfaden) finden sich im Anhang.

chen) Risiken bei einer Systembereinigung sehen die Akteure für die Schweizer Rehabilitationseinrichtungen und die deutschen Akutkliniken (siehe Tabelle 3.1). Mit der Konkurrenz ausländischer Anbieter kommt neben weiteren Faktoren wie Finanzierungsengpässen und Überkapazitäten ein weiterer Wettbewerb intensivierender Faktor hinzu (Nebling 2006). Vor diesem Hintergrund ist die grundsätzlich positive Haltung der deutschen Akutspitäler gegenüber dem Projekt nicht selbstverständlich. Sie ist wohl in erster Linie auf die positiven Erfahrungen der Systembereinigung auf deutscher Seite zurückzuführen, den sogenannten „Lörracher Weg", welcher ohne Schliessung einer einzigen Klinik, sondern mit medizinischer Schwerpunktsetzung der einzelnen Kliniken stattfand (Simoes et al. 2007). Bedrohung durch grenzüberschreitende Versorgungswege werden generell dann empfunden, wenn sich mittelfristig die grenzüberschreitende Nachfrage durch Inländer im Ausland nicht durch grenzüberschreitende Nachfrage von Ausländern im Inland kompensiert (Bertelsmann Stiftung 2003). Da sich die im Pilotprojekt angebotenen Leistungen für Schweizer (tendenziell Grundversorgung) und deutsche Patient/innen (tendenziell Spitzen- und Palliativmedizin) unterscheiden, ist für den einzelnen Leistungserbringer kein Ausgleich abgewanderter Patient/innen durch Patient/innen aus dem Nachbarland zu erwarten. Dies wird sich evtl. in den kommenden Projektjahren ändern, da eine zweite Projektetappe vorgesehen ist ohne einschränkenden Leistungskatalog.

3.3 Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern

3.3.1 Administrative und medizinische Abläufe über die Grenze

Die Erfahrungen aus den ersten Projektjahren mit den administrativen und medizinischen Abläufen sind durchwegs positiv, alle Gesprächspartner/innen sind sich darüber einig.

- *Dort, wo es zur Patientenmobilität kam, wurde die Kommunikation und Zusammenarbeit als insgesamt sehr gut bezeichnet.* Die Abläufe an den Schnittstellen zwischen Schweizer Akutspital, deutscher Rehabilitations-Klinik und ambulanter Nachbetreuung in der Schweiz haben laut befragten Krankenversicherern und deutschen Kliniken gut funktioniert: die nötigen Informationen lagen vor, die Verschreibung von Medikamenten war unproblematisch, und der Zahlungsverkehr ist gut gelöst. Auch bei Komplikationen, welche eine Rücküberweisung in eine Schweizer Akut-Klinik nötig machten, funktionierte die Schnittstelle. In Projekten aus dem EU-Raum hatte sich gezeigt, dass es in den meisten medizinischen Fällen Informationsaustausch und Kommunikation zwischen dem betreuenden Leistungserbringer im Heimatland (Hausarzt, Spital) und demjenigen im Ausland bedarf. Das heisst, dass z.B. medizinische Akten im jeweils anderen Land zugänglich und verständlich sein müssen oder verschriebene Medikamente erhältlich sein sollten (Lögd 2006). Für das deutsch-schweizerische Pilotprojekt scheint dies gegeben.
- *Die Rückmeldungen der Patient/innen weisen in dieselbe Richtung.* Die Überweisung durch die Schweizer Zuweiser geschah für die grosse Mehrheit der Patient/innen (eher) reibungslos (79%). Ebenso der Erhalt der Zustimmung durch die Krankenversicherung (78%), einzig eine Minderheit von 7 Prozent empfand diesen Prozess als (sehr) mühsam. Insgesamt verlief die Organisation des Zugangs zur Behandlung in Deutschland für 95 Prozent der Patient/innen (sehr) einfach. Keine Angaben liegen allerdings zu jenen Fällen vor, bei welchen es nicht zu einer Behandlung in Deutschland kam. 39 Prozent der befragten Patient/innen hatten nach der Entlassung aus der deutschen Klinik Medikamente in der Schweiz bezogen. Der Bezug der verschriebenen Medikamente innerhalb angemessener Zeit stellte zur grossen Mehrheit kein Problem dar. Dasselbe gilt für den Bezug von verordneten Hilfsmitteln durch die deutsche Klinik. Dies kam allerdings sehr viel seltener vor (15%). Aus Sicht der Patientensicherheit zeigten sich damit keine Schwierigkeiten im grenzüberschreitenden Kontext (siehe auch Kap. 4).
- Die deutschen Kliniken und Schweizer Krankenversicherer - die gegenseitigen Vertragspartner - schätzen sich gegenseitig als mehrheitlich positiv und unterstützend gegenüber dem Projekt ein, obgleich beide Seiten Werbungs- und Informationstätigkeiten noch steigern könnten. Von Seite der deutschen Leistungserbringer wurde einzig der Vorwurf laut, dass Schweizer Krankenkassen im Zuge der Vertragsverhandlungen ihre Rolle bei der Steuerung der Patientenströme übertrieben hätten, so dass deutsche Leistungserbringer von Fehleinschätzungen im Sinne von gleichen Voraussetzungen wie in Deutschland ausgegangen waren (aktive, steuernde Krankenversicherungen).

3.3.2 Vertrauen in Qualität der Leistungserbringer des Nachbarlandes

Für das deutsch-schweizerische Pilotprojekt zeigte sich, dass gemäss den befragten Akteuren Schweizer Ärzt/innen zu Überweisungen nach Deutschland erst überzeugt werden müssen. Patient/innen wiederum gingen nicht entgegen der Meinung ihres Schweizer Arztes, ihrer Schweizer Ärztin nach Deutschland. Schweizer Zuweiser äusserten Befürchtungen hinsichtlich der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Arbeitsbedingungen in den Akuthäusern (Imageproblem, schlechte Presse in Bezug auf Abbau von Leistungen aus Kostengründen, schlechterer Pflegeschlüssel). Bei der Rehabilitationsmedizin sind sich die Schweizer Spitäler und Schweizer Krankenversicherer hingegen über die gute Qualität einig (lange Tradition, spezialisierte Rehabilitationen, attraktive Infrastruktur, Nähe zur Schweiz). Ein Schweizer Spital hat gezielt die deutschen Kliniken hinsichtlich Qualität evaluiert und erst anschliessend Verträge abgeschlossen. Wie auch Erfahrungen aus dem EU-Kontext zeigen, bedarf es für das Entstehen von Patientenmobilität Vertrauen in die Qualität und die Standards der medizinischen Behandlung der Leistungserbringer im Nachbarland.

Die beschriebenen positiven Erfahrungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit betrafen einige wenige Schweizer Zuweiser (Spitäler) und einige wenige behandelnde deutschen Rehabilitationskliniken. Es stellte sich heraus, dass diese zum Teil Partner von bereits vor dem Pilotprojekt gut funktionierenden medizinischen Kooperationen sind. Im Gesamtkontext wurde aber die Befürchtung geäussert, dass deutsche Rehabilitationshäuser über Schweizer Angebote im Bereich der Nachbetreuung (Spitex, Betreuung zu Hause etc.) evtl. nicht ausreichend informiert seien und so keine optimale Unterstützung für die Rückkehr in den Alltag bieten können. Diese Befürchtungen sind wohl ebenfalls Ausdruck des fehlenden Vertrauens und fehlender persönlicher Kontakte zwischen den meisten Akteuren an der Schnittstelle von Rehabilitation und ambulanter Nachbetreuung.

3.3.3 Projektorganisation und -struktur

Wie schätzen die Projektpartner Organisation und Struktur des Pilotprojektes zur erfolgreichen Umsetzung ein? Die Rolle und Aktivitäten der Projektleitung werden im Hinblick auf die erfolgreiche Umsetzung des Pilotprojektes verschieden bewertet. Waren die befragten Schweizer Krankenversicherer mit dem Engagement und den Aktivitäten grundsätzlich zufrieden – mit Ausnahme der noch nicht optimalen Information der Schweizer Zuweiser, – merkten die Hälfte der befragten Schweizer Leistungserbringer die mangelnde Präsenz bzw. den Wunsch nach einer aktiveren Unterstützung bei der Umsetzung des Pilotprojektes an (siehe auch den 2. Zwischenbericht). Zudem fehlte ihnen der institutionalisierte Austausch zwischen Schweizer Ärzteschaft und den übrigen Akteuren. Dies spricht die Vernetzung und den individuellen Austausch zwischen Projektleitung und einzelnen Leistungserbringern an, welcher offenbar in einigen Punkten (noch) nicht zur Zufriedenheit aller Akteure abläuft. Auf deutscher wie auch Schweizer Seite zeigte sich im Verlauf des deutsch-schweizerischen Pilotprojektes ein grosses regionales/nationales politisches Interesse und hohes Engagement für das Pilotprojekt, welches sich bspw. in der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen und dem erfolgreichen Finden von Projektpartnern zeigte. Fehlendes politisches Interesse hatte sich in anderen EU-Projekten oftmals als behindernder Faktor für grenzüberschreitende Zusammenarbeit erwiesen (Lögd 2006).

Fehlende Einbindung der Zuweiser

Von der Basler Ärzteschaft wird im Rahmen des Pilotprojektes die Überweisung von Schweizer Patient/innen nach Deutschland erwartet. Dies geschieht bislang unzureichend, darin sind sich alle Befragten einig. Da niedergelassene Ärzt/innen und viele Basler Kliniken aber keine Vertragspartner sind, können Überweisungen auch nicht eingefordert werden. Schweizer Krankenversicherer sprechen von einer Zurückhaltung und fehlender Information der Patient/innen durch die Basler Ärzteschaft, die befragten stationären und ambulanten Zuweiser (Kliniken und niedergelassene Ärzt/innen) beschreiben die Haltung der Ärzt/innen als mangelndes Interesse, kein Bedarf, Skepsis sowie Angst vor Verlust. Direkter Widerstand wurde nicht wahrgenommen. Die Zusammenarbeit mit den vertraglich eingebundenen Schweizer Kliniken wird im Gegensatz - wie oben erwähnt – als gut eingeschätzt. Den zuweisenden Leistungserbringern kam ebenfalls in den EU-Projekten die entscheidende Rolle zu beim Steuern und Begleiten der Patient/innen durch die medizinische Behandlung im Nachbarland. Es zeigte sich, dass Zuweiser aktiv und positiv in das Projekt miteinbezogen werden müssen. Es bestand die Gefahr der Behinderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, wenn sich die Zuweisenden ungenügend involviert sahen (Glinos und al 2005).

Transparente Vertragsbedingungen

Im Rahmen des Pilotprojektes konnten auf der Projektseite zwischen Schweizer Krankenversicherern und deutschen Leistungserbringern transparente Vertragsbedingungen realisiert werden. Die Tarife für die zugelassenen medizinischen Behandlungen wurden im Leistungskatalog fixiert, wodurch Klarheit über die im Rahmen des Pilotprojektes angebotenen medizinischen Leistungen erreicht wurde und die Konkurrenz um vorteilhaftere Vertragsbedingungen zwischen den teilnehmenden Krankenversicherern ausgeschaltet wurde. Dies gilt nicht für die deutsche Projektseite, bei welcher auf Basis von Einzelverträgen zwischen deutschen Krankenversicherer und Schweizer Leistungserbringern die medizinischen Leistungen ausgehandelt wurden, mit der Konsequenz von intransparenten Vertragsbeziehungen und einem fehlenden Überblick. In den Fallstudien der EU hatte sich der Bedarf nach Transparenz bei den über die Grenze ausgehandelten Tarifen und der Qualitätssicherung gezeigt (Lögd 2006).

Anregungen der Gesprächspartner für zukünftige Vertragsbedingungen betrafen in erster Linie die Anpassung der Pauschalen an die Teuerung bzw. an deutsche Sozialversicherungs-Tarife sowie die Ausweitung des Leistungskataloges und der Leistungserbringer (ambulanter Bereich). Dies wurde für die zweite Projektetappe (2010 bis 2014) teilweise aufgenommen (siehe Kapitel 6).

3.4 Synthese

Wie lässt sich die Umsetzung des Pilotprojektes gesamthaft beurteilen? Hinsichtlich der vier Ausgangsfragen lässt sich folgendes feststellen:

Bekanntheit, Informationswege	→	Das Pilotprojekt an sich ist gut der Hälfte der Basler Bevölkerung bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes in Deutschland ist hoch (80 Prozent). Es ist aber nicht anzunehmen, dass sich die hohe Bereitschaft gleichermassen auf die spätere Inanspruchnahme übertragen lässt.
	→	In der konkreten Behandlungs- und Überweisungssituation sind Detailinformationen zum Pilotprojekt den zuweisenden Instanzen häufig nicht bekannt oder werden nicht weitergegeben. Patient/innen des Pilotprojektes wurden insbesondere von den zuweisenden Instanzen informiert, seltener von Krankenversicherern oder von Medien.
Anreize, Entscheidkriterien für Patient/innen	→	Die Verkürzung der Wartezeit erwies sich für Rehabilitations-Patient/innen häufiger als erwartet als Motiv zur Behandlung in Deutschland. Finanzielle Anreize hingegen erwiesen sich als wenig wirksam.
	→	Die Wohnortsnähe war nur für die Hälfte der Patient/innen im Pilotprojekt wichtig für den Entscheid zur medizinischen Behandlung in Deutschland.
Chancen und Risiken der Projektpartner	→	Die Vision der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungsregion wird grundsätzlich von allen Projektpartnern geteilt.
	→	Für die zuweisenden Schweizer Instanzen bestehen wenig Anreize für eine positive und aktive Teilnahme am Pilotprojekt. Zum Teil bestehen Interessenskonflikte (Bsp. Belegarztsystem). Zudem sind zuweisende Instanzen nicht in die Projektstruktur eingebunden.
Ausgestaltung der Zusammenarbeit	→	Die Zusammenarbeit und Kommunikation über die Grenze verlief im konkreten Fall zur Zufriedenheit der Projektpartner und Patient/innen. Es zeigen sich keine Hinweise auf administrative Hürden zur Projektteilnahme. Dazu beigetragen haben sicherlich bisherige Erfahrungen der Partner mit grenzüberschreitender Zusammenarbeit (z.B. im Zusatz- und Privatversicherungsbereich) und auch die Ähnlichkeit der Länder (gemeinsame Sprache, ähnliche Systemstruktur etc.).
	→	Dank der (sehr) gut funktionierenden Abläufe im Pilotprojekt finden sich bislang keine Hinweise, welche zur Sorge um die Patientensicherheit im grenzüberschreitenden Kontext Anlass bieten.

4 Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit[30]

In Europa haben seit den 1990er Jahren zunehmend gesetzliche Regelungen zur Verpflichtung medizinischer Berufe oder Kliniken auf Versorgungsqualität Verbreitung gefunden (z. B. Großbritannien 1990, Frankreich 1991, Schweden 1993, Niederlande 1993 und Norwegen 1994). Staatliche Garantien sollen festlegen, was der Patient vom Gesundheitssystem erwarten kann („accountability“, (Øvretveit J. 1997)). Dabei ist die Widerspiegelung der Qualität der Versorgung - auch an den Verbraucher – nur eine Zielsetzung. Hoffnungen zur Qualitätsverbesserung und Kostenkontrolle gleichermaßen knüpfen sich an Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements als Tool von Managed Care. Experimente mit Marktstrukturen, mit Elementen der geführten Versorgung („Managed Care“) und ein wachsendes Interesse an Integrierten Versorgungsformen folgten aufeinander (Woods KJ 2001).

Internes und externes Qualitätsmanagement haben im Rahmen dieser Entwicklung verbreitet Eingang in die medizinische Versorgung gefunden. Ihr Einsatz gilt weithin als Gewähr für gute und sich kontinuierlich verbessernde Versorgungsleistungen. Allerdings sind die damit verbundenen Wertungen nicht unabhängig vom jeweiligen Qualitätsbegriff, der durchaus länderspezifischen Charakter haben kann. Die in der Definition von Qualität „vorgegebenen Kriterien" leiten sich für das Gesundheitswesen aus dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und gesellschaftlichen Forderungen ab. Sie sind letztlich "Ergebnis eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses und damit im Kern nicht nur eine fachlich-medizinische, sondern eine politische Entscheidung“ (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 1996). Qualität als einen politischen Begriff wahrzunehmen und diese Eigenschaft bei der Bewertung und Diskussion von Qualitätsfragen in Rechnung zu stellen, gilt es daher im grenzüberschreitenden Kontext besonders zu beachten.

Gemäß der politischen Vereinbarung wird in der Evaluation des Pilotprojektes davon ausgegangen, dass in beiden am Vertrag beteiligten Ländern eine hochwertige medizinische Versorgung erfolgt, basierend auf landesspezifischen Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -förderung. Ein Systemvergleich ist daher nicht Gegenstand der Evaluation. Im Fokus stehen vielmehr folgende Evaluationsfragen:

1. Kennen die am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement?

2. Sind Patient/innen mit den im Ausland erbrachten Leistungen zufrieden?

Im Evaluationskonzept war ursprünglich die Beantwortung der Frage vorgesehen, ob und ggfs. wo es im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu einer Häufung von schweren Komplikationen kommt und ob (und ggfs. wie) diese durch die grenzüberschreitende Versorgung bedingt sind (siehe Tabelle 1.2). Dies konnte aus verschiedenen Gründen (Probleme bei der Datenerhebung, Wechsel im Evaluationsteam) nicht realisiert werden (siehe auch Abschnitt 4.3).

4.1 Qualitätsmanagement in den beteiligten Spitälern

Zur Beantwortung der Forschungsfrage: „Kennen die am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement?“ wurde eine Sachstandserhebung zu den Qualitätsmanagement-Systemen der am Projekt beteiligten Einrichtungen in das Evaluationskonzept aufgenommen. Die strukturierte Erhebung sollte darüber Auskunft geben, inwieweit die am Projekt beteiligten Einrichtungen an Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung teilnehmen und ob in allen am Projekt beteiligten Einrichtungen ein internes Qualitätsmanagement und insbesondere ein Risiko-/Fehlermanagement etabliert sind. Da die Ergebnisse der Sachstandserhebung bereits detailliert im zweiten Zwischenbericht dargestellt wurden, beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die wesentlichen Schlussfolgerungen. Im Anhang 6 des Schlussberichtes finden sich zudem Angaben zur

[30] Gekürzte Fassung des Kapitels 8 im Abschlussbericht des KCQ (Evaluation deutsche Projektseite)

Erhebung und Auswertung sowie Ergebnistabellen. In der Summe ergibt sich folgendes Bild zum Qualitätsmanagement in den beteiligten Spitälern:

- Der hohe Rücklauf aus beiden beteiligten Ländern (90% der deutschen und 71% der Schweizer Einrichtungen) zeigt das Interesse der Beteiligten und den Willen, Qualitätstransparenz für die Projektpartner zuzulassen, sowie auf- und auszubauen.
- Mobilität erfordert Vertrauen. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und Maßnahmen des Qualitätsmanagements dienen in erster Linie der Vertrauensbildung. In beiden Ländern haben fast alle im Projekt beteiligten Einrichtungen Anstrengungen zur Qualitätssicherung und ein medizinisches Qualitätsmanagement vorzuweisen.
- Der Blick auf die einzelnen Instrumente des medizinischen Qualitätsmanagements zeigt, dass sie überwiegend in beiden Ländern in vergleichbarem Maß zum Einsatz kommen.
- Anhalt dafür, dass in einem der Partnerländer keine oder nicht ausreichende Anstrengungen zum Aufbau eines medizinischen Qualitätsmanagements geleistet würden, ergibt sich aus den Selbstauskünften nicht.
- Speziell bezüglich des komplexen Gebiets der Patientensicherheit sind in der überwiegenden Mehrzahl der berichtenden Einrichtungen Qualitätsanstrengungen zu verzeichnen. Ein Vergleich mit Schweizer Daten aus 2001 verdeutlicht dies: Rund 40 Prozent aller Schweizer Institutionen erfassten 2001 zumindest in Teilbereichen unbeabsichtigte Zwischenfälle. Ebenfalls rund 40 Prozent verwendeten strukturierte Verfahren, um die Qualität der Medikamentenversorgung zu evaluieren[31]. Zum Zeitpunkt der damaligen Erhebung verfügte ein Viertel der Einrichtungen nicht über ein schriftliches Hygienekonzept. Rund ein Fünftel der Einrichtungen, darunter auch Akutkliniken, waren der Ansicht, dass sie mit der Situation von nosokomialen Infektionen nicht konfrontiert werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie viel Entwicklung im Bereich der Qualitätssicherung stattgefunden hat und dass beide projektbeteiligten Länder sich aktuell mit hohem Engagement in der Qualitätssicherung und –förderung beteiligen (2008: Hygieneplan 100%, Arzneimittelkommission 9%, Meldesystem für Infektionen 74% der antwortenden Einrichtungen).
- Der Blick auf Maßnahmen der externen Qualitätssicherung spiegelt die in den beiden Ländern unterschiedlich ausgeprägte externe Verpflichtung wieder. Die deutschen Projektpartner können alle in Deutschland obligaten Aktivitäten nachweisen. Auf Schweizer Seite werden - gemäß den Schweizer Rahmenbedingungen - freiwillige Anstrengungen im Sinne einer extern vergleichenden Qualitätssicherung vereinzelt geltend gemacht.
- Der Nutzen durch das Pilotprojekt zeichnet sich auch hierin ab: für den in den vergangenen zwei Projektjahren gesuchte Weg zu einer grenzüberschreitend einheitlichen Qualitätsdarlegung – nicht nur ein Problem im deutsch-schweizerischen Kontext – eröffnen sich richtungsweisende Optionen. Die Erhebung und ihre Ergebnisse zeigen, dass auch länderübergreifend Vergleiche auf der Basis des EFQM-Modells[32] möglich sind und eine grenzüberschreitende Einschätzung zulassen, noch ehe der Prozess einer einheitlichen europaweiten indikatorenbasierten Qualitätsabbildung abgeschlossen ist. Voraussetzung ist, dass die Länder über ein vergleichbares Rahmenverständnis von Qualitätssicherung und -förderung verfügen, wie es eingangs dargelegt wurde.
- Aufgrund der europaweiten Anstrengungen für Qualitätsdarlegungen über ein Europaeinheitliches Indikatorensystem – z. B. Patient safety indicators - seit 2006 auch von der Schweiz erhoben - kann in die Zukunft hinein möglicherweise ein neuer Weg zur vereinheitlichten und damit grenzüberschreitend vergleichbaren indikatorenbasierten Qualitätsdarlegung gefunden werden, die im weiteren Verlauf des Pilotprojekts zum Einsatz kommen kann.

Die Erhebung verdeutlicht, dass Qualitätssicherung und –management ein Gebiet darstellen, das in den Einrichtungen zunehmend Zuwendung erfährt. Die Existenz einer schriftlichen Qualitätspolitik ist allerdings keine Garantie für tatsächlich unternommene Qualitätsanstrengungen in einer Institution. Der Erhebung liegen Selbstauskünfte zugrunde. Ein Überprüfungsverfahren, auch nur stichprobenweise, war nicht vorgesehen. Die Darlegung erforderte aber in jedem Fall die kritische Reflexion mit

---

[31] Qualitätsbericht 2001, erstellt im Auftrag der Gemeinsamen Kommission für die Umsetzung des Rahmenvertrags betreffend Qualitätssicherung zwischen H+ und santésuisse, KIQ 2003

[32] Die Sachstandserhebung orientiert sich wesentlich an diesem Modell, siehe Anhang 6 und http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/247.htm.

den eigenen Aktivitäten, die angesichts fast ausnahmslos sehr sorgfältig und detailliert ausgefüllter Erhebungsbogen in Rechnung zu stellen ist.

Bezogen auf die Anliegen des Pilotprojekts ergibt sich neben der vertrauensbildenden Aussage in beide projektbeteiligte Länder hinein, dass alle projektbeteiligten Einrichtungen, die zur Auskunft bereit waren, intensive Anstrengungen zur Gewährleistung von Patientensicherheit und zur Kommunikationskultur unternehmen. Wenngleich hier nur marginal beleuchtet, zeichnet sich jedoch für den Bereich der ***grenzüberschreitenden*** Kommunikationskultur Verbesserungspotential ab.

Besondere Beachtung verdient - mit Blick auf Überlegungen in Richtung auf grenzüberschreitende Behandlungspfade als mögliche konzeptionelle Weiterentwicklung im Rahmen des Projekts - der in beiden Ländern hohe Anteil von Einrichtungen, bei denen Behandlungspfade entwickelt und im Einsatz sind. Daraus könnten sich Anknüpfungspunkte zur weiteren und verbesserten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ergeben.

4.2 Patientenzufriedenheit

Während in den ersten beiden Evaluationsjahren, wie vorgehend dargestellt, die Bewertung der Qualität der grenzüberschreitenden Versorgung im Pilotprojekt das interne Qualitätsmanagement der Kliniken fokussierte, erfolgte zum dritten Evaluationsjahr die Darstellung der Versorgungsqualität aus Patientensicht (Projektziel 3 des Pilotprojektes). Die Patientenzufriedenheit ist in ihrer Subjektivität zwar mit zahlreichen immanenten und Durchführungsimponderabilien behaftet (Gewichtung der beurteilten Maßnahmen, mangelnde medizinische Kompetenz, Abhängigkeit von beurteilter Institution u. a.); neben dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung ist sie jedoch eine der drei Säulen, auf denen die produktbezogene Qualitätsbeurteilung einer Dienstleistungseinrichtung ruht. Die Bedeutung mangelnder Objektivität einer Patientenbefragung wird im hiesigen Zusammenhang dadurch relativiert, dass subjektive Einstellungen/Erfahrungen von Patient/innen die Inanspruchnahme von grenzüberschreitender Versorgung anstreben lassen oder nicht. Die Mengenentwicklung hängt wahrscheinlich auch hiervon ab.

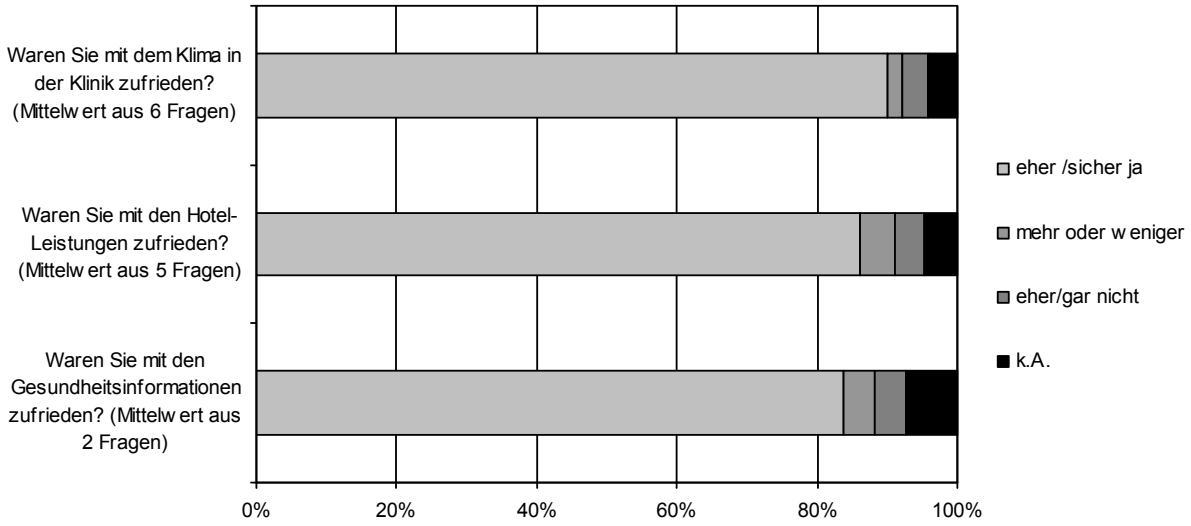
Die Fragen 19–28 und 47–50 des von Obsan und KC-Q gemeinsam konzipierten Patientenfragebogens (Anhang 2) betreffen einerseits allgemeine Klinikbeurteilungen, die jedoch durch Fragen nach Gegebenheiten/Ereignissen statt summarischer Zufriedenheit konkrete Sachverhalte aufklären. Andererseits enthält der Fragebogen rehabilitationsspezifische Feststellungen, die die Dienstleistungen einer Einrichtung diesbezüglich beurteilen. Die insgesamt 14 Fragenkomplexe (34 Einzelfragen) können folgenden elf Kategorien zugeordnet werden (s. a. Anhang 2):

1. Klima in der Klinik
2. Hotel-Leistungen
3. Gesundheitsinformationen
4. Medikation
5. Hilfsmittel
6. Entlass-Information
7. Generelle Beurteilung
8. Beratung, Schulung, Vorträge
9. Behandlungen
10. Ergebnisqualität
11. Maßnahmenqualität

4.2.1 Zufriedenheit mit Klima, Hotelleistungen und Gesundheitsinformationen der Klinik

Abbildung 4.1. zeigt die Mittelwerte über die Fragenkomplexe zur Zufriedenheit mit dem Klima, mit den Hotelleistungen und den Gesundheitsinformationen der Klinik. Zur medizinischen Atmosphäre in der Klinik wurden sechs Fragen gestellt (Abbildung A.5.4.1). Die Antworten drücken aus, inwieweit die Patient/innen das allgemeine medizinische Geschehen in der Rehabilitationsklinik schätzten. Bei einer sehr geringen Rate fehlender Angaben (2.8 – 6.7%) geben 69.8 – 80.7 Prozent der Patient/innen die beste von fünf Noten. 0 – 2.8 Prozent vergeben immerhin die schlechteste Note, und zwar bei der Einbeziehung in medizinische Entscheidungen. Insgesamt ist festzustellen, dass schlechte Zensuren nur ausnahmsweise vorkommen und dass auch hier der allgemein in Kliniken kritisierte Mangel an Informationsaustausch zwischen Patient/innen und Einrichtungspersonal zum Ausdruck kommt.

Abb. 4.1 Zufriedenheit mit dem Klima in der Klinik, den Hotelleistungen und den Informationen zur Gesundheit



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009
N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

Die Hotel-Leistungen einer Klinik bestimmen neben der Patientenwahrnehmung der eigentlichen medizinischen Qualität sehr stark die Attraktivität einer Einrichtung. Bei nur 4.2 – 5.6 Prozent fehlenden Angaben wird die Bestnote in 46.0 – 81.4 Prozent vergeben (Abbildung A.5.4.2). Es ist auffallend, dass die niedrigste Quote an Bestnoten beim Essen zu verzeichnen ist. Offenbar bestehen doch Differenzen zwischen der Schweizer und der deutschen Küche, die dieses auffallende Ergebnis erklären könnten. Es muss natürlich dahingestellt bleiben, ob deutsche Patient/innen in deutschen Einrichtungen oder deutsche Patient/innen in Schweizer Kliniken ein anderes Bewertungsprofil erbracht hätten.

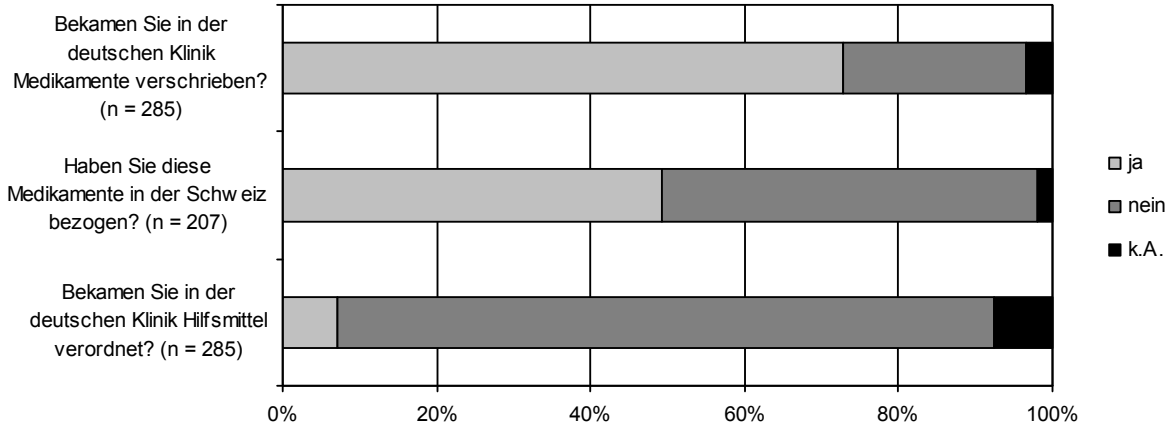
Zwei Fragen befassen sich konkret mit Krankheitsauskünften und Empfehlungen. Bei 4.9 – 9.5 Prozent fehlenden Angaben vergeben die allermeisten Patient/innen gute und sehr gute Zensuren (80.4 – 87.3 %), nur 0.1 – 0.2 Prozent der Fälle sind ganz unzufrieden, in etwa entsprechend den Ergebnissen zu Behandlungsinformationen (Klima in der Klinik). Demnach sind nur Einzelfälle mit dem Informationsverhalten der Kliniken nicht zufrieden.

4.2.2 Medikation und Hilfsmittel

Bei der *Medikamentenverschreibung* ist angesichts unterschiedlicher Handelspräparate (mit gleichen Wirkstoffen) in beiden Ländern bei der Grenzüberschreitung im Verlauf einer Krankheitsbehandlung die unbeeinträchtigte Erhältlichkeit der adäquaten Medikation von großer Bedeutung. Länderübergreifend ist die Information der Patient/innen über ein verordnetes Medikament ein Qualitätsmerkmal. 207 von 285 Personen erhielten Medikamente in den deutschen Rehabilitationskliniken verschrieben (Abbildung 4.2). Von den 207 Patient/innen mit Medikation geben 15 keine oder eher keine Begleitinformationen an (Abbildung 4.3). Diese Quote ist als gering zu bewerten. Von 102 Patient/innen, die nach der Entlassung ihre Medikamente in der Schweiz bezogen gab keiner an, diese nicht erhältlich zu finden (Abbildung 4.3). 2.1 Prozent haben offenbar nicht mühelos im Heimatland ihre Medikamente erhalten (Medikamentenerhältlichkeit eher nicht, mehr oder weniger).

Zusammenfassend kann eine Barriere durch nicht erhältliche Medikamente nicht erkannt werden; Diskrepanzen zwischen stationärer und poststationärer Medikation finden sich auch innerhalb eines Landes in höherer Quote.

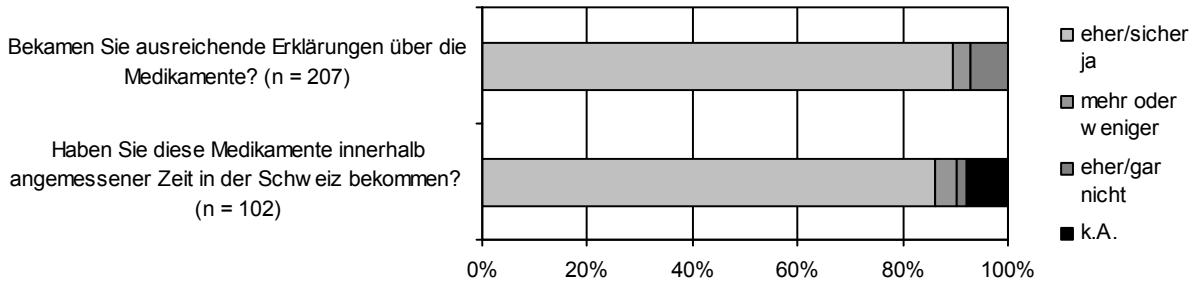
Abb. 4.2 Medikamenten- und Hilfsmittelverschreibung



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009
(Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

Von 285 Rehabilitanden bekamen nur 20 Fälle *Hilfsmittel* verordnet (Abbildung 4.2). Das im Fragebogen angegebene weite Spektrum solcher Hilfsmittel (Gummistrümpfe, Krücken u. v. a. m.) hätte erwarten lassen, dass weit mehr Patient/innen Verordnungen erhielten. Es ist in Unkenntnis der Indikationen der Rehabilitanden-Population zu vermuten, dass die Hilfsmittelversorgungen ganz überwiegend bereits in den vorbehandelnden Akutkliniken in der Schweiz erfolgten oder dass es sich weitgehend um internistische Diagnosen und KreuzschmerzPatient/innen handelte, die ohne operative Eingriffe seltener Hilfsmittel benötigen. Sechs der 20 Hilfsmittelverordnungen wurden in der Schweiz von Hilfsmittelbezügen gefolgt, 14 in Deutschland, wo die stationäre Rehabilitationsmaßnahme erfolgte. Der Bezug im Umfeld der Verordnung überwiegt also. Es ist erfreulich, dass die Hilfsmittel, die nach Verordnung in Deutschland erfolgen, in der Schweiz in keinem Fall Probleme machen. Immerhin ist festzustellen, dass zwei der sechs Hilfsmittel, die in Deutschland verordnet und in der Schweiz bezogen werden, Probleme bei der Rückvergütung durch die Schweizer Krankenkasse machen. Eine Ursachenanalyse (z. B. Anzweiflung der deutschen Verordnung) ist ohne Kenntnis der Einzelfälle nicht möglich.

Abb. 4.3 Erklärungen zu den Medikamenten und Erhältlichkeit der Medikamente in der Schweiz



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009
(Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

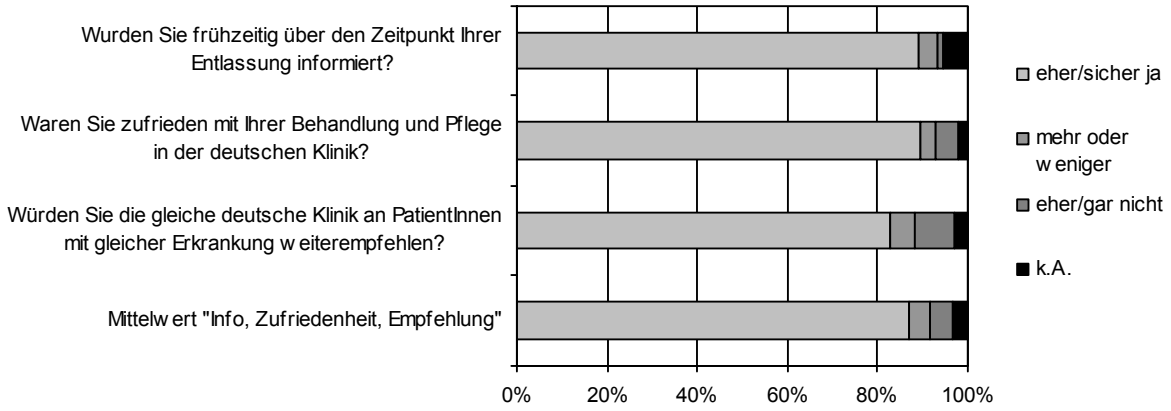
4.2.3 Entlassinformation, allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Klinik

Zur Entlassung eines Rehabilitanden sind i. d. R. Planungen für den Heimtransport und für das häusliche Umfeld nötig, weswegen eine frühzeitige Terminmitteilung wichtig ist. Immerhin 16 von 285 Patient/innen bejahen eine frühzeitige Entlass-Information nicht (Abbildung 4.4). Da die Dauer stationärer Behandlungsmaßnahmen meist vorneweg festgelegt ist (drei Wochen), verwundert dieses Ergebnis. Wenn diese 16 Fälle solche sind, bei denen (ausnahmsweise) eine Neuterminierung

erfolgte, ist ihre Quote demzufolge höher und gewichtiger. Jedenfalls ist die Feststellung für die Kliniken ein Anlass dafür, die frühzeitige Entlass-Terminmitteilung an die Patient/innen sorgfältiger durchzuführen.

Die generelle Patientenbeurteilung von Behandlung und Pflege ist sehr positiv (Abbildung 4.4). 254 von 285 Patient/innen (89.1%) beantworten die Zufriedenheitsfrage mit „eher ja“ oder „sicher ja“, keiner war gar nicht zufrieden. Es ist auffällig, dass nur 235 Patient/innen (82.5%) eine Weiterempfehlung der Klinik bejahen und sogar 8 Patient/innen (2.8%) gar nicht angeben. Bei der Weiterempfehlung kommen neben der eigenen Zufriedenheit noch andere Aspekte (z. B. grundsätzlicher Vorbehalt gegen das Ausland, Genehmigungsverfahrensprobleme u. a.) ins Spiel. Demzufolge schneidet die Rehabilitationsmaßnahme selbst (Reha-Klinik) besser ab als die administrativen Randbedingungen eines Reha-Aufenthaltes im benachbarten Ausland.

Abb. 4.4 Entlassinformation, allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Klinik

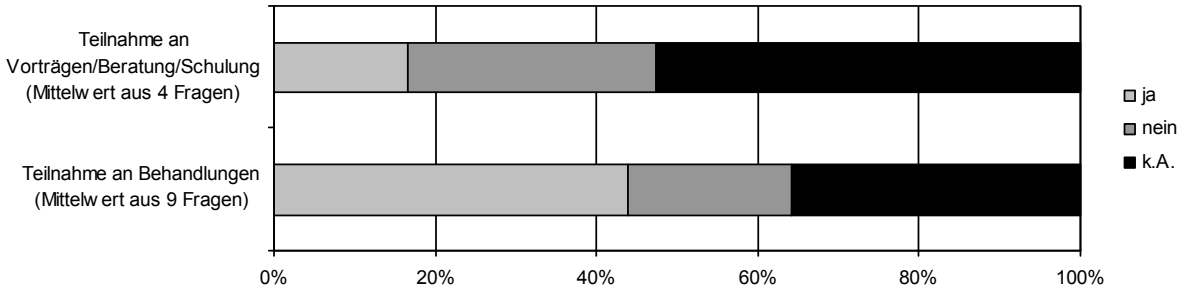


Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009
N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

4.2.4 Teilnahme an Beratungen/Schulungen/Vorträgen und an Behandlungen

An rehabilitationsspezifischen Themen umfasst der Fragenbogen zunächst *Schulungen, Vorträge und Beratungen*. Unabhängig von der nicht differenzierten Reha-Indikation sind diese Maßnahmen nach dem deutschen QS-Reha®-Verfahren obligate Bestandteile einer Rehabilitationsmaßnahme. Es ist auffällig, dass von den 285 Patient/innen zu den vier Beratungs-/Schulungsleistungen 33.4 – 64.6 Prozent keine Angaben machen (Abbildungen 4.5 und A.5.4.3). Hierzu kontrastiert, dass diejenigen Personen, die Leistungen erhalten haben, diese in 85.2 – 90.1 Prozent als gut und sehr gut bewerten (Daten nicht gezeigt). An Sozial- und Berufsberatung wurde in keinem Fall teilgenommen. Aufgrund nicht erhobener Strukturdaten kann nicht festgestellt werden, ob die adressierten Beratungs-/Schulungsleistungen nicht angeboten wurden (was aufgrund der Vorgaben des deutschen QS-Reha®-Verfahrens nicht anzunehmen ist) oder ob sie in erheblicher Zahl aufgrund Patientenentschlusses nicht angenommen wurden. Die guten und sehr guten Beurteilungen der Personen mit Annahme dieser Leistungen spricht dafür, dass Beratungen/Schulungen zwar angeboten, aber häufig nicht angenommen wurden.

Abb. 4.5 Teilnahme an Beratungen/Schulungen/Vorträgen und an Behandlungen



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009
N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

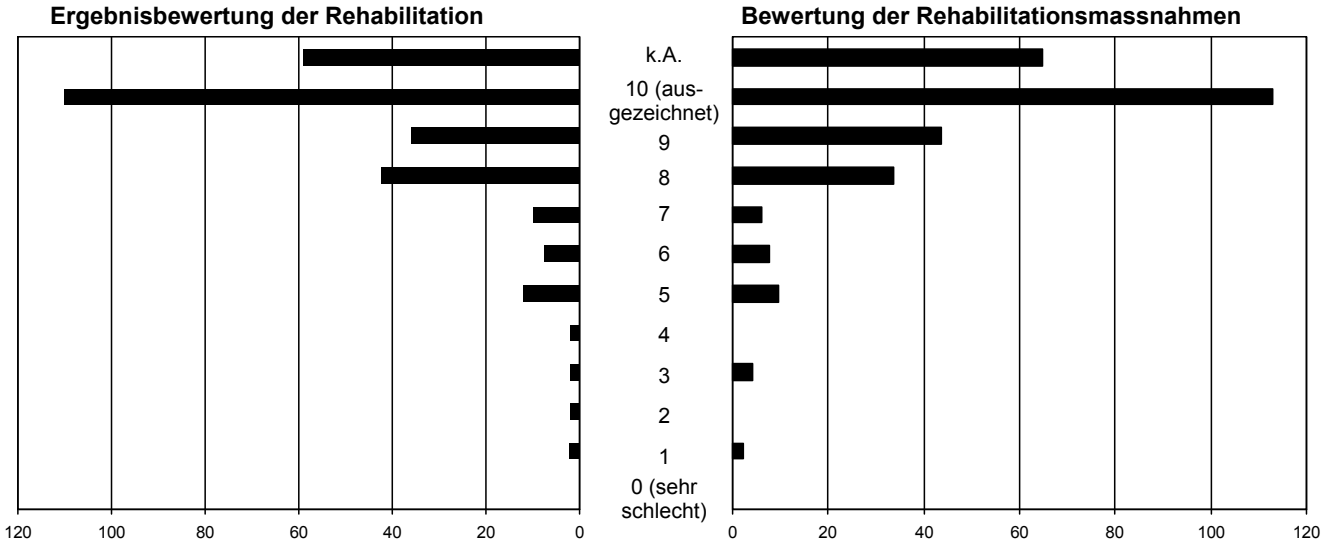
Die Angaben zu den *Behandlungen* erfolgen pauschal zur stattgehabten oder nicht stattgehabten Teilnahme an den diversen rehabilitativen Behandlungen (Abbildungen 4.5 und A.5.4.4). Hohe Quoten (12.2 – 48.4%) fehlender Angaben fallen auf, insbesondere für die Beschäftigungstherapie, Entspannungstherapien, ärztliche Behandlungen und die Arbeitstherapie/Belastungserprobung. Mit Ausnahme der ärztlichen Behandlungen sind gerade bei diesen Maßnahmen geringe Teilnahmequoten festzustellen. Dies ist dadurch zu erklären, dass diese Behandlungskomponenten durchaus weniger häufig indiziert sind oder dass sie als solche gar nicht wahrgenommen wurden (z. B. Muskelentspannung im Rahmen von Krankengymnastik). Die höchsten Teilnahmequoten verzeichnen die Krankengymnastik einzeln (202 von 285, 70.9%), die Massagen (184 von 285, 64.6%), die Krankengymnastik in der Gruppe (164 von 285, 57.5%) und die Sport- und Bewegungstherapie (135 von 285, 47.4%). Es ist durchaus fragwürdig, wie diese zentralen Rehabilitationsmaßnahmen nur von der Hälfte bis zwei Drittel der Rehabilitanden in Anspruch genommen wurden. Jedenfalls sind diese Ergebnisse nicht mit den Vorgaben nach dem deutschen QS-Reha®-Verfahren vereinbar. Es ist anzuraten durch Einzelfalluntersuchungen zu klären, welche rehabilitativen Behandlungen bei solchen Fällen überhaupt stattfanden und ob eine strukturierte Rehabilitationsmaßnahme überhaupt erfolgte.

4.2.5 Bewertung der Ergebnis- und Massnahmenqualität

Die patientenseitige subjektive *Ergebnisbewertung der erfolgten Rehabilitation* ist von entscheidender Bedeutung, weil sie den Nutzen widerspiegelt, den der Rehabilitand wahrnimmt (Abbildung 4.6). Die Drop-out-Rate von 59 von 285 Befragten (20%) ist nicht ganz zufriedenstellend für eine Bewertung. Bei Verwendung einer elf-stufigen Notenskala (0–10, 10 = ausgezeichnet) gibt es bei 110 von 226 validen Beurteilungen „ausgezeichnet“ (48.8%). Zwölf Personen (5.4%) vergeben die mittelmäßige Note Fünf und insgesamt acht Personen (3.4%) schlechtere Zensuren als mittelmäßig, niemand die Note „sehr schlecht“. Der Notenverteilung kann zweifelsfrei entnommen werden, dass deutlich über 90 Prozent der Befragten gute und sehr gute Verbesserungen ihrer Fähigkeitsstörungen erfahren haben.

Die *Gesamtbeurteilung der Rehabilitationsmaßnahmen* ergibt ein ähnliches Bild wie die der Rehabilitationsergebnisse (Abbildung 4.6). 65 von 285 Personen (22.7%) machen keine Angaben. Die mittelmäßige Note Fünf wird von zehn Befragten (4.4 % der validen Antworten) und schlechtere Zensuren als mittelmäßig von insgesamt sechs (2,8% der validen Antworten) der Befragten vergeben. Die Bestnote „Ausgezeichnet“ vergeben 113 (51.3% der validen Antworten) der befragten Personen. Es ist festzustellen, dass 96.6 Prozent der Antwortenden gute und sehr gute Beurteilungen für die Maßnahmenqualität abgeben. Die gleichlautend hervorragenden Befragungsergebnisse zur Maßnahmen- und zur Ergebnisqualität der Rehabilitation sind dabei nicht zwangsläufig gleichartig: Eine Unzufriedenheit mit Abwicklungsgegebenheiten könnte durchaus mit sehr zufriedenstellenden Ergebnissen einhergehen und umgekehrt, was aber nicht der Fall ist. Die Reha-Maßnahmen und die Reha-Ergebnisse werden gleichermaßen von fast allen Befragten als gut und sehr gut beurteilt.

Abb. 4.6 Bewertung der Rehabilitation insgesamt und der Rehabilitationsmaßnahmen



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009

N=285 (Antworten gewichtet nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmenden 2008/2009 am Pilotprojekt)

4.3 Synthese

Wie lässt sich die Versorgungsqualität der am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringer sowie die Zufriedenheit der Patient/innen mit den erhaltenen Leistungen gesamthaft beurteilen? Folgendes lässt sich feststellen:

Qualitätsmanagement der beteiligten Leistungserbringer:	→ Aus den Selbstauskünften (15 von 18 Einrichtungen im Pilotprojekt) ergeben sich keine Hinweise darauf, dass in einem der Partnerländer keine oder unzureichende Anstrengungen zum Aufbau eines medizinischen Qualitätsmanagements geleistet werden. → Der Einsatz von Instrumenten des internen medizinischen Qualitätsmanagements zeigt sich in vergleichbarem Ausmass, insbesondere auch zur Gewährung hoher Patientensicherheit. → Hingegen sind Massnahmen der extern vergleichenden Qualitätssicherung bei Schweizer Leistungserbringern im Gegensatz zu deutschen aufgrund fehlender gesetzlicher Verpflichtungen selten.
Zufriedenheit der Patient/innen mit erhaltenen Leistungen:	→ Die im letzten Projektjahr erfolgte Patientenzufriedenheitserhebung komplettiert die Qualitätsbetrachtungen der grenzüberschreitenden Versorgung. Während die vorgängigen Erhebungen das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung betrafen, geben die Patientenbefragungsergebnisse direkten Aufschluss über die subjektive Wahrnehmung diverser Aspekte bei der Behandlung jenseits der Grenze. → Schweizer Rehabilitanden in deutschen Rehabilitationskliniken schätzen das medizinische Klima mit ganz wenigen Ausnahmen sehr hoch. Es ist sehr deutlich erkennbar, dass die Wahrnehmung als ausländischer Patient keine Rolle spielt. → Bei den Hotelleistungen fällt auf, dass lediglich das Essen nur in 46 Prozent mit Bestnoten beurteilt wird; folglich könnte eine etwaige Anpassung an die Schweizer Küche förderlich sein. → Die Befragungsergebnisse zur Medikation und zu Hilfsmitteln belegen, dass es keine nennenswerten Schwierigkeiten gibt, nach der Rückkehr ins Heimatland diese Versorgungen zu bekommen. → In einzelnen Fällen könnte die Entlassinformation durch die Klinik frühzeitiger erfolgen; im Hinblick auf notwendige häusliche Regelungen zur Rückkehr aus dem Ausland sollte dies ernst genommen werden. Trotzdem waren 90 Prozent der Befragten mit der Behandlung insgesamt gut oder sehr gut zufrieden, 82 Prozent geben eine Weiterempfehlung. Die Differenz kann darauf hindeuten, dass die organisatorischen Umstände einer Auslandsbehandlung weniger befriedigen sind als die Behandlung selbst. → Bei den rehabilitationsspezifischen Fragestellungen fällt auf, dass nur 0 – 41 Prozent der Befragten an Beratungen bzw. Schulungen bzw. Vorträgen teilnahmen. Bei erfolgten Teilnahmen wurden diese Angebote jedoch in 85 – 90 Prozent als sehr gut und gut beurteilt. Es muss offen bleiben, ob Patientenentschluss oder fehlendes Angebot die geringen Teilnahmequoten erklären.

Indikatorenbasierte Qualitätsvergleiche konnten im bisherigen Projektverlauf noch nicht realisiert werden, wenngleich das Instrumentarium dafür vom KCQ in Abstimmung mit Obsan erarbeitet wurde. Es fehlt bislang ein entsprechendes Datenaufkommen. Die Bedeutung länderübergreifend darstellbarer Qualitätsabbildung wird allerdings in die Zukunft hinein immer höher zu veranschlagen sein. Dies ist aus vielen Expertengesprächen mit Forderungen nach einem Qualitätsvergleich und beidseitiger Qualitätstransparenz abzuleiten. Auch die Feststellung des Unparteiischen Mitglieds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Dr. Josef Siebig in einer Pressemitteilung des G-BA vom 18. März d. J. ist in diese Richtung zu interpretieren: „Künftig wird kein Gesundheitssystem mehr in der Lage sein, das Thema Qualitätssicherung von anderen isoliert zu bearbeiten.“ Nicht zuletzt lassen in den Medien vorgestellte Aktivitäten des USB (Universitätsspital Basel) in Orientierung an den indikatorenbasierten Qualitätsdarstellungen der deutschen HELIOS-Klinikgruppe die Chancen für eine indikatorenbasierte Qualitätserhebung im weiteren Verlauf des Pilotprojekts günstig erscheinen.

Meldungen aus dem in Basel (Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion) geführten CIRS gingen für 2009 beim KCQ nicht ein.

5 Kostenfolgen

Ein wichtiges Ziel des Pilotprojektes von Schweizer Seite her sind Einsparungen bei den über die OKP abgerechneten Spitalkosten, indem Basler Versicherte in kostengünstigeren Kliniken in Deutschland behandelt werden. Die Evaluation soll dabei aufzeigen, wie gross diese Kosteneinsparungen sind und in welcher Grössenordnung sie zu den gesamten OKP-Kosten stehen. Dahinter stehen gesundheitspolitische Überlegungen zu den Auswirkungen der Kosteneinsparungen: Haben substantielle Kosteneinsparungen Effekte auf die Prämienhöhe? Ist mit Verschiebungen von Kosten der Zusatzversicherung auf die OKP zu rechnen? Erhöht sich durch die Zulassung von deutschen Leistungserbringern der Konkurrenzdruck auf Schweizer Leistungserbringer und können Tarifsenkungen die Folge sein? Im vorliegenden Schlussbericht können zu diesen Überlegungen nur vereinzelt Hinweise geliefert werden. Konkret stehen in diesem Kapitel folgende Fragen im Vordergrund:

1. Welche Behandlungskosten sind im Rahmen des Pilotprojektes für Schweizer Versicherte in deutschen Kliniken angefallen?
2. Was hätten diese Fälle schätzungsweise in Schweizer Kliniken gekostet? Welche Kostendifferenzen ergeben sich?
3. Was wäre eingespart worden, wenn ein wesentlicher Teil der Patient/innen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit einer Diagnose, die zur Nutzung des Pilotprojektes berechtigt, in Deutschland behandelt worden wären? Welches ist die Höhe dieser möglichen Einsparungen gemessen an den gesamten OKP-Kosten?

Unter Behandlungskosten werden im Folgenden die Spitalkosten im engeren Sinne verstanden. Im Rahmen des Pilotprojektes sind es die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Pauschalen. Kosten, die im Anschluss an die Spitalbehandlung anfallen, sind nicht Gegenstand der folgenden Analysen. Die Frage nach Unterschieden bei den Folgekosten und somit nach längerfristigen Kostenauswirkungen von Spitalbehandlungen in Deutschland im Vergleich zur Schweiz kann somit nicht beantwortet werden. Da der Outcome der Behandlungen nicht bekannt ist, können auch indirekte Kosten, z.B. die Zeit, in der die Patientin , der Patient krankheitsbedingt nicht arbeitet, nicht ländervergleichend geschätzt werden. Schliesslich sind auch die angefallenen Pilotprojektkosten kein Bestandteil der nachstehenden Berechnungen.

5.1 Behandlungskosten im Pilotprojekt

Wie im Kapitel 2 aufgezeigt wurde, sind Patient/innen im Pilotprojekt mit Ausnahme von zwei Fällen mit dem Ziel der Rehabilitation nach Deutschland gegangen. Die nachstehenden Kostengegenüberstellungen konnten - hauptsächlich wegen der kleinen Fallzahlen - nicht für den akutstationären Bereich erstellt werden[33].

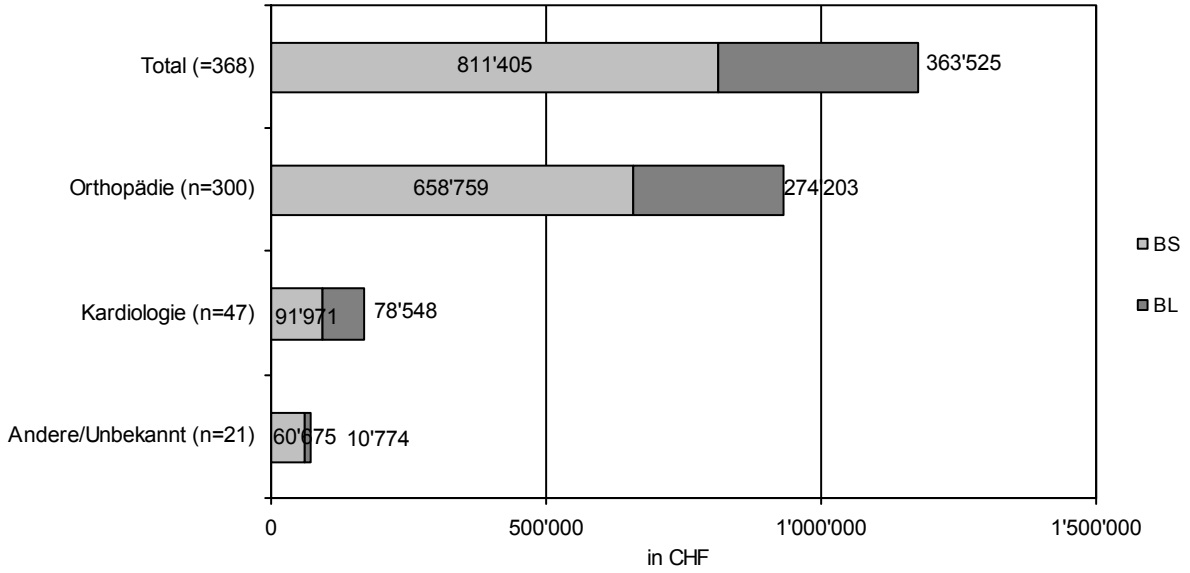
Wie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden im deutschen Grenzgebiet Rehabilitationsaufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet. In Abbildung 5.1 sind die totalen Behandlungskosten für Rehabilitationsbehandlungen im Pilotprojekt nach Kanton und Leistungsbereich[34] wiedergegeben, in Tabelle A.5.5.1 (Anhang 5) nach Kanton und Behandlungsjahr: Über die Dauer der drei

[33] Weitere Gründe waren: 1) Es scheint wenig darauf hinzudeuten, dass Behandlungen im akut-stationären Bereich im Rahmen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität von Schweizer/innen in deutschen Spitälern im Rahmen der Krankenpflegeversicherung an grosser Bedeutung gewinnen. Die Berechnungen orientieren sich an den aktuellen Rahmenbedingungen; 2) Die Kostenschätzungen von akut-stationären Behandlungen in Schweizer Spitälern sind mit grösseren Unsicherheiten behaftet als im Rehabilitationsbereich. Dies aufgrund der schwer kalkulierbaren Zusatzkosten, welche vor allem im Kanton Basel-Stadt zusätzlich zur Tagespauschale aufgeschlagen werden (siehe Abschnitt 5.3); 3) Der Leistungskatalog des Pilotprojektes umfasst über 60 Leistungen im akut-stationären Bereich. Es wäre sehr aufwändig, für jede DRG separat die Kostengegenüberstellung vorzunehmen. Zudem sind methodische Probleme bezüglich des helvetisierten German DRG-Grouper nicht auszuschliessen.

[34] Insgesamt lagen für zwei Fälle keine Angaben zum Reha-Leistungsbereich vor. Für die Schätzung der Gesamtkosten im Pilotprojekt wurden diese in der Kategorie „Andere“ mit den Durchschnittskosten hochgerechnet. In sechs Fällen waren die Behandlungskosten unbekannt, diese wurden aus den Kostenberechnungen ausgeschlossen.

Jahre belaufen sie sich auf rund 1,2 Mio. Franken für 368 Fälle. Da mehr als 80 Prozent der Reha-Pilotprojektfälle (n=300) zur orthopädischen Rehabilitation nach Deutschland gingen, verursachen diese Leistungen den Grossteil der Kosten (insgesamt 0.9 Mio. Franken). Knapp 70 Prozent der Gesamtkosten sind Kosten von Versicherten des Kantons Basel-Stadt bzw. 30 Prozent Kosten von Versicherten des Kantons Basel-Landschaft. Diese Kostenverteilung wird stark durch Behandlungen in der orthopädischen Rehabilitation beeinflusst - die Behandlungskosten bei der kardiologischen Rehabilitation halten sich für die beiden Kantone in etwa die Waage. Gemäss den Pilotprojekt-Verträgen bezahlen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft jeweils die Hälfte der Behandlungskosten der Pilotprojektfälle (bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt je 250'000 Franken), d.h. dass nur die Hälfte der abgebildeten Kosten über die OKP finanziert wird.

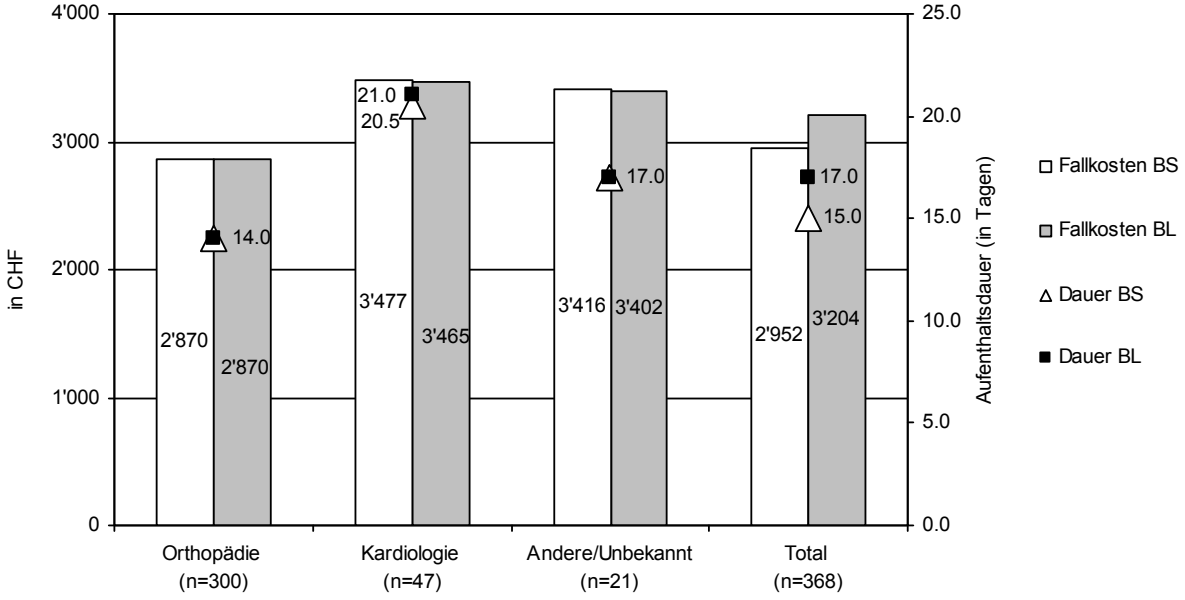
Abb. 5.1 Total Behandlungskosten* der Pilotprojektfälle (2007-2009) in deutschen Rehabilitationskliniken nach Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009
* Total Anteil OKP und Finanzierungsbeitrag des Kantons
(vgl. Tabelle A.5.5.1, Anhang 5)

In Abbildung 5.2 sind die Fallkosten und Aufenthaltsdauern (jeweils Medianwerte) von Patient/innen im Pilotprojekt wiedergegeben. Es zeigt sich, dass Patient/innen der kardiologischen Rehabilitation deutlich länger in Behandlung waren als Patient/innen der orthopädischen Rehabilitation (Median: 21 vs. 14 Tage, siehe Abbildung A.5.5.1 für Verteilung der Fallkosten nach Reha-Bereich). Wegen der Abgeltung nach Tagespauschalen schneiden sie auch mit höheren Fallkosten im Pilotprojekt ab. Wie später gezeigt wird, trifft dieses Muster nicht auf Schweizer Fälle in Schweizer Kliniken zu. Zwischen den Fallkosten und Aufenthaltdauern der im Kanton Basel-Stadt und Basel-Landschaft Versicherten bestehen nur geringfügige Unterschiede.

Abb. 5.2 Fallkosten* (CHF, Median) und Aufenthaltsdauer (Tage, Median) bei Rehabilitationsfällen im Pilotprojekt (2007-2009) nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009
* Total Anteil OKP und Finanzierungsbeitrag des Kantons

5.2 Kostengegenüberstellung der Behandlungen in Deutschland und in der Schweiz

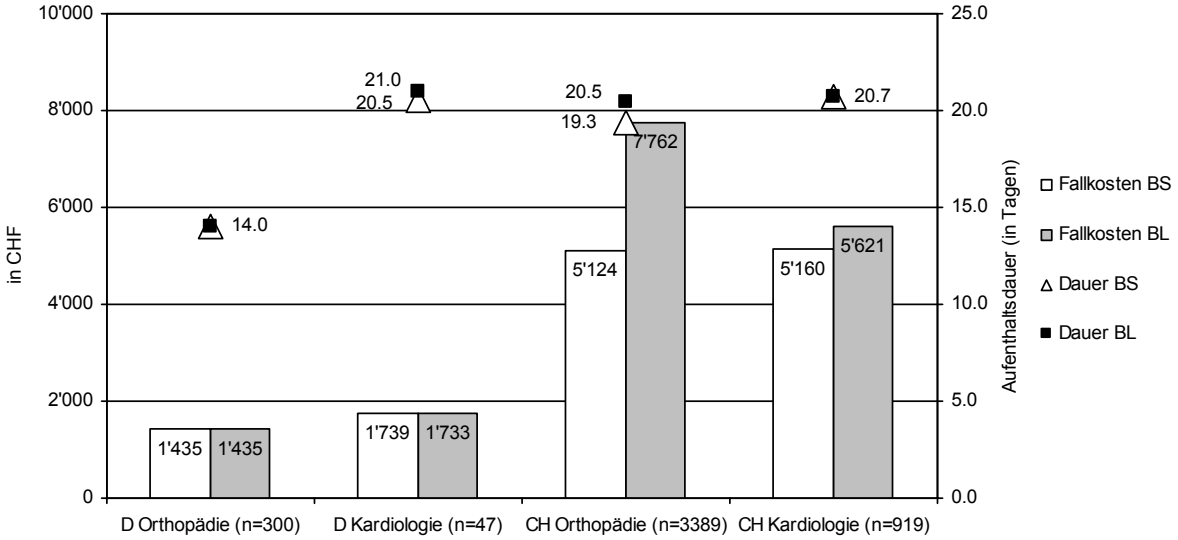
Wie viel hätten die Behandlungen der Pilotprojektfälle in Schweizer Spitälern der gesetzlichen Krankenversicherung (OKP) gekostet? In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden Spital- und Rehabilitationsaufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet (http://www.gdkcds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/Spitaltarife_Kantone/Stuktur_Spitaltaxen-d_2007.pdf). Zentral sind bei dieser Abgeltungsweise die Länge des Aufenthaltes im Spital sowie der geltende Tarif. Um der Frage nach den Kostendifferenzen nachzugehen, mussten daher durchschnittliche Tarife und Aufenthaltsdauern von Schweizer Patient/innen in Schweizer Kliniken berechnet werden. Im Anhang 4 ist das detaillierte methodische Vorgehen (Bildung der Durchschnittstarife etc.) beschrieben.

Die nachstehenden Kostengegenüberstellungen beziehen sich ausschliesslich auf die *Bereiche der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation*. Andere Leistungsbereiche mussten wegen der zu kleinen Fallzahlen ausgelassen werden. Insgesamt handelt es sich nur um *Schätzungen der realen Kosten*. Im Einzelfall hinzugerechnete Zusatzkosten oder spezielle Tarifvereinbarungen können die Kosten nach unten oder oben verändern. Für eine Gesamtübersicht ist der Detaillierungsgrad der Daten aber ausreichend. *Referenzpunkt ist jeweils die Tagespauschale auf der allgemeinen Abteilung im betreffenden Schweizer Spital, welche der OKP verrechnet wird.* Kostenbeteiligungen durch die öffentliche Hand bzw. von allfälligen Zusatzversicherungen sind nicht darin enthalten. Es werden somit keine Vollkosten der Behandlungen berechnet.

In Abbildung 5.3 sind Fallkosten und Aufenthaltsdauern (jeweils Medianwerte) nach Leistungsbereich der Rehabilitation aufgeschlüsselt – für Patient/innen im Pilotprojekt und Patient/innen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Schweizer Kliniken. Da das Alter einen Einfluss auf die Dauer der Behandlung hat, wurden Unterschiede in der Altersstruktur zwischen den beiden Patientenpopulationen bereinigt. Für den Vergleich wurde die Altersstruktur der Patient/innen in Schweizer Spitälern an diejenige im Pilotprojekt angepasst. Wie zu erwarten war, sind die durchschnittlichen Fallkosten in der Schweiz sehr viel höher als im Pilotprojekt: Je nach Leistungsbereich und Wohnkanton betragen die geschätzten Kosten in Schweizer verglichen mit deutschen Kliniken das 3 bis 5.5-Fache. Ins Auge

fallen insbesondere die hohen Fallkosten in der Orthopädie in Schweizer Kliniken für Patient/innen aus dem Kanton Basel-Landschaft.

Abb. 5.3 Finanzierungsanteil der OKP* und Aufenthaltsdauer+ (jeweils Medianwerte) von Schweizer Patient/innen in deutschen Kliniken (Pilotprojekt: 2007-2009) und in Schweizer Kliniken (2008-2009), nach Reha-Leistungsbereich und Wohnkanton der Patient/innen, in CHF



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009; Medizinische Statistik BFS, 2008; Publizierte Tarife der Schweizer Spitäler
* Im Vergleich zu Abschnitt 5.1 ist hier die finanzielle Beteiligung der Kantone nicht enthalten.
+ altersstandardisiert

Wie kommen diese grossen Unterschiede beim Finanzierungsanteil der OKP zustande? Unterschiede in den Tarifen zwischen schweizerischen und deutschen Kliniken sind bekannt. Es ist aus folgenden Gründen aber davon auszugehen, dass die ausgewiesenen Fallkosten-Unterschiede zu hoch ausfallen:

- *Unterschiede beim kantonalen Finanzierungsanteil:* Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft übernehmen bei Fällen im Pilotprojekt die Hälfte der Behandlungskosten[35], die andere Hälfte wird über die OKP verrechnet. Bei der kantonalen Kostenbeteiligung gilt allerdings ein Maximalbeitrag von jährlich 250'000.- Franken. Überschreitet die Summe der beantragten Kantonsbeiträge den Maximalbeitrag, wird dieser prozentual gekürzt, bis er ausgeschöpft ist. Dieser jährliche Maximalbetrag wurde im Pilotprojekt nicht erreicht. Wäre es zu deutlich mehr Fällen im Pilotprojekt gekommen, wäre ein grösserer Anteil der Behandlungskosten in deutschen Kliniken über die OKP finanziert worden, wodurch die Kostendifferenzen kleiner ausgefallen wären. Welchen Anteil die öffentliche Hand an den Behandlungskosten von Schweizer Rehabilitations-Patient/innen übernimmt, konnte gesamthaft nicht eruiert werden.
- *Zuzahlungen weiterer Finanzierer:* Für Schweizer Rehabilitationsfälle in Schweizer Kliniken wurde für die Kostengegenüberstellung die OKP-Pauschale der jeweiligen Kliniken verwendet. Es konnte im Rahmen dieses Schlussberichtes nicht abschliessend bestimmt werden, in welchen Fällen und in welchem Ausmass es zu Zuzahlungen von weiteren Kostenträgern wie der öffentlichen Hand

[35] Diese finanzielle Beteiligung gestaltet sich gemäss der Verträge im Pilotprojekt unterschiedlich zwischen den beiden Kantonen: Basel-Stadt erstattet den Krankenversicherungen auf Antrag einen Projektbeitrag von 50% der KVG-pflichtigen stationären Behandlungskosten der Patient/innen mit Wohnsitz Basel-Stadt, auch für Patient/innen mit Zusatzversicherung. Anders der Kanton Basel-Landschaft: Für Leistungen, welche im Kanton angeboten werden, beschränkt sich im Rahmen des Pilotprojektes die Beitragspflicht auf Versicherte mit allgemeiner Abteilung und Wohnsitz Basel-Landschaft (ebenfalls 50% der stationären Behandlungskosten). In der Praxis wurde von den Krankenversicherern aber für BS und BL Patient/innen gleichermassen Kostenrückerstattung beantragt (insgesamt 43%). Daher wurde diesem Umstand in den Kostengegenüberstellungen nicht Rechnung getragen.

oder Zusatzversicherungen an die OKP kommt. Daher ist davon auszugehen, dass die vorgelegten Schweizer Schätzungen insbesondere für den Kanton Basel-Landschaft Unschärfen aufweisen[36].

- *Zu tiefe deutsche Tarife:* Die Tarife der deutschen Leistungserbringer wurden zu Beginn des Pilotprojektes festgesetzt. Es war nicht vorgesehen, sie im Verlauf des Pilotprojektes an die Teuerung bzw. deutsche Sozialversicherungstarife anzupassen. Sie sind daher auch für deutsche Verhältnisse im zweiten und dritten Projektjahr zu tief angesetzt (Zumbrunn *et al.* 2009). Für die Schätzungen der Behandlungskosten auf Schweizer Seite wurden hingegen die Tarife von 2009 verwendet[37].
- *Unterschiede bei den Aufenthaltsdauern:* Im Pilotprojekt werden kürzere Aufenthaltsdauern in der orthopädischen Rehabilitation beobachtet verglichen mit Schweizer Reha-Patient/innen in schweizerischen Kliniken (Median Pilotprojekt: 14; CH: 19/20). Die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern machen rund 40 Prozent der berechneten Fallkostendifferenzen in der orthopädischen Rehabilitation aus (siehe Tabelle A. 5.4.2 im Anhang)[38]. Die kürzeren Aufenthaltsdauern lassen sich nicht dadurch erklären, dass die durchschnittliche orthopädische Rehabilitationsbehandlung in Deutschland für deutsche Patient/innen generell kürzer dauert als in der Schweiz *(Eiff et al. 2007). Die kürzere Aufenthaltsdauer in der orthopädischen Rehabilitation scheint eine Besonderheit des Pilotprojektes zu sein.* Die Gründe dafür müssten weiter analysiert werden. Es ist aber fraglich, ob sich dies auch in der zweiten Projektphase weiterziehen wird. Sehr kurze Aufenthaltsdauern – z.B. bei Rückverlegungen in ein Akutspital – sind im Pilotprojekt nicht häufiger als in Schweizer Kliniken (5. Perzentil im Pilotprojekt bei 9 Tagen; in Basler Kliniken bei 10 Tagen) und können somit nicht der Grund für die gesamthaft tiefere Aufenthaltsdauer im Pilotprojekt sein.
- *Ungenügender Einbezug der Patientenstruktur:* Vielfach wurde die Vermutung geäussert, dass im Rahmen des Pilotprojektes nur medizinisch „leichte“ – und damit kostengünstigere – Fälle ins Nachbarland zur Behandlung gingen. Für die Kostengegenüberstellung konnte hinsichtlich des Behandlungsinhalts der Leistungsbereich der Rehabilitation eingegrenzt werden (siehe Anhang 4) sowie das Alter standardisiert werden. Die Schwere der Erkrankung sowie weitere Faktoren, welche die Aufenthaltsdauer zusätzlich beeinflussen, konnten hingegen - mangels Daten - nicht in den Vergleich miteinbezogen werden. Es ist anzunehmen, dass ein gewisser, nicht näher zu quantifizierender Teil der Kostendifferenz auf Unterschiede in der Patientenstruktur zurückzuführen ist.

Im Folgenden werden die angelaufenen Kosten im Pilotprojekt den geschätzten Kosten derselben Fälle in Schweizer Kliniken gesamthaft gegenübergestellt. Abbildung 5.4 zeigt sowohl die Differenzen für die gesamte Projektdauer (2007 bis 2009) wie auch die jährlichen Kostendifferenzen auf. Für die 368 Reha-Pilotprojektfälle ergaben sich für Versicherte des Kantons Basel-Stadt gesamthaft (Total Orthopädie und Kardiologie) Minderkosten bei der OKP in der Höhe von gut 845'000 Franken bzw. für Versicherte des Kantons Basel-Landschaft von rund 625'000 Franken. Dies bedeuten jährliche Minderkosten von 282'000 (BS) bzw. 208'000.- (BL) Franken. Wegen der höheren Durchschnittstarife in Schweizer Kliniken für Patient/innen aus dem Kanton Basel-Landschaft fallen die Kosteneinsparungen beim Kanton Basel-Landschaft verglichen mit dem Kanton Basel-Stadt trotz deutlich weniger Pilotprojektfälle relativ hoch aus.

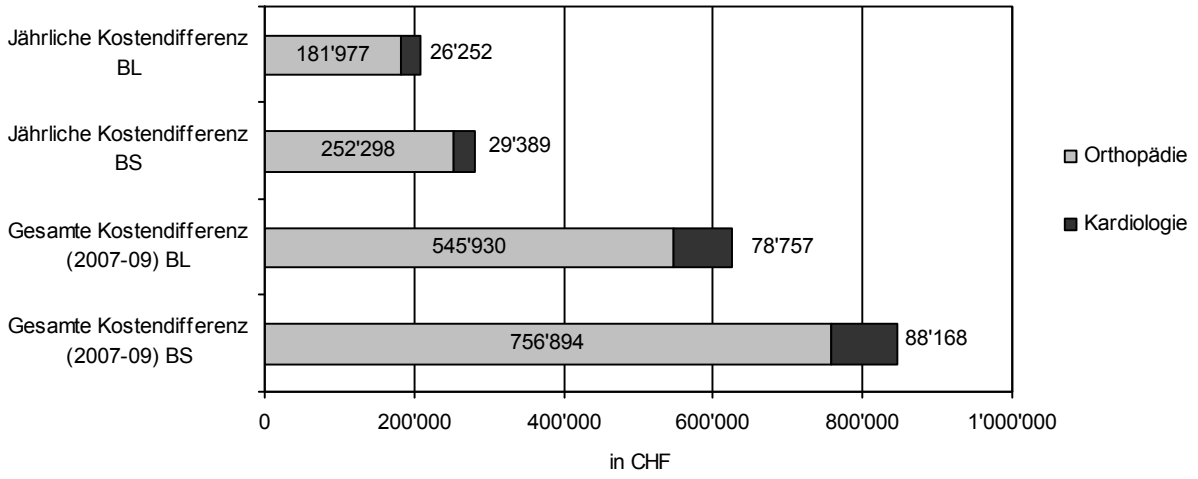
---

36 In die Tarifberechnung wurden auch Kliniken miteinbezogen, für welche allgemeinversicherte Patient/innen die Zusatzversicherung „ganze Schweiz“ benötigen. Allfälligen Finanzierungsbeiträgen von Zusatzversicherung bzw. der öffentlichen Hand an die OKP konnte nicht Rechnung getragen werden.

37 Andererseits wurden auf Schweizer Seite keine Zusatzkosten geschätzt, welche auf die Fallkosten aufzuschlagen wären.

38 Wenn für die Berechnung der Fallkosten an Stelle der medianen Aufenthaltsdauer der orthopädischen Reha-Fällen in Schweizer Kliniken diejenige der orthopädischen Reha-Fälle im Pilotprojekt genommen würde, hätten sich die Fallkosten in Schweizer Kliniken für orthopädische Reha-Fälle auf 3709 (BS) bzw. 5312 (BL) Franken belaufen.

Abb. 5.4 Jährliche und gesamte Kostendifferenzen für die Kantone BS und BL zwischen geschätzten Behandlungskosten in der Schweiz (finanziert über die OKP) und Kosten in deutschen Kliniken im Pilotprojekt, nach Leistungsbereich, in CHF



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009; Medizinische Statistik BFS, 2008; Publizierte Tarife der Schweizer Spitäler

5.3 Geschätzte Kosteneinsparungen gemessen an OKP-Gesamtkosten

Die im Abschnitt 5.2 berechneten Kostendifferenzen zwischen Behandlungen in deutschen und schweizerischen Kliniken sollen nun zum Einen unter der Annahme einer in Zukunft zunehmenden grenzüberschreitenden Patientenmobilität betrachtet werden. Zum Anderen soll das Grössenverhältnis zwischen den berechneten Kostendifferenzen und den Gesamtkosten der (stationären) Gesundheitsversorgung in der Region, welche über die OKP finanziert werden, veranschaulicht werden.

Was wäre eingespart worden, wenn ein grosser Anteil aller Patient/innen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit einer Diagnose, die zur Nutzung des Pilotprojektes berechtigt, in Deutschland behandelt worden wären? Dieser Frage wird aus verschiedenen Gründen nur für den Rehabilitationsbereich nachgegangen[39].

Es wurden verschiedene Szenarien mit Annahmen zum Ausmass der Patientenmobilität nach Deutschland berechnet. Diese basieren auf Hinweisen darüber, wie viele der Basler Patient/innen in Zukunft bereit wären, sich in Deutschland behandeln zu lassen. So ist aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung (2008) bekannt, dass 35 Prozent der Baselstädter und 29 Prozent der Baselländer Bevölkerung bereit wären, eine Behandlung im deutschen Grenzgebiet vornehmen zu lassen (Demoscope 2009). Zählt man die Antworten „kommt darauf an“ dazu, liegen die Zustimmungsraten für die Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt bei 78 Prozent bzw. im Kanton Basel-Landschaft bei 79 Prozent. Internationale Datenquellen weisen aber auf sehr viel tiefere reale Raten der regionalen Patientenmobilität hin (Zumbrunn *et al.* 2009), allerdings variieren sie stark nach Region. Für die Region Basel ist im Rehabilitationsbereich von einer eher hohen Mobilitätsrate auszugehen, wie der hohe Anteil ausserkantonaler Behandlungen im Rehabilitationsbereich (BS: 28%, BL: 78%) zeigt. Sich ausserhalb des Kantons in eine Rehabilitationsklinik zu begeben, ist insbesondere im Kanton Basel-Landschaft nicht nur eine Frage des Wollens, sondern eine Frage des Müssens. Die folgenden Szenarien orientieren sich an den Resultaten der Bevölkerungsbefragung.

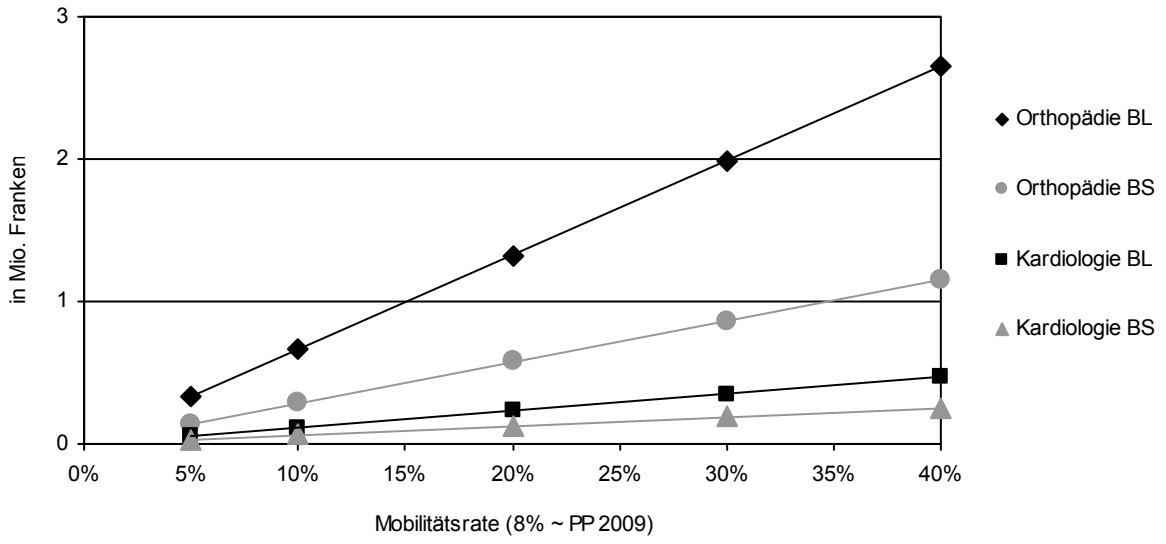
Abbildung 5.5 veranschaulicht für die orthopädische und kardiologische Rehabilitation die geschätzten Minderkosten, die entstehen würden, wenn 5, 10 und mehr Prozent aller Basler Reha-Patient/innen nach Deutschland zur Behandlung gingen[40]. 8 Prozent entsprechen dabei ca. 185 Patient/innen der orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitation, 30 Prozent ca. 700 Patient/innen (siehe Tab. 5.1).

[39] siehe Fussnote 34

[40] Unter der Annahme, dass alle Krankenversicherer am Projekt teilnehmen und sich somit die gesamte Basler Bevölkerung in Deutschland behandeln lassen kann.

Bei der orthopädischen Rehabilitation zeigt sich wegen der viel grösseren Anzahl Fälle ein ungleich grösseres Sparpotential verglichen mit der kardiologischen Rehabilitation, insbesondere für den Kanton Basel-Landschaft: Wenn - wie die repräsentative Bevölkerungsbefragung nahelegt - in Zukunft 30 Prozent der orthopädischen Rehabilitationsfälle (BL) nach Deutschland zur Behandlung gingen, würden Minderkosten in der Grössenordnung von 2 Mio. Franken entstehen (BS: 0.9 Mio. Franken), in der kardiologischen Rehabilitation wären es für Basel-Landschaft 0.4 Mio. Franken (BS: 0.2 Mio. Franken). Die geschätzten Minderkosten bei der OKP pro Orthopädie oder Kardiologie-Fall betragen dabei für Patient/innen des Kantons Basel-Stadt rund 2´100 Franken bzw. des Kantons Basel-Landschaft 3´500 Franken. Wie im Abschnitt 5.2 erwähnt tragen verschiedene Gründe - insbesondere die unterdurchschnittliche Aufenthaltsdauer in der orthopädischen Rehabilitation im Pilotprojekt - zur Überschätzung der Kosteneinsparungen bei. Die geschätzten Kosteneinsparungen können somit nicht eins zu eins auf zukünftige Entwicklungen angewendet werden.

Abb. 5.5 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen bei der OKP im Rehabilitationsbereich nach Mobilitätsrate (% Behandlungen aller Basler Reha-Patient/innen in D), Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009; Medizinische Statistik BFS, 2008; Publizierte Tarife der Schweizer Spitäler (Datentabelle im Anhang 5, Tabelle A.5.5.2)

Im Jahr 2009 wurde im Pilotprojekt bei der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation in etwa die Mobilitätsrate von acht Prozent erreicht, wobei sich die Raten zwischen den Kantonen unterscheiden (BS: 10.0%; BL: 6.0%)(siehe Kapitel 2). Bei den übrigen Rehabilitationsfällen – diese machen in etwa 50 Prozent aller Fälle aus – betrug die grenzüberschreitende Patientenmobilität lediglich 2.2 Prozent. Ob sich diese Leistungsbereiche für grenzüberschreitende Behandlungen weniger eignen, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Würden in den übrigen Rehabilitationsbereichen ähnliche Mobilitätsraten erreicht wie in der Orthopädie und Kardiologie, ist rein anteilmässig von über einer Verdoppelung der geschätzten jährlichen gesamten Kosteneinsparungen auszugehen[41] – dies unter der Annahme, dass sich die geschätzten Fallkostendifferenzen der Orthopädie und Kardiologie auf die übrigen Leistungsbereiche der Rehabilitation übertragen lassen.

Abschliessend zeigt Tabelle 5.1 das Grössenverhältnis zwischen den durch das Pilotprojekt erreichten bzw. möglichen geschätzten jährlichen Kosteneinsparungen im Rehabilitationsbereich und den gesamten stationären Spitalkosten der OKP im Kanton Basel-Stadt und Basel-Landschaft auf. Gesamthaft beliefen sich die OKP-Kosten im stationären Bereich – Spitäler und Rehabilitationskliniken – im

[41] Die Leistungsbereiche Kardiologie und Orthopädie zusammen machen im Jahr 2008 44% aller Rehabilitationsleistungen bei Basler Patient/innen aus.

Jahr 2008 im Kanton Basel-Stadt auf 198 Mio. Franken bzw. im Kanton Basel-Landschaft auf 209 Mio. Franken (Datenpool santésuisse, Berechnungen Obsan). Gemessen an diesen Gesamtzahlen machen die berechneten Kosteneinsparungen im Rehabilitationsbereich lediglich einen kleinen Anteil aus: bei der im Pilotprojekt erreichten Mobilität (≈ 8%) bei der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation sind es rund 1 Promille der Gesamtkosten für den Kanton Basel-Stadt (BL: 3‰), bei einer - gemäss Bevölkerungsbefragung möglichen - Mobilitätsrate von 30 Prozent wären es für den Kanton Basel-Stadt 0.5 Prozent bzw. für den Kanton Basel-Landschaft 1.1 Prozent.

Tab. 5.1 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen im Rehabilitationsbereich gemessen an den kantonalen stationären[1)] Gesamtkosten OKP (2008), nach Mobilitätsrate und Wohnkanton

	Kanton BS			Kanton BL		
	Anzahl Fälle	Kosten in CHF	Kosteneinsparungen in %	Anzahl Fälle	Kosten in CHF	Kosteneinsparungen in %
Rate 5% (K+O)	48	176'224	0.1	67	389'718	0.2
Rate 8% (K+O)	78	281'959	0.1	108	623'549	0.3
Rate 10% (K+O)	97	352'449	0.2	135	779'436	0.4
Rate 20% (K+O)	194	704'898	0.4	270	1'558'872	0.7
Rate 30% (K+O)	291	1'057'347	0.5	404	2'338'308	1.1
Rate 40% (K+O)	388	1'409'796	0.7	539	3'117'745	1.5
Rate 40% (alle Reha-Fälle)	720	2'605'197	1.3	940	4'814'314	2.3

[1)]Total von Akut- und Rehabilitationskliniken

Quelle Fallzahlen: Medstat 2008. K + O = Kardiologie und Orthopädie; alle= alle Leistungsbereiche der Rehabilitation

5.4 Synthese

Unter Beizug verschiedener Datenquellen konnten die Kostenfolgen des Pilotprojektes betreffend der – über die OKP finanzierten – Behandlungskosten in Rehabilitationskliniken geschätzt werden. Wegen der dualen Spitalfinanzierung in Schweizer Kliniken sowie möglicher Zuzahlungen durch Zusatzversicherungen sind die von der OKP getragenen Kosten an den jeweiligen Fallkosten – insbesondere bei ausserkantonalen Behandlungen – z.T. schwierig zu eruieren. Insbesondere für den Kanton Basel-Landschaft ist daher von gewissen Unschärfen bei den Schätzungen der Behandlungskosten in Schweizer Kliniken auszugehen. Trotzdem lässt sich hinsichtlich der Ausgangsfragen folgendes festhalten:

Behandlungskosten im Pilotprojekt	→	Über die Dauer der drei Jahre beliefen sich die Behandlungskosten im Pilotprojekt - unabhängig vom Kostenträger - auf rund 1,2 Mio. Franken für 368 Fälle. Leistungen der orthopädischen Rehabilitation verursachen dabei den Grossteil der Kosten (insgesamt 0,9 Mio. Franken). Knapp 70 Prozent der Gesamtkosten sind Kosten von Versicherten des Kantons Basel-Stadt bzw. 30 Prozent Kosten von Versicherten des Kantons Basel-Landschaft. Patient/innen der kardiologischen Rehabilitation waren im Rahmen des Pilotprojektes deutlich länger in Behandlung als Patient/innen der orthopädischen Rehabilitation (Median: 21 Tage vs. 14 Tage).
Kostendifferenzen zwischen den Ländern	→	Es ist bekannt, dass die Tarife von deutschen Rehabilitationskliniken deutlich niedriger sind als diejenigen von Schweizer Kliniken. Die Fallkostendifferenzen (OKP-Anteil) zwischen Behandlungen in deutschen Kliniken im Rahmen des Pilotprojektes und vergleichbaren Behandlungen in Schweizer Rehabilitationskliniken wurden im Rahmen der Analysen auf das Drei- bis Fünffache geschätzt - bei Altersstandardisierung der beiden Populationen. Es wird aber aus nachstehenden Gründen vermutet, dass die Fallkostendifferenzen in Zukunft geringer ausfallen: - Bei deutlich mehr Fällen im Pilotprojekt wird voraussichtlich ein grösserer Anteil der Behandlungskosten in deutschen Kliniken über die OKP finanziert bzw. die kantonale Kostenbeteiligung gesenkt. - Die Tarife der deutschen Leistungserbringer werden in Zukunft an die deutschen Sozialversicherungstarife angepasst, was unter den Bedingungen der ersten Phase des Pilotprojektes nicht der Fall war. - Die beobachtete, tiefere durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei der orthopädischen Rehabilitation in deutschen Kliniken - eine Besonderheit des Pilotprojektes - hat die Kostendifferenz stark erhöht: Unter der Annahme, dass für Schweizer Kliniken dieselben kurzen Aufenthaltsdauern in der orthopädischen Rehabilitation zutreffen wie für Kliniken des Pilotprojektes, würden sich die Fallkostendifferenzen für Versicherte beider Kantone um rund 40 Prozent reduzieren. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt (keine insgesamt kürzeren Aufenthaltsdauern in Deutschland), möglich sind Unterschiede in der Patientenstruktur.
	→	Die durchschnittlichen jährlichen Minderkosten der OKP aufgrund von Behandlungen in deutschen Rehabilitationskliniken betrugen während der Dauer des Pilotprojektes gesamthaft für Versicherte aus dem Kanton Basel-Stadt rund 280'000 bzw. aus dem Kanton Basel-Landschaft 210'000 Franken.
Kosteneinsparungen nach Mobilitätsrate	→	Auch bei einer starken Zunahme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Rehabilitationsbereich (gemäss Bevölkerungsbefragung liegt eine Mobilitätsrate von 30% im Bereich des Möglichen) wären in Anbetracht der OKP-Gesamtkosten im stationären Bereich die geschätzten jährlichen Minderkosten bei der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationsbereich marginal (0.5-1 Prozent-Bereich). Grössere Effekte auf die Höhe der OKP-Prämien sind daher eher nicht zu erwarten.
	→	Ausgeklammert sind bei der theoretischen Berechnung der Kostenfolgen entlang möglicher Mobilitätsraten die Kapazitäten der deutschen Leistungserbringer. Die Mobilitätsrate von 30% bedeutet einen jährlichen Patientenstrom von rund 700 Fällen der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation aus der Schweiz in Richtung Landkreis Lörrach. Ob dies für deutsche Kliniken zu bewerkstelligen wäre bzw. welche Auswirkungen diese für deutsche Kliniken und deutsche Patient/innen – aber auch für Schweizer Kliniken – mit sich bringen würde, sei dahingestellt.

6 Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

In diesem Kapitel werden einerseits die Auswirkungen und Folgen des Pilotprojektes aus Sicht der befragten Projektpartner (deutsche Leistungserbringer, Schweizer Krankenversicherer, Schweizer Ärzt/innen/Kliniken als Zuweiser) aufgezeigt. Konnte das Pilotprojekt etwas anstossen? Was? Was wurde befürchtet oder erhofft, und was ist schlussendlich eingetreten? Von besonderem Interesse sind dabei grenzüberschreitende Aktivitäten, welche im Zuge des Pilotprojektes entstanden sind. Andererseits werden aus Sicht der befragten Projektpartner zukünftige Rahmenbedingungen skizziert, welche Voraussetzungen für die permanente Grenzöffnung sind.

6.1 Neue grenzüberschreitende Aktivitäten zwischen 2006 bis 2009

Neben der Nutzung des Pilotprojektes durch Patient/innen der Grenzregion sollte das Pilotprojekt im Bereich der Gesundheitsversorgung die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch zwischen den Akteuren über die Grenze hinweg fördern. Die Evaluationsfrage lautete:

Kam es im Verlauf des Pilotprojektes neben der grenzüberschreitenden Patientenmobilität auch zu einer engeren Zusammenarbeit der beiden Länder bezüglich Austausch von Fachwissen, Qualitätszirkel, Planung etc.?

Informationen hierzu liegen bereits aus den Expertengesprächen (2008, 2009) vor. Zusätzlich wurden mit einer schriftlichen Befragung bei den Projektpartnern (Februar 2010) die grenzüberschreitenden Aktivitäten bei der Gesundheitsversorgung erhoben, welche zwischen 2007 und 2009 im Zusammenhang mit dem deutsch/schweizerischen Pilotprojekt entstanden sind. Von Interesse waren dabei grenzüberschreitende Aktivitäten mit Partnern des Nachbarlandes (Krankenhäuser, Krankenkassen, Verwaltung), welche *folgende Ziele* verfolgten:

1. Organisation und Planung der grenzüberschreitenden Behandlungen
2. Austausch von Fachwissen
3. Sicherstellung der Behandlungsqualität

Aus den Antworten der Projektpartner ging hervor, dass nur sehr wenige der genannten grenzüberschreitenden Aktivitäten im direkten Zusammenhang zum Pilotprojekt standen. Es wurden auch grenzüberschreitende Aktivitäten genannt, welche *vor* dem Pilotprojekt entstanden waren, oder Aktivitäten, welche *unabhängig* vom Pilotprojekt zu laufen schienen. Zudem gaben die Antworten nicht immer Klarheit über den Bezug der Aktivitäten zum Pilotprojekt. Daher schliesst die folgende Beschreibung alle genannten grenzüberschreitenden Aktivitäten mit ein und zielt darauf, das Entstehen neuer grenzüberschreitender Aktivitäten in der Region Basel-Lörrach in den Jahren 2006 bis 2009 zu dokumentieren.

Grenzüberschreitende Aktivitäten der Projektpartner v.a. zwischen Leistungserbringern

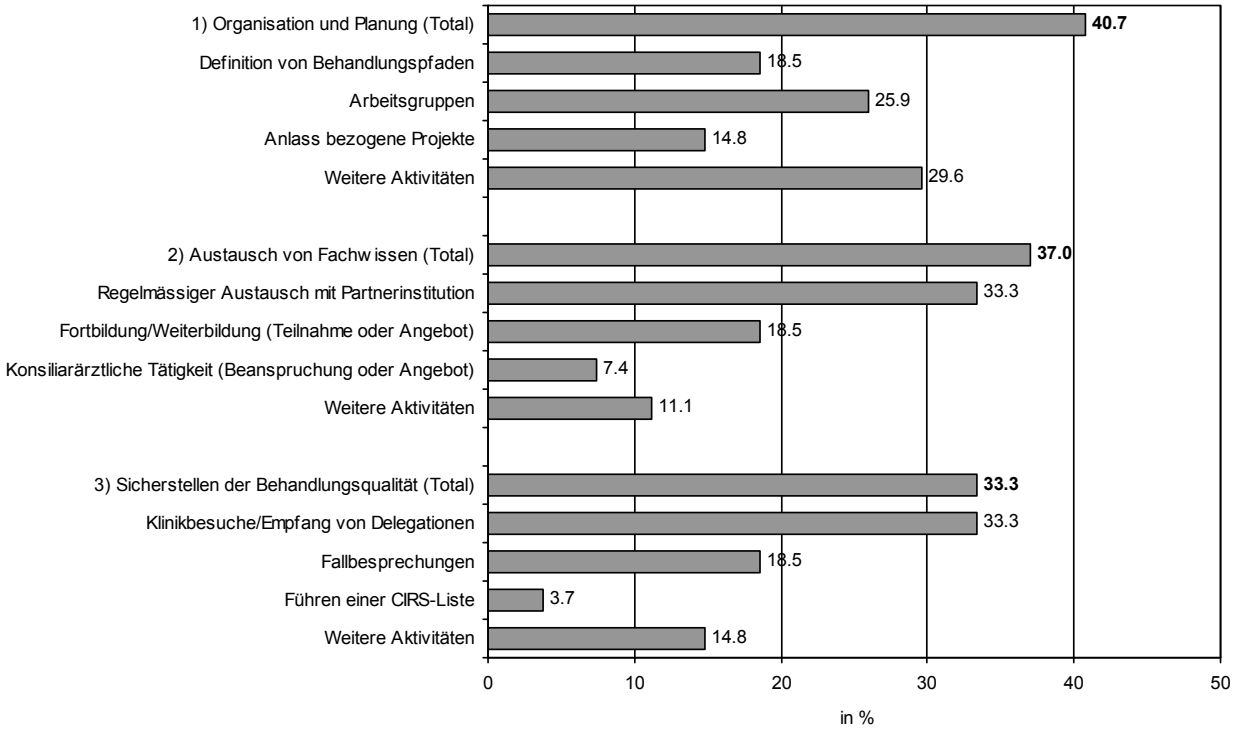
In der schriftlichen Befragung[42] der Projektpartner gaben insgesamt 45 Prozent an, an einer oder mehreren grenzüberschreitenden Aktivitäten der drei oben genannten Bereiche beteiligt zu sein. Dabei zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den Projektpartnern: Während nur 21 Prozent der Schweizer Krankenversicherer derartige Aktivitäten angeben, sind es 73 Prozent der befragten deutschen Kliniken bzw. einer der beiden Kantone. Die Schweizer Kliniken als Nicht-Vertragspartner waren nicht befragt worden. Aufgeschlüsselt nach Kooperationspartnern waren in die genannten grenzüberschreitenden Aktivitäten zu 41 Prozent deutsche Kliniken involviert, zu 34 Prozent Schweizer Kliniken / Ärzt/innen, sowie zu 13 Prozent Schweizer Krankenversicherer (Kantone: 5%, andere: 7%). Wichtige Ansprechpartner für die deutschen Projektpartner innerhalb der Schweizer Kliniken waren neben Ärzt/innen die Sozialdienste. Diese Aufzählung darf nicht als abschliessend verstanden wer-

[42] Der Rücklauf der Fragebögen betrug bei den am Pilotprojekt teilnehmenden Schweizer Krankenversicherer 91% (N=20) bzw. bei deutschen Kliniken (n=12) und Schweizer Kantonen (n=2) 100%. Der Erhebungsbogen findet sich im Anhang.

den, da grenzüberschreitende Aktivitäten weiterer Akteure in der Region nicht festgehalten wurden. Zudem ist davon auszugehen, dass die eine oder andere grenzüberschreitende Aktivität von den Befragten nicht erwähnt wurde.

In Abbildung 6.1 sind die Häufigkeiten der genannten Aktivitäten für alle Projektpartner wiedergegeben. Aktivitäten mit Ziel der Organisation und Planung der grenzüberschreitenden Behandlungen wurden am häufigsten genannt (Total 41%) gegenüber Aktivitäten mit Ziel des Austausches von Fachwissen (Total 37%) und der Sicherstellung der Behandlungsqualität (Total 33%). Ein Viertel der von den Projektpartnern genannten Aktivitäten startete bereits im Jahr 2006, d.h. in der Planungsphase des Pilotprojektes. Die Mehrheit der grenzüberschreitenden Aktivitäten fanden entweder monatlich (38%) oder ein Mal pro Quartal statt (38%), halbjährliche Aktivitäten waren es zu 19 bzw. jährliche zu 5 Prozent. Für einige der genannten Aktivitäten (n=22) liegen konkrete Angaben vor. Diese werden im Folgenden beispielhaft – da nicht repräsentativ für alle grenzüberschreitenden Aktivitäten zwischen Basel/Lörrach – wiedergegeben.

Abb. 6.1 Von Projektpartnern genannte grenzüberschreitende Aktivitäten, welche während der Dauer des Pilotprojektes (2006 bis 2009) entstanden sind, nach Art der Leistung, in %



Quelle: Schriftliche Befragung der Projektpartner des Pilotprojektes, 2010, N=27

Aktivitäten entlang dem Behandlungspfad Schweizer Akutsomatik – deutsche Rehabilitation

Von Vertreter/innen der deutschen Rehabilitationskliniken wurden insbesondere grenzüberschreitende Aktivitäten zur Definition und Förderung des grenzüberschreitenden Behandlungspfades vom Schweizer Akutspital zur deutschen Rehabilitationsklinik beschrieben sowie gegenseitige Besuche / telefonischer Austausch zwischen den Kliniken. Diese Aktivitäten fanden gemäss Angaben aus der schriftlichen Befragung zwischen fünf Schweizer Akutkliniken und sieben deutschen Rehabilitationskliniken statt – in einem Fall mit Einbezug von Schweizer Krankenversicherern. Ein Krankenversicherer erwähnte zudem zum Informationsaustausch und zur Optimierung der Zusammenarbeit regelmässige Treffen mit einem Klinikberater, welcher verschiedene deutsche Kliniken vertritt. Da es im Verlauf des Pilotprojektes zu einer Zunahme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität zwischen Schweizer Akut- und deutschen Rehabilitationskliniken kam, ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der neu entstandenen grenzüberschreitenden Aktivitäten im Zusammenhang zum Pilotprojekt steht. In den im Jahr 2008 durchgeführten Expertengesprächen wurde die institutionalisierte ärztliche Netzwerkaktivi-

tät im Dreiländerdreieck noch in erster Linie mit Kooperationen im Zusatzversicherungsbereich umschrieben.

Vor dem Pilotprojekt bestehende Kooperationen zwischen USB und deutschen Akutkliniken

Kooperationen zwischen dem Universitätsspital Basel und deutschen Akutkliniken bestanden bereits vor dem Pilotprojekt. Das Institut für Pathologie am Universitätsspital Basel (USB) stellt seit vielen Jahren grenzüberschreitende *telemedizinische Dienstleistungen* im Bereich der Pathologie dem Kreiskrankenhaus Lörrach zur Verfügung. Ferner besteht seit geraumer Zeit ein gemeinsamer onkologischer Schwerpunkt zwischen dem Universitätsspital Basel und dem Kreiskrankenhaus Lörrach. Im Rahmen von Kooperationen stellt das Universitätsspital Basel dem Kreiskrankenhaus Lörrach zudem spezialisiertes ärztliches Personal zur gemeinsamen Vornahme komplexer Eingriffe inklusive Unterstützung und Beratung bei der Nachsorge zur Verfügung. Besonders bewährt haben sich Kooperationen im Bereich der Viszeral- und Kieferchirurgie (Faller 2010). Seit längerer Zeit besteht im Weiteren der Austausch von Gastoperateuren / Konsiliarärzt/innen zwischen dem St. Elisabethenkrankenhaus und dem USB bzw. Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB). Kooperationen, welche während der Dauer des Pilotprojektes entstanden sind, wurden in der schriftlichen Befragung nicht erwähnt[43].

Beteiligung der Projektpartner an weiteren Modellversuchen

Verschiedentlich wurden in der schriftlichen Befragung die vom Gesundheitsdepartement Basel initiierten grenzüberschreitenden Modellversuche im Bereich des eHealth genannt, welche Mitte des Jahres 2010 starten und an welchen - unabhängig vom Pilotprojekt - verschiedene Schweizer und deutsche Kliniken sowie niedergelassene Ärzt/innen aus beiden Ländern teilnehmen. Beim Projekt *„virtuelles Patientendossier“* sollen mittels einer spezifischen Software die bei verschiedenen Leistungserbringern gespeicherten Gesundheitsdaten virtuell zusammengeführt werden, um ein möglichst vollständiges Bild über den Gesundheitszustand und die Behandlungssituation der Patient/innen zu erhalten. Am Modellversuch *„eMedication/ePrescribing“* werden zusätzlich Apotheken teilnehmen (Faller 2010). Ein Schweizer Krankenversicherer erwähnte zudem die Teilnahme an einem weiteren grenzüberschreitenden Pilotprojekt zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Fürstentum Liechtenstein.[44]

Tendenziell grosser Nutzen der grenzüberschreitenden Aktivitäten

Die in der schriftlichen Befragung genannten grenzüberschreitenden Aktivitäten scheinen den Bedürfnissen der Projektpartner zu entsprechen. So wurde der Nutzen der grenzüberschreitenden Aktivitäten auf einer Skala von 1 (sehr gross) bis 5 (sehr klein) durchschnittlich als gross beurteilt (Durchschnitt: 2, sd: 0.9). Dasselbe gilt für die Qualität der grenzüberschreitenden Aktivitäten, welche im Schnitt eine 1.7 (sd: 0.6) erlangten (1=sehr gut; 5=sehr schlecht). Es kam aber auch zu grenzüberschreitenden Aktivitäten mit geringem Nutzen. So entstand beispielsweise im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt eine Subarbeitsgruppe Rehabilitation, welche die Hindernisse und Probleme durchdenken sollte, die durch die vom Pilotprojekt angestossene Durchlässigkeit der beiden Versorgungssysteme entstehen (können). Insbesondere wegen Interessenskonflikten der Teilnehmenden wurde diese Arbeitsgruppe später eingestellt und stattdessen eine wissenschaftliche Vergleichsstudie von deutschen und schweizerischen Rehabilitationskliniken in Auftrag gegeben.

Zu welchen weiteren grenzüberschreitenden Aktivitäten könnte es in Zukunft kommen? Aus den Expertengesprächen sind Ideen bekannt, wie sich der länderübergreifende Austausch zwischen Ärzt/innen weiter fördern liesse. Erwähnt wurden von verschiedenen Gesprächspartnern im Bereich von Fort- und Weiterbildungsangeboten die Idee eines Konsiliar-Angebotes im Akutbereich, im Sinne der Anwesenheit des Schweizer Haus- oder Facharztes bei der Behandlung in der deutschen Klinik, um Erfahrung und Wissensaustausch zu fördern. Oder auch die Möglichkeit der Fortbildung für Schweizer Ärzt/innen in deutschen Kliniken (Fortbildungspunkte). Von Seiten der Zuweiser wurde

---

43 Laut Rückmeldung der deutschen Projektleitung wurden in der Befragung mindestens vier Kooperationen zwischen deutschen und Schweizer Leistungserbringern nicht genannt. Im August 2010 wird zudem eine grenzüberschreitende Arbeitsgruppe von Spitalärzten weitere Themenfelder für Kooperationen vorlegen.

44 Von den Befragten nicht erwähnt, aber ebenfalls ein Projekt mit Modellcharakter für die Schweiz war der Einsatz der Versichertenkarte (aufbauend auf der europäischen Versichertenkarte) an der Fussballeuropameisterschaft 2008 in der Schweiz mit dem Ziel der Sicherstellung der Notfallversorgung während des Grossanlasses.

schliesslich die Möglichkeit des Einsatzes von Schweizer Operateuren an deutschen Kliniken erwähnt oder auch die Eröffnung einer Belegarztklinik mit Schweizer Operateuren in Deutschland bzw. deutsche Operateure in Schweizer Spitälern.

6.2 Weitere Auswirkungen und Folgen des Pilotprojektes

Wie im Abschnitt 6.1 aufgezeigt, haben grenzüberschreitende Aktivitäten zwischen Schweizer Akut- und deutschen Rehabilitationskliniken über die Projektdauer zugenommen. Zwischen Schweizer und deutschen Akuthäusern blieb es gemäss den Angaben der Projektpartner im Grossen und Ganzen bei den bereits vorbestehenden Kooperationen. Parallel zum Pilotprojekt entstanden weitere thematisch begrenzte Modellversuche. Was lässt sich aus Sicht der befragten Projektpartner (deutsche Leistungserbringer, Schweizer Krankenversicherer, Schweizer Ärzt/innen/Leistungserbringer als Zuweiser) als weitere konkrete Auswirkungen des Pilotprojektes (2007 bis 2009) erkennen? Was waren die Hoffnungen/Befürchtungen, sind sie schlussendlich eingetreten? Aspekte, welche die Umsetzung des Pilotprojektes betreffen, bspw. Auswirkungen auf die Patientenmobilität oder positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern, werden hier nicht nochmals aufgegriffen (siehe Kapitel 3).

Übereinstimmend beurteilen die befragten Projektpartner die Auswirkungen des Pilotprojektes der *ersten drei Jahre* generell als gering, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

Keine Verlagerungen der Patientenströme und Mengenausweitung

Die wenigen Fälle des Pilotprojektes hatten keinen spürbaren Einfluss auf die Patientenströme. Es ist nicht davon auszugehen, dass einzelne Schweizer Leistungserbringern deutlich weniger Basler Rehabilitationsfällen aufnehmen konnten. Schweizer Rehabilitationskliniken, welche dies als erste gespürt hätten, wurden allerdings nicht befragt. Schweizer Krankenversicherer befürchteten aufgrund des grösseren medizinischen Angebotes eine Mengenausweitung der Behandlungen durch das Pilotprojekt. Wegen der geringen Anzahl Pilotprojektfälle lässt sich dies nicht beurteilen (jährliche Schwankungen, generelle Zunahme der Fälle über die Zeit). Rehabilitationsbehandlungen haben in den letzten drei Jahren in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft aber nicht überdurchschnittlich zugenommen.

Hinsichtlich Umlagerungen von der Zusatzversicherung auf die OKP ist gemäss den Gesprächspartnern von kleinen Effekten auszugehen. Da viele der Patient/innen im Pilotprojekt zusatzversichert sind (siehe Kapitel 2), wären wohl einige Fälle des Pilotprojektes über die Zusatzversicherung abgegolten worden und wurden nun im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass einige Versicherer und Leistungserbringer parallel zum Pilotprojekt Patientenaufnahmen im Zusatzversicherungsbereich in deutschen Kliniken anzuregen versuchen.

Bislang kein Einfluss auf Tarife in der Schweiz

Das Preisgefälle zwischen den Ländern für gleiche Leistungen wurde als zentrales Hindernis für weitere Verträge und Kooperationen im gesetzlichen Versichertenbereich genannt. So wichtig die niedrigen Tarife in Deutschland für die Überweisungen von Schweizer/innen sind, so problematisch sind sie im umgekehrten Fall in der Hinsicht, dass deutsche Kassen für die Behandlung ihrer Versicherten in der Schweiz mehr bezahlen, bzw. dass die Schweizer Tarife auch im Inland unter Druck kommen könnten. Letzteres hat sich im Verlauf des Pilotprojektes aber nicht bewahrheitet. Schweizer Kliniken können gemäss eigenen Aussagen deutschen Kliniken nicht einen Tarif anbieten, der günstiger ist als der Minimaltarif für Schweizer grundversicherte Patient/innen mit Wohnort Basel-Stadt. Die Auswirkung war daher vielmehr der Nicht-Abschluss von Verträgen auf deutscher Projektseite.

Einen gewissen Druck auf die Tarife der Schweizer Spitäler erwarten die meisten Gesprächspartner/innen vielmehr von der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012. Eine Senkung auf das Niveau der deutschen Spitäler sei aber nicht zu erwarten, wenn gleichzeitig das ärztliche und pflegerische Qualitätsniveau bzw. die personellen Rahmenbedingungen (wie Anstellungsbedingungen) gehalten werden sollen. Ein gewisses Preisgefälle werde so bestehen bleiben.

Patientenströme im Pilotprojekt gehen ausschliesslich in eine Richtung

Grundsätzlich trafen keine nicht geplanten Wirkungen des Pilotprojektes ein. Wie im Kapitel 5 aufgezeigt, konnten bspw. keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität beobachtet werden. Eine im weiteren Sinne ungeplante Wirkung war die Einseitigkeit der Patientenströme. Währenddessen im Zusammenhang mit der gesamten Patientenmobilität über die deutsch-schweizerische Grenze nicht von Einseitigkeit gesprochen werden kann, zeigt sich für das Pilotprojekt - gemessen an den Fallzahlen – deutlich ein einseitiger Patientenstrom von der Schweiz nach Deutschland. Die Erfahrungen aus dem EU-Kontext zeigen, dass ein derartiges Ungleichgewicht im Sinne eines ungleichen Nutzens für beide Länder das Projekt auf Dauer gefährden wird.

6.3 Rahmenbedingungen für permanente Lösung

Abschliessend werden kurz die Rahmenbedingungen beschrieben, welche die Projektpartner in den Expertengesprächen als Voraussetzung für eine permanente Öffnung der Grenzen genannt haben.

Die Öffnung der Grenzen im Gesundheitswesen wird unter gewissen Voraussetzungen von der Mehrheit der befragten Akteure begrüsst, solange sie Patientenströme in beide Richtungen ermöglichen. Tabelle 6.1 liefert einen Überblick zu den von den Projektpartnern genannten Rahmenbedingungen für eine permanente Grenzöffnung.

Tab. 6.1 Von Projektpartnern genannte Rahmenbedingungen für permanente Grenzöffnung

	Deutsche Leistungserbringer	**Schweizer Krankenversicherer**	**Schweizer Zuweiser** (Kliniken & niedergelassene Ärzt/innen)
Gesetzgebung /Leistungskatalog	Die permanente Öffnung ist in der deutschen Gesetzgebung bereits verankert, Schweiz müsste sie nachvollziehen.	Verankerung im KVG mit generell er Gültigkeit, insbesondere Ausweitung auf andere Grenzregionen, keine Einschränkung durch einen Leistungskatalog, Tarifschutz	Ausweitung auf ambulante Leistungen sowie nicht-ärztliche Leistungen
		Grenzüberschreitende Spitalplanung/Spitalliste	
Finanzierung	Anpassung der Pauschalen im Leistungskatalog an Teuerung / deutsche Sozialversicherungstarife	Bei Auslandsbehandlungen Finanzierung des Sockelbeitrages durch Kantone	Tarifeinigung für Spitalleistungen, ausgewogenes Tarifkonstrukt für Schweizer Ärzt/innen
		Keine Weiterführung des Anreizsystems für Patient/innen (siehe 3.2.1) zur Gewährleistung der Rechtsgleichheit für Behandlungen in der Schweiz und im Ausland	
Vertrauen & Information	Aufbau von Vertrauen zwischen allen Beteiligten		
	Wiederholte Information von Ärzteschaft und Bevölkerung		
Anreize & Nutzen		Grenzöffnung entspricht dem Bedürfnis der Bevölkerung	Möglichkeit der Fortbildung für Schweizer Ärzt/innen in deutschen Kliniken (Fortbildungspunkte)
			Beteiligung der Belegspitäler resp. Möglichkeiten für Schweizer Belegärzt/innen in Deutschland zu operieren

Quelle: Expertengespräche Pilotprojekt, 2008/2009

Die meisten Nennungen stammen von Schweizer Krankenversicherern und Schweizer Zuweisern. Nicht zuletzt deshalb betreffen genannte Gesetzesänderungen und Anpassungen bei den Finanzierungsmodalitäten in erster Linie das Schweizer Gesundheitssystem. Einige dieser gewünschten Änderungen waren unbestritten und konnten bereits für die zweite Projektetappe umgesetzt werden. So kam es in den neuen, ab 2010 gültigen Verträgen zwischen santésuisse (Schweizer Krankenversicherer) und den deutschen Leistungserbringern zu folgenden Änderungen:

- *Aufhebung des Leistungskataloges:* Der Leistungsumfang richtet sich nach den Pflichtleistungen gemäss KVG. Die deutschen Leistungserbringer kommunizieren den Schweizer Krankenversicherer die zugelassenen Diagnosegruppen und den massgeblichen Fallwert für akutsomatische Kliniken (E1plus-Liste) bzw. die massgeblichen Tagessätze mit Angabe der Indikationsfelder für Rehabilitationskliniken (Leistungsbeschriebe).
- *Anpassung der deutschen Pauschalen:* Es gelten die im Zeitpunkt der Leistungsvereinbarung geltenden Tarife. Veränderungen der sozialversicherungsrechtlichen Tarife werden im Pilotprojekt übernommen.
- Weiterführung*/Ausbau der Mitfinanzierung der Kantone:* Der Maximalbetrag des kantonalen Finanzierungsbeitrages an den Behandlungskosten (bisher: 250'000 Franken) ist nicht mehr fix, sondern wird jeweils im Oktober des Vorjahres festgelegt.

Die Ausweitung des Pilotprojektes auf ambulante Leistungserbringer – ein Vorschlag der zuweisenden Schweizer Ärzt/innen – wurde geprüft, von der Projektleitung aber wieder verworfen, trotz der anerkannt hohen Bedeutung der zuweisenden Ärzt/innen. Niedergelassene Schweizer Ärzt/innen sollen aber aktiv in die neu geplanten Aktivitäten im Bereich eHealth involviert werden (Faller 2010). Einige der genannten Rahmenbedingungen wie die wiederholte Information und erste vertrauensbildende Massnahmen könnten von den Projektpartnern in der zweiten Projektphase relativ einfach umgesetzt werden (siehe auch (Brand *et al.* 2008). Andere, wie die Möglichkeiten der Fortbildung in Deutschland oder die grenzüberschreitende Spitalplanung, bedürften wohl längerer Veränderungsprozesse. Insgesamt sollte die zweite Projektetappe als Chance wahrgenommen werden, die Weichen der Grenzöffnung in Richtung der genannten – sowie allfälliger weiterer, noch zu eruierender – Rahmenbedingungen zu stellen.

6.4 Synthese

Wie lassen sich die Auswirkungen und Folgen des Pilotprojektes gesamthaft beurteilen? Welche Rahmenbedingungen gilt es für eine zweite Projektphase zu schaffen? Hinsichtlich der Ausgangsfragen lässt sich folgendes feststellen:

Neue grenzüberschreitende Aktivitäten	→ Das Pilotprojekt hat in den ersten drei Jahren einige weitere grenzüberschreitende Aktivitäten hervorgebracht, welche von den Projektpartnern als insgesamt gut und nützlich beschrieben werden. Sie betrafen in erster Linie Aktivitäten entlang dem Behandlungspfad Schweizer Akutsomatik und deutsche Rehabilitation. → Schweizer Krankenversicherer waren selten in grenzüberschreitende Aktivitäten eingebunden. Dies weist auf die tendenziell passiv gelebte Rolle der Schweizer Krankenversicherer bei der konkreten grenzüberschreitenden Patientenmobilität hin. → Für Sommer 2010 sind weitere grenzüberschreitende Modellversuche in der Region geplant (bspw. im Bereich eHealth) - zum Teil unter Einbezug der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus beiden Ländern. Letztere sind bislang nur ungenügend in grenzüberschreitende Aktivitäten eingebunden.
Auswirkungen und Folgen der ersten drei Jahre	→ Die weiteren Auswirkungen des Pilotprojektes waren gering – in positiver wie auch in negativer Hinsicht. Befürchtete Folgen wie Mengenausweitungen oder Druck auf Schweizer Tarife sind (noch) nicht eingetreten, nicht zu letzt wegen der geringen Fallzahlen. → Als nicht geplante Folge traf die Einseitigkeit der Patientenströme im Pilotprojekt ein (wenige Pilotprojektfälle von deutschen Patient/innen in Schweizer Kliniken).
Rahmenbedingungen für permanente Lösung	→ Die Projektpartner stehen der Öffnung der Grenzen grundsätzlich positiv gegenüber, solange bestimmte Rahmenbedingungen gelten. Einige der gewünschten Rahmenbedingungen im gesetzlichen Bereich konnten bereits für die zweite Projektphase geändert werden (Erweiterung des Leistungskataloges, Anpassung der deutschen Tarife). → Es bedarf einschneidender struktureller Massnahmen wie einer länderübergreifenden Spitalplanung, wenn es zu deutlicheren Auswirkungen des Pilotprojektes kommen soll.

7 Schlussfolgerungen

7.1 Gesamtbeurteilung der Zielerreichung im Pilotprojekt

Wie erfolgreich waren die ersten drei Jahre des Pilotprojektes? Welche Bilanz lässt sich ziehen? Im Folgenden interessieren vor allem die Erfahrungen auf der Schweizer Projektseite, am Schluss des Abschnittes wird ein kurzer Blick auf die Bilanz der deutschen Projektseite geworfen.

Dass die Erfahrungen der ersten drei Jahre im Grunde positiv verliefen, zeigen bereits die für die Jahre 2010 bis 2014 erneuerten Verträge zwischen Schweizer Krankenversicherern und deutschen Kliniken. Die Projektpartner werten die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung weiterhin als Chance, diese sei über die letzten drei Jahre selbstverständlicher geworden und das sei das zentrale Verdienst des Pilotprojektes. Wie steht es aber mit der Erreichung der gesetzten Projektziele? Tabelle 7.1 fasst die Beurteilung der Zielerreichung zusammen.

Mittlere Zielerreichung hinsichtlich der Patientenmobilität in deutsche Rehabilitationskliniken

Auf dem Behandlungspfad zwischen Schweizer Akut- und deutschen Rehabilitationskliniken waren die ersten drei Jahre des Pilotprojektes im Wesentlichen erfolgreich: Die Fallzahlen nahmen kontinuierlich zu, die Zusammenarbeit über die Grenze funktionierte gut, es konnten Behandlungskosten eingespart werden, wenngleich auch nur in geringem Masse und ohne Einfluss auf die Prämien. Schliesslich kam es auch in fachlicher Hinsicht zu engerem Austausch. Allerdings betrafen diese positiven Entwicklungen lediglich jeweils einige wenige deutsche Kliniken, Schweizer Zuweiser (Kliniken) und Schweizer Krankenversicherer. Viele andere Projektpartner waren nicht aktiv mit Pilotprojektfällen beteiligt. Weitere Projektziele hatten eine mittlere oder kleine Zielerreichung. So ist von Informationsdefiziten bei Schweizer Patient/innen und Ärzt/innen hinsichtlich des Pilotprojektes auszugehen. Nur ein Teil der Schweizer Zuweiser sieht die Überweisung nach Deutschland für sich und die Patient/innen als Chance. Schliesslich konnte das - von deutscher Seite eingebrachte - Projektziel, medizinische Leistungen möglichst wohnortnah zu erbringen, nur teilweise erreicht werden. Es scheint allerdings, dass dieses Projektziel für Basler Reha-Patient/innen nicht vorrangig ist, nicht zuletzt wohl wegen dem beschränkten Angebot im eigenen Wohnkanton und der daraus resultierenden hohen interkantonalen Patientenmobilität.

Tab. 7.1 Gesamtbewertung der Erreichung der Projektziele

Projektziel	Zielerreichung CH Patient/innen in	
	D Reha-Klinik	D Akut-Klinik
1 Zunahme der Nutzung des grenzüberschreitenden Angebotes über die Projektdauer	mittel	tief
2 Erfolgreiche Umsetzung des Pilotprojektes		
Ausreichende Information der Patient/innen und Zuweiser	tief/mittel	tief
Anreize zur Teilnahme / Nutzen für Akteure	tief/mittel	tief
Gute Zusammenarbeit / funktionierende Abläufe	mittel/hoch	--
3 Zufriedenheit der Patient/innen mit Leistungen im Ausland	hoch	--
4 Keine Häufung von schweren Zwischenfällen	hoch	--
5 Längerfristige Senkung der stationären Behandlungskosten	mittel	tief
6 Erbringung der Leistungen möglichst nah am Wohnort	tief/mittel	tief
7 Enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit in fachlicher Hinsicht	tief/mittel	mittel/hoch*

-- lässt sich wegen der fehlenden/kleinen Fallzahlen nicht beurteilen

* unabhängig von Pilotprojekt vorbestehende Kooperationen

Kein Erfolg des Pilotprojektes hinsichtlich Schweizer Patient/innen in deutschen Akutkliniken

Behandlungen in Rehabilitationskliniken machen nur einen kleinen Teil aller stationären Behandlungen aus. Betrachtet man die grenzüberschreitende Patientenmobilität entlang *dem Behandlungspfad zwischen Schweizer Zuweisern und deutschen Akutkliniken*, war das Pilotprojekt gemessen an den gesetzten Projektzielen bislang nicht erfolgreich. Während der dreijährigen Projektdauer kam es zu praktisch keinen Fällen, so dass sich im Akutbereich einige Projektziele wie die Zufriedenheit der Patient/innen oder die Zusammenarbeit der Projektpartner nicht beurteilen lassen. Die Ergebnisse der verschiedenen Datenerhebungen weisen auf grundsätzliche Probleme auf diesem Behandlungspfad hin. So scheint es, dass Schweizer niedergelassene Ärzt/innen, welche hauptsächlich Zuweiser von Schweizer Patient/innen nach Deutschland wären, nicht über das deutsche Angebot im akutsomatischen Bereich informiert sind und somit auch nicht die Patient/innen darüber informieren können. Das deutsche Angebot findet zudem keine Nachfrage von Seiten der Schweizer Patient/innen und Zuweiser. Die wahrscheinlichsten Gründe dafür sind das ausreichende Schweizer Angebot in unmittelbarer Umgebung, fehlendes Vertrauen/Kenntnis der deutschen Leistungserbringung sowie fehlende Anreize. Zudem lädt die politische Grosswetterlage (Tarifauseinandersetzungen) auf nationaler Ebene die niedergelassenen Schweizer Ärzt/innen nicht dazu ein, ein weiteres Engagement ohne Entgelt oder Nutzen auf sich zu nehmen. Diese Umstände sind wohl nicht zuletzt verantwortlich für die fehlenden Fallzahlen.

Positive Folgeeffekte des Pilotprojektes

Die Zunahme der grenzüberschreitend behandelten Fälle sollte nicht als alleiniger Nutzen des Pilotprojektes gesehen werden. Weitere mögliche positive Folgeeffekte, wie bspw. ein grenzüberschreitender Informations- und Erfahrungsaustausch von Ärzt/innen und Pflegekräften, oder die gemeinsame Qualitätssicherung (regionale Qualitätsstandards) könnten weitere positive Entwicklungen sein (Bertelsmann Stiftung (Hrsg) 2003). So waren die Datenerhebungen zum Qualitätsmanagement im Rahmen der Evaluation erste Schritte in Richtung einer einheitlichen Qualitätsdarlegung in der Region. Weitere Beispiele für mögliche positive Effekte sind grenzüberschreitende Einsatzpläne zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Grossveranstaltungen oder auch die Weiterführung des grenzüberschreitenden Rettungswesens mit Rettungshubschraubern (REGA).

Durchzogene Bilanz des Pilotprojektes aus Sicht der deutschen Projektseite

Im Gegensatz zur Vertragsseite zwischen Schweizer Krankenversicherern und deutschen Kliniken, auf welcher das Pilotprojekt teilweise erfolgreich verläuft, hat sich auf deutscher Projektseite – gemessen an den Fallzahlen – kein Erfolg eingestellt. Über die gesamte Projektdauer waren die Fallzahlen innerhalb des Pilotprojektes auf sehr kleinem Niveau (pro Jahr unter 10 Fällen), währenddessen die Zahl deutscher Patient/innen mit Zusatzversicherung aus dem Landkreis Lörrach in Basler Spitälern weiterhin hoch ausfällt (jährlich gegen 400-500 Fälle). Wie lässt sich dies erklären? Aus der Bevölkerungsbefragung geht hervor, dass Lörracher/innen durchaus das Bedürfnis haben, sich in der Schweiz behandeln zu lassen: Nur 10 Prozent lehnen die Option einer Behandlung in der Schweiz expliziert ab (Demoscope 2009). Von den Befragten hatte die Hälfte keine Zusatzversicherung für Behandlungen in der Schweiz, womit sich ein grosses Potential für Pilotprojektfälle ergibt.

Gründe für die geringe Zahl der im Rahmen des Pilotprojektes in der Schweiz geleisteten Behandlungen sehen die befragten Projektpartner (Schweizer Kliniken, deutsche Krankenkassen, deutsche Kliniken und Ärzt/innen in ihrer Funktion als Zuweiser) teils in der Unkenntnis der Leistungserbringer und der Versicherten hinsichtlich der Vertragsinhalte zwischen deutschen Krankenkassen und Schweizer Kliniken, teils in der wesentlichen Beschränkung auf die Spitzenmedizin. Für diesen medizinischen Bereich mit wenigen Eingriffen pro Jahr entspricht das grenzüberschreitende Behandlungsvolumen überwiegend den Erwartungen. Anfragen im Zusatzversicherungsbereich betreffen hingegen ein breites Leistungsspektrum, welches über das Angebot innerhalb des Pilotprojektes hinausgeht. An erster Stelle standen dort orthopädische Leistungen (mehr als 25%), gefolgt von Behandlungen von Neubildungen (15%) (Simoes und Zink 2009). Für diese nachgefragten medizinischen Leistungen kamen unter den aktuellen Bedingungen des Pilotprojektes keine Verträge zustande.

Als erfolgskritisch für den weiteren Verlauf des Projektes benannten die Projektpartner Defizite bei der Leistungs- und Qualitätstransparenz der Schweizer Leistungserbringer und zusätzliche zu den verein-

barten bzw. hohe Vergütungsansprüche (Simoes und Zink 2008; Simoes und Zink 2009). Letzteres spricht die unterschiedlichen Prinzipien der Preisfindung oder Subventionsregelungen zwischen den Ländern an und vor allem das Kostengefälle zwischen deutschen und Schweizer Spitaltarifen, welches den Einkauf von Schweizer Leistungen – insbesondere im gesetzlichen Versicherungsbereich – durch deutsche Kassen ungemein erschwert. Für die Zukunft sind diesbezüglich Lösungen zu suchen, zeigt sich doch, dass ein Ungleichgewicht im Sinne eines ungleichen Nutzens für beide Länder das Projekt auf Dauer gefährden kann (Lögd 2006). Nicht zu vergessen ist dabei, dass im Zusammenhang mit der gesamten Patientenmobilität – über das Pilotprojekt hinaus – in der Region Basel-Lörrach keine Einseitigkeit von der Schweiz nach Deutschland festzustellen ist. Von deutscher Projektseite her wird zudem der Erfolg des Pilotprojektes nicht nur in zahlenmässig umfangreichen Patientenströmen gesehen, sondern vor allem auch in der Findung der idealen oder zumindest konsentierten Rahmenbedingungen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgungsregion (Giehl *et al.* 2010).

Erfolgreiche grenzüberschreitende Aktivitäten ausserhalb des Pilotprojektes

Obgleich die Auswirkungen der ersten drei Jahre des Pilotprojektes insgesamt gering sind, zeichnet sich die Region Basel-Lörrach durch viele grenzüberschreitende Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung aus. Dies zeigen die Fallzahlen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Zusatz- und Privatversicherungsbereich, der Start weiterer grenzüberschreitender Modellversuche zu – national viel beachteten – Themen (E-Health, E-Medication), sowie die unabhängig vom Pilotprojekt gut funktionierenden, grenzüberschreitenden Kooperationen in fachlicher Hinsicht zwischen deutschen und Schweizer Akutkliniken. Für die Weiterentwicklung des Pilotprojektes zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität stellt die Region Basel-Lörrach sicherlich ein ideales Umfeld dar.

7.2 Grenzen der Begleitevaluation

Das Pilotprojekt tangiert naturgemäss gesundheitspolitische Fragen, welche auf einen Vergleich des deutschen mit dem schweizerischen Gesundheitssystems hinauslaufen. So wurde die Frage nach den Kostenauswirkungen von den in Deutschland erbrachten medizinischen Leistungen gestellt, welches auch den Effekt der unterschiedlichen nationalen Abgeltungssysteme der Spitäler anspricht. Die Behandlungskosten sind zudem in den Kontext von Inhalt und Qualität der medizinischen Leistungen zu stellen, welches den Vergleich des Behandlungserfolgs in Deutschland und der Schweiz anspricht. Die Evaluation des Pilotprojektes konnte solche Fragen nicht umfassend beantworten, dafür bräuchte es das Untersuchungsdesign einer mehrjährigen Länder-Vergleichsstudie. Die Datenlage, insbesondere der z.T. schwierige Datenzugang (keine Verpflichtung der Projektpartner zur umfassenden Datenlieferung) aber auch die kleinen Fallzahlen erschwerten die Beantwortung dieser Fragen zusätzlich. Die Ergebnisse der Evaluation liefern somit neue wertvolle Hinweise zu den Projektfragen, aber noch keine abschliessenden Resultate und kein Vergleich der zwei Gesundheitssysteme. Vergleichende Ergebnisse zu Rehabilitation in Deutschland und der Schweiz verspricht man sich von der im Sommer 2010 vorliegenden Studie der Uni Basel.

Obgleich es für die Evaluation der ersten Projektetappe geplant war, konnten – insbesondere wegen dem schwierigen Datenzugang – keine Angaben zu in der Schweiz behandelten Basler Patient/innen gesammelt werden, welche zur Teilnahme am Pilotprojekt berechtigt gewesen wären. Die Befragung dieser Vergleichspopulation hätte wertvolle Hinweise zu Ablehnungsgründen des Pilotprojektes und dem Bedarf der Basler Patient/innen an deutschen medizinischen Angeboten geliefert. Für die zweite Projektetappe sollte diese komplementäre Patientenbefragung wenn möglich realisiert werden.

Hinsichtlich der Datenerhebungen im Pilotprojekt (Routinedaten, Expertengespräche, Zusatzbefragungen) verhielten sich die Projektpartner in der Regel sehr kooperativ. Die Datenqualität war in der Regel gut, die gelieferten Daten zum Teil aber unvollständig. Dies betraf insbesondere die Angaben der Krankenversicherer zu Diagnosen und durchgeführten Behandlungen in Deutschland. Eine Schwierigkeit in diesem Kontext stellte das zwischen den Ländern unterschiedliche Kodiersystem dar. Dank dem Leistungskatalog konnten die meisten Fälle einem Leistungsbereich zugeordnet werden. Mit Blick auf die zweite Projektphase ohne Leistungskatalog auf der Schweizer Projektseite, sollten Verbesserungen bei der Datenqualität angestrebt werden.

7.3 Ausblick auf die zweite Projektphase (2010 bis 2014)

Zukünftige Entwicklungen im Projekt

Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen im Pilotprojekt ist grundsätzlich von einer Fortführung der beobachteten Entwicklungen auszugehen (Zunahme der Fallzahlen in deutschen Rehabilitationskliniken, geringes Behandlungsvolumen im deutschen und schweizerischen Akutbereich). Der Wegfall des Leistungskataloges auf der Schweizer Seite sowie die stärkere Projektbeteiligung der Schweizer Krankenversicherer könnten sich in der zweiten Projektetappe durchaus positiv auf die Fallzahlen im Akutbereich auswirken, ebenso die Umwandlung des Spitals Riehen per Januar 2010 in ein Gesundheitszentrum[45]. Hinsichtlich der zukünftigen Fallzahlen zeigen die Erfahrungen aus dem EU-Raum klar auf, dass grenzüberschreitende Patientenmobilität im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in den meisten Regionen ein marginales Phänomen darstellt (Bertelsmann Stiftung (Hrsg) 2003; Rosenmöller und al 2006; Vallejo und al 2009). Die an das Pilotprojekt geknüpften Erwartungen sollten diesem Umstand Rechnung tragen.

Die Hoffnung, dass sich durch vertraglich-wettbewerbliche Mechanismen allein ein Miteinander gestaltet, erweist sich angesichts der Erfahrungen der ersten drei Projektjahre trügerisch, insbesondere für die deutsche Projektseite und aufgrund der Problematik des Preisgefälles. Zentral wird sein, inwiefern die politischen Partner in den kommenden Jahren die Idee der gemeinsamen Planung der Gesundheitsregion Basel-Lörrach weiterverfolgen. Es ist anzunehmen, dass ein substanzieller und gezielter Abbau von medizinischen Leistungen in den Basler Kantonen und dem Landkreis Lörrach mit dem Ziel der Neugestaltung der Versorgungsstruktur die grenzüberschreitenden Fallzahlen stark erhöhen würden. Ob dies politischer Wille wird und an welchen Prinzipien er sich orientieren wird – Wettbewerb oder Kooperation – wird sich weisen. Für letzteres bringen sowohl die Schweizer Kantone mit ihrer gemeinsamen Spitalplanung als auch der Landkreis Lörrach mit dem „Lörracher Weg“ (Simoes *et al.* 2007) Erfahrungswissen mit.

Schliesslich sind die regionalen Veränderungen nicht unabhängig von Entwicklungen auf nationaler Ebene. Die Einführung von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern (2012) wird Deutschland und die Schweiz punkto Finanzierungsbedingungen im Akutbereich annähern und kann für beide Länder positive Entwicklungen mit sich bringen (bspw. Erfahrungswissen der deutschen Rehabilitationskliniken bei frühzeitigen Entlassungen, vergleichbare Finanzierungsabläufe und damit Vereinfachung von grenzüberschreitenden Verträgen). Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich der Erfahrungsvorsprung für deutsche Kliniken mit DRG-basierten Fallpauschalen für das Pilotprojekt als förderlich herausstellen wird.

Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Die Erfahrungen der ersten drei Projektjahre deuten auf verschiedene erfolgskritische Rahmenbedingungen hin:

Ergänzungspotential: Die festgestellten Unterschiede in der Inanspruchnahme hinsichtlich Altersgruppen, Inhalten und Behandlungsorten weisen darauf hin, dass Leistungen aus dem grenzüberschreitenden Angebot nachgefragt werden, welche von Patient/innen – aus unterschiedlichen Gründen – als ergänzend zum landeseigenen Angebot wahrgenommen werden. Dies weist auf ein systematisches Ausloten von Ergänzungspotentialen hin, wenn es um die Ausgestaltung einer Gesundheitsregion geht bzw. die Orientierung am Gesamtbedarf der Region und den Bedürfnissen der Bürger/innen. Die Kriterien für die Zugangsberechtigung und das Angebot sollten definiert und konsistent mit dem Versorgungsumfang im Inland sein (Simoes und Zink 2009).

Grenzüberschreitende Behandlungspfade: Es hat sich in anderen Kontexten gezeigt, dass Behandlungspfade neben Effizienz- und Qualitätssteigerung den Vorteil von einer wesentlichen Verbesserung der Kommunikation zwischen einweisenden Ärzt/innen (und Patient/innen) und den Leistungserbringern haben (Schmitz-Rixen 2003). Der laut Selbstangaben hohe Anteil eingeführter Behandlungspfade in Basler und Lörracher Kliniken lässt daher für die betreffende Region Anknüpfungspunkte für eine weitere und verbesserte grenzüberschreitende Zusammenarbeit vermuten. Die konkrete

[45] Gesundheitszentrum Riehen (BS) mit ambulantem Gesundheitszentrum und Geriatriespitalabteilung

Ausgestaltung der integrierten Versorgung im grenzüberschreitenden Kontext, z.B. das Arbeiten in einem partnerschaftlichen anstatt hierarchischem Netzwerk (Pfaff und al 2005), müsste vertieft analysiert werden.

Transparenz: Es hat sich bewährt, die Tarife für die zugelassenen medizinischen Behandlungen wie auf der Schweizer Projektseite in einem gemeinsamen Regelwerk zu fixieren. Damit besteht Klarheit über die im Rahmen des Pilotprojektes angebotenen medizinischen Leistungen und es besteht keine Konkurrenz zwischen den teilnehmenden Krankenversicherern um vorteilhafte Vertragsbedingungen. Transparenz beim Leistungseinkauf zeigte sich in anderen EU-Projekten für eine längerfristige Zusammenarbeit entscheidend (Wolf und al 2006). Auf Seite der deutschen Kliniken besteht eine Leistungs-, Abrechnungs- und Qualitätstransparenz, welche die Zusammenarbeit mit den Schweizer Krankenversicherer begünstigten. Weiter zu berücksichtigen bleibt die Problematik der Risikoselektion, die im grenzüberschreitenden Kontext möglicherweise einer noch unübersichtlicheren Anreizstruktur unterliegt als im Inland. Die Vereinheitlichung und damit grenzüberschreitend vergleichbare Darstellung von Qualitätsanstrengungen wäre bezogen auf das Anliegen des Pilotprojektes in Zukunft weiter zu verfolgen, ob über ein europaeinheitliches Indikatorensystem wie die „Patient safety indicators“ oder eine spezifisch regionale Lösung. Auch in anderen grenzüberschreitenden Projekten der EU ist die fehlende Transparenz über Qualitätsanstrengungen als Problem bekannt (Groene et al 2009). Ergebnisse des EU-Projektes MARQuIS, welches sich mit der Evaluation verwendeter Qualitätsstrategien der teilnehmenden Länder bei grenzüberschreitender Patientenmobilität bzw. der Information der involvierten Akteure darüber befasst (Sunol und al 2009), könnten auch für die Grenzregion Basel-Lörrach richtungsweisend werden.

Vertrauensfördernde Massnahmen: Neben der Unkenntnis über das Pilotprojekt werden das fehlende Vertrauen von Schweizer Zuweisern in deutsche Anbieter sowie fehlende grenzüberschreitende Netzwerkaktivitäten als Gründe für ausbleibende Überweisungen nach Deutschland vermutet. Um den länderübergreifenden Austausch auf kollegialer und fachlicher Ebene zu fördern, setzen mehrere Gesprächspartner in den Interviews auf den Bereich von Fort- und Weiterbildungsangeboten. Es wäre zusammen mit den betroffenen Ärzteschaften systematisch zu vertiefen, über welche weiteren Wege ein institutionalisierter Austausch erfolgen könnte. Erste Schritte zur besseren Information von Ärzt/innen sowie Patient/innen über die Gesundheits- und Versorgungssysteme und Behandlungsangebote in der Grenzregion wurden bereits unternommen. So wurde eine Internet-Plattform zum Pilotprojekt aufgebaut, welche sich nach Muster anderer Grenzregionen weiter ausbauen liesse (siehe bspw. www.euregiogesundheitsportal.de). Der geplante Einbezug der Ärzt/innen in weitere grenzüberschreitende Projekte (e-Health) scheint ebenfalls erfolgversprechend. Diese können weitere Akteure, welche im Pilotprojekt bislang nicht vertreten waren (wie die Schweizer niedergelassenen Ärzt/innen), in die gesamte grenzüberschreitende Zusammenarbeit einbinden.

Die zweite Projektetappe bietet nun die Gelegenheit, unter Einbezug aller Partner die Vision der länderübergreifenden Gesundheitsregion Basel-Lörrach zu erarbeiten inklusive der damit einhergehenden strukturellen - und für beide Länder symmetrischen - Rahmenbedingungen.

8 Zusammenfassung aus dem Schlussbericht des KCQ (deutsche Projektseite)

Hintergrund

Der Landkreis Lörrach liegt im äußersten Südwesten der Bundesrepublik im sogenannten "Drei-Länder-Eck". Er grenzt mit dem Rhein im Süden in einer Länge von fast 45 km an die Schweiz (Basel) und im Westen an Frankreich (ca. 20 km Grenze). Traditionell bestehen auf vielen Ebenen bi- und trinationale Kooperationen. Nun sollen die Grenzen in der Gesundheitsversorgung zwischen den Basler Kantonen und dem Landkreis Lörrach durchlässiger werden. Dafür steht das Modellprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland / Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach“. Es startete zum 1. Januar 2007. Langfristiges Ziel des am 26. Januar 2007 konstituierten Trinationalen Eurodistricts Basel ist es, im Interesse der Bürger den Grenzeffekt zunehmend zu überwinden. Das Pilotprojekt einer Gesundheitsregion Lörrach – Basel ist ein Schritt in diese Richtung. Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf Versicherte aus dem Landkreis Lörrach und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft und war zunächst auf eine Dauer von drei Jahren angesetzt (2007 – 2009). Am 24.06.2009 wurde vom Eidgenössischen Departement des Inneren eine Verlängerung des Projektes um weitere fünf Jahre verfügt (auf deutscher Seite besteht keine zeitliche Limitierung). Zwischen den am Pilotprojekt teilnehmenden deutschen Gesetzlichen Krankenkassen und mehreren Schweizer Einrichtungen der stationären Versorgung existieren Einzelverträge zu ausgewählten medizinischen Leistungen. Etwa 85 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten im Landkreis Lörrach waren durch die Verträge ihrer Krankenkassen mit Schweizer Einrichtungen zur Teilnahme am Pilotprojekt berechtigt. Insgesamt nahmen 21 Schweizer und sechs deutsche Krankenversicherungen sowie sechs Schweizer und 15 deutsche Einrichtungen der stationären Versorgung am Pilotprojekt teil. Für Deutschland steht das Projekt in der Tradition grenzüberschreitender Verträge zur Gesundheitsversorgung, die in verschiedenen deutschen Grenzregionen in den vergangenen zehn Jahren vereinbart wurde (z. B. mit Belgien, den Niederlanden, Österreich). Neu in diesem Projekt ist, dass es sich mit dem Partnerland Schweiz nicht um ein Mitglied der Europäischen Union handelt.

Zielsetzung

Die Erhöhung der Patientenfreizügigkeit zwischen den beiden Staaten, wohnortnahe Behandlungsangebote und weniger Bürokratie stehen im Mittelpunkt. Das Pilotprojekt soll zeigen, inwieweit und unter welchen Rahmenbedingungen Auslandsbehandlungen in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und schließlich eventuell im ambulanten Sektor langfristig sinnvoll ermöglicht werden können, unter der Vorbedingung solidarisch finanzierter Gesundheitssysteme. Dazu wird das Pilotprojekt durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) und das KCQ ausgewertet. Obsan ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die Gesundheitsinformationen in der Schweiz analysiert und Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung und Entscheidungsfindung unterstützt. Die Vertragspartner auf deutscher Seite haben mit der Begleitevaluation das KCQ vor dem Hintergrund seiner langjährigen Erfahrung mit den medizinischen Versorgungsstrukturen im Landkreis Lörrach beauftragt.

Datenbasis und Methodik

Die Evaluation ist als ein Entwicklungsprozess konzipiert, der Feedback und Anpassungen erlaubt, und über eine Zeitspanne von drei Jahren geplant. Themen sind die Akzeptanz in der Region ebenso wie die Auswirkungen für die einzelnen Vertragspartner. Berücksichtigung finden patienten- und systembezogene Aspekte der Gesundheitsversorgung und der gesundheitsökonomische Impact. Dabei sollen die verschiedenen Kategorien „mobiler“ Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise Grenzgänger, Touristen oder Kranke, welche die Behandlung im Ausland z. B. aus Qualitäts- oder Kostengründen gezielt suchen, besonders fokussiert werden. Auch die grenzüberschreitende fachliche Zusammenarbeit interessiert. Die Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzepte der Evaluation sind gemeinsam von Obsan und KCQ erarbeitet worden und werden in beiden Ländern, mit kleineren länderspezifischen Adaptionen, gleich eingesetzt.

Die Evaluation des Pilotprojektes hat zwei grundlegende Ausrichtungen: Parallel zum Ablauf des Pilotprojektes sollen der Verlauf und die Leistungen des Projektes gemessen und transparent gemacht werden (**Prozessevaluation**, Monitoring). Hierfür wurden zwei Zwischenberichte für die Jahre 2007 und 2008 erstellt.

Der vorliegende Bericht ist der Abschlussbericht nach der projektierten Laufzeit von drei Jahren. Als Datenquellen liegen die Daten zu Kostenübernahmeanträgen (Erstkontaktlisten) und Klinikaufenthalten (Routinedaten, inklusive einer Stichprobe von Zusatzversicherten) bei grenzüberschreitenden Behandlungen, sowie die Ergebnisse der Expertengespräche vor.

Im Schlussbericht werden die erhobenen Daten und ihre Entwicklung im Projektverlauf dargestellt. Da das Projekt über die Laufzeit mehrere Entwicklungsphasen durchlief wird auf eine ausschließlich Zusammenfassende Darstellung verzichtet. Wegen der Vielfalt der zu beantwortenden Fragen und der zumeist schwierigen Datenlage ist es in Evaluationen üblich, mehrere Datenquellen und verschiedene Erhebungsmethoden zu verwenden. Dieser **multi-methodische Ansatz** findet auch hier Anwendung. Es wird dargestellt, ob und in welchem Ausmaß die von der Projektleitung vorgegebenen Projektziele erreicht wurden und ob allenfalls nicht beabsichtigte Wirkungen eintrafen (**summative Evaluation**).

Ergebnisse nach drei Projektjahren

In den Jahren 2007 bis 2009 traten 1.449 (2007: 518, 2008: 394, 2009: 537) Versicherte (davon 878 Frauen, 571 Männer), für die auswertbare Daten aus der Erhebung zu den Kostenübernahmeanträgen in den **Erstkontaktlisten** vorliegen, für eine medizinische Behandlung in der Schweiz mit einer der im Pilotprojekt eingebundenen Gesetzlichen Krankenkassen in Kontakt. Die Anfragen betrafen ein breites Leistungsspektrum, das über das Angebot innerhalb des Pilotprojektes hinausgeht. An erster Stelle standen orthopädische Leistungen (2009: 22,4%, 2008: 25,6%, 2007: 22,2%), gefolgt von Behandlungen wegen Neubildungen (2009: 17,7%; 2008: 14,7%; 2007: 20,5%). Die 20 häufigsten Diagnosen machen im Schnitt etwa 43 Prozent des Spektrums aus. Das Nachfrageprofil für die universitären Standorte zeichnet sich durch seine Diagnosevielfalt aus, das eine Inanspruchnahme in ganz unterschiedlichen medizinischen Bereichen dokumentiert. Hingegen weisen die anderen Standorte charakteristische inhaltliche Schwerpunkte bei den Anfragen auf, beispielsweise auf orthopädischem oder gastroenterologischem Gebiet. Beim jahresüberschreitenden Vergleich der Nachfrageprofile für die einzelnen Einrichtungen zeigen sich Ähnlichkeiten in der Schwerpunktsetzung. Auch eine Vielzahl von Schweizer Einrichtungen wurde angefragt, die nicht Vertragspartner im Pilotprojekt sind, einzelne davon mit zunehmender Frequenz. Diese letztgenannten zeichnen sich dadurch aus, dass sie Partner von projektbeteiligten Einrichtungen in Deutschland sind, mit ausgewiesen guter Zusammenarbeit (s. Schweizer Bericht). Nur die Hälfte der – nach Anzahl der Anfragen gelisteten – Top 10-Standorte war auch Partner im Pilotprojekt.

Wie in den Vorjahren (1. und 2. Zwischenbericht) erfolgten die vereinbarten Datenlieferungen nur von einem Teil der Krankenkassen auf deutscher Seite. Für das Jahr 2009 lagen die Daten von zwei großen Kostenträgern mit insgesamt deutlich mehr als 50 % Marktanteil vor. Es kann angenommen werden, dass die hier dargestellten absoluten Zahlen von teilnehmenden Versicherten realiter nahezu zu verdoppeln sind, sodass hinsichtlich Nutzungszunahme und absoluten Nutzungsvolumens ein durchaus positives Resultat entsteht.

Während 2007 die Initiative zu einer Behandlung in der grenznahen Schweiz bei vollständiger Dokumentation überwiegend von den Versicherten ausging, überwogen in den Folgejahren die behandelnden Ärzt/innen (wie es der Einweisungspraxis in die stationäre Akutbehandlung entspricht). Das Durchschnittsalter der Antragstellenden belief sich auf 56,4 (2007: 56,3; 2008: 53,2; 2009: 59,8) Jahre. Es lag bei weiblichen Versicherten mit 58,9 (2007: 59,6; 2008: 56,7; 2009: 60,3) Jahren höher als bei männlichen mit 53,0 (2007: 51,7; 2008: 48,4; 2009: 58,8) Jahren. Die Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahren bzw. zwischen 60 und 75 Jahren stellten jeweils über ein Drittel der Antragstellenden (15-59 J: 2007 38,8%; 2008 45,7%; 2009 34,8%; 60-75 J: 2007 38,6%; 2008 31,5%, 2009 39,5%). In die Altersgruppe von 15 bis 59 Jahren fielen insgesamt 568 von 1.449 Patient/innen (39,2%), in die Altersgruppe > 60 Jahre fielen 536 von 1.449 Patient/innen (37,0%). Außer bei Kindern und Jugendlichen überwog das weibliche Geschlecht, dies korrespondiert zu den bekannten geschlechtsassoziierten Unterschieden in der Krankenhaushäufigkeit im Inland.

Fünf Behandlungsfälle entsprachen 2009 den Rahmenbedingungen des Pilotprojektes. Hiervon hatten drei eine Zusatzversicherung. Im Jahre 2008 entsprachen acht Behandlungsfälle (Daten aus unterschiedlichen Datenquellen) den Rahmenbedingungen des Pilotprojektes, 2007 waren es elf Behandlungsfälle. Von den insgesamt 1.449 Antragstellenden, die in den Erstkontaktlisten erfasst sind, verfügten 1.376 (2007: 517; 2008: 359; 2009: 503) über eine Zusatzversicherung für Auslandsbehandlungen. Dies entspricht einem Anteil von 95 Prozent (2009: 97%; 2008: 90%; 2007: 97%). Keine Angaben fanden sich bei 14 Anträgen (1%). Man kann davon ausgehen, dass die Krankenhausaufenthalte bei Patient/innen mit Zusatzversicherung auf der Basis der bisherigen Kostenerstattungspraxis in der Schweiz realisiert wurden. Damit übersteigt die Inanspruchnahme von Schweizer Einrichtungen außerhalb des Pilotprojekts um ein Vielfaches Behandlungen infolge und auf der Basis des Pilotprojektes.

Darüber hinaus besteht eine Inanspruchnahme durch die Versichertengruppe der Grenzgänger, deren Umfang durch Obsan einer Schätzung unterzogen wurde (s. Kapitel 4.5 und Schweizer Bericht). Privatversicherte tragen ebenfalls zum grenzüberschreitenden Patientenstrom bei, dessen Umfang sich den bisherigen Datenerhebungen entzieht. Die in den Erstkontaktlisten dokumentierten Anfragen richteten sich auch auf Behandlungsfelder, die im Landkreis Lörrach selbst, teilweise von mehreren Einrichtungen, angeboten werden. Dieser Anteil hat zugenommen.

Die wenigen Daten (2007: Elf Fälle, hiervon bestand bei fünf Fällen eine Zusatzversicherung; 2008: Ein Datensatz aus Erstkontaktlisten, ein Datensatz aus Routinedaten, sechs Behandlungsfälle nach Angaben in Expertengesprächen; 2009: Fünf Fälle, drei hiervon mit Zusatzversicherung) zu Behandlungen unter den Bedingungen des Pilotprojekts sind in Vollständigkeit und Verwertbarkeit eingeschränkt und erlauben, nicht zuletzt aus Gründen des Datenschutzes, keine detaillierte Darstellung.

Eine Stichprobe aus Routinedatensätzen zu Behandlungen in der Schweiz unter Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbedingungen (N = 23), die von einer Krankenkasse freundlicherweise zusätzlich zur Evaluation zur Verfügung gestellt wurde, konnte zusammen mit dem Behandlungsfall unter Projektbedingung einer näheren Auswertung zugeführt werden, allerdings ist auch hier die Beurteilbarkeit durch fehlende Daten eingeschränkt. Lediglich in einem Fall wurde eine DRG benannt, in keinem Fall Prozeduren, nur in neun Fällen zusätzlich zur Hauptdiagnose auch eine Nebendiagnose. Für diese Behandlungen (ohne Anspruch auf Repräsentativität) belief sich der Mittelwert des Kostenvolumens pro Behandlungsfall auf etwa 7.500 Euro, bei einer Kostenrange von ca. 800 bis 22.000 Euro. Hochgerechnet auf 395 Behandlungsfälle in 2008 (für die patientenbezogene Datensätze aus Erstkontaktlisten und Routinedaten vorliegen) ergibt sich ein grenzüberschreitender Finanzstrom von ca. 3 Mio. Euro. Hinter den 88 ambulanten Behandlungsfällen am Krankenhaus aus einem vorbestehenden grenzüberschreitenden Vertrag steht ein durchschnittliches Kostenvolumen von ca. 9.000 Euro pro Behandlung (persönliche Mitteilung). Der gesamte **Finanzstrom** aus diesen Angaben lässt sich somit auf ca. 3,8 Mio. Euro schätzen, davon aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung ca. 1,5 Mio. Euro. Damit übersteigt das privat finanzierte Finanzvolumen für Versorgungsleistungen in die Schweiz die Ausgaben für grenzüberschreitende Behandlungen aus Mitteln der GKV 2008 bei weitem. Würde das gesamte Volumen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung gehen, würde diese bei derzeitigem Preisniveau (in der Schweiz bzw. in Deutschland) durchschnittlich das 4,2-fache gegenüber einer Behandlung in Deutschland ausgeben. Die Durchschnittskosten für Behandlungen in der Schweiz aus den verwertbaren Datensätzen 2007 beliefen sich auf ca. 10.000 € pro Fall. Die für 2007 zur Auswertung zur Verfügung stehenden Routinedatensätze beinhalteten auch DRGs bzw. Diagnosen aus dem onkologischen Fachgebiet, welche in der oben dargestellten Stichprobe nicht enthalten waren. Von daher ist der für 2008 geschätzte Wert eher als eine niedrige Schätzung zu betrachten.

Erkenntnisse zur bisherigen **Umsetzung** des Pilotprojekts beruhen einmal auf der Auswertung der Expertengespräche, die vom KCQ mit Vertreter/innen von vier Schweizer Akutkrankenhäusern (davon drei im Projekt beteiligt, eines durch vorbestehenden grenzüberschreitenden Versorgungsvertrag verbunden) geführt wurden. Außerdem wurden – in ihrer Eigenschaft als Zuweiser – Vertreter/innen von drei deutschen Krankenhäusern (davon ein Klinikverbund) und drei Vertreter/innen der niedergelassenen Ärzteschaft im Landkreis Lörrach in die Expertenbefragung einbezogen. Alle angefragten Einrichtungen und Personen waren zu einem Gespräch bereit. Gründe für die geringe Zahl der *im Rahmen des Pilotprojekts* in der Schweiz geleisteten Behandlungen werden teils in der Unkenntnis der Leistungserbringerseite und der Versicherten hinsichtlich der Vertragsinhalte zwischen deutschen Krankenkassen und Schweizer Projektpartnern gesehen, teils in der wesentlichen Beschränkung auf die Spitzenmedizin. Für diesen medizinischen Bereich entspricht das grenzüberschreitende Behand-

lungsvolumen überwiegend den Erwartungen. Darüber hinaus liegen Gründe darin, dass es den deutschen Krankenkassen nicht gelang, weitere Vertragspartner bei Schweizer Krankenhäusern zu finden und/oder bei den Schweizer Vertragspartnern die Bereitschaft zur Behandlung unter den aktuellen Bedingungen des Pilotprojekts rückläufig war. Eine explizite Ablehnung von deutschen Pilotprojekt-Patient/innen sei wohl nicht erfolgt. Verbesserungspotential bei der Kommunikation zwischen den Akteuren wird auf allen Ebenen gesehen, außerdem Defizite in der Transparenz der Projektabläufe und bei der gegenseitigen Wertschätzung der Akteure.

Zwar werden Probleme beim medizinisch-inhaltlichen Ablauf der grenzüberschreitenden Behandlungsketten überwiegend nicht gesehen, ein erhöhtes Risikopotential für die Patient/innen nur vereinzelt angenommen. Jedoch bestehen nach mehrheitlicher Beobachtung organisatorische Problemfelder wie verspätete und mangelnde Information zu Behandlungen in der Schweiz, Wartezeiten und Hemmnisse bei gesetzlich Versicherten für Behandlungen in der Schweiz (auch unabhängig vom Pilotprojekt). Als erfolgskritisch für den weiteren Verlauf des Projekts benennen die Zuweiser ebenso wie die deutschen Krankenkassen überwiegend Defizite bei der Leistungs- und Qualitätstransparenz der Schweizer Leistungserbringer und zusätzliche bzw. hohe Vergütungsansprüche. Die Schweizer Leistungserbringer machen hingegen höheren Finanzbedarf geltend und sind in der Mehrzahl mit den aktuellen Vertragsbedingungen nicht zufrieden.

An der Sachstandserhebung zu Qualitätsanstrengungen bei den Projektpartnern beider Länder beteiligten sich 15 von 18 Einrichtungen (90% auf deutscher Seite, 71% auf Schweizer Seite). Anhalt dafür, dass in einem der Partnerländer keine oder nicht ausreichende Anstrengungen zum Aufbau eines medizinischen Qualitätsmanagements geleistet würden, ergibt sich aus den Selbstauskünften nicht. Der Blick auf die einzelnen Instrumente des internen medizinischen Qualitätsmanagements zeigt, dass sie in beiden Ländern in vergleichbarem Maß zum Einsatz kommen, insbesondere auch das Instrumentarium zur Gewähr hoher Patientensicherheit. Der Blick auf Maßnahmen der externen Qualitätssicherung spiegelt die bislang in den beiden Ländern unterschiedliche Ausprägung externgesetzlicher Verpflichtung wieder.

Schlussfolgerungen

Hemmnisse beim Ausbau grenzüberscheitender medizinischer Versorgungswege werden nach Ablauf des Pilotprojektes in verschiedener Hinsicht gesehen. Gleichzeitig werten die Akteure eine wohnort- und bürgernahe grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nach wie vor als Chance. Dass die grenzüberschreitende Versorgung selbstverständlicher geworden sei, wird als ein zentrales Verdienst des Pilotprojekts verzeichnet. Dennoch kann die Auswertung der drei Projektjahre auf verschiedene Problemzonen aufmerksam machen, deren verbesserte Handhabung zum weiteren Gelingen des Projektes beitragen könnte. Dazu zählen die Beachtung der Vertragsinhalte und Verbesserungen bei der Koordination und der Kommunikation zwischen den Akteuren sowie bei der Leistungs- und Qualitätstransparenz. Mobilität erfordert Vertrauen. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und Maßnahmen des Qualitätsmanagements dienen ebenso wie eine wertschätzende Kommunikationskultur in erster Linie der Vertrauensbildung. Hierin zeichnet sich ein weiterer Nutzen durch das Pilotprojekt ab: Für den in den vergangenen Projektjahren gesuchten Weg zu einer grenzüberschreitend einheitlichen Qualitätsdarlegung – nicht nur ein Problem im deutsch-schweizerischen Kontext – eröffnen sich richtungsweisende Optionen. Die Erhebung zum Qualitätsmanagement war hierbei ein erster Schritt. In beiden Ländern haben mit Ausnahme einer deutschen und zweier Schweizer projektbeteiligten Einrichtungen, die keine Angaben vorgelegt haben und daher keiner Bewertung zugänglich sind, alle im Projekt beteiligten Einrichtungen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und ein medizinisches Qualitätsmanagement vorzuweisen. Insbesondere sind Anstrengungen zur Wahrung der Patientensicherheit in vergleichbarem Maß vertreten. Die hohe Beteiligung an der Erhebung aus beiden Ländern zeigt das Interesse der Beteiligten und den Willen, Qualitätstransparenz für die Projektpartner zuzulassen, auf- und auszubauen.

Es scheint, dass in der aktuellen Projektphase vorderste Priorität der Darstellung und Kommunikation des Projektzieles zukommt. Die Hoffnung, dass durch vertraglich-wettbewerbliche Mechanismen sich ein Miteinander aus sich selbst heraus gestalte, erweist sich angesichts der Erfahrungen der drei Projektjahre als trügerisch. Die Probleme aufgrund des unterschiedlichen Preisgefüges der beiden beteiligten Gesundheitssysteme scheinen die Umsetzung des Pilotprojektes zunehmend zu dominieren. Hinzu kommen Unterschiede im Verständnis von Transparenz. Eine projektbezogen gute Transparenz

findet sich bei Schweizer Versicherungen und deutschen Kliniken, eine verbesserungsfähige Transparenz bei Schweizer Kliniken und deutschen Versicherungen. Der Perspektive, dass diese Hemmnisse das Projekt auch gefährden können, steht insbesondere der von allen Befragten uneingeschränkt getragene Wille zur gemeinsamen Gestaltung der (Gesundheits-)Region entgegen. Hier besteht ein zentraler Ansatzpunkt für die Planung des weiteren Projektkonzepts. Der Landkreis Lörrach blickt auf die Erfahrungen des „Lörracher Wegs“ zurück. Hier wurde ein selbstbestimmter Weg zur Neugestaltung der Versorgungsstruktur in der Region gesucht und gefunden. Angesichts der vorgestellten Probleme bietet sich für die weitere Projektgestaltung auch eine Orientierung an den Grundprinzipen des Lörracher Wegs an: Als handlungsleitendes Prinzip wurde Wettbewerb durch Kooperation ersetzt.

Perspektiven

Der Bekanntheitsgrad des Pilotprojektes „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland/Schweiz im Gesundheitswesen“ hat in der Allgemeinbevölkerung im 3. Jahr (2009) einen respektablen Umfang erreicht, wie es die Befragung der Wohnbevölkerung durch DemoSCOPE Research & Marketing zeigte. Die Aktivität der Medien als dominierende Informationsgeber könnte ausgebaut werden, diejenige der Hausärzt/innen als primäre Ansprechpartner von Patient/innen (Informationsgeber in 1 – 7%) sollte verstärkt werden.

Während die Nutzung der Versorgung jenseits der Grenze innerhalb des Pilotprojektes durch Personen aus Deutschland auf niedrigem Niveau stagniert und akutstationäre Maßnahmen umfasst, nimmt die Zahl der Schweizer Bürger mit Versorgungen jenseits der Grenze zu und umfasst ausschließlich Rehabilitationsmaßnahmen. Die Imbalance der Zahlen und der Versorgungsarten weist darauf hin, dass aus Patientensicht tatsächlich vorhandene Behandlungsstätten (z. B. Rehabilitationskliniken im Landkreis Lörrach) dominierende Faktoren sein könnten, aus der Sicht der Ärzt/innen und Kliniken die Bedarfe und aus der Sicht der Kostenträger die Behandlungskosten. Perspektivisch scheinen diese Faktoren nur bedingt beeinflussbar zu sein; allenfalls könnten positive Erfahrungen der Versicherten eine Nutzungssteigerung initiieren. Damit werden Wissen und Erfahrung zu erstrangigen Förderfaktoren, was die Bedeutung der Informationspolitik zum Pilotprojekt bestätigt.

Die Schweizer Leistungserbringer (Akutkrankenhäuser) sehen insgesamt bei der Akutversorgung in der Raumschaft das Zentrum in Basel, wobei innerhalb der Pilotprojekt-Aktivitäten noch diverse Hemmnisse angegeben werden. Perspektivisch erscheint es förderlich, wenn Parallelvorhaltungen verringert und Vergütungssysteme angenähert werden könnten; die DRG-Einführung in der Schweiz kann ein erster Schritt auf diesem Weg sein. Hier nicht untersuchte gemeinsame Planungen der Gesundheitsversorgung in der Raumschaft Basel-Lörrach könnten vermutlich zu einer Symmetrie der grenzüberschreitenden Versorgungen beitragen.

Obwohl die deutschen Zuweiser dem Pilotprojekt grundsätzlich positiv gegenüberstehen, werden doch viele Vorbehalte geäußert (z. B. Mängel in der Kommunikation, Transparenz zum Vertragsverhalten der deutschen Krankenkassen, Information durch die Kostenträger). Wegen der Bedeutung der Zuweiser als primäre Ansprechpartner der Patient/innen erscheint es sinnvoll, über Medien und andere Informationskanäle das Konzept um die Regularien der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung besser zu vermitteln.

Versorgungsqualität und Patientensicherheit scheinen einen geringen Impact auf den Nutzungsumfang im Pilotprojekt zu haben, zumal in beiden Ländern zwar unterschiedlicher QS-Systeme realisiert sind, die Qualitätsbemühungen jedoch gleichermaßen hoch sind. Die aufgeworfenen Fragen zur postulierten Unterschiedlichkeit von Rehabilitationsleistungen diesseits und jenseits der Grenze könnten durch die Studie der Universität St. Gallen entschärft werden, wenn sich eine Äquivalenz oder Standardvorgaben der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen darstellen ließen.

Resümierend zeigt die Entwicklung des Pilotprojektes über 3 Jahre (sofern mehrfach analysiert) teils eine zunehmende und teils eine stagnierende Nutzung bei dennoch hoher Präsenz des Themas in der Wohnbevölkerung und bei den meisten Akteuren. Insbesondere konnten viele Fragen substantiiert werden, sodass sie überhaupt anzugehen sind. Insofern, wegen der Zunahme der Vertragskliniken und der Ausweitung auf alle akutmedizinischen Leistungen sowie wegen der beschlossenen Fortführung des Pilotprojektes um weitere 5 Jahre kann die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Raumschaft Lörrach/Basel als Erfolgsgeschichte bezeichnet werden, gleichsam als junges Bäumchen mit großen Wachstumsperspektiven.

Aus der Sicht des Evaluierers erscheint es sinnvoll, neben der beschriebenen Einflussnahme auf Entwicklungshemmnisse mittelfristig eine Umsetzungs- und Nutzungsanalyse zu wiederholen, wobei die Beschränkung auf zentrale Projektmerkmale (z. B. Nutzung) und auf entwicklungsbedürftige Faktoren (z. B. Informationsmanagement) sinnvoll erscheint. Die Vereinbarung einer suffizienten Datengrundlage ist hierzu erforderlich.

9 Literatur

Bartelt G. 2009. Evaluation des Pilotprojekts der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Kanton St. Gallen / santésuisse mit dem Fürstentum Liechtenstein. Schlussbericht. St. Gallen: bpp Beratung.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg). 2003. Europäisierung des Gesundheitswesens. Perspektiven für Deutschland: Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Bertinato L et al. 2005. Policy brief. Cross-Border Health CAre in Europe. : WHO & European Observatory on Health Systems and Policies.

BFS. 2009. Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007: BFS, Neuchâtel.

Boffin N und Baeten R. 2005. Durch patients evaluate contracted care in belgian hospitals: results of a mail survey: Observatoire social européen.

Brand H, Hollederer A, Ward G und Wolf U. 2008. Evaluation of Border Regions in the European Union (EUREGIO). Final report. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Brouwer W et al. e. 2003. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in Netherlands. Health Policy: 268-298.

Demoscope. 2009. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung.

Eiff Wv, Klemann A und Meyer N. 2007. REDIA-Studie II - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. In: Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Faller A. 2010. Das Basler Pilotprojekt. In: Odendahl, K et al (Hrsg) Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojektes Dike Verlag, Zürich/St Gallen Schriften zur Grenzüberschreitenden Zusammenarbeit(3): 1-20.

Giehl J, Meinold S, Zink J und Simoes E. 2010. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland / Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Abschlussbericht zum Pilotprojekt nach drei Projektjahren. Tübingen / Stuttgart: KCQ.

Glinios I und Baeten R. 2006. A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union: Observatoire social européen.

Glinios I et al. 2005. Contracting cross-border care in belgian Hospitals: An analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives: Observatoire social européen.

Groene et al. 2009. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. Qual. Saf. Health Care, 18, i15-i21.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg). 2008. Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton.

Lögd. 2006. Cross-border activities - Good practice for better health. Workshop of the project „Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO): Wissenschaftliche Reihe, Band 21, Lögd, Bielefeld.

Nebling T. 2006. Grenzüberschreitende Verträge der Krankenkassen sichern Qualität. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 11, S. 9-11.

Øvretveit J. 1997. Learning from quality improvement in Europe and beyond Jour. Joint Comm. Accredit. Healthcare Organis. 23: 7ff.

Pfaff H et al. 2005. Integrierte Versorgungsformen aus stationärer Perspektive. In: Badura, B. & Iseringhausen, O. (Hrsg.). Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation: Bern, Huber, 2005, S. 99-114.

Rosenmöller M et al. 2006. Patient mobility in the European Union. Learning from Experience.

Schmitz-Rixen T. 2003. Behandlungspfade - ein Weg aus der Krise der Krankenhäuser?: Hessisches Ärzteblatt 8.

Simoes E, Freund J, Zisselsberger G und Schmahl FW. 2007. Der Lörracher Weg - selbstbestimmte Strukturgestaltung als Voraussetzung für eine grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung. ArbeitsmedSozialmedUmweltmed 42(11): 588-594.

Simoes E und Zink J. 2008. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland / Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. 1. Zwischenbericht zum Pilotprojekt.: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ), Lahr.

Simoes E und Zink J. 2009. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach, Lahr / Schwarzwald: KCQ.

Sunol R et al. 2009. Cross border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQulS research project: Qual Saf Health Care, 18, i3-i7.

Vallejo P et al. 2009. Volume and diagnosis: an approach to cross-border care in eight European countries.: Qual Saf Health Care, 18 (Suppl), i8-i14.

Wolf et al. 2006. Grenzübergreifende Zusammenarbeit in Europa: Was sind Euregios?: In: Gesundheitswesen 2006, 68, 667-673.

Woods KJ. 2001. Sweden Today: Britain Tomorrow?: Britisch Journal of Health Care Management. 7 (6), S. 227-230.

Zumbrunn A, Bayer-Oglesby L und Roth M. 2008. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung. 1. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Zumbrunn A, Bayer-Oglesby L und Roth M. 2009. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung. 2. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

10 Anhang

Anhang 1: Leistungskatalog

Anhang 2: Methodik quantitative Erhebungen

Anhang 3: Methodik Expertengespräche

Anhang 4: Methodik Berechnung Kostenfolgen

Anhang 5: Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

Anhang 6: Methodik Erhebung Qualitätsmanagement von KCQ

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland / Schweiz im Gesundheitswesen

am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung

Leistungskatalog für Deutschland *

* Anhang zum KVG Tarifvertrag zwischen ÖKK / Helsana / CSS / Groupe Mutuel und den Kliniken des Landreises Lörrach vom 19. September 2006

Arbeitsauftrag

In der Zeit zwischen der ersten Sitzung der Subarbeitsgruppe Leistungserbringer am 30. Juni 2005 und dem 12. November 2005 wurde eine allgemeine Leistungsbeschreibung von möglichen Einzelleistungen für das Pilotprojekt erarbeitet.

Dieses Zwischenpapier wurde im Rahmen der Subarbeitsgruppe Leistungseinkäufer und innerhalb der Projektsteuerung besprochen. Im Ergebnis wurde an die Subarbeitsgruppe Leistungserbringer der Arbeitsauftrag formuliert, dass möglichst kurzfristig ein sehr konkreter Leistungskatalog erarbeitet wird.

Basis dieses Leistungskataloges sollten für den akutmedizinischen Bereich die deutschen DRG in Kombination mit individuell kalkulierten Preisen darstellen.

In der praktischen Umsetzung wurde deutlich, dass es für die projektbeteiligten Leistungserbringer teilweise nicht einfach war, die Logik des DRG-Kataloges aufzunehmen und mit abweichenden Abrechnungsmodalitäten in Einklang zu bringen.

Im Rahmen eines Workshops am 15. Februar 2006 im Kreiskrankenhaus Lörrach, wurde diesem Sonderproblem Rechnung getragen und die Zusammenstellung des Leistungskataloges zunächst in der vorliegenden Fassung abgeschlossen.

In einem weiteren Schritt, wird der Leistungskatalog der Subarbeitsgruppe Leistungseinkäufer vorgelegt, so dass von dieser Seite die Leistungsauswahl und die Kostenübernahmeregelungen vereinbart werden können.

Danach wird der Leistungskatalog fertiggestellt. Parallel zum Leistungskatalog wird von der Subarbeitsgruppe Leistungserbringer auch ein Kooperationskatalog vorgelegt werden. Dieser umfasst die Leistungen, die ebenfalls als Ergebnis des Pilotprojekts ohne Sonderreglungen bezüglich der Kostenübernahme umgesetzt werden können, insbesondere die Bereiche Know-How-Transfer, Qualitätszirkel, gemeinsame Fortbildungen etc. .

Lörrach, im März 2006

Peter Lepkojis
Vorsitzender
Subarbeitsgruppe Leistungseinkäufer

An der Sitzung der Arbeitsgruppe Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung vom 28. März 2006 wurde entschieden, den Leistungskatalog nach den Ländern zu unterteilen. Somit besteht nun ein Katalog mit Deutschen Anbietern (für die Schweizer Versicherer) und ein Katalog mit den Angeboten der Schweizer Spitäler für die Deutschen Versicherer.

1. Der Leistungskatalog

Ziel des Leistungskataloges ist eine übersichtliche und transparente Darstellung der von den Leistungserbringern vorgeschlagenen Leistungsangebote.

Dabei kann es zu Gunsten der Übersichtlichkeit zu inhaltlich verkürzten Darstellungen der Leistungen kommen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Rehabilitation, der nicht durch einen DRG-ähnlichen Katalog in definierbare Leistungen umgesetzt werden kann. Diese Leistungen sind markiert. Der Subarbeitsgruppe Leistungseinkäufer werden für diese Leistungen alle ergänzenden Informationen und Unterlagen separat zugestellt.

Entgegen des DRG-Kataloges werden auch im akutmedizinischen Bereich zu Gunsten der Übersichtlichkeit wählbare Zusatzleistungen mit Preisen direkt bei den DRG's genannt.

Der Leistungskatalog auf den nachfolgenden Seiten ist aufgeteilt in Teil A (Stationäre behandlung), Teil B (Rehabilitation und Teil C (ambulante Leistung / Tageschirurgie). Alle Teile sind nach folgenden Leistungsbereichen sortiert:

- Geburtshilfe/Gynäkologie
- Geriatrie
- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie
- Pädiatrie
- Palliativmedizin / Hospiz
- Psychiatrie
- Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen
- Sonstige Leistungen"

Im Kapitel „Sonstige Leistungen" sind Leistungsangebote aufgeführt, die optional von den Leistungserbringern der Leistungseinkäufern angeboten werden und nicht den vorgegebenen Leistungsbereichen zuzuordnen waren (oder noch nicht zugeordnet sind).

Teil A: Stationäre Behandlung

1. Leistungsbereich Geburtshilfe / Gynäkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.001	Stationäre Behandlung **DRG J06Z** „Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung"	**-Brusterhaltende Therapie** (BET) mit Lymphknotenexzision + plastische Rekonstruktion, *einseitig* **-Mastektomie** mit/ohne axilläre Lymphknotenexzision + plastische Rekonstruktion, *einseitig*	5.278,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.002	Stationäre Behandlung **DRG J14B** „Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion"	Plastische Rekonstruktion durch Eigengewebe: **-LDF** (*ein-, oder beidseitig*) **-TRAM-Flap** (gestielter myokutaner Lappen) (*ein-, oder beidseitig*)	7.021,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.003	Stationäre Behandlung **DRG J15Z** „Große Eingriffe an der Mamma ausser bösartige Neubildung"	Reduktionsplastik (Brustverkleinerung), beidseitig *oder* Augmentationsplastik (Brustaufbau) incl. Implantate, beidseitig	3.396,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.004	Stationäre Behandlung **DRG J16Z** „Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten u. Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma"	**-Brusterhaltende Therapie** (BET) mit Lymphknotenexzision, *beidseitig* **-Mastektomie** mit/ohne axilläre Lymphknotenexzision, *beidseitig* => alleine oder mit plastischer Rekonstruktion (*ein- o. beidseitig)*	6.725,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.005	Stationäre Behandlung **DRG J23Z** „Grosse Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung"	**-Mastektomie** mit/ohne axilläre Lymphknotenexzision, *einseitig* **-Brusterhaltende Therapie** (BET) ohne Lymphknotenexzision mit kleiner plastischen Rekonstruktion, *einseitig* **-Brusterhaltende Therapie** (BET) mit Lymphknotenexzision **-Augmentation** (Implantat/Expander), *ein-/beidseitig*	4.518,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.006	Stationäre Behandlung **DRG J25Z** „Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC"	**-Brusterhaltende Therapie** (BET) ohne Lymphknotenexzision - Probeexzision der Brust - Segementresektion - Quadrantresektion - Lumpektomie - Duktektomie	2.079,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.007	Stationäre Behandlung **DRG N01B** „Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC"	Radikaloperation bei Vulvakarzinom	7.705,00 Euro
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.008	Stationäre Behandlung **DRG N02B-03B** „Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung d. Ovarien, Adnexen oder anderer Organe ohne äußerst schwere CC"	Radikaloperation bei Karzinom der Ovarien, Adnexen oder anderer Organe	6.183,00 Euro (N02B) 4.962,00 Euro (N03B)
Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.009	Stationäre Behandlung **DRG N21Z** „Hysterektomie ausser bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff"	Hysterektomie (Gebärmutterentfernung),: vaginal, abdominal, laparoskopisch; Ohne Zusatzeingriffe	3.454,00 Euro

Frauenklinik/Brustzentrum Rheinfelden / Bd. A.1.010	Stationäre Behandlung **DRG N14Z** „Hysterektomie mit Beckenbodenplastik ausser bei bösartiger Neubildung“	Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) Mit Beckenbodenplastik	4.141,00 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd A.1.011	Stationäre Behandlung **DRG N06Z** „Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weibl. Geschlechtsorganen“	Beckenbodenplastiken, Inkontinenz-Operationen	3.851,00 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. A.1.012	Stationäre Behandlung **DRG N08Z** „Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen“	Operative Laparoskopie	1.836,00 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.100	stationäre Behandlung **O01E**	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen Verweildauer bis 10 Tage Vergütung für das Neugeborene erfolgt separat (P01Z bis P67D)	2.809,32 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 168,45 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.101	stationäre Behandlung **O60D**	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose Verweildauer bis 6 Tage Vergütung für das Neugeborene erfolgt separat (P01Z bis P67D)	1.581,67 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 157,03 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.102	Stationäre Behandlung **O01A**	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen Verweildauer bis 39 Tage Vergütung für das Neugeborene erfolgt separat (P01Z bis P67D)	6.515,11 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 262,66 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.103	stationäre Behandlung **P03C**	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme Verweildauer bis 73 Tage	31.242,27 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 556,73 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.104	stationäre Behandlung **P66D**	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem Verweildauer bis 11 Tage	1.438,92 € Verweildauer: 177,01€ / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.105	stationäre Behandlung **P67D**	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag Verweildauer bis 6 Tage	819,39 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 154,17 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.106	stationäre Behandlung **N14Z**	Hysterektomie mit Beckenbodenplastik außer bei bösartiger Neubildung oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC Verweildauer bis 16 Tage	4076,94 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 174,16 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.107	stationäre Behandlung **J23Z**	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung Verweildauer bis 17 Tage	4448,09 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 219,84 € / Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Level 1, Gynäkologie A.1.108	stationäre Behandlung **N03B**	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC Verweildauer bis 18 Tage	4884,91 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 197,00 € / Tag

2. Leistungsbereich Geriatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.001	Stationäre Behandlung DRG B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung	7.728,50 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.002	Stationäre Behandlung DRG B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung	6.026,20 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.003	Stationäre Behandlung DRG E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	6.446,70 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.004	Stationäre Behandlung DRG F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	6.249,50 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.005	Stationäre Behandlung DRG G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	6.658,40 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.2.006	Stationäre Behandlung DRG I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	6.104,50 Euro

3. Leistungsbereich Kardiologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Lörrach A.3.001	Stationäre Behandlung DRG F12Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem Zuzüglich Grundpaket: Visiten, Basislabor, 2 x EKG, 2 x Röntgen-Thorax, Schrittmacher-Einstellung, Hausarztberichte, Operation durch Chefarzt oder Oberarzt, 3 Tage stationärer Aufenthalt im Mehrbettzimmer (Wert 790,00 Euro)	5.623,10 Euro Zuschlag Herzecho-Diagnostik 150,00 Euro Zuschlag Langzeit-EKG 50,00 Euro

Kreiskrankenhaus Lörrach A.3.002	Stationäre Behandlung DRG F17Z	Wechsel eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem Zuzüglich Grundpaket: Visiten, Basislabor, 2 x EKG, 2 x Röntgen-Thorax, Schrittmacher-Einstellung, Hausarztberichte, Operation durch Chefarzt oder Oberarzt, 3 Tage stationärer Aufenthalt im Mehrbettzimmer (Wert 790,00 Euro)	2.937,70 Euro Zuschlag Herzecho-Diagnostik 150,00 Euro Zuschlag Langzeit-EKG 50,00 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.3.003	Stationäre Behandlung DRG F24B	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, ohne äußerst schwere CC. Zuzüglich Grundpaket: Visiten, Basislabor, 2 x EKG, 2 x Röntgen-Thorax, Schrittmacher-Einstellung, Hausarztberichte, Operation durch Chefarzt oder Oberarzt, 3 Tage stationärer Aufenthalt im Mehrbettzimmer (Wert 790,00 Euro)	5.660,80 Euro Zuschlag Herzecho-Diagnostik 150,00 Euro Zuschlag Langzeit-EKG 50,00 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.3.004	Stationäre Behandlung DRG F26Z	Andere ablative Maßnahmen bei Tachyarrhytmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem Zuzüglich Grundpaket: Visiten, Basislabor, 2 x EKG, 2 x Röntgen-Thorax, Schrittmacher-Einstellung, Hausarztberichte, Operation durch Chefarzt oder Oberarzt, 3 Tage stationärer Aufenthalt im Mehrbettzimmer (Wert 790,00 Euro)	4.132,50 Euro Zuschlag Herzecho-Diagnostik 150,00 Euro Zuschlag Langzeit-EKG 50,00 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach A.3.005	Stationäre Behandlung DRG F40Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, mit äußerst schweren CC. Zuzüglich Grundpaket: Visiten, Basislabor, 2 x EKG, 2 x Röntgen-Thorax, Schrittmacher-Einstellung, Hausarztberichte, Operation durch Chefarzt oder Oberarzt, 3 Tage stationärer Aufenthalt im Mehrbettzimmer (Wert 790,00 Euro)	8.366,50 Euro Zuschlag Herzecho-Diagnostik 150,00 Euro Zuschlag Langzeit-EKG 50,00 Euro

4. Leistungsbereich Neurologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

5. Leistungsbereich Onkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

Chirurgische Onkologie siehe „Sonstige Leistungen“

6. Leistungsbereich Orthopädie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.001	Stationäre Behandlung I01Z	Beidseitige Eingriffe - Prothesen an Hüft- und Kniegelenke	15.800,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.002	Stationäre Behandlung DRG I04Z	Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	11.600,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.003	Stationäre Behandlung DRG I05Z	Anderer großer Gelenkersatz - Schulterprothese	8.500,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.004	Stationäre Behandlung DRG I16Z	Schulter-Arthroskopie mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion	2.600,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.005	Stationäre Behandlung DRG I43Z	Prothesenwechsel oder Implantation einer Schamierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk	9.500,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.006	Stationäre Behandlung DRG I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk	7.700,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.007	Stationäre Behandlung DRG I46Z	Prothesenwechsel am Hüftgelenk	8.800,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. A.6.008	Stationäre Behandlung DRG I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes	7.400,00 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.100	Stationäre Behandlung DRG I32Z	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand - Dupuytren Kontraktur	2.354,80 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.101	Stationäre Behandlung DRG I26Z	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand - Dupuytren Kontraktur	1.798,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.102	Stationäre Behandlung DRG I28B	Mäßig komplexe Eingriffe an Bindegewebe - Epicondylitis	3.224,80 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.103	Stationäre Behandlung DRG I20C	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff und ohne schweren Weichteilschaden - Hallux Valgus	2.523,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.104	Stationäre Behandlung DRG I05Z	Anderer großer Gelenkersatz - Daumen	6.574,30 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.105	Stationäre Behandlung DRG I32Z	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand (Gelenkersatz Finger)	2.354,80 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.6.106	Ambulante OP / Tageschirurgie	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	1.050,00 Euro

7. Leistungsbereich Pädiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach A.7.001	Stationäre Behandlung	Essstörungen: Anorexia nervosa Bulimia nervosa Störungsspezifische Diagnostik Multiaxiale Bewertung zur Entwicklung eines Therapieplanes Psychotherapie (Verhaltenstherapie Systemische Familientherapie, Soziotherapie) Pharmakotherapie Funktionelle Therapie Musiktherapie	Basispflegesatz 70,08 €/Tag Abteilungspflegesatz 270,18 €/Tag
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach A.7.002	Stationäre Behandlung G67C	Enteritis / Gastroenteritis Verweildauer bis 8 Tage	1145,71 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 194,24
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach A.7.003	Stationäre Behandlung E77C	Bronchopneumonie Verweildauer bis 15 Tage	2288,60 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 208,31 €
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach A.7.004	Stationäre Behandlung B80Z	Gehirnerschütterung Verweildauer bis 4 Tage	751,61€ Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 208,31 €
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach A.7.005	Stationäre Behandlung L04A	Ureterozystoneostomie Ureter-Neueinpflanzung Nierenbeckenplastik Alter < 3 Jahre Verweildauer bis 19 Tage	6.564,60 € Zuschlag bei Überschreiten der Verweildauer: 273,06 €

8. Leistungsbereich Palliativmedizin / Hospiz

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

9. Leistungsbereich Psychiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

10. Leistungsbereich Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

11. Leistungsbereich „Sonstige Leistungen“

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.11.001	Stationäre Behandlung	Stoffwechseleinstellung Diabetiker Typ I Verweildauer 8 Tage Stoffwechseleinstellung, umfangreiche Diagnostik und Therapie von Folgeerkrankungen, strukturierte Schulung, Diagnostik und Therapie von diabetischen Begleiterkrankungen, Bluthochdruckschulung, Ernährungsanalyse und –beratung, Bewegungsprogramm	2.610,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.11.002	Stationäre Behandlung	Stoffwechseleinstellung Diabetiker Typ I, mit Insulinpumpe Verweildauer 10 Tage Stoffwechseleinstellung, umfangreiche Diagnostik und Therapie von Folgeerkrankungen, strukturierte Schulung, Diagnostik und Therapie von diabetischen Begleiterkrankungen, Bluthochdruckschulung, Ernährungsanalyse und –beratung, Bewegungsprogramm	2.900,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim A.11.003	Stationäre Behandlung	Stoffwechseleinstellung bei Patientinnen mit Gestationsdiabetis und Schwangere Typ I Diabetikerinnen Verweildauer 4 Tage Insulineinstellung, Ernährungsanalyse und –beratung, Einzelschulung	1.450,00 Euro Optional: Ambulante Folgeberatung bis zur Entbindung 450,00 Euro

Teil B: Rehabilitation

1. Leistungsbereich Geburtshilfe / Gynäkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

2. Leistungsbereich Geriatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Wiesentalklinik Zell Fachklinik für geriatrische rehabilitation B.2.001	Rehabilitation	Geriatrische Rehabilitation	Tagessatz 164,00 Euro
Wiesentalklinik Zell Fachklinik für geriatrische rehabilitation B.2.002	Verhinderungspflege	Pflege und Hotellerie Pflegestufe 1	Tagessatz 64,00 Euro *)
Wiesentalklinik Zell Fachklinik für geriatrische rehabilitation B.2.003	Verhinderungspflege	Pflege und Hotellerie Pflegestufe 2	Tagessatz 75,00 Euro *)
Wiesentalklinik Zell Fachklinik für geriatrische rehabilitation B.2.004	Verhinderungspflege	Pflege und Hotellerie Pflegestufe 3	Tagessatz 90,00 Euro *)

*) Zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von diesen Tagessätzen lediglich die pauschale Vergütung der Leistungen gemäss Art. 7 KLV

3. Leistungsbereich Kardiologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Median Kliniken Bad Krozingen B.3.001	Rehabilitation	Rehabilitation Kardiologie	Tagessatz 101,79 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Rheintalklinik Bad Krozingen B.3.100	Rehabilitation	Kardiologische Rehabilitation	Tagessatz 105,45 Euro

4. Leistungsbereich Neurologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Median Kliniken Bad Krozingen B.4.001	Rehabilitation	Rehabilitation Neurologie Phase B	Tagessatz 367,35 Euro
Median Kliniken Bad Krozingen B.4.002	Rehabilitation	Rehabilitation Neurologie Phase C	Tagessatz 206,57Euro
Median Kliniken Bad Krozingen B.4.003	Rehabilitation	Rehabilitation Neurologie Phase D	Tagessatz 146,78Euro

5. Leistungsbereich Onkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Breisgau Klinik Bad Krozingen B.5.001	Rehabilitation	Onkologische Rehabilitation	Tagessatz 107,06 Euro

6. Leistungsbereich Orthopädie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Rehaklinik Sankt Marien Bad Bellingen B.6.001	Rehabilitation	Anschlussheilbehandlungen nach Hüft-, Knie-, Schulter- oder Wirbelsäulenoperationen	Tagessatz 109,00 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Markgräflerland-Klinik Bad Bellingen B.6.100	Rehabilitation	Anschlussheilbehandlung nach Hüft-, Knie-, Schulter- oder Wirbelsäulenoperation, Unfallfolgen, generell nach operativen Eingriffen am Bewegungsapparat Regelverweildauer 21 Tage Ambulante Rehabilitation nach BAR bei muskuloskelettalen Erkrankungen	Tagessatz 102,90 EURO Tagessatz 80,00 EURO

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
MEDIAN-Kliniken Bad Krozingen Schwarzwaldklinik Orthopädie B.6.200	Rehabilitation	Rehabilitation Orthopädie	Tagessatz 108,39 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Parkklinik Bad Säckingen B.6.300	Rehabilitation	Anschlussheilbehandlung nach Hüft-, Knie-, Schulter- oder Wirbelsäulen-operationen, Unfallfolgen, generell nach operativen Eingriffen am Bewegungs-apparat Rheumatologische Rehabilitation bei Fibromyalgie, Polyarthritis, Morbus Bechterew Ambulante Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen	Tagessatz 110.34 Euro Tagessatz 89,00 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Rheintalklinik Bad Krozingen B.6.400	Rehabilitation	Anschlussheilbehandlung nach Hüft-, Knie-, Schulter- oder Wirbelsäulenoperation, Unfallfolgen, generell nach operativen Eingriffen am Bewegungsapparat	Tagessatz 105,45 Euro

7. Leistungsbereich Pädiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

8. Leistungsbereich Palliativmedizin / Hospiz

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

9. Leistungsbereich Psychiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

10. Leistungsbereich Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Rehaklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.001	Rehabilitation	Multimodale psychosomatische Therapie bei chronischen psychischen und psychosomatischen Krankheiten für Jugendliche von 16 bis 22 (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 118.- Euro
Rehaklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.002	Rehabilitation	Multimodale psychosomatische Therapie bei chronischen psychischen und psychosomatischen Krankheiten für Erwachsene (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 118.- Euro
Rehaklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.003	Rehabilitation	Multimodale psychosomatische Therapie bei chronischen psychischen und psychosomatischen Krankheiten für Familien Chronische erkrankte Eltern und oder chronisch erkrankte Kinder (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 94,60 Euro je Person
Rehabilitationsklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.004	Rehabilitation	Multimodale Adipositasbehandlung für Jugendliche von 16 bis 22 (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 118.- Euro
Rehaklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.005	Rehabilitation	Multimodale Adipositasbehandlung für Erwachsene (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 118.- Euro
Rehaklinik Kandertal, Malsburg-Marzell B.10.006	Rehabilitation	Multimodale Adipositasbehandlung für Familien Chronische erkrankte Eltern und oder chronisch erkrankte Kinder (4 bis 8 Wochen)	Tagessatz 94,60 Euro je Person

11. Leistungsbereich „Sonstige Leistungen“

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Breisgau Klinik Bad Krozingen B.11.001	Rehabilitation	Gastroenterologische Rehabilitation	Tagessatz 107,06 Euro

Teil C: Ambulante Leistungen

1. Leistungsbereich Geburtshilfe / Gynäkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
St. Elisabethen-Krankenhaus, Gynäkologie C.1.001	Ambulante Operation	Diagnostische/therapeutische Hysteroskopie	Gynäkologie 243,53 €/326,80 € Anästhesie 360,00 € bis 410 € bis 60 Minuten
St. Elisabethen-Krankenhaus, Gynäkologie C.1.002	Ambulante Operation	Diagnostische Pelviskopie	Gynäkologie 367,03 € Anästhesie 450 € bis 90 Minuten
St. Elisabethen-Krankenhaus, Gynäkologie C.1.003	Ambulante Operation	Mamma-Probeexcision	Gynäkologie 242,52 € Anästhesie 410 € bis 60 Minuten
St. Elisabethen-Krankenhaus, Gynäkologie C.1.004	Ambulante Behandlung	Chemotherapie, 1 Sitzung	Gynäkologie 179,01 € zzgl. Kosten f. Medikamente
St. Elisabethen-Krankenhaus, Gynäkologie C.1.005	Ambulante Behandlung	Portio-Probeexcision	Gynäkologie 208,81 € Anästhesie 410 € bis 60 Minuten

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.100	Ambulante Leistung	Diagnostische fraktionierte Abrasio	294,17 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.101	Ambulante Leistung	Hysteroskopie	336,40 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.102	Ambulante Leistung	Laparoskopie	452,96 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.103	Ambulante Leistung	Lok. Exzision v. Ovarialgewe-be-Exzisionsbiopsie	399,00 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.104	Ambulante Leistung	Exzision einer Ovarialzyste	452,95 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.105	Ambulante Leistung	Konisation d. Cervix uteri	294,17 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.106	Ambulante Leistung	Endometriumablation	452,95 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.107	Ambulante Leistung	Exzision u. Destruktion v. erkranktem Gewebe des Uterus	452,95 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.108	Ambulante Leistung	Therap. Kürretage	294,17 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.109	Ambulante Leistung	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	294,17 Euro
Frauenklinik Rheinfelden / Bd. C.1.110	Ambulante Leistung	OP an d. Bartholin-Zyste Exzision; Marsupialisation	294,17 Euro

2. Leistungsbereich Geriatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

3. Leistungsbereich Kardiologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

4. Leistungsbereich Neurologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Lörrach C.4.001	Ambulante Leistung	Polysomnographie bei Schlafapnoesyndrom inkl. Auswertung und Befundbericht	485,00 Euro
Median Kliniken Bad Krozingen C.4.002	Ambulante Leistung	Schlafmedizinisches Zentrum pro Nacht	Tagessatz 450,00 Euro

5. Leistungsbereich Onkologie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Lörrach C.5.001	Ambulante Leistung	Standard-Chemotherapie (ambulant) bei nicht-kleinzelligem Bronchial-Karzinom adjuvant oder palliativ mit Cisplatin und Vinorelbine, 4 Zyklen inkl. Zytostatika	5.158,05 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach C.5.002	Ambulante Leistung	Standard-Chemotherapie (ambulant) bei Colon-Karzinom adjuvant oder palliativ mit Oxaliplatin/5-FU/Calciumfolinat,12 Zyklen inkl. Zytostatika	21.200,98 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach C.5.003	Ambulante Leistung	Standard-Chemotherapie (ambulant) bei Mamma-Karzinom adjuvant oder palliativ mit 5-FU/Epirubicin und Cyclophosphamid entsprechend dem internen Protokoll 50_1, 6 Zyklen inkl. Zytostatika	6.001,25 Euro

6. Leistungsbereich Orthopädie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. C.6.001	Tageschirurgie 1.8	Varizen (einseitiges Stripping, ausgedehnte subcutane Phlebectomie) mit präoperative Duplex-Sonographie incl. Voruntersuchung	1.250,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. C.6.002	Tageschirurgie 2.1	Weniger fortgeschrittene Arthrosen Knie- und Schultergelenk incl. Voruntersuchung	1.150,00 Euro
Kreiskrankenhaus Rheinfelden / Bd. C.6.003	Tageschirurgie 2.5	Degenerative Meniscusläsion Knie	1.300,00 Euro

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.100	Ambulante OP / Tageschirurgie	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	1.050,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.101	Ambulante OP / Tageschirurgie	Ganglion	1.050,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.102	Ambulante OP / Tageschirurgie	Schnellender Finger	1.410,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.103	Ambulante OP / Tageschirurgie	Athroskopie Handgelenk	1.410,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.103	Ambulante OP / Tageschirurgie	Athroskopie Kniegelenk	880,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.6.104	Ambulante OP / Tageschirurgie	Hammerzehen	1.510,00 Euro

7. Leistungsbereich Pädiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
St. Elisabethen-Krankenhauses Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin C.7.001	Ambulante Behandlung	Asthmaschulung, Dauer 6 Tage	550 €
St. Elisabethen-Krankenhauses Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin C.7.002	Ambulante Behandlung	Adipositasschulung (Dauer 1 Jahr)	200 € pro Monat
St. Elisabethen-Krankenhauses Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin C.7.003	Ambulante Behandlung	Polysomnographie	434,63 €
St. Elisabethen-Krankenhauses Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin C.7.004	Ambulante Behandlung	Kardiorespiratorische Polygraphie	163,15 €
St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach C.7.005	Ambulante Behandlung	Orchidopexie	625,20 €

8. Leistungsbereich Palliativmedizin / Hospiz

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

9. Leistungsbereich Psychiatrie

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis

Derzeit keine grenzüberscheitenden Behandlungsangebote in diesem Leistungsbereich von Deutschen Anbietern.

10. Leistungsbereich Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Therapiezentrum Brückle, Buggingen C.10.001	Ambulante Therapie und Nachsorge (in Lörrach)	Ambulante Therapie und Nachsorge (in Lörrach) bei Abhängigkeitserkrankungen, Schwerpunkt illegale Drogen	Pro Sitzung 45,00 Euro

11. Leistungsbereich „Sonstige Leistungen“

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.001	Ambulante OP / Tageschirurgie	Eingriffe am Augenlid - Lidplastik	1.540,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim	Ambulante OP / Tageschirurgie	Verschiedene Eingriffe am Ohr -Ohrkorrektur	1.120,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.002	Ambulante OP / Tageschirurgie	Hauttransplantationen oder Debridement ohne Weichteildeckung -Narbenkorrektur	1.340,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.003	Ambulante OP / Tageschirurgie	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	1.350,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.004	Ambulante OP / Tageschirurgie	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand - Bauchdeckenhernie	2.450,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.005	Ambulante OP / Tageschirurgie	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien	1.120,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopfheim C.11.006	Ambulante OP / Tageschirurgie	Circumcision	1.120,00 Euro

12. Leistungsbereich „Tageschirurgie“ – nicht zugeordnet

Einrichtung	Leistungstyp	Beschreibung	Preis
Kreiskrankenhaus Lörrach C.12.001	Ambulante Leistung / Tages-chirurgie	Koloskopie (Diagnostisch inkl Probenentnahme)	250,00 Euro Zuschlag bei Fremdkörperent-fernung 25,00 Euro
Kreiskrankenhaus Lörrach C.12.002	Tageschirurgie 1.4	Metallentfernung (z.T.)	750,00 Euro
Kreiskrankenhaus Schopf-heim C.12.003	Tageschirurgie 1.4	Metallentfernung (z.T.)	750,00 Euro

Anhang 2

Methodik quantitative Erhebungen

Maik Roth, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn

Inhaltsverzeichnis

A 2.1 Datenerhebungen im Rahmen des Pilotprojektes ... 1
A 2.1.1 Von Krankenversicherern gelieferte Daten ... 1
A 2.1.1.1 Kostengutsprache-Gesuche ... 1
A 2.1.1.2 Routinedaten ... 2
A 2.1.1.3 Datenqualität ... 3
A 2.1.2 Patientenbefragung ... 4
A 2.1.2.1 Fragebogenentwicklung ... 4
A 2.1.2.2 Organisation des Fragebogenversandes ... 4
A 2.1.2.3 Datenqualität ... 5
A 2.1.2.4 Gewichtung der Resultate ... 7
A 2.1.2.5 Patientenfragebogen Pilotprojekt ... 7
A 2.1.3 Schriftliche Befragung Projektpartner/innen 2010 ... 14
A 2.1.4 Datenschutzmassnahmen ... 16
A 2.1.4.1 Anonymisierte Fallnummer ... 16
A 2.1.4.2 Weitere Datenschutzmassnahmen ... 16
A 2.2 Quantitative Daten aus anderen Quellen ... 17
A 2.2.1 Medizinische Statistik, BFS ... 17
A 2.2.1.1 Auswertungen für das Pilotprojekt ... 17
A 2.2.2 Risikoausgleichsdaten KVG ... 17
A 2.2.2.1 Auswertungen für das Pilotprojekt ... 17

A 2.1 Datenerhebungen im Rahmen des Pilotprojektes

Alle beteiligten Parteien haben sich im Rahmenvertrag verpflichtet, an der statistischen Auswertung des Pilotprojektes mitzuwirken und die erforderlichen Daten unter Wahrung der geltenden Datenschutzbestimmungen beizutragen. In diesem Kapitel werden einerseits die von den Krankenversicherern für die Evaluation zusammengestellten und an das Obsan gelieferten Daten beschrieben. Es handelt sich dabei um Informationen aus den Kostengutsprachegesuchen und aus den Rechnungen der Deutschen Kliniken an die Krankenversicherer (Routinedaten). Die Angaben aus den Rechnungen können mittels einer anonymen Fallnummer mit den Daten der Kostengutsprachegesuchen verknüpft werden. Andererseits wurde im Rahmen des Pilotprojektes eine Patientenbefragung durchgeführt. Der Fragebogen wurde von den Krankenversicherungen anonymisiert an die Patient/innen verschickt.

A 2.1.1 Von Krankenversicherern gelieferte Daten

A 2.1.1.1 Kostengutsprache-Gesuche

Im Evaluationskonzept war geplant, dass alle Kontakte der Versicherten mit den Krankenversicherern bezüglich des Pilotprojektes erfasst würden, d.h. sowohl die gutgeheissenen als auch abgelehnten Gesuche. Dies in erster Linie, um die Ablehnungsgründe bzw. die Nachfrage an medizinischen Leistungen in ihrer Gesamtheit abbilden zu können. Für die Schweizer Krankenversicherer war dies aus organisatorischen Gründen und Ressourcenknappheit nicht möglich, wie sich im Dialog mit ihnen zeigte. Auf deutscher Projektseite konnte erfreulicherweise die vollständige Erhebung der Erstkontakte realisiert werden.

Zu jeder versicherten Person, für welche im Rahmen des Pilotprojektes ein Kostengutsprache-Gesuch für eine Behandlung im grenznahen Deutschland gestellt wird, werden die Daten in der Projektdatenbank erfasst. Der Antrag auf Kostengutsprache kann von einem zuweisenden Arzt oder einem Spital gestellt werden, oder der Versicherte selbst stellt den Antrag. Die Erfassung dauert über die gesamte Pilotprojektdauer (Jahre 2007 bis 2009), wobei die Fälle des ersten Halbjahres 2007 rückwirkend erhoben werden mussten.

Recordbeschreibung

- **Nummer der Variable**: Laufnummer
- **Variablenname**: Variablenname für die Datenlieferung an Obsan
- **Kurzbeschreibung**: Kurzbeschreibung in wenigen Worten
- **Erläuterungen**: Detailliertere Beschreibung
- **Codierung**: Werte, die die Variable annehmen kann.
- **Einheit**: Einheit der Variable (Zahl, Buchstaben)
- **Maximale Feldlänge**: Die maximale Feldlänge gibt an, wie lange das Feld in Bytes maximal sein darf.

Es kann vorkommen, dass für bestimmte Variablen **keine Angaben** vorliegen. Dann sprechen wir von «Missing Data». Im entsprechenden Datenfeld wird der Wert **-9** eingegeben.

Nr.	Variablenname	Kurzbeschreibung	Einheit
1.	G_BEH_JAHR	Berichtsjahr	Zahl
2.	BAG_NR	BAG-Nummer der KV	Zahl
3.	IDNR	Personenidentifikation	Zahl
4.	SEQUENZNR	Sequenznummer	Zahl
5.	G_JAHRG	Jahrgang	Zahl
6.	G_GESCHLECHT	Geschlecht	Zahl
7.	G_WOHN_KT	Wohnsitzkanton bei Gesuchstellung	Zahl
8.	G_WOHN_PLZ	Postleitzahl des Wohnorts	Zahl
9.	G_WOHNORT	Wohnort	Lauftext
10.	GRENZG	Grenzgänger	Zahl
11.	TYPGRENZG	Grenzgänger-Typ	Zahl
12.	ZUGEWIESEN	Zugewiesen	Zahl
13.	ZSR_NR	ZSR-Nummer	Text
14.	BEHANDL_GRUND	Behandlungsgrund	Zahl
15.	ICD_CODE	ICD-10 Code	Zahl
16.	EINW_DIAGNOSE	Einweisungsdiagnose in Fliesstext	Text
17.	G_LEISTUNG_NR	Abgerechnete Leistungsnummer	Text
18.	G_EINTR_TAG	Geplanter Eintrittstag	Zahl
19.	G_EINTR_MONAT	Geplanter Eintrittsmonat	Zahl
20.	G_EINTR_JAHR	Geplantes Eintrittsjahr	Zahl
21.	IK_NR	Institutionskennzeichnen des Spitals	Zahl
22.	IK_TXT	Name der Institution	Text
23.	ENTSCHEID	Entscheid über Gesuch	Zahl
24.	GRUND_ABLEHN	Grund für Ablehnung	Text

A 2.1.1.2 Routinedaten

Im Routinedatenset werden alle Behandlungen in deutschen Kliniken erhoben, welche im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet werden. Es handelt sich mehrheitlich um einen Auszug von Verwaltungsdaten, die von den Krankenversicherern routinemässig erfasst werden. Es werden alle Behandlungen erfasst, deren Behandlungsbeginn und Behandlungsabschluss im Jahr 2007, 2008 oder 2009 liegt (Variable Berichtsjahr), unabhängig vom Datum der Rechnungsstellung. Die von den Krankenversicherern von den Rechnungen der Leistungserbringer erfassten Parameter werden im Abschnitt 1.1.5 im Detail beschrieben (Recordbeschreibung).

Definition der berechneten Parameter

Alter der Patient/innen. Aus Datenschutzgründen darf das Evaluationsteam nicht das exakte Geburtsdatum der versicherten Personen erhalten. Letzteres muss deshalb von den Krankenversicherern berechnet werden (Austrittsdatum – Geburtsdatum). Damit dies keinen grossen Aufwand bedeutet, wurde in der Eingabemaske ein Berechnungstool mitgeliefert (siehe Maske B, Mappe Datum_Berechnungsmodul).

Aufenthaltsdauer in der deutschen Klinik. Aus Datenschutzgründen darf das Evaluationsteam nicht den genauen Eintritts- und Austrittstag in die Klinik kennen. Wie beim Alter der versicherten Person müssen daher die Krankenversicherer die Aufenthaltsdauer berechnen. Dafür steht in der Eingabemaske ein Berechnungstool zur Verfügung. Wenn das Eintrittsdatum eingegeben wird, wird die Aufenthaltsdauer automatisch berechnet (das Austrittsdatum wurde bereits von der Berechnung des Lebensalters übernommen).

Behandlungskosten. Bei den Behandlungskosten werden Brutto- von Nettokosten unterschieden. Dabei gilt folgende Beziehung: Bruttokosten = Nettokosten + Kostenbeteiligungen der Versicherten. Unter Kostenbeteiligungen sind sowohl die ambulanten wie auch die stationären Selbstbehalte (plus Franchise) gemeint. Bei den Bruttokosten sind die Kosten aller Leistungserbringer/innen (also Eigenleistungen, ambulante und stationäre Fremdleistungen) enthalten.

Recordbeschreibung Routinedaten
Beschreibung der Felder:

- **Nummer der Variable**: Laufnummer
- **Variablenname**: Variablenname für die Datenlieferung an Obsan
- **Kurzbeschreibung**: Kurzbeschreibung in wenigen Worten
- **Erläuterungen**: Detailliertere Beschreibung
- **Codierung**: Werte, die die Variable annehmen kann.
- **Einheit**: Einheit der Variable (Zahl, Buchstaben)
- **Maximale Feldlänge**: Die maximale Feldlänge gibt an, wie lange das Feld in Bytes maximal sein darf.

- Die Parameter mit Nummern zwischen 25 und 83 betreffen die fragliche Behandlung in einer deutschen Klinik im Rahmen des Pilotprojektes.
- Parameter ab 84 sind Angaben zur versicherten Person, welche die Zeit vor dieser Behandlung betreffen. Damit soll in erster Linie die Frage beantwortet werden, in welchem Ausmass die am Pilotprojekt teilnehmenden Personen **im Kalenderjahr vor der Behandlung im Pilotprojekt** Leistungen bezogen haben. Bsp. Falls die PP-Behandlung in Deutschland im 2007 stattfand, betrifft das Kalenderjahr davor das Jahr 2006. Wir benötigen diese Informationen zur

Beantwortung der Frage, ob v.a. ein spezifisches Versichertensegment (z.B. „high-cost“ oder „low-cost-Fälle“) das Angebot der grenzüberschreitenden Spitalbehandlungen wahrnimmt.

- Es kann vorkommen, dass für bestimmte Variablen **keine Angaben** vorliegen. Dann sprechen wir von «Missing Data». Im entsprechenden Datenfeld wird der Wert **-9** eingegeben.

Nr.	Variablenname	Kurzbeschreibung	Einheit
25.	BEH_JAHR	Berichtsjahr	Zahl
26.	PP	Behandlung innerhalb PP	Zahl
27.	BAG_NR	BAG-Nummer der KV	Zahl
28.	IDNR	Personenidentifikation	Zahl
29.	SEQUENZNR	Sequenznummer	Zahl
30.	JAHRG	Jahrgang	Zahl
31.	ALTER	Alter bei Spitalaustritt	Zahl
32.	GESCHLECHT	Geschlecht	Zahl
33.	NATION	Nationalität	Lauftext
34.	WOHN_KT	Wohnsitzkanton bei Behandlungsbeginn	Zahl
35.	WOHN_PLZ	Postleitzahl des Wohnorts	Zahl
36.	WOHNORT	Wohnort	Text
37.	EINTRITT_KASSE	Eintrittsjahr in die Kasse OKP	Zahl
38.	MODELL	Versicherungsmodell in der OKP	Zahl
39.	FRANCHISE	Franchisenhöhe bei Behandlungsbeginn	Zahl
40.	PRAEMIE_REGION	Prämienregion	Zahl
41.	UNFALL_DECK	Unfalldeckung	Zahl
42.	IK_NR	Institutionskennzeichen des Spitals	Zahl
43.	IK_TXT	Name der Institution	Text
44.	AUFENHALTSDAUER	Aufenhaltsdauer im Spital	Zahl
45.	BEH_MONAT	Monat der Behandlung	Zahl
46.	BEH_JAHR	Jahr der Behandlung	Zahl
47.	SCHADENSART	Schadensart	Zahl
48.	G_DRG	G-DRG Code bei Austritt	Text
49.	G_DRG_TXT	G-DRG Beschreibung	Text
50.	HBEH_OPS	Hauptbehandlung OPS	Text
51.	HBEH_OPS_TXT	Hauptbehandlung Klartext	Text
52.	OPS_1	Weitere Behandlung 1	Text
53.	OPS_2	Weitere Behandlung 2	Text
54.	OPS_3	Weitere Behandlung 3	Text
55.	OPS_4	Weitere Behandlung 4	Text
56.	OPS_5	Weitere Behandlung 5	Text
57.	OPS_6	Weitere Behandlung 6	Text
58.	OPS_7	Weitere Behandlung 7	Text
59.	OPS_8	Weitere Behandlung 8	Text
60.	AUSTR_ICD	Austrittsdiagnose ICD-10	Text
61.	AUSTR_ICD_TEXT	Austrittsdiagnose Klartext	Text
62.	DIAG_ICD_1	Nebendiagnose 1	Text
63.	DIAG_ICD_2	Nebendiagnose 2	Text
64.	DIAG_ICD_3	Nebendiagnose 3	Text
65.	DIAG_ICD_4	Nebendiagnose 4	Text
66.	DIAG_ICD_5	Nebendiagnose 5	Text
67.	DIAG_ICD_6	Nebendiagnose 6	Text
68.	DIAG_ICD_7	Nebendiagnose 7	Text
69.	DIAG_ICD_8	Nebendiagnose 8	Text
70.	BEH_ENDE	Behandlungsende	Zahl
71.	BESONDERE	Besondere Umstände bei Behandlungsende	Zahl
72.	LEISTUNG_NR	Abgerechnete Leistungsnummer	Text
73.	RDATUM_TAG	Rechnungsdatum Tag	Zahl
74.	RDATUM_MONAT	Rechnungsdatum Monat	Zahl
75.	RDATUM_JAHR	Rechnungsdatum Jahr	Zahl
76.	BETRAG_CHF	Rechnungsbetrag CHF	Zahl
77.	B_LEISTUNG	Bruttoleistung CHF	Zahl
78.	KOBE	Kostenbeteiligung CHF	Zahl
79.	KANTON_ANTRAG	Beantragter Kantonsbeitrag in CHF	Zahl
80.	GR_LEISTUNG	Grundleistungen	Zahl
81.	SPITAL_TAGE_CH	Spitaltage CH	Zahl
82.	KOSTEN_TOTAL	Bruttoleistung (Gesamtsumme) vor PP-Behandlung	Zahl
83.	KOSTEN_APOTH	Bruttoleistung Apotheken vor PP-Behandlung	Zahl
84.	KOSTEN_ARZT_AMB	Bruttoleistung „Arzt ambulant“ vor PP-Behandlung	Zahl
85.	KOSTEN_SPITAL_AMB	Bruttoleistung „Spital ambulant/ teilstationär“ vor PP-Behandlung	Zahl
86.	KOSTEN_SPITAL_STAT	Bruttoleistung „Spital stationär“ vor PP-Behandlung	Zahl
87.	KOSTEN_KRANKENPFL	Bruttoleistung „Krankenpflege Heim“ vor PP-Behandlung	Zahl
88.	KOSTEN_SPITEX	Bruttoleistung „Spitex“ vor PP-Behandlung	Zahl
89.	BEH_PP	Behandlung im PP	Zahl

grau = bezieht sich auf das Kalenderjahr **vor** der Behandlung im Pilotprojekt

A 2.1.1.3 Datenqualität

Die von den Krankenversicherern gelieferten Daten sind insgesamt von guter Qualität. Im Jahr 2007 und 2008 war es problemlos möglich, die Daten aus den Kostengutsprachen über die anonyme Fallnummer mit den Routinedaten aus der Rechnungsstellung zu verknüpfen. Im Jahr 2009 haben nicht alle Krankenversicherer die Kostengutsprache-Daten geliefert, so dass die Auswertungen für den Schlussbericht auf den Routinedaten beruhen. Es hat sich gezeigt, dass die Krankenversicherer nicht immer über alle für das Pilotprojekt verlangten Informationen verfügten. Die Qualität der Auswertungen hängt deshalb sehr stark von der Antwortrate zu den einzelnen Variablen ab. Tabelle A.2.1. zeigt die Antwortraten für die Variablen, die im Kapitel 2 „Nutzung des Angebotes in Deutschland“ ausgewertet wurden.

Tabelle A.2.1: Antwortraten nach erhobener Variable, 2007-2009

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009

Variable	Variablenname	N	Antwort-rate (%)
Daten zur Kostengutsprachgesuch		*376*	*70.0*
Grenzgänger	*[GRENZG]*	*376*	*51.6*
ZSR-Nummer des Zuweisers	*[ZSR_NR]*	*376*	*44.1*
Zugewiesen	*[ZUGEWIESEN]*	*376*	*49.5*
Einweisungsdiagnose	[EINW_DIAGNOSE]	376	*29.0*
Alter bei Spitalaustritt	[ALTER]	376	100.0
Aufenthaltsdauer im Spital	[AUFENTHALTSDAUER]	376	98.4
Austrittdiagnose	[AUSTR_ICD]	376	8.2
Besondere Umstände bei Behandlungsende	[BESONDERE]	376	23.4
Bruttoleistung CHF	[B_LEISTUNG]	376	97.6
Geschlecht	[GESCHLECHT]	376	100.0
Klinik	[IK_NR]	376	97.1
Kostenbeteiligung CHF	[KOBE]	376	97.3
Leistungsnummer	[LEISTUNGS_NR]	376	99.5
Monat der Behandlung	[BEH_MONAT]	376	98.7
Nationalität	[NATION]	376	87.0
Rechnungsbetrag CHF	[BETRAG_CHF]	376	98.4
Spitaltage CH	[SPITAL_TAGE]	376	97.1
Versicherung	[BAG_NR]	376	100.0
Wohngemeinde	[WOHN_PLZ]	376	100.0
Wohnkanton	[KANTON]	376	100.0

Die soziodemografischen Charakteristika der Patienten können mit Antwortraten von 100 Prozent sehr gut beschrieben werden. Ebenfalls wurden die von den Rechnungen abgeleiteten Variablen Aufenthaltsdauer, Rechnungsbetrag sowie Nummer des Leistungskataloges recht vollständig geliefert, so dass die Behandlungen gut beschrieben werden können. Während die Einweisungsdiagnose in knapp 29% der Fälle vorliegt, fehlen in den Routinedaten ausführliche Informationen über Diagnosen und Operationen Ebenfalls lückenhaft sind die Daten zur Beschreibung der Zuweisung. Insbesondere fehlt in 56 Prozent der Fälle die ZSR-Nummer des Zuweisers und somit der Typ des Zuweisers.

A 2.1.2 Patientenbefragung

Im Rahmen der Evaluation des Pilotprojektes „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie dem Landkreis Lörrach“ wird unter anderem die Patientenzufriedenheit ermittelt. Zu diesem Zweck erhalten alle Pilotprojekt-Teilnehmer/innen im Anschluss an ihre Behandlung in Deutschland einen Fragenbogen.

A 2.1.2.1 Fragebogenentwicklung

Der Inhalt des Fragebogens orientiert sich stark an einem in Belgien entwickelten Instrument. Dieses wurde im Rahmen der Evaluation eines grenzüberschreitenden Pilotprojektes im Spitalbereich zwischen Belgien und Holland entwickelt (Boffin, Baeten, 2005 / Glinos et al, 2005). Es gehört der europäischen Initiative zur grenzüberschreitenden medizinischen Behandlung genannt Europe for Patients Project an (www.europe4patients.org). Der Inhalt des belgischen Fragebogens wurde durch Expert/innen aus dem Gesundheitswesen erarbeitet und geprüft, die interne Validität des Fragebogens getestet. Der Vorteil dieses Fragebogens ist die starke thematische Übereinstimmung mit dem Pilotprojekt in der Region Basel-Lörrach. Die üblichen Patientenzufriedenheitserhebungen wie bspw. der Picker-Fragebogen treffen die Informationsbedürfnisse des vorliegenden Projektes nur am Rande. Der Nachteil dieser Wahl ist das Fehlen von schweizerischen und deutschen Vergleichswerten. Dafür wird ein direkter Vergleich mit einem anderen Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Spitalleistungen ermöglicht.

Der holländische Fragebogen wurde zunächst auf Deutsch übersetzt und dann auf sprachliche Konsistenz für den Schweizer Kontext überprüft. Die Güte des holländischen Fragebogens wurde auch im Schweizer Kontext geprüft, indem er Expert/innen aus dem Gesundheitswesen vorgelegt wurde. Unter anderem haben die Sektion GES des BFS, Team Schweizerische Gesundheitsbefragung, Inhalt und Vorgehen der Patientenbefragung kommentiert.

Das Instrument lag Ende 2007 in einer ersten Version vor und wurde einem Teil der Pilotprojekt-Teilnehmenden des 2. Halbjahres 2007 im Sinne eines Pretests zugeschickt. Aufgrund der gesammelten Erfahrungen wurde der Fragebogen finalisiert.

A 2.1.2.2 Organisation des Fragebogenversandes

Der Fragebogen wurde allen Pilotprojekt-Teilnehmenden der Jahre 2008 und 2009 zugestellt (Vollerhebung). Aus Gründen des Datenschutzes wurde der Weg über die Krankenversicherer gewählt:

- Das Obsan lieferte die Fragebögen als Word / PDF - Datei an die Krankenversicherer, inklusive Rückantwortcouverts.
- Die Fragebögen wurden von den Krankenversicherern mit der (verschlüsselter) Versichertennummer versehen und an Patient/innen verschickt.
- Die Patient/innen retournierten den Fragebogen an Obsan.

Der Fragebogen wurde von den Krankenversicherern ca. 2 Monate nach der abgeschlossenen Behandlung (bei Rechungserhalt) versandt. Die Krankenversicherer erhalten keine individuellen Daten aus den Fragebögen. Spezifische Auswertungen der erhobenen Daten für KV möglich.

A 2.1.2.3 Datenqualität

Die von den Patienten ausgefüllten Fragebogen sind insgesamt von sehr guter Qualität. Im Jahr 2007 wurde der Fragebogen getestet. Für die Jahre 2008 und 2009 wurde eine Rücklaufquote von 50.3%, bezogen auf die Routinedaten (n=285), erreicht. Im Jahr 2009 ist die Rücklaufquote mit 45.5% etwas tiefer als im Jahr (56.2%). Diese Differenz kann wahrscheinlich damit erklärt werden, dass der Stichtag für den Eingang der Fragebogen auf den 31. Januar 2010 festgelegt worden war. Bis dahin hatten wahrscheinlich nicht alle Patient/innen des Jahres 2009 Gelegenheit gehabt, den Fragebogen zurückzuschicken (Rechnungsstellung nach Stichtag).

Tabelle A.2.2 zeigt die partiellen Antwortraten für jede Frage des Patientenfragebogens.

Tabelle A.2.2: Partial Antwortraten nach erhobener Variable der Patientenfragebogen, 2008-2009

Variable	Variblen-name	N	Missing	Partial Antwortrate
Kliniksort	Q1_01	144	3	97.9
Klinksname	Q1_02	144	5	96.5
Behandlung von Monat	Q1_03A	144	3	97.9
Behandlung von Jahr	Q1_03B	144	0	100.0
Behandlung bis Monat	Q1_04A	144	4	97.2
Behandlung bis Jahr	Q1_04B	144	0	100.0
Wohnnähe in km	Q2_00	144	13	91.0
Schweizer Klinik als Alternative	Q3_00	144	11	92.4
Wohnnähe in km	Q3_01	70	19	72.9
Übernachtung in der deutschen Klinik	Q4_00	144	2	98.6
Wie viele Nächte	Q4_01	140	8	94.3
Wegen dieser Erkrankung schon zu der deutschen Klinik gereist	Q5_00	144	2	98.6
Wie oft	Q5_01	8	3	62.5
Finanzielle Anreiz von Ihrer Krankenversicherung erhalten'	Q6_00	144	10	93.1
Welche Anreiz	Q6_01	23	10	56.5
Wartezeit für die Behandlung in CH	Q7_00	144	6	95.8
Wochen Anzahl	Q7_01	37	7	81.1
Wartezeit für die Behandlung in D	Q8_00	144	3	97.9
Wochen Anzahl	Q8_01	3	0	100.0
Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes	Q9_00	144	6	95.8
Möglichkeit beim Pilotprojekt teilzunehmen	Q10_00	144	3	97.9
Wer hat die Klinik vorgeschlagen	Q11_00	144	3	97.9
Krankenversicherung die Leistungen vergütet	Q12_01	144	11	92.4
Zusätzliche Auslagen	Q12_02	144	30	79.2
Medizinischen Dokumente	Q12_03	144	18	87.5
Versicherungsdokumente	Q12_04	144	26	81.9
Das krankenhaus	Q12_05	144	28	80.6
Der behandelnde Arzt	Q12_06	144	22	84.7
Medizinischer un administrativer Ablauf in D	Q12_07	144	15	89.6
Beschwerdemanagement in D	Q12_08	144	25	82.6
Wartezeit für die Behandlung'	Q13_01	144	38	73.6
Die Entfernung zur Klinik'	Q13_02	144	30	79.2
Der Ruf der Klinik'	Q13_03	144	30	79.2
Der Ruf des Arztes'	Q13_04	144	40	72.2
Möglichkeit für Familienmitgliedern	Q13_05	144	21	85.4
Service in der Klinik	Q13_06	144	29	79.9
Kosten der Behandlung	Q13_07	144	29	79.9
Finanzielle Anreize der Krankenkasse	Q13_08	144	42	70.8
Administrative Abwicklung	Q13_09	144	31	78.5
Lage und Umgebung	Q13_10	144	18	87.5
Vergleich Wartezeit für die Behandlung	Q14_01	144	28	80.6
Vergleich Entfernung zur Klinik	Q14_02	144	31	78.5
Vergleich Ruf der Klinik	Q14_03	144	32	77.8
Vergleich Ruf des Arztes	Q14_04	144	38	73.6
Vergleich Möglichkeit Familienmitglie-dern/Freunden	Q14_05	144	28	80.6
Vergleich Service in D	Q14_06	144	31	78.5
Vergleich Behandlungskosten	Q14_07	144	29	79.9
Vergleich Adinistrative Abwicklung	Q14_08	144	33	77.1
Vergleich Zusätzliche Auslagen	Q14_09	144	30	79.2
Vergleich Lage und Umgebung	Q14_10	144	28	80.6
Entscheid bekräftigen bei Hausarz	Q15_01	144	62	56.9
Entscheid bekräftigen bei CH Spezialist	Q15_02	144	51	64.6
Entscheid bekräftigen bei CH Fachperson	Q15_03	144	39	72.9
Entscheid bekräftigen bei Krankenversicherung	Q15_04	144	54	62.5
Entscheid bekräftigen nach Beratungsstelle	Q15_05	144	54	62.5
Entscheid bekräftigen Familie/Freunde/Bekannte	Q15_06	144	38	73.6
Entscheid bekräftigen Patient	Q15_07	144	52	63.9
Entscheidung für die Behandlung	Q16_00	144	5	96.5
Überweisung vom Hausartz/Spezialisten/Spital	Q17_01	144	19	86.8
Zustimmung krankenversicherung	Q17_02	144	16	88.9
Organisation des Zugangs in D	Q18_00	144	5	96.5
Respekt behandelt	Q19_01	144	5	96.5
Klinikpersonal aufmerksam	Q19_02	144	9	93.8
Klinikpersonal Vertrauen	Q19_03	144	5	96.5
Entscheidung über Pflege und Behandlung	Q19_04	144	7	95.1
Klinikpersonal hilfsbereit	Q19_05	144	5	96.5
Genügend Informationen	Q19_06	144	4	97.2
Wartezeit Zimmer	Q20_01	144	8	94.4
War es im Zimmer ruhig	Q20_02	144	7	95.1

Variable	Variblen-name	N	Missing	Partial Antwortrate
War Ihr Zimmer sauber	Q20_03	144	6	95.8
Privatsphäre im Zimmer	Q20_04	144	6	95.8
Haben Si da Esse gemocht	Q20_05	144	6	95.8
Informationen um Genesung	Q21_01	144	7	95.1
Informationen über Kontakt	Q21_02	144	13	91.0
D Medikamente verschreiben	Q22_00	144	5	96.5
Erklärungen über Medikamente	Q22_01	105	6	94.3
Medikamente nach Entlassung bezogen	Q23_00	105	23	78.1
Medikamente angemessener Zeit bekommen	Q23_01	56	5	91.1
Hilfsmittel bekommen von D	Q24_00	144	11	92.4
Hilfsmittel bezogen in CH	Q25_00	123	40	67.5
Hilfsmittel problemlos in CH bekommen	Q25_01	22	1	95.5
Probleme bei Rückvergütung durch Krankenkasse	Q25_02	22	4	81.8
frühzeitig Zeitpunkt Entlassung informiert	Q26_00	144	7	95.1
Behandlung und Pflege zufrieden	Q27_00	144	3	97.9
Weiterempfehlen an PatientInnen	Q28_00	144	4	97.2
Klinik oder Pflegeheim nach Austritt	Q29_00	144	5	96.5
In welchem Zeitraum	Q29_01	8	1	87.5
Art Klinik aufgenommen	Q29_02	8	0	100.0
Land aufgenommen	Q29_03	8	0	100.0
Text	Q29_04a	8	0	100.0
Text	Q29_05	8	0	100.0
Genügend Informationen	Q29_06	8	1	87.5
Ambulanter Behandlung/Pflege bedürfen	Q30_00	144	15	89.6
Lange der Pfleg Hausarzt	Q30_01	96	64	33.3
Lange der Pfleg Facharzt	Q30_02	96	70	27.1
Lange der Pfleg Therapeut	Q30_03	96	27	71.9
Lange der Pfleg Ambulanter Pflegedienst	Q30_04	96	87	9.4
Bezahlten Kosten Krankenversicherung	Q30_06	96	79	17.7
Von Ihnen bezahlte Kosten	Q30_07	96	81	15.6
Weiss nicht/Rechnung noch nicht erhalten	Q30_08	96	17	82.3
Medizinischen Fachpersonen informiert	Q30_09	96	1	99.0
Gesundheitszustand	Q31_00	144	3	97.9
Krankheit oder gesundheitliches Problem	Q32_00	144	11	92.4
täglichen Aktivitäten mit gesundheitliches Problem	Q33_00	144	17	88.2
Behandlung in einer Schweizer Klinik	Q34_00	144	5	96.5
Anzahl Spitalaufenthalte CH Klinik	Q34_01	80	12	85.0
Schon eine medizinische Behandlung in D	Q35_00	144	2	98.6
Für welche Behandlung	Q35_01	8	0	100.0
Wie oft zum Einkaufen	Q36_01	144	6	95.8
Wie oft zu Besuch bei Familie und Freunde	Q36_02	144	53	63.2
Wie oft um einen Abend auszugehen	Q36_03	144	54	62.5

Variable	Variblen-name	N	Missing	Partial Antwortrate
Wie oft für Ihre Arbeit	Q36_04	144	66	54.2
Wie oft für Ihr Studium	Q36_05	144	70	51.4
Geschlecht	Q37_00	144	0	100.0
Ihr Geburtsjahr ist	Q38_00	144	4	97.2
Ihre Staatsangehörigkeit	Q39_00	144	0	100.0
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Q40_00	144	8	94.4
Hauptsächliche Einkommensquelle	Q41_00	144	1	99.3
Zivilstand	Q42_00	144	1	99.3
Art von Haushalt	Q43_00	144	2	98.6
Personen im Haushalt	Q44_00	144	22	84.7
Wie sind Sie versichert	Q45_00	144	1	99.3
Auslanddeckung	Q45_01	109	33	69.7
Versichertenklasse	Q45_02	109	14	87.2
Welcher Krankheit zur Rehabilitation	Q46_00	144	40	72.2
Gesundheitsprogramm Teilgenommen	Q47_01	144	47	67.4
Gesundheitsprogramm Urteil	Q47_02	60	1	98.3
Lehrküche Teilgenommen	Q47_03	144	86	40.3
Lehrküche Urteil	Q47_04	6	0	100.0
Schulungen Teilgenommen	Q47_05	144	75	47.9
Schulungen Urteil	Q47_06	31	3	90.3
Sozial/Berufsberatung Teilgenommen	Q47_07	144	93	35.4
Sozial/Berufsberatung Urteil	Q47_08	0	0	-
Krankengymnastik einzeln Teilgenommen	Q48_01	144	35	75.7
Krankengymnastik einzel Urteil	Q48_02	105	4	96.2
Krankengymnastik Gruppe Teilgenommen	Q48_03	144	48	66.7
Krankengymnastik Gruppe Urteil	Q48_04	84	3	96.4
Sport/Bewegunstherapie Teilgenommen	Q48_05	144	57	60.4
Sport/Bewegunstherapie Urteil	Q48_06	70	2	97.1
Beschäftigungs/Gestaltungs/Ergotherapie Teil	Q48_07'	144	88	38.9
Beschäftigungs/Gestaltungs/Ergotherapie Urteil	Q48_08	20	0	100.0
Physikalische Anwendungen Teilgenommen	Q48_09	144	61	57.6
Physikalische Anwendung Urteil	Q48_10	53	0	100.0
Massagen Teilgenommen	Q48_11	144	43	70.1
Massagen Urteil	Q48_12	95	2	97.9
Entspannungstherapie Teilgenommen	Q48_13	144	76	47.2
Entspannungstherapie Urteil	Q48_14	31	1	96.8
Ärztliche Behandlungen Teilgenommen	Q48_15	144	79	45.1
Ärztliche Behandlungen Urteil	Q48_16	26	1	96.2
Arbeitstherapie Belastungserprobung Teil	Q48_17	144	82	43.1
Arbeitstherapie Belastungserprobung Urteil	Q48_18	16	0	100.0
Rehabilitationsbehandlung insgesamt	Q49_00	144	29	79.9
Rehabilitationsmassnahme insgesamt	Q50_00	144	32	77.8

A 2.1.2.4 Gewichtung der Resultate

Die Resultate wurden gewichtet nach der Alters- und Geschlechtsstruktur aller 285 Patient/innen der Jahre 2008 und 2009. In der Tabelle A.2.3 ist die Geschlechts- und Altersstruktur der 285 Patient/innen gemäss den Routinedaten dargestellt, in Tabelle A.2.4 diejenige der Patient/innen, die einen gültigen Fragebogen zurückgeschickt haben.

Tabelle A.2.3: Alters- und Geschlechtsstruktur der Patient/innen gemäss Routinedaten, Anzahl Fälle und Verteilung (in %), 2008-2009

Altersgruppe	Männer		Frauen		Total	
=< 70	54	(18.9)	69	(24.2)	123	(43.2)
> 70	48	(16.8)	114	(40.0)	162	(56.8)
Total	102	(35.8)	183	(64.2)	285	(100.0)

Tabelle A.2.4: Alters- und Geschlechtsstruktur der Patient/innen mit gültigem Patientenfragebogen, Anzahl Fragbogen und Verteilung (in %), 2008-2009

Altersgruppe	Männer		Frauen		Total	
=< 70	31	(21.5)	37	(25.7)	68	(47.2)
> 70	23	(16.0)	53	(36.8)	76	(52.8)
Total	54	(37.5)	90	(62.5)	144	(100.0)

Die Gewichtungsfaktoren wurden durch die Division der Anzahl Fälle gemäss Routinedaten durch die Anzahl Patient/innen mit Fragebogen ermittelt. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Teilnehmenden an der Patientenbefragung stimmt recht gut mit derjenigen der Routinedaten überein, so dass darauf verzichtet wurde, Konfidenzintervalle darzustellen.

A 2.1.2.5 Patientenfragebogen Pilotprojekt

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

[PatientenFB CH_v4.doc]

Nummer: __ __ __ __/ __ __ __/ __ __

Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach“

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Zu Beginn ein paar generelle Fragen zu Ihrer Behandlung in Deutschland

1. **In welcher deutschen Klinik wurden Sie versorgt und in welchem Zeitraum?** [epp1]
   Ort: …… [1.1]
   Name der Klinik: …… [1.2]
   In Behandlung von …… (Monat, Jahr) [1.3] bis …… (Monat, Jahr) [1.4] [kcq]

2. **Wie weit wohnen Sie von dieser deutschen Klinik entfernt?** …….. Km [epp2]

3. **Stand eine Schweizer Klinik als Alternative zur Diskussion?** [obsan]
   ☐ (1) Nein → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
   ☐ (2) Ja → Wie weit wohnen Sie von dieser Schweizer Klinik entfernt ? …… Km [3.1]

4. **Haben Sie eine oder mehrere Nächte in der deutschen Klinik verbracht?** [epp3]
   ☐ (1) Nein, ich habe keine Nacht in der Klinik verbracht.
   ☐ (2) Ja → Wie viele Nächte ? …… Nächte [4.1]

5. **Sind Sie vor Ihrem Aufenthalt bereits einmal wegen dieser Erkrankung zu der deutschen Klinik gereist?** [epp4]
   ☐ (1) Nein
   ☐ (2) Ja → Wie oft ? …… mal [5.1]

Fragebogen nach N. Boffin & R. Baeten, Europe for Patients Project 2005, Originalfassung niederländisch, Übersetzung: S. Poll/ Universität Trier, Übertragung für die Schweiz und Ergänzung: Lucy Bayer-Oglesby/Andrea Zumbrunn, Obsan.

Frage 45 entspricht Frage 19 aus Fragebogen „Gesundheit in Beruf und Alltagsleben“, IRES Version 3.3, Reha-Beginn. Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührlen, Prof. Dr. W.H. Jäckel, Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen.

Frage 47-51 entsprechen den Fragenblöcke 5, 6, 8a und 8b aus „Fragebogen zur Bewertung der Rehabilitation“, QS-RehaR, Version 07/2005, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. W.H. Jäckel). Der Einsatz der Original-Fragen erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Urheber.

6. Haben Sie von Ihrer Krankenversicherung einen finanziellen Anreiz für die Behandlung in der deutschen Klinik erhalten? [obsan]

☐(1) Nein → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
☐(2) Ja ↳ **Welche(r) Anreiz(e) ?** [6.1]
- ☐(1) Kosten wurden nicht an die Franchise angerechnet
- ☐(2) Erlass Kostenbeteiligung
- ☐(3) Erlass Selbstbehalt
- ☐(4) andere, nämlich: ……. [6.2]

7. Gab es in der Schweiz eine Wartezeit für die Behandlung Ihrer Erkrankung? [epp5]

☐(1) Nein
☐(2) Ja → ungefähr …… Wochen [7.1]
☐(3) Weiss ich nicht

8. Hatten Sie eine Wartezeit für die Behandlung Ihrer Erkrankung in der deutschen Klinik? [obsan]

☐(1) Nein
☐(2) Ja → ich musste …… Wochen warten [8.1]
☐(3) Weiss ich nicht

<u>Nun folgen Fragen über das, was der Behandlung in Deutschland voranging</u>

9. Wie haben Sie davon gehört, dass Sie im Rahmen des Pilotprojektes für eine medizinische Behandlung in eine deutsche Klinik gehen können? [epp7]

☐(1) Durch den Hausarzt/die Hausärztin
☐(2) Durch den oder die behandelnde SpezialistIn
☐(3) Durch Fachpersonen im Schweizer Spital [obsan]
☐(4) Durch die Krankenversicherung
☐(5) Durch eine Beratungsstelle
☐(6) Durch ein Familienmitglied, Freund/Freundin oder Bekannte/n
☐(7) Durch einen Patienten/eine Patientin mit derselben Erkrankung [obsan]
☐(8) Durch die Medien [obsan]
☐(9) Durch andere, nämlich ……

10. Wussten Sie schon länger, dass Sie im Rahmen des Pilotprojektes für eine medizinische Behandlung in eine deutsche Klinik gehen können? [epp7]

☐(1) Ja, ich wusste schon länger, dass es diese Möglichkeit gibt.
☐(2) Nein, ich habe es erst erfahren, als ich die Behandlung benötigte.

11. Wer hat Ihnen diese spezifische deutsche Klinik vorgeschlagen? [epp8]

☐(1) Ihr Hausarzt/ Ihre Hausärztin
☐(2) Der oder die behandelnde SpezialistIn
☐(3) Eine Fachperson im Schweizer Spital [Obsan]
☐(4) Ihre Krankenversicherung
☐(5) Eine Beratungsstelle
☐(6) Ein Familienmitglied, ein Freund/eine Freundin oder ein Bekannter
☐(7) Ein Patient/eine Patientin mit derselben Erkrankung [Obsan]
☐(8) Keiner von allen, ich habe es selbst ausgesucht
☐(9) Andere, nämlich..... [Obsan]

12. Waren die Informationen, die Sie hatten, bezüglich der folgenden Themen ausreichend? [epp9]

	ÜBERHAUPT NICHT AUSREICHEND	NICHT AUSREICHEND	WEDER NOCH	GUT	SEHR GUT	TRIFFT NICHT ZU, KEINE INFORMATIONEN NÖTIG
Art und Weise, wie Ihre Krankenversicherung die Leistungen in Deutschland vergütet [12.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Zusätzliche Auslagen, mit denen Sie rechnen sollten [12.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Die medizinischen Dokumente, die Sie mitbringen mussten [12.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Die Versicherungsdokumente, die Sie mitbringen mussten [12.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Das Krankenhaus [12.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Der behandelnde Arzt [12.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Medizinischer und administrativer Ablauf in einer deutschen Klinik [12.7]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Das Beschwerdemanagement in der deutschen Klinik [12.8]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)

13. Wie wichtig waren die folgenden Themen bei Ihrer Entscheidung, in eine deutsche Klinik zu gehen? [epp10]

	GANZ UN-WICHTIG	UN-WICHTIG	WEDER NOCH	WICHTIG	SEHR WICHTIG
Die Wartezeit für die Behandlung [13.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Die Entfernung zur Klinik [13.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Der Ruf der Klinik [13.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Der Ruf des Arztes [13.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Die Möglichkeit, von Familienmitgliedern und Freunden besucht zu werden [13.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Der Service in der Klinik [13.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Die Kosten der Behandlung [13.7]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Finanzielle Anreize der Krankenkasse (z.B. Erlass Franchise, kein Selbstbehalt, keine Kostenbeteiligung) [13.8] [obsan]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Die administrative Abwicklung rund um die Behandlung [13.9]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Die Lage und Umgebung der Klinik [13.10] [obsan]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Andere wichtige Themen, nämlich: [13.11] [obsan] …….….	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

14. Treffen die folgenden Aussagen über die von Ihnen gewählte deutsche Klinik zu oder nicht zu? [epp11]

Im Vergleich zu einer Schweizer Klinik ….	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TRIFFT NICHT ZU	WEDER NOCH	TRIFFT ZU	SEHR ZU-TREFFEND	WEISS NICHT
…war die Wartezeit für die Behandlung kürzer [14.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war die Entfernung zur Klinik kürzer [14.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war der Ruf der Klinik besser [14.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war der Ruf des Arztes besser [14.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war die Möglichkeit, von Familienmitgliedern und Freunden besucht zu werden, eher gegeben [14.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war der Service in der deutschen Klinik besser [14.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…waren die Behandlungskosten niedriger [14.7]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war die administrative Abwicklung rund um die Behandlung geringer [14.8]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…hatte ich zusätzliche Auslagen (z.B. Transportkosten etc.) [14.9]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
…war die Lage und Umgebung der Klinik schöner [14.10] [obsan]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Andere Aussagen, nämlich: [14.11] [obsan] …….….	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)

15. In welchem Mass haben Sie folgende Personen bei Ihrem Entscheid, in eine deutsche Klinik zu gehen, bekräftigt? [epp12]

	GAR NICHT	WENIG	WEDER NOCH	EINIGER-MASSEN	SEHR	TRIFFT NICHT ZU, WAR NICHT BETEILIGT
Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin [15.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Der oder die behandelnde SpezialistIn in der Schweiz [15.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Die Fachpersonen im Schweizer Spital [15.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Ihre Krankenversicherung [15.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Eine Beratungsstelle [15.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Familie, Freunde oder Bekannte [15.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
PatientInnen mit gleicher Erkrankung [15.7]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Andere Personen, nämlich: [15.8] …….….	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)

16. Fiel Ihnen die Entscheidung, für Ihre Behandlung nach Deutschland zu gehen, leicht oder schwer? [epp13]

☐(1) Sehr schwer ☐(2) Schwer ☐(3) Weder noch ☐(4) Leicht ☐(5) Sehr leicht

17. Wie verlief der Prozess zum Erhalt folgender Voraussetzungen zur Behandlung in Deutschland? [epp14/obsan]

	SEHR MÜHSAM	MÜHSAM	WEDER NOCH	EHER REIBUNGS LOS	REIBUNGS LOS	TRIFFT NICHT ZU, NICHT NÖTIG
Überweisung vom Hausarzt/-ärztin, einem/r behandelnden Spezialisten/Spezialistin oder dem Spital in der Schweiz? [17.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)
Zustimmung Ihrer Krankenversicherung? [17.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)	☐(6)

18. Insgesamt: Wie verlief die Organisation des Zugangs zur Behandlung in Deutschland? [epp15]

☐(1) Sehr schwierig ☐(2) Schwierig ☐(3) Weder noch ☐(4) Einfach ☐(5) Sehr einfach

Nun folgen Fragen über die Behandlung in Ihrer deutschen Klinik

19. Wie fanden Sie die Behandlung in der deutschen Klinik? [epp16]

	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
Wurden Sie höflich und mit Respekt behandelt? [19.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Hörte das gesamte Klinikpersonal aufmerksam zu? [19.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Hatten Sie Vertrauen in das behandelnde Klinikpersonal? [19.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Hat man Sie genügend bei den Entscheidungen über Pflege und Behandlung einbezogen? [19.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Fanden Sie das Klinikpersonal genauso hilfsbereit, wie es sich gehört? [19.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Bekamen Sie genügend Informationen über Ihre Behandlung? [19.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

20. Wenn Sie mindestens eine Nacht in der Klinik waren: Wie beurteilen Sie Betreuung und Aufenthalt? [epp17]

	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
Mussten Sie lange warten, bevor Sie auf Ihr Zimmer konnten? [20.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
War es im Zimmer ruhig? [20.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
War Ihr Zimmer sauber? [20.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Hatten Sie genügend Privatsphäre in Ihrem Zimmer? [20.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Haben Sie das Essen gemocht? [20.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

21. Bekamen Sie in der deutschen Klinik genügend Informationen? [epp18]

	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
…um Ihre Genesung zu fördern? [21.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
…mit wem Sie bei Sorgen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes Kontakt aufnehmen können? [21.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

22. Bekamen Sie in der deutschen Klinik Medikamente verschrieben? [epp19]

☐(1)	Nein	→ GEHEN SIE ZUR FRAGE 24				
☐(2)	Ja	↴	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
	Bekamen Sie ausreichende Erklärungen über die Medikamente? [22.1]		☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

23. Haben Sie diese Medikamente nach Ihrer Entlassung in der Schweiz bezogen? [kcq/obsan]

☐(1)	Nein	→ GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE					
☐(2)	Ja	↴	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
	Konnten Sie die Medikamente innerhalb angemessener Zeit in der Schweiz bekommen? [23.1] [epp19]		☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

24. Bekamen Sie in der deutschen Klinik Hilfsmittel verordnet? Zum Beispiel ein Korsett, eine Kniemanschette, … [epp20]

☐(1)	Nein	→ GEHEN SIE ZUR FRAGE 26
☐(2)	Ja	→ Welches Hilfsmittel war das …… [24.1]

25. Haben Sie dieses Hilfsmittel in der Schweiz bezogen? [obsan]

☐(1)	Nein	→ GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE					
☐(2)	Ja	↴	GAR NICHT	EHER NICHT	MEHR ODER WENIGER	EHER JA	SICHER JA
	Konnten Sie das Hilfsmittel problemlos in der Schweiz bekommen? [25.1] [epp20]		☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
	Hatten Sie Probleme bei der Rückvergütung dieses Hilfsmittels durch Ihre Krankenkasse? [25.2] [epp20]		☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

26. Wenn Sie mindestens eine Nacht in der Klinik waren: Wurden Sie frühzeitig über den Zeitpunkt Ihrer Entlassung informiert? [epp21]

☐(1) Gar nicht ☐(2) Eher nicht ☐(3) Mehr oder weniger ☐(4) Eher ja ☐(5) Sicher ja

27. Insgesamt: Waren Sie zufrieden mit Ihrer Behandlung und der Pflege, die Sie in der deutschen Klinik bekommen haben? [epp26]

☐(1) Gar nicht ☐(2) Eher nicht ☐(3) Mehr oder weniger ☐(4) Eher ja ☐(5) Sicher ja

28. Würden Sie die gleiche deutsche Klinik an PatientInnen mit gleicher Erkrankung weiterempfehlen? [epp27]

☐(1) Gar nicht ☐(2) Eher nicht ☐(3) Mehr oder weniger ☐(4) Eher ja ☐(5) Sicher ja

Noch einige Fragen bezogen auf die Zeit nach dem Austritt aus der deutschen Klinik:

29. Mussten Sie nach dem Austritt aus der deutschen Klinik wegen derselben Erkrankung in einer Klinik oder einem Pflegeheim aufgenommen werden? [kcq/obsan]

☐(1) **Nein** → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
☐(2) **Ja**, ich wurde wegen derselben Erkrankung in einer Klinik oder einem Pflegeheim aufgenommen

↳ **In welchem Zeitraum?** [29.1]
- ☐(1) Ich wurde **unmittelbar anschliessend** verlegt
- ☐(2) Ich wurde **innerhalb von 1 Woche** aufgenommen
- ☐(3) Ich wurde **nach 1- 4 Wochen** aufgenommen
- ☐(4) Ich wurde **nach 5- 8 Wochen** aufgenommen
- ☐(5) Ich wurde **nach mehr als 8 Wochen** aufgenommen

↳ **In welcher Art Klinik und in welchem Land wurden Sie aufgenommen?** [29.2] [29.3]

☐(1) Ich einer Akut-Klinik:	☐(11)	in der Schweiz	☐(12)	in Deutschland
☐(2) Ich einer Reha-Klinik:	☐(21)	in der Schweiz	☐(22)	in Deutschland
☐(3) Ich einem Pflegeheim:	☐(31)	in der Schweiz	☐(32)	in Deutschland

↳ **Welches war der Grund für die Einweisung (mehrere Antworten möglich)?** [29.4]
- ☐(1) Weiterführung der Behandlung
- ☐(2) Rehabilitation
- ☐(3) Übergangspflege
- ☐(4) Eintritt ins Pflegeheim
- ☐(5) Komplikationen nach dem deutschen Klinikaufenthalt
- ☐(6) Bereits vor dem Aufenthalt in der Deutschen Klinik geplanter Klinikaufenthalt
- ☐(7) Andere Gründe: …… [29.5]

↳ **Bekam die Klinik, die Rehabilitationseinrichtung bzw. das Pflegeheim genügend Informationen bezüglich Ihrer Behandlung und der notwendigen Nachsorge?** [epp22] [29.6]

☐(1) Gar nicht ☐(2) Eher nicht ☐(3) Mehr oder weniger ☐(4) Eher ja ☐(5) Sicher ja ☐(6) Weiss nicht

30. Bedurften Sie ambulanter Behandlung oder Pflege in der Schweiz nach Entlassung aus der deutschen Klinik, die in Zusammenhang mit der in Deutschland behandelten Erkrankung stand? [kcq/obsan]

☐(1) **Nein** → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE

☐(2) **Ja**, ich wurde nach Entlassung aus der deutschen Klinik in Zusammenhang mit derselben Erkrankung in der Schweiz ambulant behandelt oder gepflegt

↳ **Von wem** und wie **lange** wurden sie ambulant behandelt oder gepflegt (mehrere Antworten möglich)? [30.1]

	1-4 WOCHEN	5-8 WOCHEN	LÄNGER ALS 8 WOCHEN
Hausarzt/ der Hausärztin [30.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)
Facharzt / Fachärztin / SpezialistIn [30.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)
Therapeut / Therapeutin (z.B. Physio- oder Ergotherapie) [30.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)
Ambulanter Pflegedienst (z.B. Spitex) [epp24] 30.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)
Anderes, nämlich: …… [30.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)

↳ **Welche Kosten** sind Ihnen und der Krankenversicherung **während der ersten 2 Monate nach der Rückkehr** durch diese Nachbehandlung(en) **gesamthaft** entstanden? [kcq/obsan]

Von der Krankenversicherung bezahlte Kosten (ungefähr): ca. …….. CHF [30.6]
Von Ihnen bezahlte Kosten (ungefähr): ca. …….. CHF [30.7]
Weiss nicht / Rechnung noch nicht erhalten ☐ [30.8]

↳ **Bekamen die medizinischen Fachpersonen ausreichend Informationen bezüglich Ihrer Behandlung und der notwendigen Nachsorge?** [epp24, epp25] [30.9]

☐(1) Gar nicht ☐(2) Eher nicht ☐(3) Mehr oder weniger ☐(4) Eher ja ☐(5) Sicher ja ☐(6) Weiss nicht

Jetzt noch einige Fragen über Ihre Gesundheit und die bisherige Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen

31. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er… [MEHM1, Obsan]

☐(1) Sehr schlecht ☐(2) Schlecht ☐(3) Mittelmässig ☐(4) Gut ☐(5) Sehr gut ☐(6) Weiss nicht

32. Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, die bzw. das chronisch oder andauernd ist? Damit sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, welche angedauert haben oder schätzungsweise während mindestens 6 Monaten oder länger andauern werden. [MEHM2, Obsan]

☐(1) Ja ☐(2) Nein ☐(3) Weiss nicht

33. Wie sehr sind Sie durch ein gesundheitliches Problem – welches mindestens 6 Monate angedauert hat – bei gewöhnlichen Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt? [MEHM3, obsan]

☐(1) stark eingeschränkt ☐(2) eingeschränkt, aber nicht stark ☐(3) überhaupt nicht eingeschränkt ☐(4) weiss nicht

34. Waren Sie in den <u>letzten fünf Jahren</u> ein- oder mehrmals in einer <u>Schweizer Klinik</u> in Behandlung? [epp29, obsan]

☐(1)	Nein	→ GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
☐(2)	Ja	→ Wenn ja, wie oft? …… Mal [34.1]

35. Waren Sie schon früher für eine medizinische Behandlung <u>in Deutschland</u>? [epp30]

☐(1) Nein → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
☐(2) Ja → Für welche Behandlung ? (mehrere Antworten möglich) [35.1]
- ☐(1) Besuch beim Hausarzt/Hausärztin
- ☐(2) Besuch beim Zahnarzt/Zahnärztin
- ☐(3) Besuch bei einer/m medizinischen Spezialisten/Spezialistin
- ☐(4) Aufnahme in einer Akut-Klinik zur stationären Behandlung [epp30/obsan]
- ☐(5) Aufnahme in einer Rehabilitations-Klinik zur stationären Behandlung [obsan]
- ☐(6) Für andere Behandlungen, nämlich …….…….. [35.2]

<u>Zum Schluss …</u>

35. Wie oft (ungefähr) waren Sie im letzten Jahr für folgende Tätigkeiten in Deutschland? [epp31]

	NIE	EIN PAAR MAL IM JAHR	UNGEFÄHR JEDEN MONAT	UNGEFÄHR JEDE WOCHE	EIN PAAR MAL DIE WOCHE
Zum Einkaufen [36.1]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Zu Besuch bei Familie und Freunden [36.2]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Um einen Abend auszugehen [36.3]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Für Ihre Arbeit [36.4]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Für Ihr Studium [36.5]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Regelmässig für andere Sachen, nämlich …… [36.6]	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

37. Sie sind ☐(1) ein Mann ☐(2) eine Frau [epp32]

38. Ihr Geburtsjahr ist ☐☐☐☐ [epp33]

39. Ihre Staatsangehörigkeit: ☐(1) Schweiz ☐(2) Deutschland ☐(3) Anderes [obsan]

40. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? [epp34/obsan/bfs]

- ☐(1) Keine Ausbildung
- ☐(2) Obligatorische Schule (Real-, Sekundar-, Bezirks-, Orientierungsschule, Pro-/Untergymnasium)
- ☐(3) Berufliche Vorbildung oder Allgemeinbildung ohne Maturität (Bsp. DMS, 10. Schuljahr, Vorlehre)
- ☐(4) Berufliche Grundbildung oder Berufslehre (Bsp. Berufslehre, Vollzeitberufsschule, Handelsdiplom)
- ☐(5) Maturität oder Lehrkräfte-Seminar (Bsp. FMS, Gymnasium)
- ☐(6) Höhere Berufsbildung (Bsp. Technikerschule, HTL, HWV)
- ☐(7) Fachhochschule oder Universität

41. Was ist Ihre hauptsächliche Einkommensquelle? [epp35/obsan/bfs]

- ☐(1) Lohn als Angestellte(r)
- ☐(2) Gewinn aus eigener Firma oder freier Tätigkeit (Selbständig erwerbend)
- ☐(3) Einkommen aus Vermögen
- ☐(4) AHV-Rente (Altersrente)
- ☐(5) Altersrente der beruflichen Vorsorge, Pensionskasse (2. Säule)
- ☐(6) Altersrente der privaten Vorsorge, Lebensversicherung (3. Säule)
- ☐(7) Invalidenrente (IV, Unfallvers., Militärvers., berufliche Vorsorge)
- ☐(8) Unfallversicherungsrente (SUVA, private Versicherung)
- ☐(9) Arbeitslosengeld
- ☐(10) Andere Quelle, nämlich …… [41.1]

42. Was ist Ihr Zivilstand?

☐(1) Ledig ☐(2) verheiratet ☐(3) verwitwet ☐(4) geschieden ☐(5) getrennt

43. In welcher Art von Haushalt leben Sie? [obsan/bfs]

- ☐(1) Einpersonenhaushalt
- ☐(2) Paar ohne Kind/Kinder
- ☐(3) Paar mit Kind/Kindern
- ☐(4) Einelternhaushalt mit Kind/Kindern
- ☐(5) Einzelperson mit Eltern(-teil)
- ☐(6) Wohngemeinschaft (mit und ohne Verwandten)
- ☐(7) Alters- und Pflegeheim oder anderer Institution

44. Wie viele Personen leben in diesem Haushalt? ….. Person/Personen

45. Wie sind Sie versichert? [epp36/obsan]

- ☐(1) Nur obligatorische Krankenversicherung
- ☐(2) Obligatorische Krankenversicherung **und** Zusatzversicherung:
  - ☐(41) ***ohne*** Auslanddeckung ☐(43) ***mit*** Auslanddeckung [46.1]
  - Versichertenklasse: ☐(41) allgemein ☐(42) halbprivat ☐(43) privat [46.2]
- ☐(5) Anderes, nämlich: …… [46.3]

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens.
Schicken Sie ihn bitte in dem beigelegten frankierten Rückantwortcouvert zurück.
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Bundesamt für Statistik
Frau Lucy Bayer-Oglesby
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel

Sie können noch zusätzliche Bemerkungen über Ihre Erfahrungen in dem deutschen Krankenhaus, dem Pilotprojekt und den Fragebogen hier notieren.

Zusatzfragen für Patient/innen mit Rehabilitationsleistungen

46. Wegen welcher Krankheit sind Sie <u>hauptsächlich</u> zur Rehabilitation gekommen? [Reha-Beginn4]

……

Schulungen, Vorträge und Beratungen

47. An welchen der folgenden Schulungen, Vorträge und Beratungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese? [Reha-Bewert5]

	Teilgenommen ?		Falls Ja: Urteil				
	Nein	Ja	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmässig	Gut	Sehr gut
Gesundheitsprogramm (z.B. Vorträge) [48.1][48.2]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Lehrküche [48.3][48.4]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessen, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung) [48.5][48.6]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Sozial- und Berufsberatung [48.7][48.8]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

Behandlungen

48. An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese? [Reha-Bewert6]

	Teilgenommen ?		Falls Ja: Urteil				
	Nein	Ja	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmässig	Gut	Sehr gut
Krankengymnastik einzeln [49.1][49.2]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Krankengymnastik in der Gruppe [49.3][49.4]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditions-/ Terraintraining) [49.5][49.6]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Beschäftigungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie [49.7][49.8]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Physikalische Anwendungen (z.B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen) [49.9][49.10]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Massagen [49.11][49.12]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training) [49.13][49.14]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Ärztliche Behandlungen (z.B. Chiro-Therapien, Injektionen) [49.15][49.16]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)
Arbeitstherapie / Belastungserprobung [49.17][49.18]	☐(1)	☐(2)	☐(1)	☐(2)	☐(3)	☐(4)	☐(5)

49. Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt? [Reha-Bewert8a]

Wenn Sie das Ergebnis als sehr schlecht einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie es als ausgezeichnet einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

sehr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ausge-
schlecht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	zeichnet

50. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt? [Reha-Bewert8b]

Wenn Sie diese als sehr schlecht einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als ausgezeichnet einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

sehr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ausge-
schlecht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	zeichnet

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens.
Schicken Sie ihn bitte in dem beigelegten frankierten Rückantwortcouvert zurück.
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Bundesamt für Statistik
Frau Lucy Bayer-Oglesby
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel

Sie können noch zusätzliche Bemerkungen über Ihre Erfahrungen in dem deutschen Krankenhaus, dem Pilotprojekt und den Fragebogen hier notieren.

A 2.1.3 Schriftliche Befragung Projektpartner/innen 2010

Nach Ablauf der ersten Projektphase (2007-2009) wurden die Projektpartner zu grenzüberschreitenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung befragt, welche im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt entstanden waren. Es wurden alle deutschen Kliniken, Schweizer Versicherer sowie Kantonsvertreter per Email angeschrieben. Der Fragebogen wurde Anfang Februar 2010 verschickt, es gab ein einmaliges schriftliches Nachfassen.

Der Rücklauf der Befragung war hoch: Er betrug bei den am Pilotprojekt teilnehmenden Schweizer Krankenversicherern 91% (N=20) bzw. bei deutschen Kliniken (n=12) und Schweizer Kantonen (n=2) 100%. Hinsichtlich der Datenqualität gab es Einschränkungen: Zum Einen erwies sich die Unterteilung in grenzüberschreitende Aktivitäten mit oder ohne Zusammenhang zum Pilotprojekt als schwierig, zum Anderen wurden die Aktivitäten teilweise nur sehr rudimentär beschrieben, welches die Aussagekraft einschränkte. Es ist insgesamt zu bezweifeln, dass mit dieser Befragung die grenzüberschreitenden Aktivitäten im medizinischen Versorgungsbereich in der Region Basel/Lörrach für die Dauer der Projektphase I umfassend erhoben wurden.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

[GRÜZ_ErhebungCH_v4.doc]

Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach“

Kurz-Fragebogen zum Entstehen von grenzüberschreitenden Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt

Name: ……..
Institution: ...……

Einleitende Bemerkung
Mit diesem Fragebogen sollen grenzüberschreitende Aktivitäten bei der Gesundheitsversorgung erhoben werden, welche zwischen 2007 und 2009 im Zusammenhang mit dem Basler/Lörracher Pilotprojekt entstanden sind. Von Interesse sind grenzüberschreitende Aktivitäten mit Partnern des Nachbarlandes (Krankenhäuser, Krankenkassen, Verwaltung), welche folgende Ziele verfolgen:

I. Organisation und Planung der grenzüberschreitenden Behandlungen
II. Austausch von Fachwissen
III. Sicherstellung der Behandlungsqualität

Ausgenommen sind Sitzungen der Projektleitungsgruppe/ Steuerungsgruppe des Pilotprojektes.

1. Ist Ihre Institution an einer oder mehreren solchen grenzüberschreitenden Aktivitäten (I.-III., siehe oben) beteiligt?

☐ Ja → GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN FRAGE
☐ Nein → ENDE DES FRAGEBOGENS. BITTE SCHICKEN SIE DEN BOGEN AN UNS ZURÜCK. HERZLICHEN DANK!

2. Wenn ja, um welche grenzüberschreitenden Aktivitäten handelt es sich (Mehrfachantworten möglich)?

Geben Sie auch diejenigen grenzüberschreitenden Aktivitäten an, bei denen Sie Zweifel haben, ob sie unter die oben genannten Kriterien fallen sowie grenzüberschreitende Aktivitäten, welche bereits wieder beendet wurden.

I) Organisation und Planung	
☐	Definition von Behandlungspfaden
☐	Grenzüberschreitende Arbeitsgruppen
☐	Anlassbezogene grenzüberschreitende Projekte (Bsp. EURO08)
☐	Weitere grenzüberschreitende Aktivität mit Ziel der Organisation und Planung

II) Austausch von Fachwissen	
☐	Regelmässiger Austausch / Zusammenarbeit mit Partnerinstitution im Nachbarland
☐	Teilnahme an Fortbildung / Weiterbildungsveranstaltungen im Nachbarland oder Angebot von Fortbildung / Weiterbildung an Teilnehmer/innen aus Nachbarland
☐	Assistieren bei Operationen oder konsiliarärztliche Tätigkeit im Nachbarland / Beanspruchung von Konsiliarärzten aus Nachbarland
☐	Weitere grenzüberschreitende Aktivität mit Ziel des Austausches von Fachwissen

III) Sicherstellung der Behandlungsqualität	
☐	Besuche der Kliniken des Nachbarlandes vor Ort oder Empfang von Delegationen aus Kliniken des Nachbarlandes
☐	Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen
☐	Führen einer CIRS-Liste bei grenzüberschreitenden Patient/innen
☐	Weitere grenzüberschreitende Aktivität mit Ziel der Sicherstellung der Behandlungsqualität

3. Bitte füllen Sie für jede oben genannte grenzüberschreitende Aktivität folgendes Raster aus:

Aktivität 1:	
Beschreibung:	
Involvierte Partner:	
Beginn der Aktivität (Monat/Jahr):	
Ende der Aktivität (Monat/Jahr):	
Häufigkeit: (z.B. 1x Woche oder 1 x Monat)	
Wie nützlich war Aktivität? Skala: 1=sehr grosser Nutzen, 5=sehr kleiner Nutzen	
Wie war die Qualität der Aktivität? Skala: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht	
Falls bereits beendet: warum wurde Aktivität eingestellt?	
Sind / waren die relevanten Partner/innen beteiligt?	

Aktivität 2:	
Beschreibung:	
Involvierte Partner:	
Beginn der Aktivität (Monat/Jahr):	
Ende der Aktivität (Monat/Jahr):	
Häufigkeit: (z.B. 1x Woche oder 1 x Monat)	
Wie nützlich war Aktivität? Skala: 1=sehr grosser Nutzen, 5=sehr kleiner Nutzen	
Wie war die Qualität der Aktivität? Skala: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht	
Falls bereits beendet: warum wurde Aktivität eingestellt?	
Sind / waren die relevanten Partner/innen beteiligt?	

Aktivität 3:	
Beschreibung:	
Involvierte Partner:	
Beginn der Aktivität (Monat/Jahr):	
Ende der Aktivität (Monat/Jahr):	
Häufigkeit: (z.B. 1x Woche oder 1 x Monat)	
Wie nützlich war Aktivität? Skala: 1=sehr grosser Nutzen, 5=sehr kleiner Nutzen	
Wie war die Qualität der Aktivität? Skala: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht	
Falls bereits beendet: warum wurde Aktivität eingestellt?	
Sind / waren die relevanten Partner/innen beteiligt?	

Falls Sie weitere grenzüberschreitende Aktivitäten erwähnen möchten, notieren Sie diese bitte auf einem zweiten Exemplar des Fragebogens oder kopieren Sie das Raster und füllen es aus.

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Kontaktadresse:

Andrea Zumbrunn
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel
Tel. +41 32 713 69 04, andrea.zumbrunn@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

A 2.1.4 Datenschutzmassnahmen

Aus Datenschutzgründen darf das Evaluationsteam die Versichertennummer nicht kennen, da sonst Rückschlüsse auf die versicherten Personen möglich sind. Zudem sollen die Angaben aus den Kostengutsprache-Gesuchen und die Routinedaten miteinander verknüpft werden können. So können Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermieden und Zusatzinformationen generiert werden, welche für die Evaluation des Pilotprojektes zentral sind. Die Datenverknüpfung muss derart geschehen, dass seitens des Evaluationsteams keine Rückschlüsse auf die Namen der Versicherten möglich sind (Anonymisierung). Auch die Ergebnisse müssen so veröffentlicht werden, dass die Personen nicht bestimmbar sind.

A 2.1.4.1 Anonymisierte Fallnummer

Zur Wahrung der Anonymität der versicherten Personen wurde vor dem Datentransfer ans Obsan für jeden Pilotprojektfall von der Krankenversicherung eine anonymisierte Fallnummer aus folgenden drei Zahlen kreiert:

1. BAG-Nummer der Krankenversicherung
2. einer Laufnummer als persönlicher Identifikator für die versicherten Personen (z.B. 001, 002, 003, etc.)
3. einer Sequenznummer, die der Laufnummer nachgestellt wird, um mehrere Behandlungen in deutschen Kliniken derselben Person unterscheiden zu können. Bei der ersten Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes wird eine 1 gesetzt, bei der 2. Behandlung eine 2 etc.

Den Krankenversicherern wurde empfohlen, intern eine Überleitungstabelle zwischen Laufnummer/Sequenznummer des Pilotprojektfalls und der Versichertennummer zu führen. Idealerweise wird die Laufnummer bei Einreichung einer Kostengutsprache zur PP-Teilnahme der versicherten Person zugeteilt und um die Sequenznummer ergänzt. Diese anonyme Fallnummer wird später den Routinedaten zugefügt bzw. auf dem Patientenbefragungsbogen notiert. Die Überleitungstabelle sollte über die drei Jahre der Pilotprojektdauer fortlaufend geführt werden.

A 2.1.4.2 Weitere Datenschutzmassnahmen

Zur Wahrung des Datenschutzes werden folgende weitere Massnahmen getroffen:

1. Das Evaluationsteam erhält nicht das exakte Geburtsdatum der versicherten Personen, sondern nur das Geburtsjahr und das Alter bei Behandlungsbeginn. Letzteres muss von den Krankenversicherern berechnet werden (Austrittsdatum – Geburtsdatum). Damit dies keinen grossen Aufwand für die Krankenversicherer bedeutet, wurde in der Eingabemaske ein Berechnungstool mitgeliefert
2. Das Evaluationsteam erhält nur Postleitzahl und Wohnort der Patient/innen
3. Nach erfolgter Datenverknüpfung wird der Identifikator gelöscht.
4. Technische und organisatorische Massnahmen nach Art.15 BstatG; Art. 20ff. VDSG und Art. 14, Abs.2 BstatG.

Damit der Datentransfer den Datenschutzbestimmungen entspricht, wurden den Krankenversicherern zwei Möglichkeiten des Datenversandes angeboten:

1. Mit der Post: Kopie der Daten auf CD und eingeschriebener Versand an das Obsan

2. Auf elektronischem Weg: Verschlüsselung der Daten mit Hilfe des Programms Utimaca Private Crypto. Dieses kann unentgeltlich auf folgender Adresse heruntergeladen werden: http://www.zdnet.de/downloads/prg/2/a/de0D2A-wc.html. Anschliessender Versand der Daten und des Passwortes in zwei separaten Emails an das Obsan.

A 2.2 Quantitative Daten aus anderen Quellen

A 2.2.1 Medizinische Statistik, BFS

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst seit 1998 jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patient/innen wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie die Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Die Identifikation der Patienten erfolgt anhand eines verschlüsselten und anonymen Verbindungskodes. Das BFS kann dabei die ursprüngliche Identität der Patienten nicht wiederherstellen.

A 2.2.1.1 Auswertungen für das Pilotprojekt

Für das Pilotprojekt wurden die Hospitalisationen von Personen mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt in Schweizer Krankenhäusern in den Jahren 2006-2008 analysiert. Die Daten wurden einerseits benötigt, um das Potential an grenzüberschreitenden Behandlungen zu schätzen, andererseits um die Kostenfolgen des Pilotprojektes abzuschätzen. Für die Abschätzung der Patientenmobilität von Deutschland Richtung Schweiz wurden zudem die Hospitalisationen von Personen mit Wohnsitz in Deutschland in Krankenhäusern mit Standort Basel-Landschaft oder Basel-Stadt analysiert.

Für die beiden Zwischenberichte wurden Akutbehandlungen und Rehabilitationen unterschieden. Für den Schlussbericht wurden die Rehabilitationen detaillierter analysiert und die Auswertungen separat für orthopädische und kardiologische Rehabilitationen vorgenommen.

Definition Akutbehandlungen: Stationäre Fälle (Austritte) in allgemeinen Krankenhäusern sowie Spezialkliniken der Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie sowie Pädiatrie (ohne Spezialkliniken der Psychiatrische, der Rehabilitation und der Geriatrie) und mit Krankenversicherung als Hauptkostenträger (ausgeschlossen sind Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung, Selbstzahler und unbekannt)

Definition Rehabilitationen, total: Stationäre Fälle (Austritte) mit Kostenstelle M950 (Physikalische Medizin und Rehabilitation) und mit Krankenversicherung als Hauptkostenträger (ausgeschlossen sind die Fälle mit Hauptkostenträger Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung, Selbstzahler und unbekannt)

Definition orthopädische und kardiologische Rehabilitationen: Zur Unterscheidung der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen wurden die im Rahmen der Zürcher Spitalplanung 2012 (GesundheitsdirektionZH 2009) entwickelte Zuordnung der ICD-10-Hauptdiagnosen zu Leistungsbereichen der Rehabilitation angewandt (Zürcher Spitalplanung, Anhang G3.3.). War eine Zuordnung aufgrund der ICD-10-Hautpdiagnose des Reha - Aufenthaltes nicht möglich, wurde als Proxy die ICD-10-Hautpdiagnose des Spitalaufenthaltes vor dem Reha - Aufenthalt zugeordnet[1].

Für die Akutbehandlungen und die Rehabilitationen total wurde die Anzahl Fälle nach Altersklassen (gemäss Risikoausgleichsdaten) und nach Geschlecht sowie nach Wohnkanton der Patient/innen und Standortkanton der Klinik berechnet. Für die orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen wurde die Anzahl Patient/innen und die mittlere und mediane Aufenthaltsdauer jeweils nach Alter, Geschlecht und Wohnkanton berechnet.

A 2.2.2 Risikoausgleichsdaten KVG

Die Risikoausgleichsdaten KVG werden seit 1991 von der Gemeinsamen Einrichtung KVG, Solothurn (www.kvg.org) produziert. Es ist eine Vollerhebung bezogen auf die in der Schweiz tätigen Krankenpflegeversicherer. Die Datenbank enthält Versichertenmonate sowie Kosten und Kostenbeteiligungen der in der Schweiz tätigen Krankenpflegeversicherer (OKP-Daten). Die Daten dienen der Berechnung des Risikoausgleichs. Die aggregierte Daten betreffen die bei den Krankenpflegeversicherern versicherten Personen. Es liegen keine Individualdaten von Versicherten vor.

A 2.2.2.1 Auswertungen für das Pilotprojekt

Für das Pilotprojekt wurden die Anzahl OKP-Versicherte mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den Jahren 2006-2008 nach Krankenversicherung, Wohnkanton, Altersklasse sowie Geschlecht ausgewertet. .

Referenzen

GesundheitsdirektionZH. 2009. Zürcher Spitalplanung 2012 Vernehmlassungsversion Dezember 2009. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

[1] Falls der Rehabilitations-Aufenthalt direkt anschliessend an einen Spitalaufenthalt erfolgte (Datum Spitalaustritt = Datum Reha-Eintritt)

Anhang 3

Methodik Expertengespräche

Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn

Inhaltsverzeichnis

A 3.1 Einleitung ... 1

A 3.2 Methodisches Vorgehen ... 1

A 3.2.1 Interviewform ... 1
A 3.2.2 Durchführung der Interviews ... 2
A 3.2.3 Erarbeitung des Leitfadens ... 3
A 3.2.4 Auswertung der Interviews ... 3

A 3.3 Referenzen ... 3

A 3.4 Gesprächsleitfaden für Experteninterviews ... 4

A 3.1 Einleitung

Im Rahmen der Evaluation des Pilotprojektes „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie dem Landkreis Lörrach“ werden, in Ergänzung zu den quantitativen Erhebungen, Interviews mit Expert/innen durchgeführt. Diese sind für die Evaluationsbereiche vorgesehen wo keine quantitativen Daten zum Pilotprojekt vorliegen oder wo Zahlen die Forschungsfragen nicht ausreichend beantworten können. Expert/innen sind in diesem Zusammenhang in erster Linie Personengruppen, welche am Projekt beteiligt sind und Erfahrungen diesbezüglich gesammelt haben. Es sind problemzentrierte Interviews mittels Leitfaden vorgesehen. Das Obsan kann dabei auf Erfahrungen mit qualitativer Datenerhebung aus früheren Projekten zurückgreifen. Die Interviews werden getrennt für die schweizerische und deutsche Seite durchgeführt.

Geplant ist die Befragung von Vertreter/innen folgender Akteure:

- Für den Zwischenbericht 2007 werden Vertreter/innen der am Pilotprojekt teilnehmenden Krankenversicherungen und der Projektleitung zum bisherigen Projektverlauf befragt.
- Für den Zwischenbericht 2008 werden Vertreter/innen von am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringern (akut-stationärer und Rehabilitationsbereich) und der ambulanten und stationären Zuweiser zum bisherigen Projektverlauf befragt.
- Für die Frage nach den Kostenauswirkungen werden evtl. im Jahr 2009 Vertreter/innen des Kantons, der am Pilotprojekt teilnehmenden Leistungserbringer, der Ärzte in freier Praxis in ihrer Funktion als zuweisende Instanz und der Krankenversicherer hinsichtlich der Kostenauswirkungen und der Patientenselektion im Rehabilitationsbereich befragt.

Das Obsan führt die Interviews mit Vertreter/innen der Schweizer Krankenversicherungen, der Deutschen Leistungserbringer sowie der Schweizer Zuweiser, KCQ mit Vertreter/innen der Deutschen Krankenversicherungen, der Schweizer Leistungserbringer und der deutschen Zuweiser.

A 3.2 Methodisches Vorgehen

A 3.2.1 Interviewform

Als Interviewform für die Befragung der Expert/innen sind Einzelgespräche oder eine Gruppendiskussion denkbar. Aufgrund von Argumenten aus der Literatur und der Zielsetzung der Befragung scheinen Einzelgespräche mit den Expert/innen sinnvoller zu sein. Im Folgenden sind die Argumente für und wider die beiden Interviewformenkurz zusammengefasst:

Einzelgespräche (problemzentrierte Interviews) eignen sich nach (Mayring 1999) insbesondere für dezidierte, spezifische Fragestellungen, über die bereits einiges bekannt ist. Die teilweise

Standardisierung durch einen Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Das Material kann einfach strukturiert und ausgewertet werden (Mayring 1999). Bei der Auswertung wird ein Set von Kategorien – entlang des Leitfadens - gebildet, denen entsprechende Textstellen aus den Einzelinterviews zugeordnet werden. So ist auch eine quantitative Auswertung möglich.

Nach (Stockmann 2007) empfiehlt es sich, leitfadengestützte Experteninterviews als Einzelgespräche zu führen, insbesondere wenn heikle oder sensible Themen angesprochen werden oder Informationen erfragt werden, die nicht nach aussen dringen dürfen (Stockmann 2007), S.257). Dies kann bei der Befragung der Vertreter/innen von Krankenversicherern nicht ausgeschlossen werden. In Stockmann wird auch darauf hingewiesen, dass (in Deutschland) rein datenschutzrechtlich (Bundesdatenschutzgesetz) jede interviewte Person sogar das Recht auf ein Einzelinterview hat.

Die Gruppendiskussion ist nach (Mayring 1999) besonders geeignet für die Erhebung von öffentlichen Meinungen und kollektiven Einstellungen. Es ist möglich, Vorurteile und Ideologien aufzuspüren. Diese sind stark an soziale Zusammenhänge gebunden und können daher am besten in sozialen Situationen – in der Gruppe - erhoben werden. In gut geführten Gruppendiskussionen können Rationalisierungen und psychische Sperren durchbrochen werden, so dass Beteiligte eher Einstellungen offen legen, die im Alltag bestimmend sind. Erwünscht ist eine Diskussion unter den Teilnehmenden und die Entwicklung einer Gruppendynamik. (Stockmann 2007) empfiehlt Gruppenbefragungen zur gemeinsamen Klärung von Problemen und zur Entwicklung von Lösungen. Sie können ein Instrument sein zur Weiterentwicklung und Implementation von Evaluationsempfehlungen.

Im Rahmen der Evaluation der ersten Phase des Pilotprojektes wurden für den ersten Zwischenbericht (Zumbrunn et al. 2008) Vertreter/innen der Krankenversicherungen und der Projektleitung befragt, für den zweiten Zwischenbericht Vertreter/innen der Leistungserbringer und der Zuweiser. Themenbereiche sind verschiedene Aspekte der Umsetzung des Pilotprojektes, die von den Versicherern oder Leistungserbringern angebotenen Anreize für Patient/innen sowie nicht-intendierte Wirkungen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Akteure bei Anwesenheit Dritter (i.e. Vertreter/innen anderer Versicherer oder Krankenhäusern) nicht ohne weiteres Probleme, heikle Punkte oder ihr Anreizsystem offen legen. Deshalb erscheinen Einzelgespräche sinnvoller als Gruppengespräche. Es soll den jeweiligen Einrichtungen aber freigestellt sein, einen oder mehrere Vertreter/innen an das Gespräch zu delegieren.

A 3.2.2 Durchführung der Interviews

Für den ersten Zwischenbericht zum Pilotprojekt wurden vom Obsan in qualitativen Expertengesprächen Vertreter/innen der 22 am Pilotprojekt beteiligten Schweizer Krankenversicherer sowie der Projektleitung befragt, für den zweiten Zwischenbericht Vertreter/innen der 11 am Pilotprojekt beteiligten deutschen Krankenhäuser sowie der (potentiellen) ambulanten und stationären Basler Zuweisern. .Aufgrund der finanziellen und personellen Ressourcen konnten nicht mit allen Versicherern und Spitälern Gespräche geführt werden. Es wurde deshalb geplant, mit Vertreter/innen von sieben Krankenversicherern, von sechs deutschen Leistungserbringern sowie von sechs stationären und zwei ambulanten Schweizer Zuweisern Einzelgespräche zu führen. Zudem war ein Gruppengespräch mit Vertretern der Projektleitung vorgesehen. Um eine ausgewogene Vertretung der Akteure zu erhalten, wurden folgende Auswahlkriterien beachtet:

Schweizer Krankenversicherer:
- Grösse des Versichertenbestandes in Basel-Stadt und Baselland: Krankenversicherer mit den grössten Beständen
- Anzahl gemeldete Pilotprojektfälle (Stand Ende Oktober 2007): Krankenversicherer mit keinen, wenigen und vielen PP-Fälle
- Krankenversicherer mit Verträgen mit BL und BS sowie Krankenversicherer nur mit Vertrag mit BS
- Eigenständige Krankenversicherer sowie in Gruppen zusammengeschlossene Krankenversicherer

Deutsche Leistungserbringer:
- Fallzahl im ersten Projektjahr (Kliniken mit keinen, mit 1-7, und mit mehr als 8 Fällen 2007)
- Einrichtungen mit Akut-Angeboten und mit Rehabilitations-Angeboten
- Distanz zur Schweizer Grenze (Kliniken im Umkreis von 15km, von 16-30km und von mehr als 30km)

Schweizer Zuweiser, stationär:
- Anzahl Überweisungen im ersten Projektjahr (Kliniken mit keinen, mit 1-5 und mit mehr als 5 Fällen 2007)
- Spitaltypologie BFS (Zentrumsversorger, Grundversorger, Spezialklinik)
- Standortkanton (Basel-Landschaft, Basel-Stadt)

Schweizer Zuweiser, ambulant
- Je ein Vorstandsmitglied der Kantonalen Ärztegesellschaften von Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Aufgrund dieser Kriterien wurden 13 Vertreter/innen der am Pilotprojekt beteiligten Krankenversicherer, 6 Vertreter/innen der am Pilotprojekt beteiligten deutschen Leistungserbringer sowie 8 Vertreter/innen von Schweizer Zuweisern per email kontaktiert und zu den Expertengesprächen eingeladen. Bei ausbleibender Antwort wurde nach rund zwei Wochen telefonisch nachgehakt.

Von den Krankenversicherern konnten sechs Vertreter/innen für ein Gespräch gewonnen werden. Diese sind mehrheitlich in einer Führungsposition im Bereich Leistungseinkauf der Krankenversicherer tätig. Ein Krankenversicherer war aufgrund einer Fusion bereits durch eine andere Krankenversicherung vertreten. Die restlichen sechs Angefragten sagten ab. Als Begründung wurden primär Zeitmangel sowie mangelndes Interesse aufgrund der geringen Fallzahlen im ersten Pilotprojektjahr genannt.

Sechs Vertreter/innen (100%) der deutschen Leistungserbringer, vier Vertreter/innen der stationären Schweizer Zuweiser (66%) sowie die zwei angefragten Vertreter (100%) der niedergelassenen Ärzt/innen konnten für ein Gespräch gewonnen werden. Auf ein ausführliches Gespräch mit einem der zwei ursprünglich angefragten Schweizer Belegarztspitäler wurde verzichtet, da dort die Verantwortung für Zuweisungen ausschliesslich bei den Belegärzt/innen liegt. Ein Schweizer Zentrumsversorger lehnte ein Gespräch mit der Begründung ab, dass der Pilotprojektvertrag, den sie mit einer deutschen Kasse abgeschlossen haben, keine Fälle generiert habe. Das Spital könne deshalb von keinen Erfahrungen mit dem Pilotprojekt berichten, auch nicht bezüglich Zuweisungen.

Die Interviews mit den Vertreter/innen der Krankenversicherer und der Projektleitung fanden im Januar 2008 in Basel und in Olten statt. Mit fünf Vertreter/innen der Krankenversicherungen wurden wie geplant Einzelinterviews geführt, ein Krankenversicherer zog es vor, schriftlich auf die Fragen gemäss Leitfaden zu antworten. Mit drei Vertretern der Projektleitung wurde ein Gruppengespräch geführt.

Die Interviews mit den deutschen Leistungserbringern und den Schweizer Zuweisern fanden im Dezember 2008 und Januar 2009 jeweils vor Ort statt. Bei den sechs Gesprächen mit den deutschen Leistungserbringern war die Verwaltungsleitung jeweils mit ein bis zwei Personen vertreten. Bei vier deutschen Leistungserbringern nahm zudem der leitende Arzt des entsprechenden Fachgebietes teil. Die Gesprächspartner/innen sind in ihren Betrieben für das Pilotprojekt verantwortlich und haben als Vertreter/innen ihrer Betriebe an Projektsitzungen teilgenommen. Die Gesprächspartner/innen der vier stationären Schweizer Zuweiser bekleiden alle eine höhere Funktion in der Direktion oder Administration ihrer Betriebe. Alle waren von Anfang an ins Pilotprojekt involviert und haben als Vertreter/innen ihrer Betriebe an Projektsitzungen teilgenommen. Die beiden Vertreter der niedergelassenen Basler Ärzt/innen sind Facharzt FMH mit eigener Praxis und haben an einzelnen Projektsitzungen teilgenommen. Seitens Obsan führten Andrea Zumbrunn und Lucy Bayer-Oglesby die Interviews durch.

A 3.2.3 Erarbeitung des Leitfadens

Es wurde ein Leitfaden erarbeitet, der wichtige Aspekte der Umsetzung des Pilotprojektes anspricht. Aufgrund des Evaluationskonzeptes und von Dokumente des Pilotprojektes[1] wurde in einem ersten Schritt eine ausführliche Themensammlung zusammengestellt. In einem zweiten Schritt wurden die Kernfragen und die dazugehörenden Aspekte herausgearbeitet, gewichtet und in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht. Auf dieser Basis wurde der Leitfaden für die Krankenversicherer zusammengestellt (Zumbrunn et al. 2008). Für die Gespräche mit der Projektleitung, den Leistungserbringern sowie den Zuweisern wurde dieser jeweils angepasst. Der Leitfaden deckt folgende Themenbereiche ab:

1) Einleitung (Funktion Gesprächspartner)
2) Motivation zur Teilnahme am Pilotprojekt
3) Anreize und Informationsflüsse im Pilotprojekt
4) Rollen der Akteure im Pilotprojekt
5) Umsetzung des Pilotprojektes (Anzahl Fälle, Administrative Abwicklung, Leistungskatalog)
6) Auswirkungen des Pilotprojektes (Patientenströme, allfällige nicht-intendierte Wirkungen)
7) Zukunft der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Spitalbereich
8) Schlussfragen - Offene Wünsche, Ergänzungen

A 3.2.4 Auswertung der Interviews

Die Gespräche wurden auf der Basis schriftlicher Protokolle und mit Unterstützung von Tonbandaufnahmen transkribiert. Die Antworten wurden dabei vollständig anonymisiert (kein Rückschluss auf Personen, Krankenversicherer, Leistungserbringer oder Zuweiser). Obsan wertete darauf die Protokolle systematisch, in Anlehnung an (Mayring 2003) aus. Dafür wurden die Antworten zuerst paraphrasiert und anschliessend in zwei Etappen reduziert und in einen Fliesstext überführt. Die für die Evaluation des ersten Projektjahres relevanten Resultate der Gespräche mit den Krankenversicherern wurden in den ersten Zwischenbericht integriert (Zumbrunn et al. 2008). Die für die Evaluation des zweiten Projektjahres relevanten Resultate (Gespräche mit Schweizer Krankenversicherern, deutschen Leistungserbringern und Schweizer Zuweisern) wurden in den zweiten Zwischenbericht (Kapitel 3 und 4) integriert. Für den Schlussbericht des Pilotprojektes sind alle Resultate der Experteninterviews berücksichtigt worden.

A 3.3 Referenzen

Mayring, P. (1999). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim, BELTZ Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz / Deutscher Studienverlage.

Stockmann, R. (2007). Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Münster, Waxmann Verlag.

Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. und Roth, M. (2008). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen, am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung. 1. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

[1] Rundschreiben santésuisse, Verträge BS und BL, Zwischenberichte der Projektleitung N° 1-4 sowie Newsletter 1 und 2

A 3.4 Gesprächsleitfaden für Experteninterviews

Deutsche Leistungserbringer / Zuweiser mit Einbindung ins PP

Der Gesprächsleitfaden wurde für die Interviews mit den anderen Akteuren (Krankenversicherer, Schweizer Leistungserbringer, Projektleitung) leicht angepasst.

Interviewpartner/innen:	
Leistungserbringer:	

Datum:	
Zeit:	
Ort:	

1 Einleitung

	Fragen	Aspekte
1.1	Welches ist Ihre genaue Funktion (aller Personen)?	a) Seit wann? b) ganz kurz: beruflicher Werdegang/ Hintergrund c) Einbindung in PP

2 Teilnahme des LE am Pilotprojekt

	Fragen	Aspekte
2.1	Was waren **Gründe/Argumente**, die zur Teilnahme Ihres LE am Pilotprojekt geführt haben?	a) Was war **ausschlaggebend**? b) Was waren zu Beginn des PP die **Erwartungen** Ihres LE an das PP? c) **Grundhaltung** der LE gegenüber PP: positiv ---neutral----negativ? d) Hat sich diese im Verlaufe des PP **geändert?**
2.2	Welche **Chancen und welche Risiken** birgt Ihrer Meinung nach das Pilotprojekt?	

3 Anreize und Informationsflüsse bezüglich des Pilotprojekt

	Fragen	Aspekte
3.1	Welche **Anreize** bieten Sie Ihren Patient/innen, um Sie zur Teilnahme am PP zu motivieren? Wie beurteilen Sie deren **Wirksamkeit**?	a) Komfortleistungen b) Transportleistungen c) Weitere?
3.2a	Welche **weiteren Anreize** würden Patient/innen dazu bringen, sich in D behandeln zu lassen?	a) Anreize **von anderen / für andere Akteure** (KV – Erlass Selbstbehalt etc.)? b) **Braucht es** überhaupt ein (finanzielles) **Anreizsystem** um Versicherte zur Behandlung im Ausland zu motivieren?
3.2b	Welche Erfahrungen haben Sie mit Anreizen bei **Zusatzversicherten** aus CH gemacht?	a) Anzahl Zusatzversicherte aus CH in Ihrer Klinik pro Jahr (Grössenordnung)
3.3	Wie wurden **Patient/innen** durch LE über die Möglichkeit zur Behandlung in D **informiert** (Broschüre, Web etc.)?	a) Hat Ihr LE die Teilnahme von CH-Patient/innen am PP **aktiv gefördert** (Informationsveranstaltungen) oder eher **passiv auf Nachfrage reagiert**?
3.4	Wissen Sie **von wem** die Patient/innen **auch noch Informationen** erhalten haben über die Möglichkeit zur Behandlung in D?	a) CH-Arzt b) CH-Spital c) Medien d) KV e) Andere
3.5	Hat Ihre Klinik die **CH-Zuweiser** über die Möglichkeit zur Behandlung in Ihrer Klinik **aktiv informiert**?	a) Wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt? In welchem Rahmen geschah dies? b) Gibt es unabhängig vom Pilotprojekt bestehende Kooperationen Ihrer Klinik mit Schweizer Zuweisern?

4 Umsetzung des Pilotprojektes

	Fragen	Aspekte
4.1	Ihre Klinik hat im ersten Projektjahr ……. PP-Fälle gemeldet. **Entspricht dies Ihren Erwartungen**?	a) Fallzahl 2008 b) Falls bis dato **keine / wenige Fälle: mögliche Erklärungen**? c) Ist das Projekt bislang für Ihre Klinik erfolgreich?

4.2	Wurden von den KV auch Kostengutsprachengesuche **abgelehnt**, welche Ihre Klinik betrafen?	a) Falls ja: **wie viele**? Anteil an allen Gesuchen? b) Aus welchen **Gründen** (administrative, medizinische, nicht im LK)? c) Falls Leistung nicht im LK: **Welche Leistungen ausserhalb des LK**?
4.3	Wie viele Fälle erwarten Sie für **2009**?	a) Im gleichen Rahmen wie 2007/2008? Mehr? Weniger?
4.4	Wie beurteilen Sie den **Leistungskatalog** des PP (Probleme, Anregungen)?	a) **Anregungen für Anpassungen?** Welcher Bereich fehlt, welcher Bereich kann gestrichen werden? b) Gibt es **Abgrenzungsprobleme** zu Leistungen der Zusatzversicherung oder für Grenzgänger?
4.5	Sind Sie zufrieden mit der **administrativen Abwicklung** durch CH KV?	a) Gab es Probleme bei der Rechnungsstellung für CH KV? Angemessene Fristen? Können Sie Anforderungen der KV-CH einhalten? b) Mussten Sie zusätzliche Kosten verrechnen (ausserhalb Preis gemäss LK)? Wurden Ihnen die Kosten in der vereinbarten Frist und Weise zurück vergütet? c) Klappt der Zahlungsverkehr zwischen CH-KV und D-LE (Vergabe ZSR-Nummer durch santésuisse und CH Postgironummer/Bankverbindung der D-LE)? d) Liefert Ihre Klinik den CH-KV Abschlussberichte?
4.6	Finden Sie die **Preise** gemäss Leistungskatalog **angemessen**?	
4.7	Funktioniert die grenzüberschreitende **medizinische Versorgung** mit den CH-Partnern (Abläufe an den Schnittstellen Schweiz – Deutschland bei Überweisung und Nachbetreuung)?	a) Kam es zu **Wartefristen** zwischen Anmeldung und Behandlung in D-LE? Sind sie länger oder kürzer im Vergleich zu Behandlungen von deutschen Patient/innen? b) Hat Ihre Klinik von CH Zuweisern **ausreichend Informationen** über die zu behandelnden Patient/innen erhalten? c) Wie häufig wurde Ihre Klinik direkt von den zu behandelnden Patient/innen angefragt? d) Haben Sie von Problemen bei der Umsetzung der von Ihrer Klinik verordneten **Nachbetreuung** in der CH gehört? ▪ Sind verordnete **Medikamente** in CH erhältlich? ▪ Klappen ambulante Anschlussbehandlungen in CH?
4.8	Wie beurteilen Sie den **Leistungskatalog** aufgrund der gemachten Erfahrungen (Probleme, Anregungen)?	a) Werden **Leistungen** nachgefragt, die **nicht im Leistungskatalog** aufgeführt sind? b) Hat **LE Anpassungen beantragt**? (neue Leistungen)? c) Hat LE **Anregungen für Anpassungen**? Welcher Bereich fehlt, welcher Bereich kann gestrichen werden? d) Gibt es **Abgrenzungsprobleme** zu Leistungen der Zusatzversicherung oder für Grenzgänger?
4.9	Wie erklären Sie sich, dass hauptsächlich die **Reha-Angebote** in D in Anspruch genommen wurden?	a) Beobachten Sie **Probleme an Schnittstelle** CH-Akut und D-Reha? b) Gibt es auch **Überweisungen** von CH Patient/innen **innerhalb Deutschlands** von Akut zu Reha oder umgekehrt?

5 Akteure im Pilotprojekt

	Fragen	Aspekte
5.1	Wie sehen Sie die **Rolle der einzelnen Akteure**, auch diejenige der deutschen LE, im PP? Nehmen die Akteure diese Rolle wahr?	a) Rolle der **Projektleitung** b) Rolle der **CH Zuweiser, CH Leistungserbringer** c) Rolle der **D Leistungserbringer** d) Rolle der **Krankenversicherer**
5.2	Spüren Sie von einzelnen Akteuren **Widerstände** gegen das PP?	
5.3	Wie beurteilen Sie die Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit **mit den anderen Akteuren** (gibt es besondere Herausforderungen beim PP)?	a) Mit der **Projektleitung** b) Mit **CH Zuweisern** c) Mit **CH Krankenversicherer**
5.4	Wie funktioniert die Kommunikation und Koordination zum PP **innerhalb der Klinik**?	a) **Information** der Mitarbeitenden b) Gibt es **Unterschiede** bei der Betreuung zwischen Patient/innen des PP und den übrigen Patient/innen?

6 Auswirkungen des Pilotprojektes

	Fragen	Aspekte
6.1	Haben Sie **Rückmeldungen von Patient/innen** zur Zufriedenheit mit der Behandlung in Ihrer Klinik?	
6.2	Haben Sie einen Einfluss des PP auf die **Patientenströme** beobachtet (Selektion, Umlagerung)?	a) **Können KV steuern**, wer in D Leistungserbringern behandelt wird und wer nicht? b) **Vergleich der CH Patient/innen mit gesamten Patientengut** der Klinik: Handelt es sich hinsichtlich Komplikationen, Komplexität und Zeitpunkt der Überweisung um vergleichbare Fälle? c) **Unterscheiden sich die Behandlungsziele** von CH und D Patient/innen (länderspezifische Anforderungen)? d) Wurden **Umlagerungen** beobachtet von Zusatzversicherung zu Obligatorischer Krankenpflegeversicherung? Welcher **Prozentanteil** der Fälle wäre **ohne PP über eine Zusatzversicherung** gelaufen?
6.3	Sehen Sie Auswirkungen des PP auf die **Behandlungsqualität**?	a) Vorteile/Nachteile von Behandlungspfaden über 2 Länder **b) Rehospitalisationen**? c) **Komplikationen**? d) Schwere Zwischenfälle?
6.4	Denken Sie, dass die Grenzöffnung im stationären Bereich einen **Einfluss auf die Tarife** der CH Spitäler haben wird?	
6.5	Haben Sie **Wirkungen** des PP beobachtet, die so **nicht geplant** waren?	a) **Zusatzaufwand** für LE durch Teilnahme an PP (Administration, Abklärungen, Betreuung Patient/innen, Beantwortung von Fragen der Zuweiser und KV) b) Beim **Datenschutz** (Vermerk von Diagnosen resp. Behandlungen auf Kostengutsprachegesuchen und Rg's, was in CH nicht üblich ist)
6.6	Kam es im Verlauf des Pilotprojektes zu **grenzüberschreitenden Aktivitäten/ Initiativen** (wie Weiterbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel) mit Ihrer Klinik?	

7 Zukunft der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

	Fragen	Aspekte
7.1	Wie stehen Sie generell zur **Öffnung der Grenzen** im stationären Bereich mit der CH?	
7.2	Würden Sie eine **permanente Lösung** für Behandlungen von CH Patient/innen begrüssen?	a) Wie müssten die **Rahmenbedingungen** gestaltet sein? b) Welche **Anreizsysteme** würden Sie sehen?

8 Schluss

	Fragen	Aspekte
8.1	Haben sich die **Gegebenheiten und Bedingungen geändert** im Vergleich zum PP-Beginn?	
8.2	Würde sich der LE heute, mit den Erfahrungen des ersten Pilotprojektjahres, **wieder zur Beteiligung am PP entschliessen**?	
8.3	Was muss für **weiteren Verlauf** des PP beachtet werden?	a) Sind **Korrekturen** nötig für die verbleibenden Pilotprojektjahre 2008/2009?
8.4	Hat Ihre LE **offene Wünsche** für das PP?	
8.5	Gibt es **Ergänzungen** Ihrerseits?	
8.6	Ihre **Erwartungen** an die Evaluation?	

9 Fragen zu Überweisungen

Anmerkung: Diese Fragen betreffen Ihre Klinik in der Funktion als möglicher Zuweiser von D Patient/innen in Basler Kliniken. Wenn möglich, sind die Überweisungen in die CH im Rahmen des PP von den übrigen Überweisungen in die CH getrennt zu berichten.

	Fragen	Aspekte
	Information, Anreize	
9.1	Sind die Mitarbeitenden Ihrer Klinik bzw. die betroffenen Patient/innen über die in der CH angebotenen Leistungen und Standorte im PP **informiert**?	a) ausreichend? Informationsbedarf? b) sozialmedizinischer Dienst, Ärzte? c) Sind Unterschiede zwischen (bestehenden) Kooperationen für Privatversicherte und PP-Verträgen für Grundversicherte transparent?
9.2	**Wie und von wem** wurde Ihre Klinik bzw. Ihre Patient/innen über die in der CH angebotenen Leistungen und Standorte im PP informiert?	a) den CH Kliniken b) Schweizer/deutschen KV c) Projektleitung d) andere
9.3	Informiert Ihre Klinik die **Patient/innen aktiv** über die Möglichkeit, sich im Rahmen des PP in CH behandeln zu lassen?	a) Wer? Sozialmedizinischer Dienst, Ärzte?
9.4	Hat Ihre Klinik / der behandelnde Arzt **Anreize**, Patient/innen nach Deutschland zu schicken? Welche?	a) Welche Anreize/Voraussetzungen bräuchte es?
9.5	Welche **Anreize** haben die D **Patient/innen**, sich im Rahmen des PP in CH Kliniken behandeln zu lassen?	
	Umsetzung	
9.6	Hat Ihre Klinik im Rahmen des Pilotprojektes Patient/innen an **CH LE zugewiesen**? Wie viele im 2008?	a) Wurden Kostengutsprache-Gesuche durch KV abgelehnt? Aus welchen Gründen? b) Welche Leistungen: ambulant – stationär – Rehabilitation c) Fall-Entwicklung 2007, 2008? d) Patientenwunsch
9.7	Hat Ihre Klinik im 2008 weitere Patient/innen an CH LE zugewiesen, **welche nicht über das PP liefen**?	a) Zusatzversicherte, Notfälle, andere? b) bestehende Kooperationen mit CH Standorten
9.8	Sind Sie **zufrieden** mit der administrativen und medizinischen Abwicklung durch CH LE im PP?	a) Austrittsberichte? Rückmeldungen?
9.9	Sind Sie **zufrieden mit dem Angebot der CH LE im PP**? Müsste das Angebot verändert/erweitert werden?	a) Individuelle Verträge zwischen CH LE und D KV (Vertragswerk)
9.10	Wie beurteilen Sie die **Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit** mit den beteiligten Akteuren?	a) Projektleitung, deutsche KV, CH LE b) besondere Herausforderungen?
9.11	Wie funktioniert die Kommunikation und Koordination **innerhalb der Klinik** betreffend Überweisungen nach CH?	a) Information der Mitarbeitenden
	Auswirkungen	
9.12	Haben Sie **Rückmeldungen von Patient/innen** zur Zufriedenheit mit der Behandlung in der CH Klinik?	
9.13	Welche **Vor- und Nachteile** sehen Sie bei grenzüberschreitenden Überweisungen/Behandlungen in CH?	a) Patientenwohl, Auswahlkriterien b) Vor/Nachteile, Schwierigkeiten
9.14	Sehen Sie **Auswirkungen auf Behandlungsqualität**?	
9.15	Haben Sie **Wirkungen** beobachtet, welche so **nicht geplant** waren?	
9.16	Kam es durch die Überweisungen zu **grenzüberschreitenden Aktivitäten/ Initiativen** (wie Weiterbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel) mit Ihrer Klinik?	
	Zukunft	
9.17	Würden Sie eine **permanente Lösung** für Behandlungen von D Patient/innen in CH begrüssen?	a) Rahmenbedingungen, Anreizsystem
9.18	Haben sich **Gegebenheiten geändert** für Überweisungen nach CH in den letzten 2 Jahren?	
9.19	Was muss für den **weiteren Verlauf** beachtet werden?	
9.20	Gibt es **Ergänzungen** Ihrerseits?	

Anhang 4

Methodik Berechnung Kostenfolgen

Andrea Zumbrunn

Inhaltsverzeichnis

A 4.1 Einleitung ... 1

A 4.2 Methodisches Vorgehen ... 1

A 4.2.1 Behandlungskosten im Pilotprojekt für Schweizer Versicherte in deutschen Kliniken ... 1

A 4.2.2 Geschätzte Behandlungskosten derselben Pilotprojekt-Fälle in Schweizer Kliniken ... 2

A 4.2.3 Kostengegenüberstellung ... 2

A 4.2.4 Einsparungen durch Behandlungen in Deutschland ... 3

A 4.2.5 Verhältnis Einsparungen zu gesamten OKP-Kosten ... 3

A 4.3 Auswertungen ... 3

A 4.3.1 Berechnung des mittleren Schweizer Tarifs ... 3

A 4.3.2 Alterstandardisierung ... 4

A 4.4 Literatur ... 4

A 4.1 Einleitung

Das ideale Untersuchungsdesign zur Beurteilung der Kostenfolgen des Pilotprojektes wäre, nach zufälliger Zuteilung der Patient/innen zur Behandlung in der Schweiz resp. in Deutschland, der Vergleich von Patient/innen im Pilotprojekt mit Patient/innen mit denselben Risikofaktoren in Institutionen im Heimatland. Aus verschiedenen Gründen ist dies nicht möglich (bspw. Prozess der Kostengutsprachen, Design des Pilotprojektes, Kostenrahmen der Evaluation). Der Zwang zur Behandlung im Ausland wäre aus ethischen Überlegungen auch kaum durchführbar. Es wird im Kostenmodul einzig eine **Kostengegenüberstellung** vorgenommen: Die Kosten der deutschen PP-Behandlungen werden den geschätzten Kosten derselben Fälle in Schweizer Institutionen gegenübergestellt. Da die Kostenhöhe einer Behandlung zwischen den Schweizer Spitälern variiert, wird ein durchschnittlicher Wert berechnet. Insgesamt kann diese Kostengegenüberstellung nur eine Annäherung an die realen Behandlungskosten sein. Sie kann eine grobe Einschätzung davon liefern, in welchem Grössenverhältnis die Behandlungskosten des grenzüberschreitenden Leistungskatalogs zu den gesamten OKP-Kosten (medizinische Leistungen für alle BS und BL Versicherte) stehen und ob Effekte auf die individuelle Prämienlast zu erwarten sind. Es wird aber keine Kosten-Effektivität oder Kosten-Nutzen Rechnung durchgeführt. Dafür müssten die Wirkungen der Behandlungen in den beiden Gesundheitssystemen gesamthaft erhoben und den Kosten gegenübergestellt werden. Dies würde Datenerhebungen bedingen, welche in der Evaluation nicht vorgesehen sind. Die Ergebnisse einer Vergleichsstudie der Universität Basel zwischen deutschen und schweizerischen Rehabilitationskliniken (Ergebnisse für Sommer 2010) werden bezüglich Patientenstruktur, Behandlungsinhalt und Prozessqualität weitergehende länderübergreifende Erkenntnisse liefern.

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Evaluationsfragen skizziert (Datenquellen, Kennzahlen) und einige Aspekte der Auswertung. Zusätzliche Ergebnisse finden sich im Anhang 5.

A 4.2 Methodisches Vorgehen

A 4.2.1 Behandlungskosten im Pilotprojekt für Schweizer Versicherte in deutschen Kliniken

Datenquelle und methodisches Vorgehen

Die Behandlungskosten von Schweizer/innen in Deutschland, welche von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, sind über die **Rechnungen** der deutschen

Leistungserbringer an die Krankenversicherer erfasst (Routinedaten). Im Rehabilitationsbereich sind Tagessätze vereinbart worden (Bsp. Reha Neurologie, Phase B, Tagessatz 370.- Euro). Für Versicherte der Kantone BS und BL gelten im Pilotprojekt dieselben Tarife. Die im Leistungskatalog des Pilotprojektes festgehaltenen Tarife umfassen sowohl den Anteil (50%), welcher über die Krankenpflegeversicherung finanziert wird, sowie den Kantonsbeitrag (50%). Zur Ermittlung des Anteils der OKP müssen sie deshalb halbiert werden.

Berechnete Kennwerte

- Durchschnittliche Fallkosten nach Reha-Leistungsbereich und Wohnsitzkanton.
- Gesamtkosten über die Jahre 2007-2009 nach Art der Spitalleistung und Leistungsbereich

A 4.2.2 Geschätzte Behandlungskosten derselben Pilotprojekt-Fälle in Schweizer Kliniken

Wie teuer wären die Behandlungen, welche bei Pilotprojekt-Teilnehmenden durchgeführt wurden, in Basler Spitälern gewesen? In den Kantonen BS und BL werden Spitalaufenthalte mit Tagespauschalen bzw. Tagesvollpauschalen abgerechnet (siehe Basler Spitalverträge und Tarifzusammenstellung von santésuisse). Zentral ist bei dieser Abgeltungsweise die Länge des Aufenthaltes im Spital. Diese hängt von der Art der Erkrankung sowie von anderen Faktoren – insbesondere dem Schweregrad des Falles – ab. Die geschätzten Behandlungskosten in der Schweiz müssten deshalb auf einer bezüglich Schweregrad vergleichbaren Patientengruppe basieren. Wie nachstehend erläutert, geschieht dies im Rehabilitationsbereich nach Leistungsbereich.

Datenquellen und methodisches Vorgehen

Die Kostenschätzungen im Rehabilitationsbereich basieren ebenfalls auf den geltenden Tarifen für KVG-pflichtige Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung in Schweizer Spitälern für BL/BS Versicherte. Im grenzüberschreitenden Leistungskatalog des Pilotprojektes sind die Leistungen im Rehabilitationsbereich wie üblich nicht nach Fallgruppen sondern entlang Leistungsbereichen aufgeschlüsselt. Die Absenz von Fallgruppen erschwerte die Einteilung der Patient/innen nach Schweregrad. Folgendes Vorgehen wurde gewählt: Analog zur Einteilung der Pilotprojektfälle wurden die Basler Reha-Fälle, allgemeine Abteilung, der Jahre 2007 und 2008 in Schweizer Kliniken Leistungsbereichen (Kardiologie oder Orthopädie) zugeteilt[1]. Für das genaue Vorgehen siehe Anhang A 2.2.1.1.

[1] Weitere Leistungsbereiche waren: Neurologie, Onkologie, Geriatrie und Psychosomatik. Diese wurden aber wegen der kleinen Fallzahlen vernachlässigt.

Es ist evident, dass mit diesem Verfahren keine umfassende Homogenisierung der beiden Patientengruppen erreicht werden konnte. Bereits Patient/innen mit gleicher DRG können ein unterschiedliches Ausmass an Beeinträchtigungen des allgemeinen Gesundheitszustandes oder informeller oder professioneller Unterstützung zu Hause haben – Faktoren, welche die Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation und damit die Kosten mitbestimmen. Mit diesem Vorgehen konnten die Durchschnittskosten für Basler Versicherte nach Leistungsbereichen der Rehabilitation geschätzt werden, welches für die grobe Kostengegenüberstellung benötigt wurde.

Berechnete Kennwerte

- Durchschnittliche Tagespauschale in beanspruchten Rehabilitationskliniken in der Schweiz. Separat nach Wohnsitzkanton BL und BS. Mögliche, separate Zusatzkosten für spezifische Behandlungen wurden keine geschätzt.
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Schweizer Rehabilitationskliniken nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton. Es wurde eine Altersstandardisierung durchgeführt (siehe Abschnitt 4.3).
- Geschätzte durchschnittliche Fallkosten nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton

$$FK_Reha_CH_{LBx} = \text{Durchschnittliche Tagespauschale}_{LBx} \text{ in BS / BL Spitälern} \times \text{Aufenthaltsdauer}_{LBx} \text{ in BS/BL Spitälern (Median)}$$

- Gesamtkosten über die Jahre 2007-2009 nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton

$$G_Reha_CH_{LBx} = \text{Durchschnittliche Tagespauschale}_{LBx} \text{ in BS / BL Spitälern} \times \text{Durchschnittliche Aufenthaltsdauer}_{LBx} \text{ in BS/BL Spitälern (Median)} \times \text{Anzahl Pilotprojekt-fälle}_{LBx}$$

A 4.2.3 Kostengegenüberstellung

Berechnete Kennwerte

- Kostendifferenz zwischen den im Pilotprojekt erhobenen Gesamtkosten und den geschätzten Gesamtkosten derselben Fälle in der Schweiz des Jahres 2008 nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton.
- Kostendifferenz zwischen den im Pilotprojekt erhobenen Fallkosten und den geschätzten Fallkosten derselben Fälle in der Schweiz über die Jahre 2007-2009 nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton.

Grenzen der Kostengegenüberstellung

Beim gewählten Vorgehen handelt es sich um einen Tarifvergleich. Von den deutschen Spitälern wurden **keine realen Gesamtkosten** pro Fall erhoben wie dies beispielsweise im SwissDRS-Teilprojekt zu den diagnosebezogenen Fallkosten gemacht wird (Vuilleumier, Füglister, 2008). Die Kostenschätzungen der Schweizer Behandlungen basieren ebenfalls auf zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ausgehandelten Tarifen. Die Kostenstruktur nach Leistungsarten (bspw. Medikamente, Ärzte etc.) kann so nicht ausgewiesen werden. Die realen Durchschnittskosten pro Fall würden sich auch nach Spitaltyp unterscheiden. So weisen Universitätsspitäler oder Spezialkliniken der Chirurgie deutlich höhere Kosten auf (Vuilleumier, Füglister, 2008). Diesem Umstand wird hier nur über den Einbezug der unterschiedlichen geltenden Tarife der Spitäler Rechnung getragen.

A 4.2.4 Einsparungen durch Behandlungen in Deutschland

Datenquellen und methodisches Vorgehen

Was wäre eingespart worden, wenn alle Patient/innen der Kantone BS und BL mit einer Diagnose, die zur Nutzung des Pilotprojektes berechtigt, in Deutschland behandelt worden wären?

Für den Rehabilitationsbereich wurde von der Gesamtzahl an Rehabilitationsbehandlungen für Basler Wohnhafte in Schweizer Kliniken in der betreffenden Zeitspanne ausgegangen. Wie viele der behandelten Patient/innen würden sich aber in Deutschland behandeln lassen? Aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung (2008) ist bekannt, dass 35% der Baselstädter und 29% der Baselländer Bevölkerung bereit wären, eine Behandlung im deutschen Grenzgebiet vornehmen zu lassen (Demoscope im Auftrag des Baselstädtischen Gesundheitsdepartements). Auf dieser Zahlenbasis wurden für den Reha-Bereich Szenarien mit Annahmen zum Ausmass der Patientenmobilität nach Deutschland berechnet.

Berechneter Kennwert

- Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen im Rehabilitationsbereich nach Mobilitätsrate (% Behandlungen aller Basler Reha-Patient/innen in D) und Leistungsbereich. Separat nach Versichertenkanton.

A 4.2.5 Verhältnis Einsparungen zu gesamten OKP-Kosten

Datenquellen und methodisches Vorgehen

Welches ist die Höhe der (möglichen) Einsparungen im Verhältnis zu den gesamten OKP-Kosten eines Kantons? Hinter dieser Frage steht die Annahme, dass grössere Kosteneinsparungen durch grenzüberschreitende Behandlungen einen Effekt auf die Prämienhöhe haben können. Im Rahmen dieses Projektes lag der Fokus dabei immer nur auf den kurzfristigen Kostenauswirkungen. Mögliche Verschiebungen von Kosten der Zusatzversicherung auf die OKP konnten nicht nachverfolgt werden. Mit Hilfe des Datenpools von santésuisse liessen sich die gesamten OKP-Kosten von Versicherten der Kantone BL und BS berechnen.

Berechneter Kennwert

- Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen in Bezug zu den Gesamtkosten der OKP nach Versichertenkanton, unter den Annahmen verschiedener Mobilitätsraten

A 4.3 Auswertungen

A 4.3.1 Berechnung des mittleren Schweizer Tarifs

Aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser wurden Fälle der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation herausgefiltert. Dies geschah anhand der im Rahmen der Zürcher Spitalplanung 2012 entwickelten Zuordnung der ICD-10-Hauptdiagnosen zu Leistungsbereichen der Rehabilitation (siehe auch Anhang 2.2.1). Die Datenbasis bildet die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS). Die mit diesem Verfahren eingegrenzten Fälle verteilen sich auf 57 Schweizer Kliniken. Für die zehn Kliniken mit den meisten Fällen (Abdeckung: 90 Prozent aller Patient/innen) wurden über Internetrecherchen und mündliche Gespräche die OKP-Tarife ermittelt. Die Tarife wurden mit den effektiven Fallzahlen gewichtet, es wurde der Gesamtmittelwert berechnet, separat für die orthopädische und kardiologische Rehabilitation. In Tabelle A 4.1 sind die berücksichtigten Kliniken aufgeführt. Der Tarif der Rehaklinik Rheinfelden hat einen starken Einfluss auf den Mittelwert für orthopädische Rehabilitation für Versicherte des Kantons Basel-Landschaft.

A 4.3.2 Alterstandardisierung

Da das Alter einen Einfluss auf die Dauer der Behandlung hat, wurden beim Vergleich der Fallkosten Unterschiede in der Altersstruktur zwischen den beiden Patientenpopulationen bereinigt, indem die Altersstruktur der Patient/innen in Schweizer Spitälern an diejenige im Pilotprojekt angepasst wurde. Dies geschah separat nach Reha-Leistungsbereich (Orthopädie, Kardiologie), aber - wegen der kleinen Fallzahlen - gesamthaft für beide Basler Kantone. Zudem wurde keine Unterscheidung nach Geschlecht vorgenommen. Die so erhaltenen Aufenthaltsdauern weichen deshalb von allfälligen publizierten Aufenthaltsdauern in Rehabilitationskliniken auf Basis der Medizinischen Statistik (BFS) ab.

Tab A 4.1 Anzahl Rehabilitations-Fälle[1)] der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den zehn für die Durchschnittstarife berücksichtigten Kliniken, nach Standortkanton und Klinik, 2007- 2008

Quelle: Medizinische Statistik 2007/2008, BFS

Kanton	Klinik	Kardio[2)]	Ortho[2)]	Total
AG	Klinik Barmelweid AG	314	5	319
	Reha Rheinfelden	8	805	813
BL	Kantonsspital Bruderholz	6	553	559
BS	Bethesda Spital	6	509	515
	Felix Platter-Spital	.	457	457
	Gemeindespital Riehen	.	5	5
	Hildegard-Hospiz	5	5	10
	Rehab Basel	4	5	9
	Reha Chrischona	241	746	987
JU	Clinique le Noirmont	233	5	238
TOTAL		817	3'095	3'912

[1)] Stationäre Fälle (Austritte) mit Kostenstelle M950 (Physikalische Medizin und Rehabilitation) und mit Krankenversicherung als Hauptkostenträger (ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptkostenträger Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung, Selbstzahler und unbekannt)

[2)] Zuordnung der ICD-Hauptdiagnosen zu den Reha-Leistungsbereichen gemäss Zuordnungstabelle der Gesundheitsdirektion ZH, Anhang G3.3 Zürcher Spitalplanung 2012, Teil 1: Versorgungsbericht

A 4.4 Literatur

Basler Spitalvertrag 2004ff., stationärer und teilstationärer Bereich.

Vuilleumier, M & Füglister, A. (2008). Erhebung diagnosebezogener Fallkosten. Schlussbericht. Neuenburg, BFS.

Tarife Basel-Landschaft, santésuisse 2009

Tarife Basel-Stadt, santésuisse 2009

Verordnung über die Taxen und Tarife der kantonalen Krankenhäuser (Spitaltax- und Tarifordnung), BL, 14.12.2004

Vertrag für die stationäre Behandlung von grundversicherten Patienten (Spitaltaxvertrag stationär), BL, 24.11.2003

Zumbrunn, A., L. Bayer-Oglesby, et al. (2009). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung. 2. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Anhang 5

Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

Inhaltsverzeichnis

Zu Kapitel 2 ..... **1**

Tab. A.5.2.1: Von den Versicherern gelieferte Fälle mit Daten zu Kostengutsprache, Routinedaten und Fälle mit Leistungsbereich Rehabilitation für die Projektjahre 2007-2009 1
Tab. A.5.2.2 Ausbildungsniveau, Einkommensquelle, Zivilstand und Art des Haushaltes der Patient/innen des Pilotprojektes im Vergleich zur Schweizer resp. Basler Bevölkerung 2
Tab. A5.2.3 Vergleich der Staatsangehörigkeit der Patient/innen des Pilotprojektes der Gesamtbevölkerung von Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2
Tab. A.5.2.4 Frühere Inanspruchnahme einer medizinische Behandlung in Deutschland nach Angabe der Pilotprojekt-Patient/innen 2
Tab. A.5.2.5 Versichertenstatus der Patient/innen des Pilotprojektes 2
Tab. A.5.2.6 Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes auf die 5 häufigsten Herkunftsgemeinden von BS und BL. 3
Tab. A.5.2.7 Distanz zwischen Wohnort und Deutscher Klinik sowie Vergleich mit Distanz zu alternativer Schweizer Kliniken. 3

Zu Kapitel 3 ..... **3**

Abb. A.5.3.1 Bekräftigung durch soziales Umfeld 3

Zu Kapitel 4 ..... **4**

Abb. A.5.4.1 Klima in der Klinik 4
Abb. A.5.4.2 Hotel-Leistungen 4
Abb. A.5.4.3 Teilnahme an Beratung, Schulung, Vorträge in der Klinik 4
Abb. A.5.4.4 Teilnahme an Behandlungen in der Klinik 4

Zu Kapitel 5 ..... **5**

Abb. A.5.5.1 Verteilung der Fallkosten im Pilotprojekt nach Reha-Leistungsbereich, 2007-2009 5
Tab. A.5.5.1 Behandlungskosten der Reha-Pilotprojektfälle, nach Kanton und Behandlungsjahr 5
Tab. A.5.5.2 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen bei der OKP bei Rehabilitationen, nach Mobilitätsrate, Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF (Median) 5

Zu Kapitel 2

Tab. A.5.2.1: Von den Versicherern gelieferte Fälle mit Daten zu Kostengutsprache, Routinedaten und Fälle mit Leistungsbereich Rehabilitation für die Projektjahre 2007-2009

	2007	2008	2009	2007-2009
Total Kostengutsprachegesuche	92	135	155	382
fehlende Daten Kostengutsprache	10	5	99	114
Fälle mit Daten Kostengutsprache	**82**	**130**	**56**	**268**
davon aus BL	*32*	*34*	*19*	*85*
davon aus BS	*50*	*96*	*37*	*183*
keine Behandlung	1	0	0	1
Abgelehnt	0	5	?	?
Rechnung noch nicht gestellt	0	0	?	?
Fälle mit Routinedaten	**91**	**130**	**155**	**376**
davon aus BL	*33*	*31*	*52*	*116*
davon aus BS	*58*	*99*	*103*	*260*
Akutfälle	2	0	0	2
Behandlungsart unbekannt	0	1	1	2
Rehabilitationen	**89**	**129**	**154**	**372**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007-2009

Tab. A.5.2.2 Ausbildungsniveau, Einkommensquelle, Zivilstand und Art des Haushaltes der Patient/innen des Pilotprojektes im Vergleich zur Schweizer resp. Basler Bevölkerung

	Gewichtete Daten Patientenbefragung (N=285)		Vergleichspopulation	
	N	%	%	%
			D-CH SAKE 2008	
Höchste Ausbildung			Alle Altersgruppen	65-74-Jährige
Obligatorische Schule	40	13.9	11.9	27.6
Sekundarstufe II	178	62.6	54.8	54.1
Tertiärstufe	51	17.9	33.3	18.3
Missing	16	5.6		
			CH HABE 2007	
Einkommensquelle			55-64-Jährige	65plus
Arbeitstätig	43	15.1	73.1	8.8
Rentenbezüger/-in (AHV, 2. / 3. Säule, andere)	238	83.6	19.7	77.4
Anderes Einkommen	4	1.3	7.2	13.8
Zivilstand			BL/BS VZ2000	
Ledig	31	11	40	
Verheiratet	143	50.2	47	
Verwitwet	52	18.2	6	
Geschieden/Getrennt	57	20	6	
Missing	2	0.7		
Art des Haushaltes			BL/BS VZ2000	
Einpersonenhaushalt	121	42.4	39	
Paar ohne Kind/Kinder	133	46.5	28	
Paar mit Kind/Kindern	18	6.2	23	
Anderes	10	3.5	9	
Missing	4	1.4		

Quellen: Patientenbefragung Pilotprojekt (Ausbildung [PB Q40] / Einkommen [PB Q41] / Zivilstand [PB Q43] / Haushaltsgrösse [PB Q44]), Obsan 2008/2009; SAKE, BFS 2008; HABE, BFS 2007, Volkszählung, BFS 2000

Tab. A.5.2.3 Vergleich der Staatsangehörigkeit der Patient/innen des Pilotprojektes der Gesamtbevölkerung von Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Staatsangehörigkeit	Patient/innen Pilotprojekt[1)] (2008/2009)		Bevölkerung BL (2007-2009)	Bevölkerung BS (2007/2008)
	N	%	%	%
Schweiz	253	88.6	80.9	68.4
Deutschland	27	9.4	3.4	6.7
Anderes	6	2.0	15.7	24.9
Total	285	100.0	100.0	100.0

Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt (Nationalität [PB Q39]), Obsan 2008/2009; Statistisches Amt Basel-Stadt, 2010; Statistisches Amt Basel-Landschaft, 2010

1) Gewichtete Daten Patientenbefragung Pilotprojekt

Tab. A.5.2.4 Frühere Inanspruchnahme einer medizinische Behandlung in Deutschland nach Angabe der Pilotprojekt-Patient/innen

Patientenbefragung (gewichtete Daten)	N	%
	285	100.0
Waren Sie schon früher für eine medizinische Behandlung in Deutschland?		
keine Antwort	4	1.3
Nein	265	92.9
Ja	16	5.8

Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt [PB Q35], Obsan 2008/2009

Tab. A.5.2.5 Versichertenstatus der Patient/innen des Pilotprojektes

Patientenbefragung (gewichtete Daten)	N	%
	285	100
Wie sind Sie versichert		
keine Antwort	2	0.8
Nur obligatorische Krankenversicherung	68	23.7
Obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherung	215	75.6
Wenn zusatzversichert: Auslanddeckung?	*215*	*100.0*
Keine Antwort	65	30.4
mit Ausland	132	61.4
ohne Ausland	18	8.2
Wenn zusatzversichert: Versichertenklasse?	*215*	*100.0*
Keine Antwort	27	12.7
allgemein	97	45.1
halbprivat	81	37.6
privat	10	4.7

Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt [PB Q45], Obsan 2008/2009

Tab. A.5.2.6 Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes auf die 5 häufigsten Herkunftsgemeinden von BS und BL.

Gemeinde	2007	2008	2009	Total	
	N	N	N	N	%
Stadt Basel (BS)	56	84	84	224	59.6
Riehen (BS)	2	15	18	35	9.3
Allschwil (BL)	6	3	10	19	5.1
Binningen (BL)	6	4	7	17	4.5
Reinach (BL)	4	7	3	14	3.7
Restliche Gemeinden (BL)	17	17	33	67	17.8
Total	**91**	**130**	**155**	**376**	**100**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007-2009, [GEMEINDENR]

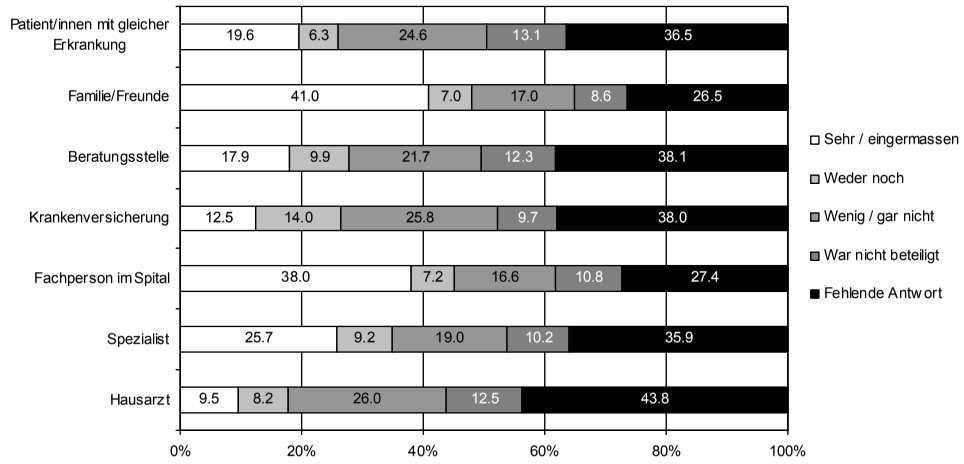
Tab. A.5.2.7 Distanz zwischen Wohnort und Deutscher Klinik sowie Vergleich mit Distanz zu alternativer Schweizer Kliniken.

Patientenbefragung (gewichtete Daten)	N	%
	285	100.0
Distanz zwischen Wohnort und Deutscher Klinik?		
<=25km	100	35.1
26-50km	122	42.7
>50km	63	22.2
Stand Schweizer Klinik als Alternative zur Diskussion?		
Missing	22	7.6
Nein	127	44.5
Ja	137	47.9
Wenn ja, ist diese Schweizer Klinik…	*137*	*100.0*
Missing	24	17.6
Näher als die gewählte Deutsche Klinik	66	48.3
Gleich weit entfernt als die gewählte Deutsche Klinik	16	11.5
Weiter entfernt als die gewählte Deutsche Klink	31	22.6

Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt [PB Q2, PB Q3], Obsan 2008/2009

Zu Kapitel 3

Abb. A.5.3.1 Bekräftigung durch soziales Umfeld
Antworten auf die Frage: „In welchem Mass haben Sie folgende Personen bei Ihrem Entscheid, in eine deutsche Klinik zu gehen, bekräftigt?“



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt [PB Q15], Obsan 2008/2009
Patientenbefragung (N=285, gewichtete Daten)

Zu Kapitel 4

Abb. A.5.4.1 Klima in der Klinik

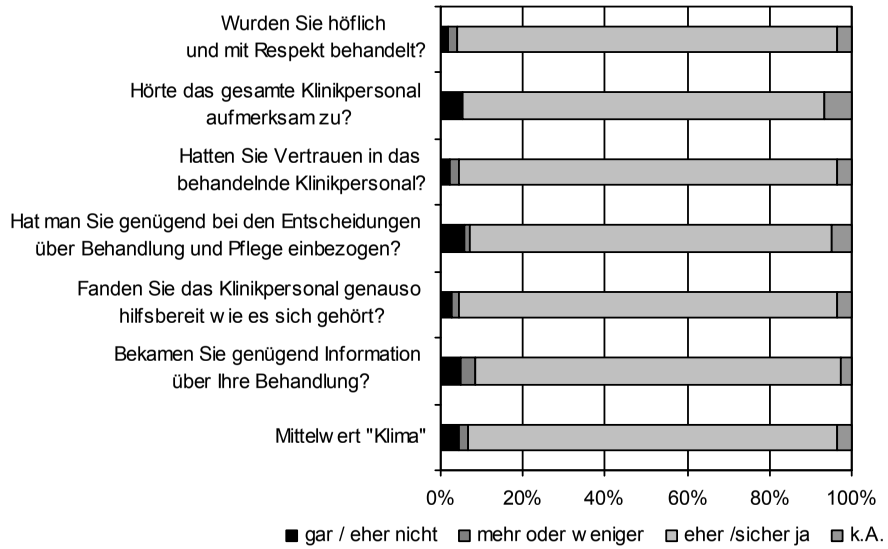


Abb. A.5.4.2 Hotel-Leistungen

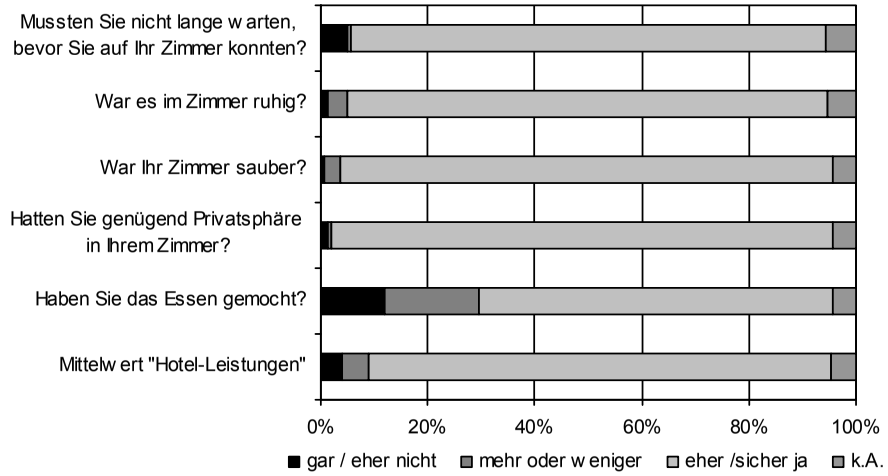


Abb. A.5.4.3 Teilnahme an Beratung, Schulung, Vorträge in der Klinik

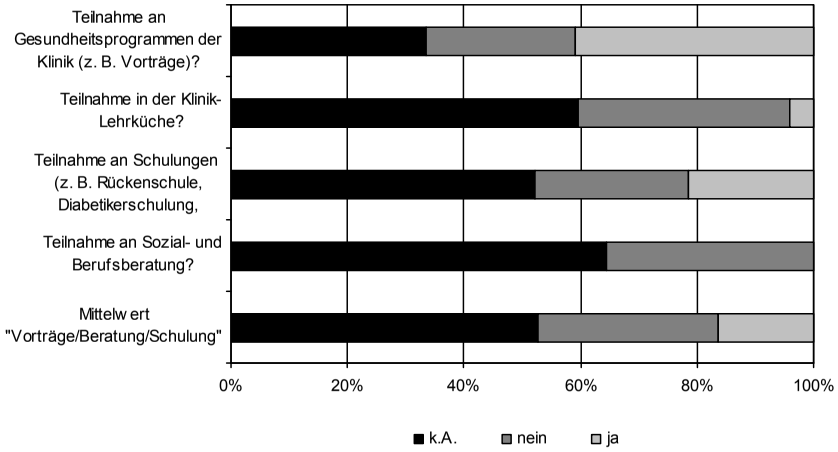
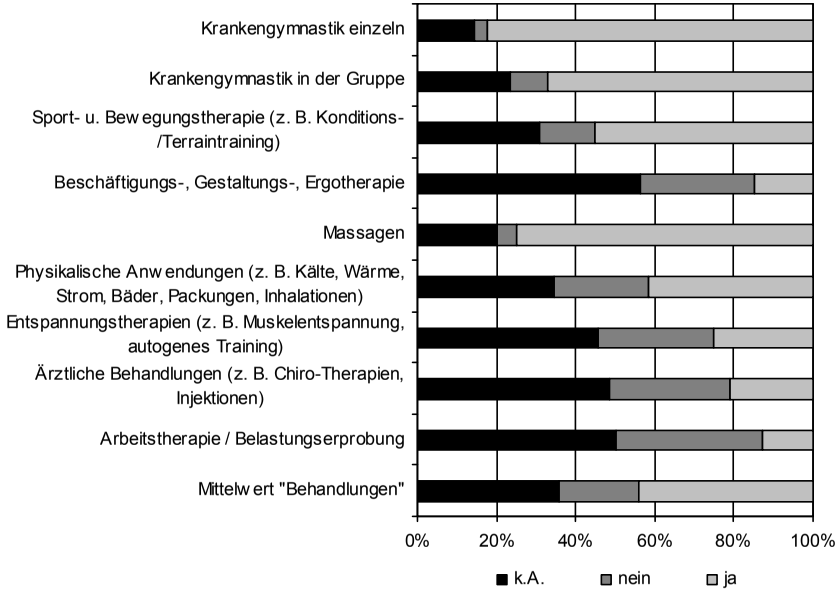


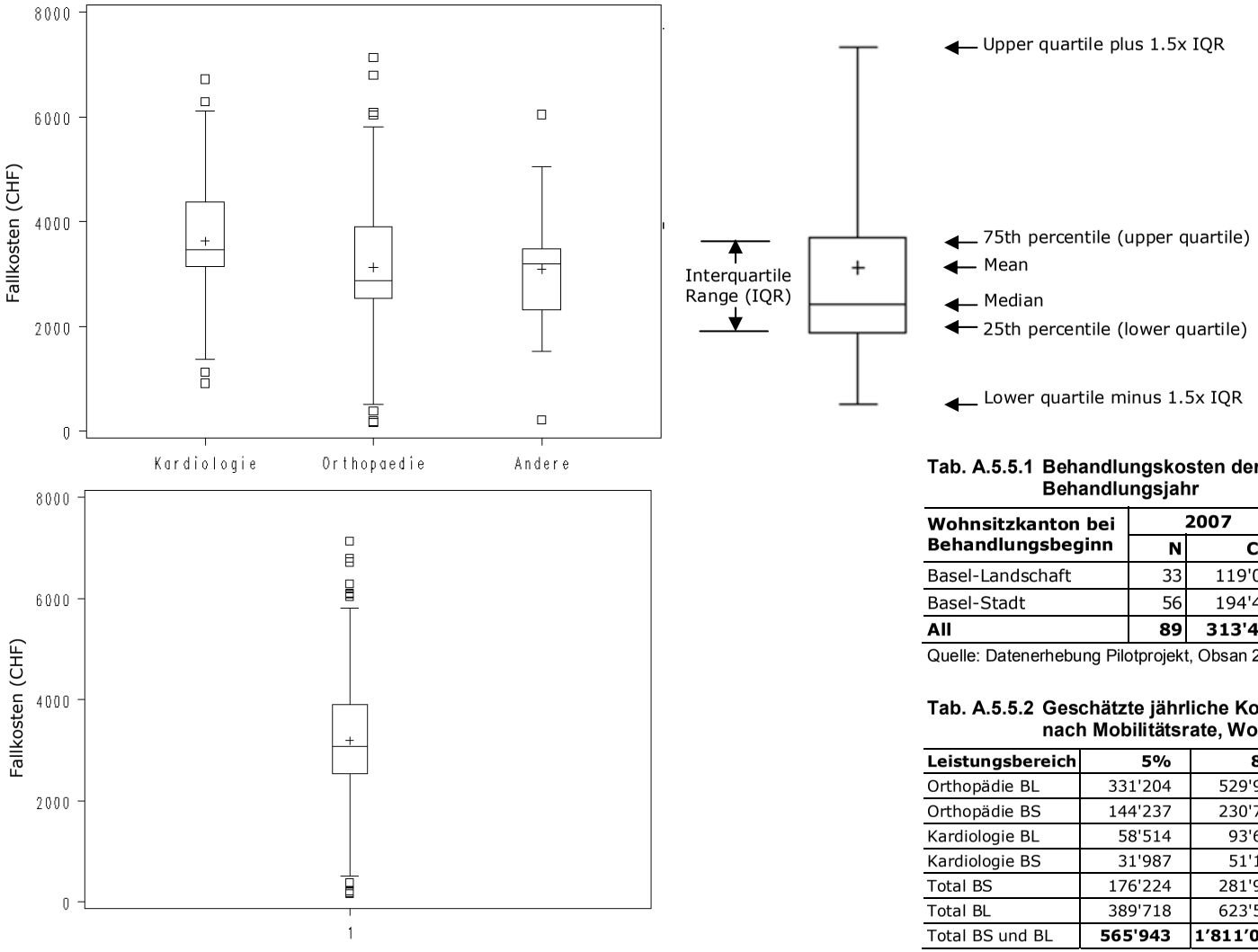
Abb. A.5.4.4 Teilnahme an Behandlungen in der Klinik



Quelle: Patientenbefragung Pilotprojekt, Obsan 2008/2009 (N=285, gewichtete Daten)

Zu Kapitel 5

Abb. A.5.5.1 Verteilung der Fallkosten (CHF) im Pilotprojekt nach Reha-Leistungsbereich, 2007-2009



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, Obsan 2007-2009

Tab. A.5.5.1 Behandlungskosten der Reha-Pilotprojektfälle, nach Kanton und Behandlungsjahr

Wohnsitzkanton bei Behandlungsbeginn	2007		2008		2009		2007-2009	
	N	CHF	N	CHF	N	CHF	N	CHF
Basel-Landschaft	33	119'028	29	92'679	50	151'818	112	363'525
Basel-Stadt	56	194'419	98	307'179	102	309'807	256	811'405
All	**89**	**313'447**	**127**	**399'858**	**152**	**461'625**	**368**	**1'174'930**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, Obsan 2007-2009

Tab. A.5.5.2 Geschätzte jährliche Kosteneinsparungen bei der OKP bei Rehabilitationen, nach Mobilitätsrate, Wohnsitzkanton und Leistungsbereich, in CHF **(Median)**

Leistungsbereich	5%	8%	10%	20%	30%	40%
Orthopädie BL	331'204	529'926	662'408	1'324'816	1'987'224	2'649'632
Orthopädie BS	144'237	230'780	288'474	576'949	865'423	1'153'898
Kardiologie BL	58'514	93'623	117'028	234'056	351'084	468'113
Kardiologie BS	31'987	51'180	63'974	127'949	191'923	255'898
Total BS	176'224	281'959	352'449	704'898	1'057'347	1'409'796
Total BL	389'718	623'549	779'436	1'558'872	2'338'308	3'117'745
Total BS und BL	**565'943**	**1'811'017**	**1'131'885**	**2'263'770**	**3'395'655**	**4'527'540**

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, Obsan 2007-2009; Medizinische Statistik BFS, 2008; Publizierte Tarife der Schweizer Spitäler

Anhang 6

Methodik Erhebung Qualitätsmanagement von KCQ (Kap. 4.1)

E. Simoes, KCQ

Inhaltsverzeichnis

A 6.1 Material und Methoden **1**

A 6.2 Auswertung **2**

A 6.3 Ergebnisdarstellung und Überblick **3**

Tab. A.6.1 Qualitätspolitik und Strategie 3
Tab. A.6.2 Sicherheit in der Institution 3
Tab. A.6.3 Sicherheit durch Kommunikation in der Institution 4
Tab. A.6.4 Patienten- und Mitarbeiterorientierung 4
Tab. A.6.5 Reflexion und Information 4
Tab. A.6.6 Extern vergleichende Qualitätssicherung 5
Tab. A.6.7 Planung zu Qualitätsaktivitäten 5

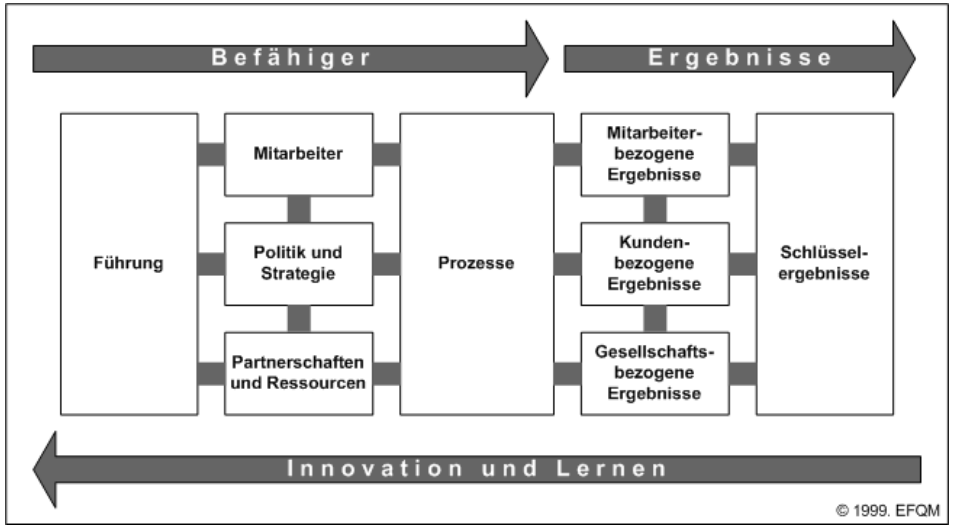
A 6.4 QM-Erhebungsbogen **6**

A 6.1 Material und Methoden

Instrumentarium

Der Erhebungsbogen orientiert sich an den bestehenden Rahmenvorgaben zu Qualitätssicherung und –management in den beiden beteiligten Staaten. Es werden länderübergreifende und länderspezifische - jedoch in der Zielsetzung korrespondierende - Elemente erhoben. Die Auswahl der länderübergreifenden Aspekte orientiert sich wesentlich am EFQM-Modell[1], das sowohl deutschen als auch Schweizerischen QM-Konzepten in vielen Ansätzen zugrunde liegt.

Die Orientierung an den Grundzügen von Qualitätsmanagement nach Grundzügen des EFQM-Modells soll auch **länderübergreifende** Einschätzungen zulassen, wie es das internationale EFQM-Modell vorsieht und Wertungen für die hier erstmals vergleichend zusammengetragenen Daten erlauben, wenn auch die Ausformungen Unterschiede ausweisen.



Die Strukturierung in Befähigerkriterien (z. B. Politik und Strategie, Mitarbeiter, Prozesse) und Ergebnisse findet im Aufbau des Erhebungsbogens Niederschlag.

Die Grundlage zum Aufbau eines Qualitätsmanagements basiert auf den Grundsätzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (CQI), welche eine langfristige und nachhaltige Qualitätsentwicklung anstrebt. Die Qualitätsförderung wird im ganzheitlichen Sinn betrachtet. Bei

[1] http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/247.htm

der Auswahl der internen Methode des Qualitätsmanagements werden keine Vorgaben gemacht, damit wird dem Grundsatz der Methodenvielfalt Rechnung getragen.

Diese Formulierung der Schweizerischen Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung (KIQ)[2] kann auch für die deutschen Rahmenbedingungen gelten.

Das Erhebungsinstrument mit länderübergreifenden und länderspezifischen Anteilen parallelisiert bei gleichgerichteter Zielsetzung und bietet die Vorteile von landesübergreifender Verständlichkeit und Übertragbarkeit gleichermaßen. Hier greift der Vorteil eines internationalen QM-Systems als Grundlage.

Die Erhebung wurde vom KCQ erstellt, von Obsan in Zusammenarbeit mit KIQ im Sinne eines Pretests auf die Passgenauigkeit für das Schweizer Gesundheitssystem geprüft. Ein besonderes Augenmerk ist auf den Themenkomplex „Risikomanagement“ gerichtet, der zu dem Projektziel „Keine Häufung von schweren Zwischenfällen“ unmittelbar korrespondiert und in den Forschungsfragen explizit benannt ist.

Versand und Rücklauf

Die Erhebung ist Teil des Evaluationskonzepts und von daher allen am Projekt teilnehmenden Einrichtung seit Veröffentlichung des Evaluationskonzepts bekannt. Inhaltliche Details wurden in der Informationsveranstaltung am 23.9.2008 in Lahr[3] vorgestellt. Die Teilnehmer der Veranstaltung erhielten die Erhebungsbögen ausgehändigt. Nicht bei der Veranstaltung vertretene Einrichtungen erhielten die Unterlagen im Nachgang per Post übersandt. Die Rücksendung wurde innerhalb einer Frist von 6 Wochen, vereinbarungsgemäß an das KCQ, erbeten. Mitte Februar 2009 erfolgten nochmalige Mitteilungen schriftlich und telefonisch an Einrichtungen, von denen bis dahin keine Rückmeldung vorlag. Mit Blick auf die Erstellungsfrist des zweiten Zwischenberichts (zum 30.4.2009) wurde auch eine verspätete Rückmeldung bis März ermöglicht.

Von den zunächst 14, inzwischen durch Statusveränderung verschiedener Art auf 11 reduzierten deutschen Einrichtungen stellten 10 einen ausgefüllten Erhebungsbogen zur Auswertung zur Verfügung. Fünf Schweizer Einrichtungen - davon 4 (von 6), die im Pilotprojekt beteiligt sind, und eine, die durch grenzüberschreitende Verträge vorbestehend zum Pilotprojekt eingebunden ist – stellten eine Rückmeldung zur Auswertung zur Verfügung. Bis zur erweiterten Abgabefrist gingen von den projektbeteiligten Einrichtungen *Zell im Wiesental, Kantonsspital Bruderholz* und *Felix-Platter-Hospital* keine Angaben ein.

Damit nahmen 15 von 18 (83 %) der projektbeteiligten Einrichtungen [10 von 11 (90 %) der deutschen, 5 von 7 (71 %) der Schweizer Einrichtungen] an der Erhebung zum Qualitätsmanagement teil.

A 6.2 Auswertung

Die Auswertung erfolgte durch Fachärzte/Fachärztinnen mit der Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement des KCQ, getrennt nach Ländern, bei einzelnen Fragestellungen nach Leistungskategorien (Akutversorgung, Rehabilitation) und länderübergreifend. Insgesamt waren der Kategorie Akutversorgung 6 Schweizer und 3 deutsche Einrichtungen zuzuordnen, der Kategorie Rehabilitation 1 Schweizer und 8 deutsche Einrichtungen. Auf eine Unterteilung nach Größe der Einrichtung (Bettenzahl oder Behandlungstage) und Rechtsform bei der Ergebnisdarstellung wurde aufgrund der geringen Gesamtzahl nicht zuletzt aus Gründen des Datenschutzes verzichtet.

Im Bericht sind vorwiegend Tabellen mit der Unterteilung der Ergebnisse nach den verschiedenen Kategorien und Ländern erhalten. Auswertungen, die nennenswerte Unterschiede oder hervorzuhebende Aspekte ergaben, wurden neben der Darstellung in einer Tabelle im Text kommentiert.

Beim Ausfüllen des Erhebungsbogens hatte die Institutionen mehrmals die Möglichkeit, eine Frage in Bezug auf das Gesamtspital oder in Bezug auf einen bzw. mehrere Fachbereiche zu beantworten. Falls entsprechende Differenzierungen angegeben wurden und von Bedeutung sind, findet sich dies in der Kommentierung.

Der vorliegende Bericht liefert eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Erhebung. Da das erhoben Datenmaterial umfangreich ist, enthält der Ergebnisbericht die aus Sicht des KCQ wesentlichen Aussagen zu den einzelnen Themenbereichen des Fragebogens. Der Bericht ist in Anlehnung an die Struktur des Fragebogens aufgebaut und stellt die Ergebnisse pro Themenbereich jeweils in einem eigenständigen Abschnitt dar. Die ausgewerteten Daten werden beschrieben, abgebildet und neutral kommentiert.

Die deskriptive und vergleichende Statistik wird ergänzt durch eine qualitativ beschreibende Darstellung der ergänzenden Angaben der Einrichtungen. Da der Rücklauf hoch (15 von 18 angefragten Einrichtungen) war, wurde auf eine schließende Statistik verzichtet.

Eine Wertung und Beurteilung der Ergebnisse mit Blick auf deren Bedeutung für das Pilotprojekt werden im Fazit zum Abschluss des Kapitels und in der Diskussion vorgetragen.

---

[2] Qualitätsbericht 2001, erstellt im Auftrag der Gemeinsamen Kommission für die Umsetzung des Rahmenvertrags betreffend Qualitätssicherung zwischen H+ und santésuisse, KIQ 2003

[3] Tagesordnung im Anhang beigefügt

Fehlende Angaben wurden im Sinne eines Nichtvorhandenseins gewertet. Der Auswertung liegen ausschließlich Selbstangaben der Einrichtungen zugrunde, eine Überprüfung der Angaben, z. B. in Stichproben, war nicht Gegenstand des Evaluationskonzepts.

A 6.3 Ergebnisdarstellung und Überblick

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragenkomplexen sind nachstehend tabellarisch dargestellt, getrennt nach Land und länderübergreifend, jeweils in absoluten und prozentualen Werten, zu einzelnen Aspekten auch getrennt nach Einrichtungstyp (Akutversorgung, Rehabilitation).

Als 100 % wurde in den Auswertungen *die je Land gelieferte Anzahl von Fragebogen gesetzt*, um die länderübergreifende Vergleichbarkeit hinsichtlich der antwortenden Abteilungen zu ermöglichen. Damit liegen den Aussagen für die deutsche Projektseite 90 % der beteiligten Einrichtungen zugrunde, die Aussagen für die Schweizer Projektseite beziehen sich auf 5 von 7 Einrichtungen, also eine Grundmenge von 71 %.

Die eingegangenen Erhebungsbogen zeichneten sich fast ausnahmslos durch sorgfältige Angaben und zahlreiche Beispiele aus.

Zur Versorgungsqualität der deutschen Klinik in *Zell im Wiesental* und der Schweizer Kliniken *Kantonspital Bruderholz und Felix-Platter-Spital* können demnach keine Aussagen getroffen werden, ob und welche Anstrengungen für ein internes Qualitätsmanagement, Risikomanagement und einer Beteiligung an extern-vergleichenden Qualitätsaktivitäten in der Einrichtung bestehen.

Tab. A.6.1 Qualitätspolitik und Strategie

Fragen	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
1.1 Besteht ein integrierter Qualitätsmanagement-Prozess bzw. eine kontinuierliche interne/externe Beratungs- und Organisationsentwicklung?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
1.2 Beteiligung an Maßnahmen zur Bewertung der Qualität (Selbst- und Fremdbewertung nach EFQM, Zertifizierung nach DIN EN ISO u.a. Verfahren)?						
ja	9	90%	5	100%	14	94%
1.3 Wurden Qualitätsprojekte durchgeführt?						
ja	9	90%	4	80%	13	87%
1.4 Hat Ihre Einrichtung ein Internes Qualitätsmanagement eingeführt?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
1.5 Hat die Einrichtung einen Qualitätsmanagement Beauftragten?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%

Tab. A.6.2 Sicherheit in der Institution

Fragen	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
2.1 SICHERHEIT IN DER INSTITUTION						
Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.						
2.1.1 Leitlinien?						
ja	9	90%	5	100%	14	94%
2.1.2 Behandlungsstandards?						
ja	8	80%	5	100%	13	87%
Strukturierung von Behandlungsabläufen						
2.1.3 Behandlungspfade?						
ja	8	80%	5	100%	13	87%
2.1.4 Handbücher?						
ja	8	80%	3	60%	11	74%
Regelung von Verantwortlichkeiten						
2.1.5 Organigramm?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.6 Ablaufbeschreibungen?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
Organisationsmanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan)						
2.1.7 Standardisierte Terminplanung?						
ja	9	90%	5	100%	14	94%
2.1.8 Datenschutzregelungen?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.9 Datenschutzbeauftragter?						
ja	10	100%	4	80%	14	94%
2.1.10 Hygieneplan?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.11 Meldesystem für Infektionen?						
ja	7	70%	4	80%	11	74%
2.1.12 Fluchtplan?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.13 Fluchtpläne gut zugänglich?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%

Tab. A.6.3 Sicherheit durch Kommunikation in der Institution

Fragen	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen, regelmäßig tagende Kommissionen						
2.1.14 Hygienekommission?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.15 Qualitätskommission?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.1.16 Arzneimittelkommission?						
ja	10	100%	4	80%	14	94%
2.1.17 Andere?						
ja	10	100%	4	80%	14	94%
Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen						
2.1.18 Behandlungspfade?						
ja	8	80%	4	80%	12	80%
Risikomanagement						
2.1.19 Beschwerdemanagement?						
ja	10	100%	4	80%	14	94%
2.1.20 Checklisten im Einsatz?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen						
2.1.21 Nehmen Sie an einem CIRS teil?						
ja	1	10%	3	60%	4	27%
2.1.22 Führen Sie Komplikationsstatistiken?						
ja	8	80%	4	80%	12	80%
2.1.23 Bestehen verbindliche Regelungen zum Umgang mit Komplikationen?						
ja	7	70%	3	60%	10	67%
Notfallmanagement						
2.1.24 Regelmäßiges Reanimationstraining?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung						
2.1.25 Bestehen interne Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität?						
ja	10	100%	4	80%	14	94%
Qualitätsbezogene System- und Prozessanalyse						
2.1.26 Führen Sie Qualitätsverbesserungsprojekte durch?						
ja	9	90%	4	80%	13	87%
2.1.27 Besteht eine systematische Dokumentation der Qualitätsziele?						
ja	8	80%	4	80%	12	80%
2.1.28 Besteht eine Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung?						
ja	9	90%	4	80%	13	87%

Tab. A.6.4 Patienten- und Mitarbeiterorientierung

Frage	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
2.2 PATIENTENORIENTIERUNG						
Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung						
2.2.1 Bieten Sie Patienteninformationen an?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragungen?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.3 MITARBEITERORIENTIERUNG						
Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung)						
2.3.1 Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.3.2 Arbeitsschutzmaßnahmen						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.3.3 Bestehen schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%

Tab. A.6.5 Reflexion und Information

Frage	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
2.4 Kommunikation						
2.4.1 Fall-/Komplikations-/Planungsbesprechungen?						
ja	9	90%	5	90%	14	94%
2.4.2 Supervision?						
ja	5	50%	4	80%	9	60%
2.4.3 Fallsupervision?						
ja	8	80%	5	100%	13	87%
2.4.4 Teamsupervision?						
ja	7	70%	4	80%	11	74%
2.4.5 Fortbildungsreihen?						
ja	10	100%	5	100%	15	100%
2.4.6 Patientenseminare?						
ja	9	90%	4	80%	13	87%
2.4.7 Wissenschaftliche Kongresse?						
ja	3	30%	5	100%	8	54%
2.4.8 Beteiligung an wissenschaftlichen Studien?						
ja	9	90%	5	100%	14	94%
2.4.9 Wurden 2007 Qualitätszirkel durchgeführt?						
ja	3	30%	5	100%	8	54%
2.4.10 Länderübergreifende Qualitätszirkel gestaltet?						
ja	0	0%	1	20%	1	7%
2.4.11 Qualitätszirkelarbeit dokumentiert?						
ja	8	80%	1	20%	9	60%

Tab. A.6.6 Extern vergleichende Qualitätssicherung

Frage	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
3.1 Gemäß **deutschem** Bundesrecht (§ 137 SGB V Akutversorgung)?						
ja	3 von 3	100%	-	-	-	
3.2 Gemäß **deutschem** Landesrecht (§ 112 SGB V Akutversorgung)?						
ja	3 von 3	100%	-	-	-	
3.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei **deutschen** Disease-Management-Programmen?						
ja	1 von 10	10%	-	-	-	
3.4 Vergleichende Qualitätssicherung **deutscher** Rehabilitationseinrichtungen – nach Konzeption deutscher Rentenversicherungsträger						
ja	6 von 7	84%	-	-	-	
3.5 An freiwilligen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen						
ja	8 von 10	80%	5	100%	13	87%
3.5.1 Gemäß **schweizerischer** Kantoninitiative (z. B. LORAS)						
ja	-	-	1	20%	1	

Tab. A.6.7 Planung zu Qualitätsaktivitäten

Frage	Anzahl Kliniken Deutschland	% Deutschland	Anzahl Kliniken Schweiz	% Schweiz	Kliniken insgesamt	% insgesamt
4.1 Sind weitere Maßnahmen des internen und/oder externen Qualitätsmanagements aktuell in Entwicklung oder in Planung? *(z. B. Risikomanagement, Personalentwicklungsmaßnahmen, „Marktanalyse“, laufende ext. Gutachten*)						
ja	6	60%	5	100%	11	74%

A 6.4 QM-Erhebungsbogen

EINRICHTUNGSBEZOGENES MEDIZINISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Diese Erhebung erfolgt einmalig zu Beginn des 2. Projektjahres vor dem Hintergrund, dass die Verträge zur grenzüberschreitenden Versorgung die Leistungsinanspruchnahme auf der Basis der jeweiligen Qualitätssicherung des Partnerlandes vorsehen. Die Erhebung soll Aufschluss geben, inwieweit alle in grenzüberschreitenden Verträgen im Rahmen des Pilotprojektes eingebundene Einrichtungen die landestypischen verpflichtenden oder freiwilligen Qualitätsdarlegungen und eigenständige Anstrengungen zur Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität wahrnehmen.

1. QUALITÄTSPOLITIK UND –STRATEGIE
Welche Maßnahmen bestehen in der Einrichtung?

	Nein	Ja	Welche?
1.1 Besteht ein Integrierter Qualitätsmanagement-Prozess bzw. eine kontinuierliche interne/externe Beratungs- und Organisationsentwicklung?	☐	☐	
1.2 An welchen Maßnahmen zur Bewertung der Qualität hat sich die Einrichtung beteiligt (Selbst- und Fremdbewertung nach EFQM, Zertifizierung nach DIN EN ISO u.a. Verfahren)? *Bitte benennen und gegebenenfalls kurz beschreiben*			
1.3 Welche Qualitätsprojekte wurden durchgeführt? *Bitte nennen Sie Projekttitel und Zielsetzung sowie den Zeitraum.*			*welche? (ggfs. Auswah)*
1.4 Hat Ihre Einrichtung ein Internes Qualitätsmanagement eingeführt und seit wann?	☐	☐	*Jahr*
1.5 Hat die Einrichtung einen Qualitätsmanagement-Beauftragen / Stabsstelle / Abteilung? *Bitte benennen (mit Anzahl der Mitarbeiter)*	☐	☐	*Anzahl der Mitarbeiter*

2. INTERNE QUALITÄTSSICHERNDE MAßNAHMEN
Welche Grundelemente und Instrumente des Internen Qualitätsmanagements sind in der Einrichtung realisiert?

2.1 SICHERHEIT IN DER INSTITUTION

Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

2.1.1 Leitlinien,	☐	☐	*welche? (ggfs. Auswah)*
2.1.2 Behandlungsstandards (Entwicklung, Einsatz, Evaluation)?	☐	☐	

	Nein	Ja	Welche?
Strukturierung von Behandlungsabläufen			
2.1.3 Behandlungspfade?	☐	☐	*welche? (ggfs. Auswah)*
2.1.4 Handbücher?			
Regelung von Verantwortlichkeiten			
Wie sind in Ihrem Haus Verantwortlichkeiten geregelt/dokumentiert?			
2.1.5 Organigramm	☐	☐	
2.1.6 Ablaufbeschreibungen *Für alle Bereiche?* *Für einzelne Bereiche, welche?*	☐	☐	*welche? (ggfs. Auswah)*
Organisationsmanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan)			
2.1.7 Standardisierte Terminplanung?	☐	☐	
2.1.8 Bestehen schriftlich fixierte Datenschutzregelungen?	☐	☐	
2.1.9 Haben Sie einen Datenschutzbeauftragten?	☐	☐	
2.1.10 Gibt es einen verbindlichen Hygieneplan?	☐	☐	
2.1.11 Nehmen Sie mit Ihrer Einrichtung an einem Meldesystem für nosokomiale Infektionen teil?	☐	☐	
2.1.12 Existiert ein Fluchtplan?	☐	☐	
2.1.13 Sind in jedem Bereich Fluchtpläne gut zugänglich?	☐	☐	
Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen, regelmäßig tagende Kommissionen			
2.1.14 Hygienkommission	☐	☐	
2.1.15 Qualitätskommission	☐	☐	
2.1.16 Arzneimittelkommission	☐	☐	
2.1.17 Andere	☐	☐	*welche? (ggfs. Auswah)?*
Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen			
2.1.18 Sind Behandlungspfade eingeführt?	☐	☐	
Risikomanagement			
2.1.19 Ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt?	☐	☐	
2.1.20 Sind Checklisten im Einsatz?	☐	☐	

	Nein	Ja	Welche?
Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen			
2.1.21 Nehmen Sie an einem CIRS teil?	☐	☐	*Falls ja, bei welchem?*
2.1.22 Führen Sie Komplikationsstatistiken?	☐	☐	
2.1.23 Bestehen verbindliche Regelungen zum Umgang mit Komplikationen?	☐	☐	*in welcher Form?*
Notfallmanagement			
2.1.24 Regelmäßiges Reanimationstraining?	☐	☐	
Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung			
2.1.25 Bestehen interne Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität?	☐	☐	*in welcher Form?*
Qualitätsbezogene System- und Prozessanalyse			
2.1.26 Führen Sie Qualitätsverbesserungsprojekte durch?	☐	☐	
2.1.27 Besteht bei diesen eine systematisierte Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen (mit PDCA-Zyklus)?	☐	☐	
2.1.28 Besteht eine Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen?	☐	☐	
2.2. PATIENTENORIENTIERUNG			
Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung			
2.2.1 Bieten Sie Patienteninformation an?	☐	☐	*in welcher Form?*
2.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten?	☐	☐	*wie häufig/ wann zuletzt?*

	Nein	Ja	Welche?
2.3. MITARBEITERORIENTIERUNG			
Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung)			
2.3.1 Bieten Sie systematische Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an?	☐	☐	
Welche Maßnahmen nehmen Sie wahr? Berufsgruppenbezogene Angaben erbeten.			*welche? (ggfs. Auswah)?*
2.3.2 Arbeitsschutzmaßnahmen?	☐	☐	*welche? (ggfs. Auswah)?*
2.3.3 Bestehen schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter?	☐	☐	
2.4 KOMMUNIKATION			
Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement			
2.4.1 Führen Sie Fall-/Komplikations-/Planungsbesprechungen durch?	☐	☐	
Welchen Rahmen bieten Sie für den berufsgruppenbezogenen / berufsgruppenübergreifenden Erfahrungsaustausch an?			
2.4.2 Supervision	☐	☐	
2.4.3 Fallsupervision	☐	☐	
2.4.4 Teamsupervision	☐	☐	
2.4.5 Bieten Sie an Ihrer Einrichtung Fortbildungsreihen an?	☐	☐	*welche im Jahr 2007?*
2.4.6 Bieten Sie Patientenseminare an?	☐	☐	*welche im Jahr 2007?*
2.4.7 Gestalten Sie wissenschaftliche Kongresse?	☐	☐	*welche im Jahr 2007?*
2.4.8 Durchführung/Beteiligung von/an wissenschaftlichen Studien	☐	☐	*welche im Jahr 2007?*
Qualitätszirkel			
2.4.9 Wurden 2007 Qualitätszirkel durchgeführt?	☐	☐	*welche?*
2.4.9 Wurde länderübergreifende Qualitätszirkel gestaltet?	☐	☐	*welche?*
2.4.11 Wird die Qualitätszirkelarbeit strukturiert dokumentiert?	☐	☐	

3. EXTERN VERGLEICHENDE QUALITÄTSSICHERUNG

An welchen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nehmen Sie mit ihrer Einrichtung teil?

BRD	SCHWEIZ	Nein	Ja	Welche?
3.1 gemäß deutschem Bundesrecht (§ 137 SGB V)		☐	☐	*Bitte Leistungsbereiche benennen*
3.2 gemäß deutschem Landesrecht (§112 SGB V) Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene (Baden-Württemberg) eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß dem Leistungsspektrum nimmt die Klinik an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereich) teil:		☐	☐	*Bitte Leistungsbereiche benennen*
3.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei deutschen Disease-Management-Programmen		☐	☐	
3.4 Vergleichende Qualitätssicherung deutscher Rehabilitationseinrichtungen - nach Konzeption deutscher Rentenversicherungsträger		☐	☐	
3.5 an freiwilligen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen	3.5 an freiwilligen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen	☐	☐	*Bitte benennen und kurz beschreiben (mit Angaben zur Form des Benchmarking[1])*
	3.5.1 gemäß Schweizerischer Kantonsinitiative (z.B. LORAS)	☐	☐	*Bitte benennen und kurz beschreiben*

4. AUSBLICK

4.1. Sind weitere Maßnahmen des internen und/oder externen Qualitätsmanagements aktuell in Entwicklung oder in der Planung? *(z.B. Risiko-Management, Personalentwicklungsmaßnahmen, „Marktanalyse", laufende ext. Gutachten)*	☐	☐	*Bitte benennen und kurz beschreiben*

Falls der Platz auf diesen Bogen für Ihre Angaben nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein Beiblatt an und ordnen Sie den Text der jeweiligen Nummer der Frage zu.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Evaluationsteam

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.