



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Bereich Gesundheitsversorgung

GESUNDHEITS- VERSORGUNGSBERICHT

**ÜBER DIE SPITÄLER, PFLEGEHEIME,
TAGESPFLEGE-EINRICHTUNGEN UND SPITEX-ANBIETER
IM KANTON BASEL-STADT**





Kennzahlen
der Spitäler 2020

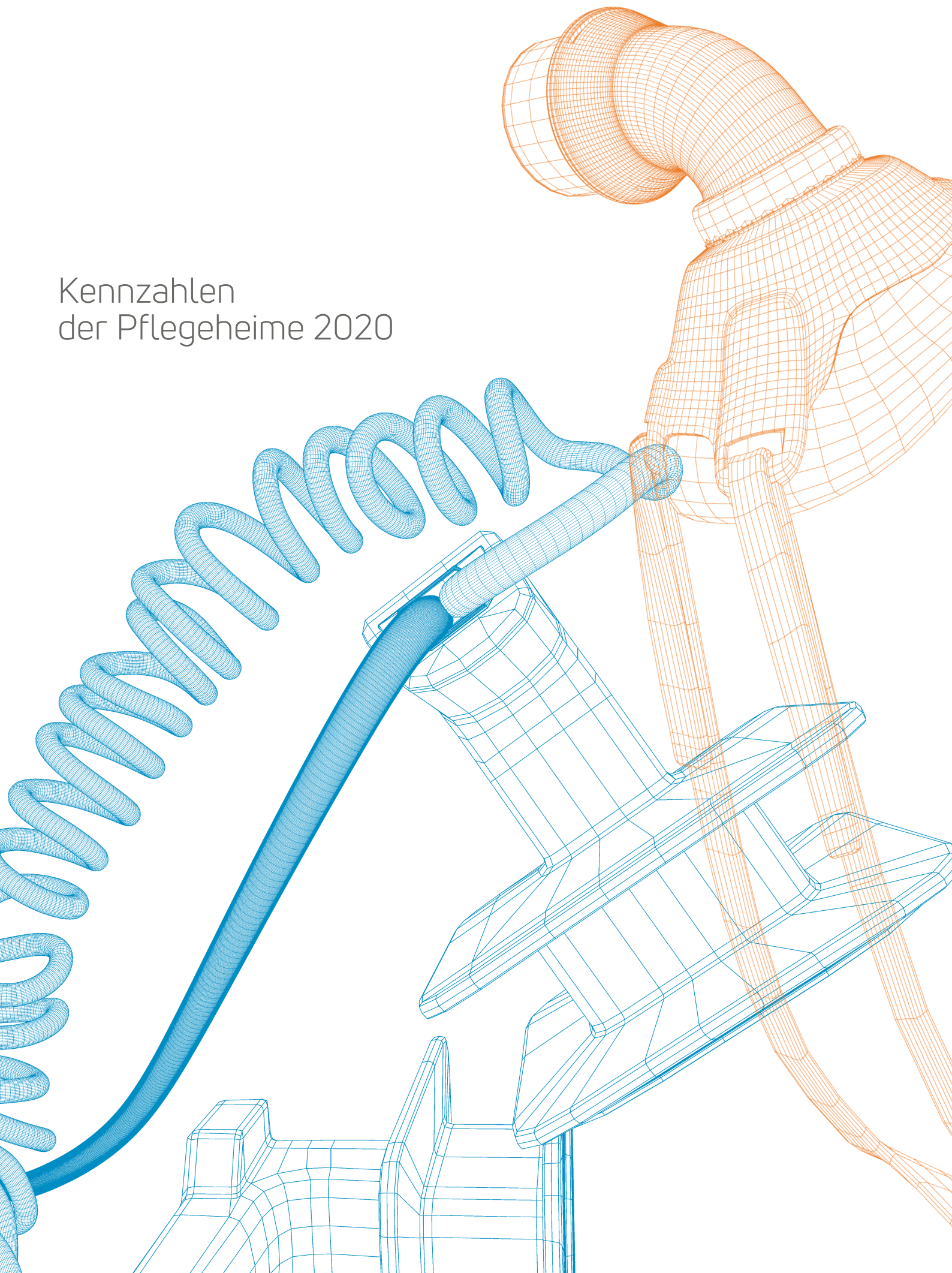
Kennzahlen der Spitäler

2020



	Adultam Spital	Bethesda Spital	Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	Klinik Sonnenhalde	Matthea Geburtshaus GmbH	Merian Iselin Klinik	Palliativzentrum Hildegard	REHAB Basel	Schmerzlinik Basel	St. Claraspital	UKBB	UPK	USB	Total
Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)	257	527	716	133	12	514	49	433	76	822	811	904	5 392	10 647
Total Betriebsaufwand in 1000 Franken	38 736	101 466	118 024	18 968	1 874	108 569	10 353	61 594	12 850	226 015	147 747	146 559	1 132 967	2 125 722
davon Personalkosten in 1000 Franken	27 802	56 227	80 275	14 033	1 123	54 644	5 943	41 266	7 413	127 814	94 986	106 726	701 139	1 319 391
davon medizinischer Bedarf in 1000 Franken	2 347	18 662	4 474	312	246	29 405	348	5 608	1 704	41 641	19 678	4 959	234 072	363 457
Total Ertrag Basler Spitäler in 1000 Franken	38 482	99 138	105 907	18 894	1 962	107 053	10 363	61 270	10 053	222 403	142 472	152 825	1 117 048	2 087 870
Anzahl Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahlende, Übrige)	1 935	7 210	5 143	463	525	6 956	463	431	152	10 520	5 143	2 762	36 102	77 805
davon Langzeitpflegefälle	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
davon Unfall, IV, MV	2	81	2	1	0	1 182	0	80	4	39	1 097	9	1 572	4 069
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	0%	0%	0%	17%	0%	19%	3%	0%	21%	0%	4%	5%
davon KVG	1 931	7 110	5 124	461	515	5 564	462	347	147	9 997	4 025	2 714	33 538	71 935
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	100%	100%	98%	80%	100%	81%	97%	95%	78%	98%	93%	92%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	1 445	2 293	3 530	213	349	2 132	260	96	44	5 143	1 256	2 080	15 392	34 233
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	75%	32%	69%	46%	68%	38%	56%	28%	30%	51%	31%	77%	46%	48%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	1 458	5 615	3 851	422	505	3 800	351	286	137	6 882	3 175	2 510	27 107	56 099
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	76%	79%	75%	92%	98%	68%	76%	82%	93%	69%	79%	92%	81%	78%
Anzahl Pflegetage (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahlende, Übrige)	35 515	42 126	93 314	21 817	2 407	33 418	6 890	31 850	2 773	74 694	35 699	114 370	251 747	746 620
davon KVG	35 476	41 610	92 875	21 700	2 361	27 632	6 879	24 887	2 663	71 323	23 195	106 879	235 556	693 036
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	100%	99%	98%	83%	100%	78%	96%	95%	65%	93%	94%	93%
KVG-Pflegetage von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz BS	26 499	15 198	63 660	9 920	1 617	11 094	3 966	6 476	737	37 059	6 082	70 327	103 414	356 049
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	75%	37%	69%	46%	68%	40%	58%	26%	28%	52%	26%	66%	44%	51%
KVG-Pflegetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	26 850	29 691	69 953	19 772	2 317	17 303	5 331	20 584	2 502	48 678	19 413	97 031	186 906	546 331
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	76%	71%	75%	91%	98%	63%	77%	83%	94%	68%	84%	91%	79%	79%

Kennzahlen der Pflegeheime 2020



2020

Kennzahlen der Pflegeheime



	Anzahl Pflegeplätze	Total Pensions- und Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflegeintensität	Kosten Pension und Betreuung in Franken	Pflegekosten in Franken	Taxertrag in Franken
Adullam Basel	200	70035	91.4%	1.06	11643819	10271425	22626449
Adullam Riehen	72	24926	91.1%	0.78	3414951	4151242	7497326
AZAB	83	28794	95.0%	0.94	5233062	3303358	8764936
Bethesda Gellert Hof	134	46376	90.8%	0.95	9028209	4943038	14497540
Bethesda Wesley Haus	78	27240	95.7%	1.05	5472824	3467212	8954539
BSB Bruderholz	58	19310	91.2%	1.09	4699220	3168360	7153662
BSB Burgfelderhof	113	40007	97.0%	1.07	8650233	5800214	13841327
BSB Falkenstein	86	30678	97.7%	0.99	6283596	3431457	9778083
BSB Weiherweg	85	29278	94.4%	0.84	6781238	3240848	8544482
BSB zum Lamm	65	20517	86.5%	1.00	5283806	2545416	6548773
Casavita Hasenbrunnen	57	20341	97.8%	0.89	3792013	2109262	6043174
Casavita Kannenfeld	72	25417	96.7%	0.91	4272216	2767357	7589820
Casavita Lehenmatt	63	21362	92.9%	1.11	4246555	2587829	6898452
Casavita Vincentianum	46	16631	99.1%	0.83	3015789	1692399	4836105
dandelion	62	20355	89.9%	1.31	4012283	3087291	7527732
Diakonissenhaus Riehen	12	2270	51.8%	1.24	487662	449415	775731
Dominikushaus	62	21161	93.5%	0.97	4057598	2810923	6599271
Generationenhaus Neubad	87	31363	98.8%	1.03	5523687	3644160	9940225
Gustav Benz Haus	81	28935	97.9%	1.03	5588028	3431579	9176050
Holbeinhof	111	39724	98.0%	1.07	8744935	4693166	12723642
Humanitas	111	39308	97.0%	0.76	8048158	3652682	11176882
irides	75	21592	78.9%	0.91	4655538	3025325	6391233
Johanniter	134	45954	94.0%	1.06	8724124	5896348	14782107
Ländli	48	14913	85.1%	0.99	3274437	1807112	4728024
Marienhaus	111	40224	99.3%	1.14	7173150	5848928	13352895
Marthastift	105	34089	92.5%	1.12	8449628	5704205	12455475
Momo	110	38119	94.9%	0.99	7163495	4741265	11964635
Senevita Erlentmatt	56	19726	96.5%	1.09	3857358	2158205	6315694
Senevita Gellertblick	81	21887	92.3%	1.01	4601657	2329145	6862434
St. Chrischona	38	10682	73.2%	0.76	2337576	1652901	3087023
St. Christophorus	64	20420	87.4%	1.03	4705797	3174076	6789642
St. Elisabethenheim	70	23839	93.3%	0.99	4478909	2945336	7416726
St. Johann	75	26598	97.2%	1.03	5390740	3095702	8355673
Sternenhof	154	51323	90.7%	0.90	10983209	6574135	17731270
Südpark*	28	9143	89.5%	1.28	2874791	1844104	4014267
Tertianum	16	6683	114.4%	1.30	1929953	1543574	3351904
Wendelin	86	30380	99.1%	0.84	5746980	3701271	9083114
Wiesendamm	67	24016	98.2%	0.92	4640641	2849527	7257368
zum Wasserturm	47	15086	82.7%	1.01	3319389	1852408	4836121
TOTAL	3103	1058702	93.2%	1.00	212587254	135992200	340269806

* Ohne Kostenrechnung.
Quelle: SOMED-Statistik (Bundesamt für Statistik)

VORWORT



LIEBE LESERINNEN UND LESER

Wie bereits im letzten Jahr hat die COVID-19-Pandemie die Gesundheitsversorgung unseres Kantons und auch den Bereich Gesundheitsversorgung im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt stark gefordert. Die Zusammenarbeit des Gesundheitsdepartements mit den verschiedenen Gesundheitsversorgern wurde weiter vertieft. Weil uns die COVID-19-Pandemie erneut so deutlich vor Augen führt, dass wir die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nur in Kooperation und enger Zusammenarbeit in allen Bereichen des Gesundheitswesens sicherstellen können, steht der diesjährige Gesundheitsversorgungsbericht unter dem Motto «Die Gesundheitsversorgung Basel-Stadt und ihre Partnerinnen und Partner». Die Zusammenarbeit, die wir in der Region erleben dürfen, ist nicht selbstverständlich. Wir sind froh und dankbar, dass in unserem Kanton die Behörden, Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsfachpersonen stets bemüht sind, an einem Strang zu ziehen, und auch Krisenzeiten gemeinsam meistern.

Mit der diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsversorgungsberichts möchten wir diese wichtige Arbeit der Leistungserbringer im baselstädtischen Gesundheitswesen unterstreichen und aufzeigen, was wir mit ihnen für die Sicherung der medizinischen Leistungsqualität, die Optimierung des Leistungsangebots und die Stabilisierung der Gesundheitskosten weit über diese Krisenzeit hinaus in unserer Region leisten. Dazu bieten wir Ihnen einen Einblick in eine kleine Auswahl an Projekten zu den Themen Akutsomatik, Langzeitpflege und Psychiatrie, die wir mit externen Partnerinnen und Partnern aus dem Gesundheitswesen zur Optimierung des Leistungsangebots lanciert haben. Ausserdem können Sie sich in den Kapiteln «Spitalversorgung» und «Langzeitpflege» einen Überblick über die Angebote und erbrachten Leistungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen Basel-Stadt und die Aktivitäten des Bereichs Gesundheitsversorgung in diesen Gebieten verschaffen. Erstmals erscheint der Bericht in einer Hybridversion – der Gesamtbericht ist neu ausschliesslich online verfügbar, während eine Kurzversion des Berichts in gedruckter Form publiziert wird.

Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir gute Lektüre mit informativen Einblicken in die Gesundheitsversorgung der Region!

Anna Eichenberger, lic. rer. publ.
Leiterin Gesundheitsversorgung
Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt



INHALT



HERAUSGEGRIFFEN 4

I	Gleichlautende Spitallisten für Basel-Stadt und Basel-Landschaft	6
II	Das Pandemie-Management in der Langzeitpflege	11
III	Die «Home Treatment»-Modellprojekte sorgen für eine Reduktion der stationären Aufenthalte	18

SPITALVERSORGUNG 24

1. — Angebot der stationären Spitalversorgung	26	
1.1	SPITÄLER IM KANTON BASEL-STADT	26
1.2	PATIENTENSTRÖME	29
1.3	SCHWEREGRAD UND KOMPLEXITÄT	32
2. — Leistungen der stationären Spitalversorgung	34	
2.1	SPITALPLANUNG	34
2.2	STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN	35
2.3	ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN AUFENTHALTSDAUER	36
2.4	AKUTSOMATISCHE SPITALBEHANDLUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN	37
2.5	PSYCHIATRISCHE SPITALBEHANDLUNGEN	41
2.6	SPITALBEHANDLUNGEN IM BEREICH REHABILITATION	42
3. — Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung	44	
3.1	KOSTEN STATIONÄRE SPITALVERSORGUNG DER BASELSTÄDTISCHEN BEVÖLKERUNG	44
3.2	GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN DER BASELSTÄDTISCHEN SPITÄLER	46
3.3	KOSTENENTWICKLUNG STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN	47
3.4	BEHANDLUNGEN VON GRENZGÄNGERINNEN UND GRENZGÄNGERN IM KANTON BASEL-STADT	49
3.5	STATIONÄRE SPITALTARIFE	49

EXKURS:

TARIFE IM STATIONÄREN SPITALBEREICH – GRUNDSÄTZE UND VERFAHREN	50
--	----

4. — Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung 54

4.1	PILOTPROJEKT QUALITÄTSMONITORING «AMBULANT VOR STATIONÄR»	54
4.2	AUSWERTUNG H+ QUALITÄTSBERICHTE	55
4.3	NATIONALES IMPLANTATREGISTER HÜFTE UND KNIE: 2-JAHRES-REVISIONSRATEN	55

LANGZEITPFLEGE 56

5. — Angebot in der Langzeitpflege 58

5.1	PFLEGEHEIMPLÄTZE UND PFLEGERISCHE ANGEBOTE	60
5.2	SPITEX	61
5.3	TAGESPFLEGE-EINRICHTUNGEN UND WOHNEN MIT SERVICEANGEBOT	62

6. — Leistungen in der Langzeitpflege 64

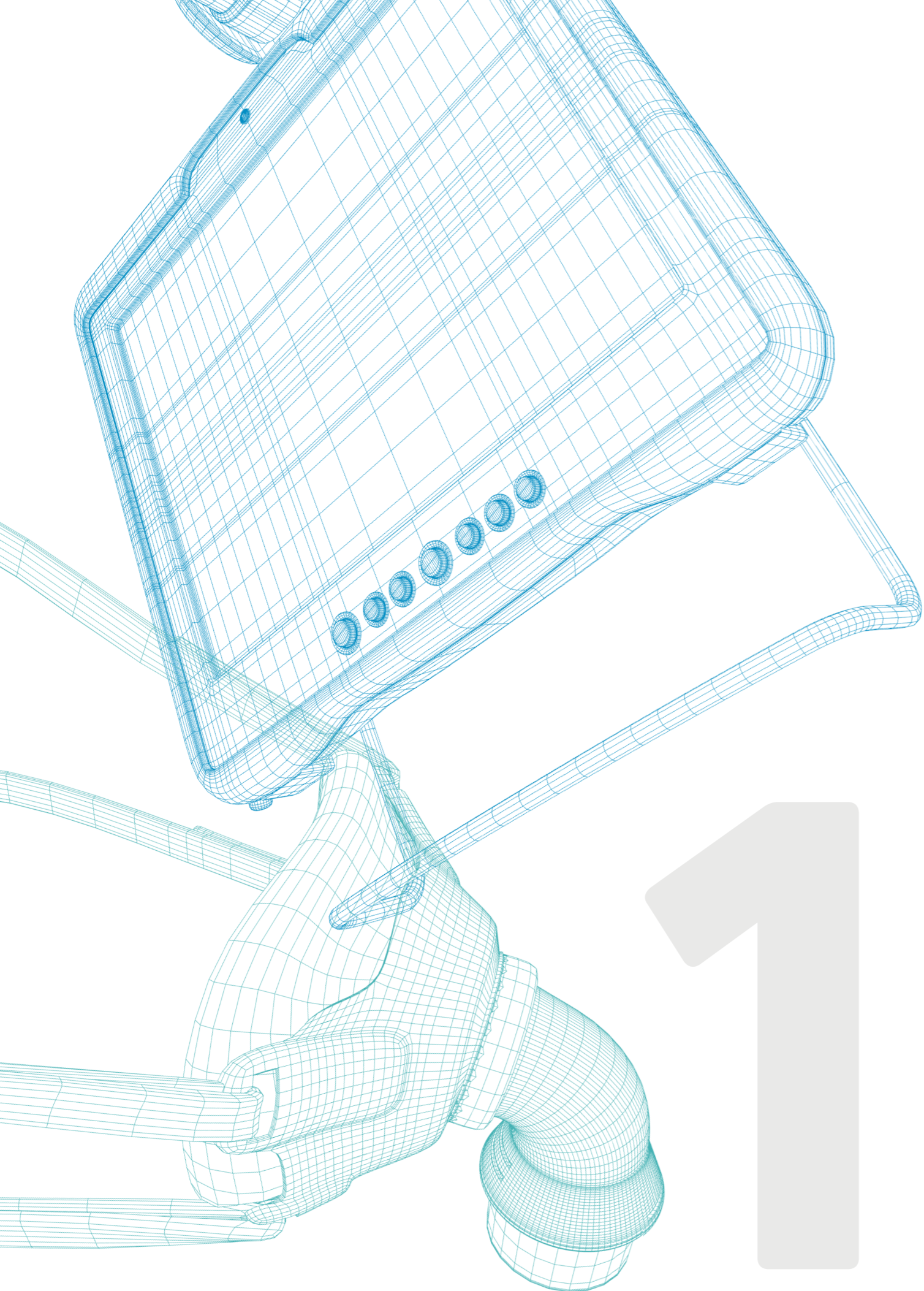
6.1	STATISTISCHE GRUNDLAGE	64
6.2	ENTWICKLUNG DER ANGEBOTENEN LEISTUNGEN	64

7. — Kosten und Finanzierung in der Langzeitpflege 66

7.1	PFLEGEHEIME	66
7.2	TAGESPFLEGE-EINRICHTUNGEN	68
7.3	SPITEX-ANBIETER	68
7.4	BEITRÄGE AN DIE PFLEGE ZUHAUSE	69

8. — Qualitätssicherung in der Langzeitpflege 70

8.1	QUALITÄTSSICHERUNG IN DEN PFLEGEHEIMEN	70
8.2	QUALITÄTSSICHERUNG BEI DEN SPITEX-ANBIETERN	70



HERAUSGEGRIFFEN

309
Leistungsaufträge

wurden an 31 Spitäler der Akutsomatik in Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Zuge der gleichlautenden Spitalisten vergeben.

3

Seit dem 1. November 2021 werden Bewohnerinnen und Bewohner aus den Pflegeheimen prioritär mit der Boosterimpfung (3. Impfung) geimpft.

3
Monate

werden Personen in Basel-Stadt im Programm «Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung» auf ihren stationären Aufenthalt in den UPK folgend ambulant weiter betreut.

Gleichlautende Spitallisten für Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben per 1. Juli 2021 gleichlautende Spitallisten eingeführt – und damit Neuland betreten: Sie sind schweizweit die ersten Kantone, die ihre Planung der stationären Gesundheitsversorgung gemeinsam angehen. Dieses Vorgehen bildet die Realität einer Region ab, in der medizinische Leistungen längst ungeachtet der Kantonsgrenzen in Anspruch genommen werden.

Seit Mitte dieses Jahres regeln Basel-Stadt und Basel-Landschaft ihre Spitalplanung – eine Kernaufgabe aller Kantone – gemeinsam. Ziel der gleichlautenden Spitallisten, die nach einer pandemiebedingten Verzögerung am 1. Juli 2021 in Kraft getreten sind, ist es, das Leistungsangebot in der Akutsomatik zu bündeln: Die Spitallisten definieren, welche Operationen in welchem Spital durchgeführt werden. Das wiederum stärkt das Profil der einzelnen Betriebe und kommt zudem den Patientinnen und Patienten zugute. Sie dürfen davon ausgehen, dass ein Spital, das einen Leistungsauftrag erhalten hat, über eine genügend hohe Anzahl Fälle und somit über die entsprechende Erfahrung verfügt. Die Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten bleibt jedoch bestehen: Die Bevölkerung der beiden Kantone hat weiterhin die Möglichkeit, zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Spitälern zu wählen, und 95 Prozent der Leistungen lassen sich auch zukünftig in vier oder mehr Spitälern der Region beanspruchen. Die gemeinsame Spitalpolitik dient auch dazu, die Hochschulmedizin in der Region langfristig sicherzustellen und eine Über- respektive Unterversorgung der Bevölkerung zu vermeiden – und damit nicht zuletzt auch dazu, das Kostenwachstum im Spitalbereich zu dämpfen.

Staatsvertrag als Grundlage

Die Region Basel lässt sich ohne weiteres als integraler Gesundheitsraum bezeichnen: Die grosse Mehrheit – nämlich über 90 Prozent der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft – wird im Fall eines notwendigen akutstationären Aufenthaltes in einem der Spitälern der beiden Kantone behandelt. Rechnet man die Spitälern in Dornach und Rheinfelden hinzu, erhöht sich der Anteil sogar auf rund 98 Prozent. Die Planung ihrer akutstationären Versorgung haben die Kantone bislang aber separat durchgeführt. Am 10. Februar 2019 hat die Stimmbevölkerung von Basel-Stadt und Basel-Landschaft jedoch den Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung mit grossem Mehr angenommen und damit den Kantonen den Auftrag erteilt, diese Versorgungsplanung künftig gemeinsam durchzuführen. Der Staatsvertrag bildet die

Grundlage für die gleichlautenden Spitallisten im Bereich Akutsomatik, die bis 2025 befristet sind. Dank den gleichlautenden Listen werden Leistungsaufträge an öffentliche und private Spitälern künftig durch beide Kantone gemeinsam und nach einheitlichen Kriterien vergeben – im Sinne des übergeordneten Projekts «Gemeinsamer Gesundheitsraum Basel» (GGR). Damit wird Neuland betreten: Basel-Stadt und Basel-Landschaft sind die ersten Schweizer Kantone, die ihre stationäre Gesundheitsversorgung gemeinsam planen. Dieses Unterfangen bildet eine Situation ab, die in der Region ohnehin bereits der Realität entspricht: Die stationären Leistungen werden hier ungeachtet der Kantonsgrenzen erbracht. So lässt sich ein Grossteil der Baselbieter Bevölkerung bereits jetzt in einem Basler Spital behandeln.

Bedarfsanalyse und Prognose

Die gleichlautenden Spitallisten richten sich im Bereich der Akutsomatik neu nach dem Bedarf der Bevölkerung. Dem vorangegangen ist eine detaillierte Bedarfsanalyse, die 2019 in einem Versorgungsbericht zusammengefasst wurde. Anhand dieser Analyse wurde eine Prognose erstellt, die beinhaltet, mit welchem Bedarf an medizinischen Leistungen der Bevölkerung der Region in den kommenden Jahren zu rechnen sein wird. Die neuen Spitallisten sind das Resultat eines systematischen datengestützten Vorgehens, das durch die externe Fachkommission GGR eng begleitet wurde.

Standortbezogene Leistungsaufträge

Die gleichlautenden Spitallisten sehen eine Vergabe der Leistungsaufträge pro Spitalstandort vor – und nicht mehr pro Spitalunternehmen. Dies führt zu Verschiebungen insbesondere zwischen beiden Standorten des Kantonsspitals Baselland in Liestal und auf dem Bruderholz sowie zwischen dem Hauptcampus des Universitätsspitals Basel und dessen Orthopädie-Standort Gellertstrasse. Im Zuge der gleichlautenden Spitallisten wurden 157 von insgesamt 466 Leistungsaufträgen nicht erneuert. Teilweise, weil das Spital darauf verzichtet hatte, teilweise, weil der Auftrag aufgrund der methodischen Erhebungen nicht mehr vergeben wurde. Dass dies bei einigen Betrieben für sie schmerzhaft Einschnitte zur Folge haben würde, war nicht zu vermeiden und hat vereinzelt auch Kritik hervorgerufen. Im Krankenversicherungsgesetz ist vorgesehen, dass gegen die Vergabe der Leistungsaufträge Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht geführt werden kann. Drei Kliniken haben eine entsprechende Beschwerde eingereicht.

Mengendialog gegen Überversorgung

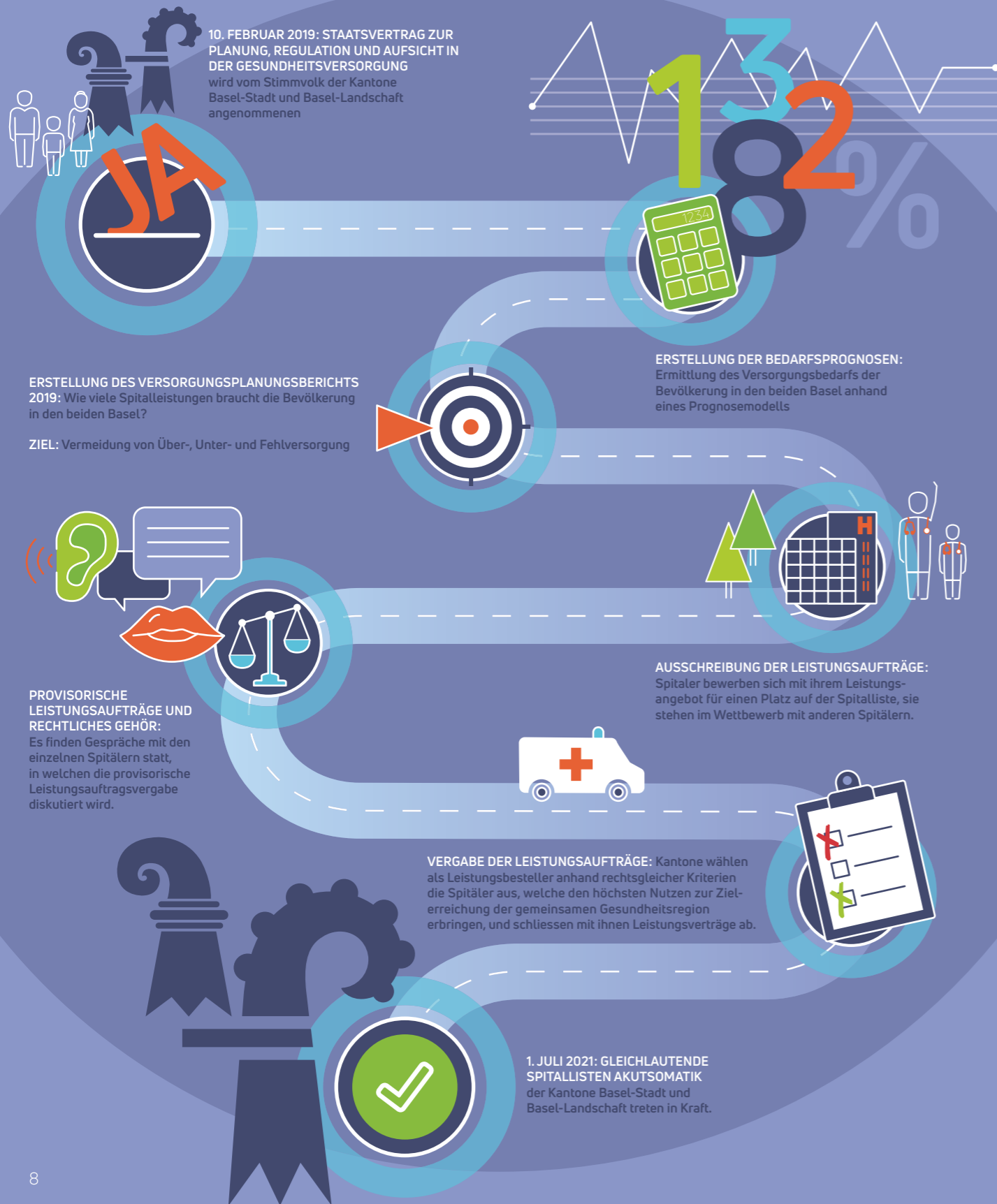
Statistisch betrachtet wurden in der Vergangenheit in den Spitälern pro Jahr rund 8000 Eingriffe durchgeführt, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig waren. Für die Prämien- und Steuerzahlenden der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft stellt diese Überversorgung eine hohe Belastung dar. Die gleichlautenden Spitallisten haben zum Ziel, die Überversorgung gemeinsam mit den Leistungsanbietern zu reduzieren. Für Spitalleistungsgruppen, bei denen eine Überversorgung vermutet wird, gilt neu ein sogenannter Mengendialog. Das heisst, dass die Gesamtmenge der Fälle im GGR neu über einen Dialog zwischen den Kantonen und den Spitälern gesteuert wird. Dank dieser regulatorischen Vorgabe soll die gesamthafte Leistungsmenge um rund 3200 Fälle pro Jahr reduziert und bis 2024 kontinuierlich abgebaut werden. Das Einsparvolumen für Versicherer und Kantone wird bis 2024 auf insgesamt rund 33 Millionen Franken beziffert. Zu den total 17 Spitalleistungsgruppen mit vermutter Überversorgung gehören namentlich die Bereiche Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren, Augenheilkunde und Kardiologie.

Um «Gelegenheitsmedizin» zu vermeiden, haben Spitälern jeweils keinen Leistungsauftrag mehr erhalten, wenn sie in den Vorjahren in einer Spitalplanungsleistungsgruppe weniger als zehn Fälle pro Jahr vorweisen konnten. Diese Fälle werden an Spitälern konzentriert, die weiterhin einen Leistungsauftrag für die jeweilige Spitalleistungsgruppe erhalten. Dies kann zur Folge haben, dass insbesondere spezialisierte Spitalleistungen am Universitätsspital Basel und am Kantonsspital Baselland konzentriert werden.

Gemeinsame Planung auch für Psychiatrie und Rehabilitation

Die gleichlautenden Spitallisten im Bereich Akutsomatik sind bis Ende 2025 befristet. In der Psychiatrie und der Rehabilitation werden die bestehenden Leistungsaufträge vorerst bestätigt. In einem nächsten Schritt wird für diese Bereiche ebenfalls eine bedarfsorientierte gemeinsame Versorgungsplanung erarbeitet, auf deren Grundlage die Leistungsaufträge auf Beginn 2024 neu vergeben werden. Auch die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich soll weiter vorangetrieben werden.

Entstehung der gleichlautenden Spitallisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft



THOMAS VON ALLMEN
LEITER ABTEILUNG
SPITALVERSORGUNG KANTON
BASEL-STADT



MATTHIAS NIGG
LEITER SPITÄLER UND THERAPIE-
EINRICHTUNGEN, AMT FÜR GESUNDHEIT
KANTON BASEL-LANDSCHAFT

Herr von Allmen, Herr Nigg: Warum führen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine gleichlautende Spitalliste?

Thomas von Allmen: Einerseits ist es eine vernünftige Lösung, weil die Grenzen zwischen den beiden Kantonen ohnehin künstlich sind. Andererseits existiert ein Staatsvertrag, der vorgibt, dass die beiden Kantone die Gesundheitsversorgung künftig gemeinsam planen und regulieren sollen.

Matthias Nigg: Man muss berücksichtigen, dass sich im akutsomatischen Bereich bereits heute 45 Prozent der Baselbieter Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt behandeln lassen. Das kann man als Gesetzgeber nicht einfach ignorieren. Auch deshalb haben wir auf den 1. Juli 2021 kantonsübergreifend eine gleichlautende Spitalliste eingeführt – als erste Schweizer Kantone. Seit der Volksabstimmung vom 10. Februar 2019 ist die gemeinsame Spitalplanung ein Auftrag des Volkes.

Was ist das Ziel der gleichlautenden Liste?

Thomas von Allmen: Die Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsregion verfolgt drei übergeordnete politische Ziele: Erstens die Optimierung der Gesundheitsversorgung der beiden Bevölkerungen. Zweitens möchte man dadurch den Anstieg der Spitalkosten dämpfen und drittens die Hochschulmedizin in der Region langfristig sichern.

Matthias Nigg: Zudem möchten wir die Kooperation zwischen den einzelnen Häusern forcieren und dadurch das Profil der einzelnen Spitäler schärfen. Patientinnen und Patienten wissen, welche medizinischen Leistungen in welchem Spital angeboten werden. Spezialisierte Eingriffe, die nur selten erbracht werden, sollen künftig auf einen Standort konzentriert werden. Wir sind überzeugt, dass das ein grosser Benefit für die Patientinnen und Patienten ist.

Thomas von Allmen: Ziel ist es, die Qualität vor allem spezialisierter Spitalleistungen zu stärken und Gelegenheitschirurgie – weniger als zehn Fälle pro Jahr – zu vermeiden. Das kommt letztlich den Patientinnen und Patienten zugute: Sie können sich sicher sein, in einem Spital behandelt zu werden, das im für sie relevanten Bereich über die entsprechenden Fallzahlen und somit über das nötige Know-how verfügt.

Was ändert sich für die Spitäler?

Thomas von Allmen: Einzelne Häuser haben gewisse Leistungsaufträge nicht mehr erhalten und dürfen die entsprechende Leistung nicht länger anbieten. Bei den bestehenden Leistungsaufträgen hingegen erhalten sie mehr Fälle und werden damit gestärkt.

Matthias Nigg: In gewissen Bereichen vermuten wir eine potenzielle Überversorgung. Mit der Spitalliste zwingen wir die Spitäler dazu, mit uns in einen Mengendialog zu treten. Das heisst, wenn ein Spital bei bestimmten Eingriffen die ihm zugeteilte Menge zu überschreiten droht, muss es die Kantone kontaktieren. Gemeinsam wird dann das weitere Vorgehen besprochen.

Müssen sich Patientinnen und Patienten auf längere Wartezeiten einstellen?

Thomas von Allmen: Davon gehen wir nicht aus, da der Bedarf über die Spitalliste gedeckt ist. Es kann jedoch sein, dass der Belegarzt einen Eingriff zum Beispiel nicht mehr im Bethesda, sondern nur noch im Merian-Iselin-Spital durchführen darf, oder dass eine Patientin eine längere Anreise in Kauf nehmen muss.

Matthias Nigg: Es gibt nur ganz wenige Leistungen, die nur noch an einem einzigen Standort erbracht werden. In 98 Prozent der Fälle haben die Patientinnen und Patienten nach wie vor die Wahl zwischen drei bis vier Spitälern in der Region Basel.

Die gleichlautende Spitalliste ist nicht unumstritten. Zwei Privatspitäler sowie das Kantonsspital Baselland haben beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben. Es ist von unnötiger Planwirtschaft und Bevorzugung der städtischen Spitäler die Rede.

Matthias Nigg: Unser Auftrag ist, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dass die Kritik von Baselbieter Spitälern kommt, hängt auch damit zusammen, dass es in ihrem Kanton viele sehr kleine Betriebe gibt. Für sie ist es teilweise schwer, die Mindestfallzahlen und damit die Qualitätsziele zu erreichen, sofern sie sich nicht schon früh spezialisiert haben und dadurch die Mindestfallzahlen erreichen.

Thomas von Allmen: Dabei gilt es festzuhalten, dass alle Spitäler, ob öffentlich oder privat, am gleichen Raster gemessen worden sind. Natürlich lässt sich über dieses Raster diskutieren, doch die Spiesse waren für alle gleich lang. Die Kriterien bei der Vergabe der Leistungsaufträge beruhen auf den drei erwähnten übergeordneten Zielen, die durch den Staatsvertrag vorgegeben werden. Und für die Sicherung der Hochschulmedizin leistet das Universitätsspital Basel (USB) natürlich mehr als ein kleines Privatspital.

Matthias Nigg: Auch Baselland ist daran interessiert, dass das USB im Bereich der Hochschulmedizin ein starker Player bleibt. Fragen kann man sich hingegen, ob das Unispital die einfachen und standardisierten Eingriffe vornehmen muss.

Thomas von Allmen: Das USB besitzt nun einmal eine wichtige Funktion bei der Ärzteausbildung. In der kleinteiligen Schweiz ist es wichtig, dass die beiden Kantone gemeinsam stark sind. Sonst wandern die hochspezialisierten Fälle irgendwann nach Zürich oder Bern ab.



Das Pandemie-Management in der Langzeitpflege¹

Insbesondere die Anfangsphase der Corona-Pandemie stellte die Alters- und Pflegeheime (APHs) im Kanton und ihr Personal vor grosse Herausforderungen. Die Geschwindigkeit und das Ausmass der Ereignisse forderten die Mitarbeitenden der Alters- und Pflegeheime. Es mussten in den Pflegeheimen und der Abteilung Langzeitpflege (ALP) neue Prozesse aufgegleist, Verantwortlichkeiten geklärt und Ansprechpersonen definiert werden. Die interne Zusammenarbeit der ALP mit den anderen Bereichen im GD, insbesondere mit den Medizinischen Diensten, wurde intensiviert. Zusammen mit den APHs, mit welchen die Abteilung Langzeitpflege stets in engem Austausch stand, wurden gemeinsame Sitzungsgefässe geschaffen.

Unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten der einzelnen Institutionen beriet die ALP diese bei der Umsetzung der Schutzkonzepte, erstellte für die Alters- und Pflegeheime Checklisten und Vorlagen und bot Hilfestellung bei der Beschaffung von Schutzmaterial. Bereits ab März 2020 konnten die Institutionen Hygienemasken beim Gesundheitsdepartement beziehen und bei Personalengpässen Zivilschützenschutz beantragen. Als Grenzschiessungen drohten, wurde den Institutionen vonseiten des Kantons Unterstützung in Form von Hotelzimmern, Parkplätzen und Kinderbetreuung angeboten.

Bei Bedarf unterstützte die ALP die Alters- und Pflegeheime beim Einrichten von Isolierstationen und bei der Vermittlung von Spitaleinweisungen. Seit Beginn der Corona-Pandemie versendet die Abteilung Langzeitpflege regelmässig Informationen und Empfehlungen an die Alters- und Pflegeheime, Tagesstrukturen und Spitexanbieter, verbunden mit der Aufforderung, sich an den Vorgaben des Bundes zu orientieren.

Im September 2020 entstand – auf Basis der Rückmeldungen der Institutionen und anhand von deren Erfahrungen mit der ersten Coronawelle – eine «Interprofessionelle Expert*innen-Kommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Corona-Pandemie» (IPEK-LZP). Neben Vertreterinnen und Vertretern des Heimverbands CURAVIVA Basel-Stadt und der Medizinischen Gesellschaft Basel setzt sich dieses Gremium aus Fachpersonen des Adullam Spitals, der Universitären Altersmedizin Felix Platter, dem Universitätsspital Basel, der GGG Voluntas sowie dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, vertreten durch die Abteilung Langzeitpflege und die Medizinischen Dienste, zusammen. Die Expertinnen und Experten erarbeiten möglichst einheitliche Empfehlungen zu rechtlichen, pflegerischen, ethischen und spirituellen Grundsatzfragen. Hierzu gehört beispielsweise ein Ethikpapier zum Thema Impfen, das die APHs in der Kommunikation mit ihren Mitarbeitenden unterstützt.

¹ Die Ausführungen in diesem Bericht beziehen sich auf den Zeitraum von Februar 2020 bis Juli 2021.

Ausserdem steht die Kommission – über die Medizinische Notrufzentrale – für eine rasche, kompetente und niederschwellige Beantwortung von interdisziplinären Fragen der APHs sowie von Fachkräften und Institutionen im Altersbereich zur Verfügung.

Um den Umgang mit COVID-19-(Verdachts-)Fällen zu erleichtern, erstellte die ALP gemeinsam mit den Medizinischen Diensten einen Leitfaden sowie Flowcharts für das Management von COVID-19-(Verdachts-)Fällen in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Basel-Stadt. Der Leitfaden wird von den Medizinischen Diensten jeweils der aktuellen Situation entsprechend angepasst und im Bedarfsfall in der Expert*innen-Kommission besprochen. Die beiden Flowcharts fassen die Vorgehensweisen bei symptomatischen Bewohnenden respektive Mitarbeitenden zusammen. Seit Mitte Dezember 2020 unterstützte die Abteilung Langzeitpflege auch die Koordination der Impfungen der Bewohnenden in den Alters- und Pflegeheimen.



Welche Massnahmen der Abteilung Langzeitpflege (ALP) des Gesundheitsdepartements (GD) Basel-Stadt waren für Sie als Verantwortliche in Pflegeinstitutionen während der COVID-19-Pandemie bisher besonders hilfreich?

Sabine Jung: Anfangs waren die Rundmails der ALP zu umfangreich, dann wurden die Informationen jedoch zunehmend institutionengerechter gefiltert. Wir sind dankbar, dass uns bei der Umsetzung unseres Schutzkonzeptes der nötige Handlungsspielraum gelassen wurde, um die individuellen Gegebenheiten unserer Institution zu berücksichtigen: Ältere Personen, die in der Nähe unseres Heimes wohnen und dort mittagessen, durften uns nach der ersten Schliessung wieder besuchen. Das war möglich, weil die Zahl dieser Personen überschaubar war und wir Stühle und Tische in unserem «Le Bistro» gemäss offiziellen Vorgaben reduzierten. Auf diese Weise mussten diese älteren Menschen nicht völlig alleine zu Hause bleiben.

Stefan Billen: Für uns hat sich der Leitfaden zum Management von COVID-19-Verdachtsfällen als wertvolles Nachschlagewerk erwiesen. Wir schätzen sehr, dass es sich hierbei um Empfehlungen und nicht um Weisungen handelt und begründete Abweichungen der einzelnen Institutionen hiervon möglich sind. Die Flowcharts zu Testkriterien und Massnahmen zeigen übersichtlich, was es bei COVID-19-Verdachtsfällen unter Bewohnenden und Mitarbeitenden zu beachten gilt. Lediglich die gleichzeitige grafische Darstellung der Vorgehensweisen bei geimpften und nichtgeimpften Personen auf einem Blatt erfordert beim Handling der Flowcharts etwas Übung. Das Kurzkonzept für serielle Tests sowie die Eintrittsgesundheitscheckliste liessen sich als Vorlagen gut und einfach an die jeweiligen Bedingungen vor Ort anpassen – das ersparte uns viel Zeit. Die Möglichkeit, infizierte Bewohnende zu hospitalisieren, bedeutete eine grosse personelle Entlastung. Dadurch konnten wir die Grundversorgung der gesunden Bewohnenden sicherstellen und sowohl diese als auch die Mitarbeitenden vor Ansteckungen schützen.

Niklas Hug: Wir begrüßen insbesondere die Gründung der Expert*innenkommission. Denn mit dieser wurde ein wichtiges Anliegen der APHs aufgegriffen und ein interdisziplinäres Gremium aus Institutionen der Akut- und Langzeitpflege geschaffen. Zudem schätzen wir sehr, dass den einzelnen Institutionen bei der Umsetzung der Kommissionsempfehlungen Handlungsspielraum gelassen wird. Bisweilen hätten wir uns lediglich eine schnellere Reaktion der Expertinnen und Experten gewünscht – aktuell etwa hinsichtlich des Umgangs mit der Maskenpflicht für geimpfte Bewohnende.

Susanne Furler: Sämtliche Massnahmen der Abteilung Langzeitpflege, die darauf hinzielten, personelle Engpässe in den Institutionen zu vermeiden, haben uns Sicherheit verliehen. Sie haben zudem wesentlich dazu beigetragen, dass wir unseren Versorgungsauftrag weiterhin erfüllen konnten. Das gilt für den temporären Stellenpool aus Zivilschützenden ebenso wie für die Kinderbetreuung und die zusätzlichen Parkplätze für die Mitarbeitenden, aber auch für die Hotelzimmer, die für die Grenzgängerinnen und Grenzgänger unter unserer Belegschaft bereitgestellt wurden. Lediglich bei den Zimmern fehlte uns zu Beginn die Information, dass die Kosten hierfür vom Kanton übernommen werden. Auch die organisatorische Unterstützung der Abteilung bei der Koordination der Impfungen der Bewohnenden in den APHs war hilfreich für uns. Einzig, dass für die Vergabe der Impftermine auch bereits die Einverständniserklärungen der jeweiligen vertretungsberechtigten Person respektive der / des Beiständin / Beistandes sowie der / des betreffenden Hausärztin / Hausarztes vorzulegen waren, gestaltete sich direkt vor den Weihnachtsfeiertagen 2020 als herausfordernd.

Wie haben Sie die Zusammenarbeit und die Kommunikation mit der Abteilung Langzeitpflege erlebt? Und welche Erkenntnisse leiten Sie aus dem gemeinsamen Krisenmanagement ab?

Niklas Hug: In der Coronakrise wurde das gegenseitige Vertrauensverhältnis zwischen den APHs und der Abteilung Langzeitpflege gestärkt. Deren Mitarbeitende hatten immer ein offenes Ohr für uns und wir konnten die Mitarbeitenden jederzeit um Rat bitten. Da stets Empfehlungen gegeben wurden, statt Weisungen zu erteilen, konnten wir uns unter der Abwägung von Sicherheit und Lebensqualität betriebsintern für die zur jeweiligen Phase der Pandemie bestmöglichen Massnahmen entscheiden. Wir danken für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie für die moralische Unterstützung in schwierigen Situationen. Vor allem das Team des Contact Tracings hat grossartige Beratung angeboten und Empfehlungen immer bezogen auf die individuelle Ausbruchssituation abgegeben. Während des Krisenmanagements wurden die APHs in der Zusammenarbeit mit dem GD sowie mit dem Dachverband CURAVIVA als gleichwertige Partner mit Versorgungsauftrag wahrgenommen. Dies sollte so beibehalten werden. Wir haben die Unterstützung des Gesundheitsdepartements in der Krise sehr geschätzt und wir hoffen, auch weiterhin auf diese zählen zu können, zum Beispiel im Umgang mit den wirtschaftlichen Kosten der Pandemie. Um zu gewährleisten, dass wir auch auf zukünftige Entwicklungen vorbereitet sind, sollten alle neuen Sitzungsgefässe und Kommunikationskanäle evaluiert und bei Bedarf adaptiert – aber sicher weitergeführt – werden.

Und was, Frau Grieder, sind Ihre Learnings aus der Sicht des Gesundheitsdepartements? Welche Massnahmen werden auch zukünftig weitergeführt?

Ich bedanke mich für den Einsatz und die gute Arbeit der Heimleitenden, für die vertrauensvolle Partnerschaft sowie die intensive und sehr konstruktive Zusammenarbeit. Ich denke, es hat sich bewährt, Verantwortungsbereiche zu klären und Ansprechpersonen zu definieren. Das hat die Kommunikation spürbar erleichtert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit den Medizinischen Diensten, hat sich intensiviert und ist äusserst wertvoll. Als Mitarbeitende des GD habe ich zudem gelernt, dass wir flexibel bleiben und die Aufgabenteilung der aktuellen Situation entsprechend anpassen müssen. Natürlich werden wir die APHs weiterhin begleiten – während und auch aus der Coronakrise heraus. Die neu geschaffenen Sitzungsgefässe, wie zum Beispiel der gemeinsame Corona-Wochenrapport oder die Interprofessionelle Expert*innen-Kommission zur Unterstützung der stationären Langzeitpflege in Basel-Stadt, sind dabei wertvoll und nutzbringend für die weitere Zusammenarbeit.

Die Teilnehmenden der Diskussionsrunde:



BILDLEGENDE Diskussionsrunde

1 Susanne Furter
Leiterin Alters- und
Pflegeheim Marienhaus

2 Stefan Billen
Leiter Pflegezentrum
Weiherweg BSB

3 Niklas Hug
Leiter Pflegedienste Adullam Spital &
Pflegezentren / Präsident Fachgruppe
Pflegedienstleitungen Langzeitpflege
CURAVIVA Basel-Stadt

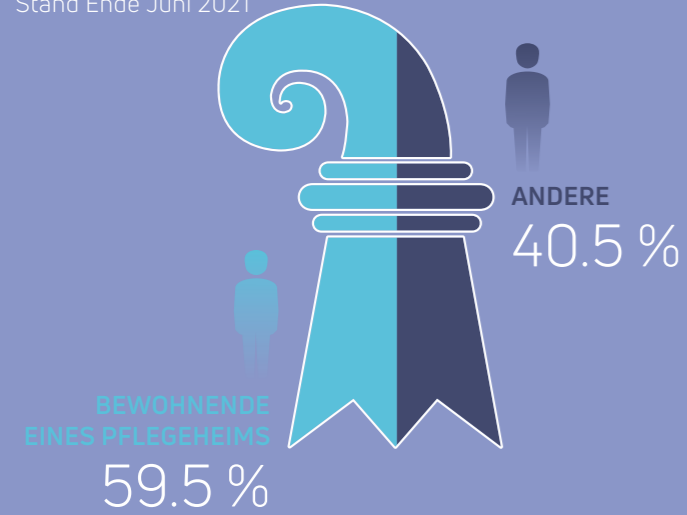
4 Nicole Grieder
Fachverantwortliche Aufsicht und
Qualität, Abteilung Langzeitpflege –
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

5 Sabine Jung
Gesamtleiterin Pflegewohnheim und
Betreutes Wohnen St. Christophorus

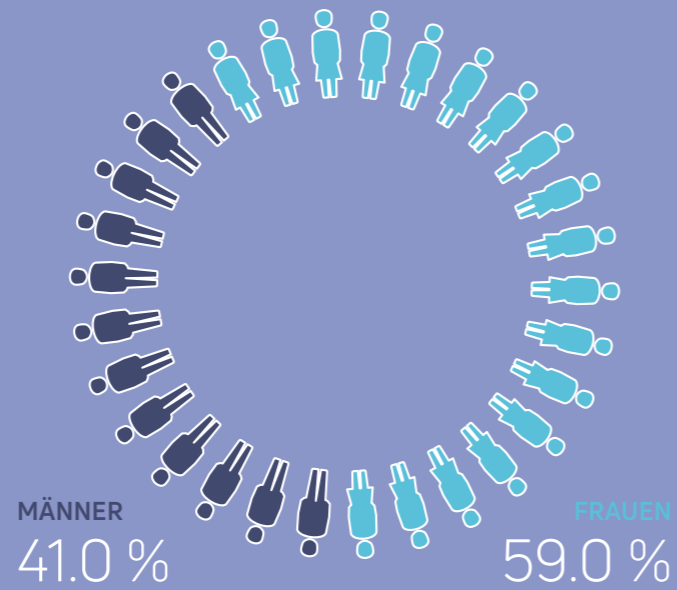
Corona in der Langzeitpflege

TODESFÄLLE IN BASEL-STADT

Stand Ende Juni 2021

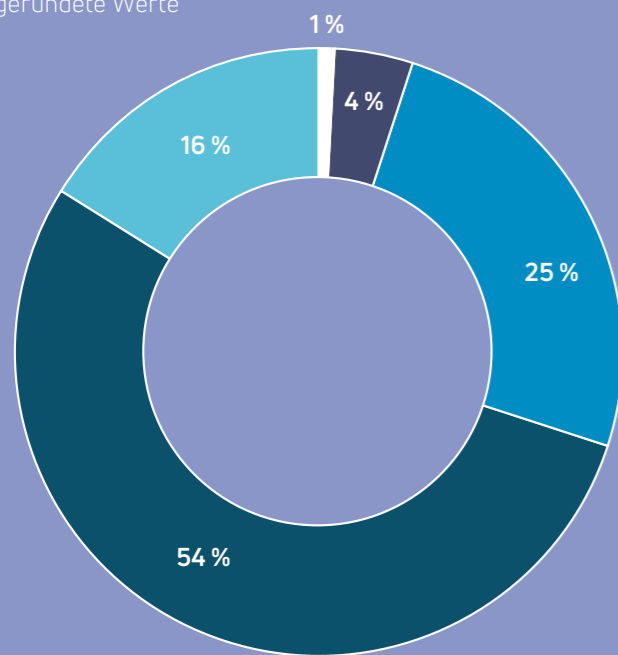


GESCHLECHTERVERTEILUNG TODESFÄLLE



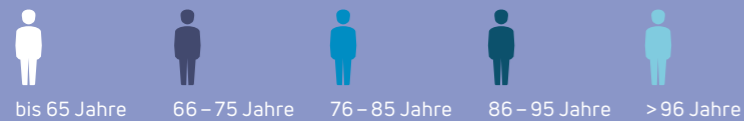
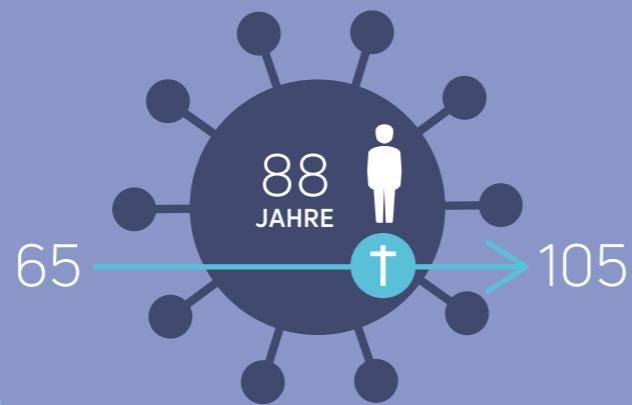
ALTERSVERTEILUNG TODESFÄLLE

gerundete Werte



DURCHSCHNITTSALTER UND SPANNWEITE DER TODESFÄLLE

gerundete Werte



IMPFUNGEN IN BASEL-STADT

2020

2021





Die «Home Treatment»-Modellprojekte sorgen für eine Reduktion der stationären Aufenthalte

Seit Anfang 2019 tragen die beiden «Home Treatment»-Modellprojekte der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK), als Bestandteil der Integrierten Versorgung, wesentlich dazu bei, das bereits bestehende Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsangebot des Kantons Basel-Stadt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ergänzen.

Unter «Home Treatment» versteht man die aufsuchende ambulante psychiatrische Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten zu Hause. Bis anhin stationär behandelten Patientinnen und Patienten wird dadurch ein früherer Austritt aus den Kliniken ermöglicht.

Integrierte Versorgung als Ziel

Der Kanton Basel-Stadt hat Anfang 2019 zwei Modellprojekte eingeführt: «Home Treatment High Utilizer» und «Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung». Dies nicht nur, um das bereits bestehende, kantonale Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ergänzen, sondern auch, um die beim Übergang vom stationären Aufenthalt zur ambulanten Behandlung festgestellten Lücken zu schliessen und das im Legislaturplan des Kantons verankerte, gesundheitspolitische Ziel der «Integrierten Versorgung» anzugehen. Diese zeichnet sich durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den gesamten Behandlungsverlauf aus, bei welchem auch die Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle einnehmen. Dabei sollen sie zum selbständigen Umgang mit ihrer Krankheit befähigt und in die jeweiligen Behandlungsentscheide mit einbezogen werden.

Das Modell «Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung» richtet sich an im Kanton Basel-Stadt wohnhafte erwachsene Personen. Die Übergangsbildung erfolgt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in den UPK – für eine maximale Behandlungsdauer von drei Monaten. Im Vergleich dazu ist das Modell «Home Treatment High Utilizer» im Kanton Basel-Stadt wohnhaften erwachsenen Personen vorbehalten, die in einem kurzen Zeitraum die UPK mehrfach aufgesucht und dort Zeit in einem stationären Rahmen verbracht haben.

Patientenzentrierte und interprofessionelle Behandlung, Betreuung und Begleitung

Die beiden Modellprojekte bilden eine Brückenfunktion: Ziel ist es, die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu verbessern und effizienter zu gestalten, die Rückkehr in den Alltag für die Patientinnen und Patienten zu erleichtern und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Im Fokus der beiden Angebote steht die patientenzentrierte und interprofessionelle Behandlung, Betreuung und Begleitung. Ausgehend von der Erkenntnis, dass der Übergang von der Klinik in das angestammte Zuhause für Betroffene und deren wichtigste Bezugspersonen eine Herausforderung sein kann, wird mit der aufsuchenden psychiatrischen Versorgung versucht, alle Beteiligten auf diesem Weg zu unterstützen. Mit der Vision, für die Patientinnen und Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität zu erlangen und erhalten, ist es dank der Behandlung im häuslichen Umfeld möglich, auf die Situation der jeweiligen Teilnehmenden des Projekts individuell und persönlich einzugehen.

Damit sich dieses Ziel erreichen lässt, hat sich im Rahmen der beiden Angebote ein multiprofessionelles Team formiert – bestehend aus Vertretenden der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Soziale Arbeit. Dieses ist gut mit anderen Sozial- und Gesundheitsdiensten vernetzt. Gemeinsam wirkt man darauf hin, die Zuversicht und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken – allen krankheitsbedingten Einschränkungen zum Trotz. Konkret kommt es bei den beiden Modellprojekten zunächst zu einer Vortriage. Erfolgt nach einem Indikationsgespräch eine Anmeldung, wird geklärt, welche Profession im vorliegenden Fall zentral erscheint. Diese bezieht weitere Berufsgruppen mit ein und erstellt – in Absprache mit der/dem zuständigen Oberärztin/Oberarzt – einen individuellen Behandlungsplan.

Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte

Zu den Zielen der Modellprojekte gehört auch die Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte. Die ersten vorliegenden Zahlen zeigen, dass bei den Patientinnen und Patienten des «Home Treatment High Utilizer»-Modellprojektes die stationären Aufenthalte und die fürsorglichen Unterbringungen¹ verringert sowie die Patientenzufriedenheit gesteigert werden konnten. Beim Modellprojekt «Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung» liess sich die Länge der stationären Aufenthalte ebenfalls reduzieren – und die Patientenzufriedenheit konnte gesteigert werden. Entsprechend äusserten sich die Patientinnen und Patienten sehr positiv zu den beiden Angeboten, wie folgende Statements belegen:

«Da ich wusste, dass ich zu Hause begleitet werde, bin ich viel früher aus der Klinik ausgetreten. Die Begleitung durch das Home Treatment hat mir Sicherheit vermittelt.»

«Ich hatte sehr Angst, nach dem Aufenthalt in den UPK nach Hause zu gehen. Durch das Home Treatment war der Übergang für mich viel angenehmer.»

COVID-19-Pandemie als grosse Herausforderung

Nicht zuletzt gilt es zu erwähnen, dass auch die beiden Modellprojekte von der COVID-19-Pandemie tangiert wurden – und es weiterhin werden. Die Ausnahmesituation des Lockdowns stellte die Angebote im Jahr 2020 vor grosse Herausforderungen. So mussten die Hausbesuche etwa unter Einhaltung strikter Hygiene- und Sicherheitsmassnahmen stattfinden. Während dieser Phase der Pandemie wurden beide Angebote von den Patientinnen und Patienten ausserordentlich geschätzt. Dabei gilt es festzuhalten, dass die COVID-19-Pandemie bei den Modellprojekten zu keinerlei Patientenrückgang führte.

Die hohe fachliche Expertise des interprofessionellen, psychiatrischen Teams sowie die gute Zusammenarbeit mit allen Gesundheits- und Sozialinstitutionen des Kantons Basel-Stadt sind Garantien dafür, dass die UPK mit ihren beiden Modellprojekten auch in Zukunft den Anforderungen an eine moderne, patientenorientierte Psychiatrie gerecht werden. Zumal sich dadurch Lücken in der ambulanten Versorgung schliessen lassen. Die beiden Angebote werden dementsprechend wertgeschätzt und folgerichtig weitergeführt werden.

¹ Eine Person darf gegen ihren Willen in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn sie an einer psychischen Störung erkrankt ist, an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist und sofern die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Basel-Stadt – Fürsorgerische Unterbringung (bs.ch)).

Home Treatment

STATIONÄRER AUFENTHALT
AUSTRITTSPLANUNG



BIRGIT MEIER, M.SC.
WISSENSCHAFTLICHE
MITARBEITERIN
SPITALVERSORGUNG



CHRISTINE ALTHAUS AEBERSOLD
PFLEGERISCHE LEITERIN HOME
TREATMENT

JÖRG EYSELL
ÄRZTLICHER LEITER
HOME TREATMENT

Die beiden Modellprojekte «Home Treatment High Utilizer»
respektive «Home Treatment bei Übergangsbehandlung»
nach stationärer Behandlung sind Anfang 2019 gestartet.
Wie ist es zu diesen beiden Angeboten gekommen?

Birgit Meier: Im Kanton Basel-Stadt hat sich ausserhalb des stationären Settings ein vielfältiges Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsangebot für Menschen mit psychischen Problemen entwickelt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass es trotz der vielfältigen Angebotsstrukturen an den Schnittstellen von stationären, ambulanten und intermediären Behandlungsangeboten oftmals an koordinierten Übergängen fehlt. Insbesondere fehlt oft eine aufeinander abgestimmte Vernetzung der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen. Im Rahmen seiner Möglichkeiten fördert der Kanton Basel-Stadt die Vernetzung und Koordination der Versorgungspartner, um Angebote zu optimieren und Versorgungslücken zu

schliessen. Die beiden «Home Treatment»-Modellprojekte, die auf eine Initiative der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) zurückgehen, nehmen diese Überlegung nicht nur auf, sondern sie bieten diese Vernetzungsmodalitäten mit ihren Angeboten auch an. Zudem greifen die beiden Modellprojekte das im Legislaturplan des Kantons verankerte, gesundheitspolitische Ziel der «Integrierten Versorgung» auf.

Herr Eysell, integrierte Versorgung heisst Vernetzung in der Gesundheitsversorgung. Seit den 1990er-Jahren wurden in der Schweiz diverse integrierte Versorgungsinitiativen implementiert. Worin sehen Sie das Potenzial einer patientenzentrierten Versorgung und einer stärkeren Koordination zwischen den Leistungserbringern, wie sie die «Home Treatment»-Modellprojekte darstellen?

Jörg Eysell: Das Hauptargument für die Modellprojekte ist die Interprofessionalität. Also der dynamische Prozess, der von verschiedenen Fachrichtungen gemeinsam geführt wird und für eine passgenaue, individuelle Versorgung steht. Sich auf Rahmenbedingungen seitens des Systems oder auch seitens der Patientinnen und Patienten flexibel anpassen zu können, wirkt äusserst integrierend. Abdecken können wir diese erforderliche Vernetzung, weil beim Home Treatment die Sozialarbeit, die Pflege und auch die Ärzteschaft eng zusammenarbeiten. Und dadurch, dass wir interprofessionell agieren, ist es uns zudem möglich, über den Tellerrand der eigenen Profession hinauszuschauen. Ich glaube, das ist der entscheidende Punkt, weshalb die Modellprojekte derart erfolgreich sind. Wir haben uns auf die Fahne geschrieben, dass wir die Zuversicht, die Hoffnung und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten verstärken wollen – trotz krankheitsbedingter Einschränkungen. Das scheint zu klappen und wirkt sich, wie unsere Patientenumfragen zeigen, positiv auf deren Zufriedenheit aus.

Frau Althaus, wo erkennen Sie aktuell besonders grosse Versorgungslücken, von denen Menschen nach einem stationären Aufenthalt in den UPK Basel betroffen sind?

Christine Althaus: In erster Linie beim Übergang vom stationären Aufenthalt zur ambulanten Behandlung. Wie stellen wir also sicher, dass die Patientinnen und Patienten sich getragen fühlen, bis sie einen Platz bei einer externen Psychiaterin oder einem Psychiater erhalten oder bis notwendige Kontakte hergestellt werden konnten? Fakt ist: Dieser Prozess nimmt viel Zeit in Anspruch. Zumal der Schritt vom Stationären ins Zuhause für die Patientinnen und Patienten sehr gross ist, speziell in den ersten zwei, drei Wochen nach ihrem Klinikaustritt. Hier können wir Hand bieten. Dank den Modellprojekten konnten wir diese Lücke grösstenteils schliessen.

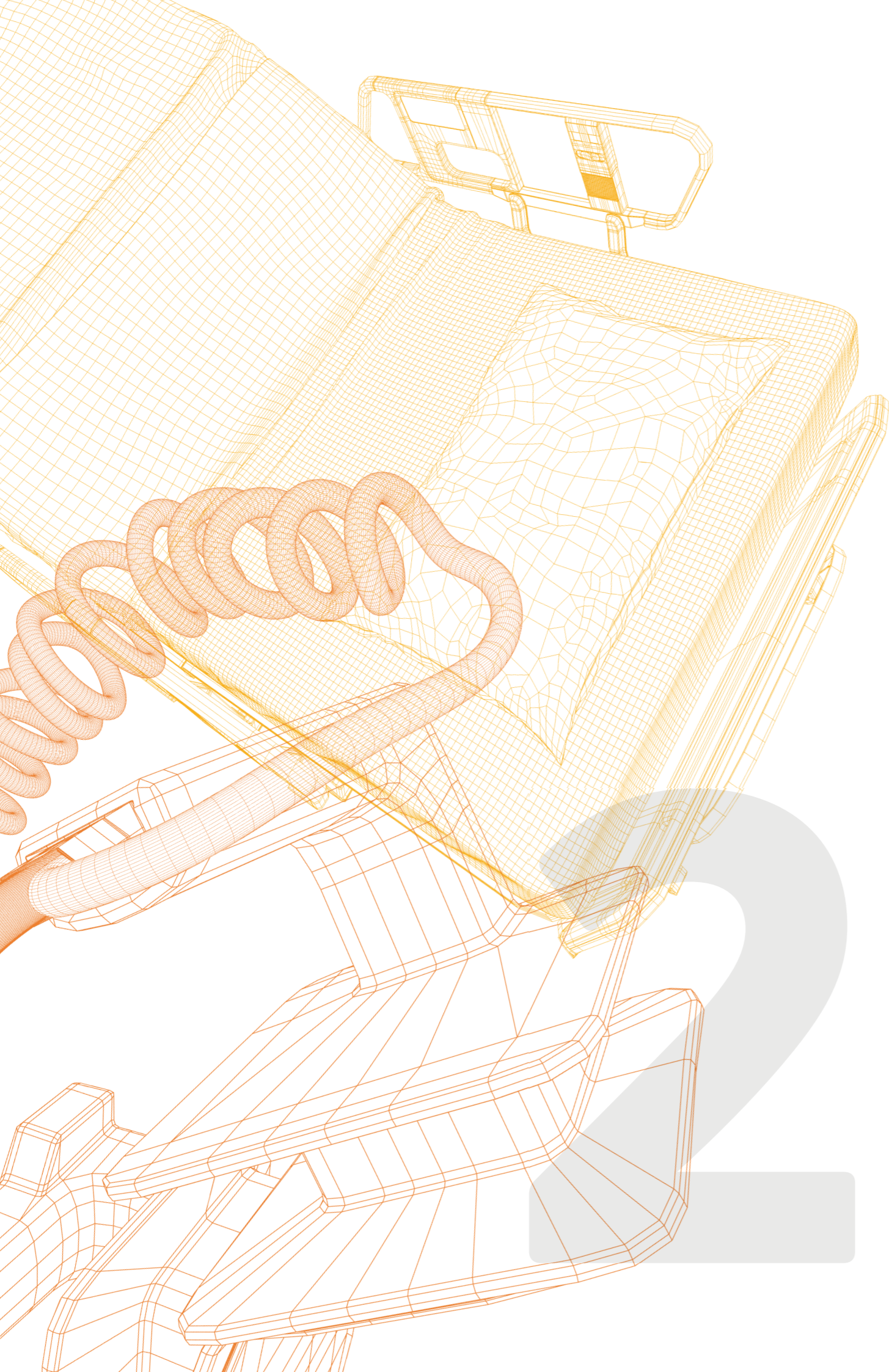
Wie hat sich die «COVID-19»-Pandemie auf die Modellprojekte ausgewirkt und was gab es dadurch neu zu beachten respektive zu überbedenken?

Christine Althaus: Auch in der Phase der Pandemie waren wir immer vor Ort. Wir haben keinerlei Einschränkungen vorgenommen. Wie alle Anbieter mussten natürlich auch wir überprüfen, was zwingend notwendig ist und was nicht. Obschon wir vereinzelt mehr Telefonate als zuvor geführt haben, waren wir durchwegs auch physisch präsent. Das hat uns in unserem Aufgabengebiet gestärkt und den Patientinnen und Patienten gut getan.

Wie geht es nach Ablauf der Projektphase 2021 mit den Modellprojekten weiter?

Birgit Meier: Die beiden Modellprojekte entsprechen einem wirklichen Bedarf in der integrierten psychiatrischen Versorgung des Kantons Basel-Stadt. Sie schliessen eine wesentliche Lücke in der Auslegeordnung einer passgenauen und individualisierten Behandlung psychisch kranker Menschen und fördern den Vernetzungsgedanken. Beide Angebote sind im Kanton Basel-Stadt darüber hinaus ein geschätztes und respektiertes Element der modernen psychiatrischen Versorgung geworden. Die gewonnenen positiven Erkenntnisse lassen den Schluss zu, die beiden «Home Treatment»-Modellprojekte für weitere drei Jahre fortzuführen und im Anschluss in den Regelbetrieb zu überführen. Durch die Fortführung wird gewährleistet, dass die bereits erbrachten Zielwerte auf eine solide Grundlage gebracht werden und sich die finanziellen Modellprojektziele erfüllen lassen. Zudem bleiben auch die begleitenden wissenschaftlichen Evaluationen von einer stabilen Aussagekraft. Die beiden «Home Treatment»-Projekte sollen ohne grössere Veränderungen weiterlaufen. Was sich verändert, ist einzig, dass wir im Home Treatment High Utilizer – also bei der längerfristigen Behandlung – die bestehende Altersbegrenzung aufheben und künftig auch Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnose in das Projekt aufnehmen werden.





SPITALVERSORGUNG

Akutsomatische Behandlungen,
Psychiatrie, Rehabilitation

77 805
Patientinnen und
Patienten

2020 hat die Anzahl aller stationär behandelten Personen in den 13 baselstädtischen Spitälern gegenüber dem Vorjahr abgenommen (-3986 Fälle respektive -4.9%).

89%
der Fälle

Für einen stationären Spitalaufenthalt wurde von der baselstädtischen Bevölkerung überwiegend ein Spital im Kanton ausgewählt.

73.1
Mio. Franken

an zusätzlichen Staatsbeiträgen wurden für die Mehr- und Zusatzkosten der stationären Spitalversorgung zur Bewältigung der Corona-Pandemie in den baselstädtischen Spitälern für das Jahr 2020 zurückgestellt.

2.5%
aller Patientinnen und
Patienten mit einer
Hüft-Totalendoprothese

mussten sich gemäss Nationalem Implantatregister innerhalb von 2 Jahren einer Revisionsoperation unterziehen.

1.

Angebot der stationären Spitalversorgung

1.1 — SPITÄLER IM KANTON BASEL-STADT

Im Jahr 2020 wurden in den 13 baselstädtischen Spitälern insgesamt 77 805 inner- und ausserkantonale Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Damit hat die Anzahl der in den Basler Spitälern erfolgten stationären Aufenthalte gegenüber dem Vorjahr abgenommen (-4.9% respektive -3 986 Fälle). Dies dürfte sich in erster Linie mit den verordneten Massnahmen und individuellen Verhaltensänderungen in der Corona-Pandemie erklären lassen. Von den insgesamt 77 805 stationären Fällen erhielten 69 633 (89.5%) eine akutsomatische Behandlung, die mit SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten wurden (vgl. Tab. 1.1-1).

TABELLE 1.1-1
Steckbrief zu den einzelnen Spitälern im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2020

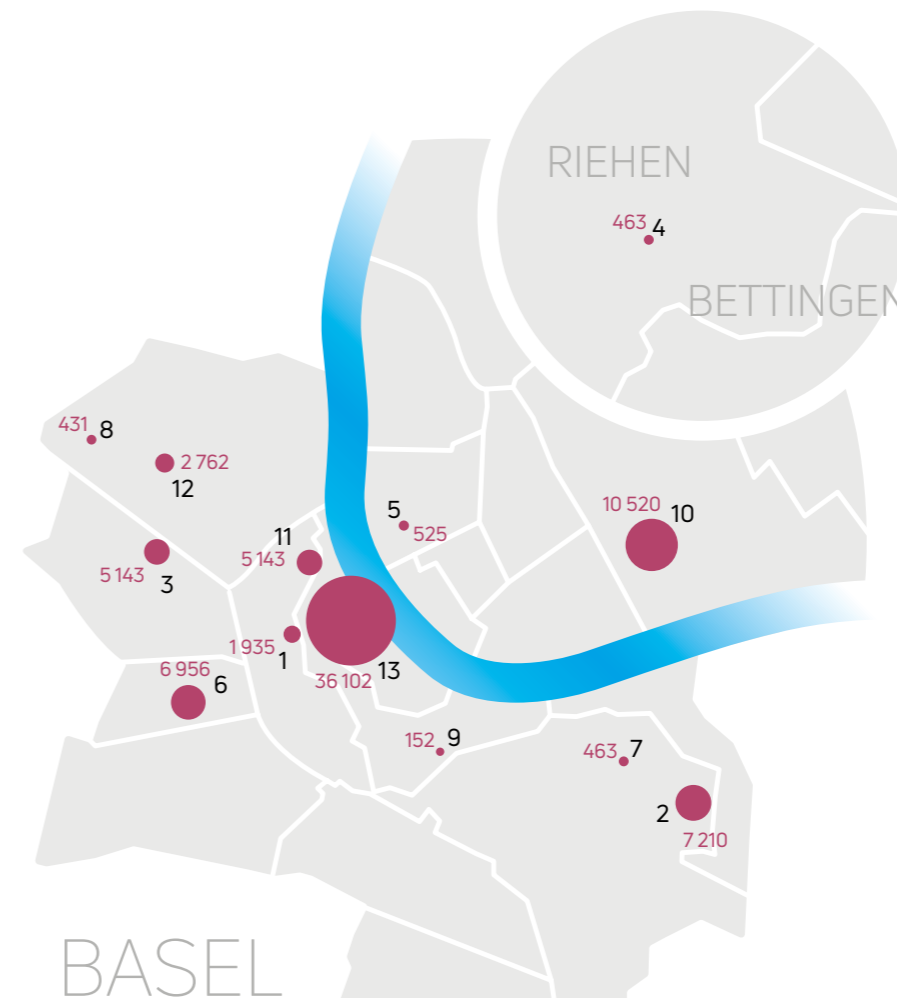
Spital	Anzahl stationärer Fälle (davon Swiss-DRG-Fälle)	Case Mix Index (CMI)	Patientenbezogener Schweregrad (PCCL)	Day Mix Index (DMI)	Anteil an stationär behandelten Basel-Städterinnen und Basel-Städtern	Allgemeine Abteilung (Anteil Patientinnen und Patienten)	Totaler Betriebsertrag (in Mio. Fr.)	Durchschnittliche Anzahl Mitarbeitende (in 100%-Stellen)
Adullam Spital	1935 (775)	1.48	1.96	Entfällt	75%	76%	38.5	257
Bethesda Spital	7210 (6576)	0.69	0.26	Entfällt	32%	79%	99.1	527
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	5143 (2654)	1.52	2.62	1.17	69%	75%	105.9	716
Klinik Sonnenhalde	463 (0)	Entfällt	Entfällt	0.94	46%	91%	18.9	133
Matthea Geburtshaus GmbH	525 (525)	0.35	0.02	Entfällt	66%	98%	2.0	12
Merian Iselin Klinik	6956 (6748)	1.07	0.34	Entfällt	37%	65%	107.1	514
Palliativzentrum Hildegard	463 (463)	1.85	2.67	Entfällt	56%	76%	10.4	49
REHAB Basel	431 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	26%	84%	61.3	433
Schmerzklinik Basel	152 (152)	2.00	0.78	Entfällt	30%	91%	10.1	76
St. Claraspital	10520 (10520)	1.04	1.32	Entfällt	50%	66%	222.4	822
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)	2762 (0)	Entfällt	Entfällt	1.03	76%	92%	152.8	904
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	5143 (5143)	1.27	0.73	Entfällt	29%	81%	142.5	811
Universitätsspital Basel (USB)	36102 (36077)	1.34	1.53	Entfällt	45%	79%	1117.0	5392
Alle Spitäler*	77805 (69633)	1.21	1.25	1.03	46%	77%	2087.9	10647

* Im Geburtshaus Basel, welches gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste hat, waren im Berichtsjahr 2020 keine stationären Geburten zu verzeichnen

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

Auf die 77 805 stationären Fälle entfielen im Jahr 2020 772 530 Bettenbetriebsstage, sodass ein Spitalbett im Durchschnitt für rund 9.9 Tage von einer Patientin oder einem Patienten in Anspruch genommen wurde.

In den baselstädtischen Spitälern besetzten im Jahr 2020 insgesamt 17 070 Mitarbeitende 10 647 Vollzeitstellen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Pensum von 62% je beschäftigter Person.

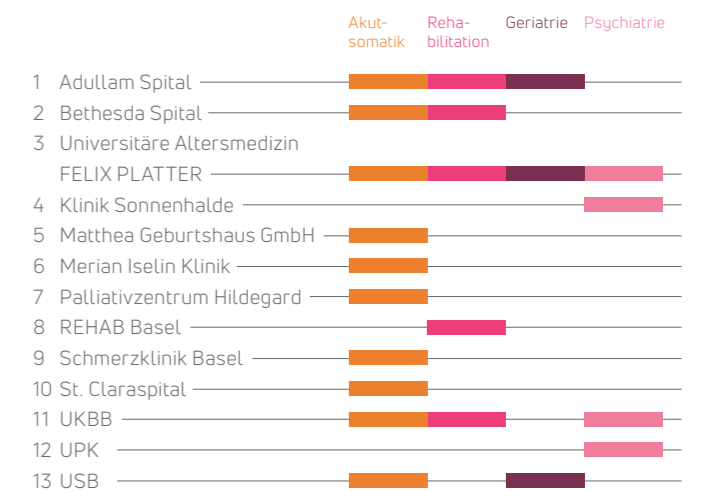


Der Case Mix (CM) beschreibt in der Akutsomatik den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Der Case Mix ergibt sich aus der Summe der effektiven Kostengewichte. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl der akutsomatischen Fälle, erhält man den Case Mix Index (CMI). Der CMI bildet somit das durchschnittliche Kostengewicht ab. Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischen Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitäts-spital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen CMI grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist.

Der PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level), auch patientenbezogener Schweregrad genannt, ergibt sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen. 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 ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patientinnen und Patienten im Gegensatz zum CMI, der Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischen Schweregrad) einer akutsomatischen Behandlung gibt.

Der Day Mix Index (DMI) bildet im Bereich der Psychiatrie das durchschnittliche Kostengewicht pro Tag ab und kann einen Anhaltspunkt zum durchschnittlichen Schweregrad der psychiatrischen Fälle und dem damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischen Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand in einem Spital geben. Der DMI wird berechnet, indem die Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten psychiatrischen Behandlungsfälle eines Spitals durch die Summe der Pflagestage dieser Fälle dividiert wird.

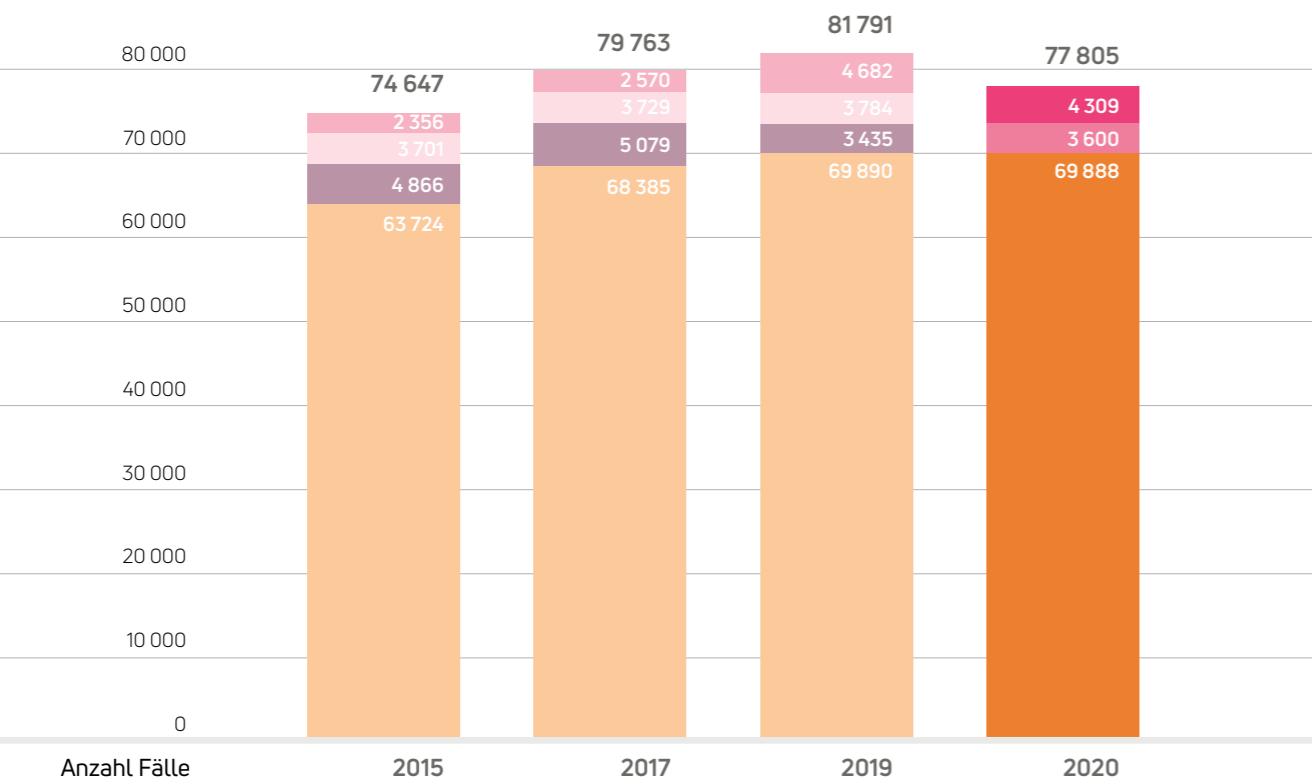
ABBILDUNG 1.1-2
Spitäler im Kanton Basel-Stadt und deren jeweilige Anzahl an stationären Austritten im Jahr 2020



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

ABBILDUNG 1.1-3
Stationäre Patientinnen und Patienten der baselstädtischen Spitäler nach Hauptbereichen in den Jahren 2015, 2017, 2019 und 2020

2020 hat die Anzahl aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 3 986 Fälle (-4.87%) abgenommen (vgl. Abb. 1.1-3). Im Sechsjahresvergleich ist die stationäre Gesamtpatientenzahl um insgesamt 4% angestiegen. Dabei ist der quantitativ grösste Zuwachs im Versorgungsbereich Akutsomatik mit einem Anstieg von 6 164 stationären Fällen (+9%) zu verzeichnen. Bezüglich der Versorgungsbereiche Rehabilitation und Geriatrie gilt es zu beachten, dass im Jahr 2019 in der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER die Kodierung geändert wurde. Anders als in den Vorjahren wurden die stationären Fälle der geriatrischen Rehabilitation nicht mehr dem Versorgungsbereich Geriatrie, sondern dem Bereich Rehabilitation zugeordnet. Daher sind die jeweiligen stationären Fallzahlen aus dem Jahr 2020 nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar.



LEGENDE
 Rehabilitation
 Psychiatrie
 Geriatrie
 Akutsomatik

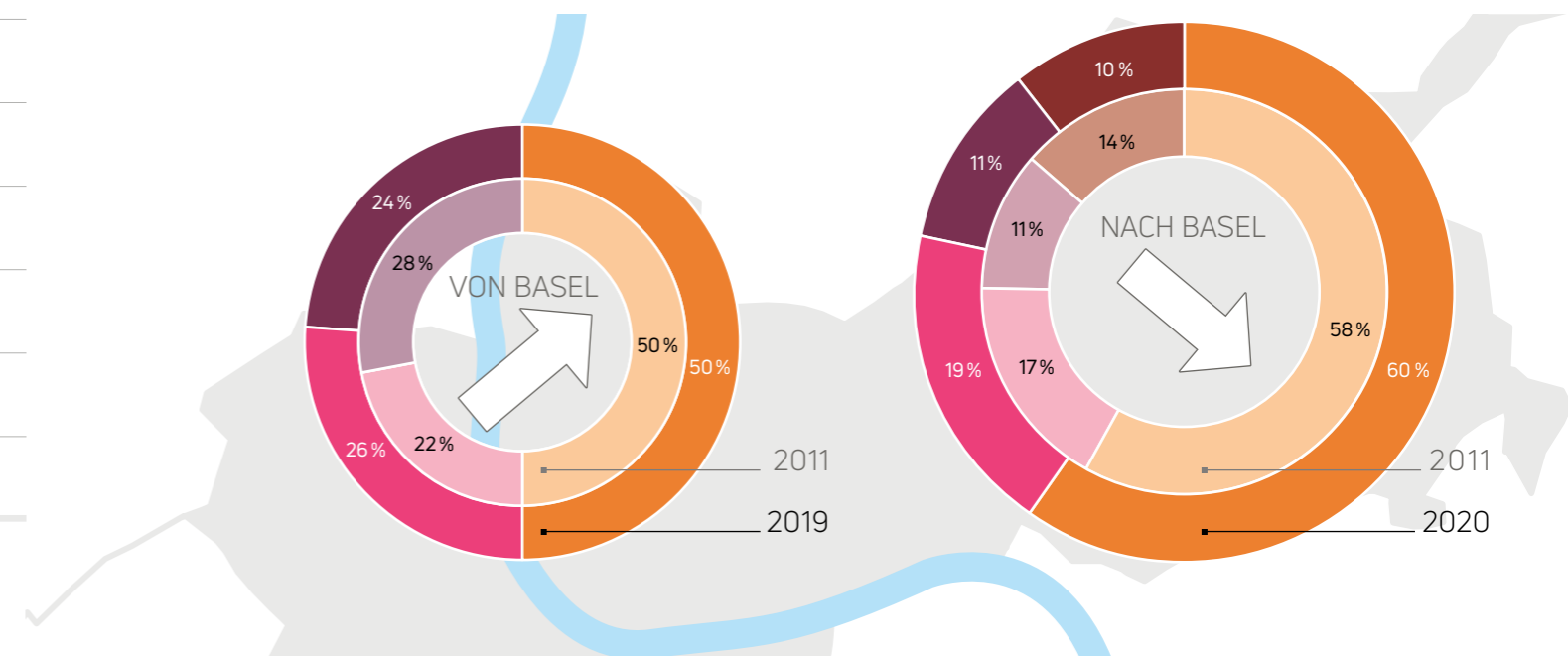
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

1.2 — PATIENTENSTRÖME

Von den im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Fällen (77 805) entfielen im Jahr 2020 mehr als die Hälfte (41 979) auf ausserkantonale und ausländische Patientinnen und Patienten, womit sich dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr nur wenig erhöht hat (+0.7%). In Abhängigkeit vom jeweiligen Spital unterliegt dieser Anteil stationär behandelter Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz oder Wohnsitz im Ausland grossen Schwankungen (von 24% bis 74%) (vgl. Abb.1.2-2).

Deutlich mehr als die Hälfte aller Zuwanderungen kommt mit 60% (unverändert gegenüber 2019) aus dem Kanton Basel-Landschaft, gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit einem Anteil von insgesamt rund 19% (unverändert). Die übrigen zugewanderten Fälle entfallen mit 11% auf die restliche Schweiz und mit 10% auf das Ausland (beides unverändert). Lediglich 11% aller stationären Aufenthalte baselstädtischer Patientinnen und Patienten fanden im Jahr 2019 ausserkantonale statt (vgl. Abb. 1.2-1).

ABBILDUNG 1.2-1
Patientenströme von ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten in Basler Spitälern nach Wohnort respektive stationären Basler Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Spitälern in den Jahren 2011 und 2020 bzw. 2011 und 2019¹



Stationär behandelte Basler Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Spitälern nach Standort des Spitals in den Jahren 2011 und 2019

Anzahl Fälle	BL	AG/SO	Restschweiz	Ausland	Total
2011	1 691	751	949	*	3 391
2019	2 406	1 261	1 123	*	4 790

* Im Ausland behandelte Basler Patientinnen und Patienten werden statistisch nicht erfasst.

Stationär behandelte ausserkantonale und ausländische Patientinnen und Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort in den Jahren 2011 und 2020

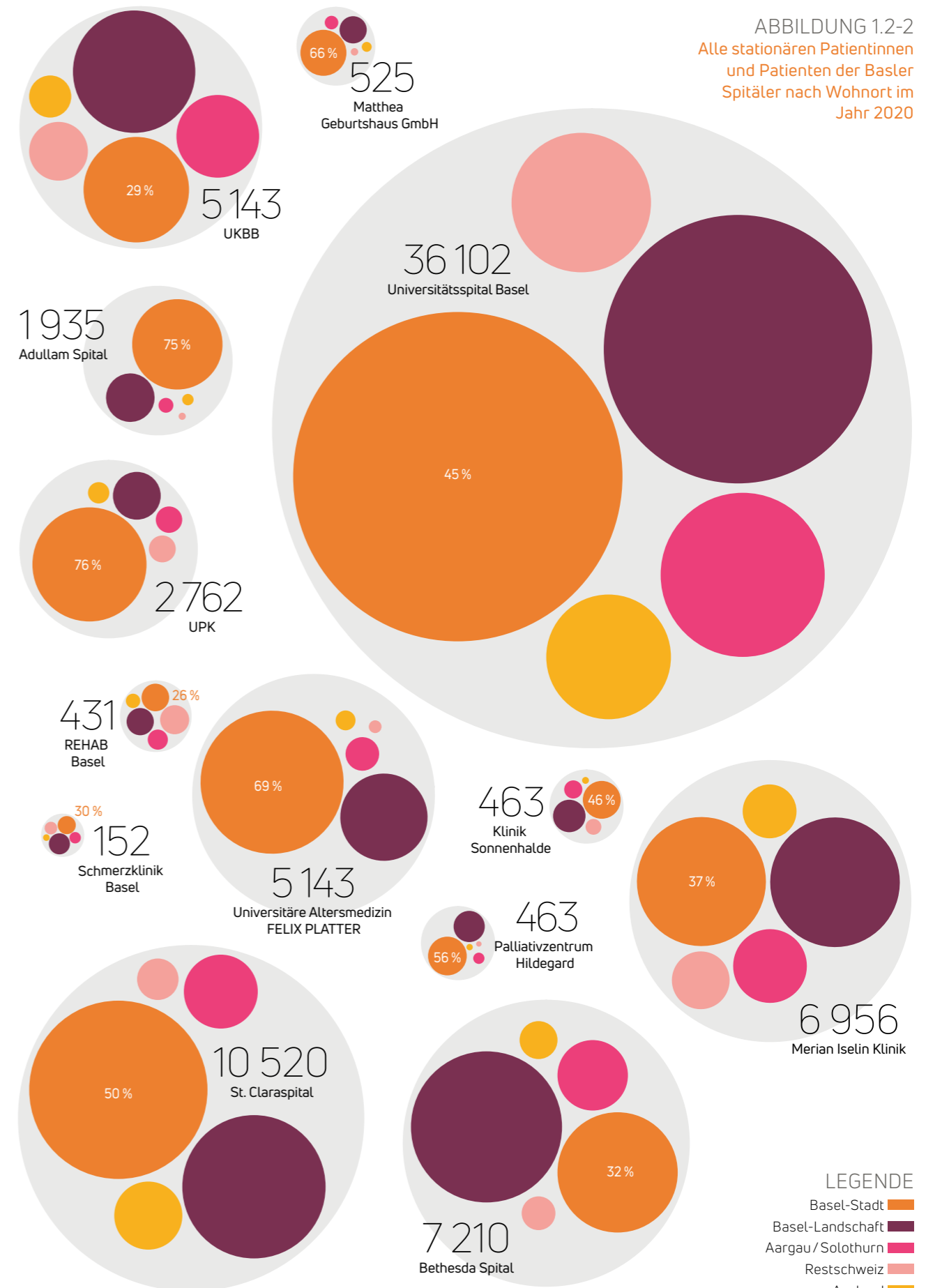
Anzahl Fälle	BL	AG/SO	Restschweiz	Ausland	Total
2011	18 312	5 448	3 516	4 218	31 494
2020	25 089	7 983	4 686	4 221	41 979

¹ Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2019 vorliegen.

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

Wie bereits im Vorjahr liegt im Jahr 2019 der Krankheitsschweregrad nach PCCL der in ausserkantonalen Spitälern stationär behandelten Basler Bevölkerung mit 0.79 deutlich unter dem PCCL der in Basler Spitälern behandelten baselstädtischen (1.33) und nicht-baselstädtischen (1.16) Patientinnen und Patienten. Daran wird deutlich, dass Basel-Städterinnen und Basel-Städter, die aufgrund ihrer Multimorbidität einer universitären oder zentrumsmedizinischen akutsomatischen Behandlung bedürfen, vorzugsweise im Kanton Basel-Stadt behandelt werden, wohingegen in Basel Ansässige mit weniger Komorbiditäten vermehrt ausserkantonale Spitälern in Anspruch nehmen. Die damit frei werdenden Kapazitäten der baselstädtischen Spitälern werden wiederum zunehmend von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten genutzt, wenn sie aufgrund überdurchschnittlicher Fallschwere eine universitäre oder zentrumsmedizinische akutsomatische Behandlung benötigen. Diese Entwicklung ist mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung erwartet worden und auch erwünscht, da sie die universitär-medizinische Zentrumsfunktion des Kantons Basel-Stadt stärkt.

ABBILDUNG 1.2-2
Alle stationären Patientinnen
und Patienten der Basler
Spitäler nach Wohnort im
Jahr 2020



LEGENDE
 Basel-Stadt
 Basel-Landschaft
 Aargau / Solothurn
 Restschweiz
 Ausland

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

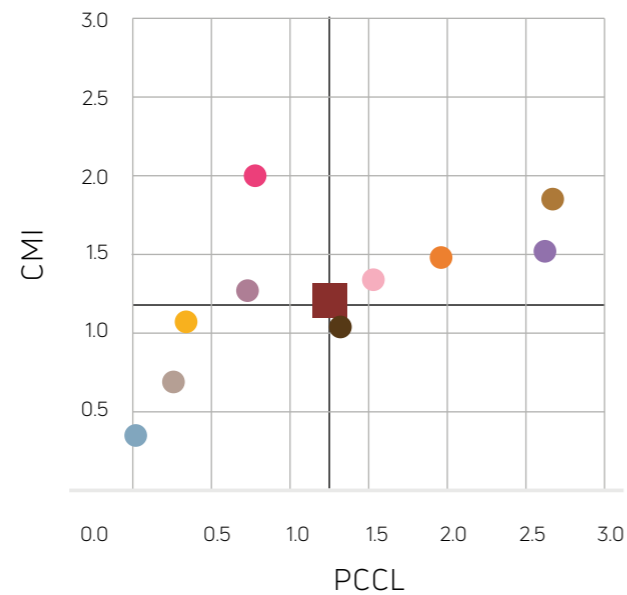


1.3 — SCHWEREGRAD UND KOMPLEXITÄT

Die universitätsmedizinische Zentrumsfunktion, die der Kanton Basel-Stadt für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt, spiegelt sich auch im Jahr 2020 im deutlich über 1.0 liegenden kantonalen durchschnittlichen Kostengewicht mit einem CMI von 1.21 wider (vgl. Tab. 1.1-1 und Abb. 1.3-1).

Eine hohe Krankheitslast mit hohen PCCL-Werten ist in Spitälern zu erwarten, die auf die Behandlung von Betagten oder von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder mit chronisch fortschreitenden Krankheiten ausgerichtet sind. So zeigt sich im Palliativzentrum Hildegard der höchste PCCL-Wert (2.67) unter den baselstädtischen Spitälern. Diese Klinik hat sich auf Palliative Care spezialisiert, die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Krankheiten. Ebenfalls hohe PCCL-Werte haben die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER (2.62) und das Adullam Spital (1.96), was durch deren Ausrichtung auf die Akutgeriatrie erklärt werden kann.

ABBILDUNG 1.3-1
CMI und PCCL der einzelnen Akutspitäler im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2020



- LEGENDE
- Adullam Spital
 - Bethesda Spital
 - Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
 - Matthea Geburtshaus
 - Merian Iselin Klinik
 - Palliativzentrum Hildegard
 - Schmerzklinik Basel
 - St. Claraspital
 - UKBB
 - USB
 - Alle Spitäler*

* Im Geburtshaus Basel, welches gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste hat, waren im Berichtsjahr keine stationären Geburten zu verzeichnen.

Unverändert zu den Vorjahren gibt es im Kanton Basel-Stadt einige wenige Akutspitäler, deren stationär behandelte Patientinnen und Patienten bei vergleichsweise geringer Krankheitslast gemäss PCCL ein überdurchschnittlich hohes Kostengewicht nach CMI generieren (vgl. Tab. 1.1-1 und Abb. 1.3-1). Hier ist insbesondere die Schmerzklinik Basel zu nennen mit dem vergleichsweise niedrigen PCCL-Wert von 0.78 bei einem CMI von 2.00, dem höchsten durchschnittlichen Kostengewicht unter den baselstädtischen Akutspitälern. Die Schmerzklinik Basel konzentriert sich im stationären Bereich primär auf ein schmerztherapeutisches Leistungsangebot. Die vornehmlich orthopädisch-chirurgisch ausgerichtete Merian Iselin Klinik zeigt ebenfalls diese Kombination von hohem durchschnittlichem Kostengewicht bei einem CMI von 1.07 und eher geringer Krankheitslast mit einem PCCL von 0.34. Dies muss als vergleichsweise hoher Ressourcenverbrauch mit entsprechend hohem SwissDRG-Kostengewicht interpretiert werden für stationär behandelte Patientinnen und Patienten, die unter vergleichsweise wenigen Komorbiditäten bzw. Nebendiagnosen leiden.

Das Matthea Geburtshaus, welches am 1. April 2019 auf die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt aufgenommen wurde, weist auch im Jahr 2020 mit dem CMI von 0.35 und dem PCCL von 0.02 im Vergleich jeweils die tiefsten Werte auf (vgl. Tab. 1.1-1 und Abb. 1.3-1). Das Leistungsangebot eines Geburtshauses ist auf Geburtshilfe und die Grundversorgung Neugeborener reduziert, die ab der 37. Woche einer risikofreien Schwangerschaft und mit einem Geburtsgewicht von mindestens 2000g erwartet werden. Die in der Regel unkomplizierten Geburten gehen mit niedrigen Kostengewichten und fehlenden oder geringen Komorbiditäten der stationär versorgten Mütter und Neugeborenen einher, also kleinen Werten für CMI und PCCL.

Für die stationäre Psychiatrie wurde per 1. Januar 2018 mit der Tarifstruktur TAR-PSY eine gesamtschweizerische leistungsorientierte Tarifstruktur geschaffen, welche alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie abdeckt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist diese tarifliche Anwendung erst seit dem 1. Januar 2019 verbindlich.

Die baselstädtischen Spitäler, welche über einen Leistungsauftrag im Bereich der Psychiatrie verfügen, haben unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte, was sich im durchschnittlichen Kostengewicht pro Tag, dem DMI, abbildet. Die auf Alterspsychiatrie ausgerichtete Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER hat mit 1.17 den höchsten DMI vorzuweisen, gefolgt von den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) mit einem DMI von 1.03 und der Klinik Sonnenhalde mit einem DMI von 0.94 (vgl. Tab. 1.1-1).

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



2. Leistungen der stationären Spitalversorgung

2.1 — SPITALPLANUNG

Seit dem Jahr 2012 erlässt der Kanton Basel-Stadt eine in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach der Zürcher Leistungsgruppensystematik (SPLG) gegliederte Spitalliste. Für jede dieser Leistungsgruppen wurden spezifische Qualitätsanforderungen wie beispielsweise Infrastruktur- und Notfallvorgaben, Facharzttitel und – wo möglich und nötig – Mindestmengen definiert.

Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt – dies unabhängig vom Behandlungsort und unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen von Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Kantone sowie aus dem Ausland. Die Spitalliste basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und auch private Spitalträgerschaften angemessen einbezieht. Verfügt der Kanton nicht über ausreichend Kapazitäten in einem Leistungsbereich, erfolgt eine Ergänzung durch ausserkantonale Spitäler.

Die Fallzahlen zu den stationären Spitalbehandlungen und die Qualitätsindikatoren der Spitäler werden für die Versorgungsplanung laufend erfasst und ausgewertet und die Spitalliste gegebenenfalls angepasst. Das jährliche Leistungsauftragscontrolling dient dem Kanton zur Überprüfung, ob die Spitäler ihren jeweiligen medizinischen Leistungsauftrag einhalten. Dabei werden anhand der medizinischen Statistik alle stationären Spitalbehandlungen des Vorjahres mit dem zugewiesenen medizinischen Leistungsspektrum des jeweiligen Spitals abgeglichen.

Nachdem die Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft den Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung im Februar 2019 mit grossem Stimmenmehr angenommen hatte, hatten die Kantone im Kontext des übergeordneten Projekts «Gemeinsamer Gesundheitsraum Basel» auf Basis des Versorgungsplanungsberichts 2019 gemeinsame Versorgungsziele formuliert. Im September 2019 startete das Bewerbungsverfahren um Leistungsaufträge in der Akutsomatik für die gleichlautenden Spitallisten. 30 von 32 Spitalern und Kliniken der bisherigen Spitallisten reichten Bewerbungen um Leistungsaufträge ein sowie fünf neue Spitäler. Im Mai 2020 wurden den Spitalern die erstellten provisorischen Leistungsaufträge übermittelt, zu welchen sie – aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie verzögert – im August und September 2020 Stellung nehmen konnten. Die offizielle Vernehmlassung der angepassten Spitallisten erfolgte im Dezember 2020, was wiederum zu kleineren Anpassungen der gleichlautenden Spitallisten führte.

Im März 2021 verabschiedeten die beiden Gesundheitsdirektoren anlässlich einer Sitzung des bikantonalen Projektausschusses «Gemeinsame Gesundheitsregion» (GGR) die gleichlautenden Spitallisten und verabschiedeten sie zuhanden der beiden Regierungsratsgremien. Die gleichlautenden Spitallisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft konnten per 1. Juli 2021 in Kraft treten. Auf den gleichlautenden Spitallisten haben 31 Spitäler Leistungsaufträge erhalten, dabei wurde ein Spital neu aufgenommen.

Die Leistungsaufträge in der Psychiatrie und der Rehabilitation werden auf den gleichlautenden Spitallisten vorerst im Status quo weitergeführt, da die bedarfsorientierte gemeinsame Versorgungsplanung dieser Bereiche erst im Jahr 2022 durchgeführt werden kann.

Für viele hochspezialisierte Eingriffe und Behandlungen sind in der Schweiz die Fallzahlen zu klein, um diese in einer Vielzahl von Spitälern in der notwendigen Qualität und Wirtschaftlichkeit anzubieten. Daher haben die 26 Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) auf ihre individuelle Planungskompetenz verzichtet. Basierend auf der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 1. Januar 2009 nehmen die Kantone eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung und Zuteilung der Leistungsaufträge vor, wobei diese den kantonalen Listen vorgehen.

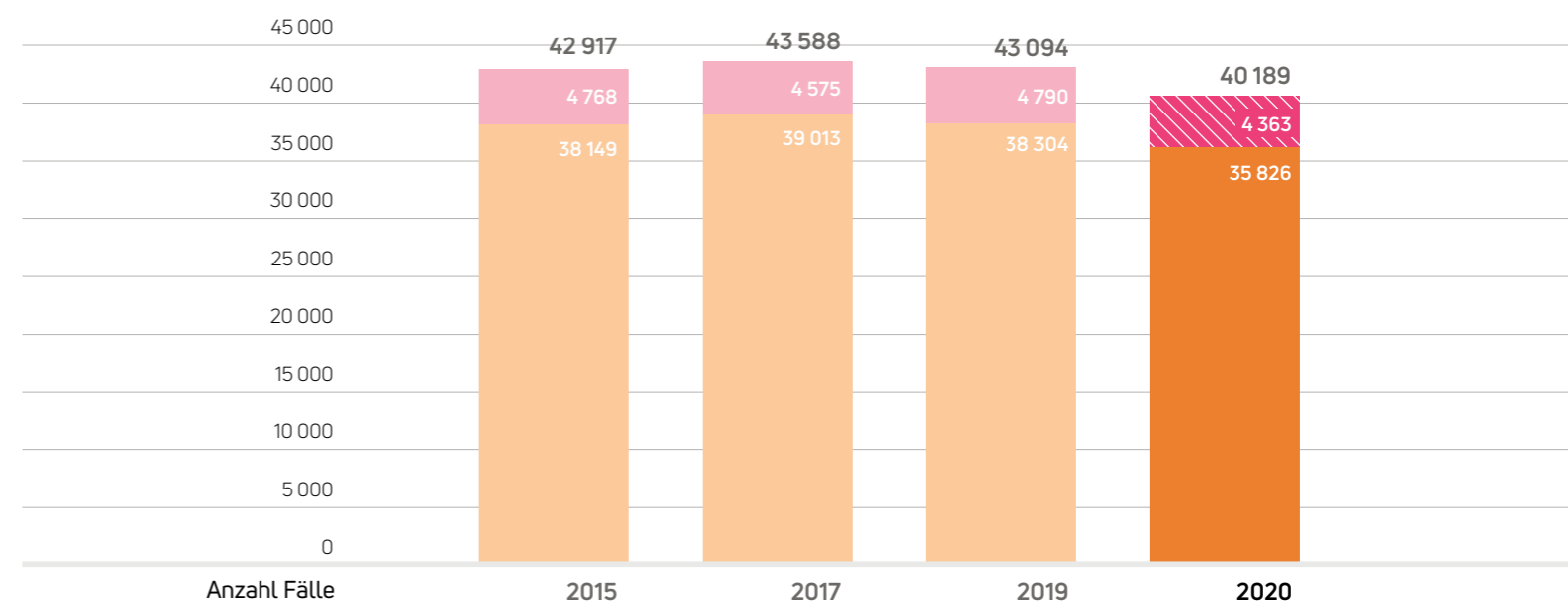
Auf den gleichlautenden Spitallisten Akutmedizin für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verfügen die folgenden Spitäler über HSM-Leistungsaufträge: Universitätsspital Basel, Universitäts-Kinderspital beider Basel, St. Claraspital und das Kantonsspital Baselland (Standort Liestal).

2.2 — STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN

Rund 89 % (35 826 Fälle) der insgesamt 40 189 stationären Spitalaufenthalte, die im Jahr 2020 von der baselstädtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen wurden, erfolgten in einem Basler Spital (vgl. Abb. 2.2-1). Dieser hohe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass der Kanton Basel-Stadt in der stationären Spitalversorgung ein breites Angebot von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin wohnortnah bereitstellt. Die Anzahl der von baselstädtischen Patientinnen und Patienten insgesamt in Anspruch genommenen, stationären Spitalaufenthalte ist gegenüber dem Vorjahr um etwa 2 900 Fälle gesunken. Dies lässt sich auf die in der Corona-Pandemie verordneten Massnahmen und dadurch bedingte individuelle Verhaltensänderungen zurückführen.

ABBILDUNG 2.2-1
Entwicklung und Verteilung der stationären Spitalaustritte der baselstädtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2015, 2017, 2019 und 2020

LEGENDE
 Ausserkantonal
 Innerkantonale



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die stationären Fallzahlen der ausserkantonale behandelten Basel-Städterinnen und Basel-Städter;
 Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die stationären Fallzahlen der innerkantonale versorgten Basel-Städterinnen und Basel-Städter;

Abrechnungsdaten der Spitäler für die vorläufige Schätzung der stationären Fallzahl zu den ausserkantonale behandelten Basel-Städterinnen und Basel-Städtern im Jahr 2020 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt; schraffiert)

Zur aktuellen Spitalliste:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
 → Spitäler
 → Spitalplanung
 → Spitalliste

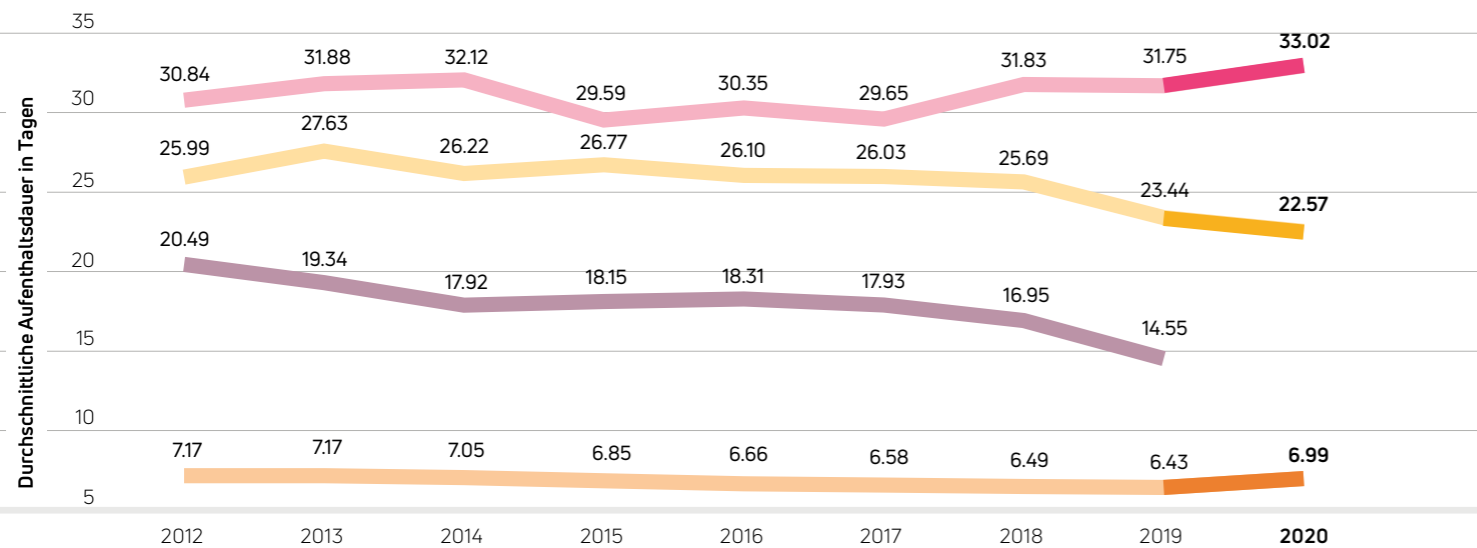
Die HSM-Spitalliste sowie sämtliche IVHSM-Leistungszuteilungen finden Sie unter:
www.gdk-cds.ch
 → Hochspezialisierte Medizin

2.3 — ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN AUFENTHALTSDAUER

Im Achtjahresvergleich hat sich die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer in den Hauptversorgungsbereichen Akutsomatik, Geriatrie und Rehabilitation verkürzt (vgl. Abb. 2.3-1). In der Psychiatrie (ohne Forensik) verlängerte sich die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer im direkten Vergleich der Jahre 2020 und 2012 um etwa zwei Tage, wobei sie im zeitlichen Verlauf einigen Schwankungen unterlag.

Bezüglich der Versorgungsbereiche Rehabilitation und Geriatrie gilt es zu beachten, dass die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER in den Jahren 2019 und 2020 die Kodierung grundlegend änderte. Im Unterschied zu den Vorjahren werden die stationären Fälle der geriatrischen Rehabilitation seit 2019 nicht mehr dem Versorgungsbereich Geriatrie, sondern dem Bereich Rehabilitation zugeordnet. Seit 2020 werden akutgeriatrische Fälle als Akutsomatik kodiert. Auch Langzeitpflegefälle gehen nicht in diese Statistik ein, da in diesem Fall keine Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG besteht. In der Folge können ab dem Jahr 2020 für die Geriatrie keine eigenständigen, durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauern berechnet werden.

ABBILDUNG 2.3-1
Durchschnittliche, stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) von baselstädtischen Patientinnen und Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2012 bis 2020 (ohne Langzeitpflegefälle)



LEGENDE

- Akutsomatik
- Geriatrie*
- Psychiatrie (ohne Forensik)
- Rehabilitation

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

* Seit 2020 werden akutgeriatrische Fälle der Akutsomatik zugeordnet

2.4 — AKUTSOMATISCHE SPITALBEHANDLUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN

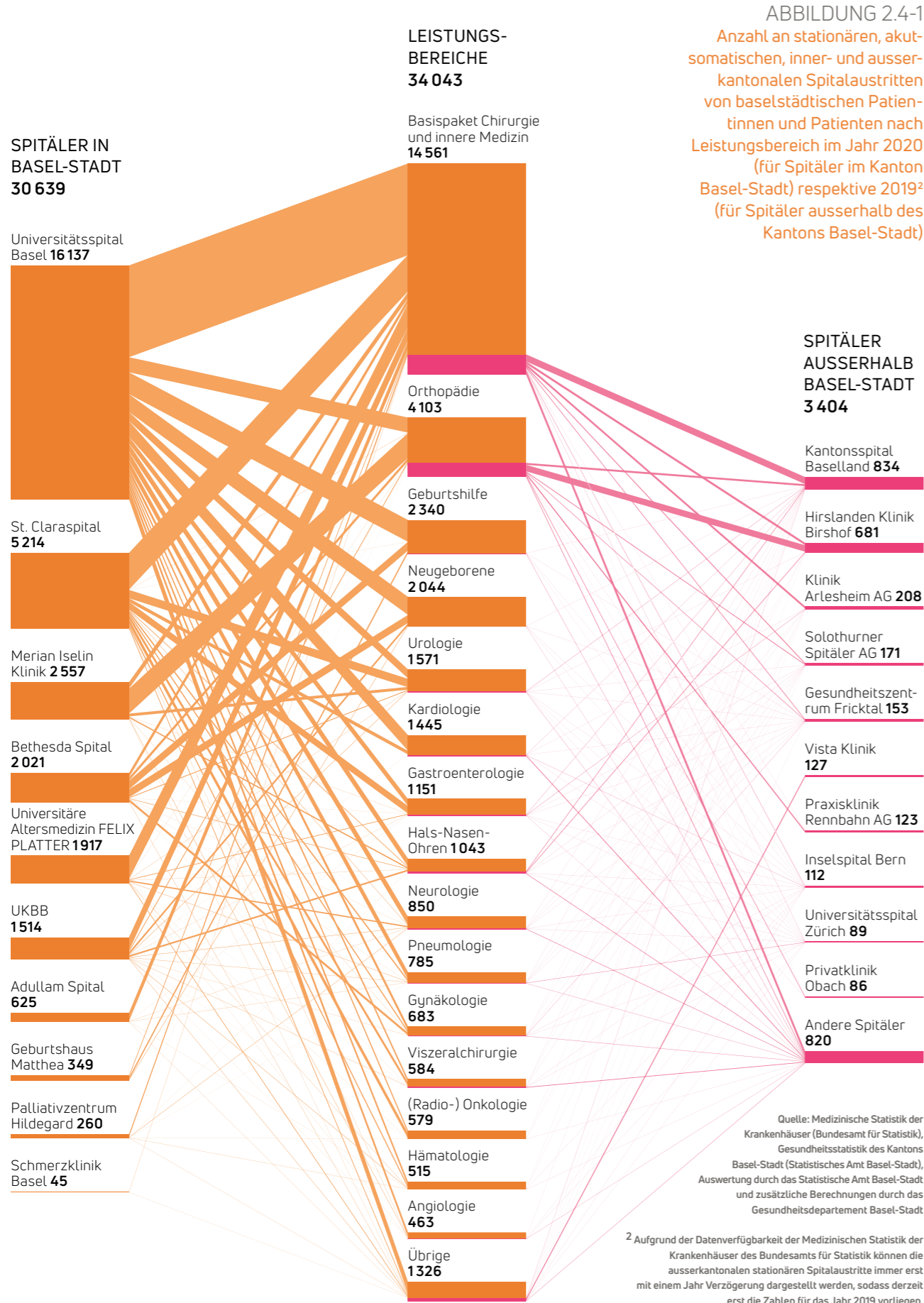
Im grössten Bereich der kantonalen Gesundheitsversorgung, der Akutsomatik, ermöglicht die Zürcher Leistungsgruppensystematik eine systematische Einteilung des gesamten akutsomatischen Behandlungsspektrums. Jede einzelne medizinische Behandlung ist einer der 25 klinischen Leistungsbereiche zugeordnet. Der in der Zürcher Leistungsgruppensystematik als «Bewegungsapparat chirurgisch» bezeichnete Leistungsbereich wird hier vereinfachend «Leistungsbereich Orthopädie» genannt.

Die Anzahl der stationären, akutsomatischen Spitalaustritte von baselstädtischen Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich im Jahr 2020 (für Spitäler im Kanton Basel-Stadt) respektive 2019 (für Spitäler ausserhalb des Kantons Basel-Stadt) (vgl. Abb. 2.4-1) geben einen Überblick über die Leistungsschwerpunkte und die jeweiligen Marktanteile der einzelnen inner- und ausserkantonalen Spitäler in Bezug auf die Nachfrage der baselstädtischen Wohnbevölkerung.

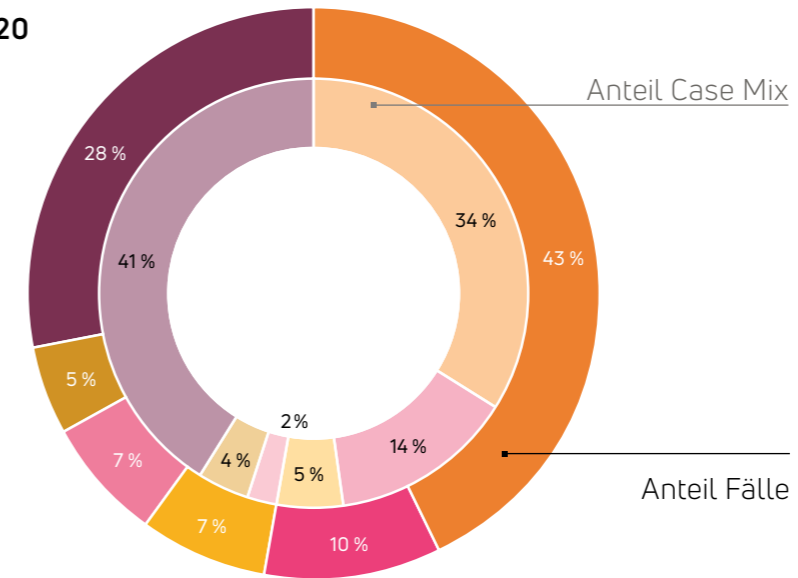
Im Jahr 2019 nahmen 3 404¹ baselstädtische Patientinnen und Patienten eine akutsomatische Behandlung in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch. Gemessen an der stationären, akutsomatischen Gesamtnachfrage der baselstädtischen Wohnbevölkerung, entspricht dies einem Anteil von 9%. Das häufigste, von Basel-Städterinnen und Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale Akutspital ist mit 25% (-3% gegenüber dem Vorjahr) das Kantonsspital Baselland. Darauf folgen die Hirslanden Klinik Birshof mit 20% (+2%) und die Klinik Arlesheim AG mit 6% (+1%). Das von Basel-Städterinnen und Basel-Städtern mit 112 stationären, akutsomatischen Fällen am häufigsten konsultierte ausserkantonale Universitätsspital ist das Inselspital Bern, gefolgt vom Universitätsspital Zürich mit 89 stationären Spitalaufenthalten.

¹ Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik können die ausserkantonalen stationären Spitalaustritte immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2019 vorliegen.





2020



Im Jahr 2020 hat die chirurgische und internistische Basisversorgung der baselstädtischen Wohnbevölkerung mit einem Case Mix von 11536 rund 34% des gesamten SwissDRG-Abgeltungsvolumens (34 092) ausgemacht (Abb. 2.4-2 und Tab. 2.4-3). Bei einer Fallzahl von 13 164 liegt der durchschnittliche Case Mix Index (CMI) dieser Leistungsgruppe bei 0.88 (vgl. Tab. 2.4-3). Mit einem Anteil von rund 10% (3 127 Fälle) an allen stationär behandelten, akutsomatischen, baselstädtischen Fällen stellt die Orthopädie den grössten Leistungsbereich unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen dar, mit 14% (4 644) des gesamten Case Mix.

ABBILDUNG 2.4-2
Prozentuale Verteilung der Fallzahl und des Case Mix über die fünf häufigsten stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2020 (baselstädtische Patientinnen und Patienten in Basler Spitälern)

- LEGENDE**
- Basispaket Chirurgie und innere Medizin
 - Orthopädie
 - Geburtshilfe
 - Neugeborene
 - Urologie
 - Übrige

Der **Case Mix** beschreibt in der Akutsomatik den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der effektiven Kostengewichte.

Der **Case Mix Index (CMI)** spiegelt das durchschnittliche Kostengewicht wider nach Division des Case Mix durch die Anzahl der akutsomatischen Fälle. Er bildet die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischen Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand ab.

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



TABELLE 2.4-3
Stationäre, akutsomatische, nach SwissDRG abgerechnete Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2020 (baselstädtische Patientinnen und Patienten in Basler Spitälern): Anzahl Fälle, Case Mix und Case Mix Index (CMI)

Leistungsbereiche	FÄLLE		CASE MIX		CMI
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Basispaket Chirurgie und innere Medizin	13164	43.0%	11536	33.8%	0.88
Orthopädie	3127	10.2%	4644	13.6%	1.49
Geburtshilfe	2288	7.5%	1590	4.7%	0.69
Neugeborene	2017	6.6%	800	2.3%	0.40
Urologie	1502	4.9%	1490	4.4%	0.99
Herz	1336	4.4%	2752	8.1%	2.06
Gastroenterologie	1079	3.5%	1213	3.6%	1.12
Hals-Nasen-Ohren	862	2.8%	888	2.6%	1.03
Neurologie	791	2.6%	959	2.8%	1.21
Pneumologie	728	2.4%	1253	3.7%	1.72
Gynäkologie	628	2.0%	746	2.2%	1.19
(Radio-) Onkologie	574	1.9%	674	2.0%	1.17
Viszeralchirurgie	513	1.7%	1578	4.6%	3.08
Hämatologie	498	1.6%	872	2.6%	1.75
Gefässe	428	1.4%	1071	3.1%	2.50
Endokrinologie	233	0.8%	298	0.9%	1.28
Neurochirurgie	181	0.6%	580	1.7%	3.21
Ophthalmologie	142	0.5%	112	0.3%	0.79
Rheumatologie	125	0.4%	110	0.3%	0.88
Dermatologie	123	0.4%	133	0.4%	1.08
Thoraxchirurgie	113	0.4%	354	1.0%	3.14
Nephrologie	97	0.3%	259	0.8%	2.67
Schwere Verletzungen	88	0.3%	172	0.5%	1.95
Transplantationen	2	0.0%	7	0.0%	3.72
Gesamt	30 639	100%	34 092	100%	1.11*

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

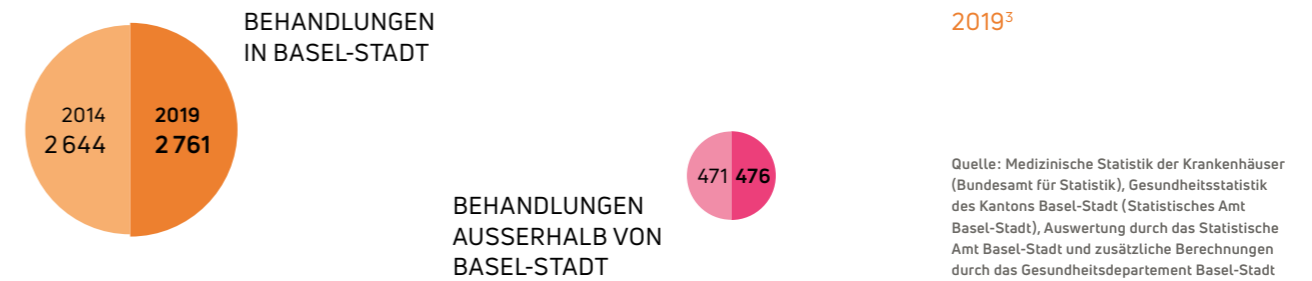
*gewichtet nach Anzahl Fälle pro Leistungsbereich

2.5 — PSYCHIATRISCHE SPITALBEHANDLUNGEN

In psychiatrischen Kliniken wurden im Jahr 2019³ insgesamt 3237 baselstädtische Patientinnen und Patienten stationär behandelt (vgl. Abb. 2.5-1), 85% davon in einem baselstädtischen Spital. Die häufigste, von Basel-Städterinnen und Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale psychiatrische Klinik (von insgesamt 26) ist mit einem Anteil von 16% (unverändert gegenüber dem Vorjahr 2018) die Klinik Arlesheim AG. Darauf folgen die Psychiatrie Baselland (-6% gegenüber dem Vorjahr) und die Schützen Rheinfelden AG (+1%) mit jeweils 15% Anteil.

³ Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik können die ausserkantonalen stationären Spitalaustritte immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2019 vorliegen.

ABBILDUNG 2.5-1
Anzahl der fünf häufigsten stationären, psychiatrischen Hauptdiagnosen von baselstädtischen Patientinnen und Patienten nach Behandlungs-ort in den Jahren 2014 und 2019³



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

	Affektive Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Übrige
	922	733	546	394	251	391
UPK	688 606	594 585	527 485	245 275	174 217	197 114
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	0 2	0 7	0 3	0 0	0 1	0 239
Klinik Sonnenhalde	119 139	27 23	18 23	24 26	24 11	7 5
Ausserkantonale Spitäler	180 175	122 118	46 35	66 93	35 22	22 33



Sowohl in den innerkantonalen als auch in den ausserkantonalen Spitälern stellen die affektiven Störungen (Störungen mit dem Hauptsymptom einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, in erster Linie depressive Zustandsbilder) und die durch psychotrope Substanzen ausgelösten psychischen oder Verhaltensstörungen die häufigsten psychiatrischen Behandlungsindikationen der baselstädtischen Patientinnen und Patienten dar. Gemessen an allen psychiatrischen Spitalaufenthalten der baselstädtischen Wohnbevölkerung wurde im Jahr 2019 jeder zweite stationäre Aufenthalt mit einer Diagnose aus diesen Bereichen begründet.

Es ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER stationäre alterspsychiatrische Fälle erst ab dem Jahr 2018 dem Bereich Psychiatrie zugeordnet hat. In den Vorjahren waren derartige Fälle bei der Kodierung in den Versorgungsbereich Geriatrie eingeflossen. Daher sind die in der Abb. 2.5-1 für die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ausgewiesenen Zahlen stationärer alterspsychiatrischer Fälle des Jahres 2019 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

2.6 — SPITALBEHANDLUNGEN IM BEREICH REHABILITATION

Im Jahr 2019⁴ waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit rund 23% der Fälle die häufigste Ursache für eine stationäre Reha-Behandlung baselstädtischer Patientinnen und Patienten (vgl. Abb. 2.6-1). Insgesamt wurden im Jahr 2019 im Bereich der Rehabilitation 3 874 baselstädtische Patientinnen und Patienten in inner- und ausserkantonalen Spitälern stationär behandelt. Gegenüber dem Jahr 2014 entspricht dies einer Zunahme von 32% (+1253 Fälle).

Im Kanton Basel-Stadt verteilten sich die stationären Reha-Behandlungen auf fünf Spitäler mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten, wobei Unfälle resp. die «Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen» als häufigste Indikation (23.4%) erfasst sind. 23% aller Reha-Aufenthalte führten Basel-Städterinnen und Basel-Städter ausserkantonal durch, am häufigsten infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (30%) und infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (17%). Die Reha Rheinfelden ist mit 31% (+7% gegenüber dem Vorjahr) die am häufigsten von Basel-Städterinnen und Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale Reha-Klinik. Darauf folgen die Klinik Barmelweid AG mit 24% (+4%) und das Kantonsspital Baselland mit 20% (+4%).

⁴ Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik können die ausserkantonalen stationären Spitalaustritte immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2019 vorliegen.

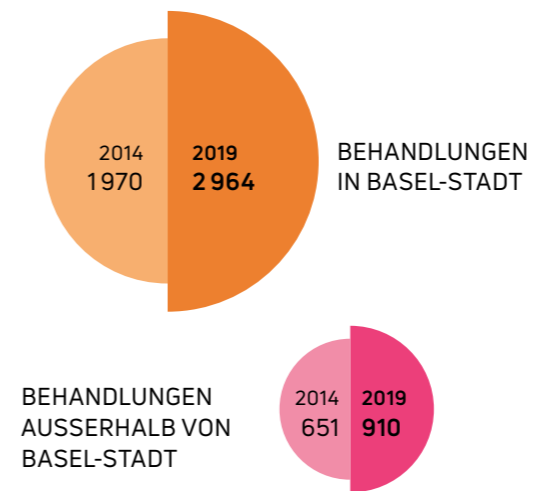


ABBILDUNG 2.6-1
Anzahl der fünf häufigsten Krankheitsursachen für eine stationäre Reha-Behandlung von baselstädtischen Patientinnen und Patienten nach Behandlungsort in den Jahren 2014 und 2019⁵

⁵ Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik können die ausserkantonalen stationären Spitalaustritte immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2019 vorliegen.

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

	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	Krankheiten des Kreislaufsystems	Krankheiten des Atmungssystems	Neubildungen	Übrige
	875	840	632	293	291	943
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	153 241	61 373	115 303	3 85	14 139	32 364
Adullam Spital	63 135	155 247	74 139	45 111	59 77	241 258
Bethesda Spital	171 215	62 47	2 1	2 0	0 0	7 15
REHAB Basel	3 1	7 17	16 14	0 0	2 4	65 85
Reha Chrischona	183 15	107 9	94 19	51 13	75 22	108 15
Ausserkantonale Spitäler	155 268	95 147	171 156	65 84	22 49	143 206



3.

Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung

3.1 — KOSTEN STATIONÄRE SPITALVERSORGUNG DER BASELSTÄDTISCHEN BEVÖLKERUNG

Die Corona-Pandemie und die daraus entstandenen Mehrkosten resp. Mindereinnahmen auf Seiten der Spitäler, welche medizinisch nicht dringende Behandlungen verschieben mussten¹, beeinflussten die Finanzierung und die Kosten der stationären Spitalversorgung für das Berichtsjahr massgeblich.

Aufgrund der Genehmigung der Rahmenausgabenbewilligung zur Abgeltung der direkten Mehr- und Zusatzkosten der baselstädtischen Spitäler, der baselstädtischen Pflegeheime und der Spitex Basel im Rahmen der COVID-19-Bekämpfung von über 108.4 Mio. Franken hat der Regierungsrat eine Rückstellung von 76.95 Mio. Franken dieser Mehr- und Zusatzkosten in der Rechnung 2020 bewilligt. Betreffend die Spitäler wurden darauf basierend für das Jahr 2020 zusätzliche Staatsbeiträge in der Höhe von insgesamt 73.1 Mio. Franken zurückgestellt.

COVID-19 hat zu einem starken Anstieg von Patientinnen und Patienten geführt, welche intensivmedizinische Kapazitäten in Anspruch nehmen. Deshalb hat der Regierungsrat für die Abgeltung der gemäss der Vereinbarung «Intensivmedizinische Kapazitäten GGR» zu finanzierenden Leistungen Ausgaben in der Höhe von einer Mio. Franken zu Lasten der Erfolgsrechnung des Gesundheitsdepartements bewilligt. Im Rechnungsjahr 2020 sind 0.9 Mio. Franken ausgegeben worden.

Gemäss Art. 14^{bis} des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 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 Kanton Basel-Stadt beteiligte sich im Jahr 2020 mit insgesamt 429.5 Mio. Franken (vgl. Tab. 3.1-1) an der stationären Spitalversorgung, wobei wie erwähnt insgesamt 74 Mio. Franken auf die Abgeltung von coronabedingten Mehrkosten zurückzuführen sind («Rückstellungen Covid-Kosten» und «Intensivmedizinische Kapazitäten GGR»). Die im Jahr 2016 zur Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) der Spitäler ausbezahlten Staatsbeiträge von 62.6 Mio. Franken wurden im Jahr 2020 auf 58.8 Mio. Franken reduziert (-3.6 Mio. Franken bzw. -6.2%).

Der Kantonsanteil an der Finanzierung der stationären Spitalversorgung ist von 2016 bis 2020 um 6.3 Mio. Franken gestiegen, im Vergleich zum Jahr 2019 jedoch um 10.6 Mio. Franken gesunken, was auf den coronabedingten Verzicht der Spitäler auf nicht medizinisch dringenden Behandlungen zurückzuführen ist. Der kantonale Finanzierungssaldo (Summe aus GWL und Kantonsanteil) reduzierte sich um 2.3 Mio. Franken oder im Schnitt um ca. 0.6 Mio. Franken pro Jahr. Unter Miteinbezug der coronabedingten Mehrkosten (74 Mio. Franken) ist der kantonale Finanzierungssaldo von 2016 auf 2020 um 71.4 Mio. Franken gestiegen.

¹ Verordnung 2 vom 16. März 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19), (Art. 10a Abs. 2). Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen müssen auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten.

TABELLE 3.1-1
Kosten der Spitalfinanzierung in der kantonalen Rechnung 2016 bis 2020

in Mio. Franken	Rechnung 2016	Rechnung 2017	Rechnung 2018	Rechnung 2019	Rechnung 2020
Kantonsanteil stationäre Behandlung nach KVG, IVG	283.8	289.3	292.2	300.7	290.1
Staatsbeiträge GWL durch Regulator ²	62.6	62.0	53.5	59.1	58.8
Staatsbeiträge GWL weitere Behörden ³	6.9	6.9	6.7	6.8	6.8
Intensivpflichtige Covid-Patientinnen und -Patienten GGR					0.9
Rückstellung Covid-Kosten					73.1
Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung	353.3	358.2	352.4	366.6	429.5*

* gerundete Zahlen

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 Sicherheitsdepartement: Notarzt Rettung; Erziehungsdepartement: Beschulung Kinder in Spitälern; Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt: Sozialdienste Spitäler (seit 2014, vorher Bereich Gesundheitsversorgung)

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Seit dem Jahr 2012 ist im stationären Spitalbereich eine pauschale leistungsorientierte Abgeltung vorgeschrieben, wobei in der Regel auf Fallpauschalen abgestellt werden soll (Art. 49 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]).

Diese Pauschalen werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a KVG). In den ersten drei Jahren wurde der kantonale Vergütungsteiler durch den Regierungsrat auf den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert in der Höhe von 55 % festgesetzt. Für das Jahr 2016 wurde dieser vom Kanton Basel-Stadt um einen Prozentpunkt erhöht und bis heute bei 56 % belassen.

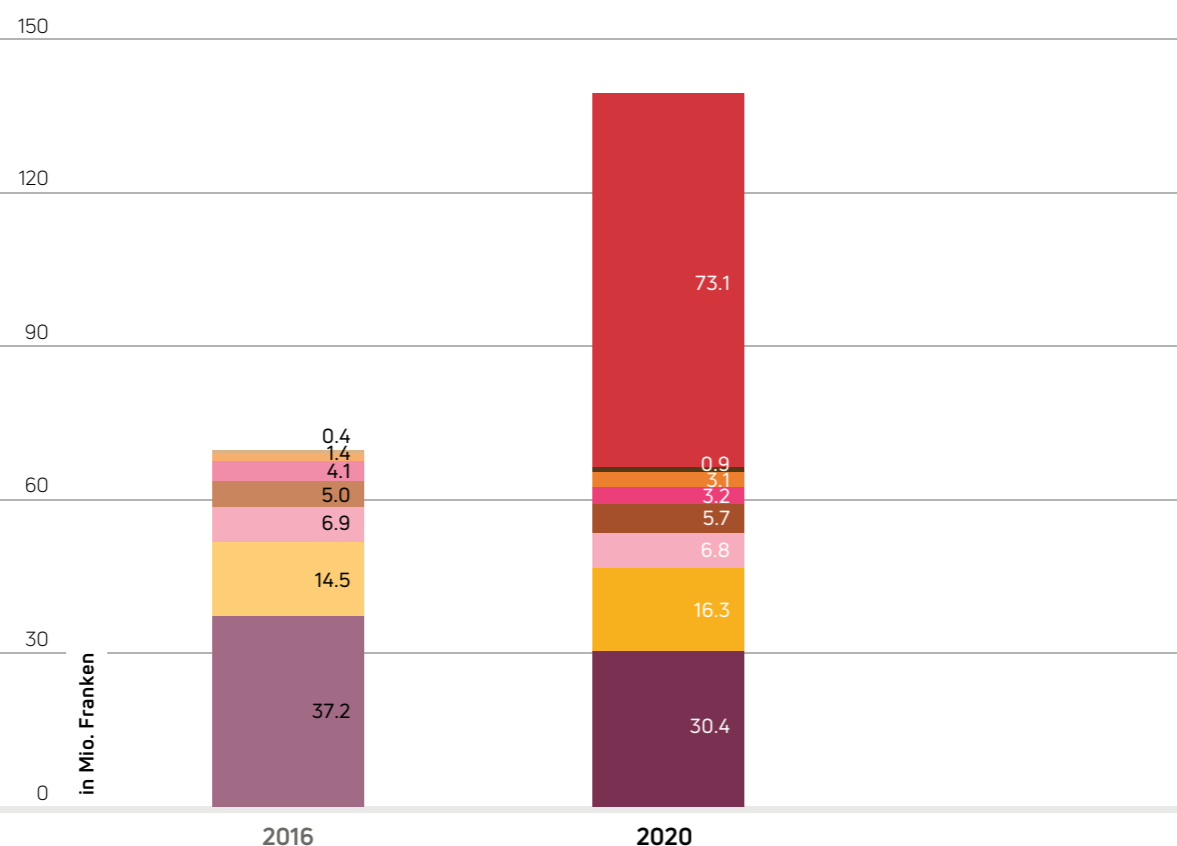


3.2 — GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN DER BASELSTÄDTISCHEN SPITÄLER

Die jährlichen Staatsbeiträge zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler sind von 2016 bis 2020 ohne Berücksichtigung der coronabedingten Mehrkosten um rund 4 Mio. Franken zurückgegangen. Dies ist hauptsächlich auf den Rückgang der GWL für Lehre und Forschung zurückzuführen (minus 6.8 Mio. Franken von 2016 bis 2020).

Im Vergleich zum Einführungsjahr der aktuellen Spitalfinanzierung (2012) wurden die Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen von 120.9 Mio. Franken auf 65.5 Mio. Franken (2020) annähernd halbiert.

ABBILDUNG 3.2-1
Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) der Spitäler 2016 und 2020 (in Mio. Franken)



LEGENDE

- Rückstellung Covid-Kosten
- Langzeitpflegepatientinnen und -patienten in Spitälern
- Intensivpflichtige Covid-Patientinnen und -Patienten GGR
- Übrige GWL
- Tageskliniken
- Ambulatorien
- öffentliche Spitäler
- GWL weitere Organisationseinheiten
- fachärztliche Weiterbildung
- Deckungslücke Lehre und Forschung

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

3.3 — KOSTENENTWICKLUNG STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN

Der Kantonsanteil für die stationären Spitalbehandlungen belief sich im Berichtsjahr auf 290.1 Mio. Franken und lag damit 10.6 Mio. Franken (3.5%) tiefer als im Vorjahr. Hauptgrund für den Rückgang sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Die Spitäler durften nur medizinisch dringende Behandlungen durchführen, was zu leicht rückläufigen Fallzahlen von 2019 auf 2020 (-6.8%) geführt hat. In der Akutsomatik hat die durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index) von 2019 auf 2020 leicht zugenommen(+1.5%).

TABELLE 3.3-1
Leistungsbezogene Kostenentwicklung der Kantonsbeiträge für stationäre Behandlungen 2016 bis 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
in Mio. Franken					
Finanzielle Entwicklung	283.8	289.3	292.2	300.7	290.1
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr	1.5	5.5	2.9	8.5	-10.6
relative Veränderung	0.5%	2.0%	1.0%	2.9%	-3.5%
ohne Sondereffekte	288.9	289.3	292.2	300.7	290.1
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr	6.6	0.4	2.9	8.5	-10.6
relative Veränderung	2.3%	0.1%	1.0%	2.9%	-3.5%
Umgerechnet auf Kantonsanteil 55%	283.8	284.2	287.0	295.3	284.9
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr	1.5	0.4	2.8	8.3	-10.5
relative Veränderung	0.5%	0.1%	1.0%	2.9%	-3.5%

Um die Verrechnbarkeit der KVG-pflichtigen Leistungen sachgerechter zu machen und insbesondere die verursachergerechte Leistungsabgeltung von ausserkantonalen Behandlungen zu verbessern, wurde die Baserate des Universitätsspital Basel auf das Jahr 2016 um 300 Franken angehoben und der Staatsbeitrag an die ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung entsprechend gesenkt. Um zu verhindern, dass diese Kostenumlageung zu einer zusätzlichen Belastung des baselstädtischen Prämienniveaus führt, hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG um einen Prozentpunkt erhöht (Kanton 56%, Krankenversicherung 44%). Dies führte zu einer dauerhaften Erhöhung des Kantonsanteils um rund fünf Mio. Franken jährlich.

Das durchschnittliche jährliche Kostenwachstum hat sich in den Jahren 2016 bis 2020 (0.3% p.a.) resp. 2015 zu 2019 (2.0% p.a.) im Vergleich zu den Jahren 2012 bis 2016 (2.7% p.a.) deutlich verlangsamt.

Aufgegliedert nach Bereichen (vgl. Abb. 3.3-2) bildeten die akutsomatischen Behandlungen im Jahr 2020 mit einem Anteil von 71.5% (davon in ausserkantonalen Kliniken 5.1%) den grössten Kostenblock mit 207.8 Mio. Franken. Im Vergleich zu 2019 zeigt sich eine Abnahme von 4.9%, von 2016 bis 2020 haben die Kosten im Durchschnitt jährlich um 0.1% abgenommen.

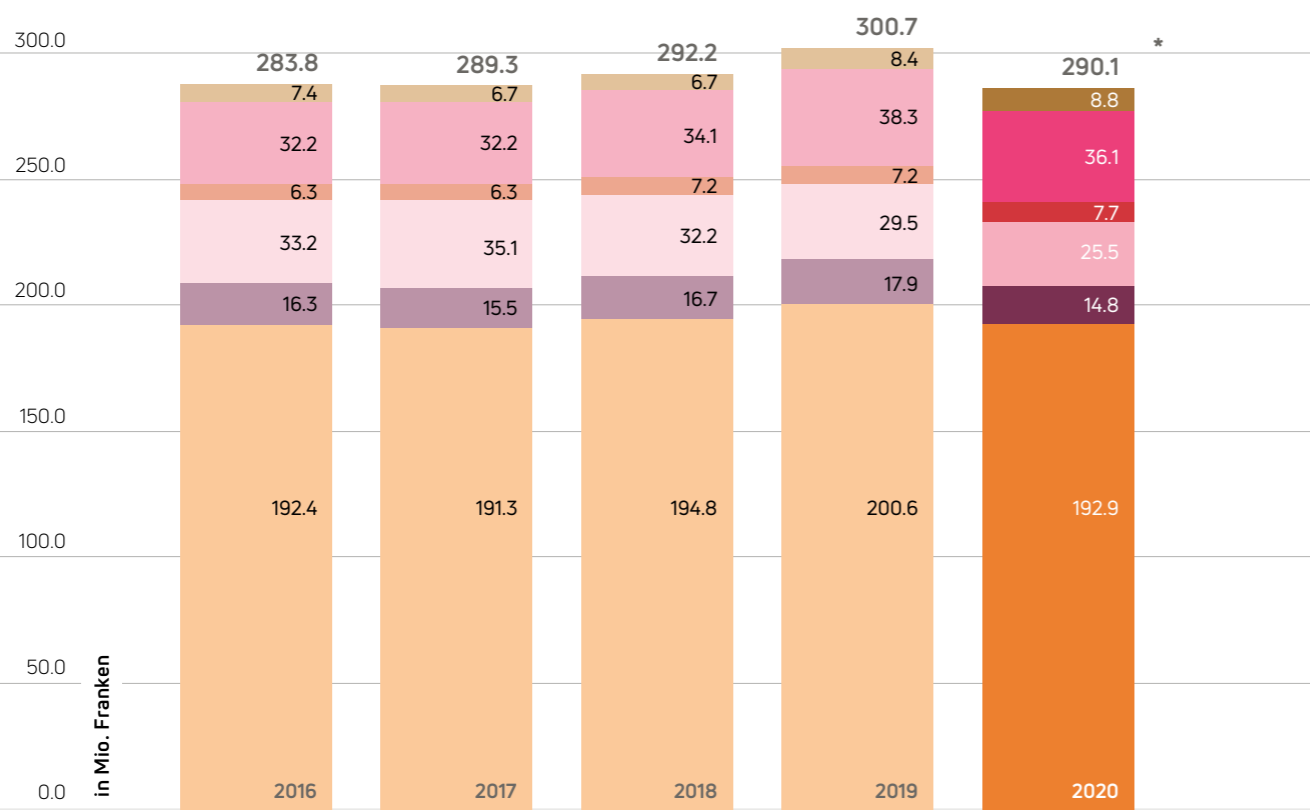
Die ausgewiesenen Kantonsanteile beinhalten alle bis zum Abschlussstichtag abgerechneten Spitalfälle inkl. Abgrenzungen.

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Abrechnungstatistik stationäre Spitalbehandlung des Gesundheitsdepartements

Für Behandlungen der Rehabilitation hat der Kanton Basel-Stadt im Jahr 2020 33.2 Mio. Franken bezahlt. Im Vergleich zum Vorjahr haben die Kosten um 9.6% abgenommen. Seit 2013 schwankt die Kostenentwicklung in den einzelnen Jahren recht stark, von 2016 bis 2020 sind die Kosten um 4.2% pro Jahr rückläufig.

In der Psychiatrie lagen die Kosten im Berichtsjahr bei 44.9 Mio. Franken. Seit 2016 nahmen die Kosten um durchschnittlich 3.2% p. a. zu. Im Vergleich zum Vorjahr war ein Kostenrückgang von 3.8% zu verzeichnen. Die Einführung von TARPSY hat die Kostenentwicklung in den letzten Jahren stark beeinflusst. Der Katalogeffekt bei steigender Aufenthaltsdauer, insbesondere bei den ausserkantonalen Aufenthalten, hat von 2018 auf 2019 zu einer Kostensteigerung von rund 4.9 Mio. (+12%) geführt. Die neue Tarifstruktur TARPSY ist ein lernendes System, welches auf Basis von in der Vergangenheit erhobenen Daten kontinuierlich weiterentwickelt wird. Ab 1. Januar 2019 ist die tarifarische Anwendung von TARPSY auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwingend.

ABBILDUNG 3.3-2
Kostenentwicklung Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen 2016 bis 2020



- LEGENDE
- Psychiatrie ausserkantonale Spitäler
 - Psychiatrie innerkantonale Spitäler
 - Rehabilitation (nur KVG) ausserkantonale Spitäler
 - Rehabilitation (nur KVG) innerkantonale Spitäler
 - Akutsomatik (SwissDRG) ausserkantonale Spitäler
 - Akutsomatik (SwissDRG) innerkantonale Spitäler

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Fallzahlenstatistik Gesundheitsdepartement

3.4 — BEHANDLUNGEN VON GRENZGÄNGERINNEN UND GRENZGÄNGERN IM KANTON BASEL-STADT

Artikel 41 Abs. 2 bis KVG regelt die Vergütung der stationären Aufenthalte von in der Schweiz krankenversicherten Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. Seit dem Jahr 2019 ist derjenige Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, verpflichtet, zusammen mit dem Versicherer die stationäre Behandlung in einem Listenspital analog zu den Kantonsbewohnerinnen und -bewohnern mitzufinanzieren. Im Jahr 2020 behandelten die baselstädtischen Listenspitäler insgesamt 954 entsprechende Fälle, der Kantonsbeitrag hierfür belief sich auf 5.6 Mio. Franken.

TABELLE 3.4-1
Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Anknüpfungspunkt zum Kanton Basel-Stadt 2020

Wohnort	Anzahl Behandlungen	Kantonsbeitrag Mio. Franken
Frankreich	406	2.6
Deutschland	548	3.1
Total	954	5.6

Bereich	%	Kantonsbeitrag Mio. Franken
Akutsomatik	83%	4.7
Psychiatrie	6%	0.4
Rehabilitation	11%	0.6

3.5 — STATIONÄRE SPITALTARIFE

Die stationären Spitaltarife nach KVG sind das wichtigste Finanzierungselement der Spitäler. Sie bilden die Grundlage für die anteilmässige Leistungsverrechnung an die Wohnkantone und die Krankenversicherungen der Patientinnen und Patienten. Vom Gesetz vorgeschrieben wird die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler. Während für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen seit 2012 die diagnosebezogenen Fallpauschalen nach SwissDRG (Baserates) gelten, besteht seit 2018 für die stationäre Psychiatrie eine Tarifstruktur mit leistungsbezogenen Tagespauschalen (Basispreise), wobei deren Anwendung zunächst nur in der Erwachsenenpsychiatrie verbindlich vorgeschrieben war. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten diese seit dem Jahr 2019 und im Bereich der forensischen Psychiatrie seit dem Jahr 2020. In der Rehabilitation sollen die bisher angewandten Tagespauschalen ab dem Jahr 2022 durch die neue leistungsorientierte Tarifgrundlage ST Reha ersetzt werden. Von der Tarifierung ausgenommen bleiben vorerst die Bereiche Frührehabilitation und Paraplegiologie. Diese beiden Bereiche der Rehabilitation können über die Tarifstruktur SwissDRG oder eine alternative Tarifierung erfolgen. Die Regelung darüber obliegt den betroffenen Tarifpartnern.

Im Jahr 2020 wurden sieben Tarifverträge im Bereich der Akutsomatik sowie ein Tarifvertrag im Bereich der Rehabilitation durch den Regierungsrat genehmigt. Mit Ausnahme zweier Festsetzungsverfahren in der Akutsomatik konnten sich die Tarifpartner für das Tarifjahr 2020 im gesamten stationären Bereich auf Tarife einigen.

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Abrechnungsstatistik stationäre Spitalbehandlung des Gesundheitsdepartements

Zu den aktuellen Tarifen (inkl. Tarife ab Januar 2020):



www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Spitäler
→ Finanzierung
→ Tarife

**EXKURS:
TARIFE IM STATIONÄREN SPITALBEREICH –
GRUNDSÄTZE UND VERFAHREN**

**DIE TARIFGESTALTUNGSGRUNDSÄTZE DES
BUNDESGESETZES VOM 18. MÄRZ 1994 ÜBER DIE
KRANKENVERSICHERUNG (KVG, SR 832.10)**

Die stationären Spitaltarife nach KVG sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung der Spitäler an die Wohnkantone und Krankenversicherungen der Patientinnen und Patienten.

Das im KVG verankerte Verhandlungsprimat fordert die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder durch den Bundesrat, wenn ein Tarifvertrag in der ganzen Schweiz gelten soll (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob die Tarifverträge mit dem Gesetz, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und dem Gebot der Billigkeit übereinstimmen.

Können sich die Tarifpartner nicht auf einen Vertrag einigen, werden die Tarife von der Kantonsregierung ersatzweise festgesetzt (Art. 47 Abs. 1 KVG). Ein bestehender, aber auslaufender Tarifvertrag kann auch um ein Jahr verlängert werden (Art. 47 Abs. 3 KVG).

Die Genehmigung oder Festsetzung der Tarife unterliegt Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20), wonach vorgängig die eidgenössische Preisüberwachung (PUE) anzuhören ist. Die Stellungnahme der PUE ist nicht verbindlich, muss im Tarifentscheid jedoch aufgeführt werden. Wird der Empfehlung nicht gefolgt, ist dies zu begründen.

Die Genehmigungs- und Festsetzungsbeschlüsse können mittels Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht angefochten werden (Art. 53 Abs. 1 KVG).

TARIFLANDSCHAFT IM STATIONÄREN SPITALBEREICH

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG sind für die Vergütung von stationären Leistungen grundsätzlich nur Pauschalen zulässig, wobei in der Regel Fallpauschalen festzulegen sind. Das Gesetz hält weiter fest, dass die Pauschalen leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Die Vergütungen, d. h. die Pauschalen, dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z. B. Sozialdienste, Schulunterricht) enthalten (Art. 49 Abs. 3 KVG).

WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG IM ALLGEMEINEM

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preisen (Tarifen) zu definieren. Dieser Aufgabe kommt nicht nur bei der Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen der Spitalplanung, sondern auch bei der Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen eine bedeutende Rolle zu. Die Spitaltarife orientieren sich gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifizierte obligatorische versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

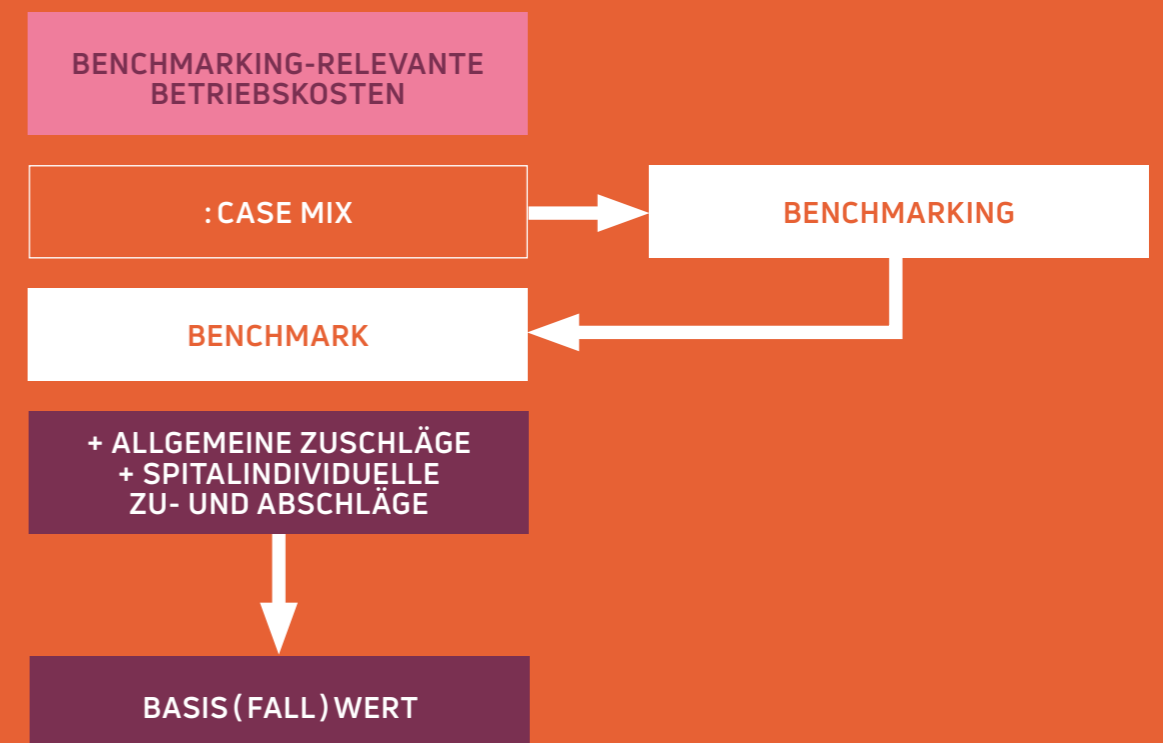
TARIFBILDUNG

ALLGEMEINES

Die Bestimmung von sachgerechten und sich an den Kosten der effizienten Spitäler orientierenden Tarifen erfolgt durch die Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten eines jeden Spitals. Für die Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG ist ein Vorgehen in drei Schritten empfohlen:

1. Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis;
2. Herleitung der stationären benchmarking-relevanten Betriebskosten pro Spital;
3. Bestimmung des relevanten Benchmarks.

Die nachfolgende schematische Darstellung bildet die einzelnen Schritte der Tarifbildung einer SwissDRG-Baserate ab und basiert auf einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes (C-2283/2013, C-3617 / 2013 vom 11. September 2014):

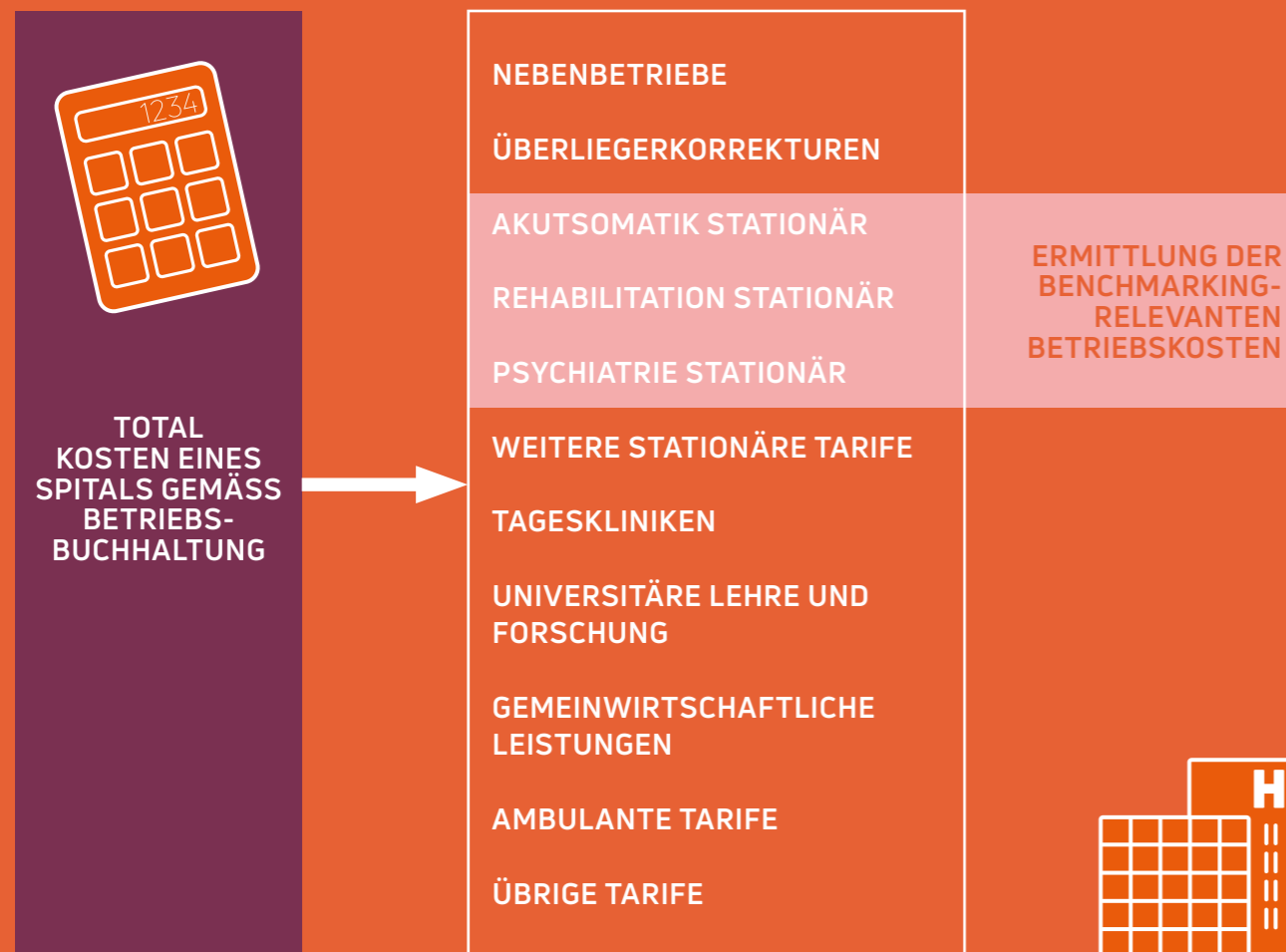


BENCHMARKING-RELEVANTE BETRIEBSKOSTEN

Alle Spitäler mit einem KVG-Leistungsauftrag eines Kantons erstellen eine Kostenrechnung pro Kalenderjahr, welche der Genehmigungsbehörde und den Tarifpartnern zur Verfügung gestellt werden muss. Die Kostenrechnung unterteilt sämtliche Kosten, welche in einem Spital anfallen, in die verschiedenen tariflichen Bereiche.

Lediglich die angefallenen Kosten der stationären Tarife werden in die benchmarking-relevanten Betriebskosten eingerechnet.

Die benchmarking-relevanten Betriebskosten dividiert durch den Case Mix ergeben die schweregradbereinigten Fallkosten, welche dann in das nationale Benchmarking einfließen.



DATENAUSTAUSCH ZWISCHEN DEN KANTONEN

Damit die Kantone, welche für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ihrer Standortspitäler zuständig sind, auch auf eine ausreichende Datenbasis für Betriebsvergleiche im Rahmen der Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren bei Spitaltarifen zurückgreifen können, findet seit dem Jahr 2014 ein Austausch der Kostendaten der Spitäler unter den Kantonen statt.

PUBLIKATION DER SCHWEREGRADBEREINIGTEN FALLKOSTEN DURCH DEN BUND

Mit dem Konzept «Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten nach Art. 49 Abs. 8 KVG» hat der Bund im Jahr 2018 unter Einbezug der Kantone die Voraussetzungen für schweizweite Betriebsvergleiche geschaffen. Für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags stützt er sich seit dem Datenjahr 2018 auf den von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) organisierten Kostendatenaustausch ab. Demnach wurden die von den Kantonen in diesem Rahmen erhobenen und plausibilisierten Datengrundlagen der Leistungserbringer im Bereich Akutsomatik im Jahr 2020 zum ersten Mal veröffentlicht.

BENCHMARKING

Die Höhe des Benchmarks wird nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit bestimmt. Es wird ein Benchmarkwert aus einem Vergleich der stationären benchmarking-relevanten Kosten pro Spital ermittelt. Die Kosten der Spitäler können ungewichtet, fallgewichtet oder nach dem Case Mix gewichtet in den Vergleich einbezogen werden. Die Wahl des Effizienzmassstabes (z.B. das 30. oder das 40. Perzentil) soll einerseits dem Wettbewerb unter den Spitalern Rechnung tragen und andererseits darf diese Perzentilwahl die Versorgungssicherheit und Qualität der stationären Spitalversorgung nicht gefährden.

Spitalindividuelle Besonderheiten können dabei nach wie vor mittels Zu- oder Abschlägen berücksichtigt werden. Das Ergebnis des Benchmarkings ist der Benchmarkwert. Der Basisfallwert bzw. die Baserate ergibt sich aus der Summe des Benchmarkwerts und der Zu- und Abschläge.

Publikation der Fallkosten der Spitäler



www.admin.ch
 → Bundesamt für Gesundheit BAG
 → Versicherungen
 → Krankenversicherung
 → Leistungen und Tarife
 → Spitalbehandlung
 → Publikation der Fallkosten der Spitäler



4. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung

4.1 — PILOTPROJEKT QUALITÄTSMONITORING «AMBULANT VOR STATIONÄR»

Dank der medizinischen und technischen Entwicklung können immer mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden. Die Verlagerung in den ambulanten Bereich hilft, stationäre Aufenthalte zu reduzieren, und kommt dem Patientenbedürfnis entgegen, nicht unnötig hospitalisiert zu werden. Im Kanton Basel-Stadt trat per 1. Juli 2018 eine Liste mit Eingriffen in Kraft, die fortan ambulant und nicht mehr stationär durchzuführen sind. Um die Qualität der erbrachten ambulanten Operationen zu beurteilen, setzte Basel-Stadt als erster Kanton ein Pilotprojekt um, um anhand von definierten Kriterien die Prozess- und Ergebnisqualität zu beurteilen.

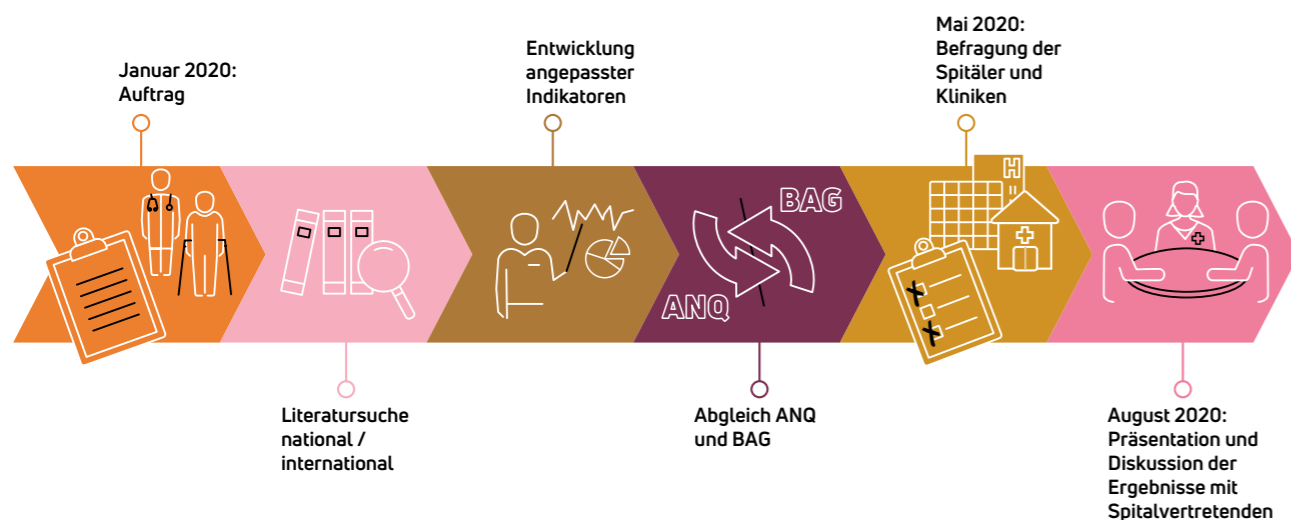
Bereits in der Konzeptionierung von «ambulant vor stationär» (AVOS) wurde angedacht, dass nach einer Einführungsphase von drei Jahren eine Qualitätsüberprüfung durchgeführt werden soll, um eine gleichbleibende Behandlungsqualität sicherzustellen. Dies mit dem Ziel, den Einbezug von Qualitätsaspekten in den spitalindividuellen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu unterstützen. Nach einer entsprechenden Literaturstudie sowie einem Austausch mit Vertretenden des Bundesamts für Gesundheit und dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wurde entschieden, die Qualitätserhebung auf einige, gängige Routinedaten der Spitäler und Kliniken abzustützen. Zu den Routinedaten im Gesundheitswesen zählen kontinuierlich erhobene Daten, welche im Rahmen der täglichen Abläufe im Spital entstehen. Beispiele für solche Parameter sind Anamnesen, Befunde, Diagnosen, Blutdruckwerte, Sturzprotokolle etc. Da die Kantone systembedingt keinen Zugriff auf Abrechnungen und Statistiken der spitalambulanten Behandlungen haben, wurde zur Erhebung der Routinedaten auf die Selbstdeklaration der Leistungserbringenden zurückgegriffen. Das Ziel der Einbettung von AVOS in das klinische Qualitätsmanagement konnte insofern erreicht werden, als dass ein Bewusstsein für die Wichtigkeit der Behandlungsqualität in diesem rasch wachsenden Markt geschaffen wurde.

Übersicht GDK
«ambulant vor stationär»



www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_GDK_AVOS_Kantone_20210101_df.pdf

ABBILDUNG 4.1-1
Projektphasen



4.2 — AUSWERTUNG H+ QUALITÄTSBERICHTE

Der Spitalverband «H+ Die Spitäler der Schweiz» stellt seinen Mitgliedern eine Vorlage zur Verfügung, um ihre Qualitätsaktivitäten und -ergebnisse transparent und einheitlich darzulegen. Die Qualitätsberichte nach Vorlage H+ werden jährlich erstellt und auf der Website www.spitalinfo.ch veröffentlicht.

Im Kanton Basel-Stadt ist das Ausfüllen des Qualitätsberichtes Teil der Leistungsvereinbarungen und somit für alle Listenspitäler der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation obligatorisch. Die publizierten Berichte werden vom Qualitätsmonitoring Nordwestschweizerischer Spitäler gesammelt, ausgewertet und im Sinne der Transparenz auf der Webseite der Gesundheitsversorgung Basel-Stadt aufgeschaltet.

Die Berichte spiegeln die vielseitigen Qualitätsaktivitäten / Qualitätsprojekte der einzelnen Institutionen wider. Für eine effiziente Auswertung der Berichte wird neu eine kantonale Übersicht erstellt. Diese soll einen schnellen Überblick über alle Kliniken, Spitäler und die jeweiligen Fachbereiche des Kantons Basel-Stadt ermöglichen. Die Zusammenstellung erfolgt nach den Gesichtspunkten, welche Qualitätsaktivitäten im vergangenen Jahr abgeschlossen wurden, welche Projekte aktuell umgesetzt werden und welche geplant sind. Zusätzlich werden spitaleigene Messungen, Zertifizierungen und Auszeichnungen dokumentiert.

4.3 — NATIONALES IMPLANTATREGISTER HÜFTE UND KNIE: 2-JAHRES-REVISIONSRATEN

Das Implantatregister SIRIS ist seit 2012 verbindlicher Teil des Messplans des ANQ. Im SIRIS werden die in der Schweiz eingesetzten Hüft- und Knieprothesen dokumentiert. Alle Beteiligten profitieren durch die nahezu vollständige Registrierung der Implantate – sei es als Frühwarnsystem für die Herstellenden, zu Aus- und Weiterbildungszwecken der Klinikern und Kliniker oder auch für einen vertiefenden Einblick in die Behandlungsqualität aus regulatorischer Sicht. Erstmals wurden die 2-Jahres-Raten einer Revision, bei der in einem chirurgischen Eingriff die komplette Prothese oder mindestens ein Prothesenteil entfernt und/oder ersetzt wird, transparent veröffentlicht. Für die Veröffentlichung wurden alle erst implantierten Prothesen von 2014 bis 2018 analysiert und bis 2020 auf mögliche Revisionen beobachtet. Für diesen Zeitraum beträgt die 2-Jahres-Revisionsrate für Hüfttotalprothesen 2,5%, und für Knieprothesen 3,4%. Die Raten der meisten Spitäler bewegen sich innerhalb derselben Bandbreite. Es gibt jedoch Ausnahmen, Abweichungen sind mehr bei den Knie- als bei den Hüftoperationen zu finden. Die drei häufigsten Ursachen für eine Revision bei Hüftimplantaten waren Infektionen, Lockerungen oder ein Bruch des Knochens, in dem die Prothese verankert ist. Die häufigsten Revisionsgründe bei Knieprothesen waren Probleme mit der Kniescheibe, gefolgt von Instabilität und Infektionen. Auf dem Webportal des ANQ zeigen Trichtergrafiken die risikobereinigten 2-Jahres-Revisionsraten für primäre Hüft- und Knieprothesen pro Spital. In Basel-Stadt werden Hüft- und Knieprothesen im Universitätsspital Basel und in der Merian Iselin Klinik operiert. Die 2-Jahres-Revisionsraten der baselstädtischen Spitäler können hier nachgelesen werden.

Eine Verknüpfung der Information aus SIRIS mit einer Befragung der Patientinnen und Patienten zu ihrer Lebensqualität ist ein nächster wichtiger Schritt für Qualitätsentwicklung und Patientenzentrierung gleichermaßen.



www.spitalinfo.ch
→ Über spitalinfo.ch
→ Allgemein



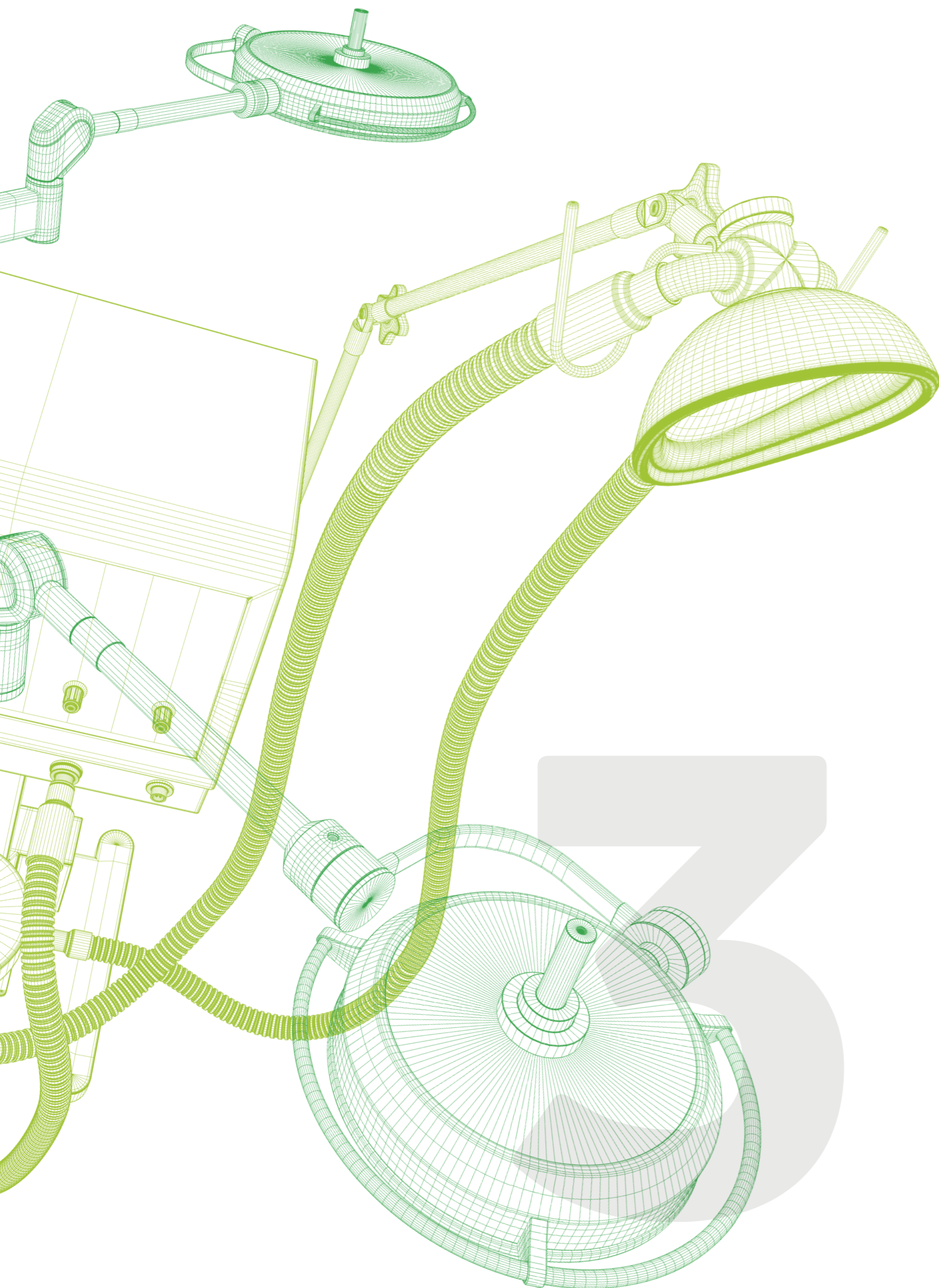
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Spitäler
→ Qualitätssicherung
→ Qualitätsberichte Spitäler

Messergebnisse
Akutsomatik – ANQ



www.anq.ch/de
→ Fachbereiche
→ Akutsomatik / Messergebnisse
→ Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie
→ 2019

Quelle:
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



LANGZEITPFLEGE

Änderung der Beiträge nach Art. 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)

2018 liess das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren, mit dem Ziel, zu überprüfen, ob die Einführung der NPF im Jahr 2011 für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral war. Die Studie kam zum Schluss, dass dies nicht der Fall war, weshalb Art. 7a der KLV auf den 1. Januar 2020 entsprechend geändert wurde.

Ausgangslage

Bei der ambulanten Pflege führte die Änderung zu einer Senkung der Beiträge der Krankenversicherer. Die Senkung bewegte sich, je nach Leistungsart, zwischen 2.00 und 2.90 Franken/Stunde. Mit dieser Senkung ändert sich auch der Eigenbeitrag der Klientinnen und Klienten auf 7.65 Franken pro Tag (vorher: 8.00 Franken pro Tag).

Spitex

Bei der stationären Pflege führte die Änderung zu einer Erhöhung der Beiträge der Krankenversicherer um 0.60 Franken pro Pflegestufe (Pflegestufe 1: +0.60 Franken, Pflegestufe 2: +1.20 Franken, ...). Mit der Erhöhung ändert sich auch der Eigenbeitrag der Bewohnenden auf 23.00 Franken pro Tag (vorher: 21.60 Franken pro Tag).

Pflegeheime

Neben der Änderung der KLV gab es auch bei den Tagespflegeeinrichtungen eine Neuerung. Bis ins Jahr 2020 zahlten die Krankenversicherungen eine Pauschale pro Tagesgast. Seit dem Jahr 2020 verlangen die Krankenversicherer, analog zu den Pflegeheimen, eine Einteilung nach Pflegestufe und vergüten diese gemäss ihrem Pflichtanteil (Pflegestufe 1: 9.60 Franken, Pflegestufe 2: 19.20 Franken, ...). Die neue Finanzierungslogik hat keinen Einfluss auf die Beiträge der Tagesgäste. Diese übernehmen weiterhin einen Pauschalbetrag.

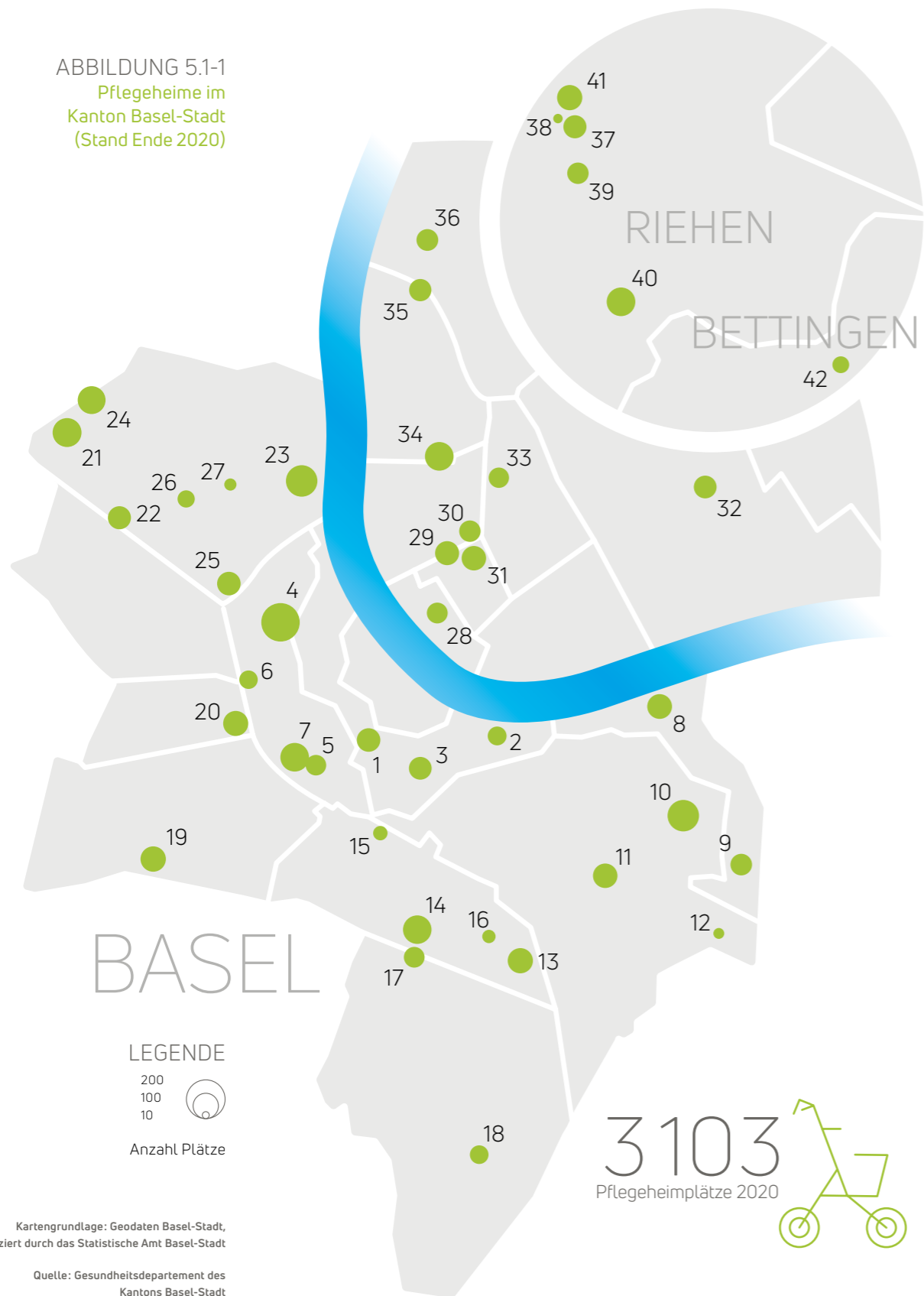
Tagespflegeeinrichtungen



5.

Angebot in der Langzeitpflege

ABBILDUNG 5.1-1
Pflegeheime im
Kanton Basel-Stadt
(Stand Ende 2020)



Kartengrundlage: Geodaten Basel-Stadt,
produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Quelle: Gesundheitsdepartement des
Kantons Basel-Stadt



Wohnviertel	Pflegeheim	Plätze
Vorstädte		
1	irides	75
2	Ländli	48
3	Sternenhof Haus für Betagte / Hirschgässli	70
Am Ring		
4	Adullam Basel	200
5	Casavita Hasenbrunnen	57
6	Casavita Vincentianum	46
7	Holbeinhof	111
Breite		
8	AZAB	83
9	Casavita Lehenmatt	63
St. Alban		
10	Bethesda Gellert Hof	134
11	Senevita Gellertblick	81
12	Tertianum	16
Gundeldingen		
13	BSB Falkenstein	86
14	Momo	110
15	Südpark	28
16	Sternenhof Laufenstrasse	24
Bruderholz		
17	BSB am Bruderholz	58
18	zum Wasserturm	47
Bachletten		
19	Generationenhaus Neubad	87
Gotthelf		
20	BSB Weiherweg	85

Quelle: Gesundheitsdepartement des
Kantons Basel-Stadt

Wohnviertel	Pflegeheim	Plätze
St. Johann		
21	BSB Burgfelderhof	113
22	Casavita Kannenfeld	72
23	Johanniter	134
24	Marthastift	105
25	St. Johann	75
26	Sternenhof Luzernerring	40
27	Sternenhof Vogesenstrasse	20
Altstadt Kleinbasel		
28	BSB zum Lamm	64
Clara		
29	Bethesda Wesley Haus	78
30	dandelion	62
31	Gustav Benz Haus	81
Hirzbrunnen		
32	St. Elisabethenheim	70
Rosental		
33	Senevita Erlenmatt	56
Matthäus		
34	Marienhaus	111
Klybeck		
35	Wiesendamm	67
Kleinhüningen		
36	St. Christophorus	64
Riehen		
37	Adullam Riehen	72
38	Diakonissenhaus Riehen	12
39	Dominikushaus	62
40	Humanitas	111
41	Wendelin	86
Bettingen		
42	St. Chrischona	38



Pflegewohngruppen

Die Pflegewohngruppen bieten für Menschen mit dementiellen und / oder psychischen Beeinträchtigungen einen geschützten Lebensraum, in welchem diese von einem familiären Zusammenleben profitieren.

Psychogeriatrische Spezialeinrichtungen

Psychogeriatrische Pflegeplätze sind spezialisiert auf verhaltensauffällige und / oder stark demente Menschen, welche intensive psychogeriatrische Pflege und Betreuung benötigen. Psychiatrische Pflegewohngruppen bieten Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen eine entsprechende Betreuung sowie einen geschützten Rahmen.

Demenzabteilungen

Mehrere Pflegeheime oder spezialisierte Demenzabteilungen sind auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer ausgeprägten dementiellen Erkrankung ausgerichtet.

Besondere Pflegeeinrichtung für suchtkranke Menschen

Diese Wohnform ist spezialisiert auf Menschen mit einer schweren Suchterkrankung.

Besondere Pflegeeinrichtung für Schwerstpflegebedürftige

Diese Pflegeplätze sind für höchst pflegebedürftige Menschen, welche rund um die Uhr bei sämtlichen Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe benötigen.

Besondere Pflegeeinrichtung für Menschen mit Migrationshintergrund

Die mediterrane Wohngruppe geht auf die besonderen kulturellen Gepflogenheiten, Ernährung, Tagesgestaltung usw. von Menschen aus Süd- und Südwesteuropa ein.



Zur aktuellen Pflegeheimliste:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
 → Alterspflege
 → Pflegeheim

ABBILDUNG 5.1-2
 Anteil ordentlicher Pflegeheimplätze und spezieller Wohnformen in baselstädtischen Pflegeheimen (Stand Ende 2020)

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

5.1 — PFLEGEHEIMPLÄTZE UND PFLEGERISCHE ANGEBOTE

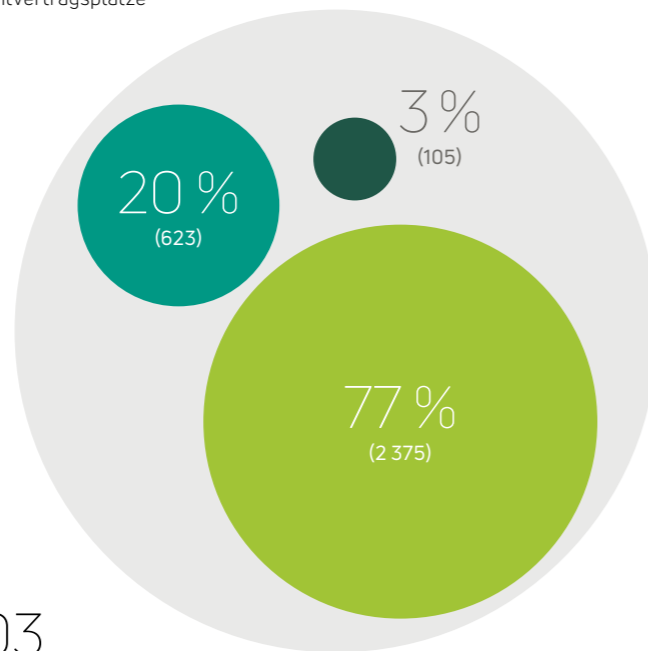
Der Kanton Basel-Stadt verfügt über vielfältige stationäre und ambulante Pflegeleistungen, welche durch zahlreiche private Institutionen und Einzelpersonen erbracht werden. Die ambulanten Angebote helfen dabei, dass Betagte länger selbstständig, in ihrem gewohnten Umfeld wohnen können und ein Pflegeheim eintritt hinausgezögert oder sogar vermieden werden kann.

Zudem wurden im Jahr 2020 an 42 Pflegeheimstandorten im Kanton Basel-Stadt pflegerische Leistungen für betagte, pflegebedürftige Personen mit unterschiedlichen Spezialisierungen angeboten. Die Pflegeheimkarte (Abb. 5.1-1) stellt den Stand per Ende 2020 dar. Ein Grossteil der Pflegeheime wird von privaten Trägerschaften wie Stiftungen oder Vereinen geführt. Darüber hinaus gibt es einige erwerbswirtschaftlich orientierte Trägerschaften. Der Kanton Basel-Stadt selbst betreibt keine Pflegeheime.

Neben den ordentlichen Pflegeheimplätzen werden im Kanton Basel-Stadt zudem auch diverse spezielle Wohnformen in Pflegeheimen angeboten (vgl. Abb. 5.1-2):

LEGENDE

- Allgemeine Pflegeheimplätze
- Spezielle Wohnformen (inkl. Entlastungsplätze)
- Nichtvertragsplätze



3103
 Pflegeheimplätze 2020

5.2 — SPITEX

Per 31. Dezember 2020 verfügten 63 (freiberufliche) Pflegefachpersonen, 55 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen) sowie 17 Pflegeheime (in Bezug auf die angrenzenden Alterssiedlungen) über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung bzw. Betriebsbewilligung (Spitex-Bewilligung) für ambulante Pflegeleistungen im Kanton Basel-Stadt.

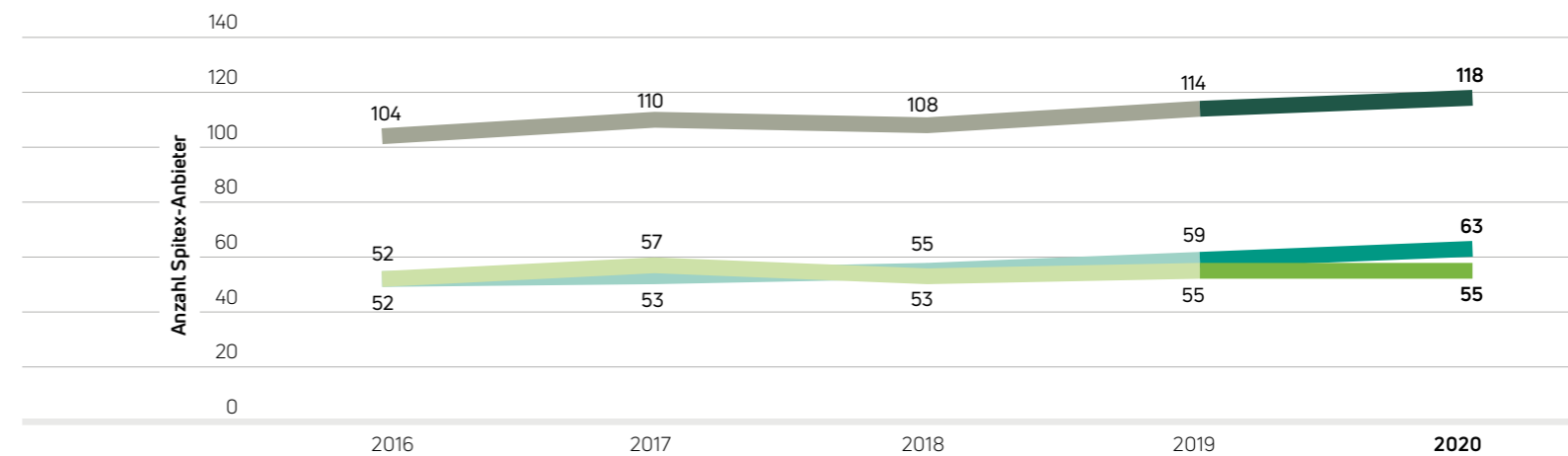
Die freiberuflichen Pflegefachpersonen erbringen neben der allgemeinen Krankenpflege auch Dienstleistungen in verschiedenen Fachgebieten wie zum Beispiel der psychiatrischen Pflege, der Still- und Wochenbettpflege, der spezialisierten Wundversorgung, der anthroposophischen Pflege sowie der Diabetesberatung.

Auch die Spitex-Organisationen bieten neben der allgemeinen Krankenpflege teilweise spezialisierte Pflege an. So zum Beispiel in der Psychiatrie, der Wundversorgung oder in der palliativen Pflege.

Neben den Grundleistungen steht auch ein Angebot an spezialisierten Spitex-Leistungen bereit.

- Säuglingspflege
- Kinder-Spitex
- Pflege von Wöchnerinnen
- Palliativ- und Onkologie-Spitex
- Spezialisierter Spitex-Dienst für Wundbehandlungen
- Pflege von psychisch beeinträchtigten und an einer Demenz leidenden Menschen
- Spitexpress für pflegerische Notfälle rund um die Uhr und zur Gewährleistung einer nahtlosen pflegerischen Versorgung nach einem Spitalaustritt
- Akut- und Übergangspflege

ABBILDUNG 5.2-1
 Entwicklung der Anzahl Spitex-Anbieter im Kanton Basel-Stadt in den Jahren 2016 bis 2020



LEGENDE

- Organisationen
- Einzelpersonen
- Total

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt



Zu den aktuellen Listen der zugelassenen Spitex-Organisationen und freiberuflichen Pflegefachpersonen:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
 → Alterspflege
 → Wohnen mit Unterstützung
 → Spitex

5.3 — TAGESPFLEEGEEINRICHTUNGEN UND WOHNEN MIT SERVICEANGEBOT

Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen unterstützen die häusliche Pflege der pflegenden Angehörigen. Ende 2020 standen insgesamt 157 Plätze zur Verfügung (Abb. 5.3-1). Das wichtigste Leistungselement bildet die Grundpflege mit Massnahmen zur Mobilisierung, Hilfe beim Toilettengang, der Körperpflege und beim Essen. Neben der Betreuung profitieren die betagten Gäste von Aktivierungsprogrammen. Spezialisierte Tagesstrukturen dienen der Betreuung von an einer Demenz erkrankten oder psychisch beeinträchtigten Personen.

Wohnen mit Serviceangebot

Ein weiteres Angebot im Bereich der ambulanten Betreuung für betagte Menschen stellen die Wohnungen mit Serviceangebot dar. Per Ende 2020 standen dafür 923 Wohnungen zur Verfügung. Serviceleistungen ermöglichen ein weitgehend selbstständiges Leben.

Diverse Pflegeheime verfügen für ihre Wohnungen mit Serviceangebot über eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Basel-Stadt. Diese Wohnungen richten sich in erster Linie an einkommensschwache ältere Menschen. Der Leistungsauftrag umschreibt das minimale Grundangebot an Dienstleistungen, welche vom Pflegeheim für die Mietenden der Wohnungen angeboten werden müssen. Dieses Grundangebot umfasst eine 24-Stunden-Notrufbereitschaft, eine Grundbetreuung sowie einen täglichen Kurzkontakt (falls vom/von der Mieter/-in gewünscht). Ferner wird im Leistungsauftrag die maximale Monats-taxe festgelegt.

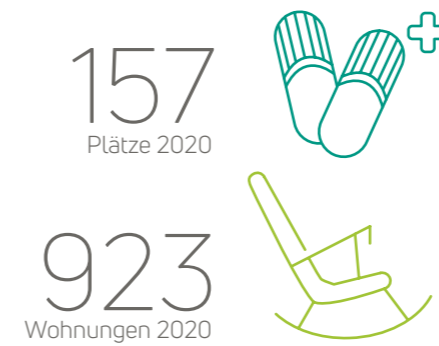
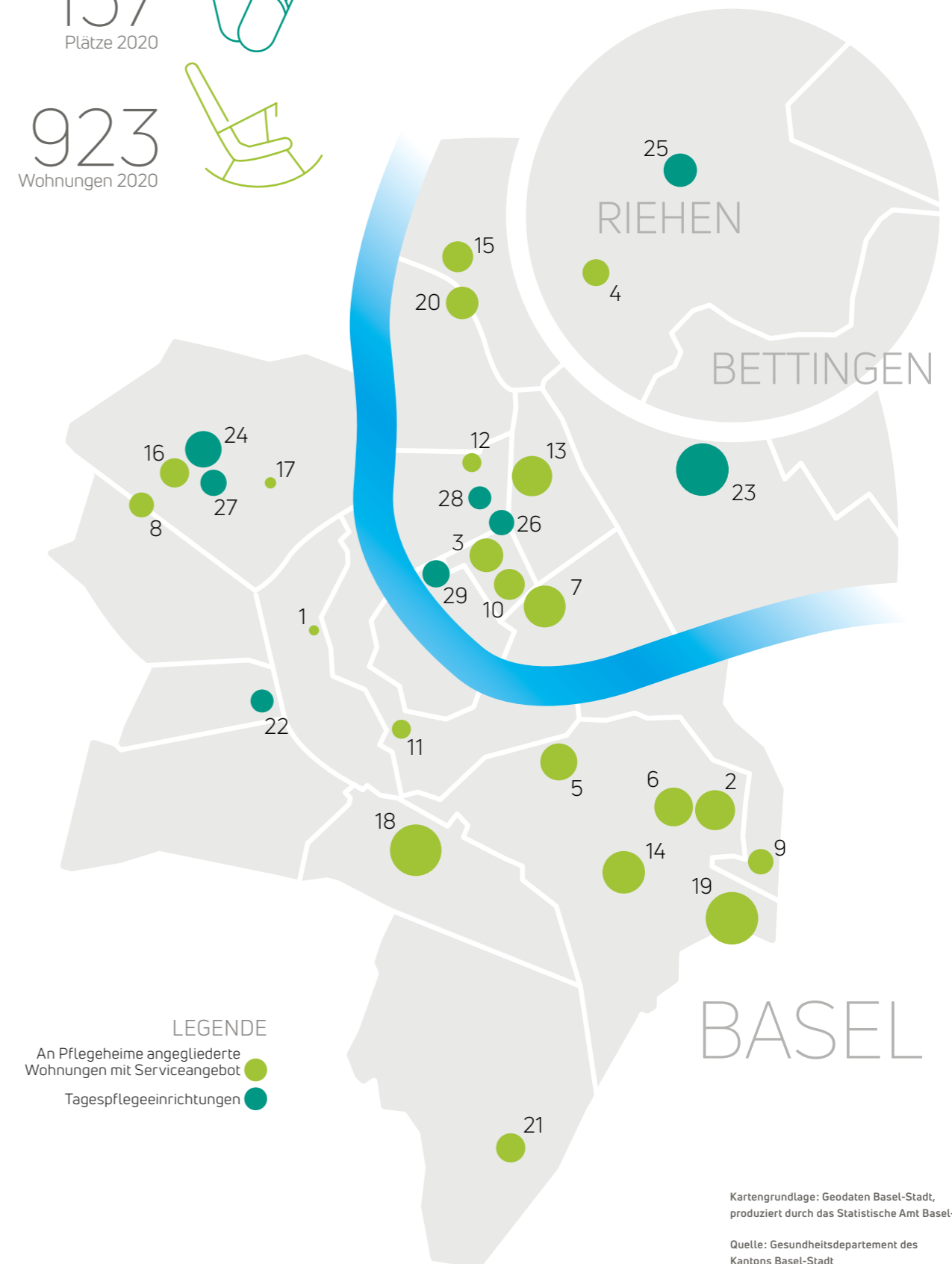


ABBILDUNG 5.3-1
Karte mit Tagespflegeeinrichtungen
und Wohnungen mit Serviceangebot
(Stand Ende 2020)



An Pflegeheime angegliederte Wohnungen mit Serviceangebot	Anzahl Wohnungen
1 Adullam Basel	4
2 Bethesda Park*	62
3 Bethesda Wesley Haus*	44
4 BSB Wohnen mit Service im Alter – Basler Dybli*	28
5 BSB Wohnen mit Service im Alter – Dalbehof	53
6 BSB Wohnen mit Service im Alter – Gellertfeld*	58
7 BSB Wohnen mit Service im Alter – Wettsteinpark*	68
8 Casavita Kannenfeld*	24
9 Casavita Lehenmatt*	25
10 Gustav Benz Haus*	37
11 irides*	14
12 Marienhaus*	14
13 Senevita Erlenmatt	63
14 Senevita Gellertblick	70
15 St. Christophorus*	37
16 Sternenhof: Luzernerring*	33

An Pflegeheime angegliederte Wohnungen mit Serviceangebot	Anzahl Wohnungen
17 Sternenhof: Vogesenstrasse*	5
18 Südpark	103
19 Tertianum	107
20 Wiesendamm*	41
21 zum Wasserturm*	33

Tagespflegeeinrichtungen	Anzahl Plätze
22 BSB: Tagesbetreuung Weiherweg	10
23 Sternenhof: Tagesbetreuung Egliseeholz	52
24 Sternenhof: Tagesbetreuung Luzernerring	25
25 Wendelin: Tagesheim	21
26 dandelion: Tagesbetreuung (Demenz)	12
27 Sternenhof: Tagesbetreuung Luzernerring (Demenz)	13
28 Stiftung Basler Wirrgarten: Tagesstätte im ATRIUM (Demenz)	10
29 Stiftung Rheinleben: Tagesstätte 65+ (psychisch Beeinträchtigte)	14

* Wohnungen mit Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton oder im tieferen Preissegment
Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Kartengrundlage: Geodaten Basel-Stadt, produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt



6.

Leistungen in der Langzeitpflege

6.1 — STATISTISCHE GRUNDLAGE

Im Rahmen des Pflegeheim-Rahmenvertrags für die Jahre 2017–2021 wurde die vom Bundesamt für Statistik BFS erhobene Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED als Datengrundlage festgelegt, welche auf den durch die Pflegeheime zu liefernden Angaben abstellt. Aufgrund dieser neuen Datenbasis für das Berichtsjahr sowie der teilweise lückenhaften Datenlieferung der Pflegeheime für die SOMED-Statistik können die im Folgenden aufgeführten Entwicklungen nur bedingt miteinander verglichen werden.

6.2 — ENTWICKLUNG DER ANGEBOTENEN LEISTUNGEN

Im Leistungsangebot der Langzeitpflege verzeichnen die geleisteten Spitex-Stunden mit 14.7% seit 2016 die stärkste Zunahme. Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist zudem die Anzahl der Spitex-Anbieter deutlich angestiegen (vgl. Abb. 5.2-1). Diese Entwicklung widerspiegelt den Wunsch vieler Menschen, auch mit gesundheitlichen Einschränkungen möglichst lange in der gewohnten Umgebung leben zu können.

Die Pensions- und Pflagetage in den Heimen sind im gleichen Zeitraum um 3.6% zurückgegangen, während auch die Aufenthaltstage in Tagespflegeeinrichtungen um 32.0% abgenommen haben. Der Rückgang im Jahr 2020 lässt sich auf die Pandemie zurückführen. So kam es insbesondere bei den Tagespflegeeinrichtungen zu temporären Aussetzungen der Angebote. Die Pandemie ist auch verantwortlich für die Erhöhung der geleisteten Pflegestunden bei der Spitex von 2019 auf 2020 um 12.9%.

TABELLE 6.2-1
Entwicklung der Pensions- und Pflagetage in Pflegeheimen und Aufenthaltstage in Tagespflegeeinrichtungen sowie der Pflegestunden Spitex in den Jahren 2016 bis 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl Pensions- und Pflagetage Pflegeheim*	1098388	1095822	1097812	1086785	1058702
Anzahl Aufenthaltstage Tagespflegeeinrichtungen**	34587	31965	31247	30984	23528
Anzahl Pflegestunden Spitex	500576	519736	506661	508640	574376

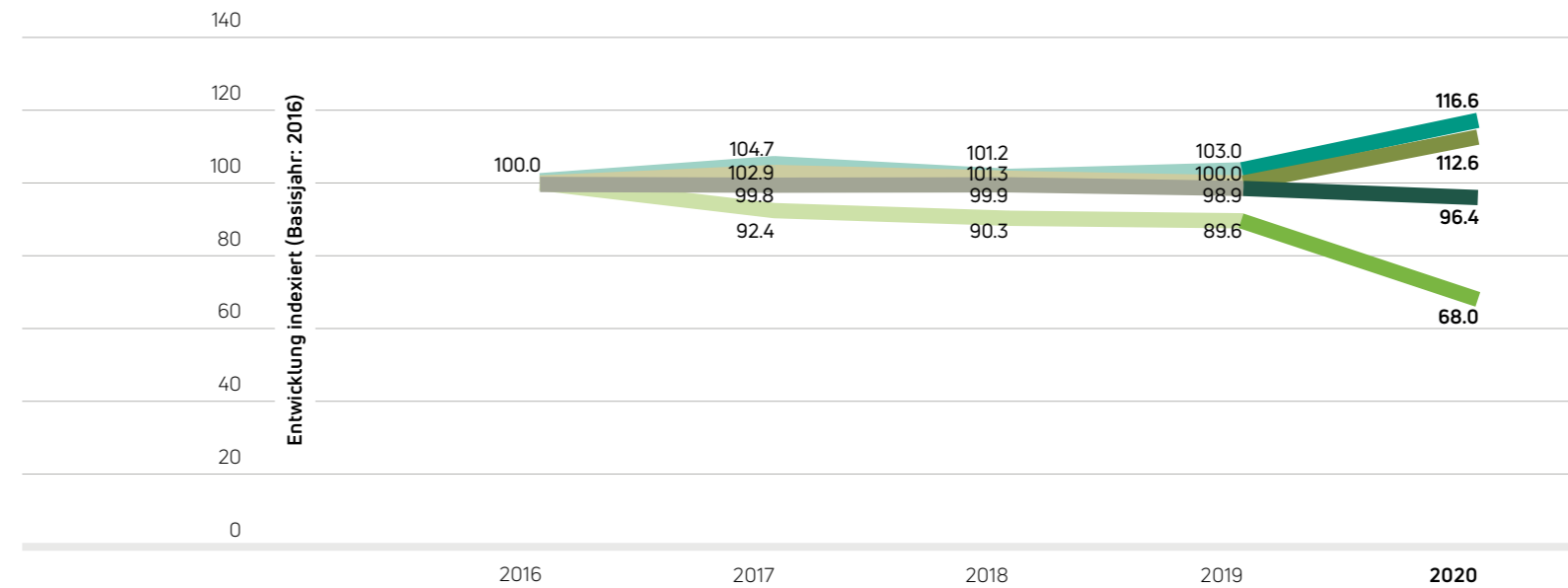
* Ohne Pflagetage in ausserkantonalen Pflegeheimen

** Ohne ausserkantonale Tagesgäste

Quelle: SOMED-Statistik (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

LEGENDE

- Aufenthaltstage Tagespflegeeinrichtungen
- Pflegestunden Spitex ohne Leistungsauftrag
- Pensions- und Pflagetage Pflegeheime
- Pflegestunden Spitex mit Leistungsauftrag



Quelle: SOMED-Statistik (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

ABBILDUNG 6.2-2
Entwicklung der Pensions- und Pflagetage in Pflegeheimen und Aufenthaltstage in Tagespflegeeinrichtungen sowie der Pflegestunden Spitex in den Jahren 2016 bis 2020 (indiziert)

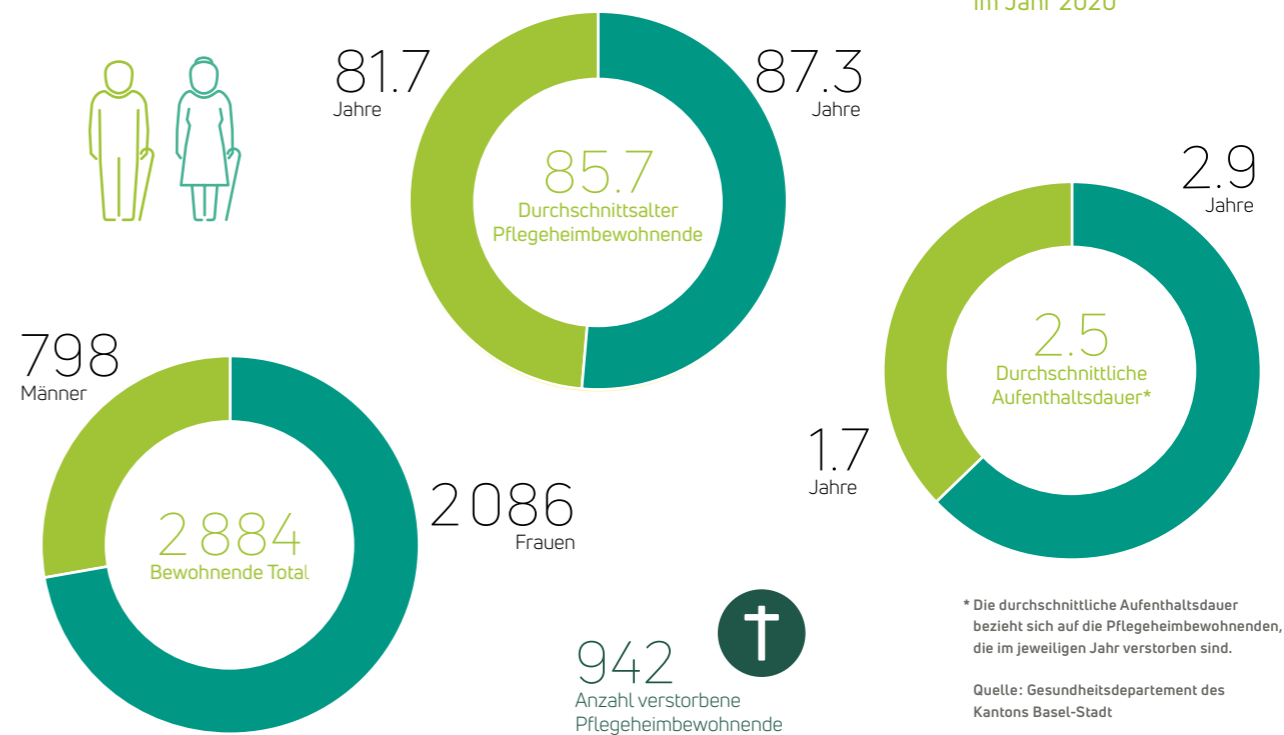


ABBILDUNG 6.2-3
Kennzahlen zu den Pflegeheimbewohnenden im Jahr 2020

* Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bezieht sich auf die Pflegeheimbewohnenden, die im jeweiligen Jahr verstorben sind.

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

7.

Kosten und Finanzierung in der Langzeitpflege

7.1 — PFLEGEHEIME

Sämtliche baselstädtischen Pflegeheime sind Mitglied im Verband CURAVIVA Basel-Stadt, welcher mit dem Kanton den Pflegeheim-Rahmenvertrag abschliesst. Dieser regelt unter anderem den allgemeinen Leistungsauftrag der Pflegeheime, die Qualitätssicherung sowie die Taxen.

Gesamtkosten der Pflegeheime

Die Leistungen der Vertragsheime werden durch Tagestaxen abgegolten. Diese Tagestaxe setzt sich aus einer Taxe für Pension und Betreuung sowie einer Pflagetaxe zusammen. Beide Taxanteile werden zwischen dem Kanton und den Vertragsheimen ausgehandelt. Bei der Pensions- und Betreuungstaxe handelt es sich um eine Einheitstaxe für sämtliche Bewohnenden in Bezug auf alle Vertragsheime, wobei für definierte Mehrleistungen Zuschläge zulässig sind. So kann verhindert werden, dass die Wahl des Pflegeheimplatzes von den finanziellen Verhältnissen der zu pflegenden Person abhängt. Die Einheitstaxe betrug im Jahr 2020 190.30 Franken pro Tag.

Bei der Pflagetaxe werden dagegen zwölf verschiedene Stufen je nach Pflegebedarf der Bewohnenden unterschieden. Für das Jahr 2020 bewegten sich die vom Kanton anerkannten Pflegekosten zwischen 10.80 Franken (Pflegestufe 1) und 245.40 Franken (Pflegestufe 12) pro Tag. Bei stark erhöhtem Pflegebedarf kann ausserdem eine bewohnerindividuelle Sondertaxe zusätzlich verrechnet werden. Diese anerkannten Kosten werden durch die Krankenkassen, die Bewohnenden und die öffentliche Hand getragen.

Der Taxumsatz der baselstädtischen Pflegeheime ist im Berichtsjahr um circa 2 Prozent auf 340.3 Millionen Franken gesunken (Tab. 7.1-1). Der Rückgang des Taxvolumens lässt sich durch die Reduktion der geleisteten Pflagetage im Vergleich zu 2020 erklären.

Die Durchschnittstaxen kommen im Berichtsjahr auf gut 321 Franken pro Pensionstag zu stehen. Das Taxvolumen ist die Summe der Taxeinnahmen, welche aus den Kostenrechnungen der Pflegeheime entnommen wird. Es enthält alle von baselstädtischen Heimen verrechneten Taxen, also auch Taxeinnahmen von ausserkantonalen Bewohnenden, welche in baselstädtischen Pflegeheimen wohnen, aber nicht durch den Kanton Basel-Stadt finanziert werden. Kosten der ausserhalb des Kantons in Pflegeheimen wohnenden Personen, welche vor Heimeintritt den Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt hatten und durch den Kanton Basel-Stadt finanziert werden, sind im Taxvolumen nicht enthalten.

TABELLE 7.1-1
Taxvolumen der Pflegeheime
in den Jahren 2016 bis 2020

in Mio. Franken	2016	2017	2018	2019	2020
Taxvolumen Pflegeheime	320.0	342.1	344.7	347.2	340.3
davon Pflegekosten nach KVG	111.3	124.1	124.5	128.7	128.7

Quelle: SOMED-Statistik (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Finanzierung der Pflegeheimkosten

Bei der Finanzierung ist zwischen den Pflegekosten und den restlichen Kosten (Pension und Betreuung) zu unterscheiden.

Bei den Pflegekosten beteiligt sich die Krankenversicherung mit einem fixen Betrag (dieser wurde per 1. Januar 2020 geändert, siehe Information auf Seite 57) je nach Höhe der Pflegestufe der / des Bewohnerin / Bewohners (Stufe 1: 9.60 Franken, Stufe 12: 115.20 Franken), die / der Bewohnerin / Bewohner mit einem bundesrechtlich vorgeschriebenen Maximalbetrag (sog. Eigenbeitrag) und schliesslich das Gemeinwesen im Rahmen der Restfinanzierung. Aufgrund der innerkantonalen Aufgabenteilung kommen die Gemeinden für die Restfinanzierung der Pflegeheimkosten auf. Für die Stadt Basel trägt diese der Kanton.

Dagegen ist die Taxe für Pension und Betreuung ausschliesslich durch die / den Bewohnerin / Bewohner zu finanzieren. Bei Bedarf werden diese – wie auch der Eigenbeitrag – zur Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV-Rente herangezogen. Die Gemeinden Riehen und Bettingen tragen gemäss § 11 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes vom 11. November 1987 über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen (EG/ELG, SG 832.700) diejenigen Kosten der Ergänzungsleistungen selbst, die ein Zwölftel von 175% des Lebensbedarfs für Alleinstehende übersteigen.

Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen wie auch allfällige Ergänzungsleistungen sind durch den Wohnsitzkanton bzw. die Wohnsitzgemeinde vor dem Eintritt ins Pflegeheim zu leisten. Ein Wohnsitzwechsel an den Standort des Pflegeheims ändert daran nichts.

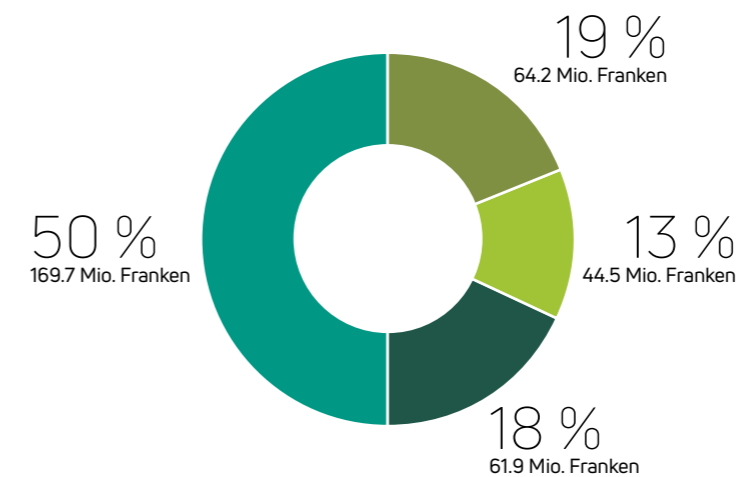


ABBILDUNG 7.1-2
Finanzierungsaufteilung
der Pflegeheime 2020
(Total: 340.3 Mio. Franken)

LEGENDE

- Kanton / Gemeinde: Ergänzungsleistungen
- Kanton / Gemeinde: Restfinanzierung
- Beiträge Krankensversicherer
- Eigenbeitrag Bewohnende

Quelle: SOMED-Statistik (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

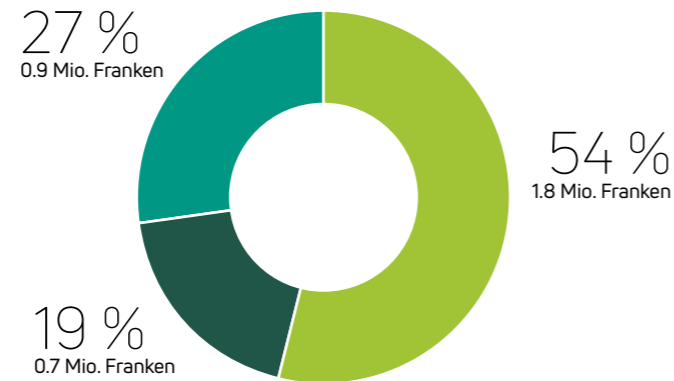
7.2 — TAGESPFLEGE-EINRICHTUNGEN

Tagespflegeeinrichtungen für Betagte bieten pflegerische Tagesstrukturen und sind ein bewährter Bestandteil der baselstädtischen Alterspflegepolitik. Sie helfen, betreuende Angehörige zu entlasten, so dass diese länger als wichtige Ressource erhalten werden können und stationäre Aufenthalte verzögert bzw. verhindert werden können. Die Tagestaxen liegen zwischen 150 Franken für einen Platz in einer allgemeinen Tagespflegeeinrichtung bis zu 190 Franken für einen Tagesplatz für Menschen mit demenzieller Erkrankung oder psychischer Beeinträchtigung (spezialisierte Tagespflegeeinrichtungen). Im Jahr 2020 wurde schweizweit zwischen den Pflegeheim- und den Krankenkassenverbänden eine neue Finanzierungslogik für die Tagespflegeeinrichtungen vereinbart. Analog zur Pflegeheimfinanzierung wird nun auch für Gäste von Tagespflegeeinrichtungen die Einteilung in eine Pflegestufe verlangt. Der Anteil des Tagesgastes liegt bei 45.50 Franken (allgemeine Tagespflegeeinrichtung) bzw. 59 Franken (spezialisierte Tagespflegeeinrichtung) und das Gemeinwesen übernimmt den Rest.

ABBILDUNG 7.2-1
Finanzierung des kalkulatorischen Taxvolumens der Tagespflegeeinrichtungen 2020 (Total: 3.4 Mio. Franken, ohne ausserkantonale Tagesgäste)

LEGENDE
 Beiträge Kanton / Gemeinde
 Beiträge Krankenversicherer
 Beitrag Tagesgäste

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt



7.3 — SPITEX-ANBIETER

Personen und Organisationen, welche über eine kantonale Spitex-Bewilligung sowie eine gültige Zahlstellenregister-Nummer verfügen, sind zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt durch dieselben Kostenträger wie bei den Pflegeheimen. Für die Kostenermittlung wird jedoch nicht auf eine Pflegestufe, sondern auf die Art der Pflegeleistung (Bedarfsabklärung, Behandlungspflege und Grundpflege) und deren Dauer abgestellt.

Die Leistungen werden mit einem Tarif pro Stunde vergütet, wobei für die erste Stunde pro Tag höhere Kosten (bei der Bedarfsabklärung 16 Franken, ansonsten 10 Franken) anerkannt werden. Ab der zweiten Stunde betragen die anerkannten Kosten für die Bedarfsabklärung 80 Franken, für die Behandlungspflege 83.35 Franken sowie für die Grundpflege 70.50 Franken. Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Es können pro Einsatz mindestens 10 Minuten abgerechnet werden.

Seit dem 1. Januar 2019 beinhalten die anerkannten Kosten die Kosten der Materialien der Mittel und Gegenständeliste (MiGeL). Die Kosten für die MiGeL betragen bei der Behandlungspflege 3.35 Franken pro Stunde und bei der Grundpflege 0.50 Franken pro Stunde.

Die Krankenversicherung beteiligt sich pro Stunde mit 76.90 Franken an der Bedarfsabklärung, mit 63.00 Franken an der Behandlungspflege und mit 52.60 Franken an der Grundpflege. Die Gepflegten leisten einen Eigenbeitrag von maximal 7.65 Franken am Tag, wobei sich dieser bei Behandlungen von weniger als einer Stunde pro Tag entsprechend reduziert. Die Differenz zu den anerkannten Kosten übernimmt die öffentliche Hand im Rahmen der Restfinanzierung.

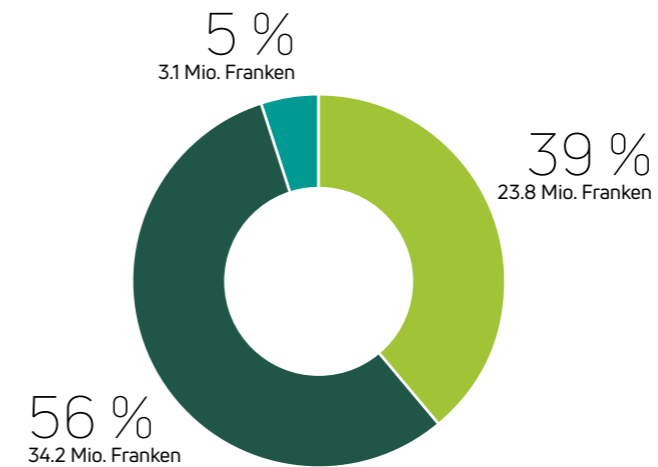


ABBILDUNG 7.3-1:
Kalkulatorische Kosten und Finanzierung der Spitexleistungen 2020 (Total: 61.1 Mio. Franken)

LEGENDE
 Kanton / Gemeinde: Restfinanzierung
 Beiträge Krankenversicherer
 Eigenbeitrag Klientin / Klient

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

7.4 — BEITRÄGE AN DIE PFLEGE ZUHAUSE

Gemäss der Verordnung vom 4. Dezember 2012 betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause vom 4. Dezember 2012 (Pflegebeitragsverordnung; SG 834.419) haben dauerhaft pflegebedürftige Personen, die unentgeltlich durch Angehörige oder andere nahestehende Personen mindestens 60 Minuten pro Tag über das für das Alter normale Mass gepflegt oder betreut werden, Anspruch auf Beiträge des Kantons. Ziel ist es, einen Aufenthalt in einem Pflegeheim oder in einem Spital zu vermeiden. Im Jahr 2020 wurden in der Stadt Basel Beiträge in der Höhe von insgesamt 1.82 Mio. Franken an 307 Pflegebedürftige ausbezahlt. Damit wurden in der Stadt Basel 83 485 Tage unentgeltlich erbrachte Pflegeleistungen mit durchschnittlich knapp 22 Franken pro Tag honoriert.



8.

Qualitätssicherung in der Langzeitpflege

Die Abteilung Langzeitpflege ist für die Qualitätssicherung bei den Pflegeheimen, Tagespflegeeinrichtungen und Spitex-Anbietern zuständig. Auf der Basis des Gesundheitsgesetzes vom 21. September 2011 (GesG, SG 300.100) sowie der Verordnung vom 6. Dezember 2011 über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung, SG 310.120) werden die Leistungserbringer periodisch überprüft, wobei im Bedarfsfall auch unangemeldete Aufsichtsbesuche vorgenommen werden.

8.1 — QUALITÄTSSICHERUNG IN DEN PFLEGEHEIMEN

Ein Aufsichtsbesuch in einem Pflegeheim wird jeweils unter Einbezug eines Expertenteams durchgeführt. Die Besuche beinhalten die Prüfung von Konzeptunterlagen, Personalqualifikationen und Stellenplänen, Fachthemen-Gespräche mit Mitarbeitenden sowie Befragungen der Bewohnenden. Im Berichtsjahr wurde als Schwerpunktthema der Bereich Hygiene und die korrekte Anwendung des Bedarfsabklärungsinstruments RAI/RUG ausgewählt.

Aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen vorübergehenden Heimschliessungen konnten von den zwölf geplanten Aufsichtsbesuchen lediglich sechs durchgeführt werden. Dafür beriet und unterstützte die Abteilung Langzeitpflege die Pflegeheime intensiv zu den Themenbereichen COVID-19 Schutzkonzepte und war Ansprechpartner bei Fragen aller Art zu COVID-19.

Insgesamt wurde die Abteilung Langzeitpflege 67-mal von unterschiedlichen Anspruchsgruppen kontaktiert. Die Anliegen waren sehr unterschiedlich, z. B. Wunsch nach Heimwechsel, Reklamationen oder Unterstützung für Gespräche. Neben den allgemeinen Fragestellungen gab es zahlreiche Anfragen sowie Beschwerden bezüglich Schutzmaterialien, Schutzkonzepten und vorübergehenden Heimschliessungen.

8.2 — QUALITÄTSSICHERUNG BEI DEN SPITEX-ANBIETERN*

Das Qualitätssicherungsinstrument qualivistaambulante wurde im Jahr 2020 in Kraft gesetzt und zahlreiche Spitex-Anbieter nutzten das Instrument für eine Selbstbewertung. Die Abteilung Langzeitpflege führte bei den Spitex-Anbietern coronabedingt keine Aufsichtsbesuche vor Ort durch.

Mehrere Spitex-Anbieter wendeten sich im Berichtsjahr mit Fragen zur Betriebs- und Personalorganisation an die Abteilung Langzeitpflege und suchten Rat bei der Umsetzung der Corona-Massnahmen.



Mehr zum Thema Qualitätssicherung in der Langzeitpflege:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Alterspflege
→ Qualitätssicherung

* Korrigendum:
Die ursprüngliche Version des Berichts enthielt einen Hinweis auf ein hängiges Verfahren betreffend einen Bewilligungsentzug bei einer Pflegefachfrau in eigener fachlicher Verantwortung. Das Verfahren wurde inzwischen zugunsten der Rekurrentin entschieden.

IMPRESSUM

Herausgeber

Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt
Bereich Gesundheitsversorgung
Malzgasse 30 / Postfach 2048
CH-4001 Basel

Tel.: +41 61 205 32 42

E-Mail: gesundheitsversorgung@bs.ch

www.gesundheitsversorgung.bs.ch

Verantwortlich

Anna Eichenberger, lic. rer. publ.

Projektleitung

Marisa Damas

In Zusammenarbeit mit

Statistisches Amt
des Kantons Basel-Stadt

Gestaltung und Realisation

Stadtluft, Basel

Infographischer Beitrag

Superdot.studio – visualizing
complexity, Seiten: 38, 41 und 43

Redaktionelle Beiträge

Pressebüro Kohlenberg (Michael Gasser,
Yvonne Kiefer-Glomme, Béatrice Koch),
Abschnitt «Herausgegriffen»

1. Auflage, Dezember 2021

Korrigierte Fassung vom 14. Januar 2022

Download

Gesundheitsversorgungsbericht 2021



www.bs.ch
→ Publikationen
→ Alle Publikationen des Kantons Basel-Stadt
→ Gesundheitsversorgungsbericht 2021



