



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Bereich Gesundheitsversorgung

Gesundheits- versorgungsbericht des Jahres 2014

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

Impressum

Verantwortlich

Dr. med. Peter Indra, MPH

Projektleitung

Remigius Dürrenberger und Linda Greber

Autorinnen und Autoren

Dr. Aref Al-Deb'i, Dr. Jessica Brunner, Annette Egger,
Andreas Kohler, Birgit Meier, Daniela Neumann, Claudia Portner,
Susanne Rodewald, Joëlle Stöckli

In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Stadt:
Jonas Eckenfels, Lukas Mohler, Esteban Sanjuan, Sandra Schelbert

Gestaltung und Realisation

VischerVettiger, Basel

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

Herausgeber

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

Vorwort



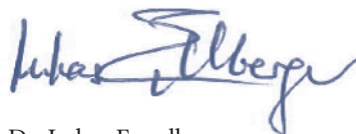
Liebe Leserinnen und Leser

Das Gesundheitswesen hat einen starken Wandel hinter sich; in den letzten fünf Jahren wurden schweizweit die neue Pflegefinanzierung und die neue Spitalfinanzierung eingeführt. Seit fünf Jahren berichtet das Gesundheitsdepartement mit dem jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht über die quantitativen und qualitativen Aspekte von Angebot, Leistungserstellung und Kosten und Finanzierung sowie über die Entwicklung der Versorgungsqualität für die Basler Bevölkerung.

Bei der stationären Spitalversorgung haben sich in dieser Zeit die Kosten für die Steuer- und Prämienzahlenden im Kanton Basel-Stadt moderat entwickelt; die Gesamtkosten für diesen Bereich sind seit der Finanzierungsreform 2012 um jährlich rund 2 Prozent gestiegen. Die hohe Qualität der Spitalversorgung konnte beibehalten beziehungsweise ausgebaut werden. Die Aufenthaltsdauer im stationären akutmedizinischen Bereich ist konstant geblieben. Der Zustrom von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen in die privaten und öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt ist 2014 nochmals angewachsen und stärkt die medizinische Zentrumsfunktion des Kantons.

In der Langzeitpflege konnte mit der Neueröffnung von mehreren Pflegeheimen der fortschreitenden demografischen Entwicklung Rechnung getragen werden; das Angebot an Pflegeheimplätzen konnte um rund 200 Plätze verbessert werden. Dies hat die Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz deutlich verkürzt.

Durch die steigende Lebenserwartung und damit verbundene Kostensteigerung bleibt das Gesundheitswesen gefordert. Um die Lebensqualität der Bevölkerung unserer Region weiter zu verbessern, gleichzeitig aber auch eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums vor allem im Spitalbereich zu erreichen, setzen wir uns gemeinsam mit unseren Partnern für eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Region ein. Die Zahlen und Daten, die Sie diesem Bericht entnehmen können, nehmen wir als Basis für unsere Planungsarbeiten.



Dr. Lukas Engelberger
Regierungsrat

Vorsteher des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

Allgemeiner Teil

1.	Rahmenbedingungen und Umfeld	7
1.1	Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen	7
1.2	Wichtige Gesetzesgrundlagen	8
1.2.1	Pflegefinanzierung	8
1.2.2	Spitalfinanzierung	9
1.2.3	Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt	9
1.2.4	Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt	9
1.3	Datenschutz und neue Spitalfinanzierung	10
1.4	Nationale Strategien im Gesundheitswesen und deren Umsetzung in Basel-Stadt	11
1.4.1	Palliative Care Strategie	11
1.4.2	Demenzstrategie	11
1.4.3	Nationales Zentrum für Qualität	12
1.5	Bevölkerungsprognose Basel-Stadt	13

Spitalversorgung (akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie)

2.	Angebot der stationären Spitalversorgung	17
2.1	Angebotsstruktur	17
2.2	Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt	18
2.2.1	Ausserkantonale und ausländische, stationäre Patienten in den basel-städtischen Spitälern	21
2.2.2	Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen	22
2.3	Die Spitalliste 2012	22
2.3.1	Gesamtüberprüfung der Spitalliste im Jahr 2014	24
2.3.2	Ablauf der Evaluation	24
2.3.3	Änderungen der Spitalliste 2015	27
2.4	Nationale Planung und Spitalliste der hochspezialisierten Medizin	27
2.4.1	Neugestaltung des HSM-Planungsverfahrens	28
2.4.2	Reevaluation der HSM-Leistungszuteilungen	28
2.4.3	Auslegung des Kriteriums Seltenheit	29
3.	Leistungen der stationären Spitalversorgung	30
3.1	Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2014	30
3.2	Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer	31
3.3	Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen	32
3.4	Psychiatrische Spitalbehandlungen	33
4.	Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung	38
4.1	Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung	38
4.2	Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen	40
4.3	Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt	40
4.3.1	Grundlagen des Tarifrechts nach KVG	40
4.3.2	Entwicklung der Tariflandschaft	42
4.3.3	Neue provisorische Arbeitstarife ab 2014	42
4.3.4	Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung	42
4.3.5	Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den stationären Spitaltarifen	46
4.3.6	Fazit aus der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts	48
4.4	Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler	48

5.	Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung	51
5.1	Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt	51
5.1.1	Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit	51
5.1.2	Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken	52
5.2	Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene	53
5.2.1	Schnittstellenmanagement als kantonaler Schwerpunkt der Jahre 2012 – 2014	53
5.2.2	Medikationssicherheit als kantonaler Schwerpunkt 2014 – 2016	54
5.2.3	Weitere Schwerpunkte im kantonalen Monitoring	54

Pflegeheime und Spitex-Einrichtungen (Langzeitpflege)

6.	Angebot in der Langzeitpflege	57
6.1	Übersicht Langzeitpflege	57
6.2	Pflegeheimplätze	57
6.3	Pflegerische Angebote	60
6.4	Tageseinrichtungen	60
6.5	Spitex-Organisationen	62
6.6	Wohnen mit Serviceangebot für Betagte	62
7.	Leistungen in der Langzeitpflege	63
7.1	Leistungskennzahlen der Pflegeheime	63
7.2	Tageseinrichtungen	63
7.3	Spitex-Organisationen	64
8.	Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege	66
8.1	Pflegeheime	66
8.1.1	Gesamtkosten der Pflegeheime	66
8.1.2	Finanzierung der Pflegeheimkosten	68
8.1.3	Baubeiträge für Pflegeheime	70
8.2	Tageseinrichtungen	70
8.3	Spitex-Organisationen	71
8.4	Beiträge an die Pflege zu Hause	72
9.	Qualitätssicherung in der Langzeitpflege	73
9.1	Qualitätssicherung in den Pflegeheimen	73
9.1.1	Aufsichtsbesuche mit qualivista	73
9.1.2	Pflegeheim-Qualitätskommission	73
9.1.3	Qualitätstag	74
9.1.4	RAI-Audits	74
9.2	Qualitätsindikatoren des RAI-Systems	75
9.3	Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen	75

Anhang (Factsheets, Kennzahlen, Glossar, Abkürzungsverzeichnis)

10.	Weitere Informationen	77
11.	Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime	78
11.1	Kennzahlen der Spitäler für das Jahr 2014	78
11.2	Kennzahlen der Pflegeheime	80

Teil I

Allgemeiner Teil

1. Rahmenbedingungen und Umfeld



In Kürze:

- Die Bundesverfassung regelt die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen. Die Kantone sind für Gesundheitsversorgung, -schutz und -förderung zuständig, während der Bund nationale Fragen der Gesundheitspolitik vor allem durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt.
- Zur Umsetzung der nationalen Strategien im Gesundheitswesen für Demenz, Palliative Care und Qualität wurden auf kantonaler Ebene in Basel-Stadt wesentliche Arbeiten geleistet.
- Die Bevölkerungsprognose geht von einem Anstieg der über 80-jährigen Personen bis ins Jahr 2035 von rund 23% bzw. 3'000 Personen mehr aus.

1.1 Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen

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

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

- Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV)
- Medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV)
- Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV)
- Komplementärmedizin (Art. 118a BV)
- Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie (Art. 119/120 BV)
- Transplantationsmedizin (Art. 119a BV)

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

In einigen Bereichen gibt es gemeinsame Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. So ist mit Bezug auf das Gesundheitspersonal der Bund für die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe zuständig (Medizinalberufegesetz, Psychologieberufegesetz), während die Kantone für die medizinischen Fakultäten, für die Berufszulassungen und Praxisbewilligungen sowie für die Bildung in den übrigen Gesundheitsberufen verantwortlich sind. Die Finanzierung der Versorgung wird einerseits von den Kantonen (Spitäler, Pflege im Heim und zu Hause), andererseits auch vom Bund (Krankenpflegeversicherung) sichergestellt. Weitere Überschneidungen gibt es im Bereich der Prävention. Hier sind grundsätzlich die Kantone tätig, der Bund engagiert sich beispielsweise im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme.

1.2 Wichtige Gesetzesgrundlagen

1.2.1 Pflegefinanzierung

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

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

- Der Eigenbeitrag der Versicherten für Spitex-Leistungen beträgt 10% (statt maximal 20%) des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.
- Die anerkannten Pflegekosten (Pflegenormkosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG) im Heim und ambulant sind festgelegt. Weil die Krankenkassenbeiträge und der Eigenbeitrag durch das Bundesgesetz festgelegt sind, ergibt sich die Höhe der kantonalen Restfinanzierung residual.
- Der Kantonsanteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG) wird jährlich durch den Regierungsrat festgelegt (seit dem Jahr 2011 55%).

Ebenfalls in der KVO (§ 8e) geregelt ist die Zuständigkeit für die Übernahme der Restfinanzierung. Dabei wurde die Bestimmung analog Art. 21 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) nachempfunden. Diese schreibt die Finanzierungsverantwortung demjenigen Gemeinwesen zu, wo der Wohnsitz besteht. Dabei begründet der Umzug in ein Pflegeheim keinen neuen Wohnsitz. Damit bleibt in diesem Fall die Gemeinde vor Eintritt in ein Pflegeheim leistungspflichtig. Dies ist die einzig sinnvolle Regelung, um eine freie Wahl des Pflegeheimes sicherstellen zu können, weil sonst die Träger der Pflegeheime für die Restfinanzierung von Zuzüglern aufkommen müssen. Dadurch wird vermieden, dass Gemeinden aus Kosteneinsparungsgründen auf die Schaffung von genügend Pflegeheimplätzen verzichten.

Die meisten Kantone u.a. der Kanton Basel-Stadt vertreten die Meinung, dass der Herkunftskanton des Patienten für die Restfinanzierung verantwortlich ist. Entgegen dieser Ansicht hat das Bundesgericht entschieden (Nr. 9C_54/2014 vom 18. Dezember 2014), dass der Standortkanton des Pflegeheims für die Restfinanzierung zuständig ist, weil der Bundesgesetzgeber hier keine verbindliche Norm geschaffen hat.

Hier tritt deutlich die fehlende interkantonale Koordination in der Pflegefinanzierung zu Tage. Die Kantone haben ihre Kompetenzen in der Umsetzung der Pflegefinanzierung maximal ausgeschöpft. In vielen Kantonen wurden die Lösungen in erster Linie auf die lokalen Besonderheiten ausgerichtet. Eine Koordination auf interkantonalem Niveau existiert kaum. Dies zeigt sich vorwiegend bei der Festlegung der Finanzierungsmodalitäten, der Berechnung der anrechenbaren Pflegekosten sowie der interkantonalen Restfinanzierung. So kennen viele Kantone keine kantonal einheitlich festgelegten Pflegenormkosten. Diese werden pro Gemeinde oder Heim festgelegt und variieren stark. Die unterschiedliche Interpretation der Gesetzesgrundlage hat seit Einführung des neuen Regimes daher immer wieder zu Debatten zwischen Krankenversicherern, Pflegeheimen und Gemeinden bzw. Kantonen geführt. Die grossen regionalen Unterschiede bei der Regulierung führen zu grosser Intransparenz und erschweren die Orientierung.

Die regional unterschiedliche Umsetzung der Pflegefinanzierung und die damit verbundenen Probleme sorgen für anhaltende politische Diskussionen und haben zu diversen Vorstössen im Bundesparlament geführt. Darin wird eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung verlangt und insbesondere eine Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte sowie eine bessere Abgrenzung zwischen den Pflege- und Betreuungskosten gefordert. Zu den hängigen Geschäften gehören:

- Postulat von Nationalrätin Bea Heim (2012): Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte;
- Postulat von Nationalrätin Pascale Bruderer (2012): Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG;
- Parlamentarische Initiative von Ständerätin Christine Egerszegi-Obrist (2014): Nachbesserung der Pflegefinanzierung.¹

1.2.2 Spitalfinanzierung

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

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

1.2.3 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt

Mit dem Gesundheitsgesetz (GesG) wird die Übersichtlichkeit des kantonalen Gesundheitsrechts verbessert und eine erleichterte Rechtsanwendung angestrebt. Neben der Regelung der Patientenrechte, inklusive Regelung der palliativen Behandlung, finden sich im GesG Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention oder zur Bekämpfung von Missbrauch und Abhängigkeit. Ferner beinhaltet das GesG vereinheitlichte und mit bundesrechtlichen Vorgaben in Einklang stehende Vorschriften zu den Voraussetzungen zur Zulassung von Leistungserbringenden. Im Weiteren werden Art und Umfang der Aufsicht über diese geregelt. Im Zuge der Anpassung der Gesundheitsgesetzgebung im Kanton Basel-Stadt ist auch die Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) erarbeitet worden. Dadurch wird eine inner- und teilweise auch interkantonale Rechtsharmonisierung im Kleid einer kompakten, alle Typen von Bewilligungen umfassenden, Verordnung erzielt. Das Gesundheitsgesetz und die Bewilli-

gungsverordnung traten am 1. Januar 2012 in Kraft. Das Gesundheitsgesetz regelt im § 69, dass vor Wirksamkeit dieses Gesetzes erteilte Bewilligungen gültig bleiben. Sie müssen jedoch innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesundheitsgesetzes, das heisst spätestens per 1. Januar 2017 an dessen Erfordernisse angepasst werden. Im Laufe des Jahres 2014 wurden sämtliche Spitalbewilligungen überprüft und anschliessend von den Spitäler die für die Anpassung der Bewilligungen relevanten Unterlagen eingefordert. Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen konnte sämtlichen Spitälern im Kanton Basel-Stadt eine an die neuen gesetzlichen Erfordernisse angepasste Betriebsbewilligung ausgestellt werden.

1.2.4 Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt

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

1.3 Datenschutz und neue Spitalfinanzierung

Im Gesundheitsbereich sind Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Datenschutz stellen, nicht nur auf Bundesebene (Projekt eHealth; ePatientendossier, Krebsregister) ein wichtiges Thema. Vielmehr beschäftigen sich auch auf kantonaler Ebene Spitäler, Ärztinnen und Ärzte sowie diverse Verwaltungseinheiten mit dem verantwortungsbewussten und datenschutzkonformen Umgang mit Daten rund um die Gesundheit der betroffenen Personen.

Als gesetzliche Grundlage gilt auf eidgenössischer Ebene das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sowie die Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VD SG). Auf kantonaler Ebene bilden das Gesetz über die Information und den Datenschutz (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG) sowie die Verordnung über die Information und den Datenschutz (Informations- und Datenschutzverordnung, IDV) die gesetzlichen Grundlagen. In diesen Erlassen finden sich allgemeine Grundsätze des Datenschutzrechts, beispielsweise dass öffentliche Organe des Kantons oder des Bundes Personendaten nur bearbeiten dürfen, wenn sie dafür eine gesetzliche Grundlage haben, oder dass das Bearbeiten verhältnismässig sein muss.

Für die Anwendbarkeit der Datenschutzerlasse gilt als Grundsatz, dass wenn kantonale oder kommunale öffentliche Organe Personendaten bearbeiten, das kantonale Datenschutzrecht zur Anwendung gelangt. Bearbeiten private Organisationen oder Bundesorgane Personendaten, so gilt Bundesrecht.

Demnach gelten für öffentliche und private Spitäler unterschiedliche Gesetze. Die öffentlichen Spitäler unterstehen dem kantonalen Datenschutzrecht. Als private Datenbearbeiter unterstehen die Privatspitäler grundsätzlich der Aufsicht des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB). Werden sie jedoch vom Kanton mit öffentlichen Aufgaben betraut, gelten sie als öffentliches Organ und unterstehen damit auch dem kantonalen Datenschutzrecht.

Der kantonale Datenschutzbeauftragte hat mit Schreiben vom 27. September 2012 das Gesundheitsdepartement und die Privatspitäler im Kanton Basel-Stadt darüber informiert, dass die Privatspitäler in dem Bereich, in dem ihnen vom Kanton öffentliche Aufgaben übertragen worden sind (§ 3 Abs. 1 lit. c IDG, Leistungsauftrag, Spitalliste etc.) als öffentliche Organe im Sinne des kantonalen Informations- und Daten-

schutzgesetzes gelten. Die Privatspitäler haben dies akzeptiert und nehmen bei Bedarf die Beratungstätigkeit des Datenschutzers in Anspruch (Stichwort Datenschutzkonzept).

Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der kantonalen und der eidgenössischen Datenaufsicht stellen sich teilweise bei Patientenbehandlungen, bei denen sowohl der OKP-Bereich als auch der Zusatzversicherungsbereich zum Tragen kommt (Beispiel Laborkontrollen), bei personalrechtlichen Streitigkeiten und bei datenschutzrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit Klinikinformationssystemen. Sowohl im Zusatzversicherungsbereich als auch im personalrechtlichen Bereich gilt grundsätzlich das eidgenössische Datenschutzrecht. Es gibt aber auch Lehrmeinungen, die eine einheitliche Betrachtung fordern und zusatzversicherte Leistungen, wenn dafür ein Sockelbeitrag aus der Grundversicherung geschuldet ist, der kantonalen Datenschutzaufsicht unterstellen wollen³. Beim Aufbau und Umgang mit Klinikinformationssystemen gilt je nach Fragestellung sowohl das kantonale als auch das eidgenössische Datenschutzrecht.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass der EDÖB weiterhin die Auffassung vertritt, dass die Privatspitäler seiner Aufsicht unterstellt sind. Dies obwohl ein vom Verein «Die schweizerischen Datenschutzler» («privatim») in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten bekräftigt, dass sämtliche Listenspitäler aufgrund der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben dem kantonalen Recht unterstellt sind. Im Kanton Basel-Stadt hat man versucht, diesen Konflikt auf einvernehmlicher Basis zu lösen und dem EDÖB angeboten, bei Abgrenzungsschwierigkeiten zusammenzuarbeiten. Der EDÖB ist bis anhin noch nicht auf diesen Vorschlag eingetreten. Klarheit über die Zuständigkeit in punkto Datenschutz bei den Privatspitälern könnte ein Gerichtsfall schaffen. Relevant ist diese Fragestellung auch insofern, als der EDÖB im Vergleich zu den kantonalen Datenschutzbeauftragten mangels Kapazität in den einzelnen Privatspitälern viel weniger präsent sein kann und nicht in der Lage ist, aktiv zu werden oder irgendwelche Kontrollen durchzuführen.

Im Kanton Basel-Stadt wird aktuell im Universitätsspital ein Audit des kantonalen Datenschutzbeauftragten durchgeführt. Geplant ist künftig solche Audits auch in den Privatspitälern des Kantons Basel-Stadt durchzuführen.

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

1.4.1 Palliative Care Strategie

Das Ziel der Nationalen Strategie Palliative Care, welche für die Jahre 2013 bis 2015 verlängert wurde, ist die Verankerung der Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren und in verschiedenen Bereichen. Das Hauptziel ist weiterhin, schwerkranken und sterbenden Menschen den Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care zu ermöglichen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Damit sich die Palliative Care weiterentwickeln kann, braucht es weiterhin eine Sensibilisierung in der Bevölkerung und die Bereitschaft der Leistungserbringer Palliative Care Leistungen zu fördern und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu koordinieren.

Die Mobilen Palliative Care Teams (MPCT) der Onko-Spitex haben im Jahr 2014 im Durchschnitt 5 bis 10 Einsätze pro Monat geleistet. Nebst Hausbesuchen wurden auch vermehrt Einsätze in den Pflegeheimen geleistet, da diese professionelle Unterstützung im Symptommanagement benötigen. Durch diese fachspezialisierten Einsätze am Krankenbett zu Hause oder in den Pflegeheimen können teilweise Notfallhospitalisierungen vermieden werden. Die Anlauf- und Koordinationsstelle im Palliativzentrum Hildegard leistete im Jahr 2014 mit ihrer Beratungskompetenz in schwierigen Situationen bereits eine grosse Unterstützung für Privatpersonen und Langzeitinstitutionen. Nebst Übernahme von Koordinationsleistungen bemüht sie sich auch um Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit.

Eine erste Koordinationskonferenz Palliative Care, welche das Gesundheitsdepartement organisiert hat, fand im März 2014 statt.

Bei der Versorgung der basel-städtischen Bevölkerung mit Palliative Care Leistungen konnten bereits wichtige Meilensteine erreicht werden. Durch die getroffenen Massnahmen konnte der Zugang zu Palliative Care Leistungen für die Bevölkerung wesentlich verbessert werden. Die bisherigen Rückmeldungen der Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Bereich zeigen, dass eine hohe Sensibilität für eine interprofessionelle und qualitätsorientierte Leistungserbringung in der Palliative Care besteht, diese jedoch noch weiter verankert und vorangetrieben werden muss.

1.4.2 Demenzstrategie

Die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet und am 21. November 2013 verabschiedet. Wichtige Zielsetzungen darin sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Die Mehrzahl der in der nationalen Strategie vorgeschlagenen Projekte basiert auf bewährten Best-Practice-Modellen im Bereich der Demenzversorgung, die in einzelnen Kantonen bereits umgesetzt sind. Diese Modelle sollen gemeinsam mit den Kantonen sowie einbezogenen Akteuren bedarfsgerecht weiterentwickelt und auf verschiedene Zielgruppen und Regionen angepasst oder ausgedehnt werden.

Der Kanton Basel-Stadt will die nationale Demenzstrategie auf die Region, bzw. auf den Kanton hinunterbrechen und Ziele und Massnahmen im eigenen Kanton umsetzen, dies in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft. Es soll eine gemeinsame strategische Ausrichtung bestehen, wobei jeweils die besonderen Gegebenheiten der beiden Kantone berücksichtigt werden.

Aufgrund der schweizweit vergleichsweise frühen Alterung seiner Bevölkerung war der Kanton Basel-Stadt schon vor Jahren mit der Zunahme der Anzahl an Demenz erkrankten Betagten konfrontiert. Entsprechend besteht im Kanton Basel-Stadt bereits ein vielfältiges, spezialisiertes Angebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen. Neben stationären Angeboten (wie den zwei auf Demenz spezialisierten Pflegeheimen Dandelion und Marthastift, auf Demenz spezialisierten Abteilungen in Pflegeheimen sowie Pflegewohngruppen für leicht demenzkranke Betagte) sind ambulante Angebote äusserst wichtig, damit die Betroffenen möglichst lange in der eigenen Wohnung leben können. Im Kantonsgebiet gibt es unter anderem drei auf Demenz spezialisierte Tagesstrukturen, verschiedene Beratungsstellen (Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements, Alzheimervereinigung beider Basel, Stiftung Basler Wirrgarten und Pro Senectute), die Memory Clinic am Universitären Zentrum für Altersmedizin Basel, Felix Platter-Spital, zur diagnostischen Abklärung von Demenz sowie spezifische Spitex-Dienste. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Kanton Basel-Stadt zu den angestrebten Zielen der nationa-

len Demenzstrategie bereits diverse Massnahmen ergriffen und umgesetzt hat.

Nichtsdestotrotz gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Bei der weiteren Umsetzung im Kanton Basel-Stadt gilt es Lücken in der Demenzversorgung zu finden, den prioritären Handlungsbedarf zu eruieren und Umsetzungsideen und Massnahmen zu entwickeln mit dem Ziel, das Angebot bedarfsgerecht zu ergänzen oder auszuweiten. Im Jahr 2014 wurde zu diesem Zweck eine Bestandsaufnahme und Evaluation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt (und der umliegenden Region) erarbeitet. Im Jahr 2015 werden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung im Kanton Basel-Stadt geplant. Eine entsprechende Berichterstattung an den Regierungsrat und an den Grosse Rat wird Ende 2015 erfolgen. Die Umsetzung der Massnahmen soll im Jahr 2016 starten.

1.4.3 Nationales Zentrum für Qualität

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu stärken, plant der Bund ein nationales Zentrum für Qualität. Hauptaufgaben werden sein, nationale Qualitätsprogramme zu lancieren und Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Weiter soll die Bewertung von Gesundheitstechnologien und medizinischen Leistungen (Health Technology Assessment, HTA) in das nationale Zentrum integriert werden. Der Bundesrat hat 2014 einen Gesetzesentwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung in die Vernehmlassung geschickt. Die zahlreichen beim Bundesamt für Gesundheit eingegangenen Stellungnahmen wurden ausgewertet. Nun werden vom Bund die Anliegen und Teilfragen im Hinblick auf die Überarbeitung der Gesetzesvorlage präzisiert. Der Kanton Basel-Stadt unterstützt grundsätzlich den Bund in seinem Streben, eine koordinierende Rolle in der Qualitätsentwicklung einzunehmen und ein nationales Zentrum für Qualität zu schaffen. Die Implementierung einer gemeinsam getragenen HTA-Institution in der Schweiz wird ebenso befürwortet.

1.5 Bevölkerungsprognose Basel-Stadt

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

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

Das Rechenmodell basiert auf folgender demografischer Grundgleichung: Die Bevölkerung am Ende jeden Jahres entspricht dem Anfangsbestand, zuzüglich Geburten und Zuwanderungen, abzüglich Sterbefälle und Abwanderungen. Die Hypothesen, welche für diese vier demografischen Komponenten angenommen werden, bestimmen rechnerisch das Prognoseergebnis, und zwar unter der Nebenbedingung des vorhandenen Wohnraumes. Gerade in einem Stadtkanton wie Basel-Stadt ohne grössere Landreserven bestimmen der vorhandene Wohnraum bzw. die geplanten Wohnraumentwicklungen, insbesondere der grossen Areale, die mögliche Bevölkerungszahl.

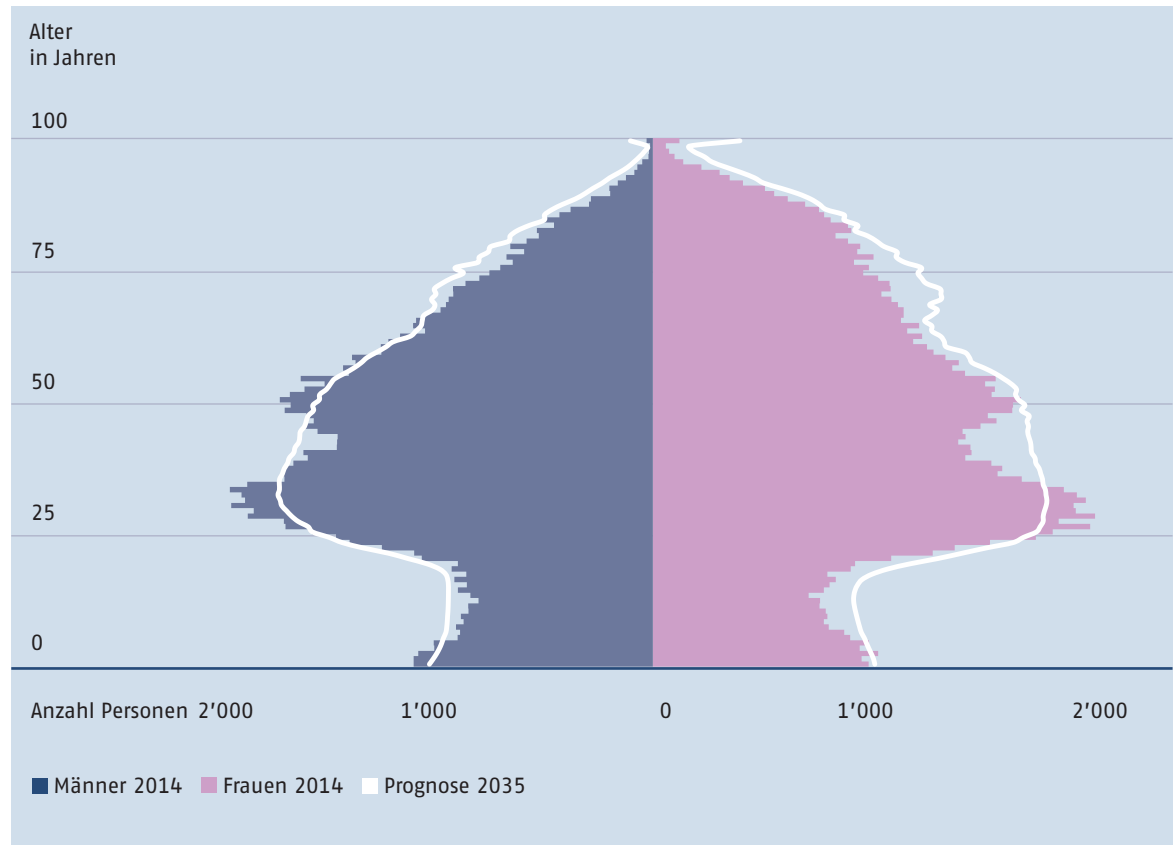
Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet. Daher werden drei Prognoseszenarien erarbeitet, die einen plausiblen Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abdecken können. Für die Bedarfsabschätzung wird das mittlere Szenario der aktuellen kantonalen Bevölkerungsprognose 2015 des Statistischen Amtes verwendet (Tabelle 1.5-1).

Gemäss der Prognose wird die Gesamtbevölkerung von heute rund 196'000 auf rund 208'000 Einwohner im Jahr 2035 zunehmen. In der Bevölkerungsprognose von 2014 (mit Basisjahr 2013) wurde noch eine Zunahme der Einwohner für das 2035 auf 206'000 geschätzt.

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

	2016	2020	2025	2030	2035
Gesamtbevölkerung	198'108	201'666	205'257	207'349	208'082
Alter 65+	39'223	40'042	41'870	44'169	45'773
Alter 65+ Anteil in %	19.8	19.9	20.4	21.3	22.0
Alter 65+ Index (Basis 2014)	100.8	102.9	107.6	113.5	117.7
Lebenserwartung Alter 65 Frauen	21.5	22.0	22.5	23.0	23.4
Lebenserwartung Alter 65 Männer	18.5	19.1	19.8	20.4	20.9
Alter 80+	13'584	13'711	14'553	15'602	16'644
Alter 80+ Anteil in %	6.9	6.8	7.1	7.5	8.0
Alter 80+ Index (Basis 2014)	100.4	101.4	107.6	115.4	123.1

Abbildung 1.5-2: Bevölkerungspyramide im mittleren Szenario



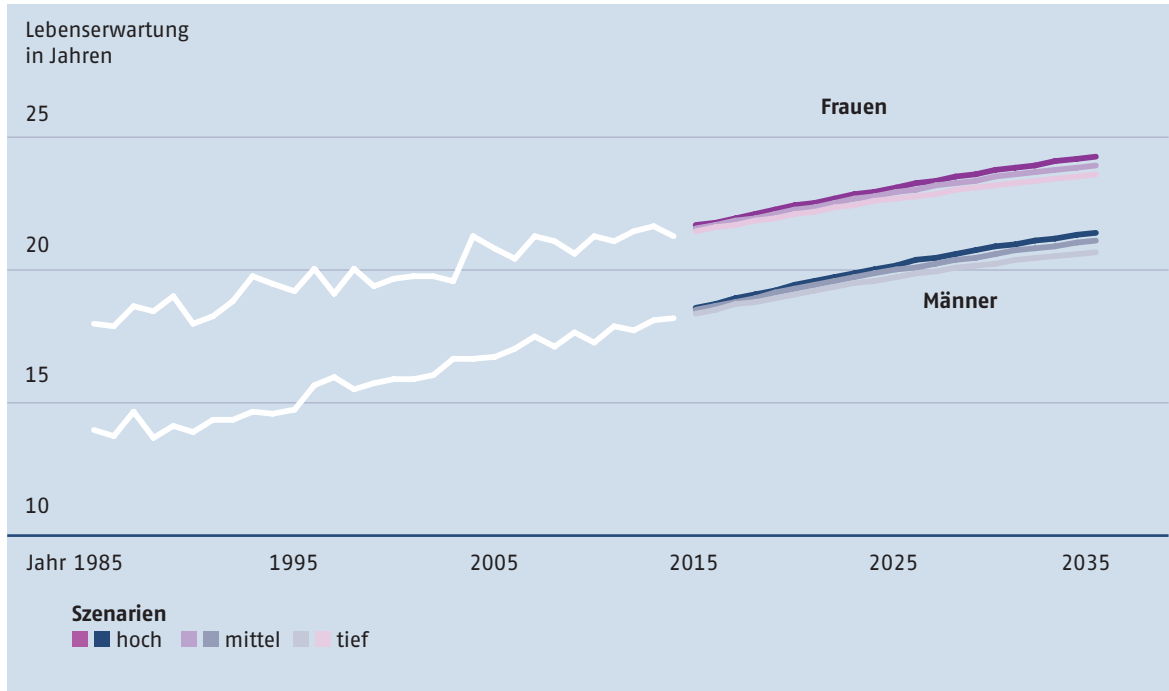
Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

Die Alterspyramide (Abbildung 1.5-2) zeigt, dass in den nächsten 20 Jahren dank leicht steigender Geburtenrate mit einer höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen zu rechnen ist. Aufgrund der Hypothese, dass die Lebenserwartung für Männer und Frauen auch in den nächsten Jahren weiterhin steigen wird (Tabelle 1.5-1 und Abbildung 1.5-3), ist auch von einer Zunahme der Einwohner im Rentenalter auszugehen.

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (Abbildung 1.5-3) wird laut Prognose 2015 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den nächsten rund 20 Jahren um mehr als zwei Jahre auf rund 20,9 bzw. 23,4 Jahre zunehmen. Dies führt dazu, dass im Jahr 2035 mit rund 46'000 Einwohnern im Alter von mindestens 65 Jahren zu rechnen ist. Dies wiederum

entspricht einem Anteil von rund 22,0% an der Gesamtbevölkerung. Genauso kann von einer Zunahme der über 80-Jährigen auf etwa 17'000 ausgegangen werden. Der entsprechende Anteil an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 beträgt laut Prognose 2015 rund 8,0%.⁴

Abbildung 1.5-3: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

- 1 Die Informationen über die nationale Entwicklung lehnen an die Studie «Zukunft des Pflegemarktes» der Credit Suisse vom Juni 2015 an (S. 12 ff). Verfügbar unter www.credit-suisse.com/publikationen.
- 2 National- und Ständerat beschlossenen am 21. Dezember 2007 eine Änderung des KVG, welche die Spitalfinanzierung neu regelt. Die Revision trat am 1. Januar 2009 mit einer dreijährigen Übergangsfrist in Kraft.
- 3 Datenschutzrechtliche Aufsicht über Spitäler nach Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung vom 31. März 2012, Prof. Dr. Bernhard Rütsche, Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Luzern
- 4 Den ausführlichen Bericht zur Bevölkerungsprognose finden Sie auf der Homepage des Statistischen Amtes Basel-Stadt: www.statistik.bs.ch > Zahlen > Analysen > Bevölkerungsszenarien

Teil II

Spitalversorgung

Akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie

2. Angebot der stationären Spitalversorgung



In Kürze:

- Im Jahr 2014 ist die Anzahl aller inner- und ausserkantonalen in Basler Spitälern stationär behandelten Patienten gegenüber dem Vorjahr um 2'037 Fälle (+3%) angestiegen. Dabei kommt fast jeder zweite im Kanton Basel-Stadt stationär behandelte Patient aus einem anderen Kanton oder dem Ausland (36'635 von 74'848 Fällen bzw. 49%).
- Im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) hat die stationäre Fallzahl von inner- und ausserkantonalen Patienten im Kanton Basel-Stadt um rund 9% (+6'206 Fälle) zugenommen. Diese Zunahme ist vorwiegend auf den vermehrten Zustrom von ausserkantonalen Patienten zurückzuführen.
- Gemessen am Case Mix Index¹ (CMI) weisen die ausserkantonalen akutsomatischen Patienten, welche sich im Kanton Basel-Stadt stationär behandeln lassen, mit einem CMI von rund 1.29 einen deutlich höheren Schweregrad auf als die innerkantonalen Fälle (CMI von rund 1.08).
- Die Spitalliste 2012 wurde im Rahmen einer Gesamtüberprüfung überarbeitet. Die neu erlassene Spitalliste ist ab dem 1. Januar 2015 gültig.
- Aufgrund eines Grundsatzurteils des Bundesverwaltungsgerichts ist die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) zukünftig in zwei Verfahrensschritten durchzuführen. Dabei ist zunächst festzulegen, welche Behandlungen der HSM zuzuordnen sind. Erst in einem zweiten, unabhängigen Verfahren ist die Zuteilung auf die Spitäler vorzunehmen.

2.1 Angebotsstruktur

Insgesamt entfielen von allen im Jahr 2014 im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Fällen (74'848) rund 49% (36'635) auf ausserkantonale und ausländische Patienten, womit dieser Anteil gegenüber dem Vorjahr erneut um ca. einen Prozentpunkt gestiegen ist und damit rund drei Prozentpunkte höher liegt als der Anteil des Jahres 2011 (Abbildung 2.2-3 und Abbildung 2.2-4). Dabei hat vor allem der Zustrom von Patienten aus anderen Kantonen seit dem Jahr 2011 um 5'137 Fälle (+19%) zugenommen (Abbildung 2.2-4). An den Anteilswerten und Fallzahlentwicklungen der stationär behandelten ausserkantonalen und ausländischen Patienten wird deutlich, dass der Kanton Basel-Stadt mit seinem universitätsmedizini-

schen Angebot eine Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt. Deshalb ist das medizinische Gesamtangebot deutlich grösser als der Eigenbedarf der basel-städtischen Wohnbevölkerung. Der überdurchschnittlich hohe Case Mix Index (CMI) der ausserkantonalen akutsomatischen Patienten, welche sich im Kanton Basel-Stadt stationär behandeln lassen, liegt mit 1.29 deutlich über dem CMI der innerkantonal behandelten Basel-Städter von 1.08. Der Grund dafür ist, dass es sich bei den ausserkantonalen akutsomatischen Fällen zu einem grossen Teil um Patienten handelt, die aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Fallschwere einer universitären oder zentrumsmedizinischen Behandlung bedürfen. Die stationäre Fallzahl ist im

Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) um rund 9% (6'206 Fälle) angestiegen. Besonders ausgeprägt war die Zunahme im akutsomatischen Behandlungsbereich (SwissDRG-Fälle), sodass dort der Anteil der Patienten aus einem anderen Kanton oder dem Ausland auf rund 51% (33'157 Fälle) zugenommen hat.

Im Geburtshaus Basel, welches gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste benötigt, waren im Berichtsjahr 20 stationäre Geburten zu verzeichnen. Aufgrund der sehr tiefen Fallzahl wird dieses nicht in die statistischen Analysen dieses Kapitels miteinbezogen.

2.2 Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt

Im Jahr 2014 wurden in den 13 basel-städtischen Spitalern (Abb. 2.2-2) insgesamt 74'848 inner- und ausserkantonale Patienten stationär behandelt. Damit ist die Anzahl aller in Basler Spitalern stationär behandelten Patienten gegenüber dem Vorjahr um rund 3% (+ 2'037 Fälle) angestiegen. Dabei wird nur jede zweite stationäre Spitalbehandlung (51%) durch Patienten aus Basel-Stadt beansprucht. Von den insgesamt 74'848 stationären Patienten erhielten 64'831 Fälle (87%) eine akutsomatische oder akutgeriatrische Behandlung, die mit SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten wird (Tabelle 2.2-1).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der am Case Mix Index (CMI) gemessene durchschnittliche Schweregrad aller akutsomatischen, stationären Behandlungsfälle mit einer Differenz von 0.01 kaum verändert. Die universitätsmedizinische Zentrumsfunktion, welche der Kanton Basel-Stadt für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt, spiegelt sich im deutlich über 1.0 liegenden kantonalen CMI von 1.19 wider. Ein anderes Mass für den Schweregrad von akutsomatischen Behandlungsfällen ist der patientenbezogene Schweregrad (Patient Complication and Comorbidity Level, PCCL), welcher sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen errechnet. Dabei werden die einzelnen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (CC) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 für keine und 4 für eine äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose steht. Somit ist der PCCL im Gegensatz zum CMI, welcher Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbun-

den zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch einer Behandlung gibt, ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patienten. Wie der Tabelle 2.2-1 entnommen werden kann, gibt es im Kanton Basel-Stadt Akutspitäler, deren stationär behandelte Patienten trotz relativ niedrigem PCCL einen vergleichsweise hohen CMI aufweisen. Dies trifft insbesondere auf die Schmerzlinik Basel zu, welche sich im stationären Bereich primär auf ihr schmerztherapeutisches Leistungsangebot konzentriert und mit rund 2.39 den weitaus höchsten CMI unter den basel-städtischen Akutspitalern vorzuweisen hat bei einem PCCL-Wert von 0.55. Die orthopädisch ausgerichtete Merian Iselin Klinik zeigt ein ähnliches Bild mit einem CMI von 1.05 und einem PCCL von 0.30. Somit haben die in diesen beiden Akutspitalern stationär behandelten Patienten einen vergleichsweise grossen Ressourcenverbrauch mit entsprechendem SwissDRG-Kostengewicht bei gleichzeitig weniger Komorbiditäten bzw. Nebendiagnosen vorzuweisen. Unter den basel-städtischen Spitalern sind im Durchschnitt die höchsten PCCL-Werte im Felix Platter- und Adullam-Spital mit rund 2.64 respektive 2.35 vorzufinden. Dies hängt mit dem auf die Akutgeriatrie spezialisierten Leistungsangebot der beiden Spitäler zusammen, da ältere Patienten durchschnittlich mehr Komorbiditäten haben und damit einen vergleichsweise höheren PCCL als jüngere Patienten aufweisen. Unter den basel-städtischen Spitalern weist das Bethesda-Spital mit ca. 0.75 den tiefsten CMI und mit rund 0.31 den zweitniedrigsten PCCL-Wert auf. Dies ist auf den vergleichsweise hohen Anteil der Geburtshilfe zurückzuführen, da die relativ niedrigen Kostengewichte bzw. fehlenden Komorbiditäten der gesunden Neugeborenen einen stark senkenden Effekt auf den CMI respektive PCCL-Wert des ganzen Spitals haben.

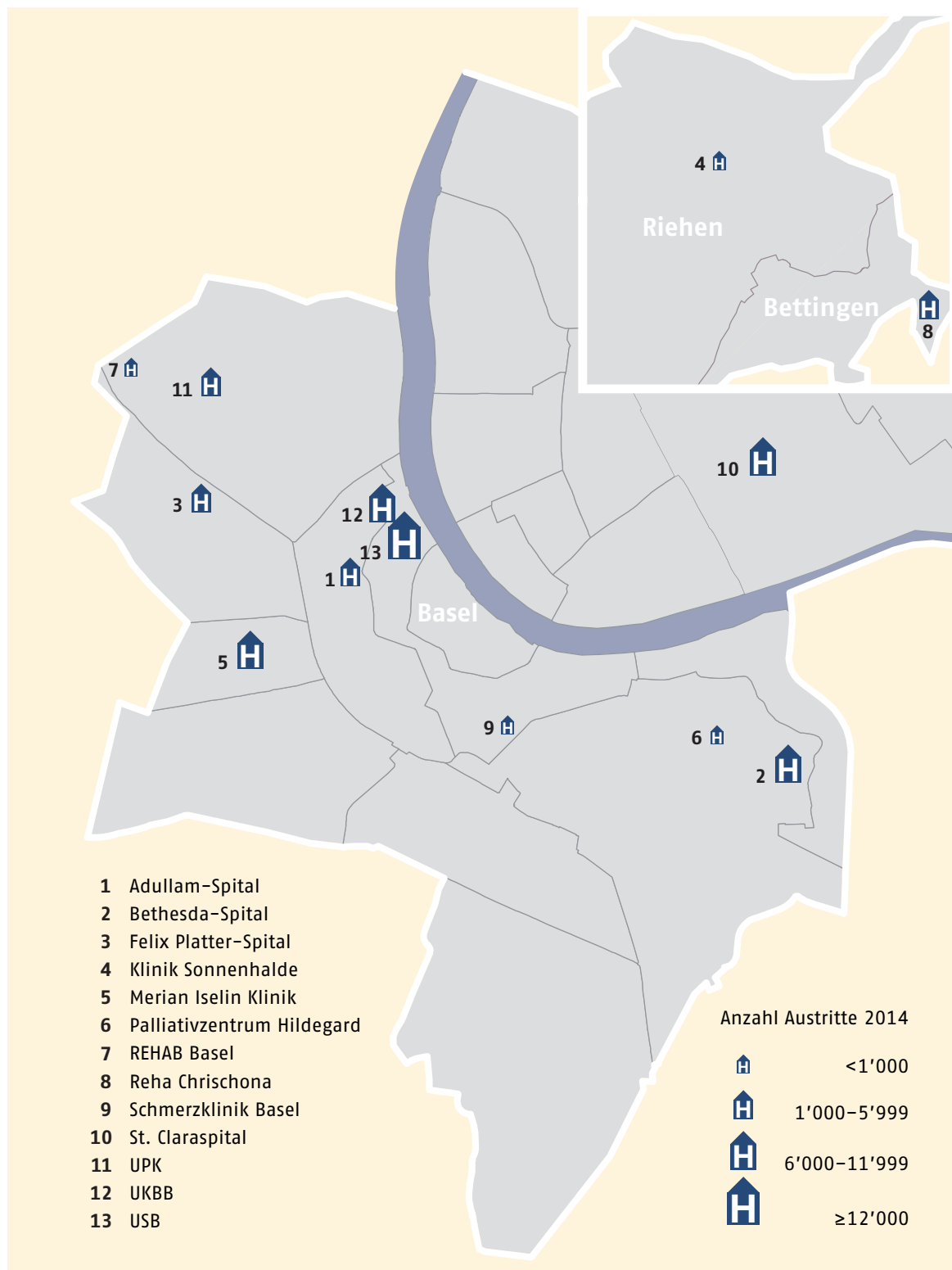
Mit der im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Anzahl der in Basler Spitalern stationär behandelten Patienten von rund 3% hat gleichzeitig auch die Anzahl der in den basel-städtischen Spitalern besetzten Vollzeitstellen um ca. 2% (+ 151 Vollzeitäquivalente) sowie der Betriebsertrag aller Spitäler um rund 4% (+ 68.9 Mio. Franken) zugenommen. Die rund 9'606 Vollzeitstellen verteilen sich auf ca. 15'000 Mitarbeitende, sodass das durchschnittliche Pensum bei rund 64% je Beschäftigtem liegt. Im Universitätsspital Basel ist mit ca. 7'200 Mitarbeitenden (rund 4'800 Vollzeitstellen) fast die Hälfte der rund 15'000 Beschäftigten angestellt.

Tabelle 2.2-1: Steckbrief zu den einzelnen Spitälern im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2014

Spital	Anzahl stationärer Fälle (davon SwissDRG-Fälle)	Case Mix Index	Differenz CMI 2014 gegenüber 2013	Patientenbezogener Schweregrad (PCCL)	Differenz PCCL 2014 gegenüber 2013	Anteil an stationär behandelten Basel-Städtern	Allgemeine Abteilung (Anteil Patienten)	Totaler Betriebsertrag (in Mio. Fr.)	Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeitenden (in 100%-Stellen)
Adullam-Spital	1'288 (579)	1.43	0.04	2.35	0.37	92%	77%	22.8	241
Bethesda-Spital	6'204 (5'595)	0.75	0.01	0.31	-0.02	34%	70%	85.9	437
Felix Platter-Spital	5'010 (2'528)	1.22	0.04	2.64	-0.09	80%	77%	91.1	635
Klinik Sonnenhalde	518 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	42%	91%	18.1	112
Merian Iselin Klinik	6'886 (6'723)	1.05	0.01	0.30	-0.02	41%	63%	92.3	426
Palliativzentrum Hildegard	296 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	76%	78%	8.6	62
REHAB Basel	392 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	24%	83%	49.1	323
Reha Chrischona	1'132 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	55%	71%	17.8	102
Schmerzklinik Basel	148 (142)	2.39	-0.09	0.55	0.20	32%	77%	12.4	73
St. Claraspital	10'116 (9'576)	1.08	-0.02	1.44	0.01	54%	59%	188.1	764
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)	3'049 (0)	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt	80%	92%	146.0	864
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	6'093 (5'992)	0.99	0.02	0.74	0.02	31%	89%	133.1	748
Universitätsspital Basel (USB)	33'716 (33'696)	1.34	0.01	1.46	-0.02	51%	77%	964.5	4'819
Alle Spitäler	74'848 (64'831)	1.19	0.01	1.20	0.00	51%	74%	1'829.8	9'606

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

Abbildung 2.2-2: Spitäler im Kanton Basel-Stadt mit der Anzahl an stationären Austritten im Jahr 2014



Kartengrundlage: Grundbuch- und Vermessungsamt Basel-Stadt, produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Datengrundlage: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die Anzahl an stationären Austritten im Jahr 2014

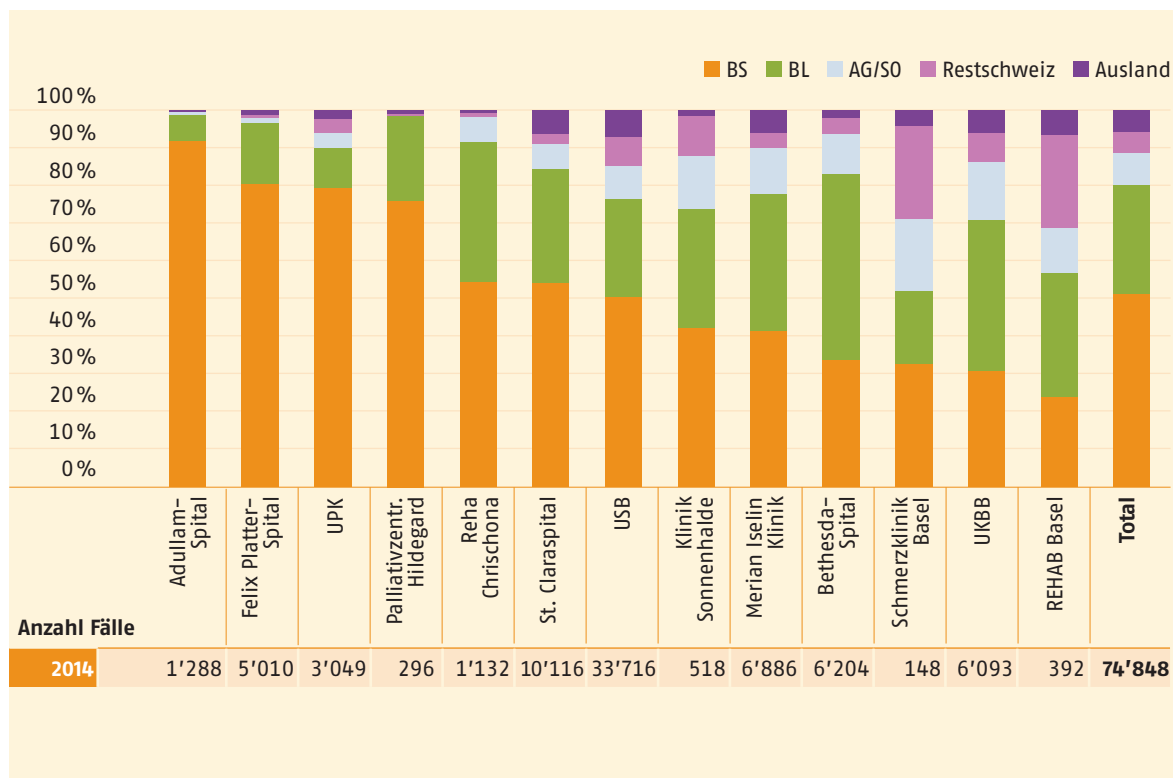
2.2.1 Ausserkantonale und ausländische, stationäre Patienten in den basel-städtischen Spitälern

Insgesamt entfielen von allen im Jahr 2014 im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Fällen (74'848) rund 49% (36'635) auf ausserkantonale und ausländische Patienten, womit dieser Anteil gegenüber dem Vorjahr erneut um ca. einen Prozentpunkt gestiegen ist und damit rund drei Prozentpunkte höher liegt als der Anteil des Jahres 2011. Während die Anzahl der in den basel-städtischen Spitälern stationär behandelten Patienten aus dem Ausland im direkten Vergleich der Jahre 2011 und 2014 stabil geblieben ist, hat die Zahl der aus anderen Schweizer Kantonen stammenden Fälle deutlich zugenommen (+5'137 Fälle/+19%). Dabei hat die Anzahl der aus dem Kanton Basel-Landschaft zugewanderten, stationär behandelten Patienten um 3'425 und die Zahl der aus der übrigen Schweiz (inklusive Aargau und Solothurn) stammenden Fälle um 1'712 zugenommen (Abbildung 2.2-4).

Im Hinblick auf die im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2014 stationär behandelten ausserkantonalen und ausländischen Patienten fällt zudem auf, dass deren Anteil an allen stationär behandelten Fällen je nach Spital grossen Schwankungen unterliegt (Abbildung 2.2-3). Deutlich mehr als die Hälfte aller zugewanderten Patienten kommt mit rund 59% (+1% gegenüber dem Vorjahr) aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft, gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit einem Anteil von insgesamt rund 18% (-1%). Die übrigen zugewanderten Fälle der basel-städtischen Spitäler entfallen mit ca. 11% (unverändert) auf die übrige Schweiz und mit rund 12% (unverändert) auf das Ausland (Abbildung 2.2-3 und Abbildung 2.2-4).

Mit 17'066 Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt bzw. 16'650 ausserkantonalen und ausländischen Patienten hat das Universitätsspital Basel die weitestmeisten Hospitalisationen vorzuweisen. Gemessen an allen stationären Behandlungen im Kanton

Abbildung 2.2-3: Alle stationären Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort im Jahr 2014



Basel-Stadt entspricht dies einem Anteil von rund 45% (+1% gegenüber dem Vorjahr). Von allen stationären Fällen des USB kamen im Jahr 2014 mit rund 26% die weitaus meisten zugewanderten Patienten aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft, ca. 9% aus den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn und jeweils rund 7% aus der übrigen Schweiz und dem Ausland (Abbildung 2.2-3).

Unter den basel-städtischen Akutspitalern haben auch die Schmerzklinik Basel und das Bethesda-Spital mit ca. 68% respektive 66% eine relativ hohe Quote an zugewanderten stationären Patienten zu verzeichnen. Das Bethesda-Spital hat gleichzeitig auch unter allen Basler Spitalern mit ca. 49% den höchsten Anteil an stationär behandelten Patienten aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft vorzuweisen. 71% aller im Jahr 2014 im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) stationär behandelten Fälle haben ihren Wohnsitz in den beiden Trägerkantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dabei liegt der Anteil der im UKBB stationär behandelten basel-landschaftlichen Patienten mit rund 40% deutlich über dem Anteil der stationär behandelten basel-städtischen Patienten mit rund 31%. Die übrigen Fälle des UKBB kamen im Jahr 2014 aus den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn (insgesamt rund 15%), der übrigen Schweiz (8%) sowie aus dem Ausland (6%). Das Spital mit der weitaus höchsten Quote an stationär behandelten basel-städtischen Patienten ist das auf den Bereich Geriatrie ausgerichtete Adullam-Spital mit 92%. Als Zentrum für Querschnittsgelähmte und Hirnverletzte hat die REHAB Basel unter allen basel-städtischen Spitalern den höchsten Importanteil mit rund 76% vorzuweisen, wobei ca. 31% der stationär behandelten Patienten nicht aus der Nordwestschweiz kommen. In der psychiatrischen Klinik Sonnenhalde entfallen rund 58% aller stationär behandelten Fälle auf Patienten aus anderen Kantonen und dem Ausland, während es sich in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) bei rund 80% aller stationären Behandlungsfälle um basel-städtische Patienten handelt.

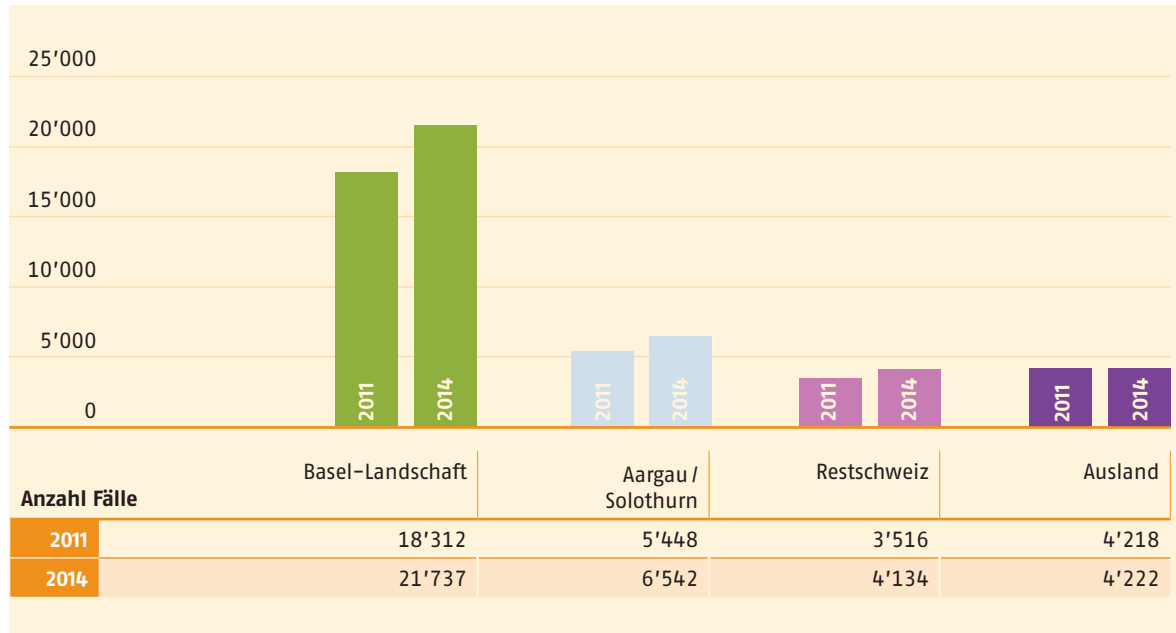
2.2.2 Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen

In Abbildung 2.2-5 ist die Fallzahlentwicklung von allen im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Patienten nach den vier Hauptbereichen Akutsomatik, Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation für die Jahre 2010 bis 2014 dargestellt. Im Jahr 2014 hat die Anzahl aller stationär behandelten Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 2'037 Fälle (+3%) und die der ausserkantonalen und ausländischen Patienten um 1'823 Fälle (+5%) zugenommen, wobei die meisten aller stationären Behandlungen mit 62'939 Fällen (84%) in den akutsomatischen Leistungsbereichen zu finden sind. Die restlichen stationären Patienten verteilen sich auf die Hauptbereiche Geriatrie (7%), Psychiatrie (5%) und Rehabilitation (4%). Im Fünfjahresvergleich ist die stationäre Gesamtpatientenzahl um insgesamt 7'543 Fälle (+11%) angestiegen. Die prozentual grösste Zuwachsrate ist im Versorgungsbereich Rehabilitation mit einem Anstieg von rund 33% (+833 Fälle) zu verzeichnen. Dieser Zuwachs ist insbesondere auf das Adullam- und Felix Platter-Spital zurückzuführen, bei welchen in der betrachteten Fünfjahresperiode die Fallzahlen im Bereich der Rehabilitation am stärksten zugenommen haben. Der Versorgungsbereich Geriatrie weist für diesen Zeitraum einen Anstieg von ca. 17% (+718 Fälle) aus. Die grösste absolute Fallzunahme findet sich im Bereich Akutsomatik mit einem Zuwachs von 6'089 stationären Fällen (+11%). Im Gegensatz zu den Versorgungsbereichen Rehabilitation, Geriatrie und Akutsomatik ist im Jahr 2014 die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen gegenüber dem Jahr 2010 um 97 Fälle (-3%) gesunken.

2.3 Die Spitalliste 2012

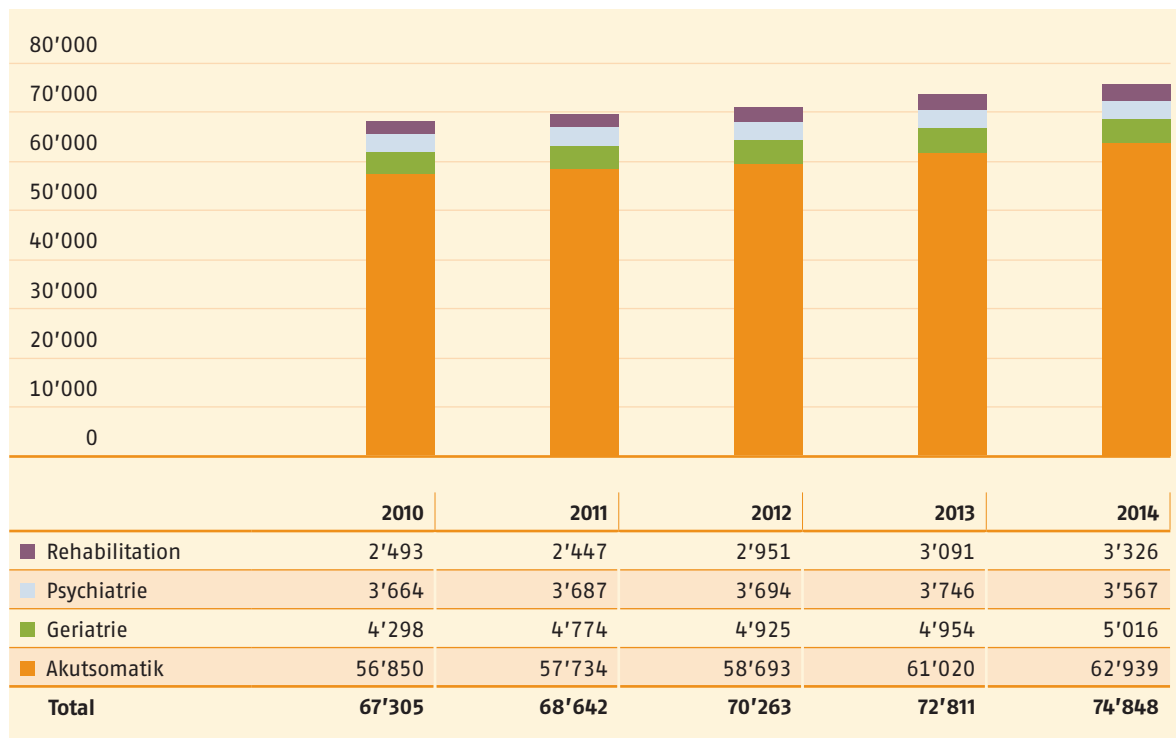
Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat der Kanton Basel-Stadt eine neue Spitalliste auf Basis einer leistungsorientierten Planung gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)² erlassen. Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen anderer Kantone und aus dem Ausland.

Abbildung 2.2-4: Ausserkantonale und ausländische, stationäre Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort in den Jahren 2011 und 2014



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

Abbildung 2.2-5: Stationäre Patienten der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen in den Jahren 2010 bis 2014



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

Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt.

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

2.3.1 Gesamtüberprüfung der Spitalliste im Jahr 2014

Bei der Einführung der neuen Spitalliste 2012 per 1. Januar 2012 war bereits geplant, dass sämtliche Leistungsaufträge per 1. Januar 2015 überarbeitet werden. Die Anpassung erfolgt anhand von Mindestfallzahlen und auf der Grundlage einer rollenden Spitalplanung. Die Spitalplanung wurde aufgrund der ablaufenden dreijährigen Leistungsauftragsperiode (2012–2014) im Jahr 2014 grundlegend überprüft. Per 1. Januar 2015 fand die entsprechende Anpassung der Spitalliste statt, wobei die bestehenden Leistungsaufträge auf die Erfüllung der qualitativen Kriterien der Zürcher Leistungsgruppen hin analysiert wurden.

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat die Leistungsgruppensystematik³ im Jahr 2014 verbessert und neu strukturiert. Mit der Überarbeitung im Jahr 2014 übernahm der Kanton Basel-Stadt die neueste Version der Leistungsgruppen. Die Systematik als Ganzes blieb gleich. Es wurden lediglich einzelne Leistungsgruppen neu benannt, mit anderen zusammengelegt oder gestrichen. Dies hatte keinen Einfluss auf das Leistungsangebot der Spitäler. Da diese Änderungen zusammen mit der Überprüfung der bestehenden Leistungsaufträge jedoch sehr umfangreich waren, war eine Anpassung der bestehenden Spitalliste nicht sinnvoll. Deshalb hob man die geltende Spitalliste 2012 auf und erliess eine neue Spitalliste mit Geltung ab 1. Januar 2015 (nachfolgend: Spitalliste 2015).

2.3.2 Ablauf der Evaluation

Im April 2014 wurde mit der Datenanalyse der Medizinischen Statistik des Jahres 2013 begonnen. Die Spitäler wurden im Juni 2014 zu einem Gespräch über die künftigen Leistungsaufträge – auf Grundlage der Fallzahlenanalyse der Jahre 2012 und 2013 – eingeladen. Bei der Analyse der Fallzahlen achtete man insbesondere auf die Einhaltung von Mindestfallzahlen und die Konzentration von seltenen Eingriffen auf wenige Standorte.

Beurteilungskriterien

Mindestfallzahlen:

- In den Leistungsgruppen, in denen die Gesundheitsdirektion Zürich Mindestfallzahlen festgelegt hat, ist die Erreichung der Mindestfallzahl Bedingung für die Vergabe eines Leistungsauftrags.

Kleine Fallzahlen:

- Bei Leistungsgruppen, in welchen von einem Spital nur ein bis fünf Fälle erbracht wurden, wurde mit dem Spital das Gespräch gesucht. Grundsätzlich wird ein solcher Leistungsauftrag mangels Fallzahlen gestrichen, wenn in einem anderen Spital genügend Fallzahlen erbracht werden und die Versorgung so sichergestellt werden kann.

IVHSM (Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin):

- Gewisse Leistungsgruppen enthalten Prozeduren, die unter die HSM-Vereinbarung⁴ fallen. Der Kanton kann diese Leistungen den Spitalern nicht frei zuteilen, dies geschieht durch das interkantonale Beschlussorgan. Die Entscheide des Beschlussorgans gehen der kantonalen Planung vor.

Qualitätsanforderungen:

- Für die Beurteilung der Leistungsaufträge spielen neben den Fallzahlen auch andere Qualitätsanforderungen eine zentrale Rolle. Für jede Leistungsgruppe werden diese spezifisch definiert (z.B. Infrastrukturvorgaben, Facharzttitel und Notfalleanforderungen). Ein Leistungsauftrag kann abgelehnt oder entzogen werden, wenn die Vorgaben nicht oder nicht mehr erfüllt werden.

Abbildung 2.3-1: Leistungsbereiche der inner- und ausserkantonalen Listenspitäler des Kantons Basel-Stadt per 1. Januar 2015⁵

	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Palliativzentrum Hildegard	Merian Iselin Klinik	Schmerzlinik Basel	St. Claraspital	Universitätsspital Basel	Universitäts- Kinderspital beider Basel	Geburtshaus Basel
Akutsomatik										
Basispaket Chirurgie und innere Medizin							•	•	•	
Basispaket elektiv	•	•	•		•	•				
Dermatologie		•	•		•		•	•	•	
Hals-Nasen-Ohren		•			•		•	•	•	
Neurochirurgie			•					•	•	
Neurologie	•	•	•				•	•	•	
Ophthalmologie				•				•	•	
Endokrinologie							•	•	•	
Gastroenterologie	•	•	•		•		•	•	•	
Viszeralchirurgie		•	•		•		•	•	•	
Hämatologie	•		•				•	•	•	
Gefässe				•			•	•	•	
Herz							•	•	•	
Nephrologie		•						•	•	
Urologie	•	•	•		•		•	•	•	
Pneumologie	•		•				•	•	•	
Thoraxchirurgie							•	•	•	
Transplantationen solider Organe (IVHSM)								•	•	
Orthopädie		•			•		•	•	•	
Rheumatologie	•	•	•		•	•		•	•	
Gynäkologie		•			•		•	•	•	
Geburtshilfe		•						•		•
Neugeborene		•						•	•	•
(Radio-) Onkologie		•					•	•	•	
Schwere Verletzungen							•	•	•	
Palliative Care				•			•			
Kindermedizin/-chirurgie									•	
Akutgeriatrie	•		•					•		

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Rehabilitation	Spitäler im Kanton Basel-Stadt						Ausserkantonale Spitäler				
	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Universitäts-Kinderspital beider Basel	REHAB Basel	Reha Chrischona	Klinik Barmelweid (AG)	Clinique le Noirmont (JU)	Reha Rheinfelden (AG)	Hôpital du Jura (JU)	Salina Rehaklinik Rheinfelden (AG)
Muskuloskeletale Rehabilitation	•	•	•			•		•	•	•	
Neurologische Rehabilitation	•		•	•	•			•	•		
Internistisch-onkologische Rehabilitation	•		•			•					
Kardiovaskuläre Rehabilitation	•		•			•	•	•			
Pulmonale Rehabilitation	•		•			•	•				
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	•		•								
Rehabilitation und Behandlung Querschnittsgelähmter inklusive Frührehabilitation					•						
Frührehabilitation	•		•		•				•		
Allgemeine pädiatrische Rehabilitation				•							
Frührehabilitation bei Kindern und Jugendlichen				•							

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Psychiatrie	Universitäre Psychiatrische Kliniken	Klinik Sonnenhalde	Universitäts-Kinderspital beider Basel	Felix Platter-Spital
	Allgemeine Psychiatrie	•		
Spezialangebote Erwachsene	•	•		
Psychische und Verhaltensstörungen infolge von Abhängigkeiten	•	•		
Alterspsychiatrie	•	•		•
Allgemeine Kinderpsychiatrie	•		•	
Allgemeine Jugendpsychiatrie	•		•	
Spezialangebote Kinder und Jugendliche	•		•	
Forensik	•			

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

2.3.3 Änderungen der Spitalliste 2015

Die meisten Änderungen der neuen Spitalliste 2015 fallen auf Streichungen von Leistungsaufträgen mit geringen Fallzahlen. So wurden beim Bethesda-Spital, der Merian Iselin Klinik, dem St. Claraspital, der Schmerzklinik Basel, dem Felix Platter-Spital und dem Adullam-Spital insgesamt 17 Leistungsaufträge mit geringen Fallzahlen gestrichen.

Beim St. Claraspital, dem Bethesda-Spital, dem Felix Platter-Spital, dem Adullam-Spital und dem Universitätsspital Basel kommen insgesamt sechs neue Leistungsaufträge hinzu. Diese neuen Leistungsaufträge vervollständigen jedoch nur das bestehende Angebot und stellen keine Erweiterung des Leistungsangebots und der erbrachten Fallzahlen dar.

Die Merian Iselin Klinik und das Bethesda-Spital haben Anträge für neue Leistungsaufträge gestellt. Da die angefragten Leistungen bereits in bedarfsgerechtem Umfang von anderen Spitälern erbracht werden, wurden die Aufträge nicht erteilt.

2.4 Nationale Planung und Spitalliste der hochspezialisierten Medizin

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Für die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), wirksam seit dem 1. Januar 2009, unterzeichnet. Gemäss Artikel 1 IVHSM umfasst die hochspezialisierte Medizin:

«... diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsvorfahren gekennzeichnet sind.»

Die gemeinsame Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen wurde notwendig, da die Fallzahlen für viele hochspezialisierte Eingriffe und Behandlungen in der Schweiz zu klein sind, als dass diese medizinischen Leistungen flächendeckend von einer Vielzahl von Spitälern in der notwendigen Qualität und Wirtschaftlichkeit angeboten werden können.

Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse

fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten. Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben schweizweit einen rechtsverbindlichen Charakter und gehen den kantonalen Spitallisten vor. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Der Vollzug der Vereinbarung obliegt dem HSM-Beschlussorgan. Das Gremium setzt sich aus zehn Gesundheitsdirektoren (davon fünf Gesundheitsdirektoren der Universitätskantone) zusammen. Die medizinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Bereiche der hochspezialisierten Medizin wird vom HSM-Fachorgan, einem 12-köpfigen Expertengremium, vorgenommen.

Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden. Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder anderen multidisziplinären Zentren, welche die IVHSM-Kriterien erfüllen, zuzuteilen. Für die Planung wird die universitäre Lehre und Forschung gebührend miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt.

Der Hauptzweck der Koordinations- und Konzentrationsbestrebungen ist die Erhöhung der Qualität und des Nutzens für die Patienten bei gleichzeitig optimalem Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung. Die verstärkte Koordination und Leistungskonzentration trägt weiter dazu bei, Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten zu beseitigen.

Im Jahr 2014 kamen im Bereich der hochspezialisierten Medizin drei Schwerpunkthemen zum Tragen:

- Neugestaltung des Planungsverfahrens
- Reevaluation der HSM-Leistungszuteilungen
- Auslegung des Kriteriums «Seltenheit»

2.4.1 Neugestaltung des HSM-Planungsverfahrens

Seit Planung der hochspezialisierten Medizin verabschiedete das HSM-Beschlussorgan Leistungszuteilungen in insgesamt 39 Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin. Ein Grossteil dieser Entscheide war unbestritten. Gegen einige Leistungszuteilungen (u.a. Bereich der Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern und im Bereich der Viszeralchirurgie) wurde Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht (BVGer) eingereicht. Die beschwerdeführenden Spitäler und Kantone machten u.a. die folgenden Punkte geltend: Verletzung des rechtlichen Gehörs, fehlende Einhaltung des IVHSM-Kriteriums der Seltenheit, Unzulässigkeit von Mindestfallzahlen und die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das BVGer erliess Ende 2013 und im Januar 2014 mehrere Urteile in Bezug auf die hochspezialisierte Medizin und traf einen Grundsatzentscheid betreffend der Planung der hochspezialisierten Medizin, der Auswirkungen auf die künftige Ausgestaltung des Verfahrens hat, indem die Planung der hochspezialisierten Medizin künftig in zwei Verfahrensschritten durchzuführen ist.

In einem ersten Schritt wird jeweils festgelegt, welche Behandlungen und Eingriffe der hochspezialisierten Medizin zuzurechnen sind (Zuordnung zur HSM). Erst in einem zweiten Schritt wird die eigentliche Leistungszuteilung und damit die Erstellung der IVHSM-Spittalliste vorgenommen. Mit dieser formellen Zweiteilung der Verfahren werden die Mitwirkungsrechte der involvierten Parteien, insbesondere die der Kantone und Spitäler gestärkt. Mit dieser Weiterentwicklung werden die Vorgaben des BVGer umgesetzt.

Die Urteile des BVGer hatten eine Standortbestimmung der HSM-Organe zur Folge, im Rahmen derer die bisherigen Prozesse kritisch hinterfragt und eine Neugestaltung der Prozesse und Verfahren vorgenommen wurde. Das Ziel war es, die Entscheidungsprozesse weiter zu verbessern, die Transparenz zu erhöhen sowie das Vertrauen in die Prozesse und die Arbeit der HSM-Organe weiter zu stärken.

Die Neugestaltung des HSM-Verfahrens führt zu einer längeren Verfahrensdauer, aber auch zu Mehrausgaben für die juristische Beratung, externe Fachmandate (inkl. Arbeitsgruppen) und der Aufstockung der personellen Ressourcen mit entsprechenden Kostenfolgen.

2.4.2 Reevaluation der HSM-Leistungszuteilungen

Ein weiterer Fokus der inhaltlichen Arbeiten lag im Jahr 2014 auf der Neubeurteilung (Reevaluation) der bis Ende 2014 befristeten Leistungszuteilungen. Die Neubeurteilung konnte aufgrund der längeren Verfahrensdauer nicht nahtlos ineinander übergehen. Im Sinne einer Übergangsbestimmung wurde entschieden, dass die kantonalen Leistungsaufträge zum Tragen kommen, bis eine Neuzuteilung durch die IVHSM-Organe und der Verabschiedung der neuen HSM-Leistungsaufträge vorliegen.

Im Oktober 2014 startete die Neubeurteilung der komplexen Hirnschlagbehandlung mit der Vernehmlassung zur Leistungszuordnung. Es handelt sich dabei um den ersten HSM-Bereich, der nach dem neuen zweistufigen Planungsverfahren durchgeführt wurde. Im Rahmen der Vernehmlassung zur Zuordnung erhielten die Kantone, Spitäler, Fachgesellschaften und weitere Kreise die Gelegenheit zur vorgeschlagenen Definition des HSM-Bereichs Stellung zu nehmen. Die Stellungnahmen fielen durchwegs positiv aus.

2.4.3 Auslegung des Kriteriums Seltenheit

Ende 2014 einigten sich die Kantone darauf, dass Seltenheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern immer im Kontext mit den weiteren IVHSM-Kriterien «Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand» und «komplexe Behandlungsverfahren» zu begutachten ist. Es wurde darauf verzichtet, eine absolute Maximalzahl von Fällen für die Definition der Seltenheit oder ein Bandbreitenmodell festzulegen. Stattdessen wird die Prüfung der Seltenheit jeweils im Rahmen der Zuordnung mit der notwendigen Sorgfalt und Begründungspflicht vorgenommen.

Die Auslegung des Kriteriums Seltenheit wird exemplarisch anhand des HSM-Bereichs «Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (Schlaganfälle)» aufgezeigt. Der Schlaganfall erfordert eine notfallmässige Behandlung, um einerseits die Langzeitbehinderung, andererseits auch die kurzfristige Morbidität und Mortalität zu reduzieren. Eine rasche und fachgerechte Erstbehandlung von Hirnschlagpatienten kann in vielen Spitälern erfolgen; spezielle Behandlungspfade oder sogenannte «Stroke Units» sind dazu besonders geeignet. Nur etwa 2–3% (weniger als 800 Fälle pro Jahr) der Schlaganfallpatienten benötigen eine komplexe, hochspezialisierte Medizin in den Zentren der Maximalversorgung, den sogenannten «Stroke Centers». Die hochspezialisierte Schlaganfallbehandlung erfolgt in der Regel unter Zeitdruck und stellt hohe Anforderungen an das behandelnde Team. Eine optimale Behandlungsqualität der Hirnschlagpatienten in einem Stroke Center senkt nicht nur die Mortalitätsrate, sondern vermag auch Langzeitschäden und Invalidität deutlich zu vermindern. Aufgrund der geringen Fallzahlen, der erheblichen Behandlungskosten sowie der komplexen multidisziplinären Infrastruktur mit einem hohen personellen Aufwand, sind die Anforderungen gemäss den IVHSM-Kriterien für einen Einschluss in die hochspezialisierte Medizin erfüllt.

- 1 Der Case Mix Index (CMI) bildet das durchschnittliche Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitäts-spital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist.
- 2 www.gdk-cds.ch > Themen > Spitalplanung > Leistungsgruppenkonzept
- 3 www.gd.zh.ch > Themen > Behörde & Politik > Spitalplanung und Leistungsgruppen
- 4 www.gdk-cds.ch > Themen > Hochspezialisierten Medizin > Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin (HSM)
- 5 Mit dem Leistungsbereich Orthopädie ist hier der in der Zürcher Leistungsgruppensystematik bezeichnete Leistungsbereich «Bewegungsapparat chirurgisch» gemeint. Da Orthopädie der im Allgemeinen geläufigere Begriff ist, wird dieser anstelle der Bezeichnung «Bewegungsapparat chirurgisch» verwendet.

3. Leistungen der stationären Spitalversorgung



In Kürze:

- Die Basel-Städter beanspruchten im Jahr 2014 rund 42'256 stationäre Spitalbehandlungen, welche zu rund 90 % in einem innerkantonalen Spital erfolgten. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 0.5 %. Über die letzte Fünfjahresperiode ist damit eine kontinuierliche Abschwächung des Fallwachstums festzustellen.
- Im weitaus fallstärksten Leistungsbereich der Akutsomatik ist die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr mit einer Differenz von 0.1 Tagen leicht gesunken.
- Die Anzahl der in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Basel-Stadt stationär behandelten basel-städtischen Patienten ist gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen (-154 Fälle bzw. -6 %).

3.1 Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2014

Rund 90% (38'226 Fälle) der insgesamt 42'256 stationären Spitalbehandlungen, welche im Jahr 2014 von der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen wurden, erfolgten in einem Basler Spital (Abbildung 3.1-1). Dieser hohe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass der Kanton Basel-Stadt in der stationären Spitalversorgung ein breites Angebot von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin wohnortnah bereitstellt. Wie in der Abbildung 3.1-1 dargestellt, hat das Wachstum der gesamten stationär versorgten basel-städtischen Spitalpatienten in den letzten fünf Jahren kontinuierlich abgenommen und belief sich im Jahr 2014 auf noch 0.5% (+ 210 Fälle), während die Gesamtzahl der stationär behandelten Basler Patienten im Jahr 2011 gegenüber dem Vorjahr noch um rund 3% (+ 1'299 Fälle) gewachsen war. Seit dem Jahr 2010 belief sich die Zunahme auf insgesamt ca. 7% (+ 2'874 Fälle). In diesem Zeitraum ist der prozentuale Zuwachs an ausserkantonalen Hospitalisationen mit rund 14% (+ 489 Fälle) doppelt so hoch ausgefallen wie derjenige bei den innerkantonalen

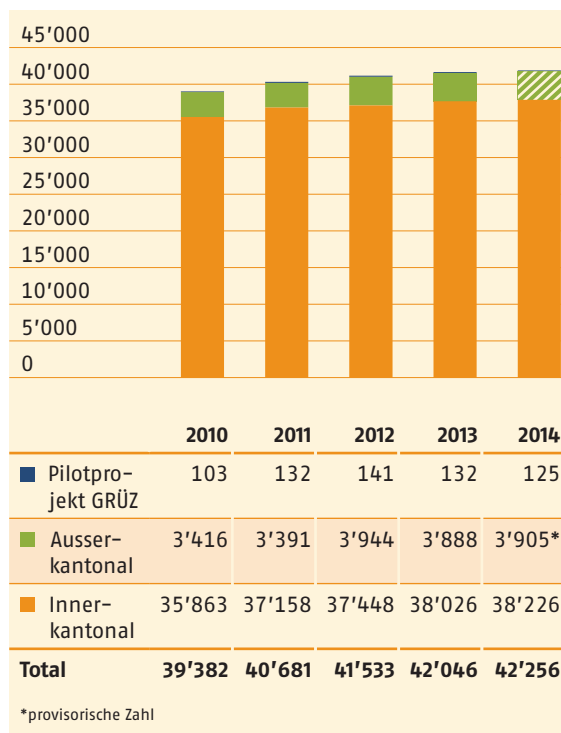
Spitalbehandlungen, welche sich aufgrund des grossen Anteils am Total gleich stark wie die Gesamtzahl entwickelte (+ ca. 7% bzw. + 2'363 Fälle). Das grosse prozentuale Wachstum bei den ausserkantonalen Spitalbehandlungen ist eine direkte Folge der neuen Spitalfinanzierung, welche auch eine Vergrösserung der interkantonalen Spitalwahlfreiheit zum Ziel hatte. Dies zeigt sich auch daran, dass die Anzahl der ausserkantonalen Spitalbehandlungen mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 sprunghaft angestiegen ist (+ 16% bzw. + 553 Fälle), um sich in den darauffolgenden zwei Jahren bei ca. 3'900 Fällen pro Jahr einzupendeln.

3.2 Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer

In Abbildung 3.2-1 sind die durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauern von basel-städtischen Patienten in den Basler Spitälern innerhalb der einzelnen Hauptbereiche für die Jahre 2012 bis 2014 dargestellt. Dabei wurden die Langzeitpflegefälle nicht in die Berechnungen miteinbezogen, da bei diesen keine Spitalbedürftigkeit mehr im Sinne des KVG gegeben ist. Im Zeitraum von 2012 bis 2014 war die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer im fallstärksten Leistungsbereich der Akutsomatik praktisch konstant. Gegenüber dem Vorjahr ist sie im Jahr 2014 um rund 0.1 Tage leicht gesunken. In

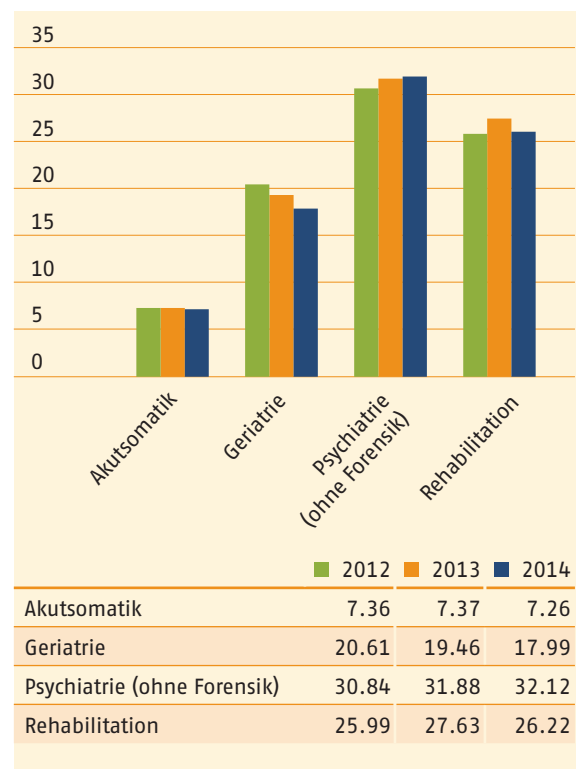
der Psychiatrie hat die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer in der betrachteten Dreijahresperiode um ca. 1.3 Tage zugenommen. Im Bereich der Geriatrie ist seit dem Jahr 2012 ein Rückgang der durchschnittlichen Behandlungsdauer um rund 2.6 Tage zu beobachten. Diese Entwicklung dürfte vor allem auf den rascheren Patientenabfluss aus den Akutspitälern aufgrund der Kapazitätserweiterung bei den Pflegeheimplätzen zurückzuführen sein (siehe dazu auch Kapitel 5.4). Die durchschnittliche Dauer von Rehabilitationsbehandlungen liegt bei rund 26 Tagen. Sie war im Jahr 2013 rund 1.6 Tage höher und ist nun gegenüber dem Vorjahr wieder leicht zurückgegangen.

Abbildung 3.1-1: Entwicklung und Verteilung der stationären Spitalbehandlungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2010 bis 2014



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die stationären Fallzahlen der ausserkanton behandelten Basel-Städter, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die stationären Fallzahlen der innerkanton versorgten Basel-Städter, Abrechnungsdaten der Spitäler für die Berechnung der provisorischen stationären Fallzahl zu den ausserkanton behandelten Basel-Städtern im Jahr 2014 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Monitoringbericht 2014 über das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie dem Landkreis Lörrach» (GRÜZ), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2015, für die stationären Fallzahlen im Rahmen des Pilotprojektes GRÜZ.

Abbildung 3.2-1: Durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2012 bis 2014 (ohne Langzeitpflegefälle)



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

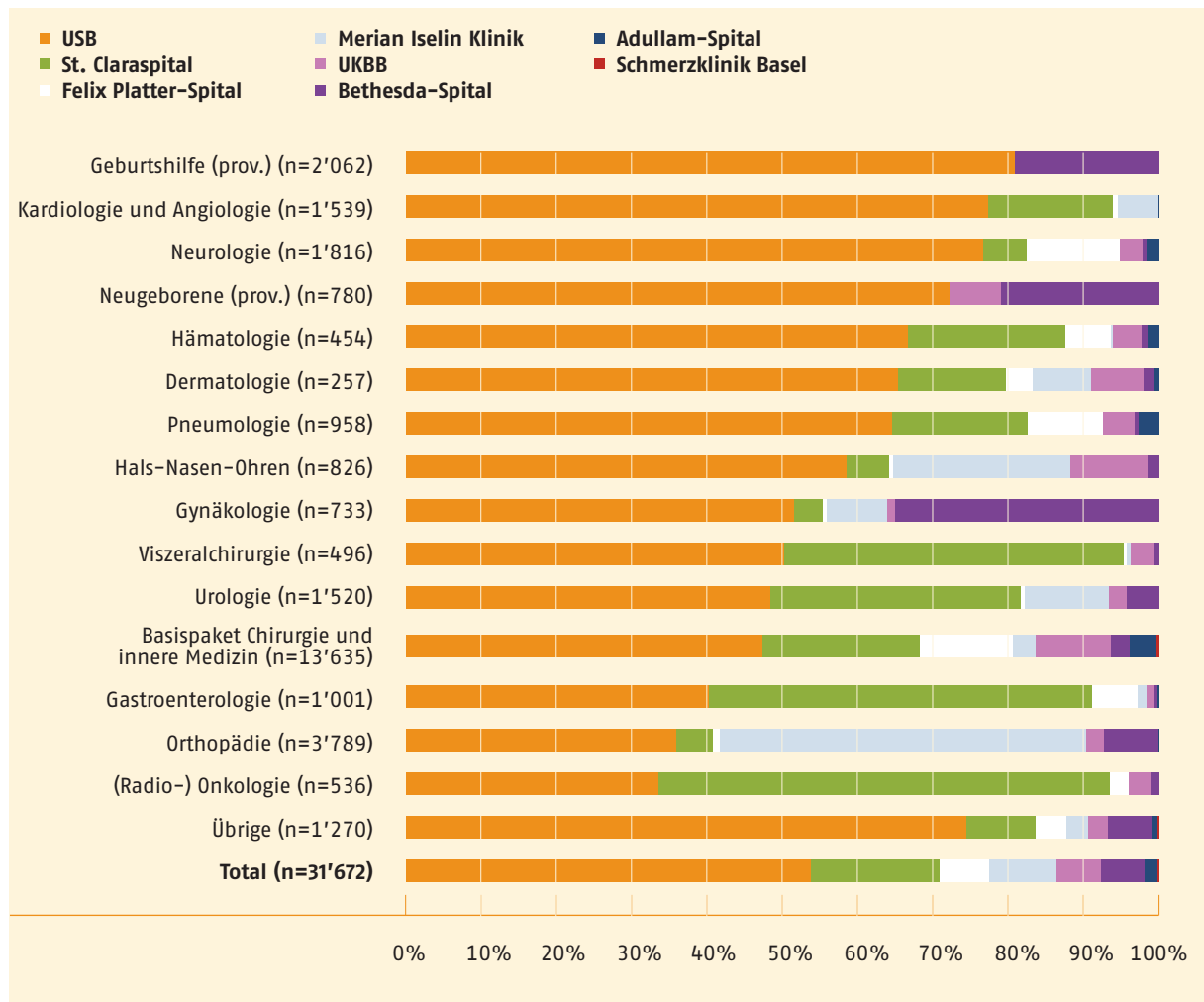
3.3 Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen

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

In Abbildung 3.3-1 sind die Fallzahlen der stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereichen und Spitälern für das Jahr 2014 dargestellt. Diese Grafik gibt einen Überblick über

die einzelnen Leistungsschwerpunkte der Spitälern. Das Universitätsspital Basel ist mit einem Anteil von rund 54% der stationären Behandlungsfälle der weitestgrösste Leistungserbringer im Kanton. Dort werden in allen Leistungsbereichen mehr als ein Drittel der stationären Patienten versorgt. Zudem verfügt das USB in den meisten Bereichen über den grössten Anteil an Behandlungsfällen. Im Leistungsbereich Orthopädie² weist die Merian Iselin Klinik (MIK) mit rund 49% den grössten Marktanteil in einem einzelnen Leistungsbereich auf. Somit wird fast die Hälfte aller stationären orthopädischen Eingriffe in der MIK durchgeführt. Das St. Claraspital ist mit einem Anteil

Abbildung 3.3-1: Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereich und Basler Spital im Jahr 2014



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

von 17% an den stationären basel-städtischen Behandlungsfällen der zweitgrösste Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt. Dort werden im Vergleich zu den übrigen Basler Spitalern die meisten basel-städtischen Patienten in der stationären (Radio-) Onkologie behandelt. Weitere Versorgungsschwerpunkte bilden die Gastroenterologie, die Viszeralchirurgie und die Urologie. In den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Versorgung von Neugeborenen nimmt das Bethesda-Spital (22%) neben dem USB (73%) die meisten Patientinnen auf.

Die Abbildung 3.3-2 und die Tabelle 3.3-4 geben einen Überblick über die prozentuale Verteilung der stationären, akutsomatischen Fälle (inklusive Akutgeriatrie) auf die einzelnen Leistungsbereiche im Jahr 2014. Dabei entfallen 43% (13'635 Fälle) aller der von Basler Patienten beanspruchten stationären Spitalbehandlungen auf die chirurgische und internistische Grundversorgung (Basispaket Chirurgie und innere Medizin). Im Jahr 2014 wurden ca. 47% dieser stationären Fälle im USB behandelt. Mit einem Case Mix³ von 10'207 nimmt die chirurgische und internistische Grundversorgung der basel-städtischen Wohnbevölkerung rund 30% des gesamten SwissDRG-Abgeltungsvolumens (34'149) ein (Abbildung 3.3-3 und Tabelle 3.3-4). Der durchschnittliche Case Mix Index (CMI) dieser Leistungsgruppe beträgt rund 0.75 (Tabelle 3.3-4). Mit einem Anteil von ca. 12% (3'789 Fälle) an allen stationär behandelten akutsomatischen basel-städtischen Fällen stellt die Orthopädie den grössten Leistungsbereich unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen dar. Dabei entfallen rund 17% (5'777) des gesamten Case Mix auf den Leistungsbereich Orthopädie, welcher mit einem CMI von rund 1.52 mehr als doppelt so hoch ist wie der CMI der chirurgischen und internistischen Grundversorgung. Gemessen an der Fallzahl stellen die Geburtshilfe und die Versorgung der Neugeborenen mit rund 7% respektive 6% der Fälle (2'062 bzw. 1'816) die nächstgrösseren stationären Spezialgebiete dar, wobei die Anteile am Case Mix nur rund 4% bzw. 2% erreichen, womit der letztgenannte Bereich die tiefste relative Entschädigung erhält. Daran schliessen sich die Leistungsbereiche Kardiologie und Angiologie sowie Urologie mit je rund 5% der stationären Gesamtfallzahl (1'539 bzw. 1'520 Fälle) an. Die höchste relative Entschädigung findet sich im Leistungsbereich Herz- und Gefässchirurgie, wo ca. 1% der Fälle einen Anteil von rund

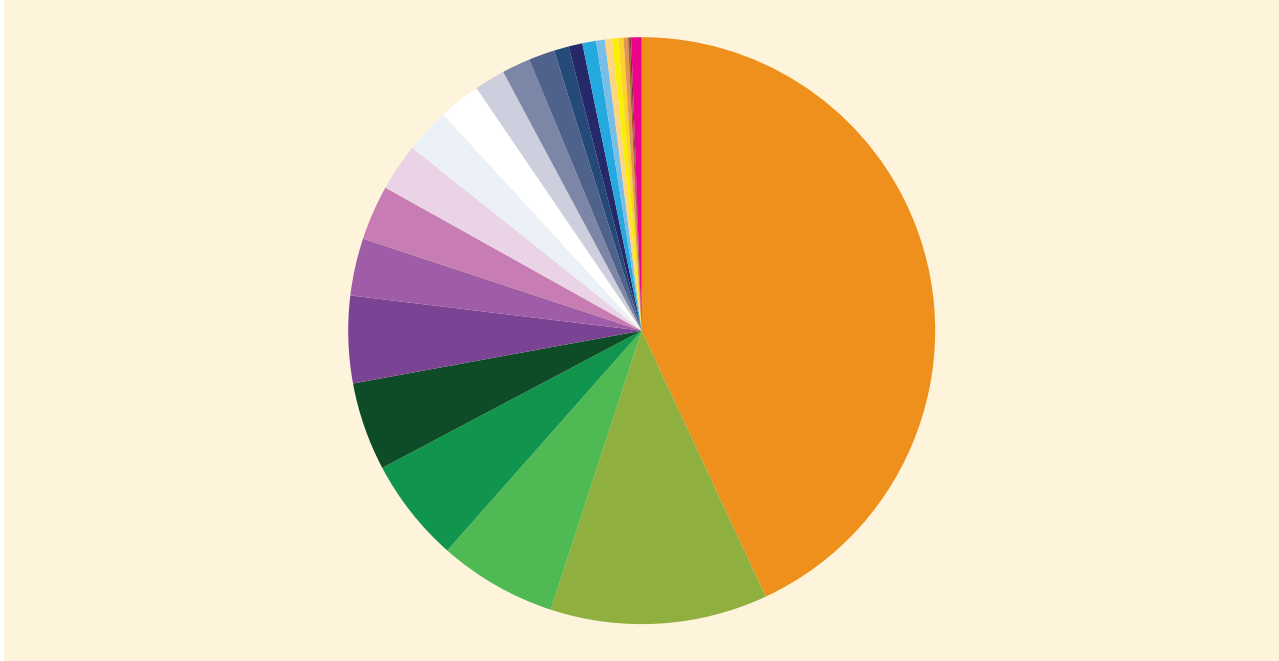
4% am gesamten Case Mix haben (Tabelle 3.3-4). Dieser ist damit gleichzeitig auch der Leistungsbe- reich mit dem höchsten CMI von rund 5.76.

In Abbildung 3.3-5 ist die Anzahl von stationär behandelten Basel-Städtern in ausserkantonalen Spitalern nach den verschiedenen akutsomatischen Leistungsbereichen im Jahr 2013 dargestellt. Die Abbildung 3.3-6 gibt zusätzlich einen Überblick über die prozentuale Verteilung dieser Patienten auf die einzelnen akutsomatischen Leistungsbereiche. Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2013 vorliegen. Für das Berichtsjahr kann jedoch von einer vergleichbaren ausserkantonalen Versorgungssituation der Basel-Städter ausgegangen werden. Im Jahr 2013 nahmen 2'915 basel-städtische Patienten eine akutsomatische Behandlung in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch. Dies entspricht einem Anteil von rund 9%. Der grösste ausserkantonale Leistungserbringer mit ca. 35% ist das Kantonsspital Baselland. Darauf folgen die Hirslanden Klinik Birshof und die Ita Wegman Klinik mit rund 13% respektive 5%. Unter den ausserkantonalen Universitätsspitalern weisen das Inselspital Bern und das Universitätsspital Zürich mit jeweils rund 2% die grössten Anteile an stationär versorgten ausserkantonalen basel-städtischen Patienten auf. Der unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen stationär am häufigsten in ausserkantonalen wie auch in innerkantonalen Spitalern von Basel-Städtern in Anspruch genommene Leistungsbereich ist die Orthopädie, wobei von den ausserkantonalen Hospitalisationen dieses Bereichs rund 36% (257 Fälle) auf die Hirslanden Klinik Birshof und ca. 30% (216 Fälle) auf das Kantonsspital Baselland entfallen.

3.4 Psychiatrische Spitalbehandlungen

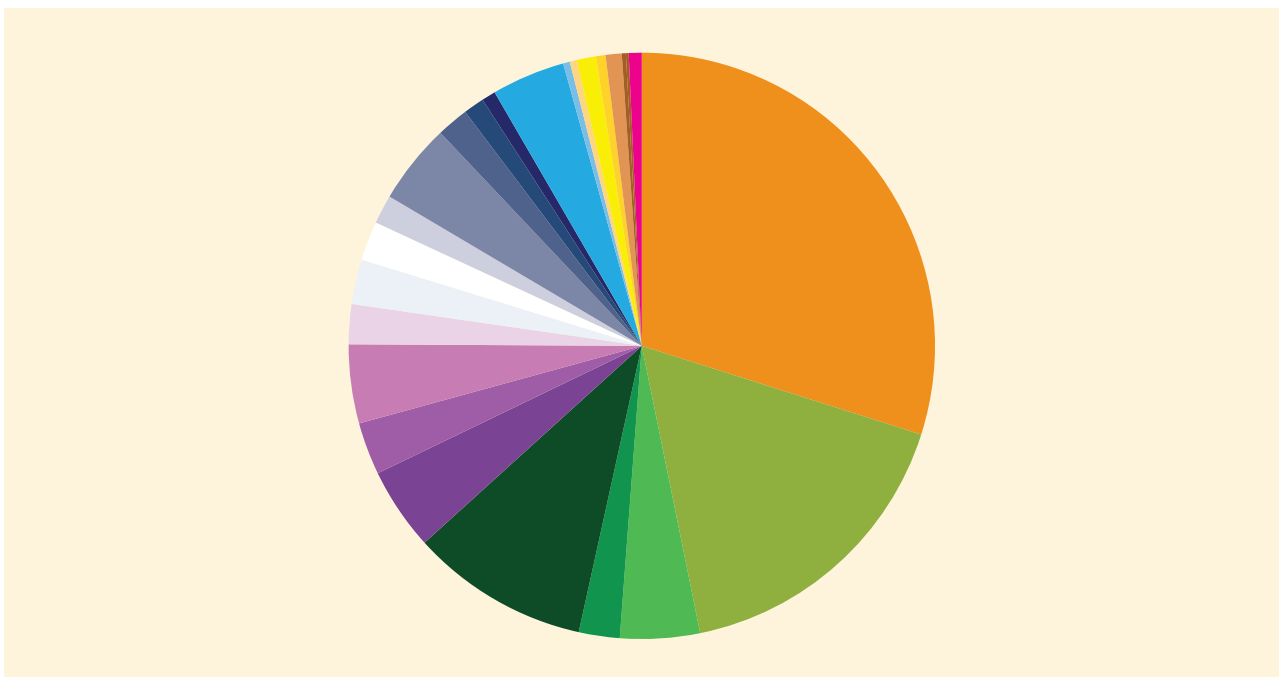
Im Jahr 2014 wurden in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Basel-Stadt insgesamt 2'644 basel-städtische Patienten stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr ist dies ein Rückgang von rund 6% (-154 Fälle). Die Abbildung 3.4-1 gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der fünf häufigsten, stationären Behandlungsindikationen dieser Patienten. Die affektiven Störungen (Depression, Manie) stellen mit rund 31% der Fälle den häufigsten

Abbildung 3.3-2: Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)



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

Abbildung 3.3-3: Case Mix der stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)



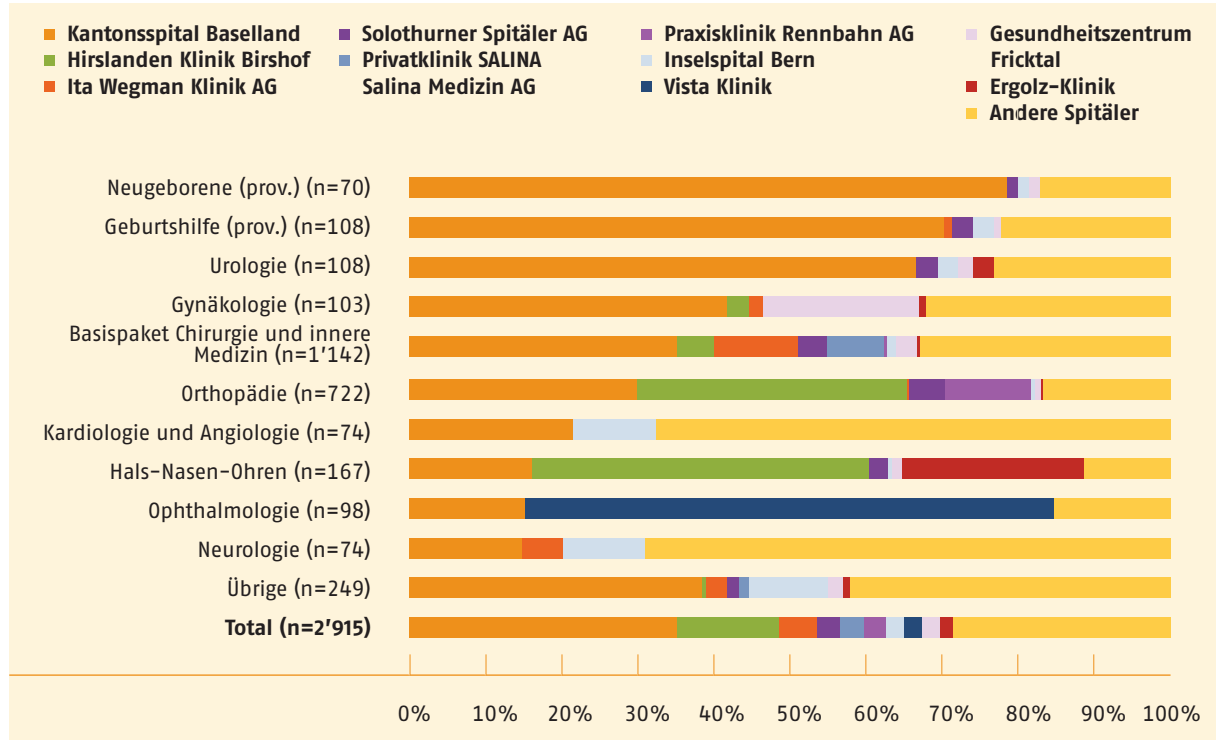
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

Tabelle 3.3-4: Stationäre, akutsomatische, nach SwissDRG abgerechnete Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern): Anzahl Fälle, Case Mix und Case Mix Index (CMI)

Leistungsbereich	Fälle		Case Mix		CMI
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
■ Basispaket Chirurgie und innere Medizin	13'635	43.1%	10'207	29.9%	0.75
■ Orthopädie	3'789	12.0%	5'777	16.9%	1.52
■ Geburtshilfe (prov.)	2'062	6.5%	1'500	4.4%	0.73
■ Neugeborene (prov.)	1'816	5.7%	770	2.3%	0.42
■ Kardiologie und Angiologie	1'539	4.9%	3'357	9.8%	2.18
■ Urologie	1'520	4.8%	1'558	4.6%	1.02
■ Gastroenterologie	1'001	3.2%	987	2.9%	0.99
■ Pneumologie	958	3.0%	1'484	4.3%	1.55
■ Hals-Nasen-Ohren	826	2.6%	750	2.2%	0.91
■ Neurologie	780	2.5%	842	2.5%	1.08
■ Gynäkologie	733	2.3%	739	2.2%	1.01
■ (Radio-) Onkologie	536	1.7%	543	1.6%	1.01
■ Viszeralchirurgie	496	1.6%	1'518	4.4%	3.06
■ Hämatologie	454	1.4%	602	1.8%	1.33
■ Dermatologie	257	0.8%	393	1.2%	1.53
■ Rheumatologie	243	0.8%	263	0.8%	1.08
■ Herz- und Gefässchirurgie	240	0.8%	1'382	4.0%	5.76
■ Ophthalmologie	153	0.5%	127	0.4%	0.83
■ Endokrinologie	125	0.4%	134	0.4%	1.07
■ Neurochirurgie	107	0.3%	360	1.1%	3.36
■ Nephrologie	91	0.3%	180	0.5%	1.98
■ Thoraxchirurgie	76	0.2%	303	0.9%	3.99
■ Schwere Verletzungen	30	0.1%	76	0.2%	2.54
■ Transplantationen solider Organe	24	0.1%	53	0.2%	2.19
■ Sonstige	181	0.6%	243	0.7%	1.34
Gesamt	31'672	100%	34'149	100%	1.08*

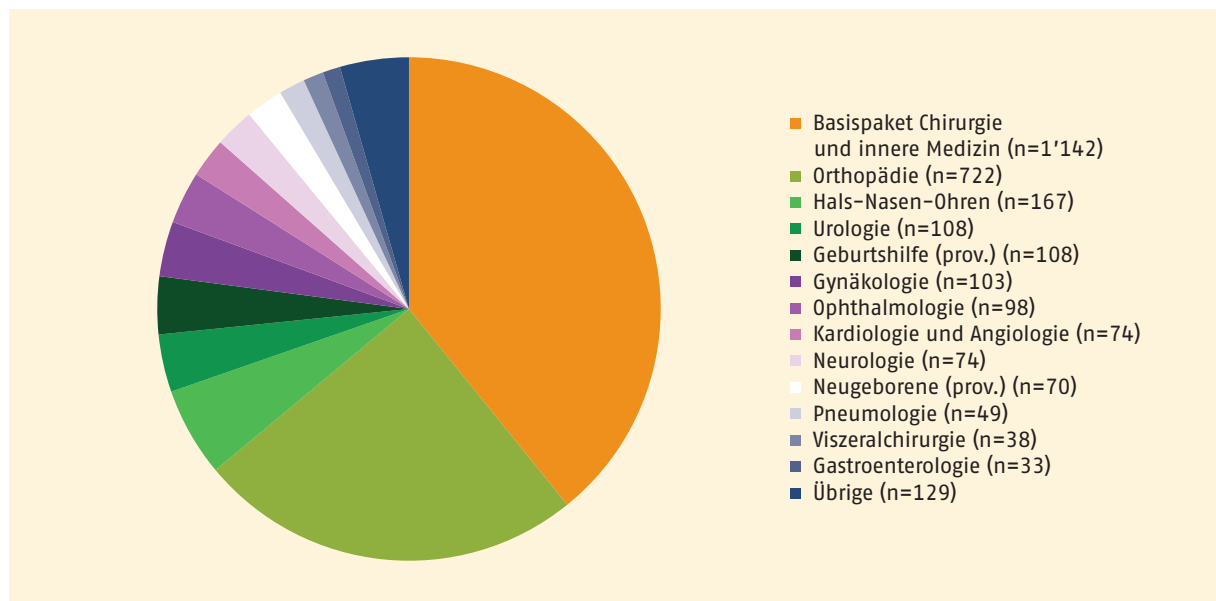
*gewichtet

Abbildung 3.3-5: Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)



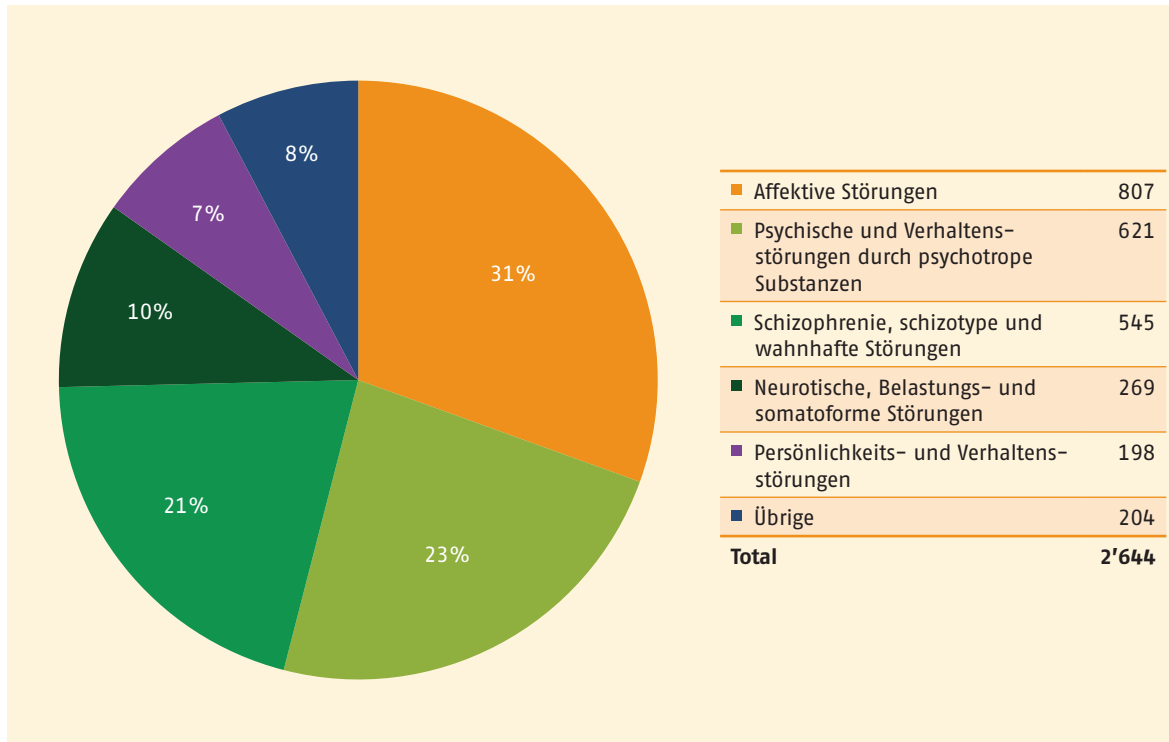
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

Abbildung 3.3-6: Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)



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

Abbildung 3.4-1: Anzahl der fünf häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen mit stationärer Behandlung im Jahr 2014 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)



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

stationären Behandlungsgrund dar, gefolgt von den durch psychotrope Substanzen ausgelösten Erkrankungen mit ca. 23% der Patienten. Diese sind gegenüber dem Vorjahr um 111 Fälle zurückgegangen, wobei sich in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Basel-Stadt deren prozentualer Anteil an allen stationär behandelten Basel-Städtern ebenfalls um rund 3% verringert hat. Im gleichen Zeitraum ist der prozentuale Anteil an Basler Patienten, die aufgrund einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sowie aufgrund neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen stationär behandelt worden sind, mit rund 21% respektive 10% in etwa konstant geblieben. Zu den übrigen gestellten und stationär behandelten Hauptdiagnosen zählen insbesondere die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie die organischen (inklusive symptomatischen) psychischen Störungen.

- 1 Es handelt sich um eine grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in den beiden Staaten ermöglichten die Realisierung dieses Pilotprojektes, insbesondere die Abgeltung der Leistungen für grenzüberschreitende Behandlungen durch die gesetzliche bzw. obligatorische Krankenversicherung. Für weitere Informationen: www.gruez.ch
- 2 Mit dem Leistungsbereich Orthopädie ist hier der in der Zürcher Leistungssystematik bezeichnete Leistungsbereich «Bewegungsapparat chirurgisch» gemeint. Da Orthopädie der im Allgemeinen geläufigere Begriff ist, wird dieser anstelle der Bezeichnung «Bewegungsapparat chirurgisch» verwendet.
- 3 Der Case Mix ist die Summe der effektiven Kostengewichte aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten SwissDRGs (üblicherweise pro Spital und Jahr erhoben).

4. Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung



In Kürze

- Im Jahr 2014 beliefen sich die Gesamtkosten für die stationäre Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung im Rahmen der Krankenversicherung auf 496.5 Mio. Franken. Davon finanzierte der Kanton 273.4 Mio. Franken (55%). Der rechnerische Anteil der Krankenkassen (45%) belief sich damit auf 223.7 Mio. Franken.
- Diese Kosten sind mit 2.0% etwas langsamer als im Vorjahr (2.1%) gestiegen.
- Seit 2013 übernehmen die Kantone gemäss bundesrechtlicher Bestimmung auch 20% der stationären Spitalkosten für Behandlungen von Geburtsgebrechen gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung. Diese Kosten beliefen sich auf 1.7 Mio. Franken (Vorjahr 1.5 Mio. Franken).
- Der Entlastungseffekt der neuen Spitalfinanzierung gemessen am Finanzierungssaldo der kantonalen Rechnung ist mit 14.2 Mio. Franken erneut angestiegen. Die kumulierte Entlastung der kantonalen Rechnung seit 2012 beläuft sich somit auf 30.9 Mio. Franken.
- Für die überwiegende Mehrheit der stationären Spitaltarife bestehen vertragliche Lösungen, so dass nur noch wenige Festsetzungsverfahren bestehen.
- Der Kanton Basel-Stadt finanzierte gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen der Spitäler mit 99.4 Mio. Franken. Gegenüber dem Jahr 2012 entspricht dies einem Abbau von 21.4 Mio. Franken.

4.1 Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung

Ab dem Jahr 2012 wird die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschriebene Regelung der Abgeltung der stationären Behandlungen durch leistungsorientierte Tarife angewendet. Danach finanzieren Wohnkanton und Krankenversicherer stationäre Spitalbehandlungen zu fixen Anteilen (Art. 49a KVG), wobei die Tarife die vollen anrechenbaren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzung) umfassen. Der Regierungsrat hat den kantonalen Vergütungsanteil für das Jahr 2014 auf den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert von 55% festgelegt. Gemäss Art. 14bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) werden Spitalaufenthalte zur Behandlung von Geburtsge-

brechen ebenfalls dual-fix durch Invalidenversicherung (IV) und Kanton finanziert, wobei der Kanton zur Übernahme von 20% der Kosten verpflichtet ist. Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen belief sich im Berichtsjahr auf 275.1 Mio. Franken. Das sind 5.6 Mio. Franken (2.1%) mehr als im Vorjahr. Aufgrund der kantonalen Finanzierungsanteile (KVG 55%, IVG 20%) lassen sich die relevanten Gesamtkosten für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnern im Jahr 2014 mit 505.6 Mio. Franken beziffern, wovon 8.5 Mio. Franken auf die Behandlung von Geburtsgebrechen gemäss IVG zurückzuführen sind. Als weiteres Finanzierungselement hat der Kanton den Spitälern die Bereitstellung von gemeinwirtschaftlichen und nicht kosten-deckenden Leistungen (GWL) mit Staatsbeiträgen

Tabelle 4.1-1: Kosten der Spitalfinanzierung in der kantonalen Rechnung 2010–2014

in Mio. Franken	2010	2011	2012	2013	2014
	Laufende Rechnung				
direkte Spitalbeiträge und Sockelbeitrag ¹	89.8	92.5			
Ordentlicher Nettoaufwand öffentliche Spitäler	260.1	251.5			
Konsolidierungsabzug (v.a. interene Mieten Spitäler)	-41.5	-39.3			
Kantonsanteil stationäre Behandlung nach KVG, IVG			262.5	269.4	275.1
Staatsbeiträge GWL durch Regulator ²			118.4	105.5	92.5
Staatsbeiträge GWL weitere Behörden ³			2.5	2.5	6.9
Total ONA/ZBE Spitalfinanzierung	308.3	304.7	383.4	377.4	374.5
Betriebliche Abschreibungen	28.3	33.9			
Abschreibungen Immobilien Spitäler ⁴	10.1	11.1			
Saldo Laufende Rechnung Spitalfinanzierung	346.8	349.8	383.4	377.4	374.5
	Investitionsrechnung				
Total Investitionen Spitäler	71.0	84.0	0.0	0.0	0.0
Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung	379.3	388.7	383.4	377.4	374.5
Entlastung Finanzierungssaldo zum Jahr 2011			5.3	11.3	14.2
Kumulierte Entlastung Finanzierungssaldo seit 2011			5.3	16.7	30.9

- 1 altrechtliche Beiträge an Privatspitäler, Reha Chrischona, UKBB, Ausserkantonale Spitalbehandlungen, Sockelbeitrag
- 2 Beiträge zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) Rechnung des Bereichs Gesundheitsversorgung: ungedeckte Kosten ambulanter Bereich, ungedeckte Kosten universitäre Lehre und Forschung, übrige GWL
- 3 Bereich Gesundheitsdienste: Leitender Notarzt, geschützte Operationsstellen; Justiz- und Sicherheitsdepartementen: Notarzt Rettung; Erziehungsdepartement: Beschulung Kinder in Spitälern; Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt: Sozialdienste Spitäler (ab 2014, vorher Bereich Gesundheitsversorgung)
- 4 Abschreibungen auf Immobilien der Spitäler im Verwaltungsvermögen im Jahr 2011 (Annahme für alle Jahre).

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

im Umfang von 99.4 Mio. Franken abgegolten. In der laufenden Rechnung des Kantons Basel-Stadt kommt die Gesamtbelastung durch die Spitalfinanzierung damit auf 374.5 Mio. Franken zu stehen (vergleiche Tabelle 4.1-1). Weil die Investitionskostenanteile nach den neuen Regeln in den KVG-Tarifen integriert sind, wird die laufende Rechnung im Vergleich zur altrechtlichen Situation bis zum Jahr 2011 stärker belastet. Im Gegenzug wurde die kantonale Investitionsrechnung ab dem Jahr 2012 dauerhaft um jährlich 84.0 Mio. Franken entlastet, weil die öffentlichen Spitäler ihre Investitionen seither selbst zu finanzieren haben. Im Endergebnis hat dies im Jahr 2014 im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) zu einer Entlastung des kantonalen Finanzierungssaldos von

14.2 Mio. Franken geführt. Der Entlastungseffekt ist damit nochmals angestiegen. Er ist auf den Abbau der Staatsbeiträge für die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen der Spitäler zurückzuführen.

4.2 Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen

Aus den Kosten für den Kantonsanteil der stationären Spitalbehandlungen lassen sich sowohl die Gesamtkosten wie auch der Anteil der Krankenversicherer berechnen (siehe Tabelle 4.2-1). Die KVG-relevanten Gesamtkosten beliefen sich im Jahr 2014 auf 497.1 Mio. Franken und sind gegenüber dem Vorjahr um 9.6 Mio. Franken (2.0%) angestiegen, wovon 5.3 Mio. Franken auf den Kanton (55%) und 4.3 Mio. Franken auf die Krankenversicherer (45%) entfallen.

Der aus der kantonalen Rechnung hergeleitete Kostenanteil der Krankenversicherer sollte mit den in der Branchenstatistik der Krankenversicherung – dem Datenpool der SASIS AG¹ – ausgewiesenen Kosten korrespondieren. Weichen diese Zahlen ab, so ist der Grund vorwiegend in unterschiedlichen Jahresabgrenzungen aufgrund des getrennten Belegflusses zu suchen. Dieser Effekt ist ausgeprägt in den Jahren 2012 und 2013 zu beobachten. Durch die neuen Arbeitsprozesse bei der Abrechnung der stationären Spitalrechnungen ist es bei den Krankenversicherungen zu Verzögerungen bei der Rechnungsverarbeitung gekommen. Dadurch war das Kostenwachstum im Einführungsjahr zu tief und im Folgejahr dementsprechend zu hoch.

Aufgrund dieser Datenlage lässt sich der einmalige Kosteneffekt, der durch die neue Spitalfinanzierung entstanden ist, nicht exakt isolieren. Näherungsweise kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die stationären Spitalkosten der Krankenversicherungen im Kanton Basel-Stadt durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung um 12%–13% gestiegen sind. In den beiden Folgejahren ist ein moderates und im Vergleich zu den gesamten Gesundheitskosten unterdurchschnittliches Wachstum von rund 2% zu verzeichnen. Die sprunghafte Zunahme im Einführungsjahr ist in erster Linie durch die Mitfinanzierungspflicht der Investitionskostenanteile (normativ ca. 10% des Tarifs) und des höheren Vergütungsanteils bei den ausserkantonalen Wahlbehandlungen bedingt. Entlastet wurden dadurch die Spitalzusatzversicherungen.

Wie die Aufschlüsselung nach Leistungsbereichen (Tabelle 4.2-2) zeigt, stellen die Vergütungen für akutsomatische Behandlungen nach KVG mit 194.9 Mio. Franken (ca. 71%) den grössten Anteil an den Kantonsbeiträgen für stationäre Spitalleistungen dar. Sie haben gegenüber dem Vorjahr um 3.8 Mio. Franken (2.0%) zugenommen. Der Kostenanstieg erklärt

sich durch den leichten Anstieg des CMI auf 1.08 (0.7%), der Zunahme der Fallzahlen um ca. 2% sowie der Erweiterung des Zusatzentgelte-Katalogs im Rahmen des Tarifwerks SwissDRG. Für Rehabilitationsbehandlungen wurden 3.5 Mio. Franken (-9.1%) weniger aufgewendet. Diese Minderaufwendungen sind vor allem in der geriatrischen Rehabilitation zu verzeichnen, weil der Bedarf aufgrund des Kapazitätsausbaus bei den Pflegeheimplätzen rückläufig war. Die Aufwendungen für psychiatrische Behandlungen sind mit 35.6 Mio. Franken stabil (+0.4 Mio. Franken oder 1.1%). In der Palliativversorgung sind die Ausgaben um rund 17% (0.4 Mio. Franken) auf 2.9 Mio. Franken angestiegen. Hier fällt neben dem Anstieg der vergüteten Pflagestage (5.5%) die Erhöhung der Tagestaxen ins Gewicht. Diese waren bisher nicht kostendeckend abgebildet und im Zuge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung schrittweise vertraglich angepasst worden.

4.3 Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt

4.3.1 Grundlagen des Tarifrechts nach KVG

Die stationären Spitaltarife nach KVG stellen das wichtigste Finanzierungselement der Spitäler dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung an die Wohnkantone und Krankenversicherungen der Patienten. Die gesetzlichen Bestimmungen schreiben die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler vor. Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen gelten seit 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem Tarifregelwerk SwissDRG. Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch Tagespauschalen.

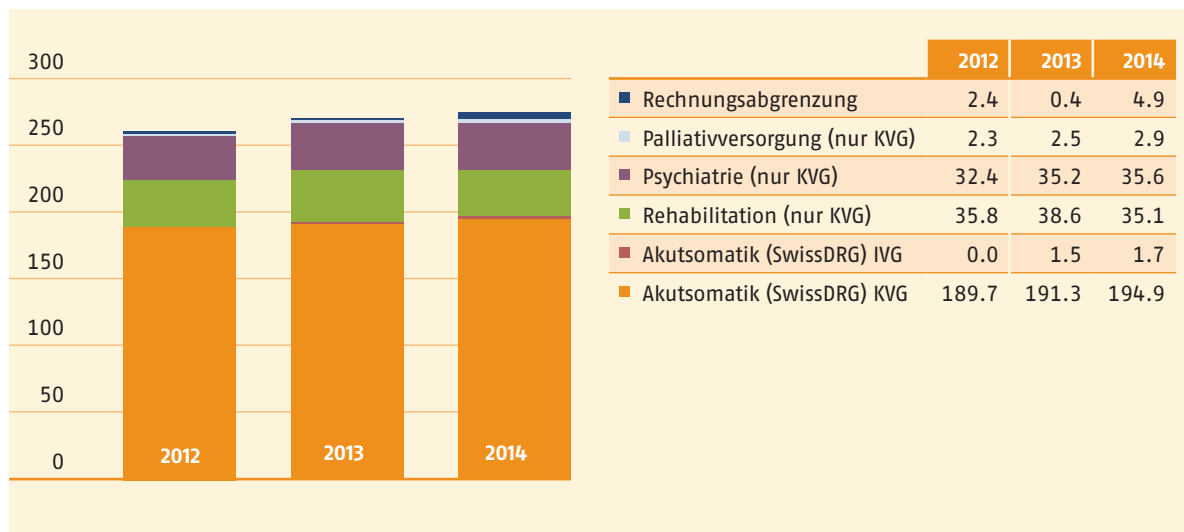
Das im KVG verankerte Verhandlungsprimat fordert die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn solche Verhandlungen definitiv gescheitert sind, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfahren können durch die Tarifparteien mittels Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden, welches letztinstanzlich urteilt.

Tabelle 4.2-1: Kostenentwicklung der stationären Spitalbehandlungen gemäss KVG

	2011	2012	2013	2014	Veränderung Vorjahr		
					Mio. Franken		
1 Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung	–	262.6	269.5	275.1	–	2.6%	2.1%
2 davon IVG	–	0.0	1.4	1.7	–	–	21.4%
3 Kantonsbeitrag KVG (55%)	–	262.6	268.1	273.4	–	2.1%	2.0%
4 Gesamtkosten KVG (100%)	–	477.5	487.5	497.1	–	2.1%	2.0%
5 errechneter Anteil Krankenversicherung (45%)	–	214.9	219.4	223.7	–	2.1%	2.0%
6 Kosten Spital stationär gem. SASIS Datenpool	190.4	194.2	222.3	223.9	2.0%	14.4%	0.7%

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, SASIS AG

Abbildung 4.2-2: Kosten der stationären Spitalbehandlung nach Leistungsbereichen



Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Fallzahlenstatistik Gesundheitsversorgung

Die Genehmigung oder Festsetzung von Krankenversicherungstarifen unterliegt Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG). Danach sind die kantonalen Behörden verpflichtet, vorgängig die eidgenössische Preisüberwachung (PUE) anzuhören. Diese kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder Preise zu senken. Diese Stellungnahmen sind für die Kantonsregierung nicht verbindlich. Sie sind jedoch in den Tariftscheiden aufzuführen. Wird den Empfehlungen der PUE nicht Folge geleistet, ist dies zu begründen. Bezüglich der Höhe der Tagespauschalen hat die PUE analog den Vorjahren generell auf Stellungnahmen verzichtet. Bei den akutsomatischen SwissDRG Baserates gab sie hingegen bei den meisten Leistungserbringerinnen eine Empfehlung ab.

4.3.2 Entwicklung der Tariflandschaft

Im Bereich der Akutsomatik sind die Beschwerden, welche gegen die jeweilige Festsetzung des Tarifes für die Leistungsabteilung ab 1. Januar 2012 ergriffen wurden, weiterhin vor Bundesverwaltungsgericht hängig. Folglich sind die vom Regierungsrat zwischen den von tarifsuisse ag vertretenen Versicherern und den Leistungserbringerinnen Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) sowie Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie, provisorisch festgesetzten Spitaltarife 2012 weiterhin gültig.

Die von den Parteien für die Folgejahre angestrebten Festsetzungsverfahren hat das Gesundheitsdepartement entsprechend den übereinstimmenden Begehren der Tarifparteien bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheides durch das Bundesverwaltungsgericht betreffend Baserates bzw. Tagespauschalen 2012 sistiert. Wo nötig hat der Regierungsrat provisorische Tarife festgesetzt.

4.3.3 Neue provisorische Arbeitstarife ab 2014

Der Regierungsrat setzte mit Beschluss vom 7. Januar 2014 provisorische Tarife für die Leistungsabteilung ab 1. Januar 2014 fest, da sich die Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie, mit der Einkaufsgemeinschaft HSK, der Assura Basis-SA und der Sympany bereits für das Jahr 2013 nicht mehr auf einen neuen Tarif vertraglich einigen konnte. Eine Verlängerung eines Tarifvertrages ist gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG lediglich um ein Jahr möglich.

In Sachen Festsetzung Tagespauschale Erwachsene in den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK)

ab 1. Januar 2012 ist ein Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) ergangen, in welchem der Tarif aufgehoben und zur Neufestsetzung an den Regierungsrat (Vorinstanz) zur Neubeurteilung zurückgewiesen wurde (BVGer C-1632/2013 vom 5. Mai 2015). Aufgrund des Verhandlungsprimats liegt es somit in erster Linie an den beiden Tarifpartnern, basierend auf dem Entscheid des BVGer neue Verhandlungen für einen Tarif ab dem Jahr 2012 aufzunehmen. Sollten diese Verhandlungen ebenfalls scheitern, wird der Regierungsrat im Sinne der Erwägungen einen neuen Tarif für die Leistungsabteilung festzusetzen haben.

Dagegen sind die beiden weiteren Verfahren (Tagespauschalen Felix Platter-Spital und Bethesda-Spital) immer noch vor dem BVGer hängig und somit die vom Regierungsrat zwischen der Einkaufsgemeinschaft HSK und den Leistungserbringerinnen provisorisch festgesetzten Spitaltarife 2012 weiterhin gültig. Der Regierungsrat setzte mit Beschluss vom 7. Januar 2014 einen provisorischen Tarif für die Leistungsabteilung ab 1. Januar 2014 fest, da sich die UPK mit tarifsuisse ag bereits für das Jahr 2013 nicht mehr auf einen neuen Tarif für die Leistungsabteilung im Bereich der Kinder- & Jugendpsychiatrie vertraglich einigen konnten. Eine Verlängerung eines Tarifvertrages ist gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG lediglich um ein Jahr möglich. Selbiges tat er in Bezug auf die Assura und SUPRA mit Beschluss vom 21. April 2015.

4.3.4 Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung

Nach dem zweiten Leitentscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014 (BVGE 2014/36) hat sich die Preisüberwachung dazu entschlossen, den Kantonsregierungen zu empfehlen, sich für die Festlegung der Basispreise 2015 auf das kantonale Benchmarking 2012 des Zürcher Regierungsrates abzustützen. Dies solange, bis das von der PUE zu erarbeitende nationale, möglichst repräsentative statistische Benchmarking vorliegen würde.

Das Bundesverwaltungsgericht hat für Zürcher Nicht-Universitätsspitäler mit Notfallstation den aufgrund eines kantonalen Benchmarking mit 14 Spitalern ermittelten Referenz-Basiswert von 9'480 Franken geschützt (BVGE 2014/36 E. 25.1). Im Weiteren erwägt das Bundesverwaltungsgericht, dass ein Benchmarking gesamtschweizerisch und nicht nur kantonal durchgeführt werden soll. Somit sei das

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

	Spital	Versicherer	Baserates (Fr.)			
			2012	2013	2014	2015
<p>1 Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig</p>	Universitätsspital Basel	tarifsuisse ¹	10'700	10'400	10'430	10'350
		HSK	10'670	10'550	10'430	10'370
		Assura / SUPRA	10'800	10'550	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	9'677	9'708	9'756	nicht genehmigen
<p>2 Vertragliche Einigung angekündigt, Tarifvertrag noch nicht vorliegend</p>	Universitäts-Kinderspital beider Basel	tarifsuisse ³	11'649	11'649	11'649	11'649
		HSK	11'900	12'050	11'900	11'850
		Assura / SUPRA	11'900	12'050	12'050	11'900
		Sympany	11'750	11'950	11'900	11'800
<p>3 Vorjahrestarifvertrag um ein Jahr verlängert (Art. 47 Abs. 3 KVG)</p>	St. Claraspital	PÜ-Empfehlung²	9'674	8'930	9'756	Verzicht
		tarifsuisse	9'756	9'756	9'690	9'690
		HSK	10'175	9'756	9'690	9'690
		Assura ⁴	10'175	10'070	9'690	9'690
<p>4 Bundesverwaltungsgericht hat festgesetzten Tarif aufgehoben, neues Verfahren eingeleitet, provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft</p>	Merian Iselin Klinik	SUPRA ⁵	10'175	9'818	9'690	9'690
		PÜ-Empfehlung²	8'974	9'005	8'885	9'567
		tarifsuisse ⁶	9'945	9'945	9'945	9'945
		HSK	10'175	10'175	9'800	9'800
<p>5 vorsorgliche Massnahme ab 1. Januar 2014 oder 2015</p>	Bethesda-Spital	Assura	10'175	10'175	9'800	9'800
		SUPRA	10'175	10'140	10'100	10'100
		Sympany	9'866	9'866	9'800	9'800
		PÜ-Empfehlung²	8'974	9'005	nicht genehmigen	nicht nötig
<p>6 kein selbstständiger Tarifvertrag mehr abgeschlossen, sondern anderen Versicherern angeschlossen</p>	Felix Platter-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'860	9'756	9'690	9'670
		HSK	9'860	9'800	9'690	9'665
		Assura / SUPRA	9'891	9'756	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	8'166	8'448	nicht genehmigen	9'574
<p>1 Tarif 2012 gilt bis zum 31.03.2013</p>	Adullam-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'900	9'750	9'650	9'620
		HSK	9'900	9'840	9'770	9'690
		Assura / SUPRA	9'900	9'750	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	Verzicht	9'005	nicht genehmigen	9'574
<p>2 Nicht bindende Empfehlung der eidgenössischen Preisüberwachung</p>	Schmerzlinik	tarifsuisse	9'900	9'660	9'600	9'570
		HSK	9'728	9'724	9'674	9'600
		Assura / SUPRA	9'900	9'660	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	Verzicht	9'005	nicht genehmigen	Verzicht
<p>3 provisorischer Tarif 2012 (Fr. 11'900) gültig, da festgesetzter Tarif wegen Beschwerdeverfahren nicht rechtskräftig</p>	Geburtshaus Basel	tarifsuisse	9'756	9'720	9'670	9'600
		HSK	9'780	9'740	9'700	9'600
		Assura / SUPRA	9'752	9'720	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	8'974	9'005	nicht genehmigen	nicht nötig
<p>4 Tarif 2013 ist gewichteter Durchschnitt der Tarife, da ab Oktober 2013 Wechsel von Fr. 10'175 zu Fr. 9'756 erfolgt</p>	Geburtshaus Basel	tarifsuisse	9'830	9'830	8'830	8'830
		HSK	9'830	9'850	8'795	8'840
		Assura / SUPRA	9'830	9'850	tarifsuisse	tarifsuisse
		PÜ-Empfehlung²	9'284	9'005	Verzicht	Verzicht

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

Spital	Versicherer	Tagespauschalen (Fr.)			
		2012	2013	2014	2015
Psychiatrie					
UPK Erwachsene stationär	tarifsuisse	660	660	660	660
	HSK	710	715	710	705
	Assura / SUPRA	710	710	710	710
UPK Kinder/Jugendliche stationär	tarifsuisse	795	795	795	795
	HSK	795	827	830	825
	Assura / SUPRA	795	795	795	795
Sonnenhalde stationär	tarifsuisse	565	565	575	575
	HSK	575	575	585	590
	Assura / SUPRA	575	575	tarifsuisse	tarifsuisse
Rehabilitation					
Felix Platter-Spital Frührehabilitation	tarifsuisse	620	620	620	620
	HSK	620	620	620	620
	Assura / SUPRA	620	620	620	tarifsuisse
Felix Platter-Spital Geriatrische und neurologische Reha	tarifsuisse	770	–	–	–
	HSK	720	720	720	720
	Assura / SUPRA	770	–	–	–
Felix Platter-Spital Geriatrische Reha	tarifsuisse	–	735	725	730
	Assura / SUPRA	–	735	725	tarifsuisse
Felix Platter-Spital Neurologische Reha	tarifsuisse	–	840	830	830
	Assura / SUPRA	–	840	830	tarifsuisse
Adullam-Spital Geriatrische Reha	tarifsuisse	585	610	610	650
	HSK	590	598	598	660
	Assura / SUPRA	585	610	610	tarifsuisse
Bethesda-Spital	tarifsuisse	620	620	610	610
	HSK	620	620	620	620
	Assura / SUPRA	620	620	620	620
Reha Chrischona	tarifsuisse	583	595	610	620
	HSK	586	595	620	620
	Assura / SUPRA	583	595	tarifsuisse	tarifsuisse
REHAB Basel Querschnittsgelähmte	tarifsuisse	1'345	1'354	1'390	1'415
	HSK	1'345	1'372	1'400	1'425
	Assura / SUPRA	1'345	1'354	1'372	tarifsuisse
REHAB Basel Hirnverletzte	tarifsuisse	1'474	1'489	1'510	1'535
	HSK	1'454	1'483	1'512	1'540
	Assura / SUPRA	1'474	1'489	1'510	tarifsuisse

Spital	Versicherer	Tagespauschalen (Fr.)			
		2012	2013	2014	2015
Palliativversorgung					
Palliativzentrum Hildegard	tarifsuisse	770	830	930	930
	HSK	792	792	930	930
	Assura / SUPRA	770	830	tarifsuisse	tarifsuisse
St. Claraspital	tarifsuisse	710	760	760	930
	HSK	710	750	750	930
	Assura / SUPRA	710	750	750	tarifsuisse
Tageskliniken					
UPK Erwachsene	tarifsuisse	431	431	433	433
	HSK	431	431	433	470
	Assura / SUPRA	431	431	tarifsuisse	tarifsuisse
UPK Kinder/Jug.	tarifsuisse	525	525	578	578
	HSK	525	611	611	524
	Assura / SUPRA	525	525	tarifsuisse	tarifsuisse
Sonnenhalde	tarifsuisse	300	300	300	300
	HSK	275	275	275	300
	Assura / SUPRA	300	300	tarifsuisse	tarifsuisse
Felix Platter-Spital	tarifsuisse	470	470	470	480
	HSK	470	470	470	480
	Assura / SUPRA	470	470	tarifsuisse	tarifsuisse
REHAB Basel	tarifsuisse	480	485	490	500
	HSK	460	470	480	490
	Assura / SUPRA	480	485	490	tarifsuisse

■ Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig

■ Tarifvertrag 2012 gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert

■ Vertragliche Einigung angekündigt, Tarifvertrag noch nicht vorliegend.

■ Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, rechtskräftig

■ Bundesverwaltungsgericht hat festgesetzten Tarif aufgehoben, neues Verfahren eingeleitet, provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft

■ vorsorgliche Massnahme ab 1. Januar 2014 oder 2015

■ kein selbstständiger Tarifvertrag mehr abgeschlossen, sondern anderen Versicherern angeschlossen

Die Preisüberwachung hat bei allen Tagespauschalen auf Empfehlungen verzichtet.

Zürcher Benchmarking nicht optimal, jedoch brauchbar, da es trotz einiger Mängel insgesamt über eine gute Qualität und gewisse Repräsentativität verfüge. Aus Mangel an Alternativen und bis zum Vorliegen des nationalen Benchmarkings der Preisüberwachung, erachte sie das Benchmarking des Kantons Zürich als akzeptable Übergangslösung. Da sich dieses Benchmarking auf die Tarife des Jahres 2012 beziehen würde, sei für die Bestimmung des Benchmarkwerts 2015 für die Zwischenjahre 2013 (0.43%) und 2014 (0.56%) die Teuerung (30% Sach- und 70% Personalkosten) zu berücksichtigen. Somit würden sämtliche Tarife für Nicht-Universitätsspitäler, die höher als 9'574 Franken liegen, der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht standhalten und seien somit nicht zu genehmigen. Dagegen verzichtete die PUE auf eine Empfehlung für die Baserate des UKBB sowie die Tagespauschalen für die Leistungsabteilung in der Psychiatrie, der Rehabilitation sowie der Palliativversorgung.

4.3.5 Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den stationären Spitaltarifen

Im Folgenden wird die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den stationären Spitaltarifen der letzten zwei Jahre zusammengefasst:

Effizienzgewinne sind zulässig

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen beiden Leitentscheiden² zur neuen Spitalfinanzierung festgehalten, dass Effizienzgewinne (Differenz zwischen eigenem Preis und Benchmarkwert) zulässig sind. Dies bedeutet, dass der maximal zulässige Tarif nicht von den spital-individuellen Kosten, sondern von den Kosten des Spitals, welches den Benchmark bildet, begrenzt wird. Ob dieser Gewinn in den Folgejahren wieder in die OKP-Leistungen zurückfliessen muss, hat es dagegen offen gelassen.

Keine Zu- oder Abschläge für höhere oder ungenügende Behandlungsqualität

Als Referenzspitäler für Betriebsvergleiche oder ein Benchmarking kommen nur solche in Frage, welche die tarifierte Leistung in der notwendigen Qualität erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Spitäler, welche die Versorgungsleistung nicht in der notwendigen Qualität erbringen, sollten schon aufgrund der Spitalplanung nicht in der Spitalliste aufgeführt sein

und dürfen bei einem Betriebsvergleich nicht berücksichtigt werden. Systemfremd wäre es, für Spitäler mit ungenügender Qualität Tarifreduktionen festzulegen, oder umgekehrt für höhere Behandlungsqualität Tarifierhöhungen zuzugestehen.

Grosser Ermessensspielraum der Kantonsregierung in der Einführungsphase

Weiter hat das Bundesverwaltungsgericht die Grundsätze der Tarifiermittlung aufgezeigt und insbesondere festgehalten, dass ein grosser Ermessensspielraum der Kantonsregierung bestehe. Halte sich diese bei der Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten an die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und erscheine ihre Interpretation der gesetzlichen Bestimmungen vertretbar, wird vom BVGer für eine erste Phase der Einführung der Fallpauschalen ein sehr weiter Spielraum zugestanden.

Normabzüge grundsätzlich nicht mehr zulässig

Grundsätzlich sind normative Abzüge (z.B. nicht anrechenbaren Aufwand für universitäre Lehre und Forschung) nur dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingt, von der betreffenden Leistungserbringerin die Entscheid erheblichen (transparenten) Daten zu erhalten. Das BVGer geht klar davon aus, dass die Lieferung dieser Daten aufgrund von REKOLE^{®3}-konformen Kostenausweisen für jede Leistungserbringerin möglich sein muss. Sollte dies nicht der Fall sein, muss der normative Abzug so angesetzt werden, dass die Leistungserbringerin mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass sie entgegen den Vorschriften keine transparenten Daten geliefert hat. Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen ist, wurde vom BVGer offen gelassen. Es hat dazu festgehalten, dass es nicht zulässig ist, diesen Normabzug mit vom Kanton gewährten Beiträgen (z.B. Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen) gleichzusetzen, da diese nicht zwingend den effektiven Kosten entsprechen müssen. Ebenfalls wurde die Bestimmung der Höhe des Aufwandes für universitäre Lehre und Forschung mittels der von den Universitätsspitalern angewendeten Tätigkeitsanalyse als ungenügend beurteilt.

Intransparenzabzug bei in den Benchmark einbezogenen Spitälern ist unzulässig

Bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (also vor dem Benchmarking) ist kein Intransparenzabzug vorzunehmen. Diejenigen Spitäler, die keine hinreichend transparente und vollständige Kostenrechnung vorlegen, sollen idealerweise nicht in das Benchmarking einbezogen werden.

Betriebsvergleiche und Benchmarking haben grundsätzlich kostenbasiert zu erfolgen

Da mit dem Betriebsvergleich die Effizienz eines Spitals beurteilt werden soll, hat das Benchmarking grundsätzlich kostenbasiert und nicht aufgrund der verhandelten Preise zu erfolgen. Solange für einzelne Kantone verwertbare Kostendaten fehlen, ist während einer Übergangsphase die Orientierung an rechtskräftig festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Spitäler nicht grundsätzlich unzulässig (sog. Preisbenchmarking).

Betriebsvergleich ist idealtypisch gesamtschweizerisch vorzunehmen

Da der Betriebsvergleich gesamtschweizerisch vorzunehmen ist, resultiert idealtypisch ein schweizweit einheitlicher Benchmark. Nach Aufrechnung weiterer tarifrelevanter Kostenanteile, die bei der Berechnung der benchmarking-relevanten Basiswerte noch nicht berücksichtigt wurden (z.B. Anlagenutzungskosten und Teuerung), resultiert der Referenzwert, welcher die Ausgangsbasis für die Preisgestaltung bildet. Bei der Preisgestaltung ist es nicht ausgeschlossen, dass die Tarifpartner nebst dem Referenzwert in begründeten Fällen noch spitalindividuelle Besonderheiten berücksichtigen. Das Bundesverwaltungsgericht hat für Zürcher Nicht-Universitätsspitäler mit Notfallstation trotzdem den aufgrund eines kantonalen Benchmarking mit 14 Spitälern ermittelten Referenz-Basiswert geschützt.

Eigenes Benchmarking für Universitätsspitäler sowie für universitäre Kinderspitäler und -kliniken zulässig

Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus. Die Bildung von Benchmarking-Gruppen steht im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten

Betriebsvergleichs. Trotzdem ist ein separates Benchmarking der Universitätsspitäler⁴ wie auch eines der universitären Kinderspitäler und -kliniken⁵ in der Einführungsphase hinzunehmen. Je weniger Spitäler in eine Benchmarking-Gruppe einbezogen werden, desto höher müssen die Anforderungen an die Kostendatenqualität sein.⁶

Effizienzmassstab

Als Effizienzmassstab für das Benchmarking der nicht-universitären Spitäler ist das Abstellen auf das 40. Perzentil sachgerecht. Selbiges gilt auch für das ersatzweise Abstellen auf das zweitgünstigste Spital bei einer Vergleichsgruppe von lediglich vier⁷ Universitätsspitalern⁸ oder vier universitären Kinderspitälern bzw. -kliniken⁹.

Tagespauschalen ausserhalb des Bereichs der Akutsomatik weiterhin zulässig

Da noch keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt wurde, ist die Verwendung des bisherigen Tarifsystems mit Tagespauschalen im Bereich der Psychiatrie vorläufig zulässig.¹⁰ Da dies ebenfalls in den Bereichen Rehabilitation und Palliativversorgung der Fall ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch dort vorläufig Tagespauschalen weiterhin zulässig sind.

Wirtschaftlichkeitsprüfung auch bei Tagespauschalen zwingend¹¹

Weil im Bereich der Psychiatrie noch keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur vorliegt, mittels welcher die schweregradbereinigten Fallkosten sachgerecht abgebildet werden, ist die Preisbestimmung anhand eines Referenzwertes i.S.v. Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG (noch) nicht möglich. Trotzdem ist eine Tariffestsetzung einzig anhand der Kosten nicht ausreichend. Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in einem ersten Schritt vergleichbare Einrichtungen, welche über grundsätzlich vergleichbare Kostenrechnungen (REKOLE®) verfügen, daraufhin zu untersuchen, ob tatsächlich eine Vergleichbarkeit gegeben ist, was eine zuverlässige und umfassende Datenbasis bedingt. Sodann ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmen, an welche zurzeit keine hohen Anforderungen gestellt werden. Auch ist in der Einführungsphase ein Preisbenchmarking nicht grundsätzlich abzulehnen.

4.3.6 Fazit aus der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts

Das BVGer stellt sehr hohe Anforderungen an die Kostenausweise der Spitäler. Insbesondere die Universitätsspitäler versuchen den Vorgaben des BVGer für die Ermittlung der Kosten der universitären Lehre und Forschung gerecht zu werden. Aus diesem Grund haben sie eine den Anforderungen des BVGer entsprechende neue Tätigkeitsanalyse in Auftrag gegeben. Ob diese sodann durch das Gericht geschützt werden wird, bleibt abzuwarten. Dieses Problem könnte durch die Festlegung von bundesrechtlichen Normabzügen für die jeweils von den Leistungserbringerinnen erbrachte universitären Lehre und Forschung umgangen werden.

Das BVGer hat in mehreren Punkten (z.B. Ermessensspielraum der Kantonsregierungen bei der Umsetzung der Preisbildungsregel, Separates Benchmarking Universitäts- und nicht-Universitätsspitäler, Preisbenchmarking nicht grundsätzlich unzulässig) festgehalten, dass während einer Übergangsphase bzw. der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung gewisse rechtliche Vorgaben weit ausgelegt werden können. Die Frage, ob diese Phase ab dem Jahr 2015 bereits abgelaufen sein wird, wird von den Tarifpartnern unterschiedlich beurteilt.

Damit Betriebsvergleiche – wie vom Gesetzgeber verlangt – zukünftig gesamtschweizerisch vorgenommen werden können, wird ab Oktober 2015 von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)¹² eine Datenbank in Betrieb genommen werden, welche durch die Kantone mit den Kostendaten (ab 2014) der einzelnen Leistungserbringerinnen gespiesen werden wird. Folglich werden die Kantone auch auf sämtliche ausserkantonalen Kostendaten Zugriff haben, wodurch künftig nationale Betriebsvergleiche, welche für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die kantonalen Behörden von Tarifen von Nöten sind, möglich sind.

4.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler

Als weiteres Element der neuen Spitalfinanzierung wird im Gesetz (Art. 49 KVG) festgehalten, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht durch die Krankenversicherer vergütet werden dürfen. Sie sind durch die Auftraggeber (Kantone, Gemeinden, Dritte) zu bezahlen. Unter GWL wird die Erfüllung von Aufgaben verstanden, mit denen die Spitäler durch die öffentliche Hand (z.B. in Ausübung von Bundesrecht) betraut werden oder aber die aufgrund eines gesellschaftlichen Konsenses angeboten werden sollen. Im Gesetz wird der Begriff nicht abschliessend definiert. Explizit erwähnt werden Aufwendungen für universitäre Lehre und Forschung sowie Kosten zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Weitere Beispiele sind etwa Beschulung von Kindern bei längeren Spitalaufenthalten, Sozialdienste in Spitälern, geschützte Operationsstellen usw. Die abschliessende Klärung dieses Begriffes ergibt sich aus dem Vollzug des Gesetzes durch die Kantone.

Im Rahmen der altrechtlichen Finanzierungssituation wurde bei der Mittelzuweisung an die öffentlichen Spitäler als Teil der kantonalen Verwaltung der Verwendungszweck nicht trennscharf unterschieden. In das Restdefizit, welches im Rahmen der kantonalen Rechnung finanziert wurde, flossen neben der Abgeltung der Dienstleistung auch die implizite Vergütung für die Bereitstellung der GWL und die Übernahme der ungedeckten Kosten anderer Leistungsbereiche. Private Spitäler waren gezwungen, diese Aufgaben durch eine Quersubventionierung z.B. aus den Erträgen der Zusatzversicherungen sicherzustellen. Zu den nicht kostendeckenden Leistungen zählen vor allem die Spitalambulatorien und Tageskliniken der öffentlichen Spitäler. Während die Krankenversicherer für ambulante Leistungen keine kostendeckenden Tarife vergüten, besteht bei den Tageskliniken eine Finanzierungslücke, weil der Begriff der teilstationären Leistungen und damit auch deren Finanzierung aus dem KVG gestrichen wurde. Es ist nur noch die Vergütung ambulanter Pflichtleistungen gemäss den gesamtschweizerischen Tarifen (Tarmed, Physiotherapie, Analyseliste, usw.) möglich. Dies hat dazu geführt, dass weitere zwingende Bestandteile teilstationärer Angebote (z.B. tagesklinische Betreuungsleistungen) nicht mehr gedeckt sind. Mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ist

Tabelle 4.4-1: Staatsbeiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen und ungedeckte Kosten der basel-städtischen Spitäler

	Rechnung 2012	Rechnung 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016
Ungedeckte Kosten Ambulatorien öffentliche Spitäler	27.9	18.6	9.2	5.5	5.5
Ungedeckte Leistungen Tageskliniken	3.4	3.8	3.5	3.8	3.8
Kosten Fachärztliche Weiterbildung	14.4	13.7	12.8	12.9	12.9
Finanzierung nicht gedeckte Kosten der universitären Lehre und Forschung	59.3	59.3	62.4	60.9	37.3
Langezeitpflegepatienten in Spitälern	5.0	4.1	5.5	3.9	0.9
Übrige GWL	8.3	5.8	2.4	1.4	1.7
GWL Spitäler	118.3	105.3	95.8	88.4	62.1
weitere GWL Gesundheitsdepartement	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
weitere GWL Kanton Basel-Stadt	1.8	1.8	6.2	6.2	6.1
Total GWL Rechnung Basel-Stadt	120.8	107.8	102.7	95.3	68.9
GWL des Kantons Basel-Landschaft an UKBB	7.2	6.2	5.8	5.8	5.8

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

die Behandlung des Einkaufs von GWL bei den Spitälern als klassische Planungs- und Vollzugsaufgabe zu behandeln. Dabei wird zunächst der Bedarf bestimmt. Danach sind für diese Leistungen mit einem oder mehreren geeigneten Spitälern Leistungsvereinbarungen auszuhandeln, welche Menge, Qualität und Preis definieren und festlegen, in welcher Form die Leistungserbringung überwacht wird. Zu diesem Zweck soll eine GWL durch eine Fachinstanz vergeben und gesteuert werden. Daher sind nicht zwingend alle GWL im Budget des Gesundheitsdepartements eingestellt.

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat für die Jahre 2012 und 2013 sowie die Jahre 2014 und 2015 entsprechende Rahmenausgabenbewilligungen¹³ gutgeheissen. Die Staatsbeiträge zur Abgeltung der GWL des UKBB wurden für die gleichen Zeiträume im Rahmen von Partnerschaftlichen Geschäften¹⁴ von den Parlamenten der beiden Kantone beschlossen. Tabelle 4.4-1 gibt einen Überblick über die ausbezahlten Beiträge der Jahre 2012 bis 2014 sowie die geplanten und bewilligten Mittel für das Jahr 2015 und die budgetierten Beträge für das Jahr 2016. Für die Jahre 2016 bis 2018 sind neue Rahmenausgabenbewilligungen notwendig.

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung bis zum Ende der gegenwärtigen Planung im Jahr 2016 ist ein

deutlicher Rückgang der Staatsbeiträge zur Finanzierung von GWL des Kantons Basel-Stadt von 51.9 Mio. Franken (-43%) zu erwarten. Dieser Abbau betrifft insbesondere die Abgeltung der nicht gedeckten Kosten der Ambulatorien der öffentlichen Spitäler (-22.4 Mio. Franken). Dies wurde im Rahmen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung so vorgesehen, um den öffentlichen Spitälern die Möglichkeit zu geben, sich den neuen Gegebenheiten anzupassen. Der leichte Rückgang der Vergütung der Weiterbildungskosten für die Facharztausbildung ist auf eine Harmonisierung der Abgeltungsansätze mit denjenigen des geplanten interkantonalen Konkordates über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung¹⁵ zurückzuführen.

Zur Finanzierung von ungedeckten Kosten der Lehre und Forschung erhalten die Spitäler seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung jährlich rund 60 Mio. Franken. Die inzwischen vorliegenden Leiturtteile des Bundesverwaltungsgerichts zur Festlegung der stationären Spitaltarife bestätigen, dass diese Aufwendungen nach neuem Tarifrecht zumindest teilweise in die Spitaltarife eingerechnet werden können. Im Rahmen der generellen Aufgabenprüfung hat der Regierungsrat beschlossen, dies im Umfang von 23 Mio. Franken ab 2016 durchzuführen. Die Staatsbeiträge des Kantons zur Finanzierung der ungedeckten Kosten

der universitären Lehre und Forschung werden entsprechend reduziert. Die Einsparung für den Kanton beträgt netto 12 Mio. Franken, weil im Gegenzug die Aufwendungen für den Kantonsanteil an den stationären Spitalbehandlungskosten steigen. Dies ergibt sich einerseits durch die höheren Spitaltarife (Mehrkosten ca. 6 Mio. Franken) andererseits aufgrund der geplanten Erhöhung des Kantonsanteils von 55% auf 56% (Mehrkosten ca. 5 Mio. Franken). Die Erhöhung des Vergütungsanteils des Kantons erlaubt, dass diese Massnahme zu keiner Erhöhung der Leistungskosten der Krankenversicherer führt und somit im Hinblick auf die Prämien neutral ausgestaltet ist.

Die Finanzierung der Tageskliniken in der Psychiatrie, der Geriatrie und der Rehabilitation wird seit der Streichung der Leistungskategorie teilstationär aus dem KVG nicht vollständig durch die Krankenversicherer vergütet. Diese bezahlen nur noch die Leistungen nach den ambulanten Tarifen. Dadurch sind psychosoziale Betreuungsleistungen, die in grossem Ausmass in den Tageskliniken erbracht werden, nicht mehr gedeckt. Ein bedarfsgerechtes tagesstationäres Angebot ermöglicht die Vermeidung von stationären Aufenthalten und ist Bestandteil einer optimalen Versorgungsstruktur.

Patienten in Spitälern, die im Sinn des KVG nicht mehr spitalbedürftig sind, jedoch weder nach Hause noch in ein Pflegeheim verlegt werden können, gelten als Langzeitpatienten im Spital. Aufgrund des Kapazitätsausbaus bei den Pflegeheimplätzen geht der Bedarf an Plätzen für Langzeitpatienten deutlich zurück. Dies erlaubt die Reduktion dieser Position um 3.0 Mio. Franken.

Es bestehen weitere GWL, die grösstenteils durch die öffentlichen Spitäler erbracht werden, aber weder durch die Versicherungen noch andere Kostenträger finanziert werden. Unter diesen Bereich fallen die Beiträge für die Beratungsstelle für pränatale Untersuchungen, die Triagierung von Notfallpatienten, die Transplantationskoordination, die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, der Spital-Sozialdienst, die Beschulung kranker Kinder, die geschützte Operationsstelle, der leitende Notarzt der Sanität und deren Vorhalteleistung.

Zu den weiteren GWL des Gesundheitsdepartements, welche in die Zuständigkeit des Bereichs Gesundheitsdienste fallen, zählen die Beiträge für den Unterhalt der geschützten Spitalbereiche und das leitende Notarztssystem, welche zur Krisenvorsorge gehören. Daneben

fallen die Beiträge für die Beschulung kranker Kinder im UKBB und der UPK in die Zuständigkeit des Erziehungsdepartementes, die Unterstützungsleistungen für die Rettungsdienste in die Zuständigkeit des Justiz- und Sicherheitsdepartementes und die Beiträge an die Sozialdienste der Spitäler in die Zuständigkeit des Departementes für Wirtschaft, Soziales und Umwelt.

- 1 Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Sie betreibt Branchenlösungen für die Krankenversicherer – unter anderem den sogenannten Datenpool. Dies ist eine Branchenstatistik, welche die Kosten der Krankenversicherung nach Leistungserbringern, Leistungsarten und Kanton ausweist. Die Daten der teilnehmenden Versicherer entsprechen einer Abdeckung von 99%. Diese Datenquelle ersetzt die bisher verwendete Versichertenstatistik, welche einen tieferen Abdeckungsgrad aufwies. Dadurch waren die bisher in der Versichertenstatistik ausgewiesenen Gesamtkosten der Krankenversicherer für die stationäre Spitalversorgung unscharf und lagen rund 14 Mio. Franken über dem heute bekannten, exakteren Wert.
- 2 BVGE 2015/3 vom 7. April 2014 i.S. Festsetzung der Baserate des Kantonsspitals Luzern
- 3 BVGE 2014/36 vom 11. September 2014 i.S. Festsetzung der Baserates für Nicht-universitäre Spitäler des Kantons Zürich
- 4 REKOLE® (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) ist der Rechnungslegungsstandard des Spitalverbandes H-Plus für die Betriebsbuchhaltung der Spitäler. Er gewährleistet den vom KVG und der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002; SR 832.104) geforderte Einheitlichkeit und Transparenz in der Kostenermittlung und Leistungserfassung und erlaubt damit die Nachvollziehbarkeit der Kosten, welche die Bedingung für eine transparente Preisbildung darstellt.
- 5 Entscheid BVGer C-2255/2013, C-3621/2013 E. 4.6
- 6 Entscheid BVGer C-6392/2014 E. 5.5
- 7 Entscheid BVGer C-2255/2013, C-3621/2013 E. 12.2
- 8 Ein Universitätsspital hat für das Jahr 2012 keine Daten zum benchmarking geliefert und konnte folglich auch nicht einbezogen werden.
- 9 Entscheid BVGer C-2255/2013, C-3621/2013 E. 5.5
- 10 Entscheid BVGer C-6392/2014 E. 6.5
- 11 BVGer C-1632/2013 E. 8.1 und 8.3
- 12 BVGer C-1632/2013 E. 17
- 13 <http://www.gdk-cds.ch>
- 14 Ratschlag Nr. 11.1063.01 vom 29. September 2011 und Ratschlag Nr. 11.2107.01 vom 14. Dezember 2011 (Partnerschaftliches Geschäft)
- 15 Ratschlag Nr. 13.1689.01 vom 20. November 2013 und Ratschlag Nr. 13.1834.01 vom 27. November 2013 (Partnerschaftliches Geschäft)
- 16 Interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV) Weitere Informationen dazu unter: <http://www.gdk-cds.ch> > Gesundheitsberufe > Medizinalberufe > Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

5. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung



In Kürze:

- Viele Ergebnisse von Qualitätsmessungen sind transparent verfügbar und national vergleichbar.
- Das kantonale Monitoring zum Schnittstellenmanagement wird mit einer gemeinsamen Absichtserklärung als Leitbild abgeschlossen und mittels Broschüre präsentiert.
- Das Schwerpunktthema der Qualitätsarbeit 2014–2016 ist die Medikationssicherheit. Eine Befragung zeigt, dass in Basel-Stadt die Prozesse der Medikationssicherheit bereits weit ausgereift sind.
- Relevante und öffentlich zugängliche Qualitätsinformationen werden in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen.

5.1 Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt

Die Überwachung und Stärkung der Qualitätsentwicklung in der stationären Spitalversorgung ist Teil der Aufsicht über die Leistungserbringer und der Versorgungsplanung. Im Kanton Basel-Stadt setzt das Qualitätsmonitoring thematisch auf nationalen und kantonalen Ebenen an:

Das nationale Qualitätsmonitoring baut auf zwei Pfeilern auf: Einerseits den Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit und andererseits auf den Messplänen des Nationalen Vereins für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken. Seitens des Bundesamts für Gesundheit (BAG) werden seit Jahren zwei Ergebnisindikatoren publiziert.

Der Nationale Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken (ANQ) setzt seinen Messplan für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie fort.

5.1.1 Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit

Die Qualitätsindikatoren des Bundes ermöglichen einen differenzierten nationalen Vergleich von Fallzahlen und Sterberaten (Mortalitätsraten). Angepasst an Alter und Geschlecht kann die beobachtete sowie erwartete Mortalitätsrate zahlreicher Leistungsbereiche von einigen akutsomatischen Spitälern in Basel-Stadt mit denen anderer Schweizer Spitäler verglichen werden. Die Ergebnisse des Universitätsspitals Basel, des Universitäts-Kinderspitals beider Basel und des St. Claraspitals wurden im Jahr 2014 kantonsintern ausgewertet und die Spitäler für eine Stellungnahme kontaktiert. Die Spitäler gaben zur Mortalitätsrate detailliert Auskunft und nutzten die Möglichkeit, ihre Prozesse zu überprüfen. Für Patienten bietet der im Internet frei zugängliche Spitalvergleich von Fallzahlen und Mortalitätsraten eine gewisse Transparenz, welche für die Spitalwahl für eine bevorstehende Behandlung entscheidend sein kann.¹ Relevante und öffentlich zugängliche Qualitätsinformationen werden in den kommenden Jahren stark an Bedeutung gewinnen.

Tabelle 5.1-1: 2014 veröffentlichte sowie verfügbare risikobereinigte Infektionsraten für Eingriffsart

Infektionsraten für Eingriffsart veröffentlicht*	Herzchirurgie	Coronar-Bypässe ohne andere Herzchirurgie	Dickdarmchirurgie	Gallenblasenentfernung	Hüftgelenkprothese	Kniegelenkprothese	Kaiserschnitt
USB	•	•	•	•	•	•	
SCS			•	•	•		
MIK					•	•	
Bethesda							•

*Sofern Leistungsauftrag, siehe Abb. 2.2-1

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
 (weitere Angaben unter: www.anq.ch > Messergebnisse > Ergebnisse-Akutsomatik > Wundinfektionsmessung Swissnoso > Messjahr 2012)

5.1.2 Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken

Der ANQ ist aus dem gesamtschweizerischen Qualitätsmonitoring nicht mehr wegzudenken. Der praxisorientierte und landesweit einheitliche Messplan findet bei allen Trägern des Vereins breite Zustimmung, insbesondere der transparente Umgang mit den Resultaten wird geschätzt. Nach Jahren des Aufbaus von Messreihen stehen inzwischen zahlreiche Ergebnisse, die für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess genutzt werden, zur Verfügung. Ergebnisse folgender Qualitätserhebungen sind im Jahr 2014 auf der Homepage des ANQ² veröffentlicht worden. Bei einer transparenten Veröffentlichung können die Ergebnisse dem jeweiligen Spital zugeordnet werden.

- Patientenzufriedenheit sowie Elternzufriedenheit in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (transparent)
- Sturz und Dekubitus (Wundliegen) Raten sowie Dekubitus Raten (Kinder) in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (transparent)
- Postoperative Wundinfektionen in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (transparent)
- Potentielle Wiedereintrittsrate in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (allgemein zusammenfassender Bericht, nicht transparent)

- Implantate Register für Hüft- und Knieprothesen (allgemeiner Bericht über das 2. Erfassungsjahr, nicht transparent)
- Patientenzufriedenheit in den Rehabilitationskliniken (transparent)
- Psychiatrie: Messung Erwachsene und Kinder/Jugendliche (allgemeiner Vergleichsbericht, nicht transparent)

Seitens des Kantons wurden die basel-städtischen Ergebnisse ausgewertet und die Resultate mit den Fachexperten der Institutionen vor Ort analysiert. Das gewählte Vorgehen würdigt die Leistungen des Fachpersonals und stärkt das Vertrauen in den Umgang mit den Messergebnissen. Die Spitäler werden weiterhin bestärkt, ihre Ergebnisse für den Aufbau von Verbesserungsmaßnahmen aktiv zu nutzen und vom nationalen Vergleich zu profitieren, selbst wenn den Spitalverantwortlichen die Daten erst zeitverzögert zur Verfügung stehen. Allerdings bedürfen die Resultate, insbesondere wenn sie verglichen werden sollen einer genauen Interpretation und erfordern Fachwissen. Allgemein trägt die transparente Publikation dazu bei, dass die Bürger über die Qualitätsdaten der Spitäler informiert sind, bzw. sich vor einer Behandlung aktiv informieren können.

Von hohem medialem Interesse war die Publikation postoperativer Wundinfektionen.³ Die Spitäler und der Kanton verfügen mit dieser Publikation erst-

malig über einen Massstab für den Vergleich von Infektionsraten anderer Spitäler im gleichen oder in anderen Kantonen, vorausgesetzt dass ihre Patienten ähnliche Risiken für Wundinfektionen mitbringen. In Basel-Stadt beteiligen sich fünf Spitäler an der Messung von Infektionsraten. Die Operationsart kann aus den zur Verfügung stehenden Eingriffsarten (mit Ausnahme von Dickdarmchirurgie und Blinddarmentfernung bei Kindern/Jugendlichen) ausgewählt werden, sofern das Spital diese Leistung erbringt. Erste Ergebnisse wurden von vier Leistungserbringern (vergleiche Tabelle 5.1-1) publiziert, diejenigen des Universitäts-Kinderspital beider Basel werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht. Zusätzlich zur risikobereinigten Infektionsrate sind in der Publikation weitere Informationen pro Spital aufgelistet. Dazu gehören die Anzahl gemessener Eingriffe, der Anteil abgeschlossener Nachuntersuchungen, die Bewertung der Erfassungsqualität sowie die Verteilung der Infektionstypen. Gemäss den ANQ Empfehlungen haben bei einigen Eingriffsarten der Zeitpunkt und die Gabe von Antibiotika während der Operation Verbesserungspotential. Der Bereich Gesundheitsversorgung kennt die basel-städtischen Infektionsraten und pflegt den Kontakt mit den jeweiligen Abteilungen für Spitalhygiene.

5.2 Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene

5.2.1 Schnittstellenmanagement als kantonaler Schwerpunkt der Jahre 2012 - 2014

Einen Schwerpunkt im kantonalen Monitoring bildete der Abschluss der Aktivitäten zum Schnittstellenmanagement.

Gemeinsam mit den Spitalern und Kliniken wurde ein Leitbild entwickelt, und die darin formulierten Leitsätze in der Broschüre «Gesundheitsversorgung umfassend vernetzt» präsentiert.

Die Broschüre (vergleiche Abbildung 5.2-1) liegt in allen Spitalern auf und ist auf der Homepage des Bereichs Gesundheitsversorgung aufgeschaltet. Die Leitsätze stellen eine wichtige und verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit unter allen Akteuren dar und bilden die gemeinsamen Ziele ab. In der Broschüre lenken Sprechblasen die Aufmerksamkeit des Lesers auf einige Fragen, die Patienten und Angehörige zum Schnittstellenmanagement stellen. Entsprechende Massnahmen zu den Leitsätzen werden in den nächsten Jahren gemeinsam und schrittweise mit den Akteuren der Gesundheitsver-

Abbildung 5.2-1: Broschüre «Gesundheitsversorgung umfassend vernetzt»

The image shows the cover and content of a brochure titled 'Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt'. The cover features the logo of the Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt and the text 'Gesundheitsversorgung' and 'GESUNDHEITSVERSORUNG UMFASSEND UND VERNETZT'. The content page is titled 'EIN ENGAGEMENT - SECHS LEITSÄTZE' and lists six points. Two callout boxes with 'JA' icons pose questions related to the content.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Gesundheitsversorgung

GESUNDHEITSVERSORUNG UMFASSEND UND VERNETZT

EIN ENGAGEMENT - SECHS LEITSÄTZE
Um Schnittstellen zu Nahtstellen zu machen, hat das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt in enger Zusammenarbeit mit den Spitalern und Kliniken sechs verbindliche Leitsätze erarbeitet. Sie kennzeichnen unsere gemeinsamen Ziele und bilden die Grundlage für die Umsetzung der einzelnen Massnahmen, jedoch kann kein individueller Anspruch auf diese Leistungen abgeleitet werden.

- 1** Leistungen sind koordiniert - zum Wohl der Patientinnen und Patienten
Wir setzen uns gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern für Kontinuität und Qualität in der Gesundheitsversorgung ein.
- 2** Behandlungsprozesse werden über Versorgungsbereiche hinweg abgestimmt und weitergeführt
Ein- und Austritte, die Nachsorge und weitere Behandlungen bereiten wir individuell und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend vor und stimmen sie zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ab.
- 3** Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wird gestärkt
Wir informieren unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen umfassend und beziehen sie möglichst frühzeitig in den gesamten Behandlungsprozess mit ein.
- 4** Wichtige medizinische Informationen über die Patientinnen und Patienten sind dank neuer Lösungen rechtzeitig am richtigen Ort
Wir gewährleisten die rechtzeitige und interdisziplinäre Bereitstellung und Übermittlung der für die Behandlung, Therapie und Pflege erforderlichen Informationen - von der Zuweisung bis zur Nachsorge, dies unter hohen Anforderungen an den Datenschutz.
- 5** Ein der gesundheitlichen Situation entsprechendes häusliches Umfeld wird angestrebt
Wir unterstützen unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, damit nach dem Austritt aus dem Spital oder der Klinik ein tragfähiges Lebensumfeld vorhanden ist.
- 6** Gleichbleibende Behandlungsqualität dank aufeinander abgestimmter Finanzierungsbausteine
Trotz unterschiedlicher Finanzierungsquellen für ambulante und stationäre Behandlungen streben wir eine optimale Behandlungs-kontinuität an.

JA «Wird meine Hausärztin über die notwendige Medikamentenumstellung beim Spitalaustritt rechtzeitig informiert?»

JA «Erfährt mein Mann, an wen er sich wenden kann, wenn später Fragen zu seiner Behandlung auftauchen?»

sorgung umgesetzt.

5.2.2 Medikationssicherheit als kantonaler Schwerpunkt 2014 – 2016

Basel-Stadt setzt wechselnde Schwerpunktthemen (Prozessindikatoren) auf kantonaler Ebene um. Mit diesem Qualitätsmonitoring-Konzept in der Spitalversorgung nimmt der Kanton Basel-Stadt eine Vorreiterrolle ein. Die Indikatoren werden in Absprache mit den Spitälern ausgewählt und decken für die Patientensicherheit relevante Themen, welche in nationalen Messungen nicht abgedeckt sind ab. Sie sind für alle Spitäler und Kliniken in Basel-Stadt verpflichtend. Als kantonaler Indikator wurde für 2014–2016 das Thema Medikationssicherheit bestimmt. Ziel ist, die Institutionen für den Medikationsprozess und seine Auswirkung auf die Patientensicherheit zu sensibilisieren bzw. die Spitäler in ihren internen Projekten zu stärken. Um den Stand der Medikationssicherheit sowie aktuelle bzw. geplante Projekte zu kennen, wurde zunächst mit Fachvertretern verschiedener Spitäler ein Fragebogen erarbeitet. Die Auswertung zeigt zusammenfassend, dass der Medikationssicherheitsprozess in den basel-städtischen Institutionen bereits weit ausgereift und vielerorts ein fester Bestandteil der Abläufe ist.

In rund zwei Drittel der Spitäler gibt es bereits eine Person oder ein Team, das Aktivitäten zur Medikationssicherheit koordiniert (vergleiche Abbildung 5.2-3).

Patienten und weitere Betroffene (z.B. Angehörige) werden in allen Spitälern und Kliniken in den Medikationsprozess einbezogen. Die elektronische Medikationserfassung wird noch nicht in allen Häusern genutzt (vergleiche Abbildung 5.2-4). Bei der elektronischen Medikationserfassung besteht Verbesserungspotential, da diese zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen kann. Dies wird mit der Einführung der Klinikinformationssysteme künftig begünstigt. Die Befragungsergebnisse werden verwendet, um in 2015 eine kantonale Massnahme zur Medikationssicherheit zu entwickeln.

Der jährlich stattfindende Tag der Qualität stand ebenfalls unter dem Motto der Medikationssicherheit: Der Tag wurde mit Referaten aus interdisziplinärem Blickwinkel auf die Medikationssicherheit angereichert. Die teilnehmenden Spitaldirektoren, Qualitätsbeauftragten und Fachexperten nutzten die Gelegenheit, um sich rege auszutauschen. Der Kontakt zur Stiftung Patientensicherheit Schweiz, die das Pilotprogramm

«progress! Sichere Medikation an Schnittstellen» durchführt, wird gepflegt und die kantonale Aktivität auf das nationale Projekt abgestimmt.

Nicht zu unterschätzen ist der hohe Aufwand, den die nationalen und auch kantonalen Qualitätsanforderungen mit sich bringen. Dies ist dem Gesundheitsdepartement in seiner Funktion als Regulator und Leistungsauftraggeber bewusst. Die Monitoringaktivitäten werden bezüglich ihrer Machbarkeit immer wieder kritisch hinterfragt. Der Kanton rechnet den Institutionen hoch an, dass sie das Qualitätsmanagement mittels einer breit abgestützten Sicherheitskultur aktiv leben, dazu leisten auch die zahlreich erfolgten (Re-) Zertifizierungen ihren Beitrag. Alle Patienten profitieren auch künftig von einer qualitativ hochstehenden Versorgung und Sicherheit in den Spitälern, solange diese weiterhin konsequent in ihre Qualitätsentwicklung investieren.

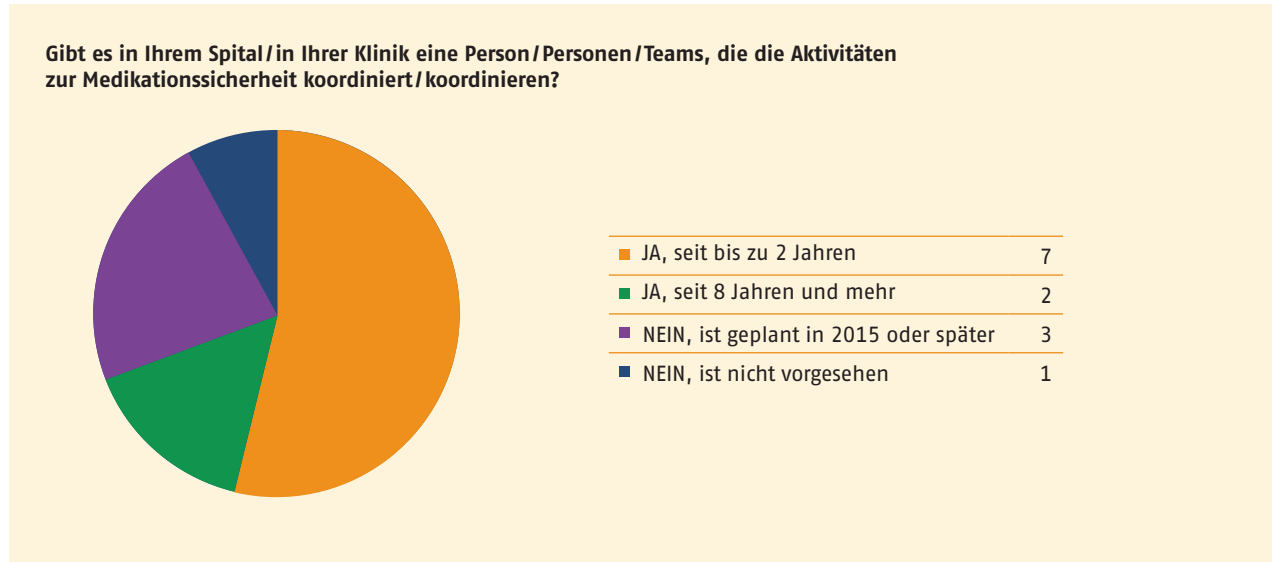
5.2.3 Weitere Schwerpunkte im kantonalen Monitoring

Die Zusammenarbeit mit dem Kanton Aargau im Qualitätsmonitoring konnte ausgebaut werden. In den Spitälern und Kliniken des Kantons Aargau wurde die Qualität des Meldesystems für kritische Ereignisse (CIRS) mithilfe des in Basel-Stadt entwickelten Messportfolios überprüft. Die Ergebnisse wurden denjenigen der basel-städtischen Spitäler aus 2011 gegenübergestellt, sie zeigen eine durchweg vergleichbare Qualität der Meldesysteme in den beiden Kantonen. In zwei bi-kantonalen Veranstaltungen konnten Spitalvertreter Erfahrungen zum Umgang mit CIRS austauschen und über die Kantonsgrenze hinweg voneinander lernen.

Im 2014 wurde ein Workshop zu Qualitätskriterien für die Rehabilitation durchgeführt. Dies mit dem Ziel, die basel-städtischen Rehabilitationskliniken für Struktur- und Prozesskriterien nach dem Modell der Vereinigung SW!SS REHA zu sensibilisieren. Die Kliniken schätzten anhand der Kriterienkataloge ihren Zielerreichungsgrad ein und reichten die Unterlagen für die Verhandlungen zu den Leistungsvereinbarungen 2015/2017 ein.

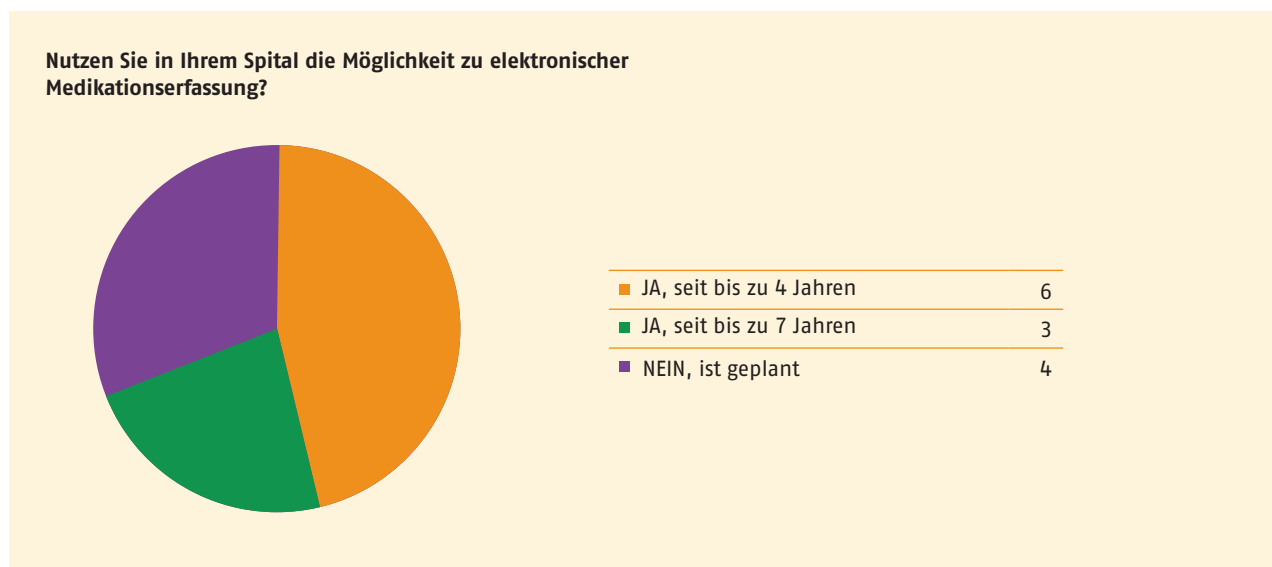
Im Berichtsjahr wurden die Betriebsbewilligungen für die basel-städtischen Institutionen aktualisiert. Dem Geburtshaus Basel konnte, nach eingehender Sichtung von Dokumenten zum Betriebsablauf sowie einem Aufsichtsbesuch, die Bewilligung erteilt werden.

Abbildung 5.2-3: Koordination von Aktivitäten zur Medikationssicherheit



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 5.2-4: Nutzung der elektronischen Medikationserfassung



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

- 1 www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Spitäler > Spitalstatistiken > Qualitätsindikatoren > Abfrage
- 2 www.anq.ch > Messergebnisse
- 3 www.anq.ch > Messergebnisse > Ergebnisse-Akutsomatik > Wundinfektionsmessung Swissnoso > Messjahr 2012

Teil III Pflegerheime und Spitex- Einrichtungen

Langzeitpflege

6. Angebot in der Langzeitpflege



In Kürze:

- Mit der Eröffnung von neuen Pflegeheimen konnte die Anzahl Wartender reduziert werden.
- Die Anzahl Spitexanbieter hat im Berichtsjahr leicht zugenommen.
- Der Kanton Basel-Stadt bietet ein bedarfsgerechtes Angebot in der Langzeitpflege an. Dieses umfasst 3'139 Pflegeheimplätze, rund 100 Spitexanbieter und 199 Tagespflegeheimplätze.

6.1 Übersicht Langzeitpflege

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

6.2 Pflegeheimplätze

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

Im Vollbetrieb standen im Jahr 2014 insgesamt 3'083 bzw. am 1. Dezember 2014 nach der Eröffnung des Pflegeheims Senevita Erlenmatt 3'139 Pflegeheimplätze im Kanton Basel-Stadt zur Verfügung. Dies sind 176 bzw. 232 Pflegeheimplätze mehr als im Jahr 2013.

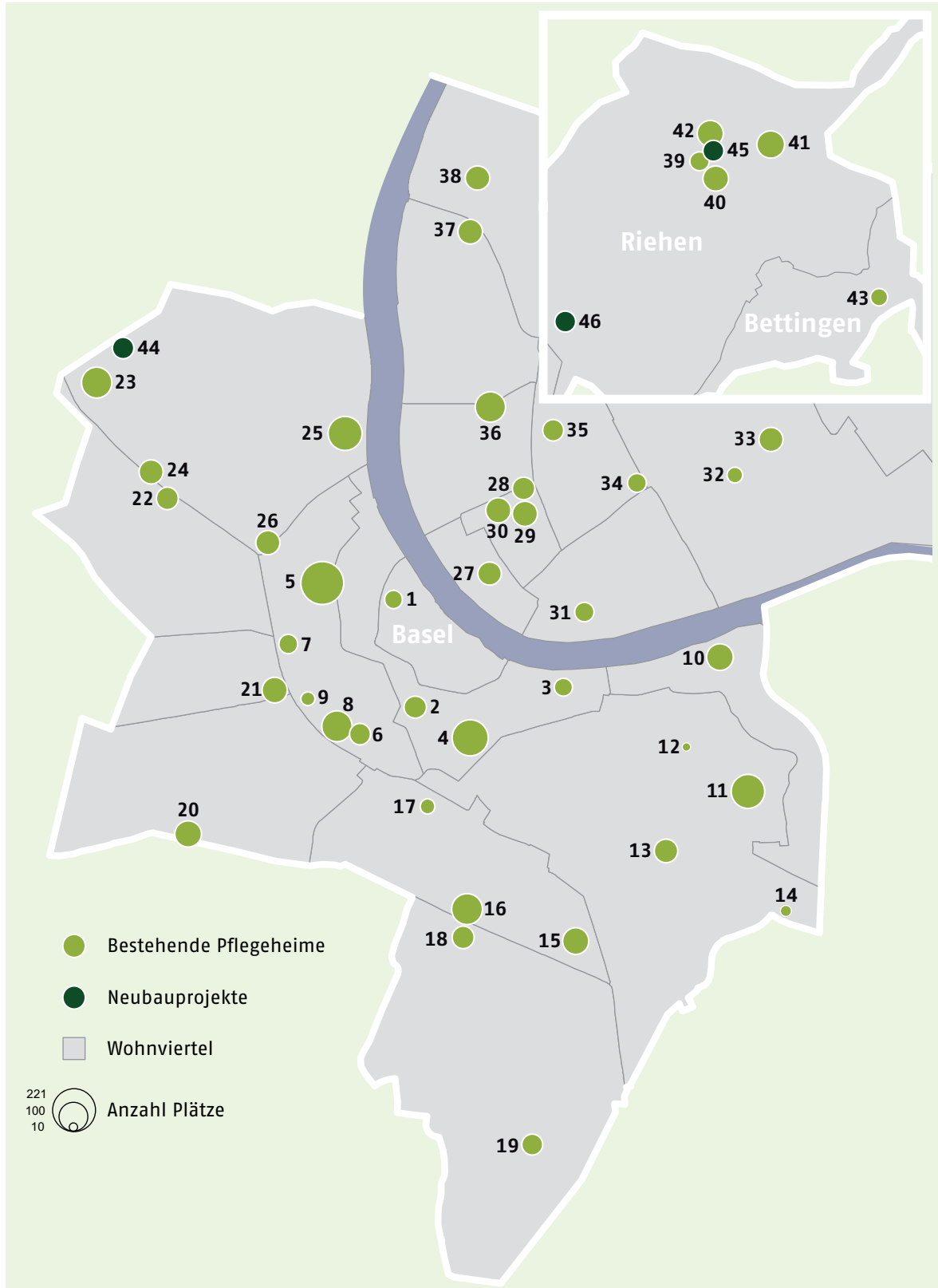
113 Plätze bietet das im 2. Quartal 2014 neueröffnete Alterszentrum Burgfelderhof des Bürgerspitals an. Im Gegenzug wurden die Pflegeheime Lindenhof und Sonnenrain geschlossen (-83 Plätze). Mit der Neueröffnung des Bethesda Gellert Hof im 3. Quartal 2014 standen zusätzlich 133 Pflegeheimplätze zur Verfügung. Mit der Eröffnung der Pflegeheime

Senevita Erlenmatt und Senevita Gellertblick kamen weitere 56 bzw. 65 Plätze dazu. Einige Pflegeheime reduzierten ihre Kapazitäten aufgrund von Stockwerkschliessungen (Hirzbrunnenhaus -18 Plätze) bzw. dem Abbau von Doppelzimmern (-7 Adullam Basel). Andere Pflegeheime konnten durch betriebliche Optimierungen weitere Plätze anbieten (+4 Diakonissenhaus St. Chrischona, +16 Haus zum Wendelin, +2 Ländliheim, +6 Neubad).

Der Regierungsrat hat den Richtwert auf 22 Pflegeplätze pro 100 Einwohnerinnen und Einwohner über 80 Jahre festgelegt. Gemäss dieser Normgrösse wird der Bedarf an Pflegeheimplätzen in Abhängigkeit der Bevölkerungsentwicklung ermittelt. Der Bedarf an Pflegeheimplätzen im Jahr 2014 betrug folglich 2'990 Plätze. Dank des erweiterten Angebots seit Sommer bzw. Herbst 2014 stehen in Basel-Stadt erstmals seit Jahren wieder mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung und die Anzahl der Wartenden in Spitälern konnte reduziert werden. Aufgrund der aktuellen Bevölkerungsprognose (vergleiche Kapitel 1, Tabelle 1.5-1: Mittleres Szenario der Bevölkerungsprognose für den Kanton Basel-Stadt) ist davon auszugehen, dass das geschaffene Platzangebot bis ins Jahr 2020 durch die Nachfrage absorbiert wird.

Im spezialisierten Bereich der Demenz- und Psychogeriatric besteht weiterhin ein Bedarf an Pflegeheimplätzen. Mit dem Neubauprojekt Marthastift wird diesem künftig Rechnung getragen.

Abbildung 6.2-1: Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt



Kartengrundlage: Grundbuch- und Vermessungsamt Basel-Stadt; Produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt

Wohnviertel, Pflegeheim	Plätze	Wohnviertel, Pflegeheim	Plätze	
Altstadt Grossbasel		St. Johann		
1	Marthastift	41	25	
			Johanniter	
			137	
Vorstädte		Altstadt Kleinbasel		
2	Blindenheim Basel	60	26	
3	Ländliheim	42	St. Johann	
4	Sternenhof	155	75	
Am Ring		Clara		
5	Adullam Basel	211	27	
6	CasaVita Hasenbrunnen	57	Bürgerspital zum Lamm	
7	CasaVita Vincentianum	46	69	
8	Holbeinhof	111	Wettstein	
9	Murtengasse	23	31	CasaVita Wettstein
Breite		Hirzbrunnen		
10	Alterszentrum Alban-Breite	83	32	Hirzbrunnenhaus
St. Alban		Rosental		
11	Bethesda Gellert Hof	139	34	CasaVita Rosental
12	Palliativzentrum Hildegard	5	35	Senevita Erlenmatt
13	Senevita Gellertblick	65	Matthäus	
14	Tertianum St. Jakob-Park	16	36	Marienhaus
Gundeldingen		Klybeck		
15	Bürgerspital, Falkenstein	86	37	Wiesendamm
16	Gundeldingen	110	Kleinhüningen	
17	Südpark	28	38	St. Christophorus
Bruderholz		Riehen		
18	Bürgerspital am Bruderholz	58	39	Adullam Riehen
19	Zum Wasserturm	54	40	Dominikushaus
Bachletten		Bettingen		
20	Generationen Neubad	86	43	Diakonissen Mutterhaus St. Chrischona
Gotthelf		Neubauprojekte		
21	Bürgerspital Weiherweg	80	44	Marthastift
Iselin		St. Johann		
22	Felix Platter-Spital Passerelle	59	45	Adullam Riehen
St. Johann		Neubauprojekte		
23	Bürgerspital am Burgfelderhof	113	46	Humanitas
24	CasaVita Kannenfeld	72		

6.3 Pflegerische Angebote

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

Pflegewohngruppen, 217 Plätze

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

Psychogeriatrische Abteilungen, 189 Plätze

Sie bieten Personen mit Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Eigen- oder Fremdgefährdung einen geschützten Bereich. Psychogeriatrische Abteilungen bieten folgende Heime an: Bürgerspital am Bruderholz, Falkenstein, Johanniter, St. Christophorus, Burgfelderhof, Weiherweg, Dandelion, Bethesda Gellert Hof, Marthastift und Sternenhof.

Psychogeriatrische Pflegewohngruppen, 30 Plätze

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

Spezialeinrichtungen für an einer ausgeprägten Demenz leidende Menschen, 130 Plätze

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

Besondere Pflegeeinrichtung für suchtkranke Menschen, 24 Plätze

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

Besondere Pflegeeinrichtung für Menschen mit Migrationshintergrund, 22 Plätze

Für Menschen aus dem süd- und südwesteuropäischen Raum steht im Pflegeheim Falkenstein eine mediterrane Wohngruppe zur Verfügung, in welcher auf besondere kulturelle Gepflogenheiten, Ernährung, Tagesgestaltung etc. gezielt eingegangen wird.

Besondere Pflegeeinrichtung für nichtbetagte schwerbehinderte Menschen, maximal 16 Plätze

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

6.4 Tageseinrichtungen

Tagespflegeheime schaffen ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Im 2014 standen insgesamt 199 Plätze an neun Standorten zur Verfügung (Tabelle 6.3-1). Ein wichtiges Leistungselement bildet die Grundpflege. Diese beinhaltet Mobilisierung, Hilfe beim Toilettengang, bei der Körperpflege und beim Essen. Die betagten Gäste werden betreut und können von Aktivierungsprogrammen profitieren. In spezialisierten Tageseinrichtungen wird ein besonderes Augenmerk auf die Betreuung von an einer Demenz erkrankten oder psychisch beeinträchtigten Betagten gerichtet. Die Vernetzung mit anderen wichtigen Akteuren der Alterspflege wie Hausärzten, Spitex-Organisationen und Transportdiensten wird sichergestellt.

Tabelle 6.3-1: Tageseinrichtungen

Tagespflegeheim	Standort	Anzahl Plätze 2014	Trägerschaft
Alban-Breite	Karl-Barth-Platz 7	20	Stiftung Alterszentrum Alban-Breite
Egliseeholz	Fasanenstr. 221	52	Sternenhof
Weiheweg	Rudolfstr. 43	22	Bürgerspital Basel
Dandelion	Sperrstr. 100	12	Dandelion, Stiftung für demenzkranke Menschen
Im Atrium	Hammerstr. 46	10	Stiftung Basler Wirrgarten
Im Gellert	Kapellenstr. 10	13	Sternenhof
Nachtbetreuung	Laufenstr. 46	3	Sternenhof
Felix Platter	Burgfelderstr. 101	34	Sternenhof
65+	Laufenstrasse 8	12	Stiftung Melchior
Wendelin	Inzlingerstr. 46	21	Alters- und Pflegeheim Wendelin
Total Kanton Basel-Stadt		199	

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

Pflegeheim	Adresse	Anzahl Wohnungen 2014	Standort
Adullam*	Missionsstrasse 8a	6	Basel
Casavita Kannenfeld	Burgfelderstrasse 190	24	Basel
Diakonissenhaus St. Chrischona*	Erlensträsschen 42	9	Riehen
Gustav Benz Haus	Drahtzugstrasse 57	16	Basel
Gustav Benz Haus	Hammerstrasse 61	21	Basel
Marienhaus	Markgräflerstrasse 47/49	14	Basel
Senevita Erlenmatt*	Erlenmattstrasse 7	63	Basel
Senevita Gellertblick*	St. Jakobsstrasse 201	98	Basel
St. Christophorus*	Dorfstrasse 26/30	28	Basel
Sternenhof* (Alterssiedlung Vogesenstrasse)	Vogesenstrasse 111	12	Basel
Südpark*	Meret Oppenheim-Str. 63	103	Basel
Tertianum*	St. Jakobs-Strasse 395	107	Basel
Wesley-Haus	Klingentalstrasse 58	44	Basel
Wiesendamm*	Wiesendamm 20/22	41	Basel
Zum Wasserturm	Giornicostrasse 144	33	Basel
Total		649	

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

6.5 Spitex-Organisationen

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

Zusätzlich zur Spitex Grundversorgung stehen folgende spezialisierten Leistungen zur Verfügung:

- Säuglingspflege
- Kinder-Spitex
- Pflege von Wöchnerinnen
- Onkologie-Spitex
- Spezialisierter Spitexdienst für Wundbehandlungen
- Pflege von psychisch beeinträchtigten und an einer Demenz leidenden Menschen
- Spitexpress für pflegerische Notfälle in der Nacht
- Spitex-Transit zur Gewährleistung einer nahtlosen pflegerischen Versorgung nach einem Spitalaustritt

Insgesamt verfügten Ende Berichtsjahr 45 Spitex-Organisationen (Gesellschaften nach Obligationenrecht) über eine kantonale Spitex-Bewilligung, sechs Bewilligungen wurden neu ausgestellt und eine Bewilligung gelöscht.

Die Anzahl Spitex-Einzelpersonen hat gegenüber 2013 leicht zugenommen. Es verfügen insgesamt 56 (+2) freiberufliche Pflegefachpersonen über eine kantonale Spitex-Bewilligung. Im Berichtsjahr wurden vier Bewilligungen gelöscht und vier neue Bewilligungen erteilt. 16 Pflegefachpersonen arbeiten im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege, sechs sind als Wundexpertinnen tätig. Ausserdem bieten zehn Personen eine spezialisierte Still- und Wochenbettpflege an. Eine Person ist in der anthroposophischen Pflege und zwei sind in der Diabetes-Beratung tätig. Die Dienstleistungen der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause, besonders auch die spezialisierten Spitex-Dienste sind ein Grundversorgungsangebot.

6.6 Wohnen mit Serviceangebot für Betagte

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

Das Grundangebot der Wohnungen, für welche eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton besteht (eher günstige Wohnungen, die auch für einkommensschwache Betagte erschwinglich sind), umfasst eine 24-Stunden-Notrufbereitschaft, falls gewünscht einen täglichen Kurzkontakt, eine Grundbetreuung sowie fakultativ eine wöchentliche Wohnungsreinigung. Im Jahr 2014 wurde eine neue Leistungsvereinbarung mit dem Alterszentrum Wesleyhaus (Bethesda Alterszentren) abgeschlossen. Insgesamt standen Ende 2014 153 Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte zur Verfügung (mit Leistungsvereinbarung).

7. Leistungen in der Langzeitpflege



In Kürze:

- Die Anzahl der in den basel-städtischen Heimen geleisteten Pfl egetage im Jahr 2014 hat um 3.5% auf 1'047'484 zugenommen (+35'215 Tage).
- Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohnenden betrug 85.0 Jahre.
- Die Spitexleistungen betragen im Berichtsjahr 440'608 Stunden.

7.1 Leistungskennzahlen der Pflegeheime

In Tabelle 7.1-1 finden sich die wichtigsten Kennzahlen zu den Pflegeheimen. Insgesamt wurden in den 43 Basler Pflegeheimen im Laufe des Jahres 2014 1'047'484 Pfl egetage (+35'215) erbracht. Die Anzahl Bewohner hat um 116 (+4%) zugenommen. Der Anstieg Pfl egetage und Bewohner ist auf die Neueröffnung von Pflegeheimen und die Reduktion der Anzahl Wartender auf einen Pflegeheimplatz zurückzuführen.

Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner liegt bei 85.0 Jahren, wobei es bei den Frauen auf 86.0 Jahre (-0.9 Jahre) und bei den Männern auf 81.0 Jahre (-0.7 Jahre) gesunken ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ging um 0.1 Jahre auf 3.1 Jahre zurück, wobei sich Frauen deutlich länger im Pflegeheim aufhalten (durchschnittlich 3.4 Jahre) als Männer (durchschnittlich 2.3 Jahre). Es gilt zu beachten, dass sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf die Pflegeheimbewohnenden bezieht, die im jeweiligen Jahr verstorben sind. Der Männeranteil hat gegenüber dem Vorjahr zugenommen und liegt bei 25.3 % (+ 1.8 %).

7.2 Tageseinrichtungen

Im Jahr 2014 lag die durchschnittliche Auslastung der Tageseinrichtungen im Kanton Basel-Stadt bei 90.8% (ohne Nachtpflegeheim). Insgesamt waren 43'558 Pfl egetage zu verzeichnen (Tabelle 7.2-1). Die durchschnittliche Auslastung und die Anzahl Pfl egetage sind seit 2013 rückläufig und die Schwankungen in der Nachfrage höher. Möglicherweise hängt dieser Rückgang damit zusammen, dass seit Sommer 2014 genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen. Folglich mussten Betagte weniger lange zuhause auf einen Pflegeheimeintritt warten und entsprechend auch weniger das Angebot von Tageseinrichtungen nutzen. Das Alterszentrum Alban-Breite schloss seine Tageseinrichtung per Ende Januar 2015 aufgrund zu grosser Auslastungsschwankungen.

7.3 Spitex-Organisationen

Spitex Basel mit sieben Quartierzentren und Spitex Riehen/Bettingen stellen im Rahmen eines besonderen Leistungsauftrages eine umfassende Grundversorgung in der ambulanten Pflege sicher. Spitex Basel gewährleistet ausserdem im ganzen Kantonsgebiet spezialisierte Pflegeleistungen wie Kinder- und Säuglingspflege, Wundversorgung und Onkologiepflege und bietet mit Spitex-Transit eine nahtlose pflegerische Versorgung bei Spitalaustritt sowie mit Spitexpress die Übernahme von pflegerischen Notfällen in der Nacht.

Spitex Basel hat im Jahr 2014 rund 216'298 Stunden erbracht und ist der mit Abstand grösste Spitex Dienst im Kanton. Die Spitex-Organisation curavis verfügt über einen besonderen Leistungsauftrag im

Bereich von längeren Spitex-Einsätzen. Zusammen mit rund 100 weiteren Spitex-Organisationen sowie freiberuflichen Pflegefachfrauen und -männern wurden insgesamt 440'608 Stunden ambulante Pflege in den Bereichen Grund- und Behandlungspflege sowie in der Abklärung und Beratung geleistet. Das gesamte Leistungsvolumen ist gegenüber dem Vorjahr um rund 15% angestiegen. Die Zunahme geht hauptsächlich auf die Mehrleistungen der Spitex-Organisationen und freiberuflichen Spitex Anbieter ohne besonderen Leistungsauftrag zurück und ist Ausdruck des allgemeinen Trends zur ambulanten Versorgung. Ihr steht der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation und der Geriatrie (Kapitel 3.2) gegenüber.

Tabelle 7.1-1: Kennzahlen der Pflegeheime 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Pflegetage	1'016'569	1'015'653	1'023'525	1'012'269	1'047'484
Anzahl Bewohner	2'827	2'803	2'850	2'851	2'967
Anzahl Frauen	2'178	2'180	2'180	2'181	2'216
Anteil	77.6%	77.8%	77.8%	76.5%	74.7%
Anzahl Männer	633	623	632	670	751
Anteil	22.4%	22.2%	22.2%	23.5%	25.3%
Durchschnittsalter (Jahre)	86.1	86.1	86.0	85.7	85.0
Frauen	87.1	87.0	87.1	86.9	86.0
Männer	82.8	82.8	82.2	81.7	81.0
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Jahre)	3.3	3.6	3.4	3.2	3.1
Frauen	3.7	3.9	3.9	3.7	3.4
Männer	2.4	2.6	2.2	2.2	2.3

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 7.2.-1: Anzahl Betreuungstage der Tageseinrichtungen 2010 – 2014

Anzahl Tage	2010	2011	2012	2013	2014
Verrechnete Pflagestage	46'682	45'715	47'372	44'976	43'558

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 7.3-1 Entwicklung Spitexleistungen Basel-Stadt 2011 – 2014

	2011	2012	2013	2014
	geleistete Pflegestunden			
mit besonderem Leistungsauftrag ¹	236'579	232'672	239'302	250'653
ohne besonderen Leistungsauftrag	104'231	132'937	158'836	189'955
Total	340'810	365'609	398'138	440'608

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

8. Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege



In Kürze:

- Das Taxvolumen der Pflegeheime ist im Jahr 2014 auf 295.5 Mio. Franken (+12.8 Mio. Franken bzw. 4.5 %) gestiegen. Diese Umsatzzunahme ist primär auf das Wachstum der Pflegeetage um 3.5 % aufgrund der 2014 erfolgten Heimneueröffnungen zurückzuführen.
- Per Januar 2014 wurde das Finanzierungssystem der Tageseinrichtungen an die Neuordnung der Pflegefinanzierung angepasst.
- Im Jahr 2014 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege zu Hause von insgesamt 2.5 Mio. Franken aus, was eine um 0.2 Mio. Franken geringere Beanspruchung dieser Leistung darstellt.

8.1 Pflegeheime

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

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

8.1.1 Gesamtkosten der Pflegeheime

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

Der gesamte Taxumsatz der basel-städtischen Pflegeheime belief sich im Jahr 2014 auf 295.5 Mio. Franken (Tabelle 8.1-1). Im Vergleich zum Vorjahr ist er um 4.5% gewachsen. Die Zunahme ist hauptsächlich auf den Anstieg der geleisteten Pflegeetage zurückzuführen. Die Durchschnittskosten pro Pflegeetag belaufen sich auf rund 282 Franken. Der Anteil der Pflegekosten

Tabelle 8.1-1: Taxvolumen der Pflegeheime in den Jahren 2010 – 2014

in Mio. Franken	2010	2011	2012	2013	2014
Taxvolumen Pflegeheime	266.3	269.0	280.2	282.8	295.5
davon Pflegekosten nach KVG ¹	–	101.0	101.8	101.8	103.6

¹ Ab Einführung der neuen Pflegefinanzierung

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-2: Pflegeheimtarife 2014 und Anteil Pflgetage je Pflegestufe

Pflegerstufe	Hotellerie und Betreuung	Liegenschaftskosten	Pflege				Pflegetage in % je Stufe
			in Franken pro Tag				
			Normkosten Total	Bewohner ²	Kanton/Gemeinde ³	Krankenversicherung	
Res ¹	144.60	30.00					1.8%
1	144.60	30.00	10.40	1.40		9.00	3.2%
2	144.60	30.00	31.40	13.40		18.00	19.9%
3	144.60	30.00	52.30	21.60	3.70	27.00	1.7%
4	144.60	30.00	73.30	21.60	15.70	36.00	13.8%
5	144.60	30.00	94.20	21.60	27.60	45.00	18.4%
6	144.60	30.00	115.10	21.60	39.50	54.00	1.2%
7	144.60	30.00	136.10	21.60	51.50	63.00	20.2%
8	144.60	30.00	156.90	21.60	63.30	72.00	5.1%
9	144.60	30.00	177.90	21.60	75.30	81.00	12.6%
10	144.60	30.00	198.90	21.60	87.30	90.00	0.2%
11	144.60	30.00	219.80	21.60	99.20	99.00	1.8%
12	144.60	30.00	240.80	21.60	111.20	108.00	0.1%

¹ Reservationstaxe bei Abwesenheit (z.B. Spitalaufenthalt)
² Eigenbeitrag
³ Restfinanzierung

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

nach KVG am Taxvolumen beläuft sich auf 103.6 Mio. Franken (rund 35%) oder rund 99 Franken pro Pflergetag. Das Taxvolumen ist eine kalkulatorische Grösse, die aus den Kostenrechnungen der Pflegeheime erhoben wird. Es enthält alle von basel-städtischen Heimen an Kantonseinwohner verrechnete Taxen. Nicht enthalten sind damit die Taxeinnahmen von ausserkantonal aufgenommenen Bewohnern und die Kosten der ausserkantonal platzierten Personen aus Basel-Stadt (im Jahresdurchschnitt 2013 handelt es sich dabei um 127 Personen).

8.1.2 Finanzierung der Pflegeheimkosten

In Abbildung 8.1-3 ist die kalkulatorische Finanzierungsaufteilung der Pflegeheimkosten (nur Kantonseinwohner in basel-städtischen Heimen) dargestellt. Diese beinhalten neben dem Taxvolumen die kantonalen Liegenschaftsbeiträge an die Heime von 3.7 Mio. Franken (Tabelle 8.1-3) und beliefen sich im Jahr 2014 auf 299.2 Mio. Franken.

Die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten belaufen sich kalkulatorisch auf 49.2 Mio. Franken und finanzieren einen Anteil von 16% der gesamten Heimkosten. An die vom Kanton festgelegten Normkosten für die Pflegeleistungen bezahlen die Krankenversicherer gemäss KVG einen nach zwölf Pflegestufen differenzierten, festen Beitrag zwischen 9 und 108 Franken. Nach diesem Gesetz wird den Bewohnern ein limitierter Beitrag in der Höhe von maximal 20% des KVG-Beitrags in der höch-

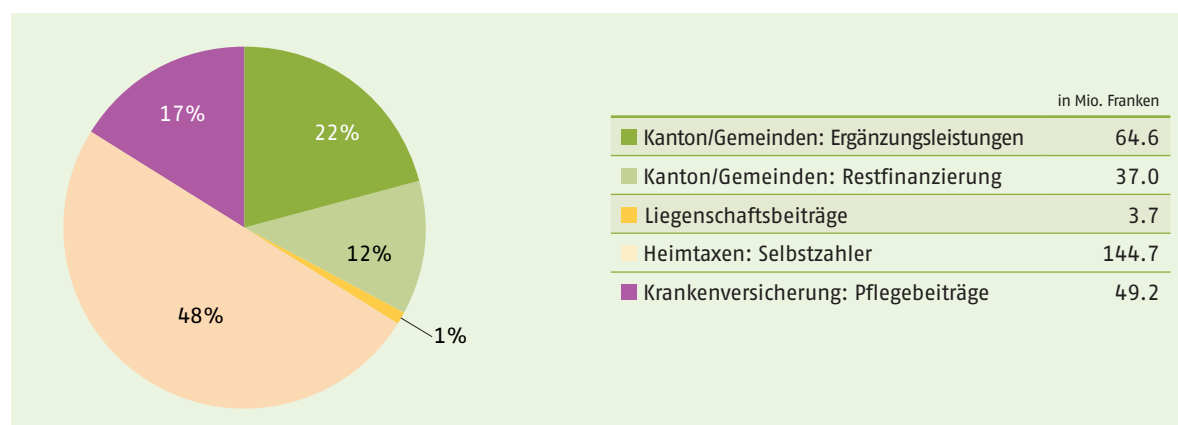
ten Stufe (maximal 20% von 108 Franken, also 21.60 Franken pro Pflergetag) belastet. Somit liegt die maximale Belastung für den Heimbewohner bei 196.20 Franken pro Tag (zuzüglich allfälliger Zuschläge für besondere Leistungen). Dieser setzt sich aus der Unterkunftstaxe von 174.60 Franken und dem Eigenbeitrag zusammen. Die kalkulatorische Summe der Eigenbeiträge beläuft sich auf ca. 18.9 Mio. Franken. Dieser Betrag ist in der Gesamtsumme enthalten und ist vom Bewohner selbst zu zahlen oder subsidiär durch Ergänzungsleistungen gedeckt.

Kanton und Gemeinden bestreiten total 101.6 Mio. Franken oder 34% der Gesamtkosten via Restfinanzierung, Ergänzungsleistungen und Liegenschaftsbeiträge. 48% bzw. 144.7 Mio. Franken tragen die Bewohnenden selbst. Dazu zählen die Tagestaxen für Unterkunft und Betreuung sowie der Eigenbeitrag für die Pflegeleistungen gemäss KVG.

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

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

Abbildung 8.1-3: Finanzierung der Pflegeheime 2014 (Total 299.2 Mio. Franken)



KVG Pflegebeiträge der Krankenversicherer (Tabelle 8.1-5)

Die Krankenversicherer wurden durch die nationale Harmonisierung der Pflegeeinstufungsinstrumente entlastet. Ihr kalkulatorischer Anteil an der Finanzierung der Pflegekosten ist seit dem Jahr 2010 (vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung) von 21% auf 16% zurückgegangen. Die Krankenversicherer entrichten gesetzlich fix festgelegte Beiträge an die Pflegekosten. Dadurch müssen alle Mehrkosten vollständig durch die öffentliche Hand finanziert werden.

Ergänzungsleistungen zur AHV (Tabelle 8.1-6)

Im Jahr 2014 hat der Kanton Basel-Stadt 64.1 Mio. Franken Ergänzungsleistungen an Heimbewohner zur Finanzierung des Aufenthalts (Unterkunft, Betreuung und Eigenbeitrag) entrichtet. Von diesem Betrag bereits abgezogen sind die Bundesbeiträge von rund 4.8 Mio. Franken, welche gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen sind (0.2 Mio. Franken oder 0.3%). Da die Ergänzungsleistungen jedes Jahr aufgrund der individuellen Leistungsfähigkeit neu festgelegt werden, spielen Veränderungen in der Einkommens- und Vermögenssituation der Berechtigten eine erhebliche Rolle. Durch die Einführung der neuen Pflegefinanzierung ist der Anteil der EL an der Finanzierung der Pflegeheimkosten von 27% im Jahr 2010 auf 21% zurückgegangen.

Tabelle 8.1-4: Restfinanzierung der Pflegekosten nach KVG ab 2011-2014

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-5: Kalkulatorische Krankenversichererbeiträge an die Pflegekosten nach KVG ab 2011-2014

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-6: Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV zur Finanzierung der Pflegeheimtaxen

in Mio. Franken	2010	2011	2012	2013	2014
EL Kanton	71.8	57.9	61.3	64.3	64.1
EL-Anteil Riehen, Bettingen	1.3	0.7	0.6	0.9	0.5
Total EL Basel-Stadt	73.1	58.6	61.9	65.2	64.6
<i>davon in ausserkantonalen Heimen</i>	0.7	1.2	1.5	1.9	1.6

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Liegenschaftsbeiträge (Tabelle 8.1-7)

Die Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt weisen, in Bezug auf die Liegenschaftskosten, unterschiedliche Rahmenbedingungen auf. Je nach Baujahr kann die Hypothekarzinsbelastung stark differieren. Um solche Unterschiede auszugleichen, mit dem Ziel, einheitliche Pflegeheimtarife erreichen zu können, wurde im Rahmen der Leitlinien des Regierungsrates zur Alterspolitik das Instrument der Liegenschaftsbeiträge geschaffen. Diese finanzieren Liegenschaftskosten, die den von den Bewohnern zu entrichtenden Taxanteil überschreiten. Aufgrund der geplanten Neu- und Ersatzbauten ist in den kommenden Jahren mit einem deutlichen Anstieg zu rechnen.

8.1.3 Baubeiträge für Pflegeheime

Im Jahr 2014 wurden Baubeiträge in der Höhe von knapp 13.2 Mio. Franken ausbezahlt. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine Erhöhung um 2.8 Mio. Franken. In Zukunft sollen die Investitionskosten im Sinne einer Vollkostenfinanzierung über die Tagestaxe getragen werden.

8.2 Tageseinrichtungen

Per Januar 2014 wurde das Finanzierungssystem der Tageseinrichtungen an die Neuordnung der Pflegefinanzierung angepasst. Grundsätzlich blieb sich die Finanzierung über Beiträge der Gäste und Kantonsbeiträge pro Tag gleich. Neu eingeführt wurde eine Aufteilung des Beitrages des Gastes pro Tag in Eigenbeitrag für Pflege und Beitrag für Betreuung sowie eine Aufteilung des Kantonsbeitrages pro Tag in einen Teilbetrag der Restfinanzierung und einen Teilbetrag für Betreuungsleistungen neu gesplittet. Die Tabelle 8.2-1 zeigt die Finanzierungsaufteilung am Beispiel einer allgemeinen Tageseinrichtung.

Bei auf psychische Beeinträchtigungen bzw. auf Demenz spezialisierten Tageseinrichtungen liegen die anerkannten Kosten pro Tag bei 144 Franken bzw. 159 Franken. Der Kanton übernimmt 71 bzw. 78 Franken und der Gast 46 bzw. 54 Franken pro Tag. Das Gesamtvolumen der Tageseinrichtungen (inkl. Gemeinden Riehen, Bettingen und des Kantons Basel-Landschaft) betrug im Jahr 2014 ca. 6 Mio. Franken. Dieses wurde zu rund 50% durch die öffentliche Hand (Kantone/Gemeinden), 30% durch die Tagesgäste (subsidiär Ergänzungsleistungen zur AHV) und 20% durch Beiträge der Krankenversicherer finanziert (Abbildung 8.2-2).

Tabelle 8.1-7: Kantonale Liegenschaftsbeiträge für Pflegeheime

in Mio. Franken	2010	2011	2012	2013	2014
Liegenschaftsbeiträge	4.4	3.2	3.4	3.1	3.7

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Tabelle 8.2-1: Kosten und Finanzierung der Tagestaxen 2014 einer allgemeinen Tageseinrichtung

	Franken pro Tag	Finanzierung		
		Krankenkasse	Gast	Kanton
Betreuungskosten	76.70		17.40	59.30
Pflegenormkosten	52.30	27.00	21.60	3.70
Total	129.00	27.00	39.00	63.00

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

8.3 Spitex-Organisationen

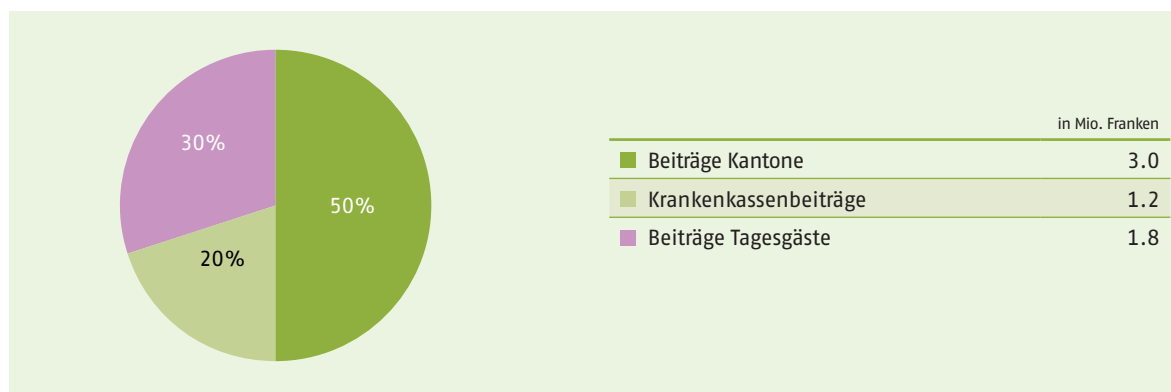
Für Spitex-Organisationen ohne besonderen Leistungsauftrag gelten die in § 8d KVO verankerten Normkosten. Die Finanzierung erfolgt durch den Beitrag der Krankenversicherung, den Eigenbeitrag der Patienten und die Restfinanzierung des Kantons bzw. der Gemeinde (vergleiche Tabelle 8.3-1).

Über die Normkosten hinaus können zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation

des Personals, die Qualitätssicherung und die Ausbildungstätigkeit sowie für Spezialleistungen höhere Kosten anerkannt werden. Mit Spitex Basel, Spitex Riehen/Bettingen und curavis wurden besondere Leistungsaufträge vereinbart.

In Tabelle 8.3-2 sind Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen dargestellt. Von den Gesamtkosten von 44.0 Mio. Franken übernimmt die Krankenversicherung 57%, Kanton und Gemeinden 37% und die Patienten mit dem Eigenbeitrag 6%.

Abbildung 8.2-2: Finanzierung des Taxvolumens der Tageseinrichtungen im Jahr 2014



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

in Mio. Franken	2011	2012	2013	2014
Basel	2.7	2.6	2.8	2.1 ²
Riehen, Bettingen ¹	0.5	0.5	0.5	0.5
Total Basel-Stadt	3.2	3.1	3.3	2.6

¹ Die Tageseinrichtung Wendelin erhielt Beiträge von der Gemeinde Riehen.

² Auffallend ist der starke Rückgang der Kantonsbeiträge im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr um ca. 0.6 Mio. Franken. Der Grund für den Rückgang liegt in der seit dem Jahr 2013 sinkenden Auslastung der Angebote durch das grössere Angebot an Pflegeheimplätzen.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

8.4 Beiträge an die Pflege zu Hause

Betagte, kranke oder behinderte Personen, welche zu Hause regelmässig gepflegt werden, erhalten im Kanton Basel-Stadt eine finanzielle Unterstützung. Der Beitrag steht all jenen Pflegebedürftigen zu, die täglich mehr als eine Stunde Unterstützung bei der Grundpflege (An- und Auskleiden, Körperpflege etc.) durch Angehörige, Nachbarn oder Dritte erhalten. Nicht entschädigt werden Haushaltsarbeiten. Die Höhe des Pflegebeitrages hängt davon ab, ob bereits eine Hilflosenentschädigung der AHV oder IV ausgerichtet wird. Im Jahr 2014 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege zu Hause von insgesamt 2.5 Mio. Franken aus (Tabelle 8.4-1). Per 1. Januar 2015 sind die Beiträge an die Pflege zu Hause neu AHV- und steuerpflichtig.

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

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.3-2: Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen im Jahr 2014

	Total Kosten	KVG-Beiträge	Eigenbeitrag Patienten	Restfinanzierung Kanton/Gemeinde
	in Mio. Franken			
mit besonderem Leistungsauftrag	25.8	13.4	1.4	11.0
ohne besonderen Leistungsauftrag	18.1	12.4	1.1	4.6
Total Spitex-Leistung	44.0	25.8	2.5	15.6

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.4-1: Ausbezahlte Beiträge an die Pflege zu Hause

in Mio. Franken	2010	2011	2012	2013	2014
Basel	2.3	2.3	2.4	2.3	2.1
Riehen, Bettingen	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Total Basel-Stadt	2.7	2.7	2.8	2.7	2.5

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

9. Qualitätssicherung in der Langzeitpflege



In Kürze:

- In neun Pflegeheimen wurde auf der Grundlage des Qualitätsmanagement-Instruments «qualivista» ein Aufsichtsbesuch durchgeführt. Zudem wurde in allen Pflegeheimen, welche psychogeriatrische Pflege und Betreuung anbieten, das Angebot analysiert.
- Der Qualitätstag für die Pflegeheime ging der Frage nach, welche Anforderungen die nationale Gesundheitspolitik an die Pflegeheime von Morgen stellt.
- Die Pflegeheim-Qualitätskommission hat die Pflegeheime mit verschiedenen Beiträgen bei der Umsetzung und Implementierung der Palliative Care in der Grundversorgung unterstützt.
- Die Ergebnisse der Überprüfungen des RAI-Systems weisen eine stabile Qualität aus.

9.1 Qualitätssicherung in den Pflegeheimen

9.1.1 Aufsichtsbesuche mit qualivista

Qualivista ist die verbindliche Qualitätsanforderung der Pflegeheime in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn. Da qualivista von den zuständigen Kantonen und den jeweiligen Alters- und Pflegeheimverbänden gemeinsam erarbeitet und genehmigt wurde, ist ein gleiches Verständnis über die Anforderung und die Qualität gewährleistet. Die Qualitätsanforderungen sind in den Bereichen der Führungsprozesse, den Kernprozessen wie Pflege und Betreuung, Alltagsgestaltung sowie in den Supportprozessen Verpflegung, Hauswirtschaft, Sicherheit und Hygiene festgelegt. Die interkantonale Steuergruppe von qualivista genehmigte im November 2014 den Management-Review. Im Jahr 2014 zeigten weitere Kantone Interesse an qualivista.

In neun Pflegeheimen sind reguläre, eintägige Aufsichtsbesuche auf der Grundlage von qualivista durchgeführt worden. Dabei überprüfen und beurteilen Fachexperten die verschiedenen Arbeitsbereiche. Die Ergebnisse der überprüften Pflegeheime zeigten, dass die Anwendung von qualivista zu einem zielgerichteten Qualitätsverständnis geführt hat. Insbesondere ist in allen neun überprüften Pflegeheimen eine respektvolle und bewohnerorientierte Haltung erkennbar. Das Recht auf Selbstbestimmung der Bewohnerinnen/

der Bewohner ist den Heimen ein grosses Anliegen. Entwicklungspotential besteht oftmals im Schnittstellenmanagement der einzelnen Bereiche (zum Beispiel: Hauswirtschaft, Hygiene, Verpflegung und Sicherheit) sowie in der laufenden Aktualisierung der bestehenden Konzepte.

Die Bearbeitung der erlassenen Weisungen auf Grundlage von qualivista sowie die festgestellten Verbesserungsanforderungen werden von den Pflegeheimleitungen generell mit einer professionellen und konstruktiven Haltung angegangen.

Die Bestandsaufnahme der sieben Pflegeheime, welche eine psychogeriatrische Abteilung führen, und eines Pflegeheims mit ausschliesslich psychogeriatrischer Ausrichtung konnte im Berichtsjahr noch nicht abgeschlossen werden. Die bereits vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich sowohl die Konzepte wie auch die Grundsätze stark unterscheiden.

9.1.2 Pflegeheim-Qualitätskommission

Die Pflegeheim-Qualitätskommission ist ein Gremium, in welchem der Verband der gemeinnützigen Basler Alterspflegeheime (VAP), die Krankenversicherer, die Medizinische Gesellschaft (MedGes) sowie die Abteilung Langzeitpflege (Bereich Gesundheitsversorgung) vertreten sind.

Bei der konzeptionellen Erarbeitung und Implementierung von «Palliative Care» hat die Pflegeheim-

Tabelle 9.1-1: Ergebnisse der RAI-Audits*

	2010	2011	2012	2013	2014
Anzahl überprüfter Institutionen	12	12	9	9	10
Anzahl Pflegeplätze dieser Institutionen	690	714	553	553	570
Anzahl überprüfte Bewohner-Situationen	152	164	120	120	130
Anteil der Plätze der überprüften Institutionen	22%	23%	22%	22%	23%
Anteil korrekte Einstufungen	90%	91%	96%	96%	94%
Anteil falsche Einstufungen	10%	9%	4%	4%	6%
... davon zu hoch eingestuft	10%	8%	4%	4%	5%
... davon zu tief eingestuft	0%	1%	0%	0%	1%

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Qualitätskommission die Heime unterstützt. So stellte sie einen Leitfaden zur Erstellung eines Palliative Konzeptes, Erklärungen zur Systematik der Palliative Care Weiterbildungen und zur Schaffung eines Weiterbildungsangebotes sowie eine Kontaktliste der regionalen Konsiliardienste und Netzwerke zur Verfügung.

9.1.3 Qualitätstag

Der Qualitätstag, durchgeführt von der Pflegeheim-Qualitätskommission, soll die Trägerschaften sowie Heim- und Pflegeleitungen mit hilfreichen Informationen und Erfahrungswissen wirksam in ihrem Alltag unterstützen.

Die Teilnehmenden der Pflegeheime sind herausgefordert, rechtzeitig die Weiterentwicklung ihrer Betriebe zu realisieren. Damit verbunden sind Herausforderungen in den Bereichen Personalmanagement und Qualitätssicherung. Beiträge über die nationalen gesundheitspolitischen Schwerpunkte sowie der Swiss Nursing Homes Human Resources Projekt (SHURP) gaben einen Einstieg in die vielfältigen Themenbereiche. Die SHURP-Studie ist die erste nationale Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeheimen. Dazu wurden relevante Ergebnisse präsentiert. Qualivista kam in Zusammenhang mit European Foundation for Quality Management (EFQM) zur Sprache, und es wurde über Anwendungserfahrungen und das auswärtige Interesse am Instrument diskutiert.

9.1.4 RAI-Audits

Die Abrechnungsbasis für die Ausrichtung der Pflegebeiträge der Krankenversicherer erfolgt aufgrund der Zuweisung der Pflegeheimbewohner auf eine der zwölf Pflegestufen aufgrund des ausgewiesenen

Pflegebedarfs. Diese Pflegebedarfseinstufung wird im Kanton Basel-Stadt seit dem Jahr 2002 mit dem Resident Assessment Instrument (RAI) System durchgeführt, welches einen differenzierten und nachvollziehbaren Prozess vorgibt. Diese Pflegestufen (Resource Utilization Groups = RUGs) sind konzeptionell mit den Diagnosis Related Groups (DRGs) im Akutbereich vergleichbar. Die RUGs sind für die Pflegeplanung und auch die Abgeltung der Pflegeleistungen von entscheidender Bedeutung und werden von den Pflegeheimen selbst vorgenommen. Eine paritätische Abklärungs- und Kontrollkommission der Alters- und Pflegeheime (ParKo APH) nimmt stichprobenweise eine Überprüfung vor. Die ParKo APH wird vom VAP, den Krankenversicherern und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt getragen. Diese Kommission beauftragt jeweils ein paritätisches RAI-Audit-Team, welches systematisch und im Zyklus von drei Jahren Audits zu Pflegeeinstufungen sowie zur Systemanwendung in allen Vertragsheimen durchführt. Werden im Rahmen eines RAI-Audits Fehleinstufungen oder Systemschwächen festgestellt, gibt die ParKo APH verbindliche Korrekturen vor und setzt gegebenenfalls die Rückforderung von zu viel bezahlten Beiträgen der Krankenversicherer fest. Ebenso kann die ParKo APH aufgrund von ungenügenden Audit-Ergebnissen im Folgejahr ein kostenpflichtiges Nachaudit anordnen. Das Heim hat die Möglichkeit, innerhalb von zehn Arbeitstagen zum Schlussbericht und zu den Auflagen Stellung zu nehmen oder Einsprache zu erheben.

In zehn Heimen wurde im Berichtsjahr ein RAI-Audit durchgeführt. Eines davon war ein Nachaudit. Bei einer seit dem Jahr 2013 laufenden Einsprache eines Pflegeheimes gegen einen Entscheid der ParKo

APH konnte anfangs 2015 mit einem Vergleich das Verfahren abgeschlossen werden.

Seit 2004 fanden im Kanton Basel-Stadt 137 RAI-Audits (davon 10 Nachaudits) statt. Es wurden 22% der Heimplätze auf die Korrektheit der Pflegeaufwandgruppen hin überprüft. Dies entspricht 1'923 Bewohnerinnensituationen. Von diesen waren 89% in der richtigen Pflegeaufwandgruppe erfasst. 10% der Bewohnerinnen waren in einer zu hohen Pflegeaufwandgruppe, 1% der Bewohnerinnen in einer zu niedrigen Pflegeaufwandgruppe eingeteilt.

Die Quote der Fehleinstufungen hat im Berichtsjahr um 3% abgenommen und beträgt 2%. Die Ergebnisse der RAI-Audits zeigen, dass es wichtig ist, Defizite in der Umsetzung des RAI-Systems zu identifizieren, sodass Massnahmen eingeleitet werden können, welche eine Verbesserung fördern (Tabelle 9.1-1).

Eine bewusst wahrgenommene Führungsverantwortung der RAI-Hauptverantwortlichen im Pflegeheim, eine solide Schulungskultur sowie genügend ausgebildete RAI-Anwenderinnen wurden als stabilisierende Faktoren identifiziert, welche zu einer besseren Umsetzung und Anwendung des RAI-Systems führen.

Als Verbesserungsmassnahmen wurden aufgrund dieser Erkenntnisse vor allem Schulungen zur besseren Qualifikation der RAI-Anwenderinnen und zur Schaffung von klaren Strukturen angeboten. Die Schulung der Mitarbeiterinnen zur Erstellung einer aussagekräftigen Dokumentation ist ein weiterer Ansatz für Verbesserungsmassnahmen.

Die Anregungen werden in der Regel konstruktiv und professionell umgesetzt und tragen zur kontinuierlichen Verbesserung in der Anwendung des RAI-Systems bei.

9.2 Qualitätsindikatoren des RAI-Systems

Das seit 2003 angewandte RAI-System bildet aufgrund der zweimal jährlich erhobenen individuellen Daten verschiedene Qualitätsindikatoren (QIs) ab. Mindestens zweimal jährlich werden die Pflegeeinstufungen mittels dem Minimal Data Set (MDS) bei jeder Bewohnerin/jedem Bewohner erneut erhoben. Anhand der anonymisierten, mit einem speziellen EDV-Programm ausgewerteten MDS-Daten werden jährlich die Qualitätsindikatoren abgebildet. Die Qualitätsindikatoren sind aufgrund der MDS-Daten exakt definiert und berücksichtigen die unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Heime. Die

RAI-QIs fokussieren elf Themenbereiche, insgesamt können jährlich 28 Qualitätsindikatoren erstellt werden wie zum Beispiel:

Unfälle/Verhalten und Emotion/Polypharmazie/Lebensqualität/Verwendung von Psychopharmaka/physische Funktionsfähigkeit etc.

Die Qualitätsindikatoren erlauben den Pflegeheimen datengestützte und anonyme Vergleiche im Verlaufe der Zeit und somit eine zielgerichtete, kontinuierliche Qualitätsarbeit sowie Quervergleiche zwischen den Heimen im Kanton Basel-Stadt sowie auf nationaler Ebene (Benchmarking).

Die Arbeit mit den Qualitätsindikatoren erfordert von den Pflegeheimen eine sorgfältige Analyse ihrer Daten und dient der internen Entwicklung und Sicherung der Qualität.

9.3 Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen

Spitex Basel erstellt gemäss kantonalem Leistungsauftrag 2012 bis 2014 einen jährlichen Qualitätsbericht. Die Entwicklung eines Palliative Care Konzeptes und die entsprechende Schulung der Mitarbeiterinnen sowie der Ausbau der psychiatrischen Hilfe und Pflege zu Hause standen im Berichtsjahr im Vordergrund.

Aufgrund der Bewilligungsverordnung des baselstädtischen Gesundheitsgesetz werden Spitex-Dienste systematisch auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und Durchführung der fachgerechten Pflege in periodischen Aufsichtsbesuchen überprüft. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 15 Hausbesuche bei den Spitex-Diensten durchgeführt. Im Weiteren wurden neun Spitex-Organisationen in ihren Büroräumlichkeiten einer administrativen Kontrolle unterzogen. Bei den Spitex-Organisationen sind grössere qualitative Unterschiede in Bezug auf die Professionalität in der Geschäftsführung, der Administration sowie in der pflegerischen Fachlichkeit festzustellen. Bei den freiberuflichen Pflegefachfrauen/Pflegefachmännern ist durchschnittlich eine sehr gute Pflegefachqualität festzustellen. Angeordnete Verbesserungsmassnahmen werden in einer positiven, konstruktiven Haltung vorgenommen. Verbesserungspotenzial besteht insbesondere beim Erstellen der Bedarfsabklärungen, der Führung von professionellen Pflegedokumentationen sowie bei Spitex-Organisationen regelmässige Kontrollen durch entsprechendes Fachpersonal.

Teil IV

Anhang

10. Weitere Informationen

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

The screenshot shows the website interface for 'Gesundheitsversorgung' in the Canton of Basel-Stadt. The navigation bar includes 'Startseite Kanton Basel-Stadt', 'Behörden & Organisation', and 'Themen A-Z'. The main header identifies the 'Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt' and the 'Gesundheitsversorgung' section. A secondary navigation bar highlights 'Für Gesundheitsfachpersonen' among other categories like 'Über uns', 'Qualität & Aufsicht', and 'Für ältere Menschen'. Below this, a breadcrumb trail reads 'Startseite > Für Gesundheitsfachpersonen'. The main heading is 'Für Gesundheitsfachpersonen', followed by a sub-heading: 'Die folgenden Informationen sind vorwiegend fachlicher Natur und liefern interessierten Personen Hintergrundinformationen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt.' Five content cards are displayed, each with a title, an image, and a brief description of the topic.

Spitalversorgung →
 Welche Spitäler stehen auf der Spitalliste vom Kanton Basel-Stadt? Dürfen Behandlungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen werden?

Langzeitpflege →
 Welche Leitlinie in der Alterspolitik hat der Kanton Basel-Stadt? Wie erhalte ich eine Spitexbewilligung? Welche Pflegeheime sind auf der Pflegeheimliste?

eHealth →
 Was ist eHealth und wer kann eHealth in Basel-Stadt nutzen?

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit →
 Wie vernetzt sich Basel-Stadt mit Spitälern im nahen Ausland? Zahlt die Krankenkasse, medizinische Leistung in bestimmten Kliniken in Deutschland?

Inkonvenienzentschädigung Hebammen →
 Inkonvenienzentschädigung für Geburtshelferinnen und Geburtshelfer beantragen.

11. Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime

11.1: Kennzahlen der Spitäler für das Jahr 2014

	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Klinik Sonnenhalde	Merian Iselin Klinik	Palliativzentrum Hildegard
Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)	241	437	635	112	426	62
Total Betriebsaufwand in 1'000 CHF	23'800	85'196	89'739	17'728	88'783	8'551
davon Personalkosten in 1'000 CHF	16'536	44'246	67'596	12'869	43'371	6'143
davon medizinischer Bedarf in 1'000 CHF	1'621	16'530	6'132	283	24'260	312
Total Ertrag aus Leistungserstellung in 1'000 CHF	21'981	73'531	75'700	17'957	88'926	6'163
Anzahl stationärer Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, Übrige)	1'288	6'204	5'010	518	6'886	296
davon Langzeitpflegefälle	0	0	429	0	0	17
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	0%	9%	0%	0%	6%
davon Unfall, IV, MV	0	82	26	1	998	1
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	1%	0%	14%	0%
davon KVG	1'288	6'122	4'984	516	5'695	295
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	99%	100%	83%	100%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	1'185	2'067	4'016	219	2'523	225
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	92%	34%	81%	42%	44%	76%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	989	4'249	3'832	469	3'735	229
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	77%	69%	77%	91%	66%	78%
Anzahl Pflegetage (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, Übrige)	31'798	42'753	91'599	24'324	34'729	5'888
davon KVG	31'798	42'268	91'113	24'213	29'984	5'883
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	99%	100%	86%	100%
KVG-Pflegetage von Patienten mit Wohnsitz BS	29'423	16'227	73'899	9'857	13'351	4'800
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	93%	38%	81%	41%	45%	82%
KVG-Pflegetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	24'476	26'375	70'294	22'030	18'299	4'764
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	77%	62%	77%	91%	61%	81%

REHAB Basel	Reha Chrischona	Schmerz- klinik Basel	St. Clara- spital	Universitäre Psychia- trische Kliniken	Universi- täts- Kinderspital beider Basel	Universi- tätsspital Basel	Gesamt
323	102	73	764	864	748	4'819	9'606
49'020	17'518	13'261	183'936	140'469	129'642	950'005	1'797'650
31'198	11'425	8'773	105'793	101'195	80'467	601'999	1'131'611
4'513	685	1'450	28'256	5'294	17'157	185'753	292'245
47'104	17'292	11'978	180'442	111'286	105'714	769'207	1'527'282
392	1'132	148	10'116	3'049	6'093	33'716	74'848
0	0	0	0	18	0	0	464
0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%
102	6	4	119	8	1'068	1'480	3'895
26%	1%	3%	1%	0%	18%	4%	5%
288	1'126	144	9'997	2'964	4'871	30'715	69'005
73%	99%	97%	99%	97%	80%	91%	92%
82	616	47	5'406	2'393	1'602	16'221	36'602
28%	55%	33%	54%	81%	33%	53%	53%
236	795	110	5'917	2'754	4'255	24'179	51'749
82%	71%	76%	59%	93%	87%	79%	75%
27'307	26'011	2'486	80'957	111'342	39'563	255'581	774'338
19'735	25'824	2'404	80'379	108'133	25'400	236'033	723'167
72%	99%	97%	99%	97%	64%	92%	93%
5'813	14'216	773	43'125	84'568	7'922	121'656	425'630
29%	55%	32%	54%	78%	31%	52%	59%
15'382	18'527	1'881	46'266	98'558	22'821	182'340	552'013
78%	72%	78%	58%	91%	90%	77%	76%

11.2: Kennzahlen der Pflegeheime für das Jahr 2014

Pflegeheim	Anzahl Pflegeplätze	Geleistete Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflege- intensität ¹
Adullam	264	105'522	109.5	0.83
Alban-Breite	83	30'131	99.5	0.76
Blindenheim	60	23'153	105.7	0.58
Bürgerspital, am Bruderholz	58	21'091	99.4	1.00
Bürgerspital, Burgfelderhof	113	34'524	83.7	0.81
Bürgerspital, Falkenstein	86	31'181	99.3	0.82
Bürgerspital, Weiherweg	80	25'869	88.6	0.80
Bürgerspital, zum Lamm	69	25'378	100.8	0.85
Casavita Hasenbrunnen	57	20'529	98.7	0.88
Casavita Kannenfeld	72	25'887	98.5	0.77
Casavita Rosental	44	16'212	100.9	0.83
Casavita Wettstein	43	15'066	96.0	0.84
Casavita Vincentianum	46	16'591	98.8	0.75
Dandelion	60	21'786	99.5	1.08
Dominikushaus	77	28'328	100.8	0.95
Feierabendheim St. Chrischona	36	12'991	98.9	0.65
Generationenhaus Neubad	86	30'475	97.1	0.68
Gundeldingen	110	40'244	100.2	0.87
Gustav Benz Haus	81	28'438	96.2	0.81
Haus zum Wendelin	84	25'929	84.6	0.74
Holbeinhof	111	39'834	98.3	0.83
Humanitas	90	31'971	97.3	0.66
Johanniter	137	49'551	99.1	0.73
Ländliheim	42	14'958	97.6	0.73
Marienhaus	111	41'001	101.2	0.89
Marthastift	41	14'593	97.5	1.04
Murtengasse	23	7'850	93.5	0.94
St. Christophorus	71	25'603	98.8	0.96
St. Elisabethenheim	70	25'641	100.4	0.86
St. Johann	75	26'889	98.2	0.81
Sternenhof	155	56'723	100.3	0.83
Wesley-Haus	84	30'130	98.3	1.02
Wiesendamm	72	26'146	99.5	0.86
zum Wasserturm	54	19'319	98.0	0.71
Total	2'745	989'494		
Gewichteter Wert	16	6107	keine separate KTR vorhanden	
Tertianum-St. Jakobpark ²	5	1117	keine separate KTR vorhanden	
Palliativzentrum Hildegard ²	59	19'149	88.9	0.81
FPS Passerelle ²	28	5'956	58.3	1.06
Südpark ²	134	16'368	33.5	0.65
Bethesda Gellert Hof ³	65	9'293	39.2	0.84
Senevita Gellertblick ³	56	noch nicht eröffnet		
Hirzbrunnenhaus (Claraspital)	31	–	geschlossen im Jahr 2013	
Gesamttotal	3'083	1'047'484		

Anzahl Soll-Stellen in der Pflege	Pflegekosten ohne Betreuungs-kostenanteil Total (1'000 CHF)	Kosten Grundtaxe (1'000 CHF)	Taxertrag + Liegenschafts-beitrag (1'000 CHF)
158.5	10'478	20'924	30'187
42.3	2'710	5'678	8'232
26.6	1'835	4'311	5'810
35.9	3'218	4'522	7'248
53.7	4'238	6'919	9'931
46.3	3'387	6'402	9'051
37.4	3'494	6'043	7'199
38.1	2'488	4'627	7'040
32.1	2'119	3'756	5'876
36.7	2'480	4'893	7'227
24.1	1'661	3'052	4'671
22.9	1'589	2'888	4'298
23.1	1'457	3'097	4'528
39.3	2'908	4'185	7'354
46.2	2'871	4'855	8'153
16.6	1'239	1'959	3'358
40.0	2'536	5'814	7'856
61.8	4'450	7'551	11'493
42.0	2'744	5'277	7'862
37.9	2'781	4'905	6'931
59.5	3'631	8'695	11'173
41.3	3'111	6'086	8'157
68.1	4'543	9'099	13'335
20.5	1'386	2'975	3'958
63.7	5'644	7'650	11'789
25.7	1'667	2'376	4'733
13.0	831	1'462	2'257
42.5	3'386	5'144	8'111
39.1	2'419	4'986	7'198
39.5	2'468	5'400	7'345
84.5	9'077	11'256	18'382
52.3	4'014	6'435	9'243
40.1	2'560	5'230	7'541
26.2	2'517	3'671	5'341
1'477.5	107'937	192'123	282'868
	keine Angaben		
	keine Angaben		
29.2	4'349	6'477	5'693
12.6	keine Angaben	–	1'798
35.7	2'662	4'961	5'866
20.6	1'097	3'448	2'713
			298'938

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

2 Nicht-Mitglieder des Verbands gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime

3 Neueröffnungen 2014 (kein volles Betriebsjahr)

Geschlechtsneutrale Formulierung

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

