



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

**Bereich Gesundheitsversorgung**

# **Gesundheits- versorgungsbericht des Jahres 2013**

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



**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, Linda Greber, Andreas Kohler, Lucie Maier, Birgit Meier,  
Daniela Neuman, Susanne Rodewald, Thomas von Allmen  
In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Stadt:  
Jonas Bieri, Jonas Eckenfels, Hans-Egon Hebel, Lukas Mohler, Esteban Sanjuan,  
Sandra Schelbert

**Gestaltung und Realisation**

VischerVettiger, Basel

**Druck**

Werner Druck & Medien AG, Basel

**Herausgeber**

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

---

# Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Zum vierten Mal untersucht der Gesundheitsversorgungsbericht Basel-Stadt die Struktur- und die Versorgungsqualität für die Basler Bevölkerung. Dargestellt werden quantitative wie qualitative Aspekte aus Angebot, Leistungserstellung, Kosten und Finanzierung sowie aus der Qualitätssicherungsarbeit.

Zwei Jahre nach Einführung der Regeln der neuen Spitalfinanzierung, konkretisieren sich die Auswirkungen dieses Systemwechsels. Nicht unerwartet stellen wir heute fest, dass der Zustrom von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen nach Basel, im Vergleich zum Jahr 2011, um knapp 13 Prozent zugenommen hat. Diese Entwicklung stärkt die medizinische Zentrumsfunktion in unserem Kanton und entspricht den strategischen Zielen des Regierungsrates zur Stärkung des Life Sciences Standorts und der erfolgreichen Entwicklung der öffentlichen Spitäler. Bereits im Vorjahr zeigte sich, dass die stationäre Aufenthaltsdauer in der akutsomatischen Medizin konstant bleibt. Die im Vorfeld der Einführung von SwissDRG gehegten Befürchtungen, das neue Vergütungssystem werde zu verfrühten Spitalentlassungen führen, treffen somit nicht zu.

Wie die neuste Bevölkerungsprognose aufzeigt, ist auch Basel-Stadt von der fortschreitenden demographischen Alterung betroffen. In den kommenden zwei Jahrzehnten wird der Anteil betagter Menschen in der Bevölkerung dank steigender Lebenserwartung weiter zunehmen. Im Vergleich zu anderen Regionen in unserem Land wird diese Entwicklung in Basel-Stadt aber deutlich milder ausfallen. Das Gesundheitsdepartement trägt der zu erwartenden Altersentwicklung durch eine systematische Weiterentwicklung der Angebote in der Langzeitpflege Rechnung. Insbesondere Massnahmen etwa entlang der neu lancierten nationalen Demenzstrategie werden dazu beitragen, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten und zu fördern.

Dr. Lukas Engelberger  
Regierungsrat  
Vorsteher des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

## Allgemeiner Teil

<b>1.</b>	<b>Rahmenbedingungen und Umfeld</b>	<b>7</b>
1.1	Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen	7
1.2	Wichtige Gesetzesgrundlagen	8
1.2.1	Pflegefinanzierung	8
1.2.2	Spitalfinanzierung	8
1.2.3	Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt	8
1.2.4	Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt	8
1.3	Öffentliches Beschaffungswesen und Spitalfinanzierung	9
1.4	Nationale Strategien im Gesundheitswesen und deren Umsetzung in Basel-Stadt	10
1.4.1	Palliative Care Strategie	10
1.4.2	Demenzstrategie	11
1.4.3	Qualitätsstrategie (HTA, Qualitätsinstitut)	11
1.5	Bevölkerungsprognose Basel-Stadt	13

## Spitalversorgung (akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie)

<b>2.</b>	<b>Angebot der stationären Spitalversorgung</b>	<b>17</b>
2.1	Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt	17
2.1.1	Ausserkantonale und ausländische Patienten in den basel-städtischen Spitälern	19
2.1.2	Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen	21
2.2	Spitalplanung und Spitalliste	22
2.3	Nationale Planung und Spitalliste der hochspezialisierten Medizin	22
<b>3.</b>	<b>Leistungen der stationären Spitalversorgung</b>	<b>28</b>
3.1	Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2013	28
3.2	Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer	28
3.3	Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen	29
3.4	Psychiatrische Spitalbehandlungen	31
<b>4.</b>	<b>Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung</b>	<b>36</b>
4.1	Kosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung	36
4.2	Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen	38
4.3	Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt	39
4.3.1	Entwicklung der Tariflandschaft	39
4.3.2	Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung	40
4.3.3	Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den stationären Spitaltarifen	45
4.3.4	Fazit aus der bisherigen Rechtsprechung	46
4.4	Gemeinwirtschaftliche Leistungen der basel-städtischen Spitäler	46
<b>5.</b>	<b>Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung</b>	<b>49</b>
5.1	Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt	49
5.1.1	Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit	49
5.1.2	Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken	50
5.2	Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene	50
5.2.1	Kantonales Schwerpunktthema	51
5.2.2	Weitere Schwerpunkte	51
5.3	Ausblick	51

## Pflegeheime und Spitex-Einrichtungen (Langzeitpflege)

<b>6.</b>	<b>Angebot in der Langzeitpflege</b>	<b>53</b>
6.1	Übersicht Langzeitpflege	53
6.2	Pflegeheime	53
6.3	Tageseinrichtungen	57
6.4	Spitex-Organisationen	57
6.5	Wohnen mit Serviceangebot für Betagte	57
<b>7.</b>	<b>Leistungen in der Langzeitpflege</b>	<b>58</b>
7.1	Pflegeheime	58
7.2	Tageseinrichtungen	60
7.3	Spitex-Organisationen	60
<b>8.</b>	<b>Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege</b>	<b>61</b>
8.1	Pflegeheime	61
8.1.1	Gesamtkosten der Pflege in Heimen	61
8.1.2	Finanzierung des Pflegeheimtaxvolumens	63
8.1.3	Liegenschaftsbeiträge	64
8.1.4	Baubeiträge für Pflegeheime	64
8.2	Tageseinrichtungen	64
8.3	Spitex-Organisationen	64
8.4	Beiträge an die Pflege zu Hause	66
<b>9.</b>	<b>Qualitätssicherung in der Langzeitpflege</b>	<b>67</b>
9.1	Qualitätssicherung in den Pflegeheimen	67
9.1.1	Aufsichtsbesuche mit qualivista	67
9.1.2	RAI-Audits	67
9.1.3	Besonderer Leistungsauftrag für besonders aufwändige Pflege	68
9.1.4	Qualitätstag	69
9.2	Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen	69

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

<b>10</b>	<b>Factsheet Finanzierung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Spitälern</b>	<b>71</b>
10.1	Definition der Kosten der universitären Lehre und Forschung	71
10.2	Kostenerhebungen der beiden Basel	72
10.3	Finanzierungslücke bei der universitären Lehre und Forschung	72
10.4	Mögliche Finanzierungsvarianten der Deckungslücke bei den L+F-Aufwendungen der Spitäler	74
10.5	Auslegeordnung nach den ersten Bundesverwaltungsgerichtsurteilen zu den Spitaltarifen	74
<b>11.</b>	<b>Factsheet Baufinanzierung von Pflegeheimen – Systemumstellung</b>	<b>76</b>
11.1	Bisheriges System zur Finanzierung von Pflegeheimbauten	76
11.1.1	Investitionsbeiträge an den Bau von Pflegeheimen	76
11.1.2	Liegenschaftsbeiträge	76
11.1.3	Systemwechsel	76
<b>12.</b>	<b>Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime</b>	<b>78</b>
12.1	Kennzahlen der Spitäler	78
12.2	Kennzahlen der Pflegeheime	80

# Teil I

# Allgemeiner Teil

# 1. Rahmenbedingungen und Umfeld



## In Kürze:

- Die Bundesverfassung regelt die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen. Die Kantone sind für Gesundheitsversorgung, -schutz und -förderung zuständig, während der Bund nationale Fragen der Gesundheitspolitik vor allem durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt.
- Zur Umsetzung der nationalen Strategien im Gesundheitswesen für eHealth, Palliative Care und Qualität wurden in Basel-Stadt wesentliche Arbeiten geleistet.
- Die neuste Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes geht bis ins Jahr 2035. Das mittlere Szenario geht aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung von einem Anstieg des Anteils der über 65-jährigen Bevölkerung auf 23.0% und der über 80-jährigen Bevölkerung auf 8.5% aus. Die Anzahl der über 65-Jährigen wird damit um fast 8'000 Personen steigen.

## 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) grundlegende Fragen der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene. Der Bund hat in den letzten Jahren bestehende Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft und zusätzlich von Volk und Ständen neue Kompetenzen erhalten, z.B. in der Zulassung von Arzneimitteln, in der Fortpflanzungs- und in der Transplantationsmedizin. Dem Bund sind im Gesundheitswesen durch die Bundesverfassung (BV) folgende Kompetenzen übertragen:

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

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

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

rend 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. Im Jahr 2013 betrug er 55%.

---

### 1.2.2 Spitalfinanzierung

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

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

---

### 1.2.3 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt

Mit dem Gesundheitsgesetz (GesG; SG 300.100) werden 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 Gesundheitsgesetz und die Bewilligungsverordnung traten am 1. Januar 2012 in Kraft.



**Tabelle 1.3-1: Schwellenwerte und Verfahren gemäss Interkantonalen Vereinbarung über das öffentliche Beschaffungswesen (IVöB)**

Verfahrensarten	Lieferungen (Auftragswert in Franken)	Dienstleistungen (Auftragswert in Franken)	Bauarbeiten (Auftragswert in Franken)	
			Baunebengewerbe	Bauhauptgewerbe
Freihändige Vergabe	unter 100'000	unter 150'000	unter 150'000	unter 300'000
Einladungsverfahren	unter 250'000	unter 250'000	unter 250'000	unter 500'000
offenes / selektives Verfahren	ab 250'000	ab 250'000	ab 250'000	ab 500'000

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

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

### 1.3 Öffentliches Beschaffungswesen und Spitalfinanzierung

Das Beschaffungsrecht des Bundes und der Kantone gilt grundsätzlich für alle Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträge öffentlicher Auftraggeber. Daher unterliegen die öffentlichen Spitäler den öffentlichen Submissionsbestimmungen. Aufgrund der Neuregelung der Spitalfinanzierung stellte sich die Frage, ob alle Listenspitäler, das heisst auch die Privatspitäler, im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG auch beschaffungsrechtlich gleich behandelt werden müssen und ihre Aufträge ebenfalls nach den öffentlichen Submissionsbestimmungen ausschreiben müssen. Hier-

bei sind je nach geschätztem Auftragswert die Vergabeverfahren gemäss Tabelle 1.3-1 zu beachten.

Im Dezember 2011 wurde im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der eidgenössischen Kommission für das Beschaffungswesen Bund-Kantone (KBBK) und der Bau-, Planungs- und Umweltdirektorenkonferenz (BPUK) hierzu ein Gutachten verfasst. Dieses kommt zum Schluss, dass sämtliche Beschaffungen eines Listenspitals, die schwergewichtig der Erfüllung des Leistungsauftrags gemäss kantonaler Spitalplanung und Spitalliste dienen und die Schwellenwerte gemäss «Interkantonaler Vereinbarung über das öffentliche Beschaffungswesen vom 25. November 1994/15. März 2001» (IVöB) überschreiten, nach den einschlägigen Verfahrensregeln ausgeschrieben werden müssen.

Ein Gegengutachten der Vereinigung der Privatspitäler der Schweiz vom Juni 2012 kommt zum Schluss, dass ein Listenspital nicht dem öffentlichen Beschaffungsrecht untersteht, wenn es nachweisen kann, dass es ausschliesslich nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz ausgerichtet ist. Ein solcher Nachweis dürfte schwierig zu erbringen sein, da ein Listenspital per se schon aufgrund seines Leistungsauftrags eine kantonale Aufgabe erfüllt und ihm bei Nichteinhalten des Leistungsauftrags, dieser sogar entzogen werden kann. Allein dies widerspricht einem ausschliesslich an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz orientiertem Handeln seitens des Spitals.

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt folgt der Empfehlung der GDK vom 19. Januar 2012 und hält an den Schlussfolgerungen des genannten Gutach-

tens fest. Um Klarheit über die Vorgehensweise im Kanton Basel-Stadt zu schaffen und die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Listenspitäler zu gewährleisten, wurden alle Spitäler schriftlich auf ihre verbindliche Unterstellung unter das Beschaffungsrecht aufmerksam gemacht und aufgefordert die Auftragsvergabe gemäss den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungsrechts vorzunehmen. Die Schlussfolgerungen der beiden Gutachten wurden jedoch bisher noch keiner gerichtlichen Überprüfung unterzogen. Die diesbezügliche Rechtslage ist seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung umstritten. Sollte ein Listenspital das Beschaffungsrecht ignorieren, sind beispielsweise Firmen, die bei der Vergabe wegen Nichtausschreibung übergangen wurden, berechtigt solche Beschaffungen anzufechten. Im Beschwerdefall könnte ein beklagtes Spital oder eine übergangene Firma bis ans Bundesgericht gelangen. Dieses entscheidet dann abschliessend über die umstrittene Rechtslage. Einen ersten Entscheid dazu hat die Berner Gesundheitsdirektion getroffen. Sie stellte private Spitäler beschaffungsrechtlich auf die gleiche Ebene wie Staatsbetriebe und unterstellt sie damit den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungsrechts. Es ist davon auszugehen, dass dieser Entscheid angefochten und bis zu einem höchstrichterlichen Urteil den weiteren Rechtsweg durchlaufen wird.

#### 1.4 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.

Abbildung 1.4-1: Flyer «Palliative Care Basel»



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

##### 1.4.1 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.<sup>2</sup>

Mit der Aufnahme der Tätigkeit der Anlauf- und Koordinationsstelle im Palliativzentrum Hildegard sowie des mobilen Palliative Care Teams der Spitex Basel am 1. Dezember 2013 wurde ein wichtiger Meilenstein in der kantonalen Umsetzung der Palliative

Care Strategie erreicht. Die breit abgestützte und interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe konnte das Palliative-Care-Konzept erfolgreich umsetzen. Zudem ist die regelmässige Durchführung von Koordinationskonferenzen zur Vernetzung der Leistungserbringer geplant. Die Anlauf- und Koordinationsstelle wird für einen Zeitraum von zwei Jahren je hälftig durch den Kanton und das Palliativzentrum Hildegard finanziert. Die Bereitstellung der notwendigen Schulungs- und Informationsunterlagen für die Ärzteschaft, Pflege, Patienten und Angehörigen wurde ebenfalls gemeinschaftlich geleistet. Ein Beispiel dafür ist der Flyer «Palliative Care Basel» (Abbildung 1.4-1). Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat von der Umsetzung des Konzeptes im November 2013 Kenntnis genommen.

Damit der Zugang für betroffene Menschen und ihre Angehörigen zu Palliative Care Leistungen im richtigen Zeitpunkt sichergestellt werden kann, muss die Vernetzung der Leistungserbringer in diesem Bezug weiter verdichtet werden. Durch die geschaffenen Weiterbildungsangebote soll die Sensibilisierung der Bevölkerung und des spezialisierten Personals (Ärzte, Pflegepersonal) vorangetrieben werden.

Palliative Care bildet einen wichtigen Bestandteil der integrierten Versorgung, da gerade in diesem Bereich komplexe Behandlungsabläufe notwendig sind und dadurch eine gute, interdisziplinäre Vernetzung unter den stationären und ambulanten Leistungserbringern eine zentrale Rolle spielt. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt entwickelt gemeinsam mit den privaten Partnern Palliative Care weiter.

#### 1.4.2 Demenzstrategie

Mit Annahme der Motionen Steiert (09.3509)<sup>3</sup> und Wehrli (09.3510)<sup>4</sup> im Frühjahr 2012 haben die eidgenössischen Räte den Bundesrat beauftragt, unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen und Fachgesellschaften Grundsätze einer gesamtschweizerischen Demenzstrategie<sup>5</sup> zu erarbeiten. Die Erfüllung des Auftrages wurde in den Dialog Nationale Gesundheitspolitik eingebettet. Dieser hat am 25. Oktober 2012 das BAG und die GDK mit der Ausarbeitung einer nationalen Demenzstrategie beauftragt. Am 21. November 2013 wurde die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» verabschiedet. Diese geht von der übergeordneten Zielsetzung aus, dass eine demenzgerechte, integrierte Versorgung entlang des Krankheitsverlaufs wesentlich dazu bei-

trägt, die Behandlung, Betreuung und Pflege zu verbessern. Dabei stehen die an Demenz Erkrankten und ihre Bezugspersonen im Zentrum. In den vier zentralen Handlungsfeldern (siehe Abbildung 1.4-1)

- Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation
- Bedarfsgerechte Angebote
- Qualität und Fachkompetenz
- Daten und Wissensvermittlung

wurden neun Ziele und 18 Projekte definiert. Wichtig ist das Ziel der Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung und des Abbaus von Vorurteilen sowie der Partizipation und umfassenden Information der Betroffenen. Zentral ist ebenfalls die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Die Mehrzahl der in der nationalen Strategie vorgeschlagenen Projekte basiert auf bewährten Best-Practice-Modellen im Bereich der Demenzversorgung, die in einzelnen Kantonen bereits umgesetzt sind. Diese Modelle sollen gemeinsam mit den Kantonen sowie einbezogenen Akteuren bedarfsgerecht weiterentwickelt und auf verschiedene Zielgruppen und Regionen angepasst oder ausgedehnt werden.

Der Kanton Basel-Stadt war schweizweit vergleichsweise früh mit der Alterung seiner Bevölkerung konfrontiert, und damit auch mit der Zunahme der Anzahl an Demenz erkrankten Betagten. Entsprechend besteht im Kanton Basel-Stadt bereits ein vielfältiges, spezialisiertes Angebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen. Neben stationären Angeboten (wie die zwei auf Demenz spezialisierten Pflegeheime Dandelion und Marthastift, auf Demenz spezialisierte Abteilungen in Pflegeheimen sowie Pflegewohngruppen für leicht demenzkranke Betagte) sind ambulante Angebote äusserst wichtig, damit die Betroffenen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden leben können. Im Kantonsgebiet gibt es unter anderem drei auf Demenz spezialisierte Tagespflegeheime, verschiedene Beratungsstellen (Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements, Alzheimervereinigung beider Basel, Stiftung Basler Wirtgarten und Pro Senectute), die Memory Clinic am Felix Platter-Spital zur diagnostischen Abklärung von Demenz, sowie Spitex-Dienste. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Kanton Basel-Stadt zu den angestrebten Zielen der nationalen Demenzstrategie bereits diverse Massnahmen ergriffen und umgesetzt hat.

Abbildung 1.4-1: Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017 Übergeordnete Zielsetzungen und Werthaltungen

HANDLUNGSFELD 1 Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation		HANDLUNGSFELD 2 Bedarfsgerechte Angebote		HANDLUNGSFELD 3 Qualität und Fachkompetenz		HANDLUNGSFELD 4 Daten und Wissensvermittlung	
<b>ZIEL 1</b>	<b>Die Bevölkerung hat ein besseres Wissen über Demenzerkrankungen. Sie weiss um die vielfältigen Lebensrealitäten der Betroffenen. Vorurteile und Hemmschwellen sind abgebaut.</b>	<b>ZIEL 3</b>	<b>Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen stehen flexible, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung.</b>	<b>ZIEL 5</b>	<b>Die Behandlung, Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen orientiert sich an ethischen Leitlinien.</b>	<b>ZIEL 8</b>	<b>Als Grundlage für die mittel- und langfristige Versorgungsplanung und -steuerung liegen in den Kantonen Informationen zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation der Menschen mit Demenz vor.</b>
Projekt 1.1	Bevölkerungsbezogene sowie gemeindenahe Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten	Projekt 3.1	Auf- und Ausbau regionaler und vernetzter Kompetenzzentren für Diagnostik	Projekt 5.1	Verankerung ethischer Leitlinien	Projekt 8.1	Versorgungsmonitoring
Projekt 1.2	Branchenspezifische Informationsmaterialien	Projekt 3.2	Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs	Projekt 6.1	Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung	Projekt 8.2	Begleitforschung
<b>ZIEL 2</b>	<b>Betroffene und nahestehende Bezugspersonen haben während des gesamten Krankheitsverlaufs niederschweligen Zugang zu einer umfassenden Information sowie zu individueller und sachgerechter Beratung.</b>	Projekt 3.3	Auf- und Ausbau flexibler regionaler Entlastungsangebote für die Tages- und Nachtbetreuung	Projekt 6.2	Förderung der interdisziplinären Assessments	<b>ZIEL 9</b>	<b>Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis und der Austausch zwischen Forschenden und Nutzenden wird mit geeigneten Instrumenten unterstützt.</b>
Projekt 2.1	Individualisiertes Informations- und Sozialberatungsangebot für Betroffene	Projekt 3.4	Förderung der demenzgerechten Versorgung in Akutspitalern	Projekt 6.3	Umgang mit Krisensituationen	Projekt 9.1	Vernetzung von Forschung und Praxis
		Projekt 3.5	Förderung der demenzgerechten Versorgung in der stationären Langzeitpflege und -betreuung	<b>ZIEL 7</b>	<b>Fachpersonen in allen relevanten Gesundheits- und Sozialberufen verfügen über die in ihrem Berufsfeld erforderliche Handlungskompetenz zur qualitätsorientierten Diagnostik bzw. Situationsanalyse, Behandlung, Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen. Angehörige und im Bereich der Freiwilligenarbeit engagierte Personen werden in ihrer Kompetenz dem Bedarf entsprechend gestärkt.</b>		
		<b>ZIEL 4</b>	<b>Die angemessene Entschädigung und die finanzielle Tragbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit einer Demenzerkrankung sind gewährleistet.</b>	Projekt 7.1	Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung		
		Projekt 4.1	Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen	Projekt 7.2	Kompetenzstärkung für Angehörige und Freiwillige		

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie werden im Kanton Basel-Stadt Verbesserungsmöglichkeiten für bedarfsgerechte Anpassungen des Angebots geprüft. Es ist vorgesehen, in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft in den vier Handlungsfeldern den Handlungsbedarf zu analysieren und die nächsten Schritte im Sinn einer regionalen Umsetzung der nationalen Demenzstrategie festzulegen.

#### **1.4.3 Qualitätsstrategie (HTA, Qualitätsinstitut)**

Mit der Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen plant der Bund, künftig eine führende und koordinierende Rolle einzunehmen. Im Berichtsjahr wurden entsprechende Vorarbeiten zur Umsetzung dieser Strategie geleistet. Diverse Akteure im Gesundheitswesen, unter anderem auch die Kantone, vertreten durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz, wurden zu Stakeholdergesprächen eingeladen. Im September 2013 veranstaltete das Bundesamt für Gesundheit einen «Jour Qualité» und präsentierte den Fachleuten die Struktur des geplanten nationalen Zentrums für Qualität. Neben der Stärkung der Patientensicherheit durch nationale Qualitätsprogramme soll auch ein Health Technology Assessment (HTA) - Institut, das eine Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vornimmt, in das Zentrum für Qualität integriert werden. Das entsprechende Gesetzgebungsverfahren wurde in Gang gesetzt.

#### **1.5 Bevölkerungsprognose Basel-Stadt**

Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung bilden eine wichtige Planungsgrundlage in der Gesundheitsversorgung. Für die Bedarfsabschätzung wird das mittlere Szenario der kantonalen Bevölkerungsprognose 2014 des Statistischen Amtes verwendet (Tabelle 1.5-1)<sup>6</sup>.

Gemäss der Prognose wird die Gesamtbevölkerung von Basel-Stadt von heute rund 195'000 auf rund 206'000 Einwohner im Jahr 2035 zunehmen. In der Bevölkerungsprognose von 2012 (mit Basisjahr 2010) wurde noch eine Zunahme der Einwohner für das Jahr 2035 auf 196'000 geschätzt. Die Alterspyramide zeigt, dass in den nächsten 25 Jahren dank leicht steigender Geburtenrate mit einer höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen zu rechnen ist. Aufgrund der Hypothese, dass die Lebenserwartung für Männer und Frauen auch in den nächsten Jahren weiterhin steigen wird (Abbildungen 1.5-2 und 1.5-3), ist auch von einer Zunahme der Einwohner im Rentenalter auszugehen.

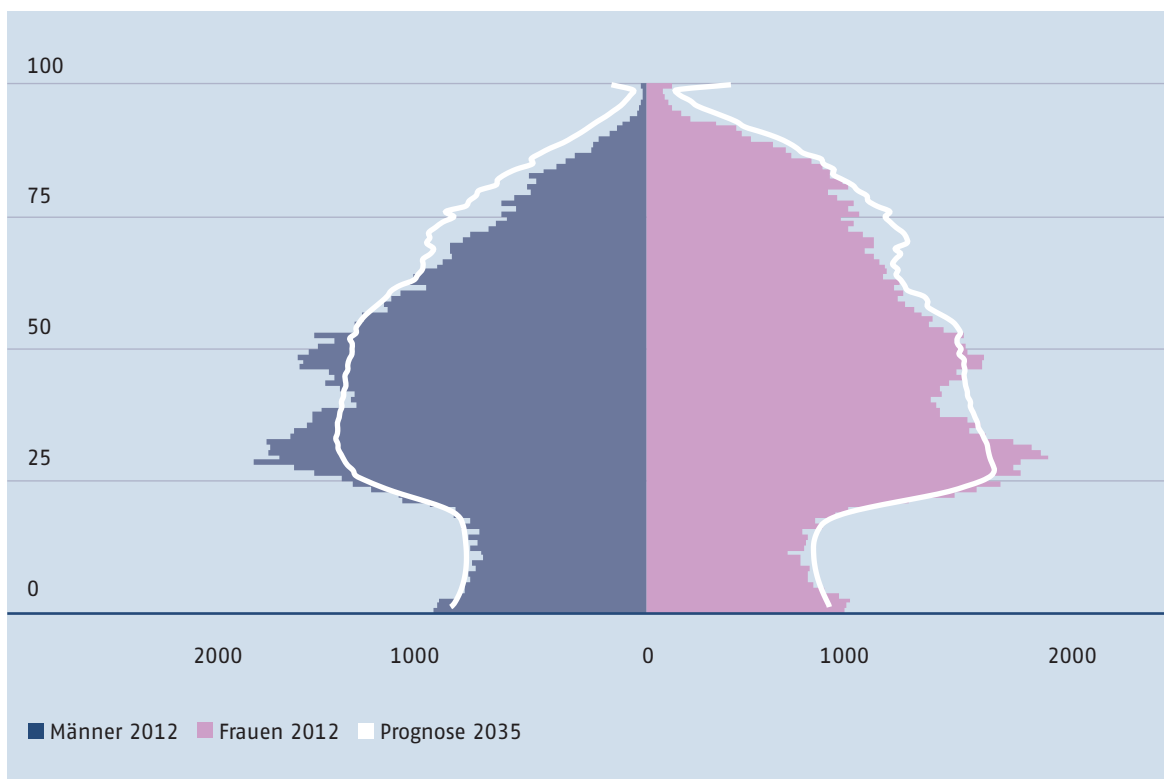
Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird laut Prognose 2014 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den nächsten 20 Jahren um mehr als zwei Jahre auf rund 22.5 bzw. 25.7 Jahre zunehmen. Dies führt dazu, dass im Jahr 2035 mit 47'400 Einwohnern im Alter von mindestens 65 Jahren zu rechnen ist (+22.1%, Prognose 2011 für das Jahr 2035: 43'500). Dies wiederum entspricht einem Anteil von 23.0% an der Gesamtbevölkerung (2013: 19.9%). Genauso kann von einer Zunahme der über 80-Jährigen auf rund 17'500 ausgegangen werden (+29.2%, Prognose 2011 für das Jahr 2035: 16'000). Der entsprechende Anteil an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 beträgt laut Prognose 2014 8.5% (2013: 6.9%).

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

	2015	2020	2025	2030	2035
Gesamtbevölkerung	198'012	201'803	204'530	206'077	206'220
Alter 65+	39'557	41'109	43'381	45'911	47'444
Alter 65+ Anteil in %	20.0	20.4	21.2	22.3	23.0
Alter 65+ Index (Basis 2013)	101.8	105.8	111.6	118.1	122.1
Lebenserwartung Alter 65 Frauen in Jahren	23.5	24.2	24.7	25.3	25.7
Lebenserwartung Alter 65 Männer in Jahren	20.5	21.1	21.7	22.1	22.5
Alter 80+	13'724	14'124	15'226	16'413	17'467
Alter 80+ Anteil in %	6.9	7.0	7.4	8.0	8.5
Alter 80+ Index (Basis 2013)	101.5	104.5	112.6	121.4	129.2

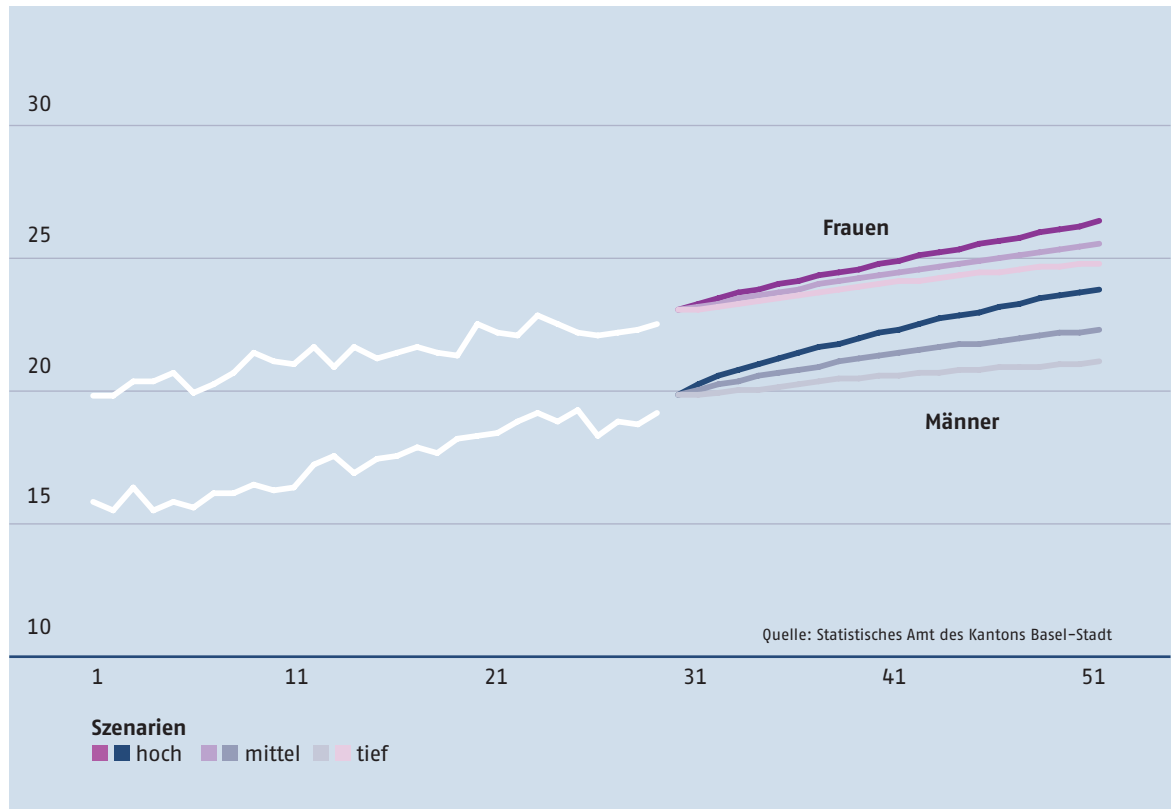
Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

Abbildung 1.5-2: Bevölkerungspyramide im mittleren Szenario



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

Abbildung 1,5-3: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

- 1 National- und Ständerat beschlossenen am 21. Dezember 2007 eine Änderung des KVG, welche die Spitalfinanzierung neu regelt. Die Revision trat am 1. Januar 2009 mit einer dreijährigen Übergangsfrist in Kraft.
- 2 [www.bag.admin.ch/themen > Gesundheitspolitik > Strategie Palliative Care](http://www.bag.admin.ch/themen/Gesundheitspolitik/Strategie_Palliative_Care)
- 3 [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20093509](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093509)
- 4 [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20093510](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093510)
- 5 [www.bag.admin.ch/themen > Gesundheitspolitik > Strategie Demenz](http://www.bag.admin.ch/themen/Gesundheitspolitik/Strategie_Demenz)
- 6 <http://www.statistik-bs.ch/publikationen/analysen/bevoelkerungsprognose>

# Teil II

# Spitalversorgung

Akutsomatische Versorgung, Rehabilitation, Psychiatrie



## 2. Angebot der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Die Anzahl aller in Basler Spitälern stationär behandelten Patienten hat im Vergleich zum Vorjahr um 2'548 Fälle (+ 4%) zugenommen. Die meisten stationären Behandlungen erfolgten in den akutsomatischen Leistungsbereichen (84% bzw. 61'020 Fälle).
- Die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben eine gegenseitige Anerkennung ihrer Spitallisten vereinbart, die ab dem Jahr 2014 wirksam wird und den Einwohnern beider Kantone ab dem Jahr 2014 die volle Spitalwahlfreiheit im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) garantiert.
- Fast jeder zweite im Jahr 2013 im Kanton Basel-Stadt stationär behandelte Patient stammt aus einem anderen Kanton oder dem Ausland (34'812 von 72'811 Fällen).
- Die stationäre Fallzahl von inner- und ausserkantonalen Patienten im Kanton Basel-Stadt ist im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) um rund 6% (4'169 Fälle) angestiegen. Diese Zunahme ist zum grössten Teil auf die vermehrte Inanspruchnahme durch ausserkantonale Patienten zurückzuführen.

Mit seinem medizinischen Angebot stellt der Kanton Basel-Stadt die Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland sicher. Die Anzahl aller in Basler Spitälern stationär behandelten Patienten hat im Vergleich zum Vorjahr um 2'548 Fälle (+ 4%) zugenommen, wobei sich der Zustrom von Patienten aus anderen Kantonen seit dem Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) um 3'495 Personen deutlich verstärkt hat (Abbildung 2.1-3). Diese Patientengruppe hat damit gegenüber dem Vergleichsjahr um rund 13% zugenommen. Hingegen ist bei den Patienten aus dem Ausland eine Abnahme von 177 (3%) stationären Behandlungsfällen zu verzeichnen. Das Geburtshaus Basel wurde in diesem Kapitel aufgrund der geringen Fallzahl von insgesamt 31 stationären Fällen nicht in die statistischen Auswertungen miteinbezogen.

### 2.1 Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt haben im Berichtsjahr 13 Spitäler stationäre Leistungen angeboten. In Tabelle 2.1-1 sind einige wichtige Kennzahlen steckbriefartig aufgeführt. 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 2013 von insgesamt 72'811 stationären Behandlungsfällen 48% (34'812) auf ausserkantonale und ausländische Patienten entfielen (Abbildung 2.1-2). Insgesamt zählten alle Spitäler zusammen 72'811 stationäre Behandlungen. Im Vergleich zum Vorjahr stellt dies eine Zunahme um 2'548 Fälle (+ 4%) dar. Mit rund 86% findet der grösste Teil davon im akutsomatischen Leistungsbereich statt und wird seit dem

Tabelle 2.1-1: Steckbrief zu den einzelnen Spitälern im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2013

Spital	Anzahl Fälle (davon SwissDRG- Fälle)	Case Mix Index	Anteil an behandelten Basel-Städtern	Allgemeine Abteilung (Anteil Patienten)	Totaler Betriebs- ertrag (in Mio. Fr.)	Durch- schnittliche Anzahl der Mitarbeiter (in 100%- Stellen)	Anzahl Planbetten
Adullam-Spital	1'154 (476)	1.39	93%	71%	21.7	244	100
Bethesda-Spital	5'924 (5'343)	0.75	34%	68%	80.9	420	124
Felix Platter-Spital	4'515 (2'089)	1.19	85%	77%	90.2	660	251
Palliativzentrum Hildegard	276 (0)	Entfällt	80%	74%	7.8	55	22
Klinik Sonnenhalde	492 (0)	Entfällt	43%	91%	18.1	118	68
Merian Iselin Klinik	6'921 (6'855)	1.05	41%	61%	93.7	409	130
REHAB Basel	397 (0)	Entfällt	24%	86%	47.5	310	77
Reha Chrischona	1'133 (0)	Entfällt	55%	71%	17.8	104	85
Schmerzklinik Basel	200 (198)	2.48	27%	75%	15.5	81	10
St. Claraspital	10'042 (9'421)	1.10	56%	58%	176.5	702	229
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)	3'254 (0)	Entfällt	80%	93%	137.8	834	301
Universitäts- Kinderspital beider Basel (UKBB)	6'207 (5'977)	0.96	32%	93%	128.8	737	129
Universitätsspital Basel (USB)	32'296 (32'274)	1.33	52%	76%	924.6	4'781	699
<b>Alle Spitäler</b>	<b>72'811 (62'633)</b>	<b>1.18</b>	<b>52%</b>	<b>74%</b>	<b>1'760.9</b>	<b>9'455</b>	<b>2'225</b>

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

Jahr 2012 mit SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten. Gemessen am Case Mix Index<sup>7</sup> (CMI) beträgt der durchschnittliche Schweregrad aller akutsomatischen Behandlungsfälle 1.18. Der deutlich über 1 liegende Wert reflektiert die universitärmedizinische Zentrumsfunktion des Kantons Basel-Stadt. Die Schmerzklinik Basel weist mit 2.48 den höchsten und das Bethesda-Spital mit 0.75 den tiefsten CMI auf. Letzteres hängt unter anderem mit dem hohen Anteil der Geburtshilfe zusammen, weil die relativ niedrigeren Kostengewichte der gesunden Neugeborenen einen stark senkenden Effekt auf den CMI des ganzen Spitals haben. Die Schmerzklinik Basel konzentriert sich im stationären Bereich primär auf ihr schmerztherapeutisches Leistungsangebot und hat ein schmales und homogenes Behandlungsspektrum mit vergleichsweise grossem Behandlungsaufwand und entsprechendem Kostengewicht. Der Wert ist aber aufgrund der geringen Fallzahl nicht repräsentativ. Rund 14'300 Mitarbeitende aus verschiedenen Berufsgruppen arbeiten in rund 9'455 Vollzeitstellen. Die ausgewiesene Zahl der Beschäftigten hat gegenüber dem Vorjahr leicht um rund 1% zugenommen. Der Betriebsertrag aller Spitäler summierte sich auf 1'760.9 Mio. Franken und ist im Vorjahresvergleich um rund 4% gewachsen. Diese Zunahme geht auf das Fallwachstum zurück, während die stationären Spitaltarife leicht rückläufig waren. Das Universitätsspital Basel (USB) zählt mit rund 6'600 Mitarbeitenden (rund 4'800 Vollzeitäquivalente) zu den grössten Arbeitgebern der Nordwestschweiz.

### **2.1.1 Ausserkantonale und ausländische Patienten in den basel-städtischen Spitälern**

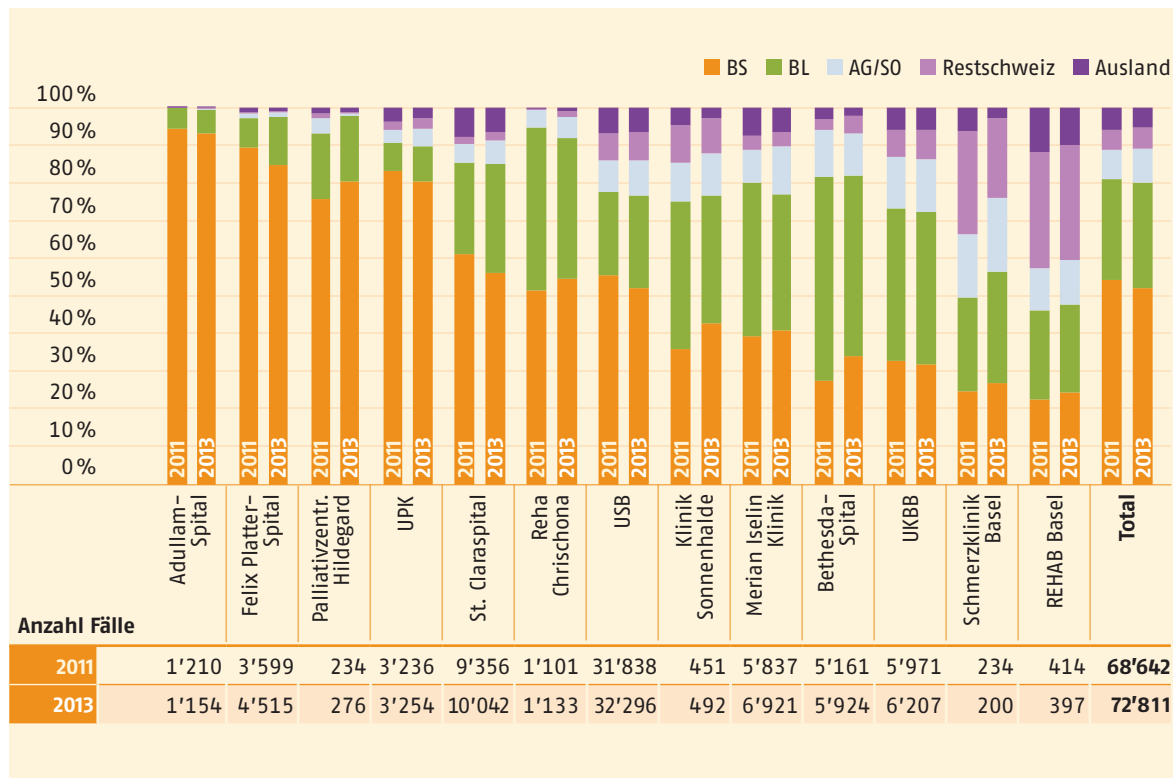
Im Jahr 2013 wurden in den basel-städtischen Spitälern 34'812 Hospitalisationen von ausserkantonalen und ausländischen Patienten in Anspruch genommen. Im Durchschnitt beläuft sich der Anteil auf 48%. Er schwankt stark nach Spital (Abbildung 2.1-2). Gegenüber dem Vorjahr hat dieser Anteil wiederum um einen Prozentpunkt zugenommen (im Jahr 2011 noch rund 46%). Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat diese Patientengruppe um rund 13% (3'495 Fälle) zugenommen, während die Patienten aus Basel-Stadt nur um rund 2% (851 Fälle) gewachsen sind. Die Zahl der Patienten aus dem Ausland war um rund 4% (177) rückläufig. Von den

auswärtigen Patienten kamen im Jahr 2013 rund 58% aus dem Kanton Basel-Landschaft, rund 19% aus den anderen nordwestschweizerischen Kantonen Aargau und Solothurn, rund 11% aus der übrigen Schweiz und rund 12% aus dem Ausland (Abbildung 2.1-3). Als grösster Leistungserbringer weist das USB mit 15'446 Fällen die meisten stationären 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 7'858 Fällen (24%) aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft, gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit insgesamt 3'015 Fällen (9%). Zudem sind 2'392 (7%) Patienten aus der übrigen Schweiz und 2'181 (7%) Fälle aus dem Ausland zu verzeichnen.

Unter den basel-städtischen Akutspitälern weist die Schmerzklinik Basel mit rund 73% (146 von insgesamt 200 Fällen) die höchste Quote an auswärtigen Patienten auf, wobei rund 30% aus dem Kanton Basel-Landschaft, rund 20% aus den anderen nordwestschweizerischen Kantonen Aargau und Solothurn, rund 21% aus der übrigen Schweiz und rund 3% aus dem Ausland kommen. Hohe Importanteile an auswärtigen Patienten sind auch im Bethesda-Spital mit rund 66% zu verzeichnen. Hier findet sich zudem die höchste Quote an Patienten aus dem Nachbarkanton Basel-Landschaft (rund 48% bzw. 2'833 von insgesamt 5'924 Fällen). Die übrigen auswärtigen Patienten des Bethesda-Spitals entfallen auf die nordwestschweizerischen Kantone Aargau und Solothurn (insgesamt rund 11%), die übrige Schweiz (5%) sowie auf das Ausland (2%). 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 anderen Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn (insgesamt rund 14%), der übrigen Schweiz (8%) und aus dem Ausland (6%).

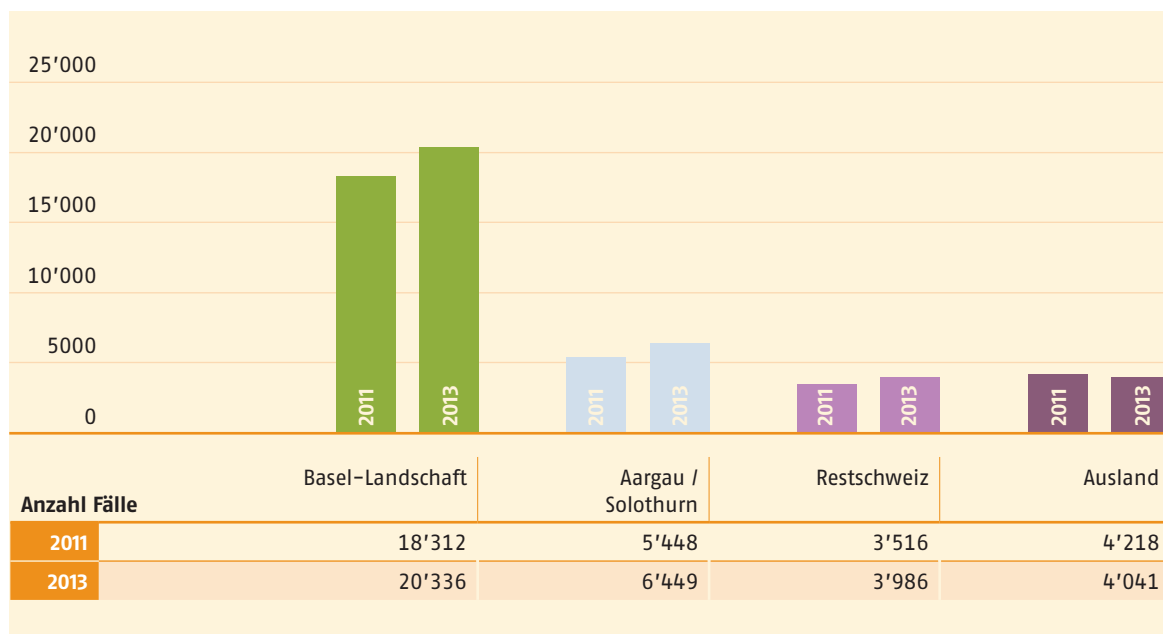
Das Akutspital mit der höchsten Quote an behandelten basel-städtischen Patienten ist das auf den Bereich Geriatrie spezialisierte Adullam-Spital mit rund 93% (1'073 von insgesamt 1'154 Fällen). Die höchsten Importanteile im Bereich der Rehabilitation hat die REHAB Basel als Zentrum für Querschnittsgelähmte und Hirnverletzte mit rund 76% (300 von insgesamt

Abbildung 2.1-2: Alle Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort in den Jahren 2011 und 2013



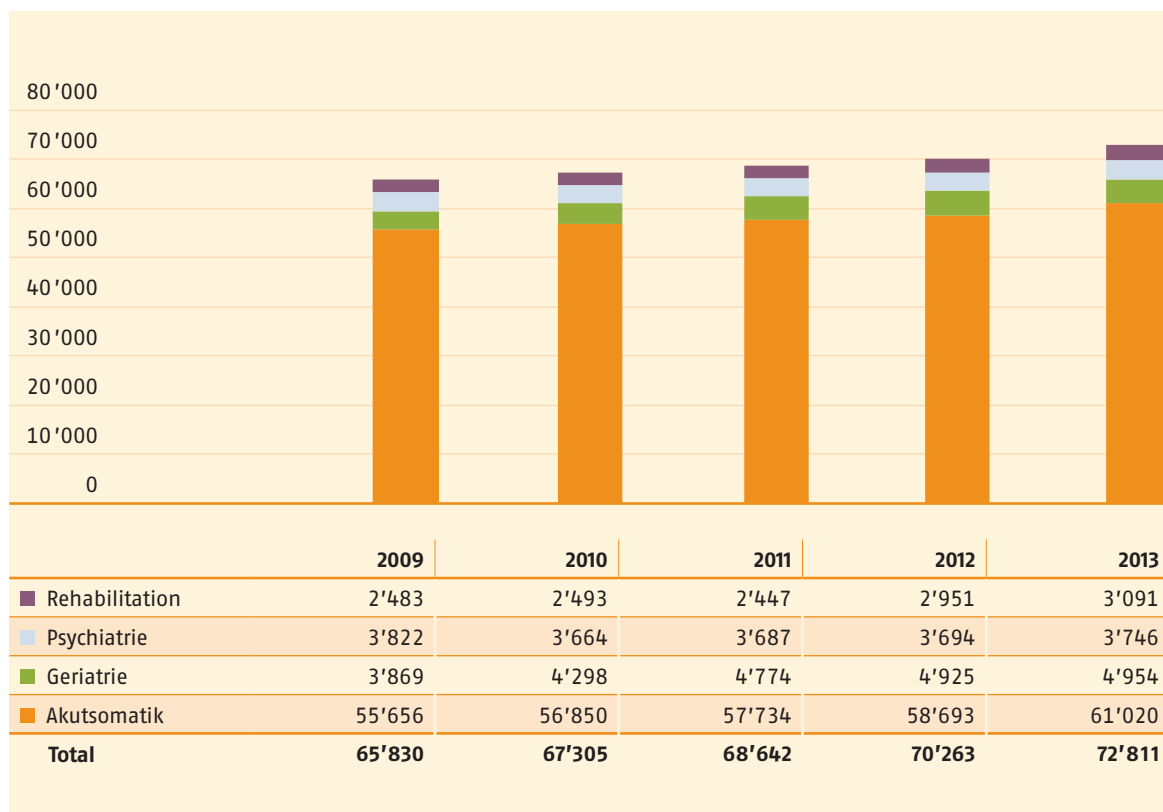
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie Krankenhausstatistik, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

Abbildung 2.1-3: Ausserkantonale und ausländische Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort in den Jahren 2011 und 2013



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

Abbildung 2.1-4: Stationäre Fälle der basel-städtischen Spitäler nach Bereichen in den Jahren 2009 bis 2013



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

397 Fällen) vorzuweisen, wobei mehr als 40% der Patienten nicht aus der Nordwestschweiz kommen.

In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) sind rund 80% (2'616 von insgesamt 3'254 Fällen) aller stationär behandelten Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt, wohingegen rund 57% (282 von insgesamt 492 Patienten) aller Behandlungsfälle der psychiatrischen Klinik Sonnenhalde aus anderen Kantonen und dem Ausland kommen.

### 2.1.2 Fünfjahresvergleich der stationären Patientenzahlen der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen

In Abbildung 2.1-4 ist die Entwicklung der stationären Gesamtpatientenzahlen (inner- und ausserkantonale sowie aus dem Ausland) der basel-städtischen Spitäler nach den vier Hauptbereichen Akutsomatik, Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation für die Jahre 2009 bis 2013 dargestellt. Gegenüber dem Vorjahr hat die Anzahl der stationär behandelten Patienten

um 2'548 Fälle (4%) zugenommen, wobei die meisten stationären Behandlungen mit 61'020 Fällen (84%) in den akutsomatischen Leistungsbereichen erfolgten. Die restlichen Fälle verteilen sich auf die Hauptbereiche Geriatrie (7%), Psychiatrie (5%) und Rehabilitation (4%). Im Fünfjahresvergleich ist die Patientenzahl um 6'981 Fälle (11%) angestiegen. Die prozentual grösste Zuwachsrate ist im Bereich der Geriatrie mit einem Anstieg von rund 28% (1'085 Fälle) zu verzeichnen. Ein vergleichbarer Anstieg weist der Versorgungsbereich Rehabilitation auf (24% bzw. 608 Fälle). Die grösste absolute Fallzunahme zeigt sich im Bereich Akutsomatik mit einem Zuwachs von 5'364 stationären Fällen (10%). Einzig im Bereich Psychiatrie ist die Anzahl der stationären Behandlungen um 76 Fälle (2%) leicht zurückgegangen.

## 2.2 Spitalplanung und Spitalliste

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat der Kanton Basel-Stadt eine neue Spitalliste auf Basis einer leistungsorientierten Planung gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)<sup>8</sup> erlassen. Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen anderer Kantone und aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt.

Im Rahmen der Versorgungsplanung werden die Fallzahlen und Qualitätsanforderungen der Spitäler laufend überprüft. Auf diesen Analysen basierend wird die Spitalliste insbesondere im Hinblick auf die provisorisch erteilten Leistungsaufträge entsprechend angepasst. Auf das Jahr 2015 wird die Spitalliste neu erlassen.

In Abbildung 2.2-1 sind die Leistungsaufträge der im Jahr 2013 geltenden Spitalliste zusammenfassend nach Leistungsbereichen dargestellt. Bestehen im Kanton keine ausreichenden Kapazitäten, sind auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen. Im Kanton Basel-Stadt besteht nur im Bereich Rehabilitation eine Angebotslücke, welche durch die Aufnahme von fünf ausserkantonalen Kliniken auf die Spitalliste geschlossen wurde.

Mit der Spitalliste 2012 sind die Leistungsaufträge sehr viel detaillierter geworden<sup>9</sup>. Sie geben den Spitälern einen detaillierten Rahmen vor, welche Leistungen sie zulasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Im Jahr 2013 waren keine Anpassungen der Leistungsaufträge notwendig.

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben die gegenseitige Anerkennung ihrer Spitallisten ab dem Jahr 2014 beschlossen. Dadurch entsteht eine volle Spitalwahlfreiheit für alle Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone für sämtliche Spitäler in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die sich auf der jeweiligen Spitalliste befinden. Dadurch werden auch bei einer ausserkantonalen Wahlbehandlung die Kosten voll durch die Grundversicherung und die Wohnkantone zu dem für das jeweilige Spital geltenden Tarif übernommen.

## 2.3 Nationale Planung und Spitalliste der hochspezialisierten Medizin

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) erfolgt eine gesamtschweizerische Planung aufgrund der «Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin» (IVHSM)<sup>10</sup>. Gemäss Artikel 1 IVHSM umfasst die hochspezialisierte Medizin:

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

Durch dieses Konkordat wurde die Zuständigkeit zum Erlass einer nationalen Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin, dem sogenannten HSM-Beschlussorgan übertragen. Dieses bestimmt gemäss den IVHSM-Richtlinien die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer nationalen Konzentration bedürfen und trifft in der Regel auf drei Jahre befristete Zuteilungsentscheide. Die mit der Erbringung dieser Leistungen beauftragten medizinischen Zentren werden auf einer interkantonalen und somit national geltenden Spitalliste<sup>11</sup> geführt, welche gegenüber den kantonalen Spitallisten Vorrang hat. Für die Aufsicht und Kontrolle des Vollzugs der Leistungszuteilungen sowie der mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen ist der jeweilige Standortkanton zuständig.

Ziel der gemeinsamen Planung ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung für die Schweizer Bevölkerung. Die Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Wissenschaftlicher Hintergrund ist die Erkenntnis, dass durch eine medizinische Schwerpunktbildung weniger Komplikationen auftreten, was wiederum zu einer Verbesserung der Überlebenschancen der betroffenen Patienten führen kann. Zudem können unnötige Verlegungen vermieden und wertvolle Zeit für die optimale Behandlung gewonnen werden. Des Weiteren führt eine optimierte Erstversorgung zu geringeren Kosten für die Behandlung und Nachsorge, welche langfristig zu bedeutenden volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen führen können.

Abbildung 2.2-1: Spitalliste des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2013

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



Seit Inkrafttreten der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) im Jahre 2009 wurden 39 Leistungszuteilungen in den folgenden verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen verabschiedet:

- Behandlung von Schwerverletzten, Hirnschlägen und schweren Verbrennungen
- Cochlea-Implantation
- Hämatologie
- Neurochirurgie
- Organtransplantationen
- Pädiatrie mit pädiatrischer Onkologie
- Protonentherapie
- Viszeralchirurgie

Im Jahr 2013 hat das HSM-Beschlussorgan eine Reevaluation der Leistungszuteilungen aus dem Jahr 2010 und neuen Leistungszuteilungen im Bereich der Viszeralchirurgie und pädiatrischen Onkologie vorgenommen.

Im Rahmen der Reevaluationen wurde entschieden, dass Herztransplantationen weiterhin an den Universitätsspitalern Lausanne, Bern und Zürich durchgeführt werden. Ausschlaggebend dafür waren neue therapeutische Entwicklungen in der Herzmedizin. In der Protonentherapie sind hinsichtlich des Bedarfs und der Weiterentwicklung keine grundlegend neuen Erkenntnisse aufgetaucht, welche den Aufbau von weiteren Behandlungsorten rechtfertigen würden. Die aktuellen und neu geschaffenen Kapazitäten am Paul Scherrer Institut (PSI) in Villigen (AG) sind zurzeit ausreichend, um die in der Grundversicherung anerkannten Leistungen für diese Therapie abzudecken und die notwendigen Möglichkeiten für neue klinische Studien zu gewährleisten.

Weitere Entscheide betrafen die Organtransplantationen (Leber-, Lungen-, Nieren- und Pankreas-Transplantationen), auch die Neubeurteilung der Leistungszuteilungen für die Bereiche Knochenmark-Stammzelltransplantationen, Behandlung von schweren Verbrennungen und der Cochlea-Implantation. Das Beschlussorgan verlängerte in allen aufgeführten Bereichen die Leistungszuteilungen. Damit gehört auch das Universitätsspital Basel (USB) weiterhin zu den ausgewählten Spitalern, was aufzeigt, dass es die erforderliche Expertise und Qualität gewährleistet.

Als Neuzuteilung ist zu verzeichnen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen künftig am Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) sowie in acht weiteren kinderonkologischen Spezialkliniken erfolgen. Zusätzlich werden Stammzelltransplantationen und die Behandlung von Kindern mit sehr seltenen Krebserkrankungen auf einige wenige kinderonkologische Spezialkliniken konzentriert, zu denen das UKBB zählt.

In der Viszeralchirurgie dürfen die komplexen Eingriffe an Leber, Bauchspeicheldrüse (Pankreas), Speiseröhre (Oesophagus) und Mastdarm (Rektum) in der Schweiz nur noch an ausgewählten Spitalern durchgeführt werden, welche über die dafür erforderliche Infrastruktur und das notwendige Fachpersonal verfügen sowie Erfahrung mit diesen komplexen Eingriffen aufweisen. Zu den ausgewählten Spitalern zählen im Kanton Basel-Stadt das St. Claraspital sowie das USB.

Gegen verschiedene Zuteilungsentscheidungen in der hochspezialisierten Medizin wurden von Spitalern Beschwerden geführt. Das zuständige Bundesverwaltungsgericht hat eine Reihe dieser Beschwerden gutgeheissen und zur Neuentscheidung an das HSM-Beschlussorgan zurückgewiesen. Es hat hauptsächlich bemängelt, dass die betroffenen Spitäler ungenügend informiert waren und nicht ausreichend angehört wurden. Es hat vorgegeben, dass die Zuteilungsentscheide über Leistungsaufträge in der hochspezialisierten Medizin in einem zweistufigen Verfahren zu erfolgen haben. In einem ersten Schritt muss das Beschlussorgan zuerst über die Definition der HSM-Bereiche entscheiden. Erst in einem zweiten, zeitlich nachgelagerten Schritt dürfen die Entscheide über die konkreten Leistungszuteilungen an die jeweiligen Spitäler vorgenommen werden. Dazu muss den betroffenen Spitalern zunächst das rechtliche Gehör gewährt werden. Eine weitere vom Bundesverwaltungsgericht geforderte Anpassung ist der Nachweis einer wirtschaftlichen Leistungserbringung für die infrage stehenden Bereiche der HSM.

**Abbildung 2.3-1: Leistungsaufträge der basel-städtischen Spitäler gemäss der nationalen Spitalliste der hochspezialisierten Medizin**

	Universitätsspital Basel	Universitäts- Kinderspital beider Basel	St. Claraspital
Cochlea-Implantate	•		
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		•	
Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern **		•	
Tumore des zentralen Nervensystems		•	

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

\*\* Gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts als Leistungserbringer zugelassen bis zum Vorliegen einer anderslautenden Verfügung des Beschlussorgans

■ Aktuelle Leistungsaufträge ■ Im Juli 2013 gefällte Zuteilungsentscheide (Umsetzung ab 1. Januar 2014)

Weitere Informationen finden Sie auf unserer neu gestalteten Homepage  
[www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch)

Startseite Kanton Basel-Stadt    Behörden & Organisation    Themen A-Z   

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt  
**Gesundheitsversorgung**

Über uns    Für Gesundheitsfachpersonen    **Qualität & Aufsicht**    Für ältere Menschen

Spitalversorgung    Langzeitpflege    eHealth    Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Startseite    Für Gesundheitsfachpersonen    Spitalversorgung    Inhalt drucken

Spitalfinanzierung

Spitalplanung

Spitalliste

Ausserkantonale Hospitalisation

Anerkennung von ausländischen Arzt diplomien

## Spitalversorgung

Die Kantone sind für die Planung des Angebots von stationären Spitalleistungen zuständig. Als Folge der Umsetzung der Spitalfinanzierung haben die Spitallisten (siehe Gesetze) eine neue Bedeutung erhalten: Die Wohnkantone der Patienten müssen für alle auf einer kantonalen Liste aufgeführten Spitäler mindestens 55 Prozent der stationären Behandlungskosten übernehmen und die Krankenversicherer sind verpflichtet, die restlichen Kosten über die obligatorische Krankenversicherung zu finanzieren. Bei einer Spitalbehandlung ausserhalb des Wohnkantons sind die Kosten nach diesem Finanzierungsschlüssel bis zum Referenztarif des Wohnkantons gedeckt.

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.



**Spitalfinanzierung**  
 Wie ist die Kostenaufteilung zwischen dem Kanton und den Krankenversicherungen bei einer Spitalbehandlung geregelt?  
[Mehr zum Thema Spitalfinanzierung](#)



**Spitalplanung**  
 Die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Solothurn und Basel-Stadt arbeiten in der Spitalversorgung zusammen. Sie haben gemeinsam eine Bedarfsplanung erarbeitet und in Versorgungsberichten publiziert.  
[Mehr zum Thema Spitalplanung](#)



**Spitalliste**  
 Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt.  
[Mehr zum Thema Spitalliste](#)



**Ausserkantonale Hospitalisation**  
 Zahlt der Kanton Basel-Stadt etwas an eine ausserkantonale Behandlung?

- 7 Case Mix Index (CMI): Der Case Mix Index bildet das durchschnittliche effektive Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Grundversorgungsspital eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen CMI von kleiner 1.0 ausweist.
- 8 <http://www.gdk-cds.ch> > Themen > Spitalplanung > Leistungsgruppenkonzept
- 9 [www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch) > Für Gesundheitsfachpersonen > Spitalversorgung > Spitalliste
- 10 <http://www.gdk-cds.ch> > Themen > Hochspezialisierte Medizin 11  
<http://www.gdk-cds.ch> > Themen > Hochspezialisierte Medizin > Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin (HSM)

## 3. Leistungen der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Die basel-städtische Wohnbevölkerung beanspruchte im Jahr 2013 rund 42'000 stationäre Spitalbehandlungen. Die stationäre Behandlung der Baslerinnen und Basler wird zu rund 91% in einem innerkantonalen Spital durchgeführt.
- In den letzten fünf Jahren hat die Gesamtzahl der inner- und ausserkantonale behandelten Baslerinnen und Basler kontinuierlich zugenommen und ist in diesem Zeitraum insgesamt um rund 8% gestiegen.
- Im weitaus fallstärksten Leistungsbereich der Akutsomatik hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert.

### 3.1 Stationäre Spitalbehandlungen im Jahr 2013

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 41'914 stationären Spitalbehandlungen, welche im Jahr 2013 von der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen wurden, sind 38'026 (rund 91%) in einem Basler Spital durchgeführt worden. Dieser Anteil blieb in den letzten fünf Jahren konstant. Abbildung 3.1-1 gibt einen Überblick über die Entwicklung und die Verteilung der stationären Spitalbehandlungen nach Spitalstandort in den Jahren 2009 bis 2013. Die Gesamtzahl der stationär behandelten Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt hat in den letzten fünf Jahren stetig zugenommen. Sie ist in diesem Zeitraum um rund 8% (2'990 Fälle) gewachsen. Die innerkantonalen stationären Behandlungen haben im Fünfjahresvergleich 7% (2'610 Fälle) zugenommen, während die ausserkantonalen Hospitalisationen überdurchschnittlich um 10% (354 Fälle) gewachsen sind. Hier ist im Jahr 2012 ein sprunghafter Anstieg um rund 550 stationäre Fälle

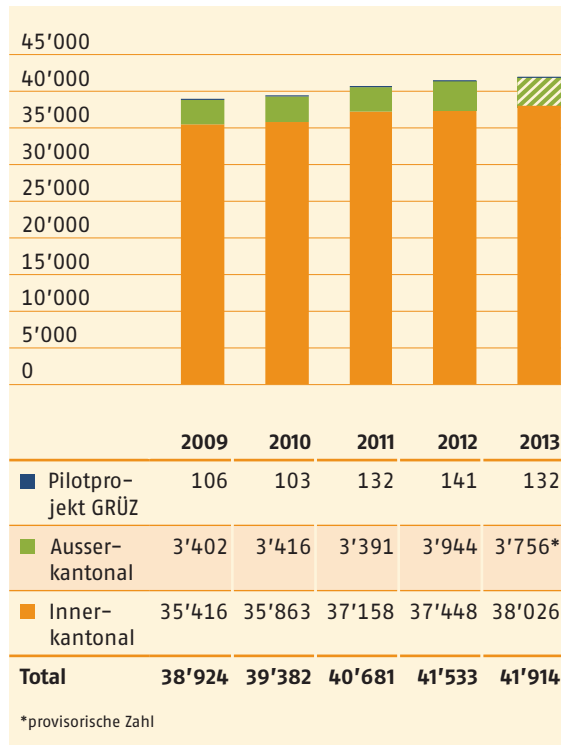
gegenüber dem in den drei Vorjahren nahezu konstanten Durchschnitt von rund 3'400 ausserkantonalen Behandlungen zu beobachten. Im Jahr 2013 war dann wieder ein Rückgang um rund 200 Fälle festzustellen. Das Geburtshaus Basel wurde in diesem Kapitel aufgrund der geringen Fallzahl (31 stationäre Fälle) nicht in die statistischen Auswertungen miteinbezogen.

### 3.2 Entwicklung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer

In Abbildung 3.2-1 sind die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern von basel-städtischen Patienten in den Basler Spitälern nach Bereichen in den Jahren 2012 und 2013 dargestellt. Aus methodischen Gründen ist der Vergleich mit den Zahlen vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr möglich. Nicht berücksichtigt sind die Langzeitpatienten, da hier keine Spitalbedürftigkeit im Sinn des KVG mehr gegeben ist.

In der Akutsomatik blieb die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 7.37 Tagen gegenüber dem Vorjahr konstant. In der Psychiatrie hat sie um rund einen

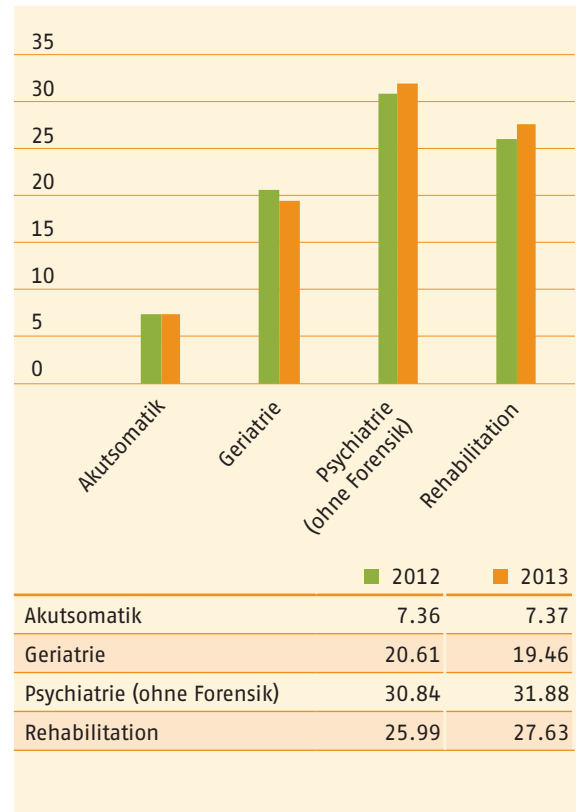
**Abbildung 3.1-1: Entwicklung und Verteilung der stationären Spitalbehandlungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort in den Jahren 2009 bis 2013**



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die Fallzahlen der ausserkanton behandelten Basel-Städter, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die Fallzahlen der innerkanton behandelten Basel-Städter, Abrechnungsdaten der Spitäler für die Berechnung der provisorischen Fallzahl zu den ausserkanton behandelten Basel-Städtern im Jahr 2013 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Monitoringbericht 2013 über das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie dem Landkreis Lörrach» (GRÜZ)<sup>12</sup>, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2014, für die Fallzahlen des Pilotprojektes GRÜZ.

Tag auf knapp 32 Tage zugenommen. In der Rehabilitation belief sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf rund 27.63 Tage und ist ebenfalls leicht um etwa 1.6 Tage angestiegen. In der Geriatrie ist ein leichter Rückgang um circa einen Pflegetag auf rund 19.5 Tage zu beobachten. In diesem Bereich haben sich durch die neue Spitalfinanzierung starke Veränderungen ergeben, weil neu die akutgeriatriische Behandlungsphase nach SwissDRG abgerechnet wird. Daran schliesst häufig eine geriatriische Rehabilitationsbehandlung an. Diese wird mit Tagespauschalen abgegolten.

**Abbildung 3.2-1: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Tagen) von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2012 und 2013 (ohne Langzeitpatienten)**

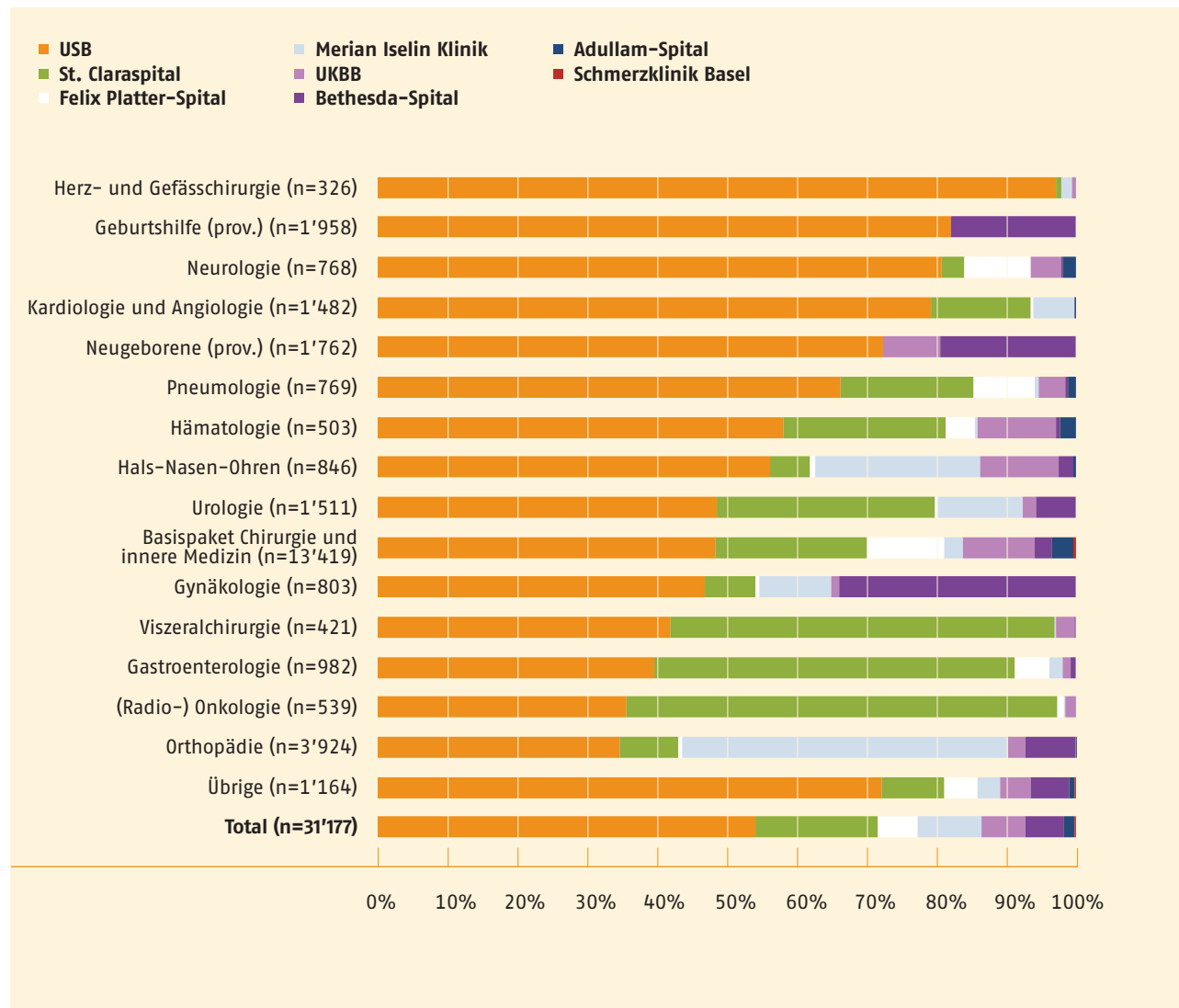


Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

### 3.3 Akutsomatische Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen

Die Leistungsaufträge in der Akutsomatik sind durch einen Katalog von 25 klinischen Bereichen, welche das gesamte Behandlungsspektrum abdecken, definiert. In Abbildung 3.3-1 ist die Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) von basel-städtischen Patienten innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche in den Basler Spitälern für das Jahr 2013 dargestellt. Diese Grafik vermittelt einen Überblick über die Leistungsschwerpunkte der Spitäler. Das Universitätsspital Basel (USB) deckt in allen Leistungsbereichen mehr als ein Drittel der

**Abbildung 3.3-1: Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereich und Basler Spital im Jahr 2013**



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

Fälle ab. In den meisten Leistungsbereichen ist das USB der grösste Leistungserbringer. In der Orthopädie dominiert die Merian Iselin Klinik (MIK) und in der stationären (Radio-) Onkologie, der Gastroenterologie und der Vizeralchirurgie das St. Claraspital (SCS). In den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Versorgung der Neugeborenen nimmt das Bethesda-Spital neben dem USB die meisten Patientinnen auf.

Abbildung 3.3-2 zeigt die Verteilung der Fallzahlen auf die Leistungsbereiche. Rund 43% aller innerkantonalen, stationären Spitalbehandlungen entfallen auf die chirurgische und internistische Grundversorgung (13'419 Fälle, Basispaket Chirurgie und innere Medizin). Wie in Abbildung 3.3-3 dargestellt, vereint dieser Leistungsbereich 31% des gesamten SwissDRG-Abgeltungsvolumens (Case Mix<sup>13</sup> von rund 10'300). Der durchschnittliche Case Mix Index (CMI) dieser Leistungsgruppe beträgt 0.77 (Tabelle 3.3-4). Rund 48% dieser Behandlungen werden im USB erbracht. Zweitgrösster Leistungserbringer in der stationären Grundversorgung ist das SCS mit rund 22% der Patienten vor dem Felix Platter-Spital (FPS) mit mit rund 11% und dem UKBB (10%). Unter den spezialisierten Fachrichtungen stellt die Orthopädie mit rund 13% aller stationären, akutsomatischen Fälle (3'924) den grössten Leistungsbereich dar. Dieser wird mit einem Anteil von rund 17% (5'700) am Gesamt-Case Mix abgegolten. Der grösste Leistungserbringer in der Orthopädie ist die Merian Iselin Klinik mit einem Anteil von rund 47% der Fälle. Danach folgt das USB mit einem Anteil von circa 35% der Fälle vor dem SCS (8%) und dem Bethesda-Spital (7%). Die nächstgrösseren Spezialgebiete sind die Geburtshilfe und die Versorgung der Neugeborenen mit je rund 6% der Fälle (1'958 bzw. 1'762). Dann folgen die Urologie sowie Kardiologie und Angiologie mit je rund 5% der Fälle (1'511 bzw. 1'482). Der Leistungsbereich mit der höchsten relativen Entschädigung ist die Herz- und Gefässchirurgie mit mit einem Anteil von rund 5% am Gesamt-Case Mix bei 1% der Fälle. Der Leistungsbereich mit der relativ tiefsten Entschädigung ist derjenige der Neugeborenen, wo 6% der Fälle rund 2% des Gesamt-Case Mix auf sich vereinigen können.

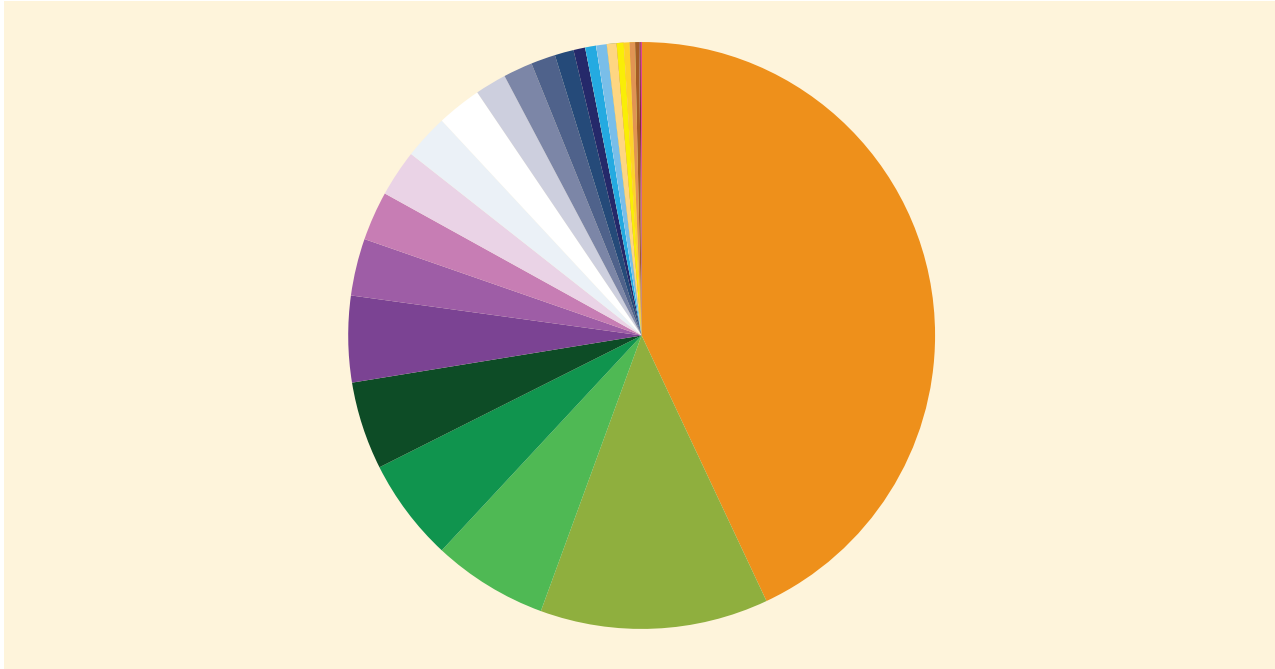
Abbildung 3.3-5 stellt die Anzahl von basel-städtischen Patienten in ausserkantonalen Spitälern nach den verschiedenen akutsomatischen Leistungsbereichen im Jahr 2012 dar. Die entsprechende Datenbasis

für das Berichtsjahr 2013 ist noch nicht verfügbar. Jedoch kann von einer vergleichbaren Versorgungssituation der basel-städtischen Patienten ausgegangen werden. Im Jahr 2012 nahmen 2'937 basel-städtische Patienten eine stationäre, akutsomatische Behandlung in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch. Dies entspricht einem Anteil von rund 9% an den von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern im Jahr 2013 benötigten Spitalbehandlungen. Die grössten ausserkantonalen Leistungserbringer sind das Kantonsspital Baselland mit 38% der Fälle, die Hirslanden Klinik Birshof (12%) und die Ita Wegman Klinik (5%). Je 2% der ausserkantonalen Patienten liessen sich im Inselehospital Bern und dem Universitätsspital Zürich behandeln. 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 38% (257 Fälle) auf das Kantonsspital Baselland und 31% (209 Fälle) auf die Hirslanden Klinik Birshof entfallen.

### 3.4 Psychiatrische Spitalbehandlungen

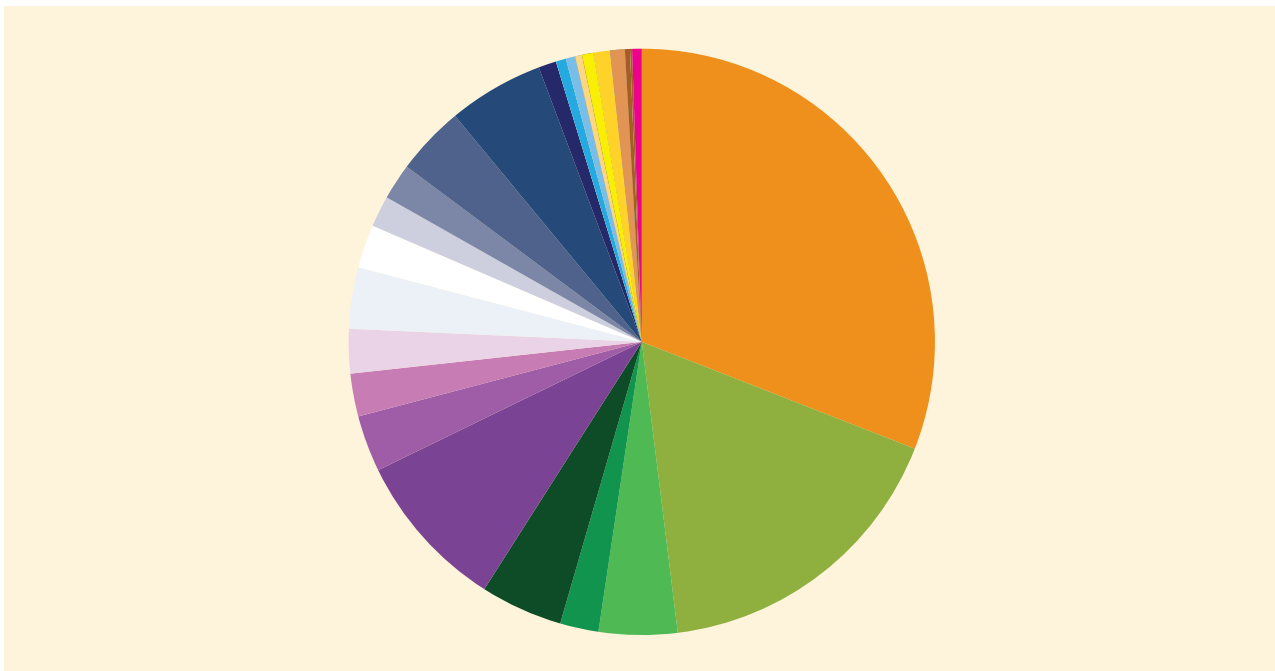
Die Verteilung der fünf häufigsten, bei basel-städtischen Patienten im Jahr 2013 gestellten und in Basler Spitälern stationär behandelten, psychiatrischen Hauptdiagnosen ist in Abbildung 3.4-1 dargestellt. Dabei stellen die affektiven Störungen (Depression, Manie) mit rund 30% der Fälle die häufigste Behandlungsindikation dar. Darauf folgen die durch psychotrope Substanzen ausgelösten Erkrankungen mit rund 26% der Patienten. Die anderen einzeln ausgewiesenen Hauptdiagnosefelder sind Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit Anteilen von rund 20% bzw. 10% der stationären Behandlungsfälle. Zur Restkategorie zählen vor allem die Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie die stationäre Behandlung organischer (inklusive symptomatischer) psychischer Störungen.

**Abbildung 3.3-2: Anzahl akutsomatischer, stationärer Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)**



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

**Abbildung 3.3-3: Case Mix der akutsomatischen, stationären Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)**



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



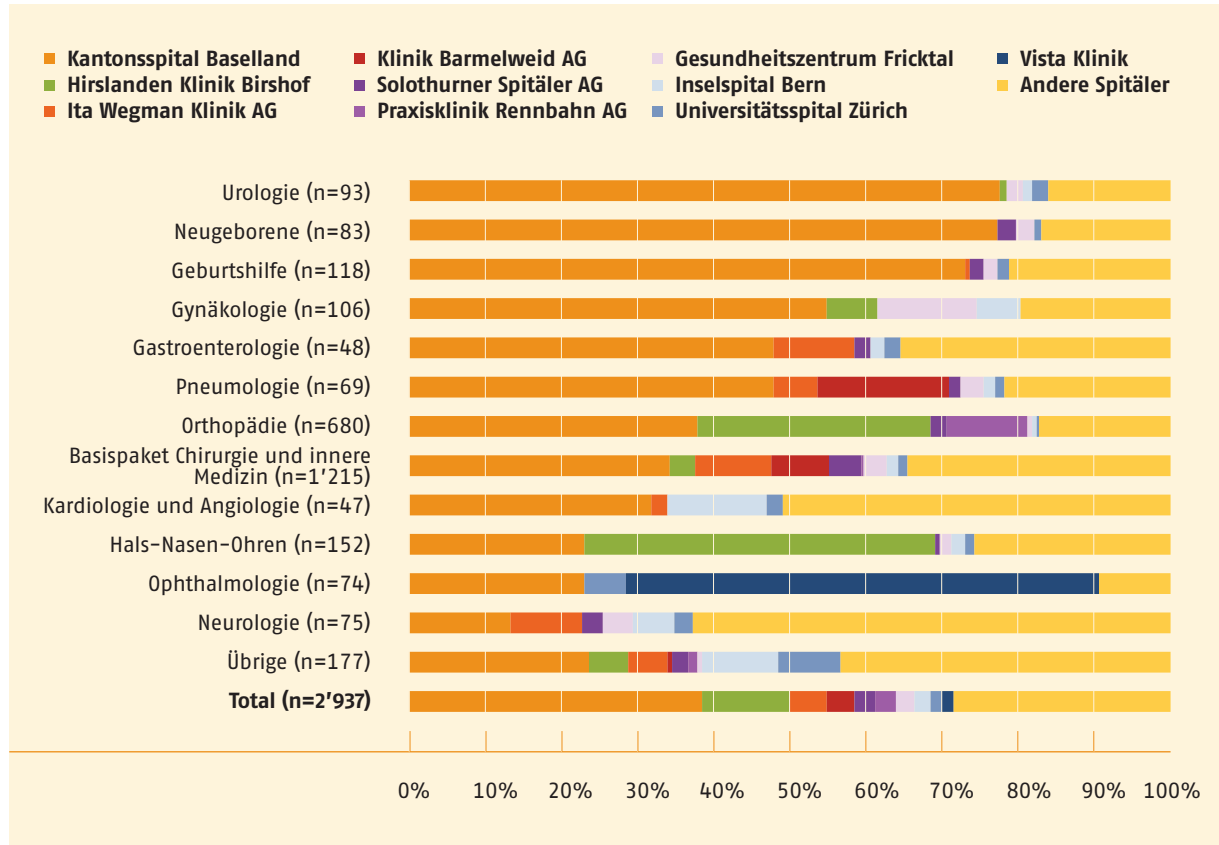
**Tabelle 3.3-4: Akutsomatische, stationärer Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern): Anzahl Fälle, Case Mix und Case Mix Index (CMI)**

Leistungsbereich	Fälle		Case Mix		CMI
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
■ Basispaket Chirurgie und innere Medizin	13'419	43.0%	10'305	30.9%	0.77
■ Orthopädie	3'924	12.6%	5'696	17.1%	1.45
■ Geburtshilfe (prov.)	1'958	6.3%	1'435	4.3%	0.73
■ Neugeborene (prov.)	1'762	5.7%	706	2.1%	0.40
■ Urologie	1'511	4.8%	1'511	4.5%	1.00
■ Kardiologie und Angiologie	1'482	4.8%	2'920	8.8%	1.97
■ Gastroenterologie	982	3.1%	1'037	3.1%	1.06
■ Hals-Nasen-Ohren	846	2.7%	787	2.4%	0.93
■ Gynäkologie	803	2.6%	814	2.4%	1.01
■ Pneumologie	769	2.5%	1'127	3.4%	1.47
■ Neurologie	768	2.5%	796	2.4%	1.04
■ (Radio-) Onkologie	539	1.7%	573	1.7%	1.06
■ Hämatologie	503	1.6%	663	2.0%	1.32
■ Viszeralchirurgie	421	1.4%	1'270	3.8%	3.02
■ Herz- und Gefässchirurgie	326	1.0%	1'757	5.3%	5.39
■ Dermatologie	201	0.6%	328	1.0%	1.63
■ Rheumatologie	188	0.6%	186	0.6%	0.99
■ Ophthalmologie	182	0.6%	173	0.5%	0.95
■ Endokrinologie	121	0.4%	127	0.4%	1.05
■ Nephrologie	98	0.3%	209	0.6%	2.14
■ Neurochirurgie	95	0.3%	302	0.9%	3.17
■ Thoraxchirurgie	72	0.2%	271	0.8%	3.77
■ Schwere Verletzungen	25	0.1%	93	0.3%	3.72
■ Transplantationen solider Organe	14	0.0%	38	0.1%	2.70
■ Sonstige	168	0.5%	176	0.5%	1.05
<b>Gesamt</b>	<b>31'177</b>	<b>100%</b>	<b>33'301</b>	<b>100.0%</b>	<b>1.07</b>

Case Mix ist die Summe der Cost Weights (effektiven Kostengewichte) aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten SwissDRGs (üblicherweise pro Spital erhoben).

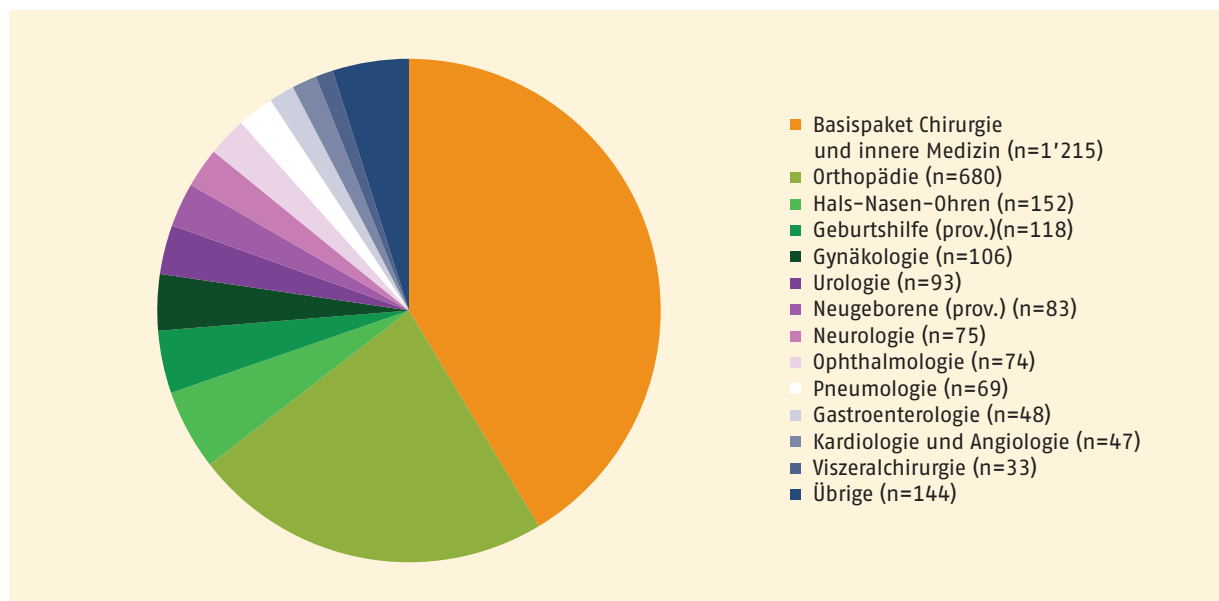
Case Mix Index (CMI): Der Case Mix Index bildet das durchschnittliche effektive Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Grundversorgungsspital eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen CMI von kleiner 1.0 ausweist.

Abbildung 3.3-5: Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen im Jahr 2012 (basel-städtische Patienten)



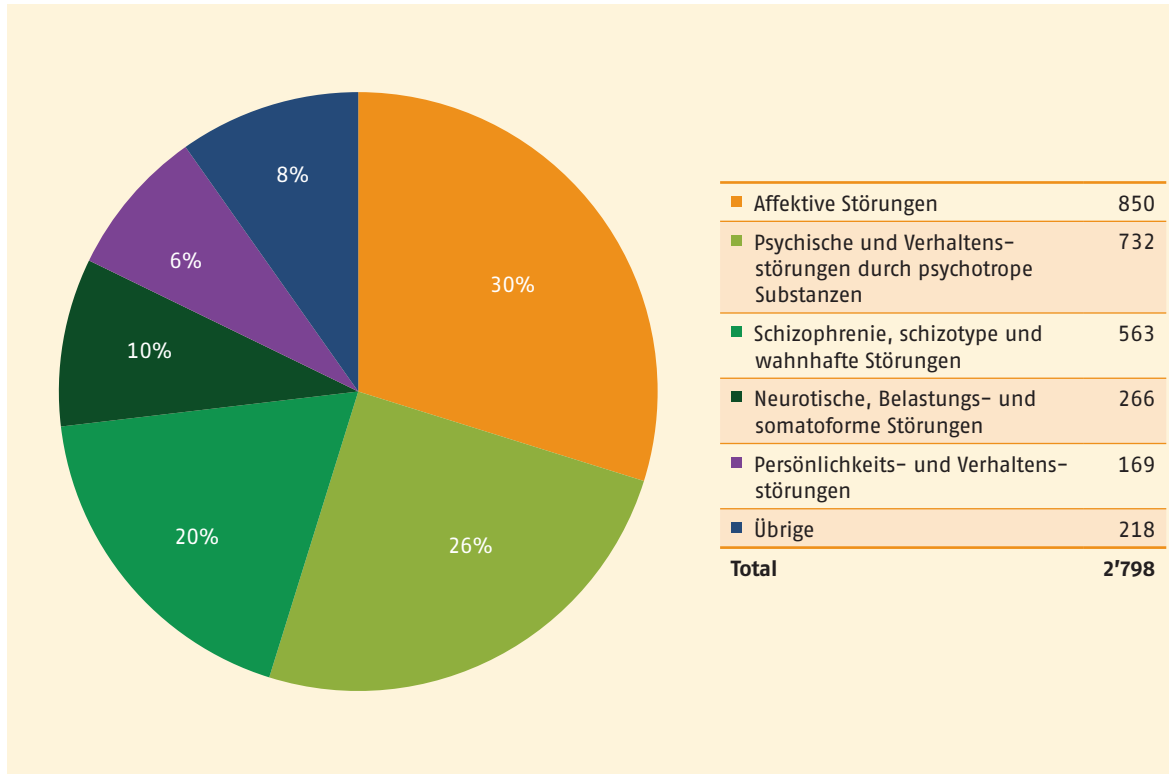
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik), Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt)

Abbildung 3.3-6: Anzahl ausserkantionaler akutsomatischer, stationärer Spitalbehandlungen nach Leistungsbereichen im Jahr 2012 (basel-städtische Patienten)



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

**Abbildung 3.4-1: Anzahl der fünf häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen mit stationärer Behandlung im Jahr 2013 (basel-städtische Patienten in Basler Spitälern)**



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

- 12 Es handelt sich um eine grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Landkreis Lörrach sowie den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in den beiden Staaten ermöglichten die Realisierung dieses Pilotprojektes, insbesondere die Abgeltung der Leistungen für grenzüberschreitende Behandlungen durch die gesetzliche bzw. obligatorische Krankenpflegeversicherung. Für weitere Informationen: [www.gruez.ch](http://www.gruez.ch)
- 13 Case Mix ist die Summe der Cost Weights (effektiven Kostengewichte) aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten SwissDRGs (üblicherweise pro Spital erhoben).

## 4. Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung



### In Kürze

- Im Jahr 2013 beliefen sich die Gesamtkosten für die stationäre Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung im Rahmen der Krankenversicherung auf 487.5 Mio. Franken. Davon finanzierte der Kanton 268.1 Mio. Franken (55%). Der Anteil der Krankenkassen (45%) belief sich damit auf 219.4 Mio. Franken.
- Erstmals übernahmen 2013 die Kantone gemäss neuer bundesrechtlicher Bestimmung auch 20% der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen von Patienten der Invalidenversicherung. Dadurch hatte der Kanton Basel-Stadt Mehrkosten von 1.4 Mio. Franken zu tragen.
- Die Kantonsbeiträge an stationäre Spitalbehandlungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 2.1% gestiegen.
- Im Vergleich zum Jahr 2011 wird der Finanzierungssaldo der kantonalen Rechnung durch die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung um 9.1 Mio. Franken entlastet.
- Für die stationären Spitaltarife konnten weitgehend vertragliche Lösungen gefunden werden, so dass nur noch wenige Festsetzungsverfahren bestehen.
- Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen des Kantons Basel-Stadt konnten stärker als geplant von 120.8 Mio. Franken im Jahr 2012 auf 107.3 Mio. Franken abgebaut werden.

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

Ab dem Jahr 2012 wird die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschriebene Regelung der Abgeltung der stationären Behandlungen durch leistungsorientierte Tarife angewendet. Danach finanzieren Wohnkanton und Krankenversicherer stationäre Spitalbehandlungen zu fixen Anteilen (Art. 49a KVG), wobei die Tarife die vollen anrechenbaren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzung) umfassen. Der Regierungsrat hat den kantonalen Vergütungsanteil für das Jahr 2013 auf den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert von 55% festgelegt. Neu sind die Kantone gemäss Art. 14bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ab dem Berichtsjahr ebenfalls verpflichtet 20% der Kosten für die stationäre Behandlung von Patienten der Invalidenversicherung (IV) zu tragen.

Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen belief sich im Berichtsjahr auf 269.4 Mio. Franken. Das sind 6.9 Mio. Franken mehr als im Jahr 2012. Rund 1.4 Mio. Franken davon gehen auf die neu zu leistende Kostenübernahme von stationären Behandlungen nach IVG zurück. Der restliche Mehrbedarf entstand in den durch Tagespauschalen finanzierten Bereichen (Rehabilitation, Psychiatrie und Palliativversorgung), während sich die Kosten für die akuten somatischen SwissDRG-Fallpauschalen nur unwesentlich verändert haben.

Aufgrund der kantonalen Finanzierungsanteile lassen sich die relevanten Gesamtkosten für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnern im Jahr 2013 mit 494.5 Mio. Franken beziffern.

Als weiteres Finanzierungselement hat der Kanton den Spitälern die Bereitstellung gemeinwirtschaftlicher und nicht kostendeckender Leistungen (GWL)

Tabelle 4.1-1: Kosten der Spitalfinanzierung in der kantonalen Rechnung 2009 – 2013

in Mio. Franken	2009	2010	2011	2012	2013
	<b>Laufende Rechnung</b>				
Direkte Spitalbeiträge und Sockelbeitrag <sup>1</sup>	80.4	89.8	92.5		
Ordentlicher Nettoaufwand öffentliche Spitäler	257.1	260.1	251.5		
Konsolidierungsabzug (v.a. interne Mieten Spitäler)	-41.6	-41.5	-39.3		
Kantonsanteil stationäre Behandlung				262.5	269.4
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler				118.4	105.5
<b>Total ONA / ZBE Spitalfinanzierung</b>	<b>295.9</b>	<b>308.3</b>	<b>304.7</b>	<b>380.9</b>	<b>374.9</b>
Betriebliche Abschreibungen	34.1	28.3	33.9		
Abschreibungen Immobilien Spitäler <sup>2</sup>	10.1	10.1	11.1		
<b>Saldo Laufende Rechnung Spitalfinanzierung</b>	<b>340.1</b>	<b>346.8</b>	<b>349.8</b>	<b>380.9</b>	<b>374.9</b>
	<b>Investitionsrechnung</b>				
<b>Total Investitionen Spitäler</b>	<b>92.7</b>	<b>73.9</b>	<b>79.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
<b>Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung</b>	<b>388.6</b>	<b>382.2</b>	<b>384.2</b>	<b>380.9</b>	<b>374.9</b>

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

Tabelle 4.2-1: Kostenentwicklung der stationären Spitalbehandlungen gemäss KVG

	2012 Mio. Franken	2013	Veränderung	
1 Kantonsbeitrag Rechnung 2013	262.6	269.5	6.9	2.6%
2 davon IVG	0.0	1.4	1.4	--
3 Kantonsbeitrag KVG (55%) [= 1 - 2]	262.6	268.1	5.5	2.1%
4 Gesamtkosten KVG (100%) [= 3 : 55%]	477.5	487.5	10.0	2.1%
5 Anteil Krankenversicherung (45%) [= 4 x 55%]	214.9	219.4	4.5	2.1%
6 SASIS Versichertenstatistik	205.3	230.1	24.8	12.1%

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

Tabelle 4.2-2: Kostenentwicklung der Krankenversicherung für stationäre Spitalbehandlungen

Mio. Franken	errechnet aus Kantonsanteil gemäss kantonomer Rechnung	gemäss SASIS Versichertenstatistik
2011	---	204.2
2012	214.9	205.3
2013	219.4	230.1
Zunahme 2011-2012	5.2%	0.5%
Zunahme 2012-2013	2.1%	12.1%
Durchschnittswert 2012-2013	217.1	217.7
durchschnittliche jährliche Zunahme gegenüber 2011	3.2%	3.3%

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

im Umfang von 105.9 Mio. Franken abgegolten. In der laufenden Rechnung des Kantons kommt die Gesamtbelastung durch die Spitalfinanzierung damit auf 374.9 Mio. Franken zu stehen (vergleiche Tabelle 4.1-1). Weil die Investitionskostenanteile nach den neuen Regeln in den KVG-Tarifen integriert sind, wird die laufende Rechnung stärker belastet. Im Gegenzug wurde die kantonale Investitionsrechnung ab dem Jahr 2012 dauerhaft um jährlich 79.5 Mio. Franken entlastet, weil die öffentlichen Spitäler neu ihre Investitionen selbst zu finanzieren haben. Im Endergebnis hat dies im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2011 zu einer Entlastung des kantonalen Finanzierungssaldos 9.1 Mio. Franken geführt. Im Vergleich zum Vorjahr (3.3 Mio. Franken) hat sich der Entlastungseffekt deutlich vergrössert und ist in erster Linie auf den Abbau von GWL zurückzuführen.

#### 4.2 Kostenentwicklung im Bereich der stationären Spitalbehandlungen

Aus den Kosten für den Kantonsanteil der stationären Spitalbehandlungen lassen sich sowohl die Gesamtkosten wie auch der Anteil der Krankenversicherer berechnen (siehe Tabelle 4.2-1). Die KVG-relevanten Gesamtkosten beliefen sich im Jahr 2013 auf 487.5 Mio. Franken und sind gegenüber dem Vorjahr um 10.0 Mio. Franken (2.1%) angestiegen. Die Zunahme verteilt sich gemäss dem Vergütungsteiler auf den Kanton mit 5.5 Mio. Franken und die Krankenversicherer mit 4.5 Mio. Franken.

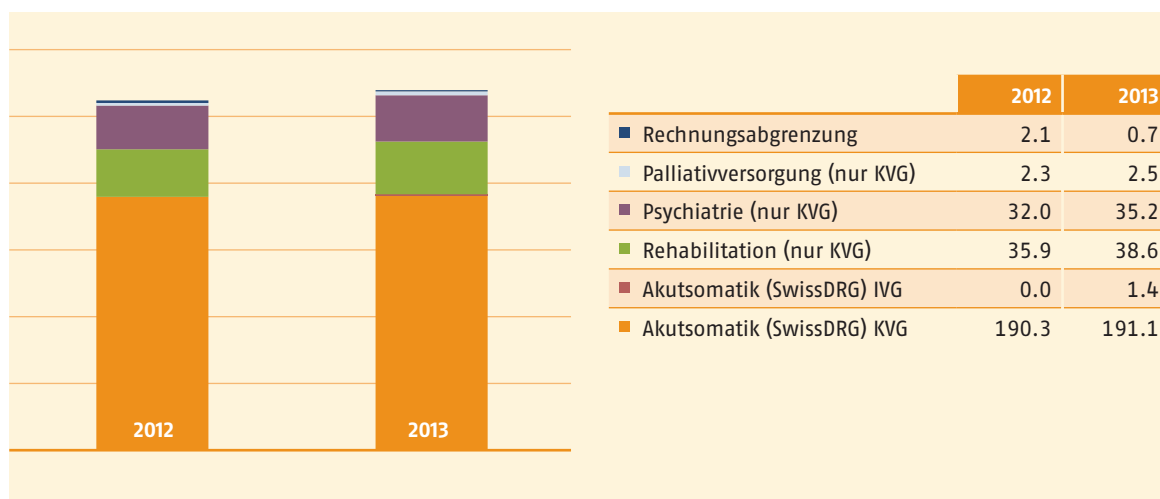
Der aus der kantonalen Rechnung hergeleitete Kostenanteil der Krankenversicherer müsste mit den in der Branchenstatistik der Krankenversicherung ausgewiesenen Kosten korrespondieren. Tatsächlich weisen die entsprechenden Kosten im Durchschnitt der Jahre 2012 und 2013 einen vergleichbaren Wert von 217.1 respektive 217.7 Mio. Franken aus (vergleiche Tabelle 4.2-2). Somit lässt sich aufgrund der beiden Quellen verglichen mit dem Jahr 2011 vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung übereinstimmend eine durchschnittliche Kostensteigerung von 3.2% respektive 3.3% pro Jahr errechnen. Diese Kostenzunahme geht in erster Linie nicht auf eine Verteuerung der Spitalbehandlungen zurück, sondern ist auf Verlagerungseffekte zurückzuführen, die schon im Gesetzgebungsprozess zur neuen Spitalfinanzierung bekannt waren. Die höheren Ausgaben der Krankenversicherung sind durch die Mitfinan-

zierungspflicht der Investitionskostenanteile und des höheren Vergütungsanteils bei den ausserkantonalen Wahlbehandlungen bedingt. Entlastet wurden dadurch die Spitalzusatzversicherungen, welche zuvor für diese Kosten aufkamen.

Weil der Jahreswert 2012 der SASIS-Versichertenstatistik mit 205.3 Mio. Franken deutlich zu tief liegt und im Jahr 2013 deutlich zu hoch (230.1 Mio. Franken), stellt sich für das Jahr 2013 in der Statistik der Krankenversicherer eine überhöhte Kostensteigerung von 12.1% dar. Der Grund für die Verschiebung der Kosten vom Jahr 2012 in das Jahr 2013 liegt in Verzögerungen der Rechnungsbearbeitung bei den Krankenversicherern als Folge der Einführung der Swiss-DRG Fallpauschalen. Problematisch ist demnach, dass in die Prämienberechnung der Krankenversicherer in dieser Weise Daten einfließen können, die eine deutlich höhere Kostenentwicklung suggerieren, als sie in der Realität wirklich ist, was sich in zu hohen Krankenkassenprämien auswirkt.

Die Kosten für die Finanzierung der stationären Spitalbehandlungen des Kantons Basel-Stadt sind im Vergleich zum Vorjahr um 6.9 Mio. Franken gestiegen. Weil die Veränderung der Rechnungsabgrenzung zu einer Entlastung führte, liegt der tatsächliche Bruttoanstieg der Kosten bei 8.3 Mio. Franken. Diese Zunahme ist auf verschiedene Effekte zurückzuführen (siehe Abbildung 4.2-3). Der neu zu finanzierende Anteil der stationären Behandlungskosten gemäss IVG macht 1.4 Mio. Franken aus. Die weitere Kostenzunahme geht vor allem auf die durch Tagespauschalen finanzierten Leistungsbereiche zurück. In der Psychiatrie ist ein Anstieg der Kosten um 3.2 Mio. Franken (10%) zu verzeichnen. Hier liegt der Grund in einer Zunahme von rund 100 Fällen. Dabei handelt es sich nicht um eine effektive Fallzunahme, sondern um eine Praxisänderung bei der Abrechnung von Patienten der Forensik, die bei gegebener Spitalbedürftigkeit neu über die Krankenversicherung abgerechnet werden, während die Kosten zuvor vollständig durch den Staat getragen wurden. Gesamtkantonal führte dies zu einer finanziellen Entlastung von rund 2.0 Mio. Franken und einer Verschiebung eines Teils der Kosten für die Versorgung von forensischen Patienten in die Rechnung des Gesundheitsdepartements. Der Kostenanstieg im Bereich der Rehabilitation von 2.7 Mio. Franken (7.5%) geht praktisch vollständig auf die höheren Fallzahlen in der geriatrischen Rehabilitation zurück. Dies wiederum dürfte zum Teil

**Abbildung 4.2–3: Kantonsanteil an die Kosten der stationären Spitalbehandlung nach Leistungsbereichen stationäre Spitalbehandlungen**



Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

die Folge der Knappheit an Pflegeplätzen sein, welcher sich im Berichtsjahr noch leicht verschärft hat (siehe dazu auch Kapitel 6.2 Angebot Pflegeheime). Die Kosten für die mit SwissDRG Fallpauschalen finanzierten akutsomatischen Behandlungen hat sich um 0.8 Mio. (0.4%) Franken verändert.

### 4.3 Stationäre Spitaltarife im Kanton Basel-Stadt

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

Das im KVG verankerte Verhandlungsprimat fordert die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzwei-

se fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel letztinstanzlich urteilt.

Die Genehmigung oder Festsetzung von Krankenversicherungstarifen unterliegt Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG; SR 942.20). 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 Tarifentscheiden aufzuführen. Wird den Empfehlungen der PÜ nicht Folge geleistet, ist dies zu begründen. Bezüglich der Tarifhöhen der Tagespauschalen hat die PÜ wie im Vorjahr generell auf Stellungnahmen verzichtet. Bei den akutsomatischen SwissDRG Baserates hingegen gab sie flächendeckend Empfehlungen ab.

#### 4.3.1 Entwicklung der Tariflandschaft

Nachdem sich die Tarifpartner auf den Einführungsdatum 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 Spitalern und Krankenversiche-

ren als Arbeitstarife verfügt. Diese Massnahme war zur Sicherstellung der stationären Spitalversorgung notwendig.

Die provisorischen Massnahmen sind von keiner Partei angefochten worden und bleiben solange in Kraft, bis sie durch einen rechtsgültigen Tarif (Vertrag oder rechtskräftige Festsetzung) abgelöst werden. Für die stationären Spitaltarife der Jahre 2012 bis 2014 konnten nach und nach überwiegend vertragliche Lösungen gefunden werden, so dass der Regierungsrat in nur wenigen Fällen eine hoheitliche Tariffestsetzung verfügen musste. Gegen diese Festsetzungsentscheide wurde beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt, so dass in diesen Fällen derzeit immer noch die provisorischen Arbeitstarife aus dem Jahr 2012 gelten. Eine Darstellung der aktuellen Tariflandschaft findet sich in den Abbildungen 4.2-1 (SwissDRG-Baserates) und 4.2-2 (Tagespauschalen). Im Jahr 2013 konnte der Regierungsrat 23 Tarifverträge zwischen den Versicherern und den Leistungserbringerinnen im Bereich der SwissDRG Baserates genehmigen, wobei vier rückwirkend per 1. Januar 2012 Geltung erlangten und den provisorischen Tarif ersetzten.

Für das Tarifjahr 2013 hat der Regierungsrat im Bereich der Tagespauschalen für Rehabilitation, Psychiatrie und Palliativversorgung 34 Verträge genehmigt. Die genehmigten Verträge bzw. die darin vereinbarten Tarife weisen unterschiedliche Laufzeiten auf.

Die Laufzeit des Grossteils der im ersten Jahr der neuen Spitalfinanzierung vereinbarten Tarife war bis zum 31. Dezember 2012 befristet. Mit einer Ausnahme (Tarifvertrag zwischen den UPK und den von tarifsuisse ag vertretenen Versicherern betreffend Leistungsabgeltung in den Bereichen Kinder/Jugendliche stationär sowie Tagesklinik Erwachsene und Tagesklinik Kinder/Jugendliche) konnten sich alle Tarifparteien auf die Erneuerung der ausgelaufenen Verträge einigen. Diese nicht erneuerten Verträge hat der Regierungsrat gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert.

Mit der Genehmigung der Verträge zwischen der Reha Chrischona und der HSK-Gruppe (Geltungsdauer 1. Januar 2012 - 31. Dezember 2013) sowie zwischen der Reha Crischona und den von tarifsuisse ag vertretenen Versicherern (für das Tarifjahr 2013) wurden die ursprünglich ab 1. Januar 2012 festgesetzten Tarife ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des jeweiligen Vertrages hinfällig. Dies gilt auch für die Leistungsabgeltung der HSK-Gruppe im Bereich

«stationäre Erwachsene» der UPK für das Jahr 2013 sowie für die Leistungsabgeltung in der Tagesklinik des Felix Platter-Spitals rückwirkend ab 1. Januar 2012 bis Ende 2013.

Die Versicherer führten die Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringerinnen wiederum in folgenden Gruppierungen:

- tarifsuisse ag, eine Tochtergesellschaft von santé-suisse (ca. 30 Mitgliedskassen inklusive Sympany, Marktanteil Versichertenbestand in Basel-Stadt rund 70%, Anteil Bruttoleistungen ca. 75%), dieser Gruppierung gehört auch die grösste Basler Krankenversicherung Sympany an mit einem Marktanteil von 27% und einem Anteil an Bruttoleistungen von 38%;
- die Krankenversicherungen Assura und SUP-RA mit einem Marktanteil Versichertenbestand in Basel-Stadt von rund 15% und einem Anteil Bruttoleistungen von rund 5%;
- HSK-Gruppe mit den Versicherern Helsana, Sanitas, KPT (13 beteiligten Kassen und Tochtergesellschaften), die in Basel-Stadt einen Marktanteil von rund 15% repräsentiert mit einem Anteil an Bruttoleistungen von ebenfalls 15%.

Den Versicherern steht es jedoch frei, auch ausserhalb dieser Verhandlungsgruppen Verträge zu schliessen. Von dieser Möglichkeit machte Sympany Gebrauch in Bezug auf einen Tarifvertrag mit dem UKBB.

#### 4.3.2 Standpunkt der eidgenössischen Preisüberwachung

Die Absicht des Gesetzgebers, mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung einen Übergang vom Kostenerstattungsprinzip zu einem System der verhandelten Preise zu erreichen, hat noch keinen Eingang in die Empfehlungen der PÜ gefunden. Die Berechnung der Preisempfehlungen basiert nach wie vor auf einer Reihe von altrechtlich begründeten Abzügen an dem für die Tarifbestimmung massgeblichen standardisierten Betriebsaufwand. Ein Beispiel dafür ist 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 Studie<sup>14</sup> den effektiven Satz zwischen 9% und 13% ermittelt hat. Ein weiteres Beispiel ist der Abzug für Überkapazitäten (wegen zu geringer Bettenauslastung), obwohl gemäss neuer Spitalfinanzierung die



Tabelle 4.2-1: Übersicht SwissDRG Baserates der basel-städtischen Spitäler

Spital	Versicherer	provisorisch	Baserates (Fr.)		
			2012	2013	2014
Universitätsspital Basel	tarifsuisse <sup>1, 3</sup>	10'700	10'700	10'400	10'430
	HSK		10'670	10'550	10'430
	Assura/SUPRA		10'800	10'550	tarifsuisse
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>	<b>9'677</b>	<b>9'708</b>	<b>9'708</b>	
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 <sup>1</sup>		11'750	11'950	11'900
<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>	<b>9'674</b>	<b>8'930</b>	<b>8'930</b>		
St. Claraspital	tarifsuisse	9'970	9'756	9'756	9'690
	HSK		10'175	9'756	9'690
	Assura <sup>3</sup>		10'175	10'070	9'690
	SUPRA <sup>4</sup>		10'175	9'818	9'690
<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>	<b>8'974</b>	<b>9'005</b>	<b>8'885</b>		
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
<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>	<b>8'974</b>	<b>9'005</b>	nicht genehmigen		
Bethesda-Spital	tarifsuisse	9'970	9'860	9'756	9'690
	HSK <sup>1</sup>		9'860	9'800	9'690
	Assura/SUPRA		9'891	9'756	9'690
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>		<b>8'166</b>	<b>8'448</b>	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
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>		<b>Verzicht</b>	<b>9'005</b>	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
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>		<b>Verzicht</b>	<b>9'005</b>	nicht genehmigen
Schmerzklinik	tarifsuisse	9'970	9'756	9'720	9'670
	HSK <sup>1</sup>		9'780	9'740	9'700
	Assura/SUPRA		9'752	9'720	9'670
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>		<b>8'974</b>	<b>9'005</b>	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
	<b>PÜ-Empfehlung<sup>2</sup></b>		<b>9'284</b>	<b>9'005</b>	nicht genehmigen

■ Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig

■ Tarifvertrag im Genehmigungsverfahren

■ Vertragliche Einigung angekündigt, Tarifvertrag noch nicht vorliegend.

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

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

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

■ vorsorgliche Massnahme 2014

■ Eigenständiger Tarifvertrag entfällt

1 Tarif 2012 gilt bis zum 31.03.2013

2 Nicht bindende Empfehlung der eidgenössischen Preisüberwachung

3 Tarif 2013: gewichteter Durchschnitt. Jan. bis Sep. 2013: Fr. 10'175; Okt. bis Dez. 2013: Fr. 9'756

4 Tarif 2013: gewichteter Durchschnitt. Jan. bis Okt. 2013: Fr. 9'830; Nov. und Dez. 2013: Fr. 9'756

Tabelle 4.2-2: Übersicht Tagespauschalen der basel-städtischen Spitäler

Spital	Versicherer	provi- sorisch	Tagespauschalen (Fr.)		
			2012	2013	2014
<b>Psychiatrie</b>					
<b>UPK Erwachsene stationär</b>	tarifsuisse	660	710	710	710
	HSK		710	715	710
	Assura/SUPRA		710	710	710
<b>UPK Kinder/Jugendliche stationär</b>	tarifsuisse	800	795	795	795
	HSK		795	827	830
	Assura/SUPRA		795	795	795
<b>Sonnenhalde stationär</b>	tarifsuisse	580	565	565	575
	HSK		575	575	585
	Assura/SUPRA		575	575	
<b>Rehabilitation</b>					
<b>Felix Platter-Spital Frührehabilitation</b>	tarifsuisse	620	620	620	620
	HSK		617	617	617
	Assura/SUPRA		620	620	620
<b>Felix Platter-Spital Geriatrische und neurologische Reha</b>	tarifsuisse	720	770	---	---
	HSK		767	767	767
	Assura/SUPRA		770	---	---
<b>Felix Platter-Spital Geriatrische Reha</b>	tarifsuisse	---	---	735	725
	Assura/SUPRA		---	735	725
<b>Felix Platter-Spital Neurologische Reha</b>	tarifsuisse	---	---	840	830
	Assura/SUPRA		---	840	830
<b>Adullam-Spital Geriatrische Reha</b>	tarifsuisse	620	585	610	610
	HSK		590	598	598
	Assura/SUPRA		585	610	610
<b>Bethesda-Spital</b>	tarifsuisse	620	620	620	610
	HSK		620	620	620
	Assura/SUPRA		620	620	620
<b>Reha Chrischona</b>	tarifsuisse	620	583	595	610
	HSK		586	595	620
	Assura/SUPRA		583	595	
<b>REHAB Basel Querschnittsgelähmte</b>	tarifsuisse	1'350	1'345	1'354	1'390
	HSK		1'345	1'372	1'400
	Assura/SUPRA		1'345	1'354	1'372
<b>REHAB Basel Hirnverletzte</b>	tarifsuisse	1'480	1'474	1'489	1'510
	HSK		1'454	1'483	1'512
	Assura/SUPRA		1'474	1'489	1'510

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

- Tarifvertrag, genehmigt und rechtskräftig
- Tarifvertrag, zur Genehmigung eingereicht
- Tarifvertrag 2012 gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert
- Vertragliche Einigung angekündigt, Tarifvertrag noch nicht vorliegend.
- Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, rechtskräftig
- Tarif gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG festgesetzt, nicht rechtskräftig (Beschwerde hängig), provisorischer Tarif ist weiterhin in Kraft
- Eigenständiger Tarifvertrag entfällt

Die Preisüberwachung hat bei allen Tagespauschalen auf Empfehlungen verzichtet.

Abgeltung nicht mehr kapazitäts-, sondern leistungsorientiert zu erfolgen hat. Die so errechneten Preise unterwirft die PÜ einem Benchmarking aller in die Berechnung eingeschlossenen Akutspitäler, ohne die konkreten Details offenzulegen.

Weiter beantwortet die PÜ die Frage, wie exakt die Kostengewichte des SwissDRG-Systems bereits komplexe und hochkomplexe Fälle abbilden, welche vornehmlich Universitätsspitäler betreffen in nicht nachvollziehbarer Weise. Sie schliesst zwar nicht aus, dass die Kinderspitäler strukturell höhere Behandlungskosten haben und deshalb eine höhere Baserate gerechtfertigt wäre, verzichtet jedoch auf eine Überprüfung dieser Tatsache. Die Fachgremien (SwissDRG AG, H+, GDK) vertreten die Auffassung, dass das System noch nicht genügend ausgereift ist, um bei einer national 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.

Beim Adullam-Spital, beim Felix Platter-Spital und der Schmerzlinik sowie beim Geburtshaus Basel verzichtet die PÜ aufgrund des geringen Behandlungsspektrums auf die Berechnung der kostenbasierten Baserate und prüft die vereinbarten Tarife lediglich auf deren Wirtschaftlichkeit. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zieht sie das von ihr selbst erarbeitete Benchmarking 2012 heran und addiert die aufgelaufene Teuerung. Sie gewährt somit weiterhin normative Anlagenutzungskosten von 10% und führt aus, dass der Übergang von SwissDRG-Version 1.0 zu Version 2.0 lediglich vernachlässigbare Auswirkungen gehabt habe. Sie nimmt dabei wiederum eine Unterscheidung zwischen universitären (PÜ-Benchmarkwert 2013: 9'708 Franken) und nicht universitären (PÜ-Benchmarkwert 2013: 9'005 Franken) Akutspitäler vor.

Wäre es zu einer vollumfänglichen Stützung der Tarifempfehlungen der PÜ durch das Bundesverwaltungsgericht gekommen, hätte dies schwerwiegende Auswirkungen auf die Einnahmen der basel-städtischen Spitäler gehabt. Diese müssten mit geschätzten Mindereinnahmen von etwa 60 Mio. Franken pro Jahr rechnen. 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 von Spitalabteilungen oder ganzen Spitäler mit entsprechendem Personalabbau wäre wahrscheinlich. 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 Auswirkungen würden mit Sicherheit die Minderausgaben in der kantonalen Rechnung durch tiefere Spitalpreise bei der Finanzierung des Kantonsanteils bei Weitem übersteigen 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 kantonaler 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. Die ersten beiden zu Spitaltaxen ergangenen Urteile des Bundesverwaltungsgerichts stützen jedoch glücklicherweise die PÜ in weiten Bereichen nicht.

### **4.3.3 Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den stationären Spitaltarifen**

Die wichtigsten Punkte der ersten Urteile<sup>15</sup> des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zu Beschwerden gegen die Festsetzung von Baserates nach neuem Recht sind mittlerweile ergangen. Das Gericht äussert sich darin zu einigen wichtigen Grundsatzfragen, welche nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden.

#### **Grosser Ermessensspielraum der Kantonsregierung**

Den Kantonen wird bei der Bestimmung der benchmarkrelevanten Betriebskosten vom BVGer ein grosser Ermessensspielraum eingeräumt, weil die Swiss-DRG-Tarifstruktur die Kostenunterschiede noch unvollständig abbildet. Als Richtwert dienen die Vorgaben der GDK-Empfehlungen zu den Wirtschaftlichkeitsberechnungen.

#### **Altrechtliche Normabzüge nicht mehr zulässig**

Grundsätzlich sind normative Abzüge (z.B. nicht anrechenbaren Aufwand für Lehre und Forschung) nur dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingt, von der betreffenden Leistungserbringerin die entscheidenden (transparenten) Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, dass die Leistungserbringerin mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass sie entgegen den Vorschriften keine transparenten Daten geliefert hat. Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen ist, wurde vom BVGer offen gelassen. Es hat dazu festgehalten, dass es nicht zulässig ist, diesen Normabzug mit vom Kanton gewährten Beiträgen (z.B. Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen) gleichzusetzen, da diese nicht zwingend den effektiven Kosten entsprechen müssen.

#### **Betriebsvergleiche und Benchmarking haben kostenbasiert zu erfolgen**

Der Betriebsvergleich unter den Spitälern hat sich auf normierte, schweregradbereinigte Fallkosten (bei qualitätskonformer Leistung) und nicht auf verhandelte Preise zu beziehen. Das Benchmarking hat kostenbasiert und nicht aufgrund der verhandelten Preise zu erfolgen.

#### **Keine Zu- oder Abschläge für höhere oder ungenügende Behandlungsqualität**

Als Referenzspitäler für Betriebsvergleiche oder ein Benchmarking kommen nur solche in Frage, welche die tarifizierte Leistung in der notwendigen Qualität erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Spitäler, welche die Versorgungsleistung nicht in der notwendigen Qualität erbringen, sollten schon aufgrund der Spitalplanung nicht in der Spitalliste enthalten sein und dürfen in einem Betriebsvergleich nicht berücksichtigt werden. Systemfremd wäre es zudem, für Spitäler mit ungenügender Qualität Tarifierduktionen festzulegen, oder umgekehrt für höhere Behandlungsqualität Tarifierhöhungen zuzugestehen.

#### **Effizienzgewinne sind zulässig**

Das BVGer hat Effizienzgewinne (Differenz zwischen eigenen Kosten und Benchmarkwert) explizit als zulässig erklärt. Vereinbarte Tarife, die über eine kostenbasierten Benchmark liegen, müssen daher nicht auf dessen Höhe herunter korrigiert werden, wie dies die PÜ fordert. Ob dieser Gewinn in den Folgejahren wieder in die OKP-Leistungen zurück fliessen muss, hat das Gericht dagegen offen gelassen, da hier eine Gesetzeslücke besteht.

Aus dieser Entscheidung lassen sich wichtige Schlussfolgerungen ziehen. Die klare Haltung des BVGer, dass Effizienzgewinne möglich sind, ist systemtechnisch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ein Wettbewerb unter den Spitälern funktionieren kann. Wäre dies verneint worden, hätte kein Spital einen Anreiz an einem kosteneffizienten Verhalten, weil dieses letztlich dazu führen würde, dass sein Tarif automatisch unter den Benchmark gemäss seinem tieferen Kostenausweis gesenkt würde.

Der altrechtliche Grundsatz, wonach ein Tarif höchstens die anrechenbaren Kosten eines Spitals decken darf, ist im Rahmen der neuen Spitalfinanzierungsordnung nicht mehr gültig. Der vereinbarte oder festgesetzte Tarif kann tiefer, aber auch höher sein als die spitalindividuell kalkulierten Kosten.

Tabelle 4.4-1: Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) der basel-städtischen Spitäler in den Jahren 2012 – 2015

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

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Aus den Erwägungen des Gerichts über die umstrittene Praxis der Normabzüge lässt sich ableiten, dass ein sehr grosses Gewicht auf einen REKOLE®<sup>16</sup> konformen Kostenausweis gelegt wird. Demnach sind die Spitäler, die noch nicht über eine REKOLE® Zertifizierung verfügen, anzuhalten, eine solche alsbald zu erlangen. Es ist davon auszugehen, dass die so erbrachten Kostennachweise genügen, um die Benchmarking relevanten Kosten überprüfen zu können. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, besteht für die von verschiedener Seite (PÜ, BAG, Krankenversicherer) geforderte Weiterführung der Normabzüge keine Berechtigung mehr.

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

Als weiteres Element der neuen Spitalfinanzierung wird im Gesetz (Art. 49 KVG) festgehalten, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht durch die Krankenversicherer vergütet werden dürfen. Sie sind durch die Auftraggeber (Kantone, Gemeinden, Dritte) zu bezahlen. Unter GWL wird die Erfüllung von Aufgaben verstanden, mit denen die Spitäler durch die öffentliche Hand (z.B. in Ausübung von Bundesrecht) betraut werden oder aber die aufgrund eines gesellschaftlichen Konsenses angeboten werden

sollen. Im Gesetz wird der Begriff nicht abschliessend definiert. Explizit erwähnt werden Aufwendungen für universitäre Lehre und Forschung sowie Kosten zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Weitere Beispiele sind etwa Beschulung von Kindern bei längeren Spitalaufenthalten, Sozialdienste in Spitälern, geschützte Operationsstellen usw. Die abschliessende Klärung dieses Begriffes ergibt sich aus dem Vollzug des Gesetzes durch die Kantone.

Im Rahmen der altrechtlichen Finanzierungssituation wurde bei der Mittelzuweisung an die öffentlichen Spitäler als Teil der kantonalen Verwaltung der Verwendungszweck nicht trennscharf unterschieden. 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. Zu diesem Zweck soll eine GWL durch eine Fachinstanz vergeben und gesteuert werden. Daher sind nicht zwingend alle GWL im Budget des Gesundheitsdepartements eingestellt. Beispiele sind die Abgeltung der Beschulung von Kindern im UKBB oder der UPK (Erziehungsdepartement) oder die Abgeltung der Vorhalteleistung des Notarztes für die Sanität Basel (Justiz- und Sicherheitsdepartement).

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat für die Jahre 2012 und 2013 sowie die Jahre 2014 und 2015 entsprechende Rahmenausgabenbewilligungen<sup>17</sup> gut geheissen. Die GWL für das UKBB wurden für die gleichen Zeiträume im Rahmen von Partnerschaftlichen Geschäften<sup>18</sup> von den Parlamenten der beiden Kantone beschlossen. Tabelle 4.4-1 gibt einen Überblick über die ausbezahlten GWL der Jahre 2012 und 2013 sowie die geplanten und bewilligten Mittel der Jahre 2014 und 2015. Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung bis zum Ende der gegenwärtigen Planung im Jahr 2015 ist ein deutlicher Rückgang der GWL des Kantons Basel-Stadt von 25.5 Mio. Franken (-21.2%) zu erwarten. Dieser Abbau betrifft vor allem die Abgeltung der nicht gedeckten Kosten der Ambulatorien der öffentlichen Spitäler und war auch in diesem Rahmen vorgesehen. Der leichte Rückgang der Vergütung der Weiterbildungskosten für die Facharztausbildung ist auf eine Harmonisierung der Abgeltungsansätze mit denjenigen des geplanten interkantonalen Konkordates über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung<sup>19</sup> zurückzuführen. Den grössten Posten stellt die Finanzierung

der ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung dar (siehe dazu auch Kapitel 10 Factsheet Finanzierung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung).

Die ungedeckten Kosten der Ambulatorien der öffentlichen Spitäler entstehen 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 Notfallversorgung fordern einen zusätzlichen Aufwand. In einer Übergangsphase hat der Kanton in seiner Rolle als Eigner der öffentlichen Spitäler diesen eine stark degressiv ausgestaltete Übergangsfinanzierung gewährt mit dem Ziel einer betriebsverträglichen und nachhaltigen Bereinigung der Strukturen. 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. Ab dem Jahr 2015 erhält nur noch das UKBB Beiträge an den Betrieb der Spitalambulatorien, weil die Sicherstellung einer umfassenden pädiatrischen Versorgung im ambulanten Bereich diese zusätzliche Finanzierung erfordert.

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

Patienten in Spitälern, die im Sinn des KVG nicht mehr spitalbedürftig sind, jedoch weder nach Hause noch in ein Pflegeheim verlegt werden können, gelten als Langzeitpatienten. 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, werden sie nicht vollständig über Patiententaxen finanziert. Damit die Kosten für die Patienten tragbar bleiben, wird ein zusätzlicher Teil im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch den Kanton übernommen.

Es bestehen weitere GWL, die grösstenteils durch die öffentlichen Spitäler erbracht werden, aber weder durch die Versicherungen noch andere Kostenträger finanziert werden. Beispiele dafür sind Beiträge für die Seelsorge in Spitälern, die Transplantationskoordination, anonyme Schwangerschaftskonfliktberatung, Sozialdienste der Spitäler und Anderes. Zu den weiteren GWL des Gesundheitsdepartements zählen die Beiträge für den Unterhalt der geschützten Spitalbereiche und das leitende Notarztsystem, welche zur Krisenvorsorge gehören und in die Zuständigkeit des Bereichs Gesundheitsdienste fallen. Die weiteren GWL des Kantons Basel-Stadt die Beiträge für die Beschulung kranker Kinder im UKBB und der UPK (Erziehungsdepartement), die Unterstützungsleistungen für die Rettungsdienste (Justiz- und Sicherheitsdepartement) und an die Sozialdienste der Spitäler (welche auf das Jahr 2014 durch das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt ausgerichtet werden).

- 14 Edith Salgado-Thalmann, Giovanni Teotino, Adrian Füglistner, Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern vom 30. August 2010
- 15 Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014 i.S. Festsetzung der Baserate des Kantonsspitals Luzern und Zürich
- 16 REKOLE® (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) ist die Standard des Spitalverbandes H-Plus für die Betriebsbuchhaltung der Spitäler. Er gewährleistet den vom KVG und der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002; SR 832.104) geforderte Einheitlichkeit und Transparenz in der Kostenermittlung und Leistungserfassung und erlaubt damit die Nachvollziehbarkeit der Kosten, welche die Bedingung für eine transparente Preisbildung darstellt.
- 17 Ratschlag Nr. 11.1063.01 vom 29. September 2011 und Ratschlag Nr. 11.2107.01 vom 14. Dezember 2011 (Partnerschaftliches Geschäft)
- 18 Ratschlag Nr. 13.1689.01 vom 20. November 2013 und Ratschlag Nr. 13.1834.01 vom 27. November 2013 (Partnerschaftliches Geschäft)
- 19 Interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV) Weitere Informationen dazu unter: <http://www.gdk-cds.ch> > Gesundheitsberufe > Medizinalberufe > Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung



## 5. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung



### In Kürze:

- Erstmals führte das Gesundheitsdepartement zusammen mit den Verantwortlichen der Spitäler einen "Tag der Qualität" durch.
- Im nationalen Vergleich schneiden die basel-städtischen Spitäler bei der Messung von Spitalinfektionen gut ab.
- Die Best-Practice-Veranstaltung «Erfolgsrezepte» für tiefe Sturz- und Dekubitusraten hat zahlreiche Verbesserungsmassnahmen in den Spitälern initiiert.
- Als Schwerpunktthema der Qualitätsarbeit der Jahre 2014 und 2015 wurde die Medikamentensicherheit bestimmt.

Die Überwachung und Anleitung der Qualitätssicherung und -entwicklung in der stationären Spitalversorgung ist Teil der Aufsichtsaufgabe der Kantone über die Leistungserbringer. Im Kanton Basel-Stadt setzt die Qualitätssicherung thematisch auf verschiedenen Ebenen an.

### 5.1 Nationales Qualitätsmonitoring und seine Umsetzung in Basel-Stadt

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind auf nationaler Ebene federführend in der Darstellung von Kennzahlen zur Qualität der stationären Spitalversorgung.

#### 5.1.1 Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit

Bei den Qualitätsindikatoren des BAG handelt es sich um die Darstellung der Fallzahlen und Sterblichkeitsraten aus ausgewählten akutsomatischen Spitälern der Schweiz.<sup>20</sup> Grundlage der seit dem Jahr 2008 vorliegenden Zahlenreihe ist die Medizinische Statistik der Krankenhäuser<sup>21</sup> des Bundesamtes für Statistik

(BFS). Im Rahmen der Qualitätssicherungsarbeiten des Kantons Basel-Stadt werden diese Qualitätsindikatoren analysiert und mit den beteiligten Spitälern besprochen, wodurch ein aktiver Dialog mit den Verantwortlichen entsteht. Dabei ist zu beachten, dass die Interpretation der Zahlen immer sehr umfassend erfolgen muss, weil die Gründe erhöhter Sterblichkeitsraten auf sehr unterschiedliche Ursachen hinweisen können und nicht zwingend auf Qualitätsmängel zurückzuführen sind. Das Universitätsspital Basel setzt erfolgreich ein Krankenakten-Peer Review Verfahren zur Unterstützung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ein. Dabei werden vor Ort Behandlungsprozesse und -ergebnisse von Experten betrachtet und diskutiert.

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

Die publizierten Ergebnisse des ANQ basieren vorwiegend auf Erhebungen des Jahres 2012. Diese zeitliche Verzögerung entsteht, weil Qualitätsdaten einen mehrstufigen Prozess mit den verschiedenen Trägern des Vereins (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone) durchlaufen, bis sie spitalgenau zur Publikation

freigegeben werden können. Ergebnisse<sup>22</sup> folgender Qualitätserhebungen sind im Jahr 2013 veröffentlicht worden:

- Patientenzufriedenheit in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken der Schweiz (pro Spital)
- Sturz und Dekubitus (Wundliegen) Raten in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (pro Spital)
- Zusammenfassender Bericht über die nosokomialen Infektionen in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (allgemein, nicht transparent)
- Zusammenfassender Bericht über die Rehospitalisationsrate in den akutsomatischen Spitälern und Kliniken (allgemein, nicht transparent)
- Nationaler Vergleichsbericht über die Messungen in der Erwachsenenpsychiatrie

Die basel-städtischen Spitäler stehen im nationalen Vergleich mit anderen akutsomatischen Spitälern der Schweiz gut da, wie beispielsweise die aktuellen, nationalen Publikationen der Zufriedenheitsbefragung oder der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus zeigen. Alle Resultate und insbesondere die Ergebnisse der Leistungserbringer in Basel-Stadt werden vom Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt analysiert und mit den Fachverantwortlichen der Spitäler diskutiert. So wurden die Infektionsraten zu einzelnen Operationen im Qualitäts- und Versorgungsmonitoring einer detaillierten Analyse unterzogen und mit den Verantwortlichen der beteiligten Spitäler besprochen. Einen wichtigen Qualitätsindikator stellt die Messung von Spitalinfektionen dar. Eine Publikation national vergleichender Ergebnisse ist demnächst geplant.

Allgemein ist der Aufwand für die Einführung neuer Qualitätsmessungen in den Spitälern und Kliniken sehr hoch. Investitionen, vor allem im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie sind erforderlich, um die Daten aus verschiedenen Datenquellen zusammenzuführen und an das Messinstitut zu übermitteln. Dank des hohen Engagements der Spitäler bezüglich Optimierung der Messung ist künftig mit noch besseren Ergebnissen zu rechnen.

Die Spitäler selbst nehmen bei der Messung von Qualitätsindikatoren eine wichtige Rolle ein. Die Resultate der Messungen können den internen Experten bei der Eruiierung von Auffälligkeiten in der jeweiligen Institution behilflich sein. Dadurch können entsprechende Verbesserungsmaßnahmen ergriffen werden.

Langfristig sollen publizierte Messergebnisse auch Patienten ohne fundierte medizinische Kenntnisse bei der Spitalwahl als Orientierungshilfe dienen.

## 5.2 Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene

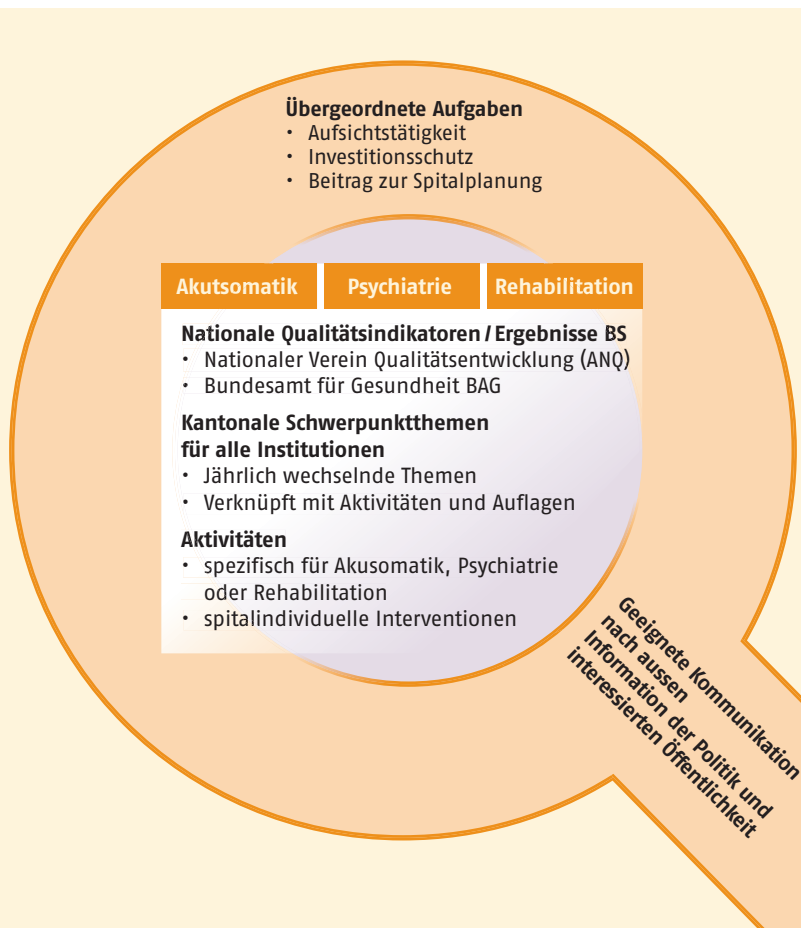
Um die Schwerpunkte des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt zu visualisieren, wurde das Bild der «Q-Lupe» geschaffen. Die vergrössernde «Qualitäts-Lupe» lässt die Bestandteile des Monitorings erkennen. Der «Griff» der Lupe stellt die transparente Darstellung der Qualitätsaktivitäten für die Politik und die interessierte Öffentlichkeit dar.

Übergeordnete Aufgaben sind im äusseren Kreis im «Lupenrahmen» dargestellt. Zu diesen Aufgaben zählen zum Beispiel die Aufsichtstätigkeit und der aktive Beitrag zur Spitalplanung. Unter dem Lupenglas werden die Bereiche der Spitalversorgung Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation näher beleuchtet.

Ein Beispiel aus dem Jahr 2013 für eine spezifische Aktivität unter der «Qualitäts-Lupe» im Bereich der Akutsomatik stellt die Organisation der Best-Practice-Veranstaltung zum Thema «Erfolgsrezepte» für tiefe Sturz- und Dekubitusraten dar. Dabei stellten Experten aus verschiedenen Spitälern ausgewählte Strukturindikatoren dar und diskutierten diese. Ziel dieser Veranstaltung war, anhand erfolgreicher Beispiele über das Verbesserungspotential im eigenen Spital nachzudenken und dadurch direkt von nationalen Messergebnissen zu profitieren. Als Erfolg ist hervorzuheben, dass die Koordination und Kommunikation unter den beteiligten Spitälern belebt werden konnte. In den aktuellen Qualitätsberichten nach Vorgaben des Verbandes der Krankenhäuser H+ weisen einige Spitäler nach, dass sie zahlreiche Projekte zur Prävention von Sturz und Dekubitus durchgeführt, Schulungsangebote zur Vermeidung solcher Ereignisse vergrössert, neue Behandlungsrichtlinien verfasst und die Dokumentation verbessert haben.

In der Fachgruppe Qualitätsmonitoring Basel-Stadt arbeiten die Leistungserbringer unter der Leitung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt strukturiert zusammen. Im Jahr 2013 wurde erstmals der «Tag der Qualität» durchgeführt. Dieser dient Vertretungen der Spitalleitungen als aktive Informations- und Austauschveranstaltung über aktuelle Themen der Qualitätsarbeit im Kanton Basel-Stadt. Künftig ist eine jährliche Durchführung geplant.

**Abbildung 5.3-1:**  
**Q-Lupe Qualitätsmonitoring Basel-Stadt**



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

### 5.2.1 Kantonales Schwerpunktthema

Im Zentrum der kantonalen Qualitätsaktivitäten stand im Jahr 2013 das Schnittstellenmanagement. Dabei wurden die Übergänge zwischen niedergelassenen Ärzten, Spitälern und nachgelagerten Institutionen (z.B. Rehabilitationskliniken) analysiert. Mit dem Ziel ein gemeinsames Leitbild «Schnittstellenmanagement» mit Massnahmenpaketen zu formulieren. Im Rahmen des Jahreskongresses des forum managed care (fmc) wurden die kantonalen Bestrebungen im Schnittstellenmanagement in einem nationalen Kontext diskutiert. In den Jahren 2014 und 2015 bildet das Thema Medikationssicherheit den Schwerpunkt der kantonalen Qualitätsbestrebungen.

### 5.2.2 Weitere Schwerpunkte

Mit den beiden basel-städtischen Spitalverbänden, der Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler VNS und der Privatspitälervereinigung Basel-Stadt konnten die Spitaldirektionen über die Arbeit des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt detailliert informiert werden. Stellungnahmen und persönliche Gespräche belebten im Berichtsjahr den Austausch mit beiden Verbänden.

- Die Einführungsphase der Zentralen Beschwerdestelle für Spital und Spitalambulatorium konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die Prozesse sind eingespielt, die eingegangenen Beschwerden an den Regierungsrat oder den Bereich Gesundheitsversorgung konnten bearbeitet werden.
- Ein weiteres Thema im Qualitätsmonitoring war die Umsetzung des revidierten Arbeitsgesetzes in den Spitälern des Kantons Basel-Stadt, insbesondere die Arbeitszeiten des ärztlichen Personals betreffend. In Gesprächen mit einigen Spitalvertretern wurde über die Umsetzung des Arbeitsgesetzes eine überwiegend positive Bilanz gezogen und die Sicherheit der Patienten nie in Frage gestellt.

### 5.3 Ausblick

Nach zwei Jahren Erfahrung mit der Abrechnung nach SwissDRG konnte festgestellt werden, dass sich der Qualitätswettbewerb unter den Spitälern wie erwartet intensiviert hat. In den Unternehmenszielen aller basel-städtischen Spitäler sind die Qualitätssicherung prominent in den Unternehmenszielen verankert. Viele Institutionen bauen ihr Qualitätsmanagement aus, um sich besser zu positionieren.

20 [www.admin.bag.ch](http://www.admin.bag.ch) > Themen > Krankenversicherung > Qualitätssicherung > Qualitätsindikatoren

21 [www.admin.bfs.ch](http://www.admin.bfs.ch) > Themen > 14 – Gesundheit > Leistungen und Inanspruchnahme > Daten

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

# Teil III Pflegerheime und Spitex- Einrichtungen

Langzeitpflege

## 6. Angebot in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- 2013 wurden an über 40 Standorten im Kanton Basel-Stadt 2'907 Pflegeheimplätze angeboten.
- Das Wohnen mit Serviceangebot wurde weiter ausgebaut.
- Für die ambulante Pflege stehen über 80 Spitex-Dienstleister zur Auswahl.

### 6.1 Übersicht Langzeitpflege

In der Langzeitpflege bieten über 120 Institutionen und Einzelpersonen stationäre und ambulante Pflegeleistungen an. Die Gesamtkosten dieser Angebote belaufen sich auf rund 330 Mio. Franken. Diese werden durch den Kanton und die Gemeinden (36%), die Krankenversicherer (22%) und die Patienten als Selbstzahlende (42%) finanziert.

### 6.2 Pflegeheime

Im Kanton Basel-Stadt stehen über 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. 36 Institutionen liegen in der Stadt Basel, vier auf dem Gemeindegebiet von Riehen und eine in Bettingen. Im Vollbetrieb standen in diesen Heimen im Jahr 2013 insgesamt 2'907 Pflegeheimplätze zur Verfügung. Weil sich die Eröffnung des Pflegeheims Senevita Gellertblick bis Januar 2014 verzögerte, waren im Jahresdurchschnitt effektiv nur 2'851 Plätze verfügbar.

Für das Jahr 2013 sind folgende Angebotsänderungen zu verzeichnen:

#### Neues Pflegeheim

Das Palliativzentrum Hildegard (vormals: Hildegard Hospiz) wurde mit einem neuen Angebot wieder auf die Pflegeheimliste aufgenommen. Die Institution bietet fünf spezialisierte Pflegeplätze für Bewohnerinnen und Bewohner mit besonderem Bedarf an medizinischen Leistungen.

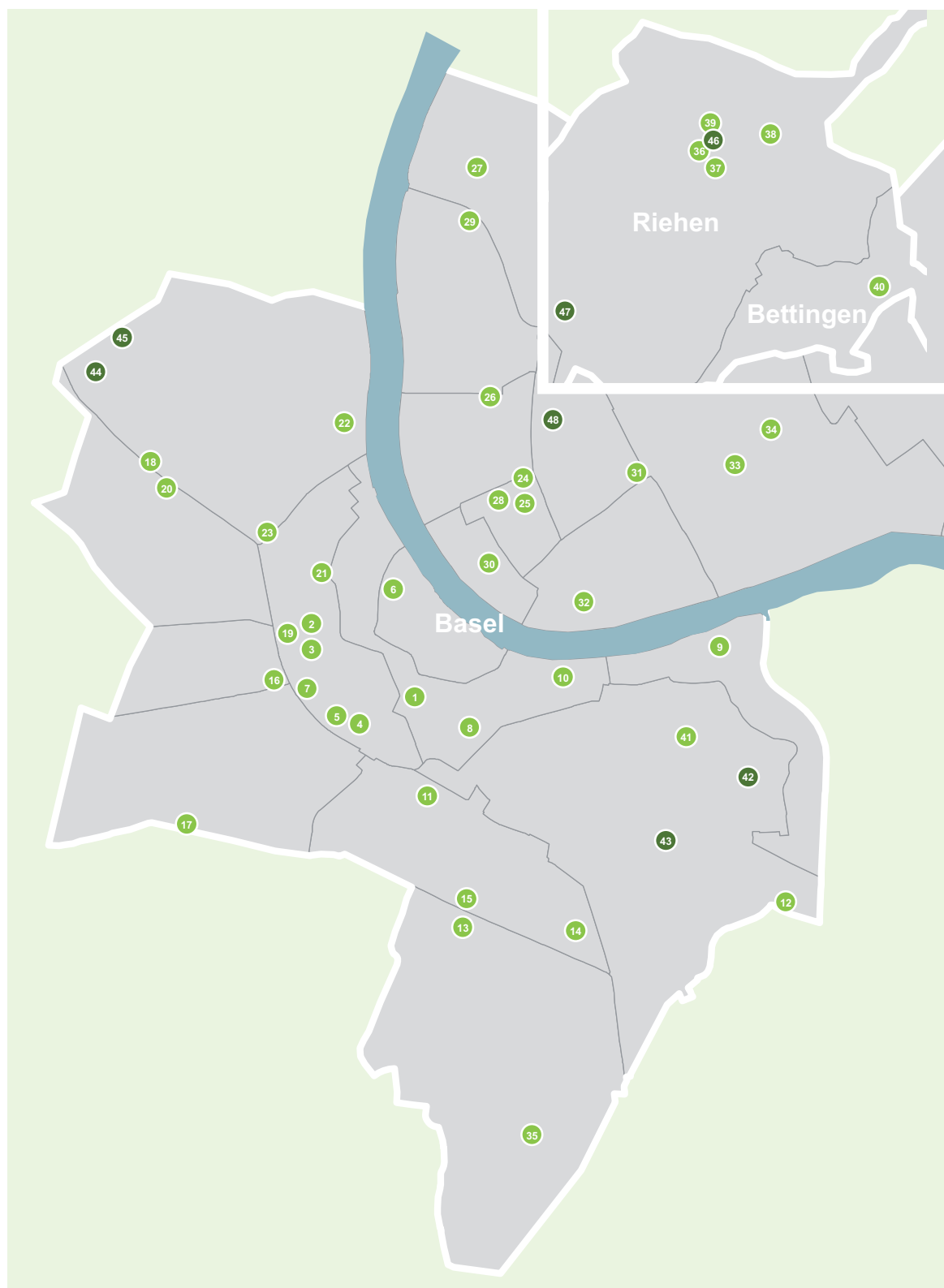
#### Reduktion von Doppelzimmern

Das Pflegeheim Johanniter hat aufgrund einer Umwandlung eines Doppel- in ein Einzelzimmer eine Angebotsverringerng von einem Platz aufzuweisen.

#### Betriebliche Anpassungen

Aufgrund einer betrieblichen Optimierung konnten in den Pflegeheimen Dandelion (+1) sowie Zum Lamm (+2) drei zusätzliche Pflegeplätze geschaffen werden.

Abbildung 6.2-1: Pflegeheime im Kanton Basel-Stadt



	<b>Pflegeheim</b>	<b>Plätze</b>		<b>Pflegeheim</b>	<b>Plätze</b>
1	<b>Blindenheim Basel</b>	60	21	<b>Adullam Basel</b>	228
2	<b>Bürgerspital, Lindenhof</b>	33	22	<b>Johanniter</b>	137
3	<b>Bürgerspital, Sonnenrain</b>	50	23	<b>St. Johann</b>	75
4	<b>Casavita Hasenbrunnen</b>	57	24	<b>dandelion</b>	60
5	<b>Holbeinhof</b>	111	25	<b>Gustav Benz Haus</b>	81
6	<b>Marthastift</b>	41	26	<b>Marienhaus</b>	111
7	<b>Murtengasse</b>	23	27	<b>St. Christophorus</b>	71
8	<b>Sternenhof</b>	155	28	<b>Wesley-Haus</b>	84
9	<b>Alterszentrum Alban-Breite</b>	83	29	<b>Wiesendamm</b>	72
10	<b>Ländliheim</b>	40	30	<b>Bürgerspital, zum Lamm</b>	69
11	<b>Südpark</b>	28	31	<b>Casavita Rosental</b>	44
12	<b>Tertianum St. Jakob-Park</b>	16	32	<b>Casavita Wettstein</b>	43
13	<b>Bürgerspital, am Bruderholz</b>	58	33	<b>Hirzbrunnenhaus</b>	49
14	<b>Bürgerspital, Falkenstein</b>	86	34	<b>St. Elisabethenheim</b>	70
15	<b>Gundeldingen</b>	110	35	<b>Zum Wasserturm</b>	54
16	<b>Bürgerspital, Weiherweg</b>	80	36	<b>Adullam Riehen</b>	43
17	<b>Generationenhaus Neubad</b>	80	37	<b>Dominikushaus</b>	77
18	<b>Casavita Kannenfeld</b>	72	38	<b>Humanitas</b>	90
19	<b>Casavita Vincentianum</b>	46	39	<b>Wendelin</b>	68
20	<b>Felix Platter-Spital, Passerelle</b>	59	40	<b>Diakonissen Mutterhaus St. Chrischona</b>	32
			41	<b>Palliativzentrum Hildegard</b>	5
				<b>Neubauprojekte</b>	
			42	<b>Bethesda Gellert Hof</b>	
			43	<b>Senevita Gellertblick</b>	
			44	<b>Bürgerspital, Burgfelderhof</b>	
			45	<b>Marthastift</b>	
			46	<b>Adullam Riehen</b>	
			47	<b>Humanitas</b>	
			48	<b>Senevita Erlenmatt</b>	

Tabelle 6.3-1: Tageseinrichtungen

Tagespflegeheim	Standort	Anzahl Plätze 2013	Veränderung gegenüber 2012	Trägerschaft
Alban-Breite	Karl-Barth-Platz 7	20	--	Stiftung Alterszentrum Alban-Breite
Egliseeholz	Fasanenstr. 221	52	--	Sternenhof
Weiherweg	Rudolfstr. 43	22	--	Bürgerspital Basel
Dandelion	Sperrstr. 100	12	+ 2	Dandelion, Stiftung für demenzranke Menschen
Im Atrium	Hammerstr. 46	10	--	Stiftung Basler Wirrgarten
Im Gellert	Kapellenstr. 10	13	--	Sternenhof
Nachtbetreuung	Laufenstr. 46	3	--	Sternenhof
Tagesbetreuung Felix Platter	Burgfelderstr. 101	34	--	Sternenhof
Tagesstätte 65+	Laufenstrasse 8	12	--	Stiftung Melchior
Wendelin	Inzlingerstr. 46	21	--	Alters- und Pflegeheim Wendelin
<b>Total Kanton Basel-Stadt</b>		<b>199</b>	<b>+ 2</b>	

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



### 6.3 Tageseinrichtungen

Zur Entlastung von pflegenden Angehörigen stehen auf dem Kantonsgebiet neun Tagespflegeheime und ein Nachtbetreuungsangebot zur Verfügung (Tabelle 6.3-1). Um für die gesamte Bevölkerung eine gute Erreichbarkeit sicherzustellen, sind sie geografisch gleichmässig verteilt. Sämtliche Einrichtungen werden von privaten Trägerschaften betrieben.

### 6.4 Spitex-Organisationen

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

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

- Säuglingspflege
- Kinder-Spitex
- Pflege von Wöchnerinnen
- Onkologie-Spitex
- Spezialisierter Spitexdienst für Wundbehandlungen
- Pflege von psychisch beeinträchtigten und an einer Demenz leidenden Menschen
- Spitexpress für pflegerische Notfälle 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 verhindern. 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 2013 wurden zwei neue Leistungsvereinbarungen abgeschlossen (mit dem Alters- und Pflegeheim Marienhaus und dem Pflegeheim Casavita Kannenfeld). Insgesamt bestehen somit momentan fünf Leistungsvereinbarungen für 109 Wohnungen. Es werden laufend neue hinzukommen.

## 7. Leistungen in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- Die basel-städtischen Heime leisteten 1'012'269 Pflgetage.
- Tagespflegeheime entlasten pflegende Angehörige und ermöglichen spätere Heimeintritte. Im Jahr 2013 zählten die Tagespflegheime 44'976 Besuchertage.
- Spitex-Dienste leisteten 384'000 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, 170 Plätze**

Diese Wohnform im Pflegeheim zielt darauf ab, die Alltagskompetenz der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Folgende Heime verfügen über Pflegewohngruppen: 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**

Sie bieten Personen mit einer Gefährdung zum Weglaufen einen geschützten Bereich. Psychogeriatrische Abteilungen gibt es 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, 130 Plätze**

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

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

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

Tabelle 7.1-1: Kennzahlen der Pflegeheime 2009 – 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Pflegetage	1'014'057	1'016'569	1'015'653	1'023'525	1'012'269
Anzahl Bewohner	2'770	2'827	2'803	2'850	2'851
Anzahl Frauen	2'178	2'178	2'180	2'180	2'181
Anteil	78.6%	77.6%	77.8%	77.8%	76.5%
Anzahl Männer	592	633	623	632	670
Anteil	21.4%	22.4%	22.2%	22,2%	23.5%
Durchschnittsalter (Jahre)	85.9	86.1	86.1	86.0	85.7
Frauen	86.9	87.1	87.0	87.1	86.9
Männer	82.3	82.8	82.8	82.2	81.7
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Jahre)	3.3	3.3	3.6	3.4	3.2
Frauen	3.6	3.7	3.9	3.9	3.7
Männer	2.5	2.4	2.6	2.2	2.2

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

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

### **Besondere Pflegeeinrichtung für nicht-betagte schwerbehinderte Menschen, maximal 16 Plätze**

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

In Tabelle 7.1-1 finden sich die wichtigsten Kennzahlen zu den Pflegeheimen. Mit 1'012'269 Pflegetagen war im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang der geleisteten Pflegetage zu verzeichnen, was darauf zurück zu führen ist, dass die im Durchschnitt im Jahr 2013 verfügbare Anzahl Pflegeheimplätze leicht unter derjenigen des Vorjahres lag. Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner ist leicht auf 85.7 Jahre zurück gegangen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ging um 0.2 Jahre auf 3.2 Jahre zurück, wobei sich Frauen deutlich länger im Pflegeheim aufhalten (durchschnittlich 3.7 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 gegenüber dem Vorjahr zugenommen und liegt bei 23.5%.

Tabelle 7.2-1: Anzahl Betreuungstage der Tagespflegeheime 2009 – 2013

Anzahl Tage	2009	2010	2011	2012	2013
Verrechnete Pflage tage	43'430	46'682	45'715	47'372	44'976

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

### 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 Demenz erkrankten oder psychisch beeinträchtigten Betagten gerichtet. Die Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Alterspflege wie Hausärzten, Spitex-Organisationen und Transportdiensten wird sichergestellt. Im Jahr 2013 waren 44'976 Betreuungstage zu verzeichnen. Die Angebote werden rege genutzt und weisen regelmässig eine Auslastung von über 90% auf.

### 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 sowie 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 Pflegeeinsätzen. Spitex-Organisationen haben im Jahr 2013 insgesamt rund 384'000 Stunden Spitex-Leistungen erbracht, wobei der grösste Teil mit rund 242'000 Stunden auf Spitex Basel entfällt.

Über 70 weitere Organisationen und Einzelpersonen haben rund 142'000 Stunden 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 Heimtritts wichtig sind, leistet der Kanton Basel-Stadt in einem beschränkten Rahmen Beiträge an rund 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:

- Die Gesamtkosten für Pflege, Betreuung und Unterkunft pflegebedürftiger Personen in Heimen beliefen sich im Jahr 2013 auf 285.7 Mio. Franken. Finanziert wurden diese Kosten durch die Bewohner (47%), den Kanton und die Gemeinden (36%) sowie die Krankenversicherer (17%).
- Das Taxvolumen der Tagespflegeheime erreichte 6.25 Mio. Franken. Der Kanton und die Gemeinde Riehen förderten diese Angebote mit 3.15 Mio. Franken (50%).
- Die ambulanten durch Spitex erbrachten Dienste erreichten ein Leistungsvolumen von 39.5 Mio. Franken. Davon übernahmen die Krankenversicherer 57%, Kanton sowie Gemeinden 37% und die Patienten 6%.
- Kanton und Gemeinden entrichteten Beiträge an die Pflege zu Hause von 2.7 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-Rahmenvertrag 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 nach Pflegebedarf in zwölf Stufen gegliedert. Der gesamte Taxumsatz der 41 basel-städtischen Pflegeheime belief sich im Be-

richtsjahr auf 285.7 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 1.5% gestiegen. Der Anstieg ist zurückzuführen auf die Erhöhung der Grundtaxe um 4.60 Franken pro Tag sowie die höheren Ansätze bei den Pflegenormkosten.

Nicht enthalten im Taxvolumen sind die Kosten der ausserkantonale platzierten Heimbewohner. Im Jahr 2013 hielten sich im Jahresdurchschnitt 149 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 2013 dargestellt. Die Anteile für Hotellerie und Betreuung wurden 2013 um 4.60 Franken erhöht. Die Pflegekosten

Tabelle 8.1-1: Taxvolumen der Pflegeheime in den Jahren 2009 – 2013

in Mio. Franken	2009	2010	2011	2012	2013
Taxvolumen Pflegeheime	262.8	266.3	268.5	281.4	285.7

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

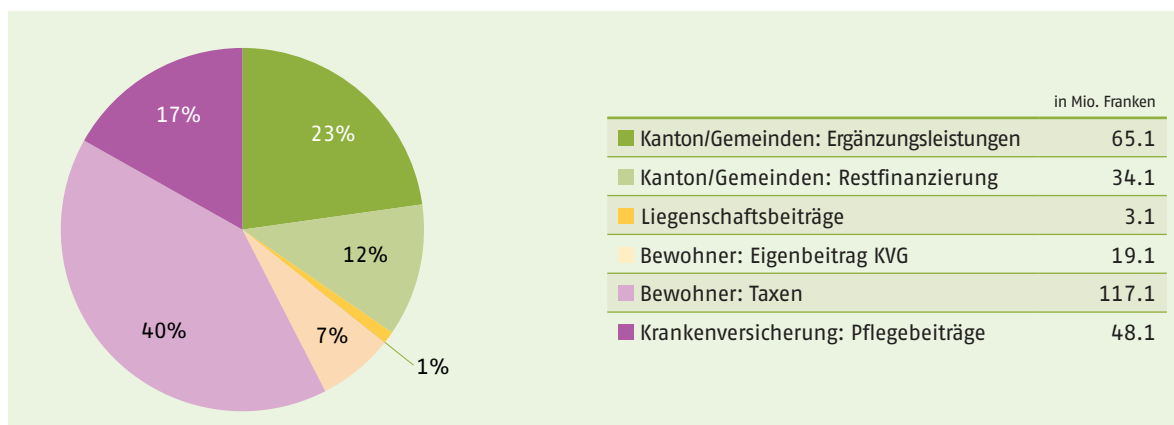
Tabelle 8.1-2: Pflegeheimtarife 2013 und Anteil Pfl egetage je Pflegestufe

Pfl egestufe	Hotellerie und Betreuung	Liegenschaftskosten	Pfl ege				Pfl egetage je Stufe
			Normkosten Total	Bewohner <sup>2</sup>	Kanton/Gemeinde <sup>3</sup>	Krankenversicherung	
	Franken						
Res <sup>1</sup>	144.60	30.00					1.5%
1	144.60	30.00	10.40	1.40		9.00	3.3%
2	144.60	30.00	31.40	13.40		18.00	18.7%
3	144.60	30.00	52.30	21.60	3.70	27.00	1.6%
4	144.60	30.00	73.30	21.60	15.70	36.00	13.8%
5	144.60	30.00	94.20	21.60	27.60	45.00	17.8%
6	144.60	30.00	115.10	21.60	39.50	54.00	1.3%
7	144.60	30.00	136.10	21.60	51.50	63.00	22.7%
8	144.60	30.00	156.90	21.60	63.30	72.00	4.9%
9	144.60	30.00	177.90	21.60	75.30	81.00	12.7%
10	144.60	30.00	198.90	21.60	87.30	90.00	0.1%
11	144.60	30.00	219.80	21.60	99.20	99.00	1.3%
12	144.60	30.00	240.80	21.60	111.20	108.00	0.2%

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Abbildung 8.1-3: Finanzierung des Taxvolumens der Pflegeheime im Jahr 2013



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.1-4: Restfinanzierung der Pflegekosten in Heimen**

in Mio. Franken	2011	2012	2013
Basel	23,5	27,3	29.3
Riehen, Bettingen	3.2	3.2	3.8
<b>Total Basel-Stadt</b>	<b>26,7</b>	<b>30,5</b>	<b>33.1</b>
<i>davon in ausserkantonalen Heimen</i>	0,6	1,8	1.8

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

in Mio. Franken	2009	2010	2011	2012	2013
EL Kanton	71.4	71.8	57.9	61.3	64.3
EL-Anteil Riehen, Bettingen	1.1	1.3	0.7	0.6	0.9
<b>Total EL Basel-Stadt</b>	<b>72.5</b>	<b>73.1</b>	<b>58.6</b>	<b>61.9</b>	<b>65.2</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

Die Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen hat sich im Vergleich zum Jahr 2012 stark verändert. Dies ist auf die schweizweit durchgeführte Kalibrierung der Bedarfsabklärungsinstrumente zurück zu führen, welche in Basel-Stadt zum Effekt hatte, dass über die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in eine tiefere Stufe eingeteilt wurden.

### 8.1.2 Finanzierung des Pflegeheimtaxvolumens

In Abbildung 8.1-3 ist die Finanzierungsaufteilung der Pflegeheimkosten (Taxvolumen plus Liegenschaftsbeiträge) von 285.7 Mio. Franken dargestellt. Den grössten Anteil der Pflegeheimtaxen (47% bzw. 136.2 Mio. Franken) tragen die Bewohner selbst. Dazu zählen die Tagestaxen für Unterkunft und Be-

treuung sowie der Eigenbeitrag für die Pflegeleistungen gemäss KVG (19.1 Mio. Franken). Kanton und Gemeinden finanzieren 102.3 Mio. Franken oder 36% via Restfinanzierung, Ergänzungsleistungen und Liegenschaftsbeiträge. Die Krankenversicherer tragen 48.1 Mio. Franken oder 17% an die Pflegekosten 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 rund 60% der pflegebedürftigen Menschen in Heimen beansprucht. Die Pflegekosten im engeren Sinn, das heisst die medizinisch bedingten Pflegeleistungen 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 26.60 Franken pro Pflageetag). Somit liegt die maximale Belastung bei 196.20 Franken 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 2013 wurden durch den Kanton Basel-Stadt 64.3 Mio. Franken Ergänzungsleistungen an Heimbewohner zur Finanzierung des Aufenthalts entrichtet. Von diesem Betrag bereits abgezogen sind die Bundesbeiträge von rund 5.7 Mio. Franken. Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg von 3 Mio. Franken oder 4.9% dar. Der Grund für diesen Wiederanstieg liegt in der Erhöhung der Tagestaxe. 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. 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/ELG).

#### **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**

Im Jahr 2013 wurden Baubeiträge in der Höhe von knapp 10.4 Mio. Franken ausbezahlt. In Zukunft sollen die Investitionskosten im Sinne einer Vollkostenfinanzierung über die Tagestaxe getragen werden (vergleiche Kapitel 11: Factsheet Baufinanzierung von Pflegeheimen - Systemumstellung).

### **8.2 Tageseinrichtungen**

Die Gesamtkosten der Tagespflege betragen im Jahr 2013 6.3 Mio. Franken. Diese wurden zu 51% durch die öffentliche Hand (Kanton/Gemeinde), zu 30% durch die Tagesgäste (subsidiär Ergänzungsleistungen zur AHV) und zu 19% durch Beiträge der Krankenversicherer finanziert (Abbildung 8.2-1).

### **8.3 Spitex-Organisationen**

Für Spitex-Organisationen ohne besonderen Leistungsauftrag gelten gemäss den 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).

Die Versorgungssicherheit in Bezug auf die rasche und umfassende Verfügbarkeit der Spitex-Leistungen wird durch die Vergabe von besonderen Leistungsaufträgen sichergestellt. Der Mehraufwand in der Leistungserstellung wird im Rahmen erhöhter Normkosten zu Lasten der kantonalen Restfinanzierung abgegolten. Der grössere Finanzierungsbedarf entsteht insbesondere durch erhöhte Anforderungen an die Qualifikation des Personals für spezialisierte Leistungen, anspruchsvollere Qualitätssicherung, vermehrte Ausbildungstätigkeit und die Sicherstellung einer unmittelbaren Patientenaufnahme auch in Randzeiten. Besondere Leistungsaufträge bestehen mit Spitex Basel, Spitex Riehen/Bettingen und curavis.



**Tabelle 8.1-6: Kantonale Liegenschaftsbeiträge für Pflegeheime**

in Mio. Franken	2009	2010	2011	2012	2013
Liegenschaftsbeiträge	5.0	4.4	3.2	3.4	3.1

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.2-1: Finanzierungsaufteilung der Tagestaxen 2013 von Tagespflegeheimen**

Tagespflegeheim <sup>1</sup>	Plätze	Spezialisiert	Tagespauschale	Kantonsbeitrag	Erträge total
			Franken Brutto <sup>2</sup>	Franken pro Tag	
Alban-Breite	20	Nein	66.00	63.00	129.00
Egliseeholz	52	Nein	66.00	63.00	129.00
Weiheweg	22	Nein	66.00	63.00	129.00
Felix Platter	34	Nein	66.00	63.00	129.00
Dandelion	12	Ja	81.00	78.00	159.00
Im Gellert	13	Ja	81.00	78.00	159.00
Atrium	10	Ja	81.00	78.00	159.00
Tagesstätte 65+ <sup>3</sup>	12	Ja	73.00	71.00	144.00

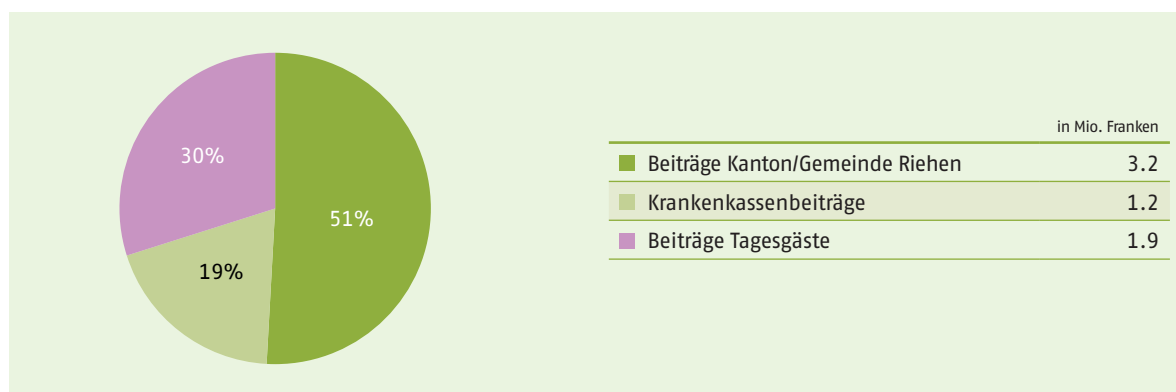
1 Das Tagespflegeheim Wendelin erhielt Beiträge von der Gemeinde Riehen.

2 An diese Tagespauschale leisteten die Krankenkassen i.d.R. einen Beitrag von 27 Franken pro Tag.

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

3 Ab Mai 2013 wurde die Tagesstätte 65+ nach zweijähriger Pilotphase in ein ordentliches Angebot überführt.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Abbildung 8.2-2: Finanzierung des Taxvolumens der Tagesheime im Jahr 2013**

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

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

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

**Tabelle 8.3-2: Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen im Jahr 2013**

	Anzahl Stunden	Total Kosten	KVG-Beiträge	Eigenbeitrag Patienten	Restfinanzierung Kanton/ Gemeinde
		in Mio. Franken			
mit besonderem Leistungsauftrag	242'195	28.0	14.5	1.6	11.9
ohne besonderen Leistungsauftrag	142'151	11.5	8.0	0.7	2.8
<b>Total Spitex-Leistung</b>	<b>384'346</b>	<b>39.5</b>	<b>22.5</b>	<b>2.3</b>	<b>14.7</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

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

in Mio, Franken	2009	2010	2011	2012	2013
Basel	2.0	2.3	2.3	2.4	2.3
Riehen, Bettingen	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
<b>Total Basel-Stadt</b>	<b>2.3</b>	<b>2.7</b>	<b>2.7</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

In Tabelle 8.3-2 sind Kosten und Finanzierung der Spitex-Leistungen dargestellt. Von den Gesamtkosten von 39.5 Mio. Franken übernimmt die Krankenversicherung 57%, Kanton und Gemeinden 37% und die Patienten mit dem KVG-Eigenbeitrag 6%.

#### 8.4 Beiträge an die Pflege zu Hause

Betagte, kranke oder behinderte Personen, welche zu Hause regelmässig gepflegt werden, erhalten auf Antrag eine finanzielle Unterstützung. Der Beitrag steht all jenen Pflegebedürftigen zu, die täglich mehr als 60 Minuten Leistungen der Grundpflege (An- und

Auskleiden, Einnahme des Essens, Körperpflege etc.) durch Angehörige, Nachbarn oder Drittpersonen erhalten. Nicht entschädigt werden 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 2013 richteten der Kanton (für die Stadt Basel) und die Gemeinden Riehen und Bettingen Beiträge an die Pflege zu Hause von insgesamt 2.7 Mio. Franken aus (Tabelle 8.4-1).

## 9. Qualitätssicherung in der Langzeitpflege



### In Kürze:

- In neun Pflegeheimen wurde auf der Grundlage des Qualitätsmanagement-Instruments «qualivista» ein Aufsichtsbesuch durchgeführt. Die Ergebnisse lassen eine qualitativ gute Leistungserbringung der Heime erkennen.
- Die Pflegeheim-Qualitätskommission zusammengesetzt aus Vertretungen des Verbandes gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime, der Krankenversicherer, der Medizinischen Gesellschaft (MedGes) sowie des Kantons Basel-Stadt (Abteilung Langzeitpflege), führte einen Qualitätstag mit dem Thema «Palliative Care – eine Frage der Führung» durch.
- Es ist ein Trend zu Spezialangeboten bei den freiberuflichen Spitex-Pflegefachpersonen festzustellen.

### 9.1 Qualitätssicherung in den Pflegeheimen

#### 9.1.1 Aufsichtsbesuche mit qualivista

In neun Pflegeheimen wurden reguläre, eintägige Aufsichtsbesuche durchgeführt. Dabei überprüfen und beurteilen Fachexperten die verschiedenen Arbeitsbereiche nach den vorgegebenen Qualitätskriterien von qualivista, welches als Arbeitsinstrument für die Qualitätssicherung in Pflegeheimen dient und aufgrund seines prozessorientierten sowie fachbereichsspezifischen Aufbaus das Heimpersonal in seiner täglichen Arbeit unterstützt.

In den besuchten Heimen wurde, mit einer Ausnahme, eine stabile Qualität festgestellt. In einem Pflegeheim fanden in rascher Folge mehrere unerwartete Wechsel auf der Führungsebene statt, durch welche sich eine angespannte personelle Situation entwickelte. Die rasche Intervention im Rahmen der Aufsichtstätigkeit des Gesundheitsdepartements trug zu einer Stabilisierung bei. Die in diesem Zusammenhang erlassenen Weisungen und festgestellten Verbesserungsanforderungen wurden generell mit einer pro-

fessionellen und konstruktiven Haltung angegangen. Aufgrund des neuen Erwachsenenschutzgesetzes, welches am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist, wurde qualivista an die entsprechenden rechtlichen Grundlagen angepasst. Im November 2013 wurde den Pflegeheimen die überarbeitete, neu webbasierte Version zur Verfügung gestellt. Qualivista ermöglicht es den Institutionen laufend eine systematische Selbstbeurteilung durchzuführen. Davon machten die Heime noch wenig Gebrauch.

#### 9.1.2 RAI-Audits

Die Abrechnungsbasis für die Ausrichtung der Pflegebeiträge der Krankenversicherer erfolgt aufgrund der Zuweisung der Pflegeheimbewohner auf eine der zwölf Pflegestufen aufgrund des ausgewiesenen Pflegebedarfs. Diese Pflegebedarfseinstufung wird im Kanton Basel-Stadt seit dem Jahr 2002 mit dem RAI/RUG-System durchgeführt, welches einen differenzierten und nachvollziehbaren Prozess vorgibt. Diese Einstufungen bestimmen die Pflegeplanung und die Entschädigung der Pflegeleistungen. Sie werden von

den Pflegeheimen selbst vorgenommen. Eine paritätische Abklärungs- und Kontrollkommission der Alters- und Pflegeheime (ParKo APH) überprüft stichprobenweise die Pflegebedarfseinstufungen der Heime. Die Kommission wird vom Verband der gemeinnützigen Basler Alterspflegeheime, den Krankenversicherern und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt getragen. Die ParKo APH beauftragt paritätische RAI-Audit-Teams, welche systematisch und im Zyklus von drei Jahren Audits zu Pflegeeinstufungen sowie zur Systemanwendung in allen Vertragsheimen durchführen. Werden im Rahmen eines RAI-Audits Fehleinstufungen oder Systemschwächen festgestellt, korrigiert die ParKo APH diese 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 13 Heimen wurde im Berichtsjahr ein RAI-Audit durchgeführt (zwölf reguläre Audits, ein Nachaudit). Ein Pflegeheim hat gegen den Entscheid der ParKo APH Einsprache erhoben. Trotz eines in der Folge eingeholten externen Gutachtens, konnte noch keine Einigung erzielt werden.

Die Statistik der Ergebnisse der durchgeführten RAI-Audits (Tabelle 9.1-1) zeigt, dass Überprüfungen weiterhin wichtig sind, um eine adäquate Umsetzung des RAI-Systems zu gewährleisten. Im Berichtsjahr liegt die Quote der Fehleinstufungen um fünf Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Eine bewusst wahrgenommene Führungsverantwortung der RAI-Hauptverantwortlichen im Pflegeheim, eine solide Schulungskultur sowie hinreichend ausgebildete RAI-Anwenderinnen gelten als stabilisierende Faktoren, die zu einer besseren Umsetzung und Anwendung des RAI-Systems führen. Als Verbesserungsmaßnahmen wurden daher vor allem Schulungen zur verstärkten Qualifikation der RAI-Anwenderinnen und die Schaffung von klaren Strukturen empfohlen. Die verstärkte Schulung der Mitarbeiterinnen zur Erstellung von aussagekräftigen Pflegedokumentationen ist eine weitere empfohlene Verbesserungsmaßnahme.

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

---

### 9.1.3 Besonderer Leistungsauftrag für besonders aufwändige Pflege

Die Pflegeheime übernehmen punktuell komplexe pflegerische Situationen, welche den gemäss RAI-System eruierten Pflegeaufwand massiv übersteigen, aber keine Spitalstruktur mehr erfordern. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung kann das Gesundheitsdepartement gemäss Pflegeheim-Rahmenvertrag einen besonderen Leistungsauftrag erteilen, durch welchen der ausserordentlich hohe Pflegeaufwand mit einem Taxzuschlag abgegolten wird. Diese Kosten werden den Bewohnenden verrechnet und subsidiär durch die Ergänzungsleistungen getragen. Im Berichtsjahr waren vier solche besonderen Leistungsaufträge notwendig.

---

### 9.1.4 Qualitätstag

Im Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz sind die Kantone zur Umsetzung der «nationalen Strategie Palliative Care» aufgefordert. Dieses Konzept soll die vielfältigen Arbeiten im Rahmen der Strategie auf eine gemeinsame Grundlage stellen und in einen Gesamtkontext bringen. Qualivista hat die Qualitätsanforderung «Palliative Care» aufgenommen. Mit dem Qualitätstag «Palliative Care – eine Frage der Führung» wurden rund 100 Vertreterinnen und Vertreter der Heimträgerschaften und der operativen Führungsebene auf dieses interdisziplinäre Thema sensibilisiert. Die Teilnehmenden werden durch den Austausch von Informationen und Erfahrungswissen wirksam in ihrem Pflegealltag unterstützt.

Tabelle 9.1-1: Ergebnisse der RAI-Audits

	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl überprüfter Institutionen	12	12	12	9	13
Anzahl Pflegeplätze dieser Institutionen	814	690	714	553	913
Anzahl überprüfte Bewohner-Situationen	171	152	164	120	207
Anteil an den Plätzen der überprüften Institutionen	21%	22%	23%	22%	23%
Anteil korrekte Einstufungen	85%	90%	91%	96%	91%
Anteil falsche Einstufungen	15%	10%	9%	4%	9%
... davon zu hoch eingestuft	13%	10%	8%	4%	9%
... davon zu tief eingestuft	2%	0%	1%	0%	0%

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

## 9.2 Qualitätssicherung bei Spitex-Organisationen

Spitex Basel erstellt gemäss kantonalem Leistungsauftrag 2012 bis 2014 einen jährlichen Qualitätsbericht. Die Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebots und die Sicherung der Qualität sowie die Verbesserung des Angebots standen im Berichtsjahr im Vordergrund.

Insgesamt verfügten 37 Spitex-Organisationen (Gesellschaften nach Obligationenrecht) über eine kantonale Spitex-Bewilligung, davon wurden drei Bewilligungen neu ausgestellt, zwei Bewilligungen gelöscht und eine Spitex-Organisation hat mit einer anderen Organisation fusioniert. Einer Spitex-Organisation musste aufgrund gravierender Qualitätsmängel die Bewilligung entzogen werden.

Die Anzahl freiberuflichen Spitex-Einzelanbieter, welche über eine kantonale Spitex-Bewilligung verfügen, hat leicht auf 54 (+2) zugenommen. Es wurden acht Bewilligungen gelöscht und zehn neue erteilt. Eine immer grössere Anzahl dieser Pflegefachpersonen bieten spezialisierte Angebote an. Elf arbeiten im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege, fünf sind als Wundexpertinnen tätig, acht Personen haben sich auf Still- und Wochenbettpflege spezialisiert und zwei führen Diabetes-Beratungen durch. Diese Dienstleistungen stellen ein wichtiges Angebot in der ambulanten Pflege dar.

Die Bewilligungsverordnung aufgrund des baselstädtischen Gesundheitsgesetzes (SG 310.120) schreibt auch für die Spitex-Dienste eine systematische Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen

für die Durchführung einer fachgerechten Pflege vor. Dies wird durch periodische Aufsichtsbesuche sichergestellt. Im Berichtsjahr wurden insgesamt zwölf Hausbesuche bei Spitex-Diensten durchgeführt. Es 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 bei der Durchführung von Bedarfsabklärungen sowie der Führung von professionellen Pflegedokumentationen.

# Teil IV

# **Anhang**

# 10. Factsheet Finanzierung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Spitälern



## In Kürze:

- Die Kosten für universitäre Lehre und Forschung fallen in den Betriebsabläufen der Spitälern weit verzweigt an. Sie sind schwer fassbar und können nur aufgrund qualifizierter Studien geschätzt werden.
- Die gesetzlichen Bestimmungen schliessen eine Finanzierung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung durch die Krankenversicherung aus. Sie werden durch normative Abzüge aus der Berechnungsgrundlage für die KVG-Tarife ausgeschlossen, welche gemessen an den effektiven Kosten zu hoch ausfallen.
- Weil die Abgeltung der ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung der Spitälern nicht ausreichend geregelt ist, besteht eine Finanzierungslücke zu Lasten des Kantons Basel-Stadt.

Als gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) dürfen die Kosten für Lehre und Forschung nicht durch die Krankenversicherer abgegolten werden (Art. 49 Abs. 3 KVG). Weil diese Kosten in den Betriebsabläufen der Spitälern weit verzweigt an vielen Stellen anfallen, sind sie in der Realität rechnerisch nur schwer fassbar und können lediglich aufgrund qualifizierter Studien annähernd beziffert werden.

### 10.1 Definition der Kosten der universitären Lehre und Forschung

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 7 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) definieren sich die Kosten der universitären Lehre und Forschung (L+F-Kosten) wie folgt:

#### Artikel 7 VKL:

- 1 Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für:
  - a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms;
  - b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.
- 2 Als Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

- 3 *Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.*

Demnach werden als L+F-Kosten definiert:

- als direkte Kosten der universitären Lehre: die Aus- und Weiterbildungskosten bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels (Abs. 1 Bst. a und b).
- als indirekte Kosten der universitären Lehre und Forschung gelten auch indirekte, durch diese Tätigkeiten ausgelöste Aufwendungen (Abs. 3; d.h. insbesondere Kosten der betrieblichen Produktivitätsverluste).

### 10.2 Kostenerhebungen der beiden Basel

Die beiden Basel haben im Vorfeld des Universitätsvertrags von 2006 die L+F-Kosten in den Spitälern erhoben. Diese Arbeiten bildeten die Grundlage für die Leistungsvereinbarung der Universität Basel mit den Universitätskliniken bezüglich Abgeltung der L+F-Kosten. Aufgrund der bikantonalen Trägerschaft der Universität, werden diese Kosten durch die Trägerkantone paritätisch finanziert. Die Leistungsvereinbarung wird mit jeder Leistungsperiode der Teuerung resp. strategischen Neuerungen angepasst.

Im Jahr 2013 hat die Universität den Spitälern im Kanton Basel-Stadt dafür rund 74.8 Mio. Franken ausgerichtet. Dieser Betrag enthält die effektiven Kosten der universitären Lehre und Forschung, indem definierte Anteile der Personal- und Sachkosten für diese Tätigkeiten in den Spitälern entschädigt werden. Nicht enthalten sind die Kosten für die Weiterbildung bis zum eidgenössischen Facharztstitel, welche erst nach dem Staatsexamen anfallen. Dadurch werden Mehrkosten, die durch den Produktivitätsverlust der universitären Ausbildung und Forschung entstehen nicht abgegolten. Diese müssen mangels anderer Mechanismen derzeit vom Standortkanton Basel-Stadt getragen werden.

### 10.3 Finanzierungslücke bei der universitären Lehre und Forschung

Vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung nahmen die Krankenversicherer gestützt auf die 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 festgelegte Normabzug von 25% des gesamten stationären Betriebsaufwands. Die eidgenössische Preisüberwachung hält für die Berechnung ihrer Empfehlungen mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab dem Jahr 2012 nach wie vor am normativen Ansatz mit einem leicht tieferen Abzug von 23% fest.

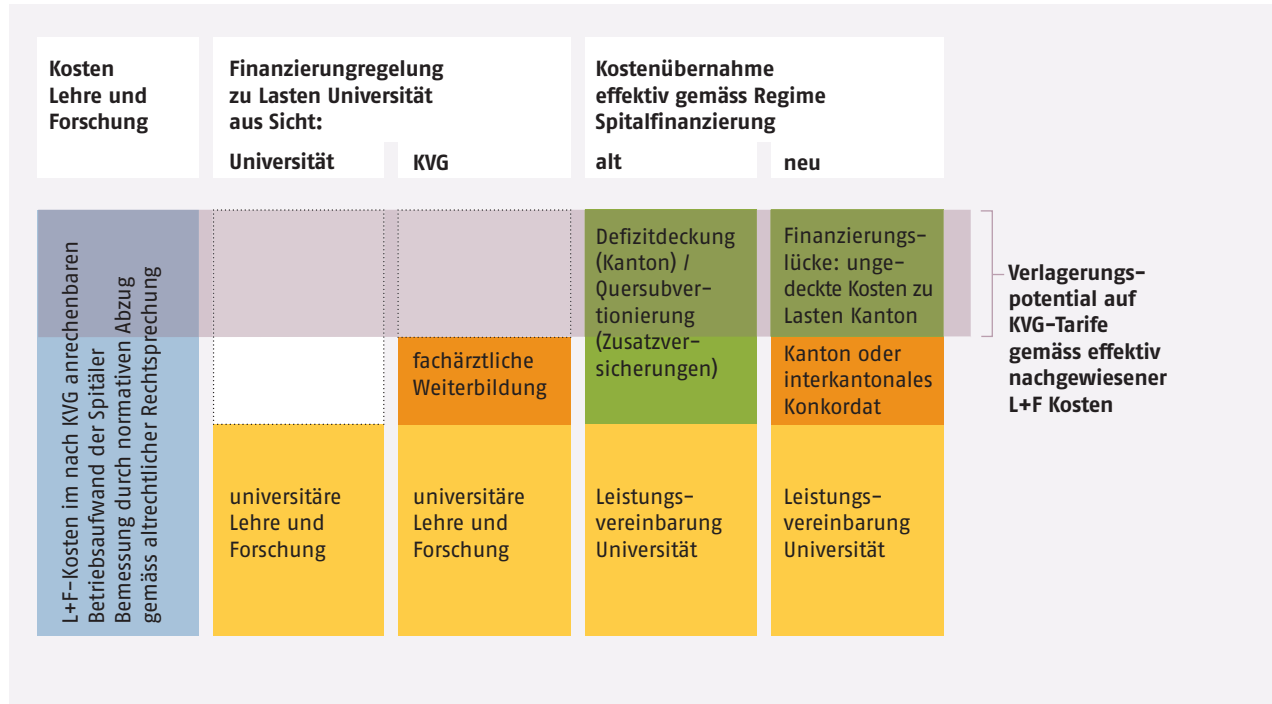
Aufgrund der bestehenden Praxis kürzen die Krankenversicherer in den Tarifverhandlungen den für die Tarifberechnung anrechenbaren Betriebsaufwand der baselstädtischen Spitäler um ca. 23%, was rund 140 Mio. Franken entspricht (Basis Kostenrechnungen des Jahres 2012, ohne UKBB, davon: USB rund 110 Mio. Franken und UPK rund 25 Mio. Franken). Die Universität Basel zahlt den Spitälern aus Mitteln der Trägerkantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine Leistungsabgeltung für universitäre Lehre und Forschung von rund 65.3 Mio. Franken. Sowie dem UKBB rund 9.5 Mio. Franken.

Eine vom Bundesamt für Statistik im Jahr 2010 durchgeführte Studie<sup>23</sup> ermittelte einen Satz für die Kosten der universitären Lehre und Forschung zwischen 9% und 13% der Betriebskosten von Universitätsspitalern. Die Rechtslage ist derzeit noch nicht abschliessend geklärt. Dieser Wert beinhaltet nur die direkten Kosten für universitäre Lehre und Forschung (nicht darin enthalten sind die durch die universitäre Ausbildung bedingten Kosten aufgrund der tieferen betrieblichen Produktivität und die Kosten für die unstrukturierte Weiterbildung; Bedside-teaching etc.).

Die GDK ist zur Zeit bestrebt, eine interkantonale Vereinbarung auszuarbeiten, welche einen nationalen Finanzierungsmechanismus für die ärztliche Weiterbildung bis zum eidgenössischen Facharztstitel regelt. Die Finanzierung könnte dadurch auf eine breitere, nutzungsgerechte Basis gestellt werden. Die Kosten zur Abgeltung von GWL des Kantons Basel-Stadt könnten entsprechend reduziert werden, weil sie dann nicht nur durch die Kantone mit grossen



Abbildung 10.3-1: Finanzierungslücke der Spitäler betreffend Kosten für universitäre Lehre und Forschung



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Universitäts- oder Zentrumsspitäler aufgebracht werden müssten. Aufgrund eines starken finanzpolitisch motivierten Widerstands verschiedener Kantone wird eine solche interkantonale Vereinbarung - wenn überhaupt - deutlich später (frühestens per 1. Januar 2017) als ursprünglich angenommen zu Stande kommen. Ferner wird sie zu wesentlich tieferen und damit bei weitem nicht Kosten deckenden Abgeltungssätzen als bisher geplant eingeführt werden.

Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen von Krankenversicherern und Universität bezüglich Abgeltung der universitären Lehre und Forschung führen zu einer substantiellen Finanzierungslücke bei den Spitalern, die in Abbildung 10.3-1 dargestellt ist.

Mit Rücksicht auf das bereits hohe Prämienniveau wurde im Kanton Basel-Stadt die Strategie festgelegt, zunächst auf eine möglichst weitgehende Umwälzung der ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung auf die Krankenkassenprämien zu verzichten und den Spitalern die ungedeckte Differenz als GWL zu vergüten.

#### 10.4 Mögliche Finanzierungsvarianten der Deckungslücke bei den L+F-Aufwendungen der Spitäler

Zur Finanzierung der ungedeckten Kosten für die universitäre Lehre und Forschung nach KVG im Rahmen von GWL durch den Kanton Basel-Stadt bestehen grundsätzlich folgende Alternativen:

- Bikantonale Finanzierung der ungedeckten Kosten.
- Da eine Abgeltung dieser Kosten durch eine Integration in den Leistungsauftrag der Universität Basel, wie dies im KVG implizit angelegt ist, nicht möglich ist, könnte analysiert werden, bei welchen Anteilen es sich um regionale Zentrumsleistungen handelt, die abgegolten werden müssten.
- Überwälzung der Kosten auf die KVG Tarife indem der Kanton die nicht gerechtfertigt hohen Abzüge der Versicherer für universitäre Lehre und Forschung nicht anerkennt und somit höhere Tarife für die Spitäler resultieren. Dadurch würde eine Finanzierung der L+F-Kosten gemäss der Herkunft der Patienten sichergestellt. Um dies zu erreichen, müsste der Kanton diese Tarife wahrscheinlich festsetzen (unter gleichzeitiger Einstellung der entsprechenden Zahlungen von GWL), weil die Versicherer zu solchen Tariferhöhungen kaum Hand bieten würden.
- Eine Mischlösung der beiden vorgenannten Varianten.

#### 10.5 Auslegeordnung nach den ersten Bundesverwaltungsgerichtsurteilen zu den Spitaltarifen

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat in seinen beiden ersten Urteilen zu den Spitaltarifen (Baserates) auch zur Frage des normativen Abzugs für Lehre und Forschung Stellung genommen;<sup>24</sup> grundsätzlich sind normative Abzüge für einen nicht anrechenbaren Aufwand für universitäre Lehre und Forschung nur dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingt, von der betreffenden Leistungserbringerin die entscheidenderheblichen (transparenten) Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, dass die Leistungserbringerin mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass sie entgegen den Vorschriften keine transparenten Daten geliefert hat. Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen ist, wurde vom BVGer offen gelassen. Es hat dazu festgehalten, dass es nicht zulässig ist, diesen Normabzug mit Kantonsbeiträgen (z.B. Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen) gleichzusetzen, da diese nicht zwingend den effektiven Kosten entsprechen müssen.

Mit dieser Auslegung stützt das Bundesverwaltungsgericht die bisherige Meinung der Kantone, dass die normativen Abzüge für universitäre Lehre und Forschung weitaus zu hoch sind. Können Spitäler ihre Kosten für universitäre Lehre und Forschung effektiv ausweisen, sind diese in Abzug zu bringen. Die Kantone werden nun in den nächsten Jahren diese Praxis in den Tarifgenehmigungen umsetzen und halten die Spitäler an, ihre Verhandlungen mit den Krankenversicherern entsprechend der neuen Praxis zu führen. Dies bedeutet aber auch, dass die für die Betriebsvergleiche und das Benchmarking resultierenden anrechenbaren Kosten höher werden und damit auch höhere Tarife resultieren, was zu höheren Prämien führt. Mit dieser neuen Praxis wird der Kanton Basel-Stadt, der bisher die ungerechtfertigt hohen Abzüge der Versicherer bei den Spitälern über gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgeglichen hat, nun im Kantonsbudget bei diesen Beiträgen entlastet. Zudem würde aufgrund des hohen Anteils an ausserkantonalen Patienten in baselstädtischen Spitälern eine zumindest teilweise Überwälzung der bisher gemäss KVG ungedeckten L+F-Kosten des Universitätsspitals auf die KVG-Tarife und damit auch auf die ausserkantonalen Patienten und deren Herkunftskantone die kantonale Rechnung deutlich entlasten.

Die ungedeckten Kosten des Universitätsspitals Basel machen mit rund 45 Mio. Franken den grössten Anteil der ungedeckten L+F-Kosten aus. Bei einer Erhöhung der Baserate des Universitätsspitals um 1'000 Franken (auf ca. 11'500 Franken), was im Quervergleich mit anderen Universitätsspitalern nicht unrealistisch erscheint (Zürich: 11'400 Franken), würde ein Mehrertrag von rund 30 Mio. Franken generiert. Entsprechend könnten die GWL abgesenkt werden. Die Kosten für den Kantonsbeitrag an die Spitalbehandlung gemäss KVG würden aufgrund der höheren Tarife lediglich um 9 bis 10 Mio. Franken steigen. Mit den freien Mitteln könnte der kantonale Vergütungsanteil von heute 55 Prozent um bis zu 4 Prozentpunkte erhöht werden. Damit wäre der Umlagerungseffekt auf die basel-städtischen Prämien kostenneutral und Dank der Einsparungen durch die Belastung der ausserkantonalen Patienten würde es zu keiner Mehrbelastung der basel-städtischen Rechnung kommen. Die Erhöhung der Baserate wäre in dieser Modellrechnung ohne Mehrbelastung der basel-städtischen Prämien möglich.

Eine Voraussetzung zur Erhöhung des kantonalen Vergütungsanteils an die stationäre Behandlung ist aber, dass auf Bundesebene aufsichtsrechtliche Bestimmungen geschaffen werden, welche sicherstellen, dass finanzielle Mittel, welche die Kantone in eine Erhöhung ihres Finanzierungsanteils investieren, auch im gleichen Ausmass die kantonalen Prämien verbilligen und nicht in andere Kantone abfliessen können. Mit dem neuen Bundesgesetz betreffend Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG), welches im Oktober 2014 von den Räten verabschiedet wurde, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung erfolgt; absolute Sicherheit bietet aber auch dieses Gesetz nicht.

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

24 Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014 i.S. Festsetzung der Baserate des Kantonsspitals Luzern Urteil C-2283/2013, C-3617/2013 vom 11. September 2012 i.S. Festsetzung der ab 2012 geltenden Fallpreispauschalen für Akutspitäler des Kantons Zürich

# 11. Factsheet Baufinanzierung von Pflegeheimen – Systemumstellung



## In Kürze:

- Der Kanton Basel-Stadt richtet in Zukunft keine Investitionsbeiträge an den Bau von Pflegeheimen mehr aus.
- Pflegeheimbauten werden neu durch Tagestaxen auf der Basis der Vollkosten finanziert. Die Heime bilden langfristige Rücklagen, um das notwendige Kapital für Neu- und Ersatzinvestitionen sicherzustellen.
- Der Taxanteil für die Liegenschaft wird in den Jahren 2015 bis 2017 um jeweils 5 Franken angehoben.

## 11.1 Bisheriges System zur Finanzierung von Pflegeheimbauten

### 11.1.1 Investitionsbeiträge an den Bau von Pflegeheimen

Die Investitionsbeiträge in der bisherigen Form wurden als à fonds perdu-Zahlung gewährt. Sie erscheinen nicht in der Bilanz des Pflegeheimes, führen jedoch zu einer tieferen Aktiv-Position der Liegenschaft. Für die Bemessung der Beitragshöhe waren die Anzahl Pflegeplätze und ein durchschnittlicher Baukostenwert für die Erstellung eines allgemeinen Pflegeheimplatzes massgeblich. Die Investitionsbeiträge deckten knapp einen Drittel der Erstellungskosten.

### 11.1.2 Liegenschaftsbeiträge

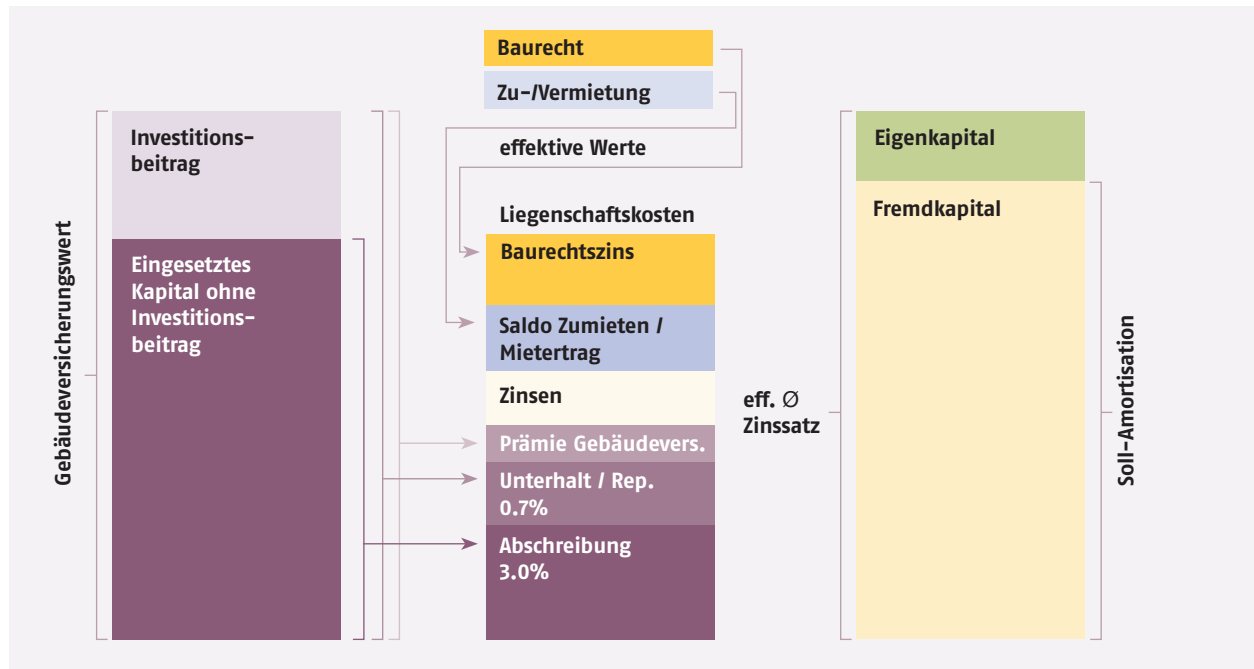
Für die Finanzierung der Liegenschaft entrichten Pflegeheimbewohner einen festgelegten Anteil der Pflege- taxe. Dieser ist über alle Pflegeheime gleich. Dadurch wird erreicht, dass die Wahl eines Pflegeheimes nicht von der Höhe der Unterbringungstaxe abhängig gemacht wird, sondern rein aufgrund von medizinisch- pflegerischen Überlegungen sowie der Präferenzen des zukünftigen Bewohners erfolgen kann.

Die effektiven Liegenschaftskosten der einzelnen Pflegeheime variieren zwischen rund 20 und 50 Franken. Der finanzielle Ausgleich dieser Unterschiede erfolgt durch das Instrument der Liegenschaftsbeiträge. Heime, deren effektive Kosten unterhalb des aktuellen Liegenschaftstaxanteils zu stehen kommen, müssen die Differenz zum aktuellen Wert für spätere Investitionsvorhaben zurückstellen und in ihren Revisionsberichten ausweisen sowie testieren lassen. Das Gesundheitsdepartement führt für jedes Pflegeheim eine Liegenschaftskalkulation. Der Pflegeheim-Rahmenvertrag 2012–2016 (SR 329.500) zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Verband gemeinnütziger Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) enthält Vereinbarungen über die Regelung dieses Systems.

### 11.1.3 Systemwechsel

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat Ende 2013 ein neues Finanzierungssystem für Pflegeheimbauten beschlossen. Ab dem Jahr 2017 sollen Pflegeheimbauten ohne Investitionsbeiträge des Kantons auskommen. Stattdessen werden die Vollkosten in die Unterbringungstaxe eingerechnet und dadurch leistungsorientiert und verursachergerecht getragen. Mit dem Wegfall der Investitionsbeiträge des Kantons steigt der Liegenschaftskostenanteil in der Pflege-

Abbildung 11.1-1: Berechnungsparameter Liegenschaftskosten



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

heimtaxe, was zu einer höheren finanziellen Belastung der Bewohner führt. Die laufende Rechnung des Kantons erfährt eine Mehrbelastung, weil etwa die Hälfte der Pflegeheimbewohner die Kosten des Heimaufenthalts nicht selbst bestreiten kann und aus diesem Grund subsidiäre Ergänzungsleistungen zur AHV bezieht. Im Gegenzug wird die kantonale Investitionsrechnung entlastet, weil keine Investitionsbeiträge für Pflegeheimbauten mehr ausgerichtet werden.

Für die Trägerschaften der Pflegeheime wächst durch den Wegfall der Investitionsbeiträge das finanzielle Risiko bei Neubauten oder grösseren Sanierungsprojekten. Bisher traten die Beiträge des Kantons an die Stelle von Eigenkapital. Da diese Beiträge nun wegfallen, wird die Kapitalbeschaffung auf dem Finanzmarkt erschwert, was im Einzelfall erhebliche Auswirkungen auf Projekte haben kann, von höheren Baukosten bis hin zur Nicht-Realisierung.

### Eckpfeiler eines neuen Finanzierungssystems

Nebst der Ermöglichung der notwendigen Neubauten zur Sicherung der Versorgung im stationären Pflegebereich steht bei der Finanzierung von Heimbauprojekten der Erhalt der bestehenden Kapazitäten im Vordergrund. Viele Institutionen werden in den nächsten Jahren grössere Sanierungsmassnahmen

ergreifen müssen. Aus Sicht des Gesundheitsdepartements weisen heute mindestens achtzig Prozent der basel-städtischen Heime keine ausreichende Eigenkapitaldecke auf, um ein grösseres Sanierungsprojekt aus eigenen Mitteln zu finanzieren bzw. eine entsprechende Fremdfinanzierung zu ermöglichen.

Eine ausreichende Übergangsfrist sollte es demnach ermöglichen, dass den Heimen über die um 15 Franken erhöhte Taxe ein ausreichender Zeitraum zum Aufbau von Eigenkapital ermöglicht wird (Erhöhung des Taxanteils Liegenschaft über drei Jahre hinweg in Schritten von 5 Franken). Dadurch sollen auch die baselstädtischen, gemeinnützigen Institutionen überleben können. So soll verhindert werden, dass die Heimszene mittelfristig nur noch durch kommerzielle Anbieter geprägt wird.

Die Rahmenbedingungen für das neue Finanzierungssystem sollen im Vertrag mit dem VAP per 1. Januar 2017 verbindlich geregelt werden. Aus Sicht des Gesundheitsdepartements ist dabei zentral, dass die Kontrollmechanismen bezüglich Rückstellungen für den Liegenschaftsbereich weiter verfeinert werden. Damit soll verhindert werden, dass für Neu- oder Sanierungsbauten geäuftetes Eigenkapital für den Betrieb zweckentfremdet wird.

## 12. Kennzahlen der Spitäler und Pflegeheime

12.1: Kennzahlen der Spitäler für das Jahr 2013

	Adullam-Spital	Bethesda-Spital	Felix Platter-Spital	Palliativzentrum Hildegard	Klinik Sonnenhalde	Merian Iselin Klinik
<b>Anzahl Planbetten</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>251</b>	<b>22</b>	<b>68</b>	<b>130</b>
<b>Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)</b>	<b>243</b>	<b>419</b>	<b>659</b>	<b>54</b>	<b>118</b>	<b>408</b>
<b>Total Betriebsaufwand in 1'000 Franken</b>	<b>22'169</b>	<b>79'109</b>	<b>85'369</b>	<b>7'775</b>	<b>17'356</b>	<b>92'775</b>
davon Personalkosten in 1'000 Franken	14'303	42'219	64'886	5'653	12'511	43'912
davon medizinischer Bedarf in 1'000 Franken	1'531	14'598	5'144	244	290	23'872
<b>Total Ertrag aus Leistungserstellung in 1'000 Franken</b>	<b>20'999</b>	<b>69'768</b>	<b>75'747</b>	<b>2'818</b>	<b>17'765</b>	<b>90'103</b>
<b>Anzahl Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, Selbstzahler, Übrige)</b>	<b>1'154</b>	<b>5'924</b>	<b>4'159</b>	<b>250</b>	<b>492</b>	<b>6'921</b>
davon Unfall, IV	3	81	30	0	4	1'081
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	1%	0%	1%	16%
davon KVG	1'151	5'843	4'129	250	486	5'826
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	99%	100%	99%	84%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	1'070	1'993	3'470	197	207	2'478
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	93%	34%	84%	79%	43%	43%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	818	3'936	3'098	180	444	3'553
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	71%	67%	75%	72%	91%	61%
<b>Anzahl Pflegetage (alle: KVG, Unfall, IV, Selbstzahler, Übrige)</b>	<b>31'410</b>	<b>40'720</b>	<b>82'459</b>	<b>4'923</b>	<b>23'258</b>	<b>35'659</b>
davon KVG	31'289	40'206	81'205	4'923	22'979	31'478
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	98%	100%	99%	88%
KVG-Pflegetage von Patienten mit Wohnsitz BS	29'319	15'558	68'428	3'939	9'427	13'043
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	94%	39%	84%	80%	41%	41%
KVG-Pflegetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	22'220	24'291	60'918	3'358	20'840	17'345
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	71%	60%	75%	68%	91%	55%

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

Reha Chrischona	REHAB Basel	Schmerz- klinik Basel	St. Clara- spital	Universitäre Psychiatri- sche Kliniken	Universi- täts-Kinder- spital beider Basel	Universi- tätsspital Basel	Gesamt
85	77	10	229	301	129	699	2'225
309	103	81	702	834	736	4'781	9'448
<b>47'409</b>	<b>17'659</b>	<b>15'037</b>	<b>172'093</b>	<b>136'901</b>	<b>123'979</b>	<b>913'576</b>	<b>1'731'207</b>
29'058	11'745	10'018	98'443	98'844	76'248	577'509	<b>1'085'348</b>
4'442	651	1'851	26'386	5'166	16'799	177'745	<b>278'718</b>
<b>46'546</b>	<b>17'203</b>	<b>15'183</b>	<b>169'019</b>	<b>102'424</b>	<b>102'278</b>	<b>728'618</b>	<b>1'458'470</b>
397	1'133	200	10'042	3'224	6'207	32'296	72'399
119	14	7	121	2	1'043	1'383	<b>3'888</b>
30%	1%	4%	1%	0%	17%	4%	<b>5%</b>
277	1'088	193	9'921	3'028	4'995	29'494	<b>66'681</b>
70%	96%	97%	99%	94%	80%	91%	<b>92%</b>
85	601	53	5'531	2'466	1'673	16'070	<b>35'894</b>
31%	55%	27%	56%	81%	33%	54%	<b>54%</b>
233	789	143	5'777	2'844	4'671	22'875	49'361
84%	73%	74%	58%	94%	94%	78%	74%
<b>27'577</b>	<b>25'783</b>	<b>2'813</b>	<b>80'172</b>	<b>111'106</b>	<b>40'224</b>	<b>254'169</b>	<b>760'273</b>
18'308	24'709	2'706	79'648	101'890	27'249	234'806	<b>701'396</b>
66%	96%	96%	99%	92%	68%	92%	<b>92%</b>
5'974	13'496	736	45'355	80'039	8'132	125'594	<b>419'040</b>
33%	55%	27%	57%	79%	30%	53%	<b>60%</b>
15'512	17'967	2'051	44'640	94'193	25'868	177'780	526'983
85%	73%	76%	56%	92%	95%	76%	75%

## 13.2: Kennzahlen der Pflegeheime

Pflegeheim	Anzahl Pflegeplätze <sup>1</sup>	Geleistete Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflege- intensität <sup>2</sup>
Adullam	271	105'476	106.6	0.85
Alban-Breite	83	30'214	99.7	0.69
Blindenheim	60	21'824	99.7	0.60
Bürgerspital, am Bruderholz	58	20'955	99.0	0.99
Bürgerspital, Falkenstein	86	31'067	99.0	0.85
Bürgerspital, Lindenhof	33	10'208	84.7	0.85
Bürgerspital, Sonnenrain	50	16'851	92.3	0.85
Bürgerspital, Weiherweg	80	28'541	97.7	0.86
Bürgerspital, zum Lamm	69	25'346	100.6	0.88
Casavita Hasenbrunnen	57	20'707	99.5	0.86
Casavita Kannenfeld	72	25'911	98.6	0.84
Casavita Rosental	44	16'190	100.8	0.85
Casavita Wettstein	43	15'432	98.3	0.81
Casavita Vincentianum	46	16'637	99.1	0.77
Dandelion	60	21'802	99.6	1.05
Dominikushaus	77	28'027	99.7	0.96
Feierabendheim St. Chrischona	32	11'652	99.8	0.68
Generationenhaus Neubad	80	28'813	98.7	0.69
Gundeldingen	110	40'085	99.8	0.89
Gustav-Benz Haus	81	29'159	98.6	0.78
Haus zum Wendelin	68	24'136	97.2	0.74
Holbeinhof	111	40'088	98.9	0.87
Humanitas	90	32'844	100.0	0.68
Johanniter	137	49'463	98.9	0.77
Ländliheim	40	14'766	101.1	0.76
Marienhaus	111	41'035	101.3	0.88
Marthastift	41	14'850	99.2	1.01
Murtengasse	23	7'909	94.2	0.87
St. Christophorus	71	25'155	97.1	0.96
St. Elisabethenheim	70	25'771	100.9	0.81
St. Johann	75	27'168	99.2	0.76
Sternenhof	155	56'047	99.1	0.89
Wesley-Haus	84	29'801	97.2	1.01
Wiesendamm	72	26'148	99.5	0.79
zum Wasserturm	54	19'705	100.0	0.77
<b>Total</b>	<b>2'694</b>	<b>979'783</b>		
<b>Gewichteter Wert</b>			<b>99.6</b>	<b>0.84</b>
Passerelle FPS	59	20'502	95.2	0.89
Paliativzentrum Hildegard	5	1'081	59.2	1.34
Tertianum - St. Jakobpark	16	6'023	103.1	0.88
Südpark	28	4'880	47.7	0.95
Hirzbrunnenhaus	49	geschlossen		
Senevita Gellertblick	56	noch nicht eröffnet		
<b>Gesamttotal</b>	<b>2'907</b>	<b>1'012'269</b>		



Anzahl Sollstellen Pflege	Pflegepersonal-kosten Total (1'000 CHF)	Total Liegen-schafts-, Hotel- und Betreuungs-kosten (1'000 Franken)	Total Ertrag: Taxertrag + Liegenschafts-beiträge (1'000 Franken)
160.6	14'445	19'971	30'533
39.8	3'310	5'467	8'019
26.3	2'247	3'952	5'130
35.4	4'144	4'428	7'171
47.2	4'301	6'423	9'100
16.3	1'596	2'202	2'836
26.3	2'686	3'527	4'678
43.7	4'116	6'387	8'033
39.2	3'037	4'515	7'112
31.7	2'718	3'099	5'866
39.3	3'392	4'902	7'491
24.5	2'114	3'003	4'721
22.5	2'136	2'832	4'316
23.6	1'877	3'068	4'598
38.5	3'626	4'106	7'154
46.2	3'802	4'616	7'985
15.2	1'280	1'822	3'001
38.1	2'570	5'329	7'343
62.6	5'578	7'349	11'277
41.7	3'338	5'278	7'809
33.5	3'067	4'551	6'405
61.8	4'680	9'131	11'527
42.9	3'243	6'191	8'474
70.5	6'138	9'353	13'557
20.6	1'743	2'965	3'949
63.6	5'493	7'558	11'772
25.4	2'053	2'314	4'677
12.4	1'019	1'378	2'216
41.9	4'203	4'890	7'798
37.7	3'077	4'828	7'156
38.1	3'183	5'448	7'326
88.3	9'184	10'015	18'126
51.6	4'232	5'897	9'195
37.8	2'193	4'910	7'314
28.0	2'467	3'838	5'546
<b>1'473</b>	<b>128'288</b>	<b>185'543</b>	<b>279'214</b>
32.6	4'229	6'013	6'394
	keine Angaben		
	keine Angaben		
	Neueröffnung		
<b>1'505.4</b>	<b>132'516</b>	<b>191'558</b>	<b>285'608</b>

1 Ohne Passerelle Felix Platter-Spital (59 Plätze), Tertianum (16 Plätze) St. Jakob-Park, Südpark (28 Plätze) und Palliativezentrum Hildegard (5 Plätze)

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



**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, Linda Greber, Andreas Kohler, Lucie Maier, Birgit Meier,  
Daniela Neuman, Susanne Rodewald, Thomas von Allmen  
In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Stadt:  
Jonas Bieri, Jonas Eckenfels, Hans-Egon Hebel, Lukas Mohler, Esteban Sanjuan,  
Sandra Schelbert

**Gestaltung und Realisation**

VischerVettiger, Basel

**Druck**

Werner Druck & Medien AG, Basel

**Herausgeber**

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

