

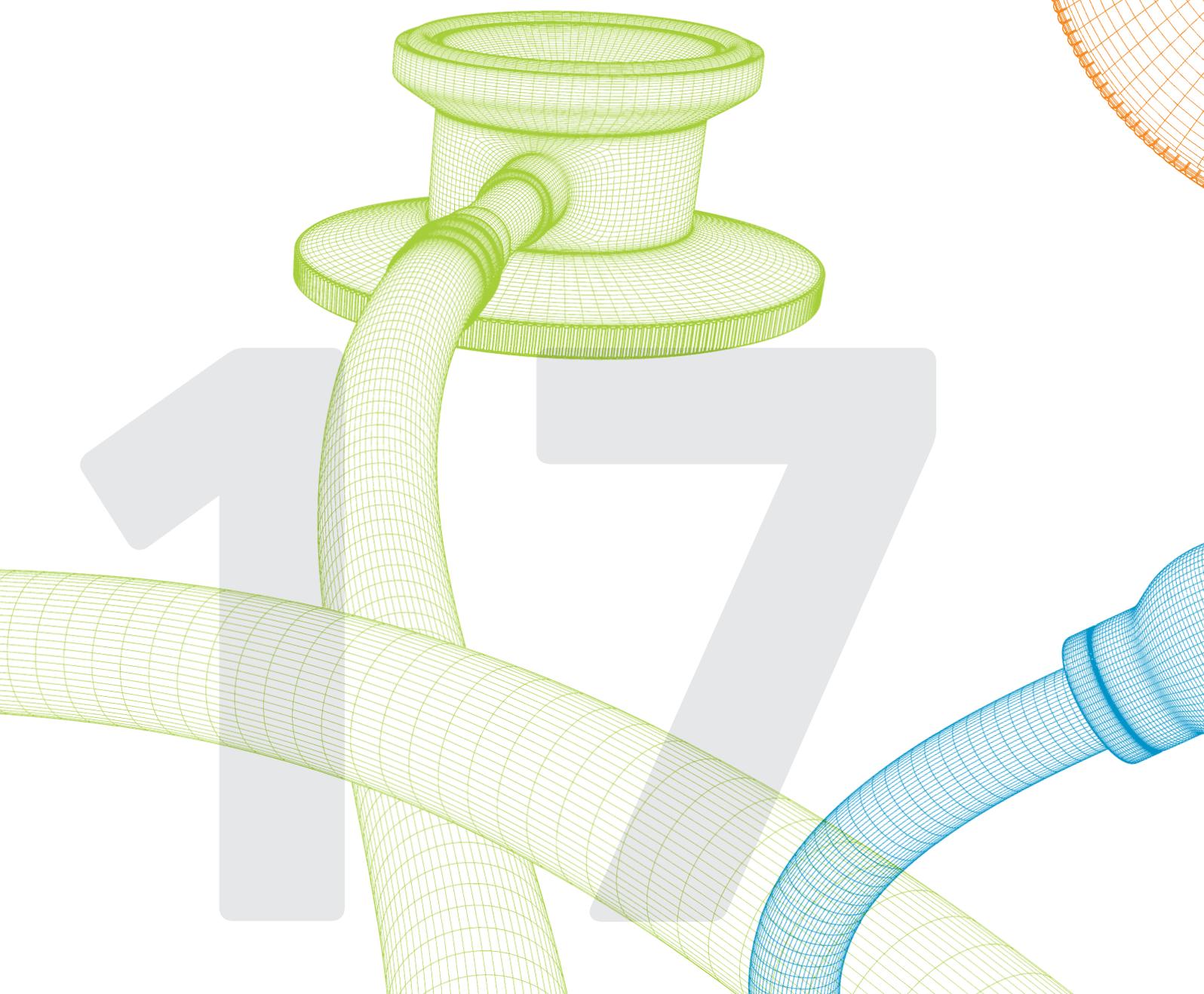


Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Bereich Gesundheitsversorgung

GESUNDHEITS- VERSORGUNGSBERICHT

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



VORWORT



LIEBE LESERINNEN UND LESER

Das Schweizerische Gesundheitswesen steht vor grossen Herausforderungen: Der technische Fortschritt bietet immer neue Behandlungsmöglichkeiten, der demografische Wandel geht einher mit einer wachsenden Anzahl hochbetagter Personen, die Pflege und Betreuung benötigen. Gleichzeitig steigen die Gesundheitskosten jährlich weiter an und belasten die Bevölkerung im Rahmen der Krankenkassenprämien zunehmend. Trotz oder gerade auch wegen dieser zunehmenden finanziellen Last steigen die Erwartungen der Bevölkerung an eine wohnortnahe, moderne, maximale und schnell verfügbare medizinische Behandlung und Betreuung.

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt ist sich dieser Herausforderungen bewusst. Der Bereich Gesundheitsversorgung will der Bevölkerung eine optimale und qualitativ hochstehende Versorgung zu zahlbaren Preisen bieten und begegnet der rasanten Entwicklung im Gesundheitswesen mit einer Vielzahl von Massnahmen. So soll zum Beispiel das elektronische Patientendossier zukünftig der Bevölkerung unserer Region ermöglichen, auf die persönlichen Dokumente zur Krankengeschichte jederzeit und überall zuzugreifen; damit sollen die Qualität der Behandlung verbessert und Doppelspurigkeiten oder Fehlbehandlungen vermieden werden. Ein anderes Beispiel ist der in den Institutionen der Langzeitpflege schon einige Jahre erfolgreich eingesetzte Qualitätsstandard «qualivista», der im anspruchsvollen Spannungsfeld zwischen Pflegeheimen, Bewohnern und Angehörigen zu einer gesamthaft hohen Zufriedenheit und einem hochstehenden Betreuungs- und Behandlungsergebnis führt. Die Einführung einer Eingriffsliste im Rahmen von «ambulant vor stationär», kurz AVOS, soll zudem helfen, kostenintensive stationäre Behandlungen künftig bei gleichbleibender Qualität und niedrigeren Kosten ambulant durchzuführen.

Ausführungen zu den genannten Beispielen, aber auch weitere Projekte, Themen und Zahlenreihen der Entwicklung in unserem Kanton und unserer Region finden Sie in der diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsversorgungsberichts.

Dr. med. Peter Indra MPH
Leiter Gesundheitsversorgung
Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

INHALT

1 HERAUSGEGRIFFEN 4

I	eHealth und das ePD-Pilotprojekt Nordwestschweiz	6
II	Qualität und Aufsicht in den Basler Pflegeheimen	10
III	Ambulant vor Stationär	14
IV	Bevölkerungsprognose Basel-Stadt	18

2 SPITALVERSORGUNG 20

1. — Angebot der stationären Spitalversorgung 22

1.1	SPITÄLER IM KANTON BASEL-STADT	22
1.2	SPITALLISTE	28

2. — Leistungen der stationären Spitalversorgung 29

2.1	STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN	29
2.2	ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN AUFENTHALTSDAUER	30
2.3	AKUTSOMATISCHE SPITALBEHANDLUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN	31
2.4	PSYCHIATRISCHE SPITALBEHANDLUNGEN	36
2.5	SPITALBEHANDLUNGEN IM BEREICH REHABILITATION	37

3. — Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung 38

3.1	KOSTEN STATIONÄRE SPITALVERSORGUNG DER BASEL-STÄDTISCHEN BEVÖLKERUNG	38
3.2	GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN DER BASEL-STÄDTISCHEN SPITÄLER	39
3.3	KOSTENENTWICKLUNG STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN	39
3.4	STATIONÄRE SPITALTARIFE	41

4. — Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung 42

4.1 ENTWICKLUNG DER STERBERATE IN BASEL-STÄDTISCHEN SPITÄLERN 42

4.2 BIKANTONALE KAMPAGNE ZUR HÄNDEHYGIENE 43

4.3 PROJEKT COMI 43

3 LANGZEITPFLEGE 44

5. — Angebot in der Langzeitpflege 46

5.1 PFLEGEHEIMPLÄTZE UND PFLEGERISCHE ANGEBOTE 48

5.2 SPITEX-ORGANISATIONEN 49

5.3 TAGESEINRICHTUNGEN UND WOHNEN MIT SERVICEANGEBOT 50

6. — Leistungen in der Langzeitpflege 52

6.1 STATISTISCHE GRUNDLAGE 52

6.2 ENTWICKLUNG DER ANGEBOTENEN LEISTUNGEN 52

7. — Kosten und Finanzierung in der Langzeitpflege 55

7.1 PFLEGEHEIME 55

7.2 TAGESEINRICHTUNGEN 57

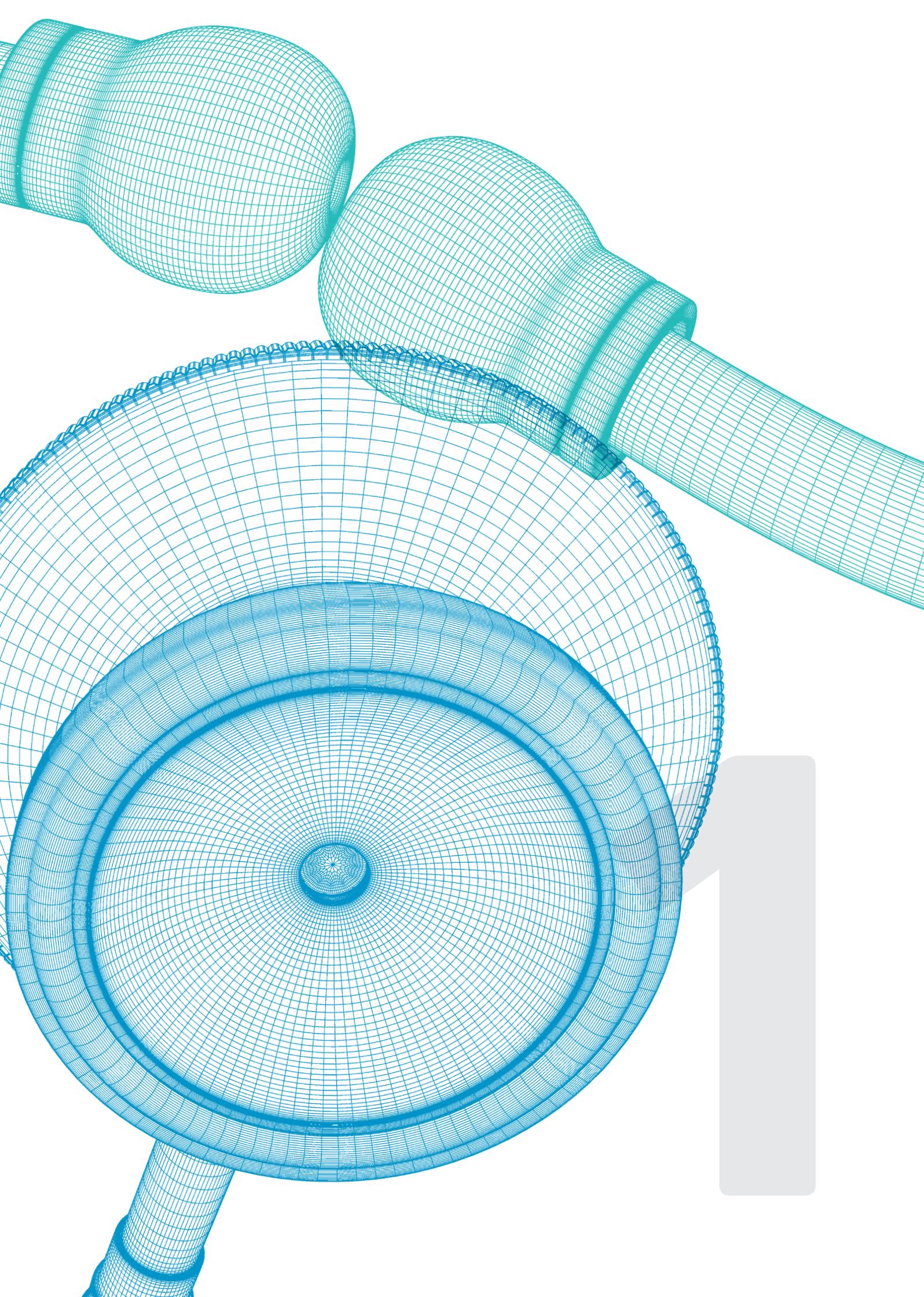
7.3 SPITEXANBIETER 58

7.4 BEITRÄGE AN DIE PFLEGE ZU HAUSE 58

8. — Qualitätssicherung in der Langzeitpflege 59

8.1 QUALITÄTSSICHERUNG IN DEN PFLEGEHEIMEN 59

8.2 QUALITÄTSSICHERUNG BEI DEN SPITEXANBIETERN 59



HERAUSGEGRIFFEN

ePD
elektronisches
Patientendossier

Es ermöglicht seinen Besitzern die sichere Online-Ablage persönlicher, behandlungsrelevanter Informationen geschützt vor unbefugten Zugriffen.

150
Einzelkriterien

qualivista bietet ein umfangreiches Manual zur Überprüfung der Qualität in basel-städtischen wie auch ausserkantonalen Pflegeheimen.

AVOS
ambulant vor stationär

Basel-Stadt folgt dem Beispiel einiger Kantone und führt ebenfalls eine Operationsliste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen ein.

+2.0%
im Alter 80+

Der Anteil der über 80-Jährigen wächst im Kanton Basel-Stadt in den nächsten 20 Jahren.



eHealth und das ePD-Pilotprojekt Nordwestschweiz

Der Kanton Basel-Stadt befasst sich bereits seit einigen Jahren intensiv mit eHealth. Im Zentrum der Thematik steht das Pilotprojekt zum elektronischen Patientendossier, das bereits in naher Zukunft sämtlichen Einwohnerinnen und Einwohnern der Nordwestschweiz zur Verfügung stehen und dereinst Behandlungswege verkürzen und die Kommunikation im Gesundheitswesen vereinfachen soll.

Gesundheits-App, Operationsroboter, Fitnesstracker – auch im Schweizer Gesundheitswesen hält die Digitalisierung in hohem Tempo Einzug. Geht es allerdings um die Krankengeschichte von Patientinnen und Patienten, so sind händisch geführte Akten, Fax und Postweg keine Seltenheit. Mit der heute fast schon grenzenlosen Mobilität der Bevölkerung und der gleichzeitig zunehmenden Komplexität von Behandlungspfaden können die vergleichsweise rückständigen Kommunikations- und Dokumentationsprozesse nicht Schritt halten und im äussersten Fall gar Menschenleben kosten.

eHealth, abgeleitet vom englischen Electronic Health und damit sinngemäss die auf elektronischer Datenverarbeitung basierende Gesundheit, soll diese Prozesse in Zukunft vereinfachen. Für Bund und Kantone steht bei eHealth insbesondere das sogenannte elektronische Patientendossier (ePD) im Fokus, eine Akte mit behandlungsrelevanten Dokumenten zur persönlichen Gesundheit und Krankengeschichte. Während diese Form der elektronischen Dokumentation weltweit auf dem Vormarsch ist und beispielsweise in den skandinavischen Ländern längst zum Standard gehört, ist die Thematik hierzulande erst seit vergleichsweise kurzer Zeit in das Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit gerückt.

Nationales Bekenntnis, kantonale Umsetzung

Im öffentlichen Gesundheitswesen wird eHealth und die Einführung des ePD jedoch bereits seit über zehn Jahren vorangetrieben. So sprach sich der Bundesrat im Rahmen der 2007 verabschiedeten «eHealth Strategie Schweiz» für die Einführung des elektronischen Patientendossiers aus. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im Jahr 2017 liegt nun ein verbindlicher Zeitplan vor, der die stationären Leistungserbringer dazu verpflichtet, sich bis 2020 (Spitäler) respektive 2022 (Pflegeheime und Geburtshäuser) einer sogenannten ePD-Stammgemeinschaft anzuschliessen.

Vor diesem bundesrechtlichen Hintergrund befasst sich auch der Kanton intensiv mit eHealth. Im Auftrag des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt pilotierten einige Leistungserbringer seit 2011 den sogenannten eHealth-Modellversuch, der jedoch nur eine eingeschränkte Anzahl von Anwendungsfällen auf Basis einer eHealth-Plattform beinhaltete. Mit Gründung des Trägervereins eHealth Nordwestschweiz im Januar 2017 ging die Trägerschaft des Modellversuchs an diesen über und wurde in den sogenannten «ePD-Pilot Nordwestschweiz» überführt. Dieser Pilot soll schliesslich in die Gründung einer zertifizierten Stammgemeinschaft Nordwestschweiz münden. Sowohl Leistungserbringer und Berufsverbände wie auch die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn sind Mitglieder des Trägervereins und beteiligen sich am Gelingen des Pilotprojekts.

ePD konkret

Als Stammgemeinschaft wird eine organisatorische Einheit von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen bezeichnet, die an der Patientenbehandlung beteiligt sind und patientenbezogene Informationen erstellen oder abrufen. Eine Mitgliedschaft steht ausschliesslich Gesundheitsfachpersonen und deren Institutionen offen. Die Stammgemeinschaft bildet die Infrastruktur zur Eröffnung und Führung eines ePDs. Insgesamt wird derzeit erwartet, dass sich in der Schweiz 10 bis 15 Stammgemeinschaften bilden werden. Um die Kommunikation nicht nur innerhalb der eigenen sondern auch zwischen mehreren Stammgemeinschaften sicherzustellen, sieht das EPDG einen umfassenden Katalog sogenannter technischer und organisatorischer Zertifizierungsvorschriften (TOZ) vor, die eingehalten werden müssen, um als Stammgemeinschaft im Sinne des EPDG zu gelten. Der Bund beteiligt sich mit Finanzhilfen am Aufbau solcher Stammgemeinschaften. Wer in der Nordwestschweiz ein ePD eröffnen möchte, kann dies bei der Stammgemeinschaft NWCH angeschlossenen Leistungserbringern tun. Es besteht jedoch keine Pflicht dazu. Einmal eröffnet, können Gesundheitsfachpersonen medizinische Dokumente wie etwa Krankenakten, Impfausweis, Röntgenbilder oder Rezepte im Dossier abspeichern. Dies ermöglicht dem ePD-Inhaber jederzeit und überall den Zugriff auf seine Unterlagen. Er alleine kann zudem entscheiden, welche Leistungserbringer Zugriff auf sein Dossier haben sollen. Die Dokumente im ePD sind digitale Kopien der Originaldokumente, die weiterhin bei der behandelten Gesundheitsfachperson aufbewahrt

werden. Die Ablage im ePD ermöglicht jedoch, dass bei einem Behandlungspfad über mehrere Leistungserbringer Informationen schneller abgerufen, Doppelspurigkeiten vermieden oder auch mögliche Wechselwirkungen von Medikamenten frühzeitig erkannt und verhindert werden können.

Datenschutz und -sicherheit

Datenschutz und -sicherheit sind zentrale Elemente im ePD. Das EPDG sieht dazu vor, dass jede Stammgemeinschaft über einen ausschliesslich mit dieser Aufgabe befassten Datenschutz- und Datensicherheitsbeauftragten verfügt und eine sichere Infrastruktur gewährleistet wird. Darüber hinaus kann eine Stammgemeinschaft nur von Gesundheitsfachpersonen und entsprechenden Leistungserbringern gebildet und bewirtschaftet werden. Ein Zugriff auf die hinterlegten ePDs durch einen weiteren Personenkreis wie etwa Versicherer oder kantonale Behörden ist also nicht möglich.

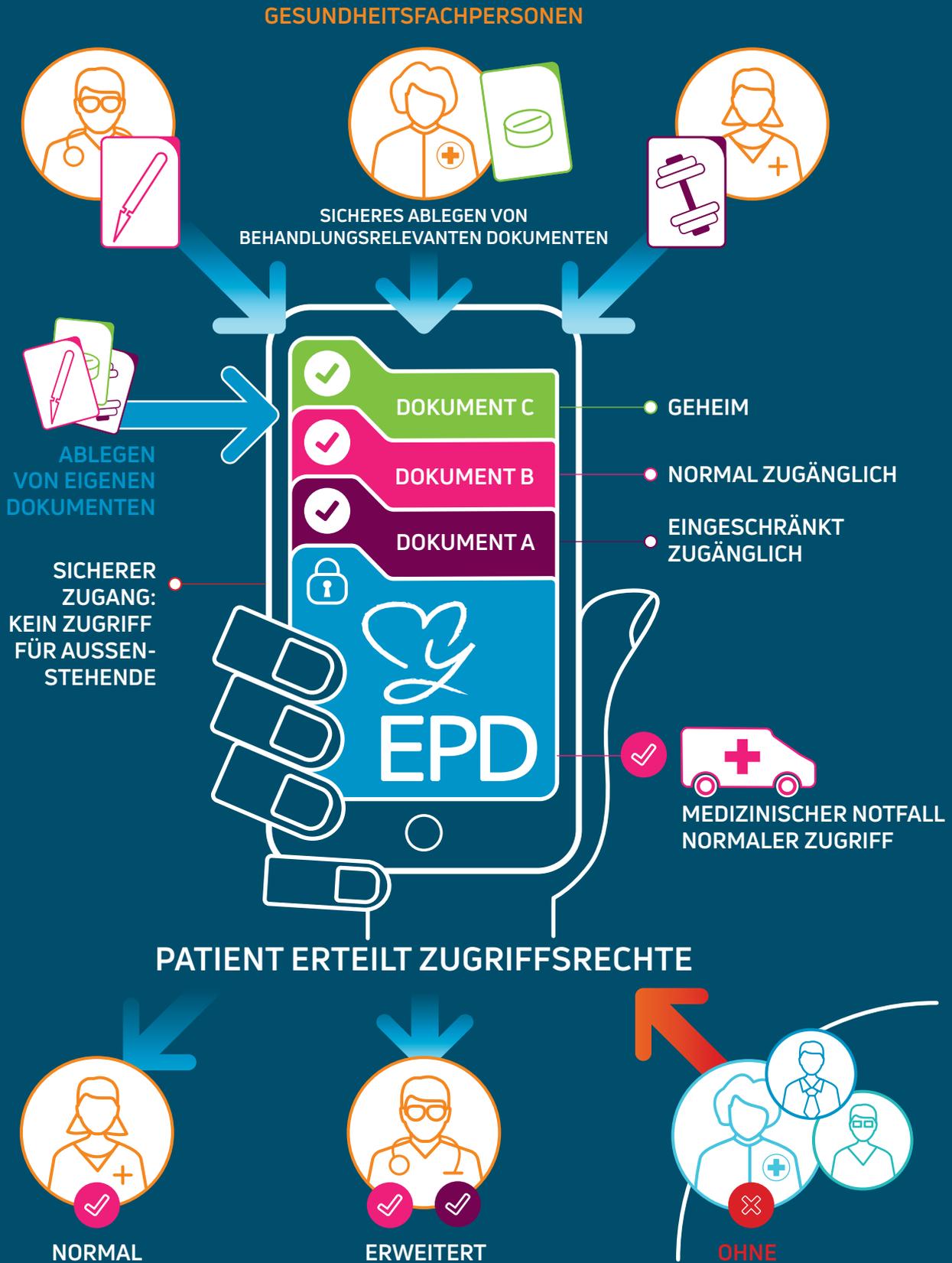


Wie funktioniert das elektronische
Patientendossier:
www.e-health-suisse.ch



Näheres zum Trägerverein eHealth NWCH:
www.tv.ehealth-nw.ch

Funktionsweise eines elektronischen Patientendossiers





JAN ZBINDEN
KANTONALER eHEALTH-BEAUFTRAGTER

Herr Zbinden, welche Vorteile darf sich eine Person von der Eröffnung eines ePDs versprechen?

In vielen Bereichen sind wir heute schon digital unterwegs, man denke beispielsweise an eBanking. Es erlaubt uns jederzeit, egal wo wir uns gerade befinden, den Überblick über unsere Finanzen zu haben. Ähnlich ist dies auch beim ePD: einerseits trage ich so die wichtigsten Dokumente wie beispielsweise den Impfausweis stets bei mir. Zudem erhält ein Patient Einblick in seine Krankenakten, er kann seine Behandlung besser nachvollziehen und seine Selbstverantwortung wird gestärkt. Andererseits kann das ePD auch Leben retten, beispielsweise wenn ein Arzt im Notfall schnell auf wichtige Informationen, etwa Medikamentenunverträglichkeiten oder ähnliches zugreifen kann. Eine effizientere, sicherere Behandlung wird möglich.

Geht es um die digitale Speicherung persönlicher Daten, wird der Ruf nach Datenschutz schnell laut. Kann ich sicher sein, dass meine Dokumente nicht in unbefugte Hände gelangen?

Das EPDG stellt hohe Anforderungen betreffend Datenschutz und –sicherheit an die Stammgemeinschaften. So muss neben infrastrukturellen und technischen Vorgaben ein Datenschutz- und Datensicherheitsbeauftragter der Stammgemeinschaft angehören. Darüber hinaus können nur Gesundheitsfachpersonen und deren Institutionen Teil einer Stammgemeinschaft sein, das heisst, jene Personen, die auch schon heute im Rahmen einer Behandlung Zugriff auf Patientendaten haben. Zudem wird jeder Zugriff auf das ePD protokolliert. So weiss der Patient jederzeit, wer wann auf sein ePD zugegriffen hat. Wichtig ist auch der Umgang mit dem eigenen ePD. Der Patient muss grundlegende Sicherheitsvorschriften beachten, wie sie beispielsweise auch beim eBanking gelten: Aus meiner Sicht sind digitale Systeme wie das ePD einer Papierdokumentation überlegen, da sie viel einfacher zu handhaben sind und aufgrund klar definierter Zugriffsrechte Unbefugten keinen Zugang gewähren.

Es wird alles dafür getan, um die Daten im ePD abzusichern. Das ePD steigert Behandlungssicherheit und –qualität, demgegenüber sind die Risiken betreffend Datenschutz und –sicherheit aufgrund der erwähnten Massnahmen sehr klein. Ich freue mich darauf, selbst ein ePD eröffnen zu können.

Momentan besteht nur für stationäre Leistungserbringer eine Anschlusspflicht an eine Stammgemeinschaft. Wie sieht es beispielsweise mit Hausärzten oder anderen ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen aus?

In der Tat sind derzeit insbesondere die stationären Leistungserbringer gefordert, da sie sich bis 2020 respektive 2022 einer Stammgemeinschaft angeschlossen haben müssen. Doch auch im ambulanten Bereich erfreut sich eHealth eines stetig wachsenden Interesses. Ist eine kritische Menge an Dossiers eröffnet, werden sich auch die ambulanten Versorger einer Stammgemeinschaft anschliessen, da von Seiten der Patienten ein Bedürfnis besteht, ein möglichst vollständiges und umfassendes Dossier zu haben.

Das ePD ist das Herzstück von eHealth. Welche zusätzlichen Bereiche umfasst eHealth?

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen ePD-Infrastruktur arbeitet der Trägerverein eHealth NWCH derzeit auch an der Implementierung eines über das ePD hinausgehenden digitalen Kommunikationsnetzes in der Nordwestschweiz, den sogenannten Mehrwertdiensten. Gleichzeitig halten Bund und Kantone in der «eHealth Strategie Schweiz 2.0», die Anfang dieses Jahres verabschiedet wurde, fest, dass mHealth, also mobile Gesundheitsanwendungen wie beispielsweise Gesundheits-Apps oder Telemonitoring weiter gefördert werden sollen, um die digitale Kompetenz der Menschen in der Schweiz zu fördern und die neuen Technologien optimal für die Gesundheit zu nutzen. Bereits heute ist vielen die Telemedizin bekannt, die sich immer grösserer Beliebtheit erfreut und ebenfalls zum breiten Spektrum von eHealth gehört.

Wohin wird sich eHealth und insbesondere das ePD in Zukunft entwickeln?

eHealth und das ePD im Besonderen werden eine ähnliche Entwicklung durchmachen wie das Internet oder das Handy. Es braucht eine gewisse Anlaufzeit, die geprägt ist von Zurückhaltung und Vorsicht. Sobald jedoch eine kritische Anzahl Dossiers eröffnet ist, wird die Entwicklung nicht mehr aufzuhalten und die digitale Vernetzung in wenigen Jahren auch im Gesundheitswesen und über die Schweizer Grenzen hinaus selbstverständlich sein.



Qualität und Aufsicht in den Basler Pflegeheimen

Mit qualivista ist es Basel-Stadt gemeinsam mit zwei weiteren Kantonen gelungen, ein verbindliches Instrument zur Qualitätsmessung in den Pflegeheimen einzuführen. Ein Erfolgsmodell, das vor 20 Jahren seinen Anfang nahm und dessen sich immer mehr Kantone zunutze machen.

Das Bestreben vom Kanton Basel-Stadt und den Pflegeheimen ist es: Pflegebedürftigen und betagten Menschen professionelle Pflege, gute Betreuung und menschliche Zuwendung – kurz ein Altern in Würde – zu ermöglichen. Um diese Ziele bestmöglich zu messen und zu überprüfen musste aber erst ein gemeinsames Verständnis von Qualität definiert werden.

Notwendigkeit überprüfbarer Qualitätsstandards

Der Anfang der Qualitätsmessung in Pflegeheimen kam im Kanton Basel-Stadt mit der Jahrtausendwende. Die Pflegeheimlandschaft bestand damals bereits aus einer Mehrzahl von Heimen, die dem Verband der gemeinnützigen Basler Alterspflegeheime VAP (heute Curaviva Basel-Stadt) angehörten. Neben diesen Pflegeheimen gab es jedoch zusätzlich sogenannte Altersheime mit Leichtpflege, kleinere Institutionen also, die nicht Mitglied beim VAP waren und die eher familiär geführt wurden. Mit den zunehmenden Herausforderungen in der Pflege akzentuierte sich insbesondere bei diesen Heimen die Problematik, dass Qualitätsvoraussetzungen nicht erfüllt werden konnten. Gleichzeitig waren dem Kanton jedoch die Hände gebunden, da es keinerlei verbindliche Qualitätsstandards und Prozesse gab, die eine genauere Überprüfung ermöglicht hätten. Einzig die Betriebsbewilligung beinhaltete Minimalanforderungen, die jedoch kaum ausreichten. Ein Zustand, der so nicht mehr angemessen war und der den Regierungsrat dazu bewog, sich im Jahr 1999 für die Schaffung von verbindlichen und messbaren Qualitätsstandards auszusprechen und damit eine Vorreiterrolle in der Schweiz einzunehmen. International und insbesondere im amerikanischen Raum waren entsprechende Instrumente bereits weit verbreitet und boten eine erste Orientierungshilfe.



Verein Qualivista:
www.qualivista.ch



Fachbereich Qualität und Aufsicht:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Qualität und Aufsicht
→ Pflegeheim

Grundangebot und Basisqualität

Im Jahr 2000 haben neben Basel-Stadt auch die Kantone Solothurn und Basel-Landschaft die Notwendigkeit eines messbaren Qualitätskonzepts erkannt. Im Rahmen einer gemeinsamen Steuerungsgruppe, der neben den Kantonen auch Vertreterinnen der jeweiligen Heimverbänden angehörten, erarbeitete das damalige Amt für Alterspflege Basel-Stadt das Konzept «Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen», das per 2003 in Kraft trat. Dabei wurde einerseits überprüft, ob das im jeweiligen Leistungsauftrag eines Pflegeheims festgehaltene Grundangebot tatsächlich besteht und somit die Bewohnenden auch die durch die Taxen abgedeckten Leistungen erhalten (sogenannter Leistungsschutz). Im Rahmen der Basisqualität wurden andererseits anhand eines anerkannten Modells nach Avedis Donabedian die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in unterschiedlichen Bereichen wie beispielsweise Führung, Pflege und Betreuung oder Verpflegung überprüft. Ein grosses Augenmerk bei der Erarbeitung des Konzepts wurde darauf gelegt, dass die einzelnen Standards jeweils von 80 Prozent aller Heime erreicht werden können und die überprüften Qualitätskriterien entsprechend alltagstauglich sind. Gleichzeitig ging man davon aus, dass sich der Grossteil der Heime nicht mit dem Standardniveau begnügen, sondern darüber hinaus besondere Anstrengungen unternehmen würde, um sich in einzelnen Bereichen wie beispielsweise Gastronomie oder Zimmerqualität zu profilieren. Eine Annahme, die sich im Verlauf der Zeit bewahrheitete.

qualivista

Knapp zehn Jahre nach Einführung des Konzepts «Grundangebot und Basisqualität» revidierte die Steuerungsgruppe die in den Strukturen veralteten Leistungsanforderungen und -bewertungen grundlegend. Die Trennung von Grundangebot und Basisqualität wurde aufgehoben, ebenso die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Entstanden ist ein bewertbarer Katalog prozessorientierter Leistungsanforderungen mit Namen qualivista. Das Qualitätsmanual dient den Pflegeheimen als Hilfsmittel bei der Planung ihrer Ressourcen und der Gestaltung der Prozesse. Ebenso wird es von der Aufsichtsbehörde dazu verwendet, die Leistungen der Pflegeheime quantitativ und qualitativ im Rahmen von regelmässig stattfindenden Aufsichtsbesuchen zu überprüfen.

Ausweitung auf weitere Kantone

Das Qualitätsmanual stiess auch bei anderen Kantonen auf grosses Interesse, insbesondere da die Arbeit der trikantonalen Steuerungsgruppe bis heute einmalig ist im Bereich der Gesundheitsversorgung. Innert weniger Jahre führten sieben weitere Kantone qualivista als verbindliche Grundlage für die Arbeit der Pflegeheime in der jeweiligen Versorgungsregion ein. Darüber hinaus benutzen auch diverse Einzelinstitutionen in weiteren Kantonen das Manual zur Selbstüberprüfung. Diese vergleichsweise schnelle Entwicklung führte dazu, dass die Steuerungsgruppe 2017 in einen gemeinnützigen Verein überführt wurde. Nach wie vor sind die Urheber, also die drei Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn sowie die entsprechenden Heimverbände für die inhaltliche Weiterentwicklung des Tools zuständig, weitere Nutzer können via Antrag Verbesserungsvorschläge einbringen. Diese Vorgehensweise garantiert eine einheitliche Qualitätssicherung in Alters- und Pflegeheimen, der immer mehr Versorgungsregionen in der Schweiz folgen und die dereinst ein landesweiter Standard werden könnte.

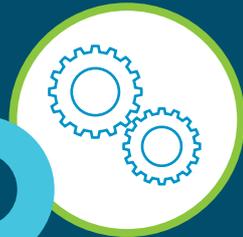


Qualitätssicherung nach qualivista

RESULTAT (MEDIAN) DER 2017 IN 10 HEIMEN DURCHFÜHRTEN WIRKUNGSMESSUNG.

GESAMTSYSTEM

86.6 %



FÜHRUNG UND ORGANISATION

91.6 %



PERSONAL

86.0 %



PFLEGE UND BETREUUNG

83.6 %



ALLTAGSGESTALTUNG UND AKTIVIERUNG

100 %



VERPFLEGUNG

95 %



HAUSWIRTSCHAFT

100 %



ÄRZTLICHE VERSORGUNG

87 %



SICHERHEIT

95 %



INFRASTRUKTUR

100 %





CLAUDIA PORTNER
FACHBEREICHSLEITERIN
AUFSICHT & QUALITÄT

Frau Portner, wie haben sich die Basler Pflegeheime aus Qualitätssicht in den vergangenen 20 Jahren entwickelt und was gab den Ausschlag für die Schaffung eines Qualitätskonzepts?

Die Situation der Pflegeheime heute lässt sich mit jener von damals kaum vergleichen. Früher mussten lediglich minimale Standards erfüllt werden, die mit der Betriebsbewilligung abgedeckt waren. Der letztlich ausschlaggebende Vorfall für die Schaffung eines Qualitätskonzepts überrascht dementsprechend vielleicht auch gar nicht: beim damaligen Amt für Alterspflege wurde ich in ein Heim gerufen, weil sich eine Maus im Speisesaal befand. Ein sofort eingeleiteter Aufsichtsbesuch deckte weitere, zum Teil gravierende Qualitätsmängel auf. Allerdings waren dem Kanton die Hände gebunden, er konnte nichts tun, da entsprechende Grundlagen fehlten. Der Aufsichtsbehörde ebenso wie den Heimleitenden war klar, dass es so nicht weitergehen konnte.

Dieser Vorfall war die Geburtsstunde des Qualitätskonzepts «Grundangebot und Basisqualität», das gemeinsam mit Basel-Landschaft und Solothurn erarbeitet wurde und heute in Form von qualivista weitergeführt wird. Wie haben Sie die Zusammenarbeit im Rahmen der Steuerungsgruppe erlebt?

Auch heute noch bin ich begeistert, wie gut und schnell die Heimvertreter und die involvierten kantonalen Behörden dieses Konzept erarbeitet haben. Insbesondere wenn man bedenkt, dass die Strukturen ebenso wie die politischen Ausrichtungen sehr unterschiedlich sind. Selbstverständlich war man sich nicht immer einig und es gab Qualitätskriterien, die zu erreichen für gewisse Heime fast unmöglich waren. Aus diesem Grund wurde auch grossen Wert darauf gelegt, alltagstaugliche Standards zu schaffen. Diese trotz unterschiedlichster Herausforderungen erfolgreiche Zusammenarbeit zeigt, welch hohen Stellenwert das Thema Qualität in Alters- und Pflegeheimen bis heute hat und wie es von allen Seiten ernst genommen wird.

Welche Kriterien muss ein Pflegeheim erfüllen, um dem Qualitätsmanual nach qualivista zu entsprechen und wie wird dies konkret überprüft?

Insgesamt umfasst der Katalog über 150 Einzelkriterien in unterschiedlichsten Bereichen, die von Pflege über Personalführung bis hin zum Sicherheitskonzept reichen. Ein Qualitätskriterium verpflichtet die Pflegeheime in Basel-Stadt, sich mindestens alle drei Jahre selbst zu überprüfen. Darüber hinaus führt der Fachbereich Aufsicht & Qualität in jeder neuen Laufzeit des Pflegeheim-Rahmenvertrags einen angekündigten Aufsichtsbesuch durch. Dieser Besuch erfolgt mit ausgewiesenen Experten auf den jeweiligen Fachgebieten. Gehen bei der Behörde Beschwerden von Bewohnern oder Angehörigen ein, sind auch unangekündigte Aufsichtsbesuche möglich. Entspricht ein Pflegeheim nicht den Anforderungen, so wird das Gespräch gesucht und gegebenenfalls eine Weisung ausgesprochen.

Wo sehen Sie heute die grössten Herausforderungen für die Pflegeheime in Sachen Qualität?

Während zu Beginn der Qualitätsmessung insbesondere mangelnde Strukturqualität ein Problem war, wurden hier mittlerweile grosse Erfolge erzielt. Diesbezüglich gibt es seitens des Kantons kaum noch Weisungen. Heutzutage bestehen Mängel eher in Zusammenhang mit der Prozessqualität. Dies hängt mit unterschiedlichen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung zusammen. Der wachsende Anteil Hochbetagter, die steigenden Forderungen von Angehörigen, komplexere Krankheitsbilder und Pflegesituationen sowie das Spannungsfeld zwischen Pflegequalität und Betriebsoptimierung sind Herausforderungen, mit denen sich die Pflegeheime auseinandersetzen müssen. Darüber hinaus erhöht sich aufgrund kritischer Medienberichte zu tatsächlichen oder behaupteten Missständen der Druck der Öffentlichkeit stetig.

Und was entgegnet Sie entsprechenden Medienberichten?

Oftmals wird argumentiert, dass zu wenige Fachkräfte eingesetzt würden und die Zeit fehlt, sich um Bewohnende zu kümmern. Im Rahmen des Pflegeheim-Rahmenvertrags hat der Kanton Basel-Stadt bereits vor Jahren einen verbindlichen Personalschlüssel festgelegt. Die Pflegeheime müssen ihre Stellenpläne entsprechend gestalten. Engpässe bei Krankheitsausfällen oder sonstigen Abwesenheiten gibt es dennoch immer wieder. Das kommunizieren uns beispielsweise auch Bewohner bei unseren Aufsichtsbesuchen. Im Weiteren hängen Ausfälle auch mit der Zufriedenheit der Mitarbeitenden zusammen, was wiederum viel mit Wertschätzung und Führung zu tun haben kann. Beides sind Aspekte, die mit qualivista angesprochen werden und bei Auffälligkeiten das Gespräch vertieft gesucht wird.



Ambulant vor Stationär

Bereits seit längerer Zeit gewinnt der Grundsatz «ambulant vor stationär», kurz AVOS, in der schweizerischen Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung. Neben dem Bund sind auch zahlreiche Kantone tätig geworden und haben sogenannte Operationslisten erstellt. So auch der Kanton Basel-Stadt.

Der medizinische und technische Fortschritt führt dazu, dass heutzutage stetig mehr Operationen ambulant, das heisst ohne Übernachtung im Spital, durchgeführt werden können. Ein Patient tritt bei einem entsprechenden Eingriff folglich morgens in die Klinik ein und verlässt diese bereits kurz nach der Operation wieder, ohne Einbussen bei der Genesung oder der medizinischen Qualität hinnehmen zu müssen. Vielen Patienten kommt die Möglichkeit, sich nach einem Eingriff in den eigenen vier Wänden zu erholen, entgegen. Aus diesem Grund ist die ambulante Gesundheitsversorgung in der Schweiz auf dem Vormarsch.

Internationaler Vergleich

Dennoch liegt sie im internationalen Vergleich nach wie vor weit zurück. So ergab eine Studie der OECD¹⁾ von 2008, dass nur gerade 20 % der Eingriffe in der Schweiz spitalambulant durchgeführt werden. In den USA sind es beispielsweise rund dreimal so viele. Mit dem Grundsatz «ambulant vor stationär» will die Schweiz in Zukunft deutlich aufholen. Es besteht bei sämtlichen Interessensgruppen ein breiter Konsens darüber, dass die Ambulantisierung vorangetrieben werden soll, wenn keine medizinische Notwendigkeit für einen stationären Spitalaufenthalt besteht. Dies insbesondere, da ambulante Eingriffe im Vergleich zu stationären Aufenthalten deutlich kostengünstiger sind und zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen führen würden.



Weitere Infos:
www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Für Gesundheitsfachpersonen
→ Spitalversorgung
→ Spitalliste
→ ambulant vor stationär

1) OECD (2008): Health Data.

Fehlanreize im System

Ein wichtiger Grund für die bisher eher zurückhaltende Anzahl ambulanter Eingriffe in der Schweiz sind unterschiedliche Fehlanreize bei der Finanzierung. So beteiligt sich der Kanton zu mindestens 55% (Basel-Stadt 56%) an stationär durchgeführten Eingriffen, während im ambulanten Bereich die Kosten zu hundert Prozent von den Versicherern getragen werden. Ebenso können Leistungen im Rahmen der Zusatzversicherung, wie beispielsweise Hotellerie oder Arzthonorare, nur im stationären Bereich verrechnet werden, so dass für Spitäler ein Anreiz besteht, zusatzversicherte Patienten länger als gegebenenfalls notwendig zu hospitalisieren. Weiter wird von Seiten der Spitäler moniert, dass die ambulante Tarifstruktur TARMED viele Leistungen nicht ausreichend abgilt.

Zur Behebung dieser Fehlanreize werden auf nationaler und kantonaler Ebene derzeit unterschiedliche Lösungsansätze diskutiert. Diese reichen von einer Verbesserung der ambulanten Tarifstruktur TARMED, über die Einführung von ambulanten Pauschaltarifen (Zero-Night-DRG) bis hin zur einheitlichen Finanzierung von ambulant und stationär (EFAS). Am weitesten fortgeschritten und vielerorts schon durchgesetzt ist die Einführung sogenannter Listenlösungen, welche Eingriffe vorsehen, die, unter Vorbehalt gewisser Voraussetzungen, nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen.

Einführung von ambulanten Eingriffslisten

So haben die Kantone Luzern, Zürich, Zug, Wallis und Schaffhausen bereits entsprechende Listen mit insgesamt 16 Eingriffen im vergangenen Jahr eingeführt. Das Bundesamt für Gesundheit ist derzeit an der Erarbeitung einer Liste mit sechs derartigen Eingriffen, die per 1. Januar 2019 in Kraft treten soll. Im Kanton Basel-Stadt trat per 1. Juli 2018 eine Liste mit 13 Eingriffskategorien in Kraft. Der Grund für die leicht gekürzte Fassung an Behandlungen liegt insbesondere darin, dass bei den drei weiteren, kardiologischen Eingriffen eine ambulante Durchführung für die Krankenversicherer zu höheren Kosten führten und somit zu einem Anstieg der in Basel-Stadt ohnehin schon sehr hohen Krankenkassenprämien führen würde.

Ausnahmen bei besonderen Umständen

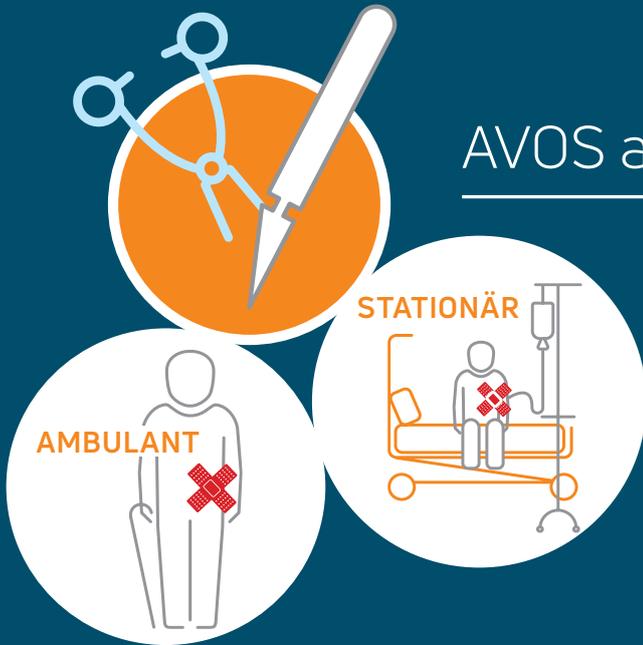
Obschon die auf der Liste aufgeführten, elektiven Eingriffe ambulant in der Regel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher durchgeführt werden können, sieht § 4a Abs. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) einen Ausnahmekatalog vor, der bei Erfüllung eines oder mehrerer Kriterien einen stationären Spitalaufenthalt bei den entsprechenden Eingriffen erlaubt und an dem sich der Kanton weiterhin im Rahmen der geltenden Regelungen mit 56% beteiligt.

Während andere Kantone bereits im Vorfeld abklären, ob bei einem Patienten solche Ausnahmekriterien erfüllt werden und gegebenenfalls eine Kostengutsprache erteilen, prüft der Kanton Basel-Stadt entsprechend stationär durchgeführte Behandlungen ex post. Ist aus der Behandlungsakte nicht ersichtlich, dass besondere Umstände vorlagen, so wird der Kantonsanteil nicht übernommen.

bis zu 3.4 Mio. Franken Einsparungen

Derzeit rechnet Basel-Stadt, in Einklang mit den weiteren Kantonen, die entsprechende Listen bereits früher eingeführt haben, mit einem Verlagerungspotenzial von zirka 50% während der Einführungsphase. Bei einer vollständigen Umsetzung der 13er-Liste könnten im Kanton Basel-Stadt jährlich 3.4 Mio. Franken eingespart werden, dies bei gleichbleibender oder sogar höherer Behandlungsqualität für den Patienten. Langfristig ist darüber hinaus die Erweiterung der Liste um zusätzliche Eingriffe und somit weitere Einsparungen denkbar.

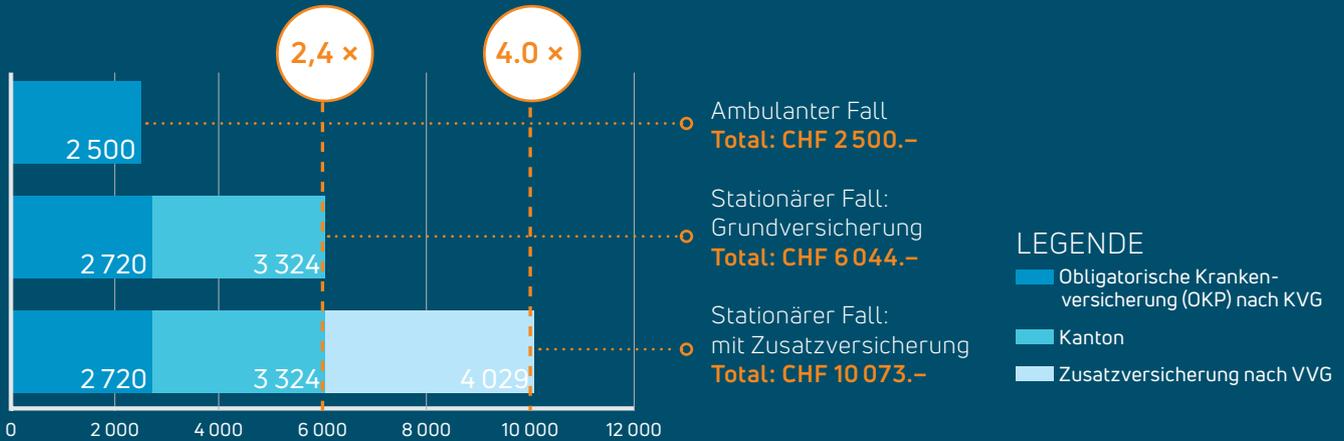
AVOS auf einen Blick



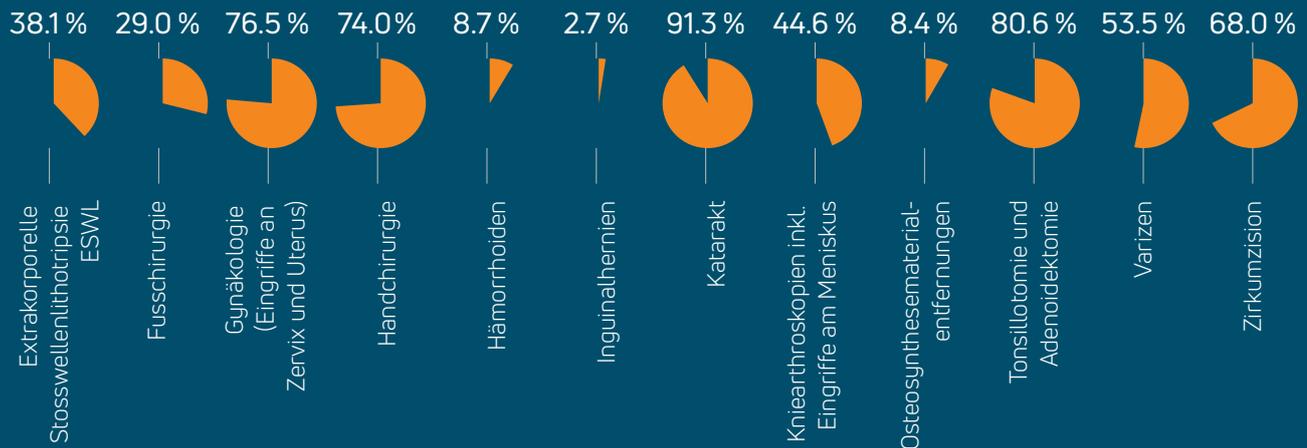
EINGRIFFSKATEGORIE	LU-ZH-LISTE	BS-LISTE	BAG-LISTE
Katarakt	✓	✓	✗
Handchirurgie	✓	✓	✗
Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus)	✓	✓	✗
Osteosynthesematerialentfernungen	✓	✓	✗
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	✓	✓	✗
Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	✓	✓	✓
Herzschrittmacher inkl. Wechsel	✓	✗	✗
Varizen der unteren Extremität	✓	✗	✗
Perkutane transluminale Angioplastik inkl. Ballondilatation	✓	✓	✓
Hämorrhoiden	✓	✗	✗
Inguinalhernien exkl. beidseitiger Eingriff und exkl. Eingriffe bei Rezidivhernien	✓	✓	✓
Zirkumzision	✓	✓	✓
Eingriffe an der Zervix	✓	✓	✗
Eingriffe am Uterus	✓	✓	✓
Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL)	✓	✓	✓
Tonsillotomie und Adenoidektomie	✓	✓	✗

FALLBEISPIEL KRAMPFADEROPERATION

Kostenunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung



ANTEIL BEREITS HEUTE DURCHFÜHRTER AMBULANTER EINGRIFFE BEI BASEL-STÄDTERN (STAND 2016)





THOMAS VON ALLMEN
LEITER ABTEILUNG SPITALVERSORGUNG

Herr von Allmen, müssen Patientinnen und Patienten aufgrund der sogenannten 13er-Liste befürchten, dass sie, kaum operiert, schon wieder nach Hause geschickt werden?

Die seit Sommer eingeführten, insgesamt 13 Eingriffe dürfen in der Tat grundsätzlich nur noch ambulant durchgeführt werden. Gleichzeitig mit der Liste ist allerdings auch eine Änderung in der Verordnung über die Krankenversicherung des Kantons Basel-Stadt (KVO) in Kraft getreten, die verschiedene Gründe für die Ausnahme von ambulanten Eingriffen vorsieht. Diese können medizinischer Natur, wie etwa bei schweren Begleiterkrankungen, sein. Ebenso können soziale Faktoren eine Rolle spielen, wenn beispielsweise kein Umfeld besteht, das nach einer Operation für einen sorgen kann oder ein erhöhter Betreuungsbedarf angezeigt ist. Ganz grundsätzlich gilt, das Wohl des Patienten steht immer an erster Stelle.

Dennoch überprüft Basel-Stadt, ob ein entsprechender Eingriff stationär statt ambulant durchgeführt worden ist und kann, wenn keine der in der KVO genannten Ausnahmen vorliegt, die Bezahlung des Kantonsanteils an das Spital verweigern. Wieso ist dies notwendig?

Es ist eine Tatsache, dass die Schweiz im weltweiten Vergleich nach wie vor sehr viele Eingriffe stationär durchführt, obschon sie ambulant ohne Qualitätseinbussen oder Risiken für den Patienten erfolgen könnten. Sicherlich liegen dem einerseits kulturelle Gegebenheiten zugrunde: Man ist sich einen sehr hohen Standard und die stationäre Behandlung gewohnt. Ein weiterer, weitaus gewichtiger Grund sind aber Fehlanreize, die stationäre Eingriffe für Spitäler und Ärzte deutlich rentabler machen im Vergleich zu ambulanten. Untersuchungen legen nahe, dass insbesondere die höhere Vergütung im Zusatzversicherungsbereich es für Spitäler attraktiv macht, entsprechende Patienten über Nacht zu hospitalisieren, obschon dies aus medizinischer Sicht oftmals nicht notwendig ist.

Neben AVOS wird insbesondere von den Krankenkassen die einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär, kurz EFAS, als sinnvolle Alternative propagiert. Was sagen Sie zu diesem Ansatz?

Hintergrund dieses Ansatzes ist, dass die Kantone heute zu mindestens 55% stationäre Spitalaufenthalte mitfinanzieren, ambulante Eingriffe jedoch zu 100% von den Krankenkassen getragen werden. Dies kann dazu führen, dass für die Krankenkasse dort ein Fehlanreiz besteht, wo stationäre Eingriffe zwar gesamthaft teurer ausfallen als ambulant, für die Versicherer jedoch aufgrund des 45%-Anteils kostengünstiger sind. Grundsätzlich ist EFAS also ein sinnvoller Ansatz, um Fehlanreize zu beseitigen. Allerdings nur dann, wenn die Kantone das ambulante Versorgungsangebot ebenfalls gezielt steuern und so auch in diesem Bereich kostendämpfende Massnahmen ergreifen können.

Zurück zu AVOS: Was erhofft man sich von der Verlagerung dieser Eingriffe in den ambulanten Bereich konkret?

Ganz grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass diverse der 13 Eingriffe bereits heute zum grossen Teil ambulant durchgeführt werden, beispielsweise die Behandlung des Grauen Stars oder auch die Gewebeentnahme des Gebärmutterhalses. Hier ist keine grosse Verlagerung mehr möglich. In anderen Bereichen gibt es aber noch deutlich Luft nach oben. In einem ersten Schritt folgt Basel-Stadt daher den anderen Kantonen und rechnet mit einem Verlagerungspotenzial von 50%, was Einsparungen von zirka 1.7 Mio. Franken entspricht. Langfristig rechnen wir mit jährlichen Einsparungen von knapp 3.5 Mio. mit der heutigen Liste. Zudem ist die 13er-Liste nicht abschliessend, da sich dank der voranschreitenden Entwicklung der Medizintechnik weitere Behandlungen, die heute ausschliesslich oder grossmehrheitlich noch stationär durchgeführt werden müssen, in den ambulanten Sektor verschieben werden, was das Einsparungspotenzial weiter erhöhen würde – Studien sprechen hier von bis zu einer Milliarde Franken schweizweit¹⁾.

Aktuell wird der Grundsatz ambulant vor stationär in Basel-Stadt angewendet, im Partnerkanton Basel-Landschaft nicht. Wie sieht dies zukünftig im Hinblick auf den geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum aus?

Es ist klar, dass mit einem gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum auch AVOS für das gesamte Gebiet gelten sollte. Darüber hinaus ist mit der vom Bund erarbeiteten Liste ohnehin bereits ab 2019 ein erster gemeinsamer Grundstein gelegt.

1) PwC (2016): ambulant vor stationär:
Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich
einsparen lassen.

Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung bilden eine wichtige Planungsgrundlage in der Gesundheitsversorgung. Das kantonale Modell berücksichtigt im Vergleich zu den Prognoseergebnissen des Bundesamts für Statistik die spezifischen Gegebenheiten und Entwicklungen im Stadtkanton. Zusätzlich liefert es kleinräumige Ergebnisse für die einzelnen Wahlkreise der Stadt Basel sowie für Riehn und Bettingen.

Die Ausarbeitung der Bevölkerungsprognose Basel-Stadt findet in Zusammenarbeit mit einer Begleitgruppe statt, in der alle Departemente der kantonalen Verwaltung vertreten sind. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die lokalen Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen sowie neu erkennbare Trends angemessen berücksichtigt werden. Aufgrund der Unsicherheit, die Prognosen anhaften, werden drei Szenarien erarbeitet, die einen plausiblen Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abdecken können. Dennoch ist bei der Verwendung der Prognosen zu berücksichtigen, dass sich die Bevölkerung aufgrund derzeit nicht absehbarer Einflüsse anders entwickeln kann. Für die Bedarfsabschätzung wird das mittlere Szenario der aktuellen kantonalen Bevölkerungsprognose 2017 des Statistischen Amtes für den Zeitraum 2018 bis 2040 verwendet.

ABBILDUNG H.1-1
Mittleres Szenario der
Bevölkerungsprognose für
den Kanton Basel-Stadt

	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Gesamtbevölkerung	200453	201475	207584	212489	215970	218833
Alter 65+	39241	39488	41690	44370	46351	47671
Alter 65+ Anteil in %	19.6	19.6	20.1	20.9	21.5	21.8
Alter 65+ Index (Basis 2016)	101.1	101.7	107.4	114.3	119.4	122.8
Lebenserwartung Alter 65 Frauen	21.8	21.9	22.4	22.9	23.3	23.7
Lebenserwartung Alter 65 Männer	19.1	19.2	19.9	20.5	21.0	21.4
Alter 80+	13755	13928	15182	16373	17566	19418
Alter 80+ Anteil in %	6.9	6.9	7.3	7.7	8.1	8.9
Alter 80+ Index (Basis 2016)	101.8	103.1	112.4	121.2	130.1	143.8

Quelle: Statistisches Amt des
Kantons Basel-Stadt



Weitere Infos:
www.statistik.bs.ch
 → Zahlen
 → Tabellen
 → Bevölkerung
 → Szenarien

Gemäss der Prognose wird die Gesamtbevölkerung von heute rund 199 000 um 10 % auf rund 218 800 Einwohner im Jahr 2040 zunehmen.

Die Lebenserwartung ab 65 Jahre wird laut der Prognose sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um mehr als zwei Jahre auf 21.4 bzw. 23.7 Jahre zunehmen. Dies führt dazu, dass mit einer Zunahme der Anzahl Personen mit mindestens 65 Jahren von heute 38 800 auf rund 47 700 im Jahr 2040 zu rechnen ist. Dies wiederum entspricht einem Anteil von 21.8 % an der Gesamtbevölkerung. Genauso kann von einer Zunahme der über 80-Jährigen von heute 13 500 auf rund 19 400 ausgegangen werden. Der entsprechende Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt laut Prognose auf 8.9 % im Jahr 2040.

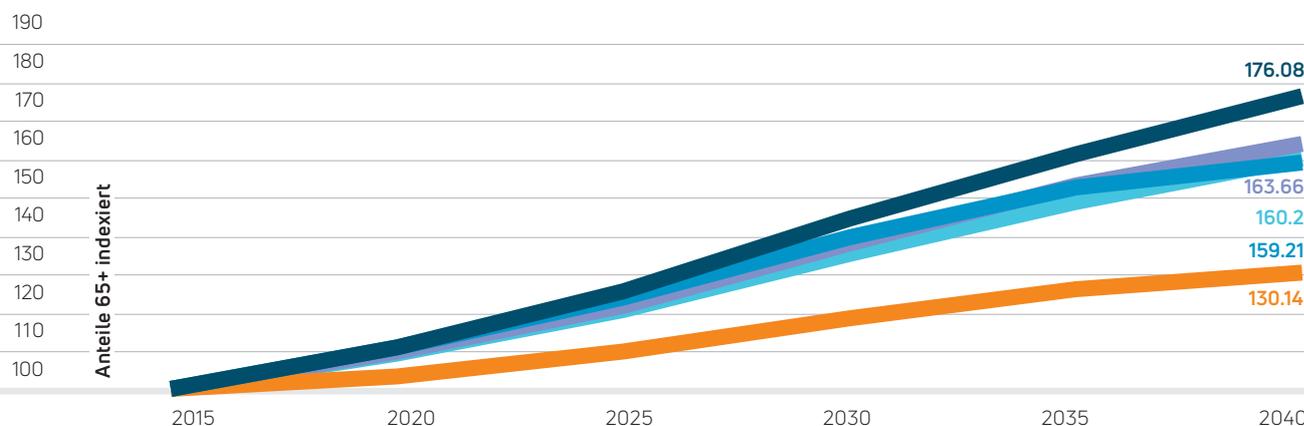
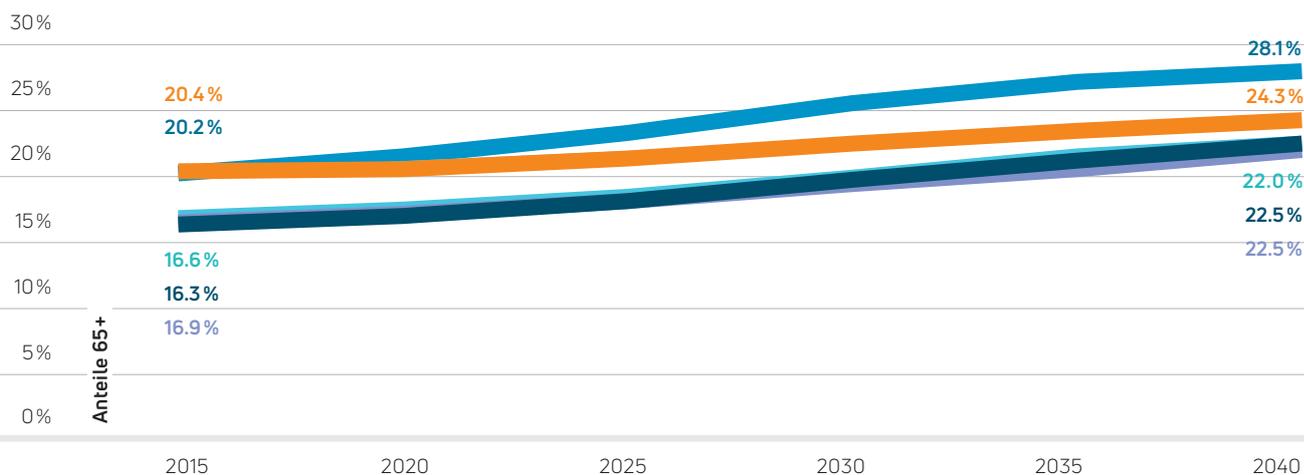
Der Altersquotient (Verhältnis von Personen über 64 Jahre zu den Personen im Erwerbsalter) steigt ebenfalls von heute 31% auf 36%. Zwar erhöht sich die Zahl der älteren Personen stark, durch die hohe Zuwanderung im mittleren Szenario steigt aber auch die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und wirkt sich so dämpfend auf den Altersquotienten aus.

Interkantonaler Vergleich

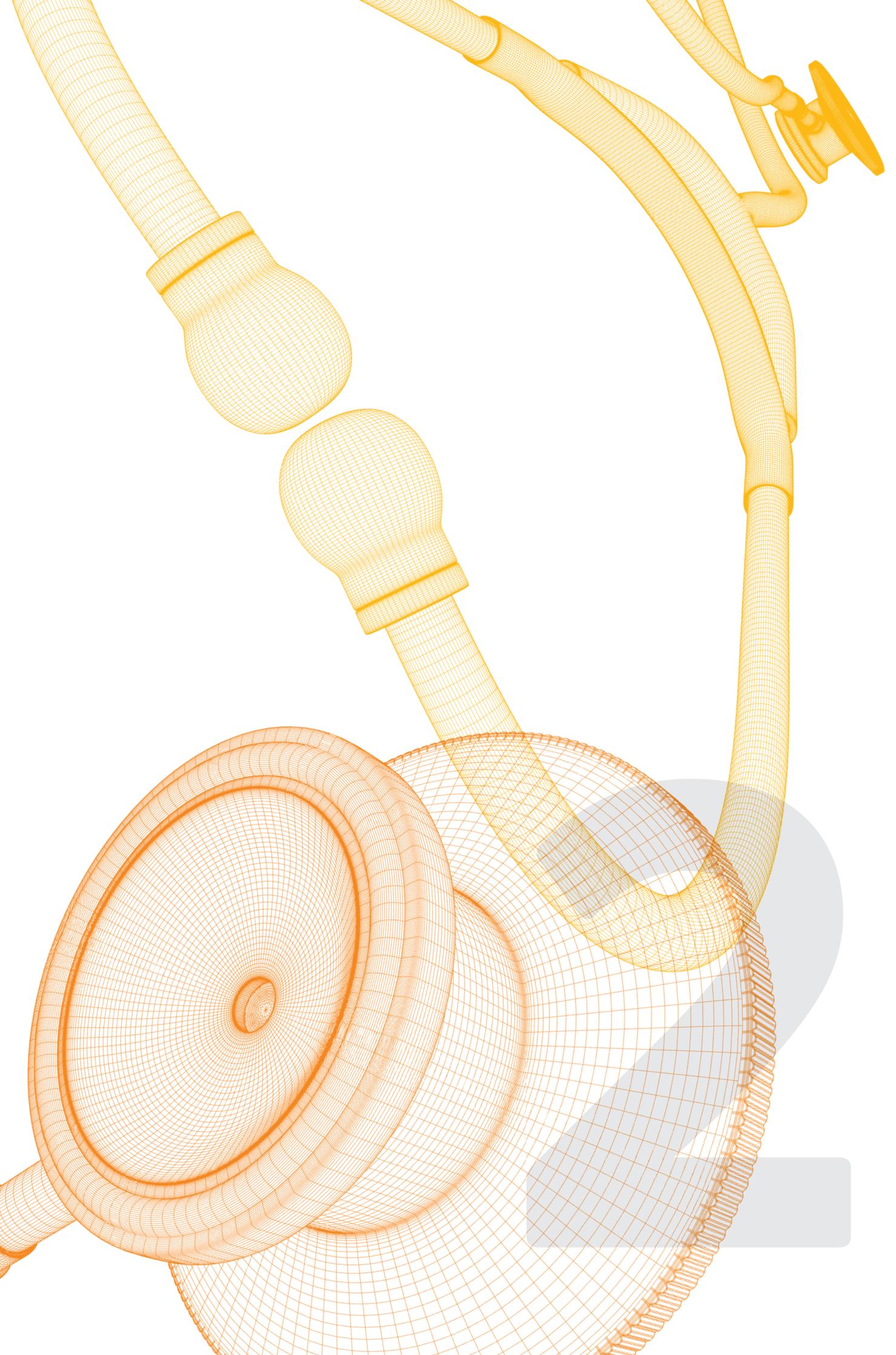
Der steigende Anteil von Personen über 64 und über 80 Jahre ist nicht auf den Kanton Basel-Stadt begrenzt. Das mittlere Szenario der aktuellen kantonalen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Statistik (BFS) vom Mai 2016 zeigt, dass von den fünf Standortkantonen mit Universitätsspitalern Basel-Stadt den aktuell höchsten Anteil an über 64- und über 80-Jährigen hat. Im Jahr 2040 belegt Basel-Stadt jeweils den zweiten Platz hinter dem Kanton Bern. Bemerkenswert ist, dass die Anteile in Basel-Stadt im Vergleich zu den übrigen Kantonen am geringsten ansteigen. Insbesondere der Anteil an 64-Jährigen entwickelt sich sehr flach im Vergleich zu den anderen Kantonen. Ein wichtiger Grund für diese ausgeprägte Entwicklung in den Szenarien des BFS ist die bedeutende Rolle der Zuwanderung, die zu einem vergleichsweise starken Zuwachs von Personen im erwerbsfähigen Alter im Kanton Basel-Stadt führt. Zusätzlich liegt das Durchschnittsalter der aus Basel-Stadt abgewanderten Personen über demjenigen der Zuwanderer.

ABBILDUNG H.1-2
Entwicklung der Anteile an über 64-jährigen Personen in fünf Kantonen

- LEGENDE
- Basel-Stadt
 - Bern
 - Genf
 - Waadt
 - Zürich



Quelle: Bundesamt für Statistik bfs



SPITALVERSORGUNG

AKUTSOMATISCHE BEHANDLUNGEN, PSYCHIATRIE, REHABILITATION

80 754
Patienten

2017 ist die Anzahl aller stationär behandelten Personen in den 13 basel-städtischen Spitälern um zwei Prozent gestiegen.

88 %
der Fälle

Die von der basel-städtischen Bevölkerung in Anspruch genommenen stationären Spitalbehandlungen wurden grössten Teils im Kanton durchgeführt.

289.3
Mio. Franken

Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen ist im Jahr 2017 um zwei Prozent angestiegen.

5. MAI
2017

Den internationalen Tag der Händehygiene begingen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsam mit sämtlichen Spitälern und der Bevölkerung.

1.

Angebot der stationären Spitalversorgung

1.1 — SPITÄLER IM KANTON BASEL-STADT

Der **Case Mix Index (CMI)** bildet das durchschnittliche Kostengewicht ab (meist pro Akutspital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist.

Der **PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level)** oder auch patientenbezogener Schweregrad genannt, ergibt sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen. Dabei werden die einzelnen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (CC) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 für keine und 4 für eine äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose steht. Somit ist der PCCL im Gegensatz zum CMI, der Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) einer akutsomatischen Behandlung gibt, ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patienten.

Im Jahr 2017 wurden in den 13 basel-städtischen Spitälern insgesamt 80 754 inner- und ausserkantonale Patienten stationär behandelt. Damit ist die Anzahl der in den Basler Spitälern stationär behandelten Patienten gegenüber dem Vorjahr um 2 % (+1728 Fälle) angestiegen. 70 822 stationäre Patienten (88 %) erhielten eine akutsomatische Behandlung, die mit SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten wurde (vgl. Tab. 1.1-1). Die universitätsmedizinische Zentrumsfunktion, die der Kanton Basel-Stadt dabei für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt, spiegelt sich im deutlich über 1.0 liegenden kantonalen CMI von 1.15 wider.

Dabei gibt es im Kanton Basel-Stadt Akutspitäler, deren stationär behandelte Patienten trotz relativ kleinem PCCL einen vergleichsweise hohen CMI aufweisen. Dies trifft insbesondere auf die Schmerzklinik Basel zu, die sich im stationären Bereich primär auf ihr schmerztherapeutisches Leistungsangebot konzentriert und, bei einem vergleichsweise niedrigen PCCL-Wert von 0.93, mit 1.84 den höchsten CMI unter den basel-städtischen Akutspitälern aufweist. Die insbesondere orthopädisch ausgerichtete Merian Iselin Klinik zeigt ein ähnliches Bild mit einem CMI von 1.02 und einem PCCL von 0.25. Das bedeutet, dass die in diesen beiden Akutspitälern stationär behandelten Patienten einen vergleichsweise grossen Ressourcenverbrauch mit entsprechendem SwissDRG-Kostengewicht bei gleichzeitig weniger Komorbiditäten bzw. Nebendiagnosen aufweisen. Die im Durchschnitt höchsten PCCL-Werte unter den basel-städtischen Spitälern sind im Felix Platter- und Adullam Spital mit 2.63 respektive 2.36 vorzufinden. Dies hängt mit dem auf die Akutgeriatrie spezialisierten Behandlungsangebot der beiden Spitäler zusammen, da ältere Patienten durchschnittlich mehr Komorbiditäten und daher einen vergleichsweise höheren PCCL als jüngere Patienten haben.

Das Bethesda Spital weist mit 0.73 bzw. 0.22 den tiefsten CMI respektive PCCL-Wert auf. Dies ist auf den hohen Anteil der Geburtshilfe zurückzuführen, da die relativ niedrigen Kostengewichte bzw. fehlenden Komorbiditäten der gesunden Neugeborenen einen stark senkenden Effekt auf den CMI respektive PCCL-Wert des ganzen Spitals haben.

Weiter ist anzumerken, dass die 10 069 in den basel-städtischen Spitälern besetzten Vollzeitstellen sich auf 15 518 Mitarbeitende verteilen, sodass das durchschnittliche Pensum bei 65 % je Beschäftigten liegt.

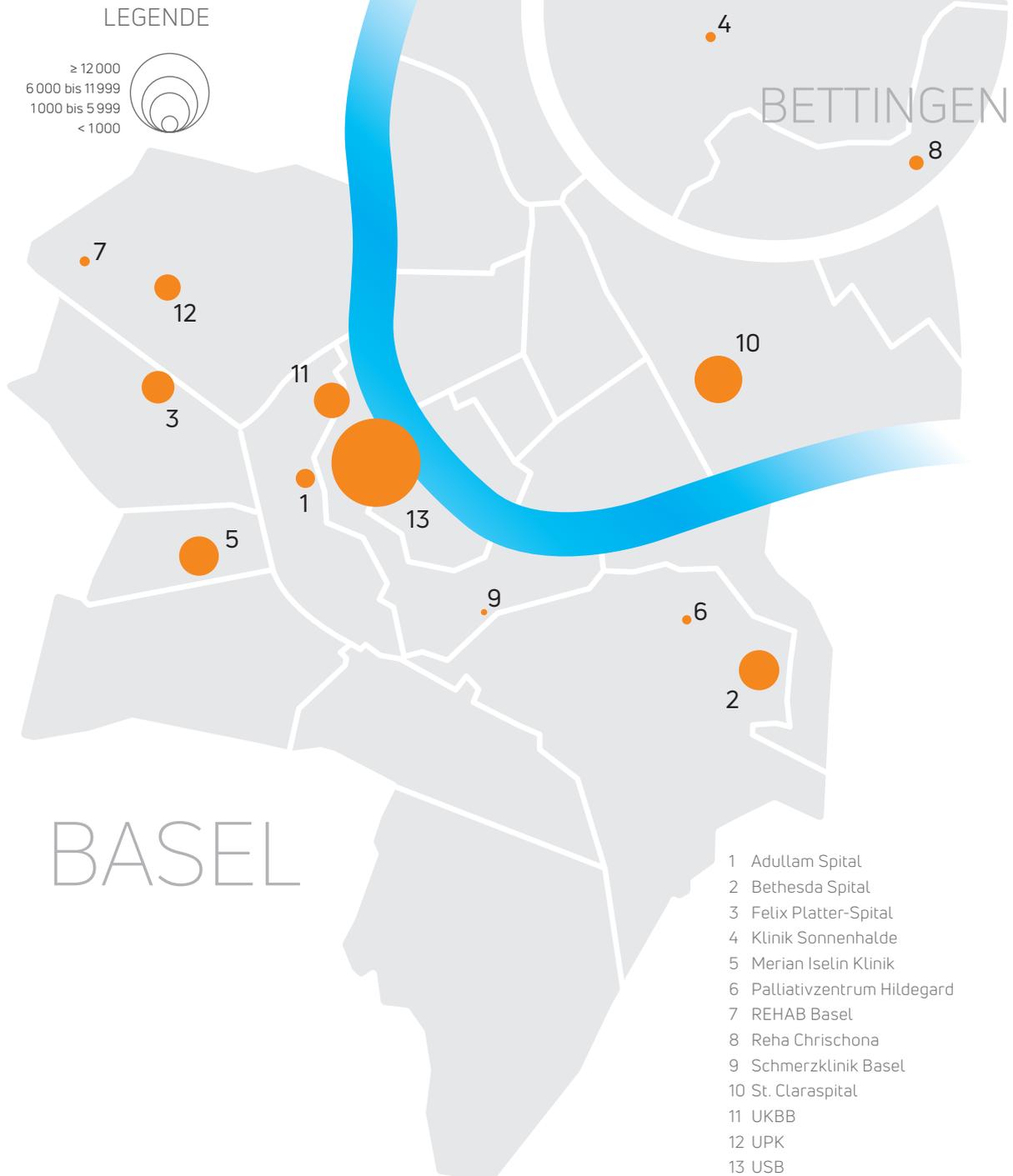
TABELLE 1.1-1
Steckbrief zu den einzelnen
Spitälern im Kanton
Basel-Stadt im Jahr 2017

Spital	Anzahl stationärer Fälle (davon Swiss-DRG-Fälle)	Case Mix Index	Patientenbezogener Schweregrad (PCCL)	Anteil stationär behandelter Basel-Städter	Allgemeine Abteilung (Anteil Patienten)	Totaler Betriebsertrag (in Mio. Fr.)	Durchschnittliche Anzahl Mitarbeitende (in 100%-Stellen)
Adullam Spital	1717 (776)	1.67	2.36	69%	77%	33.8	255
Bethesda Spital	7588 (7012)	0.73	0.22	31%	76%	101.2	506
Felix Platter-Spital	4973 (2530)	1.40	2.63	58%	77%	95.7	657
Klinik Sonnenhalde	484 (0)	Entfällt	Entfällt	36%	96%	19.3	137
Merian Iselin Klinik	7308 (7094)	1.02	0.25	31%	66%	100.0	428
Palliativzentrum Hildegard	403 (0)	Entfällt	Entfällt	43%	77%	10.1	66
REHAB Basel	474 (0)	Entfällt	Entfällt	24%	84%	58.3	370
Reha Chrischona	991 (0)	Entfällt	Entfällt	46%	71%	16.5	107
Schmerzklinik Basel	181 (181)	1.84	0.93	29%	78%	10.8	66
St. Claraspital	10601 (10523)	1.06	1.49	41%	64%	204.5	842
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)	3245 (0)	Entfällt	Entfällt	65%	92%	150.9	924
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	5967 (5911)	1.04	0.70	30%	86%	138.9	810
Universitätsspital Basel (USB)	36822 (36795)	1.27	1.49	48%	78%	1022.3	4901
Alle Spitäler*	80754 (70822)	1.15	1.22	44%	76%	1962.2	10069

* Im Geburtshaus Basel, welches gemäss KVG für stationäre Geburten einen Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste hat, waren im Berichtsjahr 26 stationäre Geburten zu verzeichnen. Aufgrund der tiefen Fallzahl wird es nicht in die statistischen Analysen des vorliegenden Berichts miteinbezogen.

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

ABBILDUNG 1.1-2
 Spitäler im Kanton Basel-Stadt
 und Anzahl stationäre
 Austritte im Jahr 2017



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

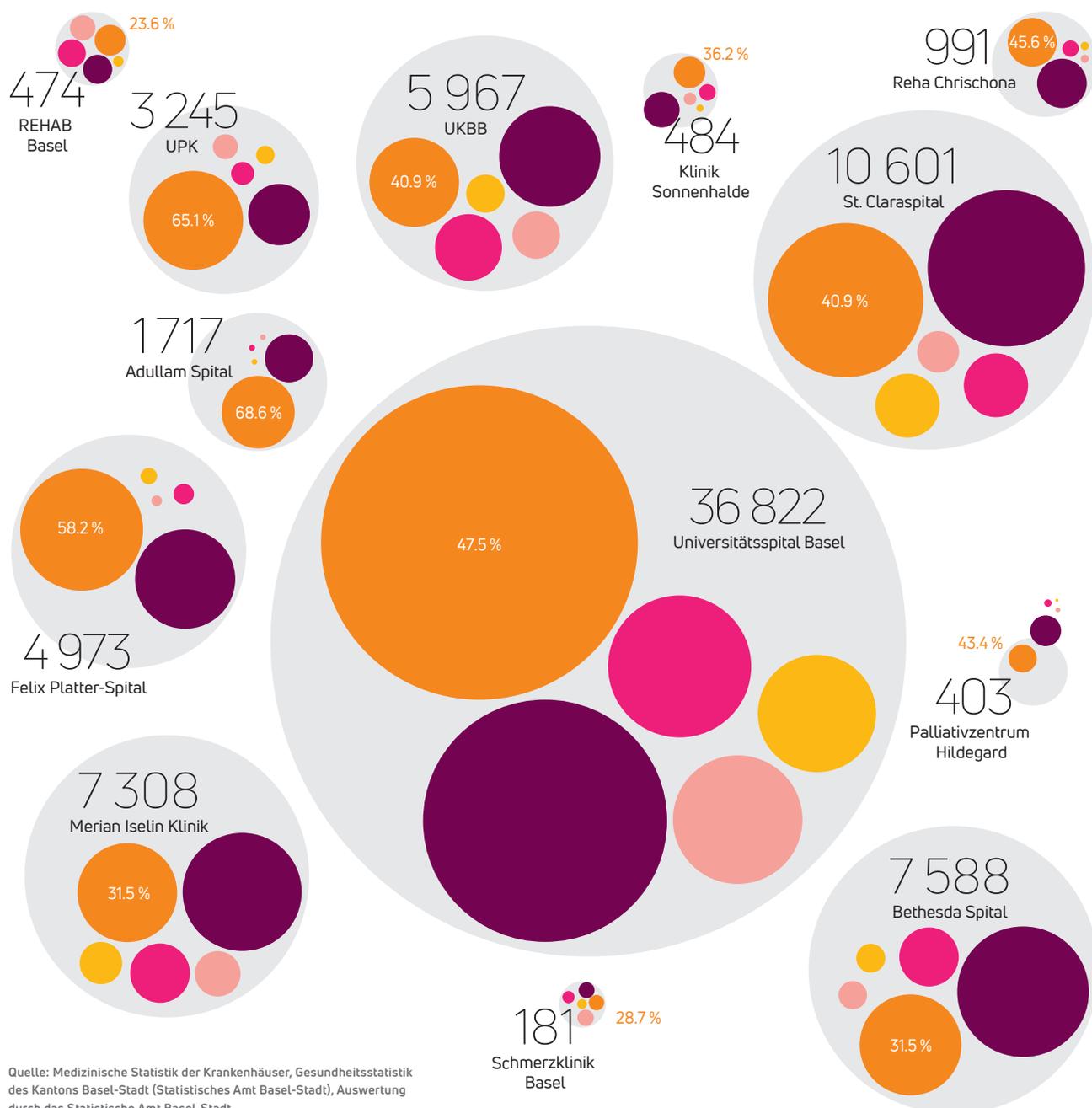
Im Jahr 2017 waren in den basel-städtischen Spitälern 780 539 Bettenbetriebstage zu verzeichnen. Bei insgesamt 80 754 stationären Fällen wurde somit ein Spitalbett im Durchschnitt 9.7 Tage von einem Patienten in Anspruch genommen.

Von den im Kanton Basel-Stadt stationär behandelten Fällen (80754) entfielen im Jahr 2017 mehr als die Hälfte (45273) auf ausserkantonale und ausländische Patienten, womit erneut ein Anstieg dieses Anteils um rund 5% zu verzeichnen ist.

Es fällt auf, dass der Anteil der stationär behandelten, ausserkantonalen und ausländischen Patienten an allen stationär behandelten Fällen je nach Spital grossen Schwankungen unterliegt (vgl. Abb. 1.1-3). Deutlich mehr als die Hälfte aller zugewanderten Patienten kommt mit 63% (+3%) aus Basel-Landschaft, gefolgt von den Nordwestschweizer Kantonen Aargau und Solothurn mit einem Anteil von insgesamt 16% (-2%). Die übrigen zugewanderten Fälle entfallen mit 11% (unverändert) auf die restliche Schweiz und mit 10% (-1%) auf das Ausland (vgl. Abb. 1.1-3 und Abb. 1.1-4).

ABBILDUNG 1.1-3
Alle stationären Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort im Jahr 2017

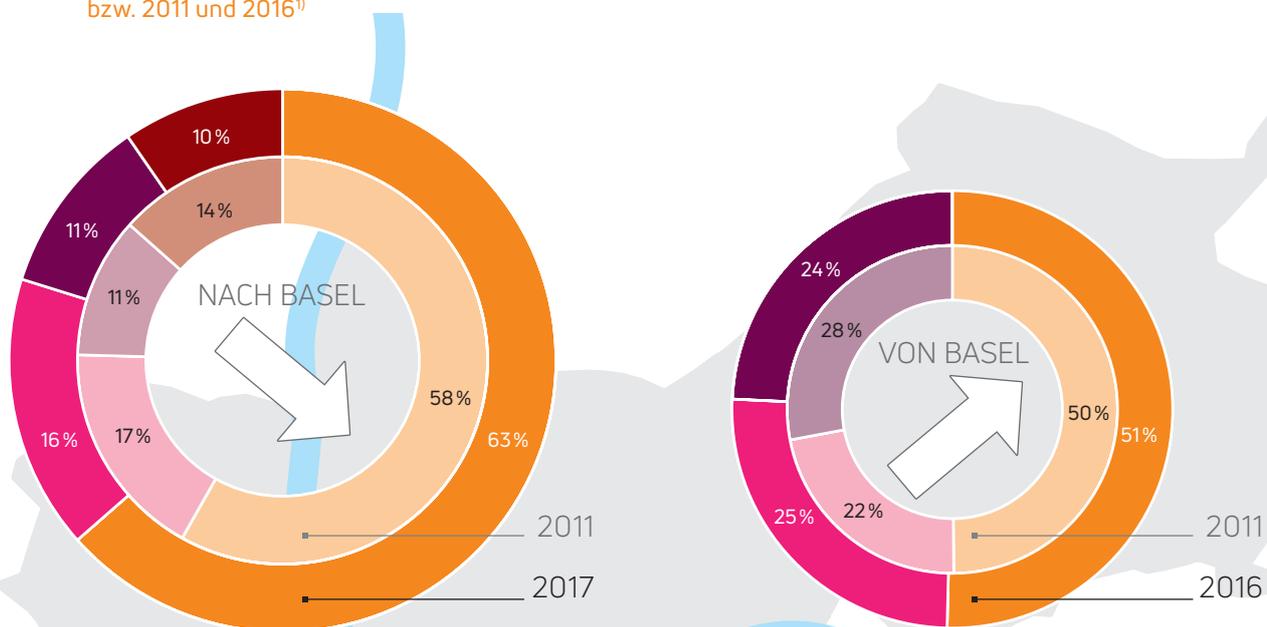
- LEGENDE
- Basel-Stadt
 - Basel-Landschaft
 - Aargau/Solothurn
 - Restschweiz
 - Ausland



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

Auffällig ist, dass im Jahr 2016¹⁾ der PCCL der in ausserkantonalen Spitälern stationär behandelten Basler Patienten mit 0.83 deutlich unter dem PCCL der in Basler Spitälern behandelten basel-städtischen und nicht basel-städtischen Patienten von 1.38 respektive 1.16 liegt. Daran wird deutlich, dass die basel-städtischen Patienten, die aufgrund ihrer Multimorbidität einer universitären oder zentrumsmedizinischen akutsomatischen Behandlung bedürfen, im Kanton Basel-Stadt behandelt werden, wohingegen die Basel-Städter mit weniger Komorbiditäten vermehrt ausserkantonale Spitäler in Anspruch nehmen. Die entsprechend frei werdenden Kapazitäten werden wiederum zunehmend von ausserkantonalen Patienten genutzt, die aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Fallschwere eine universitäre oder zentrumsmedizinische akutsomatische Behandlung benötigen. Diese Entwicklung ist mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung erwartet worden und auch erwünscht, da sie die universitär-medizinische Zentrumsfunktion des Kantons Basel-Stadt stärkt.

ABBILDUNG 1.1-4
Patientenströme von ausserkantonalen und ausländischen, stationären Patienten in Basler Spitälern nach Wohnort sowie stationären Basler Patienten in ausserkantonalen Spitälern in den Jahren 2011 und 2017 bzw. 2011 und 2016¹⁾



Stationär behandelte ausserkantonale und ausländische Patienten der Basler Spitäler nach Wohnort in den Jahren 2011 und 2017

Anzahl Fälle	BL	AG / SO	Restschweiz	Ausland	Total
2011	18 312	5 448	3 516	4 218	31 494
2017	28 750	7 396	4 793	4 334	45 273

Stationär behandelte Basler Patienten in ausserkantonalen Spitälern nach Standort des Spitals in den Jahren 2011 und 2016

Anzahl Fälle	BL	AG / SO	Restschweiz	Ausland	Total
2011	1 691	751	949	*	3 391
2016	2 375	1 196	1 143	*	4 714

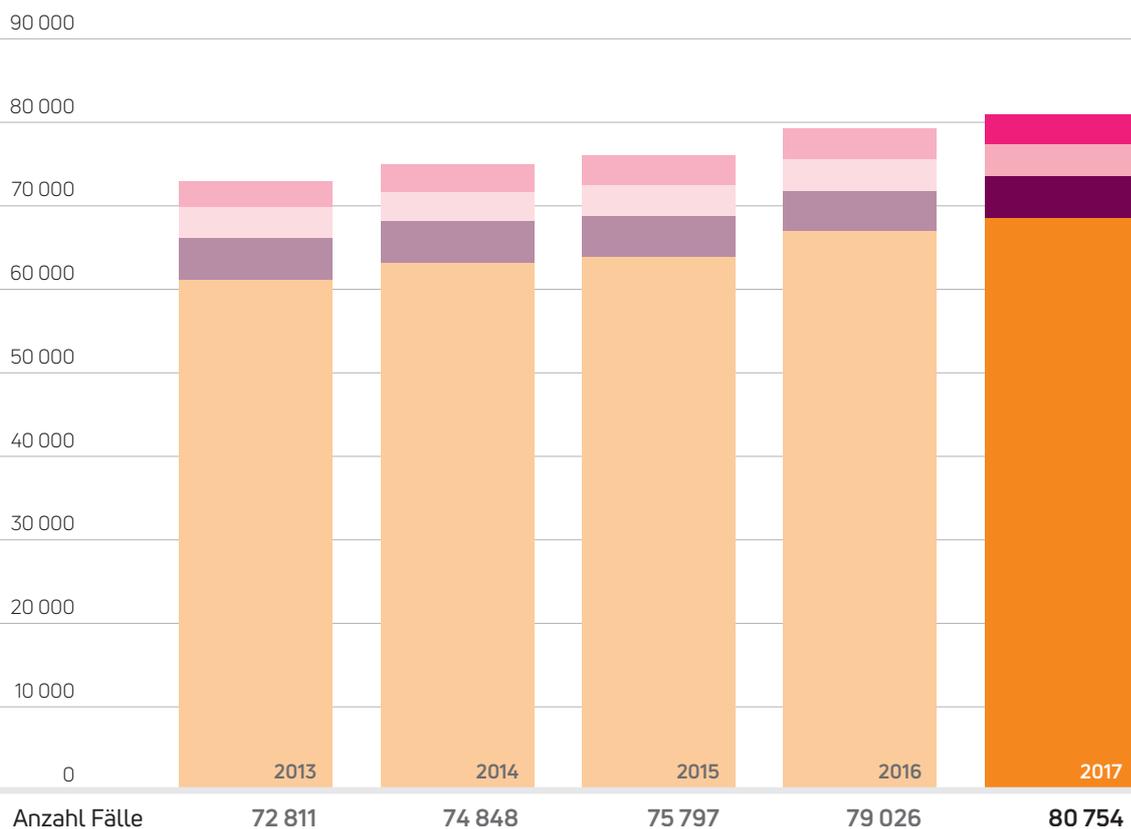
* Im Ausland behandelte Basler Patienten werden statistisch nicht erfasst.

1) Aufgrund der Datenverfügbarkeit der medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden.

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

2017 hat die Anzahl aller stationär behandelten Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 1728 Fälle (+2%) zugenommen (vgl. Abb. 1.1-5). Im Fünfjahresvergleich ist die stationäre Gesamtpatientenzahl um insgesamt 11% angestiegen. Dabei ist die prozentual grösste Zuwachsrate im Versorgungsbereich Rehabilitation mit einem Anstieg von 15% (+470 Fälle) zu verzeichnen, gefolgt von der Akutsomatik mit einer Zuwachsrate von rund 12% (+7365 Fälle).

ABBILDUNG 1.1-5
Stationäre Patienten der basel-städtischen Spitäler nach Hauptbereichen in den Jahren 2013 bis 2017



	2013	2014	2015	2016	2017
Rehabilitation	3 091	3 326	3 506	3 600	3 561
Psychiatrie	3 746	3 567	3 701	3 783	3 729
Geriatrie	4 954	5 016	4 866	4 818	5 079
Akutsomatik	61 020	62 939	63 724	66 825	68 385

LEGENDE

- Rehabilitation
- Psychiatrie
- Geriatrie
- Akutsomatik

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

1.2 — SPITALLISTE

Das zentrale Element der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 war eine Verschiebung weg von der Objektfinanzierung hin zu einer leistungsorientierten Subjektfinanzierung. Neu stand nicht mehr die Planung von Bettenkapazitäten sondern jene von medizinischen Leistungen im Fokus. Seit diesem Zeitpunkt erlässt der Kanton Basel-Stadt eine Spitalliste, die gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach der Zürcher Leistungsgruppensystematik (SPLG) gegliedert ist. Für jede dieser Leistungsgruppen wurden spezifische Qualitätsanforderungen wie beispielsweise Infrastruktur- und Notfallvorgaben, Facharzttitel und wo möglich Mindestmengen definiert.

Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt. Dies unabhängig vom Behandlungsort und unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen von Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Kantone sowie aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt. Verfügt der Kanton nicht über ausreichend Kapazitäten in einem Leistungsbereich, erfolgt eine Ergänzung durch ausserkantonale Spitäler. Zudem gilt seit 2014 zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft die volle Freizügigkeit für stationäre Spitalleistungen. Sie ermöglicht den Einwohnern ohne Zusatzkosten die freie Spitalwahl aus beiden Listen. Dabei gelten die aktuell gültigen Leistungsaufträge des Standortkantons.

Die Fallzahlen und Qualitätsindikatoren der Spitäler werden für die Versorgungsplanung laufend überprüft und die Spitalliste gegebenenfalls angepasst. Nach Ablauf der dreijährigen Leistungsauftragsperiode erfolgt jeweils eine generelle Überprüfung aller Leistungsaufträge. Letztmals war dies im Jahr 2017 für die Leistungsaufträge der ab 1. Januar 2018 gültigen Spitalliste der Fall. Die neue Leistungsgruppensystematik der Gesundheitsdirektion Zürich wurde dabei übernommen und konsequent angewendet.

Mit Aufhebung der Spitalliste 2015 und dem Erlass der neuen Spitalliste 2018 durch den Regierungsrat wurden diverse Anpassungen vorgenommen. Insgesamt wurden bei den basel-städtischen Spitälern elf Leistungsgruppen aufgrund einer Änderung des Leistungsangebots oder Nichterreichens von Mindestfallzahlen entzogen und vier neue Leistungsaufträge erteilt. Insgesamt gingen zudem vier Anträge auf Leistungsaufträge beim Gesundheitsdepartement ein: Das Bethesda Spital stellte Anträge für eine neonatologische Überwachungsstation sowie auf Psychosomatische Rehabilitation. Zudem stellte die Klinik Sonnenhalde einen Antrag für einen Leistungsauftrag in der Psychiatrischen Grundversorgung. Diese Anträge wurden aufgrund bereits ausreichender Versorgungskapazitäten abgelehnt. Die Merian Iselin Klinik beantragte einen Leistungsauftrag für Plexuschirurgie mit Schwerpunkt Schulterchirurgie, dem aufgrund von vorgegebenen, nicht erreichten Mindestfallzahlen nicht entsprochen werden konnte.

Insgesamt wurde mit der neuen Spitalliste 2018 eine weitere Konzentration der medizinischen Leistungen und Kompetenzen angestrebt und erreicht.



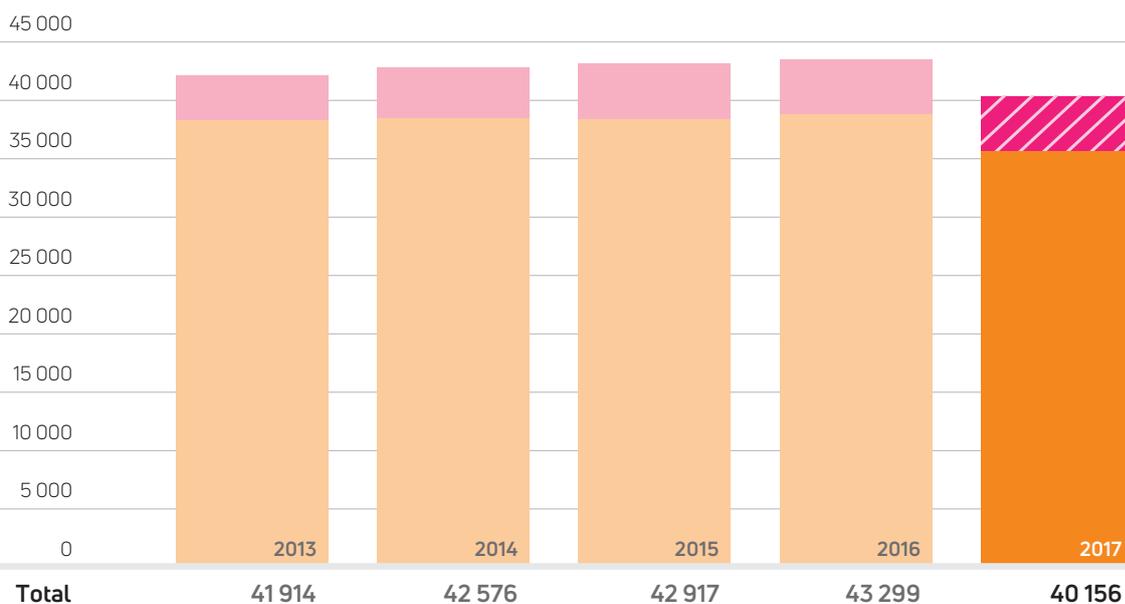
Zur aktuellen Spitalliste:
www.gesundheitsversorgung.ch
→ Gesundheitsfachpersonen
→ Spitalversorgung
→ Spitalliste

2. Leistungen der stationären Spitalversorgung

2.1 — STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN

Rund 88% (35502 Fälle) der insgesamt 40156 stationären Spitalbehandlungen, die im Jahr 2017 von der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen wurden, erfolgten in einem Basler Spital (vgl. Abb. 2.1-1). Dieser hohe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass der Kanton Basel-Stadt in der stationären Spitalversorgung ein breites Angebot von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin wohnortnah bereitstellt.

ABBILDUNG 2.1-1
Entwicklung und Verteilung der stationären Spitalbehandlungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Abhängigkeit vom Spitalstandort.



Anzahl Fälle	2013	2014	2015	2016	2017
Ausserkantonal	3 888	4 350	4 768 ^v	4 714	4 654 [*]
Innerkantonal	38 026	38 226	38 149	38 585	35 502

* provisorische Zahl

LEGENDE

- Ausserkantonal
- Innerkantonal

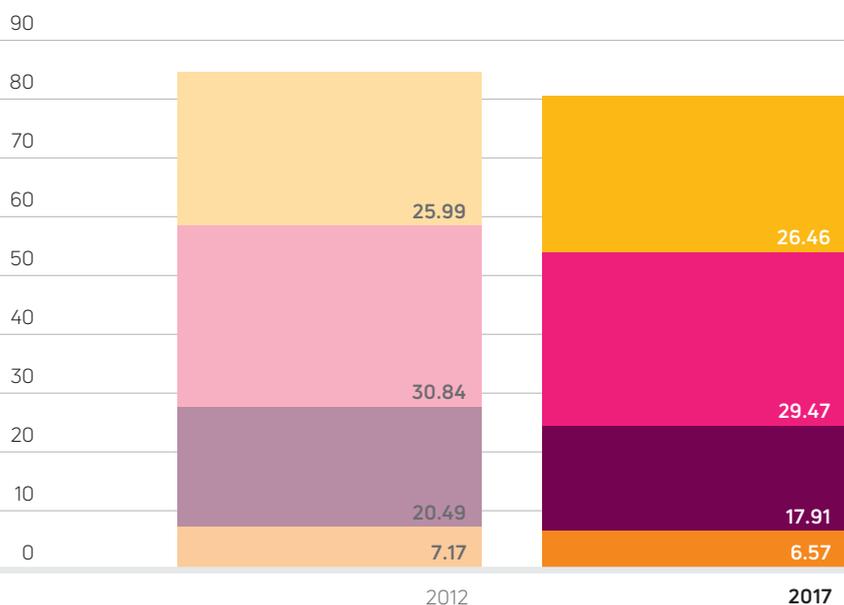
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) für die stationären Fallzahlen der ausserkantonal behandelten Basel-Städter; Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt) für die stationären Fallzahlen der innerkantonal versorgten Basel-Städter; Abrechnungsdaten der Spitäler für die Berechnung der provisorischen stationären Fallzahl zu den ausserkantonal behandelten Basel-Städtern im Jahr 2017 (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt)

Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl der von basel-städtischen Patienten insgesamt in Anspruch genommenen, stationären Spitalbehandlungen um 7% (-3143 Fälle) zurückgegangen, wobei erstmals die Nachfrage sowohl nach innerkantonalen (-60 Fälle) als auch nach ausserkantonalen Behandlungen (-3083 Fälle) abgenommen hat. Zum Rückgang der innerkantonalen Nachfrage hat insbesondere der geringere Bedarf an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen beigetragen, der sich gegenüber dem Vorjahr um rund 6% (-1940 Fälle) verringert hat.

2.2 — ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN AUFENTHALTSDAUER

Im Fünfjahresvergleich hat sich die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer in den Hauptversorgungsbereichen Akutsomatik, Geriatrie und Psychiatrie (ohne Forensik) verkürzt (vgl. Abbi. 2.2-1). In der Rehabilitation hat diese hingegen um etwa einen halben Tag zugenommen. Die Langzeitpflegefälle wurden nicht in die Berechnungen miteinbezogen, da keine Spitalbedürftigkeit mehr im Sinne des KVG besteht. Darüber hinaus ist anzumerken, dass bei der Berechnung der stationären Pflergetage die seit dem Jahr 2012 gültige Fallabrechnungsregel der SwissDRG AG berücksichtigt worden ist, wonach es bei einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Kalendertagen zu einer Fallzusammenlegung kommt, falls die Hauptdiagnosen aus derselben Hauptdiagnosegruppe stammen. Die Tage, die bei den zusammengeführten Fällen zwischen den einzelnen stationären Aufenthalten liegen, wurden bei der Berechnung der Pflergetage nicht mitgezählt.

ABBILDUNG 2.2-1
Durchschnittliche, stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) von basel-städtischen Patienten in Basler Spitälern in den Jahren 2012 und 2017 (ohne Langzeitpflegefälle)



LEGENDE

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

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

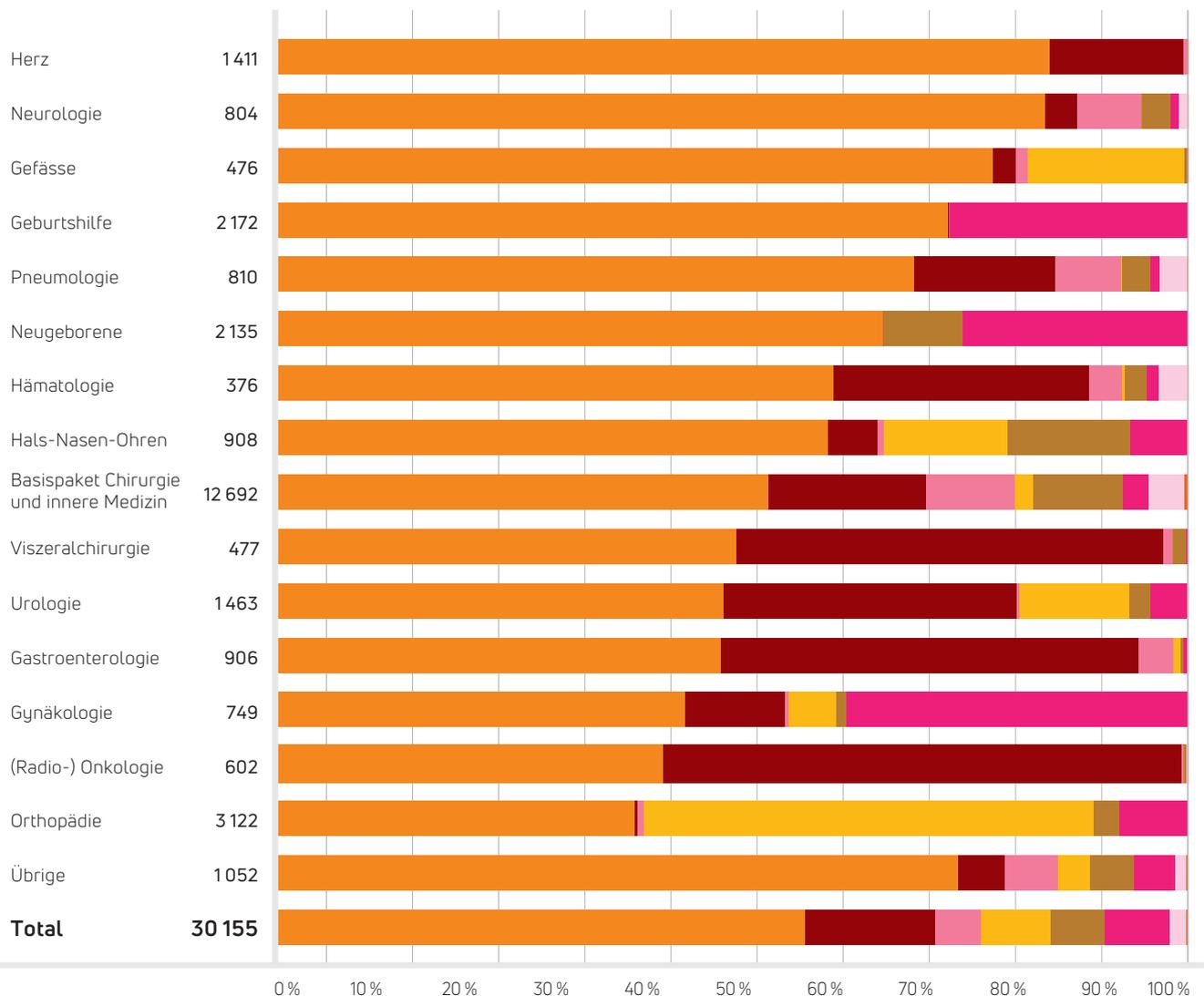
2.3 — AKUTSOMATISCHE SPITALBEHANDLUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN

Im fallstärksten Versorgungsbereich der Akutsomatik lassen sich die einzelnen medizinischen Behandlungen in 25 klinische Leistungsbereiche gemäss der Zürcher Leistungsgruppensystematik einteilen. Damit wird das gesamte akutsomatische Behandlungsspektrum systematisch beschrieben. Mit dem Leistungsbereich Orthopädie ist vorliegend der in der Zürcher Leistungsgruppensystematik bezeichnete Leistungsbereich «Bewegungsapparat chirurgisch» gemeint.

Die Fallzahlen der stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereichen und Basler Spitälern für das Jahr 2017 (vgl. Abb. 2.3-1) geben einen Überblick über die Leistungsschwerpunkte und jeweiligen Marktanteile der einzelnen Spitäler.

ABBILDUNG 2.3-1

Anzahl an stationären, akutsomatischen, nach SwissDRG abgerechneten Spitalbehandlungen (inklusive Akutgeriatrie) von basel-städtischen Patienten nach Leistungsbereich und Basler Spital im Jahr 2017



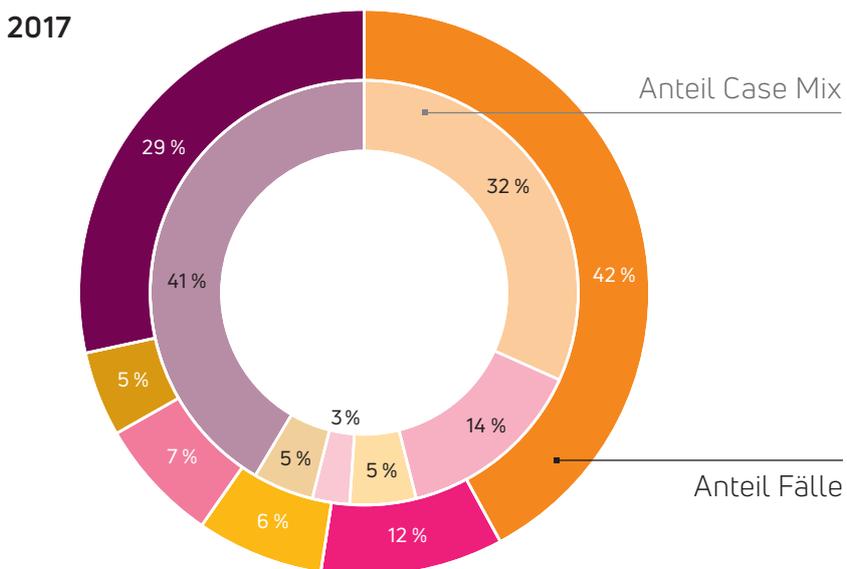
LEGENDE

- USB
- St. Claraspital
- Felix Platter-Spital
- Merian Iselin Klinik
- UKBB
- Bethesda Spital
- Adullam Spital
- Schmerzlinik Basel

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

ABBILDUNG 2.3-2
 Prozentuale Verteilung der
 Fallzahl und des Case Mix
 über die fünf häufigsten stationären, akutsomatischen, nach
 SwissDRG abgerechneten
 Spitalbehandlungen (inklusive
 Akutgeriatrie) nach Leistungs-
 bereichen in den Jahren 2012
 und 2017 (basel-städtische
 Patienten in Basler Spitälern)

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



Im Jahr 2017 hat die chirurgische und internistische Basisversorgung der basel-städtischen Wohnbevölkerung mit einem Case Mix von 10 130 rund 32% des gesamten SwissDRG-Abgeltungsvolumens (31 923) eingenommen (Abbildung 2.3-2 und Tabelle 2.3-3). Bei einer Fallzahl von 12 692 liegt der durchschnittliche Case Mix Index (CMI) dieser Leistungsgruppe bei 0.80 (vgl. Tab. 2.3-3). Mit einem Anteil von 10% (3 122 Fälle) an allen stationär behandelten, akutsomatischen, basel-städtischen Fällen stellt die Orthopädie den grössten Leistungsbereich unter den spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen dar, wobei 14% (4 583) des gesamten Case Mix auf diesen Leistungsbereich entfallen. Gegenüber dem Jahr 2012 hat sich die prozentuale Verteilung der Fallzahl und des Case Mix über die fünf häufigsten stationären, akutsomatischen Leistungsbereiche kaum verändert.

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

TABELLE 2.3-3
Stationäre, akutsomatische,
nach SwissDRG abgerechnete
Spitalbehandlungen (inklusive
Akutgeriatrie) nach Leis-
tungsbereichen im Jahr 2017
(basel-städtische Patienten
in Basler Spitälern): Anzahl
Fälle, Case Mix und Case Mix
Index (CMI)

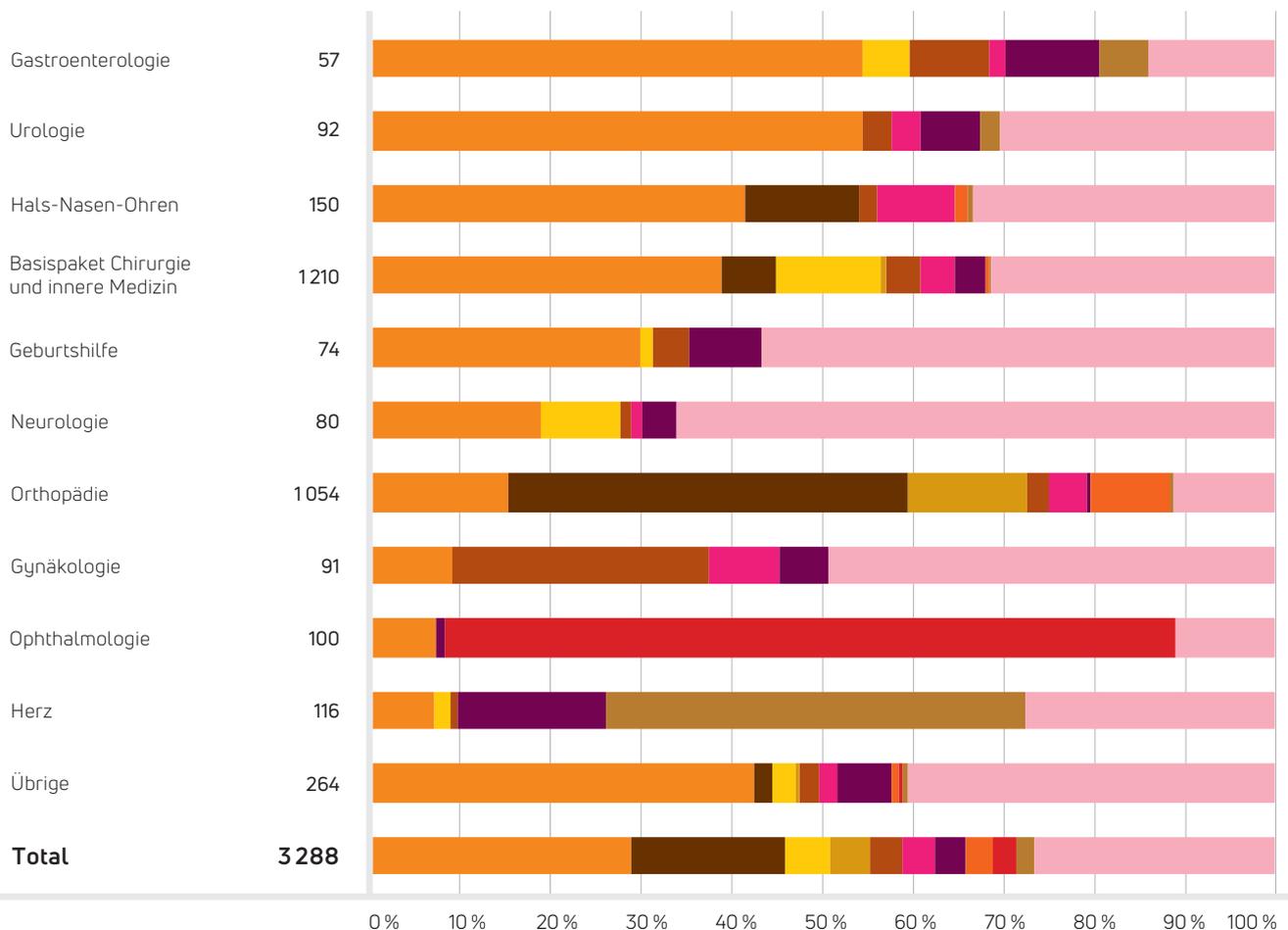
Leistungsbereiche	FÄLLE		CASE MIX		CMI
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Basispaket Chirurgie und innere Medizin	12692	42.1%	10130	31.7%	0.80
Orthopädie	3122	10.4%	4583	14.4%	1.47
Geburtshilfe	2172	7.2%	1597	5.0%	0.74
Neugeborene	2135	7.1%	899	2.8%	0.42
Urologie	1463	4.9%	1466	4.6%	1.00
Herz	1411	4.7%	3111	9.7%	2.20
Hals-Nasen-Ohren	908	3.0%	875	2.7%	0.96
Gastroenterologie	906	3.0%	968	3.0%	1.07
Pneumologie	810	2.7%	1164	3.6%	1.44
Neurologie	804	2.7%	931	2.9%	1.16
Gynäkologie	749	2.5%	859	2.7%	1.15
(Radio-) Onkologie	602	2.0%	595	1.9%	0.99
Viszeralchirurgie	477	1.6%	1255	3.9%	2.63
Gefässe	476	1.6%	985	3.1%	2.07
Hämatologie	376	1.2%	653	2.0%	1.74
Rheumatologie	193	0.6%	206	0.6%	1.07
Endokrinologie	159	0.5%	182	0.6%	1.15
Ophthalmologie	158	0.5%	144	0.5%	0.91
Neurochirurgie	147	0.5%	409	1.3%	2.78
Dermatologie	135	0.4%	179	0.6%	1.33
Nephrologie	91	0.3%	201	0.6%	2.20
Thoraxchirurgie	86	0.3%	239	0.8%	2.78
Schwere Verletzungen	74	0.2%	247	0.8%	3.34
Transplantationen	9	0.0%	45	0.1%	5.01
Gesamt	30155	100 %	31923	100 %	1.06*

*gewichtet

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

ABBILDUNG 2.3-4
 Anzahl an ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbe-
 reichen im Jahr 2016
 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)

2016¹⁾ nahmen 3 288 basel-städtische Patienten eine akutsomatische Behandlung in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch. Gemessen an der stationären, akutsomatischen Gesamtnachfrage der basel-städtischen Wohnbevölkerung, entspricht dies einem Anteil von 10 %. Das häufigste, von Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale Akutspital ist mit 29 % das Kantonsspital Baselland. Darauf folgen die Hirslanden Klinik Birshof und die Klinik Arlesheim mit 17 % respektive 5 %. Das von Basel-Städtern mit 109 stationären, akutsomatischen Fällen am häufigsten konsultierte ausserkantonale Universitätsspital ist das Inselspital Bern.



LEGENDE

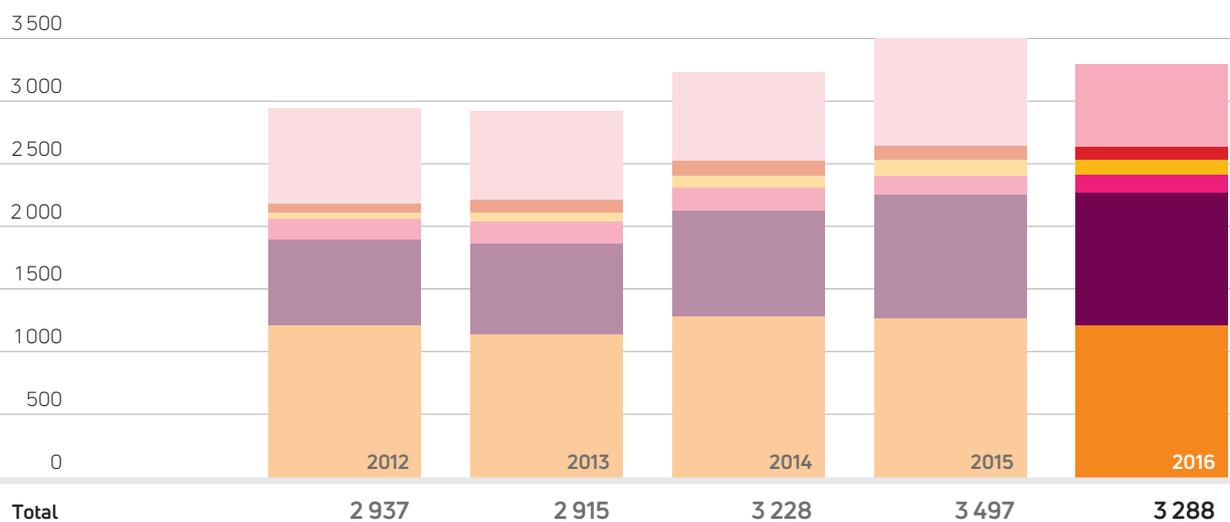
- Kantonsspital Baselland
- Solothurner Spitäler AG
- Hirslanden Klinik Birshof
- Inselspital Bern
- Klinik Arlesheim AG
- Privatlinik Obach
- Praxisklinik Rennbahn AG
- Vista Klinik
- Gesundheitszentrum Fricktal
- Hirslanden Klinik Aarau
- Andere Spitäler

1) Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2016 vorliegen.

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

Im Fünfjahresvergleich ist die Anzahl ausserkantonalen, stationärer, akutsomatischer Spitalbehandlungen von basel-städtischen Patienten um insgesamt 351 Fälle (+12%) angestiegen. Dabei ist die prozentual grösste Zuwachsrate im Leistungsbereich Herz, die herzchirurgische und kardiologische Eingriffe umfasst, mit rund 137% (+67 Fälle) zu verzeichnen, gefolgt von der Orthopädie und Ophthalmologie mit einem Anstieg um 55% (+374 Fälle) respektive 35% (+26 Fälle).

ABBILDUNG 2.3-5
Anzahl der fünf häufigsten ausserkantonalen, stationären, akutsomatischen Spitalbehandlungen (inklusive Geriatrie) nach Leistungsbereichen in den Jahren 2012 bis 2016 (basel-städtische Patienten in ausserkantonalen Spitälern)



	2012	2013	2014	2015	2016
Basispaket Chirurgie und innere Medizin	1215	1142	1281	1271	1210
Orthopädie	680	722	843	975	1054
Hals-Nasen-Ohren	163	170	182	157	150
Herz	49	75	97	119	116
Ophthalmologie	74	98	117	114	100
Übrige	756	708	708	861	658

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

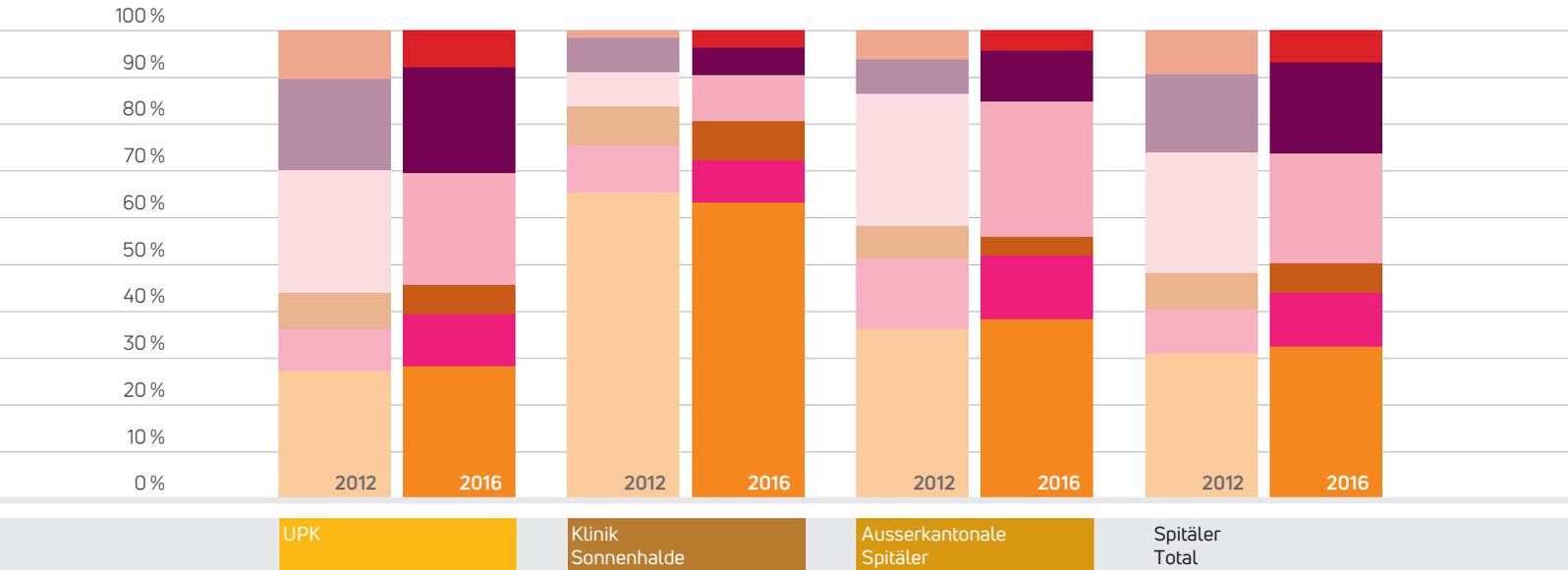
2.4 — PSYCHIATRISCHE SPITALBEHANDLUNGEN

1) Aufgrund der Datenverfügbarkeit der Medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden, sodass derzeit erst die Zahlen für das Jahr 2016 vorliegen.

In den inner- und ausserkantonalen psychiatrischen Kliniken wurden im Jahr 2016¹⁾ insgesamt 3 281 basel-städtische Patienten stationär behandelt (vgl. Abb. 2.4-1). Die häufigste von Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale psychiatrische Klinik ist mit 27% die Psychiatrie Baselland. Darauf folgen die Schützen Klinik Rheinfelden und die Klinik ESTA mit 16% respektive 13%.

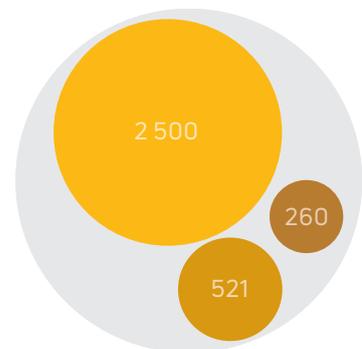
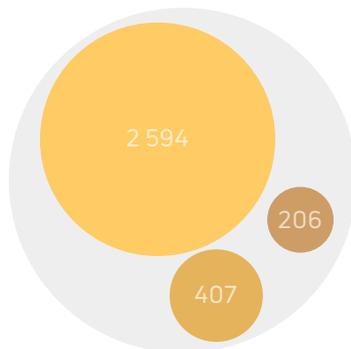
Sowohl in den innerkantonalen als auch in den ausserkantonalen Spitälern stellen die affektiven Störungen (Depression, Manie) und die durch psychotrope Substanzen ausgelösten psychiatrischen Erkrankungen die häufigsten psychiatrischen Behandlungsindikationen der basel-städtischen Patienten dar. Gemessen an der stationären, psychiatrischen Gesamtnachfrage nehmen diese beiden Behandlungsindikationen zusammen einen Anteil von 56% ein (vgl. Abb. 2.4-1).

ABBILDUNG 2.4-1
Anzahl der fünf häufigsten stationären, psychiatrischen Hauptdiagnosen von basel-städtischen Patienten nach Behandlungsort in den Jahren 2012 und 2016¹⁾



LEGENDE

- Affektive Störungen
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen
- Übrige



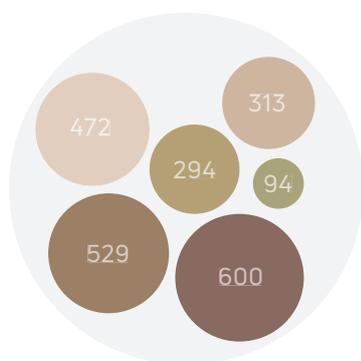
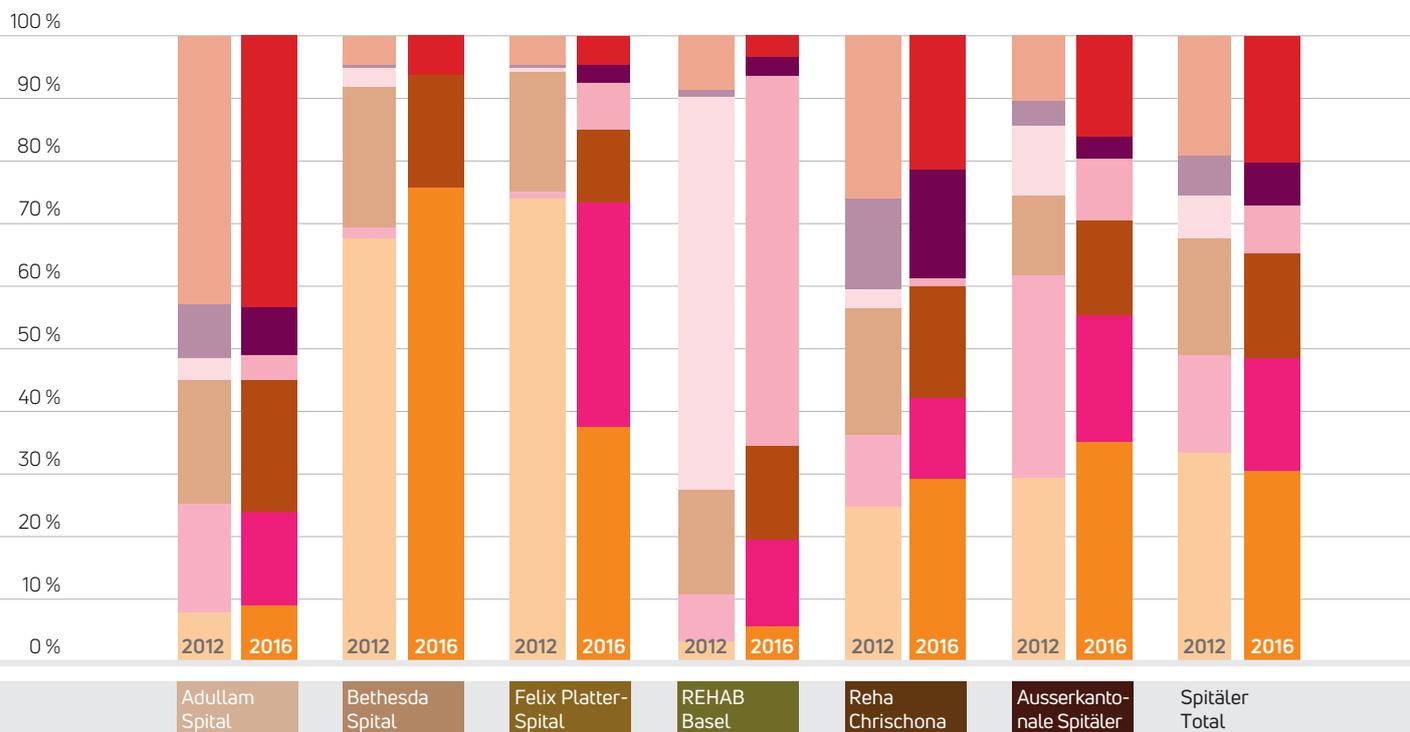
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Gesundheitsstatistik des Kantons Basel-Stadt (Statistisches Amt Basel-Stadt), Auswertung durch das Statistische Amt Basel-Stadt

2.5 — SPITALBEHANDLUNGEN IM BEREICH REHABILITATION

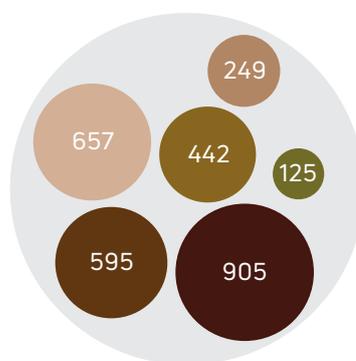
Im Jahr 2016¹⁾ zählten die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit rund 31% der Fälle zu den häufigsten Krankheitsursachen für eine stationäre Reha-Behandlung von basel-städtischen Patienten (vgl. Abb. 2.5-1). Für einen Reha-Aufenthalt von Basel-Städtern in den ausserkantonalen Spitälern stellen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Kreislaufsystems die häufigsten Indikationen dar. Die Reha Rheinfelden ist mit 28% die am häufigsten von Basel-Städtern in Anspruch genommene, ausserkantonale Reha-Klinik. Darauf folgen die Klinik Barmelweid AG und das Kantonsspital Baselland mit 16% respektive 15%. Insgesamt wurden im Jahr 2016 im Bereich der Rehabilitation 2973 basel-städtische Patienten in den inner- und ausserkantonalen Spitälern stationär behandelt. Gegenüber dem Jahr 2012 entspricht dies einer Zunahme um 29% (+671 Fälle).

1) Aufgrund der Datenverfügbarkeit der medizinischen Statistik können die ausserkantonalen Behandlungsfälle immer erst mit einem Jahr Verzögerung dargestellt werden.

ABBILDUNG 2.5-1
Anzahl der fünf häufigsten Krankheitsursachen für eine stationäre Reha-Behandlung von basel-städtischen Patienten nach Behandlungsort in den Jahren 2012 und 2016¹⁾



2302
Fälle 2012



2973
Fälle 2016

LEGENDE

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folge äusserer Ursachen
- Neubildungen
- Krankheiten des Atmungssystems
- Übrige

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

3.

Kosten und Finanzierung der Spitalversorgung

TABELLE 3.1-1
Gesamtkosten Spital-
finanzierung in der
Rechnung Basel-Stadt

3.1 — KOSTEN STATIONÄRE SPITALVERSORGUNG DER BASEL-STÄDTISCHEN BEVÖLKERUNG

in Mio. Franken	2013	2014	2015	2016	2017
Kantonsanteil stationäre Behandlung nach KVG, IVG	269.4	275.1	282.3	283.8	289.3
Staatsbeiträge GWL durch Regulator ¹⁾	105.5	92.5	89.0	62.6	62.0
Staatsbeiträge GWL weitere Behörden ²⁾	2.5	6.9	6.9	6.9	6.9
Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung	377.4	374.5	378.2	353.3	358.2

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

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

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Seit 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 2017 erneut auf 56 % festgelegt. Er wurde 2016 um einen Prozentpunkt erhöht und liegt über dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert. In den Jahren 2012 bis 2015 wurde der Vergütungsteiler jeweils auf 55 % festgesetzt.

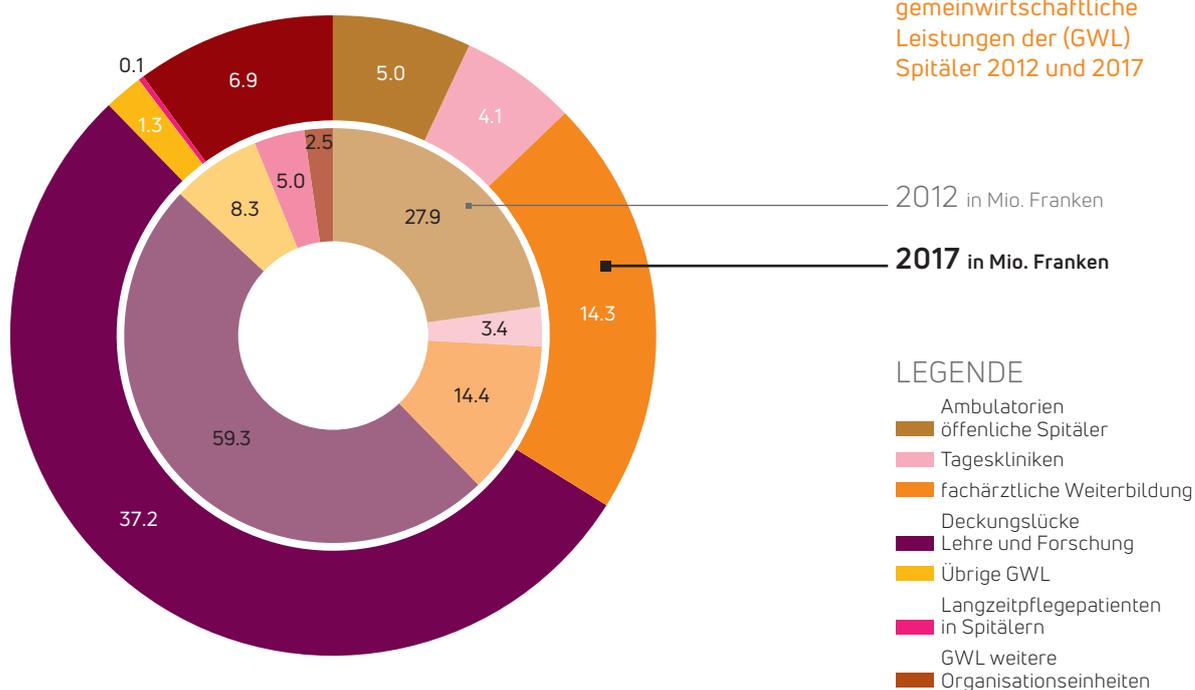
Gemäss Art. 14^{bis} des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) werden Spitalaufenthalte zur Behandlung von Geburtsgebrechen ebenfalls dual-fix durch Invalidenversicherung (IV) und Kanton finanziert, wobei der Kanton zur Übernahme von 20 % der Kosten verpflichtet ist.

Die Rechnung des Kantons Basel-Stadt wird auf der Ebene des Finanzierungssaldos durch die Spitalfinanzierung mit 358.2 Mio. Franken belastet (vgl. Tab. 3.1-1). Im Vergleich zum Jahr 2011 (vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung) ist eine kumulierte Entlastung des kantonalen Finanzierungssaldos von 107.2 Mio. Franken festzustellen. Diese Verbesserung erklärt sich dadurch, dass der Kanton die Investitionen der öffentlichen Spitäler nicht mehr über die Investitionsrechnung finanziert (dauerhafte Reduktion um jährlich rund 84.0 Mio. Franken). Ferner wurden seit 2012 die Staatsbeiträge zur Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler von 120.9 Mio. Franken auf 68.9 Mio. Franken (-52.0 Mio. Franken bzw. 43 %) abgebaut (vgl. Abb. 3.2).

3.2 — GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN DER BASEL-STÄDTISCHEN SPITÄLER

Die Staatsbeiträge zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler sind seit 2012 auf 68.9 Mio. Franken (-52.0 Mio. Franken bzw. 43%) reduziert worden. Diese Entlastung kam im Wesentlichen durch zwei Faktoren zustande. Durch die degressive Ausgestaltung der Beiträge an die ungedeckten Kosten der Spitalambulatorien der öffentlichen Spitäler in den Jahren 2012 bis 2015 erfolgte ein Abbau um insgesamt 22.4 Mio. Franken. Der Staatsbeitrag an die ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung wurde ab dem Jahr 2016 dauerhaft um 23.6 Mio. Franken reduziert. Im Gegenzug war beim Universitätsspital Basel eine Anhebung der Baserate um 300 Franken notwendig, um die sachgerechte Verrechenbarkeit der KVG-pflichtigen Leistungen, was die verursachergerechte Leistungsabgeltung von ausserkantonalen Behandlungen verbessert. Damit diese Kostenumlagerung nicht zu einer zusätzlichen Belastung des basel-städtischen Prämienniveaus führte, hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG um einen Prozentpunkt erhöht (Kanton 56%, Krankenversicherung 44%). Dies führt zu einer dauerhaften Erhöhung des Kantonsanteils um rund 5.0 Mio. Franken jährlich.

ABBILDUNG 3.2
Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen der (GWL) Spitäler 2012 und 2017



3.3 — KOSTENENTWICKLUNG STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNGEN

Der Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen beläuft sich im Berichtsjahr auf 289.3 Mio. Franken. Das sind 5.4 Mio. Franken (2%) mehr als im Vorjahr. Bei der Betrachtung der finanziellen Entwicklung ist zu beachten, dass darin 2016 zwei namhafte Sondereffekte enthalten sind, welche die effektive, leistungsbezogene Kostenentwicklung ab diesem Jahr verfälschen.

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt

TABELLE 3.3-1
Leistungsbezogene
Kostenentwicklung der
Kantonsbeiträge für
stationäre Behandlungen

Einerseits hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG um einen Prozentpunkt von 55% auf 56% erhöht (vgl. Kap. 3.2). Andererseits fiel im Jahr 2016 die Kostenzunahme aufgrund einmaliger, entlastender Sondereffekte von insgesamt 6.3 Mio. Franken (Auflösung Rückstellungen für Tarifriskiken von 4.7 Mio. Franken und aufwandmindernde Tarifrückabwicklungen über 1.6 Mio. Franken) mit 1.5 Mio. Franken unterdurchschnittlich tief aus.

	2013	2014	2015	2016	2017
in Mio. Franken					
Finanzielle Entwicklung	269.5	275.1	282.3	283.8	289.3
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr		5.6	7.2	1.5	5.5
relative Veränderung		2.1%	2.6%	0.5%	2.0%
Wert 2016 ohne Sondereffekte	269.5	275.1	282.3	288.9	289.3
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr		5.6	7.2	6.6	0.4
relative Veränderung		2.1%	2.6%	2.3%	0.1%
Werte 2016 / 2017 Kantonsanteil 55%	269.5	275.1	282.3	283.8	284.2
absolute Veränderung gegenüber Vorjahr		5.6	7.2	1.5	0.4
relative Veränderung		2.1%	2.6%	0.5%	0.1%

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

Aus der Abrechnungsstatistik ist bekannt, wie hoch die nach Behandlungsjahr abgegrenzten Kosten der Staatsbeiträge für stationäre Spitalbehandlungen ohne Sondereffekte im Jahr 2016 ausgefallen sind. Sie belaufen sich auf 288.9 Mio. Franken und liegen damit aufgrund der obengenannten, entlastenden Sondereffekte rund 5.0 Mio. Franken höher als der Wert gemäss Rechnungsabschluss. Somit hat sich der durch die Erhöhung des Vergütungsteilers ausgelöste Kosteneffekt in der finanziellen Betrachtung vom Jahr 2016 in das Jahr 2017 verschoben und erklärt damit die Kostensteigerung im Jahr 2017 fast vollständig.

Um ein kohärentes Bild einer leistungsbezogenen Kostenentwicklung seit 2013 zu erhalten, ist es erforderlich, die Kostenwerte für die Jahre 2016 und 2017 auf einen Vergütungsteiler von 55% herunterzurechnen. In dieser Betrachtung zeigt sich, dass sich die Kostensteigerung in den Jahren 2016 und 2017 deutlich verlangsamt hat. Lagen die jährlichen Mehrkosten in den Jahren 2013 bis 2015 bei 5.6 bis 7.2 Mio. Franken, sind für 2016 und 2017 nur noch 1.5 bzw. 0.4 Mio. Franken zu verzeichnen. Prozentual lag die leistungsbezogene, d.h. um Sondereffekte bereinigte, Kostenentwicklung entsprechend in den ersten drei Jahren nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung bei jährlich rund 2.5%. In den beiden vergangenen Jahren ist sie auf 0.5% bzw. 0.1% zurückgegangen.

Aufgegliedert nach Bereichen bilden die akutsomatischen Behandlungen mit einem Anteil von rund 70% den grössten Kostenblock mit rund 207 Mio. Franken. Im Durchschnitt war eine jährliche Kostenzunahme von 2.0% zu verzeichnen. Allerdings gingen im Jahr 2017 die Kosten für akutsomatische Behandlungen erstmals leicht zurück (-1.9 Mio. Franken). Dieser Rückgang ist sowohl einer leichten Reduktion des Schweregrades der Behandlungen (CMI) um rund 2%, wie den leicht rückläufigen Tarifen (Baserates) geschuldet.

Für Behandlungen der Rehabilitation hat der Kanton Basel-Stadt im Jahr 2017 41.4 Mio. Franken bezahlt. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kosten somit um 4.7% angestiegen und es handelt sich um den einzigen Behandlungsbereich, der 2017 eine Kostenzunahme zu verzeichnen hatte.

In der Psychiatrie lagen die Kosten bei 38.9 Mio. Franken. Seit 2010 nahmen die Kosten durchschnittlich um 4.2% zu. Im Vergleich zum Vorjahr war ein kleiner Kostenrückgang von 1.6% zu verzeichnen. Dieser ist auf den Rückgang der Behandlungstage im gleichen prozentualen Umfang zurückzuführen. Dabei konnten die innerkantonalen Kliniken ihre Menge leicht steigern, wogegen die Inanspruchnahme der ausserkantonalen Angebote um rund 9% zurückging.

ABBILDUNG 3.3-2
Kostenentwicklung Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen 2013 bis 2017

Quelle: Rechnung des Kantons Basel-Stadt, Fallzahlenstatistik Gesundheitsdepartement



3.4 — STATIONÄRE SPITALTARIFE

Als Grundlage für die Leistungsverrechnung an die Wohnkantone und Krankenversicherungen der Patienten stellen die stationären Spitaltarife nach KVG das wichtigste Finanzierungselement der Spitäler dar. Vom Gesetz vorgeschrieben wird die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler. Während für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen die diagnosebezogenen Fallpauschalen nach SwissDRG gelten, wurde 2017 in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation sowie teilweise in der Palliativversorgung weiterhin mit Tagespauschalen abgerechnet.

Im vergangenen Jahr sind acht Tarifverträge im Bereich der Akutsomatik sowie vier Tarifverträge in den Bereichen der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung eingegangen und wurden durch den Regierungsrat genehmigt. Zwei weitere Tarifverträge wurden um ein Jahr bis Ende 2017 verlängert sowie ein Tarif provisorisch festgesetzt.

LEGENDE

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

Zu den aktuellen Tarifen (inkl. Tarife ab Januar 2018):



www.gesundheitsversorgung.bs.ch
→ Für Gesundheitsfachpersonen
→ Spitalversorgung
→ Spitalfinanzierung

4. Qualitätssicherung in der stationären Spitalversorgung

4.1 — ENTWICKLUNG DER STERBERATE IN BASEL-STÄDTISCHEN SPITÄLERN

ABBILDUNG 4.1-1
Entwicklung der Sterberate im Spital insgesamt in der Akutsomatik, 2009 bis 2016 in Basel-Stadt in der Schweiz

LEGENDE
 Basel-Stadt ■
 Schweiz ■
 Fehlerbalken ┆

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat im Rahmen des Obsan Bulletins 02 / 2017 Auswertungen zu den vom BAG jährlich publizierten Qualitätsindikatoren veröffentlicht, die Aussagen zur Entwicklung der Qualität stationärer Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung ermöglichen. Sie beinhaltet unter anderem Zahlen zur Sterberate in der Akutsomatik, die im Auftrag des kantonalen Qualitätsmonitorings zusätzlich für Basel-Stadt ausgewertet wurden. Alter, Geschlecht und Schweregrad sind als Einflussfaktoren berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass in Basel-Stadt weniger Patienten im Spital versterben als in der übrigen Schweiz. Grundsätzlich wurde ein sukzessiver Rückgang der Sterberate in den vergangenen Jahren sowohl in Basel-Stadt wie auch schweizweit festgestellt. (vgl. Abb. 4.1-1).



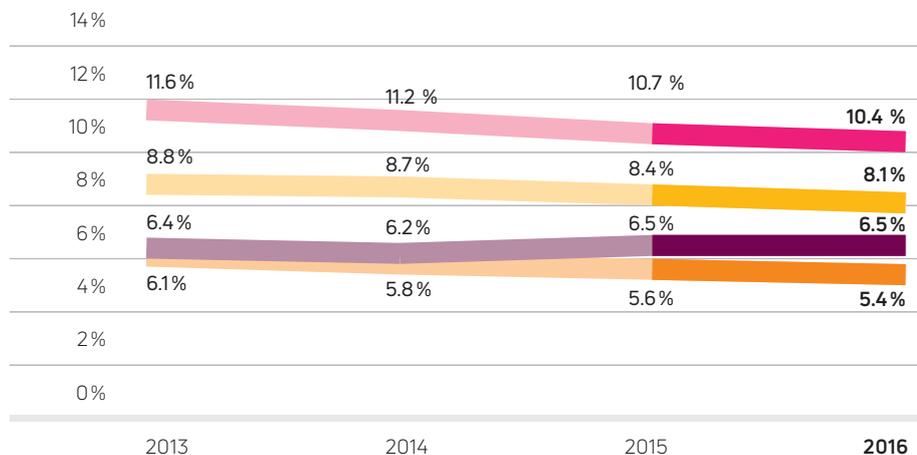
1) Fehlerbalken in den Grafiken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar. Alter > 15.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Obsan 2018

Die Sterberate bei einzelnen Erkrankungen gibt Hinweise auf die Qualität der Versorgung. Ihre Entwicklung wird durch das Qualitätsmonitoring regelmässig überprüft und wo notwendig, werden im Gespräch mit betroffenen Spitälern Massnahmen zur Verbesserung definiert.

ABBILDUNG 4.1-2
Sterberate von Patienten mit Schlaganfall oder Herzinfarkt in Spitälern der Schweiz und Basel-Stadt, 2013 bis 2016

LEGENDE
 Schlaganfall CH ■
 Schlaganfall BS ■
 Herzinfarkt BS ■
 Herzinfarkt CH ■



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Obsan 2018

Weiter hat das Obsan die Entwicklung der Sterberate für die wichtigsten Hauptdiagnosen in akutsomatischen Spitälern berechnet. Um Schwankungen auf kantonaler Ebene aufgrund von kleinen Stichproben zu vermeiden, wurden die Sterberaten jeweils über die letzten 5 Jahre gemittelt. Abbildung 4.1–2 zeigt beispielhaft die Entwicklung der Sterberaten von Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall oder Herzinfarkt sowohl schweizweit wie auch spezifisch für Basel-Stadt. Es wird deutlich, dass die Sterberate für Schlaganfall in der gesamten Schweiz gegenüber der basel-städtischen Sterberate um etwa 2% höher liegt. Bei der Hauptdiagnose Herzinfarkt versterben in Basel-Stadt in 2016 1.1% mehr Patienten als in der gesamten Schweiz. Gesamthaft ist aber auch in diesen beiden Fällen eine gleichbleibend niedrige beziehungsweise sinkende Tendenz zu erkennen.

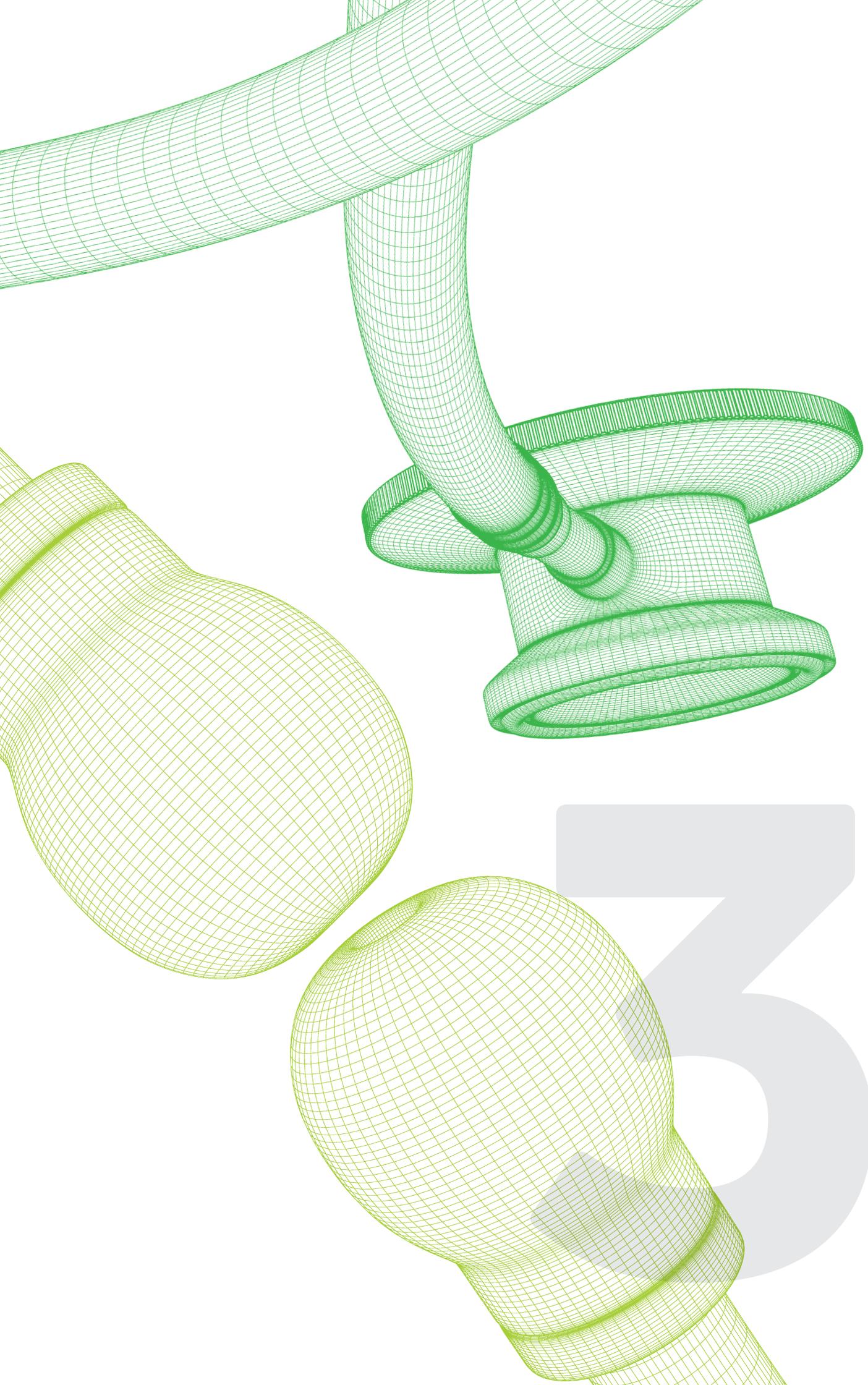
4.2 — BIKANTONALE KAMPAGNE ZUR HÄNDEHYGIENE

Das Qualitätsmonitoring setzte sich im vergangenen Jahr im Rahmen des kantonalen Schwerpunkts mit der Thematik der Händehygiene auseinander. Händehygiene ist die effektivste Massnahme, um die Verbreitung von Spitalinfektionen zu reduzieren. Seit vielen Jahren investieren die Leistungserbringer daher in die Optimierung der Händehygiene-Praxis ihrer Mitarbeitenden. Um die regionale Bevölkerung, Patienten, Besucher und auch das Personal von Spitälern noch stärker für das Thema zu sensibilisieren, starteten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Frühjahr 2017 eine gemeinsame Kampagne unter dem Motto «Saubere Hände retten Leben». Am 5. Mai, dem internationalen Tag der Händehygiene, wurde in Zusammenarbeit mit sämtlichen Kliniken und Spitälern der beiden Kantone ein gross angelegter Aktionstag durchgeführt, der mithilfe unterschiedlichster Werbemassnahmen ein breites Publikum erreichte. In einer im Anschluss durchgeführten Telefonbefragung bei über 500 Personen wurde deutlich, dass die Thematik als sehr wichtig eingestuft wird und Informationen zur persönlichen Händehygiene als sinnvoll und notwendig erachtet werden.

4.3 — PROJEKT COMI

Um den medizinischen Nutzen sowie annäherungsweise die Indikations- und Ergebnisqualität von Hüft- und Knieoperationen bestimmen zu können, wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern eine entsprechende Versorgungsstudie im Kanton Basel-Stadt begonnen (vgl. GSV-Bericht 2016). Diese wurde im Juni 2017 auf den Kanton Basel-Landschaft und im Juni 2018 auf Solothurn ausgeweitet. Dabei wird bei der Erstimplantation oder Revision einer Hüft- oder Knieprothese die Schmerzintensität, Gelenkfunktion, Lebensqualität sowie das symptomsspezifische Wohlbefinden und die Einschränkung bei der Ausübung der gewohnten Tätigkeiten im Alltag der Patienten und 6 bzw. 24 Monate nach dem erfolgten Eingriff mithilfe eines validierten Patientenfragebogens (Core Outcome Measures Index (COMI) erhoben.

Erste Resultate zeigen, dass die Anzahl bei basel-städtischen Patienten im Kanton Basel-Stadt eingesetzter Hüft- und Knieprothesen 2017 im Vergleich zum Studienbeginn deutlich zurückgegangen ist. Dabei ist die Anzahl der durchgeführten Knieerstimplantationen und -revisionen um 112 (-23.6%) respektive 4 (-8.9%) Eingriffe gesunken. Einen noch grösseren Rückgang gab es bei den durchgeführten Hüfterstimplantationen und -revisionen zu verzeichnen, deren Anzahl sich im gleichen Zeitraum um 154 (-34.2%) respektive 15 (-23.4%) Eingriffe verringert hat. Ob und inwieweit sich diese Abnahmen auf eine erfolgreiche Sensibilisierung durch die COMI-Studie, welche im Oktober 2016 im Kanton Basel-Stadt gestartet worden ist, zurückführen lassen, kann aktuell noch nicht abschliessend beurteilt werden.



LANGZEITPFLEGE

85.7
Jahre

Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohnenden im Kanton Basel-Stadt ist erneut um 0.2 Jahre im Vergleich zum Vorjahr angestiegen.

RAI
Index

Mit der Neukalibrierung des Tarifsystems wird eine bessere und leistungsorientierte Abbildung des Pflegeaufwands möglich.

519 737
Stunden

Die Anzahl der Pflegestunden bei den Spitexanbietern ist 2017 erneut um knapp vier Prozent angestiegen.

SOMED
Statistik der sozialmedizinischen
Institutionen

Im Rahmen des Pflegeheim-Rahmenvertrags für die Jahre 2017 bis 2021 wurde eine neue Datengrundlage festgelegt.

5.

Angebot in der Langzeitpflege

ABBILDUNG 5.1-1
Pflegeheime im Kanton
Basel-Stadt (Stand Ende 2017)



Kartengrundlage: Geodaten Basel-Stadt,
Produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt
Quelle: Gesundheitsdepartement des
Kantons Basel-Stadt



Wohnviertel	Pflegeheim	Plätze
Vorstädte		
1	irides	70
2	Ländliheim	48
3	Sternenhof Haus für Betagte	73
Am Ring		
4	Adullam*	220
5	Casavita Hasenbrunnen	57
6	Casavita Vincentianum	46
7	APH Holbeinhof	111
8	Murtengasse Pflegehotel	23
Breite		
9	Alterszentrum Alban-Breite	83
10	Casavita Lehenmatt	63
St. Alban		
11	Bethesda Gellert Alterszentrum	140
12	Senevita Gellertblick	65
13	Tertianum St. Jakob-Park	16
Gundeldingen		
14	Bürgerspital - Alterszentrum Falkenstein	86
15	APH Gundeldingen	110
16	Südpark	28
17	Sternenhof Laufenstrasse	24
Bruderholz		
18	Bürgerspital - Alterszentrum am Bruderholz	58
19	Betagtenzentrum zum Wasserturm	50
Bachletten		
20	Generationenhaus Neubad	86
Gotthelf		
21	Bürgerspital Basel Alterszentrum Weiherweg	85

* 15 Pflegeplätze sind auf der Pflegeheimliste Basel-Landschaft

Wohnviertel	Pflegeheim	Plätze
St. Johann		
22	Bürgerspital - Alterszentrum Burgfelderhof	113
23	Casavita Kannenfeld	72
24	APH Johanniter	134
25	St. Johann Pflegehotel	75
26	APH neues Marthastift	101
27	Sternenhof Vogesenstrasse	30
Altstadt Kleinbasel		
28	Bürgerspital - Alterszentrum zum Lamm	70
Clara		
29	Dandelion Pflegezentrum	62
30	APH Gustav Benz-Haus	81
31	Bethesda Wesley-Haus	78
Hirzbrunnen		
32	APH St. Elisabethenheim	70
Rosental		
33	Senevita Erlenmatt	56
Matthäus		
34	APH Marienhaus	111
Klybeck		
35	Alterszentrum Wiesendamm	72
Kleinhüningen		
36	APH St. Christophorus	72
Riehen		
37	APH Dominikushaus	77
38	APH Humanitas	111
39	APH Haus zum Wendelin	84
40	Adullam Riehen	75
41	Sternenhof Riehen-Dorf	28
42	Kommunität Diakonissenhaus Riehen	6
Bettingen		
43	Feierabend- und Pflegeheim St. Chrischona	40

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Pflegewohngruppen

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

Psychogeriatrische Spezialeinrichtungen

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

Demenzabteilungen

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

Besondere Pflegeeinrichtung für suchtkranke Menschen

Diese Wohnform ist spezialisiert auf Menschen mit einer schweren Suchterkrankung.

Besondere Pflegeeinrichtung für Schwerstpflegebedürftige

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

Besondere Pflegeeinrichtung für Menschen mit Migrationshintergrund

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

ABBILDUNG 5.1-2
Anteil ordentliche Pflegeheimplätze und spezielle Wohnformen in basel-städtischen Pflegeheimen (Stand Ende 2017)

LEGENDE

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

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

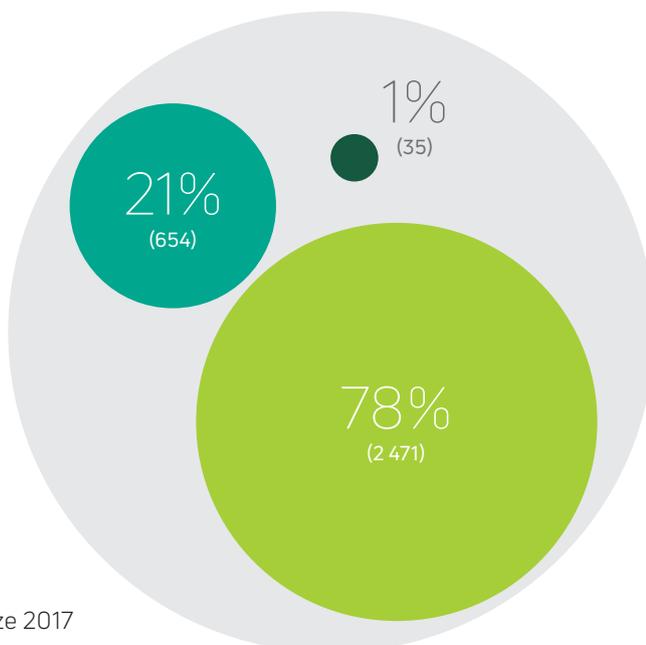
5.1 — PFLEGEHEIMPLÄTZE UND PFLEGERISCHE ANGEBOTE

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

Zudem werden an 43 Pflegeheimstandorten im Kanton Basel-Stadt pflegerische Leistungen für betagte, pflegebedürftige Personen mit unterschiedlichen Spezialisierungen angeboten. Die Pflegeheimkarte (Abbildung 5.1-1) stellt den Stand per Ende 2017 dar. Ein Grossteil der Pflegeheime wird von privaten Trägerschaften wie Stiftungen oder Vereinen geführt. Darüber hinaus gibt es einige erwerbswirtschaftlich orientierte Trägerschaften. Der Kanton Basel-Stadt selbst betreibt keine Pflegeheime.

Im Vergleich zum Vorjahr gilt es 2017 insbesondere eine Veränderung hervorzuheben: Im Herbst 2017 wurde der Neubau des Alterspflegeheim Humanitas in Riehen eröffnet, das bisher mit 83 Plätzen an der Inzlingerstrasse 20 beheimatet war. Neu stehen insgesamt 111 Pflegeheimplätze (inkl. vier Residenzplätze) im Niederholz-Quartier zur Verfügung.

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



3160
Pflegeheimplätze 2017

5.2 — SPITEX-ORGANISATIONEN

Spitex-Leistungen werden von Organisationen, freiberuflichen Pflegefachpersonen und Pflegeheimen mit ambulanten Leistungen, die in benachbarten Wohnungen oder im Quartier geleistet werden, angeboten. Sie gewährleisten pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen für Einwohner mit kurz oder langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen. Die Leistungen der Spitex werden bei den Betroffenen zu Hause erbracht und erfolgen in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen.

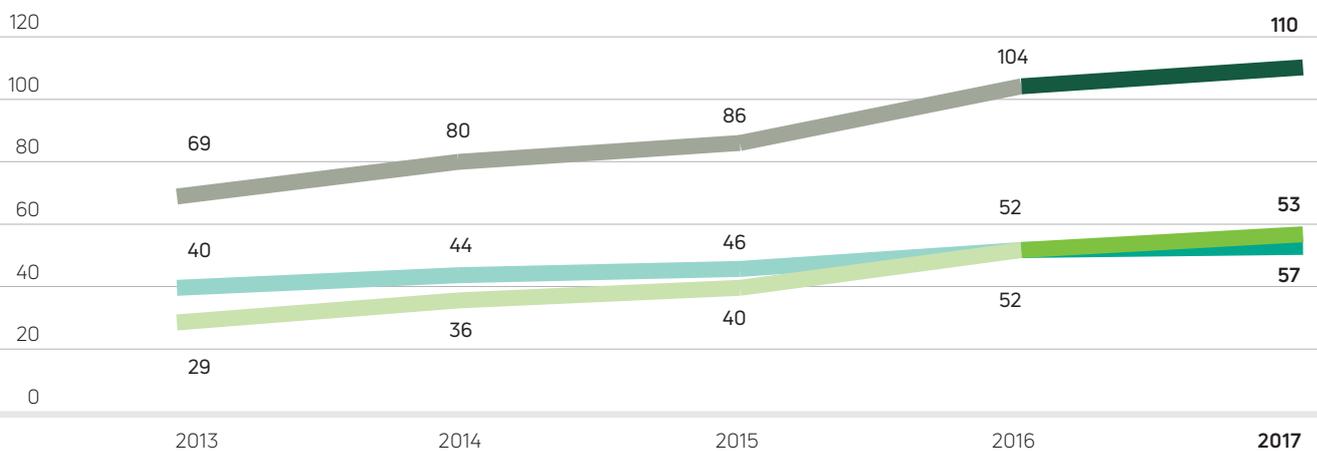
Ende 2017 verfügten insgesamt 57 Spitex-Organisationen (Gesellschaften nach Obligationenrecht) über eine kantonale Spitex-Bewilligung, für sechs Anbieter wurde diese neu ausgestellt. Bei den freiberuflichen Pflegefachpersonen konnte ein kleiner Anstieg auf insgesamt 53 Anbieter verzeichnet werden.

Neben der herkömmlichen Spitex bieten spezialisierte Pflegefachpersonen Leistungen für die psychische Krankenpflege, die Wundversorgung, die Still- und Wochenbettpflege, die anthroposophische Pflege oder Diabetes-Beratung an.

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

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

ABBILDUNG 5.2-1
Entwicklung der Anzahl Spitexanbieter im Kanton Basel-Stadt



LEGENDE

- Organisations
- Einzelpersonen
- Total

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

5.3 — TAGESEINRICHTUNGEN UND WOHNEN MIT SERVICEANGEBOT

Tageseinrichtungen

Tageseinrichtungen unterstützen die häusliche Pflege durch pflegende Angehörige. 2017 standen insgesamt 175 Plätze (davon 3 Plätze in der Nachtbetreuung) zur Verfügung (Abb. 5.3-1). Das wichtigste Leistungselement bildet die Grundpflege mit Massnahmen zur Mobilisierung, Hilfe beim Toilettengang, der Körperpflege und beim Essen. Neben der Betreuung profitieren die betagten Gäste von Aktivierungsprogrammen. Spezialisierte Tagesstrukturen richten sich auf die Betreuung von an einer Demenz erkrankten oder psychisch beeinträchtigten Personen.

Wohnen mit Serviceangebot

Ein weiteres Angebot im Bereich der ambulanten Betreuung für betagte Menschen stellen die Wohnungen mit Serviceangebot dar. Serviceleistungen ermöglichen ein weitgehend selbstständiges Leben.

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

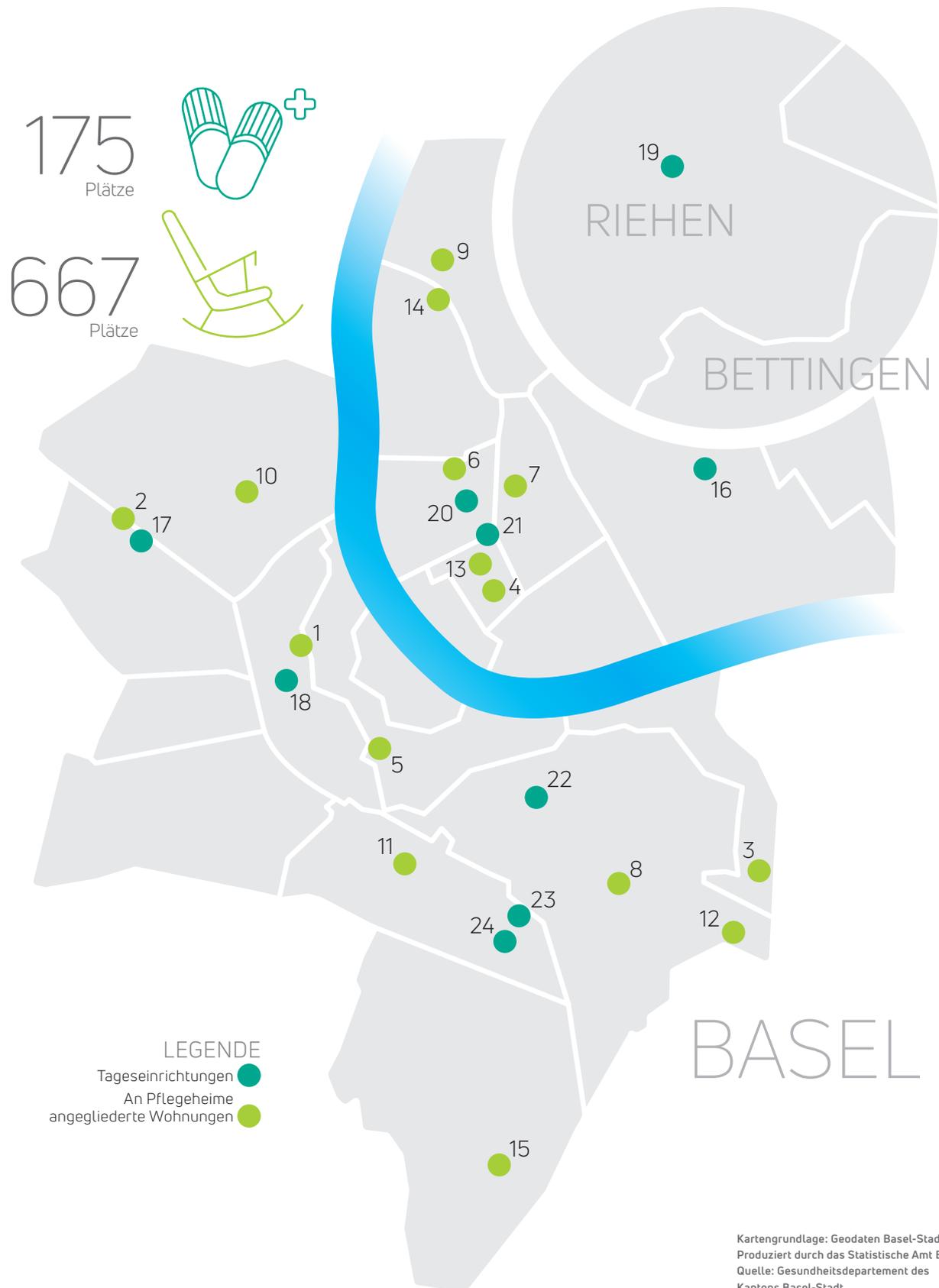
An Pflegeheime angegliederte Wohnungen	Anzahl Wohnungen
1 Adullam	4
2 Casavita Kannenfeld*	24
3 Casavita Lehenmatt*	25
4 Gustav Benz Haus*	37
5 irides*	34
6 Marienhaus*	14
7 Senevita Erlenmatt	63
8 Senevita Gellertblick	98
9 St. Christophorus*	28
10 Sternenhof (Alterssiedlung Vogesenstrasse)*	12
11 Südpark	103
12 Tertianum	107
13 Wesley-Haus*	44
14 Wiesendamm*	41
15 Zum Wasserturm*	33

Tageseinrichtungen	Anzahl Plätze
16 Sternenhof: Tagesbetreuung Egliseeholz	52
17 Sternenhof: Tagesbetreuung Felix Platter	30
18 Bürgerspital: Tagesbetreuung Lindenhof	22
19 Wendelin Tagesheim	21
20 Tagesstätte im ATRIUM	10
21 Tages- und Nachtbetreuung dandelion	12
22 Sternenhof: Tagesbetreuung im Gellert	13
23 Stiftung Rheinleben, Tagesstätte 65+	12
24 Sternenhof: Nachtbetreuung Laufenstrasse	3

*Wohnungen mit Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton oder im tieferen Preissegment

Quelle: Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt

ABBILDUNG 5.3-1
 Tageseinrichtungen und
 Wohnungen mit Serviceangebot
 (Stand Ende 2017)



Kartengrundlage: Geodaten Basel-Stadt,
 Produziert durch das Statistische Amt Basel-Stadt
 Quelle: Gesundheitsdepartement des
 Kantons Basel-Stadt

6.

Leistungen in der Langzeitpflege

6.1 — STATISTISCHE GRUNDLAGE

Im Rahmen des Pflegeheim-Rahmenvertrags für die Jahre 2017 bis 2021 (vgl. Exkurs, Seite 54) wurde die vom Bundesamt für Statistik BFS erhobene Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED als Datengrundlage festgelegt, die auf den durch die Pflegeheime zu liefernden Angaben abstellt. Aufgrund dieser neuen Datenbasis für das Berichtsjahr sowie der teilweise lückenhaften Datenlieferung der Pflegeheime für die SOMED-Statistik können die im Folgenden aufgeführten Fünfjahresentwicklungen nur bedingt miteinander verglichen werden. Neu stimmen die verwendeten Daten mit den Zahlen der Bundesstatistik überein.

6.2 — ENTWICKLUNG DER ANGEBOTENEN LEISTUNGEN

Im Leistungsangebot der Langzeitpflege verzeichnen die geleisteten Spitex-Stunden mit 41.0 % seit 2013 die stärkste Zunahme. Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist zudem die Anzahl der Spitexanbieter deutlich angestiegen (vgl. Abb. 5.2-1). Diese Entwicklung widerspiegelt den Wunsch vieler Menschen auch mit gesundheitlichen Einschränkungen möglichst lange in der gewohnten Umgebung leben zu können.

Die Pflageetage in den Heimen sind im gleichen Zeitraum um rund 8.3 % (neue Datenbasis beachten) gewachsen, während diejenigen in Tagesstrukturen um 25.8 % deutlich abgenommen haben. Dieser Rückgang in den vergangenen Jahren lässt sich möglicherweise auf die bessere Verfügbarkeit von Pflegeheimplätzen zurückführen.

TABELLE 6.2-1
Entwicklung der pflegerischen Spitex-Leistungsstunden sowie Pensions- und Pflageetage von Tageseinrichtungen* und Pflegeheimen 2013 bis 2017

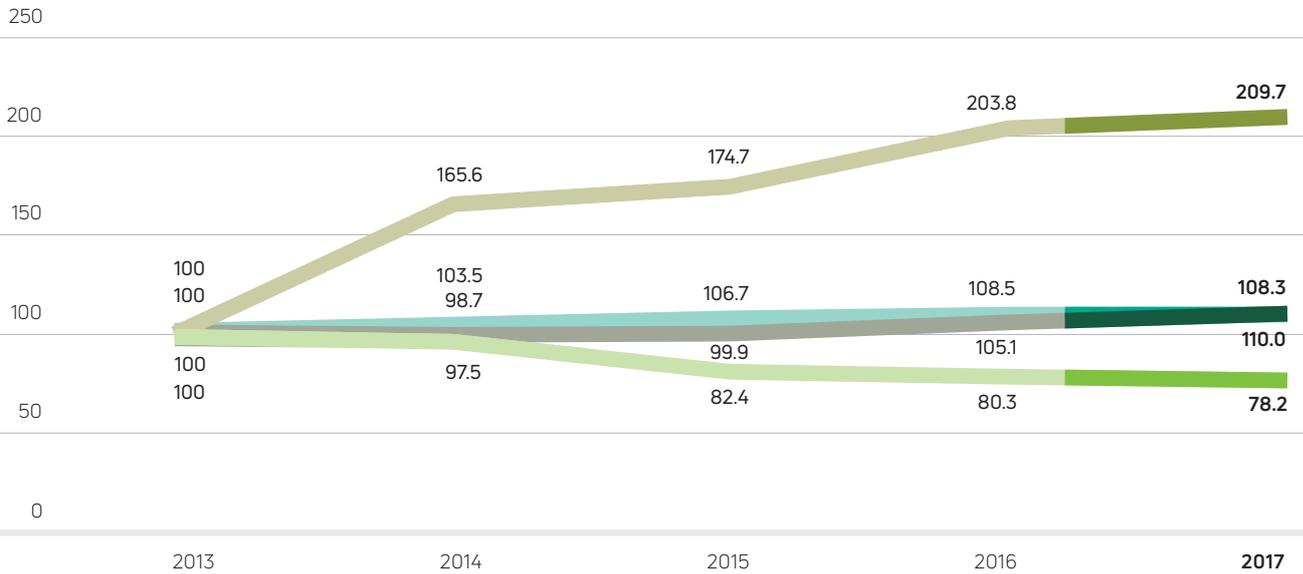
	2013	2014	2015	2016	2017**
Anzahl Pflageetage Pflegeheim	1012269	1047484	1079616	1098388	1095822
Anzahl Pflageetage Tageseinrichtungen	43073	42005	35506	34587	31965
Anzahl Pflagestunden Spitex	368582	440608	453962	500576	519737

*Ohne Tagesgäste

** Ohne Pflageetage in Spitälern und in ausserkantonalen Pflegeheimen

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

ABBILDUNG 6.2-2
Entwicklung der Pflage tage in
Heimen und Tageseinrichtungen
sowie der Spitex Pflage stunden
2013 bis 2017 (indexiert)

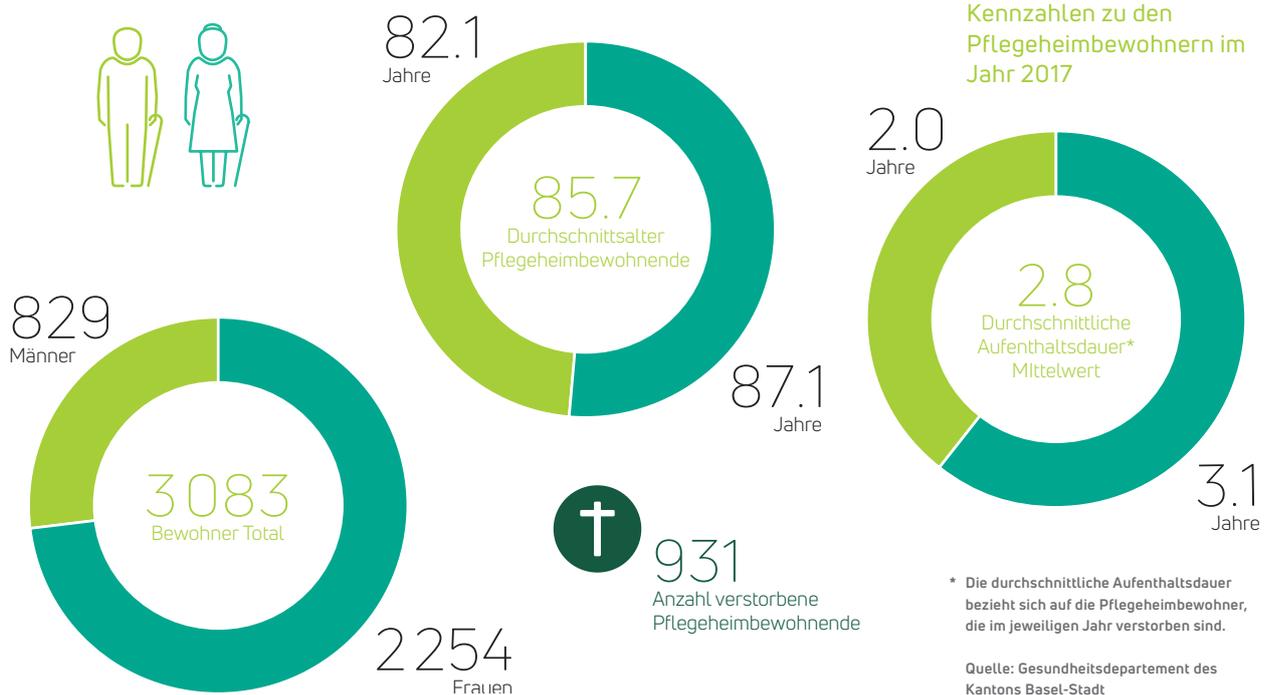


LEGENDE

- Pflege tage Tageseinrichtungen
- Pflege tage Heim
- Leistungsstunden Spitex mit Leistungsauftrag
- Leistungsstunden Spitex ohne Leistungsauftrag

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

ABBILDUNG 6.2-3
Kennzahlen zu den
Pflegeheimbewohnern im
Jahr 2017



EXKURS: NEUER PFLEGEHEIM-RAHMENVERTRAG FÜR DIE JAHRE 2017 BIS 2021

Im Rahmenvertrag zwischen dem Pflegeheimverband Curaviva Basel-Stadt (bis 2017: Verband gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime VAP) und dem Kanton wird die Zusammenarbeit mit den privaten Trägerschaften der basel-städtischen Pflegeheime geregelt. Da der alte Pflegeheim-Rahmenvertrag im Jahr 2016 auslief, wurde vom Regierungsrat per 2017 ein neuer Rahmenvertrag genehmigt. Er enthält Bestimmungen zum allgemeinen Leistungsauftrag der Pflegeheime und des Kantons bzw. der Gemeinde Riehen / Bettingen, zur Kostenrechnung und den Taxen, zur zentralen Heimplatzvermittlung sowie zur Aufsicht und Qualität.

Zu den wichtigsten Änderungen gehört unter anderem, dass alle basel-städtischen Heime ab dem Rechnungsjahr 2017 den Kontenplan, die Kosten- und Leistungsrechnung sowie die Anlagebuchhaltung nach dem Branchenstandard von Curaviva Schweiz in der Version 2015 umzusetzen haben. Die Anwendung von einheitlichen Rechnungsstandards ist Voraussetzung für Transparenz und Vergleichbarkeit der Finanz- und Leistungszahlen der Heime. Ferner gewährleistet diese Neuerung eine Verbesserung der Datenqualität.

Der Taxanteil für die Liegenschaft wurde 2015 und 2016 um jeweils fünf Franken pro Pflergetag erhöht. Der letzte Erhöhungsschritt wurde per 2017 vollzogen. Dieser ist notwendig, um die langfristige Finanzierbarkeit der Heimliegenschaften ohne Investitionsbeiträge sicherzustellen. Die Erhöhung der Pensions- und Betreuungstaxe um insgesamt 15 Franken seit 2015 kompensiert langfristig den Wegfall der bisherigen kantonalen Investitionsbeiträge an Neubauten und Totalrevisionen von Pflegeheimen.

Weiter wurde 2017 eine Neukalibrierung des RAI-Tariffsystems vorgenommen. Diese Anpassung hat Auswirkungen auf die Pflergetaxe.

7. Kosten und Finanzierung in der Langzeitpflege

7.1 — PFLEGEHEIME

Die basel-städtischen Pflegeheime sind mehrheitlich Mitglied im Verband Curaviva Basel-Stadt, welcher mit dem Kanton den Pflegeheim-Rahmenvertrag abschliesst (siehe Kapitel 6). Dieser regelt unter anderem den allgemeinen Leistungsauftrag der Pflegeheime, die Qualitätssicherung sowie die Taxen.

Gesamtkosten der Pflegeheime

Die Leistungsverrechnung der Heime erfolgt durch Tagestaxen, die als Pflegeheimtarif im Rahmenvertrag festgelegt sind. Sie setzen sich zusammen aus der Betreuungs- und Pensionstaxe sowie den Pflegekosten gemäss KVG (Abbildung 7.1-2).

Der Tarif für Pension und Betreuung, der von den Heimbewohnenden erhoben oder bei Bedarf subsidiär durch Ergänzungsleistungen finanziert wird, ist im ganzen Kanton einheitlich festgelegt. So kann verhindert werden, dass die Wahl des Pflegeheimplatzes von den finanziellen Verhältnissen der zu pflegenden Person abhängt. Die Normkosten des in zwölf Stufen gegliederten Pflegebedarfs sind für alle Heime einheitlich. Sie werden durch fixe Beiträge der Krankenversicherung, der Bewohner (Eigenanteil) sowie des Kantons oder der Gemeinde (Restfinanzierung) beglichen.

Der Taxumsatz der basel-städtischen Pflegeheime ist im Berichtsjahr um knapp sieben Prozent auf 342.1 Mio. Franken angestiegen. Dieser vergleichsweise hohe Anstieg gegenüber dem Vorjahr ist auf mehrere Gründe zurückzuführen: Einerseits führte die Neu-Kalibrierung des RAI-Systems zu einer Verschiebung innerhalb der zwölf Pflegestufen. Weiter führt auch hier die Verwendung der SOMED-Statistik ab dem Berichtsjahr zu einer nur bedingten Vergleichbarkeit mit den Vorjahren. Darüber hinaus wurde im Jahr 2016 der Taxertrag von vier Pflegeheimen nicht berücksichtigt, da entsprechende Daten nicht zeitgerecht für die Berichterstattung geliefert wurden.

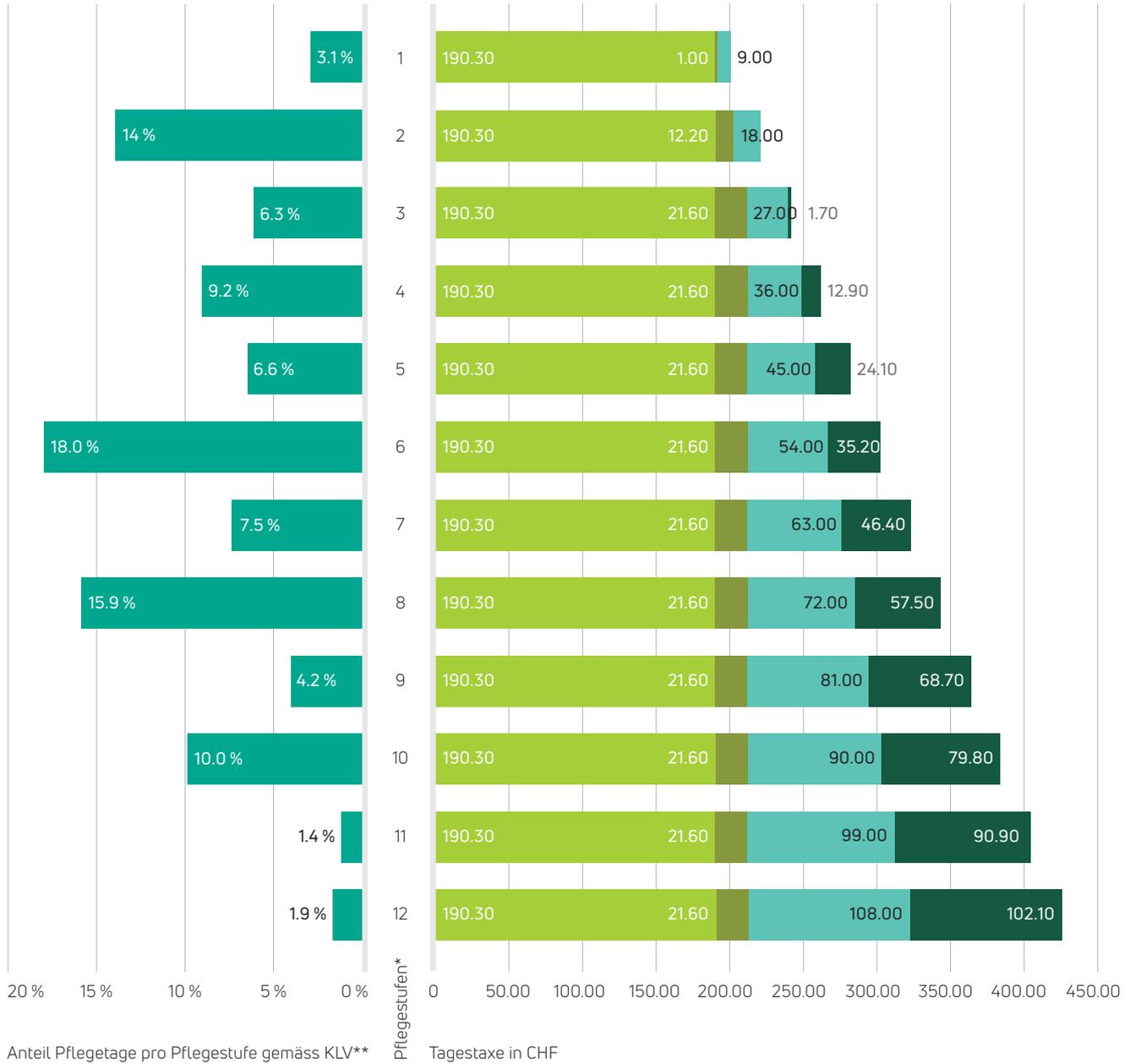
Die Durchschnittstaxen kommen im Berichtsjahr auf 312 Franken pro Pflegegetag zu stehen. Das Taxvolumen ist eine kalkulatorische Grösse, die aus den Kostenrechnungen der Pflegeheime erhoben wird. Es enthält alle von basel-städtischen Heimen an Kantonseinwohner verrechneten Taxen. Nicht einbezogen sind die Taxeinnahmen von ausserkantonalen Bewohnern in basel-städtischen Pflegeheimen und die Kosten der ausserhalb des Kantons in Pflegeheimen wohnenden Personen mit Wohnsitz Basel-Stadt.

TABELLE 7.1-1
Taxvolumen der Pflegeheime
in den Jahren 2013 bis 2017

in Mio. Franken	2013	2014	2015	2016	2017
Taxvolumen Pflegeheime	282.8	295.5	313.2	320.0	342.1
davon Pflegekosten nach KVG	101.8	103.6	107.9	111.3	124.1

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

ABBILDUNG 7.1-2
 Pflegeheimtaxen 2017
 und Anteil Pflgetage
 nach Pflegestufe



- LEGENDE**
- Betreuungs- und Pensionstaxe
 - Eigenbeitrag Heimbewohnende
 - Beitrag Krankenversicherung
 - Restfinanzierung Kanton bzw. Gemeinde
 - Pflgetage in %

* Pflegestufe gemäss Art. 7a Krankenpflege-Leistungsverordnung
 ** 1.4% der Pflgetage wurden aufgrund der Abwesenheit der Bewohner als Reservationstage verrechnet

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

Finanzierung der Pflegeheimkosten

Aufgrund der innerkantonalen Aufgabenteilung kommen die Gemeinden für die Restfinanzierung der Pflegeheimkosten auf. Für die Stadt Basel trägt diese der Kanton. Die Krankenversicherung leistet gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung nach KVG an die Pflegekosten einen nach den 12 Pflegestufen bemessenen, fixen Beitrag von neun bis 108 Franken pro Tag. Schliesslich kommt der Kanton für die Ergänzungsleistungen zur AHV im Pflegeheim auf. Die Gemeinde Riehen betreibt eine eigene Ergänzungsleistungsstelle für die Gemeinden Riehen und Bettingen. Beide Gemeinden tragen gemäss § 11 Abs. 3 des kantonalen Einführungsgesetzes zu den Ergänzungsleistungen diejenigen Kosten der Ergänzungsleistungen selbst, die ein Zwölftel von 175% des Lebensbedarfs für Alleinstehende übersteigen. Massgeblich für die Zuständigkeit ist der Wohnsitz bei Eintritt ins Heim.

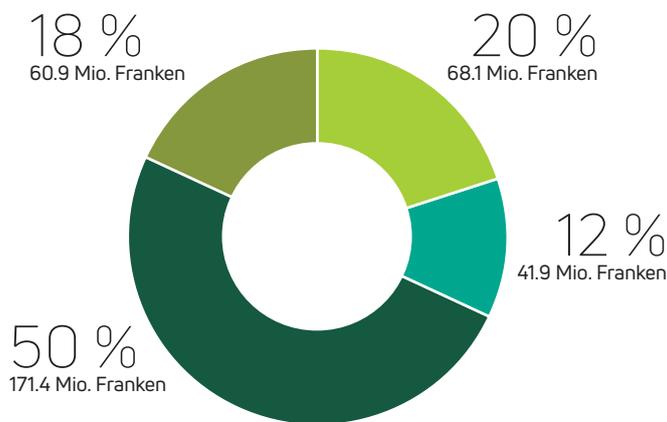


ABBILDUNG 7.1-3
Finanzierungsaufteilung der Pflegeheime 2017
(Total: 342.1 Mio. Franken)

LEGENDE

- Kanton / Gemeinde: Ergänzungsleistungen (Eigenbeitrag Bewohnende)
- Kanton / Gemeinde: Restfinanzierung
- Eigenbeitrag Bewohnende
- Krankenversicherung: Pflegebeiträge

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

7.2 — TAGESEINRICHTUNGEN

Tageseinrichtungen für Betagte bieten pflegerische Tagesstrukturen und sind ein bewährter Bestandteil der basel-städtischen Alterspflegepolitik. Sie helfen, betreuende Angehörigen zu entlasten, so dass diese länger als wichtige Ressource erhalten werden können und stationäre Aufenthalte verzögert bzw. verhindert werden können. Die Tagestaxen liegen zwischen 140 Franken für einen Platz in einer allgemeinen Tagesstruktur bis zu 170 Franken für einen Tagesplatz für Menschen mit demenzieller Erkrankung. Davon übernimmt die Krankenkasse in der Regel 36 Franken, der Kantons- oder Gemeindebeitrag beläuft sich auf 67 bis 84 Franken und der Anteil des Tagesgastes liegt zwischen 32 und 59 Franken.

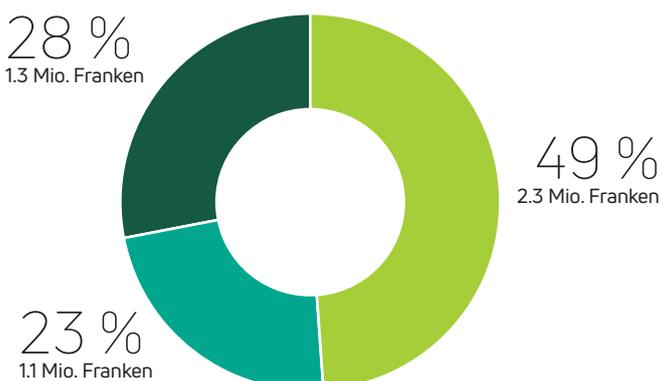


ABBILDUNG 7.2-1
Finanzierung des kalkulatorischen Taxvolumens der Tageseinrichtungen 2017
(Total: 4.7 Mio. Franken)

LEGENDE

- Beiträge Kanton / Gemeinden
- Krankenkassenbeiträge
- Beiträge Tagesgäste

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

7.3 — SPITEXANBIETER

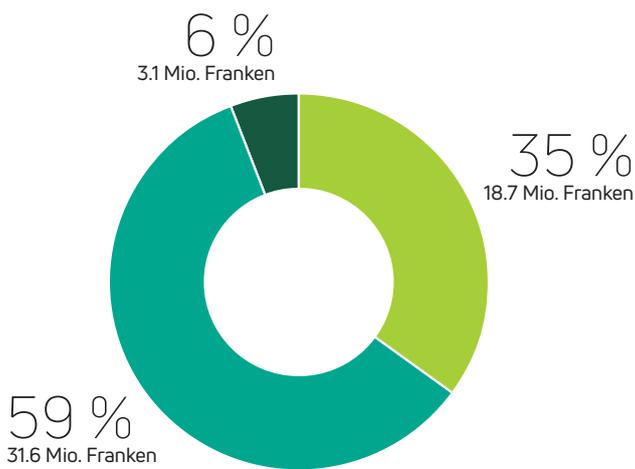
Alle Personen und Organisationen, die über eine Spitex-Bewilligung des Kantons Basel-Stadt verfügen, können für Pflegeleistungen an Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt die Restfinanzierung gemäss den Regeln der KVG-Pflegefinanzierung geltend machen. Es wird zwischen den Tätigkeiten Bedarfsabklärung, Behandlungspflege und Grundpflege differenziert, die jeweils in unterschiedlicher Höhe vergütet werden. Die Leistungen werden mit einem Tarif pro Stunde geleistete Pflege vergütet, wobei die erste Stunde pro Tag höher abgegolten wird, um kürzere Pflegeeinsätze attraktiv zu machen. Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Es können pro Einsatz mindestens 10 Minuten abgerechnet werden.

ABBILDUNG 7.3-1:
Kalkulatorische Kosten
und Finanzierung der
Spitexleistungen 2017
(Total: 53.4 Mio. Franken)

LEGENDE

- Restfinanzierung Kanton / Gemeinde
- Beiträge Krankenversicherer
- Eigenbeitrag Patienten

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt



7.4 — BEITRÄGE AN DIE PFLEGE ZU HAUSE

Gemäss der Verordnung betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause vom 4. Dezember 2012 (Pflegebeitragsverordnung; SG 834.419) haben pflegebedürftige Personen, die unentgeltlich durch Angehörige oder andere nahestehende Personen mindestens 60 Minuten pro Tag gepflegt werden, Anspruch auf Beiträge des Kantons. Im Jahr 2017 wurden in der Stadt Basel Beiträge in der Höhe von insgesamt 2.1 Mio. Franken an 342 Pflegebedürftige ausbezahlt. Damit wurden in der Stadt Basel 96 874 Tage unentgeltlich erbrachte Pflegeleistungen honoriert.

8.

Qualitätssicherung in der Langzeitpflege

8.1 — QUALITÄTSSICHERUNG IN DEN PFLEGEHEIMEN

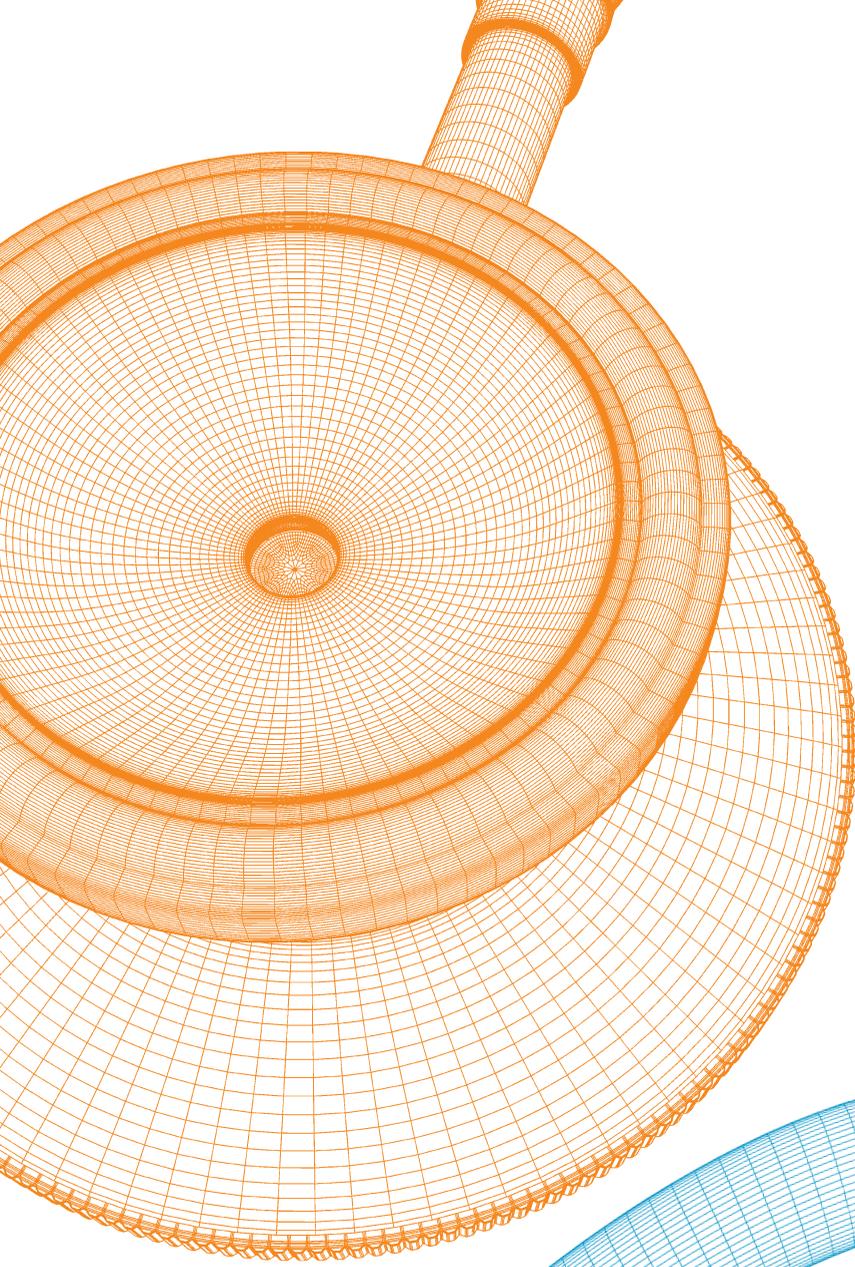
Auf Basis des Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 21. September 2011 sowie der Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung vom 6. Dezember 2011) führte die Abteilung Langzeitpflege im Jahr 2017 periodisch neun Aufsichtsbesuche zur Überprüfung der Qualität in Pflegeheimen durch. Ein Aufsichtsbesuch wird jeweils mit einem Expertenteam durchgeführt. Die Besuche beinhalten die Prüfung von Konzeptunterlagen, Fachthemen-Gespräche mit Mitarbeitenden sowie Bewohnerinnen-Befragungen.

Mehr zum Thema Qualität in den Pflegeheimen: Seite 10 bis 13.

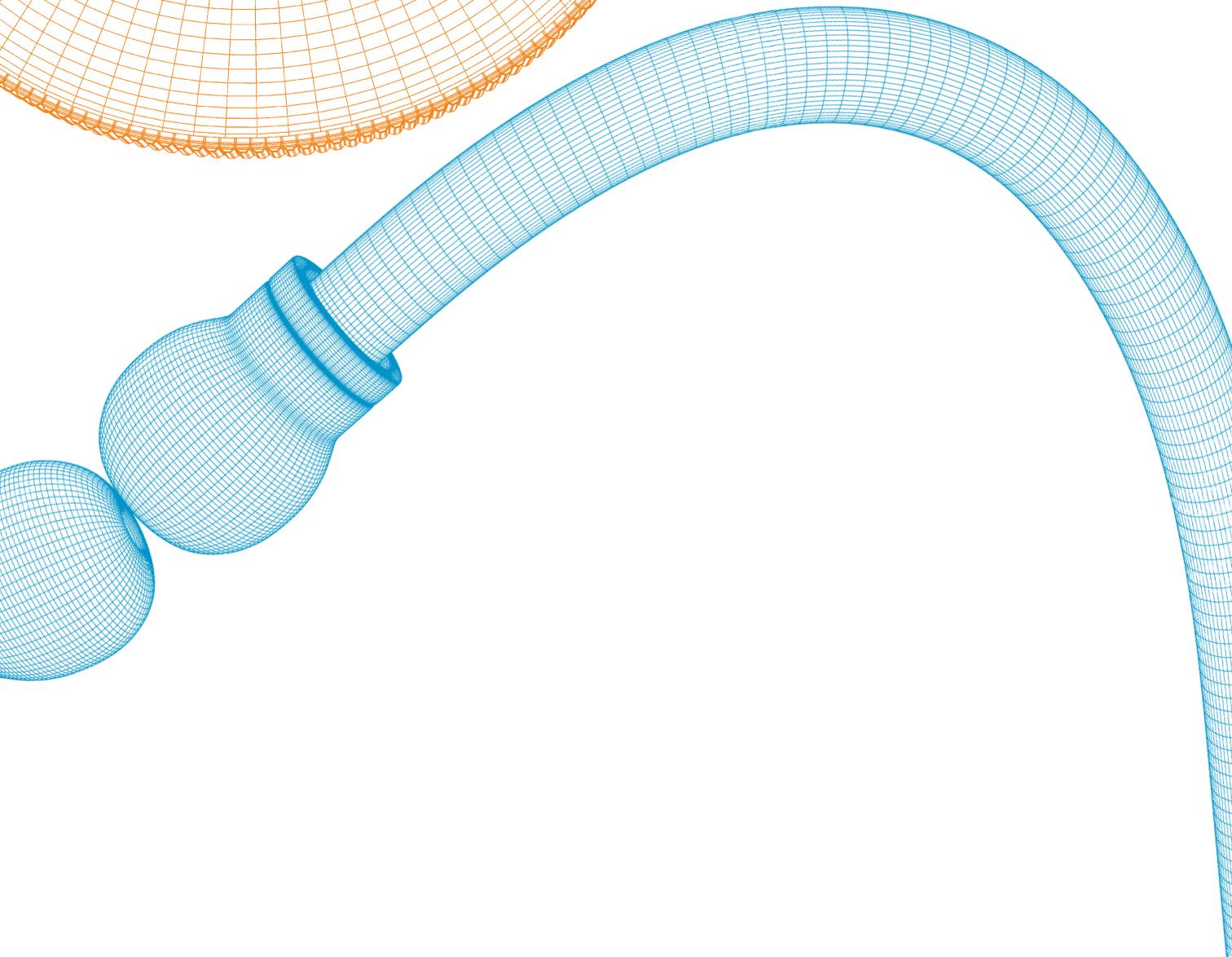
8.2 — QUALITÄTSSICHERUNG BEI DEN SPITEXANBIETERN

Bei den Spitex-Organisationen ist erneut ein Wachstum zu erkennen (57), bei den freiberuflichen Pflegefachfrauen und -männern ist die Zahl nur um eine Person (53) angestiegen.

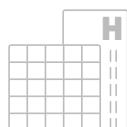
Die Abteilung Langzeitpflege geht Hinweisen bezüglich Spitextätigkeiten ohne Bewilligung nach. Im Berichtsjahr wurde in einem Fall Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft wegen Zuwiderhandlung gegen das Gesundheitsgesetz GesG eingereicht. Bei einer Spitex-Organisation wurde aufgrund von Hinweisen ein ausserordentlicher Aufsichtsbesuch durchgeführt. Das Verfahren war Ende Berichtsjahr noch nicht abgeschlossen.



Kennzahlen
der Spitäler 2017



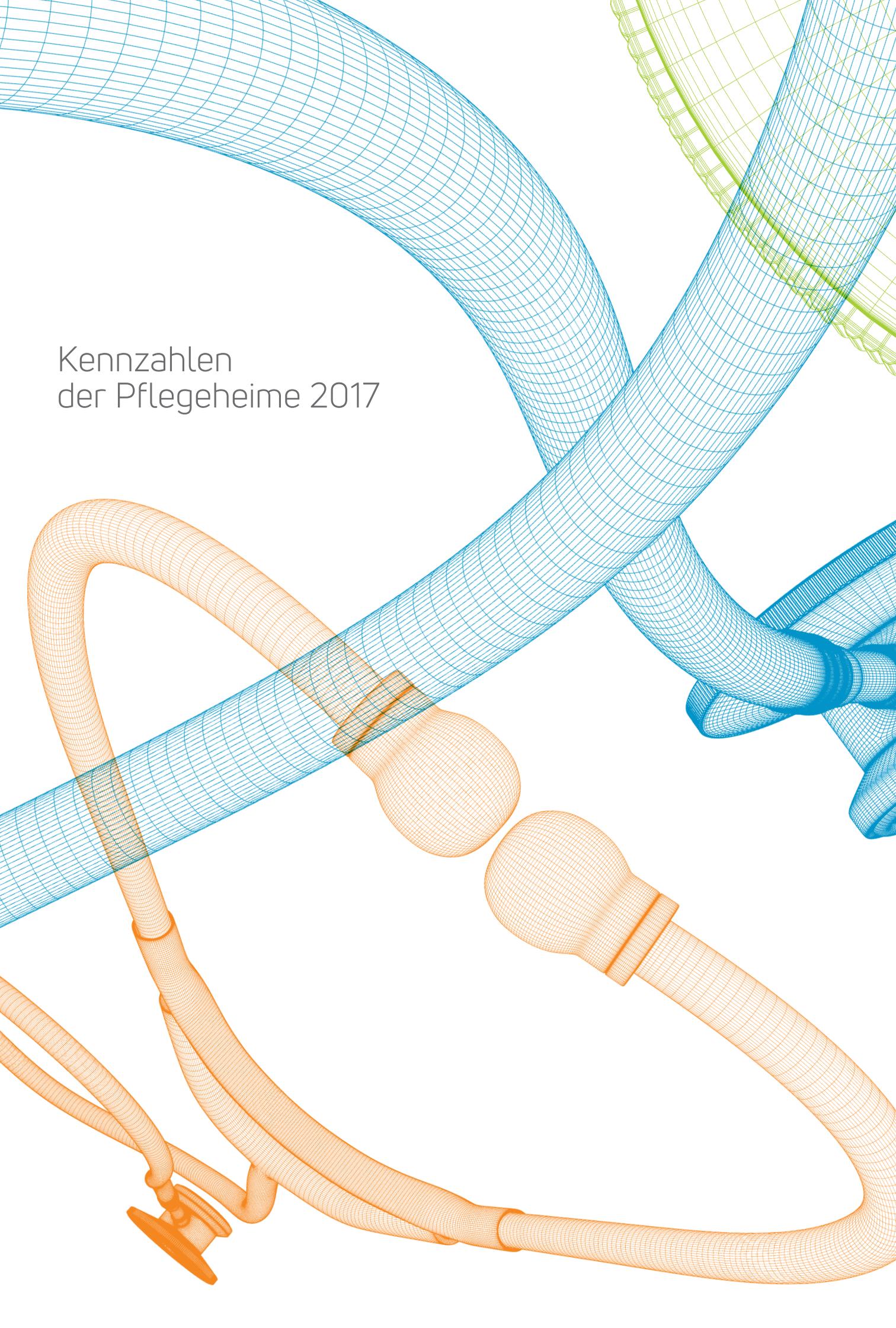
Kennzahlen der Spitäler



	Adullam Spital	Bethesda Spital	Felix Platter-Spital	Klinik Sonnenhalde	Merian Iselin Klinik
Anzahl Beschäftigte (Vollzeitstellen)	255	506	657	137	428
Total Betriebsaufwand in 1000 Franken	32 882	100 303	94 994	19 118	98 724
davon Personalkosten in 1000 Franken	22 591	55 227	67 100	14 093	44 709
davon medizinischer Bedarf in 1000 Franken	2 311	20 248	7 877	248	27 253
Total Ertrag Basler Spitäler in 1000 Franken	33 818	101 157	95 654	19 254	99 969
Anzahl Fälle (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, übrige)	1 717	7 588	4 973	484	7 308
davon Langzeitpflegefälle	0	0	152	0	0
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	0%	3%	0%	0%
davon Unfall, IV, MV	1	71	1	1	1 095
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	0%	1%	0%	0%	15%
davon KVG	1 716	7 517	4 972	482	5 993
Anteil in % (bezogen auf Total Fälle)	100%	99%	100%	100%	82%
KVG-Fälle mit Wohnsitz BS	1 177	2 369	2 892	175	1 985
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	69%	32%	58%	36%	33%
KVG-Fälle mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	1 317	5 730	3 849	462	4 135
Anteil in % (bezogen auf KVG-Fälle)	77%	76%	77%	96%	69%
Anzahl Pfl egetage (alle: KVG, Unfall, IV, MV, Selbstzahler, übrige)	38 358	46 172	91 278	23 510	33 198
davon KVG	38 314	45 811	91 266	23 417	28 073
Anteil in % (bezogen auf Total Tage)	100%	99%	100%	100%	85%
KVG-Pfl egetage von Patienten mit Wohnsitz BS	26 759	16 479	52 458	8 625	9 261
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	70%	36%	57%	37%	33%
KVG-Pfl egetage mit Behandlung auf allgemeiner Abteilung	29 527	31 065	70 446	22 452	17 997
Anteil in % (bezogen auf KVG-Tage)	77%	68%	77%	96%	64%

2017

Palliativzentrum Hildegard	REHAB Basel	Reha Chrischona	Schmerzlinik Basel	St. Claraspital	UKBB	UPK	USB	Total
66	370	107	66	842	810	924	4 901	10 069
10 128	57 946	19 222	11 323	207 998	141 597	149 424	1 017 921	1 961 579
7 348	36 624	12 120	7 475	117 011	89 293	108 547	661 235	1 243 373
294	5 224	797	1 199	35 192	16 369	5 223	200 407	322 642
10 122	58 317	16 492	10 762	204 523	150 853	138 917	1 022 319	1 962 160
403	474	991	181	10 601	5 967	3 245	36 822	80 754
0	0	0	0	0	0	2	0	154
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	103	4	7	31	1 216	6	1 566	4 103
0%	22%	0%	4%	0%	20%	0%	4%	5%
401	366	987	173	10 029	4 688	3 141	34 000	74 465
100%	77%	100%	96%	95%	79%	97%	92%	92%
175	96	452	51	4 289	1 532	2 059	16 657	33 909
44%	26%	46%	29%	43%	33%	66%	49%	46%
308	302	700	136	6 784	3 912	2 886	27 112	57 633
77%	83%	71%	79%	68%	83%	92%	80%	77%
6 793	31 921	22 600	2 625	76 247	37 478	104 435	253 123	767 738
6 767	25 138	22 448	2 513	72 538	23 759	100 293	235 051	715 388
100%	79%	99%	96%	95%	63%	96%	93%	93%
3 124	6 128	10 422	697	31 033	7 132	59 467	113 465	345 050
46%	24%	46%	28%	43%	30%	59%	48%	48%
4 823	21 200	15 297	1 980	48 256	21 018	89 412	181 996	555 469
71%	84%	68%	79%	67%	88%	89%	77%	78%

An abstract graphic of a stethoscope rendered in a wireframe mesh style. The main body of the stethoscope is light blue, while the earpieces and the lower part of the chest piece are orange. The lines are thin and create a grid-like texture. The stethoscope is positioned diagonally across the page, with the chest piece at the bottom left and the earpieces at the top right.

Kennzahlen
der Pflegeheime 2017

2017



	Anzahl Pflegeplätze	Total Pensions-und Pflegetage	Auslastung in Prozenten	Pflegeintensität
Adullam Basel	220	73 956	92.1	0.98
Adullam Riehen	75	27 879	101.8	0.81
Alban-Breite	83	29 900	98.7	0.89
Bürgerspital - am Bruderholz	58	20 312	95.9	1.14
Bürgerspital - Falkenstein	86	30 889	98.4	0.94
Bürgerspital - Burgfelderhof	113	40 625	98.5	1.05
Bürgerspital - Weiherweg	85	29 522	95.2	0.84
Bürgerspital - zum Lamm	70	24 897	97.4	0.94
Casavita Hasenbrunnen	57	20 328	97.7	0.99
Casavita Kannenfeld	72	25 636	97.5	0.92
Casavita Lehenmatt	63	22 982	99.9	1.00
Casavita Vincentianum	46	16 263	96.9	0.89
Dandelion	62	21 627	95.6	1.31
Diakonissenhaus Riehen	6	2 026	92.5	1.36
Dominikushaus	77	26 848	95.5	1.06
Erlenmatt, Senevita	56	18 451	90.3	0.79
Gellert Hof, Bethesda	140	45 816	89.7	0.75
Gellertblick, Senevita	65	23 547	99.2	0.89
Generationenhaus Neubad	86	31 389	100.0	1.01
Gustav-Benz Haus	81	28 514	96.4	1.02
Haus Momo	110	38 875	96.8	1.04
Haus zum Wendelin	84	28 248	92.1	0.78
Holbeinhof	111	40 048	98.8	0.88
Humanitas	111	32 443	80.1	0.69
irides AG	70	24 743	96.8	0.75
Johanniter	134	47 375	96.9	0.96
Ländliheim	48	16 170	92.3	0.99
Marienhaus	111	40 190	99.2	1.09
Marthastift	101	29 110	79.0	1.05
Murtengasse	23	6 252	74.5	1.16
St. Chrischona	40	13 630	93.4	0.73
St. Christophorus	72	24 425	92.9	1.14
St. Elisabethenheim	70	24 933	97.6	0.95
St. Johann	75	26 586	97.1	0.89
Sternenhof	155	56 678	100.2	0.94
Südpark	28	9 989	97.7	1.17
Tertianum	16	6 415	109.8	1.14
Wesley-Haus	78	27 381	96.2	1.12
Wiesendamm	72	25 646	97.6	0.90
zum Wasserturm	50	15 278	83.7	0.89
Total	3160	1095822	95.09%	0.95

Kennzahlen der Pflegeheime

Kosten Pension und Betreuung in Franken	Pflegekosten in Franken	Taxertrag in Franken
17113269	9490417	22811338
5434740	3346580	8167654
5700662	3375029	8732305
4276604	4000749	7515743
5625328	3971938	9606722
7600155	6247331	13853692
6012575	4343608	8728867
4312704	3171438	7601061
3739328	2096020	6191919
4883681	2856044	7588308
4561412	2671008	6994557
3084549	1609170	4780328
3673684	3076053	7912655
424369	369850	708750
4108111	4014789	8446813
3502876	1716885	5110985
8267956	4379405	13315908
4352734	2376970	6893063
5939841	3474080	9720487
5508649	3276976	8863122
6792732	4690410	12349883
5788406	3942298	9317333
8414505	4171197	11725013
7148258	2971938	8806101
4275845	2190916	6822288
9077786	5773886	14440380
3357261	1636815	5176393
7244209	5381156	12932780
8452444	4386166	10201065
1362231	921665	2029514
2382667	1494960	3835347
3889971	3959811	8263555
4787766	3097104	7480659
5112158	3127856	7777545
9920119	7814796	19321125
726822	2759969	3851344
1865818	1046325	2866136
5298311	3439052	9030985
5018591	3071418	7608503
2863618	1747243	4755613
211902745	137489321	342135839

IMPRESSUM

Herausgeber

Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt
Bereich Gesundheitsversorgung
Gerbergasse 13 / Postfach 564
CH-4001 Basel

Tel.: +41 61 205 32 42

E-Mail: gesundheitsversorgung@bs.ch

www.gesundheitsversorgung.bs.ch

Verantwortlich

Dr. med. Peter Indra, MPH

Projektleitung

Lea Berndt

In Zusammenarbeit mit

Statistisches Amt
des Kantons Basel-Stadt

Gestaltung und Realisation

Stadtluft, Basel

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

1. Auflage, Oktober 2018

Download

Gesundheitsversorgungsbericht 2017



www.bs.ch

→ Publikationen

→ Bereich Gesundheitsversorgung

→ Gesundheitsversorgungsbericht 2017

Geschlechtsneutrale Formulierung

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

