



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



49

OBSAN DOSSIER 49

## **Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II**

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

Lucy Bayer-Oglesby

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 Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### **Autorin**

Lucy Bayer-Oglesby, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz

### **Projektleitung Obsan**

Monika Diebold

### **Reihe und Nummer**

Obsan Dossier 49

### **Zitierweise**

Bayer-Oglesby, L. (2015). *Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II)* (Obsan Dossier 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

### **Auskünfte/Informationen**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 058 463 60 45

[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### **Grafik/Layout**

DIAM, Prepress / Print, BFS

### **Titelgrafik**

Roland Hirter, Bern

### **Download PDF**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

### **Publikationsnummer**

1037-1505-05

### **ISBN**

978-2-940502-63-9

© Obsan 2015



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

# **Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II**

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

Lucy Bayer-Oglesby

**Autorin:**

Lucy Bayer-Oglesby, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz

**Zitierweise:**

Bayer-Oglesby, L. (2015). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

**Bisherige Evaluationsberichte GRÜZ****Evaluationsberichte Phase I:**

Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & 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. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & 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. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

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). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

**Monitoring-Berichte Phase II:**

Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2011). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2010. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2012). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2011. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Schmid, T. & Bayer-Oglesby, L. (2013). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Schmid, T. (2014a). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2013. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

**Zwischenberichte Phase II:**

Schmid, T. (2013). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Zwischenbericht 2013 zu grenzüberschreitenden Kooperationen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Schmid, T. (2014b). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Zwischenbericht 2014 zur gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abkürzungen</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>Danksagung</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>Leitungs- und Steuerungsgremien des Pilotprojektes</b> .....                                     | <b>8</b>  |
| <b>Zusammenfassung</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>Résumé</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>1 Einleitung</b> .....   | <b>17</b> |
| 1.1 Hintergrund des Pilotprojektes.....   | 17        |
| 1.2 Modalitäten der Phase II des Pilotprojektes.....  | 18        |
| 1.3 Ziele des Pilotprojektes und Fragestellungen der Evaluation.....                                | 20        |
| 1.3.1 Ziele 1 und 2: Erhöhung Patientenzahlen CH ↔ D.....   | 20        |
| 1.3.2 Ziel 3: Förderung grenzüberschreitende Kooperationen.....                                     | 21        |
| 1.3.3 Ziel 4: Darstellung gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität.....                      | 22        |
| <b>2 Methodisches Vorgehen</b> .....  | <b>23</b> |
| 2.1 Monitoring Pilotprojektfälle 2007–2014.....   | 23        |
| 2.1.1 Datengrundlagen.....  | 23        |
| 2.1.2 Parameter Evaluation Projektziel 1.....   | 25        |
| 2.2 Erhebung zu grenzüberschreitenden Kooperationen 2013.....                                       | 26        |
| 2.3 Erhebung zur gesamten grenzüberschreitenden Patientenmobilität 2014.....                        | 27        |
| 2.4 Datenschutz und -sicherheit.....  | 28        |
| <b>3 Resultate Monitoring Pilotprojektfälle</b> .....   | <b>29</b> |
| 3.1 Zeitliche Entwicklungen 2007–2014.....  | 29        |
| 3.1.1 Berechtigte Basler Versicherte im Pilotprojekt.....   | 29        |
| 3.1.2 Potenzial an Basler Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt.....                           | 30        |
| 3.1.3 Anzahl der Pilotprojektfälle.....   | 30        |
| 3.1.4 Mobilitätsraten CH → D.....   | 31        |
| 3.2 Deskriptive Beschreibung der Pilotprojektfälle 2007–2014.....                                   | 34        |
| 3.2.1 Pilotprojektfälle nach Rehabilitationsart.....  | 34        |
| 3.2.2 Pilotprojektfälle nach Krankenkasse, Zuweiser und Klinik.....                                 | 36        |
| 3.2.3 Pilotprojektfälle nach Alter, Geschlecht und Nationalität der Patientinnen und Patienten..... | 38        |
| 3.2.4 Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort.....  | 39        |
| 3.2.5 Aufenthaltsdauer und Behandlungskosten.....   | 41        |
| 3.3 Fazit Monitoring.....   | 45        |
| <b>4 Grenzüberschreitende Kooperationen</b> .....   | <b>47</b> |
| 4.1 Involvierte Institutionen und Art der Kooperationen.....  | 47        |
| 4.2 Beginn und Häufigkeit der Kooperationen.....  | 50        |
| 4.3 Bewertung der grenzüberschreitenden Aktivitäten.....  | 52        |
| 4.4 Fazit Kooperationen.....  | 53        |
| <b>5 Gesamte Patientenmobilität in der Grenzregion</b> .....  | <b>55</b> |
| 5.1 Patientenmobilität CH → D.....  | 55        |
| 5.2 Patientenmobilität D → CH.....  | 61        |
| 5.3 Fazit Patientenmobilität.....   | 66        |
| <b>6 Diskussion</b> .....   | <b>67</b> |
| 6.1 Beurteilung Erreichung der Projektziele.....  | 67        |
| 6.1.1 Erhöhung quantitative Nutzung und Erweiterung Leistungsbereiche.....                          | 67        |
| 6.1.2 Förderung grenzüberschreitender Zusammenarbeit.....   | 67        |
| 6.1.3 Darstellung gesamte Patientenmobilität.....   | 68        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 6.2      | Grenzen der Begleitevaluation und Qualität der Datenerhebungen.....                   | 68        |
| 6.3      | Rahmenbedingungen für das Pilotprojekt .....  | 69        |
| 6.4      | Das Pilotprojekt im internationalen Kontext .....                                     | 70        |
| <b>7</b> | <b>Schlussfolgerungen und Ausblick .....</b>  | <b>73</b> |
| 7.1      | Gesamtbeurteilung der Zielerreichung.....   | 73        |
| 7.2      | Ausblick: zweite Verlängerungsphase Pilotprojekt.....                                 | 73        |
| <b>8</b> | <b>Literatur .....</b>  | <b>75</b> |
| <b>9</b> | <b>Anhang .....</b>   | <b>77</b> |
| 9.1      | Anhang 1: Tabellen und Abbildungen.....   | 77        |
| 9.2      | Anhang 2: Projektplan Phase II .....  | 81        |
| 9.3      | Anhang 3: Pflichtenheft zur Datenerhebung bei den Schweizer Krankenversicherern ..... | 82        |

## Tabellenverzeichnis

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tab. 1.1 | Beteiligte deutsche und Schweizer Kliniken im Pilotprojekt, Phase II.....  | 19 |
| Tab. 1.2 | Status der Krankenversicherer mit BAG-Nummer, 2010–2014 .....  | 20 |
| Tab. 1.3 | Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen, Phase II .....   | 21 |
| Tab. 2.1 | Für das Monitoring 2007–2014 genutzte Datenquellen .....   | 23 |
| Tab. 3.1 | Vergleich der Daten der Krankenversicherer und der Kantone, 2014 .....   | 31 |
| Tab. 3.2 | Rehabilitationsfälle, Potenzial und Mobilitätsrate der Leistungsbereiche Orthopädie und Kardiologie in der Schweiz und in Deutschland, 2010–2014 ..... | 33 |
| Tab. 3.3 | Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsart und Leistungsbereich, 2007–2014.....  | 35 |
| Tab. 3.4 | Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2010–2014 .....   | 36 |
| Tab. 3.5 | Anzahl Pilotprojektfälle nach zuweisender Instanz, 2010–2014.....  | 37 |
| Tab. 3.6 | Aufenthaltsdauer der Rehabilitations-Fälle nach Leistungsbereich und Projektjahr, 2007–2014 .....  | 42 |
| Tab. 4.1 | Fachgebiete der genannten Aktivitäten .....  | 50 |
| Tab. 4.2 | Sind die Aktivitäten im Rahmen des GRÜZ entstanden?.....   | 50 |
| Tab. 4.3 | Beginn der Aktivitäten.....  | 51 |
| Tab. 5.1 | Patientenmobilität CH → D nach Grenzgängerstatus .....   | 56 |
| Tab. 5.2 | Behandelnde Klinik Patientenmobilität CH → D .....   | 59 |
| Tab. 5.3 | Patientenströme CH → D nach Wohnbezirk der Patient/innen und Standort der Klinik .....   | 59 |
| Tab. 5.4 | Wohngemeinden der grenzüberschreitenden Patient/innen D → CH .....   | 65 |
| Tab. 5.5 | Behandelnde Spitäler der Patientenmobilität D → CH .....   | 65 |

## Abbildungsverzeichnis

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Abb. 3.1  | Anteil Berechtigte (in Prozent) im Pilotprojekt aufgrund der Kassenzugehörigkeit, Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Projektjahre 2007–2014 .....  | 29 |
| Abb. 3.2  | Entwicklung des Potenzials an Rehabilitationsfällen, 2007–2014.....   | 30 |
| Abb. 3.3  | Anzahl Pilotprojektfälle nach Wohnkanton (alle Leistungsbereiche), 2007–2014 .....  | 31 |
| Abb. 3.4  | Zeitliche Entwicklung der Mobilitätsrate im Pilotprojekt, 2007–2014 .....   | 32 |
| Abb. 3.5  | Mobilitätsrate nach Altersgruppe, 2010–2014 .....   | 34 |
| Abb. 3.6  | Prozentualer Anteil der Leistungsbereiche bei der Leistungsart Rehabilitation, 2007–2014 ..   | 35 |
| Abb. 3.7  | Verteilung der Pilotprojektfälle auf deutsche Kliniken, 2010–2014 .....   | 37 |
| Abb. 3.8  | Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patient/innen (links) sowie der Rehabilitationspatient/innen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden (rechts), 2010–2013 ..... | 38 |
| Abb. 3.9  | Verteilung der Pilotprojektfälle nach Nationalität der Patient/innen, 2007–2014 .....   | 39 |
| Abb. 3.10 | Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes auf die Bezirke der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, 2007–2014 .....   | 39 |
| Abb. 3.11 | Patientenflüsse im Pilotprojekt zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und den Klinikstandorten in Deutschland, 2010–2014 .....   | 40 |
| Abb. 3.12 | Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer (in Tagen), 2010–2014 .....  | 41 |
| Abb. 3.13 | Entwicklung der totalen Behandlungskosten (Reha und Akut) und der Anzahl Pilotprojektfälle in deutschen Kliniken nach Wohnsitzkanton, 2007–2014 .....   | 43 |
| Abb. 3.14 | Total Behandlungskosten der Pilotprojektfälle in deutschen Rehabilitations-Kliniken nach Wohnsitzkanton und Reha-Leistungsbereich, in Franken, 2014 .....   | 43 |
| Abb. 3.15 | Fallkosten und Aufenthaltsdauer bei Rehabilitationsfällen, nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2014 .....   | 44 |
| Abb. 3.16 | Entwicklung der Reha-Fallkosten nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2014 .....  | 45 |
| Abb. 4.1  | Anteil der Institutionen mit grenzüberschreitenden Kooperationen .....  | 47 |
| Abb. 4.2  | Anzahl grenzüberschreitender Aktivitäten nach involvierten Institutionen .....  | 47 |
| Abb. 4.3  | Art der Aktivität .....   | 48 |
| Abb. 4.4  | Partnerinstitutionen.....   | 49 |
| Abb. 4.5  | Häufigkeit der grenzüberschreitenden Aktivitäten.....   | 52 |
| Abb. 4.6  | Nutzen der Kooperationen .....  | 52 |
| Abb. 4.7  | Vorteile der grenzüberschreitenden Kooperation.....   | 53 |
| Abb. 5.1  | Patientenmobilität CH → D - Stationäre Behandlungen .....   | 56 |
| Abb. 5.2  | Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen CH → D ausserhalb des Pilotprojektes .....  | 56 |
| Abb. 5.3  | Patientenmobilität CH → D nach Pilotprojektstatus und Leistungsbereich.....   | 57 |
| Abb. 5.4  | Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen CH → D.....   | 58 |
| Abb. 5.5  | Herkunftsbezirk grenzüberschreitende Patient/innen CH → D .....   | 58 |
| Abb. 5.6  | Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Finanzierungsart.....   | 60 |
| Abb. 5.7  | Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich und Projektstatus.....   | 60 |
| Abb. 5.8  | Patientenmobilität D → CH.....  | 61 |
| Abb. 5.9  | Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen D → CH .....  | 62 |
| Abb. 5.10 | Grenzüberschreitende Patient/innen D → CH nach Schadensart.....   | 63 |
| Abb. 5.11 | Patientenmobilität D → CH nach Leistungsbereich .....   | 63 |
| Abb. 5.12 | Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen D → CH.....   | 64 |
| Abb. 5.13 | Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich.....   | 66 |

## Tabellenverzeichnis Anhang 9.1

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tab. A 1  | Anteil berechnete Versicherte im Kanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt, nach Altersklasse und Geschlecht, Projektjahr 2014..... | 77 |
| Tab. A 2  | Reha-Fälle pro 1000 OKP-Versicherte, berechnete OKP-Versicherte und geschätztes Potenzial an Reha-Fällen, 2014.....               | 77 |
| Tab. A 3  | Potenzial an Reha-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und Mobilitätsrate, 2014.....                                   | 78 |
| Tab. A 4  | Potenzial an Reha-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und mittlere Mobilitätsrate, 2010–2014.....                     | 78 |
| Tab. A 5  | Liste der grenzüberschreitenden Aktivitäten nach Institution.....   | 79 |
| Tab. A 6  | Patientenmobilität CH → D nach Leistungsbereich.....  | 80 |
| Tab. A 7  | Patientenmobilität D → CH nach Schadensart.....   | 80 |
| Tab. A 8  | Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen CH → D.....   | 80 |
| Tab. A 9  | Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen D → CH.....   | 80 |
| Tab. A 10 | Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen.....   | 81 |

## Abkürzungen

|             |  |
|-------------|--|
| BAG         | Bundesamt für Gesundheit   |
| BFS         | Bundesamt für Statistik  |
| BL          | Kanton Basel-Landschaft  |
| BS          | Kanton Basel-Stadt   |
| DRG         | Diagnosis Related Groups   |
| EU          | Europäische Union  |
| EUREGIO     | Evaluation of border regions in the European Union   |
| G-DRG       | German Diagnosis Related Groups  |
| GRÜZ        | Pilotprojekt grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz in der Region Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach                  |
| ICD10       | Internationale Klassifikation der Krankheiten  |
| Kardio      | Leistungsbereich Kardiologie   |
| 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)  |
| MS          | Medizinische Statistik BFS   |
| MVZ         | Medizinisches Versorgungszentrum Lörrach   |
| Obsan       | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium   |
| OKP         | Obligatorische Krankenpflegeversicherung, auch mit gesetzlicher Krankenversicherung umschrieben  |
| Ortho       | Leistungsbereich Orthopädie  |
| PP          | Pilotprojekt   |
| Reha        | Rehabilitation   |
| aantésuisse | Verband der Schweizer Krankenversicherer   |
| UKBB        | Universitäts-Kinderspital 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 Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen» 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. Ein weiterer Dank geht an alle Institutionen, die sich an der Online-Umfrage zu grenzüberschreitenden Kooperationen beteiligt haben und damit die Darstellung der Vielfalt dieser Aktivitäten ermöglicht haben. Ebenso geht unser Dank an die Spitäler der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie des Landkreises Lörrach, welche wertvolle Daten zu den Behandlungen von grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten geliefert haben. Dank gebührt auch Remigius Dürrenberger (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt) sowie Andrea Primosig (Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Land) für die konstruktive Zusammenarbeit.

## Leitungs- und Steuerungsgremien des Pilotprojektes

(Stand: Projektjahr 2014)

### Mitglieder des Steuerungsgremiums

- Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, Bundesministerium für Gesundheit
- Ministerialdirigentin Dr. Monika Vierheilig, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg
- Landrätin Marion Dammann, Landkreis Lörrach
- Weber Thomas, Vorsteher Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Kanton Basel-Landschaft
- Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Vorsteher Gesundheitsdepartement, Kanton Basel-Stadt (bis 31. Juli 2014)
- Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, Vorsteher Gesundheitsdepartement, Kanton Basel-Stadt (ab 1. August 2014)

### Mitglieder der Projektleitung

- Dr. med. Peter Indra, MPH, Leiter Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Remigius Dürrenberger, Leiter Projekte und Services, Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Rosemarie Ros, Mitglied GL / Leiterin Administration ICT, Universitäts-Kinderspital beider Basel
- Ina Rahn, Leistungseinkauf Privatkunden, Vivao Sympany
- Armin Müller, Geschäftsführer, Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
- Burkard Frey, Generalsekretär, Universitätsspital Basel
- Andrea Primosig, Spitalcontroller Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft.
- Sonya Baron, Stabsstelle Grenzüberschreitende Zusammenarbeit, Landratsamt Lörrach
- Kathrin Schneider, Vertretung tarifsuisse
- Roman Schaber, Vertretung Einkaufsgemeinschaft HSK

## Zusammenfassung

### Hintergrund

Die Schweizer und die deutsche Krankenversicherungs-Gesetzgebung gehen im Grundsatz vom Territorialitätsprinzip aus. Vor acht Jahren wurden in beiden Ländern die Gesetze so angepasst, dass grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen erleichtert wurden. Patientinnen und Patienten können seither im Raum Basel/Lörrach im Rahmen des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen GRÜZ» Behandlungen im grenznahen Ausland in Anspruch nehmen. Das Pilotprojekt wurde vorerst für drei Jahre (2007 bis 2009) durchgeführt und anschliessend um weitere fünf Jahre verlängert (2010–2014). Die Vision des Pilotprojektes GRÜZ ist es, eine Einheit der Grenzregion Basel/Lörrach im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren. Dazu gehört einerseits die Möglichkeit der Patientinnen und Patienten, sich im grenznahen Ausland behandeln zu lassen. Andererseits besteht die Vision einer verstärkten Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen und damit verknüpft eines regen fachlichen Austausches über die Landesgrenzen hinweg.

### Zielsetzung

Für die zweite Phase des Pilotprojektes (2010–2014) sind seitens der Projektleitung vier Ziele formuliert worden. Die Ziele eins und zwei beinhalten die Erhöhung des Patientenflusses Schweiz → Deutschland resp. Deutschland → Schweiz. Neben den zwei quantitativen Zielen zu den Fallzahlen wurde als drittes Projektziel die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sowie der Vernetzung der Leistungserbringer in der Grenzregion formuliert. Die Evaluation ging in diesem Zusammenhang folgenden Fragen nach: Welche grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich gibt es insgesamt in der Grenzregion Basel/Lörrach? Stehen diese Kooperationen in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt GRÜZ? Inwiefern profitieren deutsche und Schweizer Patientinnen und Patienten von grenzüberschreitenden Aktivitäten? Bei der vierten Zielsetzung des Pilotprojektes sollten weitere Informationen zur gesamten Patientenmobilität über die Landesgrenzen hinweg gewonnen werden.

### Datengrundlagen und Methodik

*Monitoring 2007–2014.* Für die Evaluation des ersten Projektziels muss auf verschiedene Datenquellen und -erhebungen zurückgegriffen werden. Einerseits werden bestehende Datenquellen einbezogen, namentlich die Risikoausgleichsdaten der Gemeinsamen Einrichtung KVG und die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (MS). Andererseits werden von den beteiligten Schweizer Krankenversicherern Daten zu allen Behandlungen in deutschen Kliniken erhoben, welche im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet werden (Falldaten). Seit dem Jahr 2012 werden die Falldaten darüber hinaus bei den Kantonen erhoben, da die Rechnung aller Behandlungen aufgrund der geteilten Rechnungsstellung auch an die Wohnkantone der Patientinnen und Patienten gehen. Die Daten der Kantone sind weniger detailliert als jene der Krankenversicherer und dienen lediglich der Qualitätssicherung. Die Qualität der bei den Krankenversicherungen erhobenen Falldaten wird insgesamt als gut beurteilt. Die Reduzierung der erhobenen Parameter für die Phase II hat den Aufwand für die Krankenversicherer verkleinert und die Datenqualität der verlangten Parameter verbessert. Der Vergleich der Falldaten der Kantone und der Krankenversicherer zeigt, dass Krankenversicherer, die Pilotprojektfälle aufweisen, dem Obsan auch Daten übermittelt haben.

*Grenzüberschreitende Kooperationen.* Im Frühling 2013 wurde bei allen relevanten Institutionen des Gesundheitswesens in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine Online-Umfrage zu grenzüberschreitenden Kooperationen durchgeführt. Von den 31 angeschriebenen Institutionen nahmen 24 bzw. 77,5% an der Umfrage teil. Sie gaben Auskunft zu 59 grenzüberschreitenden Aktivitäten in der Grenzregion.

*Gesamte Patientenmobilität in der Grenzregion.* Um ein umfassendes Bild über die Patientenmobilität in der Grenzregion zeichnen zu können, wurden sowohl Patientenströme von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in den Landkreis Lörrach, als auch solche in die umgekehrte Richtung vom Landkreis

Lörrach in die Schweiz erhoben. Dazu haben neun von zehn Kliniken im Landkreis Lörrach und 15 von 20 Spitälern in der Schweiz Daten zu Behandlungen von grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten geliefert. Diese enthalten einerseits Informationen über die Art und Finanzierung der Behandlung, andererseits über die Herkunft und demographische Struktur der Patienten und Patientinnen.

## Resultate

*Monitoring 2007–2014.* Im Kanton Basel-Stadt liegt der Anteil der aufgrund der Kassenzugehörigkeit berechtigten Versicherten seit Projektbeginn bei rund 90%, im Kanton Basel-Landschaft sind seit Beginn der zweiten Phase rund 85% der Versicherten berechtigt, sich im grenznahen Deutschland behandeln zu lassen. Das Potenzial an Rehabilitationen im Pilotprojekt hat von rund 3000 Fällen im Jahr 2007 auf rund 5000 Fälle im Jahr 2014 zugenommen (plus 66%). Der Grund für diese Zunahme ist einerseits der grössere Anteil Berechtigter im Kanton Basel-Landschaft in der Phase II im Vergleich zur Phase I. Andererseits hat die absolute Zahl an Rehabilitationen von Basler Patientinnen und Patienten seit 2012 zugenommen, was mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung Anfang 2012 zusammenhängen dürfte. Im Jahr 2007 startete das Pilotprojekt mit 91 Fällen und erreichte im Jahr 2012 mit 269 Fällen einen Höchststand. Danach gingen die Fallzahlen wieder etwas zurück und lagen im Jahr 2014 bei 233 Fällen. Insgesamt fanden in den Jahren 2007 bis 2014 im Rahmen des Pilotprojektes 1535 Behandlungen statt. Die Mobilitätsrate, d.h. das Verhältnis von Pilotprojektfällen zum Potenzial an Rehabilitationen, ist nach einer konstanten Zunahme in der Phase I beim Wechsel zur Phase II zunächst gesunken, danach war wieder eine leichte Zunahme auszumachen. Seit 2011 hat die Mobilitätsrate stetig abgenommen und lag im Jahr 2014 für alle Rehabilitationen bei 4,6% und für orthopädische / kardiologische Rehabilitationen bei 6,0%.

Seit Projektbeginn werden von den Basler Patientinnen und Patienten in den beteiligten deutschen Kliniken fast ausschliesslich Rehabilitationen (97,6%) in Anspruch genommen, wobei die orthopädischen Rehabilitationen dominieren. Über die gesamte Projektdauer wurde bei bekanntem Zuweiser in 78 Prozent der Fälle die zu behandelnde Person von einem Basler Krankenhaus überwiesen, in 30% der Fälle von einem einzigen grossen Spital in Basel-Stadt. In den Jahren 2010–2014 waren 63% der Teilnehmenden am Pilotprojekt Frauen und 86% waren über 60 Jahre alt. Der Frauenanteil und der Anteil der über 60-Jährigen variierten in dieser Zeit nur leicht. Im Vergleich zu den Basler Rehabilitations-Patientinnen und Patienten in Schweizer Spitälern sind die 61- bis 80-Jährigen im Pilotprojekt überproportional vertreten, während die über 80-Jährigen und die unter 61-Jährigen untervertreten sind. Auf deutscher Seite nehmen insgesamt zwölf Kliniken in sieben Orten am Pilotprojekt teil, die Angebote werden jedoch nur partiell genutzt. 60% der Patientinnen und Patienten liessen sich in der Rehaklinik St. Marien in Bad Bellingen behandeln, an zweiter Stelle folgt mit einem Anteil von 16% die Markgräflerland-Klinik, ebenfalls in Bad Bellingen, an dritter Stelle steht die Rheintalklinik in Bad Krozingen mit einem Anteil von 10%. Über die gesamte Projektdauer wohnten 59% der Patientinnen und Patienten des Pilotprojektes im Kanton Basel-Stadt, 35% in den Gemeinden des grenznahen Bezirks Arlesheim und 9% in den übrigen Basler Bezirken (Liestal, Sissach, Laufen, Waldenburg). Durchschnittlich hielten sich die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2010–2014 während 17,4 Tagen in einer deutschen Rehabilitationsklinik auf (Median: 15 Tage). Weder bei der mittlere Aufenthaltsdauer noch beim Median lässt sich ein zeitlicher Trend feststellen. Die Gesamtkosten der Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes haben sich parallel zu den Fallzahlen entwickelt, da die Rehabilitationsaufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet werden. Im Projektjahr 2014 lagen diese bei total 810'000 Franken.

*Grenzüberschreitende Kooperationen.* In der Grenzregion besteht eine Vielzahl grenzüberschreitender Aktivitäten. Gut die Hälfte der befragten Institutionen auf Schweizer Seite gibt an, Kooperationen mit Partnerinstitutionen im Landkreis Lörrach zu unterhalten. Grössere Institutionen haben in der Regel mehr Kooperationen als kleinere. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit beschränkt sich nicht auf Spitäler: Auch Rettungsdienste und ein Geburtshaus haben grenzüberschreitende Kooperationen. Die häufigste grenzüberschreitende Aktivität ist das Angebot von Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus dem Landkreis Lörrach. Ebenfalls häufig genannt wurden andere Formen des Austausches von Fachwissen, Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Behandlungen, konsiliarärztliche Tätigkeiten,

die Durchführung von Behandlungen im Landkreis Lörrach sowie die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Landkreis Lörrach. Die Kooperationen werden mehrheitlich positiv bewertet und sowohl für die eigene Institution auf Schweizer Seite als auch für die Partnerinstitutionen in Lörrach und die Patientinnen und Patienten als nützlich beurteilt. Ein Fünftel der Kooperationen findet schon seit über zwanzig Jahren statt und steht folglich nicht im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt GRÜZ. Von den Aktivitäten, die in den letzten Jahren ins Leben gerufen wurden, ist lediglich eine Aktivität im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden. Die Hypothese, das Pilotprojekt fördere die grenzüberschreitende Zusammenarbeit direkt, wurde somit nicht erfüllt. Vielmehr zeichnet sich das Bild einer schon vor dem Beginn des Pilotprojektes regen Zusammenarbeit über die Grenze hinweg.

*Gesamte Patientenmobilität in der Grenzregion.* Die Daten, die von Basler und Lörracher Krankenhäusern geliefert wurden, zeigen auf, dass die Patientenmobilität von Deutschland in die Schweiz jene in die umgekehrte Richtung um ein Vielfaches übertrifft. So haben die Lörracher Spitäler und Kliniken Daten zu 765 Behandlungen im Jahr 2013 geliefert, die Basler Spitäler zu 8721 Behandlungen. Gut zwei Drittel der Behandlungen in Lörrach waren stationäre Behandlungen, ein Drittel ambulante. Wie bereits vom Monitoring bekannt ist, werden die Lörracher Spitäler im stationären Bereich ausschliesslich für Rehabilitationen genutzt; vorwiegend im Bereich Orthopädie. Dies gilt auch für 166 Behandlungen, die nicht im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ erfolgt sind. Ein Grossteil dieser Aufenthalte haben die Patientinnen und Patienten aus der eigenen Tasche bezahlt, nur sehr wenige wurden über die Unfallversicherung oder eine Zusatzversicherung abgegolten. Zu den 264 ambulanten Behandlungen von Baslerinnen und Baslern im Landkreis Lörrach liegen keine vollständigen Informationen vor, ob sie im Rahmen des Pilotprojektes stattgefunden haben und wie sie finanziert wurden. Da diese Behandlungen nicht in den jährlichen Monitoring-Daten enthalten sind, kann angenommen werden, dass sie nicht im Rahmen des Pilotprojektes erfolgt sind. Anders als Baslerinnen und Basler in Lörrach lassen sich Lörracher/innen in Basel hauptsächlich ambulant behandeln. Fast drei Viertel der 8721 Behandlungen erfolgten ambulant, nur ein Viertel stationär. Ein Drittel der Patienten und Patientinnen aus dem Landkreis Lörrach sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger. Mit 43% wurden jedoch deutlich mehr als ein Drittel der Behandlungen über die OKP abgegolten, so dass sich einige ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger darunter befinden könnten. Selbstzahler/innen machen bei den ambulanten Behandlungen mit einem Drittel die zweitgrösste Patientengruppe aus, bei den stationären Behandlungen sind es Personen mit Grundversicherung in Deutschland. Die erhobenen Daten zeigen erstmals, dass in der gesamten Grenzregion eine grosse Patientenmobilität zu beobachten ist. Die Patientenströme in beide Richtungen weisen auf die geringe Bedeutung nationaler Grenzen in der Region Basel/Lörrach hin. Die Daten zeigen, dass die Basler Spitäler auch für Lörracher/innen eine wichtige Versorgungsfunktion wahrnehmen, ebenso wie dies Lörracher Rehabilitationsspitäler für Personen aus den beiden Basler Halbkantonen tun.

## Schlussfolgerungen

*Gesamtbeurteilung der Zielerreichung.* Das erste Projektziel – die Erhöhung der quantitativen Nutzung durch in der Schweiz wohnhaften Personen mit gleichzeitiger Erweiterung der beanspruchten Leistungsbereiche – wurde nur teilweise erfüllt. Die jährlichen Patientenzahlen liegen zwar insgesamt höher als in der ersten Phase, am Ende der zweiten Phase ist die Fallzahl jedoch eher wieder rückläufig bis stagnierend. Zudem wurde keine Erweiterung der Leistungsbereiche erreicht, da sich die Basler Patientinnen und Patienten auch in der zweiten Phase auf den etablierten Patientenzugängen bewegen und sich fast ausschliesslich für Rehabilitationen, insbesondere orthopädische, ins grenznahe Deutschland begeben. Das zweite Projektziel, die Erhöhung der quantitativen Nutzung auf deutscher Seite, wurde aufgrund des Ausstiegs der AOK aus dem Pilotprojekt nicht evaluiert. Mit der Evaluation des dritten Projektzieles konnte aufgezeigt werden, dass in der Grenzregion Basel-Lörrach seit über 20 Jahren vielfältige grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich bestehen. Diese entstanden jedoch grösstenteils unabhängig vom Pilotprojekt, so dass sich die Hypothese, das Pilotprojekt fördere solche Aktivitäten direkt, nicht erfüllt hat. Die Evaluation des vierten Projektzieles hat aufgezeigt, dass es in beide Richtungen eine rege grenzüberschreitende Patientenmobilität gibt, die auch unabhängig vom Pilotprojekt GRÜZ stattfindet. Die Basler Patientinnen und Patienten nehmen neben den stationären Rehabilitationen auch ambulante Behandlungen in Lörrach

in Anspruch, während sich die Lörracher/innen für eine Vielzahl von stationären und ambulanten Behandlungen in die Basler Spitäler begeben.

*Ausblick.* Um vorerst eine lückenlose Weiterführung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs sicherzustellen, wurde per 01.11.2014 der schweizerische Art. 36a Abs. 3 lit. a KVV dahingehend ergänzt, dass das Projekt zweimal um vier Jahre verlängert werden kann. Aus der Evaluation des Pilotprojektes GRÜZ gibt es bisher keine Hinweise darauf, dass eine definitive Regelung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs zu einer starken Zunahme oder Änderung der Patientenströme in der Grenzregion Basel/Lörrach führen würde. Eine unbefristete Regelung im schweizerischen Krankenversicherungsgesetz ist in Vorbereitung. Sie soll auf spezifische Situationen in Grenzregionen Rücksicht nehmen, so auch auf die Situation der Region Basel/Lörrach, wo grenzüberschreitende Kooperationen im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bereich eine lange Tradition haben und den nationalen Grenzen auch im Gesundheitswesen eine immer geringere Bedeutung zukommt.

## Résumé

### Contexte

Les législations suisse et allemande en matière d'assurance maladie sont régies par le principe de la territorialité. Il y a huit ans, elles ont été adaptées de manière à faciliter la coopération transfrontalière en matière de santé. Depuis, les patients de la région frontalière Bâle/Lörrach peuvent se faire soigner de l'autre côté de la frontière, dans le cadre du projet pilote « Coopération transfrontalière entre l'Allemagne et la Suisse en matière de santé ». D'abord prévu pour trois ans (de 2007 à 2009), le projet a été prolongé de cinq ans (de 2010 à 2014). Il vise la création d'un espace de soins unique dans la région frontalière Bâle/Lörrach. Il inclut d'une part la possibilité pour les patients de se faire soigner de l'autre côté de la frontière, d'autre part un renforcement de la coopération, et donc des échanges professionnels, entre les acteurs de la santé travaillant dans les régions de Bâle et de Lörrach.

### But

La direction du projet a fixé quatre buts pour la deuxième phase du projet pilote (2010–2014). Les buts un et deux concernent une augmentation des flux de patients de la Suisse à l'Allemagne et réciproquement. Le troisième but, non quantitatif, porte sur l'encouragement de la coopération transfrontalière et sur la mise en réseau des fournisseurs de prestations. L'évaluation menée à cet égard visait à répondre aux questions suivantes: quelles sont les activités transfrontalières menées en matière de santé dans la région frontalière Bâle/Lörrach? Les coopérations constatées sont-elles liées au projet pilote? Et dans quelle mesure les patients suisses et allemands profitent-ils des activités transfrontalières? Le quatrième but du projet pilote visait à compléter de manière générale les informations disponibles sur la mobilité des patients entre les deux pays.

### Bases de données et méthodologie

*Monitoring 2007–2014.* Les données de diverses sources et enquêtes sont nécessaires pour pouvoir évaluer la réalisation du premier but. Il s'agit notamment des données concernant la compensation des risques, recueillies dans le cadre de l'application de la LAMal, et des données de la statistique médicale, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Par ailleurs, les assureurs-maladie suisses qui participent au projet recueillent des données sur l'ensemble des traitements dispensés dans des cliniques allemandes et qui sont remboursés par l'AOS dans le cadre du projet pilote (données par cas). Les cantons relèvent depuis 2012 de telles données par cas, nécessaires pour facturer une partie des prestations au canton de domicile du patient. Les données des cantons sont moins détaillées que celles des assureurs-maladie et servent uniquement à vérifier la qualité des données. La qualité des données par cas collectées par les assureurs-maladie est jugée bonne dans l'ensemble. La réduction des paramètres relevés pour la phase II a allégé le travail des assureurs et entraîné une amélioration de la qualité des données pour les variables demandées. Une comparaison entre les données par cas des cantons et des assureurs-maladie indique que des assureurs-maladie ayant des patients qui participent au projet pilote ont bien transmis des données à l'Obsan.

*Coopération transfrontalière.* Au printemps 2013, une enquête consacrée à la coopération transfrontalière a été menée en ligne auprès des institutions concernées de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Sur les 31 institutions contactées, 24 ont répondu, ce qui donne un taux de participation de 77,5%. Ces institutions ont fourni des renseignements sur 59 activités pratiquées par-delà les frontières.

*Mobilité globale des patients dans la région frontalière.* Pour pouvoir dresser une vue d'ensemble de la mobilité des patients dans la région frontalière, on a relevé les flux de patients allant des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne vers le Landkreis Lörrach et inversement. Neuf des dix cliniques de Lörrach et dix des 15 hôpitaux concernés en Suisse ont livré des données sur les traitements dispensés à des patients transfrontaliers. Ces données contiennent des informations sur la nature du financement d'une part et sur l'origine et la structure des patients d'autre part.

## Résultats

*Monitoring 2007–2014.* Dans le canton de Bâle-Ville, la part des assurés ayant droit, de par leur affiliation à une assurance-maladie participant au projet-pilote, à se faire traiter dans la région de Lörrach est d'environ 90% depuis le début du projet; dans le canton de Bâle-Campagne, la proportion est d'environ 85% depuis le début de la phase II. Le nombre potentiel de cas de réadaptations dans le projet pilote a passé de quelque 3000 cas en 2007 à environ 5000 cas en 2014 (+66%). Cette augmentation s'explique d'une part par une proportion plus élevée de patients ayant droit dans le canton de Bâle-Campagne pendant la phase II que pendant la phase I, d'autre part par la progression en termes absolus des réadaptations effectuées par des patients bâlois depuis 2012, probablement liée à la mise en œuvre début 2012 du nouveau système de financement hospitalier. Le projet pilote a démarré en 2007 avec 91 cas; il a connu son expansion maximale en 2012, avec 269 cas. Le nombre de cas a ensuite diminué, pour s'établir à 233 en 2014. Au total, 1535 traitements ont été effectués de 2007 à 2014 dans le cadre du projet pilote. Le taux de mobilité, soit le rapport entre les cas traités dans le cadre du projet pilote et le potentiel de réadaptations, après avoir progressé continuellement pendant la phase I, a accusé une baisse au début de la phase II, avant d'augmenter à nouveau légèrement. Le taux de mobilité n'a cessé de diminuer depuis 2011, pour tomber en 2014 à 4,6% de l'ensemble des réadaptations et à 6,0% des réadaptations orthopédiques et cardiaques.

Depuis le début du projet, les patients bâlois qui recourent aux cliniques allemandes participantes le font presque exclusivement pour des réadaptations (97,6%), orthopédiques pour la plupart. Sur toute la durée du projet, les prestataires référents, pour autant qu'ils soient connus, étaient des hôpitaux bâlois dans 78% des cas. 30% des assignations sont le fait d'un seul grand hôpital de Bâle-Ville. De 2010 à 2014, 63% des participants au projet pilote étaient des femmes et 86% avaient plus de 60 ans. Les pourcentages de femmes et de patients de plus de 60 ans n'ont que peu varié pendant cette période. Par rapport aux patients bâlois en réadaptation traités dans les hôpitaux suisses, les patients âgés de 61 à 80 ans sont surreprésentés dans le projet pilote, alors que les personnes de 60 ans et moins et celles de plus de 80 ans sont sous-représentées. Du côté allemand, douze cliniques de sept localités participent au projet pilote, mais seule une partie des prestations qu'elles proposent est sollicitée. 60% des patients se sont fait soigner dans la clinique de réadaptation Sankt Marien de Bad Bellingen. Suivent la clinique Markgräflerland, située au même endroit, avec 16% des cas, et la Rheintalklinik de Bad Krozingen, avec 10% des cas. Sur toute la durée du projet, 59% des patients participants étaient domiciliés dans le canton de Bâle-Ville, 35% dans le district limitrophe d'Arlesheim et 9% dans les autres districts bâlois (Liestal, Sissach, Laufon et Waldenburg). De 2010 à 2014, les patients ont séjourné en moyenne 17,4 jours dans une clinique de réadaptation allemande (médiane: 15 jours). Les données ne mettent pas en évidence de tendance pour la durée de séjour, que ce soit pour la moyenne ou la médiane. Le coût total des traitements effectués dans le cadre du projet pilote a suivi l'évolution du nombre de cas, étant donné que les séjours de réadaptation sont facturés sous la forme de forfaits journaliers. En 2014, il s'est élevé à 810'000 francs au total.

*Coopération transfrontalière.* La région frontalière compte de nombreuses activités menées en coopération entre les acteurs allemands et suisses. Un peu plus de la moitié des institutions interrogées en Suisse indiquent coopérer dans différents domaines avec leurs partenaires du Landkreis Lörrach. De manière générale, le nombre de coopérations est d'autant plus important que l'institution est grande. La coopération transfrontalière ne se limite pas aux hôpitaux. On trouve parmi les participants des services d'urgence et une maison de naissance. L'activité transfrontalière la plus répandue consiste en des cours de formation de base ou continue proposés aux intervenants du Landkreis Lörrach. D'autres formes de coopération souvent citées sont l'échange de connaissances spécialisées, les discussions des cas traités de part et d'autre de la frontière, les échanges avec des médecins consultants, l'offre de traitements dans le Landkreis Lörrach et la participation à des cours de formation continue dans ce même Landkreis. Une majorité des personnes interrogées juge les coopérations positives et utiles aussi bien pour l'établissement où elles travaillent en Suisse que pour les institutions partenaires du Landkreis Lörrach et pour les patients. Un cinquième des coopérations existe depuis plus de vingt ans et n'ont rien à voir avec le projet pilote. Parmi les activités qui ont été instaurées ces dernières années, une seule est née dans le cadre de ce dernier. L'hypothèse selon laquelle le projet pilote favoriserait directement la coopération transfrontalière n'est donc pas confirmée: le bilan montre que les acteurs de part et d'autre de la frontière entretenaient déjà avant d'intenses coopérations.

*Mobilité globale des patients dans la région frontalière.* Les données livrées par les hôpitaux de Bâle et de Lörrach montrent que la mobilité de la patientèle de l'Allemagne vers la Suisse dépasse de plusieurs fois celle dans la direction opposée. Pour 2013, les hôpitaux et cliniques de Lörrach disposent de données sur 765 traitements, contre 8721 traitements pour les hôpitaux bâlois. Un peu plus de deux tiers des traitements effectués à Lörrach étaient intra-muros, contre un tiers qui étaient ambulatoires. Comme le montre le monitoring, le recours aux hôpitaux de Lörrach se fait exclusivement pour des réadaptations, à des fins orthopédiques dans la plupart des cas. Cette observation est également valable pour les 166 traitements survenus en dehors du projet pilote. La plupart de ces séjours a été financée par les patients eux-mêmes; seule une très petite part l'a été par l'assurance-accidents ou par une assurance complémentaire. Les informations disponibles pour les 264 traitements ambulatoires réalisés sur des Bâlois dans le Landkreis Lörrach ne permettent pas de dire s'ils l'ont été dans le cadre du projet pilote ni comment ils ont été financés. Etant donné que ces traitements n'apparaissent pas dans les données annuelles du monitoring, on peut partir de l'hypothèse qu'ils ne font pas partie du projet pilote. A la différence des Bâlois à Lörrach, les traitements dispensés à Bâle à des habitants de Lörrach sont essentiellement ambulatoires. Près de trois quarts des 8721 traitements dénombrés appartiennent à cette catégorie, contre seulement un quart de traitements effectués en intra-muros. Un tiers des patients provenant du Landkreis Lörrach sont des frontaliers. La part des traitements financés par l'AOS dépasse nettement le tiers (43%), ce qui signifie qu'une partie des patients concernés se compose probablement d'anciens frontaliers. Un tiers des personnes qui suivent un traitement ambulatoire en assument elles-mêmes le financement, ce qui en fait le deuxième groupe de patients par ordre d'importance; les personnes qui financent leur traitement intra-muros disposent d'une assurance de base allemande. Les données relevées font pour la première fois apparaître la grande mobilité de la patientèle dans la région transfrontalière. Les flux de patients dans les deux directions montrent que la frontière a beaucoup perdu de son importance. Les hôpitaux bâlois jouent un rôle important dans la prise en charge des habitants de Lörrach, de la même manière que les cliniques de réadaptation de Lörrach accueillent un nombre considérable de patients des deux demi-cantons bâlois.

## Conclusions

*Bilan.* Le premier but du projet pilote, à savoir l'augmentation de la participation des personnes résidant en Suisse, avec en parallèle un élargissement des domaines de prestations concernés, n'a été que partiellement atteint. Si l'effectif annuel des patients dépasse dans l'ensemble celui atteint pendant la première phase, il tend à stagner, voire recule à la fin de la seconde phase. Par ailleurs, l'élargissement de la palette de prestations n'a pas eu lieu, puisque les patients bâlois continuent dans la seconde phase de recourir presque exclusivement à des offres de réadaptation, notamment orthopédique, dans les cliniques allemandes. Le deuxième but du projet pilote, l'augmentation de la participation du côté allemand, n'a pas pu être évalué en raison de la sortie de l'AOK («Allgemeine Ortskrankenkasse») du projet pilote. Le bilan tiré du troisième but montre que la région frontalière Bâle-Lörrach connaît depuis plus de 20 ans des coopérations transfrontalières très variées dans le domaine de la santé. La plupart d'entre elles ont cependant été mises en place avant le projet pilote. L'hypothèse selon laquelle ce dernier allait favoriser directement de telles activités ne s'est donc pas confirmée. L'évaluation du quatrième but montre que la patientèle affiche une grande mobilité transfrontalière, dans les deux directions, et indépendamment du projet pilote. Les patients bâlois se rendent à Lörrach pour bénéficier de réadaptations en intra-muros, mais aussi pour des prestations ambulatoires; de leur côté, les habitants de Lörrach reçoivent dans les hôpitaux bâlois une grande variété de traitements intra-muros et ambulatoires.

*Perspectives.* Pour garantir le maintien en l'état de ce système transfrontalier de soins, l'art. 36a, al. 3, let a, OAMal a été complété de manière à permettre de prolonger le projet pilote deux fois de quatre ans. Il ne ressort pas de l'évaluation du projet pilote que l'instauration définitive d'un système transfrontalier de soins puisse entraîner une forte progression ou à tout le moins une modification des flux de patients dans la région frontalière Bâle/Lörrach. L'inscription d'une disposition permanente dans la loi sur l'assurance-maladie est en préparation. Elle tiendra compte des situations spécifiques aux régions transfrontalières (comme Bâle/Lörrach), où les coopérations par-delà les frontières sur les plans économique, social et culturel ont une longue tradition et où les frontières nationales tendent à s'estomper dans le domaine de la santé.



# 1 Einleitung

Vor acht Jahren wurden die gesetzlichen Grundlagen der nationalen Krankenversicherungs-Gesetzgebungen in Deutschland und in der Schweiz so angepasst, dass grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen erleichtert wurden. Patientinnen und Patienten können seither im Raum Basel/Lörrach im Rahmen des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen GRÜZ» Behandlungen im grenznahen Ausland in Anspruch nehmen. Ende 2014 wurde die zweite Phase des Pilotprojektes GRÜZ abgeschlossen. Der vorliegende Schlussbericht der Evaluation zeigt einerseits die Entwicklungen im Pilotprojekt von 2007–2014 auf, andererseits beurteilt er die Zielerreichung der zweiten Phase des Pilotprojektes in Bezug auf die Patientenzahlen, die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sowie die Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Landschaft / Basel-Stadt / Landkreis Lörrach. Der Bericht stützt sich auf die jährlichen Monitoring-Berichte 2010–2013 (Bayer-Oglesby & Roth, 2011; Bayer-Oglesby & Roth, 2012; Schmid, 2014a; Schmid & Bayer-Oglesby, 2013), die Monitoring-Daten 2014 sowie die Zwischenberichte 2013 und 2014 (Schmid, 2013; Schmid, 2014b).

## 1.1 Hintergrund des Pilotprojektes

Die Region im Dreiländereck wächst immer mehr zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammen. Das Abkommen Schweiz–EU über die Personenfreizügigkeit hat hierzu beigetragen. Im Gesundheitswesen schränkt das Territorialprinzip grenzüberschreitende Kooperationen jedoch ein. In der Schweiz sieht die Gesetzgebung Ausnahmen lediglich bei Notfallbehandlungen im Ausland sowie bei ungenügender medizinischer Versorgung in der Schweiz vor (Art. 34 KVG und Art. 36 KVV). Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in der Schweiz und in Deutschland ebneten vor acht Jahren den Weg zur Realisierung des Pilotprojektes „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen GRÜZ“. Auf Schweizer Seite erlaubt Art. 36a KVV seit dem 1. Januar 2007 die Durchführung von befristeten Pilotprojekten, auf deutscher Seite wurde die Schweiz durch die Änderung der deutschen Rechtsgrundlage (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) bezüglich Auslandsbehandlungen definitiv und unbefristet den EU-Staaten gleichgestellt. Somit sind Behandlungen von deutschen Patientinnen und Patienten in Schweizer Spitälern unabhängig von befristeten Pilotprojekten möglich.

Die Vision des Pilotprojektes GRÜZ ist es, eine Einheit der Grenzregion Basel-Landschaft / Basel-Stadt / Landkreis Lörrach im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren (Faller, 2010). Dazu gehört einerseits die Möglichkeit der Patientinnen und Patienten, sich im grenznahen Ausland behandeln zu lassen. Andererseits besteht die Vision einer verstärkten Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen und damit verknüpft eines regen fachlichen Austausches über die Landesgrenzen hinweg. Das Pilotprojekt GRÜZ, so die Vision, soll dazu beitragen, dass nicht nur Patientinnen und Patienten die Grenzregion zunehmend als Einheit betrachten, sondern auch die Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens vermehrt grenzüberschreitend kooperieren und vom Fachwissen der Kolleginnen und Kollegen im Nachbarland profitieren können (Zumbrunn et al., 2010). Träger des Pilotprojektes sind die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, der Landkreis Lörrach, das Sozialministerium Baden-Württemberg sowie das Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Am Pilotprojekt können Schweizer und deutsche Krankenversicherer sowie Kliniken des Kantons Basel-Stadt, des Kantons Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach teilnehmen.

Pilotprojekte nach Art. 36a KVV müssen wissenschaftlich begleitet werden. Im Auftrag der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird das Pilotprojekt GRÜZ auf der Schweizer Projektseite seit Beginn durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) evaluiert (Bayer-Oglesby & Roth, 2011; Bayer-Oglesby & Roth, 2012; Zumbrunn et al., 2008; Zumbrunn et al., 2009; Zumbrunn et al., 2010). Für die deutsche Seite führte das Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ)<sup>1</sup> in den Jahren 2007 bis 2009 die jährlichen Evaluationen im Auftrag des deutschen gesetzlichen Krankenversicherers AOK durch (Giehl

<sup>1</sup> Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen und beim MDK Baden-Württemberg.

et al., 2010; Simoes & Zink, 2008; Simoes & Zink, 2009). Seit dem Austritt der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 wird die Evaluation auf deutscher Seite nicht mehr durchgeführt, da seither die Beauftragung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherer (MDK) fehlt. Neben dem Pilotprojekt im Raum Basel/Lörrach gibt es ein zweites Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, an welchem der Kanton St. Gallen und das Fürstentum Liechtenstein beteiligt sind (Quelle: [www.sg.ch](http://www.sg.ch)). Weitere Pilotprojekte nach Art. 36a KVV sind bis zur Eingabefrist im Dezember 2012 nicht zustande gekommen (Jeker Siggemann, 2014).

In der Schweiz wurde vor kurzem eine Vernehmlassung zu einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit Anpassungen von Bestimmungen mit internationalem Bezug durchgeführt. Diese Gesetzesrevision soll u.a. ermöglichen, dass die bestehenden Pilotprojekte dauerhaft durchgeführt werden können und neue Formen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit entstehen können (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG). Mit einer Revision des Art. 36a KVV im Herbst 2014 wurde sichergestellt, dass die zwei bestehenden Pilotprojekte bis zum Inkrafttreten des revidierten Art. 34 KVG weitergeführt werden können (Jeker Siggemann, 2014).

## 1.2 Modalitäten der Phase II des Pilotprojektes

Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf gesetzlich Krankenversicherte aus dem Landkreis Lörrach und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. In der ersten Phase des Pilotprojektes (2007–2009) wurden die möglichen Behandlungen für Schweizer Patientinnen und Patienten im grenznahen Deutschland durch einen Katalog grenzüberschreitender Leistungen, der Vertragsbestandteil war, eingeschränkt. Auf deutscher Seite oblag es deutschen Krankenversicherern und Basler Spitälern, mögliche Behandlungen für deutsche Patientinnen und Patienten in Schweizer Spitälern vertraglich zu regeln.

Die Verträge zwischen santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft für die zweite Phase des Pilotprojektes (2010–2014) sind seit dem 1.1.2010 in Kraft. Neu gilt für die Schweizer Krankenversicherer ein passives Beitrittsverfahren, d.h., falls sie den Beitritt nicht explizit ablehnen, nehmen sie automatisch am Pilotprojekt teil. Auf Schweizer Projektseite gibt es keine Beschränkung mehr auf einen Leistungskatalog. Damit eine Leistung im Rahmen des Pilotprojektes in Anspruch genommen werden kann, müssen neu zwei Kriterien erfüllt sein: Einerseits müssen die Angebote der deutschen Kliniken der Versorgungsplanung und den Verträgen mit den Sozialversicherern in Deutschland entsprechen<sup>2</sup>. Andererseits richtet sich der Leistungsumfang für die zugelassenen Behandlungen nach den Pflichtleistungen gemäss KVG und den darauf gründenden Verordnungen. Für die Leistungserbringer gelten dabei die Bestimmungen des KVG, insbesondere Art. 32 (Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)<sup>3</sup>. Auf deutscher Seite können wie bisher die deutschen Krankenversicherer und die Basler Spitäler mögliche Behandlungen für deutsche Patientinnen und Patienten in Schweizer Spitälern vertraglich regeln.

Im Hinblick auf die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz wurden die Verträge der Deutschen Kliniken mit den Schweizer Krankenversicherern auf das Projektjahr 2012 angepasst. Wegen der nunmehr verbindlichen Finanzierungspflicht des Wohnkantons der Patientinnen und Patienten entfällt seither die Budgetlimite von Fr. 250'000 pro Jahr und Kanton. Administrativ gilt für die Deutschen Kliniken wie in der Schweiz üblicherweise eine geteilte Rechnungsstellung: 45% der Behandlungskosten begleichen die Versicherer, 55% die Wohnkantone. Es gilt der von den Regierungen festgelegte Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG.

### Mitwirkende Projektpartner

Auf Schweizer Projektseite waren in den Jahren 2010–2014 insgesamt zwölf deutsche Kliniken am Pilotprojekt GRÜZ beteiligt, wobei eine Klinik erst im Projektjahr 2011 dazu stiess (Tab. 1.1). Eine Klinik schied Ende 2012 infolge Insolvenz aus dem Projekt aus.

---

<sup>2</sup> Punkt 2 des Vertrages zwischen santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen BS und BL.

<sup>3</sup> Punkt 8 des Vertrages zwischen santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen BS und BL.

Tab. 1.1 Beteiligte deutsche und Schweizer Kliniken im Pilotprojekt, Phase II

| Land                               | Klinikstandort         | Name der Klinik  |
|------------------------------------|------------------------|--|
| Deutschland                        | Bad Bellingen          | Markgräflerland-Klinik GmbH & Co<br>Rehaklinik Sankt Marien GmbH<br>MediClin Seidel-Klinik (2014 keine Fälle)  |
|                                    | Bad Krozingen          | Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG<br>Breisgau-Klinik / RHK Reha-Klinik GmbH & Co KG<br>Park Klinikum  |
|                                    | Badenweiler            | Rehabilitationsklinik Park-Therme<br>Reha-Klinik Hausbaden / RHK Reha-Klinik GmbH & Co   |
|                                    | Bad Säckingen          | Reha Klinikum Bad Säckingen GmbH (2014 keine Fälle)  |
|                                    | Rheinfelden            | Frauenklinik Rheinfelden GmbH & Co<br>(Infolge Insolvenz per 31.1.2012 geschlossen)<br>Kreiskrankenhaus Rheinfelden <sup>1</sup>   |
|                                    | Schopfheim             | Kreiskrankenhaus Schopfheim <sup>1</sup>   |
|                                    | Lörrach                | Kreiskrankenhaus Lörrach <sup>1</sup><br>St. Elisabethen-Krankenhaus GmbH  |
| Schweiz<br>Stand 2009 <sup>3</sup> | Stadt Basel, Kanton BS | Bethesda-Spital<br>Felix-Platter-Spital<br>Rehab Basel<br>St. Claraspital<br>Universitäts-Kinderspital beider Basel<br>Universitätsspital Basel (Sondervertrag <sup>2</sup> )<br>Hildegardhospiz (Sondervertrag <sup>2</sup> ) |
|                                    | Bruderholz, Kanton BL  | Kantonsspital Bruderholz   |

<sup>1</sup> Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH, zählen als eine Klinik

© Obsan 2015

<sup>2</sup> Kein Vertrag im Rahmen des Pilotprojektes, sondern vorbestehender Vertrag

<sup>3</sup> Keine aktuellen Informationen, da das Pilotprojekt auf deutscher Seite nicht mehr evaluiert wird

Von den zugelassenen Krankenversicherungen mit BAG-Nummer hat in den Jahren 2010–2014 jeweils rund ein Fünftel ihren Verzicht auf Mitwirkung erklärt und rund ein Drittel hat jeweils selber oder via Verbund Daten geliefert (Tab. 1.2). Rund ein Viertel der Versicherungen hatte jeweils gemäss Risikoausgleichsdaten KVG des Vorjahres<sup>4</sup> weniger als zehn Versicherte mit Wohnkanton Basel-Landschaft oder Basel-Stadt und daher kaum Pilotprojektfälle generiert. Die Anzahl Krankenversicherer, die am Pilotprojekt beteiligt sind, nahm zwischen 2010 und 2014 um 20 Prozent ab, was der prozentualen Abnahme der Anzahl Krankenversicherer mit BAG-Nummer in diesem Zeitraum entspricht. Die Anzahl Krankenversicherer, die ein Potenzial für Pilotprojektfälle haben, reduzierte sich in dieser Zeit um 30 Prozent. Der Anteil der Versicherer mit Potenzial, die keine Pilotprojektfälle verzeichneten, nahm im Verlauf der Phase II von knapp 30% auf 44% zu. Während der gesamten Phase II haben jeweils zehn Krankenversicherer Daten an das Obsan geliefert (eigene oder von Verbundkassen)<sup>5</sup>.

Auf deutscher Projektseite waren in den Jahren 2007–2009 acht Schweizer Krankenhäuser und sechs deutsche Krankenversicherer durch Einzelverträge zu einigen spezifischen medizinischen Leistungen am Pilotprojekt beteiligt (Tab. 1.1). Zwei der Verträge kamen dabei unabhängig vom Pilotprojekt bereits vor dem Jahr 2007 zustande. Da die meisten der beteiligten deutschen Krankenversicherer nur wenige Versicherte im Projektgebiet haben, war für die Phase II des Pilotprojektes vorgesehen, dass auf deutscher Seite nur Falldaten von der AOK–Die Gesundheitskasse (Baden-Württemberg) erhoben würden und gemäss Marktanteil auf alle Versicherten des Landkreises Lörrach hochgerechnet würden. Da die AOK im Jahr 2011 aus dem Pilotprojekt ausgetreten ist, liegen keine aktuellen Informationen zu den Verträgen im Rahmen des Pilotprojektes auf deutscher Seite vor.

<sup>4</sup> Die aktuellen Risikoausgleichsdaten KVG liegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung jeweils noch nicht vor.

<sup>5</sup> Da nicht alle Versicherungen, welche Daten von Kassen im Verbund geliefert haben, die Fälle dieser Verbundkassen kennzeichnen bzw. mit der korrekten BAG-Nr. versehen konnten, kann die genaue Zahl der Krankenversicherungen mit Pilotprojektfällen vom Obsan nicht ermittelt werden.

Tab. 1.2 Status der Krankenversicherer mit BAG-Nummer, 2010–2014

| Status   |   | Anzahl Krankenversicherer |           |           |           |           |
|--|---|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|  |   | 2010                      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      |
| <b>Kein Potenzial für Fälle</b>  | Keine Teilnahme am Pilotprojekt   | 18                        | 14        | 14        | 14        | 15        |
|  | BS/BL kein Tätigkeitsgebiet <sup>1)</sup> oder weniger als zehn Versicherte mit Wohnort BS/BL <sup>2)</sup> | 14                        | 18        | 20        | 20        | 16        |
|  | <b>Total</b>  | <b>32</b>                 | <b>32</b> | <b>34</b> | <b>34</b> | <b>31</b> |
| <b>Potenzial für Fälle vorhanden</b>                                     | Keine Rückmeldung   | 1                         | 0         | 0         | 0         | 0         |
|  | Keine Fälle 2013  | 15                        | 12        | 15        | 12        | 16        |
|  | Datenlieferung via Verbund  | 25                        | 21        | 21        | 12        | 10        |
|  | Daten geliefert (eigene und von Verbund) <sup>3)</sup>  | 10                        | 10        | 10        | 10        | 10        |
|  | <b>Total</b>  | <b>51</b>                 | <b>43</b> | <b>46</b> | <b>34</b> | <b>36</b> |
| <b>Total Krankenversicherer mit BAG-Nummer im Jahr 2014<sup>1)</sup></b> |   | <b>83</b>                 | <b>75</b> | <b>80</b> | <b>68</b> | <b>67</b> |
| <b>Total Krankenversicherer, die am Pilotprojekt beteiligt sind</b>      |   | <b>65</b>                 | <b>61</b> | <b>66</b> | <b>54</b> | <b>52</b> |

<sup>1)</sup> Gemäss Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer, BAG 2010/2011/2012/2013/2014

© Obsan 2015

<sup>2)</sup> Gemäss Risikoausgleichsdaten KVG 2009–2013

<sup>3)</sup> Ohne Versicherer, welche nur Taggeldversicherungen durchführen (Art. 68 Abs.2 KVG)

### Vorgehen im Einzelfall

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

## 1.3 Ziele des Pilotprojektes und Fragestellungen der Evaluation

Für die Phase II des Pilotprojektes GRÜZ wurden vier Ziele formuliert und daraus entsprechende Evaluationsfragen abgeleitet, welche in Tab. 1.3 ersichtlich sind.

### 1.3.1 Ziele 1 und 2: Erhöhung Patientenzahlen CH ↔ D

Die Ziele eins und zwei beinhalten die Erhöhung des Patientenflusses Schweiz → Deutschland resp. Deutschland → Schweiz. Die Evaluationsfragen zum ersten Projektziel betreffen den Anteil der Basler Bevölkerung, der berechtigt ist, am Pilotprojekt teilzunehmen, das Potenzial des Pilotprojektes, die Fallzahlen auf Schweizer Seite sowie die Mobilitätsrate Schweiz → Deutschland. Für das zweite Projektziel wurden analoge Evaluationsfragen für die deutsche Projektseite abgeleitet, die jedoch aufgrund des Austritts der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 nicht bearbeitet wurden (vgl. 1.1 und 1.2.).

Das erste Projektziel (Erhöhung der Patientenzahlen Schweiz → Deutschland) wurde mit dem Monitoring der Fallzahlen während der gesamten Projektdauer jährlich evaluiert. Im vorliegenden Schlussbericht werden die Falldaten des letzten Projektjahres dargestellt sowie die Entwicklungen der Jahre 2007 bis 2014 aufgezeigt. Dabei werden wie bereits in den Monitoring-Berichten folgende Aspekte ausgewertet:

- Anteil berechtigter Versicherter aufgrund der Kassenzugehörigkeit
- Potenzial an Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnkanton
- Verhältnis von Pilotprojekt-Rehabilitationen zu allen Rehabilitationen von Personen mit Wohnsitz BL und BS (=Mobilitätsrate)
- Mobilitätsrate nach Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsbereich
- Zeitliche Entwicklung der Pilotprojektfälle insgesamt und nach Leistungsbereich
- Pilotprojektfälle nach Krankenkasse, Zuweiser und Klinik

- Pilotprojektfälle nach Alter, Geschlecht und Nationalität der Patientinnen und Patienten
- Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort
- Aufenthaltsdauer und Kosten der Pilotprojektfälle

### 1.3.2 Ziel 3: Förderung grenzüberschreitende Kooperationen

Neben den zwei quantitativen Zielen zu den Fallzahlen liegt der Fokus des dritten Projektziels auf der Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sowie der Vernetzung der Leistungserbringer in der Grenzregion. Die Evaluation ging in diesem Zusammenhang folgenden Fragen nach: Welche grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich gibt es insgesamt in der Grenzregion Basel-Stadt / Basellandschaft / Landkreis Lörrach? Stehen diese Kooperationen in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt GRÜZ? Inwiefern profitieren deutsche und Schweizer Patientinnen und Patienten von grenzüberschreitenden Aktivitäten? Zu den grenzüberschreitenden Aktivitäten war eine Umfrage geplant, in der *alle* relevanten Institutionen des Gesundheitswesens zu möglichst *allen* grenzüberschreitenden Aktivitäten befragt werden sollten, und zwar unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden sind.

Tab. 1.3 Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen, Phase II

| Ziele des Pilotprojektes   | Evaluationsfragen   |
|--|---|
| <b>1 Patientenzahlen Schweiz-Deutschland</b><br>a) Erweiterung Leistungsbereiche<br>b) Erhöhung quantitative Nutzung                                 | <b>1.1. Berechtigte im Pilotprojekt CH-&gt;D</b><br>Welcher Anteil der Bevölkerung der Kantone BS/BL ist aufgrund der Kassenzugehörigkeit zur Teilnahme am PP berechtigt?   |
|  | <b>1.2. Potenzial des Pilotprojektes CH-&gt;D</b><br>Wie viele Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz BS/BL könnten sich theoretisch im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?   |
|  | <b>1.3. Anzahl Fälle im Pilotprojekt CH-&gt;D</b><br>Wie viele Patientinnen und Patienten haben sich im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?  |
|  | <b>1.4. Mobilitätsrate CH-&gt;D</b><br>Welches ist der Anteil der Pilotprojektfälle am Potenzial des Pilotprojektes?  |
| <b>2* Patientenzahlen Deutschland-Schweiz</b><br>a) Erhöhung Anzahl Verträge<br>b) Erhöhung quantitative Nutzung                                     | <b>2.1. Berechtigte Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Welcher Anteil der Bevölkerung des Landkreises Lörrach ist aufgrund der Kassenzugehörigkeit zur Teilnahme am PP berechtigt?   |
|  | <b>2.2. Potenzial Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Wie viele Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz LK Lörrach könnten sich theoretisch im Rahmen des Pilotprojektes in der Schweiz behandeln lassen?   |
|  | <b>2.3. Anzahl Fälle Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Wie viele Patientinnen und Patienten haben sich im Rahmen des Pilotprojektes in der Schweiz behandeln lassen?  |
|  | <b>2.4. Mobilitätsrate D-&gt;CH</b><br>Welches ist der Anteil der Pilotprojektfälle am Potenzial des Pilotprojektes?  |
| <b>3 Förderung grenzüberschreitende Zusammenarbeit / Vernetzung der Leistungserbringer</b><br>a) Vertiefung bestehender Projekte<br>b) Neue Projekte | <b>3.1. Welche grenzüberschreitenden Aktivitäten gibt es in der Region BL/BS/Lörrach?</b><br>Welche Institutionen des Gesundheitswesens sind in grenzüberschreitende Aktivitäten involviert? Um Welche Art von Aktivitäten handelt es sich? |
|  | <b>3.2. Bewertung und Häufigkeit grenzüberschreitender Aktivitäten</b><br>Mit welcher Regelmässigkeit finden grenzüberschreitende Aktivitäten statt? Wie werden die verschiedenen Aktivitäten von den involvierten Institutionen bewertet?  |
| <b>4 Darstellung der gesamten Patientenmobilität</b><br>Schweiz <--> Deutschland<br>Grenzregion BS/BL/Lörrach  | <b>4.1 Definition der Patientenströme</b><br>Welche Patientenströme gibt es zwischen Deutschland und der Schweiz?<br>- Allgemeinversicherte<br>- Zusatz/Privatversicherte<br>- Grenzgänger  |
|  | <b>4.2. Quantifizierung Patientenströme</b><br>Wie gross sind die Patientenströme zwischen Deutschland und der Schweiz?   |

\*Aufgrund des Austritts der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 kann die Evaluation auf deutscher Seite (Projektziel 2) nicht mehr erfolgen, weil keine Beauftragung an den MDK mehr stattfindet.

© Obsan 2015

Quelle: Überarbeiteter Projektplan Evaluation GRÜZ Phase II, Stand 26.03.2013.

### **1.3.3 Ziel 4: Darstellung gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität**

Auch bei der vierten Zielsetzung des Pilotprojektes soll der Blickwinkel erweitert und weitere Informationen zum Austausch über die Landesgrenzen hinweg gewonnen werden. Die Evaluationsfragen zielen hier auf eine Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel/Lörrach. Um ein umfassendes Bild über die Patientenmobilität in der Grenzregion zeichnen zu können, werden dabei sowohl Patientenströme von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in den Landkreis Lörrach als auch solche in die umgekehrte Richtung erhoben.

Die Patientenströme CH → D umfassen neben den bereits im jährlichen Monitoring erhobenen Behandlungen, welche über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgegolten werden, auch anderweitig finanzierte Behandlungen. Dazu zählen über Zusatzversicherungen abgegoltene Behandlungen sowie von der Unfall- oder der Invalidenversicherung finanzierte Leistungen. Ebenfalls berücksichtigt werden Grenzgängerinnen und deren Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, die sich bei einer Schweizer Krankenkasse versichern lassen. Diese Personen haben für Behandlungen die Wahlfreiheit zwischen Deutschland und der Schweiz und dürften medizinische Leistungen häufig in Deutschland in Anspruch nehmen. Zudem ist auch denkbar, dass Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gewisse Behandlungen im Landkreis Lörrach aus der eigenen Tasche bezahlen.

Die erstmals seit 2010 wieder erhobenen Patientenströme in die umgekehrte Richtung D → CH umfassen einerseits über die deutsche Grundversicherung abgegoltene Behandlungen, andererseits über Privat- und Zusatzversicherungen sowie von den Patientinnen und Patienten selbst finanzierte Leistungen.

## 2 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden werden zuerst die Datengrundlagen des Monitoring dargelegt, danach wird das Vorgehen bei den Erhebungen zu den grenzüberschreitenden Kooperationen und zur gesamten Patientenmobilität dargestellt und schliesslich werden die in Bezug auf Datenschutz und -sicherheit getroffenen Massnahmen beschrieben.

### 2.1 Monitoring Pilotprojektfälle 2007–2014

#### 2.1.1 Datengrundlagen

Für die Evaluation des ersten Projektziels muss auf verschiedene Datenquellen und -erhebungen zurückgegriffen werden. Einerseits werden Daten im Rahmen des Pilotprojektes erhoben. 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. Andererseits wird auf bestehende Datenquellen zurückgegriffen, um die Projektdaten in einen grösseren Kontext stellen zu können. Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die verwendeten Datenquellen, die im Folgenden detailliert erläutert werden.

**Tab. 2.1 Für das Monitoring 2007–2014 genutzte Datenquellen**

| Projektziel | Datensatz                   | Zeitraum  | Datenproduzent             |
|-------------|-----------------------------|-----------|----------------------------|
| 1           | Medizinische Statistik      | 2006–2013 | BFS                        |
| 1           | Risikoausgleich KVG         | 2006–2014 | Gemeinsame Einrichtung KVG |
| 1           | Daten zu Pilotprojektfällen | 2007–2014 | Krankenversicherer         |
| 1           | Daten zu Pilotprojektfällen | 2013–2014 | Kantone BS und BL          |

© Obsan 2015

#### Von Krankenversicherern gelieferte Daten zu den Schweizer Pilotprojektfällen

Bei den am Pilotprojekt beteiligten Krankenversicherern werden alle Behandlungen in deutschen Kliniken erhoben, welche im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet werden. In der Phase I des Pilotprojektes wurden Behandlungen erfasst, deren Beginn und Abschluss im Jahr 2007, 2008 oder 2009 lag. In der gegenwärtigen zweiten Phase des Pilotprojektes werden Behandlungen erhoben, deren Behandlungsbeginn und Behandlungsabschluss im Jahr 2010, 2011, 2012, 2013 oder 2014 liegt. In einem separaten Pflichtenheft (Recordbeschreibung) sind die Parameter der Datenerhebungen einzeln aufgelistet (vgl. Anhang 3). Gegenüber der ersten Phase wurden die erforderten Parameter deutlich reduziert. Die Daten können von den Krankenversicherern entweder aus den Kostengutsprachegesuchen oder aus den Rechnungen der Kliniken nach Abschluss der Behandlung entnommen werden. Im Pflichtenheft für die Krankenversicherer werden zudem die Anonymisierung der Fälle und die Datenschutzmassnahmen bei Datenlieferungen und Datenablage geregelt (vgl. 2.3).

Die Aufarbeitung und Bereinigung der Daten zu den Pilotprojektfällen wird vom Obsan erbracht. Folgende Parameter aus den Pilotprojektfalldaten der Krankenversicherer fliessen in die Auswertungen ein: Die Anzahl Pilotprojektfälle, Alter, Geschlecht, Nationalität und Wohnort der Patientinnen und Patienten, behandelnde deutsche Klinik, zuweisende Instanz, Leistungsart und -bereich der Behandlung, Aufenthaltsdauer in der deutschen Klinik, Kosten des Aufenthaltes.

#### Von den Kantonen gelieferte Daten zu den Schweizer Pilotprojektfällen

Per 1. Januar 2012 wurden die Bestimmungen über die Rechnungsstellung gemäss Ziffer 11 des Vertrages GRÜZ angepasst. Neu müssen die Kliniken gemäss Art. 49a KVG eine geteilte Rechnungsstellung vornehmen, entsprechend der neuen Regelung der Kostenaufteilung zwischen Krankenversicherern (45%) und

Kanton (55%). Eine Rechnung geht wie bis anhin an den Schweizerischen Krankenversicherer, eine zweite Rechnung geht neu an den Wohnkanton der Patientinnen und Patienten. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft erhalten demzufolge seit Januar 2012 zu jeder Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes eine Rechnung zugestellt.

Die Rechnungen der Kliniken an die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eröffnen die Möglichkeit, die Vollständigkeit der Datenerhebung bei der Krankenversicherern zu überprüfen. Seit 2013 werden deshalb bei den Kantonen auf der Grundlage der Rechnungen der deutschen Kliniken Daten zu Behandlungen erhoben, die im jeweiligen Projektjahr abgeschlossen wurden. 2013 konnte nur der Kanton Basel-Stadt entsprechende Daten liefern, 2014 lieferten sowohl der Kanton Basel-Stadt wie der Kanton Basel-Landschaft die Daten ans Obsan. Folgende Angaben wurden übermittelt: Die Krankenversicherung sowie das Alter der Patientinnen und Patienten bei Klinikaustritt, die behandelnde Klinik, die Anzahl Behandlungstage, der Behandlungsgrund, die Leistungsart sowie der Leistungsbereich der Behandlung. Die von den Kantonen gelieferten Daten wurden vom Obsan bereinigt und mit den Daten der Krankenversicherer verglichen (vgl. 3.1.3).

### **Daten aus der Medizinischen Statistik BFS**

Die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik BFS erfasst seit 1998 jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern (BFS, 2014). Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Die Identifikation der Patientinnen und Patienten erfolgt anhand eines verschlüsselten und anonymen Verbindungskodes. Das BFS kann dabei die ursprüngliche Identität der Patientinnen und Patienten nicht wiederherstellen.

Für das Pilotprojekt werden die Hospitalisierungen von Personen mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt in Schweizer Krankenhäusern in den Jahren 2007–2013<sup>6</sup> analysiert. Für das Monitoring werden Akutbehandlungen und Rehabilitationen unterschieden. Es werden häufig im Pilotprojekt in Anspruch genommene Leistungsbereiche detailliert analysiert. Da auch im Projektjahr 2014 praktisch nur Rehabilitationen in Anspruch genommen wurden, wurden für den Schlussbericht wie bereits für die Monitoring-Berichte 2010–2013 (Bayer-Oglesby & Roth, 2011; Bayer-Oglesby & Roth, 2012; Schmid, 2014a; Schmid & Bayer-Oglesby, 2013) die Rehabilitationen detaillierter analysiert und die Auswertungen separat für orthopädische und kardiologische Rehabilitationen vorgenommen.

*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 (2009) entwickelte Zuordnung der ICD-10-Hauptdiagnosen zu Leistungsbereichen der Rehabilitation angewandt (Zürcher Spitalplanung, Anhang G3.3.). War eine Zuordnung aufgrund der ICD-10-Hauptdiagnose des Rehabilitations-Aufenthaltes nicht möglich, wurde die ICD-10-Hauptdiagnose des Spitalaufenthaltes vor dem Rehabilitationsaufenthalt zugeordnet<sup>7</sup>.

Für die Rehabilitationen total wurde die Anzahl Fälle nach Altersklassen (gemäss Risikoausgleichsdaten) und nach Geschlecht sowie nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten und Standortkanton der

---

<sup>6</sup> Bei Berichtlegung jeweils im Mai liegen die Vorjahreszahlen der Medizinischen Statistik noch nicht vor.

<sup>7</sup> Falls der Rehabilitations-Aufenthalt direkt anschliessend an einen Spitalaufenthalt erfolgte (Datum Spitalaustritt = Datum Reha-Eintritt).

Klinik berechnet. Für die orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen wurde die Anzahl Fälle jeweils nach Alter, Geschlecht und Wohnkanton berechnet.

### Risikoausgleichsdaten der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Von der Gemeinsamen Einrichtung KVG Solothurn ([www.kvg.org](http://www.kvg.org)) werden seit 1991 die Risikoausgleichsdaten KVG 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 Daten betreffen die bei den Krankenpflegeversicherern versicherten Personen. Es liegen keine Individualdaten von Versicherten vor. Für die Phase II des Pilotprojektes werden die Anzahl OKP-Versicherte mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den Jahren 2009–2013<sup>8</sup> nach Krankenversicherung, Wohnkanton, Altersklasse sowie Geschlecht ausgewertet.

## 2.1.2 Parameter Evaluation Projektziel 1

### Berechtigte im Pilotprojekt

Auf der Basis der Risikoausgleichsdaten KVG kann die Anzahl der Berechtigten im Pilotprojekt und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung ermittelt werden. Dabei wird die Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht) der am Pilotprojekt teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Krankenversicherer mittels Risikoausgleichsdaten miteinbezogen, da die Alters- und Geschlechterstruktur einer Bevölkerungsgruppe die Häufigkeit bestimmter Behandlungen beeinflusst.

### Potenzial des Pilotprojektes

Da seit Beginn des Pilotprojektes im Jahr 2007 fast ausschliesslich Rehabilitationsbehandlungen in Anspruch genommen werden, wird das Potenzial für Rehabilitationsbehandlungen ermittelt, und zwar insgesamt und für die im Pilotprojekt am häufigsten in Anspruch genommenen Leistungsbereiche der Rehabilitation (Orthopädie und Kardiologie).

Das Potenzial berechnet sich wie folgt:

$$\text{Potential} = \text{Anzahl Rehas pro versicherte Person} * \text{Anzahl berechtigter Versicherter}$$

In die Anzahl Rehabilitationen fliessen sowohl die in der Schweiz erfolgten Rehabilitationen aus der Medizinischen Statistik, als auch die im Rahmen des Pilotprojektes stattgefundenen Rehabilitationen in Deutschland ein. Zum Zeitpunkt der Berichtlegung im Mai liegen jeweils die Vorjahresdaten der medizinischen Statistik sowie der Risikoausgleichsdaten noch nicht vor. Deshalb wird für die Berechnung des Potenzials jeweils auf die Anzahl Rehabilitationen bzw. die Anzahl berechtigter Versicherter des Vorjahres zurückgegriffen. So wird beispielsweise das Potenzial des Projektjahres 2013 auf der Grundlage der Daten des Jahres 2012 geschätzt.

### Anzahl Fälle im Pilotprojekt

Kernstück der Evaluation ist die Abbildung der durch in der Schweiz Versicherte beanspruchten medizinischen Leistungen an deutschen Standorten im Projektverlauf. Die zur Evaluation benötigten Individualdaten werden über die am Pilotprojekt teilnehmenden Krankenversicherer erhoben. Die dokumentierten Fälle werden nach folgenden Parametern aufgeschlüsselt:

- Leistungsbereich
- Krankenkasse, Zuweiser und behandelnde Klinik in Deutschland

---

<sup>8</sup> Bei Berichtlegung jeweils im Mai liegen die Vorjahreszahlen der Risikoausgleichsdaten KVG noch nicht vor.

- Alter und Geschlecht
- Wohnort und Klinikstandort

### **Mobilitätsrate Schweiz → Deutschland im Pilotprojekt**

Wird die Anzahl Schweizer Pilotprojekt-Teilnehmende, die eine Behandlung in einer deutschen Klinik im Rahmen des Pilotprojektes in Anspruch genommen haben (vgl. 2.2.3), zur Anzahl möglicher Behandlungen, dem Potenzial des Pilotprojektes (vgl. 2.2.2), ins Verhältnis gesetzt, ergibt sich die Mobilitätsrate:

$$\text{Mobilitätsrate} = \frac{\text{Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt}}{\text{Potential an Rehabilitationen}} * 100$$

Die Mobilitätsrate gibt an, welcher Anteil an allen Rehabilitationen von Personen mit Wohnsitz Basel-Landschaft bzw. Basel-Stadt im Rahmen des Pilotprojektes erfolgt ist.

Da auch im letzten Projektjahr 2014 fast ausschliesslichen Rehabilitationen in Anspruch genommen wurden, werden auch im Schlussbericht lediglich die Mobilitätsraten für Rehabilitationen geschätzt, und zwar für folgende Bereiche:

- Rehabilitationen insgesamt
- Rehabilitationen nach Altersgruppe und Geschlecht
- Kardiologische Rehabilitationen
- Orthopädische Rehabilitationen

### **Aufenthaltsdauer**

Die Aufenthaltsdauer stellt die Differenz zwischen dem Datum des Eintritts und des Austritts des Patienten/der Patientin in der deutschen Klinik dar. Sie wurde aus Datenschutzgründen von den Krankenversicherern berechnet.

Dargestellt werden das arithmetische Mittel der Aufenthaltsdauer sowie der Median. Der Median ist robust gegen Ausreisser nach oben und unten. Er gibt den Wert an, der die nach Aufenthaltsdauer sortierten Fälle in der Mitte teilt, d.h. 50% der Fälle liegen unterhalb des Medians, 50% darüber.

### **Totale Behandlungskosten und Fallkosten**

Die Behandlungskosten beinhalten alle entstandenen Kosten, also sowohl den durch die OKP finanzierten Anteil als auch den Finanzierungsbeitrag des Kantons und allfällige Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten.

Dargestellt werden die totalen Behandlungskosten aller Pilotprojektfälle sowie die Median-Behandlungskosten pro Patientin/Patient, die Fallkosten. Der Median gibt den Wert der Behandlungskosten an, der die Fälle in zwei gleich grosse Gruppen teilt, also den Wert, bei den 50% der Fälle darunter liegen, 50% darüber.

## **2.2 Erhebung zu grenzüberschreitenden Kooperationen 2013**

Für die Evaluation des Projektziels 3 war ursprünglich ein multimethodischer Ansatz vorgesehen. Geplant war gemäss Evaluationskonzept eine qualitative Befragung von Fachpersonen in unterschiedlichen Spitälern der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie eine darauf folgende Quantifizierung mittels einer quantitativen Umfrage (Bayer-Oglesby et al., 2010). Die Auswahl geeigneter Fachpersonen für qualitative Leitfadeninterviews erwies sich jedoch als schwierig, da nicht bekannt war, welche Personen in grenzüberschreitende Aktivitäten involviert sind. Die Projektleitung GRÜZ beschloss daher, nur den quantitativen Teil der Evaluation mittels einer Online-Umfrage zu grenzüberschreitenden Aktivitäten durchzuführen.

Hierfür wurden die Leitungen oder Direktionen sämtlicher Spitäler sowie weiterer Institutionen des Gesundheitswesens (Geburtshäuser, Rettungsdienste) von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft sowie vom Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt elektronisch angeschrieben und gebeten, verantwortliche Personen in allen Abteilungen der jeweiligen Institution zu bestimmen und diese zur Teilnahme an der Umfrage aufzufordern (vgl. Ankündigungsbrief im Anhang). Dahinter stand die Idee, möglichst viele Fachpersonen, die in grenzüberschreitenden Kooperationen involviert sind, erreichen zu können.

Die Erhebungsphase dauerte von März bis Mai 2013. Institutionen, die drei Wochen nach Erhalt des Teilnahme-Lines noch keinen elektronischen Fragebogen ausgefüllt hatten, wurde ein Erinnerungsmail gesandt. Schlussendlich beteiligten sich 24 der 31 angeschriebenen Institutionen an der Umfrage, was einer Rücklaufquote von 77,5% entspricht. In einigen Institutionen haben Fachvertreterinnen und Fachvertreter unterschiedlicher Abteilungen an der Umfrage teilgenommen. Die Anzahl ausgefüllter Fragebogen beträgt n=44. Die befragten Personen lieferten Informationen zu 59 grenzüberschreitenden Kooperationen.

Den Teilnehmenden wurden Fragen zu folgenden Bereichen gestellt (der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang):

- Anzahl der Kooperationen
- Art der Kooperationen
- Fachgebiet
- Beginn der Kooperation
- Häufigkeit der Zusammenarbeit
- Partnerinstitutionen
- Betroffenheit Patientinnen und Patienten
- Nutzen der Kooperationen
- Vorteile der Kooperation
- Schwierigkeiten

Am Ende der Umfrage wurde gefragt, ob die Institution namentlich erwähnt und mit den genannten Kooperationen in Verbindung gebracht werden darf. Nur Institutionen, die diese Frage bejaht haben, werden im vorliegenden Bericht mit Namen erwähnt. Wo von den jeweiligen Partnerinstitutionen keine Einverständniserklärung vorliegt, werden sie im vorliegenden Bericht nicht namentlich genannt.

### **2.3 Erhebung zur gesamten grenzüberschreitenden Patientenmobilität 2014**

Die gesamte grenzüberschreitende Patientenmobilität kann durch verschiedene Datenquellen abgedeckt werden. Ursprünglich wurde erwogen, die Daten sowohl bei deutschen und Schweizer Krankenversicherern, als auch bei der SUVA, der IV und bei den Spitälern zu erheben (Bayer-Oglesby et al., 2010). Da jedoch nicht klar war, wie kooperationsbereit die unterschiedlichen Institutionen sind, wurde beschlossen, die Daten lediglich bei den Spitälern in der Grenzregion zu erheben. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass die Informationen zu den Behandlungen direkt bei der behandelnden Instanz gewonnen werden konnten und deshalb auch relativ viele Detailangaben gemacht werden konnten.

Zur Gewinnung der Daten wurden die Leitungen oder Direktionen sämtlicher Spitäler von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft sowie vom Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt in der zweiten Septemberhälfte 2014 mit einem Brief über die Datenerhebung informiert. Einige Tage später folgte der Versand von Dateneingabemasken durch das Obsan. Die Spitäler wurden gebeten, anonymisierte Individualdaten zu im Jahr 2013 behandelten Patientinnen und Patienten zu liefern. In Fällen, in denen dies nicht möglich war, konnte auf die Lieferung aggregierter Daten ausgewichen werden. Institutionen, die vier Wochen nach Erhalt der Dateneingabemaske noch keine Daten gesendet hatten, wurde ein Erinnerungsmail gesendet.

Die Spitäler wurden gebeten, folgende Angaben zu allen grenzüberschreitenden Behandlungen zu machen:

- Geschlecht, Alter des Patienten/der Patientin
- Wohnort und Grenzgängerstatus des Patienten/der Patientin
- Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ - Ja/Nein
- Schadensart und Leistungsbereich der Behandlung
- Finanzierungsart der Behandlung
- Aufenthaltsdauer

Die Spitäler auf beiden Seiten der Grenze zeigten sich sehr kooperativ. Von den 20 Spitälern und Kliniken in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben 14 anonymisierte Individualdaten eingereicht, ein Spital hat aggregierte Angaben zu Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Lörrach gemacht. Unter den Datenlieferanten befinden sich alle Allgemeinspitäler der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie einige Spezialkliniken. Die Institutionen, die keine Daten liefern konnten, sind ohne Ausnahme vergleichsweise kleine Spitäler, sodass davon ausgegangen werden kann, dass mit der vorliegenden Datenerhebung die grosse Mehrheit der Behandlungen der Bevölkerung aus dem Landkreis Lörrach erfasst werden konnten. Auch auf deutscher Seite war der Rücklauf gut: Von zehn angeschriebenen Institutionen haben acht anonymisierte Individualdaten eingereicht und ein Spital hat Angaben in Form aggregierter Daten geliefert. Ein Allgemeinspital konnte dem Obsan keine Daten zur Verfügung stellen. Bei der Interpretation aller Resultate sollte berücksichtigt werden, dass die Daten nicht die *gesamte* Patientenmobilität abbilden und diese somit leicht unterschätzt werden dürfte.

Die Spitäler auf beiden Seiten lieferten qualitativ hochwertige Daten. Dennoch konnten nicht alle gewünschten Informationen lückenlos erfasst werden: Im Laufe der Datenerhebung hat sich gezeigt, dass lediglich die deutschen Spitäler eine Angabe dazu machen können, ob eine Person im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ behandelt wurde. Auf Schweizer Seite lag diese Information nicht vor. Die Teilnahme am Pilotprojekt kann jedoch über die Finanzierungsart vermutet werden: Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von der deutschen Grundversicherung finanziert wird, dürften Pilotprojektfälle sein. Nicht alle Spitäler konnten alle gewünschten Angaben liefern. So war es einem Spital im Landkreis Lörrach nicht möglich, eine Angabe zur Finanzierung der Behandlung zu machen bzw. dazu, ob eine Pilotprojektbehandlung vorliegt. Dieselbe Klinik konnte keine Informationen dazu geben, ob ein Patient oder eine Patientin Grenzgängerin oder Grenzgänger ist.

## 2.4 Datenschutz und -sicherheit

Für die Evaluation der Phase II des Pilotprojektes wird einerseits auf bestehende Daten zurückgegriffen (Medizinische Statistik, Daten der gemeinsamen Einrichtung KVG), andererseits werden projekt-spezifisch Datenerhebungen zu den Pilotprojektfällen, zu den grenzüberschreitenden Aktivitäten sowie zur Patientenmobilität durchgeführt. Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte betreffend Datenschutzregelungen kurz zusammengefasst. Die detaillierten Datenschutzmassnahmen für das Monitoring der Falldaten sind im Pflichtenheft für die Schweizer Krankenversicherer (Anhang 3) beschrieben.

Daten der medizinischen Statistik (BFS) werden vom Obsan ausgewertet und im Bericht in aggregierter Form dargestellt. Für die Nutzung der Daten des Risikoausgleichs besteht ein Datenschutzvertrag mit dem BAG. Diese werden von der gemeinsamen Einrichtung KVG dem Obsan in aggregierter Form geliefert. Die Daten zu den Pilotprojektfällen werden von den Krankenversicherungen und den Kantonen dem Obsan ausschliesslich zum Zweck der Evaluation zur Verfügung gestellt. Es werden keine Nominaldaten dargestellt, sondern nur Daten in aggregierter Form. Nach Genehmigung durch die Leistungserbringer werden ausgewählte Resultate nach Leistungserbringer aufgeschlüsselt. Es werden die üblichen technischen Vorkehrungen zur Wahrung des Datenschutzes wie ein geschützter Netzwerkbereich für Projektmitarbeitende und das Wegschliessen von heiklen Unterlagen vorgenommen.

### 3 Resultate Monitoring Pilotprojektfälle

In diesem Kapitel werden die Resultate des Monitoring präsentiert, die der Evaluation des ersten Projektziels – Erhöhung der Fallzahlen und Erweiterung der Leistungsbereiche – dienen. Zuerst werden die zeitlichen Entwicklungen wichtiger Parameter seit 2007 dargestellt. Dies sind der Anteil berechtigter Versicherter, die Fallzahlen und die Mobilitätsraten. Danach folgt die deskriptive Beschreibung der Pilotprojektfälle. Hier gilt das Hauptinteresse den genutzten Leistungsbereichen, zudem interessieren die involvierten Krankenkassen, Zuweiser und Kliniken, die demografischen Merkmale der Patientinnen und Patienten sowie die Patientenflüsse zwischen den Basler Bezirken und den deutschen Klinikstandorten. Die Analyse der Aufenthaltsdauer und der Behandlungskosten schliessen das Kapitel ab.

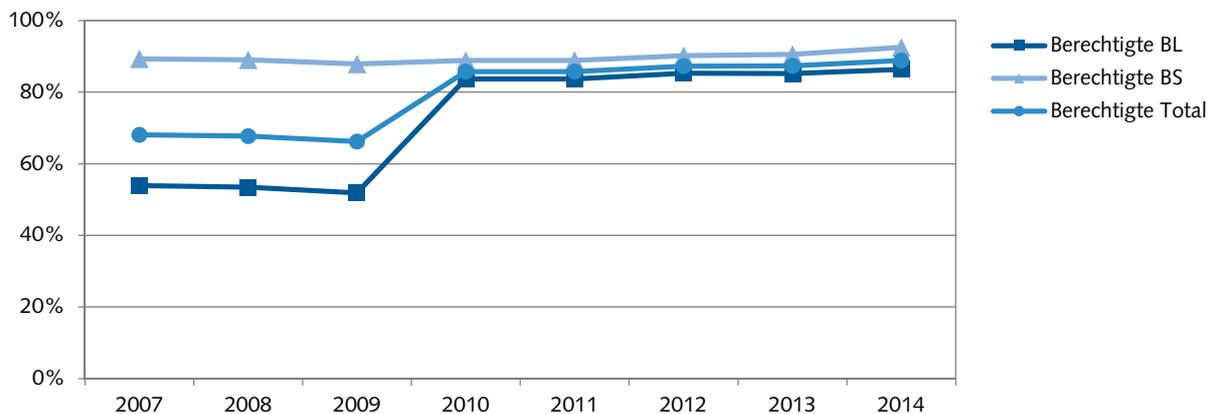
#### 3.1 Zeitliche Entwicklungen 2007–2014

##### 3.1.1 Berechtigte Basler Versicherte im Pilotprojekt

Wie bereits erwähnt, können am Pilotprojekt Versicherte teilnehmen, deren Krankenkasse dem Pilotprojektvertrag zwischen den schweizerischen Krankenversicherern und deutschen Kliniken sowie den Kantonen Basel-Stadt resp. Basel-Landschaft beigetreten ist (passives Beitrittsverfahren, vgl. 1.2).

Im Kanton Basel-Stadt liegt der Anteil der berechtigten Versicherten seit Projektbeginn bei rund 90% (Abb. 3.1). Im Kanton Basel-Landschaft hingegen war in der ersten Phase nur etwa die Hälfte der Versicherten berechtigt, sich im grenznahen Deutschland behandeln zu lassen. Mit dem Beginn der zweiten Phase nahm dieser Anteil deutlich zu und beträgt seither rund 85%. Die Zunahme im Kanton Basel-Landschaft lässt sich damit erklären, dass in der ersten Phase des Pilotprojektes acht der damals 22 beteiligten Krankenversicherer nur den Vertrag mit dem Kanton Basel-Stadt, nicht aber denjenigen mit dem Kanton Basel-Landschaft unterzeichnet hatten (Zumbrunn et al., 2010). In der zweiten Phase sind sämtliche teilnehmenden Krankenversicherer den Verträgen beider Kantone beigetreten.

**Abb. 3.1 Anteil Berechtigte (in Prozent) im Pilotprojekt aufgrund der Kassenzugehörigkeit, Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Projektjahre 2007–2014**



Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2006–2013.

© Obsan 2015

Zwischen den Altersklassen lassen sich im Kanton Basel-Stadt bei den berechtigten Versicherten nur unbedeutende Unterschiede ausmachen, während im Kanton Basel-Landschaft bei den jüngeren Generationen ein um zehn Prozentpunkte höherer Anteil zur Teilnahme berechtigt ist als bei den älteren Generationen (Tab. A 1).

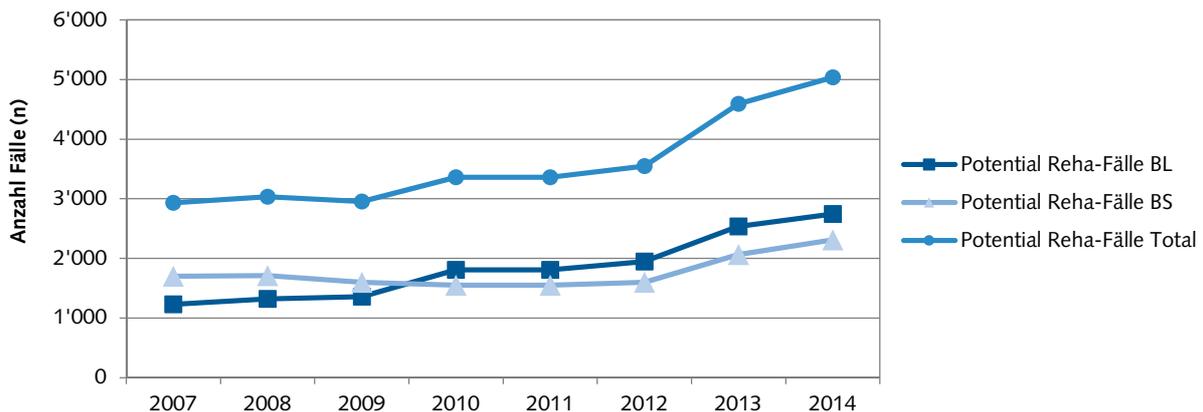
### 3.1.2 Potenzial an Basler Patient/innen im Pilotprojekt

Seit Beginn des Pilotprojektes im Jahr 2007 werden vor allem Rehabilitationen in Anspruch genommen. Auch im Projektjahr 2014 machen sie 96% der Fälle aus. Die Abschätzung des Potenzials an Pilotprojektfällen wird deshalb auf Rehabilitationen eingegrenzt<sup>9</sup>.

Insgesamt ergibt sich für das Projektjahr 2014 ein Potenzial von 5037 Rehabilitationsfällen, wovon 2743 auf den Kanton Basel-Landschaft entfallen und 2309 auf den Kanton Basel-Stadt (Tab. A 2). Gegenüber dem Jahr 2013 ist das Potenzial um 10% gestiegen, gegenüber dem Jahr 2012 um 40% (Abb. 3.2). Grund hierfür ist die im Vergleich zu den Vorjahren hohe Anzahl Rehabilitationen seit dem Jahr 2012, die mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung Anfang 2012 zusammenhängen dürfte. So lag die Anzahl Rehabilitationsfälle im Jahr 2011 bei 8.9 Behandlungen pro 1000 Versicherte (Wert nicht abgebildet), im Jahr 2012 bei 10.8 und im Jahr 2013 bei 11.9. Die Zunahme an Rehabilitationsbehandlungen und damit verknüpft des Potenzials an Pilotprojektfällen kann sowohl in Basel-Stadt als auch in Basel-Landschaft beobachtet werden.

Die Zunahme des Potenzials im Jahr 2010 um 13% (Abb. 3.2) hängt damit zusammen, dass mit Beginn der zweiten Phase auch im Kanton Basel-Landschaft alle teilnehmenden Krankenversicherer den Verträgen beigetreten sind und damit in diesem Kanton der Anteil der berechtigten Versicherten zugenommen hat (vgl. Abschnitt 3.1.1).

**Abb. 3.2 Entwicklung des Potenzials an Rehabilitationsfällen, 2007–2014**



Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2006–2013, Medizinische Statistik BFS, 2006–2013.

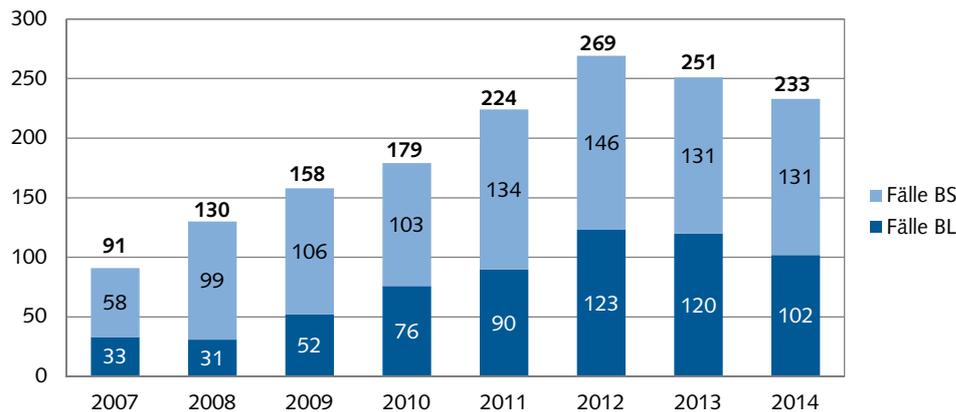
© Obsan 2015

### 3.1.3 Anzahl der Pilotprojektfälle

#### Entwicklung der Fallzahlen

Abb. 3.3 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen über die gesamte Projektdauer. Während die Zahl der Pilotprojektfälle von 2007 bis 2012 stetig zugenommen hat, ist sie seit dem Jahr 2013 tendenziell rückläufig. Im Projektjahr 2014 wurden von den Krankenversicherern insbesondere für den Kanton Basel-Landschaft weniger Fälle geliefert (-15%), während die Zahl im Kanton Basel-Stadt konstant geblieben ist. In den letzten Jahren gab es jedoch regelmässig Nachlieferungen (Schmid, 2014a; Schmid & Bayer-Oglesby, 2013), so dass die Zahlen 2014 wahrscheinlich etwas unterschätzt werden. So entspricht die Fallzahl 2014 der Fallzahl 2013 ohne Nachlieferung (234 Fälle)(Schmid, 2014a). Insgesamt haben sich 2014 233 Personen im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ in einer Klinik im Landkreis Lörrach behandeln lassen – 102 Personen aus dem Kanton Basel-Landschaft und 131 Personen aus dem Kanton Basel-Stadt (Abb. 3.3).

<sup>9</sup> Methodik siehe Abschnitt 2.1.2.

**Abb. 3.3** Anzahl Pilotprojektfälle nach Wohnkanton (alle Leistungsbereiche), 2007–2014

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2014 (Krankenversicherer), n=1535.

© Obsan 2015

### Vergleich der Daten der Krankenversicherer und der Kantone

Seit 2013 werden neben den Daten der Krankenversicherer zu den Pilotprojektfällen auch Daten der Kantone erhoben, da seither bei jeder Behandlung eine zweite Rechnung an den Wohnkanton des Patienten oder der Patientin geht. Im Jahr 2014 haben beide Kantone die entsprechenden Daten geliefert.

Der Vergleich der Daten der Krankenversicherungen mit den Kantonsdaten zeigt: Die Krankenversicherer haben im Jahr 2014 insgesamt 21 Pilotprojektfälle mehr geliefert als die Kantone (Tab. 3.1). Bei vier der zehn Krankenversicherer unterscheidet sich die Fallzahl zwischen den Kantons- und den Krankenversicherungsdaten maximal um zwei Fälle, bei weiteren vier Versicherungen um maximal vier Fälle. Bei zwei Versicherungen liegt die Differenz bei sieben resp. elf Fällen.

Die Reduzierung der erhobenen Parameter für die zweite Phase im Vergleich zur ersten Phase hat den Aufwand für die Krankenversicherer reduziert und die Datenqualität der verlangten Parameter verbessert.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass ein Grossteil der Pilotprojektfälle von den Krankenversicherungen korrekt erfasst wurde. Die Unterschiede in den Fallzahlen dürften einerseits auf das Vergessen von Pilotprojektfällen, auf die Auflistung von Fällen, die keine Pilotprojektfälle sind (z.B. Patienten, die über die Zusatzversicherung abgerechnet werden oder Selbstzahler) und ggf. auf fehlerhafte Datumsangaben zurückgeführt werden. Ob diese Fehler auf der Seite der Krankenversicherer, der deutschen Kliniken oder jener der Kantone erfolgt sind, kann nicht eruiert werden.

**Tab. 3.1** Vergleich der Daten der Krankenversicherer und der Kantone, 2014

|                  | Anzahl Pilotprojektfälle |                              |                        |
|------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|
|                  | Lieferung Kanton         | Lieferung Krankenversicherer | Differenz <sup>1</sup> |
| Basel-Stadt      | 125                      | 131                          | 6                      |
| Basel-Landschaft | 87                       | 102                          | 15                     |
| <b>Total</b>     | <b>212</b>               | <b>233</b>                   | <b>21</b>              |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt (Krankenversicherer und Kantone), 2014.

<sup>1</sup> Anzahl Fälle Krankenversicherer-Anzahl Fälle Kanton

© Obsan 2015

### 3.1.4 Mobilitätsraten CH → D

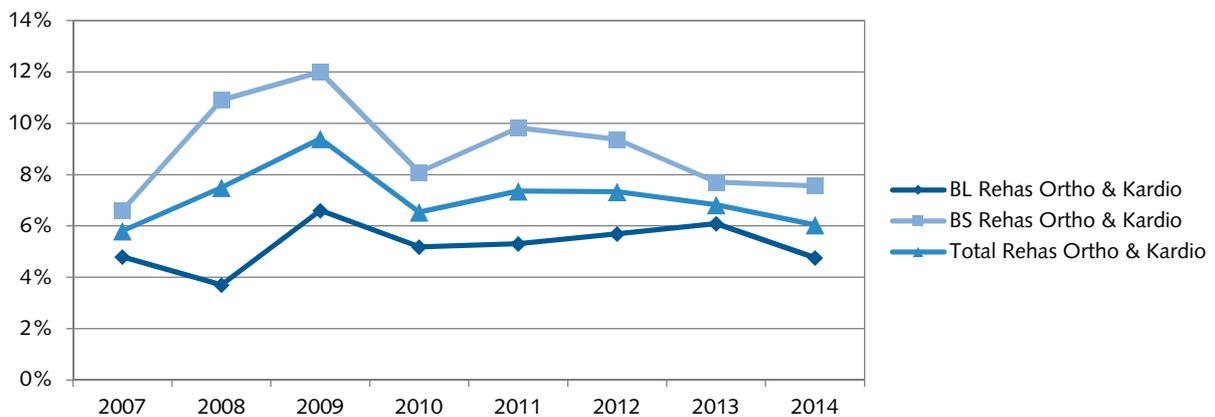
Das Verhältnis von Pilotprojektfällen zum Potenzial an Rehabilitationsfällen in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt ergibt die Mobilitätsrate. Diese wird für das Jahr 2014 auf 4,6% geschätzt – dies bedeutet, dass 4,6% aller Rehabilitationen von Patientinnen und Patienten mit Wohnkanton Basel-Stadt oder Basel-Landschaft im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland erbracht wurden (Tab. A 4). Die Mobilitätsrate ist im Kanton Basel-Stadt mit 5,6% insgesamt höher als im Kanton Basel-Landschaft (3,6%).

### Entwicklung der Mobilitätsraten der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen

Seit Beginn des Pilotprojektes entfällt ein Grossteil der Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes auf orthopädische und kardiologische Rehabilitationen (vgl. 3.2.1). Deshalb werden die Mobilitätsraten im Folgenden für diese zwei Leistungsbereiche berechnet. Zuerst wird die Entwicklung der Rate seit 2007 für die beiden Leistungsbereiche zusammen aufgezeigt, in einem zweiten Schritt werden für die Phase II die spezifischen Raten für die Rehabilitationsbereiche Kardiologie und Orthopädie separat dargestellt.

Nach einer konstanten Zunahme der Mobilitätsrate in der Phase I des Pilotprojektes ist die Rate beim Wechsel von der Phase I zur Phase II zunächst von 9,4% im Jahr 2009 auf 6,5% im Jahr 2010 gesunken (Abb. 3.4), danach war im Folgejahr wieder eine leichte Zunahme auszumachen. Seit 2011 hat die Mobilitätsrate jedoch stetig abgenommen und lag im Jahr 2014 bei 6,0%. Dies hat zwei Gründe: erstens hat sich die Zahl der Pilotprojektfälle in den Jahren 2013 und 2014 im Vergleich zum Jahr 2012 verringert (Abb. 3.4), zweitens ist das Potenzial an orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen seit 2012 gestiegen (Abb. 3.2), sodass der relative Anteil der im Rahmen des Pilotprojektes realisierten Rehabilitationen zurückging. Der Anstieg des Potenzials könnte, wie bereits in Abschnitt 3.1.2 thematisiert, mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 zusammenhängen.

**Abb. 3.4** Zeitliche Entwicklung der Mobilitätsrate im Pilotprojekt, 2007–2014



Quelle: Medizinische Statistik BFS 2007–2013, Risikoausgleichsdaten KVG 2007–2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

Wird die Mobilitätsrate für die Rehabilitationsbereiche Orthopädie und Kardiologie separat berechnet, zeigt sich, dass die beobachtete Abnahme nach 2011 vor allem auf die Reduktion der Mobilitätsrate im Bereich der Kardiologie zurückzuführen ist. Während im Jahr 2011 fast 10% der kardiologischen Rehabilitationen im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland erbracht wurden, waren es im Jahr 2014 nur noch 1,2% (Tab. 3.2). Die absolute Zahl der kardiologischen Fälle nahm dabei von 49 auf sieben ab. Bei den orthopädischen Rehabilitationen lässt sich hingegen kein klarer Trend ausmachen. Die Mobilitätsrate schwankte in den Jahren 2010 bis 2014 zwischen 7% und 8% (Tab. 3.2).

Im Kanton Basel-Landschaft lag die Mobilitätsrate über die gesamte Projektdauer im Durchschnitt drei bis vier Prozentpunkte tiefer als im Kanton Basel-Stadt (Abb. 3.4), ebenso die spezifische Rate im Rehabilitationsbereich Orthopädie (Tab. 3.2). Im Rehabilitationsbereich Kardiologie zeigt sich hingegen kein eindeutiges Muster (Tab. 3.2).

**Tab. 3.2 Rehabilitationsfälle, Potenzial und Mobilitätsrate der Leistungsbereiche Orthopädie und Kardiologie in der Schweiz und in Deutschland, 2010–2014**

|  | Jahr | Kardiologie |      |       | Orthopädie |       |       | Total Ortho/Kardio |       |       |
|--|------|-------------|------|-------|------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|
|  |      | BL          | BS   | Total | BL         | BS    | Total | BL                 | BS    | Total |
| In der Schweiz realisierte Reha-Fälle <sup>1</sup> | 2010 | 294         | 228  | 522   | 1 256      | 973   | 2 229 | 1 550              | 1 201 | 2 751 |
|  | 2011 | 318         | 229  | 547   | 1 300      | 959   | 2 259 | 1 618              | 1 188 | 2 806 |
|  | 2012 | 347         | 297  | 644   | 1 519      | 1 065 | 2 584 | 1 866              | 1 362 | 3 228 |
|  | 2013 | 380         | 284  | 664   | 1 449      | 1 105 | 2 554 | 1 829              | 1 389 | 3 218 |
|  | 2014 | 380         | 284  | 664   | 1 449      | 1 105 | 2 554 | 1 829              | 1 389 | 3 218 |
| Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ <sup>2</sup>          | 2010 | 16          | 14   | 30    | 55         | 80    | 135   | 71                 | 94    | 165   |
|  | 2011 | 19          | 30   | 49    | 57         | 85    | 142   | 76                 | 115   | 191   |
|  | 2012 | 13          | 13   | 26    | 83         | 114   | 197   | 96                 | 127   | 223   |
|  | 2013 | 8           | 5    | 13    | 93         | 100   | 193   | 101                | 105   | 206   |
|  | 2014 | 5           | 2    | 7     | 73         | 102   | 175   | 79                 | 105   | 184   |
| Potenzial an Re-<br>habilitationen <sup>3</sup>    | 2010 | 262         | 217  | 478   | 1 106      | 944   | 2 046 | 1 368              | 1 161 | 2 524 |
|  | 2011 | 285         | 233  | 518   | 1 145      | 937   | 2 079 | 1 430              | 1 170 | 2 597 |
|  | 2012 | 309         | 281  | 588   | 1 378      | 1 074 | 2 452 | 1 687              | 1 355 | 3 040 |
|  | 2013 | 332         | 262  | 593   | 1 328      | 1 101 | 2 425 | 1 660              | 1 363 | 3 018 |
|  | 2014 | 333         | 265  | 597   | 1 325      | 1 124 | 2 446 | 1 659              | 1 390 | 3 045 |
| Mobilitätsrate<br>in % <sup>4</sup>                | 2010 | 6.1         | 6.5  | 6.3   | 5.0        | 8.5   | 6.6   | 5.2                | 8.1   | 6.5   |
|  | 2011 | 6.7         | 12.9 | 9.5   | 5.0        | 9.1   | 6.8   | 5.3                | 9.8   | 7.4   |
|  | 2012 | 4.2         | 4.6  | 4.4   | 6.0        | 10.6  | 8.0   | 5.7                | 9.4   | 7.3   |
|  | 2013 | 2.4         | 1.9  | 2.2   | 7.0        | 9.1   | 8.0   | 6.1                | 7.7   | 6.8   |
|  | 2014 | 1.5         | 0.8  | 1.2   | 5.5        | 9.1   | 7.2   | 4.8                | 7.6   | 6.0   |

<sup>1</sup> Aus der medizinischen Statistik 2010–2013 (MS). Für das Jahr 2014 werden Zahlen 2013 übernommen

<sup>2</sup> Nur Fälle, die sich den Bereichen Orthopädie oder Kardiologie zuordnen lassen, daher sind die Fallzahlen etwas tiefer als die Gesamtfallzahlen

<sup>3</sup> Potenzial an Reha-Fällen=Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte\*Anzahl berechtigter Versicherter/1000, vgl. Abschnitt 2.1.2

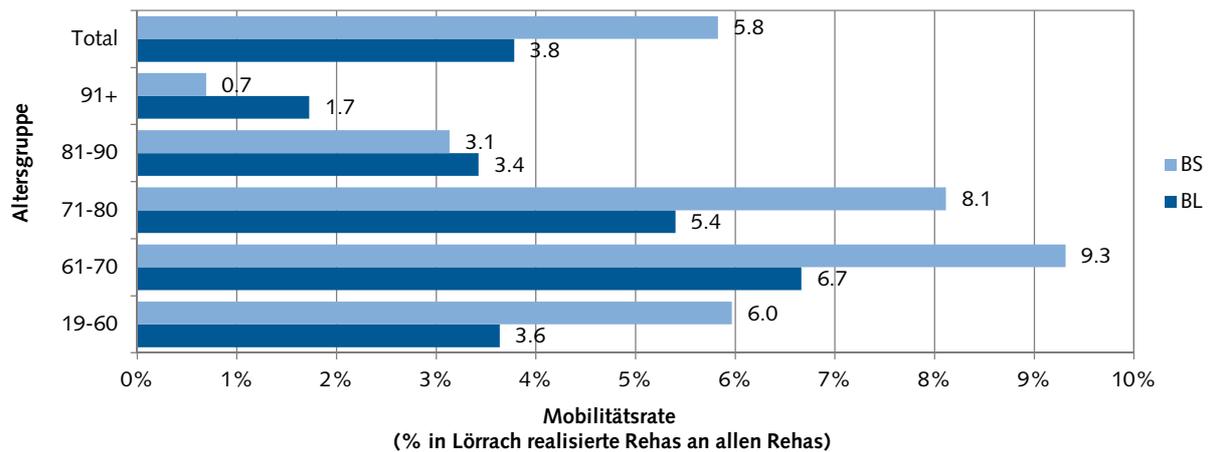
<sup>4</sup> Mobilitätsrate=Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ/Potenzial an Rehas\*100, vgl. Abschnitt 2.1.2

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2010–2014, Medizinische Statistik BFS 2010–2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer). © Obsan 2015

### Mobilitätsrate nach Alter und Geschlecht

Da eine Stratifizierung der Projektdaten nach Alter und Geschlecht in den einzelnen Projektjahren teilweise sehr kleine Fallzahlen ergibt, wurden die Rehabilitationsfälle der Phase II für die alters- und geschlechtsspezifischen Auswertungen gepoolt. Abb. 3.5 zeigt die mittleren Mobilitätsraten der Jahre 2010–2014 nach Altersgruppen und Kanton auf. In beiden Kantonen ist die Mobilitätsrate in den Altersgruppen 61- bis 70-Jährigen und 71- bis 80-Jährigen am höchsten. Über 8% der Rehabilitationen in diesen zwei Altersgruppen fanden in den Jahren 2010–2014 im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ statt. Am tiefsten ist die Mobilitätsrate bei den über 90-Jährigen, wo lediglich 1% (BS) resp. 2% (BL) der Rehabilitationen in Deutschland erfolgt sind.

Die Mobilitätsrate der Frauen liegt mit durchschnittlich 5,7% etwas höher als die Rate der Männer, bei denen 4,5% der Rehabilitationen im Rahmen des Pilotprojektes erfolgten. Im Kanton Basel-Stadt ist der Unterschied etwas ausgeprägter und trifft dort im Gegensatz zum Kanton Basel-Landschaft auf alle Altersgruppen zu (Tab. A 4).

**Abb. 3.5** Mobilitätsrate nach Altersgruppe, 2010–2014

Quelle: Medizinische Statistik BFS 2007–2013, Risikoausgleichsdaten KVG 2007–2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

### 3.2 Deskriptive Beschreibung der Pilotprojektfälle 2007–2014

Wie bereits in den Vorjahren wurden im Projektjahr 2014 fast ausschliesslich Rehabilitationen in Anspruch genommen (Tab. 3.3). Über die gesamte Projektdauer wurden 25 Fälle von den Krankenversicherern als Akut-Behandlungen codiert – davon fallen elf in den Leistungsbereich Orthopädie, sechs in die Kategorie Geburtshilfe/Gynäkologie und einzelne Fälle in die Kategorien Kardiologie, Neurologie und Innere Medizin. Für vier Akut-Fälle wurde die Kategorie „anderer Leistungsbereich“ angegeben.

#### 3.2.1 Pilotprojektfälle nach Rehabilitationsart

Bei den Rehabilitationen fällt seit Projektbeginn der Grossteil auf den Bereich Orthopädie – sie machen insgesamt 77% aller Rehabilitationen aus (n=1149) (Tab. 3.3, Abb. 3.6). Die orthopädischen Rehabilitationen haben nach einem Rückgang des Anteils im Jahr 2011 wieder an Gewicht gewonnen: Machten sie 2010 77% aller Rehabilitationen aus, waren es 2011 noch 66%, 2013 und 2014 aber wieder 77%.

An zweiter Stelle steht über die gesamte Projektdauer der Leistungsbereich Kardiologie: 172 Patientinnen und Patienten waren zwischen 2007 und 2014 für eine Rehabilitation in diesem Bereich im Landkreis Lörrach. Dies entspricht 12% aller Pilotprojektfälle. Nach einem Anteil von 25% im Jahr 2011 hat der Anteil der kardiologischen Rehabilitationen seither jedoch deutlich abgenommen und betrug im Jahr 2014 noch 3%.

Deutlich weniger in Anspruch genommen wurden Rehabilitationen in den Bereichen Onkologie (3,3%) und Innere Medizin (2,1%), kaum in Anspruch genommen wurden Rehabilitationen in den Bereichen Geriatrie sowie Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen.

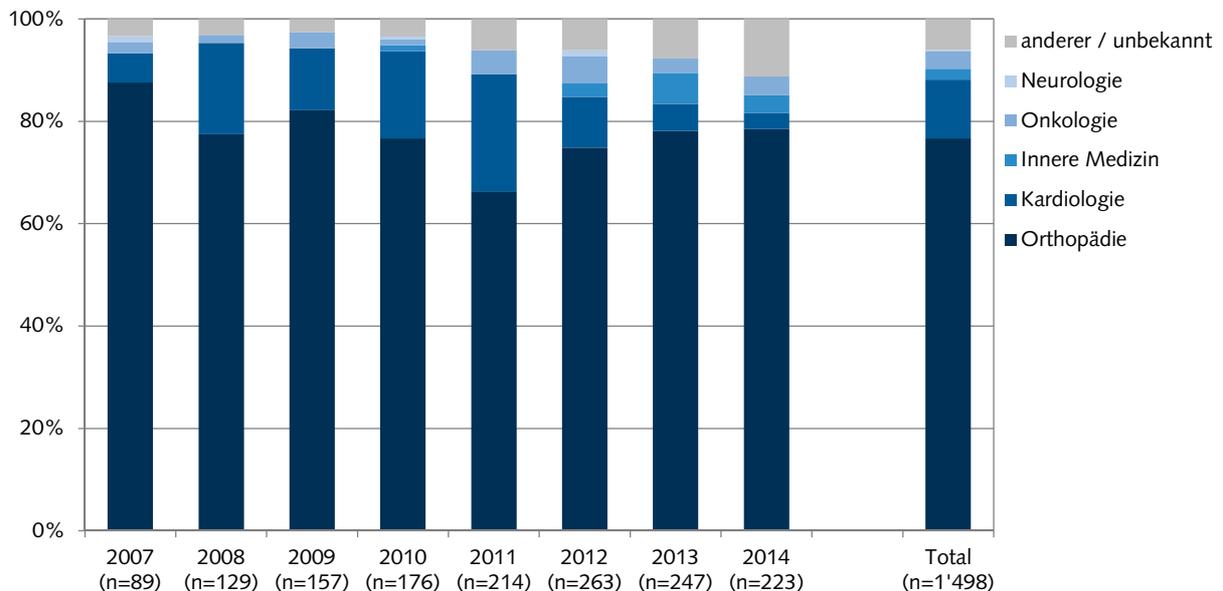
Tab. 3.3 Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsart und Leistungsbereich, 2007–2014

| Leistungsart                   | Leistungsbereich                            | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014         | Total |
|--------------------------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-------|
|                                |   | n          | n          | n          | n          | n          | n          | n          | n            | n     |
| Akut-<br>Behandlung            | Geburtshilfe/Gynäkologie                    | 1          | -          | -          | 3          | 2          | -          | -          | -            | 6     |
|                                | Geriatric                                   | -          | -          | -          | -          | -          | -          | -          | -            | 0     |
|                                | Kardiologie                                 | -          | -          | -          | -          | -          | 1          | -          | -            | 1     |
|                                | Neurologie                                  | -          | -          | -          | -          | -          | 1          | -          | -            | 1     |
|                                | Orthopädie                                  | 1          | -          | -          | -          | 8          | 1          | 1          | -            | 11    |
|                                | Innere Medizin                              | -          | -          | -          | -          | -          | 1          | 1          | -            | 2     |
|                                | Pädiatrie                                   | -          | -          | -          | -          | -          | -          | -          | -            | 0     |
|                                | Anderer Leistungsbereich                    | -          | -          | -          | -          | -          | -          | 1          | 3            | 4     |
| <b>Total Akut-Behandlungen</b> | <b>2</b>                                    | <b>-</b>   | <b>-</b>   | <b>3</b>   | <b>10</b>  | <b>4</b>   | <b>3</b>   | <b>3</b>   | <b>25</b>    |       |
| Rehabilita-<br>tion            | Geriatric                                   | 3          | -          | -          | 1          | -          | -          | -          | -            | 4     |
|                                | Kardiologie                                 | 5          | 23         | 19         | 30         | 49         | 26         | 13         | 7            | 172   |
|                                | Neurologie                                  | 1          | -          | -          | 1          | -          | 3          | -          | -            | 5     |
|                                | Onkologie                                   | 2          | 2          | 5          | 2          | 10         | 14         | 7          | 8            | 50    |
|                                | Orthopädie                                  | 78         | 100        | 129        | 135        | 142        | 197        | 193        | 175          | 1 149 |
|                                | Innere Medizin                              | -          | -          | -          | 2          | -          | 7          | 15         | 8            | 32    |
|                                | Psychosomatik/<br>Abhängigkeitserkrankungen | -          | -          | -          | -          | 1          | 1          | 1          | -            | 3     |
|                                | Anderer Leistungsbereich                    | -          | -          | -          | 4          | 7          | 4          | -          | 2            | 17    |
|                                | Reha-Bereich unbekannt                      | -          | 4          | 4          | 1          | 5          | 11         | 18         | 23           | 66    |
| <b>Total Rehabilitation</b>    | <b>89</b>                                   | <b>129</b> | <b>157</b> | <b>176</b> | <b>214</b> | <b>263</b> | <b>247</b> | <b>223</b> | <b>1 498</b> |       |
| Unbekannt                      | -   | 1          | 1          | -          | -          | 2          | 1          | 7          | 12           |       |
| <b>Total</b>                   | <b>91</b>                                   | <b>130</b> | <b>158</b> | <b>179</b> | <b>224</b> | <b>269</b> | <b>251</b> | <b>233</b> | <b>1 535</b> |       |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

Abb. 3.6 Prozentualer Anteil der Leistungsbereiche bei der Leistungsart Rehabilitation, 2007–2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

### 3.2.2 Pilotprojektfälle nach Krankenkasse, Zuweiser und Klinik

#### Pilotprojektfälle nach Krankenkasse

Im Projektjahr 2014 waren 36 Versicherungen potentielle Datenlieferanten (Daten der eigenen Kasse und von Kassen im Verbund, vgl. Tab. 1.2). Von diesen wiesen 16 im Jahr 2014 keine Pilotprojektfälle auf (Tab. 3.4).

Wie in den Vorjahren lieferten zehn Krankenversicherer Daten an das Obsan: Vier Krankenversicherer lieferten weniger als zehn Fälle, drei zwischen elf und 25 Fälle und weitere drei Krankenversicherer übermittelten Daten zu mehr als 25 Fällen. Einige Datenlieferanten lieferten auch Daten von anderen Kassen im Verbund (Tochtergesellschaften), nicht alle Lieferanten konnten jedoch die Fälle dieser Verbundkassen kennzeichnen bzw. mit der korrekten BAG-Nr. versehen. Deshalb kann die Anzahl der einzelnen Krankenversicherer, die in den Jahren 2010–2014 Pilotprojektfälle aufweisen, nicht genau ermittelt werden.

**Tab. 3.4 Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2010–2014**

| Anzahl Fälle        | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                     | n         | n         | n         | n         | n         |
| 0 Fälle             | 15        | 12        | 15        | 12        | 16        |
| <b>Mind. 1 Fall</b> | <b>10</b> | <b>10</b> | <b>10</b> | <b>10</b> | <b>10</b> |
| 1-10 Fälle          | 6         | 4         | 3         | 2         | 4         |
| 11-25 Fälle         | 2         | 4         | 5         | 5         | 3         |
| >25 Fälle           | 2         | 2         | 2         | 3         | 3         |
| <b>Total</b>        | <b>25</b> | <b>22</b> | <b>25</b> | <b>22</b> | <b>26</b> |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer). © Obsan 2015

#### Pilotprojektfälle nach Zuweiser

Für das Pilotprojekt von zentraler Bedeutung ist die Rolle der zuweisenden Instanzen. Es ist anzunehmen, dass der Entscheid für eine Behandlung in Deutschland in der Regel mit der zuständigen Fachperson diskutiert wird. Seit der Datenerhebung 2013 werden die Angaben zur zuweisenden Instanz von allen Krankenversicherern geliefert, wenn auch nicht von allen ganz vollständig. Die Anzahl fehlender Werte hat sich von über 50% in den Jahren bis 2012 auf rund 10% im 2014 verringert.

Über die gesamte Projektdauer wurde die zu behandelnde Person bei bekanntem Zuweiser in 78 Prozent der Fälle von einem Schweizer Krankenhaus der Kantone Basel-Landschaft oder Basel-Stadt überwiesen. 30% der Fälle mit bekanntem Zuweiser wurden von einem einzigen grossen Spital in Basel-Stadt überwiesen und weitere 25% von einem anderen Basler Spital. 12% der Patientinnen und Patienten wurden von in der Schweiz niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überwiesen, 7% von deutschen Kliniken und 3% von Schweizer Spitälern ausserhalb der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Über die gesamte Phase II nahm der Anteil der Schweizer Spitälern bei den Überweisungen ab, während in den letzten 2-3 Jahren die deutschen Kliniken sowie die niedergelassenen Schweizer Ärztinnen und Ärzte für die Überweisungen an Bedeutung gewonnen haben.

Tab. 3.5 Anzahl Pilotprojektfälle nach zuweisender Instanz, 2010–2014

|                                    | 2010       |              | 2011       |              | 2012       |              | 2013       |              | 2014       |              | Total        |              |
|------------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
|                                    | n          | %            | n          | %            | n          | %            | n          | %            | n          | %            | n            | %            |
| <b>Total Pilotprojektfälle</b>     | <b>179</b> | <b>100.0</b> | <b>224</b> | <b>100.0</b> | <b>269</b> | <b>100.0</b> | <b>251</b> | <b>100.0</b> | <b>233</b> | <b>100.0</b> | <b>1 156</b> | <b>100.0</b> |
| Nicht zugewiesen                   | 0          | 0.0          | 2          | 0.9          | 6          | 2.2          | 91         | 36.3         | 92         | 39.5         | 191          | 16.5         |
| Zuweiser nicht bekannt             | 102        | 57.0         | 115        | 51.3         | 139        | 51.7         | 16         | 6.4          | 25         | 10.7         | 397          | 34.3         |
| Zuweiser bekannt                   | 77         | 43.0         | 107        | 47.8         | 124        | 46.1         | 144        | 57.4         | 116        | 49.8         | 568          | 49.1         |
| <b>Bekannte Zuweiser</b>           | <b>77</b>  | <b>100.0</b> | <b>107</b> | <b>100.0</b> | <b>124</b> | <b>100.0</b> | <b>144</b> | <b>100.0</b> | <b>116</b> | <b>100.0</b> | <b>568</b>   | <b>100.0</b> |
| Spital Kanton BS/BL                | 70         | 90.9         | 95         | 88.8         | 96         | 77.4         | 104        | 72.2         | 78         | 67.2         | 443          | 78.0         |
| Schweizer Spital in anderem Kanton | 2          | 2.6          | 3          | 2.8          | 3          | 2.4          | 7          | 4.9          | 2          | 1.7          | 17           | 3.0          |
| Deutsche Klinik                    | 1          | 1.3          | 0          | 0.0          | 3          | 2.4          | 21         | 14.6         | 17         | 14.7         | 42           | 7.4          |
| Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen    | 4          | 5.2          | 9          | 8.4          | 22         | 17.7         | 12         | 8.3          | 19         | 16.4         | 66           | 11.6         |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer).

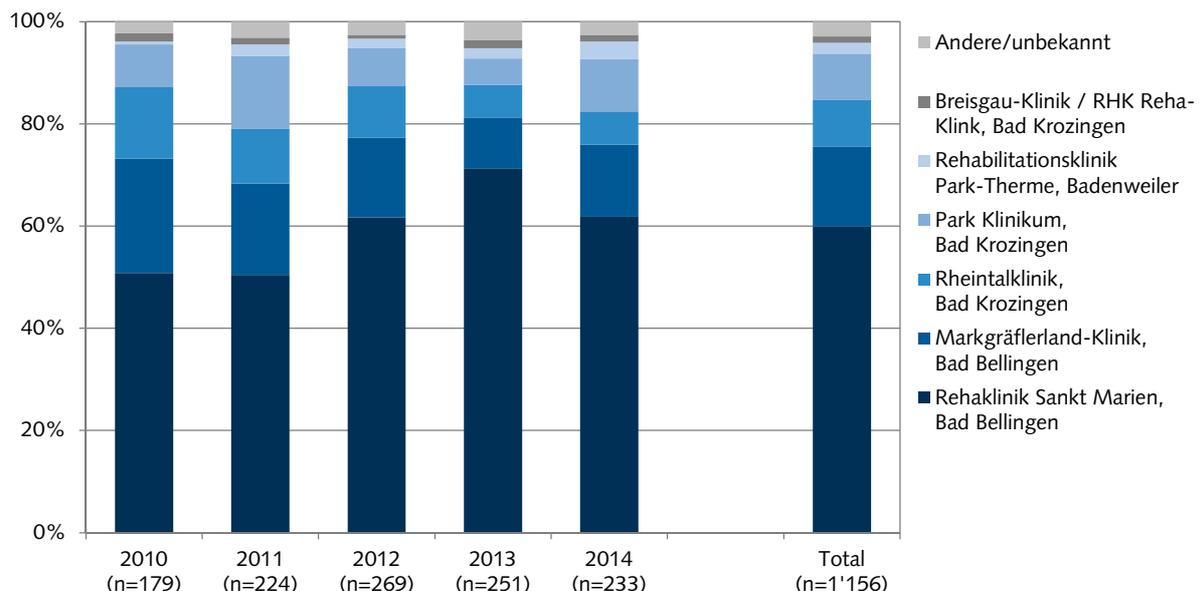
© Obsan 2015

### Pilotprojektfälle nach behandelnder deutscher Klinik

Auf deutscher Seite nehmen inzwischen insgesamt zwölf Kliniken an sieben Orten am Pilotprojekt teil (Tab. 1.1). Bereits in der Phase I hatte sich abgezeichnet, dass die angebotenen Kliniken und Stand-orte nur partiell genutzt werden (Zumbrunn et al., 2010). Diese Tendenz hat sich in der Phase II fortgesetzt.

Die Pilotprojektfälle betrafen in den Jahren 2010–2014 zwar Aufenthalte in allen zwölf beteiligten Kliniken. Sechs der Kliniken behandelten in dieser Zeit jedoch weniger als zehn Personen im Rahmen des Pilotprojektes. In Abb. 3.7 ist die Verteilung der Behandlungen auf die deutschen Kliniken abgebildet. 60% der Patientinnen und Patienten liessen sich in der Rehaklinik St. Marien in Bad Bellingen behandeln. An zweiter Stelle steht die Markgräflerland-Klinik, ebenfalls in Bad Bellingen, wo 16% der Behandlungen stattfanden, gefolgt von der Rheintalklinik in Bad Krozingen mit einem Anteil von 10%.

Abb. 3.7 Verteilung der Pilotprojektfälle auf deutsche Kliniken, 2010–2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

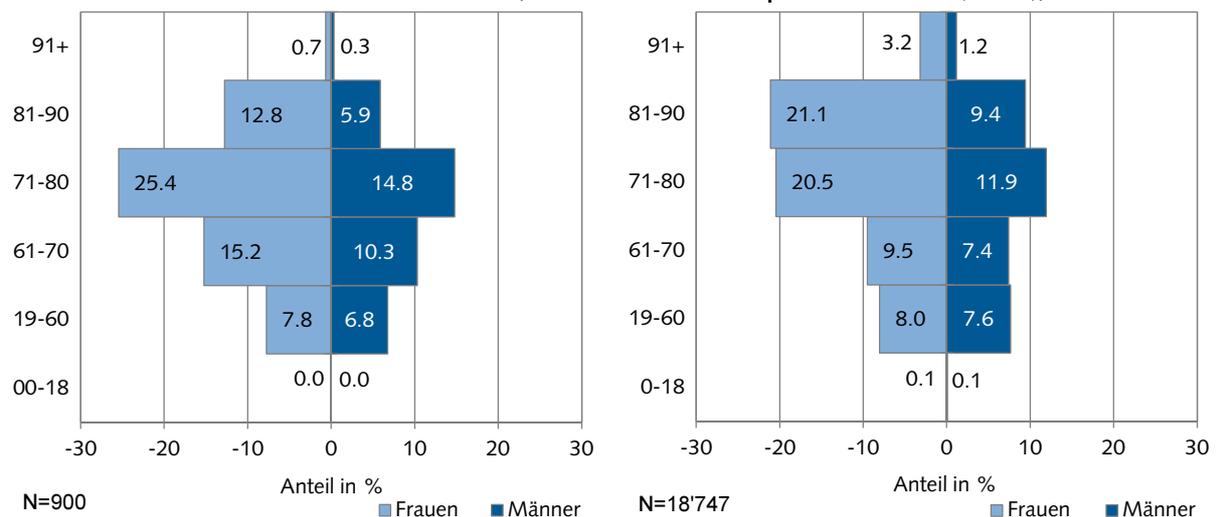
### 3.2.3 Pilotprojektfälle nach Alter, Geschlecht und Nationalität der Patientinnen und Patienten

In den Jahren 2010–2014 waren 63% der Teilnehmenden am Pilotprojekt Frauen und 86% waren über 60 Jahre alt. Der Frauenanteil und der Anteil der über 60-Jährigen variierten über diesen Zeitraum nur leicht (Daten nicht gezeigt). Ein Vergleich mit Basler Rehabilitationspatientinnen und -patienten in Schweizer Spitälern, deren Behandlung von einer Krankenversicherung finanziert wurde, zeigt, dass der Frauenanteil unter diesen praktisch gleich hoch ist (62%) wie unter den Teilnehmenden am Pilotprojekt<sup>10</sup>.

Abb. 3.8 vergleicht die Alters- und Geschlechtsstruktur der Rehabilitationspatientinnen und -patienten des Pilotprojektes mit derjenigen der Basler Rehabilitationspatientinnen und -patienten in Schweizer Spitälern für die Jahre 2010–2013<sup>11</sup>. Daraus geht hervor, dass die 61- bis 80-Jährigen im Pilotprojekt überproportional vertreten sind, während die über 80-Jährigen und die unter 61-Jährigen untervertreten sind. Damit bestätigen sich in der Phase II des Pilotprojektes die bereits in der Phase I beobachteten Unterschiede der Alters- und Geschlechtsstruktur (Zumbrunn et al., 2010).

Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten waren über die gesamte Projektdauer hinweg (2007–2014) Schweizer Staatsangehörige (84,1%), vier Prozent sind Deutsche und drei Prozent stammen aus anderen EU-Staaten (Abb. 3.9).

**Abb. 3.8** Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patient/innen (links) sowie der Rehabilitationspatient/innen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden (rechts), 2010–2013



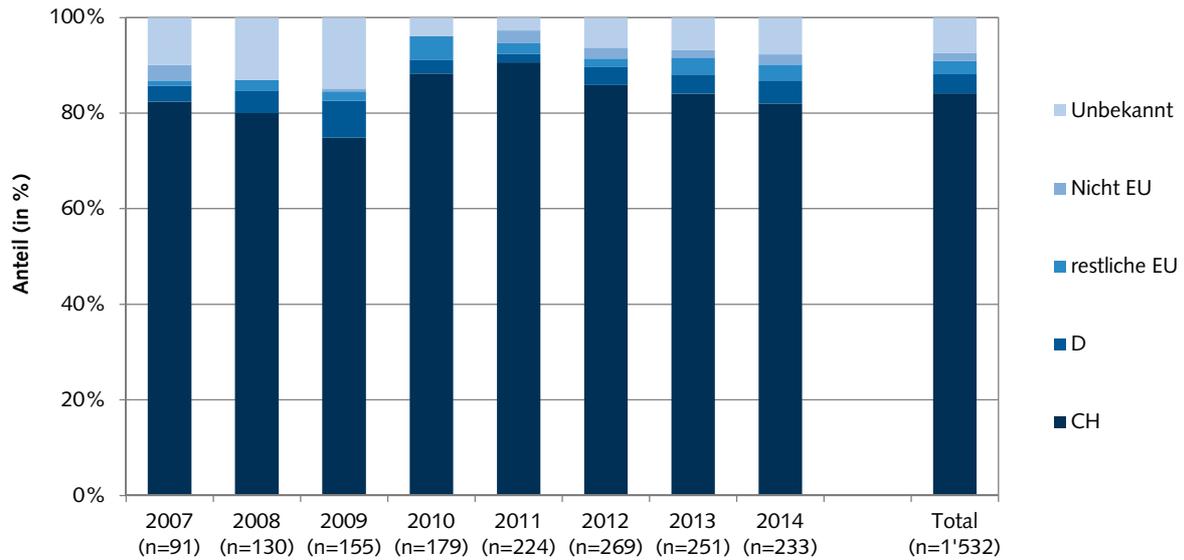
Quelle: Pilotprojektfälle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2013 (Krankenversicherer), n<sub>2010–2013</sub>=900. Rehabilitationen von Personen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden: Medizinische Statistik BFS (MS), 2010–2013, n<sub>2010–2013</sub>=18'747.

© Obsan 2015

<sup>10</sup> Die Medizinische Statistik liefert die Alters- und Geschlechtsstruktur der Rehabilitationspatientinnen und -patienten mit Wohnort Basel-Stadt oder Basel-Landschaft, die sich in den Jahren 2009–2013 in einer Schweizer Klinik behandeln liessen. Die Daten der Medizinischen Statistik 2014 liegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung noch nicht vor. Für den Vergleich der Alters- und Geschlechtsstruktur wurden die Pilotprojektdaten für die Zeitperioden 2010–2014 und 2010–2013 aggregiert, die Daten der medizinischen Statistik für die Zeitperioden 2009–2013 und 2010–2013. Bei beiden Datensätzen unterscheidet sich die Alters- und Geschlechtsstruktur bei der Aggregation über vier oder fünf Jahre nur geringfügig.

<sup>11</sup> Für diese vier Jahre liegen sowohl für das Pilotprojekt wie für die Medizinische Statistik Daten vor.

**Abb. 3.9 Verteilung der Pilotprojektfälle nach Nationalität der Patient/innen, 2007–2014**



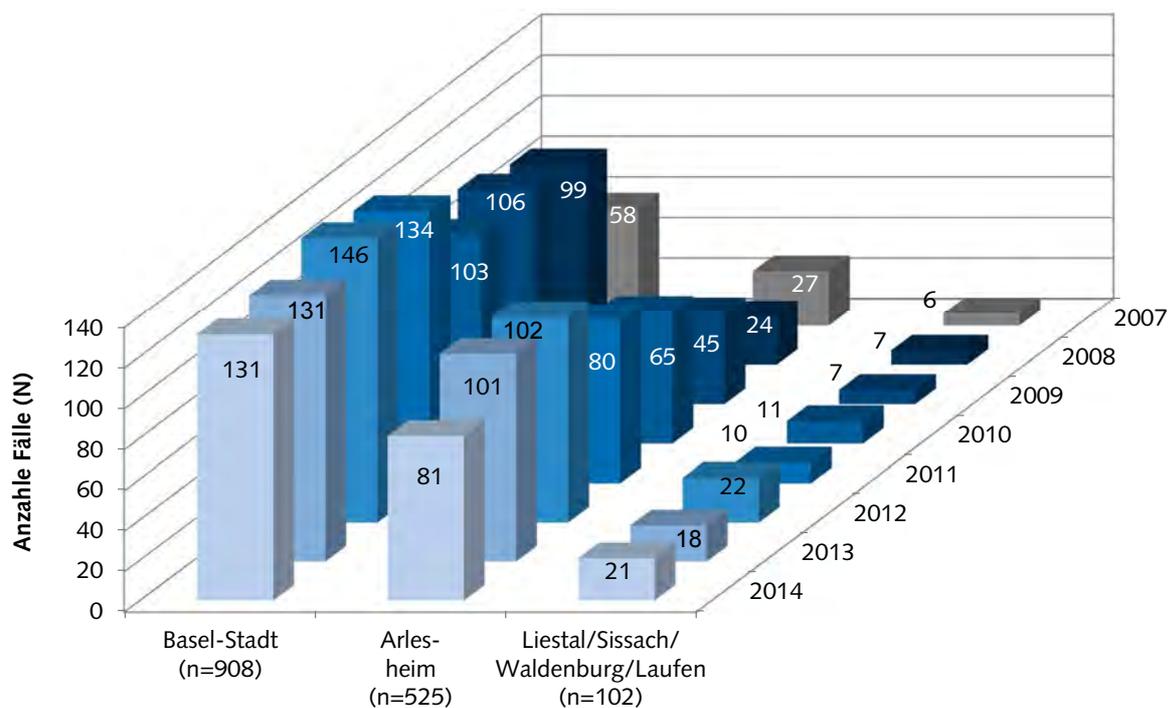
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

### 3.2.4 Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort

Über die gesamte Projektdauer (2007–2014) wohnten 59% der Patientinnen und Patienten des Pilotprojektes im Kanton Basel-Stadt, 35% in den Gemeinden des grenznahen Bezirks Arlesheim und 9% in den übrigen Basler Bezirken (Liestal, Sissach, Laufen, Waldenburg). Im Vergleich zur Phase I hat der Anteil der Teilnehmenden aus dem Kanton Basel-Landschaft in der Phase II deutlich zugenommen (von 30% auf 44%), während sich der Anteil aus dem Kanton Basel-Stadt entsprechend reduziert hat (von 70% auf 56%).

**Abb. 3.10 Verteilung der Patient/innen des Pilotprojektes auf die Bezirke der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, 2007–2014**



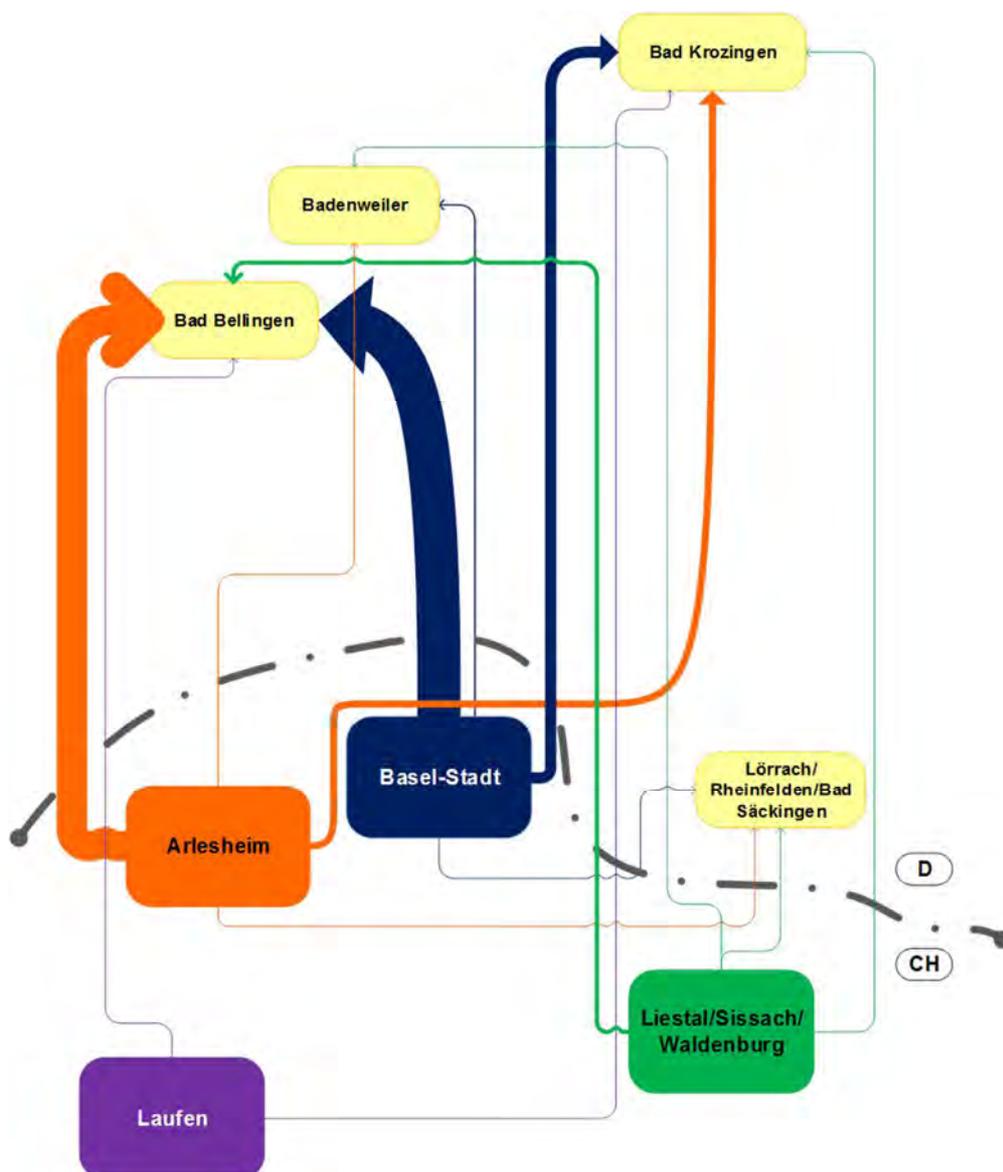
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2015 (Krankenversicherer), n=1535.

© Obsan 2015

Abbildung 3.11. zeigt die relativen Anteile der Patientenflüsse in den Jahren 2010–2014 zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft einerseits und den Klinikstandorten in Deutschland andererseits. Die grössten Patientenflüsse gehen von Basel-Stadt und Arlesheim nach Bad Bellingen, dem Standort der zwei Kliniken, die am meisten Pilotprojektfälle aufweisen: Die Rehaklinik St.Marien und die Markgräflerland-Klinik (vgl. Abb. 3.7). Die Patientenströme Arlesheim-Bad Bellingen und Basel-Stadt-Bad-Bellingen machen 29,1% bzw. 41,4% der Behandlungen aus. Insgesamt liessen sich vier von fünf Patientinnen oder Patienten in Bad Bellingen behandeln. Der drittgrösste Patientenstrom geht von Basel-Stadt nach Bad Krozingen (11,0%), der viertgrösste von Arlesheim nach Bad-Krozingen (6,8%).

Nur wenige Patientinnen und Patienten aus den Baselbieter Bezirken Liestal, Sissach, Waldenburg und Laufen liessen sich im Rahmen des Pilotprojektes behandeln. Entsprechend klein sind die Patientenströme zwischen diesen Bezirken und den deutschen Klinikstandorten. Mit einem Anteil von 2,6% gehen vergleichsweise am meisten Personen von Liestal nach Bad Bellingen.

Abb. 3.11 Patientenflüsse im Pilotprojekt zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und den Klinikstandorten in Deutschland, 2010–2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer), n=1152.

© Obsan 2015

Nicht dargestellt sind je ein Fall Arlesheim → Höchenschwand, Basel-Stadt → Hinterzarten sowie Liestal → Freiburg i.Br

### 3.2.5 Aufenthaltsdauer und Behandlungskosten

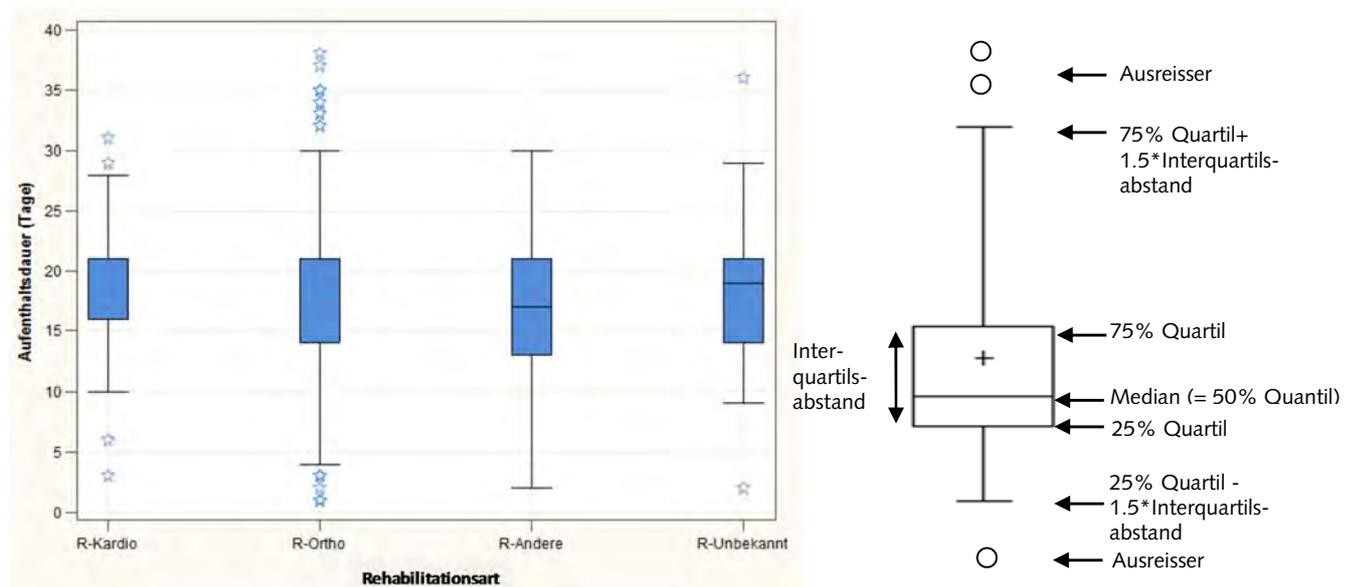
Wie bereits aufgezeigt, ist der allergrösste Teil der Patientinnen und Patienten, die sich im Rahmen des Pilotprojektes behandeln liessen, mit dem Ziel einer Rehabilitation nach Deutschland gegangen. Die meisten Auswertungen zur Aufenthaltsdauer und den Behandlungskosten werden deshalb nur für die Leistungsart Rehabilitation erstellt. Im deutschen Grenzgebiet werden Rehabilitationsaufenthalte wie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit Tagespauschalen abgerechnet. Deshalb hängen Behandlungskosten und Aufenthaltsdauer der Rehabilitationsfälle im Pilotprojekt eng zusammen. Im Folgenden werden Aufenthaltsdauer und Behandlungskosten der Projektjahre 2010–2014 nach Leistungsbereich und Kanton aufgezeigt und mit den Werten der Phase I verglichen<sup>12</sup>.

#### Aufenthaltsdauer

Gültige Daten zur Aufenthaltsdauer liegen für die Phase II zu 1116 von 1123 Rehabilitationen im Pilotprojekt vor. Durchschnittlich hielten sich die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2010–2014 während 17.4 Tagen in einer deutschen Rehabilitationsklinik auf (Median: 15 Tage)<sup>13</sup> (Tab. 3.6). Es lässt sich weder bei der mittlere Aufenthaltsdauer noch beim Median ein eindeutiger Trend feststellen.

Ein Vergleich der Bereiche Kardiologie und Orthopädie zeigt, dass orthopädische Rehabilitationen in allen Projektjahren kürzer waren als kardiologische (2010–2014: Median 14 vs. 21 Tage; vgl. Tab. 3.6). Allerdings ist die Streuung (Variation) bei den orthopädischen Rehabilitationen etwas grösser, wie aus Abb. 3.12 ersichtlich ist. Diese zeigt sogenannte ‚Boxplots‘ für die Aufenthaltsdauer in den Jahren 2010–2014. Die ‚Box‘ gibt an, in welchem Bereich die mittleren 50% der Fälle liegen. Bei den orthopädischen Rehabilitationen weisen 50% der Fälle eine Aufenthaltsdauer zwischen 14 und 21 Tagen auf, bei den kardiologischen zwischen 16 und 21.

Abb. 3.12 Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer (in Tagen), 2010–2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2014 (Krankenversicherer), n=1116.

© Obsan 2015

<sup>12</sup> Aus technischen Gründen (getrennte Datenbanken) können nicht alle statistischen Kennzahlen über die gesamte Laufzeit berechnet werden.

<sup>13</sup> Durchschnittliche Aufenthaltsdauer = Summe der Aufenthaltstage/Anzahl Patient/innen.  
Median= Gibt den Wert an, welche die nach Aufenthaltsdauer sortierten Patienten in der Mitte teilt. Bsp. Median =14: Im Jahr 2013 hält sich die Hälfte der Patienten weniger als 14 Tage in der Reha auf, die Hälfte 14 Tage oder mehr.

Tab. 3.6 Aufenthaltsdauer der Rehabilitations-Fälle nach Leistungsbereich und Projektjahr, 2007–2014

| Leistungs-<br>bereich     | Projekt-<br>jahr | n<br>(Fälle) | n<br>(gültige<br>Werte) | n<br>(fehlende<br>Werte) | Mittel-wert | Median    | Min.     | Max.      |
|---------------------------|------------------|--------------|-------------------------|--------------------------|-------------|-----------|----------|-----------|
| Reha<br>Kardiologie       | 2007             | 5            | 5                       | 0                        | 27.6        | 28        | 16       | 34        |
|                           | 2008             | 23           | 23                      | 0                        | 19.5        | 20        | 6        | 29        |
|                           | 2009             | 19           | 19                      | 0                        | 20.3        | 21        | 7        | 34        |
|                           | 2010             | 30           | 30                      | 0                        | 19.4        | 21        | 3        | 31        |
|                           | 2011             | 49           | 49                      | 0                        | 18.4        | 19        | 10       | 28        |
|                           | 2012             | 26           | 26                      | 0                        | 20.0        | 21        | 13       | 28        |
|                           | 2013             | 13           | 13                      | 0                        | 18.8        | 21        | 13       | 24        |
|                           | 2014             | 7            | 7                       | 0                        | 16.7        | 20        | 6        | 21        |
|                           | <b>2010–2014</b> | <b>125</b>   | <b>125</b>              | <b>0</b>                 | <b>18.9</b> | <b>21</b> | <b>3</b> | <b>31</b> |
| Reha<br>Orthopädie        | 2007             | 78           | 78                      | 0                        | 17.1        | 17.5      | 2        | 34        |
|                           | 2008             | 100          | 98                      | 2                        | 15.5        | 14        | 0        | 27        |
|                           | 2009             | 127          | 124                     | 3                        | 17.1        | 14.5      | 2        | 42        |
|                           | 2010             | 135          | 135                     | 0                        | 16.8        | 15        | 1        | 29        |
|                           | 2011             | 142          | 141                     | 1                        | 17.3        | 15        | 3        | 58        |
|                           | 2012             | 197          | 197                     | 0                        | 17.3        | 14        | 1        | 55        |
|                           | 2013             | 193          | 190                     | 3                        | 16.8        | 14        | 1        | 62        |
|                           | 2014             | 175          | 175                     | 0                        | 17.3        | 14        | 1        | 99        |
|                           | <b>2010–2014</b> | <b>842</b>   | <b>838</b>              | <b>4</b>                 | <b>17.1</b> | <b>14</b> | <b>1</b> | <b>99</b> |
| Anderer<br>Reha-Bereich   | 2007             | 6            | 6                       | 0                        | 14.0        | 13.0      | 8        | 21        |
|                           | 2008             | 6            | 5                       | 1                        | 20.0        | 20.0      | 12       | 34        |
|                           | 2009             | 8            | 8                       | 0                        | 16.6        | 20.5      | 2        | 21        |
|                           | 2010             | 10           | 10                      | 0                        | 14.8        | 13.5      | 9        | 22        |
|                           | 2011             | 18           | 18                      | 0                        | 19.7        | 20.5      | 14       | 30        |
|                           | 2012             | 29           | 28                      | 1                        | 16.7        | 14        | 2        | 28        |
|                           | 2013             | 23           | 22                      | 1                        | 17.1        | 14        | 12       | 28        |
|                           | 2014             | 18           | 18                      | 0                        | 17.8        | 20        | 4        | 28        |
|                           | <b>2010–2014</b> | <b>98</b>    | <b>96</b>               | <b>2</b>                 | <b>17.4</b> | <b>17</b> | <b>2</b> | <b>30</b> |
| Reha-Bereich<br>Unbekannt | 2007             |              |                         |                          |             |           |          |           |
|                           | 2008             |              |                         |                          |             |           |          |           |
|                           | 2009             |              |                         |                          |             |           |          |           |
|                           | 2010             | 1            | 1                       | 0                        | 18.0        | 18        | 18       | 18        |
|                           | 2011             | 5            | 4                       | 1                        | 19.8        | 17        | 9        | 36        |
|                           | 2012             | 11           | 11                      | 0                        | 18.5        | 21        | 10       | 29        |
|                           | 2013             | 18           | 18                      | 0                        | 18.1        | 18.5      | 13       | 21        |
| 2014                      | 23               | 23           | 0                       | 17.8                     | 19          | 2         | 28       |           |
|                           | <b>2010–2014</b> | <b>58</b>    | <b>57</b>               | <b>1</b>                 | <b>18.2</b> | <b>19</b> | <b>2</b> | <b>36</b> |
| Alle Reha-Be-<br>reiche   | 2007             | 89           | 89                      | 0                        | 17.4        | 17.0      | 2        | 34        |
|                           | 2008             | 130          | 127                     | 3                        | 16.4        | 14.0      | 0        | 34        |
|                           | 2009             | 155          | 152                     | 3                        | 17.5        | 15.5      | 2        | 42        |
|                           | 2010             | 176          | 176                     | 0                        | 17.1        | 18        | 1        | 31        |
|                           | 2011             | 214          | 212                     | 2                        | 17.8        | 18        | 3        | 58        |
|                           | 2012             | 263          | 262                     | 1                        | 17.5        | 15        | 1        | 55        |
|                           | 2013             | 247          | 243                     | 4                        | 17.0        | 14        | 1        | 62        |
| 2014                      | 223              | 223          | 0                       | 17.3                     | 14          | 1         | 99       |           |
|                           | <b>2010–2014</b> | <b>1123</b>  | <b>1116</b>             | <b>7</b>                 | <b>17.4</b> | <b>15</b> | <b>1</b> | <b>99</b> |

<sup>1</sup>Mittelwert=arithmetisches Mittel

<sup>2</sup>Median: Gibt den Wert an, welche die nach Aufenthaltsdauer sortierten Patienten in der Mitte teilt. Bsp. Median=14: Im Jahr 2013 hält sich die Hälfte der Patienten weniger als 15 Tage in der Reha auf, die Hälfte 15 Tage oder mehr.

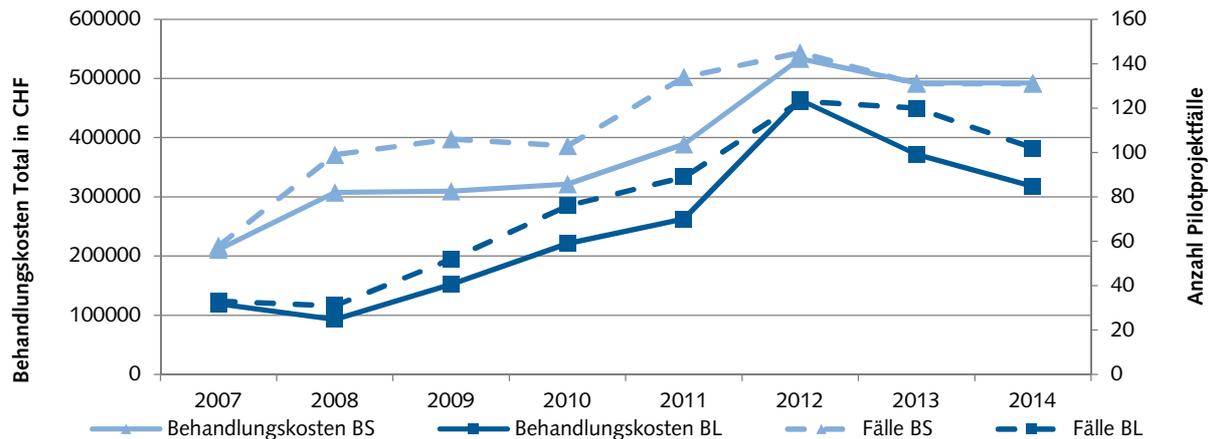
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

## Kosten

Abb. 3.13 zeigt für die Jahre 2007–2014 die Entwicklung der gesamten Behandlungskosten (Reha und Akut) und der Anzahl Fälle im Rahmen des Pilotprojektes nach Kanton auf. Die beiden Entwicklungen verlaufen recht parallel: Mit der Anzahl Pilotprojektfälle sind zwischen 2007 und 2012 in beiden Kantonen auch die gesamten Behandlungskosten gestiegen. Lagen die Kosten 2007 noch bei 330'000 Franken, erreichten sie 2012 eine Million Franken. Seither sind sowohl die Patientenzahlen als auch die Behandlungskosten in beiden Kantonen gesunken. Im Jahr 2014 lagen die gesamten Behandlungskosten der Pilotprojektfälle bei 810'000 Franken.

**Abb. 3.13** Entwicklung der totalen Behandlungskosten (Reha und Akut) und der Anzahl Pilotprojektfälle in deutschen Kliniken nach Wohnsitzkanton, 2007–2014



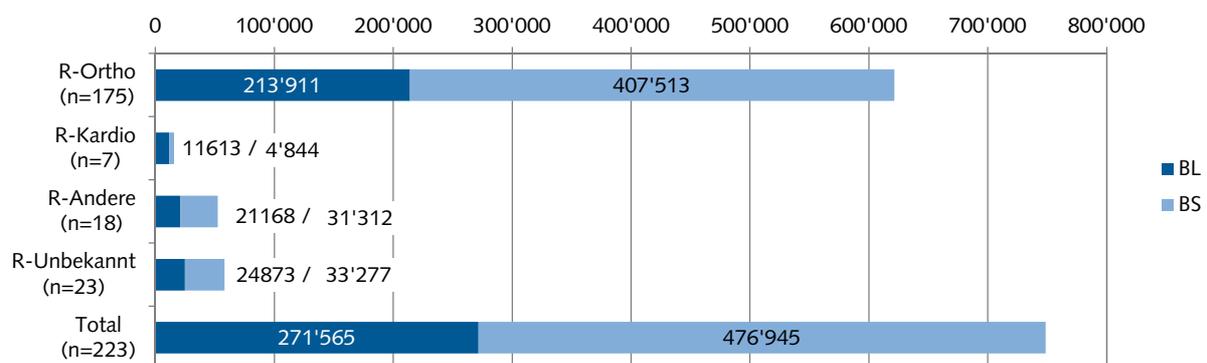
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2014 (Krankenversicherer), n=1533.

© Obsan 2015

In Abb. 3.14 sind die totalen Behandlungskosten für Rehabilitationsbehandlungen im Projektjahr 2014, getrennt nach Kanton und Leistungsbereich, wiedergegeben. Wie in den Vorjahren verursachten orthopädische Rehabilitationen – entsprechend ihrem Anteil von 78 Prozent an allen Rehabilitationen – den Grossanteil (83%) der Kosten (620'000 Franken). Auf die Kardiologie (3,1% der Rehabilitationen) entfallen 2,2% der Kosten (16'500 Franken). 61% der gesamten und 66% der orthopädischen Rehabilitationskosten fallen auf Versicherte des Kantons Basel-Stadt.

Gemäss den Pilotprojekt-Verträgen erstatteten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bis zum 1.1.2012 jeweils die Hälfte der Behandlungskosten der Pilotprojektfälle den Krankenversicherern zurück (bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt je 250'000 Franken), d.h. dass nur die Hälfte der abgebildeten Kosten über die OKP finanziert wurde. Seit dem 1.1.2012 finanzieren die Kantone jeweils einen Anteil von 55% und die OKP trägt 45% der Kosten (gemäss Art. 49a KVG).

**Abb. 3.14** Total Behandlungskosten der Pilotprojektfälle in deutschen Rehabilitations-Kliniken nach Wohnsitzkanton und Reha-Leistungsbereich, in Franken, 2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2014 (Krankenversicherer).

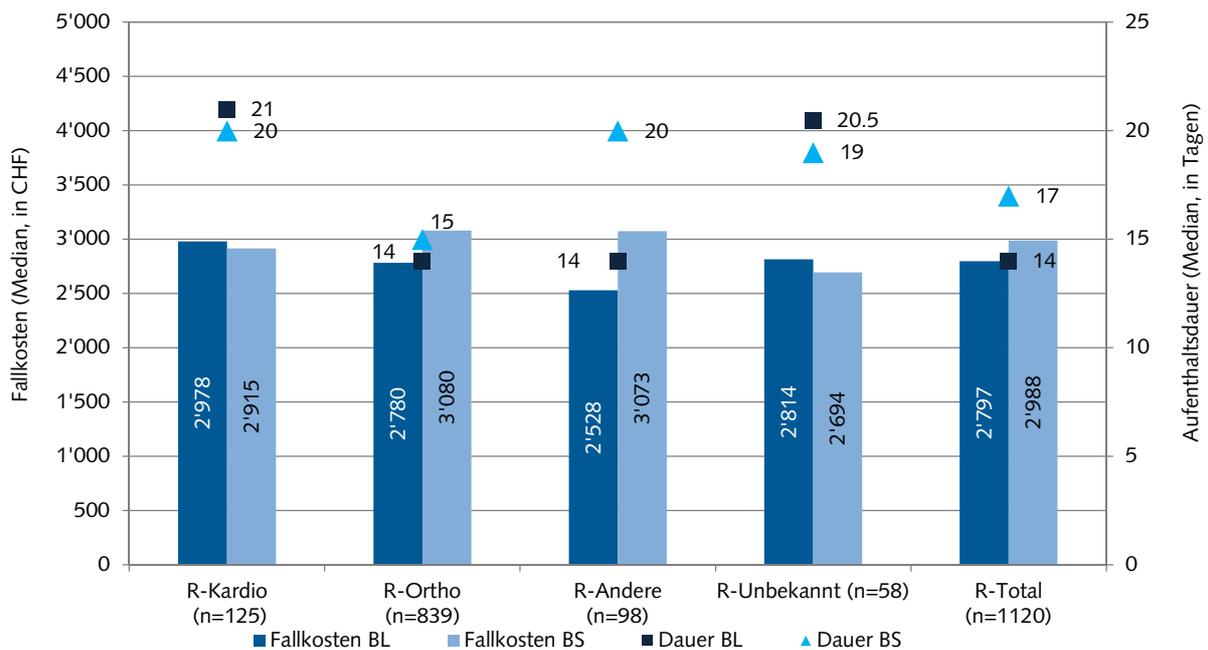
© Obsan 2015

### Kosten und Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich und Wohnkanton

Abb. 3.15 vergleicht die mittleren Fallkosten und Aufenthaltsdauern (jeweils Medianwerte) der Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt nach Leistungsbereich und Wohnkanton über die gesamte Phase II. In den Jahren 2010–2014 lagen die mittleren Fallkosten (Median) der verschiedenen Rehabilitationsleistungsbereiche in einem recht schmalen Band zwischen 2500 bis 3000 Franken. Patientinnen und Patienten der kardiologischen Rehabilitationen waren dabei jedoch länger in Behandlung als solche der orthopädischen Rehabilitation (Median: 21 vs. 14 Tage, vgl. auch Tab.3.6). Zwischen den mittleren Fallkosten und der mittleren Aufenthaltsdauer der im Kanton Basel-Stadt und Basel-Landschaft Versicherten bestehen insgesamt nur geringfügige Unterschiede, mit Ausnahme der Aufenthaltsdauer bei «anderen Rehabilitationen» (Medianwert BS: 20 Tage; BL: 14 Tage).

Die Entwicklung der mittleren Fallkosten (Median) nach Rehabilitationsleistungsbereich und Kanton seit 2010 lässt keinen klaren Trend erkennen (Abb. 3.16.). In den einzelnen Jahren liegen die mittleren Fallkosten grösstenteils zwischen 2500 und 3500 Franken. Ausnahmen sind die relativ hohen Fallkosten im Jahr 2012 für kardiologische Behandlungen bei Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft, die mit einigen wenigen vergleichsweise teuren Behandlungen in diesem Jahr erklärt werden können (Schmid & Bayer-Oglesby, 2013), sowie die Fallkosten im Jahr 2014 für orthopädische Behandlungen bei Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt. Dies zeigt auf, dass die mittleren Fallkosten aufgrund der eher kleinen Fallzahlen im Pilotprojekt von Jahr zu Jahr variieren können.

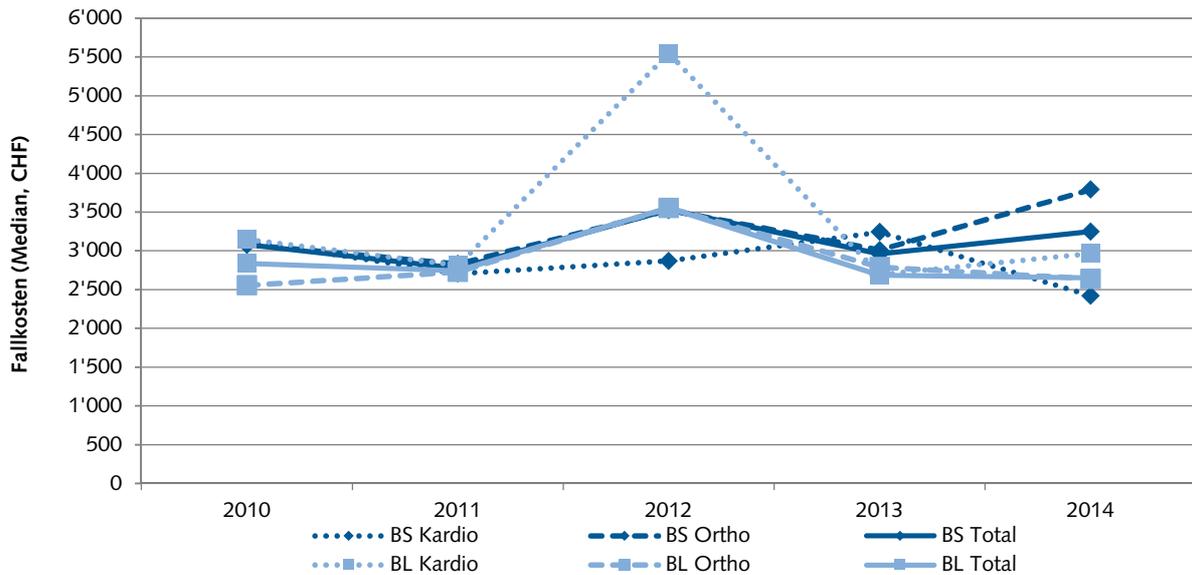
**Abb. 3.15 Fallkosten und Aufenthaltsdauer bei Rehabilitationsfällen, nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2014**



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2010–2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

Abb. 3.16 Entwicklung der Reha-Fallkosten nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2014



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2010–2014 (Krankenversicherer), n=964.

© Obsan 2015

### 3.3 Fazit Monitoring

**Berechtigte.** Im Kanton Basel-Stadt liegt der Anteil der berechtigten Versicherten seit Projektbeginn bei rund 90%. Im Kanton Basel-Landschaft hingegen war in der ersten Phase nur etwa die Hälfte der Versicherten berechtigt, sich im grenznahen Deutschland behandeln zu lassen. Mit dem Beginn der zweiten Phase nahm dieser Anteil deutlich zu und beträgt seither rund 85%.

**Potenzial.** Das Potenzial an Rehabilitationen im Pilotprojekt hat von rund 3000 Fällen im Jahr 2007 auf rund 5000 Fälle im Jahr 2014 zugenommen (plus 66%). Der Grund für diese Zunahme ist einerseits der grössere Anteil Berechtigter im Kanton Basel-Landschaft in der Phase II im Vergleich zur Phase I. Andererseits hat die absolute Zahl an Rehabilitationen von Basler Patientinnen und Patienten seit 2012 zugenommen, was mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung Anfang 2012 zusammenhängen dürfte.

**Fallzahlen und Leistungsbereiche.** In den Jahren 2007 bis 2014 fanden im Rahmen des Pilotprojektes insgesamt 1535 Behandlungen statt. Im Jahr 2007 startete das Pilotprojekt mit 91 Fällen und erreichte im Jahr 2012 mit 269 Fällen einen Höchststand. Danach gingen die Fallzahlen wieder etwas zurück und lagen im Jahr 2014 bei 233 Fällen. Seit Projektbeginn werden von den Basler Patientinnen und Patienten in den beteiligten deutschen Kliniken fast ausschliesslich Rehabilitationen (97,6%) in Anspruch genommen. Lediglich 25 Fälle betrafen eine Akut-Behandlung. Über die gesamte Projektdauer fällt der Grossteil der Rehabilitationen auf den Bereich Orthopädie (77%), an zweiter Stelle steht der Bereich Kardiologie (12%). Deutlich weniger in Anspruch genommen wurden Rehabilitationen in den Bereichen Onkologie (3,3%) und Innere Medizin (2,1%).

**Mobilitätsrate.** Die Mobilitätsrate, d.h. das Verhältnis von Pilotprojektfällen zum Potenzial an Rehabilitationen, ist nach einer konstanten Zunahme in der Phase I beim Wechsel zur Phase II zunächst gesunken, danach war wieder eine leichte Zunahme auszumachen. Seit 2011 hat die Mobilitätsrate stetig abgenommen und lag im Jahr 2014 für alle Rehabilitationen bei 4,6% und für orthopädische/kardiologische Rehabilitationen bei 6,0%. Die beobachtete Reduktion ist vor allem auf die Reduktion der Mobilitätsrate im Bereich der Kardiologie zurückzuführen und hat zwei Gründe: erstens hat sich die Zahl der Pilotprojektfälle in den Jahren 2013 und 2014 im Vergleich zum Jahr 2012 verringert, zweitens ist das Potenzial an orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationen seit 2012 gestiegen, so dass der relative Anteil der im Rahmen des Pilotprojektes realisierten Rehabilitationen zurückging.

*Zuweiser.* Über die gesamte Projektdauer wurde die zu behandelnde Person bei bekanntem Zuweiser in 78 Prozent der Fälle von einem Krankenhaus in den Kantonen Basel-Landschaft oder Basel-Stadt überwiesen. 30% der Fälle mit bekanntem Zuweiser wurden von einem einzigen grossen Spital in Basel-Stadt überwiesen und weitere 25% von einem anderen Basler Spital. Über die gesamte Phase II nahm der Anteil der Schweizer Spitäler bei den Überweisungen jedoch ab (2014: 67%), während in den letzten 2-3 Jahren die Deutschen Kliniken (2014: 15%) sowie die niedergelassenen Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2014: 16%) für die Überweisungen an Bedeutung gewonnen haben.

*Demographie der Patientinnen und Patienten.* In den Jahren 2010–2014 waren 63% der Teilnehmenden am Pilotprojekt Frauen und 86% waren über 60 Jahre alt. Der Frauenanteil und der Anteil der über 60-Jährigen variierten in dieser Zeit nur leicht. Im Vergleich zu den Basler Rehabilitations-patientinnen und -patienten in Schweizer Spitälern sind die 61- bis 80-Jährigen im Pilotprojekt überproportional vertreten, während die über 80-Jährigen und die unter 61-Jährigen untervertreten sind. 84,1% der Patientinnen und Patienten waren Schweizer Staatsangehörige, vier Prozent sind Deutsche und drei Prozent stammen aus anderen EU-Staaten.

*Patientenflüsse.* Auf deutscher Seite nehmen insgesamt zwölf Kliniken in sieben Orten am Pilotprojekt teil, die Angebote werden jedoch nur partiell genutzt. 60% der Patientinnen und Patienten liessen sich in der Rehaklinik St.Marien in Bad Bellingen behandeln, an zweiter Stelle folgt mit einem Anteil von 16% die Markgräflerland-Klinik, ebenfalls in Bad Bellingen, an dritter Stelle steht die Rheintalklinik in Bad Krozingen mit einem Anteil von 10%. Über die gesamte Projektdauer (2007–2014) wohnten 59% der Patientinnen und Patienten des Pilotprojektes im Kanton Basel-Stadt, 35% in den Gemeinden des grenznahen Bezirks Arlesheim und 9% in den übrigen Basler Bezirken (Liestal, Sissach, Laufen Waldenburg). Im Vergleich zur Phase I hat der Anteil der Teilnehmenden aus dem Kanton Basel-Landschaft in der Phase II deutlich zugenommen (von 30% auf 44%), während sich der Anteil aus dem Kanton Basel-Stadt entsprechend reduziert hat (von 70% auf 56%).

*Aufenthaltsdauer und Kosten.* Durchschnittlich hielten sich die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2010–2014 während 17.4 Tagen in einer deutschen Rehabilitationsklinik auf (Median: 15 Tage). Weder bei der mittlere Aufenthaltsdauer noch beim Median lässt sich ein zeitlicher Trend feststellen. Die Gesamtkosten der Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes haben sich parallel zu den Fallzahlen entwickelt, da die Rehabilitationsaufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet werden. Im Projektjahr 2014 lagen diese bei total 810'000 Franken. Gemäss Art. 49a KVG wurden davon 45% über die OKP und 55% von den Kantonen finanziert. Zwischen den verschiedenen Rehabilitationsleistungsbereichen unterscheiden sich die mittleren Fallkosten im Zeitraum 2010–2014 nicht stark und liegen zwischen 2500 bis 3000 Franken.

## 4 Grenzüberschreitende Kooperationen

Dieses Kapitel evaluiert das dritte Projektziel des Pilotprojektes GRÜZ, die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer. Es werden die Resultate der Online-Befragung von Spitälern und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Frühjahr 2013 präsentiert (Schmid, 2013). 24 der 31 angeschriebenen Institutionen beteiligten sich an der Befragung, was einer Rücklaufquote von 77.5% entspricht.

### 4.1 Involvierte Institutionen und Art der Kooperationen

Von den 24 teilnehmenden Institutionen gaben zehn Institutionen (42%) an, keine grenzüberschreitenden Kooperationen mit Partnerinstitutionen im Landkreis Lörrach zu haben (Abb. 4.1). Dies betrifft mehrheitlich kleinere Spitäler sowie Geburtshäuser. Von den 14 Institutionen mit grenzüberschreitenden Kooperationen gaben zwölf das Einverständnis zur namentlichen Erwähnung.

Abb. 4.1 Anteil der Institutionen mit grenzüberschreitenden Kooperationen

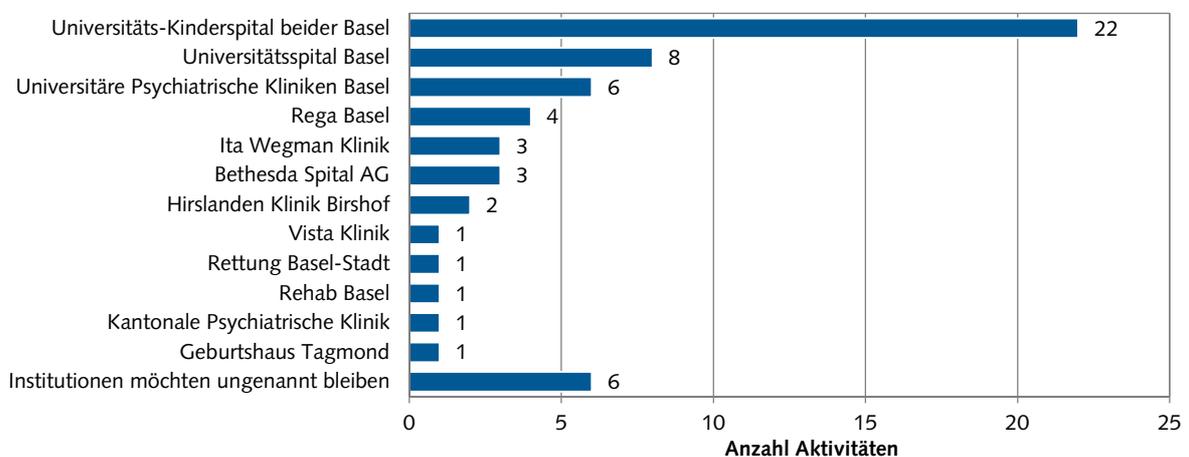


Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, n=24 Institutionen

© Obsan 2015

Abb. 4.2 zeigt die Anzahl angegebener grenzüberschreitender Kooperationen nach Institution. Am stärksten in grenzüberschreitende Kooperationen involviert sind die Spitäler und Kliniken der Universität Basel. Mit 22 Kooperationen hat das Universitäts-Kinderspital beider Basel die höchste Anzahl grenzüberschreitender Aktivitäten angegeben, gefolgt vom Universitätsspital Basel (8 Kooperationen) und den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (6 Kooperationen). Von den acht Kooperationen des Universitätsspitals Basel erfolgen fünf im Rahmen des Medizinischen Versorgungszentrums Lörrach (MVZ Lörrach). An vierter Stelle steht die Rega Basel, die vier grenzüberschreitende Aktivitäten angegeben hat. Zwei Institutionen, die insgesamt von sechs Kooperationen mit Partnern im Landkreis Lörrach berichtet haben, möchten ungenannt bleiben.

Abb. 4.2 Anzahl grenzüberschreitender Aktivitäten nach involvierten Institutionen



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, n=59 Aktivitäten.

© Obsan 2015

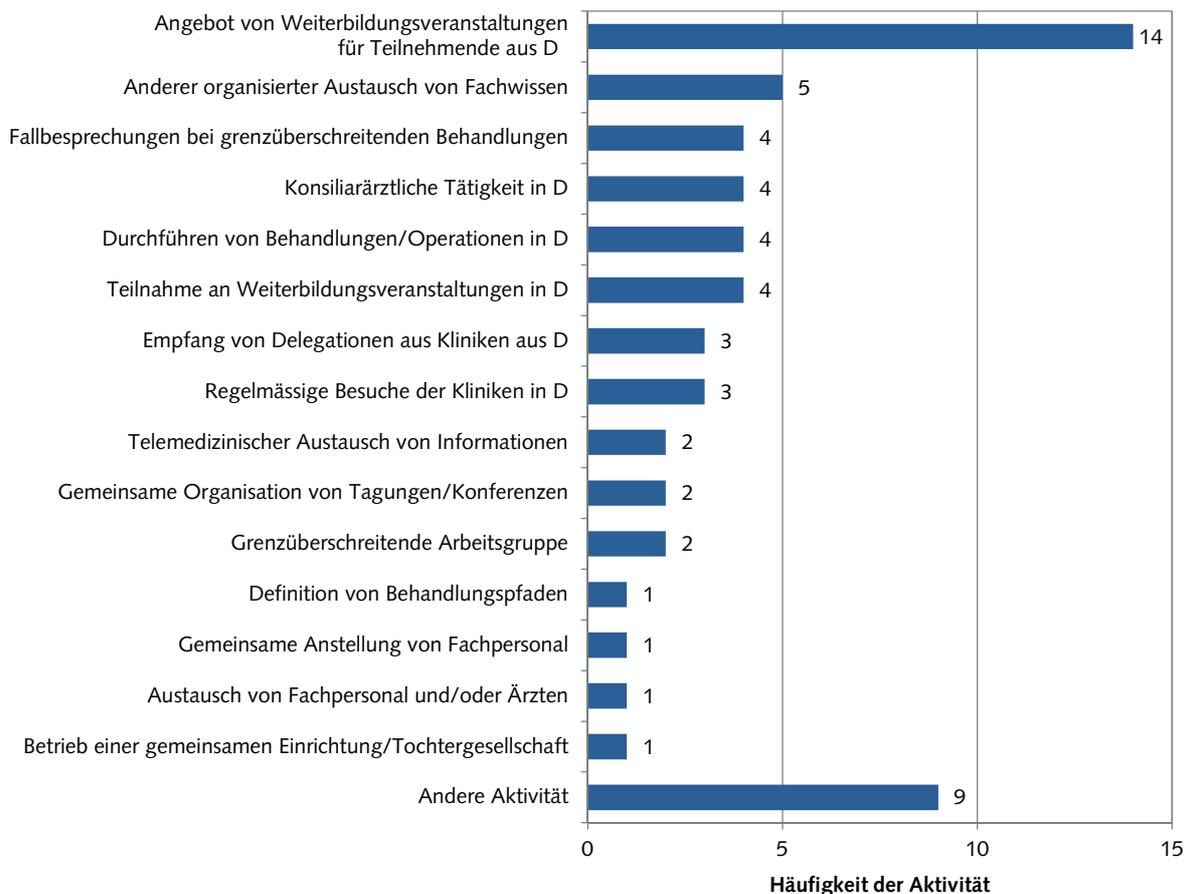
Welche Art von Kooperationen gibt es zwischen den Basler Spitälern und ihren deutschen Partnerinstitutionen? Aus Abb. 4.3 geht hervor, dass 14 Institutionen angaben, Weiter- bzw. Fortbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus dem Landkreis Lörrach anzubieten. Dazu gehören die Hirslanden Klinik Birshof, die Kantonale Psychiatrische Klinik, die Ita Wegmann Klinik, die Rega Basel, die Universitären Psychiatrischen Kliniken, die Vista Klinik, das Universitätsspital Basel sowie das Universitäts-Kinderspital beider Basel. Fünf Institutionen geben zudem an, Kooperationen zu unterhalten, die in die Kategorie „anderer organisierter Austausch von Fachwissen“ fallen. Dazu gehört der Austausch an internationalen Verbandstagungen (Ita Wegman Klinik), der Austausch mit pädagogischen Institutionen (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel) sowie telefonische Besprechungen mit Kollegen aus verschiedenen Institutionen des Landkreises Lörrach (Universitäts-Kinderspital beider Basel).

Jeweils viermal genannt wurden Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Behandlungen, konsiliarärztliche Tätigkeiten, die Durchführung von Behandlungen und die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen. Der Empfang von Delegationen aus Partnerinstitutionen im Landkreis Lörrach sowie der Besuche in deutschen Kliniken wurden je dreimal genannt.

Zwei Kliniken gaben an, zusammen mit Partnerinstitutionen Tagungen oder Konferenzen zu organisieren: Die Ita Wegmann Klinik und Universitäts-Kinderspital beider Basel.

Die Aktivität „Betrieb einer gemeinsamen Einrichtung/Tochtergesellschaft“ bezieht sich auf das bereits erwähnte medizinische Versorgungszentrum Lörrach (MVZ), welches vom Universitätsspital Basel mitgeführt wird. Es bietet ambulante Leistungen in den Bereichen Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Oralchirurgie und Zahnheilkunde, Ergotherapie sowie Strahlentherapie an ([www.mvz-loerrach.ch](http://www.mvz-loerrach.ch)).

**Abb. 4.3 Art der Aktivität**



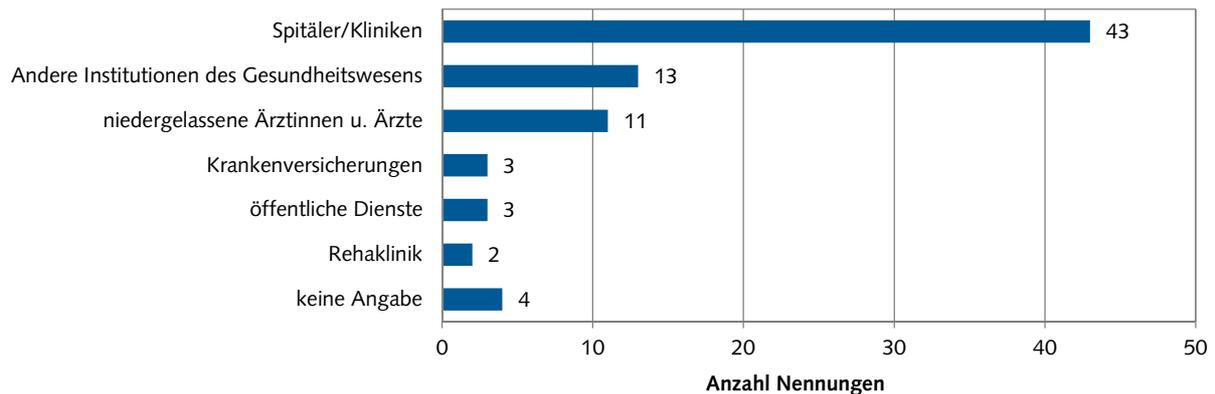
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, n=59 Aktivitäten.

© Obsan 2015

Im Rahmen des Betriebs des MVZ Lörrach hat das Universitätsspital Basel weitere grenzüberschreitende Aktivitäten angegeben: Die Durchführung von Behandlungen und Operationen in Lörrach, konsiliarärztliche Tätigkeit, der Austausch von Fachpersonal und Ärztinnen und Ärzten sowie die gemeinsame Anstellung von Fachpersonal.

In Anhang (Tab. A 5) sind alle Aktivitäten von Institutionen aufgelistet, welche der namentlichen Erwähnung zugestimmt haben. Wenn eine Institution nähere Angaben zur genannten Aktivität gemacht hat, sind diese ebenfalls aufgelistet.

**Abb. 4.4 Partnerinstitutionen**



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, n=59 Aktivitäten, n=79 Partner.

© Obsan 2015

Abb. 4.4 zeigt auf, mit welchen Partnerinstitutionen die Aktivitäten durchgeführt wurden. Da die einzelnen Umfrageteilnehmenden bis zu vier Partner angeben konnten, ist die Summe der genannten Partner (n=79) grösser als die Anzahl genannter Kooperationen (n=59). Bei 44 Kooperationen wurde eine einzige Partnerinstitution angegeben, bei 15 zwei oder drei.

Durchgeführt wurden die Aktivitäten vorwiegend mit Kliniken und Spitälern als Kooperationspartner (n=43). Deutlich am häufigsten genannt wurde hierbei das Elisabethenkrankenhaus Lörrach. Kooperationen mit einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt wurden elf Mal, mit einer anderen Institution des Gesundheitswesens (Rettungsdienste, Fachverbände u.ä.) 13 Mal genannt. Vereinzelt finden auch Kooperationen mit Krankenversicherungen und Ämtern oder anderen öffentlichen Diensten statt. Rehabilitationskliniken, die einen Grossteil der GRÜZ-Patientinnen und -Patienten behandeln, wurden als Kooperationspartner nur zweimal erwähnt.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit umfasst eine Vielzahl verschiedener Fachgebiete – so etwa die Pädiatrie, die Orthopädie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Notfallmedizin (Tab. 4.1). Am häufigsten genannt wurden grenzüberschreitenden Aktivitäten im Bereich Pädiatrie, die alle vom Universitätskinderspital beider Basel durchgeführt werden. Neun Aktivitäten umfassen verschiedene Fachgebiete, acht Aktivitäten fallen in das Fachgebiet der Orthopädie, fünf in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Je eine Aktivität wurde den Fachgebieten Kardiologie, Neurologie, Onkologie, innere Medizin, Radiologie, Rheumatologie, Ophthalmologie und Palliativve Care zugeordnet, zwei der Geburtshilfe bzw. Gynäkologie.

**Tab. 4.1 Fachgebiete der genannten Aktivitäten**

|   | Häufigkeit | %          |
|---|------------|------------|
| Orthopädie                              | 8          | 13.3       |
| Kardiologie                             | 1          | 1.7        |
| Neurologie                              | 1          | 1.7        |
| Onkologie                               | 1          | 1.7        |
| Geburtshilfe/Gynäkologie                | 2          | 3.3        |
| Pädiatrie                               | 16         | 26.7       |
| Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen | 3          | 5.0        |
| Kinder und Jugendpsychiatrie            | 5          | 8.3        |
| Innere Medizin                          | 1          | 1.7        |
| Radiologie                              | 1          | 1.7        |
| Rheumatologie                           | 1          | 1.7        |
| Ophthalmologie                          | 1          | 1.7        |
| Palliative Care                         | 1          | 1.7        |
| Rettungsdienst/Notfallmedizin           | 5          | 8.3        |
| Fachübergreifende Aktivität             | 1          | 1.7        |
| Verschiedene Fachgebiete                | 9          | 16.7       |
| Keine Angabe                            | 2          | 3.3        |
| <b>Total</b>                            | <b>59</b>  | <b>100</b> |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013.

© Obsan 2015

## 4.2 Beginn und Häufigkeit der Kooperationen

Hat das Pilotprojekt seit seinem Start 2007 wie gewünscht als Katalysator für grenzüberschreitende Kooperationen gedient? Die Frage, ob die beschriebene grenzüberschreitende Aktivität im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden ist, wurde lediglich bei einer Aktivität bejaht. Es handelt sich dabei um Kooperationen mit deutschen Krankenversicherungen von einer Institution, die nicht genannt werden möchte. Sechsmal wurde zudem angegeben, dass nicht bekannt ist, ob die Kooperation im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden ist. Bei 52 Aktivitäten jedoch wurde ein Zusammenhang mit dem Pilotprojekt verneint (Tab. 4.2).

**Tab. 4.2 Sind die Aktivitäten im Rahmen des GRÜZ entstanden?**

|  | Häufigkeit | %          |
|--|------------|------------|
| Im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden: <b>ja</b>          | 1          | 1.7        |
| Im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden: <b>weiss nicht</b> | 6          | 10.3       |
| Im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden: <b>nein</b>        | 52         | 88.1       |
| <b>Total</b>   | <b>59</b>  | <b>100</b> |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013.

© Obsan 2015

Das Pilotprojekt GRÜZ scheint damit die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nicht unmittelbar angekurbelt zu haben, vielmehr scheint die Grenzregion schon vor Beginn des Projektes von Kooperationen gekennzeichnet gewesen zu sein. Acht bzw. knapp 20% der 59 erhobenen grenzüberschreitenden Aktivitäten finden schon seit über zwanzig Jahren statt (Tab. 4.3). Dazu gehören die vier Kooperationen der Rega Basel, jene der Rettung Basel-Stadt und zwei der drei Kooperationen der Ita Wegman Klinik. Weitere vier Kooperationen laufen seit dem Jahr 2000: Es sind jene der Neonatologie des Universitäts-Kinderspitals bei der Basel (eine grenzüberschreitende Arbeitsgruppe, die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen im Landkreis Lörrach sowie das Angebot solcher Veranstaltungen für Teilnehmende aus dem Landkreis Lörrach und Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten). Die Rehab Basel gibt an, seit 2004 mit einer deutschen Krankenversicherung zusammenzuarbeiten, das Geburtshaus Tagmond kooperiert seit 2005 mit Hebammen aus dem Landkreis Lörrach.

Tab. 4.3 Beginn der Aktivitäten

|              | Häufigkeit | %    |
|--------------|------------|------|
| Vor 1990     | 7          | 16.7 |
| 1991         | 1          | 2.4  |
| 2000         | 4          | 9.5  |
| 2004         | 1          | 2.4  |
| 2005         | 2          | 4.8  |
| 2009         | 10         | 23.8 |
| 2010         | 1          | 2.4  |
| 2011         | 6          | 14.3 |
| 2012         | 7          | 16.7 |
| 2013         | 3          | 7.1  |
| keine Angabe | 17         | -    |
| Total        | 59         | 100  |

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013.

© Obsan 2015

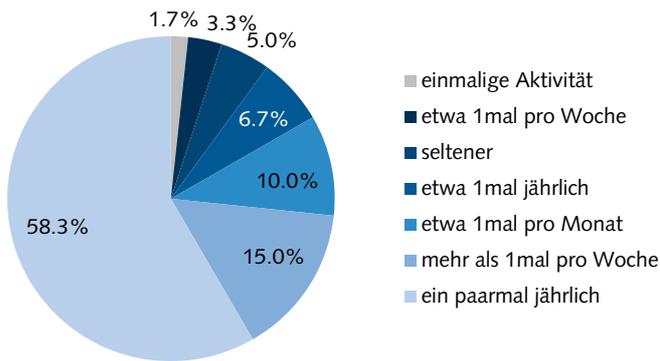
Zwei Jahre nach Beginn des Pilotprojektes GRÜZ, 2009, wurden zehn Kooperationen ins Leben gerufen. Sie umfassen das Angebot von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (Ita Wegmann Klinik, kantonale psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel), das Durchführen von Behandlungen im Landkreis Lörrach (Universitäts-Kinderspital beider Basel), konsiliarärztliche Tätigkeiten im Landkreis Lörrach (Bethesda Spital AG, Universitäts-Kinderspital beider Basel), grenzüberschreitende Fallbesprechungen (Bethesda Spital AG, Universitäts-Kinderspital beider Basel), eine grenzüberschreitende Arbeitsgruppe (universitäre psychiatrische Kliniken Basel) sowie telemedizinischer Austausch (Bethesda Spital AG). Alle Institutionen geben an, die Aktivitäten seien nicht im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden.

Eine weitere Kooperation wurde im Jahr 2010 aufgenommen, sechs 2011, sieben 2012 und drei Kooperationen haben im Jahr 2013 begonnen. Von den sieben Kooperationen, die 2012 begonnen haben, stehen fünf in Zusammenhang mit dem MVZ Lörrach. Ob die höheren Aktivitätsnennungen ab dem Jahr 2009 darauf zurückzuführen sind, dass in der Umfrage nur gegenwärtig noch laufende, nicht aber schon abgeschlossene Kooperationen erfasst wurden, oder ob die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den letzten Jahren tatsächlich intensiviert wurde, kann der vorliegende Bericht nicht beantworten.

Abb. 4.5 zeigt auf, wie häufig die grenzüberschreitenden Aktivitäten stattfinden. Die Mehrheit (58%) der Aktivitäten findet ein paarmal jährlich statt während eine Aktivität des Universität-Kinderspitals beider Basel, der Empfang einer Delegation einer Partnerinstitution, lediglich einmal stattfand. Weitere drei Aktivitäten werden weniger als einmal jährlich durchgeführt, so die Kooperation mit deutschen Hebammen des Geburtshauses Tagmond sowie die gemeinsame Organisation von Tagungen oder Konferenzen (Neonatalogie des Universitäts-Kinderspitals beider Basel).

Elf Aktivitäten werden etwa einmal pro Woche oder sogar mehrmals pro Woche durchgeführt. Dazu zählen die fünf Kooperationen, die im Rahmen des Betriebs des medizinischen Versorgungszentrums Lörrach durchgeführt werden. Zudem gibt die Rega Basel an, mehrmals pro Woche grenzüberschreitende Lufttretungen vorzunehmen sowie Patientinnen und Patienten im Landkreis Lörrach präklinisch zu versorgen. Auch die Rettung Basel führt mehrmals pro Woche rettungsdienstliche Noteinsätze im Landkreis Lörrach bzw. mit deutschen Partnerinstitutionen durch. Einmal pro Woche findet eine Fortbildung Neonatologie am UKBB statt, an der auch Fachpersonen aus dem Landkreis Lörrach teilnehmen. Dies gilt auch für das wöchentlich stattfindende Kinder- und Jugendpsychiatrische Kolloquium an den Universitäten psychiatrischen Kliniken Basel.

**Abb. 4.5 Häufigkeit der grenzüberschreitenden Aktivitäten**



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, n=59 Aktivitäten. © Obsan 2015

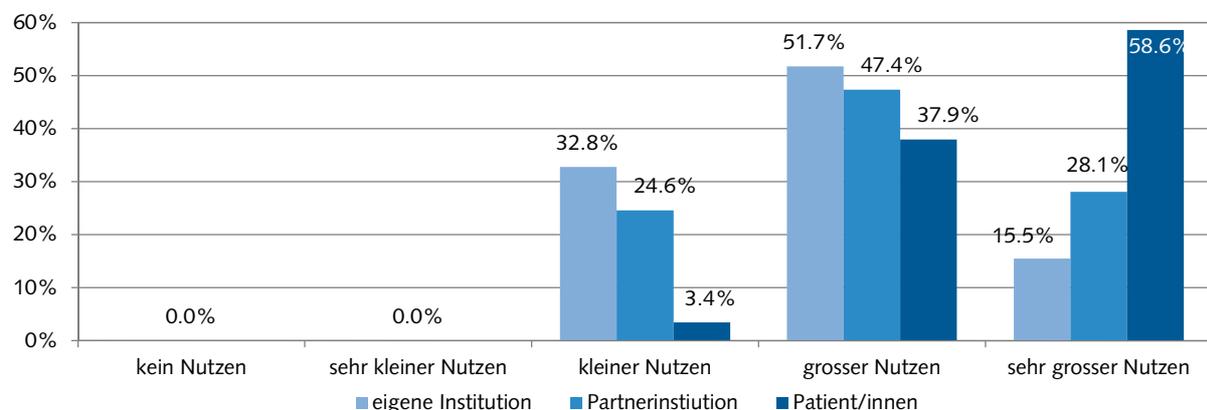
### 4.3 Bewertung der grenzüberschreitenden Aktivitäten

In Abb. 4.6 zeigt auf, wie nützlich die Kooperationen im Grenzgebiet Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach von den Schweizer Kooperationspartnern für die eigene Institution, die Partnerinstitutionen sowie die Patientinnen und Patienten – sofern diese involviert sind<sup>14</sup> – eingeschätzt werden. Mehrheitlich werden die Aktivitäten positiv beurteilt. Für die eigene Institution wird bei über zwei Dritteln der genannten Kooperationen ein grosser (n=30) oder sehr grosser Nutzen (n=9) attestiert. Immerhin 19 Kooperationen (31,7%) werden als kaum nützlich für die eigene Institution (‚kleiner Nutzen‘) eingestuft, jedoch keine als nutzlos (‚sehr kleiner Nutzen‘ oder ‚kein Nutzen‘).

Der Nutzen für die Partnerinstitutionen wird etwas höher eingestuft als für die eigene Institution. So werden 17 bzw. 28,3% grenzüberschreitende Kooperationen als sehr nützlich für die Partnerinstitutionen eingeschätzt, 27 Kooperationen (45%) wird ein grosser Nutzen und 14 Kooperationen (23,3%) ein kleiner Nutzen attestiert (Abb. 4.6).

Am nützlichsten werden die grenzüberschreitenden Kooperationen für die Patientinnen und Patienten erachtet: Von den 29 Aktivitäten mit einem Bezug zu Patientinnen und Patienten wird über der Hälfte (n=17) ein sehr grosser Nutzen für diese attestiert. Bei weiteren elf bzw. 37,9% wird der Nutzen für sie als gross eingeschätzt, lediglich bei einer Aktivität wird vermutet, der Nutzen sei klein. Als gänzlich unnützlich für die Patientinnen und Patienten wird keine Aktivität eingestuft (Abb. 4.6).

**Abb. 4.6 Nutzen der Kooperationen**



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013, Nutzen Institution / Partnerinstitution: n=59 Aktivitäten. Nutzen Patientinnen und Patienten: n=35.

© Obsan 2015

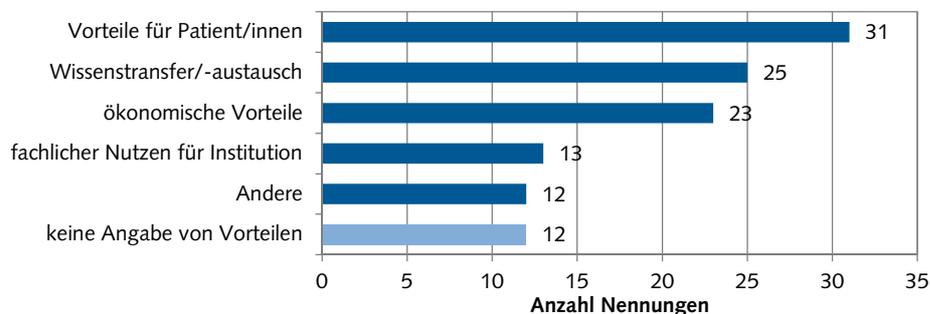
<sup>14</sup> Die Frage nach dem Nutzen der grenzüberschreitenden Aktivität für die Patientinnen und Patienten wurde nur gestellt, wenn zuvor angegeben wurde, diese seien von der Kooperation betroffen.

Werden die Aktivitäten, denen ein kleiner Nutzen für die eigene Institution attestiert wird, näher betrachtet, zeigt sich, dass es sich bei einem Drittel der Fälle ( $n=7$ ) um eigene Weiter- oder Fortbildungsangebote handelt, die auch Teilnehmenden aus dem Landkreis Lörrach offen stehen. Auch der telefonische Austausch von Fachwissen, der Empfang von Delegationen aus Kliniken aus dem Landkreis Lörrach, Besuche von Kliniken im Landkreis Lörrach, eine grenzüberschreitende Arbeitsgruppe, der telemedizinische Austausch von Informationen, die Kooperation mit deutschen Rehabilitationskliniken, die Kooperation mit deutschen Hebammen und Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten werden in je einem Fall als wenig nützlich („kleiner Nutzen“) für die eigene Institution beurteilt. Den drei letztgenannten Aktivitäten wird jedoch ein grosser oder sehr grosser Nutzen für die Patientinnen und Patienten zugeschrieben. Zudem wird bei fünf weiteren Aktivitäten der Nutzen für die Partnerinstitution mindestens als gross eingestuft. Bei elf Aktivitäten wird sowohl der Nutzen für die eigene Institution als auch jener für die Partnerinstitution und die Patientinnen und Patienten als klein eingestuft.

Auf die offene Frage nach den Vorteilen der grenzüberschreitenden Aktivität wurden bei 47 grenzüberschreitenden Aktivitäten 104 Vorteile genannt. Die Antworten dieser offenen Frage wurden nachträglich in fünf Kategorien codiert und quantitativ ausgewertet (Abb. 4.7). Am häufigsten genannt wurden Vorteile für die Patientinnen und Patienten, etwa eine bessere oder wohnortsnähere Versorgung oder ein vielfältigeres Angebot ( $n=31$ ). Ebenfalls häufig wurde der Wissensaustausch sowie die Vernetzung mit deutschen Kolleginnen und Kollegen als Vorteil genannt ( $n=25$ ). An dritter Stelle folgen ökonomische Vorteile, die 23 Mal aufgezählt wurden. Darunter fällt etwa die Nennung von Standortvorteilen, finanzielle Gewinne, die Erhöhung der Patientenzahlen oder des Auslastungsgrades.

Bei 13 Aktivitäten wurde ein fachlicher Nutzen für die Institution genannt, etwa die Optimierung der Diagnostik und Behandlung spezifischer Krankheitsbilder. Zwölf Nennungen konnten in keine der Kategorien eingeordnet werden, dazu zählt beispielsweise die Vereinfachung administrativer Abläufe.

**Abb. 4.7 Vorteile der grenzüberschreitenden Kooperation**



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013,  $n=59$  Aktivitäten.

© Obsan 2015

Die Zufriedenheit der involvierten Institutionen auf Schweizer Seite zeigt sich auch dadurch, dass lediglich bei sieben von 59 Kooperationen (11,8%) Nachteile genannt wurden. Diese sind jeweils eng mit der beschriebenen Aktivität verknüpft und lassen sich kaum kategorisieren. In zwei Fällen betreffen sie den mit der Kooperation verbundenen organisatorischen Aufwand, in einem Fall den Kontakt mit nicht geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Partnerinstitution.

#### 4.4 Fazit Kooperationen

Die dritte Zielsetzung des Pilotprojektes GRÜZ ist die Erweiterung der Kooperationen in der Gesundheitsversorgung zwischen Institutionen in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie des Landkreises Lörrach. In der zweiten Phase von GRÜZ ging die Evaluation deshalb der Frage nach, welche grenzüberschreitenden Aktivitäten in der Grenzregion Basel-Lörrach im Gesundheitsbereich bestehen und ob diese Kooperationen in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt GRÜZ stehen.

Aus der Befragung der Spitäler und Kliniken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie weiterer Institutionen des Gesundheitswesens geht hervor, dass in der Grenzregion Basel-Lörrach im Gesundheitsbereich seit über zwanzig Jahren vielfältige grenzüberschreitende Aktivitäten bestehen. Gut die Hälfte der befragten Institutionen gibt an, Kooperationen mit Partnerinstitutionen im Landkreis Lörrach zu unterhalten – durchschnittlich wurden 2.5 Aktivitäten pro Institution genannt. Grössere Institutionen haben in der Regel mehr Kooperationen als kleinere – so hat allein das Universitäts-Kinderspital beider Basel von 22 Kooperationen berichtet. Auch das Universitätsspital Basel und die Universitären Psychiatrischen Kliniken haben vergleichsweise viele Kooperationen. Die Kooperationen beschränken sich jedoch nicht auf Spitäler: Auch Rettungsdienste (Rega Basel, Rettung Basel-Stadt) und ein Geburtshaus arbeiten mit deutschen Partnerinstitutionen zusammen.

Die häufigste grenzüberschreitende Aktivität ist das Angebot von Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus dem Landkreis Lörrach. Ebenfalls häufig genannt wurden andere Formen des Austausches von Fachwissen, Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patienten, konsiliarärztliche Tätigkeiten, die Durchführung von Behandlungen oder Operationen im Landkreis Lörrach sowie die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Landkreis Lörrach. Die Kooperationen werden mehrheitlich positiv bewertet und sowohl für die eigene Institution auf Schweizer Seite als auch für die Partnerinstitutionen in Lörrach und die Patientinnen und Patienten als nützlich beurteilt.

Ein Fünftel der Kooperationen findet schon seit über zwanzig Jahren statt und steht folglich nicht in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt GRÜZ. Von den Aktivitäten, die in den letzten Jahren ins Leben gerufen wurden, ist lediglich eine Aktivität im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden.

## 5 Gesamte Patientenmobilität in der Grenzregion

Dieses Kapitel evaluiert das vierte Projektziel des Pilotprojektes GRÜZ, die Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Lörrach. Um ein umfassendes Bild über die Patientenmobilität in der Grenzregion zeichnen zu können, werden dabei sowohl Patientenströme von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in den Landkreis Lörrach als auch solche in die umgekehrte Richtung berücksichtigt. Die Datenerhebung erfolgte im Jahr 2013 bei Kliniken und Spitälern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie dem Landkreis Lörrach (Schmid, 2014b). Zuerst werden die Patientenströme CH → D beschrieben. Diese umfassen neben den bereits im jährlichen Monitoring erhobenen Behandlungen, welche über OKP abgegolten werden, auch Behandlungen, die über Zusatz- oder Unfallversicherungen sowie über die Invalidenversicherung finanziert werden. Zudem werden Behandlungen von Grenzgängerinnen und Grenzgängern und deren Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, die sich bei einer Schweizer Krankenkasse versichern lassen, berücksichtigt, und Behandlungen, die von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden. Anschliessend werden die Patientenströme D → CH dargestellt. Diese umfassen einerseits über die deutsche Grundversicherung abgegoltene Behandlungen, andererseits über Privat- und Zusatzversicherungen sowie von den Patientinnen und Patienten selbst finanzierte Leistungen.

### 5.1 Patientenmobilität CH → D

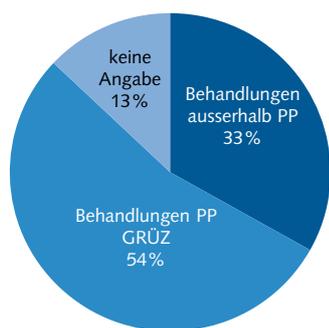
Die Kliniken und Spitäler im Landkreis Lörrach konnten für das Jahr 2013 Angaben zu 765 Behandlungen von grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt machen. Zwei Drittel davon sind stationäre Aufenthalte (n=501), ein Drittel entfallen auf ambulante Behandlungen (n=264).

#### Finanzierung inner- und ausserhalb des Pilotprojektes GRÜZ

Bei den stationären Behandlungen wurden 270 (54%) als Pilotprojektfälle gekennzeichnet, 166 (33%) erfolgten ausserhalb des Pilotprojektes GRÜZ und zu 65 Behandlungen liegen diesbezüglich keine Angaben vor (Abb. 5.1). Die Anzahl der stationären Pilotprojektfälle, die von deutschen Kliniken in der Erhebung zur Patientenmobilität gemeldet wurden, ist damit etwas höher als die im Monitoring 2013 erhobene Zahl von 251 Fällen (vgl. 3.1.3). Das Monitoring dürfte daher die tatsächliche Anzahl Pilotprojekt-Behandlungen eher unterschätzen. Bei den ambulanten Behandlungen liegen keine Informationen zur Finanzierung vor und es ist deshalb nicht bekannt, ob diese über die obligatorische Krankenversicherung abgegolten wurden und damit als Pilotprojektfälle zählen. Da sie nicht in den Monitoring-Daten 2013 enthalten sind, liegt die Vermutung nahe, dass ein Grossteil der ambulanten Behandlungen ausserhalb des Pilotprojektes GRÜZ stattgefunden hat.

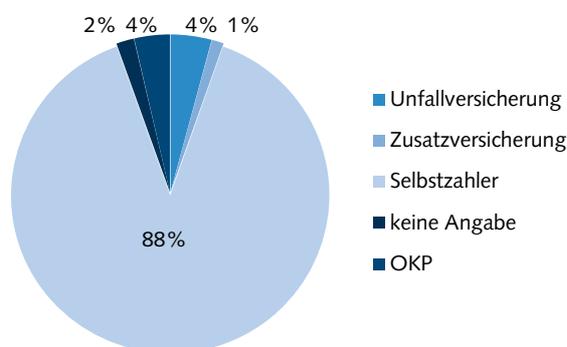
Wie aus Abb. 5.2 hervorgeht, wurde bei den stationären Behandlungen ausserhalb des Pilotprojektes als Finanzierungsart mehrheitlich „Selbstzahler“ angegeben (88%). Nur eine kleiner Teil der Behandlungen wurde von der Unfallversicherung (4%) oder über eine Zusatzversicherung (1%) finanziert. 4% der Behandlungen wurden über die OKP finanziert, aber nicht als Pilotprojektfälle gekennzeichnet – dies dürften Behandlungen von Grenzgängerinnen und Grenzgängern sein, da für diese Personen ein Wohnort in Deutschland angegeben wurde.

**Abb. 5.1 Patientenmobilität CH → D - Stationäre Behandlungen**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=501. © Obsan 2015

**Abb. 5.2 Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen CH → D ausserhalb des Pilotprojektes**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=167. Nur stationäre Behandlungen, da zu den ambulanten Behandlungen keine Information vorliegt. © Obsan 2015

Informationen zum Grenzgängerstatus konnten nicht von allen Kliniken geliefert werden, so dass diese Information nur für 130 der 501 stationären Behandlungen vorliegt (Tab. 5.1). Von den 130 Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status sind 15,4% Grenzgängerinnen und Grenzgänger. Bei den Pilotprojektbehandlungen ist der Anteil der Grenzgängerinnen und Grenzgänger tiefer als bei den Behandlungen ausserhalb des Pilotprojektes (12,0% vs. 23,5%).

**Tab. 5.1 Patientenmobilität CH → D nach Grenzgängerstatus**

| Behandlung                    | kein/e Grenzgänger/in |             |              | Grenzgänger/in |             |              | Total      |              |              |
|-------------------------------|-----------------------|-------------|--------------|----------------|-------------|--------------|------------|--------------|--------------|
|                               | n                     | %           | %            | n              | %           | %            | n          | %            | %            |
| Ausserhalb des Pilotprojektes | 13                    | 76.5        | 22.8         | 4              | 23.5        | 40.0         | 17         | 100.0        | 13.1         |
| Pilotprojektfälle             | 44                    | 88.0        | 77.2         | 6              | 12.0        | 60.0         | 50         | 100.0        | 38.5         |
| keine Angabe                  | 53                    | 84.1        |              | 10             | 15.9        |              | 63         | 100.0        | 48.5         |
| <b>Total</b>                  | <b>110</b>            | <b>84.6</b> | <b>100.0</b> | <b>20</b>      | <b>15.4</b> | <b>100.0</b> | <b>130</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014

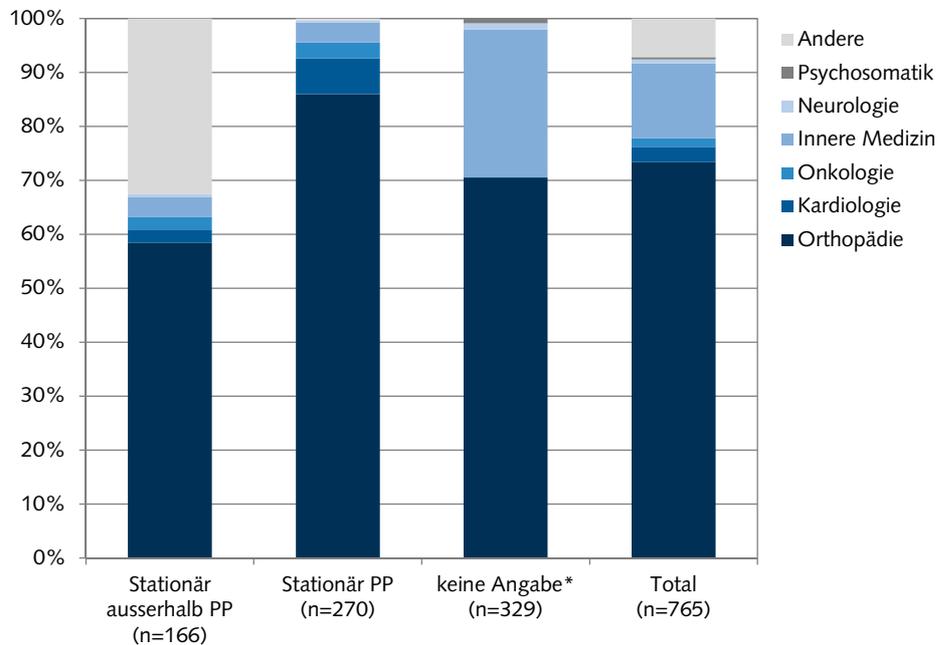
© Obsan 2015

**Leistungsbereiche**

Aus dem Monitoring des Pilotprojektes ist bekannt, dass der Grossteil der Pilotprojektbehandlungen in den Leistungsbereichen orthopädische und kardiologische Rehabilitation stattfindet (vgl. Abschnitt 3.2.1). Die Daten zur gesamten Patientenmobilität bestätigen dieses Bild: 86% der Pilotprojektbehandlungen wurden dem Leistungsbereich Orthopädie zugeordnet, 6,7% der Kardiologie, 3,7% der Innere Medizin und 3% der Onkologie (Abb. 5.3 und Tab. A 6). Grenzüberschreitende Behandlungen, die nicht im Rahmen des Pilotprojektes erfolgen, unterscheiden sich möglicherweise von Pilotprojektbehandlungen: Hier sind nur 58,4% der stationären Behandlungen orthopädische Behandlungen, 3,6% werden dem Bereich Innere

Medizin zugeordnet und je 2,4% der Onkologie und der Kardiologie. Da aber ein Drittel der Fälle ausserhalb des Pilotprojektes keinem der vorgegebenen Leistungsbereiche zugeordnet werden konnten, ist kein eindeutiger Vergleich mit den Pilotprojektbehandlungen möglich. Bei den ambulanten Behandlungen betrafen 71% den Bereich Orthopädie und 27% den Bereich Innere Medizin.

**Abb. 5.3 Patientenmobilität CH → D nach Pilotprojektstatus und Leistungsbereich**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

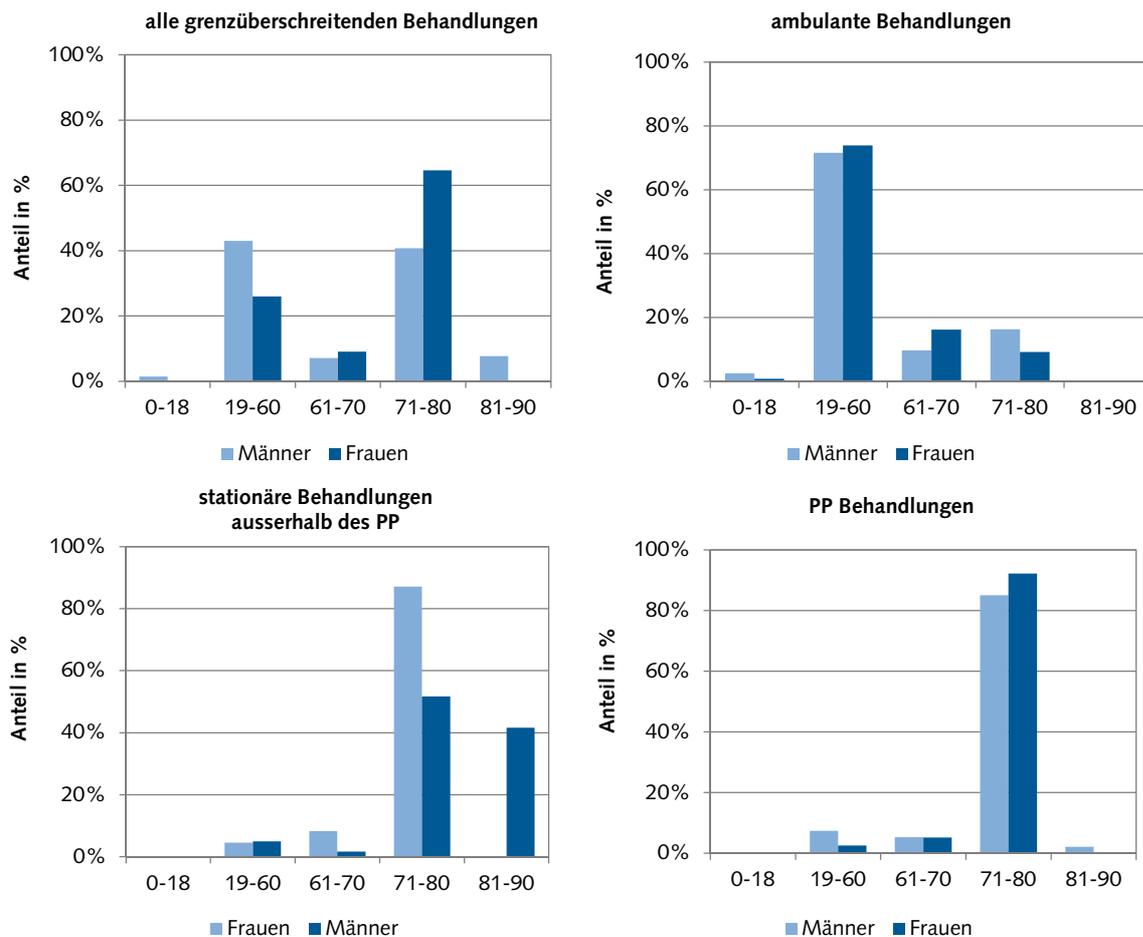
© Obsan 2015

\*Ambulante und stationäre Behandlungen, bei denen die Angabe fehlt, ob es sich um Pilotprojektpatient/innen oder um andere Patient/innen handelt.

### Alters- und Geschlechtsstruktur der Patientinnen und Patienten

Aus Abb. 5.4 geht hervor, dass Personen, die sich im Landkreis Lörrach ambulant behandeln liessen, deutlich jünger sind als Personen, die im grenznahen Deutschland eine stationäre Behandlung in Anspruch nahmen. Fast drei Viertel der ambulanten Patientinnen und Patienten sind zwischen 19 und 60 Jahre alt, während bei den stationären die Mehrheit über 70-jährig ist. Die stationären Behandlungen inner- und ausserhalb des Pilotprojektes unterscheiden sich im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsstruktur nur geringfügig. Unter den Pilotprojektpatientinnen und -patienten sind drei Viertel (74,1%) Frauen, unter den weiteren grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten sind es mit 64,5% etwas weniger.

**Abb. 5.4 Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen CH → D**



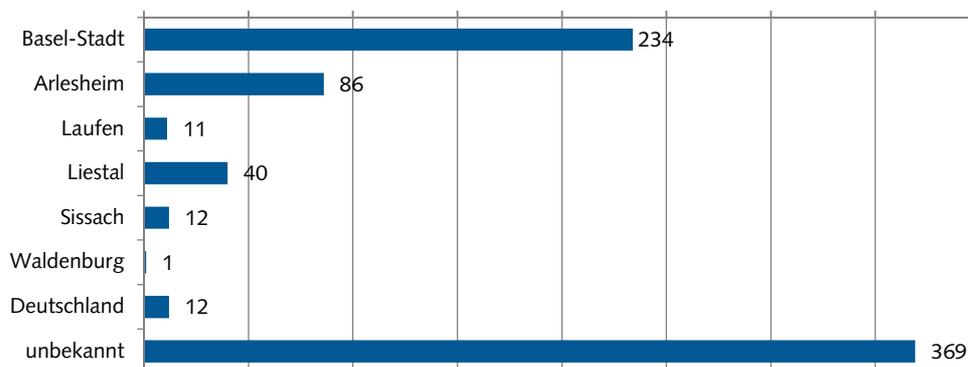
Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=765.

© Obsan 2015

**Wohnort und Klinikstandort der Patientenmobilität CH → D**

Zwei Drittel (60%) der grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten mit bekanntem Wohnort kommen aus dem Kanton Basel-Stadt (Abb. 5.5). Davon stammen vier Fünftel aus der Stadt Basel und ein Fünftel aus Riehen. Weitere 86 Personen wohnen in Arlesheim, 40 in Liestal. Zwölf Personen haben Grenzgängerstatus und haben daher einen Wohnort in Deutschland. Wie in der Einleitung zu Abschnitt 5 erwähnt, werden sie zum Patientenfluss Schweiz-Deutschland gezählt, da die Finanzströme entsprechend verlaufen. Bei fast der Hälfte der Behandlungen fehlt die Angabe der Wohngemeinde.

**Abb. 5.5 Herkunftsbezirk grenzüberschreitende Patient/innen CH → D**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n= 765.

© Obsan 2015

Knapp die Hälfte der grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten liess sich stationär in der Reha-Klinik St. Marien in Bad Bellingen behandeln, an zweiter Stelle stehen ambulante Behandlungen in den Kliniken des Landkreises Lörrach in Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim. Vergleichsweise wenig Personen begaben sich in andere deutsche Kliniken (Tab. 5.2). Sowohl inner- wie ausserhalb des Pilotprojektes fanden über 80% der Behandlungen in der Rehabilitationsklinik St. Marien in Bad Bellingen statt.

**Tab. 5.2 Behandelnde Klinik Patientenmobilität CH → D**

|  | Ausserhalb PP |              | PP         |              | Keine Angabe |              | Total      |              |
|--|---------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
|  | n             | %            | n          | %            | n            | %            | n          | %            |
| Kliniken des Landkreises Lörrach             | 0             | 0.0          | 0          | 0.0          | 327          | 99.4         | 327        | 42.7         |
| Park Klinikum Bad Krozingen                  | 6             | 3.6          | 16         | 5.9          | 0            | 0.0          | 22         | 2.9          |
| MediClin Seidel Klinik                       | 3             | 1.8          | 4          | 1.5          | 0            | 0.0          | 7          | 0.9          |
| Markgräflerland-Klinik GmbH & Co             | 6             | 3.6          | 21         | 7.8          | 0            | 0.0          | 27         | 3.5          |
| Rehabilitationsklinik Park-Therme            | 2             | 1.2          | 4          | 1.5          | 0            | 0.0          | 6          | 0.8          |
| Breisgau-Klinik/RHK Reha-Klinik GmbH & Co KG | 0             | 0.0          | 4          | 1.5          | 0            | 0.0          | 4          | 0.5          |
| Reha-Klinik Hausbaden                        | 0             | 0.0          | 1          | 0.4          | 2            | 0.6          | 3          | 0.4          |
| Reha-Klinik St. Marien                       | 149           | 89.8         | 220        | 81.5         | 0            | 0.0          | 369        | 48.2         |
| <b>Total</b>                                 | <b>166</b>    | <b>100.0</b> | <b>270</b> | <b>100.0</b> | <b>329</b>   | <b>100.0</b> | <b>765</b> | <b>100.0</b> |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014

© Obsan 2015

Tab. 5.3 zeigt die Patientenflüsse zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt und den Klinikstandorten im Landkreis Lörrach. Mit einem Anteil von 52,7% geht der grösste Patientenfluss nach Bad Bellingen, allerdings ist von der Mehrheit dieser Patientinnen und Patienten der Wohnort nicht bekannt. An zweiter Stelle steht der Patientenfluss Basel-Stadt → Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim, der 26,5% der Behandlungen umfasst. Der drittgrösste Patientenstrom geht vom Bezirk Arlesheim nach Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim (8,5%), der drittgrösste von Liestal nach Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim (5,0%).

**Tab. 5.3 Patientenströme CH → D nach Wohnbezirk der Patient/innen und Standort der Klinik**

| Bezirk  | Standort behandelnde Klinik in Deutschland | n          | %            |
|---|--|------------|--------------|
| Basel-Stadt                                       | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 203        | 26.5         |
|   | Bad Krozingen                              | 10         | 1.3          |
|   | Bad Bellingen                              | 19         | 2.5          |
|   | Badenweiler                                | 2          | 0.3          |
| Arlesheim   | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 65         | 8.5          |
|   | Bad Krozingen                              | 8          | 1.0          |
|   | Bad Bellingen                              | 10         | 1.3          |
|   | Badenweiler                                | 3          | 0.4          |
| Laufen  | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 9          | 1.2          |
|   | Bad Krozingen                              | 1          | 0.1          |
|   | Bad Bellingen                              | 1          | 0.1          |
| Liestal   | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 38         | 5.0          |
|   | Bad Bellingen                              | 2          | 0.3          |
| Sissach   | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 12         | 1.6          |
| Waldenburg  | Badenweiler                                | 1          | 0.1          |
| Deutschland                                       | Bad Krozingen                              | 7          | 0.9          |
|   | Bad Bellingen                              | 2          | 0.3          |
|   | Badenweiler                                | 3          | 0.4          |
| <b>Zwischentotal</b>                              |  | <b>396</b> | <b>51.8</b>  |
| Herkunft unbekannt                                | Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim             | 0          | 0.0          |
|   | Bad Krozingen                              | 0          | 0.0          |
|   | Bad Bellingen                              | 369        | 48.2         |
|   | Badenweiler                                | 0          | 0.0          |
| <b>Total inkl. Fälle mit Herkunft «unbekannt»</b> |  | <b>765</b> | <b>100.0</b> |

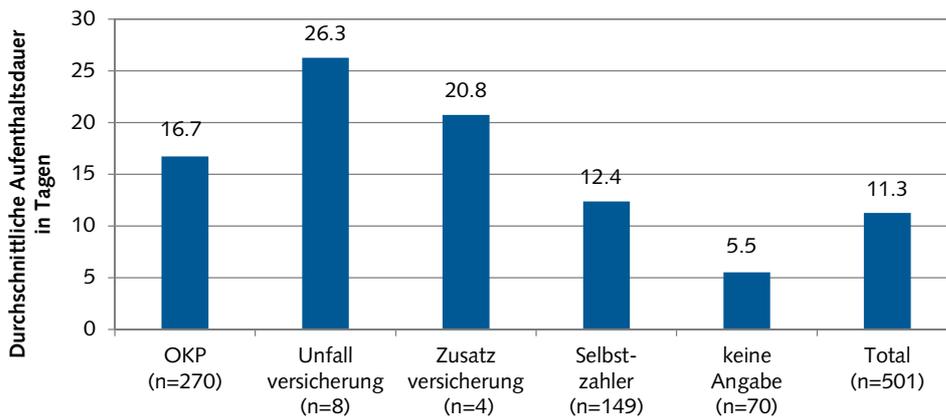
Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014

© Obsan 2015

### Aufenthaltsdauer

Die Klinikaufenthalte der Patientinnen und Patienten aus Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Landkreis Lörrach dauern im Durchschnitt 11.3 Tage. Abb. 5.6 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Art der Finanzierung. Am höchsten ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 26.3 Tagen bei Behandlungen, die über die Unfallversicherung finanziert werden, gefolgt von über Zusatzversicherungen finanzierten Behandlungen (20.8 Tage). In beiden Kategorien ist die Fallzahl jedoch klein und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer daher stark von Einzelfällen beeinflusst. Patientinnen und Patienten, deren Aufenthalt von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt wurde, blieben durchschnittlich 16.7 Tage im Spital, Selbstzahlerinnen und Selbstzahler 12.4 Tage.

**Abb. 5.6 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Finanzierungsart**

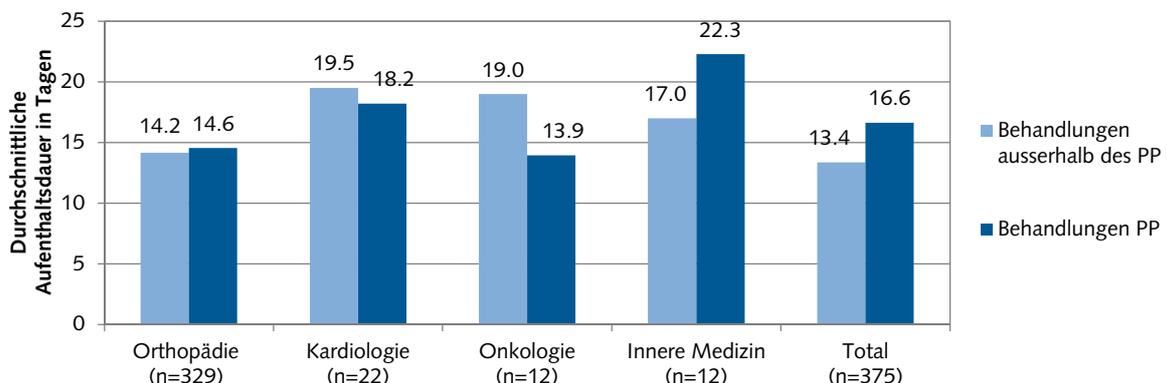


Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

© Obsan 2015

Abb. 5.7 zeigt die Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich und Projektstatus auf. Die Klinikaufenthalte dauern im Durchschnitt 16.6 Tage, wenn sie im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ stattfinden und 13.4 Tage bei anderen grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten. Die längere Aufenthaltsdauer von Pilotprojektpatientinnen und -patienten ist auf längere Aufenthalte im Bereich Innere Medizin und in geringem Mass bei orthopädischen Behandlungen zurückzuführen. In den Leistungsbereichen Kardiologie und Onkologie ist indessen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Behandlungen ausserhalb des Pilotprojektes etwas höher.

**Abb. 5.7 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich und Projektstatus**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014 (nur Behandlungen, bei denen bekannt ist, ob es sich um Pilotprojektpatient/innen handelt).

© Obsan 2015

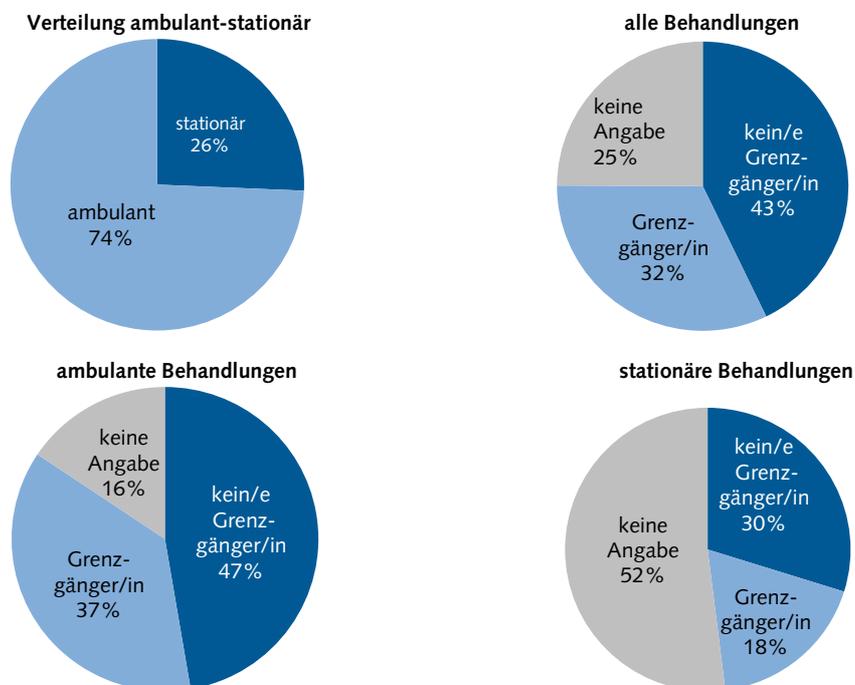
## 5.2 Patientenmobilität D → CH

Die Basler und Baselbieter Spitäler lieferten für das Jahr 2013 Daten zu 8721 Behandlungen von Personen aus dem Landkreis Lörrach. Davon waren 74% bzw. 6483 ambulante Behandlungen; 26% bzw. 2238 waren stationäre Behandlungen (Abb. 5.8). Damit übertreffen die Patientenströme aus dem Landkreis Lörrach in die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft jene in die umgekehrte Richtung um ein Vielfaches.

### Finanzierung und Grenzgängerstatus

Bei den Behandlungen von deutschen Patientinnen und Patienten in Basler Spitälern kann nicht zwischen Pilotprojektfällen und anderen Fällen unterschieden werden, da die Spitäler dazu keine Angaben machen konnten. Hingegen ist der Grenzgängerstatus mehrheitlich bekannt (Abb. 5.8). Ein Drittel der grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten wird als Grenzgängerin oder Grenzgänger deklariert, wobei dieser Anteil bei den ambulanten Patientinnen und Patienten etwas höher ist als bei Personen, die sich stationär in einem Basler Spital behandeln lassen (Abb. 5.8).

Abb. 5.8 Patientenmobilität D → CH



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721.

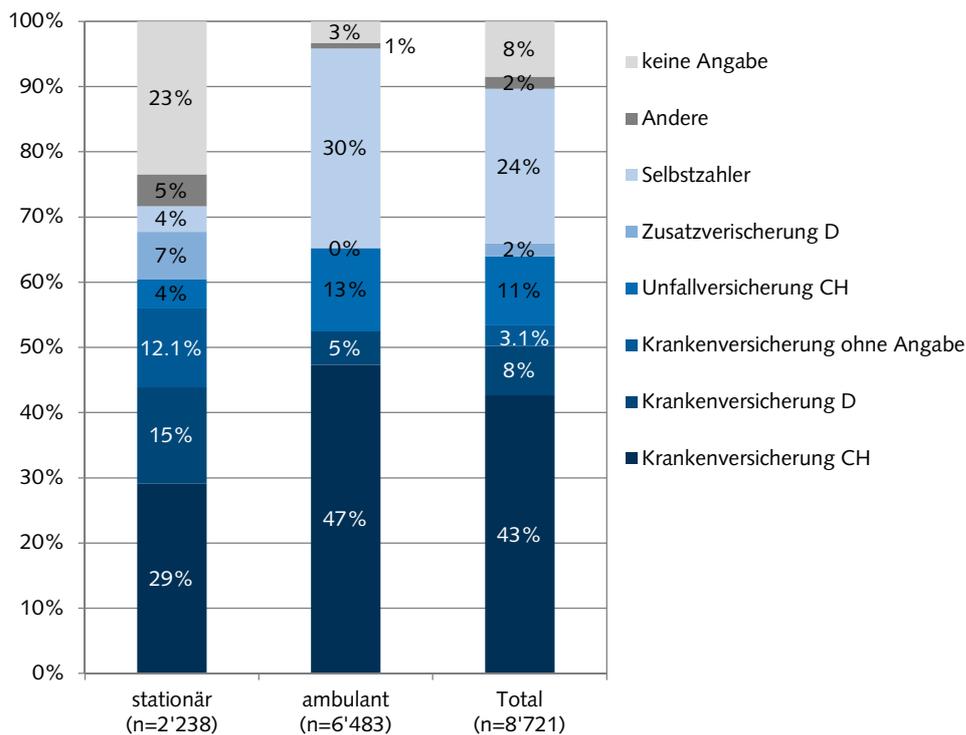
© Obsan 2015

Die Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen gibt einen Hinweis darauf, ob eine Behandlung ein Pilotprojektfall ist. 629 Behandlungen in der Richtung Deutschland → Schweiz wurden durch eine deutsche Krankenversicherung abgegolten und sind damit höchstwahrscheinlich im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ erfolgt (Abb. 5.9, Tab. A 9). Diese Behandlungen sind, gemessen an den gesamten Patientenströmen Deutschland → Schweiz, nur ein kleiner Teil der Patientenmobilität (7,6%). Der weitaus grössere Teil sind über Schweizer Krankenkassen finanzierte Behandlungen, die 43% ausmachen. 41% dieser Patientinnen und Patienten wurden als Grenzgängerin oder Grenzgänger eingeordnet, 59% jedoch nicht – dies entspricht 1808 Behandlungen. Wie diese hohe Zahl an Personen ohne Grenzgängerstatus, die dennoch eine Schweizer Krankenversicherung aufweisen und sich in den Strom D → CH einordnen, zustande kommt, kann auf der Grundlage der vorliegenden Informationen nicht schlüssig beantwortet werden. Denkbar sind einerseits Fehler bei der Datenerhebung, d.h. fehlerhafte Informationen darüber, welche Personen Grenz-gängerinnen und Grenz-gänger sind. Andererseits könnten diese Personen auch ehemalige Grenz-gängerinnen

und Grenzgänger sein, die in der Schweiz eine Privatversicherung gewählt haben. Diese bieten den gleichen Leistungsumfang wie die obligatorischen Versicherungen nach dem KVG an, sind aber nach Privatrecht (VVG) organisiert. Beim Wechsel des Arbeitsplatzes werden solche Versicherungen teilweise beibehalten, wenn kein Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung von Deutschland oder in eine deutsche Privatversicherung möglich oder erwünscht ist.

Die zweitgrösste Patientengruppe sind Selbstzahlerinnen und Selbstzahler. Sie machen einen 30,5% der ambulanten Behandlungen (n=1883) und 3,9% (n=83) der stationären Aufenthalte aus. 12,7% der ambulanten (n=785) und 4,5% der stationären Behandlungen (n=95) wurden durch eine Schweizer Unfallversicherung bezahlt.

**Abb. 5.9 Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen D → CH**



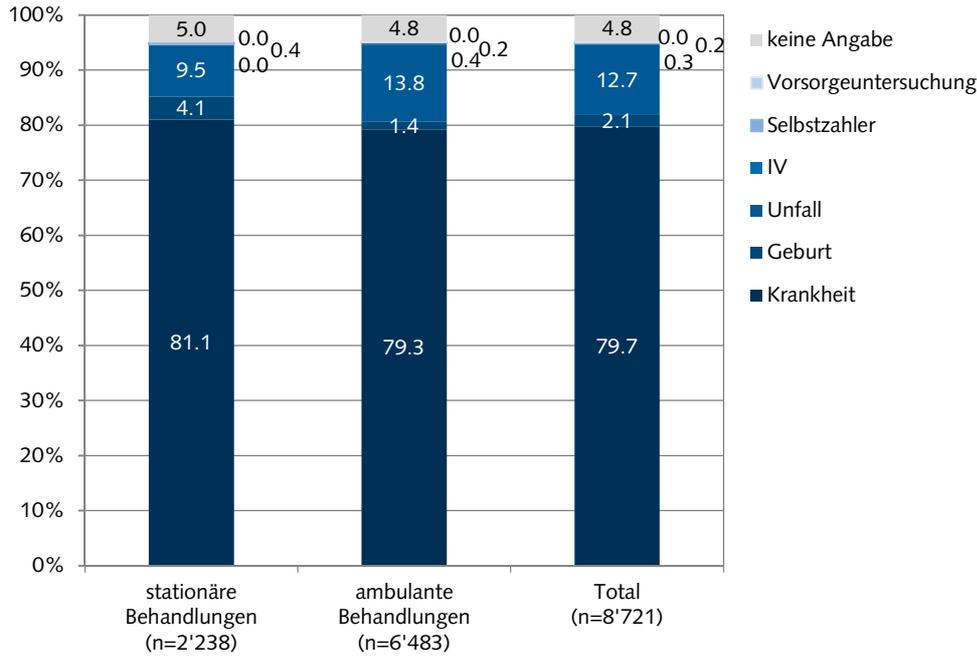
Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

© Obsan 2015

### Schadensart und Leistungsbereich

Bei vier von fünf Behandlungen wurde als Schadensart „Krankheit“ angegeben, und zwar sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen (Abb. 5.10, Tab. A 7). 12,7% der Behandlungen wurden als Unfälle eingestuft. Bei den ambulanten Behandlungen liegt dieser Anteil etwas höher als bei den stationären (13,7% vs. 9,5%). 4,1% der stationären Aufenthalte waren Geburten (n=92).

**Abb. 5.10 Grenzüberschreitende Patient/innen D → CH nach Schadensart**



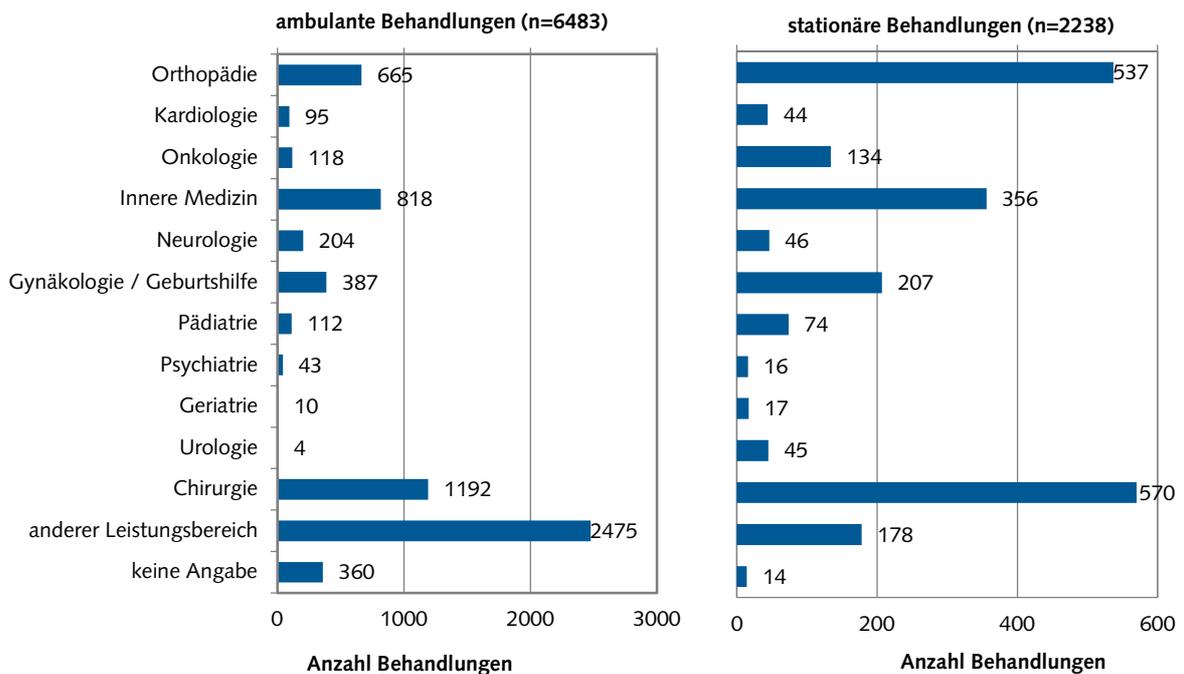
Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

© Obsan 2015

Von den fast 6500 ambulanten Behandlungen von Lörracherinnen und Lörrachern in den Basler Spitälern im Jahr 2013 waren 1192 (18%) chirurgische Behandlungen, 818 (13%) können dem Bereich Innere Medizin zugeordnet werden, 665 (10%) der Orthopädie und 387 (6%) der Geburtshilfe/Gynäkologie (Abb. 5.11).

Im stationären Bereich waren Orthopädie und Chirurgie mit je einem Viertel der Behandlungen etwas stärker vertreten als im ambulanten Bereich. 16% der ambulanten Behandlungen fanden im Bereich der inneren Medizin statt, 9% waren gynäkologische Behandlungen oder Geburten. w

**Abb. 5.11 Patientenmobilität D → CH nach Leistungsbereich**



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721.

© Obsan 2015

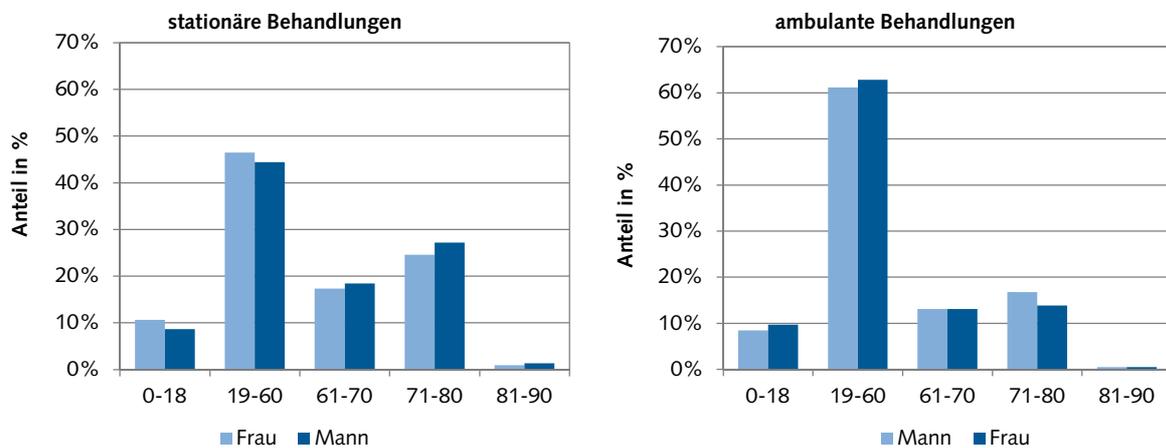
### Alters- und Geschlechtsstruktur der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten, die aus dem Landkreis Lörrach nach Basel kommen, sind im Durchschnitt jünger als jene, die von Basel nach Lörrach gehen. Dies gilt vor allem für den stationären Bereich, wo in die Richtung CH → D über 80% der Patientinnen und Patienten über 70-jährig sind (Abb. 5.4), während dies in die umgekehrte Richtung D → CH nur auf knapp 30% zutrifft (Abb. 5.12). Der Grund hierfür dürfte in der vergleichsweise hohen Anzahl Rehabilitationen unter den Behandlungen im Landkreis Lörrach liegen.

Von den Lörracher Patientinnen und Patienten mit stationären Aufenthalten in Basel sind 9,6% Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, 47,6% sind zwischen 19 und 60 Jahren alt und 18,9% zwischen 61 und 70 Jahren. Durchschnittlich noch jünger sind *ambulante* Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Lörrach. 4,6% sind unter 18 Jahre alt und 65,1% sind zwischen 19 und 60 Jahre alt. 13,8% der Patientinnen und Patienten sind zwischen 61 und 70 Jahren, 16% zwischen 71 und 80 Jahren. Personen über 80 Jahren machen nur 31 Fälle (0,5%) aus.

Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen: 54% der stationären und 49% der ambulanten Behandlungen betreffen Frauen (Abb. 5.12; Tab. A 8).

Abb. 5.12 Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen D → CH



Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721.

© Obsan 2015

### Wohnort und Klinikstandort

Ein Viertel der grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten wohnt in den Gemeinden Lörrach und Inzlingen; aus den Grenzgemeinden Weil am Rhein und Grenznach-Wylen stammen 17,5% bzw. 12,1% und aus Rheinfeldern und Schwörstadt 12,8% (Tab. 5.4). Die Herkunftsgemeinde unterscheidet sich nicht zwischen ambulanten und stationären Behandlungen.

**Tab. 5.4 Wohngemeinden der grenzüberschreitenden Patient/innen D → CH**

|   | stationär |       | ambulant |       | Total |       |
|---|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|   | n         | %     | n        | %     | n     | %     |
| Lörrach, Inzlingen  | 565       | 25.2  | 1 653    | 25.5  | 2 218 | 25.4  |
| Grenznach-Wylen   | 245       | 10.9  | 809      | 12.5  | 1 054 | 12.1  |
| Rheinfelden, Schwörstadt  | 275       | 12.3  | 837      | 12.9  | 1 112 | 12.8  |
| Weil am Rhein   | 400       | 17.9  | 1 125    | 17.4  | 1 525 | 17.5  |
| Binzen, Efringen-Kirchen, Eimeldingen,<br>Fischingen, Rümmingen, Schallbach     | 229       | 10.2  | 541      | 8.3   | 770   | 8.8   |
| Kandern, Malsburg-Marzell   | 60        | 2.7   | 195      | 3.0   | 255   | 2.9   |
| Schliengen, Bad Bellingen   | 47        | 2.1   | 155      | 2.4   | 202   | 2.3   |
| Maulburg, Steinen, Steinen, Wieslet   | 114       | 5.1   | 346      | 5.3   | 460   | 5.3   |
| Hasel, Schopfheim   | 117       | 5.2   | 335      | 5.2   | 452   | 5.2   |
| Zell im Wiesental, Hausen im Wiesental,<br>Häg-Ehrsberg                         | 35        | 1.6   | 90       | 1.4   | 125   | 1.4   |
| Todtnau, Utzenfeld, Wembach, Tunau,<br>Schönenberg, Schönau, Wieden, Wittlingen | 18        | 0.8   | 60       | 0.9   | 78    | 0.9   |
| Bürchau, Neuenweg, Sallneck, Raich,<br>Elbenschwand, Tegernau, Wies             | 22        | 1.0   | 28       | 0.4   | 50    | 0.6   |
| unbekannt   | 111       | 5.0   | 309      | 4.8   | 420   | 4.8   |
| Total   | 2 238     | 100.0 | 6 483    | 100.0 | 8 721 | 100.0 |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

© Obsan 2015

Zwei von drei grenzüberschreitende Behandlungen der deutschen Patientinnen und Patienten finden am Universitätsspital Basel statt, davon über 84% ambulant (Tab. 5.5). Deutlich kleinere Anteile weisen die auf Sportmedizin spezialisierte Praxisklinik Rennbahn (6,3%) und das Bethesda Spital (5,4%) auf, wobei auch in diesen beiden Kliniken über 80% der Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Das Universitätskinderspital beider Basel weist 4,8% der grenzüberschreitenden Behandlungen auf, mit einem Anteil ambulanter Konsultationen von 73%.

**Tab. 5.5 Behandelnde Spitäler der Patientenmobilität D → CH**

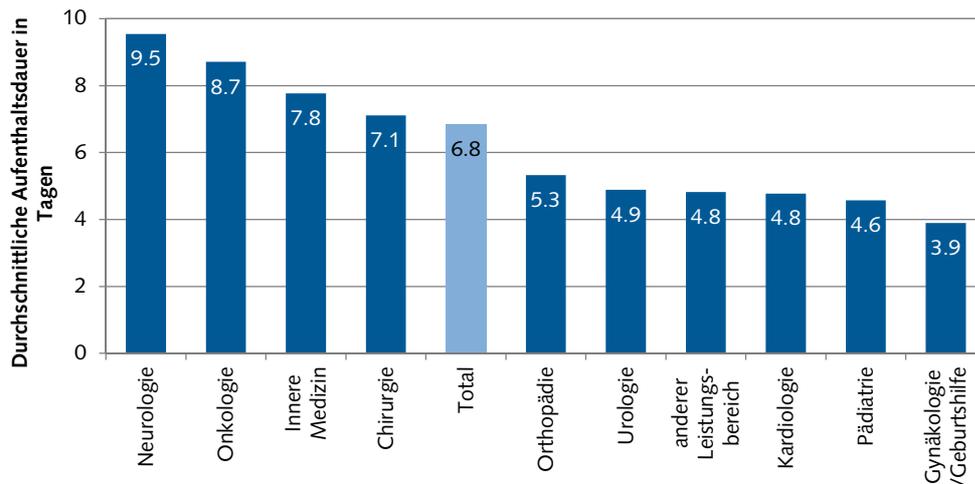
|   | stationär |      | ambulant |      | Total |      |
|---|-----------|------|----------|------|-------|------|
|   | n         | %    | n        | %    | n     | %    |
| Bethesda Spital AG                            | 81        | 3.6  | 393      | 6.1  | 474   | 5.4  |
| Felix Platter-Spital                          | 14        | 0.6  | 0        | 0.0  | 14    | 0.2  |
| Hirslanden Klinik Birshof                     | 75        | 3.4  | 0        | 0.0  | 75    | 0.9  |
| Kantonsspital Basel-Landschaft                | 131       | 5.9  | 0        | 0.0  | 131   | 1.5  |
| Klinik Arlesheim                              | 8         | 0.4  | 0        | 0.0  | 8     | 0.1  |
| Praxisklinik Rennbahn AG                      | 48        | 2.1  | 500      | 7.7  | 548   | 6.3  |
| Psychiatrische Klinik Sonnenhalde             | 15        | 0.7  | 0        | 0.0  | 15    | 0.2  |
| Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel    | 0         | 0.0  | 31       | 0.5  | 31    | 0.4  |
| Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) | 111       | 5.0  | 309      | 4.8  | 420   | 4.8  |
| Universitätsspital Basel                      | 946       | 42.3 | 5 048    | 77.9 | 5 994 | 68.7 |
| Bürgerspital Basel/Reha Chrischona            | 7         | 0.3  | 0        | 0.0  | 7     | 0.1  |
| keine Angabe                                  | 802       | 35.8 | 202      | 3.1  | 1004  | 11.4 |
| Total   | 2 238     | 100  | 6 483    | 100  | 8 721 | 100  |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014.

© Obsan 2015

### Aufenthaltsdauer

Abb. 5.13 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten bei stationären Aufenthalten in den Basler Spitälern auf. Durchschnittlich verbrachten diese 6.8 Tage im Spital. Am kürzesten waren die Aufenthalte im Bereich Geburtshilfe – sie dauerten im Mittel 3.9 Tage. Ebenfalls unter dem Durchschnitt liegt die Aufenthaltsdauer von Behandlungen in den Bereichen Pädiatrie, Kardiologie, Urologie und Orthopädie. Längere Aufenthalte wurden bei neurologischen (9,5 Tage) und onkologischen (8,7 Tage) Behandlungen verzeichnet.

**Abb. 5.13 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich**

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721.

© Obsan 2015

### 5.3 Fazit Patientenmobilität

In der zweiten Phase des Pilotprojektes GRÜZ wurde als viertes Projektziel ermittelt, inwiefern die Vision einer regen grenzüberschreitenden Patientenmobilität schon heute zutrifft. Um die gesamte Patientenmobilität in der Grenzregion zu erfassen, wurde eine Datenerhebung bei den Kliniken und Spitälern auf beiden Seiten der Grenze durchgeführt. Diese zeigten sich sehr kooperativ: neun von zehn deutschen und 15 von 20 Schweizer Spitälern bzw. Kliniken kamen der Aufforderung nach und reichten entsprechende Daten ein. Diese weisen eine hohe Qualität auf, sind aber dennoch nicht lückenlos.

Die Daten zeigen, dass die Patientenmobilität von Deutschland in die Schweiz jene in die umgekehrte Richtung um ein Vielfaches übertrifft. So haben die Lörracher Spitälern und Kliniken Daten zu 765 Behandlungen im Jahr 2013 geliefert, die Basler Spitälern zu 8721 Behandlungen.

Gut zwei Drittel der Behandlungen von Basler Patientinnen und Patienten in Lörrach waren stationäre Behandlungen, ein Drittel ambulante. Wie aus dem Monitoring bekannt ist (vgl. Kapitel 1), werden die Lörracher Spitälern im Pilotprojekt im stationären Bereich ausschliesslich für Rehabilitationen genutzt; vorwiegend im Bereich Orthopädie. Dies gilt auch für jene 166 Behandlungen, die nicht im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ erfolgt sind. Ein Grossteil dieser Aufenthalte haben die Basler Patientinnen und Patienten aus der eigenen Tasche bezahlt; nur sehr wenige wurden über die Unfallversicherung oder eine Zusatzversicherung abgegolten.

Zu den 264 ambulanten Behandlungen von Basler Patientinnen und Patienten im Landkreis Lörrach liegen keine vollständigen Informationen vor, weshalb nicht bekannt ist, ob diese im Rahmen des Pilotprojektes stattgefunden haben oder nicht. Da diese Behandlungen jedoch in den Monitoring-Daten nicht enthalten sind, kann davon ausgegangen werden, dass sie nicht im Rahmen des Pilotprojektes erfolgt sind.

Anders als Baslerinnen und Basler in Lörrach lassen sich Personen aus Lörrach in Basel hauptsächlich ambulant behandeln. Fast drei Viertel dieser 8721 Behandlungen erfolgten ambulant, nur 26% stationär. Ein Drittel der Patienten und Patientinnen aus dem Landkreis Lörrach haben Grenzgängerstatus. Mit 43% wurden jedoch deutlich mehr als ein Drittel der Behandlungen über die OKP abgegolten. Es dürfte sich bei diesen Fällen möglicherweise um ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger handeln. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler machen bei den ambulanten Behandlungen mit einem Drittel die zweitgrösste Patientengruppe aus, bei den stationären Behandlungen sind es Personen mit Grundversicherung in Deutschland. Für vier von fünf Behandlungen wurde als Schadensart Krankheit angegeben, 13% wurden als Unfälle eingestuft.

## 6 Diskussion

In diesem Kapitel wird anhand der Resultate des Monitorings sowie der Erhebungen zu den grenzüberschreitenden Kooperationen und zur gesamten Patientenmobilität beurteilt, inwiefern die Projektziele der zweiten Phase erreicht wurden. Es werden zudem die Grenzen der Begleitevaluation und die Rahmenbedingungen des Pilotprojektes aufgezeigt sowie die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt GRÜZ anhand der internationalen Literatur zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität diskutiert.

### 6.1 Beurteilung Erreichung der Projektziele

#### 6.1.1 Erhöhung quantitative Nutzung und Erweiterung Leistungsbereiche

Auf Schweizer Seite sind die Fallzahlen in der zweiten Phase des Pilotprojektes im Vergleich zur ersten Phase insgesamt höher, bewegen sich aber immer noch im tiefen dreistelligen Bereich. Bis zum Jahr 2012 wurde eine stetige Zunahme der Fallzahlen beobachtet, seither sind diese tendenziell rückläufig bis stagnierend. Da gleichzeitig das Potenzial an Rehabilitationen aufgrund der höheren Zahl in der Schweiz realisierter Rehabilitationen gestiegen ist, resultieren am Ende der zweiten Phase tiefere Mobilitätsraten als im Jahr 2012. Das Monitoring dürfte die (aktuellen) Fallzahlen jedoch eher unterschätzen. Dafür sprechen Nachlieferungen jeweils im Folgejahr sowie höhere Zahlen an Pilotprojektfällen in der Erhebung 2014 zur gesamten Patientenmobilität

Am Ende der zweiten Phase zeichnen sich keine Tendenzen zu einer breiteren Nutzung des Angebots der deutschen Kliniken im Rahmen des Pilotprojektes ab. Noch immer werden überwiegend Rehabilitationen in Anspruch genommen, so dass der Akutbereich auch in der zweiten Phase nicht von Bedeutung ist. Die Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes beschränken sich auf wenige Leistungsbereiche. Orthopädische Rehabilitationen machen über drei Viertel aller Behandlungen aus. Kardiologischen Rehabilitationen, deren Anteil bis im Jahr 2011 auf 23% zugenommen hatte, machten 2014 noch 3,1% aller Rehabilitationen aus. Seit 2012 wird neu auch ein kleiner Anteil Rehabilitationen im Bereich Innere Medizin verzeichnet. Die Fallzahlen anderer Leistungsbereiche sind marginal. Die Patientinnen und Patienten folgten in der zweiten Phase des Pilotprojektes demnach weitgehend den bereits in der ersten Phase etablierten Wegen zwischen den Basler Bezirken und den deutschen Klinikstandorten. Die stärksten Patientenflüsse gehen wie bisher von Basel-Stadt und Arlesheim zu den Rehabilitationskliniken in Bad Bellingen und Bad Krozingen. Vier von fünf Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes finden in einer einzigen Klinik in Bad Bellingen statt.

Das erste Ziel des Pilotprojektes, die Erhöhung der Fallzahlen mit gleichzeitiger Erweiterung der Leistungsbereiche, wurde demzufolge nur teilweise erreicht. In der zweiten Phase hat die absolute Zahl an Pilotprojektfällen zwar zugenommen, jedoch wie erwähnt mit stagnierender bis rückläufiger Tendenz. Zudem erfolgte die Zunahme nicht proportional zur Zunahme des Potenzials an Rehabilitationen, so dass die Mobilitätsraten am Ende der zweiten Phase rückläufig sind. Eine Öffnung des Pilotprojektes hin zum Akutbereich und damit eine Erweiterung der Leistungsbereiche wurden nicht erreicht.

#### 6.1.2 Förderung grenzüberschreitender Zusammenarbeit

Die Evaluation des dritten Projektziels zeichnet das Bild einer schon vor Beginn des Pilotprojektes regen Zusammenarbeit über die Grenze hinweg. Seit über zwanzig Jahren bestehen in der Grenzregion Basel-Lörrach vielfältige grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich, in welche gut die Hälfte der befragten Basler Institutionen involviert ist. Zwei Drittel der in der Umfrage erfassten Aktivitäten sind im Jahr 2009 oder danach entstanden. Ob dies ein Hinweis auf die Intensivierung der Zusammenarbeit in der Grenzregion ist oder lediglich die relativ kurze Lebensdauer der Aktivitäten widerspiegelt, bleibt unklar. Ein Hinweis auf das stetige Zusammenwachsen der Grenzregion könnte das 2012 gegründete und 2013 ausgebaut Medizinische Versorgungszentrum Lörrach (MVZ) sein, das eine Reihe grenzüberschreitender Ko-

operationen erfordert. Diese finden jedoch ausserhalb des Pilotprojektes statt. Die mit dem dritten Projektziel verknüpfte Hypothese, das Pilotprojekt fördere direkt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit und Vernetzung, wurde demzufolge nicht erfüllt.

### 6.1.3 Darstellung gesamte Patientenmobilität

Das vierte Projektziel, die Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Lörrach, wurde mit einer Datenerhebung bei Basler und Lörracher Spitälern erreicht. Die Daten belegen zum ersten Mal in beide Richtungen die rege Patientenmobilität über die Landesgrenzen hinweg. Diese umfasst nicht nur stationären Behandlungen von Baslerinnen und Baslern in den Rehabilitationskliniken im Landkreis Lörrach, sondern auch ambulante Behandlungen in Lörrach und vor allem eine Vielzahl von stationären und ambulanten Behandlungen von Lörracherinnen und Lörrachern in den Basler Spitälern. Die Daten zeigen, dass die Basler Spitäler auch für Lörracherinnen und Lörracher eine wichtige Versorgungsfunktion wahrnehmen, ebenso wie die Lörracher Rehabilitationsspitäler für Personen aus den beiden Basler Halbkantonen. Ein wichtiger Treiber der grenzüberschreitenden Patientenmobilität dürfte das unterschiedliche Angebot sein – die Spitäler auf beiden Seiten der Grenze bieten Behandlungen an, die auf der jeweils anderen Seite nicht oder in geringerem Ausmass verfügbar sind.

## 6.2 Grenzen der Begleitevaluation und Qualität der Datenerhebungen

Das Pilotprojekt tangiert gesundheitspolitische Fragen, welche auf einen Vergleich des deutschen mit dem schweizerischen Gesundheitssystem hinauslaufen. Wie bereits im Schlussbericht zur ersten Phase festgestellt wurde, kann die Evaluation des Pilotprojektes einen solchen Vergleich nicht leisten, da dafür eine mehrjährige, gezielte Vergleichsstudie nötig wäre (Zumbrunn et al., 2010). Die Vergleichsstudie Deutschland/Schweiz im Rehabilitationsbereich zeigt deutlich ein bestehendes Datenproblem auf (Flückiger & Sommer, 2012). Die Studie kam zum Schluss, dass die Rehabilitationskliniken teilweise zentrale Angaben nicht dokumentieren und grosse Unterschiede in der Dokumentationsform bestehen. Insbesondere führen die wenigsten Kliniken eine Kostenträgerrechnung, welche Voraussetzung wäre, um die unterschiedlichen Schweizer und deutschen Tarife zu erklären (Flückiger & Sommer, 2012). Mit der Begleitevaluation kann jedoch die Entwicklung der Fallzahlen über die gesamte Projektdauer dokumentiert und in Relation zur gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion gesetzt werden. Zudem wurden die vielfältigen Kooperationen über die Grenze hinweg dokumentiert. Bei den Erhebungen verhielten sich die beteiligten Krankenversicherer, die Spitäler und Kliniken sowie die weiteren Institutionen sehr kooperativ.

Beim Monitoring der Fallzahlen war die Qualität der Angaben zu den einzelnen Behandlungen in der Regel gut, bei einzelnen Parametern waren die gelieferten Daten einzelner Versicherer jedoch unvollständig. Seit dem Projektjahr 2013 gibt es die Möglichkeit, anhand der Rechnungen an die Kantone die Vollständigkeit der Datenlieferungen der Krankenversicherer zu überprüfen und so die Qualität der Daten zu validieren. Die Zahlen der gelieferten Pilotprojektfälle unterscheiden sich bei den meisten Krankenversicherungen um maximal vier Fälle von den Kantonsdaten. Bei drei Versicherungen liegen grössere Differenzen vor, die nicht eindeutig geklärt werden konnten. Die Monitoring-Daten sind somit grösstenteils als valide zu beurteilen. Die geringe Anzahl Pilotprojektfälle schränkt jedoch die Datenanalysen teilweise ein, da bei den kleinen Fallzahlen Unterschiede und Tendenzen zufälligen Schwankungen unterliegen. Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Unterschiede und Tendenzen sind deshalb mit Vorsicht zu interpretieren. Bei den Monitoring-Daten des Projektjahres 2014 ist aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit Nachlieferungen zu rechnen.

Bei der Online-Befragung zu den Kooperationen wurde eine hohe Rücklaufquote von 77,5% erreicht und bei den einzelnen Fragen fehlten nur wenige Angaben. Auch bei der Erhebung zur gesamten Patientenmobilität zeigten sich die Spitäler und Kliniken kooperativ. So lieferten 75% der angefragten Schweizer und 80% der angefragten deutschen Institutionen Daten zu den grenzüberschreitenden Patientinnen und Patienten. Bei mehreren Parametern sind diese Daten jedoch unvollständig, da nicht alle Institutionen über die entsprechenden Informationen verfügten. Dies betrifft auch wesentliche Angaben wie den Projektstatus

(Finanzierung inner- oder ausserhalb des Pilotprojektes) oder den Grenzgängerstatus. Die Resultate geben jedoch ein gutes Bild der Grössenordnungen und der Leistungsbereiche der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der Region Basel-Lörrach ab.

### 6.3 Rahmenbedingungen für das Pilotprojekt

In der Phase II haben sich verschiedene Rahmenbedingungen für das Pilotprojekt geändert. Diese betreffen das Pilotprojekt selbst, die schweizerische Gesetzgebung zur Finanzierung im Gesundheitswesen und das medizinische Angebot in der Grenzregion Basel-Lörrach.

Nachdem Anpassungen von Art. 36a KVV die Verlängerung des Pilotprojektes bis zum Jahr 2014 ermöglicht hatten, wurden mit dem neuen Pilotprojektvertrag die Bedingungen für grenzüberschreitende Behandlungen von Schweizer Patientinnen und Patienten für die zweite Phase gelockert. Der Wegfall des Leistungskataloges auf Schweizer Seite sowie die stärkere Projektbeteiligung der Schweizer Krankenversicherer aufgrund des passiven Beitrittsverfahrens liessen in der zweiten Projektetappe höhere Fallzahlen im Akutbereich erwarten, die jedoch, wie bereits dargelegt, nicht erreicht wurden. Zudem wurde im Dezember 2012 zwischen tarifsuisse und drei südbadischen Kliniken<sup>15</sup> ein Vertrag über die Vergütung der Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege geschlossen. Damit wurde ein stationäres Angebot für diese im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung definierten Leistungen geschaffen (Art. 25a Abs. 2 KVG)<sup>16</sup>, was ebenfalls zu keiner Erweiterung der Leistungsbereiche geführt hat.

Eine weitere Änderung der Rahmenbedingungen für das Pilotprojekt stellt die Einführung von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern im Jahr 2012 dar. Damit haben sich Deutschland und die Schweiz punkto Finanzierungsbedingungen im Akutbereich angenähert. Für beide Länder könnte dies positive Entwicklungen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit sich bringen, etwa Erfahrungswissen der deutschen Rehabilitationskliniken bei frühzeitigen Entlassungen (von Eiff et al., 2007) oder vergleichbare Finanzierungsabläufe und damit Vereinfachung von grenzüberschreitenden Verträgen.

Auch beim medizinischen Angebot beidseits der Grenze gab es Änderungen. In Lörrach wurde das medizinische Angebot mit dem 2012 gegründeten und 2013 ausgebauten Medizinischen Versorgungszentrum Lörrach (MVZ) erweitert, auf Schweizer Seite wurde zu Beginn der zweiten Phase mit der Umwandlung des Riehener Spitals in ein Gesundheitszentrum<sup>17</sup> das Angebot im Akutbereich reduziert. Als Reaktion darauf haben die deutschen Kliniken im Herbst 2010 Aktivitäten zur Information der Ärzteschaft und der Bevölkerung in Riehen in Angriff genommen um auf das Angebot im Akutbereich aufmerksam zu machen<sup>18</sup>. Auch diese Aktivitäten haben, wie bereits aufgezeigt, zu keiner Zunahme der Pilotprojektfälle im Akutbereich geführt. Anstatt sich in den grenznahen Kliniken des Landkreises Lörrach behandeln zu lassen, sind die Einwohnerinnen und Einwohner aus Riehen und Bettingen vielmehr auf andere Basler Spitäler ausgewichen, allen voran auf das St. Claraspital und das Universitätsspital Basel (Bayer-Oglesby & Roth, 2012).

Die beschriebenen Änderungen der Rahmenbedingungen, von den erleichterten Vertrags- und Finanzierungsbedingung bis hin zur Reduktion des medizinischen Angebots in Riehen, hätten zur Erreichung des ersten Projektziels beitragen können. Die Änderungen führten aber offensichtlich nicht zu einer *breiteren*

<sup>15</sup> Markgräflerland Klinik, Bad Bellingen; Rehabilitationsklinik Hausbaden, Badenweiler; Breisgau-Klinik, Bad Krozingen

<sup>16</sup> Die Akut- und Übergangspflege wird von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt im Anschluss an eine stationäre Behandlung verordnet, wenn die Patientinnen und Patienten eine qualifizierte, reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen benötigen und dauert maximal 14 Tage.

<sup>17</sup> Gesundheitszentrum Riehen (BS) mit ambulantem Gesundheitszentrum und Geriatriespitalabteilung.

<sup>18</sup> Konkret hat einerseits der Chefarzt des Kreiskrankenhauses Lörrach Gespräche mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Riehen geführt, andererseits wurde eine Zeitungsannonce geschaltet, um das Angebot des Kreiskrankenhauses Lörrach bei der Riehener Bevölkerung bekannter zu machen. Auskunft vom 19.5.2011 von G. Zisselsberger, Beauftragter des Landkreises Lörrach für das Pilotprojekt.

Nutzung des Angebotes in Deutschland, sondern allenfalls zu einer *häufigeren*. Möglichen Erklärungen dafür werden im nächsten Abschnitt anhand der internationalen Literatur diskutiert.

#### 6.4 Das Pilotprojekt im internationalen Kontext

Die Monitoring-Daten der zweiten Phase des Pilotprojektes bestätigen, dass sich die Patientenmobilität von der Schweiz nach Deutschland auf Rehabilitationen beschränkt, wobei die orthopädischen Rehabilitationen mit einem Anteil von über 80% dominieren. Auch bei der gesamten Patientenmobilität, die Behandlungen ausserhalb des Pilotprojektes und ambulante Behandlungen mit einschliesst, gehen vier von fünf grenzüberschreitende Patientinnen und Patienten aus der Schweiz für eine orthopädische Behandlung nach Deutschland. Diese selektive Wahl von Behandlungen reiht sich ein in internationale Beobachtungen. Die Analyse von sieben Europäischen Fallstudien kommt zum Schluss, dass grenzüberschreitende Patientenmobilität immer unter spezifischen Umständen zustande kommt (Glinos & Baeten, 2014; Glinos & Wismar, 2013). Auf die Grenzregion Basel-Lörrach übertragen, sind für die grenzüberschreitende Nachfrage wahrscheinlich wohnortsnahe, spezialisierte Rehabilitationen für Schweizer Patientinnen und Patienten in Deutschland auf der einen Seite und eine spezialisierte Akutmedizin und Spitzenmedizin für Deutsche Patientinnen und Patienten in der Schweiz auf der anderen Seite ausschlaggebend. Das Vorhandensein eines genuinen, lokalen Bedarfs wurde in den Europäischen Fallstudien denn auch als wesentlicher Erfolgsfaktor für die grenzüberschreitende Patientenmobilität identifiziert, da der Bedarf die Beteiligten motiviert und die Zusammenarbeit gegen aussen rechtfertigt (Glinos & Baeten, 2014). Auf Schweizer Seite besteht auch nach dem Wegfall des (vergleichsweise kleinen) Akutangebotes in Riehen offenbar kein Bedarf für Akutbehandlungen in den Lörracher Spitälern, da die Riehener Patientinnen und Patienten das Angebot der übrigen Basler Spitäler nutzen (Bayer-Oglesby & Roth, 2011).

Als zweiter Erfolgsfaktor wurde bei den Europäischen Fallstudien ein gemeinsames Interesse aller involvierter Akteure identifiziert (Glinos & Baeten, 2014). Das Interesse einzelner Akteure wirke häufig als eigentlicher Treiber für grenzüberschreitende Kollaborationen, wobei diese ohne genuinen Bedarf nicht funktionieren könnten (Glinos & Wismar, 2013). Zur selektiven Nutzung im Bereich der (orthopädischen) Rehabilitationen könnten auf Schweizer Seite des Pilotprojektes das gemeinsame Interesse der verschiedenen Akteure beigetragen haben, namentlich der auf diesen Bereich spezialisierten deutschen Kliniken, der Schweizer Krankenversicherer sowie der Schweizer Zuweiser. Bei letzteren zeigt sich die herausragende Rolle zweier Schweizer Spitäler, die zusammen über die Hälfte der Fälle überweisen. Andererseits hat sich im europäischen Kontext schon vor einigen Jahren gezeigt, dass gerade auch eine ungenügende Einbindung der Zuweiser die grenzüberschreitende Zusammenarbeit behindern kann (Glinos et al., 2005). Im Pilotprojekt GRÜZ wird auch in Zukunft der aktive und positive Einbezug der Schweizer Zuweiser eine wichtige Rolle spielen, und zwar sowohl für eine Erhöhung der Fallzahlen wie für eine Erweiterung der genutzten Leistungsbereiche.

Als dritter Erfolgsfaktor wird bei den Europäischen Fallstudien die Kompatibilität der Gesundheitssysteme genannt, da die Akteure an gesetzliche Regelungen, Richtlinien und Standards des eigenen Gesundheitssystem gebunden sind (Glinos & Baeten, 2014). In einer Nordamerikanischen Studie wurden denn auch die Heterogenität der gesetzlichen Regelungen und fehlende zwischenstaatliche Vereinbarungen zur Reziprozität als Barrieren der Patientenmobilität identifiziert (Bustamante, 2014). Auf das Pilotprojekt GRÜZ übertragen bedeutet dies, dass bei vorhandenem Bedarf Anpassungen der gesetzlichen Regelungen die grenzüberschreitende Patientenmobilität erleichtern oder erst ermöglichen können. Die Ausgestaltung gesetzlicher Bestimmungen kann den Bedarf jedoch nicht generieren.

Als vierten wichtigen Erfolgsfaktor nennen Glinos und Baeten (2014) das Engagement Einzelner in der Sache, da dies häufig der Ursprung der dynamischsten Initiativen sei. Für die Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Lörrach haben sich seit der Jahrtausendwende sowohl in Deutschland wie auch in der Schweiz verschiedene Akteure mit der gemeinsamen Vision, dass die Region auch im Bereich der Gesundheitsversorgung zusammenwachsen kann, stark engagiert (Faller, 2010). Gleichzeitig war auch der politische Wille zu einer Vertiefung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vorhanden (Faller, 2010).

Aus den Europäischen Erfahrungen schliessen Glinos und Baeten (2014), dass die grenzüberschreitende Patientenmobilität sehr stark vom jeweiligen Kontext und den spezifischen Umständen abhängig ist und dass für eine funktionierende grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen alle vier Erfolgsfaktoren präsent sein müssen. Auch für das Pilotprojekt GRÜZ spielen die von Glinos und Baeten postulierten vier Erfolgsfaktoren sowie die spezifischen Konstellationen der Grenzregion Basel-Lörrach eine wichtige Rolle. Wenn jedoch einer der Erfolgsfaktoren wegfällt oder sich die spezifischen Umstände ändern, besteht die Gefahr, dass sich die Patientenflüsse an die neue Situation anpassen und unter Umständen versiegen (Glinos & Baeten, 2014). Für ein Beispiel genügt ein Blick in die Archive des Spitals Riehen, der zudem die lange Tradition grenzüberschreitender Behandlungen in der Region illustriert: im ausgehenden 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts reisten bis zu einem Drittel der Patientinnen und Patienten des Spitals Riehen aus Südbaden an. Mit dem Ausbruch des zweiten Weltkriegs fanden diese grenzüberschreitenden Behandlungen jedoch ein Ende und Anfang der 1940er-Jahren wurden praktisch keine Patientinnen und Patienten aus dieser Region mehr behandelt (Dokumentationsstelle, 2015). Wie sich die kürzlich erfolgte Schliessung der Reha-Klinik St. Marien in Bad Bellingen (Weiler Zeitung, 5.6.2015) auf das Pilotprojekt auswirken wird kann noch nicht beurteilt werden. Da sich bisher 60 Prozent der Schweizer Pilotprojekt-Patientinnen und Patienten dort behandeln liessen, ist davon auszugehen, dass sich dies zumindest kurzfristig in den Fallzahlen der grenzüberschreitenden Rehabilitationen zeigen wird. Andererseits könnten sich bei Änderungen des Bedarfs, der Interessenlagen, der gesetzlichen Regelungen oder dem Engagement einzelner Akteure auch neue Chancen für die Erschliessung von Patientenpfaden ergeben. Die Promotion grenzüberschreitender Patientenmobilität ohne genuinen Bedarf dürfte jedoch wenige Aussicht auf Erfolg haben (Glinos & Baeten, 2014).

Wie die Begleitevaluation aufgezeigt hat, sind die Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt GRÜZ nur ein kleiner Teil der Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Lörrach. Auf Schweizer Projektseite folgen die Basler Patientinnen und Patienten im Grossen und Ganzen den Pfaden, die schon vor dem Start des Pilotprojektes von Zusatzversicherten vorgespurt wurden. Das Pilotprojekt GRÜZ leistet somit einen Beitrag dazu, dass Behandlungen, für die offenbar eine Nachfrage besteht, nicht mehr Zusatzversicherten vorbehalten bleiben.



## 7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Zu Beginn der zweiten Phase des Pilotprojektes wurden vier Projektziele formuliert. Die ersten zwei Ziele bezogen sich auf die Fallzahlen innerhalb des Pilotprojektes, das dritte auf grenzüberschreitende Kooperationen und das vierte auf die Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel/Lörrach. Das zweite Projektziel, die Erhöhung der quantitativen Nutzung auf deutscher Seite, wurde in der Folge nicht evaluiert, da die AOK im Jahr 2011 aus dem Pilotprojekt austrat. Im Folgenden werden deshalb Schlussfolgerungen zur Zielerreichung nur für die Projektziele eins, drei und vier gezogen. Ein Ausblick auf die Fortsetzung des Pilotprojektes und auf die Bedeutung einer unbefristeten Regelung für Grenzregionen schliesst den Schlussbericht zur Evaluation der Phase II des Pilotprojektes ab.

### 7.1 Gesamtbeurteilung der Zielerreichung

Das erste Projektziel – die Erhöhung der quantitativen Nutzung mit gleichzeitiger Erweiterung der Leistungsbereiche auf Schweizer Seite – wurde nur teilweise erfüllt. Die jährlichen Patientenzahlen liegen zwar insgesamt höher als in der ersten Phase, am Ende der zweiten Phase ist die Fallzahl jedoch eher rückläufig bis stagnierend, wobei diese etwas unterschätzt werden dürfte. Zudem wurde keine Erweiterung der Leistungsbereiche erreicht, da sich die Basler Patientinnen und Patienten auch in der zweiten Phase auf den etablierten Patientenzugängen bewegen und sich fast ausschliesslich für Rehabilitationen, insbesondere orthopädische, ins grenznahen Deutschland begeben.

Mit der Evaluation des dritten Projektziels konnte zwar aufgezeigt werden, dass in der Grenzregion Basel-Lörrach seit über 20 Jahren vielfältige grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich bestehen. Diese entstanden jedoch grösstenteils unabhängig vom Pilotprojekt, so dass sich die Hypothese, das Pilotprojekt fördere solche Aktivitäten direkt, nicht erfüllt hat.

Die Evaluation des vierten Projektzieles hat aufgezeigt, dass es in beide Richtungen eine rege grenzüberschreitende Patientenmobilität gibt, die auch unabhängig vom Pilotprojekt GRÜZ stattfindet. Die Basler Patientinnen und Patienten nehmen neben den stationären Rehabilitationen auch ambulante Behandlungen in Lörrach in Anspruch, während sich die Lörracher/innen für eine Vielzahl von stationären und ambulanten Behandlungen in die Basler Spitälern begeben.

### 7.2 Ausblick: zweite Verlängerungsphase Pilotprojekt

Am Ende der zweiten Phase ist noch keine definitive Regelung für die Weiterführung der befristeten Pilotprojekte<sup>19</sup> in Kraft. Um eine lückenlose Weiterführung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs vorerst sicherzustellen, wurde per 01.11.2014 der schweizerische Art. 36a Abs. 3 lit. a KVV dahingehend ergänzt, dass das Projekt zweimal um vier Jahre verlängert werden kann. Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Rahmen von Anpassungen von Bestimmungen mit internationalem Bezug soll die grenzüberschreitende Zusammenarbeit danach in allen Grenzregionen dauerhaft möglich sein (Art.34 Abs. 2 und 3 KVG). Die Vernehmlassung dazu wurde im März 2015 abgeschlossen.

Aus der Evaluation des Pilotprojektes GRÜZ gibt es bisher keine Hinweise darauf, dass eine definitive Regelung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs zu einer starken Zunahme oder zu einer Änderung der Patientenströme in der Grenzregion Basel/Lörrach führen würde. Durch den Wegfall der orthopädischen Rehabilitationen in der Reha-Klinik St. Marien dürften die Fallzahlen zumindest kurzfristig weiter stagnieren oder abnehmen. Eine unbefristete Regelung im schweizerischen Krankenversicherungsgesetz würde es jedoch ermöglichen, dass grenzüberschreitende Behandlungen im Rehabilitationsbereich, die seit längerem etabliert sind und für welche offenbar eine Nachfrage besteht, allen Patientinnen und Patienten

<sup>19</sup> Pilotprojekt Basel/Lörrach und Pilotprojekt St. Gallen/Fürstentum Lichtenstein

offenstehen, ungeachtet des Versichertenstatus. Dies würde einerseits zu einem gerechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen beitragen und andererseits auf spezifische Situationen in Grenzregionen Rücksicht nehmen, so auch auf die Situation der Region Basel/Lörrach, wo grenzüberschreitende Kooperationen im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bereich eine lange Tradition haben und den nationalen Grenzen auch im Gesundheitswesen eine immer geringere Bedeutung zukommt.

## 8 Literatur

- Anonymus (2009). Zürcher Spitalplanung 2012. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2012). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2011. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2011). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2010. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bayer-Oglesby, L., Diebold, M. et al. (2010). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen - Phase II. Pilotprojekt in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Evaluationskonzept. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BFS (2014). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012: BFS, Neuchâtel.
- Bustamante, A.V. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience Comment on «Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective». In: Int J Health Policy Manag. 3. Jg. (1). S. 47-49.
- Dokumentationsstelle, Historisches Spitalarchiv Riehen (2015). Streiflicht: Das Spital an der Landesgrenze. URL: <http://www.riehen.ch/verwaltung/geschichte/historisches%20spitalarchiv%20riehen//streiflicht-das-spital-der-peripherie> [Zugriffsdatum: 08.06.2015].
- Faller, A. (2010). Das Basler Pilotprojekt. In: Odendahl, K., Tschudi, H. & Faller, A. (Hg.). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojektes. Bd. 3. Zürich/St. Gallen: Dike, Nomos. S. 1-20.
- Flückiger, M. & Sommer, J.H. (2012). Vergleichsstudie Deutschland / Schweiz im Rehabilitationsbereich. Basel: Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Basel, Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik.
- Giehl, J., Meinold, S., Zink, J. & 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: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ).
- Glinos, I.A. & Wismar, M. (2013). Chapter 2. Hospital collaboration in border regions: observations and conclusions. In: Glinos, I.A. & Wismar, M. (Hg.). Hospitals and borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions. . Copenhagen: World Health Organisation.
- Glinos, I. A. & Baeten, R. (2014). Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. In: Social Science & Medicine. 117. Jg. (0). S. 18-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.015>.
- Glinos, I.A., Boffin, N. & Baeten, R. (2005). Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives. Report for the project "Europe for patients". Brussels: Observatoire social européen.
- Jeker Siggemann, S. (2014). Patientenmobilität an der schweizerischen Grenze. Deutsch-französisch-schweizerische Konferenz. 17.-18. November 2014. Baden-Baden.

- Schmid, T. (2013). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Zwischenbericht 2013 zu grenzüberschreitenden Kooperationen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schmid, T. (2014a). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2013. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schmid, T. (2014b). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Zwischenbericht 2014 zur gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schmid, T. & Bayer-Oglesby, L. (2013). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Simoës, E. & Zink, J. (2009). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Lahr/Schwarzwald: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ).
- Simoës, E. & Zink, J. (2008). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. 1. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Lahr/Schwarzwald: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ).
- von Eiff, W., Klemann, A. & Meyer, N. (2007). REDIA-Studie II - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. . In: Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. Band 4. Jg. URL: [www.reha-gm.de/resources/10\\_redia\\_studie\\_pdf.pdf](http://www.reha-gm.de/resources/10_redia_studie_pdf.pdf).
- Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & 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. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & 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. . Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- 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). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

## 9 Anhang

### 9.1 Anhang 1: Tabellen und Abbildungen

Tab. A 1 Anteil berechnete Versicherte im Kanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt, nach Altersklasse und Geschlecht, Projektjahr 2014

| Kanton           | Altersklasse | Anteil berechnete Versicherte (in %) |             |             |
|------------------|--------------|--------------------------------------|-------------|-------------|
|                  |              | Frau                                 | Mann        | Total       |
| BL               | 0-18         | 88.9                                 | 88.5        | 88.7        |
|                  | 19-60        | 88.3                                 | 88.2        | 88.2        |
|                  | 61-70        | 83.5                                 | 84.1        | 83.8        |
|                  | 71-80        | 79.4                                 | 81.6        | 80.4        |
|                  | 81-90        | 75.8                                 | 77.9        | 76.6        |
|                  | 91+          | 75.7                                 | 73.4        | 75.1        |
| <b>BL</b>        | <b>Total</b> | <b>86.1</b>                          | <b>86.8</b> | <b>86.4</b> |
| BS               | 0-18         | 93.2                                 | 93.6        | 93.4        |
|                  | 19-60        | 93.1                                 | 93.6        | 93.4        |
|                  | 61-70        | 90.7                                 | 91.1        | 90.9        |
|                  | 71-80        | 89.6                                 | 90.3        | 89.9        |
|                  | 81-90        | 88.8                                 | 89.8        | 89.2        |
|                  | 91+          | 90.3                                 | 89.0        | 90.0        |
| <b>BS</b>        | <b>Total</b> | <b>92.2</b>                          | <b>92.9</b> | <b>92.5</b> |
| <b>BS und BL</b> | <b>Total</b> | <b>88.6</b>                          | <b>89.2</b> | <b>88.9</b> |

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2013.

© Obsan 2015

Tab. A 2 Reha-Fälle pro 1000 OKP-Versicherte, berechnete OKP-Versicherte und geschätztes Potenzial an Reha-Fällen, 2014

| Kanton           | Alters-klasse | Fälle Pro 1000 OKP-Versicherte <sup>1</sup> |             |             | Anzahl Berechnete OKP-Versicherte <sup>2</sup> |                |                | Potenzial an Reha-Fällen <sup>3</sup> |              |              |
|------------------|---------------|---|-------------|-------------|--|----------------|----------------|---------------------------------------|--------------|--------------|
|                  |               | Frau  | Mann        | Total       | Frau   | Mann           | Total          | Frau                                  | Mann         | Total        |
| BL               | 0-18          | 0.1   | 0.0         | 0.1         | 21 188   | 22 227         | 43 415         | 3                                     | 0            | 3            |
|                  | 19-60         | 3.3   | 3.5         | 3.4         | 68 078   | 67 103         | 135 181        | 224                                   | 238          | 462          |
|                  | 61-70         | 14.9  | 15.2        | 15.0        | 14 561   | 13 700         | 28 261         | 216                                   | 208          | 424          |
|                  | 71-80         | 45.8  | 37.1        | 41.9        | 10 594   | 8 995          | 19 589         | 485                                   | 334          | 820          |
|                  | 81-90         | 83.9  | 68.5        | 77.8        | 5 687  | 3 848          | 9 535          | 477                                   | 263          | 742          |
|                  | 91+           | 79.8  | 68.7        | 76.7        | 1 081  | 406            | 1 487          | 86                                    | 28           | 114          |
|                  | <b>Total</b>  | <b>13.3</b>                                 | <b>9.7</b>  | <b>11.6</b> | <b>121 189</b>                                 | <b>116 279</b> | <b>237 468</b> | <b>1 612</b>                          | <b>1 130</b> | <b>2 743</b> |
| BS               | 0-18          | 0.0   | 0.1         | 0.1         | 12 838   | 13 796         | 26 634         | 0                                     | 2            | 2            |
|                  | 19-60         | 3.5   | 2.9         | 3.2         | 49 651   | 48 926         | 98 577         | 174                                   | 142          | 316          |
|                  | 61-70         | 19.2  | 17.2        | 18.3        | 9 386  | 8 376          | 17 762         | 181                                   | 144          | 325          |
|                  | 71-80         | 55.3  | 44.4        | 50.7        | 7 976  | 5 716          | 13 692         | 441                                   | 254          | 695          |
|                  | 81-90         | 87.3  | 69.2        | 81.1        | 6 148  | 3 180          | 9 328          | 536                                   | 220          | 757          |
|                  | 91+           | 77.4  | 72.5        | 76.2        | 1 588  | 479            | 2 067          | 123                                   | 35           | 158          |
|                  | <b>Total</b>  | <b>17.0</b>                                 | <b>10.1</b> | <b>13.7</b> | <b>87 587</b>                                  | <b>80 473</b>  | <b>168 060</b> | <b>1 492</b>                          | <b>815</b>   | <b>2 309</b> |
| <b>BS und BL</b> | <b>Total</b>  | <b>14.8</b>                                 | <b>9.9</b>  | <b>12.4</b> | <b>208 776</b>                                 | <b>196 752</b> | <b>405 528</b> | <b>3 091</b>                          | <b>1 943</b> | <b>5 037</b> |

<sup>1</sup> Reha-Fälle Pro 1000 OKP-Versicherte= Rehabilitationen MS + Rehabilitationen Datenerhebung Krankenversicherer/Anzahl OKP-Versicherte\*1000.

<sup>2</sup> Berechnete gemäss beteiligter Krankenversicherer Phase II, Projektjahr 2014

<sup>3</sup> Potenzial an Reha-Fällen=Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte\*Anzahl berechnete Versicherte /1000.

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2013, Medizinische Statistik BFS 2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

**Tab. A 3 Potenzial an Reha-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und Mobilitätsrate, 2014**

| Kanton           | Alters-klasse | Potenzial an Rehabilitationen <sup>1</sup> |              |              | Reha-Fälle im Pilotprojekt Grüz |           |            | Mobilitätsrate in % <sup>2</sup> |            |            |
|------------------|---------------|--|--------------|--------------|---------------------------------|-----------|------------|----------------------------------|------------|------------|
|                  |               | Frau                                       | Mann         | Total        | Frau                            | Mann      | Total      | Frau                             | Mann       | Total      |
| BL               | 0-18          | 3  | 0            | 3            | 2                               | 0         | 2          | 75.0                             | -          | 75.1       |
|                  | 19-60         | 224  | 238          | 462          | 9                               | 4         | 13         | 4.0                              | 1.7        | 2.8        |
|                  | 61-70         | 216  | 208          | 424          | 17                              | 8         | 25         | 7.9                              | 3.9        | 5.9        |
|                  | 71-80         | 485  | 334          | 820          | 30                              | 10        | 40         | 6.2                              | 3.0        | 4.9        |
|                  | 81-90         | 477  | 263          | 742          | 14                              | 6         | 20         | 2.9                              | 2.3        | 2.7        |
|                  | 91+           | 86   | 28           | 114          | 0                               | 0         | 0          | 0.0                              | 0.0        | 0.0        |
| <b>BL</b>        | <b>Total</b>  | <b>1 612</b>                               | <b>1 130</b> | <b>2 743</b> | <b>72</b>                       | <b>28</b> | <b>100</b> | <b>4.5</b>                       | <b>2.5</b> | <b>3.6</b> |
| BS               | 0-18          | 0  | 2            | 2            | 0                               | 0         | 0          | -                                | 0.0        | 0.0        |
|                  | 19-60         | 174  | 142          | 316          | 11                              | 4         | 15         | 6.3                              | 2.8        | 4.7        |
|                  | 61-70         | 181  | 144          | 325          | 14                              | 14        | 28         | 7.8                              | 9.7        | 8.6        |
|                  | 71-80         | 441  | 254          | 695          | 42                              | 21        | 63         | 9.5                              | 8.3        | 9.1        |
|                  | 81-90         | 536  | 220          | 757          | 13                              | 9         | 22         | 2.4                              | 4.1        | 2.9        |
|                  | 91+           | 123  | 35           | 158          | 2                               | 0         | 2          | 1.6                              | 0.0        | 1.3        |
| <b>BS</b>        | <b>Total</b>  | <b>1 492</b>                               | <b>815</b>   | <b>2 309</b> | <b>82</b>                       | <b>48</b> | <b>130</b> | <b>5.5</b>                       | <b>5.9</b> | <b>5.6</b> |
| <b>BS und BL</b> | <b>Total</b>  | <b>3 091</b>                               | <b>1 943</b> | <b>5 037</b> | <b>154</b>                      | <b>76</b> | <b>230</b> | <b>5.0</b>                       | <b>3.9</b> | <b>4.6</b> |

<sup>1</sup> Potenzial an Reha-Fällen=Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte\*Anzahl berechtigter Versicherter /1000, vgl. Abschnitt 2.1.2

<sup>2</sup> Mobilitätsrate=Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ/Potenzial an Rehas \*100, vgl. Abschnitt 2.1.2

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2013, Medizinische Statistik BFS 2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

**Tab. A 4 Potenzial an Reha-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und mittlere Mobilitätsrate, 2010–2014**

| Kanton           | Alters-klasse | Potenzial an Rehabilitationen <sup>1</sup> |              |               | Reha-Fälle im Pilotprojekt Grüz |            |              | Mobilitätsrate in % <sup>2</sup> |            |            |
|------------------|---------------|--|--------------|---------------|---------------------------------|------------|--------------|----------------------------------|------------|------------|
|                  |               | Frau                                       | Mann         | Total         | Frau                            | Mann       | Total        | Frau                             | Mann       | Total      |
| BL               | 0-18          | 8  | 7            | 15            | 2                               | 0          | 2            | -                                | -          | -          |
|                  | 19-60         | 935  | 962          | 1 897         | 39                              | 30         | 69           | 4.2                              | 3.1        | 3.6        |
|                  | 61-70         | 1 083                                      | 898          | 1 981         | 70                              | 62         | 132          | 6.5                              | 6.9        | 6.7        |
|                  | 71-80         | 2 126                                      | 1 349        | 3 481         | 115                             | 73         | 188          | 5.4                              | 5.4        | 5.4        |
|                  | 81-90         | 1 827                                      | 915          | 2 745         | 62                              | 32         | 94           | 3.4                              | 3.5        | 3.4        |
|                  | 91+           | 252  | 96           | 348           | 3                               | 3          | 6            | 1.2                              | 3.1        | 1.7        |
| <b>BL</b>        | <b>Total</b>  | <b>6 599</b>                               | <b>5 393</b> | <b>12 984</b> | <b>291</b>                      | <b>200</b> | <b>491</b>   | <b>4.4</b>                       | <b>3.7</b> | <b>3.8</b> |
| BS               | 0-18          | 4  | 9            | 9             | 0                               | 0          | 0            | 0.0                              | 0.0        | 0.0        |
|                  | 19-60         | 713  | 676          | 1 475         | 50                              | 38         | 88           | 7.0                              | 5.6        | 6.0        |
|                  | 61-70         | 871  | 669          | 1 557         | 95                              | 50         | 145          | 10.9                             | 7.5        | 9.3        |
|                  | 71-80         | 1 869                                      | 1 208        | 3 376         | 185                             | 89         | 274          | 9.9                              | 7.4        | 8.1        |
|                  | 81-90         | 2 047                                      | 1 062        | 3 733         | 80                              | 37         | 117          | 3.9                              | 3.5        | 3.1        |
|                  | 91+           | 316  | 156          | 723           | 5                               | 0          | 5            | 1.6                              | 0.0        | 0.7        |
| <b>BS</b>        | <b>Total</b>  | <b>5 748</b>                               | <b>3 782</b> | <b>10 792</b> | <b>415</b>                      | <b>214</b> | <b>629</b>   | <b>7.2</b>                       | <b>5.7</b> | <b>5.8</b> |
| <b>BS und BL</b> | <b>Total</b>  | <b>12 319</b>                              | <b>9 172</b> | <b>23 722</b> | <b>706</b>                      | <b>414</b> | <b>1 120</b> | <b>5.7</b>                       | <b>4.5</b> | <b>4.7</b> |

<sup>1</sup> Potenzial an Reha-Fällen=Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte\*Anzahl berechtigter Versicherter /1000, vgl. Abschnitt 2.1.2

<sup>2</sup> Mobilitätsrate=Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ/Potenzial an Rehas \*100, vgl. Abschnitt 2.1.2

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2013, Medizinische Statistik BFS 2013, Datenerhebung Pilotprojekt 2014 (Krankenversicherer).

© Obsan 2015

Tab. A 5 Liste der grenzüberschreitenden Aktivitäten nach Institution

| Institution  | Aktivität  |
|--|--|
| <b>Bethesda Spital AG</b>                                | Konsiliarärztliche Tätigkeit im Landkreis Lörrach<br>Telemedizinischer Austausch von Informationen: Bild- und Befundtausch mit Radiologen der Partnerinstitutionen<br>Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen (mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten)   |
| <b>Geburtshaus Tagmond</b>                               | Anderer Aktivität: Kooperation mit deutschen Hebammen, die Wochenbettbesuche bei Patientinnen aus D machen   |
| <b>Hirslanden Klinik Birshof</b>                         | Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D<br>Anderer Aktivität: Kooperationen mit Rehakliniken im Landkreis Lörrach (Vermittlung von Patientinnen und Patienten)  |
| <b>Kantonale Psychiatrische Klinik Ita Wegman Klinik</b> | Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Aufbau Weiterbildungsverbund im Rahmen der REGIO BASILIENSIS  |
| <b>Rehab Basel</b>                                       | Anderer Aktivität: Kostengutsprachen / Vereinbarungen mit deutschen Krankenversicherern  |
| <b>Rega Basel</b>  | Teilnahme an Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen in D<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D<br>Anderer Aktivität: Grenzüberschreitende Luftrettung<br>Notfallmedizinische präklinische Versorgung von Patientinnen und Patienten im Landkreis Lörrach   |
| <b>Universitäre psychiatrische Kliniken Basel</b>        | Grenzüberschreitende Arbeitsgruppe<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Kinder- und Jugendpsychiatrisches Kolloquium<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D (2 x genannt)<br>Anderer organisierter Austausch von Fachwissen<br>Anderer Aktivität: Supervision, Weiterbildung und Teambberatung in Partnerinstitution   |
| <b>Rettung Basel-Stadt</b>                               | Anderer Aktivität: Gegenseitige Hilfeleistung bei Simultaneinsätzen bzw. bei Transporten von schwergewichtigen Patientinnen und Patienten  |
| <b>Vista Klinik</b>                                      | Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Ophthalmologische Fortbildungen   |
| <b>Universitätsspital Basel</b>                          | Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D<br>Regelmässige Besuche der Kliniken im Landkreis Lörrach<br>Empfang von Delegationen aus Kliniken aus dem Landkreis Lörrach<br>Betrieb einer gemeinsamen Einrichtung/Tochtergesellschaft: MVZ Lörrach<br>Durchführen von Behandlungen/Operationen in Deutschland*<br>Konsiliarärztliche Tätigkeit im Landkreis Lörrach*<br>Austausch von Fachpersonal und/oder Ärzten*<br>Gemeinsame Anstellung von Fachpersonal*  |
| <b>Universitäts-Kinderspital beider Basel</b>            | Grenzüberschreitende Arbeitsgruppe:<br>Mitarbeit der Neonatologie UKBB im südbadischen Qualitätszirkel „AG Neonatologie“<br>Teilnahme an Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen in D (2x genannt)<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Einladung von interessierten Fachpersonen aus D an alle Veranstaltungen des UKBB<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Regelmässige Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Pädiater/innen<br>Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus D:<br>Wöchentliche Fortbildung Neonatologie<br>Anderer organisierter Austausch von Fachwissen (3 x genannt)<br>Regelmässige Besuche der Kliniken im Landkreis Lörrach<br>Empfang von Delegationen aus Kliniken aus dem Landkreis Lörrach (2x genannt)<br>Gemeinsame Organisation von Tagungen/Konferenzen |
| <b>Universitäts-Kinderspital beider Basel</b>            | Durchführen von Behandlungen/Operationen in Deutschland (2x genannt)<br>Konsiliarärztliche Tätigkeit im Landkreis Lörrach (2x genannt)<br>Telemedizinischer Austausch von Informationen<br>Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen (Im Rahmen der AG Neonatologie)<br>Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen (Im Rahmen des gastrointestinales Motilitätskolloquiums / des urologisch-nephrologisch-radiologischen Kolloquiums)<br>Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen<br>Anderer Aktivität: Zusammenarbeit mit Kinderärzten der Partnerinstitution im Rahmen von spezialisierten Sprechstunden für Blut- und Krebskrankheiten  |

\* diese Aktivität wird im Rahmen des Betriebs des MVZ Lörrach durchgeführt

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2013. Abgebildet sind nur Aktivitäten von Institutionen, die ihr Einverständnis zu namentlich Nennung der Aktivität gegeben haben (n=53 Aktivitäten). © Obsan 2015

Tab. A 6 Patientenmobilität CH → D nach Leistungsbereich

|                 | Stationäre Behandlungen |       |     |       | Ambulante Behandlungen* |       | Total |       |
|-----------------|-------------------------|-------|-----|-------|-------------------------|-------|-------|-------|
|                 | ausserhalb PP           |       | PP  |       | n                       | %     | n     | %     |
|                 | n                       | %     | n   | %     |                         |       |       |       |
| Orthopädie      | 97                      | 58.4  | 232 | 85.9  | 232                     | 70.5  | 561   | 73.3  |
| Kardiologie     | 4                       | 2.4   | 18  | 6.7   | 0                       | 0.0   | 22    | 2.9   |
| Onkologie       | 4                       | 2.4   | 8   | 3.0   | 0                       | 0.0   | 12    | 1.6   |
| Innere Medizin  | 6                       | 3.6   | 10  | 3.7   | 90                      | 27.4  | 106   | 13.9  |
| Neurologie      | 1                       | 0.6   | 1   | 0.4   | 4                       | 1.2   | 6     | 0.8   |
| Psychosomatik   | 0                       | 0.0   | 0   | 0.0   | 3                       | 0.9   | 3     | 0.4   |
| Anderer Bereich | 54                      | 32.5  | 1   | 0.4   | 0                       | 0.0   | 55    | 7.2   |
| Total           | 166                     | 100.0 | 270 | 100.0 | 329                     | 100.0 | 765   | 100.0 |

\*Für die ambulanten Behandlungen fehlt die Angabe, ob es sich um Pilotprojektpatient/innen oder um andere Patient/innen handelt.  
Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014; n=765 © Obsan 2015

Tab. A 7 Patientenmobilität D → CH nach Schadensart

|                      | stationäre Behandlungen |                    |               | ambulante Behandlungen |                    |               | Total |                    |               |
|----------------------|-------------------------|--------------------|---------------|------------------------|--------------------|---------------|-------|--------------------|---------------|
|                      | n                       | % von Leistungsart | % von Schaden | n                      | % von Leistungsart | % von Schaden | n     | % von Leistungsart | % von Schaden |
| Krankheit            | 1 814                   | 81.1               | 26.1          | 5 138                  | 79.3               | 73.9          | 6 952 | 79.7               | 100.0         |
| Geburt               | 92                      | 4.1                | 49.5          | 94                     | 1.4                | 50.5          | 186   | 2.1                | 100.0         |
| Unfall               | 213                     | 9.5                | 19.2          | 897                    | 13.8               | 80.8          | 1 110 | 12.7               | 100.0         |
| IV                   | 0                       | 0.0                | 0.0           | 29                     | 0.4                | 100.0         | 29    | 0.3                | 100.0         |
| Selbstzahler         | 8                       | 0.4                | 42.1          | 11                     | 0.2                | 57.9          | 19    | 0.2                | 100.0         |
| Vorsorgeuntersuchung | 0                       | 0.0                | 0.0           | 3                      | 0.0                | 100.0         | 3     | 0.0                | 100.0         |
| keine Angabe         | 111                     | 5.0                | 26.3          | 311                    | 4.8                | 73.7          | 422   | 4.8                | 100.0         |
| Total                | 2 238                   | 100.0              |               | 6 483                  | 100.0              |               | 8 721 | 100.0              | 100.0         |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721

© Obsan 2015

Tab. A 8 Alters- und Geschlechtsstruktur der grenzüberschreitenden Patient/innen CH → D

| Alter | stationär |      |      |      | ambulant |      |       |     |
|-------|-----------|------|------|------|----------|------|-------|-----|
|       | Mann      |      | Frau |      | Mann     |      | Frau  |     |
|       | n         | %    | n    | %    | n        | %    | n     | %   |
| 0-18  | 45        | 3.9  | 61   | 6.2  | 144      | 4.8  | 138   | 4   |
| 19-60 | 533       | 46.6 | 479  | 48.7 | 1 921    | 63.6 | 2 100 | 67  |
| 61-70 | 222       | 19.4 | 179  | 18.2 | 412      | 13.6 | 438   | 14  |
| 71-80 | 328       | 28.7 | 254  | 25.8 | 527      | 17.5 | 463   | 15  |
| 81-90 | 16        | 1.4  | 10   | 1.0  | 15       | 0.5  | 16    | 1   |
| Total | 1 144     | 100  | 983  | 100  | 3 019    | 100  | 3 155 | 100 |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721

© Obsan 2015

Tab. A 9 Finanzierung der grenzüberschreitenden Behandlungen D → CH

|                                 | stationär |       | ambulant |       | Total |       |
|---------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|                                 | n         | %     | n        | %     | n     | %     |
| Krankenversicherung CH          | 618       | 29.1  | 2 920    | 47.3  | 3 538 | 42.6  |
| Krankenversicherung D           | 313       | 14.7  | 316      | 5.1   | 629   | 7.6   |
| Krankenversicherung ohne Angabe | 257       | 12.1  | 2        | 0.0   | 259   | 3.1   |
| Zusatzversicherung D            | 154       | 7.2   | 10       | 0.2   | 164   | 2.0   |
| Unfallversicherung CH           | 95        | 4.5   | 785      | 12.7  | 880   | 10.6  |
| Selbstzahler                    | 83        | 3.9   | 1 883    | 30.5  | 1 966 | 23.7  |
| Andere                          | 109       | 5     | 52       | 1     | 161   | 2     |
| keine Angabe                    | 609       | 23.4  | 515      | 3.3   | 1 124 | 8.5   |
| Total                           | 2 238     | 100.0 | 6 483    | 100.0 | 8 721 | 100.0 |

Quelle: Datenerhebung Zwischenbericht GRÜZ 2014, n=8721

© Obsan 2015

## 9.2 Anhang 2: Projektplan Phase II

Tab. A 10 Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen

| Ziele des Pilotprojektes   | Evaluationsfragen   | Datenquelle(n)   | Datenlieferant(en)   | Reporting  |
|--|---|--|--|--|
| <b>1 Patientenzahlen Schweiz-Deutschland</b><br><br>a) Erweiterung Leistungsbereiche<br>b) Erhöhung quantitative Nutzung | <b>1.1. Berechtigte im Pilotprojekt CH-&gt;D</b><br>Welcher Anteil der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist aufgrund der Kassenzugehörigkeit zur Teilnahme am PP berechtigt?  | - Risikoausgleichsdaten KVG<br>- Bevölkerungsdaten BFS (ESPOP)   | - Gemeinsam Einrichtungen KVG<br>- BFS   | - Jährlicher Monitoringbericht per Ende Mai<br>- Schlussbericht per Ende Juni 2015                         |
|  | <b>1.2. Potenzial des Pilotprojektes CH-&gt;D</b><br>Wie viele Patient/innen mit Wohnsitz BS/BL könnten sich theoretisch im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?<br>- Reha Total<br>- Reha häufigste Leistungsbereiche PP<br>- Akut durch Schliessung Spital Riehen<br>- Akut häufigste Leistungsbereiche PP                      | - Risikoausgleichsdaten KVG<br>- Bevölkerungsdaten BFS (ESPOP)<br>- Medizinische Statistik                             | - BFS  |  |
|  | <b>1.3. Anzahl Fälle im Pilotprojekt CH-&gt;D</b><br>Wie viele Patient/innen haben sich im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?<br>Darstellung der Anzahl Fälle nach:<br>- Alter und Geschlecht der Patient/innen<br>- Klinikstandort und Wohnort<br>- Leistungsbereich (Diagnose Austritt)<br>- Aufenthaltsdauer<br>- Fallkosten | - Kostengut-sprachege-suche<br>- Rechnungen der Kliniken an Krankenversicherer<br>- Rechnungen der Kliniken an Kantone | - CH Krankenversicherer<br><br>- Kanton BL Und BS  |  |
|  | <b>1.4. Mobilitätsrate CH-&gt;D</b><br>Welches ist der Anteil der Pilotprojektfälle am Potenzial des Pilotprojektes?  |  |  |  |
| <b>2* Patientenzahlen Deutschland – Schweiz</b><br><br>a) Erhöhung Anzahl Verträge<br>b) Erhöhung quantitative Nutzung   | <b>2.1. Berechtigte Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Welcher Anteil der Bevölkerung des Landkreises Lörrach ist aufgrund der Kassenzugehörigkeit zur Teilnahme am PP berechtigt?   |  | - Statistisches Landesamt BaWü Einwohnerzahl Landkreis<br>- Anteil der GKV Versicherten, die am Projekt teilnehmen könnten (Frau Giesinger)  | - Jährlicher Monitoringbericht per Ende Mai, erstmals bis 22.6.2011<br>- Schlussbericht per Ende Juni 2015 |
|  | <b>2.2. Potenzial Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Wie viele Patient/innen mit Wohnsitz LK Lörrach könnten sich theoretisch im Rahmen des Pilotprojektes in der Schweiz behandeln lassen?<br>Darstellung der Anzahl Fälle mit Diagnosen gemäss Verträgen   | - Liste der Verträgen zwischen D KV und CH Spitälern (Angabe der Diagnosen, ohne Preise/Tarife)<br><br>- E1+ Datensatz | - Ministerium via G. Zisselsberger<br>- Anteil der GKV Versicherten, die sich in Freiburg behandeln lassen (Frau Giesinger)<br>- AOK (Hochrechnung auf alle Versicherten gemäss Marktanteil) |  |
|  | <b>2.3. Anzahl Fälle Pilotprojekt D-&gt;CH:</b><br>Wie viele Patient/innen haben sich im Rahmen des Pilotprojektes in der Schweiz behandeln lassen?<br>Darstellung der Anzahl Fälle nach:<br>- Alter und Geschlecht der Patient/innen<br>- Klinikstandort und Wohnort<br>- Leistungsbereich (Diagnose Austritt)<br>- Aufenthaltsdauer<br>- Fallkosten   | - Projektteilnehmer, Zusatzversicherte mit Antrag, Diagnosen, Alter, Geschlecht  | - AOK (Hochrechnung auf alle Versicherten gemäss Marktanteil) Ansprechpartner Herr le Moutt  |  |
|  | <b>2.4. Mobilitätsrate D-&gt;CH</b><br>- Welches ist der Anteil der Pilotprojektfälle am Potenzial des Pilotprojektes?  |  |  |  |

| Ziele des Pilotprojektes   | Evaluationsfragen   | Datenquelle(n)  | Datenlieferant(en)          | Reporting   |
|--|---|---|-----------------------------|---|
| <b>3 Förderung grenzüberschreitende Zusammenarbeit / Vernetzung der Leistungserbringer</b><br><br>a) Vertiefung bestehender Projekte<br>b) Neue Projekte | <b>3.1. Welche grenzüberschreitenden Aktivitäten gibt es in der Region BL/BS/Lörrach?</b><br><b>3.2. Bewertung und Häufigkeit grenzüberschreitender Aktivitäten</b><br><br>Mit welcher Regelmässigkeit finden grenzüberschreitende Aktivitäten statt? Wie werden die verschiedenen Aktivitäten von den involvierten Institutionen bewertet? | - Befragung CH Spitäler                                     | - Datenerhebung durch Obsan | - Quantitative Erhebung 2013<br>- Kurzbericht 2013<br>- Schlussbericht 2015 |
| <b>4 Darstellung der gesamten Patientenmobilität Schweiz &lt;--&gt; Deutschland in der Grenzregion BS/BL/Lörrach</b>                                     | <b>4.1 Definition der Patientenströme</b><br>Welche Patientenströme gibt es zwischen Deutschland und der Schweiz?<br>- Allgemeinversicherte<br>- Zusatz/Privatversicherte<br>- Grenzgänger  | - Recherchen<br>- Dokumentenanalyse<br>- Krankenversicherer |                             | - Kurzbericht 2014<br>- Schlussbericht 2015                                 |
|  | <b>4.2. Quantifizierung Patientenströme</b><br>Wie gross sind die Patientenströme zwischen Deutschland und der Schweiz<br>- Allgemeinversicherte<br>- Zusatz/Privatversicherte<br>- Grenzgänger   | - Befragung Kliniken in Lörrach                             | - Datenerhebung durch Obsan |   |

\* Aufgrund des Austritts der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 kann die Evaluation auf deutscher Seite (Projektziel 2) nicht mehr erfolgen, weil keine Beauftragung an den MDK mehr stattfindet.

Quelle: Überarbeiteter Projektplan Evaluation GRÜZ Phase II, Stand 26.03.2013.

© Obsan 2015

### 9.3 Anhang 3: Pflichtenheft zur Datenerhebung bei den Schweizer Krankenversicherern



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

Evaluation des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (CH) und des Landkreises Lörrach (D)»

# Pflichtenheft für die Datenerhebung bei Schweizer Krankenversicherern (Falldaten)

Version 2.4 für das Erhebungsjahr 2013

Neuenburg, Januar 2014



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

## Inhaltsverzeichnis

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Projektbeschreibung</b> .....   | <b>86</b> |
| 1.1      | Ausgangslage .....   | 86        |
| 1.2      | Projektziele und Berichtswesen .....                                       | 86        |
| 1.3      | Mitarbeit der Krankenversicherer .....                                     | 87        |
| <b>2</b> | <b>Generelle Bemerkungen</b> .....   | <b>88</b> |
| 2.4      | Datenschutz .....  | 88        |
| 2.5      | Anonymisierte Fallnummer .....   | 88        |
| 2.6      | Überleitungstabelle .....  | 88        |
| 2.7      | Diagnosen und Leistungsbereiche .....                                      | 89        |
| <b>3</b> | <b>Falldaten</b> .....   | <b>90</b> |
| 3.1      | Datenerfassung in der Tabelle Falldaten_2013.xls .....                     | 90        |
| 3.2      | Welche Fälle sind zu erfassen? .....                                       | 90        |
| 3.3      | Zu welchem Zeitpunkt sind die Fälle zu erfassen? .....                     | 90        |
| 3.4      | Wann müssen die Daten dem Obsan geliefert werden? .....                    | 90        |
| 3.5      | Wie wird das genaue Alter der versicherten Personen berechnet? .....       | 90        |
| 3.6      | Wie wird die Aufenthaltsdauer in der deutschen Klinik berechnet? .....     | 91        |
| 3.7      | Was wird unter dem Rechnungsbetrag CHF verstanden? .....                   | 91        |
| 3.8      | Zu liefernde Angaben .....   | 91        |
| 3.9      | Senden der Daten ans Obsan .....   | 92        |
| 3.10     | Ansprechpersonen im Gesundheitsobservatorium .....                         | 92        |
| <b>4</b> | <b>Anhang</b> .....  | <b>93</b> |
| 4.1      | Recordbeschreibung .....   | 93        |
| 4.2      | Reduzierter ICD-10-Katalog für grenzüberschreitende Behandlungsfälle ..... | 97        |

## Das Wichtigste in Kürze

### Was wird erfasst?

- ✓ Erfassung aller Behandlungen in deutschen Kliniken, die im Jahr 2013 abgeschlossen wurden und im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ über die OKP abgerechnet wurden.
- ✓ Dazu gehören auch Pilotprojektfälle von Tochtergesellschaften mit unterschiedlicher BAG-Nummer.

### Wo werden die Daten eingegeben?

- ✓ Die Behandlungen werden in der mitgelieferten Excel-Maske Falldaten\_2013.xls erfasst.
- ✓ Die Excel-Maske Falldaten\_2013.xls soll vollständig ausgefüllt werden.
- ✓ Eine Zeile=ein Pilotprojektfall
- ✓ Zur Anonymisierung der Pilotprojektfälle muss von den Krankenversicherern über die gesamte Projektdauer (2010–2014) eine kassen-interne Überleitungstabelle geführt werden. Diese darf nicht ans Obsan gesendet werden. Siehe dazu [2.6 Überleitungstabelle](#).

### Woher stammen die erforderlichen Daten?

- ✓ Die erforderlichen Falldaten werden folgenden Dokumenten entnommen:
  - Verwaltungsdaten der Krankenversicherer
  - Kostengutsprache-Gesuche
  - Rechnungen, welche von deutschen Kliniken an Krankenversicherer gestellt werden

### Welche Angaben werden erhoben?

- ✓ Alle von uns benötigten Angaben sind in der Tabelle 4.1 [Recordbeschreibung](#) beschrieben

### Wie und wann werden die Daten dem Obsan übermittelt?

- ✓ Die Datenlieferung erfolgt per Post oder auf elektronischen Weg (verschlüsselt)
- ✓ Termin Lieferung der Falldaten: Bis 18. Februar 2014

### Fragen? Zögern Sie nicht, das Evaluationsteam bei offenen Fragen zu kontaktieren:

- ✓ Tina Schmid, Dr. des., wissenschaftliche Projektleiterin  
Tel 032 713 62 93, Email: tina.schmid@bfs.admin.ch (MO-DO)
- ✓ Danièle Fallot, Mitarbeiterin Administration  
Tel 032 713 60 45, Email: danièle.fallot@bfs.admin.ch, (MO-FR)

# 1 Projektbeschreibung

## 1.1 Ausgangslage

Am 1. Januar 2010 startete die zweite Phase des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach». **Ihre Krankenversicherung ist dem Pilotprojekt beigetreten** und hat den Rahmenvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Schweizer Krankenversicherern und deutschen Leistungserbringern akzeptiert. Somit können die Versicherten Ihrer Krankenversicherung mit Wohnort Basel-Stadt oder Basel-Landschaft seit Januar 2010 Behandlungen in den beteiligten grenznahen deutschen Spitälern in Anspruch nehmen.

Für die zweite Phase des Pilotprojektes (2010–2014) gibt es auf Schweizer Projektseite keine Beschränkung mehr auf einen Leistungskatalog. Damit eine Leistung im Rahmen des Pilotprojektes in Anspruch genommen werden kann, müssen jedoch zwei Kriterien erfüllt sein: Einerseits müssen die Angebote der deutschen Kliniken der Versorgungsplanung und den Verträgen mit den Sozialversicherern in Deutschland entsprechen<sup>20</sup>. Andererseits richtet sich der Leistungsumfang für die zugelassenen Behandlungen nach den Pflichtleistungen gemäss KVG und den darauf gründenden Verordnungen. Für die Leistungserbringer gelten dabei die Bestimmungen des KVG, insbesondere Artikel 32 (Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)<sup>21</sup>.

Ein wichtiger Aspekt des Pilotprojektes (PP) ist dessen wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. 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<sup>22</sup>. Die Evaluation des Pilotprojektes seitens der Schweiz wird vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium ([www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)) durchgeführt.

Die vorliegende Zusammenstellung richtet sich an die im Projekt beteiligten Krankenversicherer und spezifiziert die seitens der Krankenversicherer zu liefernden Daten. Wir sind überzeugt, dass die Ergebnisse auch für Sie von grossem Interesse sein werden und bitten Sie daher, die Datenerhebung seriös durchzuführen. Wir sichern Ihnen zu, dass ohne Ihre Einwilligung Ihre Krankenversicherung in der Berichterstattung nie als einzelne Kasse ausgewiesen wird. Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen oder Unklarheiten.

## 1.2 Projektziele und Berichtswesen

Für die zweite Phase des Pilotprojektes wurden von der Projektleitung folgende **vier Ziele** festgelegt:

### Ziel 1 Erhöhung Patientenzahlen Schweiz – Deutschland

- 1.1 Erweiterung Leistungsbereiche
- 1.2 Erhöhung quantitative Nutzung

### Ziel 2 Erhöhung Patientenzahlen Deutschland–Schweiz

- 2.1 Erhöhung Anzahl Verträge
- 2.2 Erhöhung quantitative Nutzung

### Ziel 3 Förderung grenzüberschreitende Zusammenarbeit / Vernetzung der Leistungserbringer

- 3.1 Vertiefung bestehender Projekte
- 3.2 Neue Projekte

---

<sup>20</sup> Punkt 2 der Verträge zwischen santésuisse, deutschen Kliniken sowie den Kantonen BS und BL

<sup>21</sup> Punkt 8 der Verträge zwischen santésuisse, deutschen Kliniken sowie den Kantonen BS und BL

<sup>22</sup> Punkt 13 der Verträge zwischen santésuisse, deutschen Kliniken sowie den Kantonen BS und BL

#### Ziel 4 Darstellung der gesamten Patientenmobilität Schweiz <--> Deutschland in der Grenzregion BS/BL/Lörrach

Die Datenerhebung bei den Schweizer Krankenversicherern dient der Evaluation des 1. Projektzieles (**Erhöhung Patientenzahlen Schweiz-Deutschland**). Es werden jährliche Monitoring-berichte zu den Fallzahlen (2011–2014) und ein Schlussbericht (2015) erstellt.

Details zum Vorgehen für die Evaluation der Phase II des Pilotprojektes sind im Evaluationskonzept beschrieben (Obsan, Dezember 2010). Dieses beinhaltet neben den obgenannten Projektzielen die Evaluationsfragen, die vorgesehenen Datenerhebungen sowie den Projektablauf. Falls Sie mehr Informationen zum Evaluationskonzept wünschen, wenden Sie sich bitte an das Evaluationsteam.

### 1.3 Mitarbeit der Krankenversicherer

Im **vorliegenden Pflichtenheft** wird beschrieben, welche Mitarbeit im Rahmen der Evaluation des Pilotprojektes von den Krankenversicherern erwartet wird. Aufgrund der Erfahrungen der ersten Phase des Pilotprojektes (2007–2009) wird in der zweiten Phase die Datenerhebung bei den Krankenversicherern deutlich vereinfacht<sup>23</sup>. Es gibt nur noch ein Erhebungsinstrument<sup>24</sup> und die Variablenliste wurde auf das Wesentliche reduziert.

Die erforderlichen Falldaten können folgenden Datenquellen entnommen werden:

- **Verwaltungsdaten** der Krankenversicherer
- **Kostengutsprache-Gesuche**, die von den Versicherten selbst bzw. einer zuweisenden Instanz (Arzt, Spital) zur Kostenübernahme einer grenzüberschreitenden Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes gestellt werden.
- **Rechnung**, die nach Abschluss der Behandlung von der deutschen Klinik an die Krankenversicherung gestellt wird

Im vorliegenden Pflichtenheft (Abschnitt 3 – Falldaten) werden die zu liefernden Parameter ausführlich beschrieben (Abschnitt 3.2 – Recordbeschreibung). Das Evaluationsteam liefert zusammen mit dem Pflichtenheft eine Exceldatei zur einfachen Dateneingabe (Falldaten\_2013.xls)

---

<sup>23</sup> Es werden nur noch die Fallzahlen erhoben. Die Patientenbefragung und Expertengespräche werden nicht weitergeführt.

<sup>24</sup> Die Unterscheidung von Kostengutsprache-Daten und Routinedaten entfällt

## 2 Generelle Bemerkungen

### 2.1 Datenschutz

Die Datenerhebung 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.

Zur Wahrung des Datenschutzes werden **folgende Massnahmen** ergriffen:

- 1) Jedem Pilotprojektfall wird bei der Datenerfassung durch die Krankenversicherung eine anonymisierte, eindeutige Fallnummer zugeordnet (vgl. unten).
- 2) 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 minus Geburtsdatum). Damit dies keinen grossen Aufwand für Sie bedeutet, wird Ihnen in der Eingabemaske ein Berechnungstool mitgeliefert (siehe Eingabemaske Falldaten\_2013.xls, Mappe „Datum\_Berechnungsmodul“).
- 3) Das Evaluationsteam erhält nur Postleitzahl und Wohnort der Patient/innen.
- 4) Technische und organisatorische Massnahmen nach Art.15 BstatG; Art. 20ff. VDSG und Art. 14, Abs.2 BstatG.

### 2.2 Anonymisierte Fallnummer

Aus Datenschutzgründen darf das Evaluationsteam die Versichertennummer nicht kennen, da sonst Rückschlüsse auf die versicherten Personen möglich sind. Die anonymisierte Fallnummer setzt sich daher aus drei Zahlen zusammen:

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

Idealerweise wird die Laufnummer dem Kostengutsprache-Gesuch zugeteilt und um die Sequenznummer ergänzt. Diese Nummer wird später auf der Rechnung notiert und den Falldaten bei der Erfassung zugefügt.

### 2.3 Überleitungstabelle

**Zur Anonymisierung der Pilotprojektfälle** muss von den Krankenversicherern eine Kassen-interne **Überleitungstabelle** geführt werden (File «**Anonym 2010–2014 intern.xls**»). Die Überleitungstabelle verknüpft die Variablen, die nur der Krankenkasse bekannt sind (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer der Versicherten), mit den Variablen, die den Pilotprojektfall für das Obsan eindeutig identifizieren (Behandlungsjahr, BAG\_Nr, IDNR des Patienten sowie Sequenznummer zur Identifikation der Behandlung)

Wir bitten Sie, die Überleitungstabelle über die gesamte Projektdauer sorgfältig zu führen. Die Überleitungstabelle enthält nun bereits die Daten von 2010, 2011 und 2012.

**Das für die Falldaten 2010 begonnene und 2011 und 2012 weitergeführte File wird für das Erhebungsjahr 2013 mit den Falldaten 2013 weitergeführt. Nur so können wir mehrere Behandlungen derselben Person über die Projektdauer erkennen.**

Bei allfälligen Rückfragen des Obsan zu einem Pilotprojektfall ist die Überleitungstabelle für Sie das einzige Mittel, die Unterlagen zu diesem Fall wieder zu finden. Zudem gewährleistet nur die Überleitungstabelle die richtige Zuordnung von wiederholten Behandlungen des gleichen Patienten im Pilotprojekt.

## **2.4 Diagnosen und Leistungsbereiche**

Für die Evaluation des Pilotprojektes ist es äusserst wichtig, dass jedem Pilotprojektfall mindestens die Leistungsart (Akutbehandlung oder Rehabilitation) und der Leistungsbereich (Orthopädie, Kardiologie etc.) zugeordnet werden kann. Da der Leistungskatalog in der zweiten Phase wegfällt, kann wahrscheinlich häufig nicht auf die abgerechnete Leistungsnummer zurückgegriffen werden.

**Wir möchten Sie daher bitten, bei der Datenerfassung möglichst alle Informationen zur Diagnose, die Sie aus dem Kostengutsprachege such und der Rechnung eines Falles entnehmen können, anzugeben.** In der Eingabemaske gibt es je eine Variablen für die Leistungsart, den Leistungsbereich, die Diagnose ICD10, den G\_DRG-Code, sowie die Leistungsnummer gemäss Leistungskatalog der ersten Phase.

## 3 Falldaten

### 3.1 Datenerfassung in der Tabelle Falldaten\_2013.xls

Sie finden in der Beilage eine Excell-Arbeitsmappe mit Eingabemaske zur einfachen Dateneingabe (Falldaten\_2013.xls). Für jeden Pilotprojektfall (erfolgte Behandlung einer versicherten Person) wird eine Zeile (horizontal) ausgefüllt. Für jeden Parameter (Variable) ist eine Spalte (vertikal) vorgesehen. Die zu erhebenden Parameter sind unter 3.2 - Recordbeschreibung detailliert beschrieben.

Die Daten werden vom Obsan mit dem Statistikprogramm SAS ausgewertet. Verschiedene Datenformate können eingelesen werden. Falls Sie uns die Daten in einem anderen Format schicken möchten als den vorgesehenen Eingabemasken, wenden Sie sich bitte an uns.

### 3.2 Welche Fälle sind zu erfassen?

**Es werden alle Behandlungen im Landkreis Lörrach erhoben, welche im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet werden.**

Dazu gehören auch Pilotprojektfälle von Tochtergesellschaften mit unterschiedlicher BAG-Nummer.

Die Erfassung dauert über die gesamte zweite Phase des Pilotprojektes (Monitoring-Jahre 2010–2014). Für die jährlichen Monitoringberichte werden jeweils alle Behandlungen erfasst, die im jeweiligen Monitoring-Jahr abgeschlossen wurden, unabhängig vom Datum der Rechnungsstellung. Für den Monitoring-Bericht 2013 werden demzufolge alle Fälle erfasst, deren Behandlung im Jahr 2013 abgeschlossen wurde.

### 3.3 Zu welchem Zeitpunkt sind die Fälle zu erfassen?

Die Fälle können in den Jahren 2011 bis 2014 fortlaufend erfasst werden, sobald die Rechnung des deutschen Leistungserbringers der Krankenversicherung vorliegt. Spätestens im Februar 2014 werden alle Fälle des Monitoring-Jahres 2013 erfasst.

### 3.4 Wann müssen die Daten dem Obsan geliefert werden?

Die ausgefüllte Eingabemaske soll dem Obsan bis zum **18. Februar 2014** zugestellt werden. Das Datenfile beinhaltet alle Behandlungen, die im jeweiligen Monitoring-Jahr abgeschlossen wurden und deren Rechnungen den Krankenversicherungen zu diesem Zeitpunkt vorliegen. Behandlungen des betreffenden Monitoring-Jahres, deren Rechnungen Ende Februar des Folgejahres noch nicht vorliegen, werden in die darauf folgende Datenlieferung integriert.

### 3.5 Wie wird das genaue Alter der versicherten Personen berechnet?

Aus Datenschutzgründen darf das Evaluationsteam nicht das exakte Geburtsdatum der versicherten Personen erhalten. Letzteres muss deshalb von den Krankenversicherern berechnet werden (Austrittsdatum minus Geburtsdatum). Damit dies keinen grossen Aufwand für Sie bedeutet, wird Ihnen in der Eingabemaske ein Berechnungstool mitgeliefert (siehe Eingabemaske, Mappe „Datum\_Berechnungsmodul“). Wenn Sie hier das Geburtsdatum der versicherten Person und das Datum des Behandlungsaustritts (Austrittsdatum aus Klinik) eingeben, wird das genaue Alter für Sie berechnet. Den Wert müssen Sie anschliessend in die Mappe Records übertragen.

### 3.6 Wie wird die Aufenthaltsdauer in der deutschen Klinik berechnet?

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 Ihnen in der Eingabemaske ein Berechnungstool zur Verfügung (siehe Eingabemaske, Mappe „Datum\_Berechnungsmodul“). Wenn Sie hier das Eintrittsdatum eingeben, wird die Aufenthaltsdauer für Sie berechnet (das Austrittsdatum wurde bereits von der Berechnung des Lebensalters übernommen). Den Wert müssen Sie anschliessend in die Mappe Records übertragen.

### 3.7 Was wird unter dem Rechnungsbetrag CHF verstanden?

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung geht je eine Rechnung an den Kanton (55%) und eine Rechnung an die Krankenkasse (45%). Unter dem Rechnungsbetrag ist der Betrag der Rechnung an die Krankenkasse gemeint.

Bei den Behandlungskosten unterscheiden wir Brutto- von Nettokosten. Dabei gilt folgende Beziehung:  $\text{Bruttokosten} = \text{Nettokosten} + \text{Kostenbeteiligungen der Versicherten}$ . Unter Kostenbeteiligungen sind sowohl die ambulanten wie auch die stationären Selbstbehalte (inkl. Franchise) gemeint.

### 3.8 Zu liefernde Angaben

Für alle Fälle des Pilotprojektes sind die im Anhang unter 4.1- Recordbeschreibung aufgeführten Variablen zu liefern. Diese decken folgende Inhalte ab:

| Variablen- Nr. | Information über              |
|----------------|-------------------------------|
| 1-3            | Anonymisierte Fallnummer      |
| 4-12           | Versicherte Person            |
| 13-14          | Zuweiser                      |
| 15-17          | Deutsche Klinik               |
| 18-29          | Behandlung / Leistungsbereich |
| 30-36          | Rechnungsstellung             |
| 37-38          | Teilnahme an Pilotprojekt     |

Die Eingabemaske zeigt für jede Variable folgende Angaben:

- **Nummer der Variable:** Laufnummer
- **Variablenname:** Variablenname für die Datenlieferung an Obsan
- **Kurzbeschreibung:** Kurzbeschreibung der Variable in wenigen Worten
- **Erläuterungen:** Detaillierte Beschreibung der Variable
- **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 «fehlenden Werten» oder «Missing Data». Im entsprechenden Datenfeld wird der Wert **-9** eingegeben.

### 3.9 Senden der Daten ans Obsan

- Damit der Datentransfer den Datenschutzbestimmungen entspricht, schlagen wir Ihnen zwei Möglichkeiten des Datenversandes vor:
  1. **Mit der Post:** Sie kopieren die Daten auf eine CD und schicken uns diese eingeschrieben. Dies ist der von uns bevorzugte Weg.
  2. **Auf elektronischem Weg:** Sie verschlüsseln die Daten mit Hilfe eines Verschlüsselungsprogramms, z.B. Utimaco Private Crypto. Anschliessend schicken Sie die verschlüsselten Daten und das Passwort in zwei separaten Emails an **daniele.fallot@bfs.admin.ch**.
  
- **Der Termin für die Lieferung der Falldaten 2013 ist der 18. Februar 2014**

### 3.10 Ansprechpersonen im Gesundheitsobservatorium

Zögern Sie nicht, uns bei Fragen und Unklarheiten zu kontaktieren:

**Tina Schmid, Dr.** wissenschaftliche Projektleiterin

Tel 032 713 62 93

Email: tina.schmid@bfs.admin.ch (MO–DO)

**Danièle Fallot,** Mitarbeiterin Administration

Tel 032 713 60 45,

Email: daniele.fallot@bfs.admin.ch, (MO–FR)

**Postadresse:** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuenburg

**Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihren Einsatz für das Projekt.**

**Bitte wenden Sie sich an uns, falls Sie Fragen zu den Erhebungen oder generell zur Evaluation des Pilotprojektes haben.**

## 4 Anhang

### 4.1 Recordbeschreibung

| Nummer | Variablenname | Kurzbeschreibung         | Erläuterungen  | Codierung Fehlt die Angabe zu einer Variable, dann bitte das Feld mit -9 ergänzen (Missing Data)  | Einheit | Maximale Feldlänge |
|--------|---------------|--------------------------|--|---|---------|--------------------|
| 1.     | BAG_NR        | BAG-Nummer der KV        | <ul style="list-style-type: none"> <li>BAG-Nummer der Kasse, an welche die versicherte Person das Gesuch gerichtet hat.</li> <li>Bei Datenlieferung für Tochtergesellschaften bitte die BAG-Nummer der Tochtergesellschaft angeben</li> </ul>  | 1 bis n<br><i>kein fehlender Wert möglich</i>   | Zahl    | 4                  |
| 2.     | IDNR          | Personenidentifikation   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persönliche ID-Nr. Jeder Gesuchsteller erhält eine Nummer aus der Kassen-interne Überleitungstabelle (Excel-File: Anonym_2010–2014_intern.xls).</li> <li>Zur Anonymisierung der versicherten Personen wird aus Datenschutzgründen die BAG-Nummer der Krankenversicherung in Kombination mit einer ID- und Sequenznummer verwendet. Das Obsan darf die Versichertennummer nicht erheben (siehe ausführlich hierzu vorgängigen Punkt „Datenschutz“).</li> </ul> | 1 bis n<br><i>kein fehlender Wert möglich</i>   | Zahl    | 6                  |
| 3.     | SEQUENZNR     | Sequenznummer            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die Unterscheidung von mehreren Behandlungen derselben Person. Bei der ersten Behandlung einer Person im Rahmen des PP wird eine 1 eingegeben; bei der zweiten eine 2 etc.</li> </ul>   | 1 bis n<br><i>kein fehlender Wert möglich</i>   | Zahl    | 2                  |
| 4.     | JAHRG         | Jahrgang                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahrgang der versicherten Person</li> </ul>   | 19xy bis 2014<br><br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 4                  |
| 5.     | ALTER         | Alter bei Spitalaustritt | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alter in erfüllten Lebensjahren, berechnet als Austrittsdatum – Geburtsdatum.</li> <li>Dieses muss von den KV berechnet werden, da aus Datenschutzgründen das Obsan das Geburtsdatum nicht kennen darf. In der Eingabemaske Records B steht hierfür ein Tool zur Verfügung (Mappe Datum-Berechnungsmodul). Muss anschliessend in die Mappe „RecordsB“ übertragen werden.</li> </ul>   | -9=Fehlender Wert   | Zahl    | 4                  |
| 6.     | GESCHLECHT    | Geschlecht               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Geschlecht der versicherten Person</li> </ul>   | F=Frau<br>M=Mann<br>-9=Fehlender Wert   | Text    | 2                  |
| 7.     | NATION        | Nationalität             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nationalität</li> </ul>   | CH=Schweiz<br>D=Deutschland<br>F=Frankreich<br>Restliche EU=Restliche Europäische Union<br>Nicht EU=Nicht aus der Europäische Union<br>Keine Staatsangehörigkeit<br>-9=Fehlender Wert | Text    | 2                  |

| Num-mer | Variablenname | Kurzbeschreibung                     | Erläuterungen  | Codierung Fehlt die Angabe zu einer Variable, dann bitte das Feld mit -9 ergänzen (Missing Data)  | Einheit | Maximale Feldlänge |
|---------|---------------|--------------------------------------|--|---|---------|--------------------|
| 8.      | WOHN_KT       | Wohnsitzkanton bei Behandlungsbeginn | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kanton, in dem die versicherte Person bei Behandlungsbeginn die Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt.</li> </ul> | BS=Basel-Stadt<br>BL=Basel-Landschaft<br>ZH=Zürich<br>BE=Bern<br>LU=Luzern<br>UR=Uri<br>SZ=Schwyz<br>OW=Obwalden<br>NW=Nidwalden<br>GL=Glarus<br>ZG=Zug<br>FR=Freiburg<br>SO=Solothurn<br>SH=Schaffhausen<br>AR=Appenzell A. Rh.<br>AI=Appenzell I. Rh.<br>SG=St. Gallen<br>GR=Graubünden<br>AG=Aargau<br>TG=Thurgau<br>TI=Tessin<br>VD=Waadt<br>VS=Wallis<br>NE=Neuenburg<br>GE=Genf<br>JU=Jura<br>Deutschland<br>Frankreich<br>Übriges Europa<br>Übriges Ausland<br>-9=Fehlender Wert | Text    | 20                 |
| 9.      | WOHN_PLZ      | Postleitzahl des Wohnorts            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Postleitzahl der Wohnadresse; wenn keine Wohnadresse vorhanden -&gt; Rechnungsadresse.</li> </ul>   | Von 1 bis 9000  | Zahl    | 4                  |
| 10.     | WOHNORT       | Wohnort                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnort als Text</li> </ul>   |   | Text    | 40                 |
| 11.     | GRENZG        | Grenzgänger                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die Person ein Grenzgänger oder eine Grenzgängerin?</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein -9=Fehlender Wert</li> </ul>  | Text    | 4                  |
| 12.     | TYPGRENZG     | Grenzgänger-Typ                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Um welchen Typ Grenzgänger handelt es sich?</li> </ul>  | 1=versicherte Person mit Wohnsitz in Deutschland und Arbeitsort in der Schweiz.<br>2=Anderer<br>-9=Fehlender Wert   | Zahl    | 2                  |
| 13.     | ZUGEWIESEN    | Zugewiesen                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wurde die versicherte Person von einem Leistungserbringer (Arzt, Spital) zugewiesen?</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein -9=Fehlender Wert</li> </ul>  | Text    | 4                  |
| 14.     | ZSR_NR_ZW     | ZSR-Nummer Zuweiser                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn ja, ZSR-Abrechnungsnummer der einweisenden Institution (Arzt/Ärztin, Spital) angeben</li> </ul>  | -9=Fehlender Wert   | Text    | 7                  |
| 15.     | ZSR_NR_SP     | ZSR-Nummer D Spital                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ZSR-Abrechnungsnummer des deutschen Spitals (behandelndes Spital)</li> </ul>  | -9=Fehlender Wert   | Text    | 7                  |

| Nummer | Variablenname    | Kurzbeschreibung                  | Erläuterungen   | Codierung Fehlt die Angabe zu einer Variable, dann bitte das Feld mit -9 ergänzen (Missing Data)   | Einheit | Maximale Feldlänge |
|--------|------------------|-----------------------------------|---|--|---------|--------------------|
| 16.    | IK_NR_SP         | Name der Institution in D         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Name des Klinik / des Spitals</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Markgräflerland-Klinik GmbH &amp; Co</li> <li>Rehaklinik Sankt Marien Bad Bellingen</li> <li>MediClin Seidel-Klinik Bad Bellingen</li> <li>Rheintalklinik GmbH &amp; Co Porten KG</li> <li>Breisgau-Klinik / RHK Reha-Klinik GmbH &amp; Co KG</li> <li>Park Klinikum Bad Krozingen</li> <li>Rehabilitationsklinik Park-Therme Badenweiler</li> <li>Reha-Klinik Hausbaden / RHK Reha-Klinik GmbH &amp; Co Badenweiler</li> <li>Reha Klinikum Bad Säckingen</li> <li>Kreiskrankenhaus Rheinfelden</li> <li>Kreiskrankenhaus Schopfheim</li> <li>Kreiskrankenhaus Lörrach</li> <li>Kliniken des Landkreises Lörrach</li> <li>St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach</li> <li>Andere</li> </ul> <i>Kein fehlender Wert möglich</i> | Text    | 40                 |
| 17.    | IK_TXT_SP        | Name der Institution: freier Text | <ul style="list-style-type: none"> <li>Falls „andere“ bei Institutionskennzeichen eingegeben wurde, bitte hier Name der Klinik als Text eingeben.</li> </ul>  | -9=Fehlender Wert  | Text    | 40                 |
| 18.    | AUFENTHALTSDAUER | Aufenthaltsdauer im Spital        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aufenthaltsdauer in Tagen, berechnet als Austrittsdatum – Eintrittsdatum in der Klinik. In der Eingabemaske steht hierfür ein Tool zur Verfügung (Tabellenblatt Datum-Berechnungsmodul). Muss anschliessend in die Mappe „FALLDATEN“ übertragen werden.</li> <li>Dieses muss von den KV berechnet werden, da aus Datenschutzgründen das Obsan das Eintritt- und Austrittsdatum nicht kennen darf.</li> </ul> | -9=fehlender Wert  | Zahl    | 2                  |
| 19.    | BEH_MONAT        | Monat der Behandlung              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monat in welchem die Behandlung abgeschlossen wurde</li> </ul>   | 1-12      9=Fehlender Wert   | Zahl    | 2                  |
| 20.    | BEH_JAHR         | Berichtsjahr                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahr, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde</li> </ul>   | 2007–2014 <i>kein fehlender Wert möglich</i>   | Zahl    | 4                  |
| 21.    | SCHADEN_ART      | Schadensart                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diese Kennzeichnung unterscheidet den Schaden-Typ, wie er im Versicherungssystem abgelegt ist.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Krankheit, inklusive Prävention</li> <li>Unfall</li> <li>Mutterschaft</li> </ul> -9=Fehlender Wert  | Text    | 35                 |
| 22.    | LEISTUNG_ART     | Leistungsart                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterscheidung von akut- resp. teil-stationären Behandlungen, Rehabilitationen und ambulanten Leistungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Akut/teil-stationär</li> <li>Rehabilitation</li> <li>Ambulante Leistung</li> <li>Unbekannt</li> </ul> -9=Fehlender Wert   | Text    | 20                 |

| Num-mer | Variablenname | Kurzbeschreibung                       | Erläuterungen   | Codierung Fehlt die Angabe zu einer Variable, dann bitte das Feld mit -9 ergänzen (Missing Data)   | Einheit | Maximale Feldlänge |
|---------|---------------|--|---|--|---------|--------------------|
| 23.     | LEISTUNG_BER  | Leistungsbereich                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Leistungsbereich der Behandlung gemäss Rechnung, evtl. gemäss Kostengutsprache</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Innere Medizin</li> <li>Orthopädie</li> <li>Kardiologie</li> <li>Neurologie</li> <li>Onkologie</li> <li>Geriatric</li> <li>Geburtshilfe/Gynäkologie</li> <li>Pädiatrie</li> <li>Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen</li> <li>Anderer Leistungsbereich</li> <li>Leistungsbereich unbekannt</li> <li>-9=Fehlender Wert</li> </ul> | Text    | 40                 |
| 24.     | ICD10         | Diagnose ICD-10                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemäss Rechnung, Siehe Anhang 1</li> </ul>   | Gemäss Anhang 1<br>-9=Fehlender Wert   | Text    | 7                  |
| 25.     | ICD10_TEXT    | Diagnose Klartext                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn Diagnose nicht als ICD-10 Code erwähnt, bitte als Klartext erwähnen</li> </ul>  | Klartext<br>-9=Fehlender Wert  | Text    | 40                 |
| 26.     | G_DRG         | G-DRG Code                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Angabe zur DRG gemäss Rechnung</li> </ul>  | Z.B. J06Z, J14B<br>-9=Fehlender Wert   | Text    | 7                  |
| 27.     | G_DRG_TXT     | G-DRG Beschreibung                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Falls kein G-DRG Code, Behandlung als Klartext</li> </ul>  | Lauftext<br>-9=Fehlender Wert  | Text    | 40                 |
| 28.     | LEISTUNG_NR   | Abgerechnete Leistungsnummer           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abgerechnete Leistungsnummer gemäss grenzüberschreitendem Leistungskatalog der Phase I des PP, falls diese auf der Rechnung erwähnt ist</li> </ul>   | Z.B. A.1.001, A.1.002, usw.<br>-9 keine Angabe   | Text    | 8                  |
| 29.     | BESONDERE     | Besondere Umstände bei Behandlungsende | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kam es bei Behandlungsende zu einem der folgenden Umstände?</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rückverlegung in Akutspital</li> <li>Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> <li>Patient gestorben</li> <li>Nein, zu keinem</li> <li>-9= Fehlender Wert</li> </ul>   | Text    | 40                 |
| 30.     | RDATUM_TAG    | Rechnungsdatum Tag                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tag des Rechnungsdatums</li> </ul>   | 1-31<br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 2                  |
| 31.     | RDATUM_MONAT  | Rechnungsdatum Monat                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monat des Rechnungsdatums</li> </ul>   | 1-12<br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 2                  |
| 32.     | RDATUM_JAHR   | Rechnungsdatum Jahr                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahr des Rechnungsdatums</li> </ul>  | 2007-2014<br>-9=Fehlender Wert   | Zahl    | 4                  |
| 33.     | BETRAG_CHF    | Rechnungsbetrag CHF                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechnungsbetrag in CHF</li> </ul>  | Nur positive Werte möglich<br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 6                  |
| 34.     | B_LEISTUNG    | Bruttoleistung CHF                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechnungsbetrag abzüglich nicht-versicherter und nicht-pflichtiger Leistungen in CHF</li> </ul>  | Nur positive Werte möglich<br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 6                  |
| 35.     | KOBE          | Kostenbeteiligung CHF                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kostenbeteiligung der versicherten Person am Rechnungsbetrag (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an Kosten des Spitalaufenthalts) in CHF</li> </ul> | Nur positive Werte möglich<br>-9=Fehlender Wert  | Zahl    | 6                  |
| 36.     | BEH_PP_VORHER | Behandlung im PP                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>War die versicherte Person im Rahmen des PP schon früher in einer deutschen Klinik behandelt worden?</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein<br/>-9=Fehlender Wert</li> </ul>   | Text    | 4                  |
| 37.     | PP            | Behandlung innerhalb PP                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Handelt es sich beim vorliegenden Fall um eine Behandlung in Deutschland, die im Rahmen des Pilotprojektes über die OKP abgerechnet wird?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein<br/>kein fehlender Wert möglich</li> </ul>   | Text    | 4                  |
| 38.     | BEMERKUNGEN   | Bemerkungen                            |   |  | Text    | 500                |

## 4.2 Reduzierter ICD-10-Katalog für grenzüberschreitende Behandlungsfälle

| ICD-Code | ICD Beschreibung   |
|----------|--|
| A04      | Sonstige bakterielle Darminfektionen   |
| A04.7    | Enterokolitis durch <i>Clostridium difficile</i>   |
| A08      | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen   |
| A08.4    | Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet  |
| A09      | Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs   |
| A75      | Fleckfieber  |
| C00      | Bösartige Neubildung der Lippe   |
| C15      | Bösartige Neubildung des Ösophagus   |
| C16      | Bösartige Neubildung des Magens  |
| C18      | Bösartige Neubildung des Kolons  |
| C34      | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge   |
| C40      | Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten                                  |
| C43      | Bösartiges Melanom der Haut  |
| C44      | Sonstige bösartige Neubildungen der Haut   |
| C44.3    | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes           |
| C50      | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]  |
| C50.0    | Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof   |
| C50.1    | Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse  |
| C50.2    | Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse   |
| C50.3    | Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse  |
| C50.4    | Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse   |
| C50.5    | Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse  |
| C50.8    | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend   |
| C50.9    | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet   |
| C51      | Bösartige Neubildung der Vulva   |
| C51.8    | Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend  |
| C51.9    | Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet  |
| C53      | Bösartige Neubildung der Cervix uteri  |
| C53.0    | Bösartige Neubildung: Endozervix   |
| C53.1    | Bösartige Neubildung: Ektozervix   |
| C53.8    | Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend                                       |
| C53.9    | Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet   |
| C54      | Bösartige Neubildung des Corpus uteri  |
| C54.1    | Bösartige Neubildung: Endometrium  |
| C54.2    | Bösartige Neubildung: Myometrium   |
| C54.8    | Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend                                       |
| C54.9    | Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet   |
| C56      | Bösartige Neubildung des Ovars   |
| C57      | Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane                       |
| C57.0    | Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]  |
| C57.3    | Bösartige Neubildung: Parametrium  |
| C57.4    | Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet   |
| C76      | Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen                                     |
| C79      | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen   |
| C79.6    | Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars   |
| C91      | Lymphatische Leukämie  |
| D05      | Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]   |
| D05.1    | Carcinoma in situ der Milchgänge   |
| D05.9    | Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet   |
| D12      | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus                                  |
| D14      | Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems  |
| D24      | Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]  |
| D25      | Leiomyom des Uterus  |
| D25.0    | Submuköses Leiomyom des Uterus   |
| D25.1    | Intramurales Leiomyom des Uterus   |
| D25.2    | Subseröses Leiomyom des Uterus   |
| D25.9    | Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet  |
| D27      | Gutartige Neubildung des Ovars   |
| D37      | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane                   |
| D39      | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane                             |
| D39.0    | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Uterus  |
| D39.1    | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Ovar  |
| D39.7    | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige weibliche Genitalorgane                        |
| D43      | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems                 |
| D48      | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |

| ICD-Code | ICD Beschreibung   |
|----------|--|
| D48.6    | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]                  |
| D62      | Akute Blutungsanämie   |
| E00      | Angeborenes Jodmangelsyndrom   |
| E10      | Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]                            |
| F00      | Demenz bei Alzheimer-Krankheit   |
| F01      | Vaskuläre Demenz   |
| F01.1    | Multiinfarkt-Demenz  |
| F05      | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt                  |
| F05.1    | Delir bei Demenz   |
| F45      | Somatoforme Störungen  |
| G20      | Primäres Parkinson-Syndrom   |
| G30      | Alzheimer-Krankheit  |
| G30.1    | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn  |
| G90      | Krankheiten des autonomen Nervensystems  |
| H01      | Sonstige Entzündung des Augenlides   |
| I10      | Essentielle (primäre) Hypertonie   |
| I10.01   | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise                   |
| I10.91   | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise   |
| I20      | Angina pectoris  |
| I20.0    | Instabile Angina pectoris  |
| I21      | Akuter Myokardinfarkt  |
| I21.0    | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand                                      |
| I21.1    | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand                                      |
| I21.2    | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen                         |
| I21.4    | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt   |
| I25      | Chronische ischämische Herzkrankheit   |
| I26      | Lungenembolie  |
| I26.9    | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale                                   |
| I44      | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock  |
| I44.1    | Atrioventrikulärer Block 2. Grades   |
| I44.2    | Atrioventrikulärer Block 3. Grades   |
| I45      | Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen   |
| I45.5    | Sonstiger näher bezeichneter Herzblock   |
| I45.6    | Präexzitations-Syndrom   |
| I47      | Paroxysmale Tachykardie  |
| I47.0    | Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry   |
| I47.1    | Supraventrikuläre Tachykardie  |
| I48      | Vorhofflattern und Vorhofflimmern  |
| I48.00   | Vorhofflattern: Paroxysmal   |
| I48.01   | Vorhofflattern: Chronisch  |
| I48.10   | Vorhofflimmern: Paroxysmal   |
| I48.11   | Vorhofflimmern: Chronisch  |
| I48.19   | Vorhofflimmern: Nicht näher bezeichnet   |
| I49      | Sonstige kardiale Arrhythmien  |
| I49.5    | Sick-Sinus-Syndrom   |
| I49.8    | Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien  |
| I49.9    | Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet  |
| I50      | Herzinsuffizienz   |
| I50.01   | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz   |
| I50.12   | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung                         |
| I50.13   | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung                          |
| I50.14   | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe   |
| I50.9    | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet   |
| I63      | Hirninfrakt  |
| I63.3    | Hirninfrakt durch Thrombose zerebraler Arterien  |
| I63.3    | Hirninfrakt durch Thrombose zerebraler Arterien  |
| I63.4    | Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien  |
| I63.5    | Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| I63.8    | Sonstiger Hirninfrakt  |
| I63.9    | Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet  |
| I64      | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet                                |
| I70      | Atherosklerose   |
| I83      | Varizen der unteren Extremitäten   |
| J12      | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert  |
| J12.9    | Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J13      | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae   |
| J15      | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert                             |
| J15.7    | Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae  |

| ICD-Code | ICD Beschreibung   |
|----------|--|
| J15.8    | Sonstige bakterielle Pneumonie   |
| J15.9    | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J18      | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet  |
| J18.0    | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.1    | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.8    | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet   |
| J18.8    | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet   |
| J18.9    | Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J20      | Akute Bronchitis   |
| J20.9    | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet   |
| J44      | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit  |
| J44.09   | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet                  |
| J44.19   | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation: FEV1 nicht näher bezeichnet                                    |
| J69      | Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen  |
| J69.0    | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes   |
| J90      | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert  |
| J93      | Pneumothorax   |
| K11      | Krankheiten der Speicheldrüsen   |
| K21      | Gastroösophageale Refluxkrankheit  |
| K21.0    | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis  |
| K25      | Gastroösophageale Refluxkrankheit  |
| K25.0    | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung  |
| K25.3    | Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation  |
| K29      | Gastritis und Duodenitis   |
| K29.1    | Sonstige akute Gastritis   |
| K29.5    | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet   |
| K29.6    | Sonstige Gastritis   |
| K29.7    | Gastritis, nicht näher bezeichnet  |
| K40      | Hernia inguinalis  |
| K50      | Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]  |
| K52      | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis   |
| K52.9    | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet  |
| K56      | Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie   |
| K56.4    | Sonstige Obturation des Darnes   |
| K56.7    | Ileus, nicht näher bezeichnet  |
| K59      | Sonstige funktionelle Darmstörungen  |
| K59.0    | Obstipation  |
| K90      | Intestinale Malabsorption  |
| K92      | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems   |
| K92.2    | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet  |
| M00      | Eitrige Arthritis  |
| M00.06   | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]                                    |
| M00.96   | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]   |
| M05      | Seropositive chronische Polyarthritis  |
| M05.86   | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]                                      |
| M12      | Sonstige näher bezeichnete Arthropathien   |
| M13      | Sonstige Arthritis   |
| M13.3    | Sonstige dysplastische Koxarthrose   |
| M15      | Polyarthrose   |
| M16      | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]  |
| M16.0    | Primäre Koxarthrose, beidseitig  |
| M16.1    | Sonstige primäre Koxarthrose   |
| M16.3    | Sonstige dysplastische Koxarthrose   |
| M16.7    | Sonstige sekundäre Koxarthrose   |
| M16.9    | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet  |
| M17      | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]  |
| M17.0    | Primäre Gonarthrose, beidseitig  |
| M17.1    | Sonstige primäre Gonarthrose   |
| M17.2    | Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig   |
| M17.3    | Sonstige posttraumatische Gonarthrose  |
| M17.4    | Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig   |
| M17.4    | Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig   |
| M17.5    | Sonstige sekundäre Gonarthrose   |
| M17.9    | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet  |
| M18      | Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]   |
| M18.1    | Sonstige primäre Rhizarthrose  |
| M19      | Sonstige Arthrose  |
| M19.01   | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |

| ICD-Code | ICD Beschreibung  |
|----------|---|
| M19.91   | Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]                        |
| M20      | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen   |
| M20.1    | Hallux valgus (erworben)  |
| M20.2    | Hallux rigidus  |
| M20.4    | Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)   |
| M20.5    | Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)  |
| M21      | Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten  |
| M21.67   | Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M23      | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]  |
| M25      | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert   |
| M25.31   | Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]                    |
| M31      | Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien   |
| M31.6    | Sonstige Riesenzellarteriitis   |
| M35      | Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes   |
| M35.3    | Polymyalgia rheumatica  |
| M47      | Spondylose  |
| M48      | Sonstige Spondylopathien  |
| M48.06   | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich   |
| M51      | Sonstige Bandscheibenschäden  |
| M54      | Rückenschmerzen   |
| M54.4    | Lumboischialgie   |
| M60      | Myositis  |
| M62      | Sonstige Muskelkrankheiten  |
| M62.30   | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen  |
| M65      | Synovitis und Tenosynovitis   |
| M65.3    | Schnellender Finger   |
| M67      | Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen  |
| M67.43   | Ganglion: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]   |
| M70      | Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck   |
| M72      | Fibromatosen  |
| M72.0    | Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]   |
| M75      | Schulterläsionen  |
| M75.0    | Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel  |
| M75.1    | Läsionen der Rotatorenmanschette  |
| M75.3    | Tendinitis calcarea im Schulterbereich  |
| M75.4    | Impingement-Syndrom der Schulter  |
| M75.5    | Bursitis im Schulterbereich   |
| M77      | Sonstige Enthesopathien   |
| M77.3    | Kalkaneussporn  |
| M77.4    | Metatarsalgie   |
| M77.5    | Sonstige Enthesopathie des Fußes  |
| M80      | Osteoporose mit pathologischer Fraktur  |
| M80.08   | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]                                  |
| M84      | Veränderungen der Knochenkontinuität  |
| M84.11   | Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]       |
| M84.14   | Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]                           |
| M89      | Sonstige Knochenkrankheiten   |
| M89.56   | Osteolyse: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  |
| M90      | Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten  |
| M96      | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert  |
| M96.6    | Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte                                       |
| M96.88   | Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen   |
| N13      | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie   |
| N13.0    | Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion   |
| N13.3    | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose  |
| N13.5    | Abknickung und Striktor des Ureters ohne Hydronephrose  |
| N13.7    | Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux   |
| N39      | Sonstige Krankheiten des Harnsystems  |
| N39.3    | Stressinkontinenz   |
| N40      | Prostatahyperplasie   |
| N47      | Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose  |
| N60      | Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendsplasie]  |
| N60.1    | Diffuse zystische Mastopathie   |
| N61      | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]   |
| N62      | Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]   |
| N64      | Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]   |
| N64.2    | Atrophie der Mamma  |

| ICD-Code | ICD Beschreibung   |
|----------|--|
| N64.8    | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma   |
| N70      | Salpingitis und Oophoritis   |
| N70.0    | Akute Salpingitis und Oophoritis   |
| N73      | Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken   |
| N73.6    | Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken  |
| N80      | Endometriose   |
| N80.0    | Endometriose des Uterus  |
| N80.3    | Endometriose des Beckenperitoneums   |
| N81      | Genitalprolaps bei der Frau  |
| N81.1    | Zystozele  |
| N81.2    | Partialprolaps des Uterus und der Vagina   |
| N81.3    | Totalprolaps des Uterus und der Vagina   |
| N81.4    | Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet  |
| N81.5    | Vaginale Enterozele  |
| N81.6    | Rektozele  |
| N81.8    | Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau  |
| N81.9    | Genitalprolaps bei der Frau, nicht näher bezeichnet  |
| N83      | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri                               |
| N83.0    | Follikelzyste des Ovars  |
| N83.1    | Zyste des Corpus luteum  |
| N83.2    | Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten   |
| N83.8    | Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri                      |
| N85      | Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix  |
| N85.1    | Adenomatöse Hyperplasie des Endometriums   |
| N92      | Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation  |
| N92.0    | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus                                      |
| N92.1    | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus                                    |
| N92.4    | Zu starke Blutung in der Prämenopause  |
| N97      | Sterilität der Frau  |
| N97.1    | Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau  |
| N99      | Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert                  |
| N99.3    | Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie  |
| O14      | Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduziert] mit bedeutsamer Proteinurie                                     |
| O14.1    | Schwere Präeklampsie   |
| O32      | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Feten                 |
| O32.1    | Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage   |
| O34      | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane                                |
| O34.2    | Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff                                |
| O34.31   | Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps   |
| O34.38   | Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz  |
| O34.39   | Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz, nicht näher bezeichnet  |
| O36      | Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten                    |
| O36.5    | Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung   |
| O41      | Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute   |
| O41.1    | Infektion der Fruchtblase und der Eihäute  |
| O42      | Vorzeitiger Blasensprung   |
| O42.0    | Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden   |
| O42.2    | Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie  |
| O44      | Placenta praevia   |
| O44.11   | Placenta praevia mit aktueller Blutung   |
| O48      | Übertragene Schwangerschaft  |
| O60      | Vorzeitige Wehen   |
| O60.1    | Vorzeitige Entbindung  |
| O63      | Protrahierte Geburt  |
| O63.0    | Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)   |
| O63.1    | Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)   |
| O64      | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten                                      |
| O64.1    | Geburtshindernis durch Beckenendlage   |
| O65      | Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens   |
| O65.4    | Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fet und Becken, nicht näher bezeichnet                            |
| O65.5    | Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane  |
| O68      | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]        |
| O68.0    | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz  |
| O68.1    | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser   |
| O69      | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen  |
| O69.1    | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur |
| O70      | Dammriss unter der Geburt  |
| O70.0    | Dammriss 1. Grades unter der Geburt  |

| ICD-Code | ICD Beschreibung  |
|----------|---|
| O70.1    | <i>Dammriss 2. Grades unter der Geburt</i>  |
| O71      | <i>Sonstige Verletzungen unter der Geburt</i>   |
| O71.4    | <i>Hoher Scheidenriss unter der Geburt ohne Dammriss</i>  |
| O71.8    | <i>Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt</i>   |
| O80      | <i>Spontangeburt eines Einlings</i>   |
| O82      | <i>Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]</i>  |
| P05      | <i>Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung</i>  |
| P05.0    | <i>Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene</i>   |
| P05.1    | <i>Für das Gestationsalter zu kleine Neugeborene</i>  |
| P05.2    | <i>Fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter [light or small for gestational age]</i> |
| P05.9    | <i>Intrauterine Mangelentwicklung, nicht näher bezeichnet</i>   |
| P07      | <i>Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert</i>                     |
| P07.02   | <i>Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm</i>  |
| P07.10   | <i>Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm</i>   |
| P07.11   | <i>Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm</i>   |
| P07.12   | <i>Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm</i>   |
| P07.2    | <i>Neugeborenes mit extremer Unreife</i>  |
| P07.3    | <i>Sonstige vor dem Termin Geborene</i>   |
| P08      | <i>Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht</i>  |
| P08.0    | <i>Übergewichtige Neugeborene</i>   |
| P08.1    | <i>Sonstige für das Gestationsalter zu schwere Neugeborene</i>  |
| P08.2    | <i>Nach dem Termin Geborenes, nicht zu schwer für das Gestationsalter</i>   |
| P22      | <i>Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen</i>   |
| P22.0    | <i>Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen</i>  |
| P28      | <i>Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode</i>   |
| P28.5    | <i>Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen</i>  |
| P70      | <i>Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind</i>                                |
| P70.4    | <i>Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen</i>  |
| P92      | <i>Ernährungsprobleme beim Neugeborenen</i>   |
| P92.2    | <i>Trinkunlust beim Neugeborenen</i>  |
| P92.5    | <i>Schwierigkeit beim Neugeborenen bei Brusternährung</i>   |
| Q21      | <i>Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten</i>  |
| Q50      | <i>Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligg. lata uteri</i>  |
| Q50.5    | <i>Embryonale Zyste des Lig. latum uteri</i>  |
| Q62      | <i>Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters</i>  |
| Q62.0    | <i>Angeborene Hydronephrose</i>   |
| Q62.1    | <i>Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters</i>   |
| Q62.2    | <i>Angeborener Megaureter</i>   |
| Q62.3    | <i>Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters</i>  |
| Q62.7    | <i>Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux</i>  |
| Q63      | <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere</i>  |
| Q63.8    | <i>Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Niere</i>  |
| Q67      | <i>Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax</i>   |
| Q67.4    | <i>Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers</i>   |
| Q77      | <i>Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule</i>   |
| Q79      | <i>Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert</i>   |
| Q79.3    | <i>Gastroschisis</i>  |
| Q83      | <i>Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]</i>  |
| Q83.8    | <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma</i>  |
| Q83.9    | <i>Angeborene Fehlbildung der Mamma, nicht näher bezeichnet</i>   |
| R11      | <i>Übelkeit und Erbrechen</i>   |
| R26      | <i>Störungen des Ganges und der Mobilität</i>   |
| R26.2    | <i>Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert</i>  |
| R26.8    | <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität</i>  |
| R26.8    | <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität</i>  |
| R29      | <i>Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen</i>  |
| R29.81   | <i>Stürze unbekannter Ursache</i>   |
| R55      | <i>Synkope und Kollaps</i>  |
| S06      | <i>Intrakranielle Verletzung</i>  |
| S06.0    | <i>Gehirnerschütterung</i>  |
| S09      | <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes</i>   |
| S09.9    | <i>Nicht näher bezeichnete Verletzung des Kopfes</i>  |
| S20      | <i>Oberflächliche Verletzung des Thorax</i>   |
| S32      | <i>Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens</i>  |
| S32.00   | <i>Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet</i>   |
| S32.5    | <i>Fraktur des Os pubis</i>   |
| S32.7    | <i>Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens</i>   |
| S32.89   | <i>Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens</i>   |

| ICD-Code | ICD Beschreibung   |
|----------|--|
| S42      | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes  |
| S42.00   | Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet   |
| S42.01   | Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel  |
| S42.02   | Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel   |
| S42.03   | Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel   |
| S42.09   | Fraktur der Klavikula: Multipel  |
| S42.21   | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf   |
| S43      | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels                              |
| S43.00   | Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet                                   |
| S43.1    | Luxation des Akromioklavikulargelenkes   |
| S50      | Oberflächliche Verletzung des Unterarmes   |
| S62      | Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand   |
| S62.0    | Fraktur des Os scaphoideum der Hand  |
| S62.21   | Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Basis   |
| S62.30   | Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet                                      |
| S62.32   | Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Schaft   |
| S62.33   | Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kollum   |
| S62.34   | Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kopf   |
| S62.61   | Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx   |
| S63      | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand            |
| S63.3    | Traumatische Ruptur von Bändern des Handgelenkes und der Handwurzel  |
| S63.4    | Traumatische Ruptur von Bändern der Finger im Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenk                 |
| S66      | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand                                      |
| S66.1    | Verletzung der Beugemuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand               |
| S66.3    | Verletzung der Streckmuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand              |
| S70      | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels  |
| S72      | Fraktur des Femurs   |
| S72.00   | Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet   |
| S72.01   | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär   |
| S72.03   | Schenkelhalsfraktur: Subkapital  |
| S72.04   | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal   |
| S72.10   | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet   |
| S72.2    | Subtrochantäre Fraktur   |
| S72.3    | Fraktur des Femurschaftes  |
| S72.40   | Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet  |
| S72.41   | Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)  |
| S72.43   | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär  |
| S73      | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte                                |
| S73.00   | Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet   |
| S73.01   | Luxation der Hüfte: Nach posterior   |
| S73.02   | Luxation der Hüfte: Nach anterior  |
| S80      | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels   |
| S92      | Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]  |
| S92.3    | Fraktur der Mittelfußknochen   |
| T82      | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen                   |
| T82.1    | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät  |
| T82.8    | Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen          |
| T84      | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate                              |
| T84.0    | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese   |
| T84.1    | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen                  |
| T84.4    | Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate |
| T84.5    | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  |
| T84.8    | Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate                     |
| T85      | Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate                               |
| T85.4    | Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat   |
| Z38      | Lebendgeborene nach dem Geburtsort   |
| Z38.0    | Einling, Geburt im Krankenhaus   |
| Z38.3    | Zwilling, Geburt im Krankenhaus  |
| Z38.6    | Anderer Mehrling, Geburt im Krankenhaus  |
| Z42      | Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie   |
| Z42.1    | Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]                                  |
| Z45      | Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes   |
| Z45.0    | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators |

## 9.4 Anhang 4: Projektziel 3 - Kooperationen: Ankündigungsbrief



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Gesundheitsversorgung**  
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Kantonsarzt**

An die Direktionen der  
Spitäler der Kantone  
Basel-Stadt  
Basel-Landschaft

Basel, im Februar 2013

### Befragung zu grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Jahr 2007 haben die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land und der Landkreis Lörrach ein Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen“ (GRÜZ) lanciert. Die Vision des Pilotprojektes ist es, in der Region des Dreiländerecks eine Einheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren, analog zur Etablierung von Kooperationen in wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Belangen. Im Rahmen der Evaluation der zweiten Phase des Projektes (2010 – 2014) soll eine Bestandesaufnahme aller grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich vorgenommen werden.

Auf Schweizer Seite haben wir das Schweizerische Gesundheitsobservatorium mit der Evaluation beauftragt. Es ist vorgesehen, mittels einer elektronischen Befragung in den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Land **sämtliche grenzüberschreitenden Aktivitäten wie etwa grenzüberschreitende Arbeitsgruppen, Tagungen oder den organisierten Austausch von Fachwissen in der Grenzregion zu erfassen**, auch solche, die unabhängig des Pilotprojektes GRÜZ entstanden sind. Die Erfassung sämtlicher grenzüberschreitenden Aktivitäten ist von grosser Bedeutung, da die Förderung von grenzüberschreitenden Kooperationen ein zentrales Projektziel des Pilotprojektes GRÜZ ist.

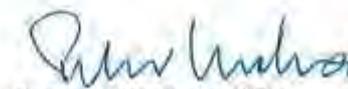
Wir bitten Sie um Unterstützung bei der Evaluation. In den nächsten Tagen wird Ihnen das Schweizerische Gesundheitsobservatorium per E-Mail einen Link zu einem kurzen elektronischen Fragebogen zuzusenden. **Wir bitten Sie, verantwortliche Personen in allen Abteilungen Ihrer Institution zu bestimmen und diesen Link mit der Aufforderung zur Beantwortung des Fragebogens an diese weiterzuleiten.** Die Bestandesaufnahme kann nur mit Ihrer Hilfe erfolgreich sein. Der Fragebogen ist kurz, die Beantwortung wird etwa 10 bis 15 Minuten beanspruchen.

Wir möchten uns bei Ihnen bereits im Voraus für Ihre wertvolle Mitarbeit bedanken und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

  
Dr. med. Dominik Schorr

Kantonsarzt BL  
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

  
Dr. med. Peter Indra, MPH

Leiter Bereich Gesundheitsversorgung  
Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

## 9.5 Anhang 5: Projektziel 3 - Kooperationen: Fragebogen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, an der Umfrage teilzunehmen! Sie dauert nur kurz.

Ziel der Umfrage ist es, Aktivitäten und Kooperationen mit Partnerinstitutionen im Landkreis Lörrach (D) zu erfassen, unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ entstanden sind. Die Daten werden in den Evaluationsbericht des Pilotprojektes GRÜZ einfließen.

Am Ende der Umfrage entscheiden Sie selbst, ob Ihre Institution namentlich im Evaluationsbericht erwähnt werden darf.

Kontakt: [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)

---

**1. Zuerst benötigen wir Ihre Kontaktangaben. In welcher Institution sind Sie tätig?**

Liste der Kliniken

Andere, nämlich:

**2. In welcher Abteilung sind Sie tätig?**

Offene Frage

---

**3. Denken Sie jetzt bitte an alle grenzüberschreitenden Kooperationen/Aktivitäten, an denen Sie gegenwärtig beteiligt sind. Um welche Art von Aktivitäten handelt es sich?**

**Bitte kreuzen Sie alle Aktivitäten an, in die Sie involviert sind.**

Keine grenzüberschreitenden Aktivitäten

Grenzüberschreitende Arbeitsgruppe

Organisierter Austausch von Fachwissen

Teilnahme an Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen in Deutschland

Angebot von Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen für Teilnehmende aus Deutschland

Regelmässige Besuche der Kliniken des Nachbarlandes vor Ort

Empfang von Delegationen aus Kliniken von Deutschland

Gemeinsame Organisation von Tagungen/Konferenzen

Betrieb einer gemeinsamen Einrichtung/Tochtergesellschaft

Anlassbezogene grenzüberschreitende Projekte (Bsp. EURO08)

Durchführen von Behandlungen/Operationen in Deutschland

Konsiliarärztliche Tätigkeit in Deutschland

Beanspruchung von Konsiliarärzten aus Deutschland

Austausch von Fachpersonal und/oder Ärzten

Gemeinsame Anstellung von Fachpersonal

Telemedizinischer Austausch von Informationen (z.B. Diagnosen, Befundungen)

Telemedizinische Behandlung

Fallbesprechungen bei grenzüberschreitenden Patient/innen

Führen einer CIRS-Liste speziell für grenzüberschreitende Patient/innen

Definition von Behandlungspfaden

Andere Aktivität, nämlich:

---

**Fragen 4-3 werden für jede angegebene Aktivität gestellt:**

**4. Bitte beschreiben Sie die Aktivität kurz in Ihren eigenen Worten:**

Offene Frage

---

**5. Mit welchen Partnerinstitutionen in Deutschland findet die Aktivität < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > statt?**

Offene Frage, Angabe von bis zu sechs Partnerinstitutionen

**6. In welchem Fachgebiet findet die Aktivität < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > statt**

Orthopädie

Kardiologie

Neurologie

---

Onkologie  
Geriatric  
Geburtshilfe/Gynäkologie  
Pädiatrie  
Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen  
Fachübergreifende Aktivität (z.B. Labor, bildgebende Verfahren)  
Anderes, nämlich:

**7. Ist < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > im Rahmen des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach» (GRÜZ) entstanden?**

Ja  
Nein  
Weiss nicht

**8. Wann hat < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > begonnen?**

vor 1990, Jahreszahl zwischen 1990 und 2013  
weiss nicht

**9. Wie häufig findet die Aktivität < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > normalerweise statt?**

mehr als 1mal pro Woche  
etwa 1mal pro Woche  
etwa 1mal pro Monat  
ein paarmal jährlich  
etwa 1mal jährlich  
seltener  
einmalige Aktivität  
weiss nicht

**10. Sind Patientinnen oder Patienten von der Aktivität <angezeigte Aktivität aus Frage 3> betroffen?**

Ja  
Nein  
Weiss nicht

**11. Wie nützlich ist <angezeigte Aktivität aus Frage 3> Ihrer Meinung nach für ...?**

**a) Ihre Institution?**

**b) die deutsche(n) Partnerinstitutionen(en)**

nur wenn 10=ja:

**c) die Patientinnen und Patienten**

Sehr grosser Nutzen  
Grosser Nutzen  
Kleiner Nutzen  
Sehr kleiner Nutzen  
Kein Nutzen  
Weiss nicht

**12. Welche Vorteile haben sich aus der grenzüberschreitenden Aktivität < angezeigte Aktivität aus Frage 3 > ergeben?**

...für ihre Institution  
...für die Partnerinstitution(en) in Deutschland

---

...für die Patientinnen und Patienten  
...für andere Institutionen und /oder Personen  
Offene Frage

- 13. Welche Schwierigkeiten haben sich aus der grenzüberschreitenden Aktivität < angezeigte Aktivität aus Frage 3> für ihre Institution ergeben?**

Offene Frage

- 14. Dürfen wir Sie bitten, uns Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihre E-Mail-Adresse anzugeben?**

Offene Frage

- 15. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Institution und die angegebenen Kooperationen im Evaluationsbericht des GRÜZ Pilotprojektes namentlich erwähnt werden?**

Ja, meine Institution darf namentlich erwähnt und mit den genannten Kooperationen in Verbindung gebracht werden

Nein, meine Institution darf nicht namentlich erwähnt werden.

---

Sie sind nun am Ende der Umfrage angelangt.

Wenn Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben, klicken Sie bitte auf 'Absenden'.

Herzlichen Dank für Ihre Antworten!

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan):

obsan@bfs.admin.ch

---

## 9.6 Anhang 6: Projektziel 4 - Gesamte Patientenmobilität: Ankündigungsbriefe



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**  
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

Für Rückfragen:  
Bereich Gesundheitsversorgung  
Remigius Dürrenberger  
Gerbergasse 13  
CH-4001 Basel

Tel.: +41(0) 61 205 32 60  
remigius.duerrenberger@bs.ch

An die Direktionen der Spitäler  
in den Kantonen Basel-Stadt  
Basel-Landschaft

Basel, 16. September 2014

### Erhebung grenzüberschreitende Patientenströme

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Jahr 2007 haben die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und der Landkreis Lörrach ein Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen“ (GRÜZ) lanciert. Die Vision des Pilotprojektes ist es, in der Region des Dreiländerecks eine Einheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren, analog zur Etablierung von Kooperationen in wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Belangen. Im Rahmen der Evaluation der zweiten Phase des Projektes (2010 – 2014) soll eine **Bestandsaufnahme aller grenzüberschreitenden Patientenströme** erfolgen.

Auf Schweizer Seite haben wir das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) mit der Evaluation beauftragt. **Sie werden in den nächsten Tagen kontaktiert und darum gebeten, Angaben zu allen Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Lörrach im Jahr 2013 zu machen, auch solche, die unabhängig des Pilotprojektes GRÜZ behandelt wurden.** Die Erfassung der grenzüberschreitenden Patientenströme ist wichtig, da damit das Volumen des Pilotprojektes innerhalb der gesamten Patientenströme bestimmt werden kann.

Die Evaluation des Pilotprojektes GRÜZ ist zentral für die Weiterführung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs. Das Bundesamt für Gesundheit hat dem Schweizerischen Bundesrat eine Verordnungsänderung beantragt, die es ermöglichen wird, das Pilotprojekt um weitere vier Jahre zu verlängern. Es ist vorgesehen, in dieser Zeit eine unbefristete Lösung für die Finanzierung von grenzüberschreitenden Behandlungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu verankern. Wir bitten Sie daher um Unterstützung bei dieser Evaluation. Die Bestandsaufnahme kann nur mit Ihrer Hilfe erfolgreich sein. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in aggregierter anonymisierter Form publiziert.

Kanton Basel-Stadt | Departement | **Dienststelle**  
Kanton Basel-Landschaft | Departement | **Dienststelle**

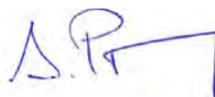
Seite 2

Wir möchten uns bei Ihnen bereits im Voraus für Ihre wertvolle Mitarbeit bedanken und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Peter Indra, MPH  
Leiter Bereich Gesundheitsversorgung  
Gesundheitsdepartement des Kantons  
des Kantons Basel-Stadt



Andrea Primosig  
Spitalcontroller  
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
des Kantons Basel-Landschaft



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**  
Kanton Basel-Landschaft | **Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion**

Für Rückfragen:  
Bereich Gesundheitsversorgung  
Remigius Dürrenberger  
Gerbergasse 13  
CH-4001 Basel

Tel.: +41 (0) 61 205 32 60  
remigius.duerrenberger@bs.ch

An die Spitäler und Kliniken  
des renzüberschreitenden  
Pilotprojekts im  
Gesundheitswesen der  
Kantons Basel-Stadt, Basel-  
Landschaft und des  
Landkreises Lörrach

Basel, 16. September 2014

### **Erhebung grenzüberschreitende Patientenströme**

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Jahr 2007 haben die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land und der Landkreis Lörrach ein Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen“ (GRÜZ) lanciert. Die Vision des Pilotprojektes ist es, in der Region des Dreiländerecks eine Einheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren, analog zur Etablierung von Kooperationen in wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Belangen. Im Rahmen der Evaluation der zweiten Phase des Projektes (2010 – 2014) soll eine **Bestandsaufnahme aller grenzüberschreitenden Patientenströme** erfolgen.

Auf Schweizer Seite haben wir das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) mit der Evaluation beauftragt. **Sie werden in den nächsten Tagen kontaktiert und darum gebeten, Angaben zu allen Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Jahr 2013 zu machen, auch solche, die unabhängig des Pilotprojektes GRÜZ behandelt wurden.** Die Erfassung der grenzüberschreitenden Patientenströme ist wichtig, da damit das Volumen des Pilotprojektes innerhalb der gesamten Patientenströme bestimmt werden kann.

Die Evaluation des Pilotprojektes GRÜZ ist zentral für die Weiterführung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs. Das Bundesamt für Gesundheit hat dem Schweizerischen Bundesrat eine Verordnungsänderung beantragt, die es ermöglichen wird das Pilotprojekt um weitere vier Jahre zu verlängern. Es ist vorgesehen, in dieser Zeit eine unbefristete Lösung für die Finanzierung von grenzüberschreitenden Behandlungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu Verankern. Wir bitten Sie daher um Unterstützung bei der Evaluation. Die Bestandsaufnahme kann nur mit Ihrer Hilfe erfolgreich sein. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in aggregierter anonymisierter Form publiziert.

Kanton Basel-Stadt | Departement | **Dienststelle**  
Kanton Basel-Landschaft | Departement | **Dienststelle**

Seite 2

Wir möchten uns bei Ihnen bereits im Voraus für Ihre wertvolle Mitarbeit bedanken und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Peter Indra, MPH  
Leiter Bereich Gesundheitsversorgung  
Gesundheitsdepartement des Kantons  
des Kantons Basel-Stadt



Andrea Primosig  
Spitalcontroller  
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
des Kantons Basel-Landschaft



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



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.