



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

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen

Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion
Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach

Phase III

Monitoring-Bericht 2016

Damian Hedinger

Neuchâtel, Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	4
Danksagung	5
Leitungs- und Steuerungsgremien des Pilotprojektes	5
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	10
1.1 Hintergrund des Pilotprojektes	10
1.2 Modalitäten der Phase III des Pilotprojektes	10
1.3 Ziele des Pilotprojektes und der jährlichen Monitoring-Berichte	12
2 Methodik Monitoring 2015–2019	14
2.1 Datengrundlagen	14
2.1.1 Von Krankenversicherern gelieferte Daten zu den Schweizer Pilotprojektfällen	14
2.1.2 Von den Kantonen gelieferte Daten zu den Schweizer Pilotprojektfällen.....	14
2.1.3 Daten aus der Medizinischen Statistik BFS	15
2.1.4 Risikoausgleichsdaten der Gemeinsamen Einrichtung KVG	15
2.2 Parameter zur Evaluation des Projektziels 1 (Schweizer Projektseite)	15
2.2.1 Berechtigte im Pilotprojekt	15
2.2.2 Potential des Pilotprojektes.....	16
2.2.3 Anzahl Fälle im Pilotprojekt.....	16
2.2.4 Mobilitätsrate Schweiz → Deutschland im Pilotprojekt.....	16
2.2.5 Aufenthaltsdauer	17
2.2.6 Totale Behandlungskosten und Fallkosten	17
2.3 Datenschutz und -sicherheit.....	17
3 Resultate Monitoring 2016	18
3.1 Berechtigte Basler Versicherte im Pilotprojekt	18
3.2 Potential an Basler Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt	19
3.3 Anzahl Pilotprojektfälle	21
3.3.1 Vergleich Daten Krankenversicherer und Daten Kantone	21
3.3.2 Zeitliche Entwicklung der Pilotprojektfälle seit 2007	21
3.4 Mobilitätsrate	22
3.4.1 Mobilitätsrate insgesamt, nach Alter und Geschlecht	22
3.4.2 Mobilitätsrate nach Rehabilitationsart	23
3.5 Beschreibung Pilotprojektfälle	25
3.5.1 Pilotprojektfälle nach Rehabilitationsart	25
3.5.2 Pilotprojektfälle nach Krankenkasse, Zuweiser und Klinik.....	27
3.5.3 Pilotprojektfälle nach Alter, Geschlecht und Nationalität	29
3.5.4 Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort	31
3.5.5 Aufenthaltsdauer und Behandlungskosten	33
4 Diskussion	38
4.1 Beurteilung der Zielerreichung	38
4.2 Kooperation der Schweizer Krankenversicherer bei der Datenerhebung	39
4.3 Rahmenbedingungen der Phase III des Pilotprojektes	39
5 Schlussfolgerung	40
6 Literatur	41
7 Anhang	43
7.1 Anhang 1: Projektplan	43
7.2 Anhang 2: Pflichtenheft zur Datenerhebung bei den Schweizer Krankenversicherern	44

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Beteiligte deutsche Kliniken im Pilotprojekt, Phase III	12
Tab. 1.2	Status der Krankenversicherer mit BAG-Nummer, 2016.....	12
Tab. 1.3	Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen.....	13
Tab. 2.1	Im Monitoring-Bericht 2016 genutzte Datenquellen.....	14
Tab. 3.1	Anteil berechnete Versicherte im Kanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Projektjahr 2016	18
Tab. 3.2	Rehabilitations-Fälle pro 1'000 OKP-Versicherte, berechnete OKP-Versicherte und geschätztes Potential an Rehabilitations-Fällen, 2016	20
Tab. 3.3	Vergleich Daten Krankenversicherern und Kantone, 2016	21
Tab. 3.5	Potential an Rehabilitations-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und Mobilitätsrate, 2016.....	23
Tab. 3.6	Rehabilitationsfälle der Bereiche Orthopädie in der Schweiz und Deutschland, Potential und Mobilitätsrate, 2016.....	24
Tab. 3.7	Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsart und Leistungsbereich, 2007–2016	26
Tab. 3.8	Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2010–2016	27
Tab. 3.9	Anzahl Pilotprojektfälle nach zuweisender Instanz, 2010–2016.....	28
Tab. 3.10	Aufenthaltsdauer der Rehabilitations-Fälle nach Leistungsbereich und Projektjahr, 2007–2015	34
Tab. 7.1	Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen.....	43

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1	Anteil Berechnete (in Prozent) im Pilotprojekt aufgrund der Kassenzugehörigkeit, Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Projektjahre 2007–2016.....	19
Abb. 3.2	Entwicklung des Potentials an Rehabilitationsfällen, 2007–2016.....	20
Abb. 3.3	Anzahl Pilotprojektfälle nach Wohnkanton (alle Leistungsbereiche), 2007–2016.....	22
Abb. 3.4	Mobilitätsrate nach Altersgruppe, 2016	23
Abb. 3.5	Zeitliche Entwicklung der Mobilitätsrate im Pilotprojekt, 2007–2016.....	25
Abb. 3.6	Prozentualer Anteil der Leistungsbereiche bei der Leistungsart Rehabilitation, 2007–2016	26
Abb. 3.7	Verteilung der Pilotprojektfälle auf deutsche Kliniken 2010–2016.....	29
Abb. 3.8	Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patient/innen (oben) und Rehabilitations-Patient/innen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden (unten).....	30
Abb. 3.9	Verteilung der Pilotprojektfälle nach Nationalität der Patient/innen, 2007–2016.....	30
Abb. 3.10	Herkunft der Patient/innen des Pilotprojektes nach Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, 2007–2016	31
Abb. 3.11	Patientenflüsse im Pilotprojekt zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und den Klinikstandorten in Deutschland, 2016	32
Abb. 3.12	Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer (in Tagen), 2016	33
Abb. 3.13	Total Behandlungskosten der Pilotprojektfälle in deutschen Rehabilitations-Kliniken nach Wohnsitzkanton und Reha-Leistungsbereich, in CHF, 2016	35
Abb. 3.14	Entwicklung der totalen Behandlungskosten (Reha und Akut) und der Anzahl Pilotprojektfälle in deutschen Kliniken nach Wohnsitzkanton, 2007–2016.....	36
Abb. 3.15	Fallkosten und Aufenthaltsdauer bei Rehabilitationsfällen, nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2016.....	37
Abb. 3.16	Entwicklung der Reha-Fallkosten nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2016.....	37

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Kanton Basel-Landschaft
BS	Kanton Basel-Stadt
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
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
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung, auch mit gesetzlicher Krankenversicherung umschrieben
Ortho	Leistungsbereich Orthopädie
PP	Pilotprojekt
Reha	Rehabilitation
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer
UKBB	Universitätskinderklinik beider Basel
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
VWD	Verweildauer
ZSR-Nummer	Zahlstellenregister-Nummer, von santésuisse, Ressort ZSR vergeben

Danksagung

Die Evaluation des Pilotprojektes «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Spitalbereich der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie dem Landkreis Lörrach» wäre nicht möglich gewesen ohne die aktive Unterstützung der daran beteiligten Akteure. Wir danken den beteiligten Krankenversicherern für die sorgfältig zusammengestellten Datenlieferungen, welche für die quantitative Beurteilung des Pilotprojektes unentbehrlich sind. 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 2016)

Mitglieder des Steuerungsgremiums

- Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, Bundesministerium für Gesundheit
- Ministerialdirigentin Dr. Monika Vierheilig, Ministerium für Soziales und Integration, Baden-Württemberg
- Landrätin Marion Dammann, Landkreis Lörrach
- Regierungsrat Thomas Weber, Vorsteher Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
- Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, Vorsteher Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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
- Rose-Marie Ros, Mitglied GL / Leiterin Administration ICT, Universitäts-Kinderspital beider Basel
- Ina Rahn, Leistungseinkauf Privatkunden, Vivao Sympany
- Armin Müller, Geschäftsführer, Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
- Burckhard Frey Generalsekretär, Universitätsspital Basel
- Andrea Primosig, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung Spitäler und Therapieeinrichtungen, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
- Sonya Baron, Stabsstelle Grenzüberschreitende Zusammenarbeit, Landratsamt Lörrach
- *N.N., tarifsuisse*

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Jahr 2007 wurde das Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen“ 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. In Deutschland sorgten gesetzliche Anpassungen für eine unbeschränkte Aufhebung des Territorialitätsprinzips. In der Schweiz erlaubte Art. 36a der Verordnung über die Krankenversicherung KVV ab 2006 die Durchführung von Pilotprojekten, welche auf vier Jahre befristet waren mit der Möglichkeit einer Verlängerung um weitere vier Jahre. Per 01.11.2014 wurde der Art. 36a Abs.3 lit.a der KVV dahingehend ergänzt, dass Projekte zweimal um vier Jahre verlängert werden konnten.

Voraussichtlich ab Januar 2018 wird die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit definitiv zugelassen. Die Anpassung beinhaltet eine Lockerung des Territorialitätsprinzips in der Schweizer Krankenversicherung. Am 30. September 2016 hat das eidgenössische Parlament eine Revisionsvorlage zur Anpassung verschiedener KVG-Bestimmungen mit internationalem Bezug verabschiedet und damit auch die gesetzliche Grundlage geschaffen, die die unbefristete grenzüberschreitende Zusammenarbeit in allen grenznahen Regionen ermöglicht. Die Krankenversicherung übernimmt dabei unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Behandlungen im grenznahen Ausland (KVG Art. 34, Abs. 2a) (Bundesrat, 2016). Die entsprechende Verordnung befindet zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts in der Vernehmlassung.

Im Auftrag der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) die beiden ersten Phasen (2007-2009 und 2010-2014) des Pilotprojektes auf der Schweizer Projektseite evaluiert (L. Bayer-Oglesby & M., 2015; L. Bayer-Oglesby & Roth, 2011; L. Bayer-Oglesby & Roth, 2012; Zumbrunn, Bayer-Oglesby, & Roth, 2008, 2009, 2010). Das Obsan wurde nun auch mit der Evaluation der dritten Phase von 2015-2018 beauftragt, der erste Monitoring-Bericht des Jahres 2015 erschien im Jahr 2016 (Ruch, 2016).

Für die deutsche Seite führte von 2007–2009 das Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ)¹ die jährlichen Evaluationen durch (Giehl, Meinold, Zink, & Simoes, 2010; E. Simoes & Zink, 2008; E. Simoes & Zink, 2009). Seit dem Austritt der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 fehlt die Beauftragung an den MDK für die Evaluation auf deutscher Seite. Diese wird deshalb nicht mehr durchgeführt. Daher wird in den Evaluationsberichten für die Phase III nur noch über den Projektteil Schweiz → Deutschland berichtet. Unabhängig von den Evaluationsberichten wurde im Jahr 2016 eine Studie über grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Pflegebereich publiziert (Simones et al., 2016).

Das Pilotprojekt beschränkt sich im Projektteil Schweiz → Deutschland auf Personen mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt oder Basel-Landschaft, die bei einem der teilnehmenden Krankenversicherer die obligatorische Krankenversicherung abgeschlossen haben. Die Verträge zwischen den Partnern waren 2010 und 2012 aufgrund der neuen Spitalfinanzierung angepasst worden. Wichtigste Neuerungen waren der Wegfall eines genau definierten Leistungskatalogs 2010 und eine unbeschränkte Kostenübernahme (Kantonsteil) durch Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2012. Neben dem Basler Projekt gibt es in der Schweiz ein weiteres Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Fürstentum Liechtenstein (Quelle: [Botschaft zur Änderung des KVG](#) vom 18.11.2015 und www.sg.ch).

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

Zielsetzung

Für die Phase III des Pilotprojektes gelten grundsätzlich die gleichen Ziele wie in Phase II, jedoch ist das Projekt inzwischen als Übergangprojekt im Hinblick auf eine definitive Lösung anzusehen. So erhielt das Obsan den Auftrag, nur noch jährlich die Patientenzahlen Schweiz → Deutschland (Projektziel 1: Erhöhung der Patientenflüsse) zu messen und zu analysieren. Wie erwähnt, fällt weiterhin die Evaluation des Projektziels 2 (Patientenflüsse Deutschland → Schweiz erhöhen) weg.

Das Projektziel 3 der Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurde im Herbst 2013 mit einer Befragung der Basler Spitäler und anderen Akteuren des Gesundheitswesens evaluiert (vgl. Schmid & Bayer-Oglesby, 2013). Im Herbst 2014 wurde zudem eine umfassende Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach vorgenommen (Evaluation Projektziel 4). Die beiden letzteren Projektziele werden daher in dieser Periode nicht neu evaluiert.

Somit werden jährliche Monitoring-Berichte zur Evaluation des 1. Projektziels (Erhöhung der Patientenzahlen Schweiz → Deutschland) und ein Abschlussbericht 2019 über die ganze Phase III erstellt. Beim aktuellen Bericht handelt es sich um den zweiten dieser Monitoring-Berichte für das Jahr 2016.

Datengrundlagen und Methodik

Für die Evaluation des ersten Projektziels wird einerseits auf bestehende Datenquellen zurückgegriffen, namentlich die Risikoausgleichsdaten KVG der Gemeinsamen Einrichtung KVG und die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (MS). Andererseits werden von den beteiligten 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 zusätzlich bei den Kantonen erhoben, da die Rechnung aller Behandlungen aufgrund der geteilten Rechnungsstellung auch an die Wohnkantone der Patientinnen und Patienten gehen (Bestimmungen über die Rechnungsstellung gemäss Ziffer 11 des Vertrages GRÜZ). Die Daten der Kantone sind jedoch weniger detailliert als jene der Krankenversicherer und dienen der Qualitätssicherung.

Die Qualität der bei den Krankenversicherungen erhobenen Falldaten wird insgesamt als gut beurteilt. Die Datenerhebung für das Monitoring der Fallzahlen ist im neunten Projektjahr gut etabliert. Eine Reduzierung der erhobenen Parameter ab der 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. Die Fallzahl der Kantone unterscheidet sich nur minimal von jener der Versicherer.

Auf der Grundlage der beschriebenen Datengrundlagen werden folgende Parameter ermittelt:

- Berechtigte im Pilotprojekt
- Potential des Pilotprojektes
- Fälle im Pilotprojekt
- Mobilitätsrate Schweiz → Deutschland
- Aufenthaltsdauer
- Behandlungskosten

Resultate Monitoring 2016

Berechtigte: Im Projektjahr 2016 waren 88,8% der Basler Bevölkerung zur Teilnahme am Pilotprojekt berechtigt. Im Kanton Basel-Stadt ist der Anteil Berechtigter etwas höher als im Kanton Basel-Landschaft (99,0% vs. 86,1%).

Potential: Darunter versteht man die Gesamtzahl der Rehabilitationen in der berechtigten Bevölkerung. Für das Projektjahr 2015 wird das Potential auf insgesamt 5'516 Rehabilitationsfälle geschätzt. Gegenüber dem Vorjahr ist es um 3,6% gestiegen. Grund hierfür ist die hohe Anzahl Rehabilitationen im Jahr 2015. Der Kanton Basel-Landschaft weist ein etwas grösseres Potential auf als der Kanton Basel-Stadt.

Fallzahlen: Nachdem die Anzahl der Pilotprojektfälle bis 2012 kontinuierlich zunahm, nimmt sie seit 2013 ab. 2016 befindet man sich mit insgesamt 117 Fällen etwa auf dem Stand von 2007 bzw. 2008. 2012 waren es 272, 2013 251, 2014 240 und 2015 188 Patienten und Patientinnen. Wie in den Vorjahren wurden grossmehrheitlich Rehabilitationen in Deutschland realisiert, nur drei Fälle betrafen Akut-Behandlungen. Ein Teil der Abnahme lässt sich mit der Schliessung der Rehaklinik Sankt Marien in Bad Bellingen im Frühjahr 2015 erklären.

Mobilitätsrate: Die Mobilitätsrate stellt den Anteil der Pilotprojekt-Rehabilitationen am Potential aller Rehabilitationen dar. Für das Jahr 2016 wird im Bereich Orthopädie eine tiefere Mobilitätsrate als für 2015 geschätzt: 2,9% (2015: 4,5%). Im Vergleich zu früheren Jahren (2011: 9,3%) bleibt die Mobilitätsrate im Bereich Kardiologie 2016 auf tiefem Niveau bei 1,2% (2015: 2,4%). Dass die Mobilitätsraten in den letzten Jahren tiefer sind, liegt u. a. auch daran, dass die Rehabilitationen in der Schweiz zugenommen haben, was zur Folge hat, dass die Pilotprojektfälle einen kleineren Anteil am Total aller Rehabilitationen ausmachen. Wird die Mobilitätsrate für alle Rehabilitationsbereiche berechnet (keine Einschränkung auf Orthopädie und Kardiologie), ergibt sich ein Wert von 2,6%. In Basel-Stadt ist die Mobilitätsrate mit 3,0% etwas höher als in Basel-Landschaft (2,3%).

Leistungsbereiche: Nach wie vor wird der Akutbereich praktisch nicht genutzt. Nur drei Personen unterzogen sich 2016 in Süddeutschland einer Akut-Behandlung, 97,4% der Fälle sind Rehabilitationsfälle. 72,6% davon entfallen auf orthopädische Rehabilitationen. Damit nahm dieser Anteil gegenüber dem Vorjahr (71,3%) leicht zu. 7,1% aller Rehabilitationen fanden in der Kardiologie statt, was etwas tiefer ist als im Vorjahr (8,8%). Die Anzahl Fälle in der inneren Medizin hat stark abgenommen: Von 15 Fällen im Jahr 2013 auf nur noch zwei Fälle im Jahr 2016. Wie in den Vorjahren sind die Fallzahlen anderer Leistungsbereiche marginal.

Patientenflüsse: Die grössten Patientenflüsse gehen wie bisher von Basel-Stadt (31,6%) und von Arlesheim (29,1%) nach Bad Bellingen und von Basel-Stadt (15,4%) und von Arlesheim (7,7%) nach Bad Krozingen. In Bad Bellingen befindet sich die Projektklinik Markgräflerlandklinik, wo sich 2016 zwei von drei GRÜZ-Patient/innen behandeln liessen.

Aufenthaltsdauer und Kosten: Die mittlere Aufenthaltsdauer (Median) für alle Rehabilitationen liegt bei 14 Tagen, bei den orthopädischen Rehabilitationen sind es ebenfalls 14 Tage, bei den kardiologischen 21. Gegenüber dem Vorjahr hat dieser Wert in der Kardiologie leicht zugenommen (2015: 19,5 Tage). 2016 hat eine Rehabilitationsbehandlung im Durchschnitt 2'787 Franken (BL) bzw. 2'779 Franken (BS) gekostet.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Nachdem die Anzahl der Pilotprojektfälle bis 2012 kontinuierlich zunahm, hat sie seit 2013 abgenommen. Im Jahr 2016 befindet man sich mit insgesamt 117 Fällen wieder auf dem Stand der Anfangsjahre 2007/2008. Ähnlich wie in den Vorjahren werden vorwiegend orthopädische Rehabilitationen in Anspruch genommen, Patientinnen und Patienten anderer Leistungsbereiche lassen sich deutlich seltener im Rahmen des Pilotprojektes behandeln.

Forschungsprojekte zu grenzüberschreitenden Kooperationen im EU-Raum zeigen, dass nicht die Patientinnen und Patienten die treibenden Kräfte hinter der Nachfrage nach Behandlungen im grenznahen Ausland sind, sondern die Akteure des Gesundheitswesens (Glinos & Wismar, 2013: 22). Oftmals fördern Spitäler und Versicherungen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, weil sie von Kooperationen profitieren. Drei Gruppen von Akteuren dürften für die Patientenzahlen im Pilotprojekt GRÜZ von

Bedeutung sein: 1. Die Schweizer Krankenversicherer, 2. die deutschen Kliniken und Spitäler und 3. die zuweisenden Instanzen.

Für die Erschliessung weiterer Leistungsbereiche sowie die Erhöhung der Patientenzahlen in anderen Kliniken dürften daher aktive Bemühungen der deutschen Leistungserbringer und/oder der Schweizer Versicherer notwendig sein. Die Evaluation der Phase I hatte in diesem Bereich bereits Möglichkeiten aufgezeigt: Neben Öffentlichkeitsarbeit, welche die Bevölkerung respektive die Patientinnen und Patienten direkt anspricht, sind dies vor allem auch Kontakte zu den Schweizer Zuweisern (Zumbrunn et al. 2010).

1 Einleitung

1.1 Hintergrund des Pilotprojektes

Im Jahr 2007 wurde das Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen“ lanciert. Die Vision des Pilotprojektes ist es, eine Einheit im Dreiländereck auch im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren, indem Patientinnen und Patienten sich im jeweiligen Nachbarland stationär behandeln lassen können (Faller, 2010). Anpassungen rechtlicher Grundlagen in den beiden Staaten ermöglichten das Pilotprojekt, insbesondere die Abgeltung der Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung. In Deutschland sorgten gesetzliche Anpassungen für eine unbeschränkte Aufhebung des Territorialitätsprinzips. In der Schweiz erlaubte Art. 36a der Verordnung über die Krankenversicherung KVV ab 2006 die Durchführung von Pilotprojekten, welche auf vier Jahre befristet waren mit der Möglichkeit einer Verlängerung um weitere vier Jahre. Per 01.11.2014 wurde der Art. 36a Abs.3a der KVV dahingehend ergänzt, dass Projekte zweimal um vier Jahre verlängert werden können. Die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wird voraussichtlich ab Januar 2018 definitiv zugelassen. Der entsprechende Änderungsantrag (Art. 34, Abs. 2a) des Bundesrates zum Krankenversicherungsgesetz KVG wurde am 30.9.2016 vom Parlament gutgeheissen und die Verordnungsänderungen befinden zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts in der Vernehmlassung.

Im Auftrag der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) die beiden ersten Phasen (2007-2009 und 2010-2014) des Pilotprojektes auf der Schweizer Projektseite evaluiert (Zumbrunn et al., 2008, 2009, 2010). Das Obsan wurde nun auch mit der Evaluation 2015-2018 beauftragt.

Für die deutsche Seite führte von 2007-2009 das Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ)² die jährlichen Evaluationen durch (Giehl et al., 2010; E. Simoes & Zink, 2008; E Simoes & Zink, 2009). Seit dem Austritt der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011 fehlt die Beauftragung an den MDK für die Evaluation auf deutscher Seite. Diese wird deshalb nicht mehr durchgeführt. Daher wird in den Evaluationsberichten für die Phase III nur noch über den Projektteil Schweiz → Deutschland berichtet. Unabhängig von den Evaluationsberichten wurde im Jahr 2016 eine Studie über grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Pflegebereich publiziert (Simones et al., 2016).

Neben dem Basler Projekt gibt es in der Schweiz ein weiteres Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Fürstentum Liechtenstein (Quelle: Botschaft zur Änderung des KVG vom 18.11.2015 und www.sg.ch).

1.2 Modalitäten der Phase III des Pilotprojektes

Das Pilotprojekt beschränkt sich im Projektteil Schweiz → Deutschland auf Personen mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt oder Basel-Landschaft, die bei einem der teilnehmenden Krankenversicherern die obligatorische Krankenversicherung abgeschlossen haben. In der ersten Phase des Pilotprojektes (2007-2009) waren die möglichen Behandlungen für Schweizer Patient/innen im grenznahen Deutschland durch einen grenzüberschreitenden Leistungskatalog eingeschränkt gewesen, was ab 2010 wegfiel.

Ab diesem Zeitpunkt traten Verträge zwischen dem Versichererverband santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Kraft. Damit eine Leistung im Rahmen des Pilotprojektes in Anspruch genommen werden kann, müssen zwei Kriterien erfüllt sein:

² Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen und beim MDK Baden-Württemberg.

Einerseits müssen die Angebote der deutschen Kliniken der Versorgungsplanung und den Verträgen mit den Sozialversicherern in Deutschland entsprechen³. 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)⁴.

Im Hinblick auf die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz wurden die Verträge ab 2012 angepasst. Wegen der nunmehr verbindlichen Finanzierungspflicht des Wohnkantons der Patienten/-innen entfiel seither die ursprüngliche Budgetlimite für Kantonsbeteiligungen. Administrativ gilt für die deutschen Kliniken wie in der Schweiz üblich 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 im Jahr 2016, dem zweiten Jahr der Phase III, elf von ursprünglich zwölf deutschen Kliniken am Pilotprojekt beteiligt. Die ehemals beteiligte Rehaklinik Sankt Marien GmbH wurde im Frühling 2015 geschlossen und wird in diesem Bericht deshalb nicht mehr berücksichtigt (Tab. 1.1).

Von den 63 Krankenversicherern, die für die Grundversicherung zugelassen waren (mit BAG-Nummer), haben im Jahr 2016 15 ihren Verzicht auf eine Mitwirkung erklärt (Tab. 1.2). Weitere 15 Versicherungen hatten gemäss Risikoausgleichsdaten KVG im Jahr 2016 weniger als zehn Versicherte mit Wohnkanton Basel-Landschaft oder Basel-Stadt und haben daher wohl kaum Pilotprojektfälle generiert. Demzufolge besteht bei 33 Krankenversicherern ein Potential für Pilotprojektfälle im Jahr 2016 (Tab. 1.2). Von diesen verzeichneten 9 Versicherer keinen Pilotprojektfall. 10 Krankenversicherungen lieferten die Falldaten direkt und von weiteren 14 Versicherern werden die Daten durch einen Verbund geliefert. Geliefert wurden insgesamt Pilotprojektfälle von mindestens 14 Krankenversicherern⁵.

Administrative Rahmenbedingungen für Patientinnen und Patienten

Schweizer Patientinnen und Patienten, die ein Angebot im Pilotprojekt nutzen wollen, müssen mindestens fünf Tage vor dem geplanten Klinikeintritt ein Gesuch zur Kostenübernahme an ihren Krankenversicherer richten. In der Regel wird das Gesuch durch die einweisende Institution (Arzt/Ärztin) gestellt. Bei Rehabilitationsbehandlungen ist vorgängig zusätzlich ein ärztlicher Bericht mit Begründung für den Rehabilitationsaufenthalt gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes abzugeben. Die Schweizer Krankenversicherer erteilen innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang des Gesuchs eine Kostenübernahmegarantie oder lehnen das Gesuch ab.

³ Punkt 2 des Vertrages zwischen santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen BS und BL.

⁴ Punkt 8 des Vertrages zwischen santésuisse, den beteiligten deutschen Kliniken und den Kantonen BS und BL.

⁵ 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, liegt die Zahl der Krankenversicherungen mit Pilotprojektfällen wahrscheinlich höher, kann vom Obsan aber nicht ermittelt werden.

Tab. 1.1 Beteiligte deutsche Kliniken im Pilotprojekt, Phase III

Land	Klinikstandort	Name der Klinik	
Deutschland	Bad Bellingen	Markgräflerland-Klinik GmbH & Co (Rehaklinik Sankt Marien GmbH, seit Frühling 2015 geschlossen) MediClin Seidel-Klinik	
	Bad Krozingen	Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG Breisgau-Klinik / RHK Reha-Klinik GmbH & Co KG Park Klinikum Bad Krozingen	
	Badenweiler	Rehabilitationsklinik Park-Therme Reha-Klinik Hausbaden / RHK Reha-Klinik GmbH & Co	
	Rheinfelden	Kreiskrankenhaus Rheinfelden	
	Schopfheim	Kreiskrankenhaus Schopfheim	
	Lörrach		Kreiskrankenhaus Lörrach ¹
			St. Elisabethen-Krankenhaus GmbH

¹ Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH zählen als eine Klinik

© Obsan 2017

Tab. 1.2 Status der Krankenversicherer mit BAG-Nummer, 2016

Status		Anzahl Krankenversicherer
Kein Potential für Fälle	Keine Teilnahme am Pilotprojekt	15
	BS / BL kein Tätigkeitsgebiet ¹ oder weniger als 10 Versicherte mit Wohnort BS/BL ²	15
	Total	30
Potential für Fälle vorhanden	Keine Rückmeldung	0
	Keine Fälle 2016	9
	Datenlieferung via Verbund	14
	Daten geliefert (eigene und von Verbund) ³	10
	Total	33
Total Krankenversicherer mit BAG-Nummer im Jahr 2016		63
Anzahl Versicherer, die am Pilotprojekt beteiligt sind		48

¹ Gemäss Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer, BAG, 1.10.2016

© Obsan 2017

² Gemäss Risikoausgleichsdaten KVG 2013

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

1.3 Ziele des Pilotprojektes und der jährlichen Monitoring-Berichte

Die Anzahl der Ziele des Pilotprojektes ist für die Phasen II und III im Vergleich zur Phase I wesentlich reduziert worden. Für die Phase III des Pilotprojektes gelten grundsätzlich die gleichen Ziele wie in Phase II, jedoch ist das Projekt inzwischen als Übergangprojekt im Hinblick auf eine definitive Lösung anzusehen. So erhielt das Obsan den Auftrag, nur noch jährlich die Patientenzahlen Schweiz → Deutschland (Projektziel 1: Erhöhung der Patientenflüsse) zu messen und zu analysieren.

Das Projektziel 3 der Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurde im Herbst 2013 mit einer Befragung der Basler Spitäler und anderen Akteuren des Gesundheitswesens evaluiert (Schmid & Bayer-Oglesby, 2013). Im Herbst 2014 wurde zudem eine umfassende Darstellung der gesamten Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach vorgenommen (Evaluation Projektziel 4). Die beiden letzteren Projektziele werden daher in dieser Periode nicht neu evaluiert.

Somit werden jährliche Monitoring-Berichte zur Evaluation des 1. Projektziels (Erhöhung der Patientenzahlen Schweiz → Deutschland) und ein Abschlussbericht im Jahr 2019 über die ganze Phase III erstellt. Beim aktuellen Bericht handelt es sich um den zweiten dieser Monitoring-Berichte mit den Zahlen des Jahres 2016.

Tab. 1.3 Ziele des Pilotprojektes und Evaluationsfragen

Ziele des Pilotprojektes	Evaluationsfragen
1 Patientenzahlen Schweiz-Deutschland a) Erweiterung Leistungsbereiche b) Erhöhung quantitative Nutzung	1.1. Berechtigte im Pilotprojekt CH->D Welcher Anteil der Bevölkerung der Kantone BS/BL ist aufgrund der Kassenzugehörigkeit zur Teilnahme am PP berechtigt?
	1.2. Potential des Pilotprojektes CH->D Wie viele Patient/innen mit Wohnsitz BS/BL könnten sich theoretisch im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?
	1.3. Anzahl Fälle im Pilotprojekt CH->D Wie viele Patient/innen haben sich im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland behandeln lassen?
	1.4. Mobilitätsrate CH->D Welches ist der Anteil der Pilotprojektfälle am Potential des Pilotprojektes?

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

© Obsan 2017

Ziele der jährlichen Monitoring-Berichte

Die jährlichen Monitoring-Berichte der Phase III dienen der Evaluation des 1. Projektziels (Erhöhung der Patientenzahlen Schweiz → Deutschland). Sie zeigen im Wesentlichen die Entwicklung der Fallzahlen über die Projektdauer auf.

Folgende Aspekte wurden ausgewertet:

- Anteil berechtigter Versicherter aufgrund der Kassenzugehörigkeit
- Potential 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 Patient/innen
- Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort
- Aufenthaltsdauer und Kosten der Pilotprojektfälle

2 Methodik Monitoring 2015–2019

2.1 Datengrundlagen

Für die Evaluation 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 Im Monitoring-Bericht 2016 genutzte Datenquellen

Projektziel	Datensatz	Zeitraum	Datenproduzent
1	Medizinische Statistik	2006-2015	BFS
1	Risikoausgleich KVG	2006-2015	Gemeinsame Einrichtung KVG
1	Daten zu Pilotprojektfällen	2007-2016	Krankenversicherer
1	Daten zu Pilotprojektfällen	2016	Kanton BS und BL

© Obsan 2017

2.1.1 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 gegenwärtigen Phase III werden Behandlungen erhoben, deren Behandlungsbeginn und –abschluss in den Jahren 2015–2018 liegen. In einem separaten Pflichtenheft (Recordbeschreibung) sind die Parameter der Datenerhebungen einzeln aufgelistet (vgl. Anhang 2). Die erforderlichen Daten können von den Krankenversicherern entweder aus den Kostengutsprache gesuchen 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 Patient/innen, behandelnde deutsche Klinik, zuweisende Instanz, Leistungsart und -bereich der Behandlung, Aufenthaltsdauer in der deutschen Klinik, Kosten des Aufenthaltes.

2.1.2 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. Seither erhalten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zu jeder Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes eine Rechnung über ihren Anteil (55%) zugestellt.

Die Rechnungen der Kliniken an die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bieten die Möglichkeit, die Vollständigkeit der Datenerhebung bei der Krankenversicherern zu überprüfen. Folgende Daten wurden dazu dem Obsan von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft übermittelt: Der Name des Krankenversicherers, 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. 2.1.1).

2.1.3 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, 2016). Diese Daten werden verwendet, um den Anteil der grenzüberschreitenden Fälle an allen vergleichbaren Fällen zu berechnen.

Für die Phase III des Pilotprojekts werden die Hospitalisierungen von Personen mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt in Schweizer Krankenhäusern in den Jahren 2010–2015⁶ analysiert. Akutbehandlungen und Rehabilitationen werden unterschieden. Da auch im Projektjahr 2016 praktisch nur Rehabilitationen in Anspruch genommen wurden, wurden für den Monitoring-Bericht 2016 wiederum 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 (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.), 2012) 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 Reha-Aufenthaltes nicht möglich, wurde die ICD-10-Hauptdiagnose des Spitalaufenthaltes vor dem Reha-Aufenthalt zugeordnet⁷.

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

2.1.4 Risikoausgleichsdaten der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Von der Gemeinsamen Einrichtung KVG Solothurn (www.kvg.org) werden seit 1991 die Risikoausgleichsdaten KVG produziert. Es ist eine Vollerhebung bezogen auf die in der Schweiz tätigen Krankenversicherer und die obligatorische Krankenversicherung OKP. Die Datenbank enthält unter anderem die Summe der Versichertenmonate nach Wohnkanton, Alter und Geschlecht der Versicherten pro in der Schweiz tätigem Krankenpflegeversicherer. Für die Phase III des Pilotprojektes werden die Anzahl OKP-Versicherte mit Wohnkanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt nach Wohnkanton, Altersklasse sowie Geschlecht ausgewertet. Die Daten in diesem Bericht stammen aus dem Jahr 2015⁸.

2.2 Parameter zur Evaluation des Projektziels 1 (Schweizer Projektseite)

2.2.1 Berechtigte im Pilotprojekt

Auf der Basis der Risikoausgleichsdaten KVG kann die Anzahl der Berechtigten im Pilotprojekt und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung ermittelt werden. Berechtigte sind Versicherte wohnhaft im Kanton Basel-Stadt oder Basel-Landschaft, die ihre OKP-Versicherung bei einem der teilnehmenden

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

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

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

Krankenversicherer abgeschlossen haben. Es erfolgt eine Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht, da dies die Häufigkeit bestimmter Behandlungen beeinflusst.

2.2.2 Potential des Pilotprojektes

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

Das Potential berechnet sich (nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt) wie folgt:

$$\text{Potential} = \text{Anzahl Rehabilitationen pro 1000 Versicherte} * \text{Anzahl Berechtigte} / 1000$$

In die Anzahl Rehabilitationen pro 1000 Versicherte fliessen sowohl die in der Schweiz erfolgten Rehabilitationen (aus der Medizinischen Statistik), als auch die im Rahmen des Pilotprojektes stattgefundenen Rehabilitationen in Deutschland (eigens erhobene Daten, vgl. 2.2.3) ein. Zum Zeitpunkt der Berichterlegung im Mai liegen jeweils die Daten des evaluierten Jahres der medizinischen Statistik sowie der Risikoausgleichsdaten noch nicht vor. Deshalb wird das Potential des Projektjahres 2016 auf der Grundlage der Daten des Jahres 2015 geschätzt.

2.2.3 Anzahl Fälle im Pilotprojekt

Kernstück der Evaluation ist die Abbildung der durch in der Schweiz Versicherte beanspruchten medizinischen Leistungen an deutschen Standorten. Die 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
- Alter und Geschlecht
- Wohnort und Klinikstandort

2.2.4 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 Potential des Pilotprojektes (vgl. 2.2.2); ins Verhältnis gesetzt, ergibt sich die Mobilitätsrate:

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

Die Mobilitätsrate bei den Rehabilitationen 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 Projektjahr 2016 fast ausschliesslichen Rehabilitationen in Anspruch genommen wurden, werden im vorliegenden Monitoring-Bericht wiederum lediglich die Mobilitätsraten für Rehabilitationen geschätzt, und zwar für folgende Bereiche:

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

2.2.5 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.

2.2.6 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 Patient/in, die Fallkosten. Der Median gibt den Wert der Behandlungskosten an, der die Fälle in zwei gleich grosse Gruppen teilt, also den Wert, bei dem 50% der Fälle darunter liegen, 50% darüber.

2.3 Datenschutz und -sicherheit

Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte betreffend Datenschutzregelungen für die benutzten Daten kurz zusammengefasst.

Die Daten zu den Pilotprojektfällen werden von den Krankenversicherungen und Kantonen dem Obsan ausschliesslich zum Zweck der Evaluation zur Verfügung gestellt. In den Monitoring-Berichten werden nur Daten in aggregierter Form dargestellt, es sei denn, die betroffenen Leistungserbringer hätten der Veröffentlichung zugestimmt. 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 2016

3.1 Berechtigte Basler Versicherte im Pilotprojekt

Am Pilotprojekt können Versicherte teilnehmen, deren Krankenkasse dem Pilotprojektvertrag zwischen den schweizerischen Krankenversicherern und deutschen Kliniken sowie den Kantonen Basel-Stadt resp. Basel-Landschaft beigetreten ist.

Aus Tabelle 3.1 geht hervor, dass im Projektjahr 2016 88,8 Prozent der Bevölkerung der beiden Basel zur Teilnahme am Pilotprojekt berechtigt waren. Während sich im Kanton Basel-Stadt nur unbedeutende Unterschiede zwischen den Altersklassen ausmachen lassen, ist im Kanton Basel-Landschaft bei den jüngeren Generationen ein höherer Anteil zur Teilnahme berechtigt als bei den älteren Generationen.

Tab. 3.1 Anteil berechtigte Versicherte im Kanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Projektjahr 2016

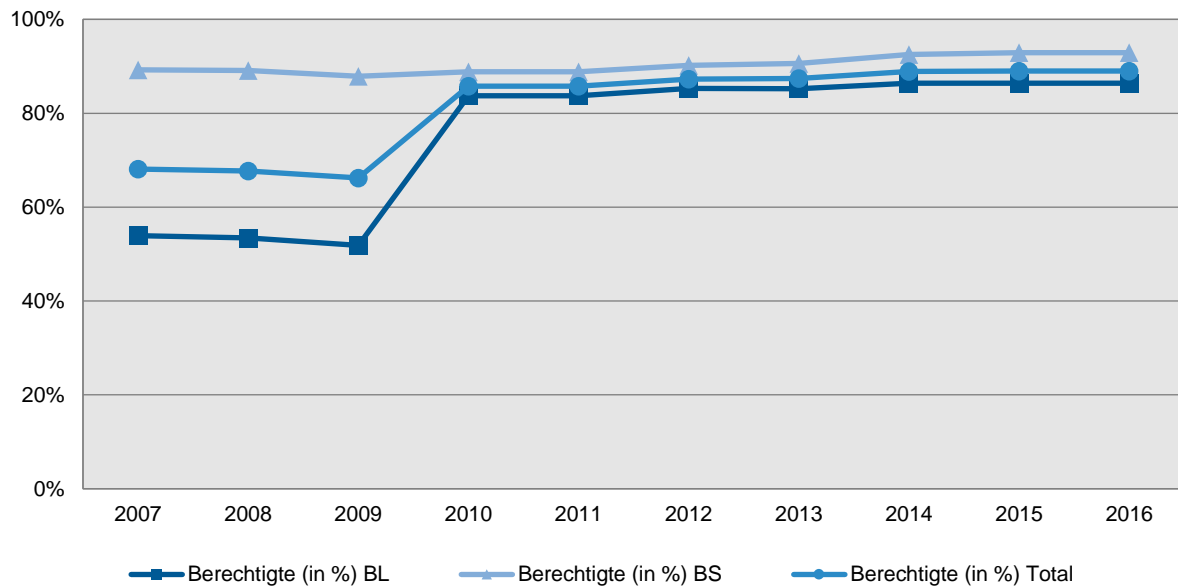
Kanton	Altersklasse	Anteil berechtigte Versicherte (in %)		
		Frau	Mann	Total
BL	0-18	87,8	87,5	87,6
	19-60	87,7	87,6	87,7
	61-70	83,8	84,3	84,0
	71-80	80,6	82,1	81,3
	81-90	76,5	79,2	77,6
	91+	73,4	75,2	74,0
BL	Total	85,8	86,3	86,1
BS	0-18	93,4	93,5	93,4
	19-60	93,9	94,2	94,1
	61-70	90,8	91,9	91,4
	71-80	90,0	90,4	90,1
	81-90	88,9	90,2	89,3
	91+	91,0	89,9	90,7
BS	Total	92,7	93,4	93,0
BS und BL	Total	88,6	89,1	88,8

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2015

© Obsan 2017

Im Kanton Basel-Stadt ist der Anteil der berechtigten Versicherten mit 93,0% im Jahr 2016 ähnlich hoch wie seit Beginn des Projekts (Abb. 3.1). Im Kanton Basel-Landschaft hingegen kann sich seit 2010 ein deutlich höherer Anteil (86,1%) der Bevölkerung aufgrund der Kassenzugehörigkeit im grenznahen Deutschland behandeln lassen als bis 2009 (52%). Die Zunahme beim Kanton Basel-Landschaft lässt sich damit erklären, dass in der Phase I 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). Ab der Phase II 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 2007–2016



Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2006–2015.

© Obsan 2017

3.2 Potential an Basler Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt

Seit Beginn des Pilotprojektes im Jahr 2007 werden vor allem Rehabilitationen in Anspruch genommen. Auch im Projektjahr 2016 machen sie 97% der Fälle aus. Insgesamt ergibt sich für 2016 ein Potential an 5'516 Rehabilitationsfällen, wovon 2'940 auf den Kanton Basel-Landschaft entfallen, 2'602 auf den Kanton Basel-Stadt (Tab. 3.2). Gegenüber dem Jahr 2015 mit einem Potential von 5'320 Rehabilitationsfällen ist das Potential um 3,7% gestiegen. Grund hierfür ist die im Vergleich zu den Vorjahren höhere Anzahl Rehabilitationen von Personen mit Wohnsitz in Basel-Stadt oder Basel-Landschaft im Jahr 2016. Die Erhöhung über die Jahre dürfte mit Anreizen zur Verkürzung der Akutspital-Aufenthalte nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 zusammenhängen. So lag die Anzahl Rehabilitationsfälle im Jahr 2011 bei 8,9 Behandlungen pro 1000 Versicherte (Wert nicht abgebildet), im Jahr 2016 bei 13,4 Behandlungen pro 1000 Versicherte. Die Zunahme an Rehabilitationsbehandlungen und damit verknüpft des Potentials an Pilotprojektfällen kann im letzten Jahr besonders im Kanton Basel-Stadt beobachtet werden.

Tab. 3.2 Rehabilitations-Fälle pro 1'000 OKP-Versicherte, berechnete OKP-Versicherte und geschätztes Potential an Rehabilitations-Fällen, 2016

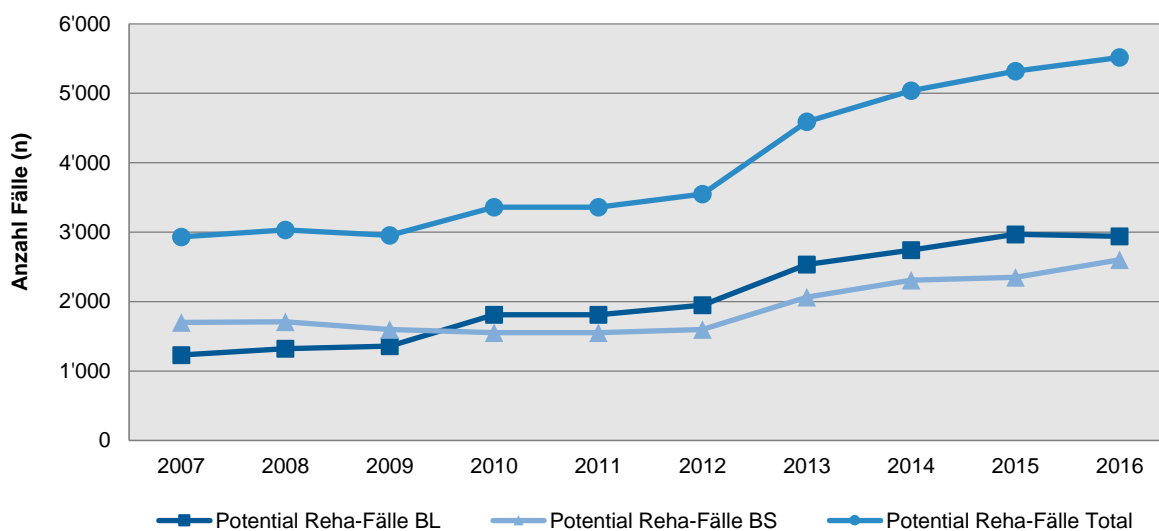
Kanton	Alters-klasse	Reha-Fälle pro 1000 OKP-Versicherte ¹			Anzahl Berechnete OKP-Versicherte ²			Potential an Reha-Fällen ³		
		Frau	Mann	Total	Frau	Mann	Total	Frau	Mann	Total
BL	0-18	0,1	0,1	0,1	20 956	22 153	43 109	3	2	3
	19-60	4,2	3,4	3,1	68 467	67 723	136 190	286	227	423
	61-70	20,2	16,7	17,2	14 668	13 711	28 379	296	228	489
	71-80	50,5	40,2	44,7	11 164	9 533	20 697	563	384	925
	81-90	96,6	76,3	78,8	6 029	4 243	10 272	583	324	810
	91+	80,1	71,3	78,0	1 110	475	1 584	89	34	124
	Total	15,9	10,6	12,2	122 393	117 838	240 231	1 942	1 254	2 940
BS	0-18	0,1	0,2	0,1	13 083	14 094	27 177	1	3	4
	19-60	3,6	4,1	3,8	51 126	50 198	101 323	184	204	389
	61-70	25,6	21,7	23,8	9 351	8 558	17 909	240	186	426
	71-80	59,6	49,1	55,2	7 957	5 855	13 812	474	287	762
	81-90	95,8	80,1	90,4	5 969	3 198	9 167	572	256	828
	91+	82,9	73,9	80,7	1 668	547	2 216	138	40	179
	Total	18,2	11,9	15,2	89 153	82 449	171 603	1 621	979	2 602
BS und BL	Total	16,8	11,1	13,4	211 546	200 287	411 833	3 554	2 226	5 516

¹ Reha-Fälle pro 1000 OKP-Versicherte = (Rehabilitationen MS + Rehabilitationen Datenerhebung Krankenversicherer)/Anzahl OKP-Versicherte*1000.

² Berechnete gemäss beteiligter Krankenversicherer, Projektjahr 2016

³ Potential an Reha-Fällen = Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte*Anzahl berechtigter Versicherter /1000.

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2015, Medizinische Statistik BFS 2015, Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer). © Obsan 2017

Abb. 3.2 Entwicklung des Potentials an Rehabilitationsfällen, 2007–2016

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2006–2015, Medizinische Statistik BFS, 2006–2015, Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

3.3 Anzahl Pilotprojektfälle

3.3.1 Vergleich Daten Krankenversicherer und Daten Kantone

Seit 2012 ist es möglich, neben den Daten der Krankenversicherer zu den Pilotprojektfällen auch Daten der Kantone zu erheben, da seit diesem Zeitpunkt bei jeder Behandlung eine zweite Rechnung an den Wohnkanton des Patienten/der Patientin geht.

Aus den Daten der Krankenversicherer für das Jahr 2016 resultiert: Der Kanton Basel-Stadt weist mit 56 Projektfällen vergleichbare Zahlen auf wie der Kanton Basel-Landschaft (61 Projektfälle). Auffallend ist die Abnahme von 48 auf 32 gelieferte Fälle bei einer grossen Versicherung von 2015 auf 2016. Der Rückgang insgesamt ist insbesondere im Kanton Basel-Stadt markant mit einem Abfall von 97 auf 56 gelieferte Fälle.

Der Vergleich der Daten der Krankenversicherungen mit jenen der Kantone zeigt: Die Abweichungen bewegen sich bei einigen Kassen im Bereich von ein- bis zwei Fällen pro Kanton. Eine Ausnahme bildet dabei eine grosse Kasse: Sie lieferte im Kanton Basel-Landschaft drei Fälle mehr als der Kanton. Bei den Kantonsdaten gibt es ausserdem eine Restgruppe mit sieben Fällen aus dem Kanton Basel-Landschaft, die nicht eindeutig einer Kasse zugeordnet werden können. Insgesamt sind die Abweichungen aber minimal und mit bisherigen Datenjahrgängen des Projektes vergleichbar.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass ein Grossteil der Pilotprojektfälle 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) und ggf. auf fehlerhafte Datumsangaben zurückgeführt werden. Ob diese Fehler auf der Seite der Krankenversicherer oder jener der Kantone erfolgt sind, kann nicht eruiert werden.

Tab. 3.3 Vergleich Daten Krankenversicherern und Kantone, 2016

	Kantone	Krankenversicherer
Basel-Stadt	60	56
Basel-Landschaft	58	61
Total	118	117

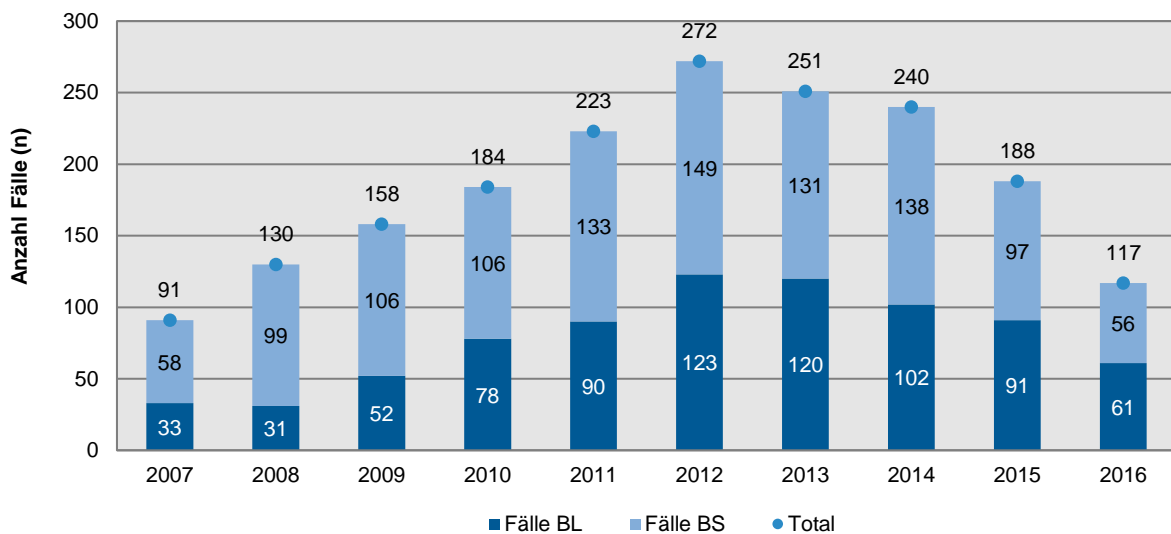
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt (Krankenversicherer und Kantone), 2016 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

3.3.2 Zeitliche Entwicklung der Pilotprojektfälle seit 2007

Abbildung 3.3 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen über die gesamte Projektdauer. Die Zahl der Pilotprojektfälle hatte von 2007 bis 2012 stetig zugenommen (Schmid & Bayer-Oglesby, 2013). Seit 2013 nehmen die Fälle jährlich ab. Im Jahr 2016 haben sich 117 Personen im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ in einer Klinik im Landkreis Lörrach behandeln lassen – 56 Personen aus dem Kanton Basel-Stadt, 61 Personen aus dem Kanton Basel-Landschaft. Dies entspricht gegenüber dem Jahr 2015 einer Verringerung um 71 Fälle oder circa 38%.

Die Anzahl Pilotprojektpatienten und -patientinnen aus Basel-Stadt haben prozentual stärker abgenommen (-43%) als jene aus Basel-Landschaft (-33%), sodass nun aus beiden Kantonen ähnlich viele Pilotprojektfälle zu verzeichnen sind. In Basel-Stadt liegt die Patientenzahl im Bereich der Fallzahlen der ersten Pilotprojektphase. In Basel-Landschaft liegt diese höher als die damaligen Fallzahlen.

Abb. 3.3 Anzahl Pilotprojektfälle nach Wohnkanton (alle Leistungsbereiche), 2007–2016

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt (Krankenversicherer). N=1848.

© Obsan 2017

3.4 Mobilitätsrate

3.4.1 Mobilitätsrate insgesamt, nach Alter und Geschlecht

Das Verhältnis von Pilotprojektfällen zum Potential an Rehabilitationsfällen in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt ergibt die Mobilitätsrate. Diese wird für das Jahr 2016 auf 2,1% geschätzt. Dies bedeutet, dass 2,1% aller Rehabilitationen von Personen mit Wohnkanton Basel-Stadt oder Basel-Landschaft im Rahmen des Pilotprojekts in Deutschland erbracht wurden (Tab. 3.5). Die Mobilitätsrate ist in Basel-Stadt mit 2,2% etwas höher als in Basel-Landschaft (2,0%), variiert aber stark nach Geschlecht und Alter.

Im Gegensatz zu früheren Jahren, wo die Mobilitätsrate von Männern generell höher lag als jene von Frauen, sind 2016 keine einheitlichen Unterschiede mehr auszumachen. Die Mobilitätsraten schwanken zwischen den Geschlechtern je nach Altersklasse (Tab. 3.5).

In Basel-Landschaft ist die Mobilitätsrate in der Altersgruppe zwischen 61 und 70 Jahren am höchsten: 3,9% der Rehabilitationen in dieser Altersgruppe finden im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ statt. Der Anteil an 19-60-Jährigen hat zwischen 2015 (5,0%; hier nicht gezeigt) und 2016 (0,9%) besonders stark abgenommen.

Im Kanton Basel-Stadt zeigt sich ein ähnliches Bild: Hier ist die Mobilitätsrate bei den 71–80-Jährigen und den 61-70-Jährigen am höchsten (3,3% resp. 2,8%). Bei den 19–60-Jährigen sind es nur 2,1%. Von den 81–90-Jährigen lassen sich noch 1,3% der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Pilotprojektes behandeln.

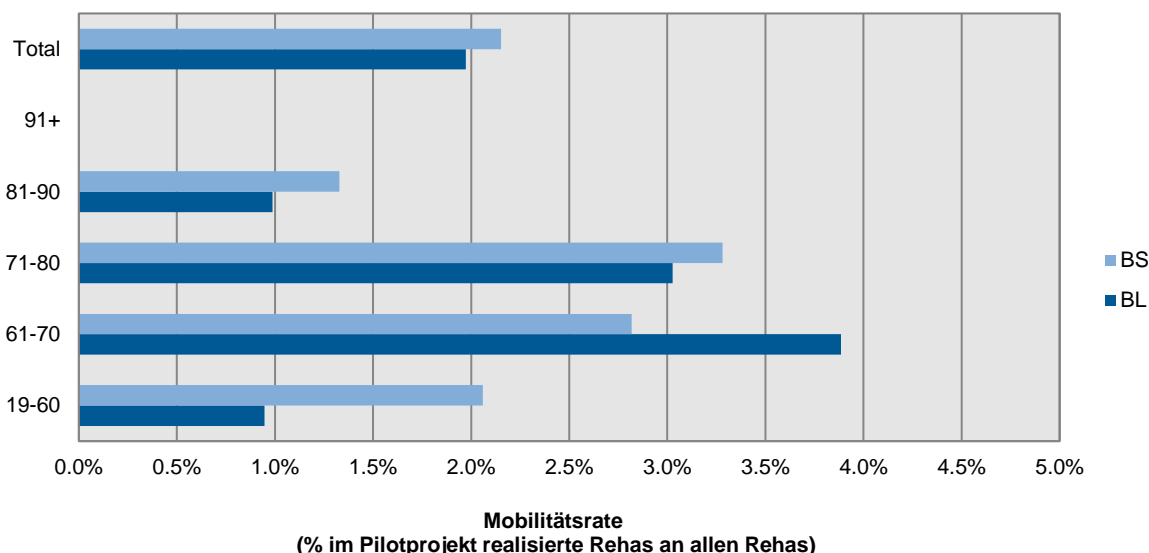
Tab. 3.5 Potential an Rehabilitations-Fällen, Anzahl Rehabilitationen im Pilotprojekt und Mobilitätsrate, 2016

Kanton	Alters- klasse	Potential an Rehabilitationen ¹			Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ ²			Mobilitätsrate in% ²		
		Frau	Mann	Total	Frau	Mann	Total	Frau	Mann	Total
BL	0-18	3	2	3	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	19-60	286	227	423	2	2	4	0,7	0,9	0,9
	61-70	296	228	489	10	9	19	3,4	3,9	3,9
	71-80	563	384	925	18	9	28	3,2	2,3	3,0
	81-90	583	324	810	5	3	8	0,9	0,9	1,0
	91+	89	34	124	0	0	0	0,0	0,0	0,0
BL	Total	1 942	1 254	2 940	35	23	58	1,8	1,8	2,0
BS	0-18	1	3	4	0	0	0	-	0,0	0,0
	19-60	184	204	389	4	4	8	2,2	2,0	2,1
	61-70	240	186	426	8	4	12	3,3	2,2	2,8
	71-80	474	287	762	15	10	25	3,2	3,5	3,3
	81-90	572	256	828	8	3	11	1,4	1,2	1,3
	91+	138	40	179	0	0	0	0,0	0,0	0,0
BS	Total	1 621	979	2 602	35	21	56	2,2	2,1	2,2
BS und BL	Total	3 554	2 226	5 516	70	44	114	2,0	2,0	2,1

¹ Potential an Reha-Fällen = Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte*Anzahl berechtigter Versicherter /1000, vgl. Abschnitt 2.2.2

² Mobilitätsrate = Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ/Potential an Rehas *100, vgl. Abschnitt 2.2.4

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2015, Medizinische Statistik BFS 2015, Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer). © Obsan 2017

Abb. 3.4 Mobilitätsrate nach Altersgruppe, 2016

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

3.4.2 Mobilitätsrate nach Rehabilitationsart

Seit Beginn des Pilotprojektes entfällt ein Grossteil der Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes auf orthopädische und kardiologische Rehabilitationen. Die Mobilitätsrate wird deshalb für diese beiden Rehabilitationsbereiche separat berechnet. Dabei zeigt sich zwar eine wesentlich höhere Mobilitätsrate im Bereich der Orthopädie, wo 2016 2,9% aller Behandlungen im Rahmen des Pilotprojektes in

Deutschland erbracht wurden (Tab. 3.6). Bei den kardiologischen Rehabilitationen liegt der entsprechende Wert bei 1,2%. Jedoch sind in beiden Bereichen seit 2012 wesentliche Abnahmen zu verzeichnen.

Bei Personen aus Basel-Landschaft ist sowohl die Mobilitätsrate bei den kardiologischen Rehabilitationen (BL: 0,8%, BS: 1,7%) als auch bei den orthopädischen Rehabilitationen (BL: 2,7%, BS: 3,3%) tiefer als bei solchen aus Basel-Stadt.

Nach einer konstanten Zunahme der Mobilitätsrate in der Phase I des Pilotprojektes ist die Rate beim Wechsel von der Phase I zur Phase II (zwischen 2009 und 2010) von 9,4% auf 6,5% gesunken (Abb. 3.5) (Bayer-Oglesby und Roth 2011). Danach stieg die Mobilitätsrate bis 2012 auf 7,4% an und nahm seitdem stetig ab: Im Jahr 2016 beträgt sie noch 2,6%. Die Abnahme der Mobilitätsrate lässt sich durch zwei Änderungen erklären: Erstens hat sich die Zahl der Pilotprojektfälle gegenüber früher verringert, zweitens ist gleichzeitig die Zahl aller realisierten Rehabilitationen gestiegen, sodass die im Rahmen des Pilotprojektes realisierten Rehabilitationen einen kleineren Anteil ausmachen. Der Anstieg der Rehabilitationen könnte mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 zusammenhängen.

Tab. 3.6 Rehabilitationsfälle der Bereiche Orthopädie in der Schweiz und Deutschland, Potential und Mobilitätsrate, 2016

		Kardiologie			Orthopädie			Total Ortho/Kardio		
		BL	BS	Total	BL	BS	Total	BL	BS	Total
In der Schweiz realisierte Reha-Fälle	2010	294	228	522	1256	973	2229	1550	1201	2751
	2011	318	229	547	1300	959	2259	1618	1188	2806
	2012	347	297	644	1519	1065	2584	1866	1362	3228
	2013	380	284	664	1449	1105	2554	1829	1389	3218
	2014	414	293	707	1630	1095	2725	2044	1388	3432
	2015	417	303	720	1865	1206	3071	2282	1509	3791
	2016	417	303	720	1865	1206	3071	2282	1509	3791
Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ	2010	16	14	30	55	80	135	71	94	165
	2011	19	29	48	57	85	142	76	114	190
	2012	13	13	26	83	116	199	96	129	225
	2013	8	5	13	93	100	193	101	105	206
	2014	5	2	7	72	107	179	77	109	186
	2015	10	6	16	62	67	129	72	73	145
	2016	3	5	8	44	38	82	47	43	90
Potential an Rehabilitationen	2010	262	217	478	1106	944	2046	1368	1161	2524
	2011	285	232	517	1145	937	2079	1430	1169	2596
	2012	309	281	588	1378	1076	2454	1687	1357	3042
	2013	332	262	593	1328	1101	2425	1660	1363	3018
	2014	363	273	636	1480	1120	2602	1843	1393	3237
	2015	370	287	657	1673	1187	2862	2044	1475	3464
	2016	362	287	648	1649	1160	2810	2011	1447	3458
Mobilitätsrate in %	2010	6,1	6,5	6,3	5,0	8,5	6,6	5,2	8,1	6,5
	2011	6,7	12,5	9,3	5,0	9,1	6,8	5,3	9,7	7,3
	2012	4,2	4,6	4,4	6,0	10,8	8,1	5,7	9,5	7,4
	2013	2,4	1,9	2,2	7,0	9,1	8,0	6,1	7,7	6,8
	2014	1,4	0,7	1,1	4,9	9,6	6,9	4,2	7,8	5,7
	2015	2,7	2,1	2,4	3,7	5,6	4,5	3,5	4,9	4,2
	2016	0,8	1,7	1,2	2,7	3,3	2,9	2,3	3,0	2,6

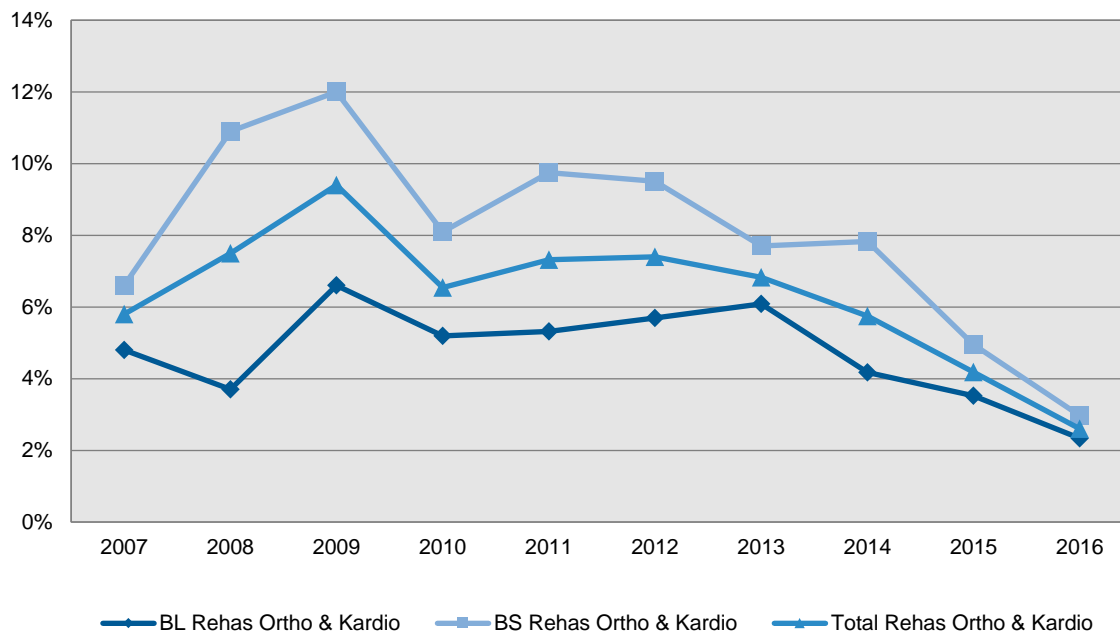
¹ Aus der medizinischen Statistik 2010–2015 (MS). Für das Jahr 2016 werden Zahlen 2015 übernommen

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

³ Potential an Reha-Fällen=Anzahl Rehas pro 1000 Versicherte*Anzahl berechtigter Versicherter /1000, vgl. Abschnitt 2.2.2

⁴ Mobilitätsrate= Reha-Fälle Pilotprojekt GRÜZ/Potential an Rehas *100, vgl. Abschnitt 2.2.4

Quelle: Risikoausgleichsdaten KVG 2015, Medizinische Statistik BFS 2015, Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer).

Abb. 3.5 Zeitliche Entwicklung der Mobilitätsrate im Pilotprojekt, 2007–2016

Quelle: Medizinische Statistik BFS 2015, Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2016 (Krankenversicherer). N=1681.

© Obsan 2017

3.5 Beschreibung Pilotprojektfälle

3.5.1 Pilotprojektfälle nach Rehabilitationsart

Wie bisher wurden auch im Projektjahr 2016 hauptsächlich Rehabilitationen in Anspruch genommen (Tab. 3.7). Drei Fälle wurden von den Krankenversicherern als Akut-Behandlungen codiert. Einer davon fällt in die innere Medizin, für die anderen beiden Fälle wurde die Kategorie „anderer Leistungsbereich“ angegeben.

Bei den Rehabilitationen fällt wie bisher der Grossteil auf den Bereich Orthopädie – sie machen 72,6% aller Rehabilitationen aus (n=82) (Tab. 3.7, Abb.3.6). Damit ist das Gewicht der orthopädischen Rehabilitationen minimal höher als 2015 (71,3%).

An zweiter Stelle steht der Leistungsbereich Kardiologie: 8 Patientinnen und Patienten begaben sich 2016 im Rahmen des Pilotprojekts für eine kardiologische Rehabilitation in den Landkreis Lörrach. Dies sind 7,1% aller Rehabilitationen. Dieser Wert ist etwas tiefer als im Jahr 2015 (8,8%).

Abgenommen hat die Anzahl der Rehabilitationen in der inneren Medizin. Sie lag 2013 noch bei 15 Fällen (3,8%), 2016 waren es noch zwei. Dies entspricht 1,8% aller Rehabilitationsfälle.

Nicht in Anspruch genommen wurden Rehabilitationen in den Bereichen Geriatrie und psychosomatische Abhängigkeitserkrankungen. Bei 15 Rehabilitationsfällen war der Bereich unbekannt.

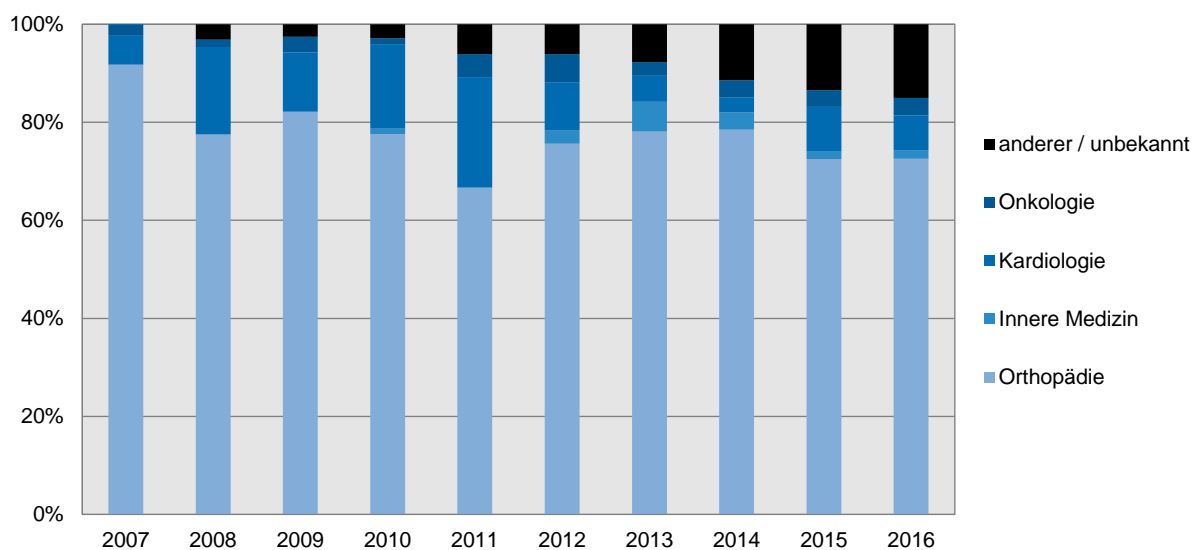
Tab. 3.7 Anzahl Pilotprojektfälle nach Leistungsart und Leistungsbereich, 2007–2016

Leistungsart	Leistungsbe- reich	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Akut-Behandlung	Geburtshilfe/Gynäkologie	1	.	.	3	2	.	.	.	.	.	6
	Geriatrie	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
	Kardiologie	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
	Neurologie	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
	Orthopädie	1	.	.	.	8	1	1	.	1	.	12
	Innere Medizin	.	.	.	.	.	1	1	.	1	1	4
	Pädiatrie	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1
	Anderer Leistungsbereich	.	.	.	.	0	0	1	3	2	2	8
	Total Akut-Behandlungen	2	.	.	3	10	5	4	3	4	3	34
Rehabilitation	Geriatrie	3	.	.	1	.	.	.	.	.	.	4
	Kardiologie	5	23	19	30	48	26	13	7	16	8	195
	Neurologie	1	.	.	1	.	3	.	.	.	2	7
	Onkologie	2	2	5	2	10	15	7	8	6	4	61
	Orthopädie	78	100	129	135	142	199	193	179	129	82	1366
	Innere Medizin	.	.	.	2	.	7	15	8	3	2	37
	Psychosomatik/Abhängigkeits- erkrankungen	.	.	.	.	1	1	1	.	3	.	6
	Anderer Leistungsbereich	.	.	.	4	7	4	.	1	.	.	16
	Reha-Bereich unbekannt	.	4	4	1	5	11	18	25	24	15	107
	Total Rehabilitation	89	129	157	176	213	266	247	228	181	113	1799
Unbekannt	.	1	1	.	.	2	1	6	3	1	15	
Total	91	130	158	179	223	273	252	237	188	117	1848	

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

Abb. 3.6 Prozentualer Anteil der Leistungsbereiche bei der Leistungsart Rehabilitation, 2007–2016



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2016 (Krankenversicherer). N=1787.

© Obsan 2017

3.5.2 Pilotprojektfälle nach Krankenkasse, Zuweiser und Klinik

Pilotprojektfälle nach Krankenkasse

Im Projektjahr 2016 waren 33 Versicherungen potentielle Datenlieferanten (Daten der eigenen Kasse und von Kassen im Verbund, vgl. Tab. 1.2). Neun der potentiellen Datenlieferanten wiesen im Jahr 2016 keine Pilotprojektfälle auf.

Zehn Krankenversicherer lieferten Daten an das Obsan: Vier Krankenversicherer lieferten weniger als zehn Fälle, fünf zwischen 11 und 25 Fälle und ein Krankenversicherer übermittelte Daten zu mehr als 25 Pilotprojektfällen. Einige Datenlieferanten lieferten auch Daten von anderen Kassen im Verbund (Tochtergesellschaften), sodass Daten zu Pilotprojektfällen von mindestens 14 Krankenversicherungen vorliegen. Nicht alle Lieferanten, welche Daten von Kassen im Verbund geliefert haben, konnten die Fälle dieser Verbundkassen kennzeichnen bzw. mit der korrekten BAG-Nr. versehen. Deshalb kann die Anzahl der einzelnen Krankenversicherer, die im Jahr 2016 Pilotprojektfälle aufweisen, auch dieses Jahr nicht ermittelt werden.

Tab. 3.8 Anzahl Krankenversicherungen nach Anzahl Fällen, 2010–2016

Anzahl Krankenversicherer mit	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N	N	N	N
0 Fällen	15	12	15	12	16	11	9
1-10 Fällen	6	4	3	2	4	2	4
11-25 Fällen	2	4	5	5	3	7	5
>25 Fällen	2	2	2	3	3	1	1
Total	25	22	25	22	26	21	19

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

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. Die Angabe zur zuweisenden Instanz wurde erstmals bei der Datenerhebung 2013 von den Krankenversicherern geliefert. 2016 haben mit Ausnahme einer Krankenkasse alle vollständige Daten geliefert. Die Anzahl der unbekanntem Zuweiser hat sich damit von 51,5% im Jahr 2012 auf 12,8% in der aktuellen Datenerhebung verringert.

Bei bekanntem Zuweiser wurde die zu behandelnde Person im Projektjahr 2016 in 87,7% der Fälle von einem Krankenhaus in den Kantonen Basel-Landschaft oder Basel-Stadt überwiesen. Fast 40% der Fälle mit bekanntem Zuweiser wurden von einem einzigen grossen Spital in Basel-Stadt überwiesen und weitere 25% von einem anderen Spital. Bei einem Fall bzw. 1,5% wurde als Zuweiser eine deutsche Klinik angegeben. Dies ist weniger als im Jahr 2015 (4,4%). Sechs Patienten und Patientinnen wurden von einem Spital ausserhalb der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt überwiesen. Mit einem Anteil von 9,2% der Fälle stellt dies einen neuen Höchststand aller untersuchten Jahre dar.

Demgegenüber hat der Anteil von Zuweisungen von in der Schweiz niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stark abgenommen: Im Jahr 2012 wurden noch 22 Personen an eine deutsche Projektklinik überwiesen (17,5%), im Jahr 2016 war es nur noch 1 Person, was 1,5% der Fälle mit bekanntem Zuweiser entspricht.

Tab. 3.9 Anzahl Pilotprojektfälle nach zuweisender Instanz, 2010–2016

Zuweisende Instanz	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)
Nicht zugewiesen	0	0	2	0,9	6	2,2	75	32,1	99	41,4	52	27,7	37	31,6
Zuweiser nicht bekannt	102	57,0	115	51,6	140	51,5	16	6,8	32	13,4	22	11,7	15	12,8
Zuweiser bekannt	77	43,0	106	47,5	126	46,3	143	61,1	108	45,2	114	60,6	65	55,6
Bekannte Zuweiser														
Spital Kanton BS/BL	70	90,9	94	88,7	99	78,6	103	72,0	71	65,7	90	78,9	57	87,7
Schweizer Spital in anderem Kanton	2	2,6	3	2,8	3	2,4	7	4,9	2	1,9	2	1,8	6	9,2
Deutsche Klinik	1	1,3	0	0	2	1,6	21	14,7	17	15,7	5	4,4	1	1,5
Niederglassene Ärzte/Ärztinnen	4	5,2	9	8,5	22	17,5	12	8,4	18	16,7	17	14,9	1	1,5
Total Pilotprojektfälle	179	100	222	100	272	100	234	100	239	100	188	100	117	100

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2016 (Krankenversicherer).

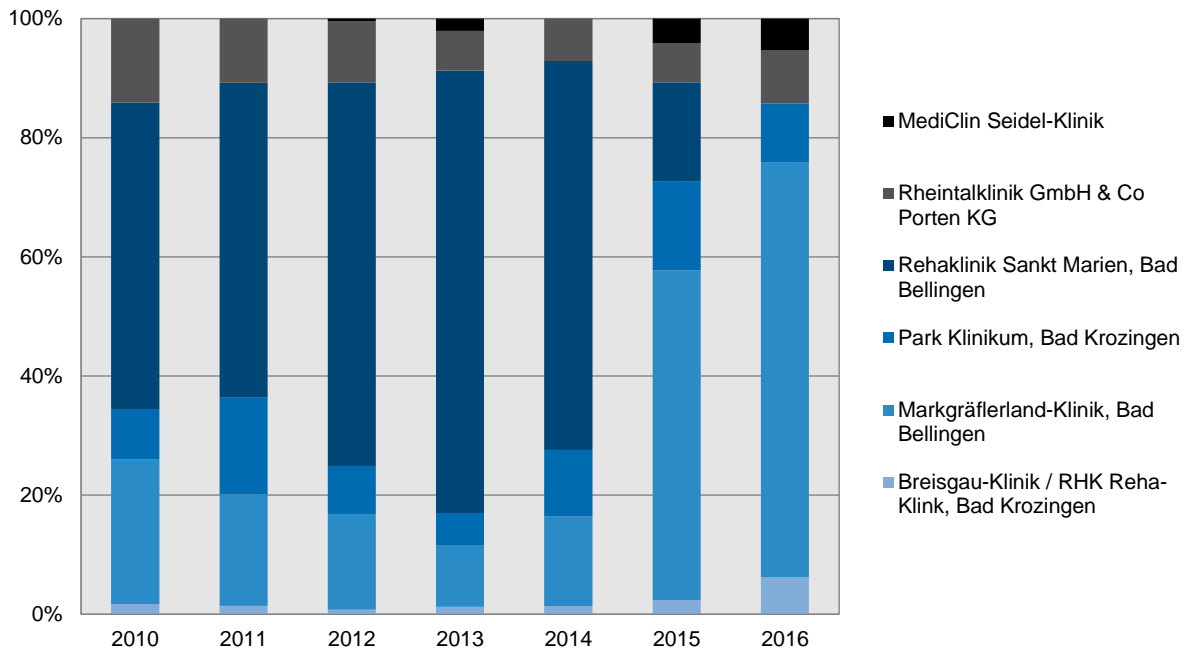
© Obsan 2017

Pilotprojektfälle nach behandelnder deutscher Klinik

Auf deutscher Seite nahmen ursprünglich zwölf Kliniken in sieben Orten am Pilotprojekt teil (Tab. 1.1), wobei die Rehaklinik Sankt Marien GmbH im Frühling 2015 geschlossen wurde, weshalb seit 2016 nur noch elf Kliniken gezählt werden. Bereits in der Phase I hatte sich abgezeichnet, dass die angebotenen Kliniken und Standorte nur partiell genutzt werden. Diese Tendenz hat sich in der Phase II und nun auch in der Phase III fortgesetzt.

Die Pilotprojektfälle betrafen zwar Aufenthalte in neun der elf beteiligten Kliniken. Zwei der Kliniken behandelten jedoch vier oder weniger Pilotprojektpatienten/Patientinnen. In Abbildung 3.7 ist die Verteilung der Behandlungen auf die deutschen Kliniken mit mehr als vier Fällen abgebildet. Die geschlossene St. Marien-Klinik wurde aufgrund der vielen Fälle in vorherigen Jahren in der Grafik belassen.

Aufgrund dieser Schliessung (Reha-Klinik Sankt Marien) im Jahr 2015 ergab sich eine massive Verschiebung der Fallzahlen und der Anteile zur Markgräflerland-Klinik im gleichen Ort: Zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten liessen sich 2016 in der Marktgräflerland-Klinik in Bad Bellingen behandeln. Die Klinik konnte ihren bereits schon hohen Patientenanteil von 49,5% im Jahr 2015 auf 66,7% im Jahr 2016 weiter ausbauen. Diese Zunahme vermochte den Rückgang in den Patientenzahlen durch die Schliessung der Klinik St. Marien aber nicht zu kompensieren, da an diesem Standort insgesamt weniger Kapazitäten zur Verfügung stehen. Bad Bellingen ist der Standort mit der kürzesten Distanz für Schweizer Patientinnen und Patienten. An zweiter Stelle stand 2016 das Park-Klinikum in Bad Krozingen, wo 9,4% der Behandlungen stattfanden.

Abb. 3.7 Verteilung der Pilotprojektfälle auf deutsche Kliniken 2010–2016

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2010–2016 (Krankenversicherer), n=1431.

© Obsan 2017

3.5.3 Pilotprojektfälle nach Alter, Geschlecht und Nationalität

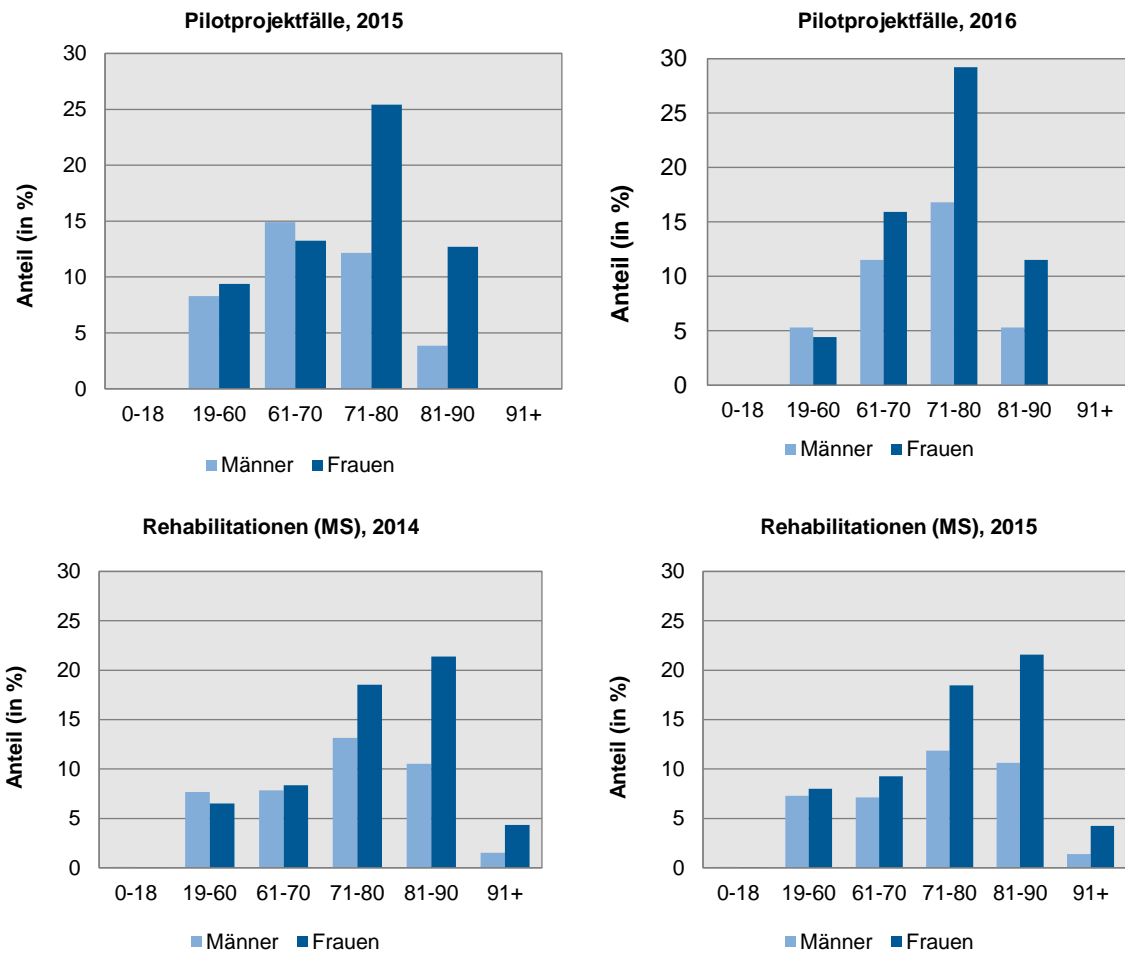
61,5% der Teilnehmenden am Pilotprojekt im Jahr 2016 sind Frauen. Von diesen sind 89% über 60 Jahre alt. Damit hat der Frauenanteil gegenüber dem Vorjahr leicht zugenommen (2015: 60,6%) und auch der Anteil der über 60-jährigen Frauen ist leicht gestiegen (2015: 85%). Ein Vergleich mit Rehabilitationen der Basler Bevölkerung in Schweizer Spitälern, deren Behandlung von einer Krankenversicherung finanziert wurde⁹, zeigt, dass der Frauenanteil unter ihnen (61,6%) etwa gleich hoch ist wie im Pilotprojekt.

Abbildung 3.8 vergleicht die Altersstruktur nach Geschlecht. Dabei wird deutlich, dass über 80-jährige Männer und Frauen im Pilotprojekt untervertreten sind. Gleichzeitig sind die 71–80-jährigen Frauen übervertreten, wobei dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr sogar etwas gestiegen ist. Ihr Anteil liegt unter den Pilotprojektfällen bei 28,2%, unter den in der Schweiz realisierten Rehabilitationen bei 18,5%. Auch ist unter den 61- bis 70-Jährigen der Frauenanteil 2016 höher als derjenige der Männer.

Die überwiegende Mehrheit der Patient/innen sind wie in den Vorjahren Schweizer Staatsangehörige (85,5%; Abb. 3.9). Bei sechs Prozent wurde eine deutsche Staatsangehörigkeit angegeben, was weniger ist als im Vorjahr (2015: 9%). Die Vergleiche sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da bei 6,8% die Angaben zur Staatsangehörigkeit fehlen.

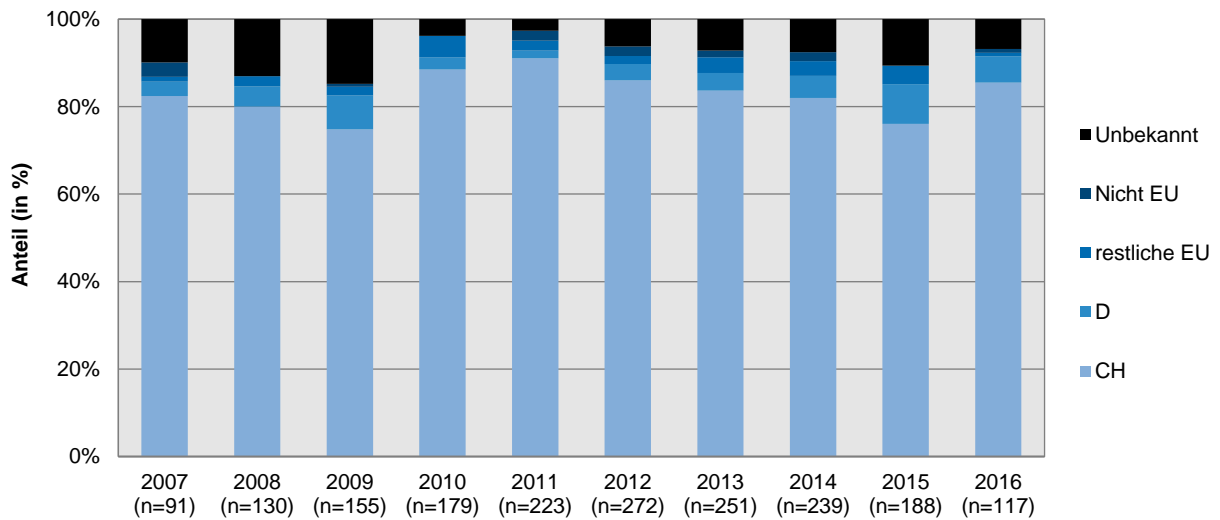
⁹ Die Daten der Medizinischen Statistik 2016 liegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung noch nicht vor.

Abb. 3.8 Alters- und Geschlechtsstruktur der Pilotprojekt-Patienten/innen (oben) und Rehabilitations-Patient/innen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden (unten)



Quelle: Pilotprojektfälle Rehabilitation: Datenerhebung Pilotprojekt 2015/2016 (Krankenversicherer), N₂₀₁₅=181, N₂₀₁₆=113 Rehabilitationen von-Patienten/innen mit Wohnsitz BS oder BL, die in der Schweiz hospitalisiert wurden: Medizinische Statistik BFS (MS), 2014/2015, N₂₀₁₄=5889, N₂₀₁₅=6454. © Obsan 2017

Abb. 3.9 Verteilung der Pilotprojektfälle nach Nationalität der Patient/innen, 2007–2016



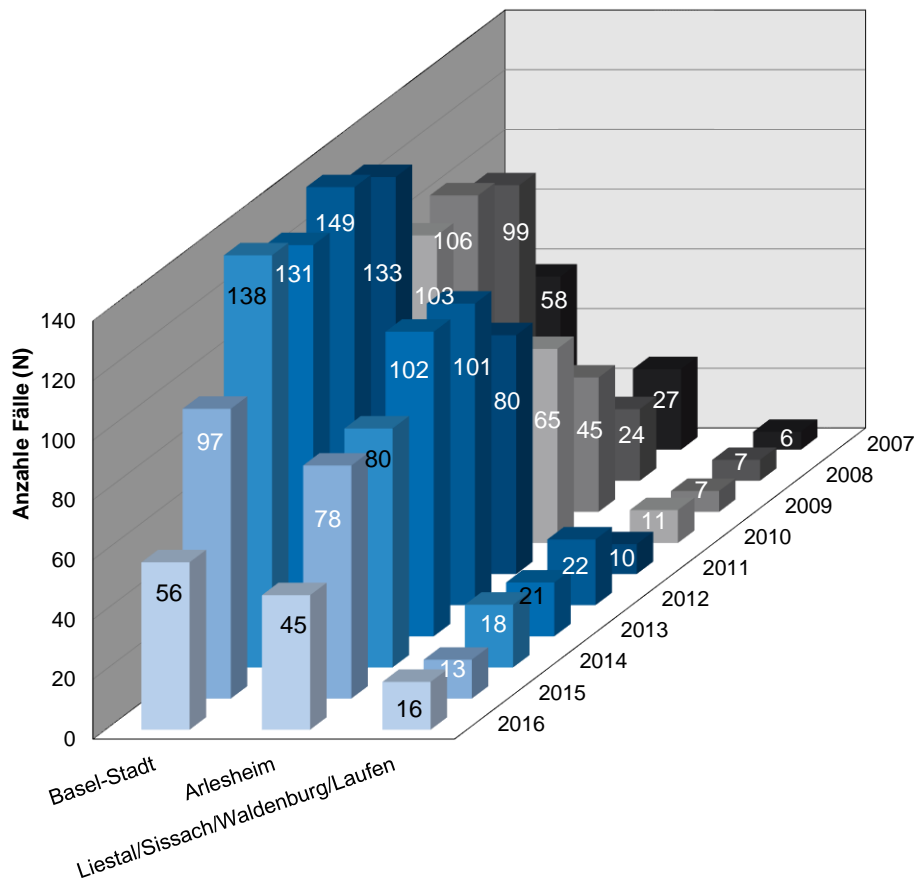
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

3.5.4 Pilotprojektfälle nach Wohnort und Klinikstandort

Im Projektjahr 2016 stammten 47,9% der Patientinnen und Patienten des Pilotprojektes aus dem Kanton Basel-Stadt, was auf einen abnehmenden Trend im Vergleich zu den Vorjahren schliessen lässt (2014: 57,7%, 2015: 51,6%). Der Anteil an Personen aus Arlesheim liegt mit 38,5% leicht unter dem Wert von 2015 (41,5%), aber deutlich über dem Anteil von 2014 (33,5%). 13,7% der Patientinnen und Patienten stammten aus den Bezirken Liestal, Sissach und Waldenburg, ein deutlich höherer Anteil als in den Vorjahren (2014: 8,8%, 2015: 6,9%). Die Fallzahlen dazu sind in Abbildung 3.10 dargestellt.

Abb. 3.10 Herkunft der Patient/innen des Pilotprojektes nach Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, 2007–2016



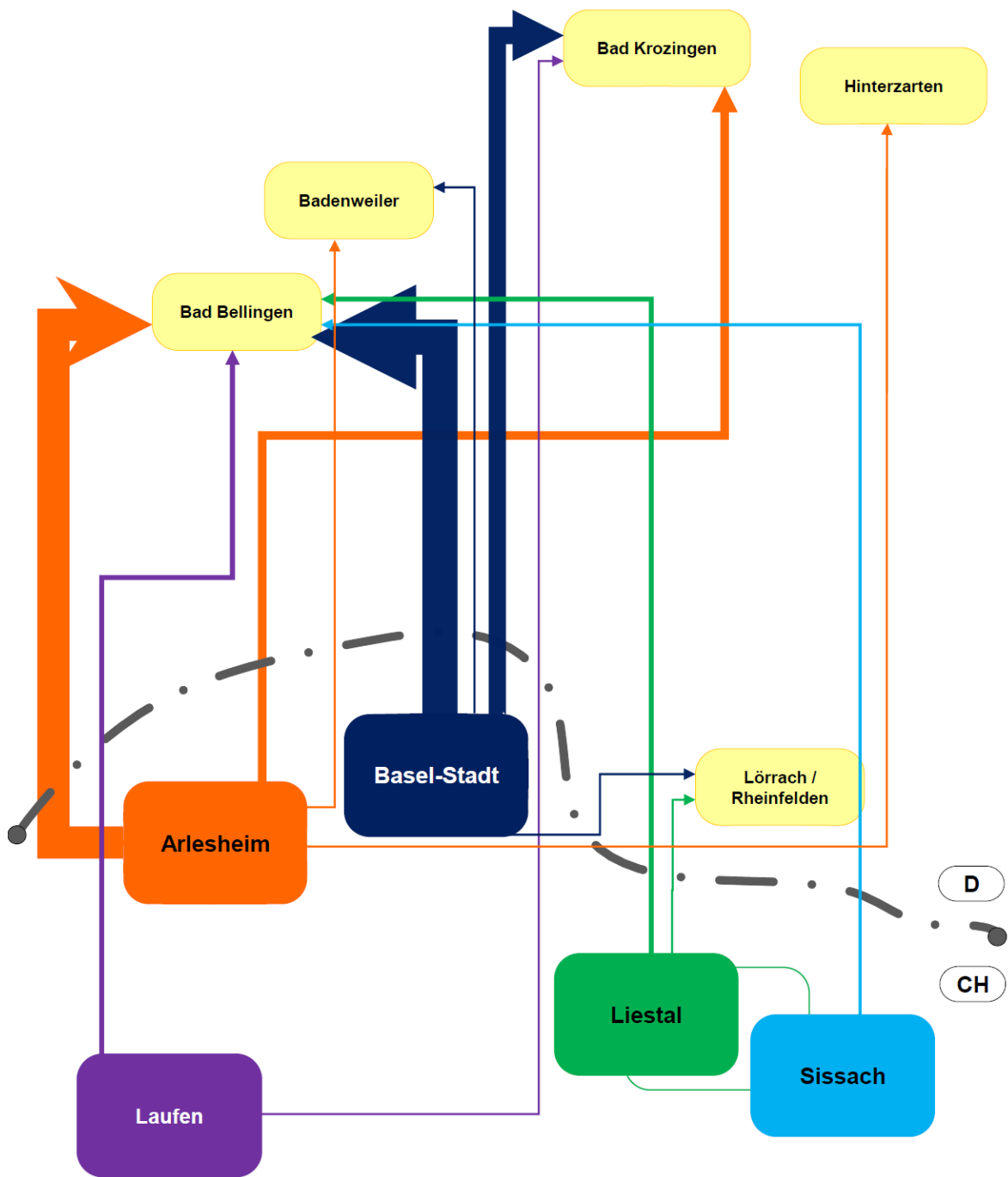
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2007–2016 (Krankenversicherer). N=1848.

© Obsan 2017

Abbildung 3.11 zeigt die Patientenflüsse im Jahr 2016 zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft einerseits und den Klinikstandorten in Deutschland andererseits. Die grössten Patientenflüsse gehen wie bereits in den Vorjahren von Basel-Stadt und Arlesheim nach Bad Bellingen, wo die Markgräflerland-Klinik steht, die am meisten Pilotprojektfälle aufweist. Trotz Schliessung der Sankt Marien-Klinik in Bad Bellingen im Jahr 2015 bleibt dieser Standort deutlich vor allen anderen. Die Patientenströme Arlesheim-Bad Bellingen und Basel-Stadt-Bad-Bellingen machen 29,1% bzw. 31,6% der Behandlungen aus. Somit liessen sich fast zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (60,7%) in Bad Bellingen behandeln. Der drittgrösste Patientenstrom geht von Basel-Stadt nach Bad Krozingen (15,4%) und der viertgrösste von Arlesheim nach Bad-Krozingen (7,7%).

Nur wenige Patientinnen und Patienten aus den Baselbieter Bezirken Liestal, Sissach und Laufen liessen sich 2015 im Rahmen des Pilotprojektes behandeln. Aus Waldenburg wurde gar kein Fall gemeldet. Entsprechend klein sind die Patientenströme zwischen diesen Bezirken und den deutschen Klinikstandorten.

Abb. 3.11 Patientenflüsse im Pilotprojekt zwischen den Bezirken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und den Klinikstandorten in Deutschland, 2016



N=117

Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt 2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

3.5.5 Aufenthaltsdauer und Behandlungskosten

Die Auswertungen zur Aufenthaltsdauer und den Behandlungskosten werden wiederum 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 des Projektjahres 2016 nach Leistungsbe- reich und Kanton aufgezeigt und mit den Werten der Vorjahre verglichen.

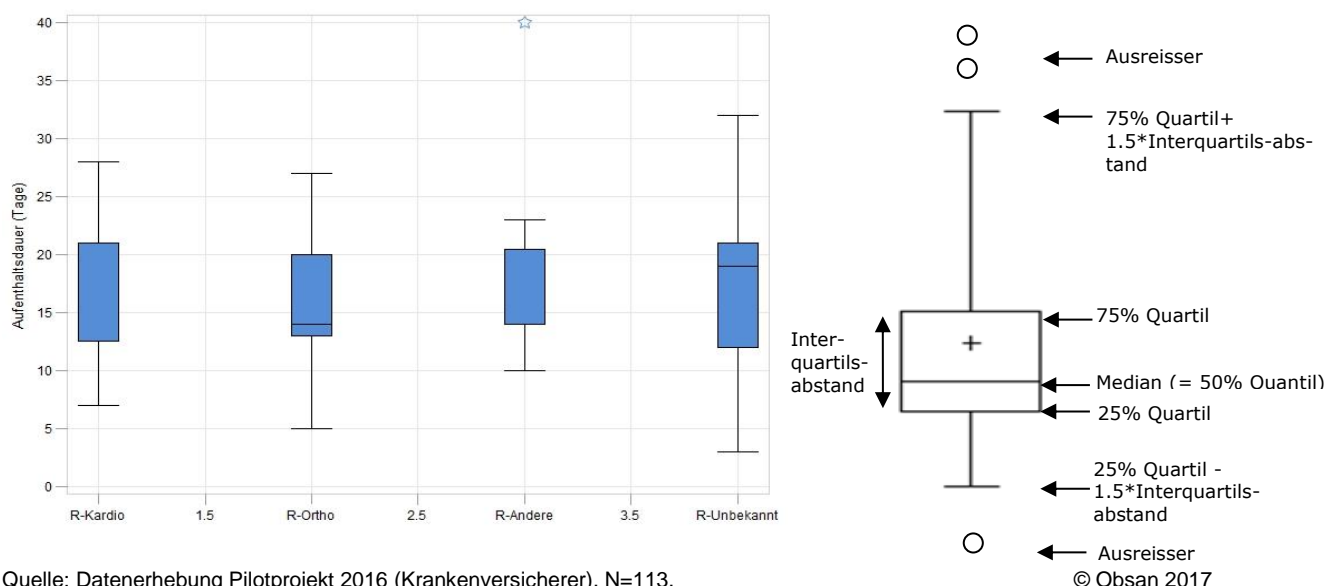
Aufenthaltsdauer

Gültige Daten zur Aufenthaltsdauer liegen im Jahr 2016 zu allen 113 Rehabilitationen im Pilotprojekt vor. Durchschnittlich hielten sich die Patient/innen im Jahr 2016 während 16,3 Tagen (2015: 16,1 Tage) in einer deutschen Reha-Klinik auf (Median: 14 Tage; Tab 3.10). Der Median aller Rehabilitationen ist seit 2013 gleich geblieben, seit Beginn des Projekts hat er aber abgenommen (Median 2007: 17 Tage).

Ein Vergleich der Bereiche Kardiologie und Orthopädie zeigt, dass orthopädische Rehabilitationen wie bereits in den Vorjahren kürzer waren als kardiologische Rehabilitationen (Median 14 vs. 21 Tage). Die Unterschiede bei der Aufenthaltsdauer kardiologischer und orthopädischer Rehabilitation lassen sich für die gesamte Dauer des Pilotprojektes feststellen (vgl. Tab. 3.10). Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Aufenthaltsdauer in der Orthopädie gleich geblieben, in der Kardiologie schwankt auch der Median bei kleinen Fallzahlen über die Jahre deutlich (seit 2008 zwischen 19.5 und 21 Tagen).

Die Streuung (Variation) ist bei den orthopädischen Rehabilitationen nicht mehr eindeutig kleiner als bei den kardiologischen Rehabilitationen, wie aus der Abbildung 3.12 ersichtlich ist. Diese zeigen die ‚Boxplots‘ für die Aufenthaltsdauer im Jahr 2016. Die ‚Box‘ gibt an, in welchem Bereich die mittleren 50% der Fälle liegen. Bei den orthopädischen Rehabilitationen weisen 50% der Fälle eine Aufenthaltsdauer zwischen 13 und 20 Tagen auf, bei den kardiologischen zwischen 12 und 21.

Abb. 3.12 Verteilung der Rehabilitations-Fälle nach Aufenthaltsdauer (in Tagen), 2016



Tab. 3.10 Aufenthaltsdauer der Rehabilitations-Fälle nach Leistungsbereich und Projektjahr, 2007–2015

Leistungs- bereich	Projekt- jahr	N (Fälle)	N (gültige Werte)	N (fehlende Werte)	Mittel- wert	Median	Min.	Max.
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	48	48	0	18,5	19,5	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
	2015	16	16	0	16,9	19,5	2	28
	2016	8	8	0	18,0	21	7	28
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	199	199	0	17,3	14	1	55
	2013	193	190	3	16,8	14	1	62
	2014	179	179	0	17,1	14	1	99
	2015	129	129	0	15,6	14	1	35
	2016	82	82	0	15,6	14	5	27
Andere	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	30	29	1	16,3	14	2	28
	2013	23	22	1	17,1	14	12	28
	2014	17	17	0	17,6	20	4	28
	2015	12	12	0	11,7	12	1	21
	2016	8	8	0	18,4	14	10	40
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	25	25	0	17,8	19	2	28
	2015	24	24	0	20,4	20	8	56
	2016	15	15	0	18,4	19	3	32
Reha-Total	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	213	211	2	17,8	18	3	58
	2012	266	265	1	17,5	15	1	55
	2013	247	243	4	17,0	14	1	62
	2014	228	228	0	17,2	14	1	99
	2015	181	181	0	16,1	14	1	56
	2016	113	113	0	16,3	14	3	40

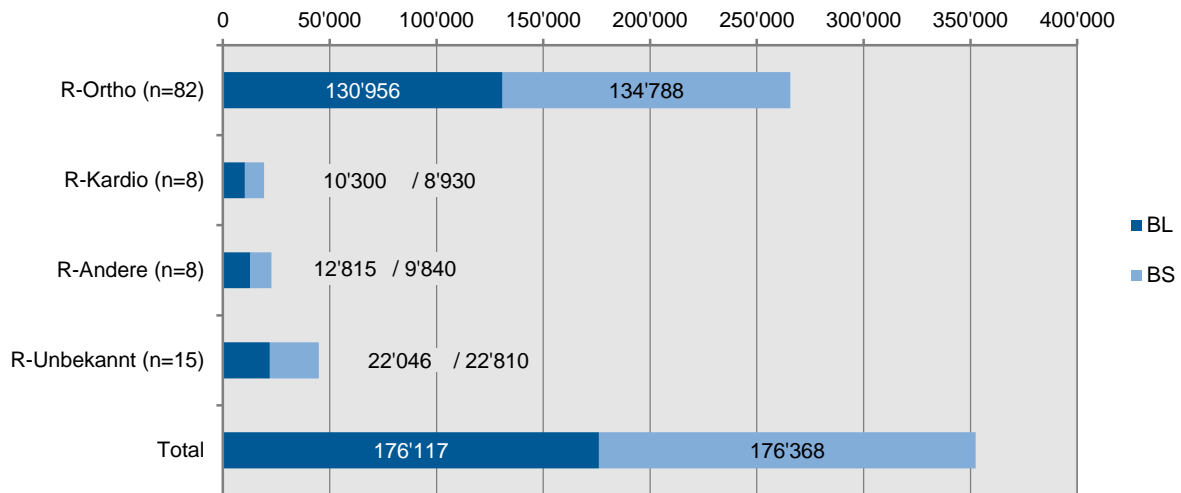
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2016 (Krankenversicherer).

© Obsan 2017

Kosten

In Abbildung 3.13 sind Summen aller Behandlungskosten für Rehabilitationsbehandlungen im Projektjahr 2016 nach Kanton und Leistungsbereich wiedergegeben. Entsprechend ihrem Anteil von 72,6 Prozent aller Rehabilitationen verursachten orthopädische Rehabilitationen wie in den Vorjahren den Grossteil (74,4%) der Kosten (CHF 265'744). Auf die Kardiologie (7,1% der Rehabilitationen) entfallen 5,8% der Kosten: CHF 19'230. Die Kosten fallen bei den beiden Kantone genau zur Hälfte an. Bei der orthopädischen Rehabilitation trägt der Kanton Basel-Stadt 2016 den grösseren Anteil der Kosten, bei der kardiologischen Rehabilitation hingegen der Kanton Basel-Landschaft.

Abb. 3.13 Total Behandlungskosten der Pilotprojektfälle in deutschen Rehabilitations-Kliniken nach Wohnsitzkanton und Reha-Leistungsbereich, in CHF, 2016



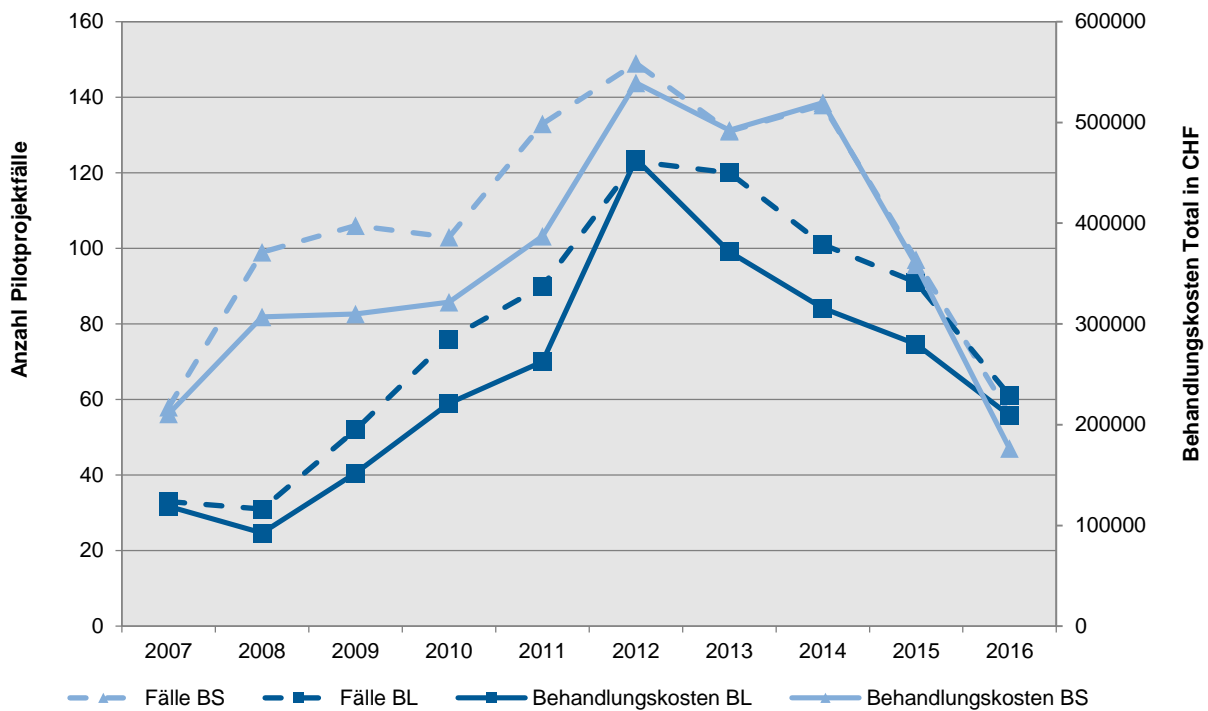
Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2016 (Krankenversicherer). N=113.

© Obsan 2017

Abbildung 3.14 zeigt über die Jahre 2007–2016 die Entwicklung der *gesamten Behandlungskosten* im Pilotprojekt (Rehabilitation und Akutsomatik) sowie die Entwicklung der Anzahl Pilotprojektfälle auf. Beide Entwicklungen verlaufen ähnlich: Mit der Anzahl Pilotprojektfälle sind zum Beginn des Pilotprojektes auch die gesamten Behandlungskosten gestiegen. Lagen die Kosten 2007 noch bei 329'733 Fr., waren es 2010 bereits 542'695 Fr. und 2012 1'003'146 Fr. Im Jahr 2013 sanken die Kosten erstmals auf 863'601 Fr. und nehmen seitdem konstant ab. 2016 betragen sie 385'476 Fr., d.h. 209'108 Fr. im Kanton Basel-Landschaft und 176'368 Fr. im Kanton Basel-Stadt.

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

Abb. 3.14 Entwicklung der totalen Behandlungskosten (Reha und Akut) und der Anzahl Pilotprojektfälle in deutschen Kliniken nach Wohnsitzkanton, 2007–2016



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2007–2016 (Krankenversicherer). N=1848.

© Obsan 2017

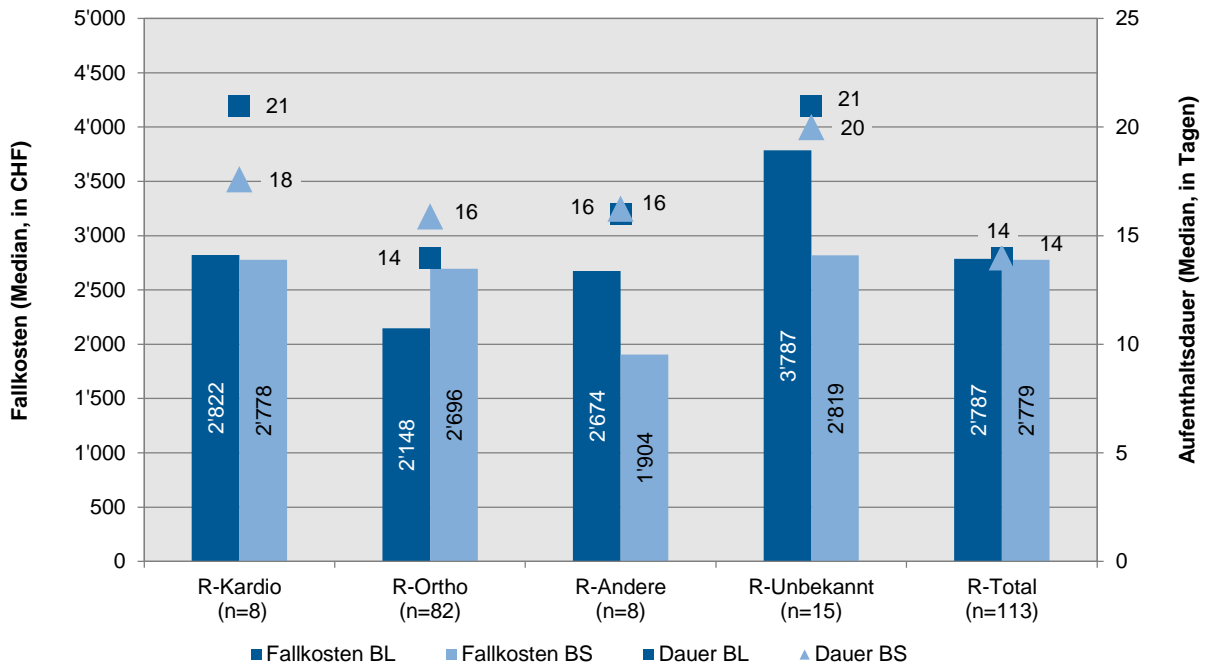
Kosten und Aufenthaltsdauer nach Leistungsbereich und Wohnkanton

Abschliessend vergleicht Abbildung 3.15 die Fallkosten und Aufenthaltsdauern (jeweils Medianwerte) im Pilotprojekt nach Leistungsbereich und Wohnkanton. Wie in den Vorjahren waren kardiologische Rehabilitationen länger als orthopädische (Median: 21 vs. 14 Tage, vgl. auch Tab. 3.10). Die Behandlungskosten pro Patient/in der kardiologischen Rehabilitationen sind aber etwa gleich hoch wie jene der orthopädischen. Eine Ausnahme dabei sind die leicht tieferen Kosten von orthopädischen Rehabilitationen im Kanton Basel-Landschaft.

Zwischen den mittleren Fallkosten und der mittleren Aufenthaltsdauer der im Kanton Basel-Stadt und Basel-Landschaft Versicherten bestehen insgesamt nur geringfügige Unterschiede.

Die durchschnittlichen Fallkosten von Rehabilitationen im Kanton Basel-Landschaft lagen im Jahr 2016 mit 2'787 Fr. leicht höher als im Jahr 2015 mit 2'552 Fr. Ebenfalls leicht zugenommen haben die Kosten im Kanton Basel-Stadt: Von 2'527 Fr. im Jahr 2015 auf 2'779 Fr. im Jahr 2016. Sie bewegen sich damit auf ähnlichem Niveau wie 2010. Die Entwicklung der mittleren Fallkosten (Median) seit 2010 ist in Abbildung 3.16 dargestellt. Die im Diagramm abgebildeten Zahlen entsprechen den mittleren Fallkosten aller Rehabilitationen (orthopädische und kardiologische).

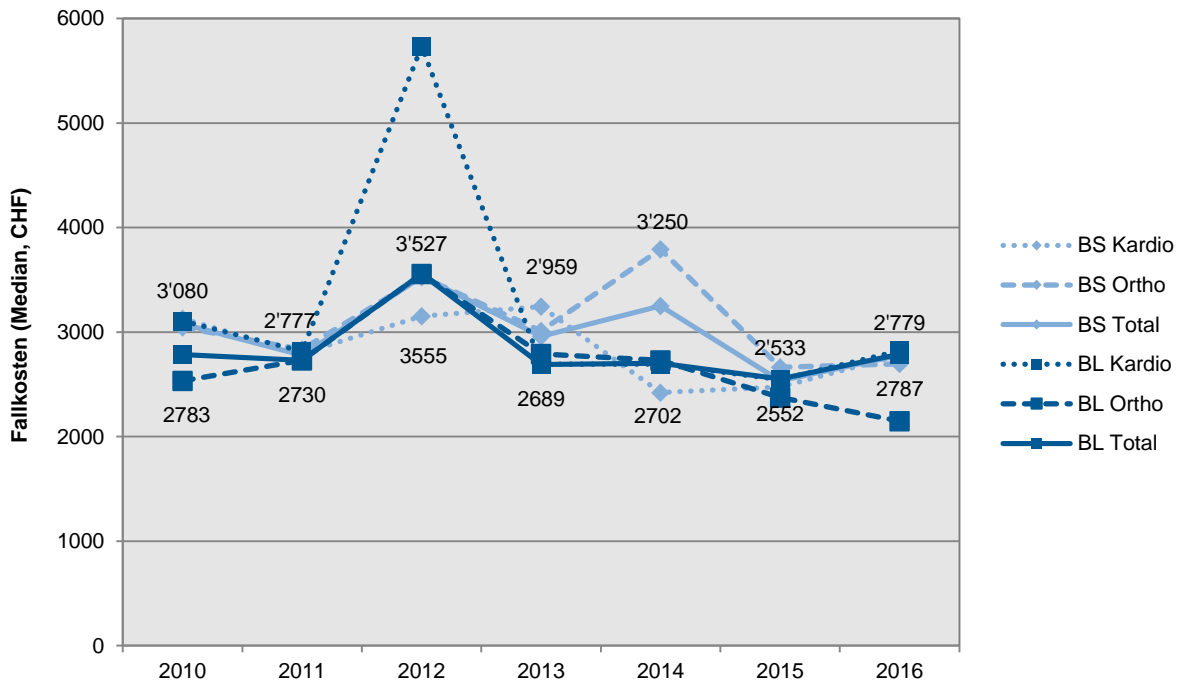
Abb. 3.15 Fallkosten und Aufenthaltsdauer bei Rehabilitationsfällen, nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2016



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2016 (Krankenversicherer). N=117.

© Obsan 2017

Abb. 3.16 Entwicklung der Reha-Fallkosten nach Leistungsbereich und Wohnsitzkanton der Versicherten, 2010–2016



Quelle: Datenerhebung Pilotprojekt, 2010–2016 (Krankenversicherer). N=1436.

© Obsan 2017

4 Diskussion

4.1 Beurteilung der Zielerreichung

Nachdem die Anzahl Projektfälle zwischen 2007 und 2012 kontinuierlich zugenommen hatte, sinkt sie seit 2013 stetig und liegt nun bei 117 Fällen im Jahr 2016, was einer Abnahme von knapp 38% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Gleichzeitig nimmt die Anzahl der in der Schweiz realisierten Rehabilitationen zu. So ist auch die Mobilitätsrate mit 2,1% wesentlich tiefer als 2015 (4,5%): Im Bereich Orthopädie wird sie auf 2,9% geschätzt (2015: 5,1%), im Bereich Kardiologie auf 1,2% (2014: 2,5%). Das Ziel eines des Pilotprojektes, die Erhöhung des Patientenflusses Schweiz → Deutschland, wurde somit im Vergleich zu 2015 nicht erreicht. Generell zeigen alle Mobilitätsraten im Vergleich zu den Jahren bis 2010 einen abnehmenden Trend.

Diese Trends zu interpretieren, ist nicht einfach. Das Gesundheitswesen der Schweiz befindet sich in einem Umbruch mit einem deutlich verstärkten Kostendruck, der sich auf die Aufenthaltsdauern in der Akutmedizin ebenso auswirkt, wie auf Entscheide, welche Behandlungen (auch Rehabilitationen) stationär oder ambulant durchgeführt werden. Die Anreize für die Partner sind zum Teil unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um nur OKP-Versicherte oder um Personen mit einer Zusatzversicherung handelt.

Neben diesen gesamtschweizerischen Trends sind lokale Gegebenheiten vermutlich von Einfluss. Die Schliessung der Klinik Sankt Marien in Bad Bellingen im Jahr 2015 war sicher ein deutlicher Einschnitt. Da dadurch vermutlich in Bad Bellingen Kapazitätsgrenzen erreicht wurden, könnte sich dies auch auf die Gesamtzahlen ausgewirkt haben.

Eine Vorlage zur Änderung verschiedener KVG-Bestimmungen mit internationalem Bezug wurde am 30. September 2016 von den eidgenössischen Räten genehmigt (Bundesrat, 2016). Damit wurde unter anderem die Möglichkeit geschaffen, in Zukunft Leistungen im grenznahen Ausland in Anspruch zu nehmen, was bedeutet, dass das Pilotprojekt voraussichtlich ab dem 1.1.2018 in einen Regelbetrieb übergeführt werden kann. Diese Aussichten verminderten vermutlich den Druck auf die Akteure, das Projekt erfolgreich weiterzuführen. Da gleichzeitig in den Basler Spitälern grosse Umwälzungen anstehen (geplante Fusion der Kantonsspitäler Basel-Stadt und Basel-Landschaft), war das Pilotprojekt auch hier wohl kaum mehr im Vordergrund.

Das sind jedoch Spekulationen. Wenn man mehr über die Hintergründe der Abnahme der Fallzahlen wissen möchte, müsste eine erweiterte Studie in Betracht gezogen werden, was bei den kleinen Fallzahlen insgesamt nicht unbedingt zu empfehlen ist.

In Bezug auf die Leistungsbereiche und die Klinikstandorte hat sich gegenüber 2015 kaum etwas verändert.

Die geringe Anzahl Pilotprojektfälle führt dazu, dass die Resultate insbesondere nur mit viel Vorsicht interpretiert werden dürfen, weil ein einzelner Fall bzw. eine einzelne Person massgeblichen Einfluss auf die Resultate haben kann.

4.2 Kooperation der Schweizer Krankenversicherer bei der Datenerhebung

Seit 2012 gibt es die Möglichkeit, anhand der Rechnungen an die Kantone die Vollständigkeit der Datenlieferung der Krankenversicherer zu überprüfen und so die Qualität der Daten zu validieren. Der Vergleich der Daten der beiden Kantone mit jenen der Versicherer zeigt: Die Zahl der gelieferten Pilotprojektfälle unterscheidet sich bei den meisten Krankenversicherungen um null bis drei Fälle von den Kantonsdaten. Die Daten sind somit grösstenteils als valide zu beurteilen. Eine auffallende Veränderung zwischen 2015 und 2016 ist die Abnahme von 48 auf 32 Fälle bei einer einzigen, grossen Versicherung. Diese Abnahme wird mit der Schliessung der Rehaklinik Sankt Marien GmbH im Jahr 2015 erklärt.

Die beteiligten Krankenversicherer verhielten sich alle sehr kooperativ. Die Qualität der Angaben zu den einzelnen Behandlungen war 2016 in der Regel gut. Nur bei einzelnen Parametern sind die gelieferten Daten bei einzelnen Versicherern unvollständig.

4.3 Rahmenbedingungen der Phase III des Pilotprojektes

Die vertraglichen Rahmenbedingungen des Pilotprojektes hatten sich mit Beginn der Phase II am 1. Januar 2010 im Vergleich zur Phase I (2007–2009) geändert und sind seither formell gleich geblieben. Eine weitere Änderung stellte die Einführung von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern im Jahr 2012 dar.

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 das Angebot im Akutbereich reduziert. Im Frühling 2015 wurde die Rehaklinik St. Marien in Bad Bellingen geschlossen.

Auf Gesetzesebene ist der Entscheid gefallen: Die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wird voraussichtlich ab Januar 2018 definitiv zugelassen. Der entsprechende Änderungsantrag (Art. 34, Abs. 2a) des Bundesrates zum Krankenversicherungsgesetz KVG wurde am 30.9.2016 vom Parlament gutgeheissen und die Verordnungsänderungen befinden zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts in der Vernehmlassung.

5 Schlussfolgerung

Zwar lässt sich nicht bestreiten, dass die Zahl der Pilotprojektfälle in den letzten Jahren abgenommen hat, jedoch hat gleichzeitig der Anspruch auf eine dauerhafte Lösung im Schweizer Parlament Gehör gefunden. Somit kann aus einer übergeordneten Sicht ein positives Resultat des Projekts beschrieben werden. Es liegt nun an den einzelnen lokalen Akteuren zu entscheiden, inwiefern die neu geschaffenen gesetzlichen Möglichkeiten im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich weiter genutzt werden sollen.

6 Literatur

- Bayer-Oglesby, L., & M., R. (2015). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Monitoring-Bericht 2014. 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., & 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).
- BFS. (2016). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016*: BFS, Neuchâtel.
- Bundesrat. (2016). Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug). Bern.
- Faller, A. (2010). Das Basler Pilotprojekt. In: *Odendahl, K et al. (Hrsg.). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojektes. Dike Verlag, Zürich/St. Gallen., Schriften zur Grenzüberschreitenden Zusammenarbeit(3)*, 1-20.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.). (2012). Zürcher Spitalplanung 2012. Zürich.
- 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 I. A. Glinos & M. Wismar (Eds.), *Hospitals and borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*. . Copenhagen: World Health Organisation.
- Ruch, N. (2016). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase III. Monitoring-Bericht 2015. 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).
- Simoes, 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).
- Simoes, 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).

- Simones, E., Münnich, R. T., Ueding, E., Kühn, A., Graf, J., Krause, J., . . . Brucker, S. Y. (2016). *Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Schriften zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.* (Vol. 12). Zürich/St. Gallen und Baden-Baden: Dike Verlag/Nomos.
- 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) *Obsan Bericht 37*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).