



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Bereich Gesundheitsversorgung

Gesundheits- versorgungsbericht über das Jahr 2012

**Über die Spitäler, Pflegeheime,
Tagespflegeheime
und Spitex-Einrichtungen**

Impressum

Verantwortlich

Dr. med. Peter Indra, MPH

Projektleitung

Remigius Dürrenberger

Autorinnen und Autoren

Felix Bader, Dr. Jessica Brunner, Brigitte Ebert,
Annette Egger, Dr. med. Aref Al-Deb'i, Birgit Meier, Daniela Neuman,
Claudia Portner, Susanne Rodewald, Joëlle Stöckli Grolimund,
Thomas von Allmen, Jan Zbinden
In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Stadt:
Jonas Eckenfels, Hans-Egon Hebel, Sarah Luginbühl, 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 61 205 32 42
E-Mail: gesundheitsversorgung@bs.ch
Internet: www.gesundheitsversorgung.bs.ch

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Leistungsorientierte Fallpauschalen, kostendeckende Spitaltarife, fixer Kantonsanteil für alle Spitalbehandlungen, Verselbstständigung der öffentlichen Spitäler, leistungsorientierte Spitalplanung. Diese Stichworte stehen für einen wichtigen Meilenstein im schweizerischen Gesundheitswesen: die Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Dank dem Einsatz aller Beteiligten haben die Basler Spitäler, die Krankenversicherer und die kantonale Verwaltung diese Hürde am 1. Januar 2012 erfolgreich gemeistert. Vielen Befürchtungen zum Trotz ist die wichtigste Errungenschaft unseres Gesundheitssystems, das Patientenwohl, dabei nicht auf der Strecke geblieben. Erste Zahlen belegen, dass es zu keinen verfrühten Spitalentlassungen gekommen ist. Auch haben die Beschwerden von Patienten nicht zugenommen, was nur heissen kann, dass auch die Qualität der Spitalleistungen auf dem hohen Niveau weitergeführt werden konnte.

Der nunmehr dritte Gesundheitsversorgungsbericht Basel-Stadt untersucht, wie schon die vorhergehenden Ausgaben, die Struktur- und die Versorgungsqualität für die Basler Bevölkerung. Dargestellt werden quantitative wie qualitative Aspekte aus Angebot, Leistungserstellung, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung.

Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt erbringen wichtige Zentrumsfunktionen, welche nicht nur der Basler Bevölkerung, sondern der ganzen Region zugute kommen. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt ist bestrebt, die vorhandenen Ressourcen im Sinne eines maximalen Nutzens einzusetzen. Dies geschieht durch die Bereitstellung einer hochstehenden und der Bevölkerung optimal entsprechenden Gesundheitsversorgung. Diese möchten wir den Leserinnen und Lesern mit diesem Bericht näherbringen.



Dr. Carlo Conti
Regierungsrat
Vorsteher des Gesundheitsdepartements
des Kantons Basel-Stadt

Teil I 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	Neuordnung der Spitalfinanzierung	8
1.2.3	Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt	8
1.2.4	Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt	9
1.3	Nationale Strategien im Gesundheitswesen und deren Umsetzung in Basel-Stadt	9
1.3.1	eHealth-Strategie	9
1.3.2	Palliative-Care-Strategie	10
1.3.3	Demenzstrategie	11
1.3.4	Qualitätsstrategie (HTA, Qualitätsinstitut)	11
1.4	Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	11

Teil II Spitalversorgung (akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie)

2.	Angebot der stationären Spitalversorgung	15
2.1	Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt	15
2.1.1	Ausserkantonale und ausländische Patienten in den basel-städtischen Spitälern	17
2.1.2	Die Patienten der basel-städtischen Spitäler nach Liegeklassen	18
2.2	Die Spitalliste 2012	18
2.2.1	Anpassung der Spitalliste im Bereich der Rehabilitation	19
2.2.2	Befristete Leistungsaufträge	20
2.3	Nationale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin	20
3.	Leistungen der stationären Spitalversorgung	24
3.1	Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2012	24
3.2	Fallzahlentwicklung, Pflegetage und Aufenthaltsdauer in den basel-städtischen Spitälern im Fünfjahresvergleich	24
3.3	Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen	26
4.	Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung	30
4.1	Gesamtumsatz der basel-städtischen Spitäler nach Kostenarten, Kostenverwendung und Finanzierung	30
4.2	Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung	32
4.3	Stationäre Spitaltarife nach KVG: das wichtigste Finanzierungselement	32
4.4	Stationäre Spitaltarife des Kantons Basel-Stadt im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung	33
4.4.1	Provisorische stationäre Spitaltarife 2012	33
4.4.2	Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung	33
4.4.3	Krankenversicherer führen Tarifverhandlungen neu in drei Gruppen	34
4.4.4	Definitive stationäre Spitaltarife 2012	34
4.5	Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler	37
5.	Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung	41
5.1	Einführung	41
5.2	Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt	41
5.2.1	Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit	41
5.2.2	Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken	42
5.3	Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene	42
5.3.1	Kantonales Schwerpunktthema	42
5.3.2	Beschwerdestelle Spital und spitalambulanter Bereich	44
5.3.3	Weitere Schwerpunkte	44
5.4	Ausblick	45

Teil III Pflegeheime und Spitex-Einrichtungen (Langzeitpflege)

6.	Angebot in der Langzeitpflege	47
6.1	Übersicht Langzeitpflege	47
6.2	Pflegeheime	50
6.3	Tageseinrichtungen	50
6.4	Spitex-Organisationen	50
6.5	Wohnen mit Serviceangebot für Betagte	51
7.	Leistungen in der Langzeitpflege	52
7.1	Pflegeheime	52
7.2	Tageseinrichtungen	53
7.3	Spitex-Organisationen	54
8.	Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege	55
8.1	Pflegeheime	55
8.1.1	Gesamtkosten der Pflege in Heimen	55
8.1.2	Finanzierung der Pflegeheimkosten	57
8.1.3	Liegenschaftsbeiträge	58
8.1.4	Baubeiträge für Pflegeheime	58
8.2	Tageseinrichtungen	58
8.3	Spitex-Organisationen	58
8.4	Beiträge an die Pflege zu Hause	59
9.	Qualitätssicherung in der Langzeitpflege	61
9.1	Qualitätssicherung in den Pflegeheimen	61
9.1.1	Qualivista – die neue Qualitätsrichtlinie	61
9.1.2	Aufsichtsbesuche	61
9.1.3	RAI-Audits	62
9.2	Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen	63

Teil IV Anhang (Factsheets, Kennzahlen, Glossar, Abkürzungsverzeichnis)

10.	Factsheet Neuordnung der Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012	65
10.1	KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung	65
10.2	SwissDRG	66
11.	Factsheet Leistungsorientierte Spitalplanung	68
11.1	Leistungsgruppensystematik als Grundlage für differenzierte Leistungsaufträge	68
11.2	Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge für Listenspitäler	69
12.	Factsheet Tarifrecht KVG	70
12.1	Die Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG	70
12.1.1	Allgemeines	70
12.1.2	Gesetzliche Anforderungen an die Tarifverträge	71
13.	Wichtige Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime	72
13.1	Kennzahlen der Spitäler	72
13.2	Kennzahlen der Pflegeheime	74
14.	Glossar	76
15.	Abkürzungsverzeichnis	78

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 eHealth, Palliative Care und Qualität wurden in Basel-Stadt wesentliche Arbeiten geleistet.
- Die Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitswesens beliefen sich im Jahr 2011 auf 64,6 Mrd. Franken. Sie sind im Zehnjahresvergleich von 2002 bis 2011 um durchschnittlich 3,5% pro Jahr gewachsen.
- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert rund 35% der gesamten Gesundheitskosten. Diese Ausgaben sind in den letzten zehn Jahren im Schnitt um 4,4% jährlich angestiegen.

1.1 Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen

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

Gesetzgebung und Vollzug liegen grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Faktisch regelt jedoch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) wichtige 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)
- 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, sprich 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 uni-

versitären 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 (Art. 25a Abs. 5 KVG) im Heim und ambulant sind festgelegt, wodurch die Höhe der kantonalen Restfinanzierung bestimmt ist.
- Der Kantonsanteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 1 KLV) wird jährlich durch den Regierungsrat festgelegt. Er beträgt 55%.

1.2.2 Neuordnung der Spitalfinanzierung

Durch die am 21. Dezember 2007 vom National- und Ständerat beschlossene Änderung des KVG wurde die Spitalfinanzierung neu geregelt. Das revidierte

KVG trat am 1. Januar 2009 mit einer dreijährigen Übergangsfrist in Kraft. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung erfolgte auf den 1. Januar 2012. Kernstück der neuen 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 Tarifsysteem SwissDRG. Für die weiteren stationären Bereiche Rehabilitation (inklusive Palliativversorgung) und Psychiatrie wird bis zur Einführung eines schweizweit einheitlichen Tarifsystems weiterhin mit Tagesvollpauschalen abgerechnet. Gemeinwirtschaftliche Leistungen wie zum Beispiel Lehre und Forschung müssen separat ausgewiesen und finanziert werden. Diese Regelung findet Anwendung auf alle Spitäler, die auf einer kantonalen Spitalliste verzeichnet sind, ungeachtet ihrer Trägerschaft. Es erfolgt somit eine Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitalern. Eine ausführliche Darstellung der neuen Spitalfinanzierung findet sich im Anhang (Kapitel 10, Factsheet Neuordnung der Spitalfinanzierung).

1.2.3 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt

Mit dem Gesundheitsgesetz (GesG; SG 300.100) 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; SG 310.120) erarbeitet worden. Dadurch wird eine inner- und teilweise auch interkantonale Rechtsharmonisierung im Kleid einer

kompakten, alle Typen von Bewilligungen umfassenden Verordnung erzielt. Das GesG und die Bewilligungsverordnung traten am 1. Januar 2012 in Kraft.

1.2.4 Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt

Durch das Gesetz über die öffentlichen Spitäler (SpG; SG 331.100) 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 SpG hat zum Ziel, den weiterhin im Eigentum des Kantons stehenden öffentlichen Spitälern eine möglichst gute regionale und nationale Positionierung zu ermöglichen. Das SpG trat am 1. Januar 2012 in Kraft.

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

Im Rahmen der Koordination einer nationalen Gesundheitspolitik stimmen Bund und Kantone ihre Gesundheitspolitiken in ausgewählten Bereichen aufeinander ab. Ein bewährtes Instrument stellen dabei nationale Gesundheitsstrategien dar, die gemeinsam durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ausgearbeitet und in den Kantonen und Gemeinden umgesetzt werden.

Nachfolgend werden Planung und Stand der Umsetzung im Kanton Basel-Stadt der nationalen eHealth-Strategie, der Palliative-Care-Strategie, der Qualitätsstrategie und der Demenzstrategie zusammenfassend erlauert.

1.3.1 eHealth-Strategie

eHealth ist ein Überbegriff für die verschiedenen Arten der elektronischen Datenkommunikation im Gesundheitswesen. Das elektronische oder virtuelle Patientendossier ist ein Teilbereich von eHealth und die zentrale Anwendung im Rahmen der nationalen

eHealth-Strategie. Es ermöglicht einen geregelten, institutionsbergreifenden Zugriff auf Patientendaten durch berechtigte Leistungserbringer und den Patienten selbst. Der Bundesrat hat bereits im Januar 2007 eine eHealth-Strategie verabschiedet, deren Ziel es ist, dass die Einwohner der Schweiz bis zum Jahr 2015 «den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen» können. Das Kernstück zur Umsetzung dieser Zielsetzung ist das elektronische Patientendossier. Die Strategie des Bundes beschränkt sich des Weiteren auf die Festlegung der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Die konkrete Umsetzung liegt in der Zuständigkeit der Kantone im Rahmen ihrer Aufgabe der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung mit der Durchführung von Modellprojekten.

Die Umsetzung der kantonalen eHealth-Modellprojekte hat durch die Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012, welche im Kern die Verankerung der integrierten Versorgung im KVG vorgesehen hätte, zusätzlich an Bedeutung gewonnen. Zur Vernetzung der Behandlungsabläufe und zur Bildung integrierter Behandlungsketten sind der Aufbau und die Verbreitung von elektronischen Prozessen in den Fokus gerückt. Dies hat in der Gesundheitsstrategie des Bundesrates «Gesundheit 2020» vom 23. Januar 2013 Eingang gefunden. Im «Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen» wird als eines von drei Zielen der stärkere Einsatz von eHealth im Gesundheitswesen gefordert.¹

Der Kanton Basel-Stadt hat im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie einen Modellversuch initiiert. Die Hauptzielsetzung, den Leistungserbringern mithilfe einer Private-Public Partnership (PPP) eine strategiekonforme Basisinfrastruktur für das elektronische Patientendossier zur Verfügung zu stellen, ist mittlerweile erreicht worden. Im nächsten Schritt wird eine Ausbreitung des elektronischen Patientendossiers auf breiter Basis angestrebt. Dazu muss eine kritische Grsse erreicht werden, die sich dadurch auszeichnet, dass sich eine grosse Zahl von Leistungserbringern dem eHealth-Modellprojekt anschliesst und die Informationen des elektronischen Patientendossiers mit grosser Vollständigkeit abgerufen werden können. Eine nationale Gesetzesgrundlage in Form des sich derzeit in der Vernehmlassungsphase befindenden Bundesgesetzes über das elektronische

Patientendossier (EPDG)² soll letztlich auch die Finanzierungsfrage regeln. Für die kantonale eHealth-Organisation muss bis dahin eine geeignete Organisationsform aufgebaut werden, in der die Leistungserbringerverbände die notwendigen Angelegenheiten regeln. Dabei übernimmt der Kanton die Rolle des Regulators mit dem Ziel, das grosse Nutzenpotenzial von eHealth auszuschöpfen. Bis zum Übergang in die Betriebsphase, die bis im Jahr 2018 eingeleitet sein soll, ist es notwendig, eine kantonale Übergangsfinanzierung sicherzustellen sowie die datenschutzrechtliche Grundlage für die Durchführung des Modellprojektes bereitzustellen. Die breite Anwendung des elektronischen Patientendossiers wird zu einer Verbesserung der Koordination und der Kommunikation und zu einer Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen beitragen, was sich letztlich positiv auf die Behandlungsqualität und -effizienz im Gesundheitswesen auswirken wird. Zudem werden durch die Anwendung von eHealth Doppelspurigkeiten in der Diagnostik eliminiert und unnötig dadurch verursachte Kosten vermieden. Es ist zu erwarten, dass die Förderung und breite Anwendung von eHealth in der Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt einen wichtigen Beitrag zur Dämpfung des Anstiegs der Krankenkassenprämien leisten wird. Weiterführende Informationen finden sich auf der Website von eHealth Suisse³, dem nationalen Koordinationsorgan für eHealth, welches im April 2008 vom Bund und von den Kantonen gegründet wurde.

1.3.2 Palliative-Care-Strategie

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie lindert Leiden, beugt Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende. Bund und Kantone haben beschlossen, Palliative Care in der Schweiz im Rahmen einer nationalen Strategie zu fördern.⁴ Diese wurde für die Jahre 2010–2012 am 22. Oktober 2009 durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik⁵ – die ständige Plattform von Bund und Kantonen zur Diskussion von gesundheitspolitischen Themen und Aufgaben – verabschiedet. Der steigende Bedarf für Palliative Care ist auf zwei sich verstärkende Faktoren zurückzuführen: Aufgrund

der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der jährlichen Todesfälle in der Schweiz von heute 60'000 auf rund 90'000 ansteigen. Ferner führt der medizinische Fortschritt dazu, dass Krankheitsverläufe länger und komplexer werden sowie die Lebensdauer von schwer kranken Patienten mit Krebserkrankungen, neurologischen Leiden oder chronischen Krankheiten verlängert wird.

Mit der Palliative-Care-Strategie sollen folgende Hauptziele angestrebt werden:

- Adäquate Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten
- Zugang betroffener Menschen und ihrer Angehörigen zu Palliative Care verbessern bzw. sicherstellen
- Qualität von palliativer Medizin, Pflege und Begleitung professionell fördern und sichern
- Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten von Palliative Care

Weil viele Kantone erst am Beginn der Umsetzungsphase ihrer Palliative-Care-Konzepte stehen und wichtige Fragen bezüglich Versorgung, Finanzierung, Bildung und Sensibilisierung der Bevölkerung offen sind, wurde am 19. April 2012 im Dialog Nationale Gesundheitspolitik beschlossen, die Nationale Strategie Palliative Care bis zur Periode 2013–2015 zu verlängern.

Zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots von Palliative Care hat der Kanton Basel-Stadt in Anlehnung an die Nationale Strategie 2010–2012 ein Projekt initiiert: Eine breit abgestützte Arbeitsgruppe aus Vertretern der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt, von Spitex Basel, Spitälern und der kantonalen Verwaltung hat ein Palliative-Care-Konzept erarbeitet. Auf der Basis der zusammengetragenen und selbst erarbeiteten Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden die wichtigsten Handlungsfelder bestimmt und Ende 2012 mit einem Umsetzungsplan hinterlegt. Darin ist für das Jahr 2013 unter anderem der Aufbau einer Anlauf- und Koordinationsstelle vorgesehen, welche als Dreh- und Angelpunkt für die Koordination und die Kommunikation unter den Leistungserbringern wie auch für Direktbetroffene und Angehörige dienen soll. Des Weiteren soll der Aufbau von mobilen Palliative-Care-Teams vorangetrieben werden. Ein weiteres Element ist, die Schulung von Ärzteschaft, Pflege, Spitex und weiteren involvierten Palliative-

Care-Leistungserbringern zu gewährleisten. Damit soll sichergestellt werden, dass dieses Wissen einen dauerhaften Eingang in die Weiterbildungskonzepte der Leistungserbringer findet.

1.3.3 Demenzstrategie

Mit Annahme der Motionen Steiert (09.3509⁶) und Wehrli (09.3510⁷) im Frühjahr 2012 haben die eidgenössischen Räte den Bundesrat beauftragt, unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen und Fachgesellschaften Grundsätze einer gesamtschweizerischen Demenzstrategie⁸ zu erarbeiten. Damit sollen auch Daten bereitgestellt werden, die ein Monitoring der durch Demenz bedingten individuellen und gesellschaftlichen Kosten ermöglichen. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, wo am 25. Oktober 2012 das BAG und die GDK mit der Ausarbeitung einer nationalen Demenzstrategie beauftragt wurden. Mit dieser Strategie sollen Ziele und Massnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und zur Betreuung von Demenzerkrankten in den Jahren 2014 bis 2017 festgelegt werden. Der an Demenz erkrankte Mensch und seine Bezugspersonen stehen im Zentrum dieser Strategie. Die Nationale Demenzstrategie soll bis im Herbst 2013 vorliegen.

Im Kanton Basel-Stadt werden schon seit Langem spezialisierte Angebote für Menschen mit einer Demenzerkrankung geführt. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden Anstiegs der Anzahl Demenzerkrankter wird der Bedarf an spezialisierten Angeboten in diesem Bereich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmen. Parallel zur Ausarbeitung einer Demenzstrategie auf nationaler Ebene erarbeitet das Gesundheitsdepartement bis im Jahr 2014 eine mit den nationalen Entwicklungen abgestimmte kantonale Strategie. Dazu wurde im April 2013 als Impulsveranstaltung ein Werkstattgespräch zum Thema «Strategie zu Alterspsychiatrie und Demenz» durchgeführt. Dabei hatten Fachleute aus Gesundheitswesen, Politik und Verwaltung Gelegenheit, die wichtigsten Themen aufzugreifen und Strategien, Konzepte und Ideen der Leistungserbringer zu diskutieren.

1.3.4 Qualitätsstrategie (HTA, Qualitätsinstitut)

Der Bundesrat hat am 28. Oktober 2009 den Bericht zur Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen und am 25. Mai 2011 den Konkretisierungsbericht gutgeheissen. Damit der Bund seine

neue aktive Rolle in der Qualitätssicherung langfristig wahrnehmen und die Vorhaben in den neun Aktionsfeldern der Qualitätsstrategie wirkungsvoll und nachhaltig umsetzen kann, sollen unterstützende nationale Strukturen geschaffen werden. Ein Qualitätsinstitut soll fachliche Grundlagenarbeiten durchführen, den Bund fachlich beraten und die vom Bund bestimmten Qualitätsprogramme und Qualitätserhebungen umsetzen. Für eine Übergangsphase (2012 bis 2014) bis zur Schaffung der gesetzlichen Grundlagen wurde vom Bundesrat beschlossen, ein erstes nationales Qualitätsprogramm in Form von zwei Sofortmassnahmen anzugehen. Die Sofortmassnahmen werden durch die Stiftung Patientensicherheit unter dem Titel «progress!» durchgeführt. Diese beinhalten das Pilotprojekt «Sichere Chirurgie», das im Sommer 2013 startete und die Thematisierung der systematischen Anwendung von chirurgischen Checklisten beinhaltet. Ziel ist, das Sicherheitsmanagement in der Chirurgie weiter zu verbessern. Alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz können an dem Programm teilnehmen. Auch basel-städtische Spitäler werden sich beteiligen. Bei der zweiten Sofortmassnahme geht es um Medikationssicherheit; sie wird im Jahr 2014 umgesetzt.

1.4 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt jährlich die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens.⁹ Derzeit liegen die provisorischen Werte für das Jahr 2011 vor. Danach belief sich das Total der Gesundheitskosten in der Schweiz auf 64,6 Mrd. Franken. Sie sind zwischen 2002 und 2011 durchschnittlich um 3,5% pro Jahr gestiegen. Aufgrund des Bevölkerungswachstums lag die Zunahme pro Kopf entsprechend tiefer (2,6% jährlich). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanzierte 22,6 Mrd. Franken oder 35,0% der Gesamtkosten. Dieser Anteil lag im Jahr 2002 noch bei 32,7%. Das Finanzierungsvolumen der Krankenpflegeversicherungsprämien hat in dieser Periode somit stärker als die Gesamtkosten zugenommen (4,4% pro Jahr). Ein Hauptgrund für diese Entwicklung ist, dass der medizinische Fortschritt zu einer insgesamt sinnvollen und erwünschten Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor führt. Entsprechend war in den Jahren 2002 bis 2011 ein rückläufiger Anteil der stationären Kosten zu verzeichnen. Er sank von 47,3% auf

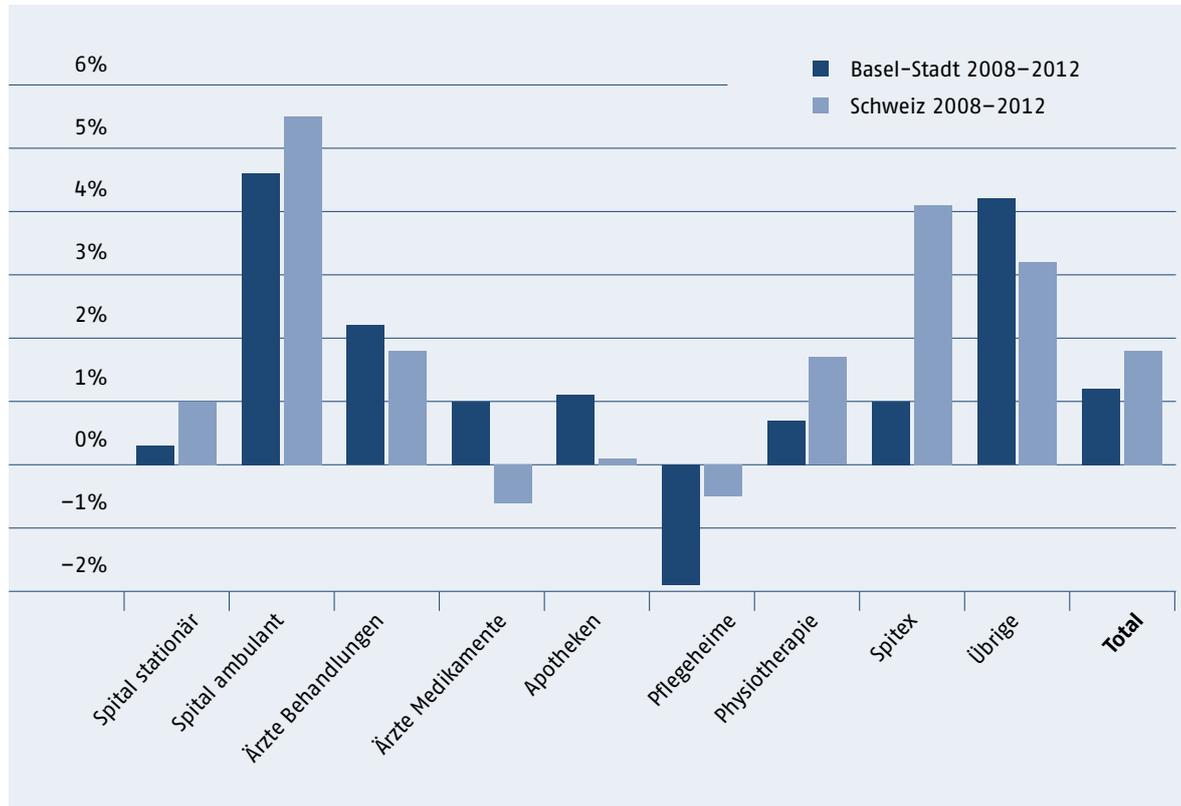
45,2% am Gesamttotal. Dass stationäre Leistungen zu mindestens 55% aus kantonalen Steuermitteln bezahlt werden, die ambulanten hingegen vollständig durch die Krankenkassen finanziert sind, stellt die Erklärung für die Mehrbelastung der OKP dar.

Die Ausgaben der OKP bestimmen massgeblich die Prämienhöhe und können im Unterschied zu den Gesamtkosten auf Kantonebene und für einzelne Leistungserbringergruppen ausgewiesen werden. In Abbildung 1.4-1 sind die Wachstumsraten der Bruttoleistungen je versicherte Person für Basel-Stadt und die Schweiz dargestellt.

Im Vergleich zum gesamtschweizerischen Wert sind die OKP-Leistungen je versicherte Person in Basel-Stadt mit durchschnittlich 1,2% jährlich um 0,6% weniger schnell gestiegen als im nationalen Durchschnitt. Dafür ist vor allem der geringere Anstieg des grössten Kostensegments (Abbildung 1.4-2) der stationären Spitalkosten verantwortlich. Dieser Bereich ist mit nur 0,3% deutlich langsamer gestiegen als landesweit mit 1%. Ausgeprägter als in der ganzen Schweiz war auch der Rückgang der Kosten für die Pflegeheime in der Folge der neuen Pflegefinanzierung ab dem Jahr 2011. Hier war in Basel-Stadt im Fünfjahresvergleich eine jährliche Abnahme um 1,9% zu verzeichnen, während der schweizerische Vergleichswert nur einen Rückgang von 0,5% ausweist. Dieser Rückgang schlägt sich im Total weniger deutlich nieder, weil das Kostengewicht bei lediglich 6,2% liegt (Abbildung 1.4-2).

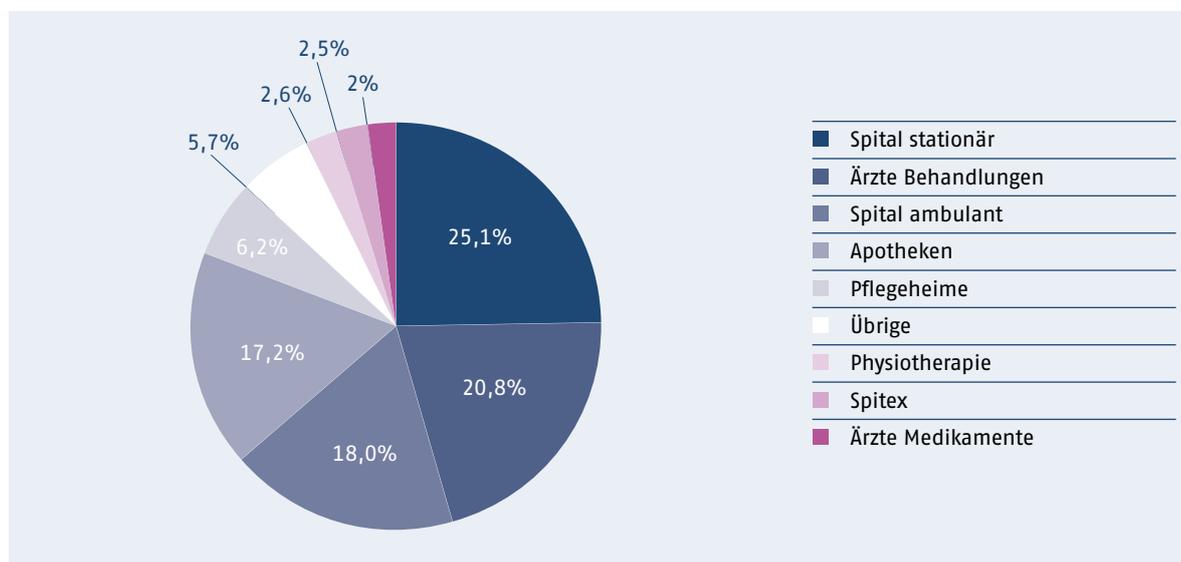
- 1 Bundesamt für Gesundheit (BAG). 23.01.2013. Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. www.bag.admin.ch/gesundheit2020
- 2 www.bag.admin.ch > Strategie eHealth Schweiz > Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
(Direktlink: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360>)
- 3 www.e-health-suisse.ch
- 4 www.bag.admin.ch/themen > Gesundheitspolitik > Strategie Palliative Care (Direktlink: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de>)
- 5 www.nationalesgesundheit.ch
- 6 Direktlink: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093509
- 7 Direktlink: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093510
- 8 www.bag.admin.ch/themen > Gesundheitspolitik > Strategie Demenz (Direktlink: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>)
- 9 www.bfs.admin.ch > Themen > 14 - Gesundheit > Kosten, Finanzierung

Abbildung 1.4-1: Durchschnittliche Wachstumsrate der Bruttoleistungen nach Leistungserbringerkategorien je Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Jahre 2008 bis 2012



Quelle: Versichertenstatistik, Abrechnungsdatum 2012, SASIS AG

Abbildung 1.4-2: Anteile der Leistungserbringerkategorien am Total der Bruttoleistungen je Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2012



Quelle: Versichertenstatistik, Abrechnungsdatum 2012, SASIS AG

Teil II

Spitalversorgung

Akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie

2. Angebot der stationären Spitalversorgung



In Kürze

- Per 1. Januar 2012 ist eine neue, auf einer leistungsorientierten Planung basierende Spitalliste in Kraft getreten. Sie gliedert sich in die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Leistungsaufträge werden mit Qualitätsanforderungen verknüpft und sind teilweise nur befristet vergeben worden.
- Im Bereich Rehabilitation sind fünf ausserkantonale Spitäler in die Spitalliste aufgenommen worden. Das neue Rehabilitationszentrum des «Hôpital du Jura» in Porrentruy wurde per 1. August 2012 in die Spitalliste aufgenommen.
- Zwölf befristete Leistungsaufträge wurden im Rahmen des Versorgungsmonitorings überprüft.
- Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) haben die Basler Universitätsspitäler und das St. Claraspital Leistungsaufträge erhalten, die den jeweiligen Leistungsschwerpunkten entsprechen.

Die Kantone sind für die Planung des Angebots von stationären Spitalleistungen zuständig. Als Folge der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung (vergleiche Kapitel 10 Factsheet Neuordnung der Spitalfinanzierung) haben die Spitallisten eine neue Bedeutung erhalten: Die Wohnkantone der Patienten müssen für alle auf einer kantonalen Liste aufgeführten Spitäler mindestens 55% der stationären Behandlungskosten übernehmen und die Krankenversicherer sind verpflichtet, die restlichen Kosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu finanzieren. Bei einer Spitalbehandlung ausserhalb des Wohnkantons sind die Kosten nach diesem Finanzierungsschlüssel bis zum Referenztarif des Wohnkantons gedeckt. Im Vergleich zur bisherigen Finanzierung führt dies zu einer Entlastung der Krankenzusatzversicherungen. Dagegen haben die Kantone und die OKP Mehrbelastungen zu tragen.

Mit seinen medizinischen Angeboten stellt der Kanton Basel-Stadt auch die Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland sicher. Deshalb übersteigt das Gesamtangebot den Eigenbedarf klar. Dies wird daran deutlich, dass im Jahr 2012 von allen stationären 69'753 Behandlungsfällen rund 47% (32'801 Fälle) auf ausserkantonale und ausländische Patienten entfielen, wobei dieser Anteil je nach Spital stark schwankt (Abbildung 2.1-2). In einer Kurzbeschreibung des Angebots (Tabelle 2.1-1) sind diese und weitere Kennzahlen zu den basel-städtischen Spitälern steckbriefartig aufgeführt.

2.1 Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt

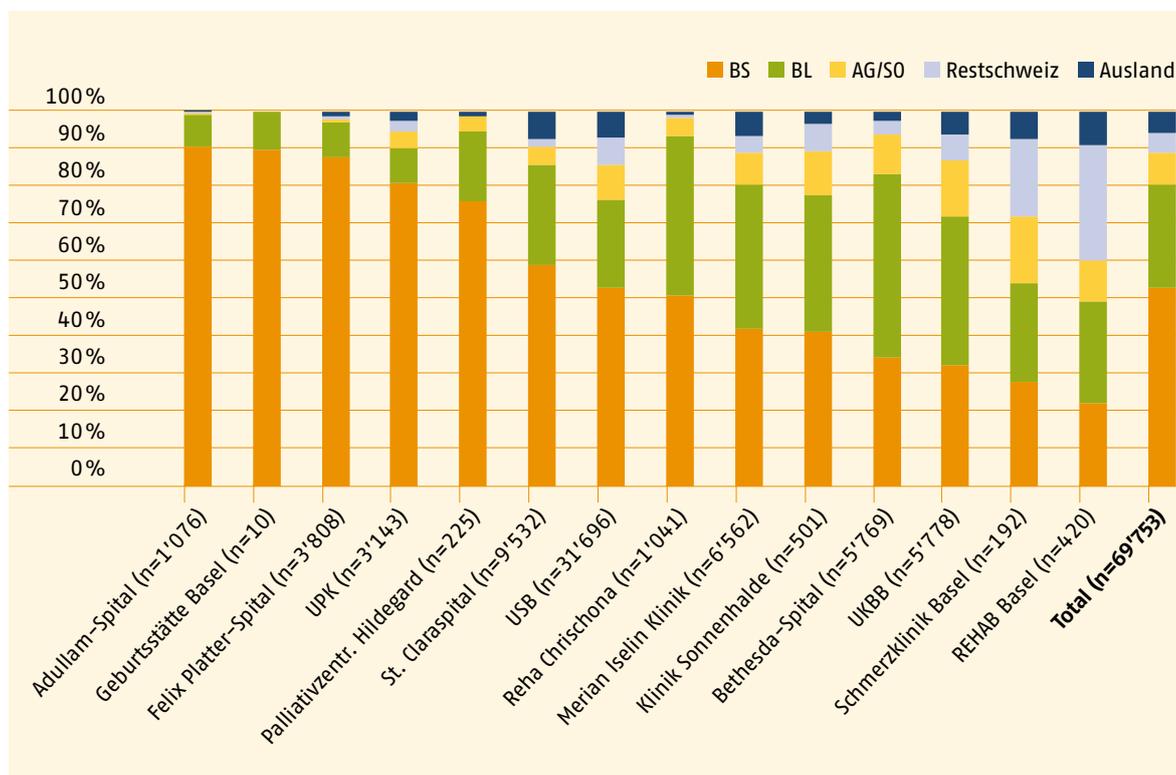
Im Jahr 2012 haben in Basel-Stadt 13 Spitäler stationäre Leistungen angeboten. Aufgrund der neuen Gesetzeslage hat auch die Geburtsstätte Basel die Aufnahme auf die Spitalliste beantragt. Insgesamt

Tabelle 2.1-1: Steckbrief zu den einzelnen Spitälern im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2012 (alphabetisch geordnet)

Spital	Anzahl der Fälle	Anteil an behandelten Basel-Städtern	Allgemeine Abteilung (Anteil Patienten)	Halbprivate und private Abteilung (Anteil Patienten)	Totaler Betriebsertrag (in Mio. Fr.)	Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter (in 100%-Stellen)
Adullam-Spital	1'076	91%	73%	27%	25,3	225
Bethesda-Spital	5'769	34%	64%	36%	78,5	389
Reha Chrischona	1'041	51%	73%	27%	16,6	93
Felix Platter-Spital	3'808	88%	79%	21%	87,2	634
Geburtsstätte Basel	10	90%	100%	0%	0,1	k. A.
Merian Iselin Klinik	6'562	42%	57%	43%	90,9	402
Palliativzentrum Hildegard	225	76%	80%	20%	7,4	47
REHAB Basel	420	22%	88%	12%	46,5	309
St. Claraspital	9'532	59%	56%	44%	170,4	695
Schmerzklinik Basel	192	28%	69%	31%	15,8	79
Klinik Sonnenhalde	501	41%	89%	11%	17,9	116
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	3'143	81%	94%	6%	137,4	801
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'778	32%	96%	4%	119,5	715
Universitätsspital Basel	31'696	53%	76%	24%	879,9	4'855
Alle Spitäler	69'753	53%	73%	27%	1'693,3	9'360

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

Abbildung 2.1-2: Alle Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort im Jahr 2012



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

zählten alle Spitäler zusammen 69'753 Behandlungsfälle. Rund 13'500 Mitarbeitende aus verschiedenen Berufsgruppen arbeiten in rund 9'400 Vollzeitstellen. Der Betriebsertrag aller Spitäler summierte sich auf 1'693,3 Mio. Franken. Das Universitätsspital Basel (USB) zählt mit rund 6'300 Mitarbeitenden (rund 4'900 Vollzeitäquivalente) zu den grössten Arbeitgebern der Nordwestschweiz.

2.1.1 Ausserkantonale und ausländische Patienten in den basel-städtischen Spitälern

In den basel-städtischen Spitälern wurden im Jahr 2012 69'753 stationäre Behandlungsfälle registriert. Davon gingen rund 47% (32'801 Fälle) auf ausserkantonale und ausländische Patienten zurück, wobei dieser Anteil je nach Spital stark schwankt (Abbildung 2.1-2).

Als grösster Leistungsanbieter weist das USB mit 14'925 Fällen die meisten Behandlungen für ausserkantonale und ausländische Patienten auf. Dies entspricht einem Anteil von rund 21% gemessen an allen stationären Behandlungen im Kanton Basel-

Stadt. Wie in der Abbildung 2.1-2 grafisch dargestellt, kommt der grösste Teil der auswärtigen Patienten des USB mit 7'512 Fällen (24%) aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft, gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit insgesamt 2'932 Fällen (9%). Zudem sind 2'265 (7%) Patienten aus der übrigen Schweiz und 2'216 (7%) Fälle aus dem Ausland zu verzeichnen.

Unter den basel-städtischen Akutspitälern weist die Schmerzambulanz Basel mit rund 72% (138 von total 192 Fällen) die höchste Quote an auswärtigen Patienten auf, wobei diese mit rund 18% aus den nordwestschweizerischen Kantonen Aargau und Solothurn, mit rund 21% aus der übrigen Schweiz und mit rund 7% aus dem Ausland kommen. Hohe Importanteile an auswärtigen Patienten sind auch im Bethesda-Spital mit rund 66% zu verzeichnen. Dabei hat das Bethesda-Spital die höchste Quote an Patienten aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft mit rund 49% (2'848 von total 5'769 Fällen) vorzuweisen. Die übrigen auswärtigen Patienten des Bethesda-Spitals entfallen auf die nordwestschweizerischen Kantone Aargau und Solo-

thurn (insgesamt 11%), die übrige Schweiz (3%) sowie auf das Ausland (3%). Rund 72% der Patienten des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) haben ihren Wohnsitz in den beiden Trägerkantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die übrigen auswärtigen Patienten kommen aus den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn (insgesamt 15%), der übrigen Schweiz (7%) und aus dem Ausland (6%).

Das Akutspital mit der höchsten Quote an behandelten basel-städtischen Patienten ist das geriatrisch orientierte Adullam-Spital mit rund 91% (975 von total 1'076 Fällen). Die höchsten Importanteile im Bereich der Rehabilitation hat die REHAB Basel als Zentrum für Querschnittsgelähmte und Hirnverletzte mit 78% (326 von total 420 Fällen) vorzuweisen, wobei von diesen der grösste Anteil (31%) auf die übrige Schweiz entfällt (die Kantone Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn nicht mit eingerechnet).

In der psychiatrischen Klinik Sonnenhalde in Riehen sind rund 59% (295 von total 501 Fällen) aller behandelten Patienten aus anderen Kantonen und dem Ausland, wohingegen über 80% (2'544 von total 3'143 Patienten) aller Behandlungsfälle der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) aus dem Kanton Basel-Stadt kommen. Im Hinblick auf die Herkunftsverteilung der Patientenströme ist für das Jahr 2012 insgesamt festzuhalten, dass diese sich innerhalb der Leistungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie gegenüber dem Vorjahr 2011 nicht wesentlich verändert haben.

2.1.2 Die Patienten der basel-städtischen Spitäler nach Liegeklassen

Die Verteilung nach den stationären Liegeklassen (allgemein, halbprivat und privat) ist in Abbildung 2.1-3 grafisch dargestellt. Von den insgesamt 69'753 stationären Spitalbehandlungen des Jahres 2012 fanden 73% (+1% gegenüber 2011) in der allgemeinen, 16% (keine Veränderung gegenüber 2011) in der halbprivaten und 11% (-1% gegenüber 2011) in der privaten Abteilung statt.

Die Merian Iselin Klinik weist unter den basel-städtischen Akutspitalern mit rund 20% (1'306 von total 6'562 Fällen) die höchste Quote von Patienten mit privater Liegeklasse auf. Das St. Claraspital folgt mit einem Anteil von rund 19% (1'796 von total 9'532 Fällen). Dieses Spital weist zudem mit rund 26% (2'436 von total 9'532 Fällen) den höchsten Anteil an Patienten mit halbprivater Liegeklasse auf. Hier folgen

das Bethesda-Spital mit rund 24% (1'380 von total 5'769 Fällen) und die Merian Iselin Klinik mit einem Anteil von rund 23% (1'487 von total 6'562 Fällen) an Patienten in der halbprivaten Liegeklasse. Fasst man die Merian Iselin Klinik, das St. Claraspital und das Bethesda-Spital im Hinblick auf die private und die halbprivate Liegeklasse der behandelten Patienten zusammen, verfügen diese im Kanton Basel-Stadt insgesamt über einen Marktanteil von rund 48% (-1% gegenüber dem Vorjahr 2011). Dennoch liegt der Anteil der Patienten in der allgemeinen Abteilung in allen Privatspitalern klar über der Hälfte. Das USB weist für öffentliche Spitäler und insbesondere auch Universitätsspitäler eine beachtlich hohe Quote von 24% halbprivaten und privaten stationären Spitalbehandlungen auf. Aufgrund der hohen Fallzahl des Spitals entspricht dies einem Marktanteil von rund 41% (+1% gegenüber dem Vorjahr 2011).

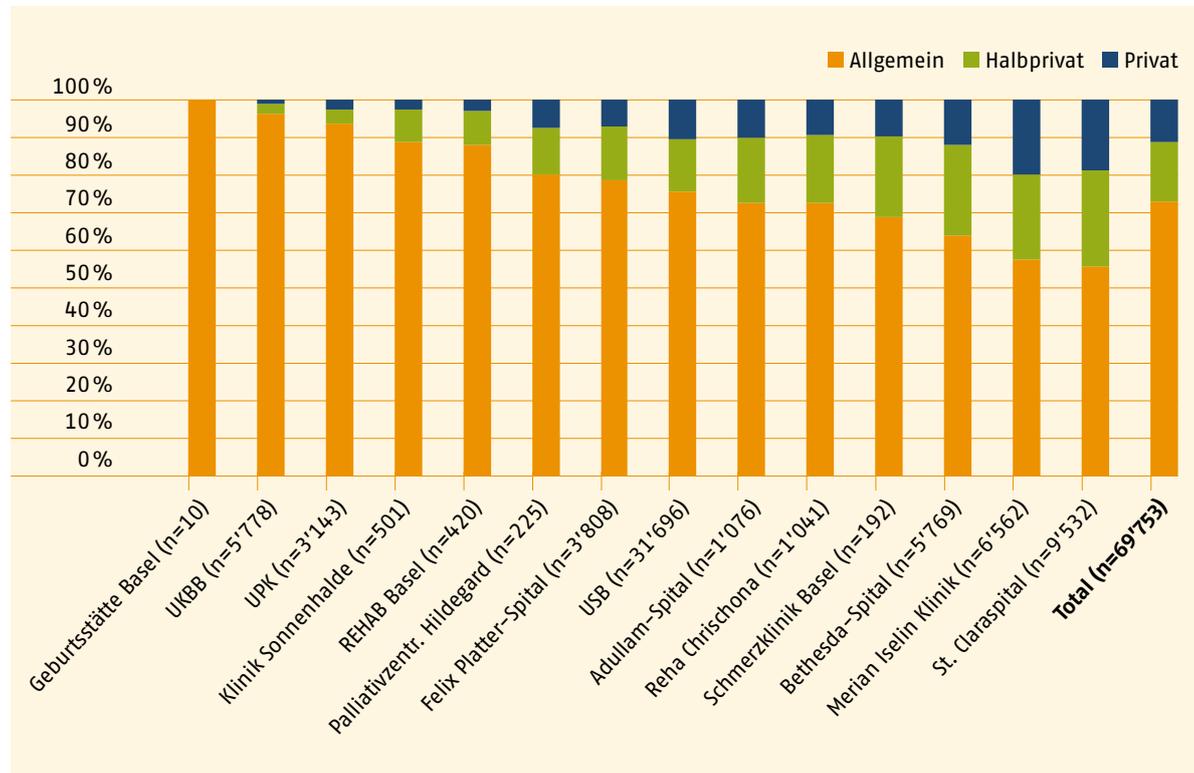
Im Bereich der Rehabilitation weist die Reha Christhona mit rund 27% (285 von total 1'041 Fällen) die höchste Quote an Patienten mit halbprivater und privater Liegeklasse auf. Im UKBB und den UPK finden sich fast ausschliesslich Patienten mit allgemeiner Liegeklasse.

2.2 Die Spitalliste 2012

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat der Kanton Basel-Stadt eine neue Spitalliste aufgrund einer leistungsorientierten Planung (vergleiche Kapitel 11 Factsheet Leistungsorientierte Spitalplanung) gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)¹⁰ erlassen. Die Spitalliste 2012 des Kantons Basel-Stadt dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen anderer Kantone und aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt. In Abbildung 2.2-1 sind die Leistungsaufträge gemäss der Spitalliste für das Jahr 2012 überblicksartig dargestellt.

Bestehen im Kanton keine ausreichenden Kapazitäten in einem Leistungsbereich, sind auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen. Im Kanton

Abbildung 2.1-3: Alle Patienten der Basler Spitäler nach Liegeklassen im Jahr 2012



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

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 Qualitätsanforderungen der Spitäler laufend überprüft und die Spitalliste gegebenenfalls angepasst. Es ist vorgesehen, die Spitalliste im Jahr 2014 anhand der gesammelten Erfahrungen aus den ersten zwei Jahren zu überprüfen und auf den 1. Januar 2015 neu zu erlassen.

2.2.1 Anpassung der Spitalliste im Bereich der Rehabilitation

Im Rahmen einer Feinjustierung waren auf Mitte des Jahres 2012 zwei kleine Anpassungen nötig. Der Leistungsauftrag der Reha Chrischona musste klarer ausformuliert werden, da Krankenversicherungen zum Teil eine Leistungsübernahme verweigerten, weil die Formulierung nicht spezifisch genug gefasst war und das tatsächliche Leistungsangebot der Klinik nur ungenügend widerspiegelte. Nach Inkrafttreten

der neuen Spitalliste 2012 mehrten sich bei der Reha Chrischona die Ablehnungen von Kostengutsprachen für kardiale und pneumologische Rehabilitationspatienten, welche unter dem Oberbegriff «internistisch-onkologische Rehabilitation» zusammengefasst waren und gemäss kantonaler Rehabilitationsplanung auch pulmonale oder kardiovaskuläre Krankheitsbilder bei betagten, multimorbiden Patienten mit abdecken sollten. Um künftige Ablehnungen zu vermeiden, wurden die entsprechenden Begriffe explizit aufgeführt.

Zum anderen wurde dem Gesuch des «Hôpital du Jura» um Aufnahme seines neuen Rehabilitationszentrums in Porrentruy entsprochen. Dieses neu errichtete Zentrum wurde am 21. Juni 2012 eröffnet. Die Schwerpunkte liegen in der muskuloskeletalen und neurologischen Rehabilitation. Die Aufnahme des Rehabilitationszentrums des Hôpital du Jura auf die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt erfolgte per 1. August 2012 und ergänzt die traditionelle Zusammenarbeit der beiden Kantone.

2.2.2 Befristete Leistungsaufträge

Durch die Spitalliste 2012 sind die Leistungsaufträge in der Spitalliste sehr viel detaillierter geworden. Sie gibt den Spitälern in einem engen Rahmen vor, welche Leistungen sie zulasten der Sozialversicherung abrechnen dürfen. Ein wichtiges Ziel der Spitalliste 2012 ist es, die bestehenden Leistungsaufträge der baselstädtischen Spitäler und Kliniken zu präzisieren und die Konzentration medizinischer Leistungen voranzutreiben, was einen wichtigen Faktor der Qualitätssicherung darstellt. Durch die feinere Ausgestaltung der Leistungsaufträge wurde ersichtlich, dass in verschiedenen Spitälern in gewissen Leistungsgruppen zu geringe Fallzahlen auftraten. Aus diesem Grund erhielten drei Spitäler in insgesamt zwölf Leistungsbereichen bis zum 31. Dezember 2012 befristete Leistungsaufträge.

Die Überprüfung der befristeten Leistungsaufträge erfolgte aufgrund der Halbjahreszahlen der medizinischen Statistik. Die Analyse der Fallzahlen hat dazu geführt, dass sechs der zwölf befristeten Leistungsaufträge im Einvernehmen mit den betroffenen Spitälern aufgehoben wurden. Dies, weil keine ausreichenden Fallzahlen zu verzeichnen waren und auch keine Absicht vorlag, diese Bereiche in Zukunft zu stärken. In zwei weiteren Leistungsbereichen war die Höhe der Fallzahl ausreichend, sodass unbefristete Leistungsaufträge erteilt werden konnten. In vier Leistungsbereichen wurde trotz geringer Fallzahlen auf eine Aufhebung der Leistungsaufträge verzichtet, weil die betreffenden Spitäler nachweisen konnten, im Rahmen dieser Leistungsbereiche mit anderen Spitälern zu kooperieren, welche die notwendige Infrastruktur besitzen und die erforderlichen Fallzahlen erreichen, die für die Zuweisung dieser vier Leistungsbereiche vorausgesetzt werden. In einem Fall wurde ein Leistungsauftrag durch einen anderen ersetzt, was eine bessere Abrundung des Leistungsspektrums des entsprechenden Spitals ermöglichte. Die Änderung der Spitalliste des Kantons Basel-Stadt wurde im Januar 2013 vom Regierungsrat beschlossen. Die vorgenommenen Änderungen sind rückwirkend per 1. Januar 2013 wirksam.

Die Fallzahlen der Spitäler werden auch in Zukunft halbjährlich durch das Gesundheitsdepartement analysiert werden, sodass die Spitalliste gegebenenfalls laufend angepasst werden kann.

2.3 Nationale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG ist die Spitalplanung Aufgabe der Kantone. Die Kantone sind verpflichtet, ihre Leistungsplanung zu koordinieren und in Form einer kantonalen Spitalliste zu veröffentlichen. Nicht an die kantonale Spitalliste gebunden sind Leistungen, welche in den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) fallen. Für diesen Bereich erfolgt eine gesamtschweizerische Planung aufgrund der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM).¹¹ Das Konkordat für die Umsetzung dieser Planung haben die Kantone im Jahr 2008 geschlossen. Es ist nach dem Beitritt aller Kantone am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Dadurch wurde die kantonale Zuständigkeit zum Erlass einer nationalen Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem sogenannten HSM-Beschlussorgan übertragen. Dieses Organ bestimmt gemäss den IVHSM-Richtlinien die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und trifft befristete Zuteilungsentscheide. Die mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten medizinischen Zentren werden auf einer interkantonalen und somit national geltenden Spitalliste¹² geführt, welche gegenüber den kantonalen Spitallisten Vorrang hat. Für die Aufsicht und die Kontrolle des Vollzugs der Leistungszuteilungen sowie der mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen ist der jeweilige Standortkanton zuständig.

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM wurden bisher die Leistungszuteilungen in den folgenden Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin verbindlich geregelt:

- Pädiatrie und Kinderchirurgie
- Neurochirurgie
- Protonentherapie
- Cochleaimplantationen
- Organtransplantationen
- Behandlung von Schwerverletzten, Schlaganfällen und schweren Verbrennungen
- Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation

10 [www.gdk-cds.ch > Themen > Spitalplanung > Leistungsgruppenkonzept](http://www.gdk-cds.ch/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppenkonzept)

11 [www.gdk-cds.ch > Themen > Hochspezialisierte Medizin](http://www.gdk-cds.ch/Themen/Hochspezialisierte_Medizin)
(Direktlink: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/01_IVHSM_CIMHS_14032008_d.pdf)

12 [www.gdk-cds.ch > Themen > Hochspezialisierte Medizin > Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin \(HSM\)](http://www.gdk-cds.ch/Themen/Hochspezialisierte_Medizin/Spitalliste_fur_die_hochspezialisierte_Medizin_(HSM))
(Direktlink: www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1%23c3781)

Abbildung 2.2-1: Leistungsaufträge der inner- und ausserkantonalen Listenspitäler des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2012

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

Quelle: eigene Darstellung

Rehabilitation	Spitäler im Kanton Basel-Stadt						Ausserkantonale Spitäler				
	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Universitäts-Kinderspital beider Basel	REHAB Basel	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: eigene Darstellung

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: eigene Darstellung

Abbildung 2.3-1: Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin der basel-städtischen Universitätsspitäler gemäss IVHSM (Stand: Juli 2013)

	Universitätsspital Basel	Universitäts- Kinderspital beider Basel	St. Claraspital
Cochleaimplantate	•		
Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation	•	•	
Nierentransplantation*	•		
Refraktäre Epilepsie	•		
Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems	•		
Seltene Rückenmarkstumore	•		
Behandlung von Hirnschlägen	•		
Behandlung von Schwerverletzten	•		
Komplexe bariatrische Eingriffe	•		•
Tiefe Rektumchirurgie	•		•
Oesophagusresektion	•		•
Pankreasresektion	•		•
Leberresektion	•		•
Neugeborenen-Intensivpflege		•	
Behandlung von schweren Traumata/Polytraumata		•	
Pädiatrische Onkologie		•	
Weichteilsarkome/maligne Knochentumore		•	
Tumore des zentralen Nervensystems		•	

* Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern: Kann im Universitätsspital Basel durchgeführt werden, wenn das Inselspital Bern seine Zustimmung gibt.

• Aktuelle Leistungsaufträge • Zuteilungen Leistungsaufträge bis Juli 2013 (gültig ab 2014)

Quelle: eigene Darstellung

3. Leistungen der stationären Spitalversorgung



In Kürze

- Die basel-städtische Wohnbevölkerung beanspruchte im Jahr 2012 rund 41'000 Spitalbehandlungen. Die stationäre Behandlung der Baslerinnen und Basler wird zu über 90% in einem innerkantonalen Spital durchgeführt.
- In den letzten fünf Jahren hat die Gesamtzahl der inner- und ausserkantonal behandelten Baslerinnen und Basler kontinuierlich zugenommen und ist in diesem Zeitraum insgesamt um rund 6% gestiegen.
- Im weitaus fallstärksten Leistungsbereich der Akutsomatik ist im Jahr 2012 nach Einführung der SwissDRG keine Veränderung der Aufenthaltsdauer festzustellen. Diese hat sich gegen den langjährigen Trend sogar um 0,03 Tage (unter 1%) leicht erhöht.

3.1 Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2012

Im Kanton Basel-Stadt steht in der stationären Spitalversorgung ein breites medizinisches Spektrum von der einfachen Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin zur Verfügung. Von den insgesamt 41'002 stationären Spitalbehandlungen, welche im Jahr 2012 von der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen wurden, sind 37'448 (91%) in einem Basler Spital durchgeführt worden. Dieser Anteil blieb in den letzten fünf Jahren konstant. Die Abbildung 3.1-1 gibt einen Überblick über die Entwicklung und die Verteilung der Spitalbehandlungen in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2008 bis 2012. Grundlage für diese Auswertung bilden die Zahlen der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Dazu kommen die Behandlungsfälle aus dem Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen (GRÜZ)»¹³, welches im Jahr 2007 lanciert wurde. Es handelt sich um eine grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Anpas-

sungen 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. Wie Abbildung 3.1-1 entnommen werden kann, hat die Gesamtzahl der behandelten Baslerinnen und Basler in den letzten fünf Jahren stetig zugenommen und ist in diesem Zeitraum um rund 6% (+2'248 Fälle) gewachsen. Auch ist die Anzahl der Behandlungen im Pilotprojekt GRÜZ von 2008 bis 2012 um 42 Fälle angestiegen.

3.2 Fallzahlentwicklung, Pfl egetage und Aufenthaltsdauer in den basel-städtischen Spitälern im Fünfjahresvergleich

In der Abbildung 3.2-1 ist die Fallzahlentwicklung von basel-städtischen Patienten innerhalb der vier Hauptbereiche Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie in den Basler Spitälern für die Jahre 2008 bis 2012 dargestellt. Im Jahr 2012 hat die Anzahl der innerkantonal behandelten basel-städtischen Patienten im Vergleich zum Vorjahr

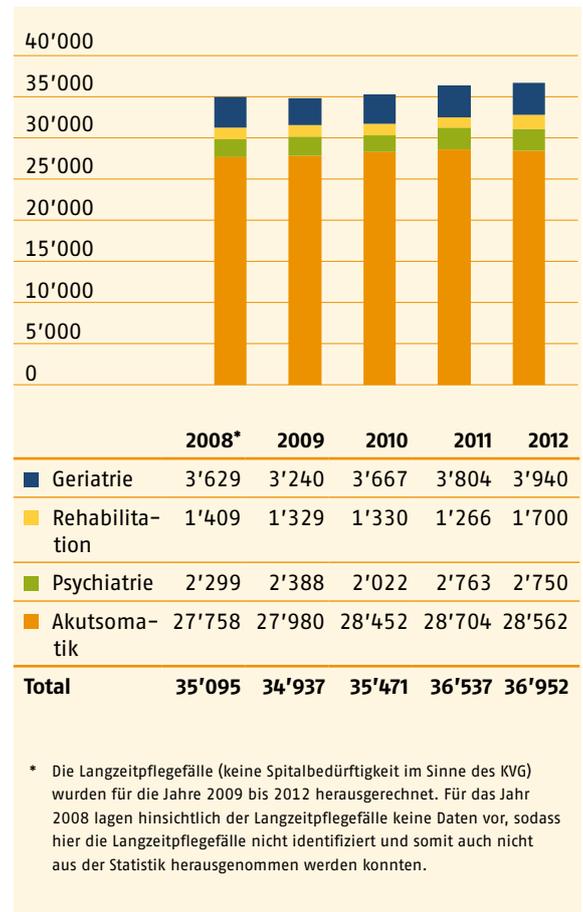
Abbildung 3.1-1: Entwicklung und Verteilung der Spitalbehandlungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2008 bis 2012



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die Fallzahlen der ausserkantonal behandelten Basel-Städter, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die Fallzahlen der innerkantonal behandelten Basel-Städter, Abrechnungsdaten der Spitäler für die provisorische Fallzahl der ausserkantonal behandelten Basel-Städter im Jahr 2012 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach, Monitoringbericht 2012, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2013, für die Fallzahlen des Pilotprojektes GRÜZ

um 415 Fälle (1%) zugenommen, wobei mit 28'562 (77%) stationären Spitalaufenthalten die meisten Behandlungen von basel-städtischen Patienten in den akutsomatischen Leistungsbereichen erfolgten. Die restlichen Fälle verteilen sich auf die Hauptbereiche Geriatrie (11%), Psychiatrie (7%) und Rehabilitation (5%). Die Gesamtzahl der in den basel-städtischen Spitälern behandelten Kantoneinwohner ist in den letzten fünf Jahren um 1'857 Fälle (5%) angestiegen. Dabei fällt auf, dass es in der betrachteten Fünfjahresperiode von 2008 bis 2012 in allen vier Hauptbereichen zu einer Patientenzunahme gekommen ist. Die grösste Zuwachsrate ist im Bereich der Rehabilitation mit einem Anstieg von 291 Fällen (21%) zu verzeichnen. Weil es in den Jahren 2008 bis 2011 zu einem

Abbildung 3.2-1: Fallzahlentwicklung von basel-städtischen Patienten innerhalb der verschiedenen Hauptbereiche der Basler Spitäler in den Jahren 2008 bis 2012



* Die Langzeitpflegefälle (keine Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG) wurden für die Jahre 2009 bis 2012 herausgerechnet. Für das Jahr 2008 lagen hinsichtlich der Langzeitpflegefälle keine Daten vor, sodass hier die Langzeitpflegefälle nicht identifiziert und somit auch nicht aus der Statistik herausgenommen werden konnten.

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

Rückgang der Fallzahlen um rund 143 Fälle (10%) gekommen war, wirkt der Patientenzuwachs im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr mit 434 Fällen (34%) akzentuierter. Eine ähnlich hohe Zuwachsrate hat im Fünfjahresvergleich auch der Versorgungsbereich Psychiatrie mit einem Anstieg von 451 Fällen (20%) vorzuweisen. In den Hauptbereichen Geriatrie und Akutsomatik liegen die Zuwachsraten in der betrachteten Fünfjahresperiode bei 311 (9%) bzw. 804 Fällen (3%), wobei es in der Akutsomatik im Jahr 2012 erstmals zu einem leichten Fallrückgang um 142 Patienten (1%) gekommen ist. Dies könnte u.a. damit zusammenhängen, dass infolge des medizintechnischen Fortschritts immer mehr Spitalleistungen ambulant erbracht werden können, welche früher noch statio-

när durchgeführt werden mussten. Um diese Hypothese jedoch abschliessend überprüfen zu können, wäre ein Abgleich mit den Daten aus dem ambulanten Bereich notwendig. Der Aufbau einer entsprechenden Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung wird derzeit vom BFS im Rahmen des Projektes MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) auf nationaler Ebene vorangetrieben.

In Abbildung 3.2-2 sind die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern von basel-städtischen Patienten in den Basler Spitälern dargestellt. Insgesamt ist es in der betrachteten Fünfjahresperiode von 2008 bis 2012 in den Hauptbereichen Akutsomatik, Geriatrie und Rehabilitation zu einer Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gekommen. Im weitaus fallstärksten Leistungsbereich, der Akutsomatik, ist im Jahr 2012 nach Einführung der SwissDRG keine Veränderung der Aufenthaltsdauer festzustellen. Diese hat sich gegen den langjährigen Trend sogar um 0,03 Tagen (unter 1%) leicht erhöht. Im Bereich der Psychiatrie hatte die durchschnittliche Verweildauer in den Jahren 2009 bis 2011 kontinuierlich zugenommen und im Jahr 2011 mit durchschnittlich 39,3 Tagen ihren Höchstwert erreicht. Im Jahr 2012 hat sich die durchschnittliche Verweildauer im Versorgungsbereich Psychiatrie im Vergleich zum Vorjahr um rund 5,6 Tage (14%) verkürzt und damit wieder ungefähr ihren Ausgangswert aus dem Jahr 2008 erreicht.

Im Gegensatz zu den Leistungsbereichen Akutsomatik und Psychiatrie ist in den Bereichen Geriatrie und Rehabilitation die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 aus methodischen Gründen nur noch bedingt mit den Vorjahren vergleichbar.

3.3 Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen

Wie im vorangegangenen Kapitel 2.2.1 bereits erwähnt, werden die Leistungsaufträge in der Akutsomatik durch einen Katalog von 25 klinischen Bereichen, welche das gesamte Behandlungsspektrum abdecken, definiert. In der Abbildung 3.3-1 ist die Anzahl an stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) von basel-städtischen Patienten innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche in den Basler Spitälern für das Jahr 2012 dargestellt.

Dabei entfallen rund 44% aller stationären Spitalfälle (14'425) auf die chirurgische und internistische Grundversorgung. Von diesen Fällen werden wiederum rund 44% (6'293) im Universitätsspital Basel (USB) behandelt. In den Leistungsbereichen mit spezialisierter Fachausrichtung werden in der Orthopädie mit rund 12% aller Spitalfälle (3'770) die meisten basel-städtischen Patienten behandelt, wobei mit rund 48% (1'798 Fälle) fast die Hälfte aller orthopädischen Eingriffe in der Merian Iselin Klinik durchgeführt werden. Darauf folgen die Leistungsbereiche Geburtshilfe und die Versorgung der Neugeborenen mit je rund 6% (2'018 bzw. 1'823 Fälle), Kardiologie und Angiologie mit rund 5% (1'503 Fälle) sowie der Leistungsbereich Urologie mit rund 4% aller stationären Spitalfälle (1'413). Weitere Leistungsbereiche mit Häufigkeiten im Bereich von ungefähr 1'000 Fällen sind die Pneumologie, die Gastroenterologie, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie die Neurologie (siehe Abbildung 3.3-1).

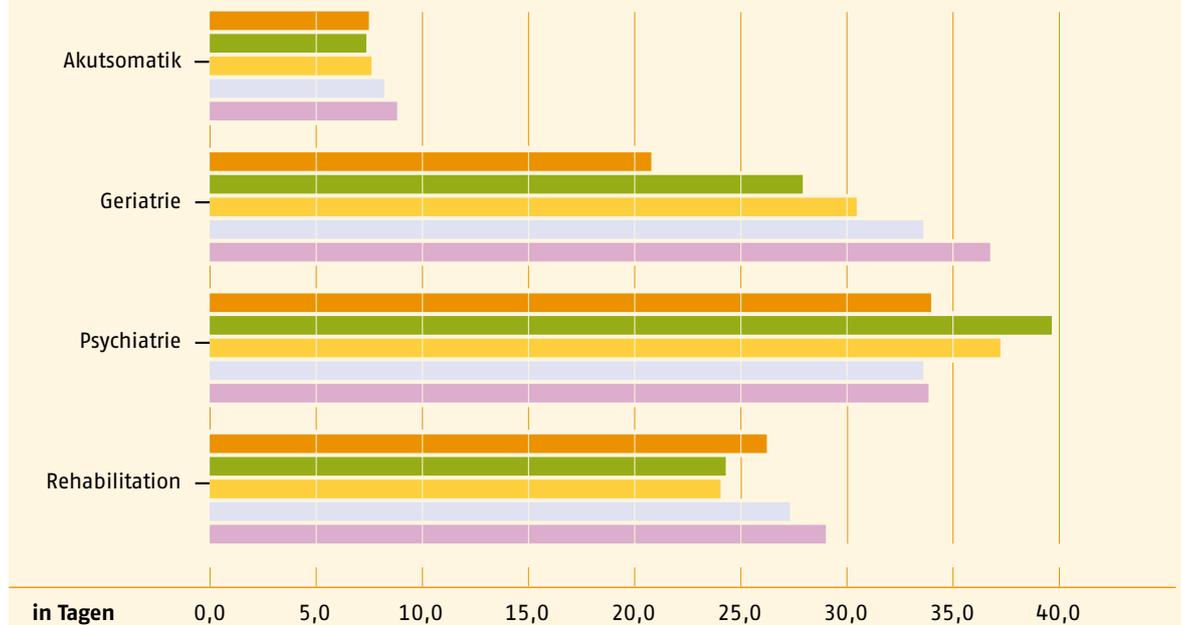
Das Universitätsspital Basel (USB) deckt mit rund 52% aller stationären Spitalfälle (16'771) mehr als die Hälfte der akutsomatischen Behandlungen der basel-städtischen Patienten ab und ist damit der weitaus grösste Leistungserbringer in diesem Bereich. Dabei liegen in den Leistungsbereichen mit spezialisierter Fachausrichtung die Schwerpunkte des USB, gemessen an der Fallzahl, im Bereich der Geburtshilfe, der Versorgung von Neugeborenen, der Orthopädie sowie der Kardiologie und der Angiologie. Das St. Claraspital ist der zweitgrösste Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt (5'627 Fälle bzw. ca. 17%). Dabei stellen die Leistungsbereiche Urologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Angiologie sowie Orthopädie die Leistungsschwerpunkte des St. Claraspitals dar. An dritter Stelle folgt das Felix Platter-Spital mit rund 9% aller stationären Spitalfälle (3'056). Die Schwerpunkte dieses Spitals liegen in der Geriatrie, welche dem elektiven Basispaket Chirurgie und innere Medizin und dem Bereich Neurologie zugeordnet wird.

Die detaillierte Auswertung zur Anzahl der von basel-städtischen Patienten in ausserkantonalen Spitälern in Anspruch genommenen stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche im Jahr 2011 ist in der Abbildung 3.3-2 dargestellt. Die entsprechende Datenbasis für das Berichtsjahr 2012 ist noch nicht verfügbar. Jedoch kann für das Jahr 2012 von einer vergleichbaren Versorgungssituation der

Abbildung 3.2-2: Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Tagen von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2008 bis 2012

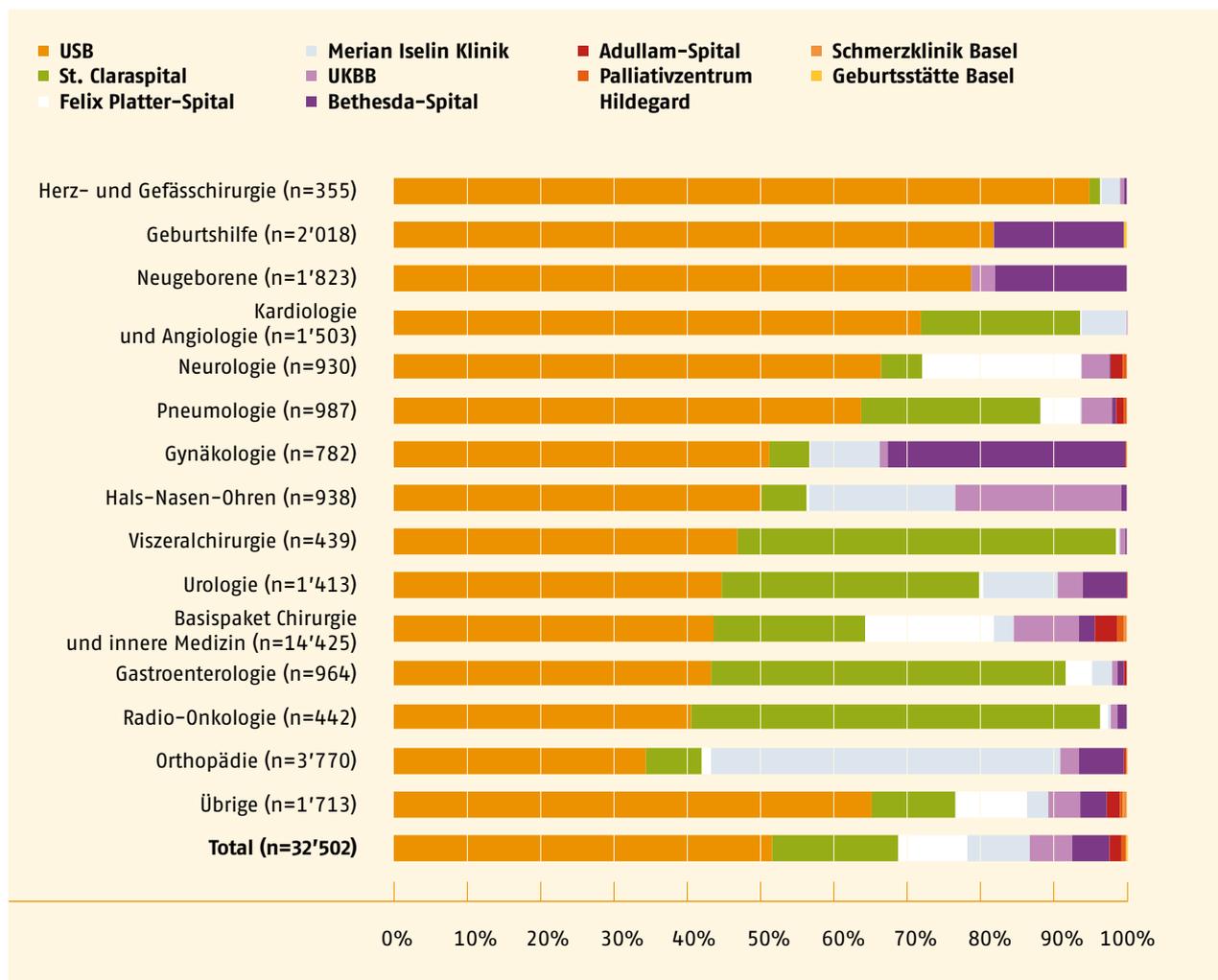
	2008 *	2009	2010	2011	2012
Akutsomatik	8,78	8,16	7,55	7,34	7,37
Geriatrie	36,41	33,29	30,20	27,71	20,61
Psychiatrie	33,63	33,36	36,88	39,33	33,71
Rehabilitation	28,76	27,10	23,85	24,13	25,99

* Die Langzeitpflegefälle (keine Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG) wurden für die Jahre 2009 bis 2012 herausgerechnet. Für das Jahr 2008 lagen hinsichtlich der Langzeitpflegefälle keine Daten vor, sodass hier die Langzeitpflegefälle nicht identifiziert und somit auch nicht aus der Statistik herausgenommen werden konnten.



Aus methodischen Gründen ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Bereichen Geriatrie und Rehabilitation seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 nur noch bedingt mit den Vorjahren vergleichbar.

Abbildung 3.3-1: Anzahl an stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) von basel-städtischen Patienten innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche in Basler Spitälern im Jahr 2012

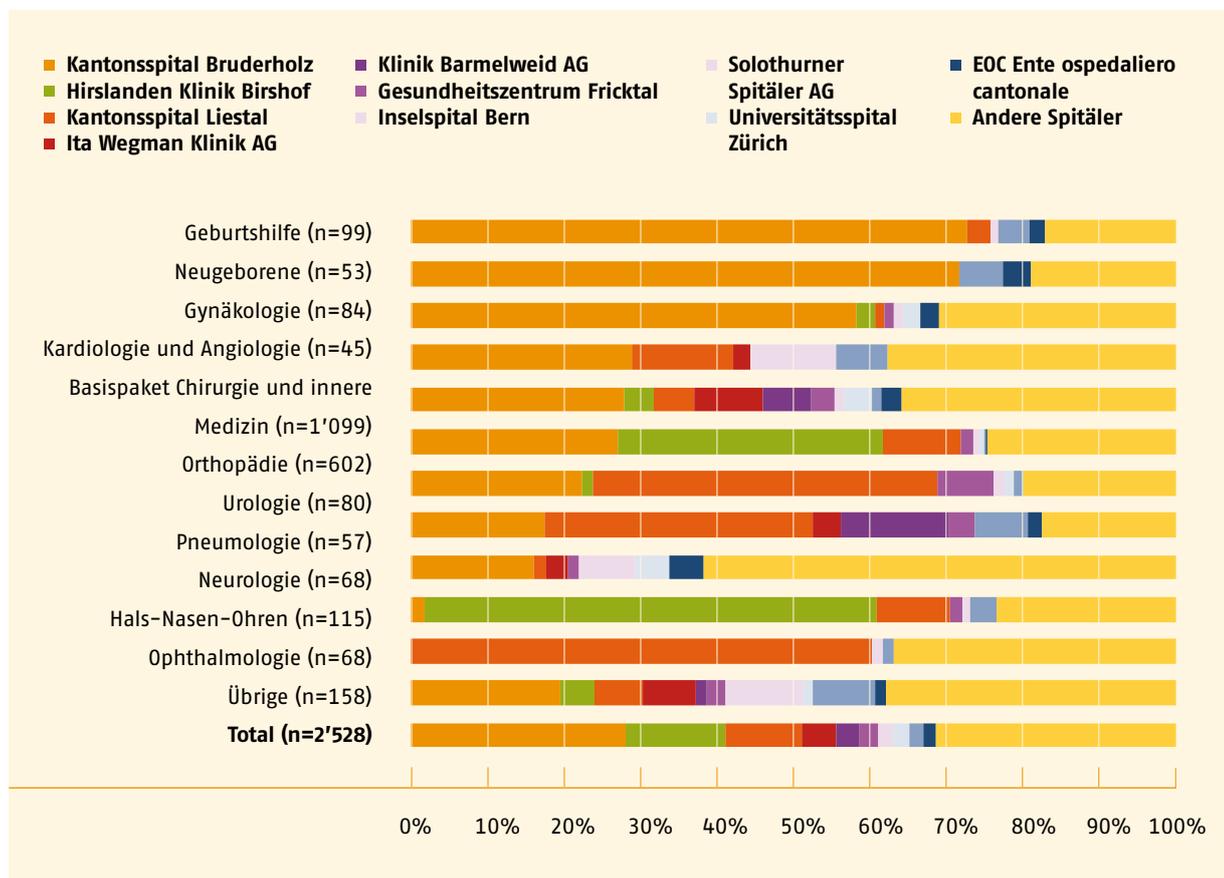


Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

basel-städtischen Patienten ausgegangen werden. Im Jahr 2011 wurden 2'528 basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern behandelt. Dies entspricht einem Anteil von rund 8% an den von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern im Jahr 2012 in Anspruch genommenen Spitalbehandlungen. Dabei stellen, gemessen an der Fallzahl, das Kantonsspital Bruderholz, die Hirslanden Klinik Birshof und das Kantonsspital Liestal die wichtigsten ausserkantonalen Leistungserbringer für die basel-städtischen Patienten dar. Von der chirurgischen und internistischen Grundversorgung abgesehen, ist die Orthopädie der von basel-städtischen Patienten am häufigsten in ausserkantonalen Spitälern in Anspruch genommene Leistungsbereich, wobei davon rund 35% (208 Fälle) auf die Hirslanden Klinik Birshof entfallen.

13 www.gruez.ch

Abbildung 3.3-2: Anzahl an stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) von basel-städtischen Patienten innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche in ausserkantonalen Spitälern im Jahr 2011



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

4. Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung



In Kürze

- Der Gesamtumsatz der basel-städtischen Spitäler aus der Behandlung aller inner- und ausserkantonalen Patienten in allen Leistungsbereichen beläuft sich auf rund 1,6 Mrd. Franken, davon entfallen rund zwei Drittel auf den stationären Bereich.
- Im Jahr 2012 betrug die Kosten für die stationäre Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung 477,3 Mio. Franken. Davon finanzierte der Kanton 262,5 Mio. Franken (55%). 214,8 Mio. Franken übernahmen die Krankenkassen (45%).
- Die neue Spitalfinanzierung entlastet den Finanzierungssaldo 2012 der kantonalen Rechnung um 3,3 Mio. Franken. Die Mehrkosten der Krankenversicherer liegen gemessen am gesamten Prämienaufkommen in einem Bereich zwischen 0,4% und 1,3%.
- Infolge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung mussten sämtliche stationären Spitaltarife neu vereinbart werden. Im Jahr 2012 hat der Regierungsrat 71 Tarifverträge genehmigt. Elf Tarife musste er hoheitlich festsetzen. Gegen sechs Festsetzungen haben die Parteien Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben.
- Der Kanton Basel-Stadt hat im Umfang von 118,4 Mio. Franken gemeinwirtschaftliche und nicht kostendeckende Leistungen in den basel-städtischen Spitälern finanziert.

4.1 Gesamtumsatz der basel-städtischen Spitäler nach Kostenarten, Kostenverwendung und Finanzierung

Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt generieren einen Gesamtumsatz von ca. 1,6 Mrd. Franken. Diese gerundete Grösse bezieht sich auf die zuletzt verfügbaren Zahlen das Jahres 2011 und auf sämtliche Leistungsbereiche (stationär, ambulant sowie Lehre und Forschung). Sie beinhaltet alle inner- und ausserkantonalen Patienten. Nach Kostenarten gegliedert, entfällt der weitaus grösste Anteil auf Personalkosten (rund 60%). An zweiter Stelle steht mit rund 15% der Gesamtkosten die Beschaffung medizinischen Bedarfsmaterials. Der restliche Kostenanteil von ca. 25% ist dem Sachaufwand (inkl. Anlagenutzungskosten) zuzuordnen (Abbildung 4.1-1).

Werden die Kosten nach dem generellen Verwendungszweck betrachtet, entfallen fast zwei Drittel davon auf das Erbringen von stationären Leistungen, rund ein Viertel auf ambulante Behandlungen und der Rest wird vorwiegend für Lehre und Forschung aufgewendet. Die Einnahmen aus der Abgeltung von Behandlungen krankensicherter Patienten stellen für die Spitäler in der Regel den weitaus grössten Anteil dar. Nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung teilen sich diese die Krankenversicherer und die Wohnkantone der Patienten nach einem fixen Schlüssel. Die restlichen Finanzierungsbeiträge stammen von weiteren Versicherungsträgern (insbesondere Krankenzusatz- und Unfallversicherungen), der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen vor allem durch den Kanton Basel-Stadt, selbst zahlenden Patienten und übrigen Abgeltungen (vor allem der Universität Basel für die Lehre und Forschung).

Abbildung 4.1-1: Gesamtumsatz der basel-städtischen Spitäler nach Kostenarten, Kostenverwendung und Finanzierung

Kostenarten		Verwendung		Finanzierung		
ca. 60%	Personalkosten	ca. 66% stationär	Patienten aus Basel-Stadt	Finanzierungsgrundlage KVG	Abteilungen der Wohnkantone	Patienten BS
			Patienten aus Basel-Landschaft			Patienten BL und weitere Kantone
			Patienten aus weiteren Kantonen und dem Ausland		Abteilungen der Krankenkassen	
ca. 15%	Medizinischer Bedarf	ca. 24% ambulant	Patienten aus Basel-Stadt	Abteilungen weitere Vers. WVG, UVG, IVG, MV, übrige		
				Patienten BL und weitere Kantone und Ausland	Gemeinwirtschaftliche Leistungen BS	
ca. 25%	Übrige Sachkosten (inkl. Anlagenutzung) Übrige Kosten	ca. 10%	Lehre und Forschung, weitere	Selbstzahlende, übrige Abteilungen		

Quelle: Kostenträgerrechnung Spitäler (ITAR_K; ungefähre Grössenordnungen)

Tabelle 4.2-1: Kosten der Spitalfinanzierung in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt 2008–2012

in Mio. Franken	2008	2009	2010	2011	2012
Laufende Rechnung					
Direkte Spitalbeiträge und Sockelbeitrag ¹	73,8	80,4	89,8	92,5	
Ordentlicher Nettoaufwand öffentliche Spitäler	240,2	257,1	260,1	251,5	
Konsolidierungsabzug (v.a. interne Mieten Spitäler)	-41,8	-41,6	-41,5	-39,3	
Kantonsanteil stationäre Behandlung					262,5
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler					118,4
Total ONA / ZBE Spitalfinanzierung	272,2	295,9	308,3	304,7	380,9
Betriebliche Abschreibungen	32,4	34,1	28,3	33,9	
Abschreibungen Immobilien Spitäler ²	10,1	10,1	10,1	11,1	
Saldo Laufende Rechnung Spitalfinanzierung	314,7	340,1	346,8	349,8	380,9
Investitionen					
Total Investitionen Spitäler	63,5	92,7	73,9	79,5	0,0
Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung	335,7	388,6	382,2	384,2	380,9

1 Privatspitäler, Reha Chrischona, UKBB, Ausserkantonale, Sockelbeitrag

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

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

4.2 Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung

Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung (vergleiche Kapitel 10 Factsheet Neuordnung der Spitalfinanzierung) verbessert die Transparenz in der Betrachtung von Kosten und Finanzierung der stationären Spitalversorgung. Als ein Kernelement schreibt sie die Abgeltung der stationären Behandlungen von KVG-Patienten durch leistungsorientierte Tarife vor, welche durch den Wohnkanton und die Krankenversicherer zu festen Anteilen finanziert werden (Art. 49a KVG) und die vollen, anrechenbaren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzung) beinhalten. Der Regierungsrat hat den kantonalen Vergütungsanteil für das Jahr 2012 auf den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert von 55% festgelegt. Darauf basierend bezahlte der Kanton 262,5 Mio. Franken für die stationäre Spitalbehandlung der Kantonseinwohner. Daraus lassen sich die KVG-relevanten Gesamtkosten für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnern im Jahr 2012 mit 477,3 Mio. Franken berechnen.

Der Kanton hat den Spitälern die Bereitstellung gemeinwirtschaftlicher und nicht kostendeckender Leistungen im Umfang von 118,4 Mio. Franken abgegolten. In der laufenden Rechnung kommt ihn die Gesamtbelastung durch die Spitalfinanzierung auf 380,9 Mio. Franken zu stehen (vergleiche Tabelle 4.2-1). Weil die Investitionskostenanteile nach den neuen Regeln in den KVG-Tarifen integriert sind, wird die laufende Rechnung stärker belastet. Im Gegenzug erfährt die kantonale Investitionsrechnung gemessen am Vorjahr eine Entlastung um 79,5 Mio. Franken, da sie die Investitionen der öffentlichen Spitäler nicht mehr enthält. Im Endergebnis wird der kantonale Finanzierungssaldo um 3,3 Mio. Franken entlastet.

Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer leitet sich aus der neuen fixen Finanzierungsregel (höchstens 45% der anrechenbaren Kosten) ab und beträgt 214,8 Mio. Franken. Zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf das kantonale Prämienniveau müssen die Leistungskosten der Krankenversicherer im Bereich der stationären Spitalbehandlungen betrachtet werden. Die Datenlage in diesem Bereich ist lückenhaft. Im Allgemeinen wird die mit Unschärfen behaftete Versichertenstatistik von santésuisse als Grundlage für die Feststellung der gesamten in einem Kanton anfallenden Leistungskosten der Versicherer herangezogen. Diese weist für das Jahr 2011 in der Kategorie stationäre Spitalkosten für

den Kanton Basel-Stadt einen Betrag von 204,2 Mio. Franken aus. Demnach lässt sich die Mehrbelastung zulasten der Krankenversicherer auf rund 10,6 Mio. Franken schätzen, was einer Zunahme dieser Kostenkomponente um 5,2% entspricht. Bezogen auf das Prämienvolumen des Jahres 2012 von ca. 773.6 Mio. Franken würde dies einen Anstieg von ca. 1,3% implizieren. Gemessen am regelmässig erhobenen Kostenmonitoring der Krankenversicherung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stellt obige Schätzung eine obere Grenze dar. Das Kostenmonitoring des BAG für das Jahr 2012 weist aber bei den stationären Pro-Kopf-Kosten eine deutlich geringere Zunahme von nur 1,5% aus, was bezogen auf das Prämienniveau nur eine Erhöhung von 0,4% darstellen würde. Dieser Durchschnittswert kann je nach Ausgangslage von Versicherer zu Versicherer stark schwanken.

4.3 Stationäre Spitaltarife nach KVG: das wichtigste Finanzierungselement

Die stationären Spitaltarife nach KVG (vergleiche dazu auch Kapitel 12, Factsheet Tarifrecht KVG) stellen das wichtigste Finanzierungselement der Spitäler dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung an die Wohnkantone und Krankenversicherungen der Patienten. Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 erforderte eine grundlegende Neuordnung der Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, den Versicherern und den Kantonen. Der Bundesgesetzgeber beabsichtigte durch die Neuordnung der Spitalfinanzierung die flächendeckende Einführung von leistungsorientierten Tarifen auf der Basis einer Vollkostenrechnung bezüglich des gemäss KVG anrechenbaren Betriebsaufwands. Daher war eine grundsätzliche Neukalkulation auf Basis der neuen Gesetzesgrundlagen notwendig. Das im KVG verankerte Verhandlungsprimat fordert die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Verfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches letztinstanzlich urteilt.

4.4 Stationäre Spitaltarife des Kantons Basel-Stadt im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung

Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen (rund zwei Drittel aller Fälle) gelten ab dem Jahr 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem System SwissDRG. Über die Berechnung des Einheitspreises für einen stationären Fall mit dem Kostengewicht 1.0 (die sogenannte Baserate) bestanden anfänglich grosse Unsicherheiten, weil die Verteilung der Schweregrade der Behandlungen und damit das gesamte Kosten- (Sicht Versicherer) bzw. Umsatzvolumen (Sicht Spitäler) nicht bekannt waren. Die Festlegung der Baserates war deshalb besonders umstritten. Stationäre Behandlungen in der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Palliativversorgung werden noch mit Tagespauschalen unter Einbezug der Anlagenutzungskosten abgerechnet. Die ungefähre Anzahl der Spitaltage lässt sich besser abschätzen. Daher gestaltete sich die Tariffindung in diesen Bereichen in der Regel einfacher.

4.4.1 Provisorische stationäre Spitaltarife 2012

Nachdem sich die Tarifpartner auf den Einführungstermin der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 in nur sehr wenigen Fällen auf vertragliche Lösungen verständigen konnten, hat der Regierungsrat mit Beschluss vom 10. Januar 2012 mittels vorsorglicher Massnahmen die provisorischen Spitaltarife 2012 gegenüber den Spitälern und Krankenversicherern im Sinn von Arbeitspreisen verfügt. Diese Massnahme war zur Sicherstellung der stationären Spitalversorgung notwendig.

Die provisorischen Massnahmen sind von keiner Partei angefochten worden und bleiben in Kraft, bis sie durch einen rechtsgültigen Tarif (Vertrag oder rechtskräftige Festsetzung) abgelöst werden. In jenen Fällen, wo bereits für das Jahr 2012 Verträge abgeschlossen wurden, für welche eine Genehmigung der Regierung noch ausstehend war, erfolgte in der Regel bereits die Abrechnung der Vertragstarife. Dadurch konnten aufwendige Rückabwicklungen weitgehend vermieden werden.

4.4.2 Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung

Die Genehmigung oder Festsetzung von Krankenversicherungstarifen unterliegt Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes¹⁴ (PüG). Danach sind die kantonalen

Behörden verpflichtet, vorgängig die eidgenössische Preisüberwachung (PÜ) 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 Tariftentscheiden aufzuführen. Wird den Empfehlungen der PÜ nicht Folge geleistet, ist dies zu begründen. Bezüglich der Tarifhöhen der Tagespauschalen hat die PÜ generell auf Stellungnahmen verzichtet. Bei den akutsomatischen SwissDRG-Baserates hingegen gab sie für alle Spitäler in der Schweiz Empfehlungen ab.

Diese erlauben Rückschlüsse auf die grundsätzliche Haltung der PÜ. Sie lässt sich im Wesentlichen dadurch charakterisieren, dass die Absicht des Gesetzgebers, mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung einen Übergang vom Kostenerstattungsprinzip zu einem System der verhandelten Preise zu erreichen, noch keinen Eingang gefunden hat. Die Berechnung der Preisempfehlungen basiert nach wie vor auf einer Reihe von altrechtlich begründeten Abzügen auf dem für die Tarifbestimmung massgeblichen standardisierten Betriebsaufwand. Beispiele hierfür sind der normative Abzug für universitäre Lehre und Forschung bei Universitätsspitalern von 23% der stationären Betriebskosten, obwohl eine vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Jahr 2010 durchgeführte Studie¹⁵ den effektiven Satz zwischen 9 und 13% ermittelte, oder der Abzug für Überkapazitäten (wegen zu geringer Bettenauslastung), obwohl gemäss neuer Spitalfinanzierung die Abgeltung nicht mehr kapazitäts-, sondern leistungsorientiert zu erfolgen hat. Die derart errechneten Preise unterwirft die PÜ einem Benchmarking aller in die Berechnung eingeschlossenen Akutspitäler, ohne die konkreten Details offenzulegen.

Weiter besteht keine einheitliche Sichtweise darüber, wie exakt die Kostengewichte des SwissDRG-Systems bereits komplexe und hochkomplexe Fälle abbilden, welche vornehmlich in Universitätsspitalern behandelt werden. In den Fachgremien (SwissDRG AG, H+, GDK) herrscht die Auffassung vor, dass das System noch nicht genügend ausgereift ist, um bei einer einheitlichen Baserate eine ausreichende Finanzierung zu gewährleisten. Um eine Unterfinanzierung der Universitätsspitäler zu vermeiden, muss diesem Umstand durch eine pauschal höhere Baserate Rechnung getragen werden, bis das System hinreichende Verbesserungen erfahren hat. Indem die PÜ für das Jahr 2012 unterschiedliche Tarifempfehlungen für universitäre

(9'674 Franken) und nicht universitäre Akutspitäler (8'974 Franken) ausgesprochen hat, berücksichtigt sie diesen Mangel implizit. Im Widerspruch dazu stehen Aussagen der PÜ, SwissDRG sei schon genügend ausdifferenziert, sodass grundsätzlich keine diesbezügliche Differenzierung der Baserate gerechtfertigt wäre. Käme es zu einer vollumfänglichen Stützung der Tarifempfehlungen der PÜ durch das Bundesverwaltungsgericht, hätte dies bei basel-städtischen Spitälern nachträgliche Ertragsausfälle von bis zu geschätzten 63 Mio. Franken zur Folge. Ohne Kompensation könnten die Spitäler in eine finanzielle Schieflage geraten mit der Konsequenz, dass das Versorgungsangebot im bisherigen Rahmen nicht mehr aufrechterhalten werden könnte. Eine Schliessung ganzer Spitalabteilungen oder gar ganzer Spitäler mit entsprechendem Personalabbau wäre wahrscheinlich unumgänglich. Dadurch könnte es zu erheblichen Einschränkungen in der stationären Spitalversorgung kommen. Es wäre daher zu erwarten, dass es durch eine Missachtung des gesetzlich vorgeschriebenen Prinzips von leistungsorientierten Preisen auf der Basis einer Vollkostenrechnung zwangsläufig im ganzen Land zu neuen spitalbezogenen Zusatzfinanzierungen kommen könnte, was ein Unterlaufen der Grundsätze der neuen Spitalfinanzierung darstellen würde. Für den Kanton Basel-Stadt entstünden zudem neue Probleme bei der Abgeltung der Zentrumsleistungen durch die Nachbarkantone, weil diese Kosten nicht mehr über die Tarife der Spitäler abgerechnet werden könnten. Diese Effekte würden mit Sicherheit die Minderausgaben in der kantonalen Rechnung durch tiefere Spitalpreise bei der Finanzierung des Kantonsanteils bei Weitem überkompensieren und in eine zusätzliche Belastung der Kantonsfinanzen münden. Im Fall einer Preisgestaltung auf der Grundlage der Empfehlungen der PÜ wäre auch unklar, was mit den frei werdenden Mitteln der Krankenversicherer geschehen würde. Da diese die Prämien aufgrund von deutlich höheren Spitalpreisen berechnet haben, wären aus kantonalen Sicht Wege zu suchen, wie sichergestellt werden könnte, dass entsprechende Überschüsse der Krankenversicherer denjenigen Prämienzahlenden zugutekommen, die zu viel bezahlt haben. Eine Rechtsgrundlage, dies durchzusetzen, besteht derzeit jedoch nicht.

4.4.3 Krankenversicherer führen Tarifverhandlungen neu in drei Gruppen

Zusätzlich erschwerend wirkt sich die Zersplitterung des Branchenverbandes der Krankenversicherer *santésuisse* in drei autonome Verhandlungsgruppierungen aus. Dadurch finden die Vertragsabschlüsse mit dem Übergang zur neuen Spitalfinanzierung nicht mehr gemeinsam durch den bevollmächtigten Verband *santésuisse* statt. An dessen Stelle sind drei Einkaufsgemeinschaften getreten, mit denen jedes Spital gesondert verhandelt:

- *tarifsuisse ag*, eine Tochtergesellschaft von *santésuisse* (ca. 50 Mitgliedskassen inklusive *Sympany*, Marktanteil in Basel-Stadt rund 77%);
- die Krankenversicherungen *Assura* und *SUPRA* mit einem Marktanteil in Basel-Stadt von rund 13% und die
- *HSK-Gruppe* mit den Versicherern *Helsana*, *Sanitas*, *KPT* (inkl. diverser Tochtergesellschaften), die in Basel-Stadt einen Marktanteil von rund 10% repräsentiert.

Daneben traten die *Sympany* und die *CSS* in einzelnen Vertragsverhältnissen auch einzeln als Verhandlungspartner gegenüber den Spitälern auf. Durch diese Aufsplitterung hat sich die Zahl der Verfahren vervielfacht. Während in früheren Jahren die stationären Tarife in Basel-Stadt in vier Verträgen mit meist mehrjähriger Laufzeit geregelt wurden, muss das Tarifverhältnis nun zwischen 13 Spitälern (und der Geburtsstätte) und mindestens drei Versicherungsgruppen (teilweise mit separaten Verträgen gleichen Inhalts) einzeln geregelt werden. Aufgrund der beträchtlichen Unsicherheiten führte dies in den allermeisten Fällen vorerst zum Abschluss nur einjähriger Verträge.

4.4.4 Definitive stationäre Spitaltarife 2012

Weil die Empfehlungen der PÜ erst im Oktober 2012 vorlagen, verzögerte sich der Abschluss der definitiven Tarifverfahren betreffend die stationären Spitaltarife 2012 bis zum Mai 2013. Im Jahresverlauf konnten sich die Tarifpartner über die meisten Tarife einigen. Der Regierungsrat hat die verhandelten Verträge im Rahmen der Genehmigungspflicht (Art. 46 KVG) geprüft und konnte alle verhandelten Tarife genehmigen. Durch die Zersplitterung des Branchenverbandes der Krankenversicherer *santésuisse* in drei Verhand-

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

Spital	Versicherer	provisorisch	Baserates (Fr.)		
			2012	2013	2014
Universitäts- spital Basel	tarifsuisse ^{1, 2}	10'700	10'700	10'400	10'430
	HSK		10'670	10'550	10'430
	Assura/SUPRA		10'800	10'550	tarifsuisse
	PÜ-Empfehlung³		9'677	9'708	9'708
Universitäts- Kinderspital beider Basel	tarifsuisse	11'900	11'649	11'649	11'649
	HSK		11'900	12'050	11'900
	Assura/SUPRA		11'900	12'050	12'050
	Sympany ¹		11'750	11'950	11'900
	PÜ-Empfehlung³		9'674	8'930	8'930
St. Claraspital	tarifsuisse ^{1, 6}	9'970	9'756	9'756	9'690
	HSK		10'175	9'756	9'690
	Assura ⁴		10'175	10'070	9'690
	SUPRA ⁵		10'175	9'818	9'690
	PÜ-Empfehlung³		8'974	9'005	nicht genehmigen
Merian Iselin Klinik	tarifsuisse	9'970	9'945	9'945	9'945
	HSK		10'175	10'175	9'800
	Assura		10'175	10'175	9'800
	SUPRA		10'175	10'140	10'100
	Sympany		9'866	9'866	9'800
	PÜ-Empfehlung³		8'974	9'005	nicht genehmigen
Bethesda-Spital	tarifsuisse	9'970	9'860	9'756	9'690
	HSK ¹		9'860	9'800	9'690
	Assura/SUPRA		9'891	9'756	9'690
	PÜ-Empfehlung³		8'166	8'448	nicht genehmigen
Felix Platter-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'970	9'900	9'750	9'650
	HSK		9'900	9'840	9'770
	Assura/SUPRA		9'900	9'750	9'650
	PÜ-Empfehlung³		Verzicht	9'005	nicht genehmigen
Adullam-Spital (Akutgeriatrie)	tarifsuisse	9'970	9'900	9'660	9'600
	HSK		9'728	9'724	9'674
	Assura/SUPRA		9'900	9'660	9'600
	PÜ-Empfehlung³		Verzicht	9'005	nicht genehmigen
Schmerzklinik	tarifsuisse	9'970	9'756	9'720	9'670
	HSK ¹		9'780	9'740	9'700
	Assura/SUPRA		9'752	9'720	9'670
	PÜ-Empfehlung³		8'974	9'005	nicht genehmigen
Geburtsstätte Basel	tarifsuisse	9'830	9'830	9'830	8'830
	HSK		9'830	9'850	8'795
	Assura/SUPRA		9'830	9'850	tarifsuisse
	PÜ-Empfehlung³		9'284	9'005	nicht genehmigen

1 Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig

2 Tarifvertrag im Genehmigungsverfahren (Art. 46 Abs. 4 KVG)

3 Vorjahrestarifvertrag um ein Jahr verlängert (Art. 47 Abs. 3 KVG)

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

5 Tarif festgesetzt gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG, nicht rechtskräftig (Beschwerde hängig, provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft)

6 provisorischer Tarif

1 Mehrjahresvertrag ab 2012, erst im 2013 eingereicht

2 Tarif 2012 gilt bis zum 31.03.2013

3 Nicht bindende Empfehlung der eidgenössischen Preisüberwachung

4 Tarif 2013 ist gewichteter Durchschnitt der Tarife, da ab Oktober 2013 Wechsel von Fr. 10'175 zu Fr. 9'756 erfolgt

5 Tarif 2013 ist gewichteter Durchschnitt der Tarife, da ab November 2013 Wechsel von Fr. 9'830 zu Fr. 9'756 erfolgt

6 Ersetzt auch Vertrag 2013 (verlängert für 2013) Sympany (Baserate Fr. 9'888).

Korrigendum
Tab 4.3-1.xls/Baserate
Quelle:
eigene Darstellung

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

Spital	Versicherer	Tagespauschalen (Fr.)			Bemerkung
		2012	2013	2014	
Psychiatrie					
UPK Erwachsene stationär	tarifsuisse	710	710		
	HSK	710	715		
	Assura/SUPRA	710	710		
UPK Kinder/Jugendliche stationär	tarifsuisse	795	795		
	HSK	795	795		
	Assura/SUPRA	795	795		unbefristet seit 2012
Sonnenhalde stationär	tarifsuisse	565	565		unbefristet seit 2012
	HSK	575	575	585	
	Assura/SUPRA	575	575		unbefristet seit 2012
Rehabilitation					
Felix Platter-Spital Frührehabilitation	tarifsuisse	620	620	620	
	HSK	617	617		
	Assura/SUPRA	620	620	620	
Felix Platter-Spital Geriatrische und neurologische Reha	tarifsuisse	770	---	---	Tariffdifferenzierung s.u.
	HSK	767	767		
	Assura/SUPRA	770	---	---	Tariffdifferenzierung s.u.
Felix Platter-Spital Geriatrische Reha	tarifsuisse	---	735	725	
	Assura/SUPRA	---	735	725	
Felix Platter-Spital Neurologische Reha	tarifsuisse	---	840	830	
	Assura/SUPRA	---	840	830	
Adullam-Spital Geriatrische Reha	tarifsuisse	585	610	610	
	HSK	590	598	598	Vertrag 2013/2014
	Assura/SUPRA	585	610	610	
Bethesda-Spital	tarifsuisse	620	620	610	
	HSK	620	620		
	Assura/SUPRA	620	620		unbefristet seit 2012
Reha Chrischona	tarifsuisse	583	595		
	HSK	586	595		Vertrag 2012/2013
	Assura/SUPRA	583	583		
REHAB Basel Querschnittsgelähmte	tarifsuisse	1'345	1'354		
	HSK	1'345	1'372	1'400	Vertrag 2013/2014
	Assura/SUPRA	1'345	1'354	1'372	
REHAB Basel Hirnverletzte	tarifsuisse	1'474	1'489	1'510	
	HSK	1'454	1'483	1'512	Vertrag 2013/2014
	Assura/SUPRA	1'474	1'489	1'510	

Vertraglich vereinbarter Tarif

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

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

Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, nicht rechtskräftig (Beschwerde hängig), provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft

Die Preisüberwachung hat bei allen Tagespauschalen auf Empfehlungen verzichtet.

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

Vertraglich vereinbarter Tarif

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

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

Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, nicht rechtskräftig (Beschwerde hängig), provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft

Die Preisüberwachung hat bei allen Tagespauschalen auf Empfehlungen verzichtet.

Quelle: eigene Darstellung

lungsgruppen nahmen die Vertragsverhältnisse um ein Vielfaches zu. Dies hat dazu geführt, dass der Regierungsrat 71 Tarifverträge zu prüfen und zu genehmigen hatte. Elf Tarife musste er hoheitlich festsetzen. Gegen sechs Festsetzungen haben die Parteien Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben. Diese Urteile werden erst im Jahr 2015 erwartet. Die Tabellen 4.3-1 und 4.3-2 geben eine Übersicht über die deutlich vielfältiger gewordene Tariflandschaft der SwissDRG-Baserates und der Tagespauschalen. Erste Vertragsabschlüsse für die Jahre 2013 und 2014 zeigen in der Tendenz sinkende Tarife in den Folgejahren.

4.5 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. Ins Restdefizit, das 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 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.

Aufgrund der Bedarfsermittlung hat der Grosse Rat für das Jahr 2012 Ausgaben im Bereich der Finanzierung von GWL im Umfang von 124,4 Mio. Franken bewilligt. Effektiv beansprucht wurden davon 118,4 Mio. Franken. Die wichtigsten Abgeltungen sind nachfolgend beschrieben.

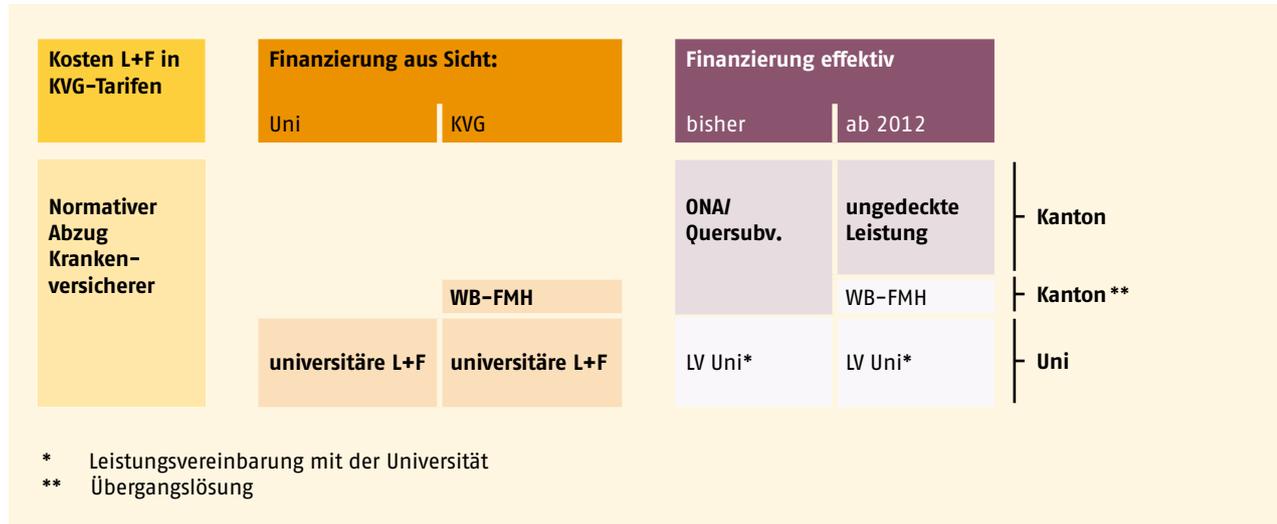
Die Finanzierungslücke der Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Spitälern

Als gemeinwirtschaftliche Leistung dürfen die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht durch die Krankenversicherer abgegolten werden. Weil diese Kosten in den Betriebsabläufen der Spitäler weit verzweigt an vielen Stellen anfallen, sind sie in der Realität rechnerisch nur schwer fassbar und können lediglich aufgrund qualifizierter Studien annähernd beziffert werden. Vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung nahmen die Krankenversicherer gestützt auf die höchstrichterliche Rechtsprechung bei der Ermittlung des für die Tarifberechnung relevanten standardisierten Betriebsaufwands normative Abzüge wegen mangelnder Kostentransparenz vor. Für die Universitätsspitäler, bei denen die meisten Kosten für universitäre Lehre und Forschung anfallen, galt der altrechtlich festgelegte Normabzug von 25% des gesamten stationären Betriebsaufwands. Die PÜ hält für die Berechnung ihrer Empfehlungen nach wie vor am normativen Ansatz mit einem Abzug von 23% fest. Dem gegenüber stehen die im Rahmen der vorgenannten Studie (vergleiche Kapitel 4.3) ermittelten effektiven Kosten, die sich in einem Rahmen von 9% bis 13% der Betriebskosten bewegen. An welcher Berechnungsmethode sich dereinst die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts orientieren wird, ist derzeit noch nicht klar.

Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen von Krankenversicherern, Universität und Spitälern bezüglich Abgeltung der universitären Lehre und Forschung führen zu einer substanziellen Finanzierungslücke bei den Spitälern, die in Abbildung 4.4-1 dargestellt ist.

Die Universität finanziert aus Mitteln der Trägerkantone die universitäre Lehre und Forschung im engeren Sinn. Bezogen auf die ärztliche Ausbildung bedeutet dies eine Übernahme der Kosten bis zum universitären Abschluss (Staatsexamen Medizin). In den Spitälern entsteht jedoch ein grosser Teil der Aufwendungen für die Lehre durch die ärztliche Weiterbildung der Assistenzärztinnen bis zum FMH-Facharztstitel (WB-FMH). Da dieser Ausbildungsteil erst nach dem universitären Abschluss erfolgt, lehnen die schweizerischen Universitäten eine Abgeltung ab. Für die Spitäler entsteht dadurch die Situation, dass der (aus Sicht des KVG) eigentlich zuständige Kostenträger (Universität) für die fachärztliche Weiterbildung nicht aufkommen will. Dazu fällt ins Gewicht, dass die geltenden normativen Abzüge der Krankenversi-

Abbildung 4.4-1: Finanzierungslücke der Spitäler betreffend die Kosten für Lehre und Forschung (L+F)



cherer deutlich höher liegen als die effektiven Abgeltungen für L+F und WB-FMH.

Aufgrund dieser Situation und mit Rücksicht auf das bereits hohe Prämienniveau wurde im Kanton Basel-Stadt die Strategie festgelegt, die ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung durch den Kanton voll auszufinanzieren. Zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung bis zum FMH-Titel hat die GDK-Plenarversammlung am 23. Mai 2013 eine interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV)¹⁶ zur Anhörung in den Kantonen verabschiedet. Eine Inkraftsetzung ist frühestens per 1. Januar 2015 zu erwarten. Diese verursachergerechte Finanzierung würde zu einer deutlichen Entlastung der Abgeltungen für GWL des Kantons Basel-Stadt beitragen.

Im Rahmen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhielten die Spitäler im Jahr 2012 folgende Abgeltungen zur Deckung der nicht finanzierten Kosten für universitäre Lehre und Forschung:

- **Abgeltung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung bis zum FMH-Titel** (14,4 Mio. Franken)
- **Differenzabgeltung der nicht gedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung** (59,3 Mio. Franken)

- **Ungedeckte Kosten der Ambulatorien in den öffentlichen Spitälern** (27,9 Mio. Franken)

Die finanzielle Unterdeckung in den Spitalambulatorien entsteht durch den Umstand, dass die ausgehandelten ambulanten Spitaltarife (z.B. Tarmed, Physiotherapie, Labor usw.) die effektiv anfallenden Kosten in diesem Bereich nicht decken können. Das Erbringen ambulanter Leistungen in Spitalambulatorien ist nur zu höheren Kosten möglich als bei niedergelassenen Leistungserbringern. Die Gründe dafür liegen einerseits in den höheren Infrastruktur- und Sicherheitsanforderungen, den höheren Personalkosten, den Produktivitätseinbussen als Folge der Ausbildungstätigkeit und den komplexeren Betriebsabläufen. Andererseits ist das Angebot eines Spitalambulatoriums nur bedingt mit jenem einer Arztpraxis zu vergleichen. Aufnahmepflicht, Leistungserbringung rund um die Uhr sowie die Vorhalteleistung einer vollumfänglichen ambulanten Notfallversorgung¹⁷ fordern einen zusätzlichen Aufwand, der mit den gültigen Tarifen nicht ausreichend gedeckt ist.

Ein Handlungsbedarf für eine Mitfinanzierung der Spitalambulatorien wurde bei den öffentlichen Spitälern festgestellt. Dabei übernimmt der Kanton die Verantwortung in seiner Rolle als Eigentümer der öffentlichen Spitäler mit dem Ziel einer betriebsverträglichen und nachhaltigen Bereinigung der Strukturen. In diesem Sinn wurde die Finanzierung dieses Fehlbetrags stark degressiv

ausgestaltet. Ausgehend von einem gemeldeten Bedarf von 43 Mio. Franken wurde die Anfangsfinanzierung auf 27,9 Mio. Franken begrenzt. Diese Summe wird für die folgenden Jahre um 10 Mio. Franken pro Jahr reduziert. Bei den Privatspitälern liegen solche Massnahmen ebenfalls in der Verantwortung der Trägerschaften.

- **Ungedekte Kosten der Tageskliniken** (4,0 Mio. Franken)
In der Psychiatrie, der Geriatrie, der Rehabilitation sowie in der Pädiatrie besteht ein Angebot für tagesklinische Betreuung. Die Krankenversicherer vergüten seit der Streichung der Leistungskategorie teilstationär aus dem KVG nur noch die Leistungen nach den ambulanten Tarifen. Dadurch sind psychosoziale Betreuungsleistungen, die in grossem Ausmass in den Tageskliniken erbracht werden, nicht mehr finanziert. Ein bedarfsgerechtes Angebot ermöglicht die Vermeidung von stationären Aufenthalten und ist Bestandteil einer optimalen Versorgungsstruktur.
- **Ungedekte Kosten von Langzeitpatienten in Spitälern** (5,1 Mio. Franken)
Patienten, die im Sinn des KVG nicht mehr spitalbedürftig sind, jedoch weder nach Hause noch in ein Pflegeheim verlegt werden können, gelten als Langzeitpatienten. Die Leistungspflicht der Krankenversicherer reduziert sich in solchen Fällen deutlich, da sie nur noch für die Pflichtleistungen der ärztlichen Behandlung, Medikamente und Therapien aufzukommen haben. Oftmals handelt es sich um Personen, die auf der Warteliste für einen Pflegeheimplatz stehen. Hinzu kommen Pflegeleistungen gemäss Pflegebedarfseinstufung. Die Unterkunfts- und Betreuungskosten müssen die Patienten selbst tragen. Da diese Kosten im Rahmen einer Spitalinfrastruktur im Vergleich zu einem Pflegeheim deutlich höher ausfallen und eine Knappheit an Pflegeheimplätzen besteht, können sie nicht vollständig über Patiententaxen finanziert werden. Damit diese tragbar bleiben, wird ein Teil leistungsorientiert durch gemeinwirtschaftliche Leistungen übernommen.

- **Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Es besteht eine Vielzahl weiterer Leistungen, die grösstenteils durch die öffentlichen Spitäler erbracht werden, aber weder durch die Versicherungen noch andere Kostenträger finanziert werden. Altrectlich wurden sie durch die Mittelzuweisung aus der kantonalen Rechnung finanziert. In Privatspitälern mussten sie durch die Trägerschaft meist durch Querfinanzierungen aus Erträgen der Zusatzversicherungen bereitgestellt werden. Beispiele dafür sind die Sozialdienste der Spitäler (4,4 Mio. Franken), die Schulangebote für Kinder bei längerem Spitalaufenthalt (1,3 Mio. Franken), die Seelsorge in Spitälern (0,7 Mio. Franken), aber auch Aufgaben wie die Bereitstellung von geschützten Operationsstellen, welche das Bundesrecht den Kantonen vorschreibt.

14 Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (SR 942.20)

15 Edith Salgado-Thalmann, Giovanni Teotino, Adrian Füglistler, Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern, 30. August 2010

16 www.gdk-cds.ch > Gesundheitsberufe > Medizinalberufe > Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

17 Gemäss der Inauguraldissertation von Pascal Suda, Hausärztliche Versorgungssituation 2005 in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, sind nur 11,9% der basel-städtischen Hausärzte in der Lage, eine vollständige hausärztliche Notfallversorgung mit Wundversorgung/Naht, härtenden Verbänden, Frakturversorgung, Röntgen, EKG und Labor zu erbringen. Dies hat damit zu tun, dass der «Stadtarzt» im Unterschied zum klassischen «Landarzt» im Notfallbereich vermehrt auf die stationären Notfallaufnahmen abstellen kann.

5. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung



In Kürze

- Nationale Qualitätsmessungen werden in Basel-Stadt umgesetzt, die Ergebnisse im kantonalen Vergleich analysiert und entsprechend Aktivitäten abgeleitet.
- Kantonales Schwerpunktthema ist das Management an den Schnittstellen der stationären Versorgung. Hierzu wird ein Leitbild mit Zielen und Massnahmen erarbeitet.
- Neu strukturiert wurde der Prozess für Beschwerden zu stationärer und spitalambulanter Behandlung in Basel-Stadt. Die Zentrale Beschwerdestelle bearbeitet und klärt Beschwerden.
- Die Kultur des Austausches und die Kooperation unter den Spitälern zu Fragen der Qualitätsentwicklung werden auch künftig stimuliert.

5.1 Einführung

Alle Spitäler in der Schweiz sind zur Qualitätssicherung verpflichtet. Die Leistungserbringer messen ein Portfolio von Indikatoren, liefern statistische Daten an den Bund und beteiligen sich an kantonalen Messungen. Überdies wird jedem Spital empfohlen, auf freiwilliger Basis zusätzlich eigene Qualitätsdaten zu erheben. Jeder Patient kann aufgrund eines Spitalaufenthalts im Rahmen von Qualitätsmessungen mehrmals um Auskunft zu seinen Erfahrungen gebeten werden, z.B. in Form einer Befragung zur Zufriedenheit oder zu spezifischen Ereignissen wie Infektionen. Die Messergebnisse fliessen in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein und dienen der Qualitätsentwicklung des Spitals. Zudem liefern sie einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung des schweizerischen Gesundheitssystems. Daher ist es wichtig, dass die Öffentlichkeit gut über die Qualitätsaktivitäten informiert ist – auch, um die aktive Beteiligung an der Messung positiv zu verstärken. Der vorliegende Gesundheitsversorgungsbericht liefert dazu einen Beitrag.

5.2 Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt

Die auf nationaler Ebene vorgesehenen Messaktivitäten werden in allen basel-städtischen Spitälern umgesetzt. In Basel-Stadt werden die national publizierten Ergebnisse im kantonalen Vergleich analysiert und entsprechend den Resultaten Aktivitäten abgeleitet.

5.2.1 Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit

In den Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit (BAG) werden Fallzahlen, Anteilswerte (z.B. Kaiserschnitttrate) sowie die Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen pro Spital berechnet und veröffentlicht. Datengrundlage ist die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) ab dem Jahr 2008. Die Indikatoren bezwecken einerseits, der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in die Tätigkeit der Spitäler zu ermöglichen, und andererseits den Patienten die Möglichkeit zu geben, eine Spitalwahl faktenbasiert zu treffen.¹⁸ Der Bereich Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt verwendet diese Zahlen, um in den akutsomatischen Spitälern des Kantons sta-

tistisch signifikante Ausreisser in der Mortalität oder bei den Anteilswerten zu erfassen. Drei Spitäler im Kanton wurden im Jahr 2012 aufgefordert, zu diesen Daten Stellung zu nehmen. In allen Fällen konnten die Spitäler, nach Studium der Patientendokumentation, den Beleg zugunsten ihrer Behandlungsqualität erbringen. Folglich mussten in dieser Berichtsperiode keine zusätzlichen qualitätsfördernden Massnahmen ausgearbeitet werden.

5.2.2 Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken

Die Qualitätsmessungen durch den Nationalen Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind zum festen Bestandteil der Qualitätskonzepte und -programme der Spitäler geworden. Der klinikinterne Verbesserungsprozess wird durch dieses Indikatorenset verstärkt stimuliert.

Im Berichtsjahr wurden der Öffentlichkeit erste Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung¹⁹ vorgestellt, an der sich alle akutsomatischen Spitäler und Kliniken in der Schweiz beteiligt haben. Der Kurzfragebogen umfasst fünf Fragen, die mit einer Bewertung auf einer Skala von 10 (beste Note) bis 0 (schlechteste Note) beantwortet werden müssen. Mit diesen fünf Fragen werden wesentliche Themen, welche die Patientenzufriedenheit beeinflussen, abgedeckt. In Abbildung 5.2-1 ist das Ergebnis auf die Frage «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?» dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass knapp drei Viertel aller Patienten die beste oder zweitbeste Bewertung abgaben (Note 10: 53,8% und Note 9: 19%). Auch die anderen vier Fragen wurden in jeder Spitalategorie²⁰ sehr positiv bewertet. Die Ergebnisse der ersten Messung sind in anonymisierter Form veröffentlicht worden. Die Spitäler und Kliniken in Basel-Stadt haben ihre individuellen Ergebnisse in ihren H+-Qualitätsberichten publiziert.

Erstmalig wurden in der Berichtsperiode die Raten (Verhältnis beobachtete/erwartete Rate) zu ungeplanten Wiedereintritten (Rehospitalisation) in akutsomatischen Spitälern publiziert. Als potenziell vermeidbar gelten ungeplante Wiedereintritte in Spitäler, die innert 30 Tagen nach der Entlassung aus einem Spitalaufenthalt erfolgen. Die Grundlage für die Messung von 2011 bildeten die Daten der «Medizinischen Krankenhausstatistik 2010» des Bundesamtes für Statistik. In den Schweizer Spitälern betrug die beobachtete Rate an ungeplanten Wiedereintritten 5,1%. Sie

unterliegt jedoch von Spital zu Spital grossen Schwankungen, da die Patienten je nach Art des Spitals ein unterschiedliches Risiko für einen Wiedereintritt aufweisen. Für die Berechnung der Ergebnisse wird deshalb für jedes Spital die beobachtete Rate mit der erwarteten Rate verglichen. Die erwartete Rate wird mit einem Risikoprofil berechnet, das unter anderem medizinische Faktoren wie die Diagnose oder auch Alter und Geschlecht des Patienten berücksichtigt. Die Resultate wurden pseudonymisiert publiziert. Sie sind mit einem Code versehen und es können keine Rückschlüsse auf ein einzelnes Spital gezogen werden. In Basel-Stadt haben folgende Häuser an der Messung 2011 teilgenommen: Adullam-Spital, Bethesda-Spital, Felix Platter-Spital, Merian Iselin Klinik, Palliativzentrum Hildegard, St. Claraspital und Universitätsspital Basel. Die Spitäler hatten die Möglichkeit, ihre Ergebnisse bei der Veröffentlichung freiwillig transparent auszuweisen. Diese Möglichkeit wurde vom Universitätsspital Basel genutzt. Zudem haben die Merian Iselin Klinik und das Bethesda-Spital ihre Ergebnisse im H+-Qualitätsbericht 2012 publiziert.²¹ Die baselstädtischen Resultate sind mehrheitlich gut. In einem Spital liegt die beobachtete Rate über der erwarteten Rate. Dieses Spital ist vom Bereich Gesundheitsversorgung aufgefordert, seine Daten zu analysieren.

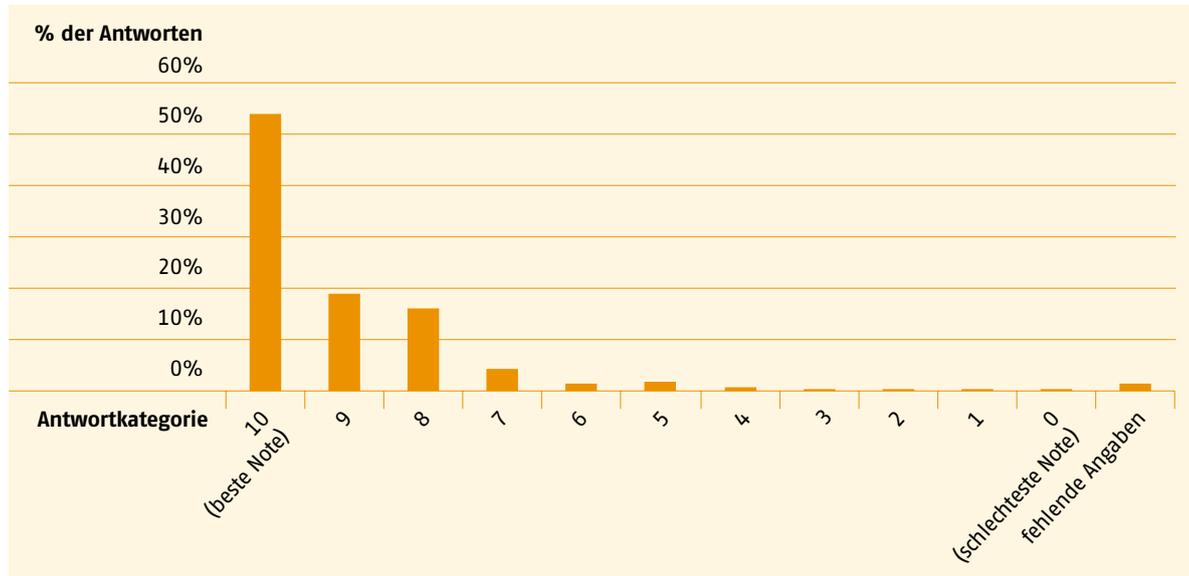
5.3 Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene

Das Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene enthält eine Vielzahl an Aktivitäten, von denen hier ausgewählte Aspekte vorgestellt werden.

5.3.1 Kantonales Schwerpunktthema

Im Zentrum der derzeitigen kantonalen Erhebung steht die Qualität des Managements an den Schnittstellen der stationären Versorgung in Basel-Stadt. Ziel ist, in einem partizipativen Entwicklungsprozess die Versorgungsqualität bei Ein- und Austritt in und aus stationären Einrichtungen des Kantons Basel-Stadt zu erhöhen. Eine erste Bestandsaufnahme sowie eine qualitative Einschätzung der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen zwischen den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt und den zuweisenden und nachsorgenden Einrichtungen im Kanton wurden durchgeführt. Die Patientenströme in die Spitäler in Basel-Stadt, der Aufenthaltsort der Patienten vor Eintritt sowie die Art der Einweisung wurden analysiert.

Abbildung 5.2-1: Verteilung der Antworten auf die Frage «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?» (alle Schweizer Akutspitäler)



Quelle: ANQ. Bericht zur Veröffentlichung der nationalen Patientenbefragung 2011

Abbildung 5.3-1: Aufenthaltsort vor Eintritt und Art der Einweisung (Wohnort Basel-Stadt)

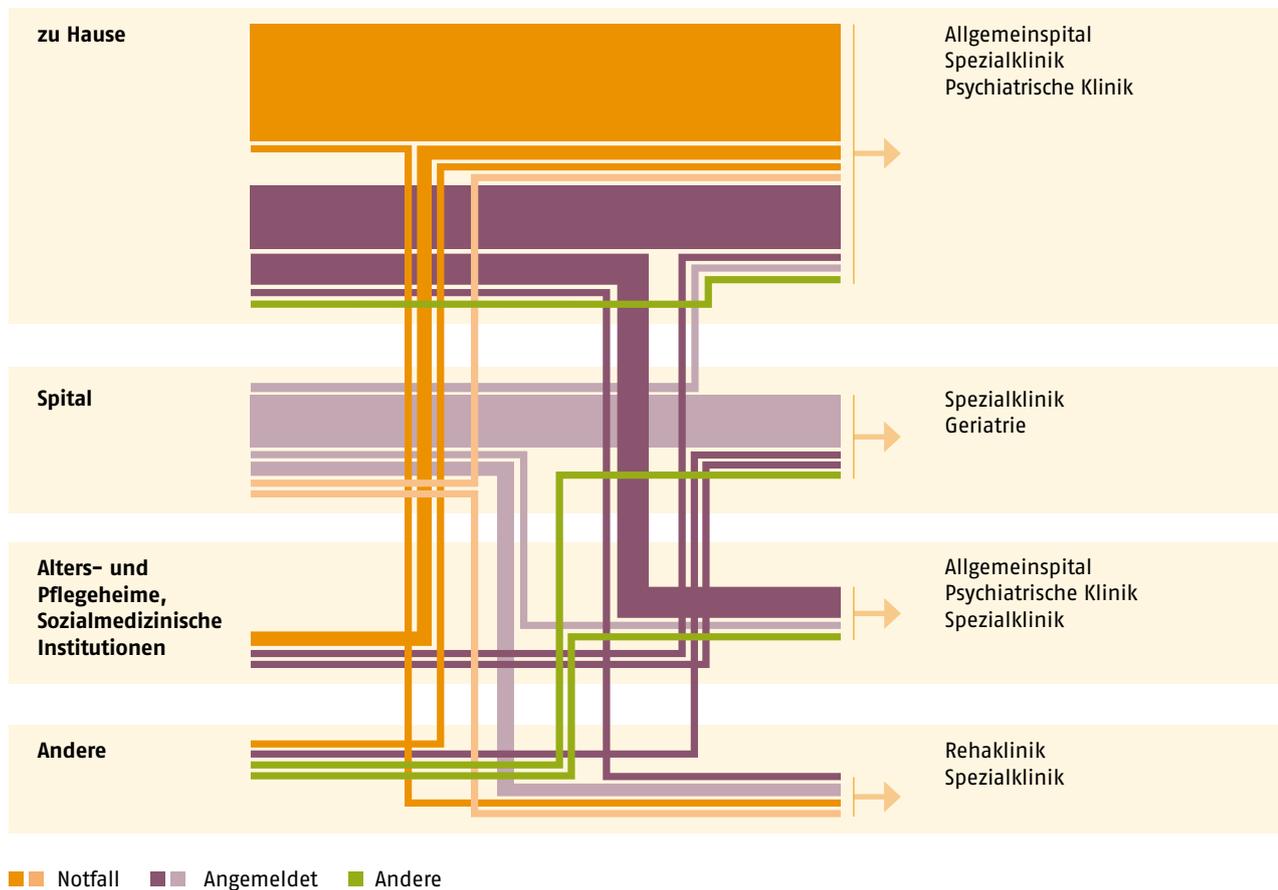


Abbildung 5.3-2: Beschwerdewesen im Kanton Basel-Stadt



Quelle: Website Bereich Gesundheitsversorgung

Die Verteilung der Patientenströme zeigt den Bedarf an Schnittstellenkoordination zwischen den Institutionen auf. Bis Ende 2013 wird ein Leitbild («Was ist gutes Schnittstellenmanagement in Basel-Stadt?») ausgearbeitet. Das Leitbild wird Ziele und Massnahmen enthalten und in einer späteren Phase Teil der Leistungsvereinbarung zwischen Kanton und Spital werden.

5.3.2 Beschwerdestelle Spital und spitalambulanter Bereich

Im Jahr 2012 wurde im Bereich Gesundheitsversorgung eine Beschwerdestelle eingerichtet.²² Obwohl die spitalinternen Beschwerdestellen nach Möglichkeit erste Beschwerdeinstanz bleiben sollten, können Beschwerdeführer sich dadurch direkt an das Gesundheitsdepartement wenden und schriftlich Rückmeldungen zu einer stationären oder spitalambulant Behandlung in allen Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt geben sowie ein aufsichtsrechtliches oder organisatorisches Anliegen vorbringen. In der Regel vermittelt der Bereich Gesundheitsversorgung das Anliegen an die zuständige Beschwerdestelle des Spitals und bleibt mit dem Spital nach Fallabschluss in Kontakt, um den aus den Beschwerden abgeleiteten kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu beobachten. Ausgangslage zur Einführung der zentralen Beschwerdestelle war der Bedarf, im Zuge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung über eine zentrale Instanz zu verfügen, an die sich Patienten wenden können, die

von ihrem Wunschspital abgewiesen wurden, obwohl das Spital für diese Behandlung einen Leistungsauftrag hat. Bisher hat sich die Notwendigkeit für eine Einrichtung aus diesem Grund nicht bestätigt. Rund 50 Patienten oder deren Angehörige haben im Jahr 2012 die Gelegenheit zu einer Rückmeldung an das Gesundheitsdepartement genutzt. Vorwiegend werden mangelnde organisatorische Abläufe und Kommunikationsprobleme geschildert. Insgesamt ist festzustellen, dass die Beschwerden seit Einführung der SwissDRG nicht zugenommen haben.

Aus Abbildung 5.3-2 ist ersichtlich, dass für Patienten und Angehörige, abhängig vom Anliegen, zahlreiche Anlaufstellen bestehen.

5.3.3 Weitere Schwerpunkte

Der Bereich Gesundheitsversorgung hat im Herbst 2012 entsprechend den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern die Konzepte zur Verhinderung von Gelegenheitschirurgie eingefordert. Die Konzepte sollen die vom Spital umgesetzten Massnahmen beinhalten, um vereinzelte Operationen durch verschiedene Chirurgen zu verhindern und Operationen mit geringen Fallzahlen nach Möglichkeit auf einen oder wenige Operateure zu konzentrieren. Die Auswertung zeigt, dass bei allen Leistungserbringern ein hohes Bewusstsein gegen das Ausreizen von Gelegenheitschirurgie vorhanden ist und entsprechend präventiv wirkende Gremien und Controllingmechanismen institutionalisiert und etabliert sind.

Auch in diesem Jahr wurden spitalindividuelle Interventionen durchgeführt. Mit einer Klinik wurden die Prozesse und die Dokumentation von Infektionen näher beleuchtet. Mit einem anderen Spital wurde das Überwachungssystem für unerwünschte Transfusionsreaktionen beleuchtet. Dieses Spital konnte gegenüber dem Bereich Gesundheitsversorgung Verbesserungspotenzial und zugleich bereits durchgeführte Anpassungen am Prozess aufzeigen. Ein weiterer Leistungserbringer dokumentierte Notfallszenarien für die Überweisung seiner Patienten in ein anderes Spital.

5.4 Ausblick

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor im kantonalen Qualitätsmonitoring ist die intensive und offene Zusammenarbeit mit den Institutionen und insbesondere ihren Qualitätsbeauftragten. Doch nicht nur der Koordination zwischen Kanton und Leistungserbringer wird weiterhin grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Die Kultur des Austausches und die Kooperation unter den Spitälern zu Fragen der Qualitätsentwicklung werden, unter Berücksichtigung der wettbewerblichen Rahmenordnung, verstärkt stimuliert. Geplante Aktivitäten dienen nicht zuletzt der Patientensicherheit und erhöhen die Transparenz gegenüber den Patienten und Akteuren. Sie tragen zur hohen medizinischen Behandlungsqualität in basel-städtischen Spitälern und Kliniken bei.

- 18 Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2012. Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. www.bag.admin.ch > Startseite > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Spitäler > Spitalstatistiken > Qualitätsindikatoren (Direktlink: www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aW5vcG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de)
- 19 ANQ. Bericht zur Veröffentlichung der nationalen Patientenbefragung 2011, 28.08.2012. www.anq.ch > Akutsomatik > Messergebnisse > Patientenzufriedenheit > 2011 (Direktlink: www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/anq/Resources/Public/upload/20120828_ANQ_Bericht_Veroeffentlichung_Patientenbefragung_2011_V1_1_final_de.pdf)
- 20 www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aW5vcG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de
- 21 www.merianiselin.ch/apps/qualitaet/22
www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Themen und Projekte > Zentrale Beschwerdestelle Spital / Spital-Ambulatorium (Direktlink: www.gesundheitsversorgung.bs.ch/themen_und_projekte-2/zentrale_beschwerdestelle_spital___spital-ambulatorium.htm)

Teil III Pflegeheime und Spitex- Einrichtungen

Langzeitpflege

6. Angebot in der Langzeitpflege



In Kürze:

- Im Jahr 2012 boten die 40 Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt 2'844 Plätze an.
- Das Wohnen mit Serviceangebot wird auch einkommensschwachen Betagten ermöglicht.
- Über 70 Spitex-Anbieter stellen die ambulante Pflege sicher.

6.1 Übersicht Langzeitpflege

In Tabelle 6.1-1 sind wichtige Kennzahlen des staatlich geplanten und mitfinanzierten Gesamtangebots der Langzeitpflege dargestellt. Diese Zahlen basieren zum Teil auf Schätzungen und sollen die ungefähren Grössenordnungen vermitteln.

In der Langzeitpflege bieten über 120 Institutionen und Einzelpersonen Pflegeleistungen an. Die Gesamtkosten dieser Angebote belaufen sich auf 328 Mio. Franken. Diese werden durch den Kanton (34%), die Krankenversicherer (24%) und die Patienten als Selbstzahlende (42%) finanziert.

Tabelle 6.1-1: Übersicht Langzeitpflege im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2012: Angebote, Kosten, Leistungen und Finanzierung

	Pflegeheime		Tagespflegeheime		Spitex Basel Spitex Riehen- Bettingen		Spitex- Organisationen		Langzeitpflege total	
Anz. Institutionen	40		9		2		ca. 100		ca. 150	
Anz. Pflegeheimplätze	2'844		197							
Anz. Pfl egetage in Heimen	1'024'000		49'000							
Anz. Pflegestunden Spitex					247'000		119'000			
Kosten total (Mio. Franken)	283,9	100%	6,5	100%	27,9	100%	9,7	100%	328,0	100%
davon Kanton	96,0	34%	3,3	50.8%	11,5	41%	2,1	27%	112,9	34%
davon Krankenversicherer	54,9	19%	1,1	16.9%	14,8	53%	6,9	62%	77,7	24%
davon Selbstzahlende	133,0	47%	2,1	32.3%	1,6	6%	0,7	11%	137,4	42%

(*) Beinhaltet bei den Pflegeheimen: Restfinanzierung (30,5 Mio. Fr.) und EL im Pflegeheim (61,3 Mio. Fr.) und Liegenschaftsbeiträge (3,4 Mio. Fr.)

Abbildung 6.2.-1: Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt

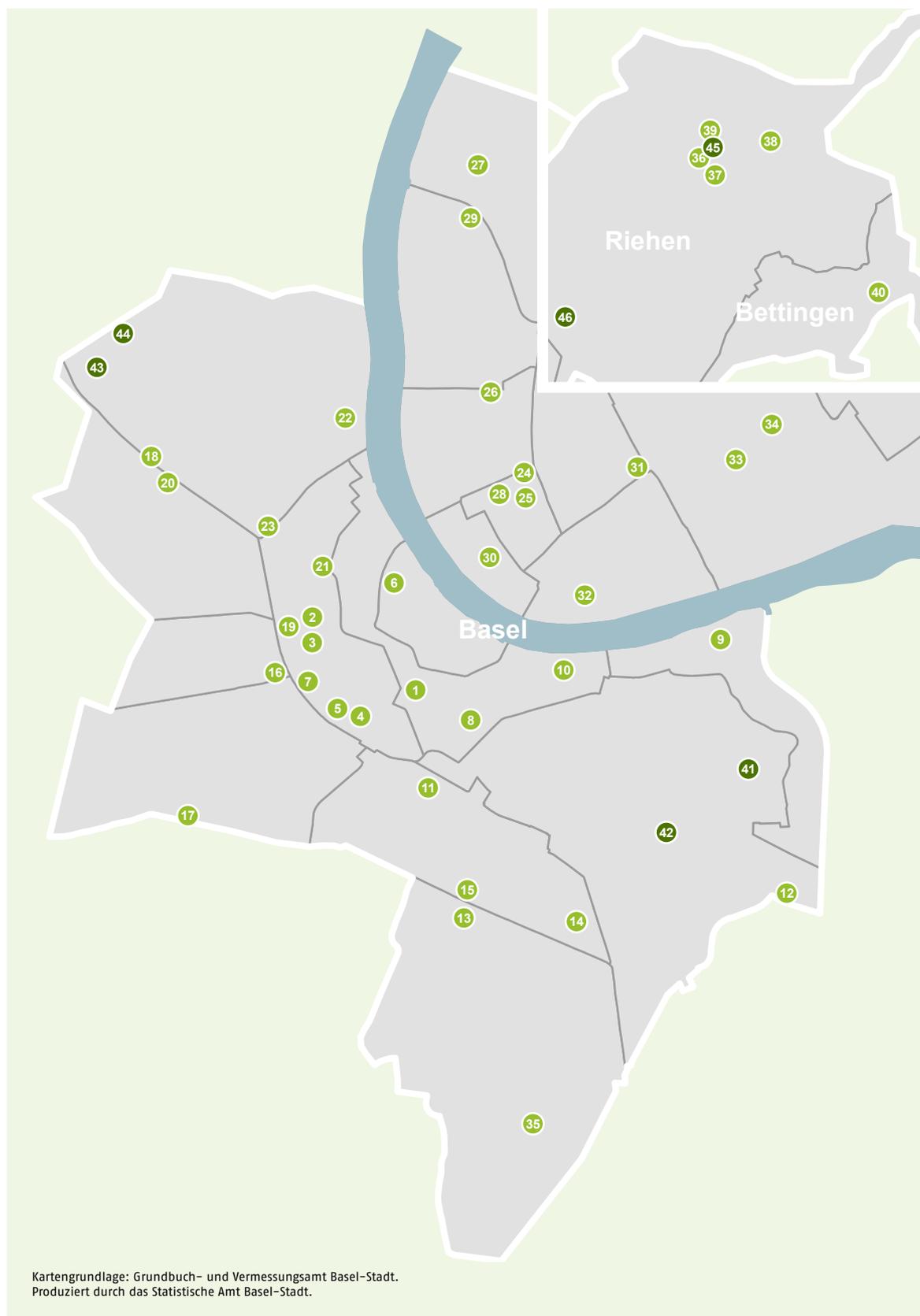


Tabelle 6.2-2: Pflegeheimliste 2012 des Kantons Basel-Stadt

	Pflegeheim	Plätze		Pflegeheim	Plätze
1	Blindenheim Basel	60	21	Adullam Basel	228
2	Bürgerspital, Lindenhof	33	22	Johanniter	138
3	Bürgerspital, Sonnenrain	50	23	St. Johann	75
4	Casavita Hasenbrunnen	57	24	dandelion	59
5	Holbeinhof	111	25	Gustav Benz Haus	81
6	Marthastift	41	26	Marienhaus	111
7	Murtengasse	23	27	St. Christophorus	71
8	Sternenhof	155	28	Wesley-Haus	84
9	Alterszentrum Alban-Breite	83	29	Wiesendamm	72
10	Ländliheim	40	30	Bürgerspital, zum Lamm	67
11	Südpark	28	31	Casavita Rosental	44
12	Tertianum St. Jakob-Park	16	32	Casavita Wettstein	43
13	Bürgerspital, am Bruderholz	58	33	Hirzbrunnenhaus	49
14	Bürgerspital, Falkenstein	86	34	St. Elisabethenheim	70
15	Gundeldingen	110	35	Zum Wasserturm	54
16	Bürgerspital, Weiherweg	80	36	Adullam Riehen	43
17	Generationenhaus Neubad	80	37	Dominikushaus	77
18	Casavita Kannenfeld	72	38	Humanitas	90
19	Casavita Vincentianum	46	39	Wendelin	68
20	Felix Platter-Spital, Passerelle	59	40	Diakonissen Mutterhaus St. Chrischona	32
				Neubauprojekte	
			41	Bethesda Gellert	
			42	Senevita Gellertblick	
			43	Bürgerspital, Burgfelderhof	
			44	Marthastift	
			45	Adullam Riehen	
			46	Humanitas	

6.2 Pflegeheime

Im Kanton Basel-Stadt stehen 40 Pflegeheime (Abbildung 6.2-1) für betagte, pflegebedürftige Menschen bereit. Mit Ausnahme der Passerelle im Felix Platter-Spital stehen sämtliche Einrichtungen unter privater Trägerschaft. 35 Institutionen liegen in der Stadt Basel, 4 auf dem Gemeindegebiet von Riehen und eine in Bettingen. In diesen Heimen standen im Jahr 2012 insgesamt 2'844 Pflegeheimplätze zur Verfügung. Gegenüber dem Jahr 2011 war im Jahresdurchschnitt ein Zuwachs von 7 Plätzen zu verzeichnen. Da Anfang Jahr ein Betrieb geschlossen wurde, stand erst mit der Eröffnung der Pflegeabteilung in der Seniorenresidenz Südpark ab der Jahresmitte die volle Anzahl Plätze zur Verfügung.

Für das Jahr 2012 sind folgende Angebotsänderungen zu verzeichnen:

- **Neues Pflegeheim**
In der Seniorenresidenz Südpark wurde per Mitte Jahr eine Pflegeabteilung mit 28 Plätzen eröffnet.
- **Betriebsschliessung**
Das Rochadehaus im Casavita Kannenfeld wurde zwecks Umwandlung in altersgerechte Wohnungen geschlossen. Daraus resultiert ein Verlust von 42 Pflegeheimplätzen. Diese Umwandlung nach einer Betriebszeit von etwa 15 Jahren wurde schon beim Bau des Pflegeheimes geplant.
- **Neue Pflegewohngruppe**
In einer benachbarten Liegenschaft konnte das Generationenhaus Neubad Räume zumieten und bietet neu eine Pflegewohngruppe mit 6 Plätzen an.
- **Passerellen**
Die Passerelle im Adullam Basel wurde geschlossen (-15). Diejenige des Felix Platter-Spitals wurde erweitert (+19).
- **Reduktion von Doppelzimmern**
Die Pflegeheime Bürgerspital zum Lamm (-2) sowie Marienhaus (-5) haben aufgrund einer Umwandlung von Doppel- zu Einzelzimmern eine Angebotsverringering aufzuweisen.

- **Betriebliche Anpassungen**

Aufgrund einer betrieblichen Optimierung konnten in den Pflegeheimen Adullam Basel (+5), Adullam Riehen (+3) sowie Blindenheim (+10) zusätzliche Pflegeplätze geschaffen werden. Die Pflegewohngruppen des Sternenhofs an der Laufenstrasse wurden aufgrund einer Anpassung des Betreuungskonzepts verkleinert. Daraus resultiert eine Abnahme von drei Plätzen.

- **Bauliche Massnahmen**

Aufgrund von baulichen Massnahmen konnten im Johanniter (+1) sowie im Wesley-Haus (+2) zusätzliche Pflegeplätze geschaffen werden.

6.3 Tageseinrichtungen

Auf dem Kantonsgebiet werden neun Tagespflegeheime und ein Nachtbetreuungsangebot betrieben (Tabelle 6.3-1). Um für die gesamte Bevölkerung eine gute Erreichbarkeit sicherzustellen, sind sie geografisch gleichmässig verteilt. Im Zuge der Verselbstständigung der Kantonsspitäler ging das Tagespflegeheim Tagesbetreuung Felix Platter per 1. Januar 2012 an den Sternenhof über, womit nun sämtliche Einrichtungen von privaten Trägerschaften betrieben werden.

6.4 Spitex-Organisationen

Die 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 Wohngebieten mit Serviceleistungen erbringen, können Pflegeheimenintritte hinausgezögert oder verhindert werden.

Tabelle 6.3-1: Tageseinrichtungen

Tagespflegeheim	Standort	Anzahl Plätze 2012	Veränderung gegenüber 2011	Trägerschaft
Alban-Breite	Karl-Barth-Platz 7	20	Keine	Stiftung Alterszentrum
Egliseeholz	Fasanenstr. 221	52	+2	Sternenhof
Weiherweg	Rudolfstr. 43	22	Keine	Bürgerspital Basel
dandelion	Sperrstr. 100	10	-2	dandelion, Stiftung für demenzkranke Menschen
Atrium	Hammerstr. 46	10	Keine	Stiftung Basler Wirrgarten
Im Gellert	Kapellenstr. 10	13	Keine	Sternenhof
Nachtbetreuung	Laufenstr. 46	3	Keine	Sternenhof
Tagesbetreuung Felix Platter	Burgfelderstr. 101	34	Keine	Sternenhof
Tagesstätte 65+	Laufenstr. 8	12	Keine	Stiftung Melchior
Total Stadt Basel		176		
Wendelin	Inzlingerstr. 46	21	Keine	Alters- und Pflegeheim Wendelin
Total Kanton BS		197		

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Zusätzlich zur Spitex-Grundversorgung stehen folgende spezialisierte Leistungen zur Verfügung:

- Säuglingspflege
- Kinder-Spitex
- Pflege von Wöchnerinnen
- Onkologie-Spitex
- Spezialisierter Spitex-Dienst 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

6.5 Wohnen mit Serviceangebot für Betagte

Neben den Tagespflegeheimen und der Pflege zu Hause durch Spitex-Dienste stellt das Wohnen mit Serviceangebot, wie es von einigen Pflegeheimen bereits angeboten wird, einen weiteren Bestandteil in der ambulanten Betreuung von betagten Menschen dar. Sie können so länger selbstständig wohnen und damit einen Pflegeheimenritt hinauszögern oder ganz ver-

hindern. Daher wurde diese Wohnmöglichkeit ab dem 1. Januar 2012 in Bezug auf die Finanzierung über die Ergänzungsleistungen durch eine Verwaltungsänderung²³ einem Pflegeheimaufenthalt gleichgestellt. Das Grundangebot an Serviceleistungen wie auch die dafür bei den Ergänzungsleistungen maximal anrechenbare Pauschale sind in einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Basel-Stadt festgelegt. Das Grundangebot umfasst eine 24-Stunden-Notrufbereitschaft, einen täglichen Kurzkontakt (falls gewünscht), eine Grundbetreuung (Kurzberatung bei Fragen aller Art) sowie eine wöchentliche Wohnungsreinigung (fakultativ). Im Laufe des Jahres 2012 wurden drei Leistungsvereinbarungen für insgesamt 71 Wohnungen abgeschlossen (mit dem Alters- und Pflegeheim Gustav Benz Haus, dem Sternenhof und dem Betagtenzentrum Zum Wasserturm). Es werden laufend neue hinzukommen.

²³ § 14 Abs. 3 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (KBV, SR 832.720): Bei Personen, die Leistungen durch eine anerkannte Einrichtung gemäss kantonalen Liste der anerkannten Institutionen für Wohnungen mit Serviceangebot für Betagte beziehen, werden höchstens die in der Leistungsvereinbarung festgelegten Tarife vergütet.

7. Leistungen in der Langzeitpflege



In Kürze

- Im Jahr 2012 wurden in den basel-städtischen Heimen 1'023'525 Pflageetage erbracht, was gegenüber dem Vorjahr einen leichten Zuwachs um 0,8% bedeutet.
- Tagespflegeheime entlasten pflegende Angehörige und helfen mit, Heimeintritte zu verhindern oder hinauszuzögern. Im Jahr 2012 zählten sie 48'981 Besuchertage.
- Spitex-Dienste leisten rund 365'609 Stunden an ambulanter Pflege.

7.1 Pflegeheime

Die Pflegeheime bieten eine breite Palette an pflegerischen Leistungen an. Dazu gehören insbesondere die Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, die Verabreichung von Medikamenten sowie die Wundversorgung.

Ausserdem stehen folgende spezialisierte Leistungen zur Verfügung:

Pflegewohngruppen, 164 Plätze

Pflegewohngruppen PWG haben das Ziel, die Alltagskompetenz der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Folgende Heime verfügen über PWG: Alban-Breite, Generationenhaus Neubad, Gustav Benz Haus, Johanniter, Marienhaus, Wiesendamm, Wesley-Haus am Standort Drahtzugstrasse und Bethesda-Spital sowie Sternenhof an den Standorten Hirschgässlein, Vogesenstrasse und Riehen Dorf.

Psychogeriatrische Abteilungen, 109 Plätze

Psychogeriatrische Abteilungen PGA bieten Personen mit einer Gefährdung zum Weglaufen einen geschützten Bereich. Diese finden sich in folgenden Heimen: am Bruderholz, Falkenstein, Johanniter, St. Christophorus und Wesley-Haus.

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, 112 Plätze

Das Adullam verfügt 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, 11 Plätze

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

Tabelle 7.1-1: Kennzahlen der Pflegeheime 2008–2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Pflegetage	995'051	1'014'057	1'016'569	1'015'653	1'023'525
Anzahl Bewohner	2'698	2'770	2'827	2'803	2'850
Anzahl Frauen	2'131	2'178	2'194	2'180	2'218
Anteil	79%	78,6%	77,6%	77,8%	77,8%
Anzahl Männer	567	592	633	623	632
Anteil	21,0%	21,4%	22,4%	22,2%	22,2%
Durchschnittsalter (Jahre)	86,1	85,9	86,1	86,1	86,0
Frauen	86,9	86,9	87,1	87,0	87,1
Männer	83,0	82,3	82,8	82,8	82,2
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Jahre)	3,4	3,3	3,3	3,6	3,4
Frauen	3,7	3,6	3,7	3,9	3,9
Männer	2,7	2,5	2,4	2,6	2,2

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

rung, Tagesgestaltung etc. gezielt eingegangen wird. Aufgrund der grossen Nachfrage werden die Angebote im spezialisierten Bereich im Verlauf des Jahres 2013 ausgebaut werden bzw. es werden neue Angebote geschaffen.

Besondere Pflegeeinrichtungen für jüngere schwerbehinderte Menschen, maximal 16 Plätze

Ein sehr hoher Pflegebedarf kann aufgrund eines Unfalls oder einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung schon in früheren Jahren entstehen. Im Pflegeheim 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.

In Tabelle 7.1-1 finden sich die wichtigsten Kennzahlen zu den Pflegeheimen. Insgesamt wurden in den 40 Basler Pflegeheimen im Laufe des Jahres 2012 1'023'525 Pflegetage erbracht. Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner ist leicht auf 86 Jahre gesunken (2011: 86,1 Jahre). Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ging um 0,2 Jahre auf 3,4 Jahre zurück, wobei sich Frauen deutlich länger im Pflegeheim aufhalten durchschnittlich 3,9 Jahre als Männer

(durchschnittlich 2,2 Jahre). Es gilt zu beachten, dass sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf die Pflegeheimbewohnenden bezieht, die im jeweiligen Jahr verstorben sind. Der Männeranteil hat sich bei knapp über 22 Prozent stabilisiert.

7.2 Tageseinrichtungen

Tagespflegeheime schaffen ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. 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. Im Jahr 2012 lag die durchschnittliche Auslastung der Tagespflegeheime im Kanton Basel-Stadt bei 102,4% (ohne Tagesstätte 65+). Insgesamt waren 48'981 Betreuungstage zu verzeichnen.

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 die Versorgung in spezialisierten Bereichen 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. Die Spitex-Organisation curavis verfügt über einen besonderen Leistungsauftrag im Bereich von längeren Spitex-Einsätzen. Diese Organisationen haben im Jahr 2012 insgesamt rund 303'000 Stunden Spitex-Leistungen erbracht, wobei der grösste Teil mit rund 203'000 Stunden auf Spitex Basel entfällt.

Über 70 weitere Spitex-Organisationen und Einzelpersonen haben rund 100'000 Stunden ambulante Pflege in den Bereichen Grund- und Behandlungspflege sowie in der Abklärung und Beratung geleistet. Viele Spitex-Dienste bieten auch Hilfe bei der Bewältigung der täglichen Hausarbeiten wie Kochen, Putzen, Waschen oder Bügeln an. Diese Leistungen sind mitentscheidend dafür, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung leben können. Weil Hauswirtschaftsleistungen nicht von der Grundversicherung finanziert werden, jedoch zur Vermeidung oder Herauszögerung eines Heimintritts wichtig sind, leistet der Kanton Basel-Stadt in einem beschränkten Rahmen Beiträge an 150'000 Stunden. Dazu zählen ebenfalls nicht von der Krankenversicherung getragene Betreuungsleistungen beispielsweise zugunsten von verhaltensauffälligen Personen oder von Menschen mit Demenz.

8. Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege



In Kürze

- Im Jahr 2012 beliefen sich die Pflegeheimkosten auf 283,9 Mio. Franken. Kanton und Gemeinden finanzierten davon 34% (96,0 Mio. Franken).
- Es wurden Spitex-Leistungen im Betrag von 37,6 Mio. Franken erbracht. Kanton und Gemeinden übernahmen davon 36% (13,7 Mio. Franken).
- Das Taxvolumen der Tagespflegeheime erreichte 6,5 Mio. Franken. Der Kanton und die Gemeinde Riehen förderten diese Angebote mit 3,3 Mio. Franken (51%).
- Kanton und Gemeinden entrichteten Beiträge an die Pflege zu Hause im Umfang von 2,8 Mio. Franken.

8.1 Pflegeheime

Die basel-städtischen Pflegeheime sind im Verband gemeinnütziger Alters- und Pflegeheime (VAP) organisiert. Die Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt ist im Pflegeheim-Rahmenvertrag²⁴ geregelt. Dieser enthält Vereinbarungen über die Finanzierung der Pflegeheime sowie über die zu erbringenden Leistungen, zu Qualitätssicherung, Aufsicht und Kontrolle durch den Kanton. Der Rahmenvertrag wurde auf das Jahr 2012 mit einer Laufzeit von fünf Jahren erneuert.

8.1.1 Gesamtkosten der Pflege in Heimen

Die Leistungsverrechnung der Heime erfolgt durch Tagestaxen. Diese werden als Pflegeheimtarif im Rahmenvertrag abschliessend festgelegt und setzen sich aus den Taxanteilen Hotellerie und Betreuung, Liegenschaftskosten und den Normkosten der Pflege zusammen. Letztere sind in zwölf Stufen gegliedert je nach Pflegebedarf. Der gesamte Taxumsatz der 40 basel-städtischen Pflegeheime belief sich im Berichtsjahr auf 283,9 Mio. Franken (Tabelle 8.1-1). Diese Grösse ist die Masszahl für die Gesamtkosten der stationären Pflege in Heimen. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese um 4,8% gestiegen. Der Anstieg ist

zurückzuführen auf die Erhöhung der Grundtaxe um 3 Franken pro Tag sowie die höheren Ansätze bei den Pflegenormkosten.

Nicht enthalten im Taxvolumen sind die Kosten der ausserkantonale platzierten Heimbewohner. Im Jahr 2012 hielten sich im Jahresdurchschnitt 108 Personen in ausserkantonalen Pflegeheimen auf. Wegen der grossen Tarifvielfalt können diese Gesamtkosten nicht beziffert werden. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen kommt die letzte Wohnsitzgemeinde vor Eintritt in ein Pflegeheim für die Restfinanzierung und im Bedarfsfall die Ergänzungsleistungen auf. Diese Beiträge sind in den nachfolgenden Zahlen enthalten.

In Tabelle 8.1-2 ist der Pflegeheimtarif 2012 dargestellt. Die Anteile für Hotellerie und Betreuung wurden 2012 um 3 Franken erhöht. Die Pflegekosten sind nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung auf die drei Kostenträger Bewohner (Eigenbeitrag), Krankenversicherer sowie Staatswesen (Restfinanzierung durch Kanton/Gemeinde) aufgeteilt.

Der Rahmenvertrag sieht vor, dass für Hotellerie und Betreuung eine Einheitstaxe erhoben wird. Damit kann verhindert werden, dass der Preis als Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Pflegeheimplat-

Tabelle 8.1-1: Taxvolumen der Pflegeheime in den Jahren 2008–2012

in Mio. Franken	2008	2009	2010	2011	2012
Taxvolumen Pflegeheime	248,9	262,8	266,3	268,5	283,9

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

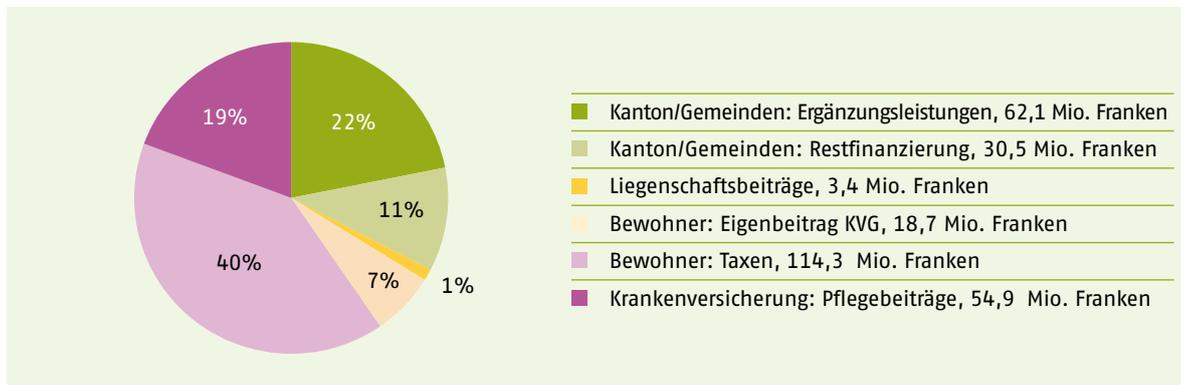
Tabelle 8.1-2: Pflegeheimtarife 2012 und Anteil Pfl egetage je Pflegestufe

Pfl egestufe	Hotellerie und Betreuung	Liegenschaftskosten	Pfl ege				Pfl egetage je Stufe
			Normkosten Total	Bewohner ²	Kanton/Gemeinde ³	Krankenversicherung	
	Franken						
Res ¹	140.00	30.00					1,4%
1	140.00	30.00	9.10	0.10		9.00	3,4%
2	140.00	30.00	27.30	9.30		18.00	17,6%
3	140.00	30.00	45.60	18.60		27.00	1,8%
4	140.00	30.00	63.70	21.60	6.10	36.00	7,9%
5	140.00	30.00	81.90	21.60	15.30	45.00	4,4%
6	140.00	30.00	100.10	21.60	24.50	54.00	16,4%
7	140.00	30.00	118.40	21.60	33.80	63.00	4,8%
8	140.00	30.00	136.60	21.60	43.00	72.00	23,8%
9	140.00	30.00	154.70	21.60	52.10	81.00	3,7%
10	140.00	30.00	172.90	21.60	61.30	90.00	13,4%
11	140.00	30.00	191.20	21.60	70.60	99.00	1,3%
12	140.00	30.00	209.40	21.60	79.80	108.00	0,1%

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 8.1-3: Finanzierung der Pflegeheimkosten im Jahr 2012



Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 8.1-4: Restfinanzierung der Pflegekosten in Heimen ab 2011

in Mio. Franken	2011	2012
Basel	23,5	27,3
Riehen	3,0	3,0
Bettingen	0,2	0,2
Total Basel-Stadt	26,7	30,5
<i>davon in ausserkantonalen Heimen</i>	0,6	1,8

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.1-5: Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV zur Finanzierung der Pflegeheimtaxen

in Mio. Franken	2008	2009	2010	2011	2012
EL Kanton	67,2	71,4	71,8	57,9	61,3
EL-Anteil Riehen, Bettingen	1,0	1,1	1,3	0,8	0,8
Total EL Basel-Stadt	68,2	72,5	73,1	58,7	62,1

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

zes eine Rolle spielt. Viel mehr sollen pflegerische und medizinische Elemente sowie der Fokus auf das Wunschheim der zukünftigen Pflegeheimbewohnerin im Vordergrund stehen.

8.1.2 Finanzierung der Pflegeheimkosten

In Abbildung 8.1-3 ist die Finanzierungsaufteilung der Pflegeheimkosten (Taxvolumen plus Liegenschaftsbeiträge) von 283,9 Mio. Franken dargestellt. Den grössten Anteil der Pflegeheimtaxen (47% bzw. 133,0 Mio. Franken) tragen die Bewohner selbst. Neben den selbst finanzierten Tagestaxen enthält dieser Betrag den gesetzlichen Eigenbeitrag von insgesamt 18,7 Mio. Franken. Kanton und Gemeinden stellen einen Anteil von 96,0 Mio. Franken oder 34% via Restfinanzierung und Ergänzungsleistungen. Die Krankenversicherer tragen 54,9 Mio. Franken oder 19% an die Finanzierung bei.

Die Kosten für Unterkunft (Hotellerie, Verpflegung und Liegenschaftskosten) und Betreuung tragen die Heimbewohnenden selbst. Sie können subsidiär durch Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV finanziert werden. Solche werden von durchschnittlich knapp 60% der pflegebedürftigen Menschen in Heimen beansprucht. Die Pflegekosten im engeren Sinn, das heisst die medizinisch bedingten Pflegeleis-

tungen nach KVG, werden seit dem Jahr 2011 nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch drei Träger übernommen. Ihre Höhe wird abschliessend durch den Kanton festgelegt (Normkosten). Für die Mitgliedshäuser des VAP sind die Normkosten im Pflegeheim-Rahmenvertrag festgelegt. Derzeit sind alle Heime dem VAP angeschlossen. Von den Pflegekosten übernehmen die Krankenversicherer einen im KVG verankerten, nach zwölf Pflegestufen differenzierten, festen Beitrag zwischen 9 und 108 Franken. Die Bewohner zahlen einen gesetzlich limitierten Beitrag in der Höhe von 20% des KVG-Beitrags in der höchsten Stufe (maximal 20% von 108 Franken, also Fr. 21.60 pro Pflgetag). Somit liegt die maximale Belastung bei Fr. 191.60 pro Tag (zuzüglich allfälliger Zuschläge für besondere Leistungen). Schliesslich übernimmt der Wohnkanton bzw. die Wohngemeinde als Restfinanzierung die verbleibende Differenz zu den Normkosten.

Restfinanzierung

Ab dem Jahr 2011 kommen der Kanton (für die Einwohner der Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen nach den Regeln der Pflegefinanzierung für die Restfinanzierung der Pflegekosten nach KVG auf.

Die Restfinanzierung entlastet die selbst zahlenden Bewohner der Pflegeheime bzw. die subsidiären EL im gleichen Mass.

Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV

Im Jahr 2012 hat der Kanton Basel-Stadt 61,3 Mio. Franken Ergänzungsleistungen an Heimbewohner zur Finanzierung des Aufenthalts entrichtet. Von diesem Betrag bereits abgezogen sind die Bundesbeiträge von 3,1 Mio. Franken. Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg von 3,3 Mio. Franken oder 5,8% dar. Der Grund für diesen Wiederanstieg liegt in der Erhöhung der Tagestaxe und der Zunahme der Pflage tage. Da die EL jedes Jahr aufgrund der individuellen Leistungsfähigkeit neu festgelegt werden, spielen auch Veränderungen in der Einkommens- und Vermögenssituation der Berechtigten eine Rolle. Dieser Effekt ist allerdings nicht quantifizierbar. Die Quote der Anspruchsberechtigten ist bei rund 60% stabil geblieben. Im Jahr 2011 waren die Ergänzungsleistungen aufgrund der Einführung der Restfinanzierung noch um 13,8 Mio. Franken oder 19,2% zurückgegangen.

Die Ergänzungsleistungen werden grundsätzlich durch den Kanton getragen. Aufgrund der innerkantonalen Lastenaufteilung übernehmen die Gemeinden denjenigen Anteil der EL, der 175% des Lebensbedarfs einer alleinstehenden Person übersteigt (§ 11 Abs. 3 EG/ELG²⁵).

8.1.3 Liegenschaftsbeiträge

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.

8.1.4 Baubeiträge für Pflegeheime

Der Kanton Basel-Stadt baut und betreibt selbst keine Pflegeheime. Als Steuerungsinstrument setzt er Investitionsbeiträge an die Errichtung von Pflegeheimen ein. Gemäss Gesundheitsgesetz kann er für Bauvorhaben Investitionsbeiträge gewähren. Diese betragen in der Regel 30% der anerkannten Baukosten von 305'000 Franken je Pflegeplatz.

Im Rahmen der Pflegeheimplanung sind für sechs Bauprojekte im Zeitraum 2012 bis 2015 in der 10-Jahres-Investitionsplanung 54 Mio. Franken an Investitionsbeiträgen vorgesehen. Dieses Instrument erlaubt den gemeinnützigen Trägerschaften eine solide Finanzierung und stellt für den Kanton ein wichtiges Instrument für die quantitative und qualitative Angebotssteuerung dar. Am 19. Oktober 2011 hat der Grosse Rat einem Investitionskostenbeitrag von maximal 10,5 Mio. Franken für den Neubau des Pflegeheimes Burgfelderhof des Bürgerspitals zugestimmt.

8.2 Tageseinrichtungen

Gemäss den Übergangsbestimmungen des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 müssen die Tarifverträge im Pflegebereich (Pflegeheime, Spitex und Tages- bzw. Nachtinstitutionen) bis Ende 2013 an die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vorgesehenen Ansätze angepasst werden. Einzig bei der Finanzierung von Tagespflegeeinrichtungen macht der Kanton Basel-Stadt von dieser Übergangsfrist Gebrauch. Für das Jahr 2012 galten daher die Tarife und das Abgeltungssystem gemäss laufendem Vertrag weiter.

Das Taxvolumen der Tagespflege beläuft sich auf 6,5 Mio. Franken. In Abbildung 8.2-1 ist die Verteilung der Kosten auf die drei Kostenträger Krankenversicherer, Gast und Kanton/Gemeinde Riehen dargestellt.

8.3 Spitex-Organisationen

Für Spitex-Organisationen ohne besonderen Leistungsauftrag gelten gemäss den diesbezüglichen Bestimmungen der Pflegefinanzierung 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).

Tabelle 8.1-6: Kantonale Liegenschaftsbeiträge für Pflegeheime

in Mio. Franken	2008	2009	2010	2011	2012
Liegenschaftsbeiträge	5,1	5,0	4,4	3,2	3,4

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 8.2-1: Finanzierungsaufteilung der Tagestaxen 2012 von Tagespflegeheimen

Tagespflegeheim	Anzahl Plätze	Spezialisiert	Tagespauschale ¹	Kantonsbeitrag	Erträge total
				Franken pro Tag	
Alban-Breite	20	Nein	63.00	63.00	126.00
Egliseeholz	52	Nein	63.00	63.00	126.00
Weiherweg	22	Nein	63.00	63.00	126.00
Felix Platter	34	Nein	63.00	63.00	126.00
dandelion	10	Ja	78.00	78.00	156.00
Im Gellert	13	Ja	78.00	78.00	156.00
Atrium	10	Ja	78.00	78.00	156.00
Tagesstätte 65+	12	Ja	67.00	²	
Wendelin ³	21	Nein	58.50	91.00	149.50

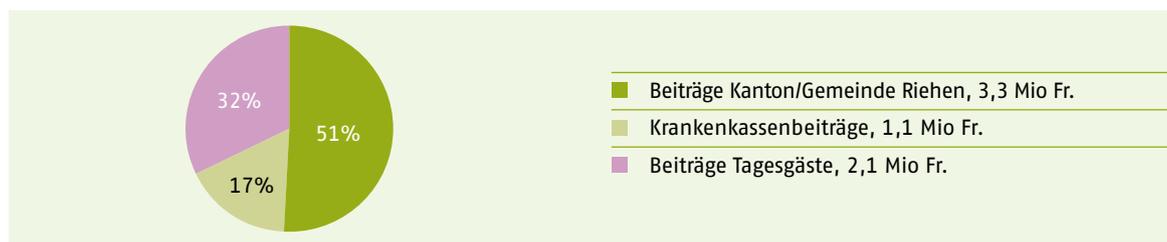
¹ An diese Tagespauschale leisteten die Krankenkassen einen Beitrag von maximal 24 Franken pro Tag.

Den Restbetrag tragen die Tagesgäste selbst bzw. subsidiär die Ergänzungsleistungen zur AHV.

² Zweijähriges Pilotprojekt mit einem jährlichen Pauschalbeitrag des Kantons in Höhe von 100'000 Franken.

³ Das Tagespflegeheim Wendelin wird durch die Gemeinde Riehen finanziert.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 8.2-2: Finanzierung des Taxvolumens der Tagesheime im Jahr 2012

Quelle: eigene Berechnungen

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

Franken pro Stunde	Normkosten Basel-Stadt		KVG-Beitrag	Eigenbeitrag	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 2012

	Anzahl Stunden	Total Kosten	KVG-Beiträge	Eigenbeitrag Patienten	Restfinanzie- rung Kanton/ Gemeinde
		in Mio. Franken			
mit besonderem Leistungsauftrag	250'921	28,3	15,0	1,6	11,7
ohne besonderen Leistungsauftrag	114'688	9,3	6,6	0,7	2,0
Total Spitex-Leistung	365'609	37,6	21,6	2,3	13,7

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

in Mio, Franken	2008	2009	2010	2011	2012
Basel	1,9	2,0	2,3	2,3	2,4
Riehen, Bettingen	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4
Total Basel-Stadt	2,5	2,3	2,7	2,7	2,8

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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 und curavis wurden besondere Leistungsaufträge vereinbart. In Tabelle 8.3-2 sind Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen dargestellt. Von den Gesamtkosten von 37,6 Mio. Franken übernimmt die Krankenversicherung 58%, Kanton und Gemeinden 36% und die Patienten mit dem Eigenbeitrag 6%. Von der Restfinanzierung über 13,7 Mio. Franken gehen 12,2 Mio. zulasten des Kantons. 1,5 Mio. Franken tragen die Gemeinden Riehen und Bettingen.

den Haushaltarbeiten wie Kochen, Putzen oder Einkaufen. Die Höhe des Pflegebeitrages hängt davon ab, ob bereits eine Hilflosenentschädigung der AHV oder der IV ausgerichtet wird. Im Jahr 2012 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege zu Hause von insgesamt 2,8 Mio. Franken aus (Tabelle 8.4-1).

8.4 Beiträge an die Pflege zu Hause

Wer zu Hause regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person pflegt, erhält auf Antrag eine finanzielle Unterstützung. Der Beitrag steht all jenen Angehörigen, Nachbarn oder Drittpersonen zu, die täglich mehr als 60 Minuten Leistungen der Grundpflege (An- und Auskleiden, Einnahme des Essens, Körperpflege etc.) erbringen. Nicht entschädigt wer-

24 Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2012 bis 2016 vom 15. Dezember 2011 (SR 329.500)

25 Kantonales Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen vom 11.11.1987 (SR 832.700)

9. Qualitätssicherung in der Langzeitpflege



In Kürze

- Die regulären Aufsichtsbesuche in sieben Pflegeheimen zeigten eine gute und stabile Qualität.
- In zwei Pflegeheimen wurden die Aufsichtsbesuche als Pilotprojekt mit dem neuen Qualitätsmanagement-Instrument «qualivista» durchgeführt, welches inhaltlich auf den seit rund zehn Jahren geltenden Normen «Grundangebot und Basisqualität» aufbaut.
- Das RAI-System (Pflegebedarfseinstufung) wird mehrheitlich korrekt angewendet. Überprüfungen finden periodisch und systematisch statt und werden durch ein paritätisches Gremium aus Vertretern des Verbandes der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP), der Krankenversicherer sowie des Gesundheitsdepartements durchgeführt.
- Das Gesundheitsdepartement führt zwecks Wahrnehmung seiner behördlichen Aufsichtstätigkeit sowie zur Kontrolle vertraglicher Vereinbarungen bei den Pflegeheimen und den Spitex-Anbietern regelmässige und in Einzelfällen auch ausserordentliche Qualitätskontrollen durch.

9.1 Qualitätssicherung in den Pflegeheimen

9.1.1 qualivista – die neue Qualitätsrichtlinie

Im Berichtsjahr revidierte die Steuerungsgruppe der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn die in den Strukturen veralteten Leistungsanforderungen und -bewertungen in Alters- und Pflegeheimen «Grundangebot und Basisqualität». Die Trennung von Grundangebot und Basisqualität wurde aufgehoben, ebenso die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Entstanden ist ein bewertbarer Katalog prozessorientierter Leistungsanforderungen mit der Unterteilung in Grundlagen, Leistungsanforderungen und Anhang. Aufgrund der umfassenden Überarbeitung wurde auch der neue Name qualivista gewählt. Die Leistungsanforderungen von qualivista orientieren sich in ihrer Struktur am St. Galler Managementmodell (Rüegg-Stürm 2003). Dieses ist mit weiterführenden

den Normen und Bewertungssystemen (ISO 9001, ISO 14001, EFQM usw.) kompatibel. qualivista dient den Pflegeheimen als Hilfsmittel bei der Planung der Ressourcen und der Gestaltung der Prozesse. Andererseits dient qualivista der Aufsichtsbehörde dazu, die Leistungen der Pflegeheime – gemäss den in den Leistungsaufträgen festgehaltenen Anforderungen – quantitativ und qualitativ zu überprüfen. Im März ist die erste Version von qualivista erschienen. Ende 2012 löste qualivista die Qualitätsstandards «Grundangebot und Basisqualität» definitiv ab.

9.1.2 Aufsichtsbesuche

Im Rahmen von angemeldeten Aufsichtsbesuchen überprüft das Gesundheitsdepartement regelmässig die Pflegequalität in allen Heimen. Für die Institutionen galten im Berichtsjahr die vertraglich vereinbarten Standards der Qualitätsleitlinie «Grundangebot und Basisqualität».

In sieben Pflegeheimen sind reguläre, eintägige Aufsichtsbesuche durchgeführt worden. Dabei überprüfen und beurteilen Fachexperten die verschiedenen Arbeitsbereiche nach vorgegebenen Kriterien der Qualitätsrichtlinie. In den besuchten Heimen wurde eine stabile Qualität festgestellt. Die Pflegeheime arbeiten nach transparenten und überprüfbaren Leitlinien und Konzepten. Die Umsetzung festgestellter Verbesserungsanforderungen wird mit einer professionellen und konstruktiven Haltung angegangen. Die erneuerte Qualitätsrichtlinie qualivista ist in den Pflegeheimen gut angenommen worden.

9.1.3 RAI-Audits

Die Abrechnungsbasis für die Ausrichtung der Pflegebeiträge der Krankenversicherer ist die Zuweisung der Pflegeheimbewohner in eine der zwölf Pflegestufen aufgrund des ausgewiesenen Pflegebedarfs. Diese Pflegebedarfseinstufung erfolgt im Kanton Basel-Stadt seit dem Jahr 2002 aufgrund des RAI/RUG-Systems, das einen differenzierten und nachvollziehbaren Prozess vorgibt. Diese Einstufungen sind für die Pflegeplanung und auch die Abgeltung der Pflegeleistungen von entscheidender Bedeutung und werden von den Pflegeheimen selbst vorgenommen. Eine pa-

ritätische Abklärungs- und Kontrollkommission der Alters- und Pflegeheime (ParKo APH) nimmt stichprobenweise eine Überprüfung vor. Die Kommission wird vom VAP, den Krankenversicherern und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt getragen. Die ParKo APH hat ein paritätisches RAI-Audit-Team beauftragt, 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 neun Heimen wurde im Berichtsjahr ein RAI-Audit durchgeführt. Ein kostenpflichtiges Nachaudit war in keinem Heim notwendig. Ferner hat die ParKo APH in zwei Institutionen aufgrund von Einsprachen der Heimleitungen einen abschliessenden Ein-

Tabelle 9.1-1: Ergebnisse der RAI-Audits

	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl überprüfter Institutionen	13	12	12	12	9
Anzahl Pflegeplätze dieser Institutionen	912	814	690	714	553
Anzahl überprüfte Bewohner-Situationen	192	171	152	164	120
Anteil an den Plätzen der überprüften Institutionen	21%	21%	22%	23%	22%
Anteil korrekte Einstufungen	97%	85%	90%	91%	96%
Anteil falsche Einstufungen	3%	15%	10%	9%	4%
... davon zu hoch eingestuft	3%	13%	10%	8%	4%
... davon zu tief eingestuft	0%	2%	0%	1%	0%

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

stufungsentscheid gefällt. Die Statistik der Ergebnisse der durchgeführten RAI-Audits (Tabelle 9.1-1) zeigt, dass die Durchführung der Audits weiterhin wichtig ist, um Defizite in der Umsetzung des RAI-Systems zu identifizieren und Massnahmen zur Verbesserung zu fördern. Im Berichtsjahr hat die Quote der Fehleinstufungen um fünf Prozentpunkte abgenommen. Ergänzungen zum heiminternen RAI-Konzept (z.B. Weiterentwicklung zu einem heimspezifischen RAI-Konzept, welches auch die Themen RAI-Schulung und Datenschutz/-sicherung beinhaltet) und verstärkte Qualifizierung einzelner Mitarbeiter wurden als Verbesserungsmassnahmen vorgeschlagen. Diese sind konstruktiv und professionell umgesetzt worden und haben zur kontinuierlichen Verbesserung in der Anwendung des RAI-Systems beigetragen. Die zuständigen Personen in den Pflegeheimen schätzen die unterstützenden und beratenden Elemente der RAI-Audits.

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

9.2 Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen

Spitex Basel erstellt gemäss kantonalem Leistungsauftrag 2012 bis 2016 einen jährlichen Qualitätsbericht. Die Schwerpunkte in der Angebotsentwicklung waren im Berichtsjahr eine Weiterentwicklung im Dienstleistungsangebot sowie im Bereich der Prozesse und der Infrastruktur. Neu bietet Spitex Basel die Leistung der Akut- und Übergangspflege gemäss KVG sowie die Möglichkeit für zeitlich erweiterte Spitex-Einsätze an. Neu übernimmt ein spezielles Team Kunden, welche aufgrund ihrer besonderen gesundheitlichen oder gesundheitsgefährdenden Einschränkungen einen überdurchschnittlich hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf ausweisen. Im Weiteren haben Vorbereitungsarbeiten sowie erste Mitarbeiterinnenschulungen zur Einführung von RAI-HC (Resident Assessment Instrument Home-Care) stattgefunden. RAI-HC ist ein Schwesterinstrument des RAI-NH (RAI Nursing-Home), das in den Pflegeheimen angewendet wird, und ist ein speziell für die Schweizer Spitex-Landschaft evaluiertes

Bedarfsabklärungsinstrument, welches die gesetzlichen Anforderungen an die Bedarfsabklärung sowie die Vorgaben des Spitex Verbands Schweiz erfüllt.

Die Anzahl Spitex-Dienste Einzelpersonen und Organisationen hat im Berichtsjahr erneut zugenommen. Es verfügten insgesamt 37 (+6) Spitex-Organisationen (Gesellschaften nach Obligationenrecht) und 52 (+12) freiberufliche Pflegefachpersonen über eine kantonale Spitex-Bewilligung. Die Angebote der freiberuflichen Pflegefachpersonen konzentrieren sich vermehrt auf spezialisierte Fachgebiete. Neun Pflegefachpersonen arbeiten im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege, sieben Pflegefachpersonen sind als Wundexpertinnen tätig. Ausserdem bieten sechs Personen eine spezialisierte Still- und Wochenbettpflege an. Diese Dienstleistungen stellen ein wichtiges Angebot in der ambulanten Pflege dar.

Aufgrund der Bewilligungsverordnung²⁶ gemäss basel-städtischem Gesundheitsgesetz werden diese systematisch in Bezug auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der Durchführung der fachgerechten Pflege in periodischen Aufsichtsbesuchen überprüft. Im Berichtsjahr wurden insgesamt zwölf Hausbesuche bei Spitex-Diensten durchgeführt. Die Resultate der Überprüfungen sind weitgehend zufriedenstellend. Allerdings sind qualitative Unterschiede in Bezug auf Professionalität in der Geschäftsführung, der Administration sowie in der pflegerischen Fachlichkeit festzustellen. Angeordnete Verbesserungsmassnahmen werden in einer positiven konstruktiven Haltung vorgenommen. Verbesserungspotenzial besteht insbesondere in der Erstellung der Bedarfsabklärungen, der Führung von professionellen Pflegedokumentationen sowie bei der regelmässigen, der Situation angepassten Kontrolle beim Kunden durch entsprechendes Fachpersonal der Spitex-Dienste.

26 Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) vom 6. Dezember 2011 (SR 310.120)

Teil IV

Anhang

10. Factsheet Neuordnung der Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012



In Kürze

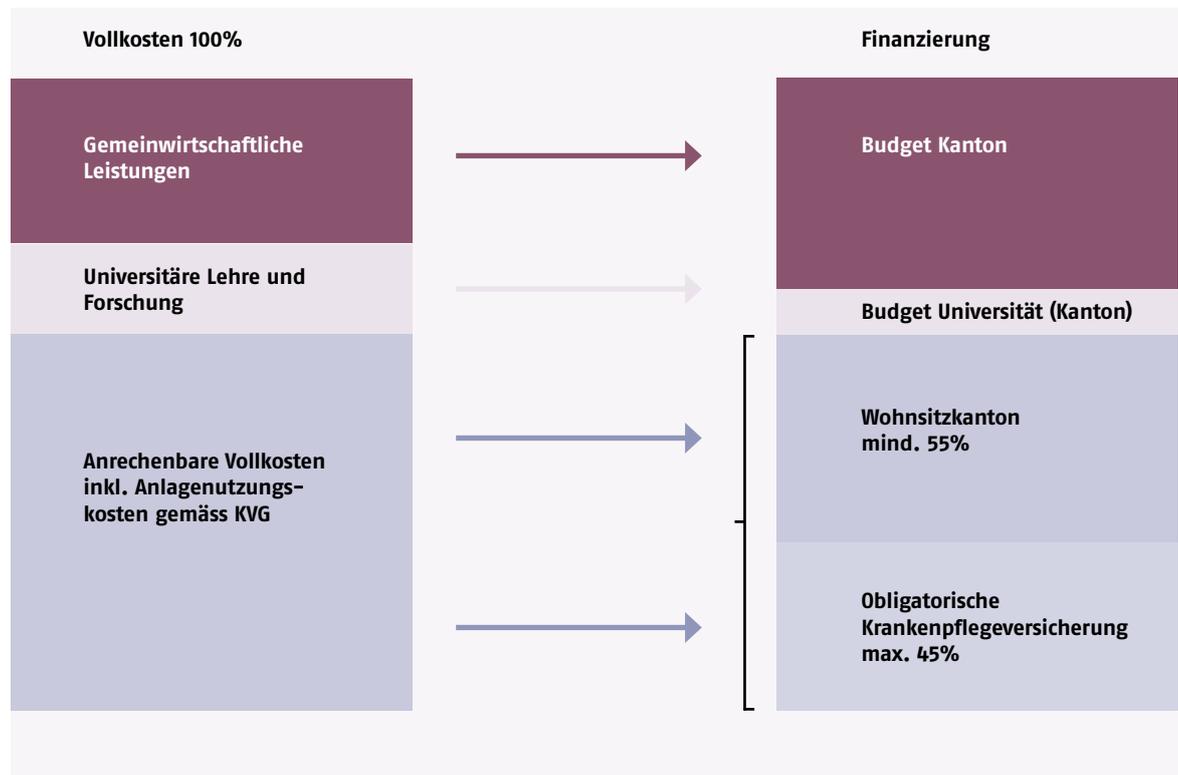
- Stationäre Spitalbehandlungen werden mit leistungsbezogenen Pauschalen (inklusive Investitionskosten) vergütet. Dabei kommt eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zur Anwendung.
- Die Kosten werden durch den Wohnkanton (mindestens 55%) des Patienten und dessen Krankenversicherung (maximal 45%) nach einem festen Verteiler finanziert.
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen der Spitäler werden separat ausgewiesen und finanziert.
- Gleichbehandlung aller öffentlichen und privaten Listenspitäler.
- Mitfinanzierung von ausserkantonalen Wahlbehandlungen bis zum Referenztarif des Wohnkantons.

10.1 KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung

Die von den eidgenössischen Räten am 21. Dezember 2007 verabschiedete Neuordnung der Spitalfinanzierung ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Sie musste spätestens ab 1. Januar 2012 umgesetzt werden. Die wichtigsten Elemente dieser KVG-Reform sind:

- **Vollkostenprinzip:** Spitalleistungen werden durch Tarife vergütet, die alle anrechenbaren Kosten abgelten. Die Spitaltarife beinhalten neu auch die Anlagennutzungskosten (Abschreibungen, Kapitalverzinsung). Die bisherige Defizitdeckung der öffentlichen Spitäler fällt weg. Investitionen müssen aus eigenen Mitteln finanziert werden.
- Für die Abgeltung stationärer Spitalleistungen kommen **leistungsbezogene Pauschalen** einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur zur Anwendung. In der Regel erfolgt die Abgeltung durch Fallpauschalen. Akutsomatische Behandlungen (ca. zwei Drittel aller Fälle) werden seit 1. Januar 2012 nach dem System Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) abgerechnet.
- Für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie werden derzeit gesamtschweizerische Tarifsysteme entwickelt. Bis zu deren Einführung erfolgt die Abrechnung durch kostendeckende Tagespauschalen (inkl. Anlagennutzungskosten).
- **Dualfixe Finanzierung:** Die Kosten von stationären Spitalbehandlungen werden durch den Wohnkanton (mindestens 55%) des Patienten und dessen Krankenversicherung (maximal 45%) nach einem festen Vergütungsteiler bezahlt. Dieser wird für das Folgejahr bis spätestens 31. März durch den jeweiligen Kanton festgelegt.
- **Gemeinwirtschaftliche Leistungen** und Kosten für universitäre Lehre und Forschung müssen separat ausgewiesen und finanziert werden.
- **Gleichbehandlung** der auf einer kantonalen Spitalliste geführten öffentlichen und privaten Spitäler.
- **Freizügigkeit** in der Spitalwahl und Öffnung der Kantons Grenzen; bei Wahlbehandlungen erfolgt die Vergütung höchstens zu dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die entsprechende Behandlung gilt (Referenztarif).

Abbildung 10.3-1: Neue Spitalfinanzierung



Quelle: eigene Darstellung

10.2 SwissDRG

SwissDRG ist das Tarifsystem für stationäre akutesomatische Spitalleistungen, das seit 1. Januar 2012 die Vergütung der stationären Spitalleistungen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen (Prozeduren) und weiteren Faktoren einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

Funktionsweise von SwissDRG (vergleiche Abbildung 10.3-2)

Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren. Die Zuweisung einer Hospitalisierung zu einer bestimmten

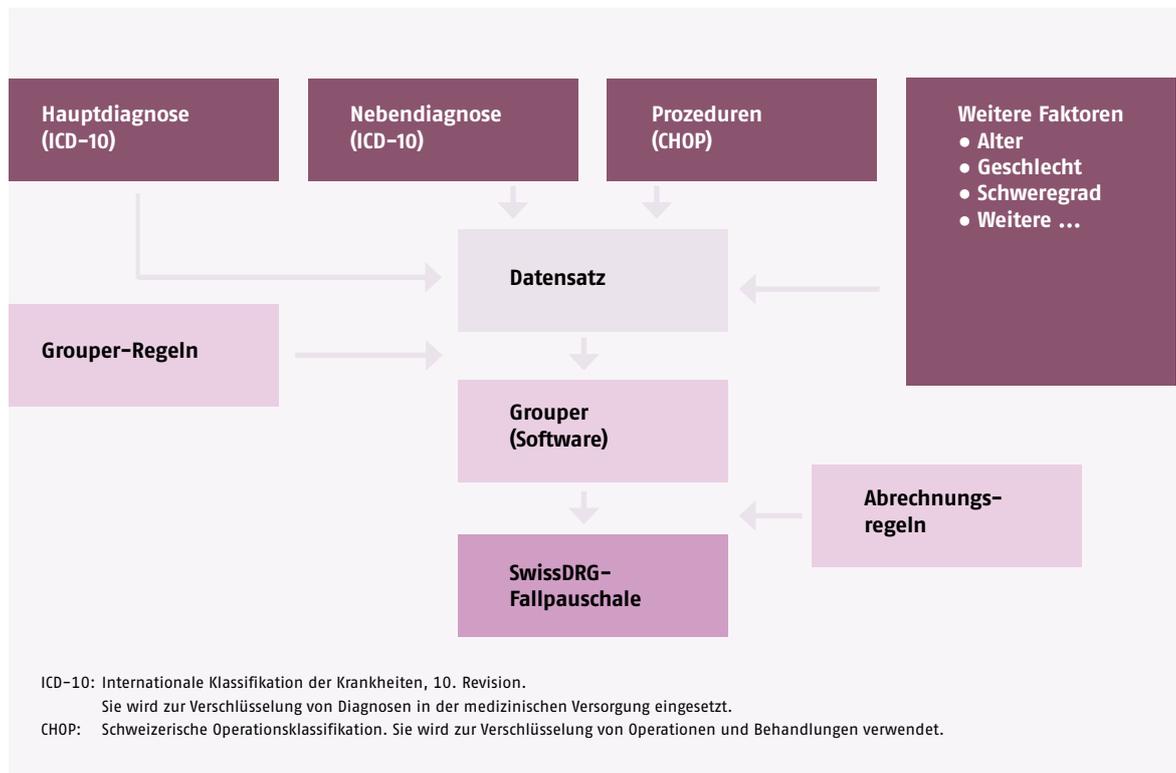
DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper). Der Gesamtpreis jeder SwissDRG-Fallpauschale wird anhand der Multiplikation von Kostengewicht (Cost Weight) und Basispreis (Baserate) ermittelt.

DRG-Rechengrößen

Cost Weight (Kostengewicht, Relativgewicht): Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet, dessen Wert anhand der tatsächlich anfallenden Kosten in den Schweizer Spitalern ermittelt wird. Es legt fest, um wie viel teurer bzw. billiger eine DRG im Vergleich zu einem Standardfall mit dem Gewicht von 1 ist. Beispielsweise hat die DRG Nr. I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese) ein Kostengewicht von 2,776.

Baserate (Basisfallpreis) beschreibt den Einheitspreis einer Spitalbehandlung mit einem Relativgewicht von 1. Die Multiplikation der Baserate mit

Abbildung 10.3-2: Funktionsweise von SwissDRG

Quelle und weitere Informationen: www.swissdr.org

dem Cost Weight der DRG ergibt das Entgelt für eine Behandlung. Beträgt die Baserate beispielsweise 9'900 Franken, so kostet die Revision oder der Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrothese (DRG Nr. I04Z) Fr. 27'482.40 ($9'900 \times 2,776$).

Case Mix: Summe der Cost Weights (Relativgewichte) aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten DRGs (üblicherweise pro Spital erhoben).

Case Mix Index: durchschnittliches Kostengewicht (pro Spital). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1 aus, während ein Grundversorgungsspital eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1 ausweist.

11. Factsheet

Leistungsorientierte Spitalplanung



In Kürze

- Gemäss Krankenversicherungsgesetz obliegt die Pflegeheimplanung den Kantonen.
- Die Entwicklung der Bevölkerungszahlen, der Anteil der Bevölkerung mit einem relevanten Pflegebedarf sowie die Art des Pflegebedarfs in der Zukunft stellen wichtige Planungsparameter dar.

Im Rahmen der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sehen die gesetzlichen Regelungen²⁷ vor, dass die kantonalen Spitallisten spätestens bis Ende des Jahres 2014 überarbeitet werden müssen. Weil sich aus der neuen Gesetzeslage ab dem 1. Januar 2012 eine zwingende kantonale Finanzierungspflicht ableitet, wenn ein Spital auf der Liste aufgeführt ist, haben einige Kantone, so auch Basel-Stadt, vor dieser gesetzlich vorgeschriebenen Frist von 2014 ihre Spitallisten an die Anforderungen des neuen Finanzierungsregimes angepasst. Durch die Umstellung auf ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem entfällt die bisherige Kapazitätsplanung des Kantons aufgrund von Planbetten. An deren Stelle treten differenzierte Leistungsaufträge aufgrund der Zürcher Leistungsgruppensystematik (Kapitel 11.1).

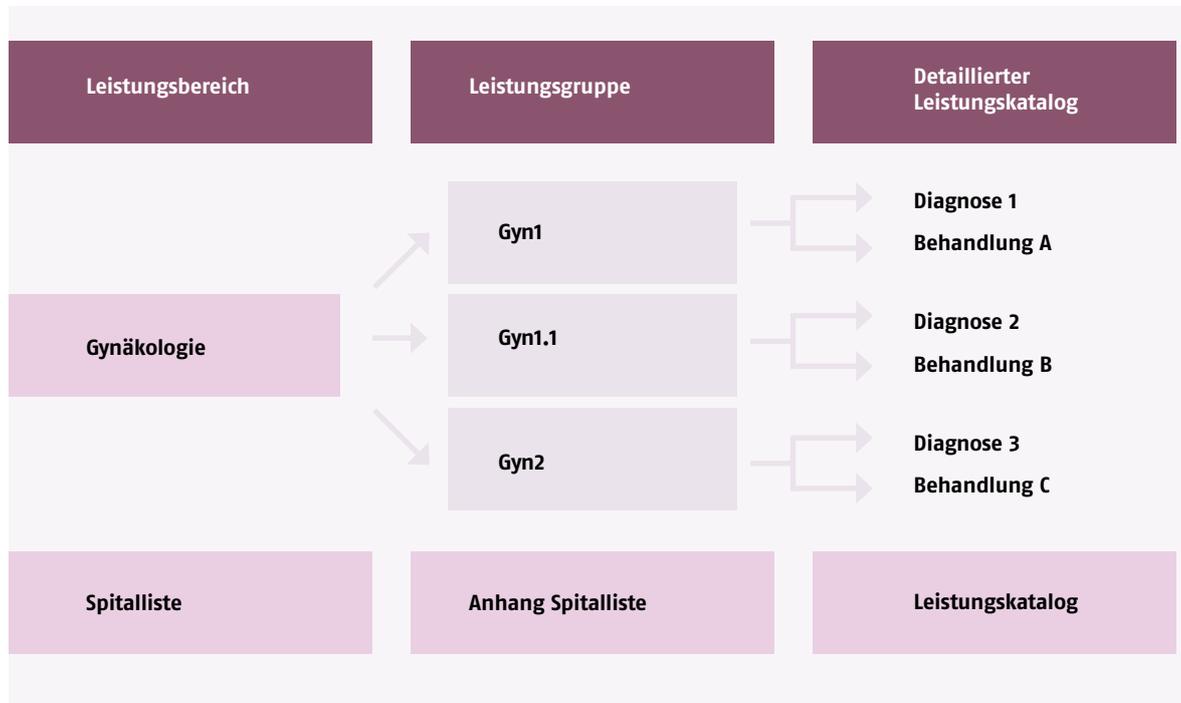
Als Ergänzung zu den Versorgungsberichten der Nordwestschweizer Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im Jahr 2010 (www.versorgungsbericht.ch) ist auch eine Abstimmung der kantonalen Spitalplanungen erfolgt. Dazu wurde ein gemeinsamer verbindlicher Kriterienkatalog erarbeitet, welcher nebst betriebswirtschaftlichen und qualitativen Standards gemeinsame Versorgungskriterien

wie Mindestfallmengen, Infrastrukturvorgaben und die Bereitschaft zur uneingeschränkten Aufnahme im Rahmen des Leistungsauftrages definiert. Diese Kriterien ergänzen die Anforderungen der jeweiligen Leistungsgruppensystematik (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) und sollen eine optimale Versorgungssicherheit für die Bevölkerung gewährleisten.

11.1 Leistungsgruppensystematik als Grundlage für differenzierte Leistungsaufträge

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifischer. Um diese Aufträge zu definieren, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifizierungssystemen (ICD und CHOP²⁸) basieren. Im akutsomatischen Bereich werden die medizinischen Leistungen zu diesem Zweck zu Leistungsgruppen gebündelt. Die Gesundheitsdirektion Zürich hat zusammen mit über 100 Fachärzten verschiedener Zürcher Spitäler eine neue Leistungsgruppierung entwickelt. Die Gruppierung bezeichnet 27 Leistungsbereiche und 125 Leistungsgruppen. Für jede dieser Leistungsgruppen

Abbildung 11.1-1: Neue Zürcher Leistungsgruppensystematik



Quelle: eigene Darstellung

wurden spezifische Qualitätsanforderungen wie Infrastrukturvorgaben, Facharzttitel, Notfallanforderungen und wo möglich Mindestmengen definiert. Im Bereich Rehabilitation setzt der Kanton Basel-Stadt ebenfalls die Zürcher Systematik ein, welche die Rehabilitationsleistungen in sieben Leistungsbereiche gliedert. In der Psychiatrie wird ein Aargauer Einteilungsmodell verwendet, das ähnlich wie in der Akutsomatik auch auf Leistungsbereichen und Leistungsgruppen aufbaut.

Alle behandelten Fälle einer Einrichtung werden aufgrund der Diagnosen und Behandlungen einer Leistungsgruppe zugeteilt. Die Leistungsaufträge an die Spitäler werden auf Basis dieser Leistungsgruppen vergeben. Die so erstellte Spitalliste 2012 ist wesentlich differenzierter und umfangreicher. Sie kann in der Gesetzessammlung des Kantons Basel-Stadt²⁹ eingesehen werden.

11.2 Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge für Listenspitäler

Der Regierungsrat hat für das Jahr 2012 erstmals jedem Listenspital Leistungsaufträge nach der neuen Zürcher Leistungsgruppensystematik erteilt. Diese bezeichnen die bedarfsorientierten medizinischen Leistungen, welche zulasten der OKP erbracht werden dürfen. Sie wurden in Anlehnung an das bisherige Leistungsangebot gemeinsam erarbeitet. Allen Leistungsaufträgen übergeordnet sind Entscheide, welche im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung hochspezialisierte Medizin (IVHSM) getroffen werden. Zur Regelung der Zusammenarbeit wurde mit jedem Haus vertraglich eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Darin sind verpflichtende Standards bezüglich Qualitätssicherung, Ausbildung von Fachpersonal, Abrechnungsmodalitäten und Reporting festgelegt.

27 Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), Abs. 2 KVG

28 ICD = International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten), CHOP = Schweizerische Operationsklassifikation

29 www.gesetzessammlung.bs.ch; Volltextsuche mit Stichwort «Spitalliste»

12. Factsheet Tarifrecht KVG



In Kürze

- Leistungserbringer und Krankenversicherer vereinbaren zur Abgeltung der Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) Tarife nach Massgabe des KVG (Verhandlungsprimat).
- Die Kantonsregierung genehmigt die Tarifverträge. Können die Parteien sich nicht einigen, legt sie ersatzweise einen Tarif fest. Eine solche Festsetzung können die Parteien beim Bundesverwaltungsgericht anfechten.
- Es besteht die Pflicht, die eidgenössische Preisüberwachung vor der Genehmigung von Tarifverträgen oder vor der Festsetzung von Tarifen anzuhören. Sie kann nicht bindende Preisempfehlungen abgeben.

12.1 Die Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG

12.1.1 Allgemeines

Nach Art. 43 Abs. 1 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. In der Wahl des Preisberechnungsmodus sind die Leistungserbringer nicht frei; vielmehr regelt das Krankenversicherungsrecht, ob für eine Leistung ein Tarif oder ein Preis besteht.

Das Tarifrecht entscheidet darüber, wie versicherte Leistungen in Rechnung gestellt werden können, also nach welchen Grundsätzen die Vergütung erfolgt. Demgegenüber entscheiden Abgeltungsregelungen, wer die Kosten der versicherten Leistung zu übernehmen hat. Im ambulanten Bereich geht der Gesetzgeber hierbei davon aus, dass die Leistungen der Leistungserbringer, sieht man von der Franchise und vom Selbstbehalt ab (vgl. Art. 64 Abs. 2 KVG), grundsätzlich durch die Vergütung der Versicherung gedeckt werden. Im stationären Bereich tragen die Versicherten für die Behandlungskosten im Grundsatz keine Kosten, sondern bezahlen nur einen geringfügigen Beitrag an die Aufenthaltskosten. Im Übrigen werden die Kosten für stationäre Behandlungen

und Aufenthalt gemeinsam von den Versicherten und den Kantonen getragen, wobei nach Art. 49a Abs. 2 KVG der kantonale Anteil mindestens 55% beträgt. Gemäss Art. 43 Abs. 2 KVG kann der Tarif eine Grundlage zur Berechnung der Vergütung der Leistungen von Leistungserbringern darstellen. Das Gesetz nennt den Zeit-, den Einzelleistungs- und den Pauschaltarif als mögliche Tarifarten.

Es sind grundsätzlich die Tarifpartner, die Versicherer und die Leistungserbringer bzw. deren Verbände (Art. 46 Abs. 1 KVG), welche die Tarife in Verträgen festlegen (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die autonome Gestaltung der Tarife mittels Verträgen hat klar Vorrang (Vertragsprimat). Die Tarifverträge bedürfen einer behördlichen Genehmigung durch die Kantonsregierung, bei gesamtschweizerischen Tarifen durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Wenn sich die Tarifpartner nicht auf einen Vertrag einigen können, also ein vertragloser Zustand herrscht (Art. 47 Abs. 1 KVG), erfolgt die Tariffestsetzung durch die zuständige Behörde (zumeist die Kantonsregierung). Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern (Art. 47 Abs. 3 KVG).

12.1.2 Gesetzliche Anforderungen an die Tarifverträge

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG prüft die Genehmigungsbehörde, ob Tarifverträge mit dem Gesetz, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und dem Gebot der Billigkeit übereinstimmen. Das Gesetz gibt in Art. 43 Abs. 6 KVG den Tarifparteien sowie den zuständigen Behörden das Ziel vor, «dass eine qualitativ hoch stehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird». Nach Art. 43 Abs. 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen.

Stationärer Bereich

Grundsätzlich sind nur Pauschalen zulässig, in der Regel in der Form der Fallpauschale. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler, welche die tariferte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Vergütungen, d.h. die Pauschalen, dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. Sozialdienste, Schulunterricht) enthalten (Art. 49 Abs. 1 und 3 KVG). Somit sind die gesetzlichen Anforderungen im stationären Bereich viel spezifischer als im ambulanten Bereich. Im ambulanten Bereich gelten weitgehend die allgemeinen Grundsätze gemäss Art. 43 KVG, im stationären Bereich kommen die besonderen Bestimmungen hinzu.

Ambulanter Bereich

Bestimmungen des Tarifrechts, welche sich ausdrücklich auf den ambulanten Bereich beziehen, fehlen im KVG. Beachtet werden muss allerdings Art. 43 Abs. 5 KVG, wonach Einzelleistungstarife auf einer einheitlichen, gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen müssen, welche vom Bundesrat

festgelegt wird, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Diese Bestimmung, welche die Grundlage für den ambulanten Ärztetarif Tarmed darstellt, ist vor allem auf den ambulanten Bereich bezogen.

Preisüberwachung

Gemäss Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG) ist für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, die zuständige Legislative oder Exekutive des Bundes, eines Kantons oder einer Gemeinde verpflichtet, vorgängig die Preisüberwachung anzuhören. Die Behörde führt in ihrem Entscheid die Stellungnahme der Preisüberwachung an. Folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.

13. Wichtige Kennzahlen der Pflegeheime und Spitäler

13.1 Kennzahlen der Spitäler

	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Geburtsstätte Basel	Palliativzentrum Hildegard	Klinik Sonnenhalde
Anzahl Planbetten	123	124	239	0	22	68
Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)	224	389	634	0	46	115
Total Betriebsaufwand in 1000 Franken	25'094	76'774	82'762	80	7'395	17'268
davon Personalkosten in 1000 Franken	15'763	41'570	63'094	0	5'317	12'017
davon medizinischer Bedarf in 1000 Franken	1'607	13'801	5'622	8	195	273
Total Ertrag aus Leistungserstellung in 1000 Franken	24'516	70'196	71'423	88	2'295	17'637
Anzahl Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, Selbstzahler, Übrige)	1'076	5'769	3'808	10	225	501
davon Unfall, IV	0	66	22	0	0	4
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	1%	0%	0%	1%
davon KVG	1'076	5'703	3'786	10	222	497
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	99%	100%	99%	99%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	975	1'960	3'336	9	168	205
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	91%	34%	88%	90%	76%	41%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	782	3'624	2'973	10	178	441
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	73%	64%	79%	100%	80%	89%
Anzahl Pfl egetage (alle: KVG, Unfall, IV, Selbstzahler, Übrige)	31'484	40'228	75'120	15	4'081	23'650
davon KVG	31'484	39'742	74'571	15	4'025	23'513
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	99%	100%	99%	99%
KVG-Pfl egetage von Patienten mit Wohnsitz BS	28'785	16'053	64'839	14	2'890	9'526
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	91%	40%	87%	93%	72%	41%
KVG-Pfl egetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	22'898	22'031	57'032	15	3'128	20'473
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	73%	55%	76%	100%	78%	87%

* Keine Angabe, da der Wert des Universitätsspitals aufgrund von Fehlern in der Kodierung nicht ermittelt werden kann.

Merian Iselin Klinik	Reha Chrischona	REHAB Basel	Schmerz- klinik Basel	St. Clara- spital	Universitäre Psychiatrische Kliniken	Universitäts- Kinderspital beider Basel	Universitäts- spital Basel	Gesamt
111	77	92	15	229	297	129	691	2'217
402	92	309	78	695	800	715	4'854	9'353
90'192	16'722	46'453	15'313	167'522	134'472	118'458	870'988	1'669'493
43'099	10'974	29'323	10'160	95'379	97'704	77'188	544'646	1'046'234
22'093	581	4'476	1'874	25'746	5'377	15'401	169'158	266'212
87'397	15'895	45'695	15'346	162'657	103'440	92'938	681'430	1'390'953
6'562	1'041	420	192	9'532	3'143	5'778	31'696	69'753
976	8	124	14	134	2	1'093	1'113	3'556
15%	1%	30%	7%	1%	0%	19%	4%	5%
5'579	1'033	294	178	9'398	2'866	4'559	22'335	57'536
85%	99%	70%	93%	99%	91%	79%	70%	82%
2'414	524	74	51	5'530	2'381	1'566	13'189	32'382
43%	51%	25%	29%	59%	83%	34%	59%	56%
3'223	751	253	118	5'224	2'716	4'406	k.A.*	k.A.*
58%	73%	86%	66%	56%	95%	97%	k.A.*	k.A.*
35'694	24'968	27'833	2'398	75'696	107'816	38'870	247'934	735'787
31'803	24'797	19'296	2'197	75'168	96'244	24'213	172'634	619'702
89%	99%	69%	92%	99%	89%	62%	70%	84%
13'457	12'528	5'094	618	44'919	76'470	7'356	101'137	383'686
42%	51%	26%	28%	60%	79%	30%	59%	62%
16'837	18'323	16'906	1'442	40'666	89'944	23'213	k.A.*	k.A.*
53%	74%	88%	66%	54%	93%	96%	k.A.*	k.A.*

13.2 Kennzahlen der Pflegeheime

Pflegeheim	Anzahl Pflegeplätze ¹	Geleistete Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflege- intensität ²
Adullam	271	98'363	99,2	1,07
Alban-Breite	83	29'859	98,3	0,85
Blindenheim	60	20'747	94,5	0,69
Bürgerspital, am Bruderholz	58	21'060	99,2	1,24
Bürgerspital, Falkenstein	86	30'792	97,8	1,08
Bürgerspital, Lindenhof	33	11'083	91,8	1,08
Bürgerspital, Sonnenrain	50	17'733	96,9	1,04
Bürgerspital, Weiherweg	80	29'017	99,1	1,09
Bürgerspital, zum Lamm	67	25'382	103,5	1,03
Casavita Hasenbrunnen	57	20'738	99,4	1,04
Casavita Kannenfeld	72	27'454	104,2	1,06
Casavita Rosental	44	15'915	98,8	1,08
Casavita Wettstein	43	15'618	99,2	0,99
Casavita Vincentianum	46	16'663	99,0	1,13
dandelion	59	21'769	100,8	1,29
Dominikushaus	77	27'971	99,3	1,15
Feierabendheim St. Chrischona	32	11'520	98,4	0,80
Generationenhaus Neubad	80	28'286	96,6	0,83
Gundeldingen	110	40'173	99,8	1,10
Gustav Benz Haus	81	29'718	100,2	0,93
Haus zum Wendelin	68	24'691	99,2	0,94
Hirzbrunnenhaus	49	17'590	98,1	1,08
Holbeinhof	111	39'707	97,7	1,13
Humanitas	90	33'366	101,3	0,80
Johanniter	138	49'874	98,7	1,02
Ländliheim	40	14'836	101,3	0,90
Marienhaus	111	41'573	102,3	1,15
Marthastift	41	14'948	99,6	1,19
Murtengasse	23	7'861	93,4	1,09
St. Christophorus	71	25'587	98,5	1,17
St. Elisabethenheim	70	25'782	100,6	0,93
St. Johann	75	27'317	99,5	1,03
Sternenhof	155	56'353	99,3	1,08
Wesley-Haus	84	29'874	97,2	1,24
Wiesendamm	72	26'111	99,1	0,96
Zum Wasserturm	54	20'119	101,8	0,96
Total	2'741	995'450		
Gewichteter Wert			99,5	1,04

Anzahl Sollstellen Pflege	Pflegepersonalkosten Total (1'000 CHF)	Total Liegenschafts-, Hotel- und Betreuungskosten (1'000 Franken)	Total Ertrag: Taxertrag + Liegenschaftsbeiträge (1'000 Franken)
141,9	12'363	18'443	28'048
36,4	3'564	5'474	7'705
22,2	1'988	3'629	4'967
33,9	3'872	4'384	6'897
45,0	4'163	6'359	9'292
16,4	1'667	2'276	3'047
25,2	2'728	3'678	4'611
42,3	3'985	6'006	8'103
35,2	2'811	4'085	6'791
29,2	2'667	3'271	5'666
38,9	3'441	5'058	7'757
23,1	2'190	2'975	4'553
21,3	2'107	2'874	4'272
25,0	1'985	3'058	4'748
36,0	3'637	4'320	6'989
42,6	3'598	4'501	7'821
13,5	123	1'859	2'864
34,1	3'098	4'982	6'962
58,8	5'129	7'243	10'866
38,4	3'152	4'681	7'628
32,3	3'396	5'243	6'872
25,6	2'492	2'930	4'821
59,7	4'878	8'952	11'648
38,8	3'354	5'790	8'240
69,1	6'094	9'206	13'571
18,6	1'744	2'934	3'796
63,0	5'511	7'400	11'850
23,4	2'028	2'303	4'522
11,7	927	1'444	2'153
39,6	3'802	4'824	7'499
33,4	2'894	4'650	6'793
38,2	3'202	5'495	7'456
81,4	8'866	10'283	17'440
48,3	4'346	5'796	8'968
34,7	2'934	5'037	7'061
26,6	2'314	3'774	5'570
1'403,8	127'049	185'220	277'847

1 Ohne Passerelle Felix Platter-Spital (59 Plätze), Tertianum (16 Plätze), St. Jakob-Park und Südpark (28 Plätze)

2 Masszahl für die Pflegeintensität der Pflegeheimbewohner. Der Wert 1,0 bedeutet einen Pflegebedarf von ca. 120 Minuten pro Tag, was dem schweizerischen Durchschnitt entspricht.

14. Glossar

D

Dialog Nationale Gesundheitspolitik

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mit der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Er dient dazu, aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens in einer möglichst frühen Phase aufzunehmen und ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren, und bezweckt zudem, das gegenseitige Verständnis und Vertrauen zwischen den Dialogpartnern und ein effizienteres Handeln der Behörden zu fördern (www.nationale-gesundheit.ch).

H

ITAR_K

Das Integrierte Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR_K) ist die Ermittlungsmethode, mit der sich die tarifrelevanten Betriebskosten der Spitäler als Grundlage für die Tarifiermittlung national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen.

L

Langzeitpflegefall

Bei einem Langzeitpflegefall handelt es sich gemäss Artikel 49 Abs. 4 KVG um einen Patienten, bei welchem aus Sicht des behandelnden Arztes die Therapie abgeschlossen ist und somit keine Spitalbedürftigkeit mehr besteht, der jedoch nicht aus dem Spital entlassen werden kann, da er auf einen Pflegeheimplatz warten muss. Die Vergütung der Spitalleistungen, welche für die Versorgung der Langzeitpflegefälle erbracht werden, erfolgt gemäss Artikel 50 KVG (Pflegefiananzierung).

N

Neurochirurgie

Die Neurochirurgie umfasst als medizinisches Fachgebiet die Erkennung und operative Behandlung von Erkrankungen, Fehlbildungen und Folgen von Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems.

Normkosten der Pflege

Im Rahmen der Pflegefinanzierung ist der Kanton zuständig für die normative Festlegung der anerkannten Kosten der medizinischen Pflege in Heimen und für Spitex-Leistungen (Normkosten). Es handelt sich dabei um Pflegekosten im engeren Sinn. Diese umfassen auf ärztliche Verordnung folgende Massnahmen der Abklärung und Beratung des Pflegebedarfs, der Untersuchung und Behandlung und der Grundpflege, sofern sie durch Pflegefachkräfte, Organisationen der Krankenpflege oder in Pflegeheimen erbracht werden. Finanziert werden die Normkosten durch einen gesetzlich festgelegten Beitrag der OKP und den Eigenbeitrag der Patienten. Die Differenz zu den verbleibenden Kosten tragen Kanton und Gemeinden als sogenannte Restfinanzierung.

O

ONA – ordentlicher Nettoaufwand

Dies war bis zum Jahr 2012 die zentrale Kennzahl zur finanziellen Steuerung einer Dienststelle des Kantons Basel-Stadt und widerspiegelt die vom Grosse Rat genehmigte Mittelausstattung. Im Zuge der Einführung des Harmonisierten Rechnungsmodells 2 (HRM2) der Schweizerischen Finanzdirektorenkonferenz (FDK) wird diese Kennzahl ab dem Jahr 2013 nicht mehr verwendet. Die entsprechende Grösse nach HRM2 ist das Zweckgebundene Betriebsergebnis (ZBE).

R

RAI (Resident Assessment Instrument)

Im Kanton Basel-Stadt angewendetes System zur Bewohnerbeurteilung, Bedarfserfassung, Pflegeplanung und Qualitätssicherung. Vgl. auch RUG.

RAI-HC (RAI-Home-Care)

RAI-HC ist ein Bedarfsabklärungsinstrumentarium für Spitex-Organisationen. Dieses Assessmentssystem erfüllt die gesetzlichen Anforderungen an die Bedarfsabklärung sowie die Vorgaben des Spitex Verbands Schweiz.

Rehospitalisation

Wiedereintritt in ein Spital. Der Wiedereintritt wird als potenziell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, sofern er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er innert 30 Tagen erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

RUG (Resource Utilization Group)

Bestandteil des RAI. RUGs bezeichnen Fallgruppen mit vergleichbarem pflegerischem Aufwand. Sie dienen zur Festlegung der Pflegestufe im Heim.

S

Spitalplanung, leistungsorientierte

Durch die Umstellung auf ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem entfällt die bisherige Kapazitätsplanung des Kantons aufgrund von Planbetten. An deren Stelle treten differenzierte Leistungsaufträge aufgrund der Zürcher Leistungsgruppensystematik. Im Rahmen der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sehen die gesetzlichen Regelungen vor, dass die kantonalen Spitallisten spätestens bis Ende des Jahres 2014 überarbeitet werden müssen.

V

Versorgungsplanung Nordwestschweiz

Die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn erarbeiten eine gemeinsame Bedarfsplanung, die in einem Versorgungsbericht publiziert wird. Die Kantone bekräftigen ihre Absicht, die Gesundheitsversorgung nicht nur innerhalb ihrer Grenzen, sondern in einer interkantonalen Perspektive zu planen. Die gemeinsame Versorgungsplanung dient als Grundlage für die Gestaltung der kantonalen Spitallisten nach einheitlichen Kriterien.

15. Abkürzungsverzeichnis

A

AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946
ANQ	Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques, dt.: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

B

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)

C

CMI	Case Mix Index
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation

D

Dialog	Dialog Nationale Gesundheitspolitik
DRG	Diagnosis-Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen)

E

EG/ELG	Kantonales Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 (SR 831.30) über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen vom 11.11.1987 (SR 832.700)
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (SR 831.30)
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (Botschaft des Bundesrats vom 29. Mai 2013)

G

GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 21.09.2011 (SG 300.100)
GKV	Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 15.11.1989 (SG 384.400)
GRÜZ	Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt mit dem Landkreis Lörrach
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (der Spitäler)

H

H+	Nationaler Spitalverband Die Spitäler der Schweiz
HSK	Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT
HSM	Hochspezialisierte Medizin

I		P	
ICD	International Classification of Diseases	PÜ	Eidgenössische Preisüberwachung
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung	S	
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin	SCS	St. Claraspital Basel
IV	Eidgenössische Invalidenversicherung	U	
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20)	UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
K		UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
KBV	Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 18.12.2007 (SR 832.720)	USB	Universitätsspital Basel
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)	UV	Unfallversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung	UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (SR 832.20)
KVO	Verordnung der Krankenversicherung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31) im Kanton Basel-Stadt vom 25.11.2008 (SG 834.410)	V	
M		VAP	Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime
MIK	Merian Iselin Klinik für Orthopädie und Chirurgie	VNS	Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (SR 833.1)	VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (SR 221.229.1)
MV	Eidgenössische Militärversicherung	W	
O		WFV	Interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG	Z	
ONA	Ordentlicher Nettoaufwand	ZBE	Zweckgebundenes Betriebsergebnis
ÖSpG	Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt vom 16.02.2011 (SG 331.100)		

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.

