



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

**Bereich Gesundheitsversorgung**

# Gesundheits- versorgungsbericht des Jahres 2015

**Über die Spitäler, Pflegeheime,  
Tagespflegeheime  
und Spitex-Einrichtungen  
im Kanton Basel-Stadt**



## **Impressum**

### **Verantwortlich**

Dr. med. Peter Indra, MPH

### **Projektleitung**

Remigius Dürrenberger und Lea Berndt

### **Autorinnen und Autoren**

Dr. Aref Al-Deb'i, Dr. Jessica Brunner, Annette Egger,  
Martina Fricker, Linda Greber, Petra Hahn, Andreas Kohler,  
Birgit Meier, Daniela Neumann, Claudia Portner,  
Susanne Rodewald, Joëlle Stöckli, Jan Zbinden  
In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt des  
Kantons Basel-Stadt: Jonas Bieri, Jonas Eckenfels,  
Hans-Egon Hebel, Esteban Sanjuan, Sandra Schelbert

### **Gestaltung und Realisation**

VischerVettiger, Basel

### **Druck**

Werner Druck&Medien AG, Basel

### **Herausgeber**

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt  
Bereich Gesundheitsversorgung  
Gerbergasse 13 / Postfach 564  
CH-4001 Basel  
Tel.: +41 (061) 205 32 42  
E-Mail: [gesundheitsversorgung@bs.ch](mailto:gesundheitsversorgung@bs.ch)  
[www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch)

Erscheint am 18. Oktober 2016

---

# Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Unsere Gesellschaft kommt dank hoher ärztlicher und pflegerischer Behandlungsqualität, medizinisch-technischem Fortschritt und pharmazeutischer Innovationen in den Genuss einer immer längeren Lebenserwartung. Unser Gesundheitswesen hilft uns auch, trotz unvermeidlicher Krankheiten und Einschränkungen im täglichen Leben, die Qualität unserer Lebensjahre möglichst gut zu erhalten.

Diese Dynamik stellt hohe Anforderungen an das Gesundheitswesen und schlägt sich in einem stetigen und starken Wandel nieder. In den letzten Jahren wurde schweizweit die Finanzierung für die stationäre Spitalbehandlung und die Langzeitpflege neu geregelt und in unserem Kanton erfolgreich umgesetzt. Auch in der sechsten Ausgabe des Gesundheitsversorgungsberichts beleuchtet das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die quantitativen und qualitativen Aspekte von Angebot, Leistungserstellung, Kosten und Finanzierung sowie die Entwicklung der Versorgungsqualität für die Basler Bevölkerung.

Die Patientinnen und Patienten nutzen die mit der neuen Spitalfinanzierung erweiterte Spitalwahlfreiheit. Der Strom von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen in die privaten und öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt ist seit 2012 rasch angewachsen und hat im Jahr 2015 erneut zugenommen. Umgekehrt haben sich aber auch Patientinnen und Patienten aus Basel-Stadt vermehrt für Kliniken ausserhalb unseres Kantons entschieden, insbesondere für Rehabilitationen und psychiatrische Behandlungen. Diese Entwicklung haben wir erwartet, und sie ist sinnvoll. Sie stärkt die Zentrumsmedizin in Basel und entlastet die Zentrumsspitäler von Behandlungen mit geringerem Schweregrad.

Die an sich erfreuliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens muss auch finanziert werden. Deshalb ist es eine Daueraufgabe, der Kostenentwicklung Rechnung zu tragen und die Qualität sowie die Zahlbarkeit der erbrachten Leistungen langfristig zu sichern. Unter diesem Aspekt sehen wir auch die im laufenden Jahr erfolgreich vorangetriebenen Projekte zur Vertiefung der Zusammenarbeit im Gesundheits- und Spitalwesen zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

Dr. Lukas Engelberger

Regierungsrat

Vorsteher des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

## Allgemeiner Teil

<b>1. Rahmenbedingungen und Umfeld</b>	<b>7</b>
1.1 Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen	7
1.2 Wichtige Gesetzesgrundlagen	8
1.2.1 Pflegefinanzierung	8
1.2.2 Spitalfinanzierung	8
1.2.3 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt	8
1.2.4 Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt	9
1.2.5 EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit	9
1.2.6 Spitex-Bewilligungen: 24-Stunden-Betreuungen in der rechtlichen Grauzone	9
1.3 Neuerungen auf Bundesebene	12
1.3.1 Elektronisches Patientendossier	12
1.3.2 Vorentwurf Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege	13
1.4 Nationale Strategien im Gesundheitswesen und deren Umsetzung in Basel-Stadt	13
1.4.1 Strategie NOSO	13
1.4.2 Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR)	14
1.4.3 Palliative Care Strategie	15
1.4.4 Demenzstrategie	15
1.4.5 eHealth	16
1.5 Bevölkerungsprognose Basel-Stadt	16

## Spitalversorgung (akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie)

<b>2. Angebot der stationären Spitalversorgung</b>	<b>19</b>
2.1 Angebotsstruktur	19
2.2 Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt	20
2.2.1 Ausserkantonale und ausländische, stationäre Patienten	23
2.2.2 Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen nach Hauptbereichen	26
2.3 Die Spitalliste 2012	27
2.3.1 Änderungen der Spitalliste per 1. April 2015	27
2.4 Nationale Planung der hochspezialisierten Medizin	27
2.4.1 Konzentrations- und Qualitätseffekt	28
2.4.2 Reevaluation der HSM-Leistungszuteilungen	28
2.4.3 HSM-Qualitätsregister	30
2.4.4 Hochspezialisierte Leistungen ausserhalb des Kantons Basel-Stadt	30
2.4.5 Fokus 2016	30
<b>3. Leistungen der stationären Spitalversorgung</b>	<b>31</b>
3.1 Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2015	31
3.2 Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer	32
3.3 Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen	33
3.4 Psychiatrische Spitalbehandlungen	38
3.5 Spitalbehandlungen im Bereich Rehabilitation	39
<b>4. Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung</b>	<b>40</b>
4.1 Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung	40
4.2 Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen	41
4.3 Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt	42
4.3.1 Grundlagen des Tarifrechts nach KVG	42
4.3.2 Entwicklung der Tariflandschaft	42
4.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler	44
4.4.1 Ungedeckte Kosten der Tageskliniken	44
4.4.2 Fachärztliche Weiterbildung	48
4.4.3 Finanzierung der ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung	48
4.4.4 Langzeitpatienten in Spitälern	48
4.4.5 Vorhalteleistungen bei hochansteckenden Krankheiten	48

<b>5. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung</b>	<b>50</b>
5.1 Qualitätsaktivitäten auf nationaler Ebene und deren Umsetzung in Basel-Stadt	50
5.1.1 Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit	50
5.1.2 Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken	51
5.1.3 Aktivitäten der Stiftung Patientensicherheit Schweiz	51
5.2 Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene	52
5.2.1 Medikationssicherheit als kantonaler Schwerpunkt 2014 – 2016	52
5.2.2 Qualitätsstrategie der Spitalversorgung Basel-Stadt	52
5.2.3 Versorgungsmonitoring: Befragung von Patienten mit Hüft- und Knieimplantaten	54
5.2.4 Weitere Schwerpunkte im kantonalen Monitoring in Kürze	54

## Pflegeheime und Spitex-Einrichtungen (Langzeitpflege)

<b>6. Angebot in der Langzeitpflege</b>	<b>57</b>
6.1 Übersicht Langzeitpflege	57
6.2 Pflegeheimplätze	57
6.3 Pflegerische Angebote	60
6.4 Tageseinrichtungen	62
6.5 Spitex-Organisationen	62
6.6 Wohnen mit Serviceangebot für Betagte	62
<b>7. Leistungen in der Langzeitpflege</b>	<b>63</b>
7.1 Leistungskennzahlen der Pflegeheime	63
7.2 Tageseinrichtungen	63
7.3 Spitex-Organisationen	64
<b>8. Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege</b>	<b>66</b>
8.1 Pflegeheime	66
8.1.1 Gesamtkosten der Pflegeheime	66
8.1.2 Finanzierung der Pflegeheimkosten	68
8.1.3 Baubeiträge für Pflegeheime	70
8.2 Tageseinrichtungen	70
8.3 Spitex-Organisationen	70
8.4 Beiträge an die Pflege zu Hause	72
<b>9. Qualitätssicherung in der Langzeitpflege</b>	<b>73</b>
9.1 Qualitätssicherung in den Pflegeheimen	73
9.1.1 qualivista	73
9.1.2 Aufsichtsbesuche mit qualivista	73
9.1.3 Pflegeheim Qualitätskommission	74
9.1.4 RAI-Audits	74
9.2 Qualität bei den Spitex-Anbietern	74

## Anhang (Factsheets, Kennzahlen, Glossar, Abkürzungsverzeichnis)

<b>10 Weitere Informationen</b>	<b>77</b>
<b>11. Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime</b>	<b>78</b>
11.1 Kennzahlen der Spitäler für das Jahr 2015	78
11.2 Kennzahlen der Pflegeheime für das Jahr 2015	80

# Teil I

# Allgemeiner Teil

# 1. Rahmenbedingungen und Umfeld



## In Kürze:

- Die Bundesverfassung regelt die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen. Die Kantone sind für Gesundheitsversorgung, -schutz und -förderung zuständig, während der Bund nationale Fragen der Gesundheitspolitik vor allem durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt.
- Der wachsende Markt der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege (Spitex) geht einher mit der Klärung wichtiger, rechtlicher Fragen.
- 2015 hat der Bund zwei neue Strategien im Bereich Krankheit und Medizin erarbeitet. Der Kanton Basel-Stadt ist bei der Umsetzung dieser Strategien massgeblich mitbeteiligt.
- Im Jahr 2040 ist gemäss Bevölkerungsprognose zu erwarten, dass die Zahl der über 80 Jahre alten Einwohner im Kanton Basel-Stadt um 6'110 Personen (ca. 44 %) auf rund 20'000 zunehmen wird. Die meisten anderen Kantone müssen für eine stärker alternde Bevölkerung planen.

## 1.1 Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen

Das schweizerische Gesundheitswesen ist föderalistisch aufgebaut. Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden.

Gesetzgebung und Vollzug liegen grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Faktisch regelt jedoch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) grundlegende Fragen der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene. Der Bund hat in den letzten Jahren bestehende Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft und zusätzlich von Volk und Ständen neue Kompetenzen erhalten, z.B. in der Zulassung von Arzneimitteln, in der Fortpflanzungs- und in der Transplantationsmedizin. Dem Bund sind im Gesundheitswesen durch die Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV) folgende Kompetenzen übertragen:

- Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV)
- Medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV)

- Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV)
- Komplementärmedizin (Art. 118a BV)
- Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie (Art. 119/120 BV)
- Transplantationsmedizin (Art. 119a BV)

Die Kantone sind für die restlichen Aufgaben – Gesundheitsversorgung, -schutz und -förderung – zuständig. Damit also hauptsächlich für die Planung und die Teilfinanzierung der stationären Einrichtungen sowie für die Prämienverbilligungen. Eine Reihe von Aufgaben wie z.B. Spitex oder schulärztliche Dienste werden von den Gemeinden wahrgenommen. Die öffentliche Hand kann die Erfüllung von Aufgaben an Private delegieren.

In einigen Bereichen gibt es gemeinsame Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. So ist mit Bezug auf das Gesundheitspersonal der Bund für die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe zuständig (Medizinalberufegesetz, Psychologieberufegesetz), während

die Kantone für die medizinischen Fakultäten, für die Berufszulassungen und Praxisbewilligungen sowie für die Bildung in den übrigen Gesundheitsberufen verantwortlich sind. Die Finanzierung der Versorgung wird einerseits von den Kantonen (Spitäler, Pflege im Heim und zu Hause), andererseits auch vom Bund (Krankenpflegeversicherung) sichergestellt. Weitere Überschneidungen gibt es im Bereich der Prävention. Hier sind grundsätzlich die Kantone tätig, der Bund engagiert sich aber beispielsweise im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme.

---

## 1.2 Wichtige Gesetzesgrundlagen

---

### 1.2.1 Pflegefinanzierung

Die Pflegefinanzierung regelt die normative Festlegung der Pflegekosten sowie deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Versicherten und die Kantone abschliessend. Die OKP und die Patienten tragen einen fix festgelegten Beitrag der ärztlich verordneten Pflegeleistungen. Der Kanton hat die Restfinanzierung dieser Kosten zu tragen.

Die kantonalen Vollzugsnormen zur Pflegefinanzierung finden sich in der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, §§ 8b ff.). Basierend auf der umfassenden materiellen Regelung durch den Bund sind auf Kantonsebene folgende Schwerpunkte geregelt:

- Der Eigenbeitrag der Versicherten für Spitex-Leistungen beträgt 10% (statt maximal 20%) des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.
- Die anerkannten Pflegekosten (Pflegenormkosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG) im Heim und ambulant sind festgelegt. Weil die Krankenkassenbeiträge und der Eigenbeitrag durch das Bundesgesetz festgelegt sind, ergibt sich die Höhe der kantonalen Restfinanzierung residual.
- Der Kantonsanteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG) wird jährlich durch den Regierungsrat festgelegt (seit dem Jahr 2011 bis 2015 55%).
- Die Zuständigkeit für die Übernahme der Restfinanzierung (§ 8e KVO) erfolgt analog Art. 21 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversiche-

rung vom 6. Oktober 2006 (ELG). Dieses schreibt die Finanzierungsverantwortung demjenigen Gemeinwesen zu, in dem der Wohnsitz vor Eintritt in ein Pflegeheim besteht.

---

### 1.2.2 Spitalfinanzierung

Die Reform der Spitalfinanzierung wurde auf den 1. Januar 2012 umgesetzt.<sup>1</sup> Kernstück der Finanzierungsregelung ist die fixe Aufteilung der anrechenbaren Vollkosten (inkl. Investitionskostenanteil) für stationäre Spitalbehandlungen zwischen der Krankenversicherung (maximal 45%) und dem Wohnkanton des Patienten (mindestens 55%) gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG. Die Abgeltung erfolgt durch leistungsorientierte Pauschalen gemäss einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur. Für akutsomatische Behandlungen gelten Fallpreispauschalen nach dem Tarifsysteem SwissDRG. Für die weiteren stationären Bereiche Rehabilitation (inklusive Palliativversorgung) und Psychiatrie wird bis zur Einführung eines schweizweit einheitlichen, leistungsorientierten Tarifsystems weiterhin mit Tagesvollpauschalen abgerechnet.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen, wie zum Beispiel universitäre Lehre und Forschung, müssen separat ausgewiesen und finanziert werden. Diese Regelung findet Anwendung auf alle Spitäler, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind ungeachtet ihrer Trägerschaft. Dies bedeutet eine Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern.

---

### 1.2.3 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt

Mit dem Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (GesG) wird die Übersichtlichkeit des kantonalen Gesundheitsrechts verbessert und eine erleichterte Rechtsanwendung angestrebt. Neben der Regelung der Patientenrechte, inklusive Regelung der palliativen Behandlung, finden sich im GesG Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Bekämpfung von Missbrauch und Abhängigkeit. Ferner beinhaltet das Gesetz vereinheitlichte und mit bundesrechtlichen Vorgaben in Einklang stehende Vorschriften zu den Voraussetzungen zur Zulassung von Leistungserbringenden. Weiter werden Art und Umfang der Aufsicht über Letztere geregelt. Im Zuge der Anpassung der Gesundheitsgesetzgebung im Kanton Basel-Stadt ist auch die Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen



vom 6. Dezember 2011 (Bewilligungsverordnung) erarbeitet worden. Dadurch wird eine inner- und teilweise auch interkantonale Rechtsharmonisierung im Kleid einer kompakten, alle Typen von Bewilligungen umfassenden Verordnung erzielt. Das Gesundheitsgesetz und die Bewilligungsverordnung traten am 1. Januar 2012 in Kraft.

---

#### **1.2.4 Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt**

Durch das Gesetz über die öffentlichen Spitäler vom 16. Februar 2011 (OSpG) wurden die staatlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und erhielten eine eigene Rechtsperson in Form von öffentlich-rechtlichen Anstalten. Das Gesetz ist eine Konsequenz aus der Neuordnung der Spitalfinanzierung gemäss KVG und wurde in der Referendumsabstimmung vom 15. Mai 2011 mit 55.6% Ja-Stimmen angenommen. Der Erlass bezweckt die Gewährleistung eines starken Service Public und die Sicherung des freien Zugangs zu den medizinischen Leistungen der öffentlichen Spitäler. Das OSpG hat zum Ziel, den weiterhin im Eigentum des Kantons stehenden öffentlichen Spitälern eine möglichst gute regionale und nationale Positionierung zu ermöglichen. Das OSpG trat am 1. Januar 2012 in Kraft.

---

#### **1.2.5 EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit**

Grundlage für die Abgeltung der stationären Leistungen nach Art. 49a KVG für EU und EFTA Staatsangehörige, die Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt haben und in einem EU oder EFTA Staat gesetzlich krankenversichert sind, bildet die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (EG Verordnung), welche für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getreten ist.<sup>2</sup> Gemäss dem in der Verordnung postulierten Diskriminierungsverbot ist für den genannten Personenkreis das KVG analog anwendbar. Die betroffenen Personen haben Anspruch auf Behandlung durch einen schweizerischen Leistungserbringer nach den am Wohnort geltenden Finanzierungsregeln, als ob sie nach schweizerischem Recht versichert wären (Art. 17 der EG Verordnung). Für diesen Personenkreis wird der Kantonsanteil gemäss Art 49a KVG geleistet. Angehörige eines EU oder EFTA Staates mit Wohn-

sitz im Kanton Basel-Stadt, die von der Versicherungspflicht nach KVG befreit und im Ausland privatversichert sind, unterstehen nicht dem Freizugigkeitsabkommen; das Diskriminierungsverbot kommt demgemäss nicht zur Anwendung und der Kantonsbeitrag nach KVG wird für diesen Personenkreis nicht ausgerichtet. Für solche Personen gelten die Tarife für Selbstzahler bzw. die Tarife gemäss Taxordnung des jeweiligen Spitals.

---

#### **1.2.6 Spitex-Bewilligungen: 24-Stunden-Betreuungen in der rechtlichen Grauzone**

Unterschiedliche Faktoren, wie beispielsweise mehr und bessere Nahrung, die Entwicklung der Medizin oder weniger, körperlich schwere Arbeit durch moderne Technik, führen dazu, dass viele Menschen deutlich länger leben als früher. Mit der höheren Lebenserwartung steigt jedoch auch die Zahl derer, die betreut und medizinisch versorgt werden müssen. Gleichzeitig möchten die Menschen länger zu Hause bleiben beziehungsweise einen Eintritt ins Pflegeheim vermeiden. Entsprechend steigt die Nachfrage nach umfassenden Betreuungs- und Pflegeangeboten. Die Angebote von 24-Stunden-Betreuungen oder die Vermittlung von Pflegekräften vor allem aus Osteuropa – den sogenannten «Care-Migranten» – hat zugenommen. Viele dieser Organisationen handeln jedoch in einer rechtlichen Grauzone, denn neben den einzuhaltenden arbeitsrechtlichen Vorschriften ist in der Schweiz das Erbringen von Pflegeleistungen gegen Entgelt gesetzlich streng reglementiert. Eine klare Abgrenzung zwischen Betreuung und Pflege ist nicht immer einfach und in der Praxis fast unmöglich.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) hält in Art. 25a Abs. 3 fest, dass der Bundesrat die Pflegeleistungen bezeichnet, an welche die obligatorische Krankenversicherung einen Beitrag leistet. Diese sind in Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) festgehalten. Auffällig an der Aufzählung der Pflegeleistungen ist, dass es sich vor allem bei den Grundpflegeleistungen um vermeintlich alltägliche Tätigkeiten handelt. So zählen zum Beispiel die Hilfe beim Essen und Trinken, bei der Mund- und Körperpflege sowie beim An- und Auskleiden bereits zu den Pflegeleistungen, wenn Patienten diese Tätigkeiten nicht mehr selber ausführen können.

Entscheidend ist daher die Frage, wer in der Schweiz dazu legitimiert ist, Pflege auszuführen. Solange die Pflege im privaten Rahmen ohne entsprechenden Lohn erfolgt, ist dies aus gesetzlicher Sicht kein Problem. Wird jedoch Pflege gegen Entgelt erbracht, sind die Gesetze streng und es gilt Einiges zu beachten.

Im KVG sowie der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) sind die Leistungserbringer und deren Zulassungsvoraussetzungen festgehalten. Als Leistungserbringer gelten demnach Personen, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen, oder Organisationen, die entsprechende Personen beschäftigen. Ihre Handlungen sind zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen. Die KLV ist in Art. 7 noch deutlicher, denn dort ist geregelt, dass Pflegeleistungen durch Pflegefachfrauen und -männer, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie von Pflegeheimen erbracht werden müssen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ausschliesslich die genannten Leistungserbringer für Pflegeleistungen legitimiert sind.

Die KVV präzisiert weiter, dass Leistungserbringer zugelassen werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen. Pflegefachfrauen und -männer haben nachzuweisen, dass sie die erforderliche Ausbildung sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer zugelassenen Pflegefachperson absolviert haben (Art. 49). Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen u.a. über das erforderliche Fachpersonal verfügen (Art. 51). Eine weitere Voraussetzung ist die Zulassung entsprechend der Gesetzgebung des Kantons.

Im Kanton Basel-Stadt sind die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer der Pflege sowohl im Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (GesG) sowie in der Verordnung über Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen vom 6. Dezember 2011 (BewVO) geregelt. Personen gelten als Fachpersonen im Gesundheitswesen, wenn sie berufsmässig pflegend und betreuend tätig sind und über eine entsprechende Ausbildung verfügen (§ 21 GesG). Für Berufe und Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege ist der Nachweis des erfolgreichen Abschlusses einer Aus- und Weiterbildung an einer höheren Fachschule vorausgesetzt (§ 34 Abs. 1 lit. e BewVO). Fachliche Tätigkeiten dürfen aber an Personen dele-

giert werden, die dafür hinreichend ausgebildet sind (§ 23 Abs. 4 BewVO).

Das Erbringen von spitalexterner Gesundheits- und Krankenpflege (Spitex) ist daher bewilligungspflichtig. Die Unterstellung unter die Bewilligungspflicht bewirkt einerseits die Qualitätssicherung und andererseits ist sie ein Instrument zur Missbrauchsverhinderung. Bei Organisationen der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege ist qualifiziertes Personal vorausgesetzt. Dieses muss in der Lage sein, fachgerechte Bedarfsabklärungen durchzuführen. Vorgeschrieben ist mindestens eine für die Pflege verantwortliche Fachperson, die Tätigkeiten an hinreichend ausgebildetes Personal delegieren darf, sofern eine entsprechend genügende Instruktion erfolgt ist und die Pflegefachperson die Verantwortung für die Tätigkeiten trägt. Tritt eine Organisation als Arbeitgeber auf, so ist diese für die erforderliche Bewilligung sowie die Qualifikation des Personals verantwortlich.

Nur wenn eine Organisation oder Einzelperson über eine Spitex-Bewilligung verfügt, kann die Qualität der Leistungen durch die Behörde kontrolliert werden. Dies dient in erster Linie dem Schutz der Kundinnen. Werden Pflegeleistungen gegen Entgelt ohne entsprechende Bewilligung erbracht, ist dies strafbar und kann gemäss § 63 GesG mit einer Busse von bis zu 50'000 Franken bestraft werden. Ein weiterer Aspekt für die Bewilligungspflicht ist die Finanzierung der Pflege. Die Kantone sind verpflichtet, einen Teil der Pflegekosten ihrer Einwohner zu übernehmen. Die sogenannte Restfinanzierung ergibt sich aus den Pflegekosten abzüglich des Eigenbeitrags der Kundin und des Beitrages der Krankenversicherung.

In Art. 25a KVG ist festgehalten, dass die obligatorische Krankenversicherung einen Beitrag an jene Pflegeleistungen bezahlt, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Der versicherten Person dürfen gemäss Abs. 5 von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden (Eigenbeitrag). Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Im Kanton Basel-Stadt geschieht dies in der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2009 (KVO). Gemäss § 8b KVO ist der Eigenbeitrag auf die Hälfte des bundesrechtlichen

Maximums begrenzt und beträgt damit lediglich maximal 8 Franken pro Tag, was 10% des höchsten Pflegebeitrages der Krankenversicherung entspricht. Gemäss Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Für die in der Schweiz einheitlichen Pflorgetarife dürfen keine Nacht- oder Wochenendzuschläge verrechnet werden.

---

### 1.3 Neuerungen auf Bundesebene

---

#### 1.3.1 Elektronisches Patientendossier

Das Parlament hat das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) am 19. Juni 2015 verabschiedet. Es legt die Rahmenbedingungen für die Bearbeitung von Daten und Dokumenten im Rahmen des elektronischen Patientendossiers fest. Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität und Sicherheit sowie die Effizienz medizinischer Behandlungen verbessert werden. Dabei haben Datensicherheit und Datenschutz höchste Priorität. Die Verordnungen zum EPDG regeln unter anderem die Zertifizierung von Stammgemeinschaften oder Gemeinschaften. Diese Zusammenschlüsse von Arztpraxen, Apotheken, Spitälern, Spitexorganisationen, Pflegeheimen und weiteren Gesundheitseinrichtungen stellen den elektronischen Austausch der Daten sicher. Festgelegt wird zudem das Format der neuen Patientenidentifikationsnummer. Schliesslich werden die Rahmenbedingungen geregelt, unter welchen Finanzhilfen für den Aufbau und die Zertifizierung von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gewährt werden.

Das elektronische Patientendossier ist ein virtuelles Dossier, über das dezentral abgelegte, behandlungsrelevante Daten mittels Abrufverfahren den an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden können. Die Patienten haben die Möglichkeit, eigene Daten selbständig in ihr elektronisches Patientendossier hochzuladen und diese damit den behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich zu machen. Die Patienten entscheiden nach vorgängiger Information, ob sie ein elektronisches Patientendossier eröffnen wollen (Gesundheitskompetenz). Die Einwilligung kann stets

ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Die Patienten haben jederzeit Zugriff auf alle Daten und Dokumente aus ihrem elektronischen Patientendossier. Gesundheitsfachpersonen haben nur dann Zugang, wenn sie sich einer zertifizierten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft angeschlossen und vom Patienten die entsprechenden Zugriffsrechte erhalten haben. Jeder Zugriff auf das elektronische Patientendossier wird protokolliert, so dass der Patient die Kontrolle über diese hat. In medizinischen Notfallsituationen können Gesundheitsfachpersonen auch ohne explizite Zugriffsberechtigung Daten und Dokumente über das elektronische Patientendossier abrufen, sofern der Patient diese Möglichkeit vorgängig nicht untergesagt hat. Patienten oder Gesundheitsfachpersonen, die auf ein elektronisches Patientendossier zugreifen wollen, müssen eine elektronische Identität und ein Identifikationsmittel eines zertifizierten Herausgebers besitzen. Für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen wie niedergelassene Ärzte, Apotheken oder Spitexorganisationen ist der Beitritt zu einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft freiwillig. Spitäler müssen sich hingegen innert drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes einer zertifizierten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft anschliessen. Für Pflegeheime und Geburtshäuser beträgt diese Frist fünf Jahre. Der Bund kann die Einführung des elektronischen Patientendossiers mit Finanzhilfen bis zu 30 Millionen Franken unterstützen. Dies jedoch nur, wenn sich die Kantone oder Dritte in mindestens gleicher Höhe beteiligen.

---

#### 1.3.2 Vorentwurf Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Die parlamentarische Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» fordert einen Systemwechsel. Gemäss dem am 15. April 2015 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) verabschiedeten Vorentwurf sollen Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG aufgenommen werden. Welche Leistungen sie selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, soll der Bundesrat in Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 festlegen. Es handelt sich dabei um eine Positivliste von Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination

sowie Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. a und Bst. c KLV). Die Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) muss weiterhin ärztlich angeordnet werden. Die Neuregelung bezieht sich sowohl auf selbständige und auf eigene Rechnung tätige Pflegefachpersonen als auch auf angestellte Pflegefachpersonen in Spitälern, Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause.

Die Anordnung der Akut- und Übergangspflege, die mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingeführt wurde, soll neu gemeinsam von einem Arzt und einer Pflegefachperson erfolgen. Eine solche Regelung entspricht der schon heute in vielen Spitälern gängigen Praxis. Weil die Mengenauswirkung schwierig abzuschätzen ist, soll der Bundesrat als flankierende Massnahme die Kompetenz erhalten, die Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Art. 55a KVG (Zulassungsbeschränkung) soll deshalb entsprechend ergänzt werden.

Die zuständigen Kommissionen von Nationalrat und Ständerat unterstützen die Initiative und im Januar 2016 verabschiedete die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eine entsprechende Gesetzesänderung. Nach Ansicht des Bundesrats setzt die Initiative jedoch Fehlanreize, die zu höheren Kosten für die Krankenkassen und damit für die Prämienzahlenden führen. Gleichzeitig befürchtet er, dass die Gesetzesänderung eine Präjudizwirkung haben könnte. Er beantragt deshalb, auf die vorgeschlagene Gesetzesänderung nicht einzutreten.

#### 1.4 Nationale Strategien im Gesundheitswesen und deren Umsetzung in Basel-Stadt

Auf nationaler Ebene wurden im Jahr 2015 mit NOSO und StAR zwei nationale Strategien im Bereich «Krankheiten und Medizin» erarbeitet, welche die Gesundheitsversorgung in Basel-Stadt direkt betreffen. Der Bund verfolgt damit konsequent das Ziel, seine Verantwortung im Gesundheitsbereich auszuweiten. National einheitliche Standards im Rahmen der Strategien unter der Koordination des Bundes sind von grosser Bedeutung und volkswirtschaftlichem Nutzen. Die anfallenden Umsetzungskosten tragen zum grössten Teil Bund und Kantone und zu einem kleineren Teil auch die Leistungserbringer.

Auch im Rahmen der nationalen Gesundheitspolitik bestehen mehrere Strategien, die auf kantonaler Ebene umgesetzt werden, so etwa in den Bereichen Demenz, Palliative Care sowie eHealth.<sup>3</sup>

##### 1.4.1 Strategie NOSO<sup>4</sup>

Während eines Spital- oder Pflegeheimaufenthalts kann es zu Infektionen kommen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung entstehen (healthcare-assoziierte Infektionen). Diese können als Wundinfektionen nach einer Operation auftreten oder sich als Blutvergiftung manifestieren. Insbesondere können Lungen oder Harnwege davon betroffen sein. Schätzungen gehen davon aus, dass 20–50% aller Fälle mit gezielten Vorsorge- und Überwachungsmaßnahmen verhindert werden könnten. Im Zuge der Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats «Gesundheit2020» und dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen revidierten Epidemiengesetz wurde die Strategie NOSO (der Kurztitel NOSO bezieht sich auf den Fachbegriff «nosokomiale Infektion») erarbeitet. Die Strategie NOSO will dazu beitragen, die Anzahl der Infektionen zu senken und die Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen zu verhindern. Mit der Umsetzung der Strategie sollen

- die Sicherheit der Patienten, der Bewohner sowie des Personals erreicht,
- der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung verbessert,
- ein Beitrag zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen geleistet sowie
- die Folgekosten vermindert werden.

In der Schweiz bestehen heute bereits zahlreiche Aktivitäten, deren Ausprägungsgrad regional variiert. Die Strategie NOSO wird auf bestehenden Strukturen aufbauen, der Fokus liegt auf der nationalen Koordination und flächendeckenden Umsetzung von Verhütungs- und Überwachungsmaßnahmen. Die Strategie ist in vier Handlungsfelder «Governance», «Monitoring», «Verhütung und Bekämpfung» und «Bildung und Forschung» mit insgesamt 14 Schlüsselmaßnahmen eingeteilt.

Das Strategiepapier wurde 2015 in verschiedenen Workshops und unter Einbezug von Fachpersonen, Spitälern und Kantonen ausgearbeitet. Der Bundesrat hat die Strategie im März 2016 genehmigt. Bei der Umsetzung der Strategie NOSO in Basel-Stadt kann der Kanton auf zahlreiche Aktivitäten der Leistungs-

erbringer aufbauen. Alle Spitäler und Kliniken setzen Hygiene- und Infektiologie-Konzepte um, auch werden in den meisten Spitälern regelmässig Prävalenzerhebungen durchgeführt.

#### **1.4.2 Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR)<sup>5</sup>**

Die Entwicklung und Anwendung von Antibiotika zählen zu den wesentlichen medizinischen Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. Ein teilweise übermässiger und unsachgemässer Einsatz hat etliche Bakterien gegen die Antibiotika immun werden lassen – dies im Bereich der Human- und Tiermedizin, in der Landwirtschaft und der Umwelt im Allgemeinen. Infektionen, die durch resistente<sup>6</sup> Bakterien entstehen sind schwierig oder in seltenen Fällen gar nicht zu behandeln.

Sie führen zu erhöhter Mortalität, verlängerter Behandlungsdauer und folglich auch zu höheren Therapiekosten. Unter der Federführung des BAG wurde daher 2015 bereichsübergreifend mit den Bundesämtern für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), Landwirtschaft (BLW) und Umwelt (BAFU) die Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) erarbeitet. Sie wurde im November 2015 vom Bundesrat genehmigt. Das übergeordnete Ziel der StAR ist, die Wirksamkeit der Antibiotika zur Erhaltung der menschlichen und tierischen Gesundheit langfristig sicherzustellen. Unter Einbezug der wichtigsten Akteure wurden acht Handlungsfelder mit insgesamt 35 Massnahmen definiert, um das Problem der Resistenzen in der Schweiz zu verfolgen und die Situation verbessern zu können.

Die Kantone sind in 20 von 35 Massnahmen als federführend bzw. als Umsetzungspartner aufgeführt. Insbesondere sollen sie Aufgaben in den Handlungsfeldern «Überwachung», «Prävention», «sachgemässer Antibiotikaeinsatz», «Resistenzbekämpfung» sowie «Rahmenbedingungen» wahrnehmen. Innerhalb des Handlungsfeldes «Information und Bildung» soll beispielsweise die Öffentlichkeit über die Entstehung von Antibiotikaresistenzen, die Möglichkeiten und Grenzen von Behandlungen mit Antibiotika sowie mögliche präventive Massnahmen informiert werden. Spitalhygienische Massnahmen (z.B. Händehygiene) und Infektionskontrollen (z.B. Isolation und Behandlung von Erkrankten) tragen dazu bei, die Übertragung resistenter Bakterien zwischen Patienten, Gesundheitspersonal und Institutionen zu verringern und Ausbrüche zu bekämpfen.

In Basel-Stadt wurde 2015 ein Werkstattgespräch durchgeführt, um die wichtigsten Akteure im Kanton zu informieren. Die Umsetzung der Strategie wird auch unter dem Aspekt des in Basel-Stadt etablierten Ansatzes von One-Health, der die systemischen Zusammenhänge von Mensch, Tier und Umwelt und Gesundheit anerkennt, weitergeführt und weiterentwickelt. In enger Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitsdepartements werden die Massnahmen umgesetzt. Unter anderem müssen gesetzliche Grundlagen geschaffen oder Verordnungen angepasst werden.

#### **1.4.3 Palliative Care Strategie**

Die zweite Phase der «Nationalen Strategie Palliative Care» dauerte von 2013 bis 2015 und wurde per Ende Dezember 2015 definitiv beendet. Das Ziel dieser Phase war die Verankerung der Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren und in verschiedenen Bereichen (Versorgung und Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung und Freiwilligenarbeit). Das Hauptziel bleibt weiterhin, schwerkranken und sterbenden Menschen den Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care zu ermöglichen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Im Rahmen der Umsetzung des kantonalen Konzeptes Palliative Care hat das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt im August 2015 mit dem Palliativzentrum Hildegard, nach einem zweijährigen Pilotprojekt, für den Betrieb einer Anlauf- und Koordinationsstelle eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2016 bis 2018 abgeschlossen. Der Betrieb leistet wichtige Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Hausärzte und wird je hälftig durch das Palliativzentrum Hildegard und das Gesundheitsdepartement finanziert. Die Mobilien Palliative Care Teams (MPCT) der Onko-Spitex haben im Jahr 2015 im Bereich der Hausbesuche etwas weniger Einsätze als im Vorjahr geleistet. Eine leichte Zunahme der Nachfrage war jedoch in den Pflegeheimen feststellbar. Durch die fachspezialisierte Unterstützung am Krankenbett zu Hause oder in den Pflegeheimen können teilweise Notfallhospitalisierungen vermieden werden. Darüber hinaus fand die zweite kantonale Koordinationskonferenz Palliative Care im Mai 2015 statt.

#### 1.4.4 Demenzstrategie

Die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet und am 21. November 2013 verabschiedet. Wichtige Zielsetzungen sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Der Kanton Basel-Stadt bricht die nationale Demenzstrategie auf die Region bzw. auf den Kanton hinunter und setzt Ziele und Massnahmen um, dies in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft. Es soll eine gemeinsame strategische Ausrichtung bestehen, wobei jeweils die besonderen Gegebenheiten der beiden Kantone berücksichtigt werden. Aufgrund der schweizweit vergleichsweise frühen Alterung der Bevölkerung war der Kanton Basel-Stadt schon vor Jahren mit einer zunehmenden Anzahl an Demenz erkrankten Betagten konfrontiert. Entsprechend besteht im Kanton Basel-Stadt bereits ein vielfältiges, spezialisiertes Angebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen. Neben stationären Angeboten (wie den zwei auf Demenz spezialisierten Pflegeheimen Dandelion und Marthastift, auf Demenz spezialisierten Abteilungen in Pflegeheimen sowie Pflegewohngruppen für leicht demenzkranke Betagte) sind ambulante Angebote äusserst wichtig, damit die Betroffenen möglichst lange in der eigenen Wohnung leben können. Im Kantonsgebiet gibt es unter anderem drei auf Demenz spezialisierte Tagesstrukturen, verschiedene Beratungsstellen (Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements, Alzheimervereinigung beider Basel, Stiftung Basler Wirrgarten und Pro Senectute), die beim Felix Platter-Spital angesiedelte Memory Clinic am Universitären Zentrum für Altersmedizin zur diagnostischen Abklärung von Demenz sowie spezifische Spitex-Dienste. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Kanton Basel-Stadt zu den angestrebten Zielen der nationalen Demenzstrategie bereits diverse Massnahmen ergriffen und umgesetzt hat.

Nichtsdestotrotz gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Bei der weiteren Umsetzung im Kanton Basel-Stadt galt es Lücken in der Demenzversorgung zu finden, den prioritären Handlungsbedarf zu eruieren und Umsetzungsideen und Massnahmen zu entwickeln mit dem Ziel, das Angebot bedarfsgerecht zu ergänzen oder auszuweiten. Im Jahr 2014 wurde zu diesem Zweck eine Bestandsaufnahme und Evalu-

ation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt (und der umliegenden Region) erarbeitet. Resultat ist ein Konzept einer kantonalen Demenzstrategie. Darauf basierend wurden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung im Kanton Basel-Stadt geplant. Eine entsprechende Berichterstattung an den Regierungsrat und an den Grossen Rat erfolgte anfangs 2016 mit der Beantwortung des Anzugs «Daniel Stolz und Konsorten betreffend Demenzstrategie für den Kanton Basel-Stadt – zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft?». Der Kanton Basel-Stadt will im Jahr 2016 drei Massnahmen umsetzen. Eine davon soll die Startphase des im September 2015 gegründeten Vereins «Netzwerk Demenz beider Basel» unterstützen. Der Verein wurde im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie gegründet und hat die Vernetzung und koordinierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Ziel.

#### 1.4.5 eHealth

In der «Strategie für eine Informationsgesellschaft» aus dem Jahre 2006 fordert der Bund, dass die Menschen in der Schweiz den Gesundheitsfachpersonen ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen können. Sie sollen damit aktiv an den Entscheidungen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitsprobleme beteiligt werden und damit ihre Gesundheitskompetenz stärken. Die Informations- und Kommunikationstechnologien sollen so eingesetzt werden, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sichergestellt ist und die Kommunikationsprozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter werden.

Der oben dargestellten Forderung kam die 2007 von Bund und Kantonen gemeinsam erarbeitete «eHealth Strategie Schweiz» nach, welche die konkrete Umsetzung mithilfe von elektronischen Patientendossiers festlegte. Für die Bevölkerung freiwillig sollen darin behandlungsrelevante Dokumente abgelegt werden. Sie stehen so dem Dossierinhaber und den von ihm zum Zugriff berechtigten Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung. Das Parlament hat hierfür im Juni 2015 das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) verabschiedet (siehe Kapitel 1.3.1).

Auch Basel-Stadt ist im Bereich eHealth aktiv und plant die Einführung eines ePatientendossier-Systems. Hierfür wurde ein auf dem Informations- und Datenschutzgesetz des Kantons Basel-Stadt basierender Entwurf für eine eHealth-Verordnung erarbeitet, der im April 2016 durch den Regierungsrat verabschiedet wurde. Er bildet die Rechtsgrundlage für das Projekt. Nutzer der ePatientendossiers sind, wie oben erläutert, neben den Patienten insbesondere die Leistungserbringer. Basel-Stadt hat daher mit dem Universitätsspital Basel und dem St. Claraspital eine partnerschaftliche Zusammenarbeit etabliert, um eine praxisnahe, benutzerfreundliche und sich gut in den Arbeitsalltag einfügende Systemanwendung sicherzustellen.

### 1.5 Bevölkerungsprognose Basel-Stadt

Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung bilden eine wichtige Planungsgrundlage in der Gesundheitsversorgung. Während die Prognoseergebnisse des Bundesamtes für Statistik für den Kanton Basel-Stadt «top-down» aus der Schweizer Prognose resultieren, wird das kantonale Modell an die spezifischen Gegebenheiten und Entwicklungen im Stadtkanton angepasst. Zusätzlich liefert es kleinräumige Ergebnisse für die einzelnen Wahlkreise der Stadt Basel sowie für Riehen und Bettingen. Neben der absoluten Bevölkerungsentwicklung stellen die Szenarien auch die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur dar. So wird die Bevölkerung nach Altersgruppe, Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Schweiz und Ausland) analysiert. Auch werden verschiedene demografische Komponenten ausgewiesen, wie die Geburten und Sterbefälle, die Einbürgerungen oder die Wanderungsbewegungen.

Die Ausarbeitung der Prognose findet in Zusammenarbeit mit einer Begleitgruppe statt, in der alle Departemente der kantonalen Verwaltung vertreten sind. So wird sichergestellt, dass die lokalen Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen (Bautätigkeit, Wirtschaft, Gesundheit, usw.) angemessen berücksichtigt werden und neu erkennbare Trends jeweils in die Berechnung der Szenarien einfließen.

Das Rechenmodell basiert auf folgender demografischer Grundgleichung: Die Bevölkerung am Ende jeden Jahres entspricht dem Anfangsbestand, zuzüglich Geburten und Zuwanderungen, abzüglich Sterbefälle und Abwanderungen. Die Hypothesen, welche für

diese vier demografischen Komponenten angenommen werden, bestimmen rechnerisch das Prognoseergebnis, und zwar unter der Nebenbedingung des vorhandenen Wohnraumes: Gerade in einem Stadtkanton wie Basel-Stadt ohne grössere Landreserven bestimmen der vorhandene Wohnraum bzw. die geplanten Wohnraumentwicklungen, insbesondere der grossen Areale, die mögliche Bevölkerungszahl. Die Ergebnisse können sich von Prognosemodell zu Prognosemodell leicht ändern, sobald neue Arealplanungen mit mehr Wohnraum berücksichtigt werden können oder Hypothesen, zum Beispiel bezüglich der Sterbewahrscheinlichkeiten nach Alter, angepasst werden.

Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet. Daher werden drei Prognoseszenarien erarbeitet, die einen plausiblen Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abdecken können. Trotzdem ist nicht auszuschliessen, dass sich die Bevölkerung aufgrund von derzeit nicht absehbaren Einflüssen anders entwickeln wird. Dies ist bei der Verwendung von Prognosezahlen unbedingt zu berücksichtigen.

Für die Bedarfsabschätzung wird das mittlere Szenario der aktuellen kantonalen Bevölkerungsprognose 2016 des Statistischen Amtes verwendet (Tabelle 1.5-1). Die neue Prognose 2016 erfolgte neu für den Zeitraum 2016 bis 2040 (Szenarien 2015: 2015 bis 2035).

Gemäss der Prognose wird die Gesamtbevölkerung von heute rund 197'000 auf rund 213'000 Einwohner im Jahr 2040 zunehmen. In der Bevölkerungsprognose von 2015 (mit Basisjahr 2014) wurde noch eine Zunahme der Einwohner für das Jahr 2035 auf etwa 206'200 geschätzt. Dieser Entwicklung liegt die Annahme zugrunde, dass Basel-Stadt als Kanton zum Wohnen und Arbeiten weiterhin attraktiv bleibt und dementsprechend auch neuer Wohnraum entsteht, welcher durch die wachsende Bevölkerung genutzt wird. Die Alterspyramide zeigt, dass in den nächsten 25 Jahren dank leicht steigender Geburtenrate mit einer höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen zu rechnen ist, ebenso mit einer Zunahme der Personen im Erwerbsalter. Aufgrund der Hypothese, dass die Lebenserwartung für Männer und Frauen auch in den nächsten Jahren weiterhin steigen wird (Grafik 1.5-2 und 1.5-3), ist auch von einer Zunahme der Einwohner im Rentenalter auszugehen.

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird laut der Prognose sowohl bei den Männern als auch bei

den Frauen bis zum Jahr 2040 um mehr als zwei Jahre auf rund 21.2 bzw. 23.6 Jahre zunehmen. Dies führt dazu, dass im Jahr 2040 mit rund 48'000 Einwohnern im Alter von mindestens 65 Jahren zu rechnen ist. Dies wiederum entspricht einem Anteil von 22.6% an der Gesamtbevölkerung (Anteil 2015: 19.7%). Genauso kann von einer Zunahme der über 80-Jährigen auf rund 20'000 ausgegangen werden. Der entsprechende Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 6.9% im Jahr 2015 laut Prognose auf 9.4% im Jahr 2040.

Der steigende Anteil von Personen über 64 Jahre und insbesondere über 80 Jahre ist nicht auf den Kanton Basel-Stadt begrenzt. Ein Vergleich mit den aktuellen kantonalen Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik vom Mai 2016 zeigt, dass der Kanton Basel-Stadt im mittleren Szenario im Jahr 2040 den fünftiefsten Altersquotienten aller Kantone aufweist. Diese Entwicklung ist bemerkenswert, da sich Basel-Stadt momentan bezüglich Höhe des Altersquotienten<sup>7</sup> im vorderen Drittel aller Kantone befindet, also einen relativen hohen Anteil an Personen im Rentenalter aufweist. Ein wichtiger Grund für diese weniger ausgeprägte Alterung der Bevölkerung in Basel-Stadt ist die dominante Rolle der Zuwanderung für die Bevölkerungsentwicklung im Kanton, welche zu einem vergleichsweise starken Zuwachs von Perso-

nen im erwerbsfähigen Alter führt. Zudem liegt das Durchschnittsalter der aus Basel-Stadt abgewanderten Personen über demjenigen der Zuwanderer.

Der ausführliche Bericht zur Bevölkerungsprognose ist auf der Homepage des Statistischen Amtes abrufbar.<sup>8</sup>

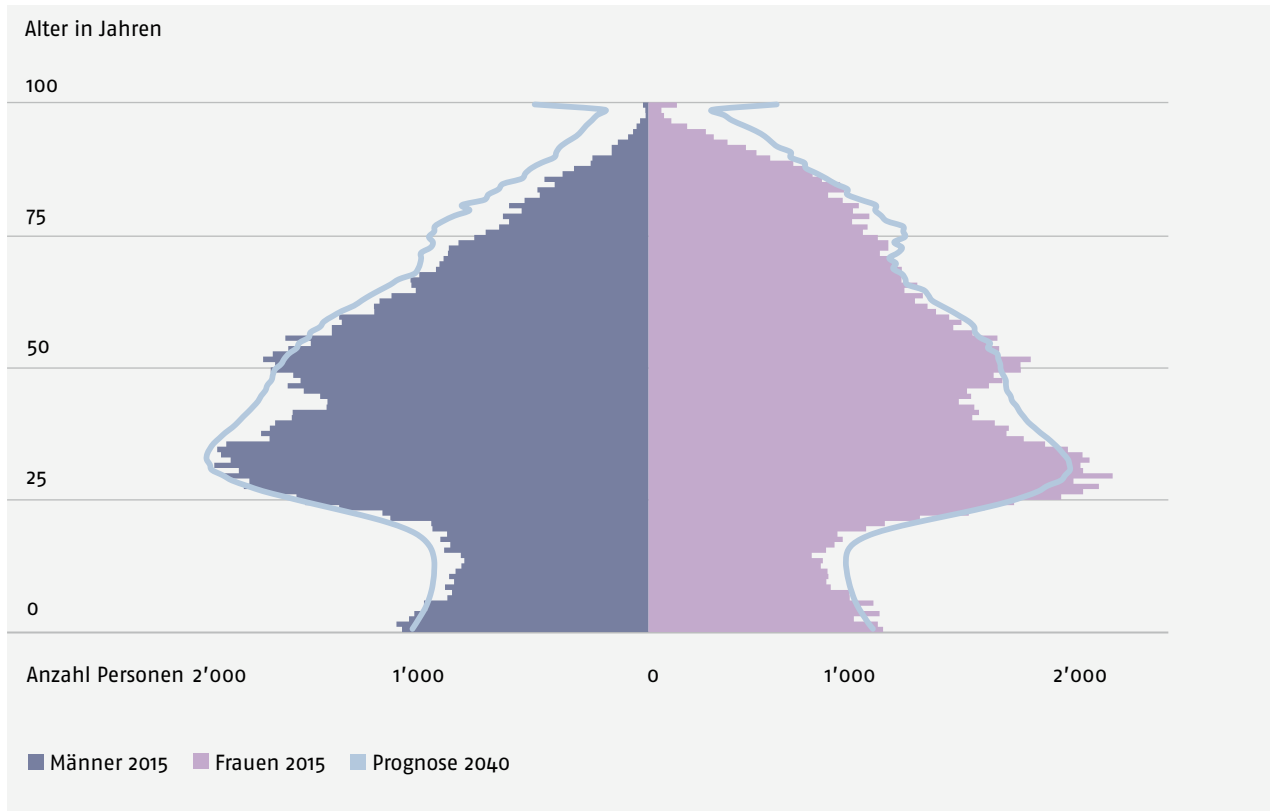
- 1 National- und Ständerat beschlossen am 21. Dezember 2007 eine Änderung des KVG, welche die Spitalfinanzierung neu regelt. Die Revision trat am 1. Januar 2009 mit einer dreijährigen Übergangsfrist in Kraft.
- 2 [www.admin.ch](http://www.admin.ch) > Bundesrecht > Systematische Rechtsammlung > Internationales Recht > 0.8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit > 0.83 Soziale Sicherheit > 0.832.109.268.11 Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (mit Anhängen)
- 3 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik
- 4 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankheiten und Medizin > Spital- und Pflegeheiminfektionen
- 5 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankheiten und Medizin > Antibiotikaresistenzen
- 6 Resistenz bedeutet die verminderte Empfindlichkeit oder gänzliche Unempfindlichkeit von Bakterien gegenüber Antibiotika
- 7 Der Altersquotient wird berechnet als Anzahl Personen über 65 Jahren geteilt durch die Anzahl Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren und soll das Zahlenverhältnis zwischen diesen zwei Personengruppen darstellen.
- 8 [www.statistik.bs.ch](http://www.statistik.bs.ch) > Zahlen > Analysen > Bevölkerungsszenarien

**Tabelle 1.5-1: Mittleres Szenario der Bevölkerungsprognose für den Kanton Basel-Stadt**

	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Gesamtbevölkerung	198'580	200'990	204'980	208'350	210'770	212'800
Alter 65+	39'190	39'940	42'070	44'690	46'650	48'070
Alter 65+ Anteil in %	19.7	19.9	20.5	21.4	22.1	22.6
Alter 65+ Index (Basis 2015)	100.7	102.6	108.1	114.9	119.9	123.5
Lebenserwartung Alter 65 Frauen	21.5	21.8	22.4	22.9	23.3	23.6
Lebenserwartung Alter 65 Männer	18.7	19.1	19.8	20.4	20.8	21.2
Alter 80+	13'850	14'260	15'370	16'550	17'890	19'960
Alter 80+ Anteil in %	7.0	7.1	7.5	7.9	8.5	9.4
Alter 80+ Index (Basis 2015)	102.3	105.3	113.5	122.2	132.0	147.4

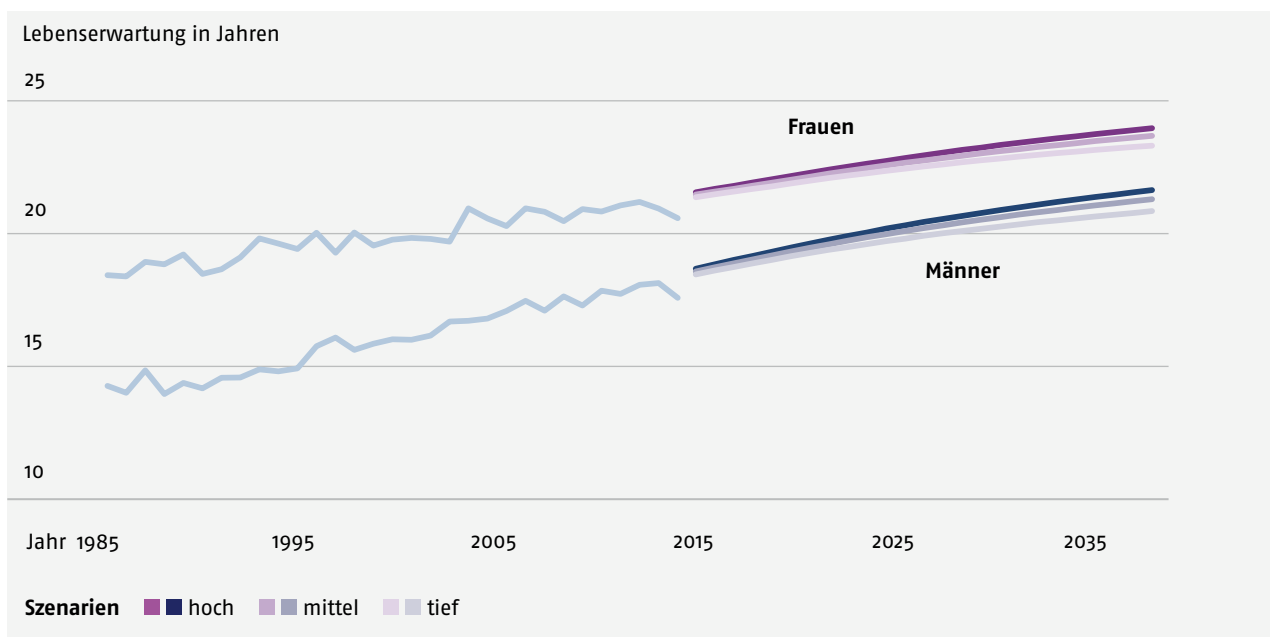


Abbildung 1.5-2: Bevölkerungspyramide im mittleren Szenario



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

Abbildung 1.5-3: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

# Teil II

# Spitalversorgung

Akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie

## 2. Angebot der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Im Jahr 2015 ist die Anzahl aller in Basler Spitälern stationär behandelten, inner- und ausserkantonalen Patienten gegenüber dem Vorjahr um 949 Fälle angestiegen. Dabei kommt jeder zweite im Kanton Basel-Stadt stationär behandelte Patient aus einem anderen Kanton oder dem Ausland.
- Im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) hat die stationäre Fallzahl von inner- und ausserkantonalen Patienten im Kanton Basel-Stadt um rund 10% zugenommen. Diese Zunahme ist vorwiegend auf den vermehrten Zustrom von ausserkantonalen Patienten zurückzuführen.
- Gemessen am Case Mix Index (CMI) weisen die ausserkantonalen akutsomatischen Patienten, die sich im Kanton Basel-Stadt stationär behandeln lassen, mit einem CMI von rund 1.26 einen deutlich höheren Schweregrad auf als die innerkantonalen Fälle (CMI von rund 1.11).
- Im Bereich der Hochspezialisierten Medizin (HSM) wurde im Berichtsjahr erstmals das neue, zweistufige Planungsverfahren bei der Neubeurteilung von vier Leistungsbereichen durchgeführt.

### 2.1 Angebotsstruktur

Insgesamt entfielen im Jahr 2015 von allen im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Fällen (75'797) rund 50% (37'666) auf ausserkantonale und ausländische Patienten, womit dieser Anteil gegenüber dem Vorjahr um knapp 1% gestiegen ist und damit 4% höher liegt als der Anteil 2011 (Abbildung 2.2-4 bis Abbildung 2.2-6). Dabei hat vor allem der Zustrom von Patienten aus anderen Kantonen mit 6'318 Fällen (+23%) deutlich zugenommen (Abbildung 2.2-5), wohingegen beim Anteil an ausländischen Patienten ein leichter Rückgang von 3% (-146 Fälle) zu verzeichnen ist. An den Anteilswerten und Fallzahlentwicklungen der stationär behandelten ausserkantonalen und ausländischen Patienten wird deutlich, dass der Kanton Basel-Stadt mit seinem universitätsmedizinischen Angebot eine Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das grenznahe

Ausland einnimmt. Deshalb ist das medizinische Gesamtangebot deutlich grösser als der Eigenbedarf der basel-städtischen Wohnbevölkerung.

Der Case Mix Index (CMI)<sup>9</sup> der ausserkantonalen akutsomatischen Patienten, die sich im Kanton Basel-Stadt stationär behandeln lassen, liegt mit 1.26 deutlich über dem CMI der innerkantonal behandelten Basel-Städter von 1.11. Der Grund dafür liegt darin, dass es sich bei den ausserkantonalen, akutsomatischen Fällen zu einem grossen Teil um Patienten handelt, die aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Fallschwere einer universitären oder zentrumsmedizinischen Behandlung bedürfen. Die stationäre Fallzahl der in den basel-städtischen Spitälern behandelten Personen ist im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) um rund 10% (+7'155 Fälle) angestiegen. Besonders ausgeprägt war die Zunahme im akutsomatischen

Behandlungsbereich (SwissDRG-Fälle), wo der Anteil der Patienten aus anderen Kantonen oder dem Ausland auf 52% (34'335 Fälle) zugenommen hat. Im Geburtshaus Basel, das gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste hat, waren im Berichtsjahr 24 stationäre Geburten zu verzeichnen. Aufgrund der sehr tiefen Fallzahl wird es nicht in die statistischen Analysen dieses Kapitels miteinbezogen.

## 2.2 Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt

Im Jahr 2015 wurden in den 13 basel-städtischen Spitälern insgesamt 75'797 inner- und ausserkantonale Patienten stationär behandelt. Damit ist die Anzahl aller in Basler Spitälern stationär behandelten Patienten gegenüber dem Vorjahr um rund 1% (+949 Fälle) angestiegen. Von den insgesamt 75'797 stationären Patienten erhielten 65'986 Fälle (87%) eine akutsomatische Behandlung, die mit SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten wird (Tabelle 2.2-1).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der am Case Mix Index (CMI) gemessene durchschnittliche Schweregrad aller akutsomatischen, stationären Behandlungsfälle nicht verändert. Auf Spitalebene fällt jedoch auf, dass der CMI im Adullam- und Felix Platter-Spital gegenüber dem Jahr 2014 um 0.39 respektive 0.27 stark zugenommen hat. Diese Zunahme hängt u.a. auch mit der im Berichtsjahr angepassten besseren Abgeltung akutgeriatrischer Behandlungen im SwissDRG-Tarifsystem (Katalogeffekt) zusammen. Die universitätsmedizinische Zentrumsfunktion, welche der Kanton Basel-Stadt für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt, spiegelt sich im deutlich über 1.0 liegenden kantonalen CMI von 1.18 wider.

Ein anderes Mass für den Schweregrad von akutsomatischen Behandlungsfällen ist der patientenbezogene Schweregrad (Patient Complication and Comorbidity Level, PCCL), der sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen errechnet. Dabei werden die einzelnen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (CC) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 für keine und 4 für eine äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose steht. Somit ist der PCCL im Gegensatz zum CMI, der Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen so-

wie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) einer Behandlung gibt, ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patienten. Wie der Tabelle 2.2-1 entnommen werden kann, gibt es im Kanton Basel-Stadt Akutspitäler, deren stationär behandelte Patienten trotz relativ kleinem PCCL einen vergleichsweise hohen CMI aufweisen. Dies trifft insbesondere auf die Schmerzlinik Basel zu, die sich im stationären Bereich primär auf ihr schmerztherapeutisches Leistungsangebot konzentriert und, bei einem vergleichsweise niedrigen PCCL-Wert von 1.14, mit 2.39 den weitaus höchsten CMI unter den basel-städtischen Akutspitälern vorzuweisen hat. Die orthopädisch ausgerichtete Merian Iselin Klinik zeigt ein ähnliches Bild mit einem CMI von 1.05 und einem PCCL von 0.30. Somit haben die in diesen beiden Akutspitälern stationär behandelten Patienten einen vergleichsweise grossen Ressourcenverbrauch mit entsprechendem SwissDRG-Kostengewicht bei gleichzeitig weniger Komorbiditäten bzw. Nebendiagnosen vorzuweisen. Unter den basel-städtischen Spitälern sind im Durchschnitt die höchsten PCCL-Werte im Felix Platter- und Adullam-Spital mit rund 2.70 respektive 2.52 vorzufinden. Dies hängt mit dem auf die Akutgeriatrie spezialisierten Behandlungsangebot der beiden Spitäler zusammen, da ältere Patienten durchschnittlich mehr Komorbiditäten haben und damit einen vergleichsweise höheren PCCL als jüngere Patienten aufweisen. Das Bethesda-Spital weist mit 0.77 bzw. 0.25 den tiefsten CMI respektive PCCL-Wert auf. Dies ist auf den hohen Anteil der Geburtshilfe zurückzuführen, da die relativ niedrigen Kostengewichte bzw. fehlenden Komorbiditäten der gesunden Neugeborenen einen stark senkenden Effekt auf den CMI respektive PCCL-Wert des ganzen Spitals haben.

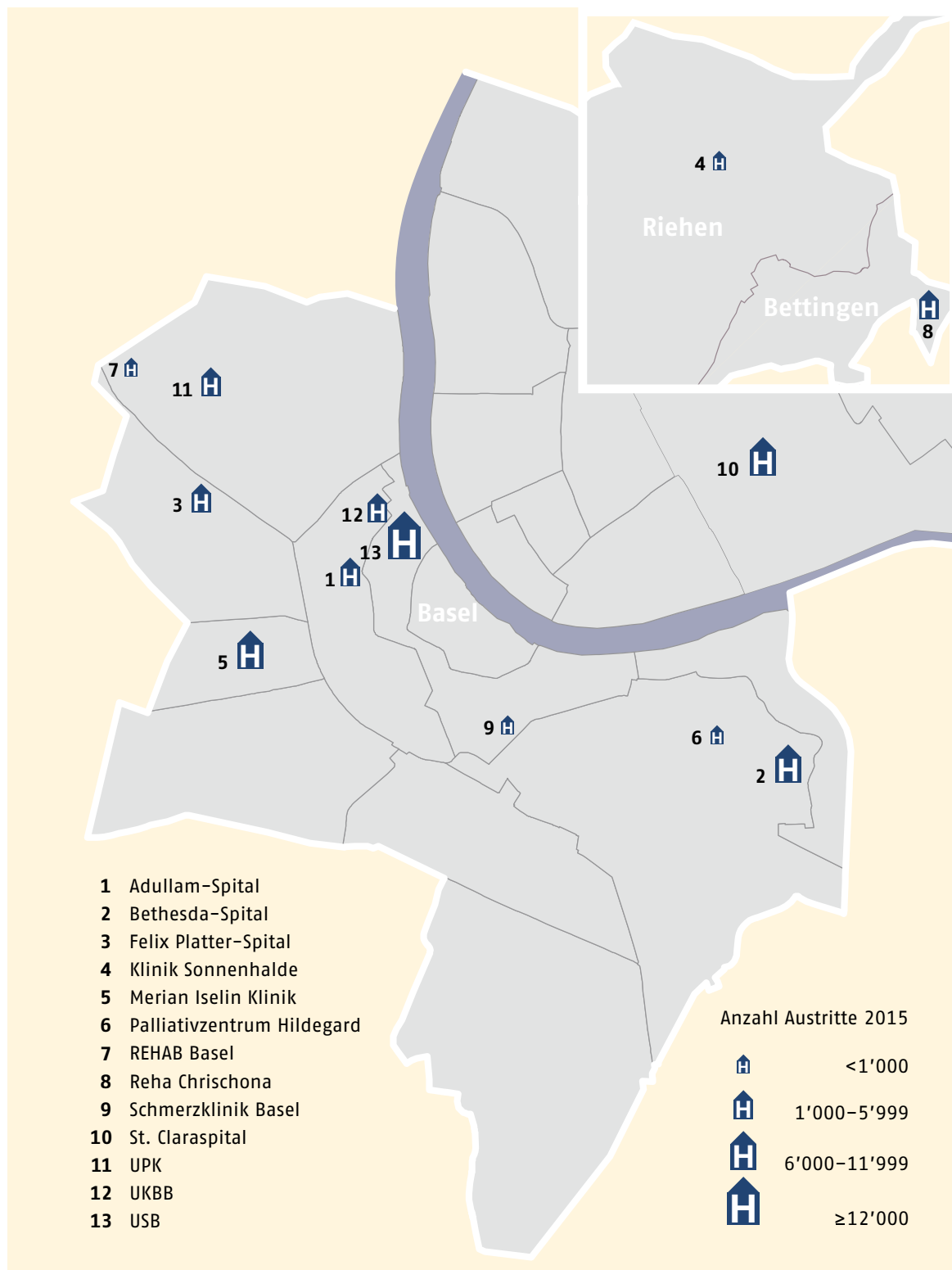
Mit der im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Anzahl der in Basler Spitälern stationär behandelten Patienten von rund 1% hat gleichzeitig auch die Anzahl der in den basel-städtischen Spitälern besetzten Vollzeitstellen um 1% (+61 Vollzeitäquivalente) sowie der Betriebsertrag aller Spitäler um rund 2% (+29.7 Mio. Franken) zugenommen. Die 9'667 Vollzeitstellen verteilen sich auf 15'500 Mitarbeitende, sodass das durchschnittliche Pensum bei 62% je Beschäftigten liegt. Im Universitätsspital Basel (USB) sind 47% (7'300 Mitarbeitende, 4'765 Vollzeitstellen) der 15'500 Beschäftigten angestellt. Alle basel-städtischen Spitäler zusammen weisen einen Gesamtumsatz von rund 1.9 Mia. Franken aus.

Tabelle 2.2-1: Steckbrief zu den einzelnen Spitälern im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2015

Spital	Anzahl stationärer Fälle (davon SwissDRG-Fälle)	Case Mix Index	Differenz CMI 2015 gegenüber 2014	Patienten-bezogener Schwere-grad (PCCL)	Differenz PCCL 2015 gegenüber 2014	Anteil an stationär behandel-ten Basel-Städtern	Allge-meine Abteilung (Anteil Patienten)	Totaler Betriebs-ertrag (in Mio. Fr.)	Durch-schnittliche Anzahl der Mitarbei-tenden (in 100%-Stellen)
Adullam-Spital	1'421 (665)	1.82	0.39	2.52	-0.20	88%	77%	27.3	241
Bethesda-Spital	6'225 (5'570)	0.77	0.02	0.25	-0.04	32%	70%	88.4	458
Felix Platter-Spital	4'837 (2'512)	1.50	0.27	2.70	0.15	79%	76%	93.7	631
Klinik Sonnenhalde	530 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	46%	95%	18.4	125
Merian Iselin Klinik	6'882 (6'692)	1.05	0.00	0.30	0.02	41%	63%	92.7	434
Palliativzentrum Hildegard	331 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	73%	78%	9.0	58
REHAB Basel	388 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	28%	79%	50.7	334
Reha Chrischona	1'150 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	54%	70%	17.9	109
Schmerzlinik Basel	117 (117)	2.39	0.01	1.14	0.38	31%	82%	9.9	71
St. Claraspital	10'455 (10'248)	1.08	0.01	1.42	-0.02	54%	61%	193.5	791
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)	3'171 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	77%	92%	155.3	884
Universitäts-Kin-derspital beider Basel (UKBB)	5'984 (5'908)	1.03	0.04	0.80	0.04	31%	86%	142.2	766
Universitätsspital Basel (USB)	34'306 (34'274)	1.30	-0.04	1.51	0.07	50%	78%	960.6	4'765
<b>Alle Spitäler</b>	<b>75'797 (65'986)</b>	<b>1.18</b>	<b>0.00</b>	<b>1.26</b>	<b>0.05</b>	<b>50%</b>	<b>75%</b>	<b>1859.5</b>	<b>9'667</b>

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie Krankenhausstatistik, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Abbildung 2.2-2: Spitäler im Kanton Basel-Stadt mit der jeweiligen Anzahl an stationären Austritten im Jahr 2015



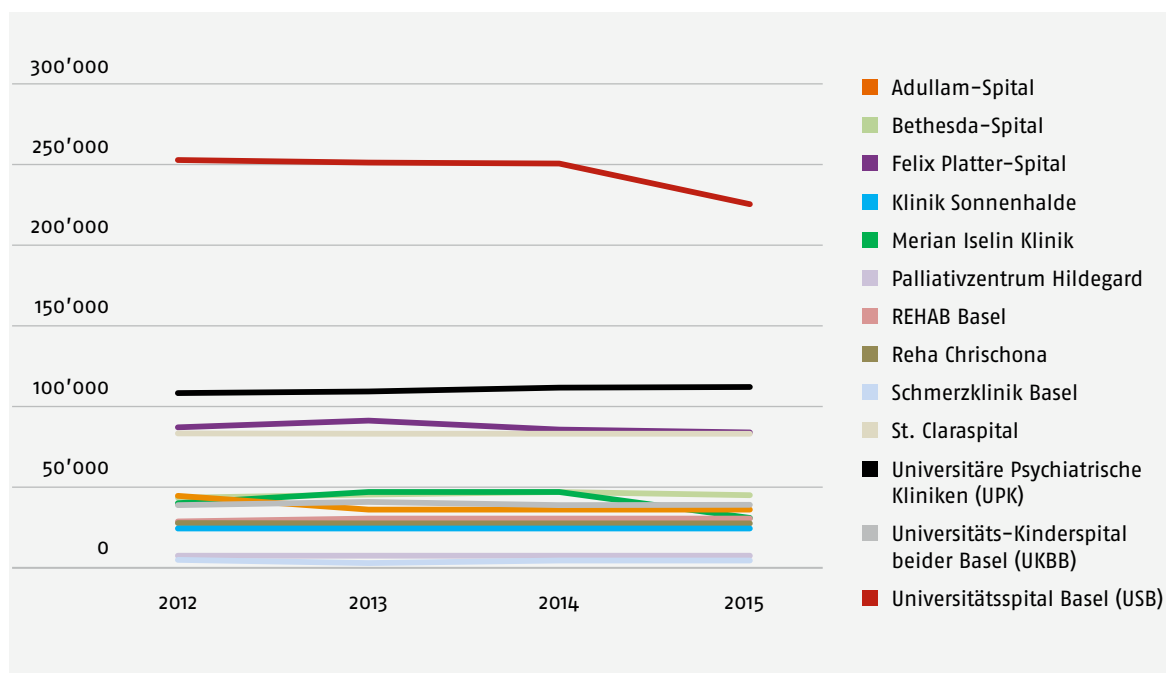
Im Jahr 2015 waren in den basel-städtischen Spitälern 755'946 Bettenbetriebstage zu verzeichnen. Bei insgesamt 75'797 stationären Fällen wurde somit ein Spitalbett im Durchschnitt für rund 10 Tage von einem Patienten in Anspruch genommen. Im Zeitraum von 2012 bis 2015 hat sich die Anzahl der Bettenbetriebstage von insgesamt 797'681 auf 755'946 (-5%) verringert (Abbildung 2.2-3). Dieser Rückgang ist insbesondere auf den Abbau von Planbetten im Adullam-Spital, in der Merian Iselin Klinik sowie im Universitätsspital Basel zurückzuführen. Beim direkten Vergleich der Anzahl Planbetten aus dem Jahr 2015 und dem Jahr 2012 wurden in diesen drei Spitälern 121 Planbetten abgebaut.

### 2.2.1 Ausserkantonale und ausländische, stationäre Patienten

Von den stationär behandelten Fällen 2015 (75'797) entfielen die Hälfte (37'666) auf ausserkantonale und ausländische Patienten, womit dieser Anteil gegenüber dem Vorjahr erneut um circa einen Prozentpunkt gestiegen ist. Gegenüber dem Jahr 2011 ist ihr

Anteil damit von 46% auf 50% angestiegen. Dabei hat die Anzahl der aus dem Kanton Basel-Landschaft zugewanderten, stationär behandelten Patienten um 4'135 und die Zahl der aus der übrigen Schweiz stammenden Fälle um 2'183 zugenommen (Abbildung 2.2-5). Gegenüber dem Jahr 2011 ist auch die Anzahl der Basler Patienten, die in ausserkantonalen Spitälern stationär behandelt worden sind, im Jahr 2014 um 959 Fälle (+28%) angestiegen.<sup>10</sup> Diese Zunahme hängt wahrscheinlich mit der per 1. Januar 2012 eingeführten, freien Spitalwahl im Rahmen der KVG-Revision und der damit verbundenen Neugestaltung der Spitalfinanzierung zusammen. Die am häufigsten von basel-städtischen Patienten stationär in Anspruch genommenen ausserkantonalen Leistungserbringer befinden sich im Kanton Basel-Landschaft. Auf diese entfielen im Jahr 2014 53% der von Basel-Städtern in ausserkantonalen Spitälern in Anspruch genommenen Hospitalisationen. Dabei ist anzumerken, dass die im Ausland stationär behandelten Basler Patienten in der Medizinischen Statistik nicht erfasst werden.

Abbildung 2.2-3: Spitäler im Kanton Basel-Stadt mit der jeweiligen Anzahl an Bettenbetriebstagen über die Jahre 2012 bis 2015



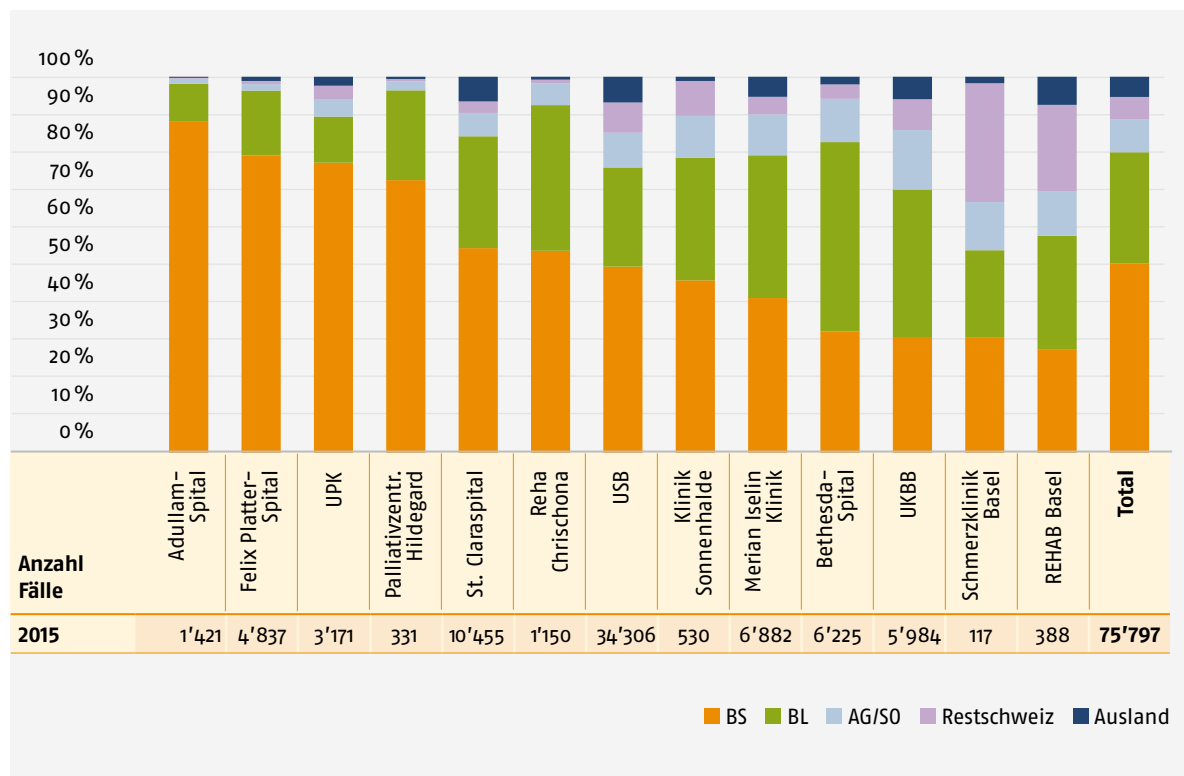
Im Hinblick auf die im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2015 stationär behandelten ausserkantonalen und ausländischen Patienten fällt auf, dass deren Anteil an allen stationär behandelten Fällen je nach Spital grossen Schwankungen unterliegt (Abbildung 2.2-4). Deutlich mehr als die Hälfte aller zugewanderten Patienten kommen aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft (60%, +1% gegenüber dem Vorjahr), gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit einem Anteil von insgesamt rund 18% (unverändert). Die übrigen zugewanderten Fälle der basel-städtischen Spitäler entfallen mit ca. 12% (+1%) auf die übrige Schweiz und mit rund 11% (-1%) auf das Ausland (Abbildung 2.2-4 und Abbildung 2.2-5).

Mit 16'990 Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt bzw. 17'316 ausserkantonalen und ausländischen Patienten hat das Universitätsspital Basel (USB) die meisten Hospitalisationen vorzuweisen. Gemessen an allen stationären Behandlungen im Kanton Basel-Stadt entspricht dies einem Anteil von 45% (unver-

ändert gegenüber dem Vorjahr). Von allen stationären Fällen des USB kamen im Jahr 2015 26% aus Basel-Landschaft, 9% aus den Kantonen Aargau und Solothurn, rund 8% aus der übrigen Schweiz und 7% aus dem Ausland (Abbildung 2.2-4).

Unter den basel-städtischen Akutspitälern haben auch die Schmerzklinik Basel und das Bethesda-Spital mit 69% respektive 68% eine relativ hohe Quote an zugewanderten stationären Patienten zu verzeichnen. Das Bethesda-Spital hat gleichzeitig auch unter allen Basler Spitälern mit 50% den höchsten Anteil an stationär behandelten Patienten aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft vorzuweisen. 70% aller im Jahr 2015 im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) stationär behandelten Fälle haben ihren Wohnsitz in den beiden Trägerkantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dabei liegt der Anteil der im UKBB stationär behandelten basel-landschaftlichen Patienten mit 39% deutlich über dem Anteil der stationär behandelten basel-städtischen Patienten mit 31%. Die übrigen Fälle des UKBB kamen im Jahr

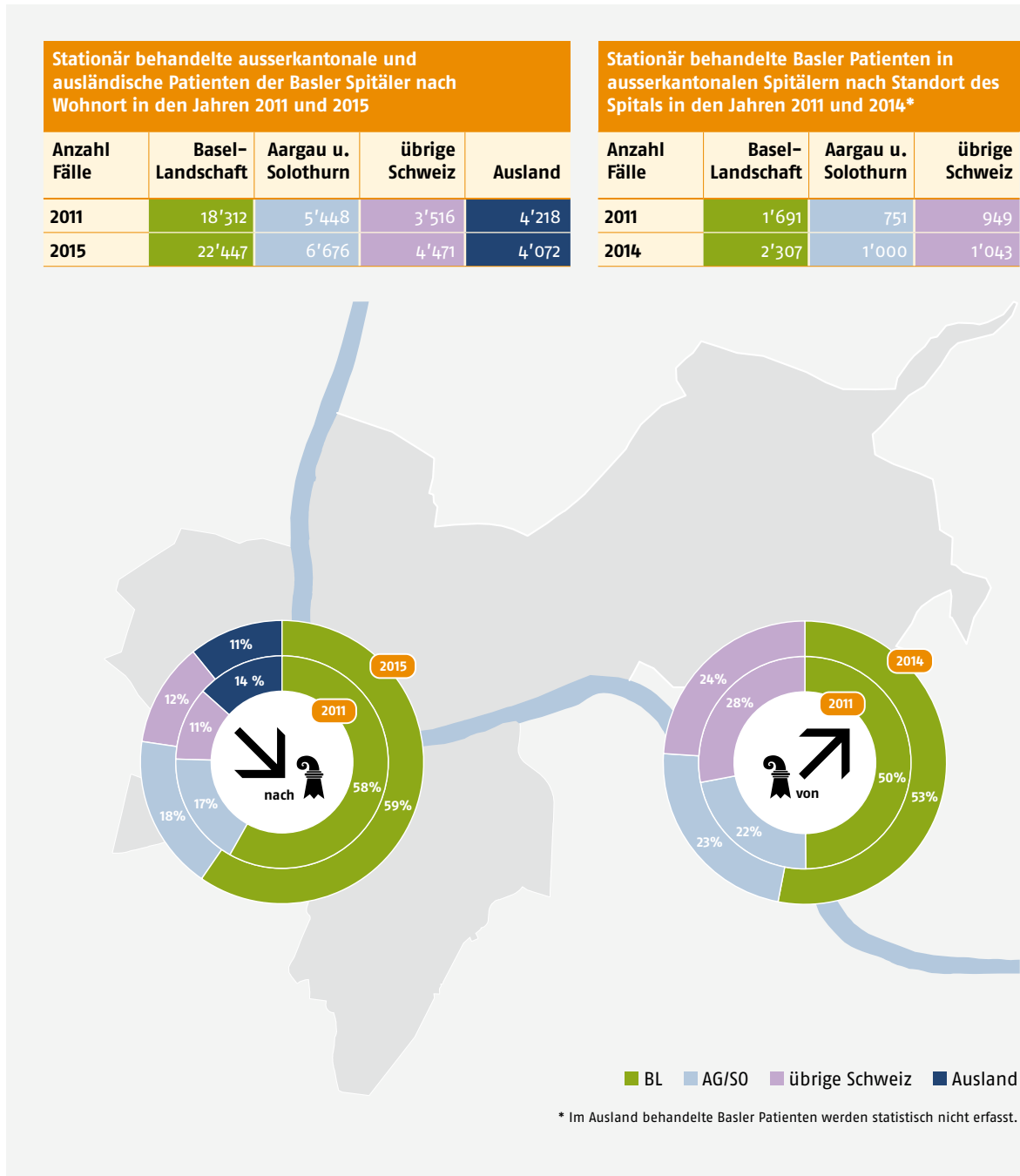
Abbildung 2.2-4: Alle stationären Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort 2015



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt



Abbildung 2.2-5: Patientenströme von ausserkantonalen und ausländischen, stationären Patienten in Basler Spitälern nach Wohnort respektive stationären Basler Patienten in ausserkantonalen Spitälern in den Jahren 2011 und 2015 bzw. 2011 und 2014



Kartengrundlage: Geodaten Kanton Basel-Stadt, erstellt durch das Statistische Amt Basel-Stadt  
 Datengrundlage: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

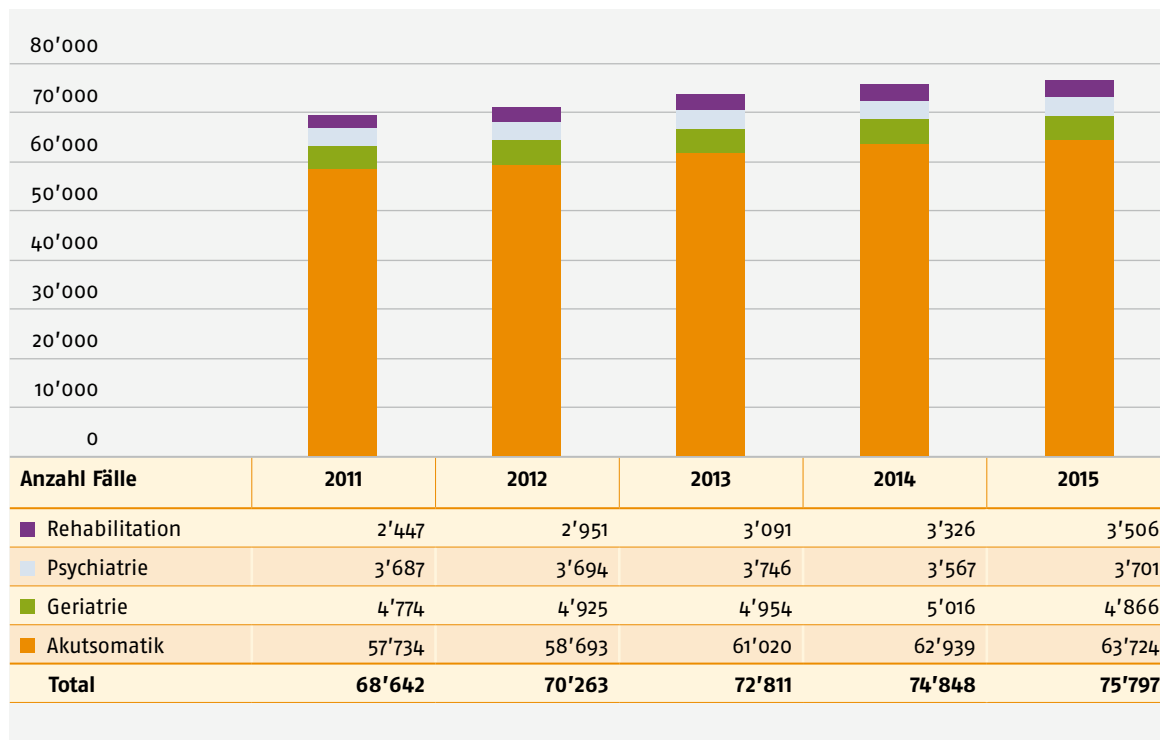
2014 aus den Kantonen Aargau und Solothurn (insgesamt 16%), der übrigen Schweiz (8%) sowie aus dem Ausland (6%).

Das Spital mit der höchsten Quote an stationär behandelten basel-städtischen Patienten ist das auf den Bereich Geriatrie ausgerichtete Adullam-Spital mit 88%. Als hochspezialisierte Klinik für Neurorehabilitation und Paraplegiologie hat das REHAB Basel unter allen basel-städtischen Spitälern den höchsten Importanteil mit rund 72%, wobei 30% der stationär behandelten Patienten nicht aus der Nordwestschweiz kommen. In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) entfallen 77% aller stationären Behandlungsfälle auf basel-städtische Patienten, während es sich in der psychiatrischen Klinik Sonnenhalde bei rund 54% aller stationär behandelten Fälle um Patienten aus anderen Kantonen und dem Ausland handelt.

### 2.2.2 Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen nach Hauptbereichen

In Abbildung 2.2-6 ist die Fallzahlentwicklung von allen im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Patienten nach den vier Hauptbereichen Akutsomatik, Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation für die Jahre 2011 bis 2015 dargestellt. Im Jahr 2015 hat die Anzahl aller stationär behandelten Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 949 Fälle (+1%) zugenommen, wobei sich die Anzahl der ausserkantonalen und ausländischen Patienten um 1'031 Fälle (+3%) erhöht und die Anzahl der basel-städtischen Patienten um 82 Fälle leicht abgenommen hat. Die meisten aller stationären Behandlungen entfallen mit 63'724 Fällen (84%) auf die akutsomatischen Leistungsbereiche. Die restlichen stationären Patienten verteilen sich auf die Hauptbereiche Geriatrie (6%), Psychiatrie (5%) und Rehabilitation (5%). Im Fünfjah-

Abbildung 2.2-6: Stationäre Patienten der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen in den Jahren 2011 bis 2015



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

resvergleich ist die stationäre Gesamtpatientenzahl um insgesamt 7'155 Fälle (+10%) angestiegen. Die prozentual grösste Zuwachsrate ist im Versorgungsbereich Rehabilitation mit einem Anstieg von 43% (+1'059 Fälle) zu verzeichnen. Dieser Zuwachs ist insbesondere auf das Adullam- und Felix Platter-Spital zurückzuführen. Hier haben in der betrachteten Fünfjahresperiode die Fallzahlen im Bereich der Rehabilitation am stärksten zugenommen. Der Versorgungsbereich Geriatrie weist für diesen Zeitraum einen Anstieg von ca. 2% (+92 Fälle) aus. Die grösste absolute Fallzunahme findet sich im Bereich Akut-somatik mit einem Zuwachs von 5'990 stationären Fällen (+10%). Im Gegensatz zu den Versorgungsbereichen Rehabilitation, Geriatrie und Akut-somatik hat sich im Jahr 2015 die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen gegenüber dem Jahr 2011 kaum verändert (+14 Fälle).

### 2.3 Die Spitalliste 2012

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat der Kanton Basel-Stadt eine neue Spitalliste auf Basis einer leistungsorientierten Planung gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)<sup>11</sup> erlassen. Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen anderer Kantone und aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt.

Verfügt der Kanton nicht über ausreichende Kapazitäten in einem Leistungsbereich, sind auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen. Im Kanton Basel-Stadt besteht nur im Bereich der Rehabilitation eine Angebotslücke, welche durch die Aufnahme von fünf ausserkantonalen Kliniken auf die Spitalliste geschlossen wurde. Für die Versorgungsplanung werden die Fallzahlen und Qualitätsindikatoren der Spitäler laufend überprüft und die Spitalliste gegebenenfalls angepasst.

Seit dem 1. Januar 2014 gilt zudem zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft die volle Freizügigkeit für stationäre Spitalleistungen. Dies

bedeutet, die Einwohner der beiden Kantone können bei einem Spitalaufenthalt zwischen allen Spitälern auf beiden Spitallisten ohne Zusatzkosten frei wählen. Es gelten dabei die aktuell gültigen Leistungsaufträge des Standortkantons.

### 2.3.1 Änderungen der Spitalliste per 1. April 2015

Per 1. Januar 2015 trat die überarbeitete Spitalliste Basel-Stadt in Kraft. Das Bethesda-Spital hatte für die Spitalliste 2015 einen Antrag für einen Leistungsauftrag im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie gestellt, der aber abgewiesen wurde. Im Januar 2015 wurde darum ein Wiedererwägungsgesuch gestellt, das nach weiteren Abklärungen auch gutgeheissen wurde, da es im Gegensatz zum ersten Gesuch zu keiner Mengenausweitung führte. Die Spitalliste wurde per 1. April 2015 um diesen Leistungsauftrag ergänzt.

### 2.4 Nationale Planung der hochspezialisierten Medizin

Mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM)<sup>12</sup> haben sich alle Kantone der Schweiz verpflichtet, die Planung und Koordination der Hochspezialisierten Medizin (HSM) dem HSM-Beschlussorgan sowie dem HSM-Fachorgan zu übertragen. Dem HSM-Beschlussorgan gehören die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone Aargau, Basel-Stadt, Bern, Glarus, Genf, Tessin, Luzern, Waadt, St. Gallen und Zürich an. Die medizinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Bereiche der HSM wird vom Fachorgan vorgenommen. Dieses setzt sich aus in- und ausländischen Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen zusammen. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten. Hierzu gehören medizinische Bereiche und Leistungen, die sich durch

- ihre Seltenheit,
- ihr markantes Innovationspotenzial,
- einen grossen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren auszeichnen.

Für die Zuordnung zur IVHSM müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei das Seltenheitskriterium immer vorliegen muss.

Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche sind weiterhin folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Wirksamkeit und Nutzen
- Wirtschaftlichkeit
- Qualität
- technologisch-ökonomische Lebensdauer
- Kosten der medizinischen Leistung
- Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Personal und Teambildung
- Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen
- Weiterentwicklungspotenzial
- Relevanz für die Forschung und Lehre
- internationale Konkurrenzfähigkeit

Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Art. 9 Abs. 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Zur Erzielung von Synergien werden die zu konzentrierenden, medizinischen Leistungen wenigen universitären oder anderen multidisziplinären Zentren zugeteilt, sofern sie die IVHSM-Kriterien erfüllen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM).

Seit 2014 ist gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen Zuordnung und Zuteilung unterscheidet. Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Definition des HSM-Bereichs, d.h. die medizinische Umschreibung der ausgewählten Verfahren und Behandlungen, die unter den Geltungsbereich der IVHSM fallen. Hierbei wird auch die Fragestellung untersucht, ob die von der OKP anerkannten Leistungen weiterhin der HSM zuzuordnen sind. Der zweite Verfahrensschritt, die Zuteilung, entspricht der Vergabe der Leistungsaufträge, also der Erstellung der nationalen Spitalliste.<sup>13</sup> Vom Start des Verfahrens bis zur Verabschiedung der Leistungszuteilung ist deshalb neu mit rund 1.5 Jahren zu rechnen. Mit diesem zweistufigen Planungsverfahren werden die Mitwirkungsrechte der Kantone gestärkt, in dem vorgängig zur Leistungszuteilung die Möglichkeit der Stellungnahme zur Leistungszuordnung besteht und damit zur Frage, ob ein vorgeschlagener HSM-Bereich die Einschlusskriterien zur IVHSM erfüllt.

#### 2.4.1 Konzentrations- und Qualitätseffekt

Ziel der gemeinsamen Kooperation und Konzentration von hochspezialisierten Leistungen ist die Erbringung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehen-

den und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung. Der Bedarf an Expertise im Behandlungsteam, die kostspieligen infrastrukturellen Voraussetzungen sowie die kleinen Fallzahlen machen die Konzentration der komplexen Behandlungen auf wenige Zentren notwendig. Nur so kann eine nachhaltige und optimale Sicherung der Versorgungs- und Behandlungsqualität gewährleistet werden. Denn eine gute klinische Versorgung und eine zeitgerechte Behandlung mit der entsprechenden strukturellen und personellen Ausstattung senkt nicht nur die Mortalitätsrate, sondern kann Langzeitschäden und Invalidität deutlich vermindern. Die verbesserte, anschliessende Lebensqualität reduziert zudem auch medizinische Folgekosten. Der Konzentrationseffekt der bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen war unterschiedlich hoch. In einzelnen Bereichen, wie z.B. bei der hochspezialisierten Viszeralchirurgie, konnte eine relativ starke Leistungskonzentration durch die Einführung von Mindestfallzahlen erzielt werden. Im Bereich der Protonentherapie wurden die Kapazitäten am Paul Scherrer Institut (PSI) als ausreichend erachtet. Somit konnte eine medizinisch-fachlich nicht indizierte Mengenausweitung durch den Aufbau von weiteren Behandlungsorten verhindert und damit bedeutende Kosteneinsparungen erzielt werden. In gewissen Gebieten hat die HSM-Regelung zudem zu deutlich besseren Resultaten in der Patientenversorgung geführt, so z.B. bei der Herztransplantation und der Schlaganfallbehandlung. In anderen Bereichen konnte durch Mindestfallzahlen der Status quo verbindlich geregelt werden.

#### 2.4.2 Reevaluation der HSM-Leistungszuteilungen

Die bedarfsgerechte Planung der hochspezialisierten Medizin ist ein dynamischer Prozess, der sich nach den erforderlichen klinischen Kapazitäten richtet und stufenweise erfolgt. Die periodische Neubeurteilung (Reevaluation) dient dazu, den Umsetzungsstand der gestellten Auflagen zu prüfen und die erbrachte Versorgung der einzelnen HSM-Leistungserbringer zu beurteilen. Im Rahmen der Reevaluation wird auch die Versorgungslage neu analysiert, denn viele Bereiche der HSM sind neben einem medizinisch-technologischen Wandel auch strukturellen und personellen Veränderungen unterworfen. Die Leistungszuteilungen sind dementsprechend zeitlich befristet und werden im Rahmen einer Neubeurteilung überprüft.

Tabelle 2.4-1: Zugang der basel-städtischen Bevölkerung zu HSM-Leistungen ausserhalb vom Kanton Basel-Stadt

Zugang der basel-städtischen Bevölkerung zu HSM-Leistungen ausserhalb vom Kanton Basel-Stadt		AG	BE	BS	GE	VD	ZH		
Leistungsangebot	Leistungserbringer	Paul Scherer- Institut (PSI)	Inselspital Universitäts- spital Bern	Universitätsspital Basel	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	Centre hospitalier uni- versitaire vaudois (CHUV)	Universitätsspital Zürich	Kinderspital Zürich	Schweizerisches Epilepsiezentrum
Protonentherapie	Protonentherapie								
Transplantationen	Lebertransplantationen								
	Lungentransplantationen								
	Pankreastransplantationen								
	Herztransplantationen								
Schwere Verletzungen	Schwere Verbrennungen								
Neurochirurgie	Stereotaktische Chirurgie der anormalen/ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation								
	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS)								
Transplantationen bei Kindern	Lungentransplantationen bei Kindern								
	Lebertransplantationen bei Kindern								
	Nierentransplantationen bei Kindern			I)					
Pädiatrische Onkologie	Behandlung von Neuroblastomen								
	Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren; Stamm (Becken, Bauch, Thorax)							II)	
Pädiatrische Hämatologie	Autologe hämatopoetische Stammzelltransplantationen								
Weitere pädiatrische Behandlungen	Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz								
	Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern								
	Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern								
	Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern								
	Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern								
	Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern								III)
<b>Erläuterungen zu den Leistungsaufträgen (I-III)</b>	Nierentransplantation	I) Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern: Kann im Universitätsspital Basel durchgeführt werden, wenn das Inselspital Bern seine Zustimmung gibt.							
	Pädiatrische Onkologie: Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren	II) Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)							
	Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern	III) Schweizerisches Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)							

Der inhaltliche Fokus im Jahr 2015 lag auf der Reevaluation der bis Ende 2014 bzw. Ende 2015 befristeten Leistungszuteilungen. Mit diesem Vorgehen sollten Regulierungslücken vermieden und Rechtssicherheit gewahrt werden. Im Sinne einer Konsolidierungsphase standen im Jahr 2015 auch die Umsetzung der vom BVGer erlassenen Vorgaben und die damit verbundene Neugestaltung der Verfahren im Vordergrund. Abläufe und Verfahren wurden standardisiert und die HSM-Planung auf eine rechtlich solide Basis gestellt.

In der ersten Jahreshälfte lag der Fokus der Arbeiten auf der Durchführung der Reevaluationen und der Erprobung des neuen zweistufigen Planungsverfahrens. Bei der Neubeurteilung der Leistungsbereiche

- Behandlung von Schwerverletzten,
- komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie,
- komplexe Behandlung von Hirnschlägen und
- hochspezialisierte Viszeralchirurgie

kam dieses Verfahren bereits zur Anwendung. Gestützt auf die Resultate der Reevaluation verabschiedete das HSM-Beschlussorgan die definitiven Zuordnungen dieser Leistungsbereiche zur HSM.

#### 2.4.3 HSM-Qualitätsregister

Ein weiterer Fokus lag 2015 bei der Etablierung der verschiedenen HSM-Qualitätsregister. Zur Sicherstellung der Datenqualität verlangen die HSM-Organen eine periodische Auditierung der HSM-Register. Mit diesen Bestrebungen implementieren die HSM-Organen die ersten flächendeckend auditierten Qualitätsregister, mit welchen prospektiv in der Schweiz erstmals nicht nur die Behandlungsqualität, sondern auch der erzielte Outcome beurteilt werden kann. Damit wurde eine Grundlage geschaffen, die ein gesamtschweizerisches systematisches Benchmarking der Leistungserbringer erlaubt. Die Umsetzung der verschiedenen HSM-Register wurde in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Experten ins Rollen gebracht. Mit der Durchführung der ersten Auditierung des viszeralchirurgischen HSM-Registers wurde die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) beauftragt.

#### 2.4.4 Hochspezialisierte Leistungen ausserhalb des Kantons Basel-Stadt

In den letzten Jahren verabschiedete das HSM-Beschlussorgan Leistungszuteilungen in insgesamt 40 HSM-Bereichen. Mit den bisher getroffenen Entscheidungen ist der Zugang zu diesen Leistungen ge-

währleistet und es besteht in keinem Gebiet eine Unterversorgung. Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, wird im Rahmen der hochspezialisierten Medizin oftmals nur die Initialbehandlung bzw. die komplexen chirurgischen Eingriffe an einem Zentrum der hochspezialisierten Medizin konzentriert. Einzelne Therapieelemente der Vor- und Nachsorge können im Sinne von shared care und Patientenpfaden wohnortsnah erfolgen. Das behandelnde HSM-Zentrum nimmt dabei eine wichtige Koordinationsfunktion ein. Aufgrund der historischen Entwicklung und der medizinischen Ausrichtung der Spitäler im Kanton Basel-Stadt werden lediglich einige wenige Leistungen nur ausserhalb vom Kanton angeboten.

#### 2.4.5 Fokus 2016

Der Fokus der Planung liegt auch 2016 auf der Neubeurteilung der befristeten Leistungszuteilungen. Es sollen weitere Verfahrensschritte im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie, der komplexen Hirnschlagbehandlung, der Behandlung von Schwerverletzten und der komplexen Neurochirurgie und -radiologie eingeleitet werden. Zusätzlich wird der erste Verfahrensschritt (Zuordnung) in weiteren und auch neuen HSM-Bereichen initiiert, namentlich in der Kinderonkologie, der Pädiatrie und Kinderchirurgie, den Organtransplantationen, den Stammzelltransplantationen und den schweren Verbrennungen beim Erwachsenen.

- 9 Der Case Mix Index (CMI) bildet das durchschnittliche Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist.
- 10 Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik des Bundes können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung ausgewertet werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2014 vorliegen.
- 11 [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Themen > Spitalplanung > Leistungsgruppenkonzept
- 12 [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Themen > Hochspezialisierte Medizin > Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin
- 13 [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Themen > Hochspezialisierte Medizin > Spitalliste im Bereich der hochspezialisierten Medizin > Interkantonale HSM-Spitalliste

## 3. Leistungen der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist eine stetige Verstärkung der inner- und ausserkantonalen Patientenströme als Folge der grösseren Spitalwahlfreiheit festzustellen. Dieser erwartete und erwünschte Effekt stärkt die zentrumsmedizinische Funktion des Kantons Basel-Stadt.
- Im Jahr 2015 wurden von der basel-städtischen Wohnbevölkerung 43'349 stationäre Spitalbehandlungen in Anspruch genommen. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Fallzunahme von 1.5% (+648 Fälle).
- Die Inanspruchnahme von ausserkantonalen Behandlungen ist in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich gestiegen (+ 1'710 Fälle). Ihr Anteil hat sich im Berichtsjahr von 10% auf 12% erhöht.

### 3.1 Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2015

Im Jahr 2015 hat die basel-städtische Wohnbevölkerung 43'349 stationäre Spitalbehandlungen in Anspruch genommen. Gegenüber dem Vorjahr stellt dies eine Zunahme von 1.5% (+648 Fälle) dar (Abbildung 3.1-1). Diese Zunahme liegt leicht unter dem Fünfjahresmittel. Seit dem Jahr 2011 ist ein durchschnittliches Patientenwachstum von jährlich 1.6% zu beobachten. Insgesamt ist die Gesamtfallzahl der stationär versorgten basel-städtischen Spitalpatienten um 2'668 Fälle gewachsen. Die darin enthaltenen ausserkantonalen Spitalbehandlungen sind im gleichen Zeitraum um 1'710 Fälle angestiegen beziehungsweise gegenüber dem Vorjahr um 751 Fälle (+17.3%). Dagegen war innerkantonal ein leichter Rückgang der Fallzahl festzustellen (-0.2% bzw. -77 Fälle). Der nach wie vor hohe innerkantonale Versorgungsgrad von 88% ist auf das vom Kanton Basel-Stadt wohnortnahe breite Angebot von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin zurückzuführen.

Die Neugestaltung der Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012 brachte eine Ausweitung der freien Spitalwahl mit sich, von der die Patienten immer stärker Gebrauch machen mit der Folge einer deutlichen Vergrösserung der inner- und ausserkantonalen Patientenströme. Wie der Zustrom von ausserkantonalen Patienten in die basel-städtischen Spitäler (siehe oben Kapitel 2.2.1) hat auch die Beanspruchung von ausserkantonalen Angeboten durch basel-städtische Patienten ein starkes Wachstum erfahren. Diese Entwicklung ist erwartet worden und auch erwünscht, da sie die universitär-medizinische Zentrumsfunktion des Kantons Basel-Stadt stärkt, was im Gegenzug bedeutet, dass Behandlungen mit tieferem Schweregrad verstärkt in ausserkantonalen Angeboten erbracht werden. Im Geburtshaus Basel, welches gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste hat, waren im Berichtsjahr 24 stationäre Geburten zu verzeichnen. Aufgrund der sehr tiefen Fallzahl wird dieses nicht in die statistischen Analysen dieses Kapitels miteinbezogen.

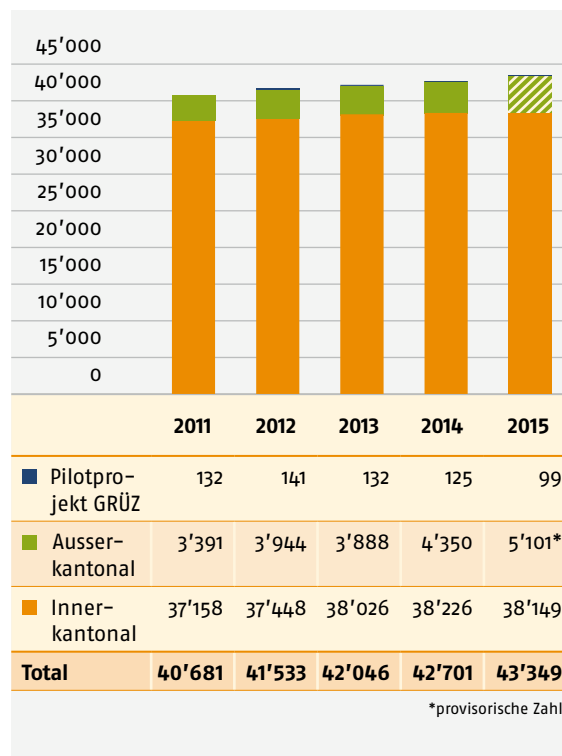
### 3.2 Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer

In Abbildung 3.2-1 sind die durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauern von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern innerhalb der einzelnen Hauptbereiche für die Jahre 2012 bis 2015 dargestellt. Dabei wurden die Langzeitpflegefälle nicht in die Berechnungen miteinbezogen, da keine Spitalbedürftigkeit mehr im Sinne des KVG gegeben ist. Zudem ist anzumerken, dass sich im Berichtsjahr die Berechnungsmethode der stationären Pflgetage geändert hat, sodass die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern nicht mehr mit denen des Gesundheits-

versorgungsberichts 2014 übereinstimmen. In der neuen Berechnungsmethode wird die seit dem Jahr 2012 gültige Fallabrechnungsregel der SwissDRG AG berücksichtigt, wonach es bei einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Kalendertagen zu einer Fallzusammenlegung kommt, falls die Hauptdiagnosen aus derselben Hauptdiagnosegruppe stammen. Die Tage, die bei den zusammengeführten Fällen zwischen den einzelnen stationären Aufenthalten liegen, werden in der neuen Berechnungsmethode nicht mehr als Pflgetage mitgezählt.

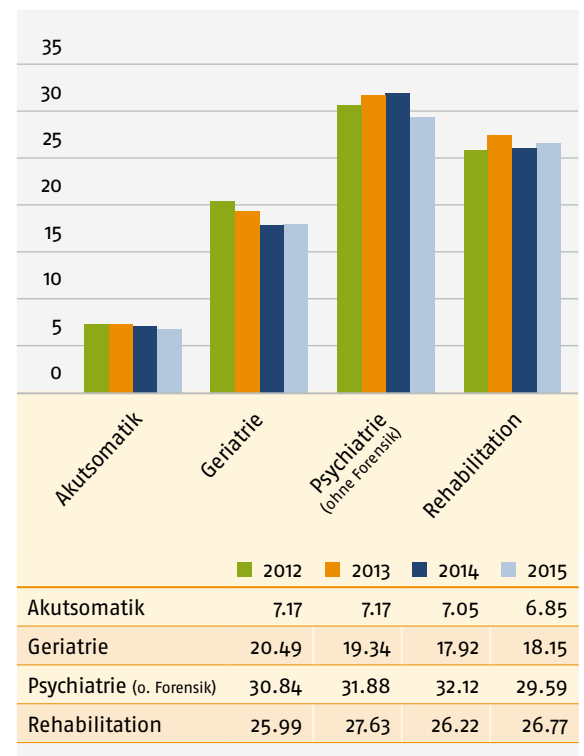
Im fallstärksten Leistungsbereich der Akutsomatik ist die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer im

**Abbildung 3.1-1: Entwicklung und Verteilung der stationären Spitalbehandlungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2011 bis 2015**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die stationären Fallzahlen der ausserkanton behandelten Basel-Städter; Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die stationären Fallzahlen der innerkanton versorgten Basel-Städter; Abrechnungsdaten der Spitäler für die Berechnung der provisorischen stationären Fallzahl zu den ausserkanton behandelten Basel-Städtern im Jahr 2015 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt); Monitoringbericht 2015 über das Pilotprojekt «Grenz-überschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie dem Landkreis Lörrach» (GRÜZ)<sup>14</sup>; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2016, für die stationären Fallzahlen im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ.

**Abbildung 3.2-1: Durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2012 bis 2015 (ohne Langzeitpflegefälle)**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt



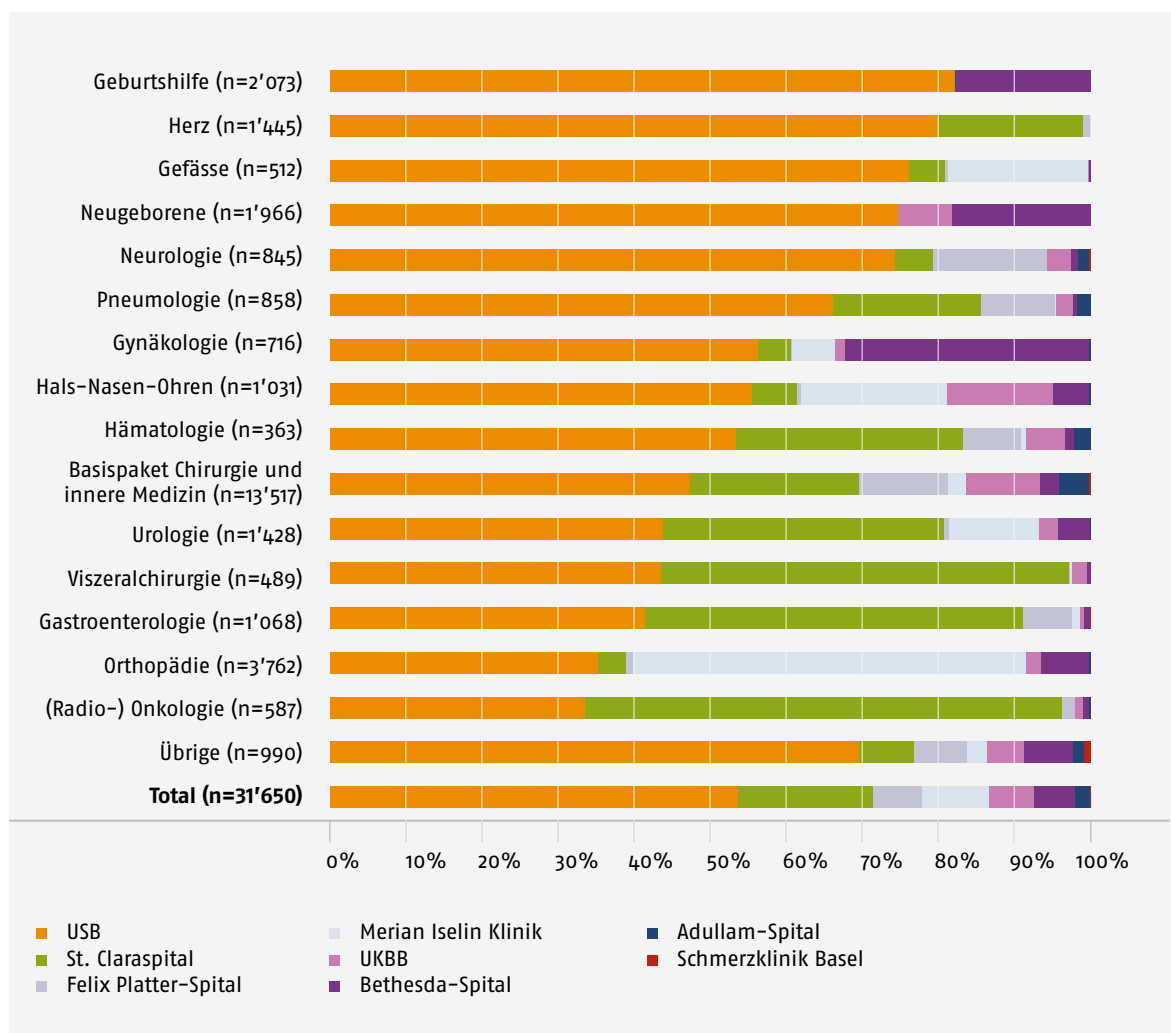
Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr um 0.2 Tage leicht gesunken. Gleichzeitig hat die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im Bereich der Rehabilitation um 0.6 Tage zugenommen. In der Psychiatrie (ohne Forensik) ist die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer in der betrachteten Vierjahresperiode um 1.3 Tage gesunken. Die grösste Abnahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer ist mit 2.3 Tagen im Bereich der Geriatrie zu verzeichnen. Diese Entwicklung dürfte vor allem auf den rascheren Patientenabfluss aus den Akutspitälern aufgrund der Kapazitätserweiterung bei den Pflegeheimplätzen zurückzuführen sein (siehe dazu auch Kapitel 6.2).

### 3.3 Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen

Im fallstärksten Versorgungsbereich der Akutsomatik lassen sich die einzelnen medizinischen Behandlungen in 25 klinische Leistungsbereiche gemäss der Zürcher Leistungsgruppensystematik einteilen. Damit wird das gesamte akutsomatische Behandlungsspektrum systematisch beschrieben.

In Abbildung 3.3-1 sind die Fallzahlen der stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbe-  
reichen und Spitälern für das Jahr 2015 dargestellt.

**Abbildung 3.3-1: Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereich und Basler Spital im Jahr 2015**



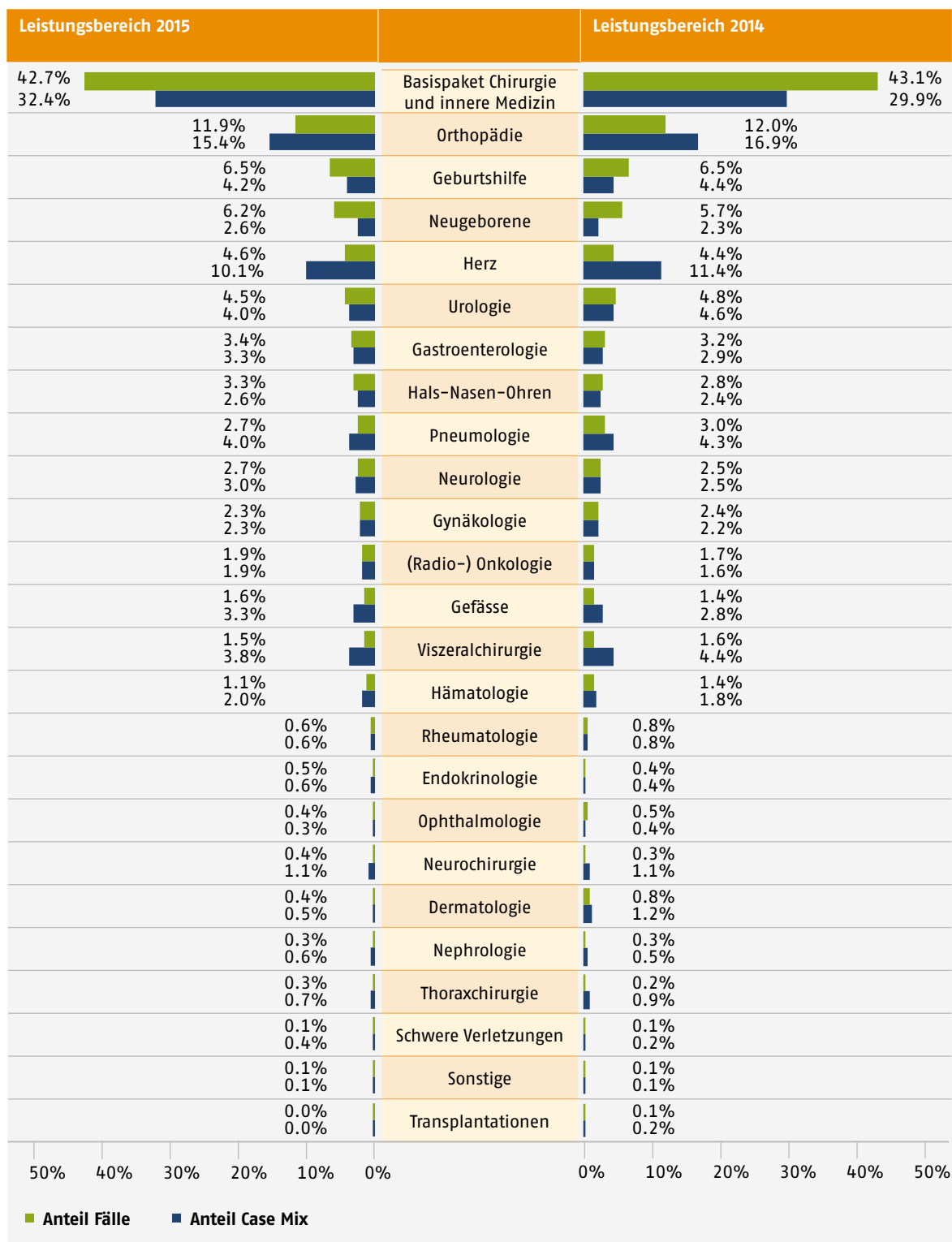
Diese Grafik gibt einen Überblick über die einzelnen Leistungsschwerpunkte der Spitäler. Das Universitätsspital Basel (USB) ist mit einem Anteil von rund 54% der stationären Behandlungsfälle der grösste Leistungserbringer im Kanton. In allen Leistungsbereichen werden dort mehr als ein Drittel der stationären Patienten versorgt. Zudem weist das USB in den meisten Bereichen den grössten Marktanteil auf. Das St. Claraspital ist mit einem Anteil von rund 18% an den stationären basel-städtischen Behandlungsfällen der zweitgrösste Leistungserbringer. Es werden im Vergleich zu den übrigen Basler Spitalern die meisten basel-städtischen Patienten in der stationären (Radio-) Onkologie behandelt. Weitere Versorgungsschwerpunkte sind die Viszeralchirurgie, die Gastroenterologie und die Urologie. Im Leistungsbereich Orthopädie<sup>15</sup> weist die Merian Iselin Klinik (MIK) mit 52% (+3% gegenüber dem Vorjahr) den grössten Marktanteil in einem einzelnen Leistungsbereich auf. In den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Versorgung von Neugeborenen werden rund 95% der stationären basel-städtischen Behandlungsfälle im USB (75%) und im Bethesda-Spital (20%) versorgt.

Die Tabelle 3.3-3 gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten auf die einzelnen Leistungsbereiche im Jahr 2015. In der Abbildung 3.3-2 sind zudem im Vergleich zum Vorjahr die prozentualen Veränderungen der Fallzahlen und der Case Mixes<sup>16</sup> pro Leistungsbereich dargestellt. Dabei sind die von Basler Patienten in der chirurgischen und internistischen Basisversorgung (Basispaket Chirurgie und innere Medizin) beanspruchten stationären Spitalbehandlungen mit einem Anteil von 43% in etwa konstant geblieben. Im Jahr 2015 wurden ca. 47% dieser stationären Fälle im USB behandelt. Mit einem Case Mix von 11'362 nimmt die chirurgische und internistische Basisversorgung der basel-städtischen Wohnbevölkerung 32% des gesamten SwissDRG-Abgeltungsvolumens (35'026) ein (Abbildung 3.3-2 und Tabelle 3.3-3). Der durchschnittliche Case Mix Index<sup>17</sup> (CMI) dieser Leistungsgruppe beträgt 0.84 und hat gegenüber dem Vorjahr um 12% zugenommen (Tabelle 3.3-3). Mit einem Anteil von 12% (3'762 Fälle) an allen stationär behandelten, akutsomatischen, basel-städtischen Fällen stellt die Orthopädie den grössten Leistungs-

bereich unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen dar. Dabei entfallen 15% (5'403) des gesamten Case Mix auf den Leistungsbereich Orthopädie, der mit einem CMI von rund 1.44 um das 1.7-fache höher ist als der CMI der chirurgischen und internistischen Grundversorgung. Gegenüber dem Vorjahr hat der CMI des Leistungsbereichs Orthopädie um rund 5% abgenommen. Die Zu- respektive Abnahmen des CMI sind dabei u.a. auch auf die jährlichen Anpassungen im SwissDRG-Tariffsystem (Katalogeffekt) zurückzuführen, wodurch sich die Basis- und folglich auch die effektiven Kostengewichte einzelner SwissDRGs ändern können. Gemessen an der Fallzahl stellen die Geburtshilfe und die Versorgung der Neugeborenen mit rund 7% respektive 6% der basel-städtischen Fälle (2'073 bzw. 1'966) die nächstgrösseren stationären Spezialgebiete dar, wobei die Anteile am Case Mix nur 4% bzw. 3% betragen, sodass der letztgenannte Bereich die tiefste relative Abgeltung erhält. Die höchsten relativen Entschädigungen finden sich in den Leistungsbereichen Transplantationen und schwere Verletzungen, wobei im Jahr 2015 nur bei drei basel-städtischen Patienten eine Transplantation in einem Basler Spital durchgeführt worden ist (Tabelle 3.3-3).

In Abbildung 3.3-4 ist die Anzahl von stationär behandelten Basel-Städtern in ausserkantonalen Spitalern nach den verschiedenen akutsomatischen Leistungsbereichen im Jahr 2014 dargestellt. Die Abbildung 3.3-5 gibt zusätzlich einen Überblick über die prozentuale Verteilung dieser Patienten auf die einzelnen akutsomatischen Leistungsbereiche. Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2014 vorliegen. In diesem nahmen 3'228 basel-städtische Patienten eine akutsomatische Behandlung in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch. Gemessen an der stationären, akutsomatischen Gesamtnachfrage der basel-städtischen Wohnbevölkerung, entspricht dies einem Anteil von rund 9%. Der häufigste, von Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale Leistungserbringer ist mit 32% das Kantonsspital Baselland. Darauf folgen die Hirslanden Klinik Birshof und die Ita Wegman Klinik mit 16% respektive 6%. Unter den ausserkantonalen Universitätsspitalern weisen das Inselspital Bern (74 Fälle) und das Universitätsspital Zürich (47 Fälle) mit 2% respektive 1%

Abbildung 3.3-2: Anzahl und Case Mix der stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen in den Jahren 2014 und 2015 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)



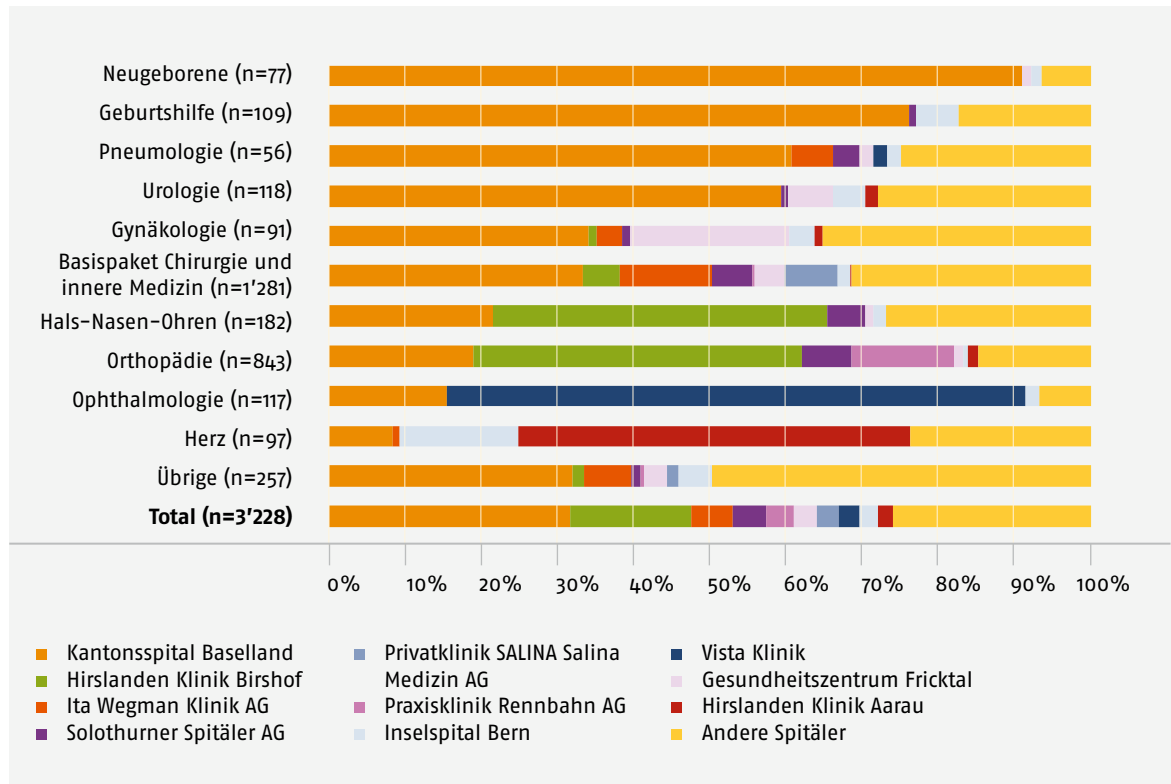
**Tabelle 3.3-3: Stationäre, akutsomatische, nach SwissDRG abgerechnete Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2015 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern): Anzahl Fälle, Case Mix und Case Mix Index (CMI)**

Leistungsbereich 2015	Fälle		Case Mix		CMI
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Basispaket Chirurgie und innere Medizin	13'517	42.7%	11'362	32.4%	0.84
Orthopädie	3'762	11.9%	5'403	15.4%	1.44
Geburtshilfe	2'073	6.5%	1'477	4.2%	0.71
Neugeborene	1'966	6.2%	911	2.6%	0.46
Herz	1'445	4.6%	3'526	10.1%	2.44
Urologie	1'428	4.5%	1'390	4.0%	0.97
Gastroenterologie	1'068	3.4%	1'161	3.3%	1.09
Hals-Nasen-Ohren	1'031	3.3%	927	2.6%	0.90
Pneumologie	858	2.7%	1'395	4.0%	1.63
Neurologie	845	2.7%	1'060	3.0%	1.25
Gynäkologie	716	2.3%	814	2.3%	1.14
(Radio-) Onkologie	587	1.9%	672	1.9%	1.14
Gefässe	512	1.6%	1'141	3.3%	2.23
Viszeralchirurgie	489	1.5%	1'319	3.8%	2.70
Hämatologie	363	1.1%	700	2.0%	1.93
Rheumatologie	190	0.6%	217	0.6%	1.14
Endokrinologie	158	0.5%	208	0.6%	1.32
Ophthalmologie	142	0.4%	120	0.3%	0.85
Neurochirurgie	121	0.4%	390	1.1%	3.23
Dermatologie	116	0.4%	168	0.5%	1.45
Nephrologie	96	0.3%	197	0.6%	2.05
Thoraxchirurgie	83	0.3%	262	0.7%	3.16
Schwere Verletzungen	42	0.1%	156	0.4%	3.72
Sonstige	39	0.1%	34	0.1%	0.88
Transplantationen	3	0.0%	16	0.0%	5.25
<b>Gesamt</b>	<b>31'650</b>	<b>100%</b>	<b>35'026</b>	<b>100%</b>	<b>1.11*</b>

\*gewichtet

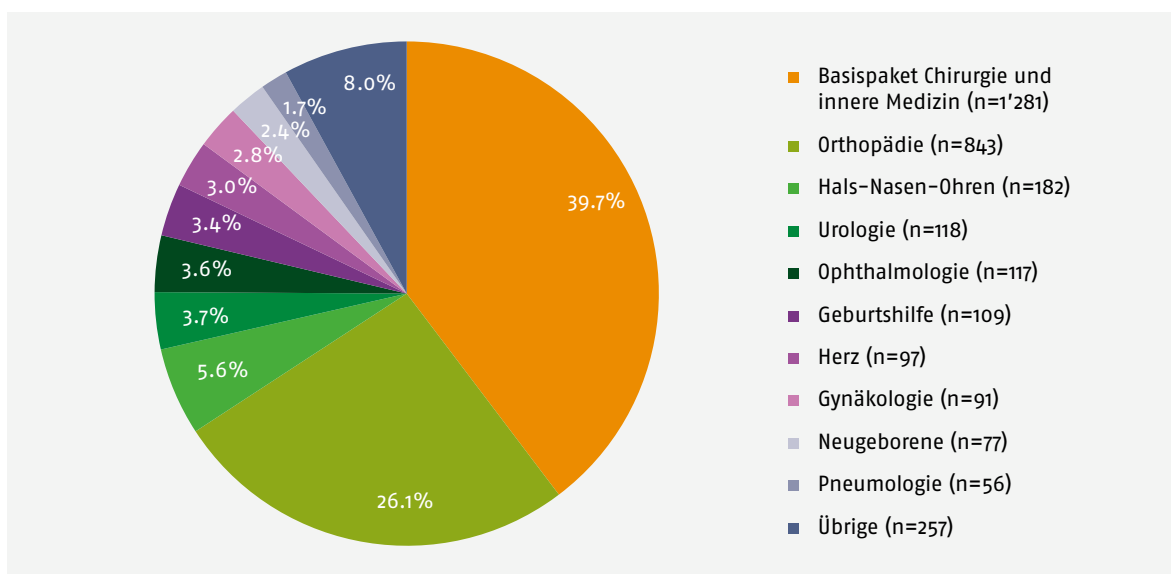
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistisch Amt Basel-Stadt

**Abbildung 3.3-4: Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)**



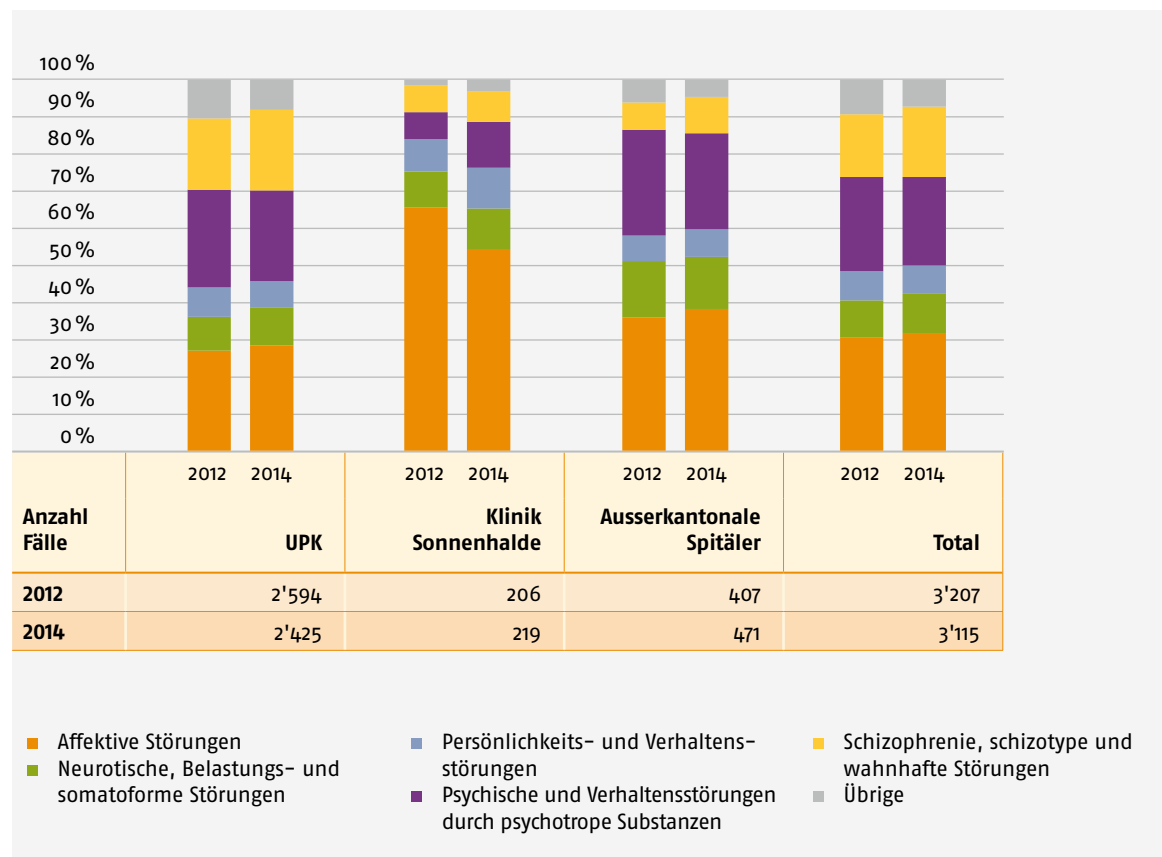
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

**Abbildung 3.3-5: Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

**Abbildung 3.4-1: Anzahl der fünf häufigsten stationären, psychiatrischen Hauptdiagnosen von basel-städtischen Patienten nach Behandlungsort in den Jahren 2012 und 2014**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

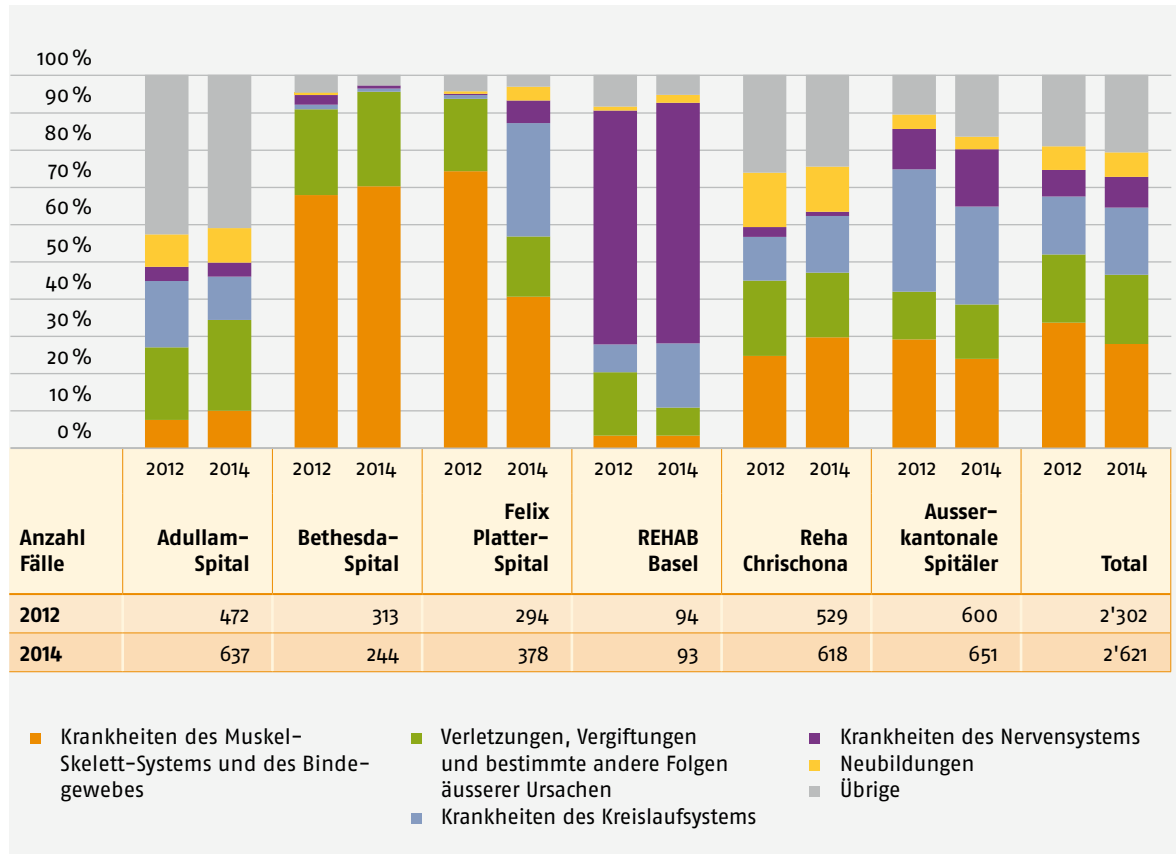
die grössten Anteile an ausserkantonale, stationär versorgten basel-städtischen Patienten auf. Der unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen stationär am häufigsten von Basel-Städtern ausserkantonale in Anspruch genommene Leistungsbereich ist ebenfalls die Orthopädie, wobei von den entsprechenden Hospitalisationen dieses Bereichs rund 43 % (363 Fälle) auf die Hirslanden Klinik Birshof und 19 % (160 Fälle) auf das Kantonsspital Baselland entfallen.

### 3.4 Psychiatrische Spitalbehandlungen

Im Jahr 2014 wurden in den inner- und ausserkantonalen psychiatrischen Kliniken insgesamt 3'115 basel-städtische Patienten stationär behandelt. Gegenüber dem Jahr 2012 ist dies ein Rückgang von

rund 3 % (- 92 Fälle). Die Abbildung 3.4-1 gibt unter Angabe des behandelnden Spitals einen Überblick über die prozentuale Verteilung der fünf häufigsten, stationären Behandlungsindikationen dieser Patienten in den Jahren 2012 und 2014. Dabei haben sich die prozentualen Anteile der stationär gestellten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Basler Patienten kaum verändert. Im Jahr 2014 stellten die affektiven Störungen (Depression, Manie) mit 32 % der Fälle den häufigsten stationären Behandlungsgrund dar, gefolgt von den durch psychotrope Substanzen ausgelösten psychiatrischen Erkrankungen mit 24 %. Die affektiven Störungen und die durch psychotrope Substanzen ausgelösten psychiatrischen Erkrankungen sind gleichzeitig auch die häufigsten psychiatrischen Behandlungsindikationen der basel-städtischen Patienten in ausserkantonalen Spitälern.

**Abbildung 3.5-1: Anzahl der fünf häufigsten Krankheitsursachen für eine stationäre Rehabehandlung von basel-städtischen Patienten nach Behandlungsort in den Jahren 2012 und 2014**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

### 3.5 Spitalbehandlungen im Bereich Rehabilitation

Im Jahr 2014 waren die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit rund 28% der Fälle die häufigsten Krankheitsursachen für eine stationäre Rehabehandlung von basel-städtischen Patienten (Abbildung 3.5-1). In den ausserkantonalen Spitälern zählen die Krankheiten des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems der Basel-Städter zu den häufigsten Indikationen eines stationären Rehaaufenthalts. Im Jahr 2014 wurden im Bereich der Rehabilitation insgesamt 2'621 basel-städtische Patienten in den inner- und ausserkantonalen Spitälern stationär behandelt. Gegenüber dem Jahr 2012 entspricht dies einer Zunahme von rund 14% (+319 Fälle).

- 14 Es handelt sich um eine grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in den beiden Staaten ermöglichten die Realisierung dieses Pilotprojektes, insbesondere die Abgeltung der Leistungen für grenzüberschreitende Behandlungen durch die gesetzliche bzw. obligatorische Krankenversicherung. Für weitere Informationen: [www.gruez.ch](http://www.gruez.ch)
- 15 Mit dem Leistungsbereich Orthopädie ist hier der in der Zürcher Leistungsgruppensystematik bezeichnete Leistungsbereich «Bewegungsapparat chirurgisch» gemeint. Orthopädie als geläufiger Begriff wird daher anstelle der Bezeichnung «Bewegungsapparat chirurgisch» verwendet.
- 16 Der Case Mix ist die Summe der effektiven Kostengewichte aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten SwissDRGs (üblicherweise pro Spital und Jahr erhoben).
- 17 Der Case Mix Index (CMI) bildet das durchschnittliche Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischen Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist.

## 4. Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung



### In Kürze

- Die KVG-relevanten Gesamtkosten beliefen sich im Jahr 2015 auf 510.2 Mio. Franken und sind gegenüber dem Vorjahr um 13.1 Mio. Franken (2.6%) angestiegen, wovon 7.2 Mio. Franken auf den Kanton (55%) und 4.9 Mio. Franken auf die Krankenversicherer (45%) entfallen. Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen (inkl. IVG) belief sich somit auf 282.3 Mio. Franken.
- Trotz erneuten Verhandlungen zwischen der Einkaufsgemeinschaft HSK und dem Felix Platter-Spital sowie dem Bethesda-Spital mussten die beiden Festsetzungsverfahren mangels Einigung der Parteien rückwirkend per 1. Januar 2012 aufgenommen werden. In diesen Fällen gelten weiterhin die mit Beschluss des Regierungsrates vom 10. Januar 2012 festgesetzten Arbeitstarife.
- Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wird im Gesetz festgehalten, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht über die Spitaltarife finanziert werden dürfen, sondern von den Kantonen bzw. Gemeinden oder Dritten separat vergütet werden müssen.

### 4.1 Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung

Ab dem Jahr 2012 wird die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschriebene Regelung der Abgeltung der stationären Behandlungen durch leistungsorientierte Tarife angewendet. Danach finanzieren Wohnkanton und Krankenversicherer stationäre Spitalbehandlungen zu fixen Anteilen (Art. 49a KVG), wobei die Tarife die vollen anrechenbaren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzung) umfassen. Der Regierungsrat hat den kantonalen Vergütungsanteil für das Jahr 2015 auf den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert von 55 % festgelegt. Gemäss Art. 14<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) werden Spitalaufenthalte zur Behandlung von Geburtsgebrechen ebenfalls dual-fix durch Invalidenversicherung (IV) und Kanton finanziert, wobei der Kanton zur Übernahme von 20 % der Kosten verpflichtet ist.

Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen belief sich im Berichtsjahr auf 282.3 Mio. Franken. Das sind 7.2 Mio. Franken (2.6%) mehr als im Vorjahr. Aufgrund der kantonalen Finanzierungsanteile (KVG 55%, IVG 20%) lassen sich die relevanten Gesamtkosten für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnern im Jahr 2015 mit 518.7 Mio. Franken beziffern, wovon 8.5 Mio. Franken auf die Behandlung von Geburtsgebrechen gemäss IVG zurückzuführen sind. Als weiteres Finanzierungselement hat der Kanton den Spitälern die Bereitstellung von gemeinwirtschaftlichen und nicht kostendeckenden Leistungen (GWL) mit Staatsbeiträgen im Umfang von 95.9 Mio. Franken abgegolten. Diese sind gegenüber dem Vorjahr um 3.5 Mio. Franken (3.8%) zurückgegangen.

In der laufenden Rechnung des Kantons Basel-Stadt kommt die Gesamtbelastung durch die Spitalfinanzierung damit auf 378.2 Mio. Franken zu stehen



Tabelle 4.1-1: Kosten der Spitalfinanzierung in der kantonalen Rechnung 2011 – 2015

in Mio. Franken	Laufende Rechnung				
	2011	2012	2013	2014	2015
direkte Spitalbeiträge und Sockelbeitrag <sup>1</sup>	92.5				
Ordentlicher Nettoaufwand öffentliche Spitäler	251.5				
Konsolidierungsabzug (v.a. intererene Mieten Spitäler)	-39.3				
Kantonsanteil stationäre Behandlung nach KVG, IVG		262.5	269.4	275.1	282.3
Staatsbeiträge GWL durch Regulator <sup>2</sup>		118.4	105.5	92.5	89.0
Staatsbeiträge GWL weitere Behörden <sup>3</sup>		2.5	2.5	6.9	6.9
<b>Total ONA/ZBE Spitalfinanzierung</b>	<b>304.7</b>	<b>383.4</b>	<b>377.4</b>	<b>374.5</b>	<b>378.2</b>
Betriebliche Abschreibungen	33.9				
Abschreibungen Immobilien Spitäler <sup>4</sup>	11.1				
<b>Saldo Laufende Rechnung Spitalfinanzierung</b>	<b>349.8</b>	<b>383.4</b>	<b>377.4</b>	<b>374.5</b>	<b>378.2</b>
Investitionen	Investitionsrechnung				
<b>Total Investitionen Spitäler</b>	<b>84.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
<b>Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung</b>	<b>388.7</b>	<b>383.4</b>	<b>377.4</b>	<b>374.5</b>	<b>378.2</b>
<b>Kumulierte Entlastung Finanzierungssaldo seit 2011</b>		<b>5.3</b>	<b>16.7</b>	<b>30.9</b>	<b>41.4</b>

1 altrechtliche Beiträge an Privatspitäler, Reha Chrischona, UKBB, Ausserkantonale Spitalbehandlungen, Sockelbeitrag

2 Beiträge zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) Rechnung des Bereichs Gesundheitsversorgung: ungedeckte Kosten ambulanter Bereich, ungedeckte Kosten universitäre Lehre und Forschung, übrige GWL

3 Bereich Gesundheitsdienste: Leitender Notarzt, geschützte Operationsstellen; Justiz- und Sicherheitsdepartementen: Notarzt Rettung; Erziehungsdepartement: Beschulung Kinder in Spitälern; Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt: Sozialdienste Spitäler (ab 2014, vorher Bereich Gesundheitsversorgung)

4 Abschreibungen auf Immobilien der Spitäler im Verwaltungsvermögen im Jahr 2011 (Annahme für alle Jahre).

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

(vergleiche Tabelle 4.1-1). Weil die Investitionskostenanteile gemäss den neuen Regeln in den KVG-Tarifen integriert sind, wird die laufende Rechnung im Vergleich zur altrechtlichen Situation bis zum Jahr 2011 stärker belastet. Im Gegenzug wurde die kantonale Investitionsrechnung ab dem Jahr 2012 dauerhaft um jährlich 84.0 Mio. Franken entlastet, weil die öffentlichen Spitäler ihre Investitionen seither selbst finanzieren müssen. Im Endergebnis hat dies im Jahr 2015 im Vergleich zu 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) zu einer kumulierten Entlastung des kantonalen Finanzierungssaldos von 41.4 Mio. Franken geführt. Damit konnten die steigenden Kosten zur Finanzierung des Kantonsanteils für stationäre Spitalbehandlungen durch den Abbau der Staatsbeiträge für die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen der Spitäler überkompensiert werden.

#### 4.2 Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen

Aus den Kosten für den Kantonsanteil der stationären Spitalbehandlungen lassen sich sowohl die Gesamtkosten wie auch der Anteil der Krankenversicherer berechnen (siehe Tabelle 4.2-1). Die KVG-relevanten Gesamtkosten beliefen sich im Jahr 2015 auf 510.2 Mio. Franken und sind gegenüber dem Vorjahr um 13.1 Mio. Franken (2.6%) angestiegen, wovon 7.2 Mio. Franken auf den Kanton (55%) und 5.9 Mio. Franken auf die Krankenversicherer (45%) entfallen. Der aus der kantonalen Rechnung hergeleitete Kostenanteil der Krankenversicherer sollte in etwa mit den in der SASIS Versichertenstatistik ausgewiesenen Kosten korrespondieren. Weichen diese Zahlen ab, so ist der Grund vorwiegend in unterschiedlichen Jahresabgrenzungen aufgrund des getrennten Belegflusses zu suchen. Im Jahr 2012 weisen die Krankenversicherer 9.6 Mio. Franken tiefere Kosten aus, was

auf Verarbeitungsrückstände in Folge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen ist. Diese wurde im Folgejahr dann aufgearbeitet, was dazu einer deutlich höheren Kostensteigerung führte, als den Zahlen der kantonalen Rechnung festzustellen ist, jedoch nur einen statistischen Basiseffekt darstellt. Für 2014 und 2015 zeigen beiden Vergleichszahlen (Tabelle 4.2-1, Zeilen 5 und 6) nur sehr geringe Abweichungen. Somit kann seit dem Jahr 2012 von einer durchschnittlichen Kostensteigerung der stationären Spitalkosten von 2.2% pro Jahr ausgegangen werden.

Wie die Aufschlüsselung nach Leistungsbereichen (Tabelle 4.2-2) zeigt, stellen die Vergütungen für akutsomatische Behandlungen nach KVG mit 200.6 Mio. Franken (ca. 71%) den grössten Anteil an den Kantonsbeiträgen für stationäre Spitalleistungen dar. Sie haben gegenüber dem Vorjahr um 5.7 Mio. Franken (2.9%) zugenommen. Der Kostenanstieg erklärt sich bei leicht rückläufigen Fallzahlen durch den Anstieg des CMI um 4.1%. Diese Erhöhung entstand grösstenteils durch eine Anpassung des Swiss DRG Kataloges, die für eine Erhöhung der Vergütungsgewichte in der Akutgeriatrie sorgte. Allein dies führte zu Mehrkosten von rund 5 Mio. Franken. Für Rehabilitationsbehandlungen wurden insgesamt 38.0 Mio. Franken und damit wieder deutlich mehr als im Vorjahr aufgewendet (+ 2.9 Mio. Franken oder 8.3%). Damit wurde der im Vorjahr verzeichnete Rückgang praktisch wieder aufgeholt. Der Anstieg ist mehrheitlich (2.5 Mio. Franken) auf eine Zunahme der ausserkantonalen Behandlungen zurückzuführen, die wiederum auf eine Erhöhung der Kapazitäten der dortigen Anbieter zurückgeht. Die Aufwendungen für psychiatrische Behandlungen sind mit 38.3 Mio. Franken ebenfalls deutlich angestiegen (+2.7 Mio. Franken oder 7.6%). Auch in diesem Bereich liegt der Grund für den Anstieg im Kapazitätsausbau der ausserkantonalen Angebote.

---

### 4.3 Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt

Die stationären Spitaltarife nach KVG stellen das wichtigste Finanzierungselement der Spitäler dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung an die Wohnkantone und Krankenversicherungen der Patienten. Die gesetzlichen Bestimmungen schreiben die Bildung von leistungsorientierten Tarifen

auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler vor. Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen gelten seit 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem Tarifregelwerk SwissDRG. Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch Tagespauschalen.

---

#### 4.3.1 Grundlagen des Tarifrechts nach KVG

Das im KVG verankerte Verhandlungsprimat fordert die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn solche Verhandlungen definitiv gescheitert sind, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfahren können durch die Tarifparteien mittels Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden, welches letztinstanzlich urteilt. Die Genehmigung oder Festsetzung von Krankenversicherungstarifen unterliegt Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG). Danach sind die kantonalen Behörden verpflichtet, vorgängig die eidgenössische Preisüberwachung (PUE) anzuhören. Diese kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder Preise zu senken. Diese Stellungnahmen sind für die Kantonsregierung nicht verbindlich. Sie sind jedoch in den Tarifentscheiden aufzuführen. Wird den Empfehlungen der PUE nicht Folge geleistet, ist dies zu begründen. Bezüglich der Höhe der Tagespauschalen hat die PUE analog den Vorjahren generell auf Stellungnahmen verzichtet. Bei den akutsomatischen SwissDRG Baserates gab sie hingegen bei den meisten Leistungserbringerinnen eine Empfehlung ab.

---

#### 4.3.2 Entwicklung der Tariflandschaft

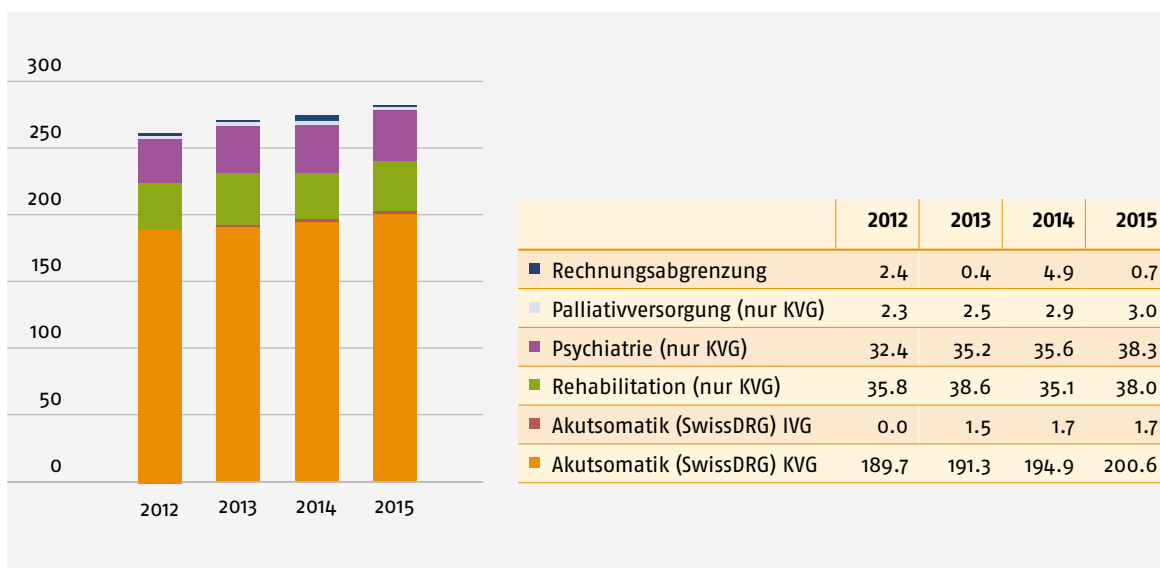
Nachdem das Bundesverwaltungsgericht in sämtlichen hängigen Beschwerdeverfahren entschieden hat, den vom Regierungsrat festgesetzten Tarif aufzuheben und die Sache zur erneuten Sachverhaltsabklärung und Beurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, ist wieder Bewegung in die Tariflandschaft gekommen. So konnten sich die Merian Iselin Klinik, das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) sowie die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) mit den Versicherergruppen auf rückwirkende Tarifverträge seit

Tabelle 4.2-1: Kostenentwicklung der stationären Spitalbehandlungen gemäss KVG<sup>18</sup>

in Mio. Franken	2012	2013	2014	2015	Veränderung Vorjahr		
					2012/13	2013/14	2014/15
1 Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung	262.6	269.5	275.1	282.3	2.6%	2.1%	2.6%
2 davon IVG	0.0	1.4	1.7	1.7	–	21.4%	0.0%
3 Kantonsbeitrag KVG (55%)	262.6	268.1	273.4	280.6	2.1%	2.0%	2.6%
4 Gesamtkosten KVG (100%)	477.5	487.5	497.1	510.2	2.1%	2.0%	2.6%
5 errechneter Anteil Krankenversicherung (45%)	214.9	219.4	223.7	229.6	2.1%	2.0%	2.6%
6 Kosten Spital stationär gemäss SASIS Versichertenstatistik	205.3	223.2	223.9	229.0	8.7%	0.3%	2.3%

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Versichertenstatistik SASIS AG

Abbildung 4.2-2: Kosten der stationären Spitalbehandlung nach Leistungsbereichen



Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Fallzahlenstatistik Gesundheitsversorgung

1. Januar 2012 bzw. für die Dauer des vertragslosen Zustandes einigen.

Trotz erneuten Verhandlungen zwischen der Einkaufsgemeinschaft HSK und dem Felix Platter-Spital sowie dem Bethesda-Spital mussten die beiden Festsetzungsverfahren mangels Einigung der Parteien rückwirkend per 1. Januar 2012 aufgenommen werden. In diesen Fällen gelten weiterhin die mit Beschluss des Regierungsrates vom 10. Januar 2012 (RRB-Nr. 12/01/34) festgesetzten Arbeitstarife.

Insgesamt sind im Bereich der Tagespauschalen neun Tarifverträge und im Bereich der Akutsomatik 15 Tarifverträge zur Genehmigung eingegangen. Sie wurden allesamt vom Regierungsrat genehmigt.

#### **4.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler**

Als Element der neuen Spitalfinanzierung wird im Gesetz (Art. 49 KVG) festgehalten, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht über die Spitaltarife finanziert werden dürfen, sondern von den Kantonen bzw. Gemeinden oder Dritten separat vergütet werden müssen. Unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird die Erfüllung von Aufgaben verstanden, die von den Spitälern im Auftrag der öffentlichen Hand (z.B. in Erfüllung von Bundesrecht) erbracht werden oder aufgrund eines sozialen oder gesellschaftlichen Zusammenhangs angeboten werden sollen. Diese Leistungen werden weder von den Krankenversicherungen noch von den Patienten oder Dritten finanziert.

Das Gesetz definiert als GWL die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die universitäre Lehre und die Forschung. Die Aufzählung ist nicht abschliessend und somit obliegt es den Kantonen, die weiteren gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu definieren. Somit sind auch die kantonsspezifischen Vereinbarungen und Regelungen in die GWL einzubeziehen. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden in Leistungen gemäss KVG, Leistungen mit ungedeckten Kosten und GWL im engeren Sinn unterteilt.

Die Tabelle 4.4.1 zeigt einen Überblick über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die von basel-städtischen Spitälern angeboten werden. Aufgrund der Diversität der einzelnen Bereiche sind nicht alle Leistungsvereinbarungen in der Zuständigkeit des Gesundheitsdepartementes. Beispielsweise gehört die

Beschulung von Kindern in die Zuständigkeit des Erziehungsdepartementes oder der Spital-Sozialdienst in jene des Departementes für Wirtschaft, Soziales und Umwelt.

Der Grosse Rat hat seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 Rahmenausgabenbewilligungen für die Jahre 2012 bis 2018 gutgeheissen. Die GWL für das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) wurden für die gleichen Zeiträume im Rahmen von Partnerschaftlichen Geschäften von den Parlamenten der beiden Trägerkantone beschlossen.

Im Rahmen der generellen Aufgabenprüfung im Herbst 2014 hat der Regierungsrat zudem beschlossen, das Budget für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Bereich Langzeitpflege in Spitälern um 3 Mio. Franken und im Bereich Finanzierung der ungedeckten Kosten für universitäre Lehre und Forschung um 23 Mio. Franken ab 2016 zu kürzen.

##### **4.4.1 Ungedeckte Kosten der Tageskliniken**

Im Bereich der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Geriatrie und der Neurorehabilitation bestehen im Kanton Basel-Stadt Angebote an tagesklinischer Betreuung. Diese werden durch die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, die Klinik Sonnenhalde, das Felix Platter-Spital (FPS) und das REHAB Basel betrieben.

In Tageskliniken wird Patienten eine Behandlung ermöglicht, die es ihnen erlaubt, tagsüber psychosozial und medizinisch betreut zu werden. Sie bleiben in ihrem sozialen Umfeld und täglichen Ablauf integriert. Dies unterstützt den Patienten in seiner täglichen Routine und im Genesungsprozess. Der Fokus der tagesklinischen Behandlung liegt vor allem in der psychosozialen Betreuung, die nicht über die ambulanten Tarifwerke abgegolten werden kann. Dieses Angebot ermöglicht die Vermeidung von stationären Aufenthalten, was einerseits den Wünschen der Patienten entspricht und medizinisch sinnvoll ist, andererseits zu einer Reduktion der stationären Spitalkosten beiträgt.

Die Finanzierung wurde seit der Streichung der Leistungskategorie «teilstationär» aus dem KVG nicht mehr vollständig durch die Krankenversicherer sichergestellt. Die Kosten werden analog der stationären Spitalfinanzierung mittels einer mit den Krankenversicherern verhandelten Tagespauschale zwischen dem Kanton und den Krankenversicherern gemäss Spitalfinanzierung aufgeteilt.

Tabelle 4.3-1: Übersicht SwissDRG Baserates der basel-städtischen Spitäler

Stationäre Spitaltarife Akutsomatik <sup>1,2</sup>						
Spital	Versicherer	Baserates (Fr.)				
		2012	2013	2014	2015	2016
Universitätsspital Basel	tarifsuisse <sup>3,4</sup>	10'700	10'400	10'430	10'350	10'650
	CSS <sup>4</sup>	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	10'650
	HSK <sup>4</sup>	10'670	10'550	10'430	10'370	10'650
Universitäts- Kinderspital beider Basel	tarifsuisse	11'100	11'100	11'100	11'100	10'850
	CSS	11'100	11'100	11'100	11'100	10'850
	HSK	11'900	12'050	11'900	11'850	11'800
	Sympany	11'750	11'950	11'900	11'800	11'800
St. Claraspital	tarifsuisse	9'756	9'756	9'690	9'690	9'670
	CSS	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	9'670
	HSK	10'175	9'756	9'690	9'690	9'690
Merian Iselin Klinik	tarifsuisse	9'756	9'756	9'690	9'690	9'600
	CSS	9'756	9'756	9'700	9'690	9'650
	HSK	10'175	10'175	9'690	9'690	9'655
Bethesda-Spital	tarifsuisse	9'860	9'756	9'690	9'670	9'655
	HSK	9'860	9'800	9'690	9'665	9'690
Felix Platter-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'900	9'750	9'650	9'620	9'620
	HSK	9'900	9'840	9'770	9'690	9'680
Adullam-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'900	9'660	9'600	9'570	9'560
	HSK	9'728	9'724	9'674	9'600	9'580
Schmerzklinik	tarifsuisse	9'756	9'720	9'670	9'600	9'050
	HSK	9'780	9'740	9'700	9'550	9'550
Geburtshaus Basel	tarifsuisse	9'830	9'830	8'830	8'830	9'050
	CSS	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	tarifsuisse	9'050
	HSK	9'830	9'850	8'795	8'840	8'840

- Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig
- Tarifvertrag im Genehmigungsverfahren
- Vorjahrestarifvertrag um ein Jahr verlängert (Art. 47 Abs. 3 KVG)
- Tarif festgesetzt gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG, rechtskräftig
- kein selbstständiger Tarifvertrag abgeschlossen, sondern anderen Versicherern angeschlossen

1 Es werden nur diejenigen Versicherergruppen abgebildet, welche für die Jahre 2016 ff. einen eigenständigen Tarif haben.  
 2 Da den Empfehlungen der Preisüberwachung bisher nie gefolgt werden konnte, wird diese hier nicht wiedergegeben.  
 3 Tarif 2012 gilt bis zum 31.03.2013  
 4 Mischtarif 2016: Januar – Juni: 10'950, Juli – Dezember: 10'350

Tabelle 4.3-2: Übersicht Tagespauschalen der basel-städtischen Spitäler

Stationäre Spitaltarife Tagespauschalen <sup>1</sup> : Psychiatrie, Rehabilitation, Palliativversorgung						
Spital	Versicherer	2012	2013	2014	2015	2016
UPK Erwachsene stationär	tarifsuisse	660	660	660	660	698
	HSK	710	715	710	705	730
UPK Kinder/Jug. stationär	tarifsuisse	795	795	795	795	820
	HSK	795	827	830	825	850
Sonnenhalde stationär	tarifsuisse	565	565	575	575	595
	HSK	575	575	585	590	590
Rehabilitation						
Felix Platter-Spital Frührehabilitation	tarifsuisse	620	620	620	620	620
	HSK	600	600	600	600	600
Felix Platter-Spital geriatrische Reha	tarifsuisse	---	735	725	730	730
	HSK	690	690	690	690	690
Felix Platter-Spital neurologische Reha	tarifsuisse	---	840	830	830	830
	HSK	750	750	750	750	750
Adullam-Spital-geriatrische Reha	tarifsuisse	585	610	610	650	660
	HSK	590	598	598	660	660
Bethesda-Spital	tarifsuisse	620	620	610	610	625
	HSK	600	600	600	600	600
Reha Chrischona	tarifsuisse	583	595	610	620	635
	HSK	586	595	620	620	630
REHAB Basel Querschnittsgelähmte	tarifsuisse	1'345	1'354	1'390	1'415	1'435
	HSK	1'345	1'372	1'400	1'425	1'445
REHAB Basel Hirnverletzte	tarifsuisse	1'474	1'489	1'510	1'535	1'555
	HSK	1'454	1'483	1'512	1'540	1'565
Palliativversorgung						
Palliativzentrum Hildegard	tarifsuisse	770	830	930	930	930
	HSK	792	792	930	930	950
St. Claraspital	HSK	710	750	750	930	930

Die Preisüberwachung hat bei allen Tagespauschalen auf Empfehlungen verzichtet.

- Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig
- Tarifvertrag, zur Genehmigung eingereicht
- Tarifvertrag 2012 gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert
- Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, rechtskräftig

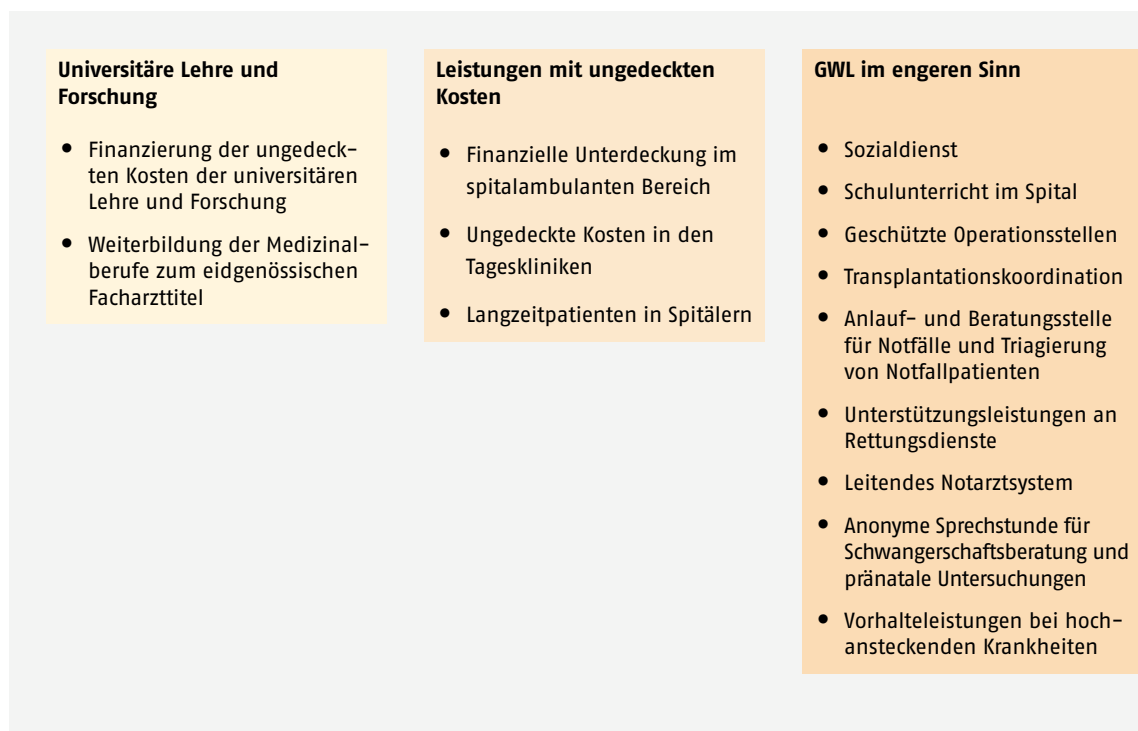
1 Es werden nur diejenigen Versicherergruppen abgebildet, welche für die Jahre 2016 ff. einen eigenständigen Tarif haben.

**Tabelle 4.4-1: Staatsbeiträge an gemeinwirtschaftlichen Leistungen und ungedeckten Kosten der basel-städtischen Spitäler der Jahre 2012 bis 2015 in Mio. Franken**

GWL-Art	Rechnung 2012	Rechnung 2013	Rechnung 2014	Rechnung 2015	Budget 2016
Ungedeckte Kosten Ambulatorien öffentliche Spitäler	27.9	18.6	9.2	5.5	5.5
Ungedeckte Leistungen Tageskliniken	3.4	3.8	3.6	4.1	3.8
Kosten fachärztliche Weiterbildung	14.4	13.7	13.3	14.0	12.9
Finanzierung nicht gedeckte Kosten der universitären Lehre und Forschung	59.3	59.3	60.6	60.6	37.3
Langzeitpflegepatienten in Spitälern	5.0	4.1	3.7	3.0	0.9
Übrige GWL	8.3	5.8	1.9	1.5	1.7
<b>GWL Spitäler (Bereich GSV)</b>	<b>118.3</b>	<b>105.3</b>	<b>92.3</b>	<b>88.7</b>	<b>62.1</b>
Weitere GWL Gesundheitsdepartement	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Weitere GWL Kanton Basel-Stadt	1.8	1.8	6.2	6.2	6.2
<b>Total GWL Rechnung Basel-Stadt</b>	<b>120.8</b>	<b>107.8</b>	<b>99.2</b>	<b>95.6</b>	<b>69</b>
<b>GWL des Kantons Basel-Landschaft an das UKBB</b>	<b>7.2</b>	<b>6.2</b>	<b>5.8</b>	<b>5.8</b>	<b>5.8</b>

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

**Abbildung 4.4-2: Übersicht der verschiedenen Bereiche der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in basel-städtischen Spitäler**



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

#### 4.4.2 Fachärztliche Weiterbildung

In den Spitälern entsteht ein grosser Teil der Aufwendungen für die universitäre Lehre durch die ärztliche Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zu einem eidgenössischen Facharztstitel. Die Finanzierung nach dem Universitätsabschluss erfolgt heute weder über die Universitäten, noch das KVG oder durch die angehenden Fachärztinnen selbst. Der Kanton Basel-Stadt leistet an die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Beiträge pro Assistenzarzt und Jahr gemäss Empfehlungen der GDK.

Des Weiteren hat die GDK an ihrer Plenarversammlung vom 23. Mai 2013 eine interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV)<sup>19</sup> zur Anhörung in den Kantonen verabschiedet. Diese verursachergerechte Finanzierung würde zu einer deutlichen Entlastung der Abgeltungen für GWL des Kantons Basel-Stadt beitragen. Bisher konnte jedoch das Quorum von 18 Beitrittskantonen nicht erreicht werden.

#### 4.4.3 Finanzierung der ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung

Gemäss Gesetz dürfen die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung nicht von den Krankenversicherern abgegolten werden. Weil diese Kosten in den Betriebsabläufen der Spitäler weit verzweigt an vielen Stellen anfallen, sind sie in der Realität rechnerisch nur schwer fassbar und konnten in den ersten Jahren seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung nicht sauber ausgewiesen werden. Dementsprechend nahmen die Krankenversicherer normative Abzüge vor, die vor allem für das Universitätsspital Basel zu hoch ausgefallen sind.

Gemäss den Leiturteilen des Bundesverwaltungsgerichts, die seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung ergangen sind, wurde deutlich, dass die normativen Abzüge für universitäre Lehre und Forschung nicht mehr angewendet werden dürfen und die Spitäler angehalten werden, ihre Kosten für diesen Bereich effektiv auszuweisen. Die Kosten werden zwischen erhaltener und erteilter Ausbildung und erhaltener und erteilter Weiterbildung unterschieden, wobei die erhaltene Weiterbildung nach wie vor in die Spitaltarife einfliesst.

Der effektive Kostenausweis bei den basel-städtischen Spitälern konnte erstmals für das Jahr 2014 von allen Spitälern erbracht werden. Wenn man den Totalaufwendungen für die universitäre Lehre und Forschung der basel-städtischen Spitäler die Beiträge der Univer-

sität und die Beiträge an die ärztliche Weiterbildung gegenüberstellt, sieht man deutlich, dass im Jahr 2014 noch eine Finanzierungslücke von ca. 37% besteht, die teilweise über diese GWL finanziert wird.

#### 4.4.4 Langzeitpatienten in Spitälern

Das Felix Platter-Spital, das Adullam-Spital, die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel sowie das Palliativzentrum Hildegard versorgen betagte Patienten, die nach ihrem Spitalaufenthalt nicht nach Hause zurückkehren können und auf einen Platz in einem Pflegeheim, in einer Wohngruppe oder einer anderen Wohnform warten. Im Sinne des KVGs sind diese Patienten nicht mehr spitalbedürftig. Die Leistungspflicht der Krankenversicherer reduziert sich in diesen Fällen deutlich und der Kanton Basel-Stadt finanziert an die höheren Infrastrukturkosten der Spitäler einen Beitrag pro Pfl egetag.

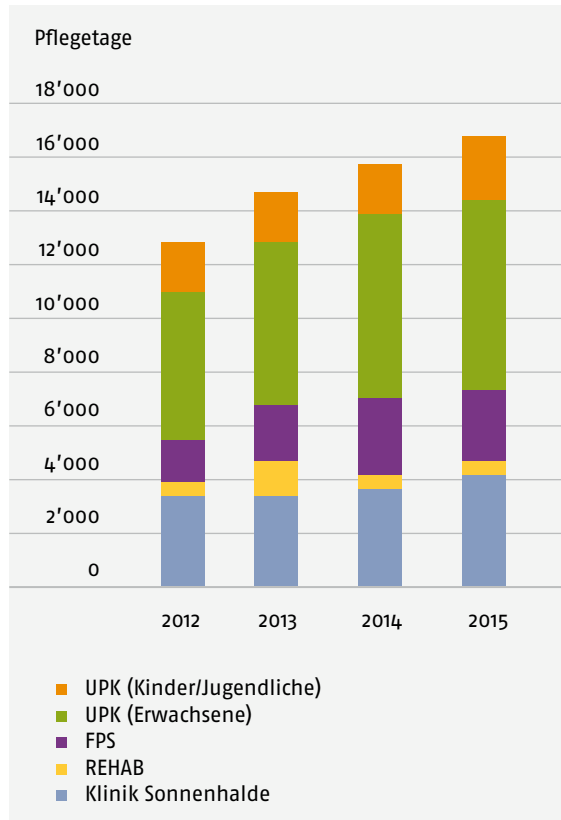
Im Rahmen der Angebotsweiterung bei den Pflegeheimplätzen haben 2014 verschiedene Pflegeheime ihren Betrieb aufgenommen oder ihre Kapazität ausgebaut. Dank dieser Ausweitung konnten 300 neue Pflegeheimplätze geschaffen werden. Aufgrund dessen sowie mit dem zusätzlichen Angebot von Übergangsplätzen in Pflegeheimen, konnte die Anzahl der wartenden Patienten konstant reduziert werden. Das FPS konnte dementsprechend per Ende Oktober 2015 seine Übergangsstation für die Pflege von Patientinnen (Passerelle) schliessen. Der Regierungsrat gewährte an die personellen Restrukturierungskosten, die aufgrund des basel-städtischen Personalgesetzes entstanden, einen einmaligen Beitrag von 1.3 Mio. Franken im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

#### 4.4.5 Vorhalteleistungen bei hochansteckenden Krankheiten

Aufgrund der Erfahrungen rund um den Aufbau und die Sicherstellung zur Aufnahme von Ebola-Verdachtsfällen im Jahr 2014 musste das USB feststellen, dass die Bereitschaft zum Handling von Patienten mit hochansteckenden Krankheiten grundsätzlich überarbeitet werden musste. Auf Empfehlung des Kantonsarztes erarbeitete das USB ein Konzept, das als Hauptschwerpunkt die Aufrechterhaltung einer stets mit aktuellem Know-How geschulten Kerngruppe zum Inhalt hat. Diese Kerngruppe soll dann im Ernstfall als Multiplikator wirken, so dass eine effiziente und zeitnahe Reaktion möglich wird, dies im Sinne eines «Train the Trainer» Systems.

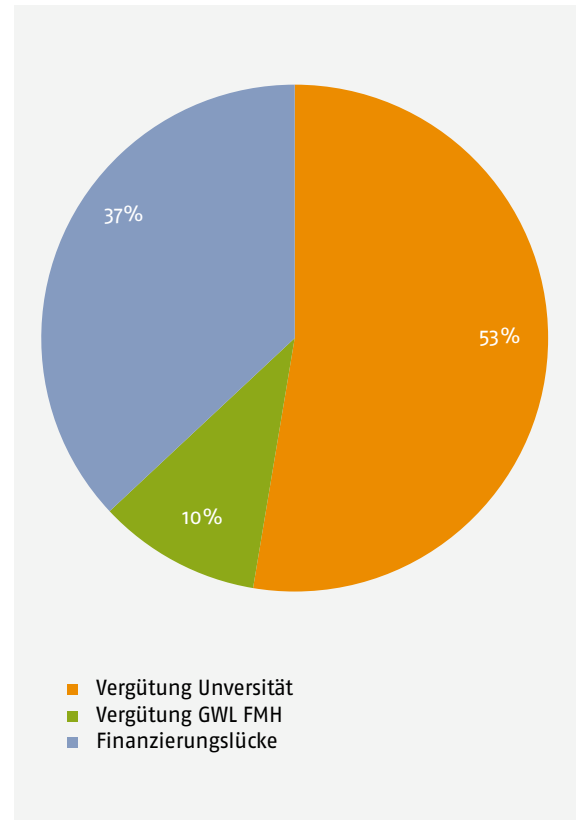


Abbildung 4.4-3: Übersicht der geleisteten Pflégetage in den basel-städtischen Tageskliniken der Jahre 2012 bis 2015



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 4.4-4: Übersicht der Finanzierung der Kosten der universitären Lehre und Forschung



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

18 Der aus der kantonalen Rechnung hergeleitete Kostenanteil der Krankenversicherer sollte in etwa mit den in der SASIS Versichertenstatistik ausgewiesenen Kosten korrespondieren. Weichen diese Zahlen ab, so ist der Grund vorwiegend in unterschiedlichen Jahresabgrenzungen aufgrund des getrennten Belegflusses zu suchen. Im Jahr 2012 weisen die Krankenversicherer 9.6 Mio. Franken tiefere Kosten aus, was auf Verarbeitungsrückstände in Folge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen ist. Diese wurde im Folgejahr dann aufgearbeitet, was dazu einer deutlich höheren Kostensteigerung führte, als den Zahlen der kantonalen Rechnung festzustellen ist, jedoch nur einen statistischen Basiseffekt darstellt. Für 2014 und 2015 zeigen beiden Vergleichszahlen (Tabelle 4.2-1, Zeilen 5 und 6) nur sehr geringe Abweichungen. Somit kann seit dem Jahr 2012 von einer durchschnittlichen Kostensteigerung der stationären Spitalkosten von 2.2% pro Jahr ausgegangen werden.

19 [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsberufe > Medizinalberufe > Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

## 5. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Die aktive Beteiligung an den Qualitätsmessungen des nationalen Vereins für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist für die Spitäler und Kliniken in der Schweiz verpflichtend. Mittlerweile liegen für die meisten Indikatoren transparente Resultate über mehrere Jahre vor, so dass die Wirkung von getroffenen Verbesserungsmassnahmen sichtbar wird.
- Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lanciert unter dem Namen «progress!» Pilotprogramme zu patientensicherheitsrelevanten Themen. Zwei basel-städtische Spitäler wurden bei der Bewerbung zur Teilnahme an Projekten bereits berücksichtigt. Ihr Engagement hat Modellcharakter für Spitäler in der gesamten Region.
- Im Rahmen des kantonalen Schwerpunktthemas zur Medikationssicherheit wurden zwei Massnahmen, die einen Beitrag zu deren Verbesserung in den Spitälern und Kliniken des Kantons leisten, bestimmt.
- Im Berichtsjahr wurde für die Spitalversorgung im Kanton Basel-Stadt eine Qualitätsstrategie erarbeitet und verabschiedet. Sie soll geeignete Rahmenbedingungen für eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten. Die Versorgung des individuellen Patienten soll bei optimaler Patientensicherheit und minimalem Risiko des Erleidens eines Schadens erfolgen.
- Ab 2016 soll in einer schweizweit bisher einmaligen Langzeitstudie der angemessene Einsatz von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen überprüft werden. Die massgeblichen Vorbereitungen für dieses Projekt wurden im Berichtsjahr vorgenommen.

### 5.1 Qualitätsaktivitäten auf nationaler Ebene und deren Umsetzung in Basel-Stadt

Die Kantone sind im Rahmen ihrer Aufsicht über die Gesundheitsversorgung verpflichtet, die stationäre Spitalversorgung hinsichtlich der Qualitätssicherung zu überwachen, zu stärken und auf Ereignisse und Ergebnisse hin zu handeln. Der Kanton Basel-Stadt setzt diese Vorgaben des KVG konsequent und strukturiert um.

#### 5.1.1 Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit

Die Qualitätsindikatoren des Bundes ermöglichen einen differenzierten, nationalen Vergleich von Fallzahlen und Sterberaten (Mortalitätsraten). Angepasst an Alter und Geschlecht kann die beobachtete sowie erwartete Mortalitätsrate zahlreicher Leistungsbereiche von akutsomatischen Spitälern in Basel-Stadt mit denen anderer Schweizer Spitäler verglichen werden. Die Daten werden nach einem über Jahre hin verfeinerten Verfahren analysiert. Dabei werden neben den strukturellen Gegebenheiten und positiven Abweichungen in der Auswertung insbesondere die Höhe

Tabelle 5.1-1: Überblick über die Publikation von ANQ Messergebnissen in 2015

Fachbereich	Qualitätsmessung (Qualitätsindikatoren)	Messergeb- nisse 2015 transparent publiziert	Ergebnisse mehrerer Jahre ver- fügbar	Zusammen- fassender oder pseudo- nymisierter Bericht
Akutsomatik	Patientenzufriedenheit			
Akutsomatik	Elternzufriedenheit			
Akutsomatik	Implantateregister SIRIS			
Akutsomatik	Postoperative Wundinfektionen			
Akutsomatik	Sturz und Dekubitus (Wundliegen)			
Akutsomatik	Dekubitus (Wundliegen) bei Kindern/Jugendlichen			
Akutsomatik	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte			
Rehabilitation	Patientenzufriedenheit			
Psychiatrie	Symptombelastung Erwachsene, Kinder/Jugendliche			

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

der Fallzahlen und die damit verbundene, zu erwartende Routine berücksichtigt. Im Berichtsjahr wurde Hinweisen auf erhöhte Mortalität bei Dickdarmpoperationen nachgegangen. Die beteiligten Spitäler wurden um Stellungnahme gebeten. Die Erfahrung zeigt, dass die Leistungserbringer mit den Qualitätsindikatoren arbeiten. In einigen Spitälern sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen institutionalisiert.

### 5.1.2 Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken

Die Ergebnisse von Qualitätserhebungen auf nationaler Ebene werden auf der Homepage des Nationalen Vereins für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken (ANQ)<sup>20</sup> veröffentlicht. Mittlerweile liegen für die meisten Indikatoren Resultate über mehrere Jahre vor, so dass die Wirkung von getroffenen Verbesserungsmaßnahmen sichtbar wird. Die transparenten Ergebnisse ermöglichen die Zuordnung zu einem Spital. Die einzelnen Ergebnisse müssen grundsätzlich im Kontext zum Leistungsangebot betrachtet werden. Sie geben Hinweise auf die Ergebnisqualität, eignen sich jedoch nicht für eine Bewertung im Sinne einer Spitalrangliste. Der Kanton übernimmt hier eine aktive Rolle im Qualitätsmonitoring und wertet die Resultate jährlich differenziert aus. Sie werden mit den Fachexperten der Institutionen vor Ort analysiert

und gegebenenfalls spitalindividuelle Verbesserungsmaßnahmen vereinbart.

Eine aktive Beteiligung an den Messplänen des ANQ ist verpflichtend und vom Leistungsauftrag des einzelnen Spitals abhängig. Die jährliche Kontrolle, ob Leistungsauftrag und Teilnahme am ANQ Messplan übereinstimmen, zählt zu den kantonalen Aufgaben. Im Berichtsjahr konnte mit einem basel-städtischen Spital vereinbart werden, innerhalb der Messung von postoperativen Wundinfekten eine Anpassung vorzunehmen. Der akutsomatische Messplan sieht bei der Messung von postoperativen Wundinfekten vor, dass ein Spital aus dem Spektrum von zwölf Eingriffsarten mindestens drei auswählt. Die Wahl der Eingriffsart entspricht sinnvollerweise der Ausrichtung eines Leistungserbringers. Mit dem entsprechenden Spital wurde vereinbart, eine der drei Eingriffsarten zu wechseln und eine Eingriffsart mit höherer Fallzahl zu messen. Die Umstellung ermöglicht nun ein aus statistischer und infektiologischer Sicht differenzierteres Monitoring.

### 5.1.3 Aktivitäten der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz leistet einen wichtigen Beitrag für die nationale Qualitätsentwicklung. Unter dem Namen «progress!» werden Pilotpro-

gramme zu patientensicherheitsrelevanten Themen lanciert. Für eine Teilnahme an diesen Programmen können sich Spitäler in der Schweiz bewerben, je nach Programm können 5-15 Spitäler in der gesamten Schweiz mitmachen. Bisher konnten sich zwei baselstädtische Spitäler und Kliniken an den Projekten beteiligen; ihr Engagement hat Modellcharakter auch für andere Projekte in den Spitälern der Region. Der Aufwand und die zusätzlich bereitgestellten Mittel für das Programm sind jedoch nicht zu unterschätzen. Das Bethesda-Spital hat 2015 den Zuschlag für die Teilnahme am Programm zur Verbesserung der Medikationssicherheit an den Schnittstellen erhalten. Das Universitätsspital Basel konnte im Berichtsjahr das Pilotprogramm «progress! Sichere Chirurgie» erfolgreich abschliessen. Inhalt des Letzteren ist das Anwenden einer chirurgischen Checkliste (WHO Checkliste) bei allen operierten Patienten. Sie wirkt als sicherheitsförderndes Instrument und kann, korrekt angewendet, unterstützend wirken um Schäden, insbesondere schwerwiegende seltene Ereignisse zu vermeiden. Die Einführung von Checklisten erfordert die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung von Prozessen, die das gesamte Operationsteam betreffen. Die Einführung einer Checkliste wirkt sich nicht nur positiv auf die Teamkommunikation aus, sondern es können auch weitere unerwünschte Ereignisse wie Wundinfekte oder Reoperationen reduziert oder vermieden werden. Zum Abschluss des Programms wurde schweizweit von Akteuren des Gesundheitswesens eine Erklärung formuliert, die auf die Verankerung einer flächendeckenden Anwendung dieser chirurgischen Checklisten abzielt. Zu den Unterzeichnenden der Erklärung gehört neben zahlreichen ärztlichen Fachgesellschaften und dem Spitalverband H+ auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Sie alle unterstützen die schweizweite Verankerung der Checklisten als professionelle Norm. Gemäss Angaben in den Qualitätsberichten der Spitäler in Basel-Stadt ist der standardmässige Einsatz der Checkliste in den akuten Spitälern im Kanton derzeit im Aufbau.

## 5.2 Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene

Basel-Stadt setzt zusätzlich zu den nationalen Aktivitäten wechselnde Schwerpunktthemen (Prozessindikatoren) auf kantonaler Ebene um. Die in Absprache mit den Spitälern ausgewählten Indikatoren ergänzen

die nationalen Messungen und sind für alle Spitäler und Kliniken in Basel-Stadt verpflichtend.

### 5.2.1 Medikationssicherheit als kantonaler Schwerpunkt 2014 – 2016

Als kantonaler Indikator für 2014–2016 wurde das Thema Medikationssicherheit bestimmt. Ziel ist, die Institutionen für den Medikationsprozess und seine Auswirkung auf die Patientensicherheit zu sensibilisieren bzw. die Spitäler in ihren internen Projekten zu stärken. Die Ergebnisse der in 2014 durchgeführten kantonalen Befragung zum Stand der Medikationssicherheit wurden genutzt, um geeignete Massnahmen abzuleiten. Die Definition der Massnahmen fand im Rahmen eines kantonalen Workshops statt, an dem sich Vertreter verschiedener Disziplinen mit ihrem Fachwissen einbringen konnten. Im Einvernehmen mit den Leistungserbringern konnten folgende zwei Massnahmen bestimmt werden:

- Jedes Spital bzw. jede Klinik beauftragt ein interdisziplinäres Team oder eine Kommission, Informationen und Rückmeldungen zur Medikationssicherheit zu sammeln und allfällige Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.
- Diese Massnahme zielt darauf ab, dass die Leistungserbringer die Struktur- bzw. Prozessqualität bezüglich der Medikationssicherheit weiter optimieren.
- Alle in den Spitälern und Kliniken tätigen Ärzte verordnen Medikamente schriftlich bzw. nutzen die elektronische Verordnung.

Diese Massnahme soll die gängige Medikationsverordnung stärken und dazu beitragen, Medikationsfehler zu vermeiden. Die Umsetzung dieser Massnahme wird durch die zunehmende Abdeckung mit Klinikinformationssystemen in den Institutionen erleichtert.

Die Umsetzung erfolgt zeitlich gestaffelt in zwei Stufen und wird seitens der Gesundheitsversorgung überprüft.

### 5.2.2 Qualitätsstrategie der Spitalversorgung Basel-Stadt

Im Berichtsjahr konnte für die Spitalversorgung im Kanton Basel-Stadt eine Qualitätsstrategie erarbeitet und verabschiedet werden. Dies mit dem Ziel, geeignete Rahmenbedingungen für eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die Versorgung des individuellen Patienten soll bei optimaler Patientensicherheit

und minimalem Risiko des Erleidens eines Schadens erfolgen. Die Strategie ist aus dem Blickwinkel der Gesundheitsversorgung des Kantons formuliert und enthält Grundsätze, mit denen sich das Gesundheitsdepartement aktiv zur Entwicklung und Sicherung der Qualität der stationären Spitalversorgung bekennt. Bei der Erarbeitung wurden bestehende nationale und kantonale Kontextfaktoren berücksichtigt.

Die Qualitätsstrategie enthält sieben strategische Grundsätze, die jeweils mit einem Titel und um eine Erklärung ergänzt werden.<sup>21</sup>

Der jährlich stattfindende Tag der Qualität wurde genutzt, um mit den anwesenden Spitaldirektoren und Fachverantwortlichen die Grundsätze kritisch zu diskutieren. Die dynamische Zusammenarbeit mit den Spitälern und Kliniken hat sich bewährt und bleibt höchste Priorität. Geplante Aktivitäten und Massnahmen zu den einzelnen Grundsätzen werden ab 2016 abgeleitet und gesondert in einem Massnahmenplan dargestellt. Bei der Umsetzung handelt der Kanton umsichtig und mit Blick auf die Ressourcen.

**Abbildung 5.2-1: Strategische Grundsätze der Qualitätsstrategie der Spitalversorgung Basel-Stadt**

#### Sieben Strategische Grundsätze<sup>1</sup>

##### 1 Unterstützung der Leistungserbringer

Das Gesundheitsdepartement erachtet die Aktivitäten der Spitäler und Kliniken in Basel-Stadt zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität sowie der Risiko- und Sicherheitskultur als sehr wichtig.

##### 2 Stärken der nationalen Aktivitäten

Das Messportfolio des ANQ sowie die Umsetzung nationaler Strategien sind für die Spitäler und Kliniken des Kantons verbindlich. Resultate aus den Messungen werden auf basel-städtischer Ebene interpretiert. Die Spitäler und Kliniken sollen aufgrund ihrer Messergebnisse identifiziertes Verbesserungspotential aufzeigen und mit Massnahmen belegen.

##### 3 Umsetzen von kantonalen Schwerpunktthemen

Auf kantonaler Ebene werden wechselnde Monitoring Themen zu Qualität und Patientensicherheit einvernehmlich bestimmt und mit den Leistungserbringern umgesetzt. Die Erkenntnisse aus den Schwerpunktthemen werden an geeigneter Stelle der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

##### 4 Förderung der gesamtheitlichen Sicht auf die Behandlungskette

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung wird mit dem Leitbild «Gesundheitsversorgung. Umfassend und Vernetzt» weiter vorangetrieben und schrittweise umgesetzt. Eine optimierte Koordination der Behandlungskette wird unterstützt und mit geeigneten Prozessindikatoren gemessen.

##### 5 Auswahl und Planung von Massnahmen im Versorgungsmonitoring

In Zusammenspiel von Qualitäts- und Versorgungsmonitoring werden Qualitätsüberprüfungen zur Diagnose- und Indikationsstellung aufgebaut.

##### 6 Rahmenbedingungen für Betriebsbewilligungen

Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der hohen Versorgungsqualität in Basel-Stadt werden bei der Betriebsbewilligung der Leistungserbringer adäquat geprüft. Ein geeignetes Qualitätssicherungssystem ist bei jedem stationären Leistungserbringer etabliert und kann mit Berichten zur Zertifizierung nachgewiesen werden.

##### 7 Zugang zu transparenten Qualitätsdaten

Aktivitäten der Qualitätssicherung und Patientensicherheit der Spitäler und Kliniken werden gebündelt und dokumentiert. Die öffentliche Gesundheitsberichterstattung unterstützt das Informationsbedürfnis. Das Gesundheitsdepartement leistet dabei einen aktiven Beitrag, relevante Daten zur Versorgungsqualität aufzubereiten und für Patienten verständlich und adäquat zu veröffentlichen.

1 [www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch) > Qualität&Aufsicht > Spital

### 5.2.3 Versorgungsmonitoring: Befragung von Patienten mit Hüft- und Knieimplantaten

Das sich im Aufbau befindende Versorgungsmonitoring auf kantonaler Ebene wird mittels eines Projekts zur Indikationsqualität weiter gestärkt. Während zunächst zweier Jahre werden ab 2016 die Patienten vor und nach der Operation von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP) zu funktionalem Ergebnis der Operation, zu ihrer Lebensqualität und zur Zufriedenheit mit dem Spital bzw. mit dem Eingriff befragt. Die Implantationen von Hüft- und Knie-TEP und deren Mengenentwicklung wird national und international kritisch diskutiert. In den abgebildeten Grafiken sind die Eingriffshäufigkeit beim Hüft- und Kniegelenkersatz in Spitälern Basel-Stadt versus Restschweizer Spitälern dargestellt (Abbildung 5.2-2 und 5.2-3).

In der Schweiz und auch in Basel-Stadt hat die Zahl der Eingriffe bei Hüft- und Knie-Erstimplantationen im Mehrjahresvergleich zugenommen. Insbesondere bei Hüft-Erstimplantationen ist der Anstieg an operierten Patienten in Basel-Stadt grösser als in der restlichen Schweiz, was am Vergleich der Indexkurven ersichtlich ist (Abbildung 5.2-2). In der oben erläuterten Langzeitstudie soll nun untersucht werden, wie angemessen Hüft- und Knie-TEP im Kanton Basel-Stadt eingesetzt werden. Die Befragungsergebnisse, mit denen annäherungsweise Erkenntnisse zur Indikationsqualität bestimmt werden, können mit den Daten des SIRIS Prothesenregisters<sup>22</sup> verknüpft werden. An der Studie werden sich zunächst die Patienten der Merian Iselin Klinik sowie des USB beteiligen, eine Ausweitung auf Patienten anderer Kantone, insbesondere in Spitälern des Kantons Basel-Landschaft ist geplant. Die Messungen und Auswertungen werden durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern durchgeführt. Im Dezember 2015 wurde das Projekt in der Schweizerischen Ärztezeitung<sup>23</sup> vorgestellt.

### 5.2.4 Weitere Schwerpunkte im kantonalen Monitoring in Kürze

- Die Händehygiene in der Spitalversorgung wurde als nächster kantonalen Monitoring-Schwerpunkt gesetzt, eine aktive Beteiligung am internationalen Tag (WHO-Tag) der Händehygiene ist geplant.
- Im Berichtsjahr zeichnete sich bereits ab, dass die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft das Qualitätsmonitoring der Spitälern und Kliniken künftig gemeinsam führen. Mit der Kooperation wird das Bestreben unterstützt, die

Gesundheitsversorgung über die Kantonsgrenzen hinaus anzugehen. Für den klar umgrenzten Bereich der Qualitätssicherung können damit Synergien genutzt werden. Die aktive Zusammenarbeit im Qualitätsmonitoring startet 2016.

- Alle Spitälern und Kliniken sind verpflichtet, ein strukturiertes internes Beschwerdewesen für Patienten und ihre Angehörigen zu führen. Es ist erste Anlaufstelle für Beschwerden und Rückmeldungen. Seit einigen Jahren bietet auch das Gesundheitsdepartement eine Anlaufstelle für Beschwerden betreffend stationäre und spitalambulante Behandlungen an. Vorausgesetzt, dass weitere Fragen oder Unklarheiten auch noch nach der Klärung mit dem direkten Ansprechpartner des entsprechenden Spitals bestehen, kann sich ein Patient an den Bereich Gesundheitsversorgung wenden.
- Das Bedürfnis in der Bevölkerung nach Transparenz des Spitalangebots und der Ergebnisqualität von Spitalbehandlungen steigt. Einige Internetportale stellen mittlerweile interessierten Nutzern Suchmaschinen zur Verfügung. Die Spitalvergleichsportale greifen auf Daten des ANQ, BAG (Fallzahlen und Mortalität aus Routinedaten) und Informationen von H+ zu oder bauen eigene Datensätze auf. Der Trend zur Meinungsbildung über das Internet ist beobachtbar. Jedoch bleibt die Frage unbeantwortet, inwieweit durch derartige Infrastruktur die Qualität eines Spitals transparenter wird oder zur Reduzierung der Komplexität des Gesundheitswesens beiträgt und die Informationen dem Bürger und potentiellen Patienten helfen können, einen Entscheid über einen bevorstehenden Spitalaufenthalt zu treffen.

20 [www.anq.ch](http://www.anq.ch) > Messergebnisse

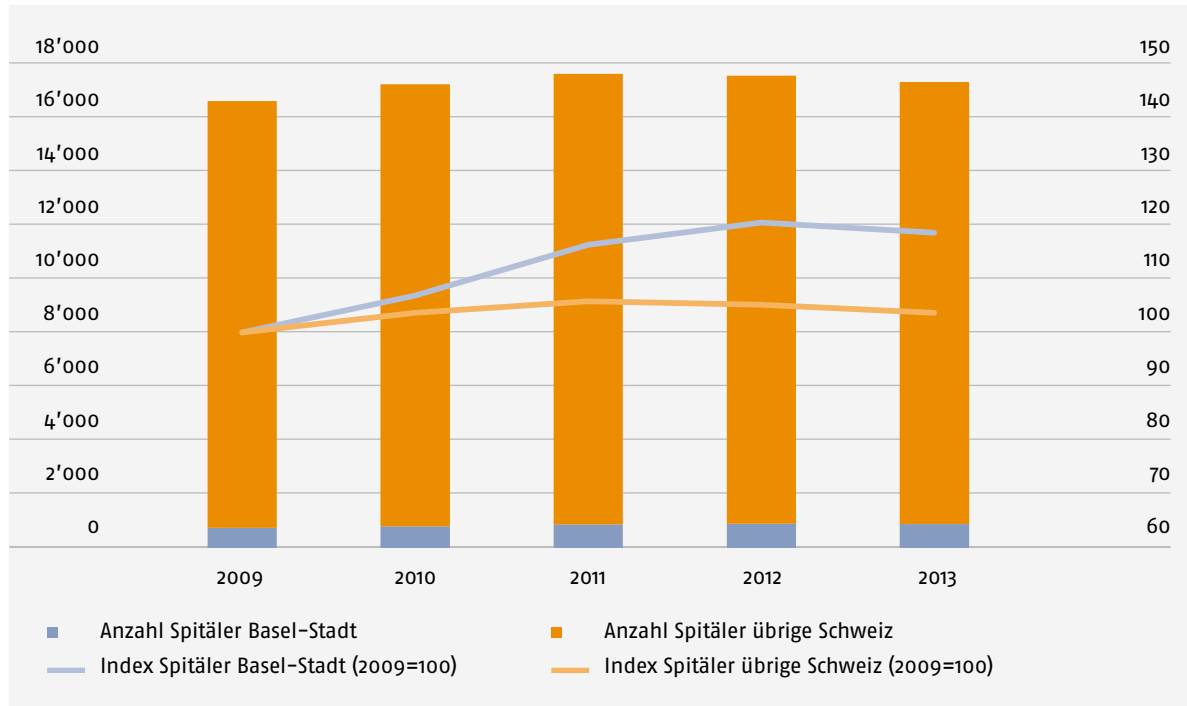
21 <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/> > Qualität – Aufsicht > Spital

22 SIRIS steht für das Schweizer Implantate-Register, das 2012 eingeführt wurde.

23 Indra P, Al-Deb'i A, Egger A, Röder C. Auf der letzten Meile zum Patienten. Die 4. Qualitätsdimension: Indikationsqualität von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen im Kanton Basel-Stadt. Schweizerische Ärztezeitung, 2015;96(50-51):1849-1851.

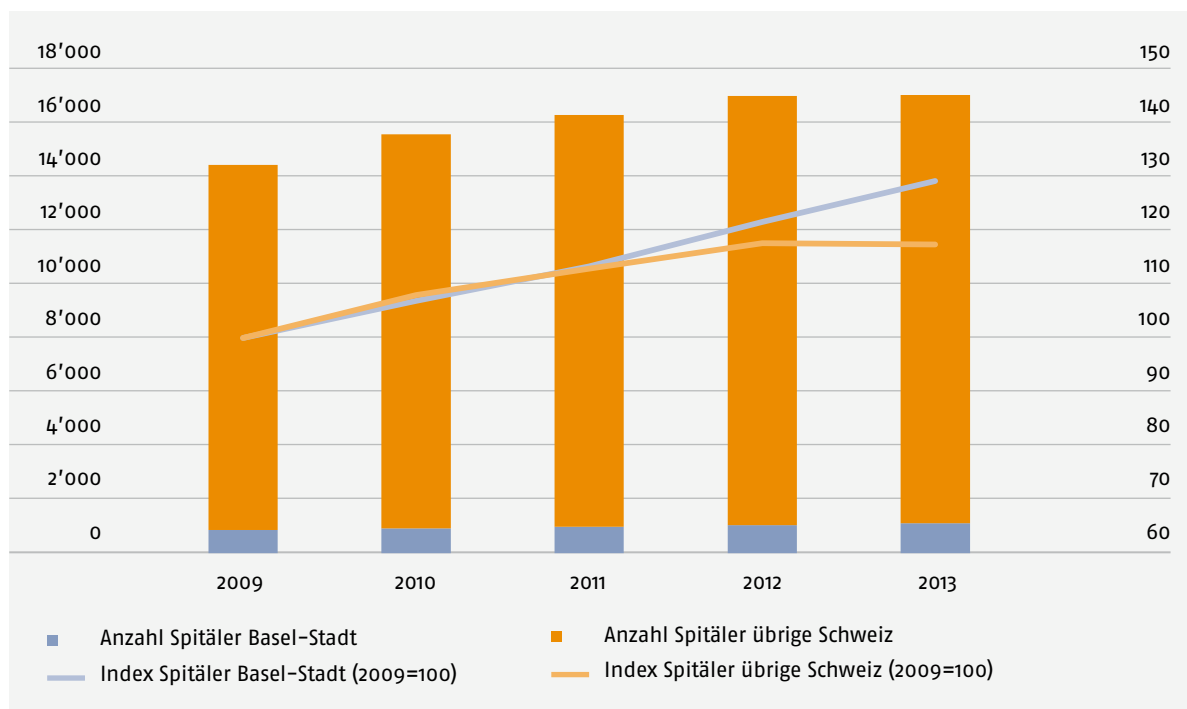
[www.saez.ch](http://www.saez.ch) > Archiv > Zeitschriften > SAEZ-04163

Abbildung 5.2-2: Anzahl an Hüft-Erstimplantationen von 2009 bis 2013 in Basler vs. Spitäler übrige Schweiz



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Abbildung 5.2-3: Anzahl an Knie-Erstimplantationen von 2009 bis 2013 in Basler vs. Spitäler übrige Schweiz



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

# Teil III

# Pflegeheime und Spitex- Einrichtungen

Langzeitpflege



## 6. Angebot in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- Dank der Eröffnung von neuen Pflegeheimen im Jahr 2014 ist der Bedarf an Pflegeheimplätzen gedeckt.
- Die Anzahl Spitexanbieter haben im Berichtsjahr leicht zugenommen.
- Der Kanton Basel-Stadt bietet ein bedarfsgerechtes Angebot in der Langzeitpflege an. Dieses umfasst 3'145 Pflegeheimplätze, rund 100 Spitexanbieter und 179 Plätze in Tageseinrichtungen.

### 6.1 Übersicht Langzeitpflege

In Basel-Stadt bieten eine Vielzahl von Institutionen und Einzelpersonen stationäre und ambulante Pflegeleistungen an. Die Gesamtkosten dieser Angebote belaufen sich auf rund 352 Mio. Franken. Diese werden durch den Kanton und die Gemeinden (35%), die Krankenversicherer (22%) und die Patienten (43%) finanziert.

### 6.2 Pflegeheimplätze

Die 43 Pflegeheime des Kantons Basel-Stadt (Abbildung 6.2-1) bieten unterschiedliche pflegerische Leistungen für betagte, pflegebedürftige Personen an. Dazu gehören insbesondere die Unterstützung bei der Verrichtung des täglichen Lebens, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, die Verabreichung von Medikamenten sowie die Wundversorgung.

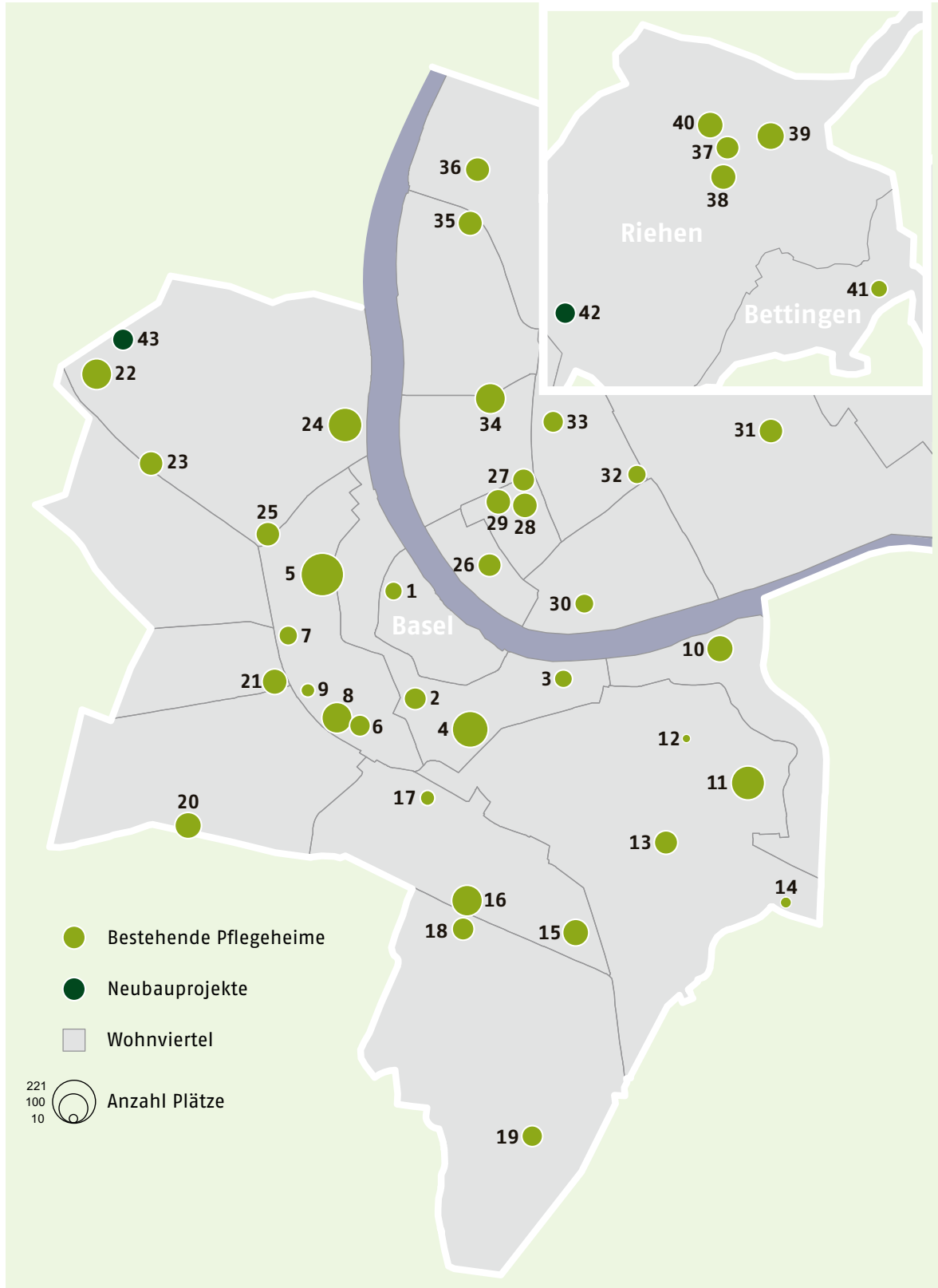
Im Vollbetrieb standen im Jahr 2015 insgesamt 3'145 Pflegeheimplätze im Kanton Basel-Stadt zur Verfügung. Dies sind 6 Pflegeheimplätze mehr als im Jahr 2014, nachdem am 1. Dezember 2014 das Senevita Erlenmatt mit 56 Plätzen eröffnet wurde. Das Diakonissenhaus Riehen wurde im Jahr 2015 neu mit 12 Pflegeplätzen auf die Pflegeheimliste aufgenommen. Mit der Neueröffnung des Adullam Riehen im 4. Quartal 2015 mit 67 Pflegeplätzen (+24) wurden

die Bewohner des Hirzbrunnenhauses übernommen und Letzteres per Ende desselben Jahres geschlossen (-31). Andere Pflegeheime konnten durch betriebliche Optimierung weitere Plätze anbieten (Alterszentrum zum Lamm +1, Alterszentrum Weiherweg +5, Feierabend- und Pflegeheim St. Chrischona +4). Durch den Abbau von Doppelzimmern verringerte sich das Angebot des Adullam um 8 Pflegeplätze und im Bethesda Gellert Hof um einen (-1).

In der Folge der Verkürzung der Warteliste sowie besser an die Bedürfnisse von betagten Personen angepasste Angebote nach einem Spitalaufenthalt im Pflegeheimrahmen, konnte das Angebot der Passerelle (-43 allgemeine Pflegeheimplätze und -16 Psychogeriatricplätze) des Felix Platter-Spitals sukzessive verkleinert und aus dem Spital- ins Pflegeheimumfeld verlagert werden. Ende 2015 wurde die Passerelle ganz geschlossen.

Der Regierungsrat hat den Richtwert auf 22 Pflegeplätze pro 100 Einwohnerinnen über 80 Jahre festgelegt. Gemäss dieser Normgrösse wird der Bedarf an Pflegeheimplätzen in Abhängigkeit der Bevölkerungsentwicklung ermittelt. Dank des erweiterten Angebots seit 2014 stehen in Basel-Stadt erstmals seit Jahren wieder genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung und die Zahl der Wartenden in Spitälern konnte reduziert werden. Aufgrund der aktuellen Bevölkerungsprognose (vergleiche Kapitel 1, Tabelle 1.5-1:

Abbildung 6.2-1: Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt



Kartengrundlage: Geodaten Basel-Stadt;  
Produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt  
Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Wohnviertel, Pflegeheim	Plätze	Wohnviertel, Pflegeheim	Plätze
<b>Altstadt Grossbasel</b>		<b>Altstadt Kleinbasel</b>	
1 Marthastift	41	26 Bürgerspital zum Lamm	70
<b>Vorstädte</b>		<b>Clara</b>	
2 Blindenheim Basel	60	27 Dandelion	60
3 Ländliheim	42	28 Gustav Benz-Haus	81
4 Sternenhof	155	29 Bethesda Wesley-Haus	78
<b>Am Ring</b>		<b>Wettstein</b>	
5 Adullam Basel	221	30 CasaVita Wettstein	43
6 CasaVita Hasenbrunnen	57	<b>Hirzbrunnen</b>	
7 CasaVita Vincentianum	46	31 St. Elisabethenheim	70
8 Holbeinhof	111	<b>Rosental</b>	
9 Murtengasse	23	32 CasaVita Rosental	44
<b>Breite</b>		33 Senevita Erlenmatt	56
10 Alterszentrum Alban-Breite	83	<b>Matthäus</b>	
<b>St. Alban</b>		34 Marienhaus	111
11 Bethesda Gellert Hof	139	<b>Klybeck</b>	
12 Palliativzentrum Hildegard	5	35 Wiesendamm	72
13 Senevita Gellertblick	65	<b>Kleinhüningen</b>	
14 Tertianum St. Jakob-Park	16	36 St. Christophorus	71
<b>Gundeldingen</b>		<b>Riehen</b>	
15 Bürgerspital Falkenstein	86	37 Adullam Riehen	67
16 Gundeldingen	110	38 Dominikushaus	77
17 Südpark	28	39 Humanitas	90
<b>Bruderholz</b>		40 Haus zum Wendelin	84
18 Bürgerspital am Bruderholz	58	<b>Bettingen</b>	
19 Zum Wasserturm	54	41 Feierabendheim St. Chrischona	36
<b>Bachletten</b>		<b>Neubauprojekte</b>	
20 Generationenhaus Neubad	86	42 Humanitas	
<b>Gotthelf</b>		43 Marthastift	
21 Bürgerspital Weiherweg	85		
<b>St. Johann</b>			
22 Bürgerspital am Burgfelderhof	113		
23 CasaVita Kannenfeld	72		
24 Johanniter	137		
25 St. Johann	75		

Mittleres Szenario der Bevölkerungsprognose für den Kanton Basel-Stadt) ist davon auszugehen, dass das geschaffene Platzangebot bis ins Jahr 2021 bedarfsgerecht durch die Nachfrage absorbiert wird.

Im spezialisierten Bereich der Demenz- und Psychogeriatric besteht weiterhin ein Bedarf an Pflegeheimplätzen. Mit der Eröffnung des neuen Marthastifts Ende 2016 wird diesem künftig Rechnung getragen.

**Tabelle 6.2-2: Pflegeheimplätze**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pflegeheimplätze		2'837	2'844	2'907	3'083	3'145
Soll (22% aller über 80 jährigen)	2'925	2'955	2'986	2'976	2'979	2'980
Anzahl Personen im Alter von 80 und mehr Jahren (31.12.)	13'297	13'436	13'573	13'528	13'541	13'545

Quelle: Statistisches Amt Basel-Stadt, Bevölkerungsstatistik

### 6.3 Pflegerische Angebote

Neben den ordentlichen Pflegeheimplätzen werden im Kanton Basel-Stadt diverse spezielle Wohnformen in Pflegeheimen angeboten:

#### **Pflegewohngruppen, 210 Plätze**

Diese Wohnform im Pflegeheim zielt darauf ab, die Alltagskompetenz der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Folgende Heime verfügen über Pflegewohngruppen: Adullam, Alterszentrum Alban-Breite, Bürgerspital am Bruderholz, Generationenhaus Neubad, Gustav Benz-Haus, Johanniter, Marienhaus, Wiesendamm, Bethesda Gellert Hof, St. Christophorus, Bethesda Wesley-Haus am Standort Drahtzugstrasse sowie Sternenhof an den Standorten Hirschgässlein, Vogesenstrasse und Riehen Dorf.

#### **Psychogeriatrische Abteilungen, 195 Plätze**

Sie bieten Personen mit einer Gefährdung zum Weglaufen einen geschützten Bereich. Psychogeriatrische Abteilungen bieten folgende Heime an: Adullam, Bürgerspital am Bruderholz, Falkenstein, am Burgfelderhof und Weiherweg, Johanniter, St. Christophorus und Bethesda Wesley-Haus, Dandelion, Bethesda Gellert Hof, Marthastift und Sternenhof.

#### **Psychogeriatrische Pflegewohngruppen, 35 Plätze**

Menschen mit einem psychiatrischen Leiden finden hier Betreuung in einem geschlossenen Rahmen. Entsprechende Angebote existieren im Bürgerspital am Bruderholz sowie im Sternenhof.

#### **Spezialeinrichtungen für an einer ausgeprägten Demenz leidende Menschen, 109 Plätze**

Die Heime Gundeldingen sowie Adullam verfügen über eine Demenzabteilung. Ganz auf den Demenzbereich ausgerichtet sind die Pflegeheime Dandelion und Marthastift.

#### **Besondere Pflegeeinrichtung für suchtkranke Menschen, 24 Plätze**

Am Standort Laufenstrasse des Sternenhofs werden vier Wohnbereiche mit je sechs Plätzen für suchtkranke Menschen angeboten.

#### **Besondere Pflegeeinrichtung für Menschen mit Migrationshintergrund, 22 Plätze**

Der wachsenden Anzahl an Pflegeheimbewohnern wird mit spezialisierten Wohnformen entsprochen. Für Menschen aus dem süd- und südwesteuropäischen Raum steht im Pflegeheim Falkenstein eine mediterrane Wohngruppe zur Verfügung, in welcher auf besondere kulturelle Gepflogenheiten, Ernährung, Tagesgestaltung etc. gezielt eingegangen wird.

Tabelle 6.3-1: Tageseinrichtungen

Tagesstruktur	Standort	Anzahl Plätze 2015	Trägerschaft
Egliseeholz	Fasanenstr. 221	52	Sternenhof
Lindenhof (vormals Weiherweg)	Socinstr. 30	22	Bürgerspital Basel
Dandelion	Sperrstr. 100	12	Dandelion, Stiftung für demenzkranke Menschen
Im ATRIUM	Hammerstr. 46	10	Stiftung Basler Wirrgarten
Im Gellert	Kapellenstr. 10	13	Sternenhof
Nachtbetreuung	Laufenstr. 46	3	Sternenhof
Felix Platter	Burgfelderstr. 101	34	Sternenhof
Tagesstätte 65+	Laufenstr. 8	12	Stiftung Rheinleben (vormals Melchior)
Wendelin	Inzlingerstr. 46	21	Alters- und Pflegeheim Wendelin
<b>Total Kanton Basel-Stadt</b>		<b>179</b>	

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 6.3-2: An Pflegeheime angegliederte Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte

Pflegeheim	Adresse Standort	Anzahl Wohnungen 2014	Ort
Adullam*	Missionstr. 8a	4	Basel
CasaVita Kannenfeld	Burgfelderstr. 190	24	Basel
Gustav Benz-Haus	Drahtzugstr. 57	16	Basel
Gustav Benz-Haus	Hammerstr. 61	21	Basel
Marienhaus	Markgräflerstr. 47 / 49	14	Basel
Senevita Erlenmatt*	Erlenmattstr. 7	63	Basel
Senevita Gellertblick*	St. Jakobsstr. 201	98	Basel
St. Christophorus*	Dorfstr. 26 / 30	28	Basel
Sternenhof* (Alterssiedlung Vogesenstrasse)	Vogesenstr. 111	12	Basel
Südpark*	Meret Oppenheim-Str. 63	103	Basel
Tertianum St. Jakob-Park*	St. Jakobs-Str. 395	107	Basel
Bethesda Wesley-Haus	Klingentalstr. 58	44	Basel
Wiesendamm	Wiesendamm 20 / 22	41	Basel
Zum Wasserturm	Giornicostr. 144	33	Basel
<b>Total</b>		<b>638</b>	

\* Wohnungen im mittleren bis höheren Preissegment und/oder ohne Leistungsvereinbarung mit dem Kanton

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

### **Besondere Pflegeeinrichtung für nichtbetagte, schwerbehinderte Menschen, maximal 16 Plätze**

Ein sehr hoher Pflegebedarf kann aufgrund eines Unfalls oder einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung schon in jüngeren Lebensjahren entstehen. Im Pflegeheim St. Christophorus besteht eine spezialisierte Abteilung für jüngere, schwerbehinderte Menschen. Aufgrund der stark schwankenden Nachfrage sowie der überdurchschnittlich hohen Aufenthaltsdauer wird die Anzahl angebotener Plätze flexibel gehandhabt.

### **6.4 Tageseinrichtungen**

Tagesstrukturen für Betagte schaffen ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Nach Schliessung der Tageseinrichtung des Alterszentrums Alban-Breite Ende Januar 2015 standen insgesamt 179 Plätze an acht Standorten zur Verfügung (Tabelle 6.3-1). Ein wichtiges Leistungselement bildet die Grundpflege. Diese beinhaltet Mobilisierung, Hilfe beim Toilettengang, bei der Körperpflege und beim Essen. Die betagten Gäste werden betreut und können von Aktivierungsprogrammen profitieren. In spezialisierten Tagesstrukturen wird ein besonderes Augenmerk auf die Betreuung von an einer Demenz erkrankten oder psychisch beeinträchtigten Betagten gerichtet. Die Vernetzung mit anderen wichtigen Akteuren der Alterspflege wie Hausärzten, Spitex-Organisationen und Transportdiensten wird sichergestellt.

### **6.5 Spitex-Organisationen**

Die ambulante Pflege zu Hause stellt ein wichtiges Glied in der Betreuung von älteren Menschen dar. Dank dem Einsatz von Spitex-Organisationen, von freiberuflichen Pflegefachpersonen sowie von Pflegeheimen, die ambulante Leistungen in benachbarten Wohnangeboten mit Serviceleistungen erbringen, können Pflegeheimenintritte hinausgezögert oder verhindert werden.

Zusätzlich zur Spitex Grundversorgung stehen folgende spezialisierte Leistungen zur Verfügung:

- Säuglingspflege
- Kinder-Spitex
- Pflege von Wöchnerinnen
- Onkologie-Spitex
- Spezialisierter Spitexdienst für Wundbehandlungen
- Pflege von psychisch beeinträchtigten und an einer Demenz leidenden Menschen

- Spitexpress für pflegerische Notfälle rund um die Uhr
- Spitex-Transit zur Gewährleistung einer nahtlosen pflegerischen Versorgung nach einem Spitalaustritt

Insgesamt verfügten Ende Berichtsjahr 42 Spitex-Organisationen (Gesellschaften nach Obligationenrecht) über eine kantonale Spitex-Bewilligung, drei Bewilligungen wurden neu ausgestellt.

Es verfügen insgesamt 58 freiberufliche Pflegefachpersonen über eine kantonale Spitex-Bewilligung. Im Berichtsjahr wurden drei Bewilligungen gelöscht und neun neue Bewilligungen erteilt. 17 Pflegefachpersonen arbeiten im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege, acht sind als Wundexpertinnen tätig. Ausserdem bieten acht Personen eine spezialisierte Still- und Wochenbettpflege an. Eine Person ist in der anthroposophischen Pflege und zwei Personen sind in der Diabetes-Beratung tätig.

Die Dienstleistungen der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause, besonders auch die spezialisierten Spitex-Dienste, sind ein Grundversorgungsangebot.

### **6.6 Wohnen mit Serviceangebot für Betagte**

Neben den Tageseinrichtungen und der Pflege zu Hause durch Spitex-Dienste stellt das Wohnen mit Serviceangebot, das von einigen Pflegeheimen zusätzlich angeboten wird, einen weiteren Bestandteil der ambulanten Betreuung von betagten Menschen dar (Tabelle 6.3-2). Diese können dank diesem Angebot länger selbständig wohnen. Damit können Pflegeheimenintritte hinausgezögert oder sogar verhindert werden.

Das Grundangebot der Wohnungen, für welche eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton besteht (eher günstige Wohnungen, die auch für einkommensschwache Betagte erschwinglich sind), umfasst eine 24-Stunden-Notrufbereitschaft, falls gewünscht einen täglichen Kurzkontakt, eine Grundbetreuung sowie fakultativ eine wöchentliche Wohnungsreinigung. Ende 2015 standen insgesamt 153 Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte zur Verfügung (mit Leistungsvereinbarung).

## 7. Leistungen in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- Die Anzahl der in den basel-städtischen Heimen geleisteten Pflgetage im Jahr 2015 hat um 3.1% auf 1'079'616 zugenommen.
- Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohnenden betrug 85.5 Jahre.
- Die Spitexleistungen betragen im Berichtsjahr 453'962 Stunden.

### 7.1 Leistungskennzahlen der Pflegeheime

In Tabelle 7.1-1 finden sich die wichtigsten Kennzahlen zu den Pflegeheimen. Insgesamt wurden in den 43 Basler Pflegeheimen im Laufe des Jahres 2015 1'079'616 Pflgetage (+32'132) erbracht. Der Anstieg bei Pflgetagen und Bewohnern ist auf die Neueröffnung von Pflegeheimen und die Reduktion der Anzahl Wartenden auf einen Pflegeheimplatz zurückzuführen.

Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner liegt im Berichtsjahr bei 85.5 Jahren, wobei dieses bei den Frauen mit 86.9 Jahren und bei den Männern mit 81.7 Jahren dem Vorjahr entspricht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ging um 0.3 auf 2.8 Jahre zurück, wobei sich Frauen deutlich länger im Pflegeheim aufhalten (durchschnittlich 3.3 Jahre) als Männer (durchschnittlich 2 Jahre). Es gilt zu beachten, dass sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf die Pflegeheimbewohnenden bezieht, die im jeweiligen Jahr verstorben sind. Der Männeranteil hat gegenüber dem Vorjahr leicht zugenommen und liegt bei 25.8%.

### 7.2 Tageseinrichtungen

Im Jahr 2015 lag die durchschnittliche Auslastung der Tageseinrichtungen im Kanton Basel-Stadt bei 86% (ohne Nachtpflegeheim). Insgesamt waren 36'914 Pflgetage zu verzeichnen (Tabelle 7.2-1). Die durchschnittliche Auslastung und die Anzahl Pflgetage sind seit 2013 rückläufig und die Schwankungen in der Nachfrage höher. Dieser Trend setzte sich auch im Jahr 2015 fort. Obwohl per Ende Januar 2015 die Tageseinrichtung des Alterszentrums Alban-Breite aufgrund grosser Auslastungsschwankungen geschlossen wurde, sank die durchschnittliche Auslastung über alle Tageseinrichtungen weiter. Möglicherweise hängt dieser Rückgang damit zusammen, dass seit Sommer 2014 genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen. Folglich mussten Betagte weniger lange Zuhause auf einen Pflegeheimtritt warten und entsprechend auch weniger das Angebot von Tageseinrichtungen nutzen.

### 7.3 Spitex-Organisationen

Spitex Basel mit sieben Quartierzentren und Spitex Riehen/Bettingen stellen im Rahmen eines besonderen Leistungsauftrages eine umfassende Grundversorgung in der ambulanten Pflege sicher. Spitex Basel gewährleistet ausserdem im ganzen Kantonsgebiet spezialisierte Pflegeleistungen wie Kinder- und Säuglingspflege, Wundversorgung und Onkologiepflege und bietet mit Spitex-Transit eine nahtlose pflegerische Versorgung bei Spitalaustritt sowie mit Spitexpress die Übernahme von pflegerischen Notfällen. Spitex Basel hat im Jahr 2015 rund 217'058 Stunden erbracht und ist der mit Abstand grösste Spitex Dienst im Kanton. Die Spitex-Organisation curavis verfügt über einen besonderen Leistungsauftrag im Bereich von längeren Spitex-Einsätzen. Zusammen mit rund 100 weiteren Spitex-Organisationen sowie

freiberuflichen Pflegefachfrauen und -männern wurden insgesamt 453'962 Stunden ambulante Pflege in den Bereichen Grund- und Behandlungspflege sowie in der Abklärung und Beratung geleistet. Das gesamte Leistungsvolumen ist gegenüber dem Vorjahr um rund 3% angestiegen. Die Zunahme geht hauptsächlich auf die Mehrleistungen der Spitex-Organisationen und freiberuflichen Spitex-Anbieter ohne besonderen Leistungsauftrag zurück und ist Ausdruck des allgemeinen Trends zur ambulanten Versorgung.

**Tabelle 7.1-1: Kennzahlen der Pflegeheime 2011–2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Pflegetage	1'015'653	1'023'525	1'012'269	1'047'484	1'079'616
Anzahl Bewohner	2'803	2'850	2'851	2'967	3'031
Anzahl Frauen Anteil	2'180 77.8%	2'218 77.8%	2'181 76.5%	2'216 74.7%	2'248 74.2%
Anzahl Männer Anteil	623 22.2%	632 22.2%	670 23.5%	751 25.3%	783 25.8%
Durchschnittsalter (Jahre)	86.1	86.0	85.7	85.0	85.5
Frauen	87.0	87.1	86.9	86.0	86.9
Männer	82.8	82.2	81.7	81.0	81.7
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Jahre)	3.6	3.4	3.2	3.1	2.8
Frauen	3.9	3.9	3.7	3.4	3.3
Männer	2.6	2.2	2.2	2.3	2.0

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



**Tabelle 7.2-1: Anzahl Betreuungstage der Tageseinrichtungen 2011 – 2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Verrechnete Pflagestage	45'715	47'372	44'976	43'558	36'914

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 7.3-1 Entwicklung Spitexleistungen Basel-Stadt 2011 – 2015**

geleistete Pflegestunden	2011	2012	2013	2014	2015
mit Leistungsauftrag <sup>1</sup>	236'579	232'672	225'510	250'653	253'629
ohne Leistungsauftrag	104'231	132'937	250'653	189'955	200'333
<b>Total</b>	<b>340'810</b>	<b>365'609</b>	<b>384'346</b>	<b>440'608</b>	<b>453'962</b>

1 Spitex Basel, Spitex Riehen / Bettingen und Curavis verfügen über besondere Leistungsaufträge des Kantons bzw. der Gemeinden.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

## 8. Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege



### In Kürze:

- Das Taxvolumen der Pflegeheime ist im Jahr 2015 auf 313.2 Mio. Franken (+17.7 Mio. Franken bzw. 6.0 %) gestiegen. Diese Umsatzzunahme ist primär auf das Wachstum der Pflagegetage um 3.1 %, aufgrund der 2014 erfolgten Heimneueröffnungen und der vom Regierungsrat beschlossenen Taxerhöhung entstanden.
- Im Jahr 2015 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege Zuhause von insgesamt 2.7 Mio. Franken aus, was eine um 0.2 Mio. Franken stärkere Beanspruchung dieser Leistung darstellt.

### 8.1 Pflegeheime

Die basel-städtischen Pflegeheime sind im Verband gemeinnütziger Alters- und Pflegeheime (VAP) organisiert. Der Pflegeheim-Rahmenvertrag regelt die Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt. Der Rahmenvertrag aus dem Jahr 2012 ist für 5 Jahre gültig und enthält Vereinbarungen über die Pflegeheimfinanzierung, die zu erbringenden Leistungen, Qualitätssicherung sowie Aufsicht und Kontrolle durch den Kanton.

Der Rahmenvertrag sieht vor, dass für Hotellerie und Betreuung von den Bewohnern eine Einheitstaxe erhoben wird. Die Personaldotation stellt eine wichtige Voraussetzung für die über alle Heime einheitlichen Tagestaxen dar. Damit wird verhindert, dass der Preis als Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Pflegeheimplatzes eine Rolle spielt. Vielmehr sollen die Pflege- und Betreuungseigenschaften der Pflegeheime bei der Auswahl des Wunschheims im Vordergrund stehen.

### 8.1.1 Gesamtkosten der Pflegeheime

Die Leistungsverrechnung der Heime erfolgt durch Tagestaxen (Tabelle 8.1-2). Diese werden als Pflegeheimtarif im Rahmenvertrag abschliessend festgelegt und setzen sich aus den Taxanteilen Wohnen (Hotellerie- und Liegenschaftskosten) und Betreuung sowie den Pflegekosten nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zusammen. Der Pflegebedarf ist in zwölf Stufen gegliedert. Die Normkosten zur Abgeltung der Pflegekosten werden durch den Kanton für alle Heime einheitlich festgelegt und durch die Krankenversicherung, den Eigenanteil der Bewohner und die Restfinanzierung von Kanton und Gemeinden finanziert. Die Kosten für Wohnen und Betreuung gehen zu Lasten der Bewohner und können im Bedarfsfall subsidiär durch Ergänzungsleistungen zur AHV finanziert werden.

Der gesamte Taxumsatz der basel-städtischen Pflegeheime belief sich im Jahr 2015 auf 313.2 Mio. Franken (Tabelle 8.1-1). Im Vergleich zum Vorjahr ist er um 6.0 % gewachsen. Die Zunahme ist hauptsächlich auf den Anstieg der geleisteten Pflagegetage und der vom Regierungsrat beschlossenen Taxerhöhung zurückzuführen. Die Durchschnittstaxen pro Pflagegetag belaufen

Tabelle 8.1-1: Taxvolumen der Pflegeheime in den Jahren 2011–2015

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Taxvolumen Pflegeheime	269.0	280.2	282.8	295.5	313.2
davon Pflorgetaxen nach KVG <sup>1</sup>	101.0	101.8	101.8	103.6	107.9

1 Ab Einführung der neuen Pflegefinanzierung

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-2: Pflegeheimtarife 2015 und Anteil Pflgetage je Pflegestufe

Pflgestufe	Hotellerie und Betreuung	Liegen- schafts- kosten	Pflge				Pflgetage
			Normkosten Total	Bewohner <sup>2</sup>	Kanton/ Gemeinde <sup>3</sup>	Kranken- versicherung	
in Franken pro Tag						in %	
						je Stufe	
Res <sup>1</sup>	145.10	35.00					1.9%
1	145.10	35.00	10.50	1.50		9.00	3.5%
2	145.10	35.00	31.50	13.50		18.00	19.1%
3	145.10	35.00	52.40	21.60	3.80	27.00	1.4%
4	145.10	35.00	73.50	21.60	15.90	36.00	14.2%
5	145.10	35.00	94.50	21.60	27.90	45.00	17.8%
6	145.10	35.00	115.40	21.60	39.80	54.00	1.0%
7	145.10	35.00	136.50	21.60	51.90	63.00	21.0%
8	145.10	35.00	157.40	21.60	63.80	72.00	4.5%
9	145.10	35.00	178.50	21.60	75.90	81.00	13.3%
10	145.10	35.00	199.50	21.60	87.90	90.00	0.2%
11	145.10	35.00	220.40	21.60	99.80	99.00	1.8%
12	145.10	35.00	241.50	21.60	111.90	108.00	0.1%

1 Reservationstaxe bei Abwesenheit (z.B. Spitalaufenthalt)

2 Eigenbeitrag

3 Restfinanzierung

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

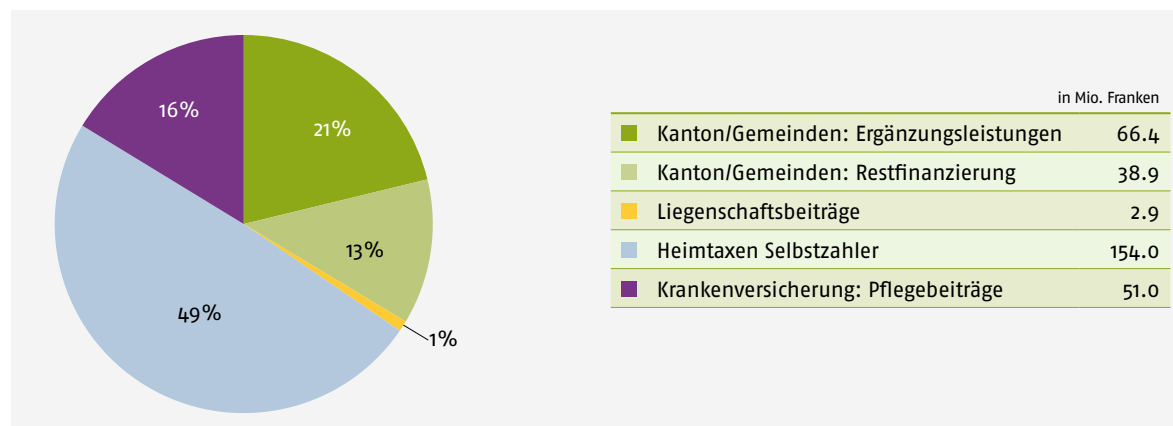
sich auf rund 287 Franken. Der Anteil der Pflögetaxen nach KVG am Taxvolumen beläuft sich auf 107.9 Mio. Franken (rund 34%) oder knapp 100 Franken pro Pflögetag. Das Taxvolumen ist eine kalkulatorische Grösse, die aus den Kostenrechnungen der Pflegeheime erhoben wird. Das Taxvolumen enthält alle von basel-städtischen Heimen an Kantonseinwohner verrechneten Taxen. Nicht enthalten sind damit die Taxeinnahmen von ausserkantonal aufgenommenen Bewohnern und die Kosten der ausserkantonal platzierten Personen aus Basel-Stadt.

### 8.1.2 Finanzierung der Pflegeheimkosten

In Abbildung 8.1-3 ist die kalkulatorische Finanzierungsaufteilung der Pflegeheimkosten (nur Kantons-einwohner in basel-städtischen Heimen) dargestellt. Diese beinhalten neben dem Taxvolumen die kantonalen Liegenschaftsbeiträge an die Heime von 2.9 Mio. Franken (Tabelle 8.1-7) und beliefen sich im Jahr 2015 auf 313.2 Mio. Franken.

Die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten belaufen sich kalkulatorisch auf 51.0 Mio. Franken und finanzieren einen Anteil von 16% der gesamten Heimkosten. An die vom Kanton festgelegten Normkosten für die Pflegeleistungen bezahlen die Krankenversicherer gemäss KVG einen nach zwölf Pflegestufen differenzierten, festen Beitrag zwischen 9 und 108 Franken. Nach diesem Gesetz wird

Abbildung 8.1-3: Finanzierung der Pflegeheime 2015 (Total 313.2 Mio. Franken)



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-4: Restfinanzierung der Pflegekosten nach KVG ab 2011–2015

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Basel	23.5	27.3	33.5	33.2	34.8
Riehen, Bettingen	3.2	3.2	3.8	3.8	4.1
<b>Total Basel-Stadt</b>	<b>26.7</b>	<b>30.5</b>	<b>37.3</b>	<b>37.0</b>	<b>38.9</b>
<i>davon in ausserkantonalen Heimen</i>	0.6	1.8	1.8	1.9	1.8

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

den Bewohnern ein limitierter Beitrag in der Höhe von maximal 20 % des KVG-Beitrags in der höchsten Stufe (maximal 20 % von 108 Franken, also Fr. 21.60 pro Pflage-tag) belastet. Somit liegt die maximale Belastung für den Heimbewohner bei Fr. 201.70 pro Tag (zuzüglich allfälliger Zuschläge für besondere Leistungen). Dieser setzt sich aus der Unterkunftstaxe von Fr. 180.10 und dem Eigenbeitrag zusammen. Die kalkulatorische Summe der Eigenbeiträge beläuft sich auf ca. 154.0 Mio. Franken. Dieser Betrag ist in der Gesamtsumme enthalten und ist vom Bewohner selbst zu zahlen oder subsidiär durch Ergänzungsleistungen gedeckt.

Kanton und Gemeinden bestreiten total 108.2 Mio. Franken oder 35 % der Gesamtkosten via Restfinanzierung, Ergänzungsleistungen und Liegenschafts-

beiträge. 49 % bzw. 154.0 Mio. Franken tragen die Bewohnenden selbst. Dazu zählen die Tagestaxen für Unterkunft und Betreuung sowie der Eigenbeitrag für die Pflegeleistungen gemäss KVG.

#### **Restfinanzierung der Pflegekosten nach KVG von Kanton und Gemeinden (Tabelle 8.1-4)**

Die Restfinanzierung der Pflegekosten wurde mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 eingeführt. Diese Beiträge haben zu einer Entlastung der Selbstzahler und der Ergänzungsleistungen geführt. Die deutliche Zunahme im Jahr 2013 ist auf die nationale Harmonisierung der Pflegeein-stufungsinstrumente zurückzuführen und hatte eine höhere Beteiligung der öffentlichen Hand an den Pflegekosten zur Folge.

**Tabelle 8.1-5: Kalkulatorische Krankenversichererbeiträge an die Pflegekosten nach KVG ab 2011–2015**

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Pflegebeitrag Krankenversicherung	55.1	54.9	48.2	49.2	51.0

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.1-6: Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV zur Finanzierung der Pflegeheimtaxen ab 2011–2015**

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
EL Kanton	57.9	61.3	64.3	64.1	65.8
EL-Anteil Riehen, Bettingen	0.7	0.6	0.9	0.5	0.6
<b>Total EL Basel-Stadt</b>	<b>58.6</b>	<b>61.9</b>	<b>65.2</b>	<b>64.6</b>	<b>66.4</b>

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

**Tabelle 8.1-7: Kantonale Liegenschaftsbeiträge für Pflegeheime ab 2011–2015**

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Liegenschaftsbeiträge	3.2	3.4	3.1	3.7	2.9

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

### **KVG Pflegebeiträge der Krankenversicherer (Tabelle 8.1-5)**

Die Krankenversicherer wurden durch die nationale Harmonisierung der Pflegeeinstufungsinstrumente entlastet. Ihr kalkulatorischer Anteil an der Finanzierung der Pflegekosten beträgt 16%. Die Krankenversicherer entrichten gesetzlich fix festgelegte Beiträge an die Pflegekosten. Dadurch müssen alle Mehrkosten vollständig durch die öffentliche Hand finanziert werden.

### **Ergänzungsleistungen zur AHV (Tabelle 8.1-6)**

Im Jahr 2015 hat der Kanton Basel-Stadt 65.8 Mio. Franken und die Gemeinde Riehen 0.6 Mio. Franken Ergänzungsleistungen an Heimbewohner zur Finanzierung des Aufenthalts (Unterkunft, Betreuung und Eigenbeitrag) entrichtet. Von diesem Betrag bereits abgezogen sind die Bundesbeiträge von rund 4.8 Mio. Franken, welche gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben sind. Da die Ergänzungsleistungen jedes Jahr aufgrund der individuellen Leistungsfähigkeit neu festgelegt werden, spielen Veränderungen in der Einkommens- und Vermögenssituation der Berechtigten eine erhebliche Rolle.

### **Liegenschaftsbeiträge (Tabelle 8.1-7)**

Die Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt weisen, in Bezug auf die Liegenschaftskosten, unterschiedliche Rahmenbedingungen auf. Je nach Baujahr kann die Fremdkapitalbelastung stark differieren. Um solche Unterschiede auszugleichen, mit dem Ziel, einheitliche Pflegeheimtarife erreichen zu können, wurde im Rahmen der Leitlinien des Regierungsrates zur Alterspolitik das Instrument der Liegenschaftsbeiträge geschaffen. Diese finanzieren Liegenschaftskosten, die den von den Bewohnern zu entrichtenden Taxanteil überschreiten.

#### **8.1.3 Baubeiträge für Pflegeheime**

Im Jahr 2015 wurden Baubeiträge in der Höhe von knapp 7.3 Mio. Franken ausbezahlt. In Zukunft sollen die Investitionskosten im Sinne einer Vollkostenfinanzierung über die Tagestaxe getragen werden. Aus diesem Grund wurde die Tagestaxe im Jahr 2015 um fünf Franken erhöht.

### **8.2 Tageseinrichtungen**

Die Tagestaxen der Tagesstrukturen für Betagte betragen 129 Franken bei allgemeinen, 144 Franken bei auf psychische Beeinträchtigungen spezialisierten und 159 Franken bei auf Demenz spezialisierten Tageseinrichtungen. Die Tabelle 8.2-1 zeigt die Finanzierungsaufteilung am Beispiel einer allgemeinen Tageseinrichtung:

Bei auf psychische Beeinträchtigungen bzw. auf Demenz spezialisierten Tageseinrichtungen übernimmt der Kanton 71 bzw. 78 Franken und der Gast 46 bzw. 54 Franken pro Tag.

Das Gesamtvolumen der Tageseinrichtungen (inkl. Gemeinden Riehen, Bettingen und des Kantons Basel-Landschaft) betrug im Jahr 2015 5.1 Mio. Franken. Dieses wurde zu rund 51% durch die öffentliche Hand (Kantone/Gemeinden), 29% durch die Tagesgäste (subsidiär Ergänzungsleistungen zur AHV) und 20% durch Beiträge der Krankenversicherer finanziert (Abbildung 8.2-1).

### **8.3 Spitex-Organisationen**

Für Spitex-Organisationen ohne besonderen Leistungsauftrag gelten die in § 8d KVO verankerten Normkosten. Die Finanzierung erfolgt durch den Beitrag der Krankenversicherung, den Eigenbeitrag der Patienten und die Restfinanzierung des Kantons bzw. der Gemeinde (vergleiche Tabelle 8.3-1).

Über die Normkosten hinaus können zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, die Qualitätssicherung und die Ausbildungstätigkeit sowie für Spezialleistungen höhere Kosten anerkannt werden. Mit Spitex Basel, Spitex Riehen/Bettingen und curavis wurden besondere Leistungsaufträge vereinbart.

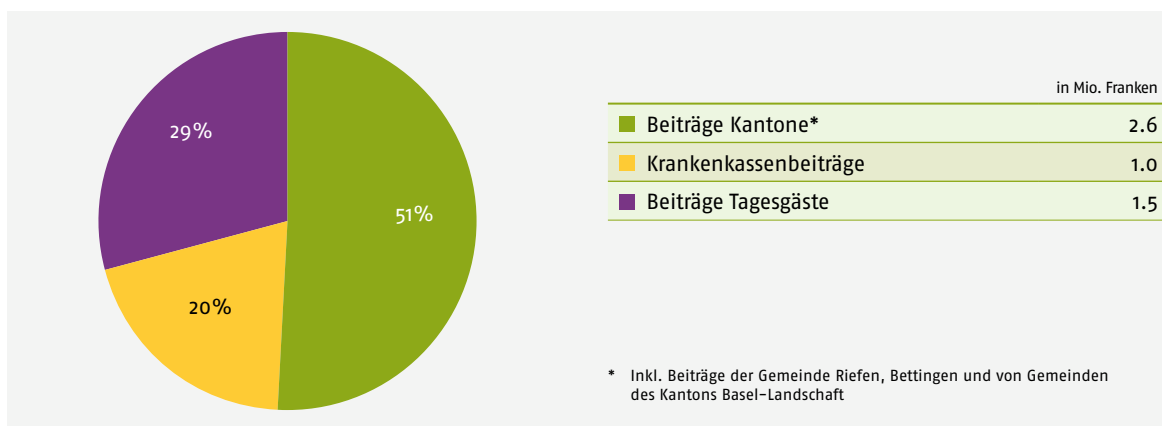
In Tabelle 8.3-2 sind Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen dargestellt. Von den Gesamtkosten von 45.7 Mio. Franken übernimmt die Krankenversicherung 58%, Kanton und Gemeinden 36% und die Patienten mit dem Eigenbeitrag 6%.

Tabelle 8.2-1: Kosten und Finanzierung der Tagestaxen 2015 einer allgemeinen Tageseinrichtung

	Franken pro Tag	Finanzierung		
		Krankenversicherung	Gast	Kanton
Betreuungskosten	76.60		17.40	59.20
Pflegenormkosten	52.40	27.00	21.60	3.80
<b>Total</b>	<b>129.00</b>	<b>27.00</b>	<b>39.00</b>	<b>63.00</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 8.2-2: Finanzierung des Taxvolumens der Tageseinrichtungen im Jahr 2015



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.2-3: Beiträge des Kantons Basel-Stadt an Tageseinrichtungen ab 2011-2015

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Basel	2.7	2.6	2.8	2.1 <sup>2</sup>	2.0
Riefen, Bettingen <sup>1</sup>	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4
<b>Total Basel-Stadt</b>	<b>3.2</b>	<b>3.1</b>	<b>3.3</b>	<b>2.6</b>	<b>2.4</b>

<sup>1</sup> Die Tageseinrichtung Wendelin erhielt Beiträge von der Gemeinde Riefen.

<sup>2</sup> Auffallend ist der starke Rückgang der Kantonsbeiträge seit 2014. Ein möglicher Grund für den Rückgang liegt in der seit dem Jahr 2013 sinkenden Auslastung der Angebote durch das grössere Angebot an Pflegeheimplätzen.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

#### 8.4 Beiträge an die Pflege Zuhause

Wer Zuhause regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person pflegt, erhält auf Antrag eine finanzielle Unterstützung. Der Beitrag steht privaten Personen zu, die täglich mehr als 60 Minuten Grundpflege (An- und Auskleiden, Einnahme des Essens, Körperpflege etc.) erbringen. Nicht entschädigt werden Haushaltarbeiten wie Kochen, Putzen oder Einkaufen. Die

Höhe des Pflegebeitrages hängt davon ab, ob bereits eine Hilflosenentschädigung der AHV oder IV ausgerichtet wird. Im Jahr 2015 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege zu Hause von insgesamt 2.7 Mio. Franken (+0.2 Mio. Franken) aus (Tabelle 8.4-1). Seit 1. Januar 2015 sind die Beiträge an die Pflege zu Hause neu AHV- und steuerpflichtig.

**Tabelle 8.3-1: Normkosten der Spitex ohne besonderen Leistungsauftrag und deren Finanzierungsaufteilung**

Franken pro Stunde	Normkosten Basel-Stadt		KVG-Beitrag	Eigenbeitrag Patient max. 1 Std.	Restfinanzierung Kanton/Gemeinde	
	1. Std.	ab 2. Std.			1. Std.	ab 2. Std.
Bedarfsabklärung	96.00	80.00	79.80	8.00	8.20	0.20
Behandlungspflege	90.00	80.00	65.40	8.00	16.60	14.60
Grundpflege	80.00	70.00	54.60	8.00	17.40	15.40

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.3-2: Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen im Jahr 2015**

in Mio. Franken	Total Kosten	KVG-Beiträge	Eigenbeitrag Patienten	Restfinanzierung Kanton/Gemeinde
mit besonderem Leistungsauftrag	29.9	15.2	1.6	13.1
ohne besonderen Leistungsauftrag	15.8	11.4	1.0	3.4
<b>Total Spitex-Leistung</b>	<b>45.7</b>	<b>26.6</b>	<b>2.6</b>	<b>16.5</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.4-1: Ausbezahlte Beiträge an die Pflege Zuhause in den Jahren 2011-2015**

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Basel	2.3	2.4	2.3	2.1	2.3
Riehen, Bettingen	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
<b>Total Basel-Stadt</b>	<b>2.7</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>	<b>2.5</b>	<b>2.7</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



## 9. Qualitätssicherung in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- qualivista wird schweizweit bekannt und als Qualitätsmanual von anderen Kantonen eingekauft.
- In neun Alterspflegeheimen wurde im Berichtsjahr auf der Grundlage von qualivista ein Aufsichtsbesuch durchgeführt.
- Eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertreter vom Verband der Basler Alterspflegeheime (VAP) und der Abteilung Langzeitpflege haben mit der Erarbeitung von verbindlichen Anforderungskriterien an Psychogeriatrische Pflege und Betreuung begonnen.
- Mit dem Ausbau vom Spitexpress zu einem 24-Stundendienst für pflegerische Notfälle, hat Spitex Basel ein weiteres Angebot zur Steigerung der Sicherheit zu Hause geschaffen.

### 9.1 Qualitätssicherung in den Pflegeheimen

#### 9.1.1 qualivista

qualivista ist die verbindliche Qualitätsanforderung der Pflegeheime in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn. Da qualivista von den zuständigen Kantonen und den jeweiligen Alters- und Pflegeheimverbänden gemeinsam erarbeitet und genehmigt wurde, ist ein gleiches Verständnis über die Anforderungen und die Qualität gewährleistet. Die Qualitätsanforderungen sind in den Bereichen der Führungsprozesse, der Kernprozesse wie Pflege und Betreuung, Alltaggestaltung sowie in den Supportprozessen Verpflegung, Hauswirtschaft, Sicherheit und Hygiene festgelegt.

Die interkantonale Steuergruppe genehmigte neu ein Organisationsreglement. Kernpunkt des Reglements ist die Aussage, dass ausschliesslich die Steuergruppe die verbindlichen Qualitätsstandards von qualivista verändern darf. Anpassungen von anderen Nutzungskantonen sind mit einer Entschädigung an die Interkantonale Steuergruppe möglich. Mit qualivista arbeiten neben den Gründerkantonen bereits die Kantone Appenzell Ausserroden, Luzern, Thurgau, Uri, Luzern, Obwalden und Nidwalden.

Diese Kantone bilden einen Nutzer-Ausschuss, der jährlich Entwicklungsanträge an die Steuergruppe stellen kann.

In Basel-Stadt startete 2015 eine Arbeitsgruppe mit Teilnehmerinnen des Verbands Basler Alterspflegeheime (VAP) und des Bereichs Gesundheitsversorgung Basel-Stadt (GSV) mit der Analyse der Qualitätskriterien. Ziel ist die Erarbeitung allfälliger Verbesserungsvorschläge.

#### 9.1.2 Aufsichtsbesuche mit qualivista

In neun Pflegeheimen wurden im Berichtsjahr Aufsichtsbesuche mit qualivista durchgeführt. Von der Möglichkeit der Selbstbewertung machten die Heime vor allem im Hinblick auf einen Aufsichtsbesuch Gebrauch. Die Alterspflegeheime beurteilten sich realistisch. Die jahrelange zielgerichtete Arbeit mit qualivista zeigt, dass ein vertieftes Qualitätsbewusstsein in den Alterspflegeheimen vorhanden ist, welches teilweise die Anforderungen von qualivista übertrifft. Zum Beispiel streben einzelne Heime eine Zertifizierung durch die European Foundation for Quality Management (EFQM) oder andere Qualitätslabel an. Eine Professionalisierung in den geforderten Konzepten ist ersichtlich. In allen überprüften Heimen

konnte festgestellt werden, dass das Wohlbefinden der Bewohner das zentrale Anliegen ist.

Entwicklungspotential besteht oftmals noch im Schnittstellenmanagement der einzelnen Bereiche (z.B. Hauswirtschaft, Hygiene, Verpflegung und Sicherheit). In den Gesprächen wurde auch deutlich, dass qualifiziertes Fachführungspersonal in der Pflege für die Qualitätsarbeit von grosser Bedeutung ist. Diese Stellen mit geeigneten Personen zu besetzen, wird für die Alterspflegeheime zunehmend schwierig.

### 9.1.3 Pflegeheim Qualitätskommission

Die Pflegeheim-Qualitätskommission ist ein Gremium, in welchem der VAP, die Krankenversicherer, die Medizinische Gesellschaft (MedGes) sowie die Abteilung Langzeitpflege (GSV) vertreten sind.

Die Pflegeheim Qualitätskommission beschäftigt sich unter anderem fortlaufend mit der Unterstützung und Implementierung von Palliative Care in den Basler Alterspflegeheimen. So wurde die Möglichkeit einer besseren Vernetzung mit palliativ care bs+bl besprochen. Im Weiteren wurde Kontakt mit GGG Voluntas hinsichtlich des Lehrgangs für Freiwilligenarbeit in palliativen Situationen aufgenommen.

Weiter begann eine Arbeitsgruppe unter Einbezug externer Fachpersonen mit der Erarbeitung von Kriterien für die Psychogeriatrischen Abteilungen (PGA) mit dem Ziel, ein Positionspapier bezüglich weiterer, spezifischerer Planung von Angeboten zur Verfügung zu haben.

### 9.1.4 RAI-Audits

Die Abrechnungsbasis für die Ausrichtung der Pflegebeiträge der Krankenversicherer erfolgt aufgrund der Zuweisung der Pflegeheimbewohner auf eine der zwölf Pflegestufen entsprechend des ausgewiesenen Pflegebedarfs. Diese Pflegebedarfseinstufung wird im Kanton Basel-Stadt seit dem Jahr 2002 mit dem Resident Assessment Instrument (RAI)-System durchgeführt, welches einen differenzierten und nachvollziehbaren Prozess vorgibt. Die Pflegestufen (Ressource Utilization Groups = RUGs) sind konzeptionell mit den Diagnosis Related Groups (DRGs) im Akutbereich vergleichbar. Die RUGs sind für die Pflegeplanung und auch die Abgeltung der Pflegeleistungen von entscheidender Bedeutung und werden von den Pflegeheimen selbst vorgenommen. Eine paritätische Abklärungs- und Kontrollkommission der Alters- und Pflegeheime (ParKo APH) nimmt stich-

probenweise eine Überprüfung vor. Die ParKo APH wird vom VAP, den Krankenversicherern und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt getragen. Die Kommission beauftragt jeweils ein paritätisches RAI-Audit-Team, das systematisch und im Zyklus von drei Jahren Audits zu Pflegeeinstufungen sowie zur Systemanwendung in allen Vertragsheimen durchführt. Der VAP kündigte fristgerecht per Ende 2015 den ParKo-Vertrag auf Ende 2016. Der VAP-Vorstand ist der Ansicht, dass nach zwölf Jahren erfolgreicher RAI-Audits das Niveau der RAI-Anwendung stabil hoch sei. Das Gesundheitsdepartement entscheidet im Folgejahr über allfällige weiterführende kantonale Kontrollen.

Seit 2004 fanden im Kanton Basel-Stadt 148 RAI-Audits (davon 10 Nachaudits) statt. Es wurden insgesamt 22 % der Heimplätze auf die Korrektheit der Pflegeaufwandgruppen überprüft. Dies entspricht 2'084 Bewohnerinnensituationen. Von diesen waren 89 % in der richtigen Pflegeaufwandgruppe erfasst. 10 % der Bewohnerinnen waren in einer zu hohen Pflegeaufwandgruppe, 1 % der Bewohnerinnen in einer zu niedrigen Pflegeaufwandgruppe eingeteilt. Die Quote der Fehleinstufungen hat im Berichtsjahr um 1 % zugenommen und beträgt nun 3 %.

Insgesamt gesehen ist der Stand der RAI-Umsetzung zur Erfassung der Bewohnersituation auf einem sehr hohen Niveau. Identifizierte Schlüsselfaktoren, welche zur verbesserten Umsetzung des RAI-Systems führen, sind die Stärkung der Kompetenzen der RAI-Anwenderinnen, die zielgerichteten Dokumentation der Pflege sowie die Verbesserung der Umsetzung der Resultate in eine bewohnerorientierte Pflege- und Betreuungsplanung zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen.

## 9.2 Qualität bei den Spitex-Anbietern

Spitex Basel erstellt gemäss kantonalem Leistungsauftrag 2015 bis 2017 einen jährlichen Qualitätsbericht, welcher systematisch über Stand und Weiterentwicklung des betrieblichen Qualitätsmanagements informiert.

Ein Meilenstein im Bereich Qualität bei den Spitex-Anbietern war 2015 der Ausbau vom Spitexpress. Dieser steht nun der ganzen Bevölkerung von Basel-Stadt rund um die Uhr zur Verfügung.

Darüber hinaus wurde 2015 der Dienstleistungsauftrag Hauswirtschaft erarbeitet. Hauswirtschaftliche

Tabelle 9.1-1: Ergebnisse der RAI-Audits<sup>24</sup>

	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl überprüfter Institutionen	12	9	9	10	11
Anzahl Pflegeplätze dieser Institutionen	714	553	553	570	763
Anzahl überprüfte Bewohner-Situationen	164	120	120	130	161
Anteil der Plätze der überprüften Institutionen	23%	22%	22%	23%	21%
Anteil korrekte Einstufungen	91%	96%	96%	94%	93%
Anteil falsche Einstufungen	9%	4%	4%	6%	7%
... davon zu hoch eingestuft	8%	4%	4%	5%	7%
... davon zu tief eingestuft	1%	0%	0%	1%	0%

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Dienstleistungen sind unerlässlich im Spitex-Angebot, da sie oftmals eine Voraussetzung sind, um Zuhause verbleiben zu können.

Weitere Themen waren Vertiefungen und Schulungen in den Fachbereichen Palliativ Care und in der Pflege von Menschen mit Demenzerkrankung. Auch zur Verbesserung des Übertritts vom Spital nach Hause wurden Angebote geschaffen.

Hinsichtlich der steigenden Anforderungen in der Langzeitpflege hat Spitex Basel gemeinsam mit dem VAP das Projekt «Opinion Leader» erarbeitet und entwickelt. Die aus dem Projekt entstandenen Thesen zur Langzeitpflege sollen als ethische Richtlinien in der Langzeitpflege sowie auch als Grundlage der Anliegen an Politik und Gesellschaft dienen.

Aufgrund der Bewilligungsverordnung des baselstädtischen Gesundheitsgesetzes werden Spitex-Dienste ohne Leistungsauftrag systematisch auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und Durchführung der fachgerechten Pflege in periodischen Aufsichtsbesuchen überprüft.

Die Angebote der freiberuflichen Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner beinhalten neben der allgemeinen Krankenpflege auch Spezialgebiete wie Diabetesberatung, Wundversorgung, psychiatrische Krankenpflege, Still- und Wochenbettspflege.

Eine Strafanzeige, welche das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt gegen eine freiberufliche Pflegefachfrau gestellt hatte, führte im Berichtsjahr zu einer Verurteilung. Die Pflegefachfrau hatte im Rahmen der Bewilligungserteilung gegen das Gesundheitsgesetz verstossen.

Bei den freiberuflichen Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner ist durchschnittlich eine sehr gute Pflegefachqualität festzustellen.

Im Berichtsjahr wurden insgesamt 17 (2014: 15) Hausbesuche bei den Spitex-Organisationen durchgeführt. Im Weiteren wurden elf Spitex-Organisationen in ihren Büroräumlichkeiten einer administrativen Kontrolle unterzogen. Grundsätzlich ist eine Professionalisierung der Spitex-Organisationen festzustellen, auch wenn in Geschäftsführung, der Administration sowie in der pflegerischen Fachlichkeit nach wie vor bei den überprüften Spitex-Organisationen qualitative Unterschiede bestehen.

Angeordnete Verbesserungsmaßnahmen werden in einer positiven, konstruktiven Haltung vorgenommen. Verbesserungspotenzial besteht insbesondere beim Erstellen der Bedarfsabklärungen, der Führung von professionellen Pflegedokumentationen sowie bei Spitex-Organisationen regelmässige Kontrollen durch entsprechendes Fachpersonal. Bei zwei Spitex-Organisationen musste aufgrund von Reklamationen ein unangekündigter Aufsichtsbesuch gemacht werden. Erteilte Weisungen zur Verbesserung der Qualität wurden von diesen kooperativ und erfolgreich befolgt.

<sup>24</sup> Bei den Audits werden vorwiegend Einstufungen überprüft, welche Bewohnersituationen abbilden, die ein hohes Potenzial für Falscheinstufungen haben (z.B. Wundsituationen). Die überprüften Einstufungen und die festgestellte Fehlerquote sind daher nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Heimbewohner.

# Teil IV

# **Anhang**

## 10. Weitere Informationen

Aktuelle Informationen zur stationären Spitalversorgung, Langzeitpflege und Qualität finden sich auf der Homepage des Bereichs Gesundheitsversorgung unter: [www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch)

The screenshot shows the website interface for 'Gesundheitsversorgung' in the Canton of Basel-Stadt. The navigation bar includes 'Startseite Kanton Basel-Stadt', 'Behörden & Organisation', and 'Themen A-Z'. The main header identifies the 'Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt' and the 'Gesundheitsversorgung' section. A secondary navigation bar lists 'Über uns', 'Für Gesundheitsfachpersonen', 'Qualität & Aufsicht', and 'Für ältere Menschen'. Below this, a row of topic links is visible: 'Spitalversorgung', 'Langzeitpflege', 'eHealth', 'Grenzüberschreitende Zusammenarbeit', and 'Inkonvenienzentschädigung Hebammen'.

The main content area is titled 'Für Gesundheitsfachpersonen' and includes the following text: 'Die folgenden Informationen sind vorwiegend fachlicher Natur und liefern interessierten Personen Hintergrundinformationen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt.'

Five topic cards are displayed, each with a title, a right-pointing arrow, an image, and a brief description:

- Spitalversorgung**: Welche Spitäler stehen auf der Spitalliste vom Kanton Basel-Stadt? Dürfen Behandlungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen werden?
- Langzeitpflege**: Welche Leitlinie in der Alterspolitik hat der Kanton Basel-Stadt? Wie erhalte ich eine Spitexbewilligung? Welche Pflegeheime sind auf der Pflegeheimliste?
- eHealth**: Was ist eHealth und wer kann eHealth in Basel-Stadt nutzen?
- Grenzüberschreitende Zusammenarbeit**: Wie vernetzt sich Basel-Stadt mit Spitälern im nahen Ausland? Zahlt die Krankenkasse, medizinische Leistung in bestimmten Kliniken in Deutschland?
- Inkonvenienzentschädigung Hebammen**: Inkonvenienzentschädigung für Geburtshelferinnen und Geburtshelfer beantragen.

# 11. Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime

## 11.1: Kennzahlen der Spitäler für das Jahr 2015

	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Klinik Sonnenhalde	Merian Iselin Klinik	Palliativzentrum Hildegard
<b>Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)</b>	<b>241</b>	<b>458</b>	<b>631</b>	<b>125</b>	<b>434</b>	<b>58</b>
<b>Total Betriebsaufwand in 1'000 CHF</b>	<b>26'337</b>	<b>89'124</b>	<b>92'844</b>	<b>18'117</b>	<b>88'853</b>	<b>8'980</b>
davon Personalkosten in 1'000 CHF	18'272	46'312	68'760	13'190	43'989	6'528
davon medizinischer Bedarf in 1'000 CHF	1'964	17'728	5'962	255	24'198	356
<b>Total Ertrag aus Leistungserstellung in 1'000 CHF</b>	<b>26'708</b>	<b>75'348</b>	<b>82'506</b>	<b>18'193</b>	<b>89'334</b>	<b>6'237</b>
<b>Anzahl stationärer Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, Übrige)</b>	<b>1'421</b>	<b>6'225</b>	<b>4'837</b>	<b>530</b>	<b>6'882</b>	<b>331</b>
davon Langzeitpflegefälle	0	0	330	0	0	24
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	0%	7%	0%	0%	7%
davon Unfall, IV, MV	1	83	12	2	1'021	1
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	0%	0%	15%	0%
davon KVG	1'420	6'142	4'825	526	5'647	329
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	100%	99%	82%	99%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	1'250	1'989	3'815	242	2'454	238
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	88%	32%	79%	46%	43%	72%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	1'089	4'304	3'678	502	3'729	256
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	77%	70%	76%	95%	66%	78%
<b>Anzahl Pflegetage (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, Übrige)*</b>	<b>33'693</b>	<b>41'063</b>	<b>86'749</b>	<b>23'469</b>	<b>33'718</b>	<b>6'620</b>
davon KVG	33'671	40'638	86'451	23'281	28'847	6'612
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	100%	99%	86%	100%
KVG-Pflegetage von Patienten mit Wohnsitz BS	29'610	14'790	67'739	10'484	12'306	4'708
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	88%	36%	78%	45%	43%	71%
KVG-Pflegetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	25'233	25'280	64'789	22'139	17'358	5'365
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	75%	62%	75%	95%	60%	81%

\* Anzahl Pflegetage nach neuer Berechnungsmethode (siehe Kapitel 3.2)

Quelle:  
Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

REHAB Basel	Reha Chrischona	Schmerz- klinik Basel	St. Clara- spital	Universitäts- Kinderspital beider Basel	Universitäre Psychiatri- sche Kliniken	Universtäts- spital Basel	Gesamt
334	109	71	791	766	884	4'765	9'667
50'753	18'063	11'198	195'477	138'664	152'044	954'728	1'845'183
31'860	11'850	7'301	108'904	86'782	104'100	611'151	1'158'999
4'632	738	892	31'259	17'231	5'837	186'454	297'506
48'166	17'374	9'807	183'688	112'784	113'406	764'777	1'548'327
388	1'150	117	10'455	5'984	3'171	34'306	75'797
0	0	0	0	0	2	0	356
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
95	6	4	102	1'139	4	1'430	3'900
24%	1%	3%	1%	19%	0%	4%	5%
291	1'144	112	10'310	4'773	3'077	31'440	70'036
75%	99%	96%	99%	80%	97%	92%	92%
87	615	36	5'625	1'546	2'404	16'095	36'396
30%	54%	32%	55%	32%	78%	51%	52%
221	803	92	6'291	4'015	2'845	25'096	52'921
76%	70%	82%	61%	84%	92%	80%	76%
27'024	26'253	1'819	80'382	38'167	106'087	242'550	747'594
20'282	26'139	1'742	79'630	23'933	103'079	223'741	698'046
75%	100%	96%	99%	63%	97%	92%	93%
6'365	14'396	533	44'149	7'151	70'959	111'687	394'877
31%	55%	31%	55%	30%	69%	50%	57%
14'666	18'303	1'417	47'903	20'963	93'020	173'172	529'608
72%	70%	81%	60%	88%	90%	77%	76%

## 11.2: Kennzahlen der Pflegeheime für das Jahr 2015

Pflegeheim	Anzahl Pflegeplätze	Geleistete Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflegeintensität <sup>1</sup>
Adullam Basel und Riehen	280	101'093	98.9	0.82
Alterszentrum Alban-Breite	83	29'868	98.6	0.79
Bethesda Gellert Hof	139	43'163	85.1	0.65
Bethesda Wesley-Haus	78	27'996	98.3	1.04
Blindenheim Basel	60	24'055	109.8	0.56
Bürgerspital am Bruderholz	58	21'036	99.4	1.02
Bürgerspital am Burgfelderhof	113	41'114	99.7	0.81
Bürgerspital Falkenstein	86	30'399	96.8	0.78
Bürgerspital Weiherweg	85	23'634	76.2	0.80
Bürgerspital zum Lamm	70	25'174	98.5	0.86
CasaVita Hasenbrunnen	57	20'373	97.9	0.92
CasaVita Kannenfeld	72	25'590	97.4	0.76
CasaVita Rosental	44	16'166	100.7	0.83
CasaVita Vincentianum	46	16'197	96.5	0.75
CasaVita Wettstein	43	14'331	91.3	0.88
Dandelion	60	21'764	99.4	1.15
Dominikushaus	77	27'770	98.8	0.93
Feierabendheim St. Chrischona	40	12'842	88.0	0.67
Generationenhaus Neubad	86	30'973	98.7	0.72
Gundeldingen	110	39'965	99.5	0.90
Gustav Benz-Haus	81	27'751	93.9	0.88
Haus zum Wendelin	84	31'587	103.0	0.78
Holbeinhof	111	39'941	98.6	0.76
Humanitas	90	30'313	92.3	0.70
Johanniter	137	49'262	98.5	0.76
Ländliheim	42	14'981	97.7	0.81
Marienhaus	111	40'666	100.4	0.90
Marthastift	41	13'817	92.3	1.04
Murtengasse	23	7'606	90.6	1.00
St. Christophorus	71	25'094	96.8	1.02
St. Elisabethenheim	70	25'483	99.7	0.89
St. Johann	75	26'897	98.3	0.83
Sternenhof	155	56'887	100.6	0.82
Wiesendamm	72	25'770	98.1	0.84
Zum Wasserturm	54	18'170	92.2	0.74
<b>Total</b>	<b>2'904</b>	<b>1'027'728</b>		
<b>Gewichteter Wert</b>			<b>97.0</b>	<b>0.83</b>
Tertianum St. Jakob-Park <sup>2</sup>	16	6'137	105.1	1.04
Palliativzentrum Hildegard <sup>2</sup>	5	993	54.4	1.36
Diakonissenhaus Riehen <sup>2</sup>	12	43	1.0	1.05
Felix Platter-Spital Passerelle <sup>2</sup>	59	9620	94.7	0.92
Südpark <sup>2</sup>	28	7'144	69.9	1.18
Senevita Gellertblick	65	18'916	79.7	0.76
Senevita Erlenmatt <sup>3</sup>	56	9'035	44.2	0.73
<b>Gesamttotal</b>	<b>3'145</b>	<b>1'079'616</b>		



Anzahl Soll-Stellen in der Pflege	Pflegekosten ohne Betreuungs-kostenanteil (1'000 CHF)	Kosten Grundtaxe (1'000 CHF)	Taxertrag + Liegenschafts-beitrag (1'000 CHF)
152.1	10'144	20'749	29'335
43.1	2'688	5'584	8'296
58.3	4'247	9'760	12'618
49.2	3'087	6'734	8'905
26.7	1'739	4'101	6'040
36.4	3'300	4'607	8'428
60.5	4'556	7'691	11'857
43.8	3'270	6'521	8'678
37.8	3'230	6'380	6'575
38.5	2'497	4'548	7'220
32.9	2'068	3'795	5'943
36.4	2'434	4'706	7'146
24.1	1'464	3'190	4'686
22.7	1'458	3'155	4'448
22.9	1'396	2'975	4'186
41.1	2'951	4'205	7'436
45.0	2'962	4'396	8'096
17.4	1'333	2'436	3'430
42.3	2'733	5'811	8'105
62.9	4'446	7'757	11'820
44.0	2'874	5'401	8'125
44.6	3'226	5'760	8'805
56.5	3'452	8'516	10'975
41.6	2'492	5'731	8'062
69.4	4'715	9'191	13'671
22.0	1'426	3'100	4'182
63.9	4'361	7'513	11'997
24.8	1'623	2'493	4'575
13.3	716	1'510	2'299
43.6	3'129	5'251	8'064
40.0	2'705	4'869	7'362
40.2	2'483	5'547	7'557
83.7	7'188	11'247	18'555
38.9	2'503	5'450	7'403
25.8	1'898	3'579	4'876
<b>1'546.4</b>	<b>106'794</b>	<b>204'259</b>	<b>299'756</b>
Keine Angaben, da keine separate KTR vorhanden ist.			
Keine Angaben, da keine separate KTR vorhanden ist.			
Keine Angaben, da keine separate KTR vorhanden ist.			
Wurde im Laufe des Jahres geschlossen.			
Keine Angaben, da keine separate KTR vorhanden ist.			
28.7	1'772'637	4'204'824	5'338
17.6	1'227'642	3'218'523	2'629

1 Masszahl für den Schweregrad der Pflegeheimbewohner. Der Wert 1.0 bedeutet einen Pflegebedarf von ca. 120 Minuten pro Tag, was dem schweizerischen Durchschnitt entspricht.

2 Nicht-Mitglieder des Verbands gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime

3 Neueröffnungen 2015 (kein volles Betriebsjahr)

#### Geschlechtsneutrale Formulierung

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Differenzierung – beispielsweise Patientinnen und Patienten – verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

