



An den Grossen Rat

21.0414.01

18.0408.03

GD/P210414/P180408

Basel, 10. November 2021

Regierungsratsbeschluss vom 9. November 2021

Ratschlag betreffend Massnahmenprogramm zur Förderung der integrierten Versorgung im Kanton Basel-Stadt 2022–2025

sowie

Zwischenbericht zur «Finanzierung der Modellprojekte für die aufsuchenden Angebote (Home Treatment High Utilizer und Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) für die Jahre 2018, 2019 und 2020 in Form einer Finanzhilfe» (P180408)

Inhalt

Begehren	4
Teil 1 Ausgangslage und Ziele	4
1. Hintergrund	4
2. Begriffsklärung	4
3. Handlungsbedarf	5
4. Rechtliche und politische Grundlagen	7
4.1 Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung	7
4.2 Gesundheitspolitische Strategien des Bundesrates	7
4.3 Teilrevisionen des KVG.....	7
4.4 Rechtliche und politische Grundlagen auf Kantonebene	7
5. Integrierte Versorgung im Kanton Basel-Stadt	8
5.1 Ausgangslage	8
5.1.1 Bevölkerungsstruktur	8
5.1.2 Leistungserbringer.....	8
5.1.3 Digitalisierung.....	9
5.2 Bestehende Projekte mit einem integrierten Ansatz.....	9
5.3 Ziel der Förderung neuer Versorgungsmodelle.....	10
6. Beispiele integrierter Versorgungsmodelle in anderen Kantonen	11
Teil 2 Massnahmenprogramm für die Legislaturperiode 2021–2025 ..	13
1. Einleitung	13
2. Modellprojekte Home Treatment	13
2.1 Ausgangslage	13
2.2 Zwischenberichterstattung Home Treatment zur Periode 2019–2020.....	14
2.2.1 Projektstart	14
2.2.2 Projektorganisation und Zusammenarbeit	14
2.2.3 Rekrutierung von Patientinnen und Patienten.....	16
2.2.4 Behandlungen	17
2.2.5 Reduktion stationärer Aufenthalte	18
2.2.6 Patienten- und Angehörigenzufriedenheit.....	19
2.3 Finanzierung	20
2.3.1 Leistungen des Kantons	20
2.3.2 Finanzkennzahlen.....	20
2.3.3 Reduktion der stationären Pflage tage aus finanzieller Perspektive	22
2.4 COVID-19-Pandemie	24
2.5 Übersicht aktueller Stand zur Erreichung der Modellprojektziele	25
2.5.1 Projektziele Home Treatment bei High Utilizer	25
2.5.2 Projektziele Home Treatment bei Übergangsbearbeitung nach stationärer Behandlung	26
2.6 Weiterführung der beiden Modellprojekte	28
2.6.1 Finanzierung und Budget.....	28
2.6.2 Modellprojektanpassungen	29
2.6.3 Modellprojektziele	29
3. Projekt Testbetrieb Übergangspflege im Adullam Pflegezentrum Basel	30
3.1 Ausgangslage	30
3.2 Zweck und geplanter Ablauf des Projekts	30
3.3 Rechtliche Grundlagen.....	31

3.4	Projektbeschrieb	31
3.4.1	Ziele und Begriffsbestimmung	31
3.4.2	Zielgruppe und Aufnahmekriterien	31
3.5	Erfahrungswerte aus dem Pilotbetrieb	32
3.6	Kosten und Finanzierung.....	33
3.6.1	Tageszuschlag	33
3.6.2	Kosten für den Kanton	33
3.6.3	Gemeinden Riehen und Bettingen	34
3.6.4	Krankenversicherer.....	34
3.6.5	Leistungsbezüger	34
3.7	Wirtschaftliche Gesamtbetrachtung	34
4.	Behandlung und Betreuung von geriatrischen multimorbiden Menschen im Rahmen eines Pilotprojektes in der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	36
4.1	Ausgangslage	36
4.2	Zielsetzung des Pilotprojektes	37
4.3	Rechtliche Grundlagen.....	38
4.4	Zielgruppe und Eintritt in das integrierte Versorgungsmodell.....	38
4.5	ANP-geleitete Behandlungspfade.....	39
4.6	Behandlungsnetzwerk	40
4.6.1	Interdisziplinäres Team.....	40
4.6.2	Die Rolle der APN im Versorgungsmodell	40
4.6.3	Einbezug von Hausarztpraxen	41
4.7	Projektlaufzeit und Projektphasen	41
4.8	Evaluation.....	42
4.9	Einbezug der Krankenversicherer.....	42
4.10	Kosten und Finanzierung.....	42
Teil 3	Zusammenfassung und Antrag	45
1.	Zusammenfassende Übersicht Finanzierungsbedarf neue Versorgungsmodelle (integrierte Versorgung)	45
2.	Erfüllung der Grundsätze gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes.....	45
2.1	Nachweis eines öffentlichen Interesses an den erbrachten Leistungen	45
2.2	Nachweis, dass die Leistungen ohne die Finanzhilfe nicht erbracht werden können.....	46
2.3	Eigenleistung und andere Finanzierungsmöglichkeiten.....	46
2.4	Gewährleistung einer sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung	47
2.5	Fazit.....	47
3.	Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung.....	47
4.	Einbezug in den Budgetvoranschlag	47
5.	Antrag.....	47

Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen die Genehmigung von drei Einzelbeschlüssen betreffend die Finanzierung eines Massnahmenprogramms zur Förderung der integrierten Versorgung im Kanton Basel-Stadt für den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025 in der Gesamthöhe von 7.29 Millionen Franken. Als Rechtsgrundlage dienen die Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005 (SG 111.100), das Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (GesG, SG 300.100) sowie der Grossratsbeschluss betreffend Initiativbegehren betreffend Verbesserung der medizinisch-pflegerischen und sozialen Betreuung durch Gesundheitszentren im Quartier vom 14. Januar 1988 (SG 329.201). Der Ausgabenanteil für das Jahr 2022 ist im Budget eingestellt.

Teil 1 Ausgangslage und Ziele

1. Hintergrund

Der Bundesrat hat im Jahr 2013 die Strategie «Gesundheit2020»¹ und im Jahr 2019 die gesundheitspolitische Folgestrategie 2020–2030 (nachfolgend: «Gesundheit2030»²) verabschiedet. Das Gesundheitssystem soll weiterentwickelt werden und bezahlbar bleiben. Die Förderung der integrierten (koordinierten) Versorgung ist dabei eine der zentralen Massnahmen der beiden Gesundheitsstrategien. Die Koordination und Integration erfolgen entlang der gesamten Behandlungskette.

Analog dazu werden die Kantone im Leitfaden³ zur integrierten Versorgung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) aufgefordert, die Entwicklung der integrierten Versorgungsmodelle zu fördern. Dabei ist es nicht Aufgabe des Kantons, eine umfassende Versorgung anzubieten. Vielmehr soll der Kanton mögliche kantonale Unterstützungsangebote und Anreizsysteme entwickeln und Modellprojekte fördern.

2. Begriffsklärung

Nachdem in früheren Jahren auch auf Bundesebene in erster Linie von «integrierten Versorgungsnetzen» gesprochen wurde, hat der Bundesrat mit der Strategie «Gesundheit2020», den Begriff der «koordinierten Versorgung» geprägt. Die integrierte oder «koordinierte» Versorgung wird definiert als *die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern*. Im Zentrum stehen die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen mit Blick auf die gesamte Behandlungsabfolge. In seinem erläuternden Bericht vom 19. August 2020 zur Vernehmlassung bzgl. der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) nennt der Bundesrat die Stärkung der koordinierten Versorgung als massgebliche kostendämpfende Massnahme.

Obwohl die Begriffe der integrierten bzw. der koordinierten Versorgung sehr nahe beieinanderliegen, hat der Regierungsrat entschieden, im Rahmen des kantonalen Versorgungsauftrags die «integrierte Versorgung» als Leitbegriff zu verwenden und dies auch so im Legislaturplan zu verankern. Dies aus folgenden Gründen: Einerseits verwendet auch die GDK diese Begrifflichkeit (vgl. oben genannter Leitfaden), womit eine Einheitlichkeit in der Begriffsverwendung zwischen den Kantonen sichergestellt wäre. Andererseits beschränkt sich die «koordinierte Versorgung» gemäss Vorschlägen des Bundesrates aus Zuständigkeitsgründen in erster Linie auf den KVG-Bereich. Aus kantonalen Sicht wäre eine umfassende, schnittstellenübergreifende und qualitativ hochstehende

¹ Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Januar 2013 (Gesundheit2020)

² Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Dezember 2019 (Gesundheit2030)

³ Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden, GDK, Bern, Mai 2019 (GDK-Leitfaden)

Gesundheitsversorgung aus einer breiteren Perspektive zu betrachten und dabei auch Unterstützungsangebote aus der Sozial- und Präventivmedizin sowie auch Angebote im Bereich der Langzeitpflege und der Sozialpolitik miteinzubeziehen. Die nachfolgende Darstellung zeigt schematisch das Handlungsfeld der integrierten Versorgung, welches einerseits die verschiedenen medizinischen Leistungsbereiche aber auch angrenzende sozialpolitische Leistungen umfassen kann.

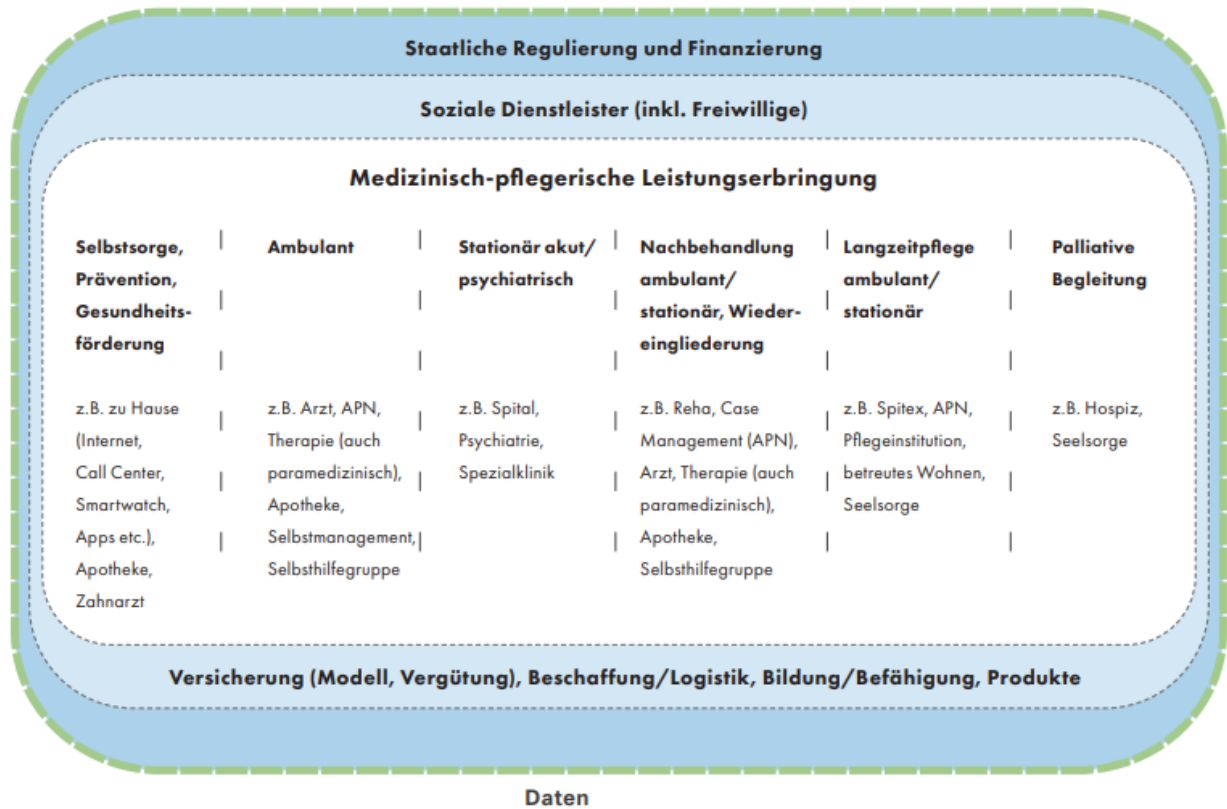


Abbildung 1: Das Handlungsfeld der integrierten Versorgung

Quelle: fmc, Denkstoff Nr. 5, 2020

3. Handlungsbedarf

Mit steigender Lebenserwartung nimmt auch die Zahl der Menschen, die langfristig betreut, gepflegt und medizinisch versorgt werden müssen, zu. Bis zum Jahr 2040 ist allein im Kanton Basel-Stadt mit einem Anstieg von ca. 18% für die Alterskategorie 65+ zu rechnen. Zugleich führen die Alterung der Gesellschaft sowie gesellschaftliche Entwicklungen zur Zunahme chronischer Erkrankungen: Dazu zählen Herz-Kreislauf-Störungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes, muskuloskeletale Erkrankungen sowie Demenz und psychische Erkrankungen, um die Wichtigsten zu nennen.

Der medizinisch-technologische Fortschritt eröffnet immer mehr diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, führt aber aufgrund der zunehmenden Spezialisierung oft zu komplexeren Behandlungsabläufen und damit zu einer wachsenden Zahl von Schnittstellen. In einer schweizerischen Studie gaben 66% von insgesamt 86 befragten Personen mit chronischen Erkrankungen an, in den letzten drei Monaten neben der ärztlichen Behandlung multiple Therapieangebote aufgesucht zu haben. Von diesen Patientinnen und Patienten hatten 91.7% in den vergangenen zwölf Monaten eine bis drei verschiedene Ärztinnen und Ärzte besucht.⁴

⁴ Vgl. Sturny, I. & Camenzind, P. (2011). Erwachsene Personen mit Erkrankungen – Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich (Obsan Dossier 18).

Die Zunahme der älteren sowie chronisch und mehrfach erkrankten Menschen erhöht den Bedarf an integrierten Versorgungsmodellen, in welchen Prävention, medizinische Behandlung, Rehabilitation und Pflege nicht mehr getrennt, sondern koordiniert und interprofessionell erbracht werden sollen. Die strukturelle Vernetzung der Leistungserbringer (Integration) führt zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Die höhere Qualität der Gesundheitsversorgung ist dabei insbesondere auf das professionelle Schnittstellenmanagement zurückzuführen – etwa durch eine Koordinationsstelle oder ein zentrales Versorgungsmanagement. Zusätzlich fördern durchgängige Infrastrukturen (z. B. das elektronische Patientendossier) und Prozesse (z. B. standardisierte Behandlungsprotokolle) die Umsetzung von innovativen Vertrags- und Versorgungsformen (z. B. Tarifstrukturen mit sogenannten «Komplexpauschalen»). In integrierten Versorgungsmodellen sind die Behandlungsprozesse umfassend auf Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Der Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bei der Wahl der Therapien und der Diagnostik sowie die Transparenz der Gesundheitsdienstleistungen führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit. Angesichts dieser Tatsachen sollten breitere Anstrengungen unternommen werden, um die integrierte Versorgung v. a. im Hinblick auf die Behandlung und Betreuung der genannten Personengruppen zu implementieren.

Wiewohl polymorbide Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen die Hauptzielgruppe für integrierte Versorgungsmodelle bilden sollen, entstehen auch an anderen Schnittstellen des Gesundheits- und Sozialsystems Versorgungslücken, die nur mit Sektor- und Berufsgruppenübergreifenden Versorgungsmodellen geschlossen werden können. Da viele der betroffenen koordinativen Leistungen in den sektoralen Tarifstrukturen nach KVG (TARMED, SwissDRG, TARPSY etc.) nicht abgebildet und vergütet werden oder die entsprechenden Leistungen nicht als KVG-Pflichtleistungen anerkannt sind (z. B. im Bereich der Prävention), werden sie im bestehenden Versorgungssystem nur unzureichend angeboten, obwohl sie die Qualität oder Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung, auch unter Berücksichtigung von «Spill-Over-Effekten» (sogenannte Übertragungseffekte) bzw. positiven Externalitäten, verbessern würden (z. B. verminderte Sozialleistungen, bessere gesellschaftliche Integration usw.).

Gemäss GDK-Leitfaden wird das Potenzial der integrierten Versorgung zur Verbesserung der Effizienz, Patientensicherheit und Ergebnisqualität erst zu einem kleinen Teil ausgeschöpft. Aufgrund der besonderen Ausgangslage im Kanton Basel-Stadt mit einem überdurchschnittlichen Anteil betagter Personen, aber auch einer hohen Versorgungsdichte und den schweizweit höchsten durchschnittlichen Gesundheitskosten besteht die Chance, eine Vorreiterrolle in Bezug auf die integrierte Versorgung zu übernehmen. Indem das vorhandene Potenzial der integrierten Versorgung vermehrt ausgeschöpft wird, soll ein nachhaltiger Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten in der Region geleistet werden.

Bis anhin wurde für Angebote der integrierten Versorgung im Kanton Basel-Stadt keine gesonderte Förderung vorgesehen. Projekte, die im weiteren Sinn darunter gefasst werden können, wurden entweder aus anderen Fördermitteln (z. B. über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler) oder über spezifische Projektförderungen finanziert (z. B. Projekte SomPsyNet, Home Treatment etc.). Im Rahmen der neuen Legislaturplanung hat der Regierungsrat beschlossen, einen Schwerpunkt auf die Förderung der integrierten Versorgung zu legen. In diesem Sinn erscheint es als sachgerecht, die verschiedenen Projektförderungen, soweit möglich, zusammenzufassen und mit einem Gesamtratschlag an den Grossen Rat zu gelangen, um hier eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Projekte und ihre Stossrichtungen zu gewähren. In seinen beiden letzten Berichten an den Grossen Rat auf der Grundlage von § 67 Abs. 2 GesG hat der Regierungsrat schon auf die Bedeutung der Prävention von chronischen Krankheiten und der integrierten Versorgung zur langfristigen Dämpfung des Wachstums der Gesundheitskosten hingewiesen.

4. Rechtliche und politische Grundlagen

4.1 Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung

Die medizinische Grundversorgung orientiert sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung nach Behandlung, Pflege und Betreuung. Es geht dabei um präventive und kurative Leistungen, aber auch um Rehabilitation und Palliative Care. Zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung wurde am 18. Mai 2014 der Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung mit einem Ja-Stimmenanteil von 88% angenommen. Die Bundesverfassung⁵ wurde in der Folge mit dem Art. 117a zur medizinischen Grundversorgung ergänzt. Der neue Artikel verpflichtet Bund und Kantone, für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Die Bestimmung bildet die Grundlage, um die bestehenden und sich abzeichnenden Probleme in der Grundversorgung anzugehen. Dabei stehen die demografische Entwicklung und die damit einhergehende Zunahme von älteren Personen mit teils chronischen und mehrfachen Erkrankungen im Vordergrund. Der Artikel orientiert sich am Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden medizinischen Leistungen.

4.2 Gesundheitspolitische Strategien des Bundesrates

In der aktuellen gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates *Gesundheit 2030* wird die koordinierte Versorgung als eine der Massnahmen zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung explizit unterstrichen. Das Ziel besteht darin, Über-, Fehl- und Unterversorgung zu verringern, da sie beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheitskosten sowie die Qualität der Versorgung haben. Mittels gezielter Anreize sollen die Koordination unter den Leistungserbringenden verbessert und die Entschädigungssysteme so ausgerichtet werden, dass sie soweit möglich auf dem Erfolg der Behandlungen beruhen und nicht auf der Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte. Doppelspurigkeiten sollen vermieden, die Behandlung stärker an der Evidenz ausgerichtet werden und die Qualitätssicherung soll jederzeit gewährleistet sein.

4.3 Teilrevisionen des KVG

In der Sommersession 2021 haben die eidgenössischen Räte das erste von zwei Kostendämpfungspaketen zur Teilrevision des KVG verabschiedet. Ein Schwerpunkt dieses Kostendämpfungspakets liegt auf der Einführung eines Experimentierartikels, der «innovative und kostendämpfende Projekte» ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglichen soll. Diese Teilrevision wird es künftig ermöglichen, vermehrt auch solche kantonalen Versorgungsmodelle über die KVG-Leistungen zu finanzieren, wie sie der vorliegende Ratschlag beantragt. Allerdings wird die Umsetzung des neuen gesetzlichen Rahmens mit den entsprechenden Verordnungsanpassungen noch eine beträchtliche Zeit in Anspruch nehmen, weshalb die Gesetzesanpassung aktuell noch nicht zur Finanzierung der vorliegend zur Unterstützung beantragten Versorgungsmodelle beitragen kann.

4.4 Rechtliche und politische Grundlagen auf Kantonebene

Gemäss § 26 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005 (SG 111.100) fördert und schützt der Staat die Gesundheit der Bevölkerung und gewährleistet eine allen zugängliche medizinische Versorgung. Er trifft Massnahmen zur Prävention, fördert die Selbsthilfe, die Hilfe und Pflege zu Hause und unterstützt Familien und Angehörige in dieser Aufgabe.

Der nach wie vor geltende Grossratsbeschluss betreffend Initiativbegehren betreffend Verbesserung der medizinisch-pflegerischen und sozialen Betreuung durch Gesundheitszentren im Quartier vom 14. Januar 1988 (SG 329.201) hält zudem fest: «Der Regierungsrat wird ermächtigt und beauftragt, die extramurale medizinisch-pflegerische, präventive und soziale Beratung und Betreuung

⁵ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).

der Bevölkerung in den Quartieren zu unterstützen. Er führt in geeigneten Abständen Bedürfnisabklärungen durch und ist bei der Schliessung erkannter Versorgungslücken behilflich. Dabei fördert er insbesondere Bereitstellung und Betrieb von Gesundheitszentren sowie die Koordination unter den öffentlichen und den privaten Betreuungsinstitutionen.»

Im Gesundheitsgesetz räumt der Kanton den Patientinnen und Patienten das Recht auf eine die Persönlichkeit schützende und respektierende Behandlung ein. Er verpflichtet sich zudem, in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an spitalexterner Gesundheits- und Krankenpflege zu sorgen (§ 9), Massnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention zu veranlassen, mit denen u. a. auch die Gesundheitskompetenz der einzelnen Personen und Selbsthilfe (§ 56) gefördert wird.

Schliesslich legt sich der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt in seinem neuen Legislaturplan 2021–2025 die Integrierte Versorgung als einen seiner politischen Schwerpunkte festgelegt. Damit sollen innovative Versorgungsmodelle gefördert und weiterentwickelt werden, die auch in Zukunft eine hochwertige, bezahlbare und allen zugängliche Gesundheitsversorgung sicherstellen.

5. Integrierte Versorgung im Kanton Basel-Stadt

5.1 Ausgangslage

5.1.1 Bevölkerungsstruktur

Alter: Mit der steigenden Lebenserwartung wächst auch im Kanton Basel-Stadt die Zahl der Menschen, die langfristig betreut und medizinisch versorgt werden müssen. Der Kanton Basel-Stadt hat bereits jetzt eine vergleichsweise alte Bevölkerung. Das Durchschnittsalter beträgt 43.5 Jahre (Schweiz: 42.5 Jahre). Diese Tatsache spiegelt sich auch in der Anzahl der hochbetagten Personen wieder: Während in der Schweiz ca. 5 von 100 Personen 80 Jahre oder älter sind, sind im Kanton Basel-Stadt ca. 7 von 100 Personen 80 Jahre oder älter. Obwohl sich in den kommenden Jahren die Altersstruktur der Kantonsbevölkerung tendenziell dem gesamtschweizerischen Durchschnitt angleichen dürfte, ist mit einem Anstieg der Alterskategorie 65+ bis zum Jahr 2040 um 18% zu rechnen, wobei die Zuwachsraten bei den über 80-jährigen Personen noch deutlich stärker ausfallen dürfte.

Soziales Netz: Der Kanton Basel-Stadt hat schweizweit nicht nur mit Abstand am meisten Einpersonenhaushalte (BS: 23.8%; Schweiz: 15.9%). Etwa 40% der alleinlebenden Menschen sind auch über 60-jährig. Diese Bevölkerungsgruppe ist vermehrt auf Unterstützung und Koordination der beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen angewiesen. Zudem sind in städtischen Gebieten die familiären Strukturen und die informelle Unterstützung (Nachbarschaftshilfe u. ä.) oft schwächer ausgeprägt als in ländlichen Gebieten. Beides führt dazu, dass in Städten lebende pflegebedürftige Menschen häufiger auf professionelle Leistungserbringer zurückgreifen müssen.

Geschlecht: Der Kanton Basel-Stadt hat mit 51.6% den höchsten Frauenanteil an der Bevölkerung aller Schweizer Kantone (Schweiz: 50.4%). Da Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, hat der Frauenanteil auch Einfluss auf den künftigen Pflegebedarf.

5.1.2 Leistungserbringer

Der Kanton Basel-Stadt verfügt über vielfältige stationäre und ambulante Leistungsangebote, welche durch zahlreiche private Institutionen und Einzelpersonen erbracht werden. Dazu gehören 13 Spitäler mit über 10'000 Beschäftigten, 42 Pflegezentren, rund 880 Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor sowie 56 Spitexorganisationen und zusätzlich etwa 60 freiberufliche Spitex-Pflegefachpersonen. Diese Leistungserbringer sind jedoch nur in wenigen Fällen durch strukturiert gestaltete Kooperationen miteinander verbunden.

5.1.3 Digitalisierung

Aktuell besteht im Gesundheitswesen eine grosse Lücke zwischen den Möglichkeiten der Digitalisierung und der tatsächlichen Umsetzung. Einige Gründe hierfür sind:

- die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens generiert kaum finanzielle Anreize für die Leistungserbringer; in IT-Lösungen zu investieren und sich in integrative Versorgungsmodelle einzubringen;
- Datenschutz und -sicherheit stellen oft grosse Hürden dar;
- unzureichende nationale Strategie.

Die «Strategie eHealth Schweiz 2.0» des Bundes beschränkt sich weitgehend auf die Einführung und die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD). Es handelt sich somit nicht um eine umfassende Strategie zur Förderung der digitalen Transformation des Gesundheitssystems. Dies zeigt sich auch in der Laufdauer der Strategie (von 2018 bis 2022), mit der vor allem den Fristen des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier Rechnung getragen wird.

5.2 Bestehende Projekte mit einem integrierten Ansatz

Mit der Schaffung der Gemeinsamen Gesundheitsregion beider Basel (GGR) wurde eine Basis für einen integralen Gesundheitsversorgungsraum gelegt. Dank einer gemeinsamen Spitalplanung soll das Kostenwachstum im stationären Bereich gedämpft und gleichzeitig die Hochschulmedizin in der Region langfristig gesichert werden.

Zugleich werden durch die Mitwirkung des Gesundheitsdepartements (GD) bereits vereinzelte Projekte mit einem integrierten Ansatz umgesetzt:

- Im Bereich der digitalen Transformation engagiert sich das GD für die rasche Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD), welches eine Basis für den digitalen Informationsaustausch in einer vernetzten Gesundheitsversorgung darstellt.
- Im Bereich der Psychiatrie stehen seit 2019 mit zwei Modellprojekten – dem «Home Treatment für die Übergangsbehandlung» sowie dem «Home Treatment für die längerfristige Behandlung» – den Patientinnen und Patienten neue integrierte Versorgungsstrukturen zur Verfügung, welche die Versorgungskontinuität vom stationären in das ambulante Setting sicherstellen.
- In der Langzeitpflege sind intermediäre Angebote wie Tagesstrukturen für Betagte seit Längerem ein bewährter Bestandteil der kantonalen Alterspolitik. Das Angebot wird künftig mit einer stationären Übergangspflege erweitert, ausgerichtet auf ältere Menschen mit Potenzial nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurück zu kehren.
- Im kollaborativen Versorgungsnetzwerk SomPsyNet sollen Spitalpatientinnen und -patienten mit psychosozialen Belastungen frühzeitig erkannt und auch nach dem Spitalaufenthalt begleitet werden. An SomPsyNet sind vier grosse Basler Spitäler und über 20 weitere Akteure der ambulanten Versorgung beteiligt. Es handelt sich um ein Modellprojekt zur kollaborativen Versorgung.
- Als Pilotkanton ist der Kanton Basel-Stadt auch an der Umsetzung des Projektes PEPrä beteiligt. Der Schwerpunkt liegt auf der Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten sowie psychischen Erkrankungen und Sucht. Das Ziel ist, ein koordiniertes Gesamtpaket für die evidenzbasierte Prävention in der ambulanten Grundversorgung zu verankern. Neben der Verbesserung der Schnittstelle zwischen Prävention und Kuration soll auch auf regionaler Ebene die Vernetzung mit bestehenden vor- und nachgelagerten Angeboten gestärkt werden. Das Modellprojekt wurde von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) im Konsortium mit u. a. der Konferenz der kantonalen Beauftragten für Sucht-

fragen (KKBS) und der Praxis Suchtmedizin Schweiz konzipiert. Nach erfolgreicher regionaler Implementierung in den Pilotkantonen soll das Programm schweizweit umgesetzt werden.

- Im Bereich der Verhaltenssuchte wurden in den letzten Jahren mehrere Kooperationsmodelle aufgebaut. So das Kooperationsmodell «Glückspielsucht», welches im Auftrag des GD von den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) umgesetzt wird. Im Projekt «Neue Abhängigkeitserkrankungen» wurde in Zusammenarbeit mit dem GD ein integriertes Versorgungsmodell für Verhaltenssuchte an den UPK etabliert. Dieses zielt darauf ab, die Betroffenen von der Prävention über die Versorgung bis hin zur Nachsorge zu begleiten und den Zugang zu den Angeboten durch eine einheitliche Steuerung zu optimieren. Im Jahr 2017 folgte ein Kooperationsmodell im Bereich der Kaufsucht zwischen psychiatrischen Behandlungsstellen (KVG) und psychosozialen Beratungsstellen (Nicht-KVG) für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

5.3 Ziel der Förderung neuer Versorgungsmodelle

Mit der Förderung neuer Versorgungsmodelle unter dem Oberbegriff der «integrierten Versorgung» möchte der Regierungsrat zunächst eine qualitativ hochstehende, nachhaltige und bezahlbare Gesundheitsversorgung im Kanton auch langfristig sicherstellen und gleichzeitig die Durchführung innovativer Projekte ermöglichen, welche die interprofessionelle und schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit begünstigen.

Die Grundvoraussetzung für die Förderung solcher Versorgungsangebote ist, dass sie:

- eine günstigere Versorgung bei gleichbleibender Qualität oder eine qualitativ verbesserte Versorgung bei gleichbleibenden Kosten ermöglichen und/oder
- nachweisliche Versorgungslücken an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsbereiche zu schliessen vermögen.

Darunter fallen z. B. Angebote, welche den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung erleichtern oder Versorgungsangebote, welche verschiedene Leistungen aus den Bereichen Prävention, Akutsomatik, Psychiatrie sowie Langzeitpflege miteinander verknüpfen und dabei von interprofessionellen Teams erbracht oder unterstützt werden. Um das genannte Hauptziel zu erreichen, soll bei den vorgeschlagenen Projektförderungen bestimmten anerkannten Defiziten in der aktuellen Versorgung eine besondere Beachtung geschenkt werden.

Förderungswürdige Projekte sollen:

1. die Koordination zwischen Leistungen und Leistungserbringern verbessern;
2. bestehende Versorgungslücken schliessen;
3. die Digitalisierung vorantreiben;
4. die Gesundheitsförderung und Prävention stärken.

Die Förderung von Projekten und Umsetzungen im Bereich der integrierten Versorgung soll insbesondere auch mit einer verbesserten Nutzung von digitalen Instrumenten in der Gesundheitsversorgung verknüpft werden. Gefördert werden sollen mithin Massnahmen, welche die medizinische Versorgung im Gesundheitswesen des Kantons Basel-Stadt mittels Digitalisierung unterstützen und verbessern, indem sie die Abläufe im Rahmen der Versorgungsmodelle digital dokumentieren und begleiten und den Versorgungspfad unterstützen. Darunterfallen können auch der Aufbau oder Erweiterung digitaler Netzwerke sowie Massnahmen und Projekte zur Akzeptanzförderung.

Anerkanntermassen werden chronische Erkrankungen sehr stark durch die Lebensumstände und Lebensführung beeinflusst. Indem die Gesundheitsförderung und präventivmedizinische Aspekte

in den Massnahmen der Integrierten Versorgung gestärkt werden, kann das Auftreten von chronischen Krankheiten vermieden oder zumindest verzögert werden oder auch der Umgang der Patientinnen und Patienten mit ihrer Krankheit verbessert werden.

Wichtig ist nicht zuletzt, dass die Qualitätssicherung und -förderung stets mitberücksichtigt wird und auch ein Innovationsschub ermöglicht wird, der langfristig die Regelversorgung beeinflussen sollte. Die nachstehende Darstellung zeigt die Zieldimensionen die der Kanton Basel-Stadt mit der Förderung der integrierten Versorgung erreichen möchte mit entsprechenden Modellbeispielen. Längerfristig besteht das Ziel darin, dass sämtliche geförderten Projekte diese Kriterien kumulativ erfüllen. In der ersten Förderphase können aber auch Vorhaben unterstützt werden, die zumindest zwei der Kriterien erfüllen.

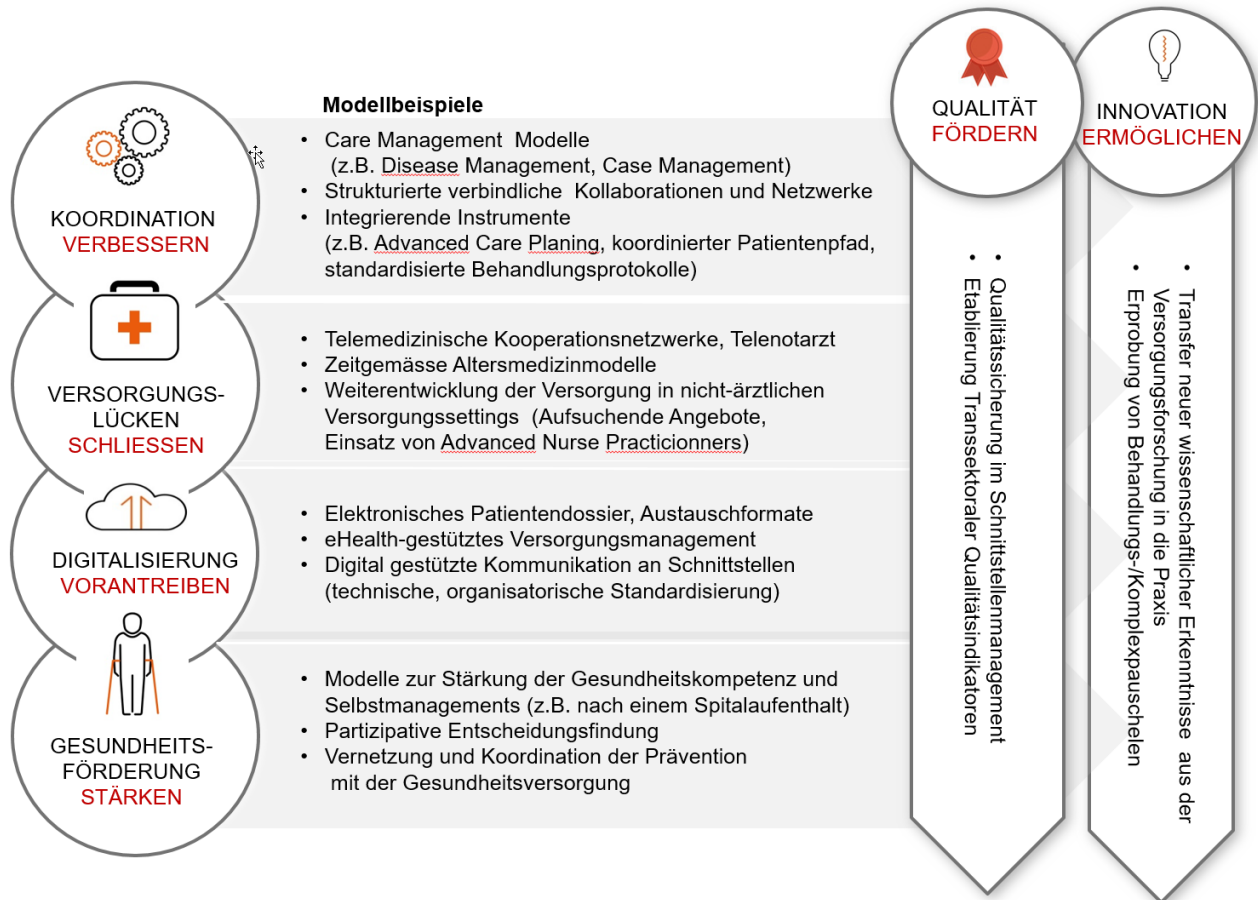


Abbildung 2: Ziele und Kriterien für die Förderung integrierter Versorgungsmodelle

6. Beispiele integrierter Versorgungsmodelle in anderen Kantonen

In anderen Kantonen werden seit einigen Jahren diverse integrierte Versorgungsmodelle und -projekte aufgebaut, unter anderem folgende:

In Übereinstimmung mit der Strategie des Bundesrats «Gesundheit2020» und der erwarteten demografischen Alterung im **Kanton Basel-Landschaft** hat das Amt für Gesundheit im Januar 2018 das Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG, SGS 941) eingeführt. Auf Basis dieses neuen Gesetzes sollen Gemeinden gemeinsam neue Versorgungsregionen bilden und die Pflege und Betreuung älterer Personen, welche zu Hause leben, durch die Einrichtung einer «Informations- und Beratungsstelle» in jeder Versorgungsregion neu organisieren. Zur Umsetzung der Gesetzesvor-

gaben unterstützt der Kanton Basel-Landschaft das Projekt INSPIRE, mit welchem unter Federführung der Universität Basel ein effizientes und nachhaltiges koordiniertes Versorgungsmodell für ältere, zu Hause lebende Personen entwickelt, umgesetzt und evaluiert wird.

Im **Kanton Aargau** beschloss der Regierungsrat vor ein paar Jahren den Masterplan Integrierte Versorgung 2014 bis 2017 (MIVAG). Im Rahmen der Totalrevision des Spitalgesetzes vom 25. Februar 2003 (SpiG, SAR 331.200) und der neuen Spitallisten 2020 wurde das Ziel einer integrierten Versorgung verankert.

Der **Kanton Thurgau** unterstützt finanziell den Innovationszyklus «Brennpunkte Gesundheit Thurgau», in dessen Rahmen Projekte zu integrierter Versorgung konzipiert und umgesetzt werden.

Der **Kanton Graubünden** hat bereits vor Jahren einen Integrationsprozess hin zu grösseren Versorgungsregionen (Prättigau und Engiadina Bassa) angestossen und in diesen Regionen integrierte Gesundheitszentren aufgebaut. Mit einer Teilrevision des Gesetzes vom 30. August 2017 über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG, BR 506.000) plant der Kanton Graubünden ausserdem, Zusammenschlüsse von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex zu fördern.

Der **Kanton Uri** hat im Jahr 2013 das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» gestartet mit dem Ziel, nachhaltige Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung zu entwickeln und umzusetzen.

Das multidisziplinäre Gesundheitszentrum «CITÉ GÉNÉRATIONS – MAISON DE SANTÉ» wurde mit Unterstützung des **Kantons Genf** als erstes seiner Art in der Schweiz bereits im Jahr 2012 eröffnet. Es umfasst nebst verschiedenen medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten auch ein Radiologiezentrum, eine Apotheke und einen 7/24 Notfalldienst sowie Betten für Geriatriepatientinnen und -patienten. Im Kanton Genf sind in den nächsten Jahren weitere solche Gesundheitszentren in Planung.

Teil 2 Massnahmenprogramm für die Legislaturperiode 2021–2025

1. Einleitung

Für die Legislaturperiode 2021–2025 wird einerseits die Weiterführung schon bestehender Massnahmen im Bereich des Home Treatment und der Übergangspflege, andererseits aber auch die Unterstützung eines gänzlich neuen Projektes der integrierten geriatrischen Versorgung vorgeschlagen. Mittelfristig sollen im Rahmen der integrierten Versorgung auch noch weitere Projekte entwickelt werden können.

Die zwei Modellprojekte «Home Treatment bei High Utilizer» (HT-HU) und «Home Treatment bei Übergangsbearbeitung nach stationärer Behandlung» (HT-ÜBE) der UPK Basel (Kapitel 2) sind im Januar 2019 gestartet und laufen im Dezember 2021 aus. Zentraler Bestandteil des Home Treatment ist ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das die psychiatrisch behandlungsbedürftige Person in ihrer gewohnten Umgebung versorgt. Bei den beiden Modellprojekten handelt es sich um international anerkannte evidenzbasierte Therapieformen, die vielfach untersucht wurden und ihre klinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität bewiesen haben. Die beiden aufsuchenden Angebote entsprechen den strategischen Zielen der UPK, die darauf ausgerichtet sind, entstigmatisierend zu wirken und den Patientinnen und Patienten passgenaue Behandlungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen.

Das Angebot einer Übergangspflege im Pflegezentrum Adullam Basel (Kapitel 3) soll ab Anfang 2022 einen dreijährigen Testbetrieb aufnehmen. Eine Pilotphase ab April 2021 hat gezeigt, dass eine entsprechende Nachfrage besteht und die erwarteten Ergebnisse erzielt werden können. Ziel der Übergangspflege ist es, die Selbstkompetenz von älteren Menschen zu erhöhen, so dass diese die vor einem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wiedererlangen, um so eine dauerhafte Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnsituation zu ermöglichen. Ebenso eröffnet die Übergangspflege alten Menschen, die zu Hause in instabile Pflegesituationen geraten, die Möglichkeit, sich während des Aufenthalts im Pflegezentrum Adullam zu stabilisieren und wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren.

Schliesslich soll ein neues Pilotprojekt an der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP) (Kapitel 4) den komplexen Bedürfnissen der steigenden Anzahl von chronisch und mehrfach erkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten gerecht werden. Im Rahmen des Pilotprojekts sollen ältere multimorbide Patientinnen und Patienten von einem Team von Spezialisten wie Ärztinnen und Ärzten, APN, Pflegenden, Sozialarbeitenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologinnen und Psychologen der UAFP über die Sektoren stationär und ambulant behandelt, betreut und begleitet werden. Diese Anschlussversorgung im ambulanten Bereich erfolgt durch eine Kooperation und enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Leistungserbringenden der Patientinnen und Patienten (insbesondere Hausärzte, Spitex).

2. Modellprojekte Home Treatment

2.1 Ausgangslage

Mit Beschluss Nr. 18/46/10G vom 14. November 2018 hat der Grosse Rat die Ausrichtung einer Finanzhilfe in Form eines Betriebsbeitrages für die zwei Modellprojekte «Home Treatment bei High Utilizer» (HT-HU) und «Home Treatment bei Übergangsbearbeitung nach stationärer Behandlung» (HT-ÜBE) der UPK bewilligt.

Für die beiden aufsuchenden Angebote wurden per 1. Januar 2019 für die Dauer von drei Jahren (2019–2021) gesamthaft 4'171'120 Franken bewilligt. Diese Angebote werden jährlich/fortlaufend

evaluiert. Beide Modellprojekte entsprechen den strategischen Zielen der UPK, die darauf ausgerichtet sind, entstigmatisierend zu wirken und den Patientinnen und Patienten nach dem stationären Aufenthalt eine passgenaue Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde im Beschluss festgelegt, dass dem Grossen Rat nach zwei Jahren ein Zwischenbericht zur Kenntnis vorgelegt werden soll.

2.2 Zwischenberichterstattung Home Treatment zur Periode 2019–2020

Mit den folgenden Ausführungen wird der Grosse Rat zudem, wie im Beschluss Nr. 18/46/10G festgelegt, über die Umsetzung der vertraglich vereinbarten Modellprojektziele, die effektive Mittelverwendung und die zu erbringenden Leistungen der UPK unterrichtet. Die gewonnenen Erkenntnisse führen zum Entschluss, die beiden Modellprojekte für den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2024 weiterzuführen. Danach sollen sie in den Regelbetrieb integriert werden.

Die Berichterstattung bezieht sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2020. Die ersten Patientinnen und Patienten wurden ab dem 1. April 2019 in die Modellprojekte aufgenommen.

2.2.1 Projektstart

Im April 2018 fand in den UPK eine gemeinsame Medienkonferenz mit dem GD, vertreten durch Regierungsrat Lukas Engelberger, statt. Regionale und nationale Medien berichteten in positivem Sinne über die geplanten innovativen Angebote.

2.2.2 Projektorganisation und Zusammenarbeit

Im Rahmen der Modellprojekte sind die UPK aufgefordert, sämtliche Institutionen, Fachpersonen, Krankenversicherungen und Departemente des Kantons Basel-Stadt, die Schnittstellen zu den beiden Modellprojekten aufweisen, bei der Planung und Erarbeitung der Strukturen miteinzubeziehen.

a. Institutionen und Fachpersonen

Bereits vor der Umsetzung zur Finanzierung der aufsuchenden psychiatrischen Angebote wurden die beiden Modellprojekte in zahlreichen Institutionen vorgestellt. Gleichzeitig ergab sich die Möglichkeit, Fragen zu beantworten und Bedenken, Kritik und Ratschläge entgegen zu nehmen. Dass dies wichtig war, zeigt insbesondere der Einbezug der Spitex Basel-Stadt, welche grosse Bedenken gegenüber den beiden Modellprojekten äusserte. So wurden die beiden aufsuchenden Angebote als Konkurrenzangebote bewertet und eine Reduktion an Spitex-Anmeldungen befürchtet. Die Befürchtungen der Spitex Basel-Stadt konnten in gemeinsamen Gesprächen beseitigt werden. So wurde das schon bestehende Austauschtreffen zwischen Spitex Basel-Stadt und den UPK, das zweimal jährlich stattfindet, um das Thema «Zusammenarbeit mit Home Treatment UPK» erweitert. Anhand von Fallbesprechungen werden kontinuierlich eventuelle Doppelspurigkeiten oder Absprachefehler aufgearbeitet. Auf der individuellen Ebene ist ein Austausch zwischen den zwei pflegerischen Leitungspersonen der Spitex und der pflegerischen Leitungsperson Home Treatment installiert worden. Zusätzlich ist die Spitex Basel-Stadt im Beirat für die beiden Modellprojekte vertreten (vgl. Bst c. nachstehend). Beide Massnahmen haben dazu geführt, dass die Absprachen zwischen Spitex Basel-Stadt und den beiden Home Treatment Teams professionalisiert wurden, mit dem Ziel von differenzierteren Zuweisungen.

Eine weitere Zusammenarbeit besteht seit Winter 2019 mit der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Die SUPSI leitet das Projekt «Cost effectiveness of home treatment for acute mental illness», welches im Rahmen Nationale Forschungsprogramme (NRP74) des Schweizerischer Nationalfonds (SNF) durchgeführt und finanziert wird. Im Rahmen von gemeinsamen Treffen tauschen sich Fachpersonen aus der ganzen Schweiz zum Thema Home Treatment über die Angebote ihrer Kantone aus.

b. Krankenversicherungen

Seit September 2019 sind die Gespräche mit den Vertretungen der Krankenkasse CSS, der Einkaufsgemeinschaft HSK und tarifsuisse ag aufgenommen worden. Ihnen wurden die beiden Modellprojekte eingehend vorgestellt. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass sich die Abgeltung über TARMED als ungenügend herausstellt, da viele Leistungen, die im Rahmen dieser Projekte zwingend erbracht werden müssen, nicht abgegolten werden (z. B. Wegzeiten). Dies ist mit ein Grund dafür, dass der Kanton Basel-Stadt aktuell die beiden Projekte finanziell mitunterstützt. Die Versicherer schätzen den frühen Einbezug durch die UPK und stehen den Angeboten sehr positiv gegenüber. Gleichzeitig hielten sie erwartungsgemäss fest, dass sie aktuell keine Leistungen finanzieren würden, welche nicht den OKP-Pflichtleistungen entsprechen (wie beispielsweise die Sozialberatungsaufgaben). Die Sitzungen sind im halbjährigen Turnus geplant und mussten auf Grund der COVID-19-Pandemie für die erste Jahreshälfte 2020 abgesagt werden. Zwischenzeitlich sind die Gespräche wieder in Planung.

c. Beirat

Der Beirat hat die Aufgabe, aus externer Sicht die Zusammenarbeit zwischen den beiden Modellprojekten und anderen Gesundheitsinstitutionen im Kanton Basel-Stadt zu fördern, Anliegen, Missverständnisse und Kritik frühzeitig aufzugreifen und zu besprechen sowie fachliche Rückmeldungen zu geben. Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Institutionen/Ämter:

- Spitex Basel-Stadt;
- Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Basel-Stadt (KESB);
- Sozialdienst der Kantonspolizei Basel-Stadt;
- Amt für Beistandschaften und Erwachsenenschutz Basel-Stadt (ABES);
- Amt für Sozialbeiträge, Bereich Behindertenhilfe;
- Stiftung Rheinleben;
- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung.

Pro Jahr finden zwischen drei bis vier Sitzungen des Beirates statt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden von den Teilnehmenden positive Rückmeldungen aus dem externen Umfeld erbracht. Die Frage nach eventuellen Überschneidungen bzw. Konkurrenzierungen konnte konstruktiv diskutiert werden. Es wurde explizit festgehalten, dass eine Kontaktaufnahme bei Fragen und Anliegen aller Art auch zwischen den Terminen des Beirats ausdrücklich erwünscht ist, damit keine Problemstellungen verzögert werden.

d. Aufbau und Etablierung von Strukturen und Arbeitsprozessen

Damit die beiden aufsuchenden Modellprojekte am 1. April 2019 starten konnten, begann die UPK im Dezember 2018 damit, das Team, die Infrastruktur und die Arbeitsprozesse aufzubauen. Die Vorbereitungen erfolgten entsprechend den Rahmenbedingungen des Vertrages zu den beiden Modellprojekten. Dies beinhaltete die Definition der Abteilungsstrukturen (Personalrekrutierung, Teamaufbau, erste Schulungen), der Arbeitsprozesse, der internen Abläufe sowie die Bereitstellung der Infrastruktur. Bei der Rekrutierung geeigneter Mitarbeitenden aus Medizin, Pflege, Soziale Arbeit und Sekretariat wurde auf eine möglichst grosse Vielfalt an Erfahrungen aus der aufsuchenden, der ambulanten wie auch der stationären Behandlung geachtet. Zudem wurde das Team von Beginn an aus Personen mit ausgeprägten Erfahrungen in Fach- und Managementarbeit zusammengesetzt, damit die spezifischen Anforderungen schnell umgesetzt werden konnten. Die Infrastruktur wie Räumlichkeiten, Arbeitsplätze und der Zugriff auf die erforderlichen Supportbereiche stand termingerecht Ende März 2019 zur Verfügung. Die Arbeitsprozesse und Abläufe wurden ausgearbeitet, standardisiert und in das klinikinterne Prozesstool eingespeist.

2.2.3 Rekrutierung von Patientinnen und Patienten

Die Patientenaufnahme in die beiden Modellprojekte erfolgt gemäss Vertragsbedingungen ausschliesslich von den Abteilungen der UPK. Mit Hilfe des bestehenden Klinikinformationssystems der UPK können Patientinnen und Patienten identifiziert werden, welche die Einschlusskriterien für die Modellprojekte erfüllen.

Die anstehende Patientenbehandlung bezieht sich zum einen auf die vertraglichen Inhalte der Modellprojekte, zum anderen auf die psychiatrische Behandlung in einem multiprofessionellen Team. Die Angebote in beiden Modellprojekten basieren auf Fachwissen im psychiatrischen Setting der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Soziale Arbeit. Mit allen Patientinnen und Patienten wird ein Indikationsgespräch durchgeführt, welches noch während der stationären Behandlung stattfindet. Bereits in diesem Rahmen erfolgt die Planung der Behandlung im Home Treatment mit dem Ziel der Kontinuität.

Bereits beim Start der beiden Modellprojekte konnten 15 Patientinnen und Patienten die Behandlung aufnehmen. Der Anteil der im HT-HU behandelten Patientinnen und Patienten nahm über die Jahre kontinuierlich zu und blieb seit Juni 2020 trotz COVID-19-Pandemie auf einem konstanten Niveau. Wie die Abbildung 3 zeigt, blieb im HT-ÜBE die Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten nach einem starken Anstieg in den ersten drei Monaten vergleichsweise konstant. So sind seit Februar 2020 in beiden Modellprojekten durchschnittlich vergleichbar viele Patientinnen und Patienten in Behandlung. Im Zeitraum vom 1. April 2019 bis zum 31. Dezember 2020 wurden in beiden Modellprojekten insgesamt 439 Patientinnen und Patienten aufgenommen.

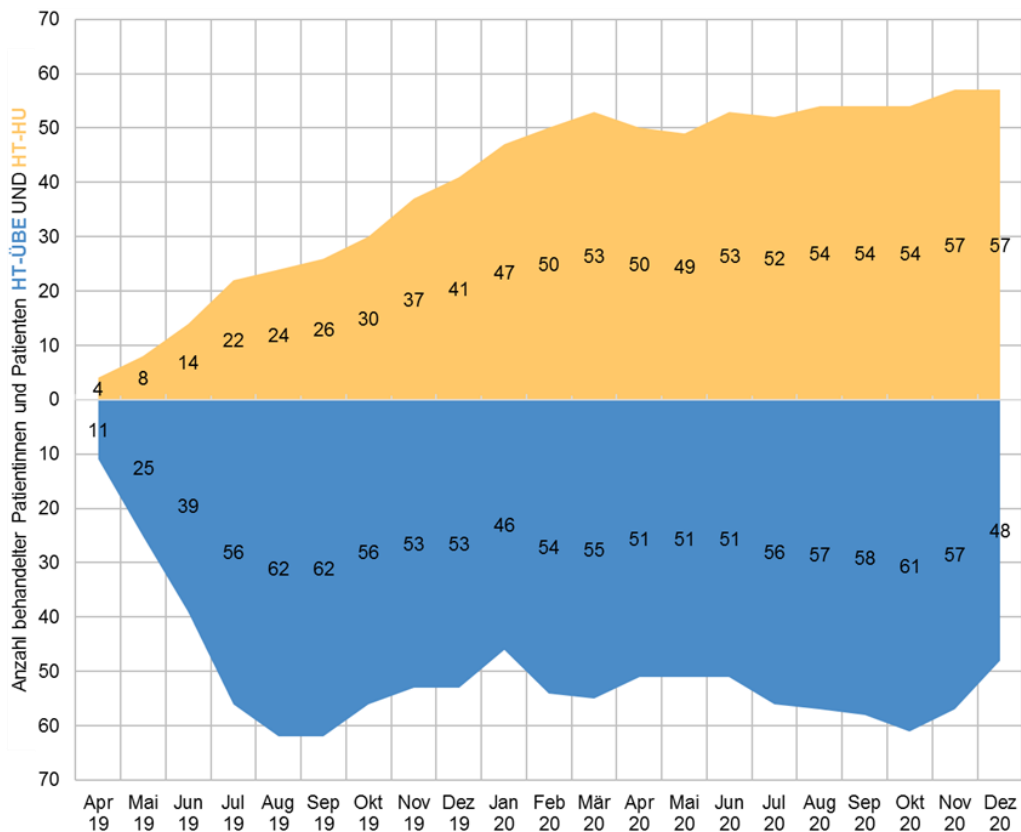


Abbildung 3: Anzahl Patientinnen und Patienten in beiden Modellprojekten nach Monaten

2.2.4 Behandlungen

a. Home Treatment bei High Utilizer

Im Zeitraum vom 1. April 2019 bis zum 31. Dezember 2020 (21 Monate) konnten insgesamt 103 Patientinnen und Patienten in das HT-HU aufgenommen werden (siehe Tabelle 1). Im Durchschnitt wurde bei fünf Patientinnen und Patienten pro Monat eine Behandlung initiiert. In den Monaten Juli und November 2019 wurden mit jeweils zehn Patientinnen und Patienten die meisten Neueintritte pro Monat generiert. Die durchschnittliche Dauer der 48 abgeschlossenen HT-HU Behandlungen betrug 131 Tage. Das Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn liegt bei 44 Jahren. Gut 62% der Teilnehmenden waren Frauen. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen gehören die affektiven Störungen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Sie nehmen gesamthaft einen Anteil von 65% ein.

Tabelle 1: Deskriptive Informationen zum Patientenklintel beider Modellprojekte

Patientenklintel	Home Treatment (HT) Behandlungsbeginne bis 31. Dezember 2020		
	HT-HU	HT-ÜBE	Total
	n = 103	n = 336	n = 439
Bis 31. Dez 2020 abgeschlossene Fälle (n)	48	305	353
Ø Behandlungstage abgeschlossene Fälle	130.9	72.0	80.0
Ø Alter (in Jahren)	44	55	52
<i>Geschlecht</i>			
Männlich	39 (38%)	133 (40%)	172 (39%)
Weiblich	64 (62%)	203 (60%)	267 (61%)
<i>Hauptdiagnose (ICD-10)</i>			
F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	1 (1%)	8 (2%)	9 (2%)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2 (2%)	34 (10%)	36 (8%)
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	29 (28%)	63 (19%)	92 (21%)
F3 Affektive Störungen	38 (37%)	150 (45%)	188 (43%)
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	10 (10%)	34 (10%)	44 (10%)

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	21 (20%)	43 (13%)	64 (15%)
Andere psychiatrische Diagnosen	2 (2%)	4 (1%)	6 (1%)

b. Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung

Im Zeitraum vom 1. April 2019 bis zum 31. Dezember 2020 (21 Monate) wurden bei der Übergangsbehandlung 336 Patientinnen und Patienten aufgenommen. Im Durchschnitt wurde pro Monat bei 16 Patientinnen und Patienten eine Behandlung initiiert. In den Monaten Dezember 2019 und Februar 2020 wurden mit jeweils 21 Patientinnen und Patienten die meisten Neueintritte generiert. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der 305 abgeschlossenen Fälle lag bei 72 Tagen. 60% der Teilnehmenden waren Frauen. Mit 55 Jahren ist das Durchschnittsalter wesentlich höher als beim HT-HU. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wiesen ein breiteres Spektrum an Störungsbildern auf im Vergleich zum HT-HU. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen gehören die affektiven Störungen.

2.2.5 Reduktion stationärer Aufenthalte

Eines der Modellprojektziele ist die Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte, Behandlungstage und der fürsorgerischen Unterbringungen (FU). Diese Analyse erfolgt auf Fallebene mit der Gruppe von Patientinnen und Patienten, welche die Einschlusskriterien für die Modellprojekte erfüllen, aber nicht teilnehmen wollten. Der Auswertungszeitraum erstreckt sich vom 1. April 2019 bis zum 31. Dezember 2020. Die Ergebnisse beziehen sich auf einen sechsmonatigen Beobachtungszeitraum, nachdem die Patientinnen und Patienten ins HT-HU bzw. HT-ÜBE aufgenommen wurden, respektive die Teilnahme ablehnten (Kontrollgruppe). Daher konnten ausschliesslich Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die zwischen dem 1. April 2019 und dem 30. Juni 2020 in das HT-HU bzw. HT-ÜBE eingeschlossen wurden bzw. einen Einschluss in diesem Zeitraum ablehnten. Die Tabellen 3 und 4 geben Auskunft darüber, in welchem Umfang die Reduktionen stattgefunden haben.

a. Home Treatment bei High Utilizer

Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-HU weisen 52% weniger stationäre Neuaufnahmen (durchschnittlich 0.83 vs. 1.74) auf. Zudem fanden 64% weniger stationäre Behandlungstage (durchschnittlich 13.64 vs. 37.58) und 95% weniger FUs (durchschnittlich 0.01 vs. 0.19) statt als in der Kontrollgruppe.

Tabelle 2 Reduktionen bei HT-HU

	HT-HU	Kontrollgruppe	Total
	n = 78	n = 151	n = 229
Anzahl stationäre Neuaufnahmen	0.83 (65)	1.74 (263)	1.43 (328)
Anzahl stationäre Behandlungstage	13.64 (1064)	37.58 (5674)	29.42 (6738)
Anzahl FUs	0.01 (1)	0.19 (29)	0.13 (30)

b. Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung

Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-ÜBE zeigen ähnlich viele stationäre Neuaufnahmen (durchschnittlich 0.44) und 42% weniger stationäre Behandlungstage (durchschnittlich 12.75 vs. 22.19) auf, weisen aber im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr FU (durchschnittlich 0.04 vs. 0.00)

auf. Dies lässt sich damit begründen, dass in der vergleichsweise kleinen Kontrollgruppe keine FU ausgesprochen wurden, was nicht repräsentativ für das Patientensample der UPK Basel ist.

Tabelle 3: Reduktionen nach stationärer Behandlung

	HT-ÜBE n = 226	Kontrollgruppe n = 31	Total n = 257
Anzahl stationäre Neuaufnahmen	0.44 (100)	0.48 (15)	0.45 (115)
Anzahl stationäre Behandlungstage	12.75 (2881)	22.19 (688)	13.89 (3569)
Anzahl FUs	0.04 (10)	0.00 (0)	0.04 (10)

2.2.6 Patienten- und Angehörigenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit in beiden Home Treatment Modellprojekten wird seit dem 11. Juni 2019 jeweils bei Austritt aus dem Setting auf Grundlage des schweizweit genutzten Münsterlinger Patientenfragebogens (MüPF) erfasst. Die Messung der Patientenzufriedenheit erfolgt mit Hilfe der Likert-Skalen 1–7. Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-HU und dem HT-ÜBE werden zudem verglichen mit der Patientenzufriedenheit aus den Abteilungen des Zentrums für Psychotische Erkrankungen der UPK (ZPE). Bis zum 31. Dezember 2020 hatten 74 Befragte beider Modellprojekte einen Fragenbogen ausgefüllt. Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-HU zeigen eine durchschnittliche Patientenzufriedenheit von 6.09, die durchschnittliche Zufriedenheit im HT-ÜBE beträgt 6.43. Insgesamt liegt die durchschnittliche Patientenzufriedenheit in beiden Modellprojekten bei 6.34, was gemäss der Likert-Skala mit einer maximalen Zufriedenheit von 7 als gut bis sehr gut zu werten ist (siehe Tabelle 4). Patientinnen und Patienten der beiden Modellprojekte zeigen ausserdem eine um 13% erhöhte Patientenzufriedenheit gegenüber der Vergleichsgruppe.

Tabelle 4: Patientenzufriedenheit bei beiden Modellprojekten

Gruppe	Patienten gesamt (n)	Rücklauf (n)	Gesamtzufriedenheit (Mittelwert)
HT-HU	48	11	6.09
HT-ÜBE	305	49	6.43
Keine Angabe		14	6.23
Abteilungen ZPE	676	74	5.52

Es folgen Beispiele von Antworten der Patientinnen und Patienten auf die offene Frage vom MüPF «An der Übergangsbehandlung oder an der längerfristigen Behandlung fand ich besonders positiv»:

- «Da ich wusste, dass ich zu Hause begleitet werde, bin ich viel früher aus der Klinik ausgetreten. Die Begleitung durch das Home Treatment hat mir Sicherheit vermittelt»
- «Ich hatte sehr Angst nach dem Aufenthalt in der UPK nach Hause zu gehen und durch das Home Treatment war der Übergang für mich viel angenehmer»

- «Dass man nach der UPK nicht einfach auf die Strasse gestellt wird, wenn man nicht in der Lage ist, diverse Entscheidungen zu treffen»
- «Zuhause in vertrautem Umfeld und die Möglichkeit gestützt wieder im Alltag Fuss zu fassen»

Um die Angehörigenzufriedenheit und die Zufriedenheit der externen ambulanten Behandler zu erheben, wurde ein leicht adaptierter anonymisierter MüPF an Angehörige und externe Behandler versandt, sofern das Einverständnis seitens der Patienten vorlag. Bis zum 31. Dezember 2020 ist der Rücklauf der Befragung vergleichsweise gering. Die Angehörigen berichten hierbei eine durchschnittliche Gesamtzufriedenheit von 5.67 (n=8) und die externen Behandler von 6.86 (n=8), was gemäss Likert-Skala mit einer maximalen Zufriedenheit von 7 als gut bis sehr gut zu bewerten ist. Um zukünftig aussagekräftigere Resultate zur Angehörigenzufriedenheit zu erhalten, sollen künftig Angehörige zu ihren Erfahrungen mit dem Home Treatment der UPK persönlich befragt werden.

2.3 Finanzierung

2.3.1 Leistungen des Kantons

Der Kanton gewährt der Trägerschaft für beide Modellprojekte und die gesamte Laufzeit des Vertrags eine Finanzierungshilfe in der Gesamthöhe von 4'171'120 Franken. Die Finanzhilfe für den Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2021 verteilt sich über die beiden Modellprojekte wie folgt:

Tabelle 5: Übersicht der jährlichen Finanzierung

Modellprojekt	Finanzhilfe 2019–2021
High Utilizer	
2019	558'981
2020	558'981
2021	558'981
Gesamtbetrag	Fr. 1'676'943
Übergangsbehandlung	
2019	675'729
2020	909'224
2021	909'224
Gesamtbetrag	Fr. 2'494'177
Total über beide Projekte	Fr. 4'171'120

Die wesentliche Finanzierungsquelle der beiden Modellprojekte ergibt sich aus den Beiträgen des Kantons Basel-Stadt.

2.3.2 Finanzkennzahlen

Gemäss Vertrag erstellen die UPK das Controlling für die beiden aufsuchenden Modellprojekte basierend auf der Vollkostenrechnung. Der Betrachtungszeitraum reicht von April 2019 bis Dezember 2020 und umfasst 21 Monate. Die vor der Inbetriebnahme des Home Treatments angefallenen Kosten (Sachaufwand) werden zusätzlich separat ausgewiesen.

a. Überblick

Die beiden Home Treatment Modellprojekte weisen für den Berichtszeitraum einen Ertragsüberschuss in der Höhe von 481'532 Franken aus. Für das Modellprojekt HT-HU beträgt der Überschuss 269'659 Franken, für das Modellprojekt HT-ÜBE 211'873 Franken.

Der Ertragsüberschuss kann zurückgeführt werden auf tiefere Sach-, Infrastruktur- und Personalkosten, als im Budget 2019–2020 vorgesehen.

Dabei ist zu beachten, dass dieser Ausweis den Jahreswechsel und damit die Abgrenzung der Erfolgsrechnung überschreitet.

Tabelle 6: Überblick der Finanzkennzahlen beider Modellprojekte

Finanzierung Home Treatment (HT)		Ist 2019–2020	Budget 2019–2020	Abweichung
Ergebnis		-481'532	0	-481'532
Ertrag		-3'248'497	-3'808'683	560'186
	Kanton BS	-2'335'864	-2'335'864	0
	Versicherer (inkl. TARMED)	-912'633	-1'472'819	560'186
Aufwand		2'766'965	3'808'683	-1'041'718
	Personalaufwand	1'967'736	2'380'426	-412'690
	Sach- & Infrastrukturkosten	799'229	1'428'256	-629'027
	Sachaufwand vor Inbetriebnahme*	63'948		
Finanzierung HT «High Utilizer»		Ist 2019–2020	Budget 2019–2020	Abweichung
Ergebnis		-269'659	0	-269'659
Ertrag		-1'386'327	-1'571'850	185'523
	Kanton BS	-978'217	-978'217	0
	Versicherer (inkl. TARMED)	-408'110	-593'633	185'523
Aufwand		1'116'668	1'571'850	-455'182
	Personalaufwand	800'944	982'406	-181'462
	Sach- & Infrastrukturkosten	315'724	589'444	-273'720
	Sachaufwand vor Inbetriebnahme*	29'862		
Finanzierung HT «Übergangsbehandlung»		Ist 2019–2020	Budget 2019–2020	Abweichung
Ergebnis		-211'873	0	-211'873
Ertrag		-1'862'170	-2'236'833	374'663
	Kanton BS	-1'357'647	-1'357'647	0
	Versicherer (inkl. TARMED)	-504'523	-879'186	374'663
Aufwand		1'650'297	2'236'833	-586'536
	Personalaufwand	1'166'792	1'398'020	-231'228
	Sach- & Infrastrukturkosten	483'505	838'812	-355'307
	Sachaufwand vor Inbetriebnahme*	34'086		

*Anschaffung vor 04/2019

Bei beiden Modellprojekten lag die Anzahl eingeschlossener Patientinnen und Patienten zu Beginn des Angebots aufgrund der Anlaufphase des neu implementierten Projekts und den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie unter den Erwartungen. In Folge wurde entsprechend die Besetzung der Stellen der Nachfrage für ambulante Leistungen angepasst, und damit eine sorgfältige und anspruchsvolle Austarierung zwischen Patientenbedürfnis und Leistungsangebot der Modellprojekte vorgenommen. Dem nicht ausgeschöpften Budget beim Personalaufwand stehen entsprechend auch Mindererträge bei den TARMED-Leistungen gegenüber.

In Folge der verzögerten Stellenbesetzungen sanken alle anderen Kosten. Die Kombination dieser Effekte führte zum ausgewiesenen Ertragsüberschuss.

Im Projektverlauf kann hingegen festgestellt werden, dass die Nachfrage für beide Behandlungskonzepte insgesamt deutlich zugenommen hat. Es konnten deutlich mehr Patienten in die beiden Programme aufgenommen werden.

b. Aufwand

Der Personal- und Sachaufwand sowie die Infrastrukturkosten der beiden HT-Angebote für den Zeitraum April 2019 bis Dezember 2020 beträgt 2'766'965 Franken und liegt 1'041'718 Franken unter dem budgetierten Aufwand.

Der Personalaufwand liegt 412'690 Franken unter Budget, was durch das sorgfältige Austarieren zwischen Personaleinstellung und Patientennachfrage der beiden Angebote erklärt werden kann; die Anstellung des Pflegefachpersonals ab April 2019 erfolgte gestaffelt. Die verzögerten Stellenbesetzungen wirken sich insbesondere bei den Kosten der Infrastruktur, aber auch beim Sachaufwand aus, welche dadurch ebenfalls deutlich tiefer ausfielen als geplant. Deren Abweichung zum Budget beträgt 629'027 Franken.

Zu den Sach- und Infrastrukturkosten zählen Raumkosten, die Inanspruchnahme von Verwaltungs- und IT-Dienstleistungen, medizinischer Bedarf, Reinigung, Büromaterial und Fachliteratur, welche vom Home Treatment bezogen oder in Auftrag gegeben wurden. Die Zuordnung der Verwaltungs- und IT-Kosten erfolgte nach dem zertifizierten Branchenstandard REKOLE. Der aufgeführte Sachaufwand vor Inbetriebnahme des HT im April 2019 umfasst Ausgaben für Neuanschaffungen wie die Beschaffung von E-Bikes und der Ausstattung der Arbeitsplätze mit Informatik, welche vor der Inbetriebnahme der beiden Projekte im ersten Quartal 2019 erfolgten, aber ausschliesslich für den Betrieb der beiden HT-Angebote ab April 2019 eingesetzt wurden.

Betrachtet nach den beiden Angeboten beträgt die Aufwand-Abweichung zum Budget im HT-HU 455'182 Franken und im HT-ÜBE 586'536 Franken. Die unterschiedliche Ausprägung der Budgetabweichung kann auf die ungleiche Auslastung bzw. auf die ungleiche Entwicklung der Nachfrage der beiden Angebote zurückgeführt werden; das HT-HU wies von Beginn weg eine deutlich höhere Nachfragekurve auf, während das HT-ÜBE eine längere Anlaufzeit notwendig war. Entsprechend wurden Neuanstellungen im HT-HU zügiger vorgenommen als im HT-ÜBE.

c. Ertrag

Neben den Kantonsbeiträgen finanziert sich das HT über ambulant erbrachte Leistungen, welche nach dem Tarif TARMED den Versicherern verrechnet werden können. Die beiden Modellprojekte verzeichnen für den Zeitraum April 2019 bis Dezember 2020 für diese Leistungserbringung Einnahmen von Versicherern im Umfang von 912'633 Franken. Hiervon entfielen 408'110 Franken auf das HT-HU und 504'523 Franken auf das HT-ÜBE.

Im Budget vorgesehen waren Einnahmen von insgesamt 1'472'819 Franken. Somit blieben die Einnahmen des HT im beobachteten Zeitraum 560'186 Franken (HT-HU 185'523 Franken, HT-ÜBE 374'663 Franken) unter Budget. Diese Abweichung ist einerseits darauf zurückzuführen, dass das Stellenbudget durch die gestaffelten Anstellungen nicht vollständig ausgeschöpft wurde. Das hatte zur Folge, dass weniger Mitarbeitende im Einsatz waren, um TARMED-Leistungen zu erbringen. Andererseits verlief die Aufnahme von Patientinnen und Patienten, insbesondere im HT-ÜBE, anfänglich etwas verhaltener als prognostiziert, was die Abweichung der TARMED-Einnahmen ebenfalls beeinflusste.

2.3.3 Reduktion der stationären Pflegetage aus finanzieller Perspektive

Mit der Einführung der Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie (TARPSY) hat sich die stationäre Tariflandschaft der Psychiatrie verändert. Aus Gründen der Vergleichbarkeit sind die in der Tabelle

7 aufgeführten Zahlen mit denselben Tarifen wie bei Antragstellung bearbeitet worden. Dies bietet sich an, da sich sowohl Pflagestage als auch Fallschweregrad während der Einführungsphase von TARPSY jährlich änderten, was die Aussagekräftigkeit eines Vergleichs beeinträchtigt. Die Daten wurden auf der Basis von Tagespauschalen errechnet und entsprechen der tariflichen Situation bei Antragstellung. Daraus werden dann die Kosten der stationären Aufenthalte für den Kanton Basel-Stadt wie für die Versicherer abgeleitet.

Aufgrund der notwendigen Dauer des Beobachtungszeitraums von 6 Monaten können ausschliesslich Patientinnen und Patienten in diese Auswertung aufgenommen werden, deren Aufnahme, bzw. Ablehnung der Aufnahme in das Home Treatment mehr als 6 Monate zurückliegt. Aus diesem Grund verkürzt sich der Beobachtungszeitraum entsprechend auf 15 Monate. Der Break Even wurde zu Vergleichszwecken auf diesen Zeitraum heruntergebrochen, während das 3-jährige Projektziel die gesamte Projektlaufzeit darstellt.

Tabelle 7: Übersicht Reduktion der stationären Pflagestage aus finanzieller Perspektive

HT «High Utilizer»	Projektziel 3 Jahre	04/2019–06/2020	Δ am 06/2020
Kantonsbeitrag	1'676'943	698'726	43'570¹
Zieleinsparungen	1'690'794	704'498	
IST Einsparungen		742'296	37'798 ²
Fr. AT*Tarif		-1'325'528	
Tarif Tagessatz (Fr.)*		710	
Aufenthaltsstage (AT)		-1'867	
Anzahl Eintritte		78	
Ø Pflagestage/Patient		-23.94	
HT Übergangsbehandlung	Projektziel 3 Jahre	04/2019–06/2020	Δ am 06/2020
Kantonsbeitrag	2'494'177	903'035	-54'262¹
Zieleinsparungen	4'492'085	1'572'230	
IST Einsparungen		848'773	-723'457 ²
Fr. AT*Tarif		-1'515'667	
Tarif Tagessatz (Fr.)*		710	
Aufenthaltsstage (AT)		-2'135	
Anzahl Eintritte		226	
Ø Pflagestage/Patient		-9.45	
HT-Total	Projektziel 3 Jahre	04/2019–06/2020	Δ am 06/2020
Kantonsbeitrag	4'171'120	1'601'761	-10'692¹
Zieleinsparungen	6'182'879	2'276'728	
IST Einsparungen		1'591'069	-685'659²

*Tarif: Kantonsanteil 56%

¹Ist-Einsparung – Kantonsbeitrag

²Ist-Einsparung – Zieleinsparung

a. Home Treatment bei High Utilizer

Für das HT-HU liegt die Projekt-Zielsetzung bei einer Reduktion der stationären Pflagestage um 30%. Bezogen auf den auswertbaren Zeitraum von 15 Monaten (April 2019 bis Juni 2020) mit 78 HT-HU Fällen wurden gesamthaft 1'867 Pflagestage (Ø Differenz 23.94 PT/Fall) weniger in Anspruch genommen. Unter der Annahme, dass alle Fälle (sowohl HT-HU wie Kontrollgruppe) sich gemäss der Kontrollgruppe verhalten hätten (also keine Inanspruchnahme HT-HU) hätte dies zu 8'605 stationären Pflagetagen geführt (229 Fälle mit Ø 37.58 PT/Fall). Somit wurde während der

15-monatigen Beobachtungsperiode eine Reduktion von 21.7% stationären Pflage tage erzielt, was unter der Zielsetzung von 30% liegt.

Monetär entspricht dies einer Bruttokosteneinsparung für stationäre Leistungen von 1.325 Mio. Franken insgesamt, bzw. 742'000 Franken an Kantonsbeiträgen. Die anteilmässige Nettoeinsparung im HT-HU für den Kanton Basel-Stadt beträgt 43'570 Franken (bei Kantonsbeiträgen von 698'726 Franken für das HT-HU).

Obschon die definierte Zielvereinbarung in Prozenten der Pflage tage knapp verfehlt wurde, konnte die monetäre Zielsetzung erreicht werden. Der Grund dafür liegt in der Patientenzahl; es konnten mehr Patienten als vorgesehen behandelt werden.

b. Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung

Für das HT-ÜBE liegt die Projekt-Zielsetzung bei einer Reduktion der stationären Pflage tage von 40% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HT-ÜBE, welche die Einschlusskriterien für das HT-ÜBE auch erfüllen, aber nicht teilnehmen möchten). Bezogen auf den auswertbaren Zeitraum von 15 Monaten (April 2019 bis Juni 2020) mit 226 HT-ÜBE Fällen wurden gesamthaft 2'135 Pflage tage (Ø Differenz 9.45 PT/Fall) weniger in Anspruch genommen. Unter der Annahme, dass alle Fälle HT-ÜBE und Kontrollgruppe sich gemäss Kontrollgruppe verhalten hätten (also keine Inanspruchnahme HT-ÜBE) hätte dies zu 5'704 stationären Pflage tagen geführt (257 Fälle mit Ø 22.19 PT/Fall). Somit wurde während der 15-monatigen Beobachtungsperiode eine Reduktion von 37.4% stationären Pflage tage erzielt, was unter der der Zielsetzung von 40% liegt.

Monetär entspricht dies einer Bruttokosteneinsparung für stationäre Leistungen von 1.516 Mio. Franken gesamthaft oder 848'773 Franken Kantonsbeiträge. Der Kanton Basel-Stadt hat für das HT-ÜBE für diese 15 Monate 903'035 Franken Beiträgen geleistet; was Nettomehrkosten von 54'262 Franken entspricht.

Im HT ÜBE wurde sowohl die vereinbarte Zielsetzung an prozentualer Pflage tageeinsparung wie auch knapp die monetäre Zielsetzung verpasst. Dies liegt daran, dass weniger Patienten als vorgesehen behandelt werden konnten.

2.4 COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie stellt die beiden Home Treatment Angebote vor grosse Herausforderungen. Die Hausbesuche müssen unter Einhaltung strikter Hygiene- und Sicherheitsmassnahmen stattfinden, insbesondere die Personengruppe der High Utilizer mit ihren vielen somatischen Begleiterkrankungen gehört überdurchschnittlich häufig zur Risikogruppe. Die UPK stellen fest, dass auch während der COVID-19-Pandemie das Angebot von den Patientinnen und Patienten ausserordentlich geschätzt wird, da ihnen zurzeit sehr viele andere Tagesstrukturen im geschützten Rahmen nicht zur Verfügung stehen und das Home Treatment Team für sie ein wichtiger Bezugspunkt ist.

Das GD wollte in Erfahrung bringen, wie die Mitglieder des Home Treatment-Beirats (siehe Kapitel 2.2.2, Bst. c) die Zusammenarbeit während der COVID-19-Pandemie mit den UPK erlebt haben. Die Rückmeldungen waren durchwegs sehr positiv und bestätigten die Eindrücke der UPK, die sie während der Pandemie sammelten. Nachfolgend einige Zitate aus diesen Rückmeldungen:

Amt für Beistandschaften und Erwachsenenschutz (ABES)

«Grundsätzlich haben wir sehr gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Home Treatment gemacht und erachten das Angebot als sehr sinnvoll. Gut und verlässlich auch während Corona-Krise. Notwendige Stellvertretungen wurden gewährleistet, schnelle Erreichbarkeit. Der Kontakt zu den KlientInnen war stets gewährleistet, und es wurden bei Bedarf Anschluss- oder Zusatzlösungen organisiert und angeboten. Es gab keine Einschränkungen in der Zusammenarbeit».

Kantonspolizei Basel-Stadt

«Unser Dienst hatte einen Kontakt mit dem Home Treatment während der Covid-19 Zeit. Dieser verlief, gemäss meinem Mitarbeiter, absolut reibungslos und zur vollsten Zufriedenheit».





In Basel ansässige Psychiater


«Ich kann vom Home Treatment während des Lockdowns nur Gutes berichten. Anstatt Aufsuche der immunsupprimierten Patientin mit schwerer BPS-Pathologie zuhause gemeinsame Spaziergänge getätigt und regelmässige Telefonate angeboten».

«Ich habe die Zusammenarbeit mit dem Home Treatment der UPK während der Corona-Krise als sehr gut erlebt».



2.5 Übersicht aktueller Stand zur Erreichung der Modellprojektziele





2.5.1 Projektziele Home Treatment bei High Utilizer

#	Modellprojektziel	Stand	Zielerreichung
1	<i>Schaffung eines patientenorientierten, integrierten und kosteneffizienten Behandlungsangebots für Patientinnen und Patienten mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen.</i>	Das Modellprojektziel ist umgesetzt. Das Behandlungsangebot wird kontinuierlich auf Fach-, Struktur- und Prozessebene evaluiert und weiterentwickelt.	
2	<i>Verbesserung in der Bewältigung des Alltags, Verbesserung der psychosozialen Funktionen, hohe subjektiv empfundene Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten sowie der Aufbau einer konstanten Beziehung zu den Betreuungspersonen.</i>	Das Modellprojektziel kann als erfüllt angesehen werden. Die bisherigen Erfahrungswerte zeigen eine gute und stabile Beziehung zu den Betreuungspersonen, eine Verbesserung in der Bewältigung von Alltagstätigkeiten, eine gesteigerte Lebensqualität und eine Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus der Patientinnen und Patienten auf.	
3	<i>Steigerung der Patientenzufriedenheit um 10% verglichen mit den Abteilungen des «Zentrums für Psychotische Erkrankungen» an den UPK.</i>	Dieses Ziel ist erfüllt. Die Patientinnen und Patienten zeigen eine um rund 13% höhere Patientenzufriedenheit gegenüber der Vergleichsgruppe auf. Die Patientenzufriedenheit wird weiterhin gemessen und kontinuierlich evaluiert, um auf Patientenebene das bestmögliche Behandlungsangebot anbieten zu können.	
4	<i>Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte um mindestens 30% und deren kumulierte Aufenthaltsdauer von rund 20% sowie die Reduktion der Fürsorgerischen Unterbringungen (FUs) von 20% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HUs, welche die Einschlusskriterien für das HT-HU</i>	Das Modellprojektziel ist erfüllt. Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-HU wiesen im 6-monatigen Beobachtungszeitraum im Vergleich zu Patientinnen und Patienten aus der Kontrollgruppe der Ablehnenden 52% weniger	

	<i>auch erfüllen, aber nicht teilnehmen möchten).</i>	stationäre Neuaufnahmen, 64% weniger stationäre Behandlungstage und 95% weniger FUs auf.	
5	<i>Monetäre Einsparungen für die Kostenträger durch die Reduktion der stationären Pfl egetage um 30% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HUs, welche die Einschlusskriterien für das HT-HU auch erfüllen, aber nicht teilnehmen möchten).</i>	Bezogen auf den auswertbaren Zeitraum von 15 Monaten (April 2019 bis Juni 2020) wurden gesamthaft 1'867 Pfl egetage weniger in Anspruch genommen. Unter der Annahme, dass alle Fälle (sowohl HT-HU wie Kontrollgruppe) sich gemäss der Kontrollgruppe verhalten hätten (also keine Inanspruchnahme HT-HU) hätte dies zu 8'605 stationären Pfl egetagen geführt. Somit wurde während der 15-monatigen Beobachtungsperiode eine Reduktion von 21.7% stationären Pfl egetage erzielt, was unter der Zielsetzung von 30% liegt.	

2.5.2 Projektziele Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung

#	Modellprojektziel	Stand	Zielerreichung
1	<i>Entlastung der Angehörigen und Verbesserung der Angehörigenzufriedenheit durch Koordination des Überganges durch eine zuständige Fachperson sowie Beratung/Weitervermittlung bei Fragen während des Übergangs vom stationären Rahmen ins ambulante Setting.</i>	Bei Einwilligung der Patientinnen und Patienten werden die Angehörigen ebenfalls in die Evaluation der beiden Modellprojekte miteinbezogen und erhalten einen leicht adaptierten, anonymisierten MüPF-Fragebogen zur Messung der Angehörigenzufriedenheit. Gegenwärtig ist der Rücklauf der Befragung vergleichsweise gering. Die Angehörigen berichten hierbei eine Gesamtzufriedenheit von durchschnittlich 5.67 (n=8), was gemäss Likert-Skala mit einer maximalen Zufriedenheit von 7 als gut zu bewerten ist. Aufgrund der nur beschränkt aussagekräftigen Information (zu kleine Stichprobe) kann das Projektziel als teilweise erfüllt beurteilt werden. Um zukünftig aussagefähigere Resultate zu erhalten, werden die Angehörigen persönlich befragt.	
2	<i>Entwicklung von standardisierten Übergangprozessen von stationär zu ambulant.</i>	Dieses Ziel konnte erreicht werden. Die internen Prozesse und Abläufe wurden vereinfacht und standardisiert. Diese sind klinikintern hinterlegt und für die im Home Treatment involvierten Personen jederzeit abrufbar.	

3	<i>Sicherstellung der Versorgungskontinuität vom stationären in das ambulante Setting.</i>	Die Zielsetzung ist erfüllt. Die beschriebenen Prozesse werden in der Praxis umgesetzt. So wird z. B. nach erfolgter Anmeldung beim HT-ÜBE mit allen Patientinnen und Patienten ein Indikationsgespräch durchgeführt, welches noch während der stationären Behandlung stattfindet. Bereits in diesem Rahmen erfolgt die Planung der HT-ÜBE Behandlung mit dem Ziel, die erforderliche Versorgungskontinuität in das ambulante Setting sicherzustellen.	
4	<i>Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte um mindestens 30% und deren kumulierte Aufenthaltsdauer von rund 20% sowie Reduktion von FUs von 20% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HU's, welche die Einschlusskriterien für das HT-ÜBE auch erfüllen, aber nicht teilnehmen möchten).</i>	Das Modellprojektziel konnte zum Grossteil erfüllt werden. Die Patientinnen und Patienten aus dem HT-ÜBE wiesen im 6-monatigen Beobachtungszeitraum im Vergleich zu denen aus der Vergleichsgruppe 8% weniger stationärer Neuaufnahmen und 42% weniger stationäre Behandlungstage auf. Im HT-ÜBE und in der Kontrollgruppe traten pro Patientin/Patient im Beobachtungszeitraum so gut wie keine FUs auf (Ø 0.04 vs. 0.00). Die evaluierten Fallzahlen weisen auf Grund der kleinen Vergleichsgruppe einen vorläufigen Charakter auf, weshalb noch kein definitiver Rückschluss auf die nur leicht tiefere Anzahl stationärer Neuaufnahmen getroffen werden kann.	
5	<i>Monetäre Einsparungen für die Kostenträger durch die Reduktion der stationären Pflage tage um 40% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von Patientinnen/Patienten, welche das Angebot abgelehnt haben).</i>	Bezogen auf den auswertbaren Zeitraum von 15 Monaten (April 2019 bis Juni 2020) mit 226 HT-ÜBE Fällen wurden gesamthaft 2'135 Pflage tage (Ø Differenz 9.45 PT/Fall) weniger in Anspruch genommen. Unter der Annahme, dass alle Fälle HT-ÜBE und Kontrollgruppe sich gemäss Kontrollgruppe verhalten hätten (also keine Inanspruchnahme HT-ÜBE), hätte dies zu 5'704 stationären Pflage tagen geführt (257 Fälle mit Ø 22.19 PT/Fall). Somit wurde während der 15-monatigen Beobachtungsperiode eine Reduktion von 37.4% stationären Pflage tage erzielt, was unter der Zielsetzung von 40% liegt.	
6	<i>Entwicklung und Anwendung einer qualitativen Befragung zur Zufrie-</i>	Die Daten zur Angehörigenzufriedenheit werden seit dem 11. Juni 2019 mit einer leicht adaptierten anonymisierten MüPF erhoben. Die Angehörigen berichten hierbei eine durchschnittliche	

<p><i>denheit und Entlastung der Angehörigen von Patientinnen und Patienten.</i></p>	<p>Gesamtzufriedenheit von 5.67 (n=8) und die externen Behandler von 6.86 (n=8), was gemäss Likert-Skala mit einer maximalen Zufriedenheit von 7 als gut bis sehr gut zu bewerten ist. Das Projektziel wird dennoch als nur teilweise erreicht eingestuft, da die Quote der Rückmeldung noch gering ausfällt. In Zukunft werden die Angehörigen und Behandler zu ihren Erfahrungen mit dem Home Treatment der UPK persönlich befragt.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2.6 Weiterführung der beiden Modellprojekte

Wie die Ausführungen zeigen, entsprechen die beiden Modellprojekte einem wirklichen Bedarf in der integrierten psychiatrischen Versorgung des Kantons Basel-Stadt. Sie schliessen eine wesentliche Lücke in der Auslegeordnung einer passgenauen und individualisierten Behandlung psychisch kranker Menschen. Beide Angebote sind zudem im Kanton ein geschätztes und respektiertes Element der modernen psychiatrischen Versorgung. Es kann aufgezeigt werden, dass sich die Zusammenarbeit mit involvierten vor- und nachsorgenden Fachpersonen und Institutionen etabliert hat. Die qualitativen Bewertungen dieser wertvollen Angebote geben durchwegs eine hohe Anerkennung des Nutzens für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige. Hunderte von psychisch kranken Menschen haben die beiden Angebote bereits in Anspruch genommen und konnten in ihren Bewältigungsstrategien dauerhaft unterstützt werden. Die Gespräche mit den externen Fachpersonen des Kantons im Beirat ergaben eine grosse Zufriedenheit mit der Vernetzung sowie der Fachkompetenz der beiden Modellprojektteams und der Verbindlichkeit im Austausch. Die Modellvertragsziele werden im Berichtszeitraum zum Grossteil erfüllt, wie u. a. die Senkung der stationären Pflagetage durch die Behandlungsangebote. Auf der finanziellen Seite zeigt sich immer noch die Herausforderung der Erreichung von verrechenbaren Leistungen. Hier sind beide Modellprojekte noch nicht auf dem Zielwert. Es darf erwartet werden, dass mit zunehmender Beobachtungszeit die gesetzten Ziele erreicht werden.

Aufgrund der positiven Erkenntnisse aus der ersten Pilotphase sollen die beiden Home Treatment Modellprojekte für weitere drei Jahre fortgeführt werden. Unter der Voraussetzung, dass sich die Ergebnisse in der zweiten Pilotphase bestätigen und insbesondere auch die vereinbarten Zieleinsparungen erfüllt werden können, sollen die neuen Behandlungsformen im Anschluss daran in eine Regelversorgung überführt werden.

2.6.1 Finanzierung und Budget

Die Gesamtkosten für die Fortführung der beiden dreijährigen Modellprojekte HT-ÜBE und HT-HU belaufen sich auf insgesamt 4'404'616 Franken. Die wesentliche Finanzierungsquelle der beiden Modellprojekte erfolgt über Beiträge des Kantons Basel-Stadt. Die Finanzhilfe für den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2024 verteilt sich über die beiden Modellprojekte wie folgt:

Tabelle 8: Übersicht der jährlichen Finanzierung für die Jahre 2019–2024

Modellprojekt	Finanzhilfe 2019–2021	Finanzhilfe 2022–2024
High Utilizer (HT-HU)	558'981	648'308

	558'981	648'308
	558'981	648'308
Gesamtbetrag	Fr. 1'676'943	Fr. 1'944'925
Übergangsbehandlung (HT-ÜBE)		
	675'729	819'897
	909'224	819'897
	909'224	819'897
Gesamtbetrag	Fr. 2'494'177	Fr. 2'459'690
Total über beide Projekte	Fr. 4'171'120	Fr. 4'404'616

Die Modellprojekte werden beinahe im gleichen finanziellen Umfang weitergeführt. Lediglich bei der Behandlung der «High Utilizer» bedarf es einer leichten finanziellen Anpassung. Dies ist der Anstellung des Pflegefachpersonals ab April 2019 geschuldet, da diese gestaffelt erfolgte. Mit der Finanzhilfe werden zum Grossteil der Personal- und Sachaufwand sowie die Sach- und Infrastrukturkosten für die beiden Modellprojekte finanziert. Insgesamt erhöht sich die Finanzierung für die dreijährige Periode von 2022–2024 um rund 230'000 Franken gegenüber der ersten Phase. Die weitgehend gleichbleibende Finanzierung trägt dazu bei, dass Modellprojektvorgaben und Zielwerte zu gleichen Bedingungen weitergeführt werden können. So bleiben auch die begleitenden wissenschaftlichen Evaluationen von einer stabilen Aussagekraft.

Für die Finanzierung der beiden Modellprojekte hat der Regierungsrat einen Finanzierungsbetrag in der Höhe von 1.468 Mio. Franken im Budget 2022 eingestellt.

2.6.2 Modellprojektanpassungen

Mit der Weiterführung der beiden Modellprojekte ab 2022 werden bei dem Modellprojekt HT-HU zwei Anpassungen im Bereich der Einschlusskriterien vorgenommen, welche auch der Beirat befürwortet.

Tabelle 9: Modellprojektanpassungen HT-HU bei den Einschlusskriterien

Modellprojekt Einschlusskriterien	Laufzeit 2019–2021	Laufzeit 2022–2024
High Utilizer (HT-HU)		
Alter	18–63 Jahre	ab 18 Jahre
Störungsbild primäre Suchtdiagnose	Keine Aufnahme	Aufnahme erwünscht

Im Verlauf des Modellprojektes HT-HU zeigt sich eine hohe patientenseitige Nachfrage der Altersgruppe ≥ 64 Jahre sowie von Seiten der Suchtpatientinnen und -patienten. Um diesen Verlauf Rechnung zu tragen, werden die Alterslimite und die Zulassungsbeschränkungen von primären Suchterkrankungen aufgehoben.

2.6.3 Modellprojektziele

Die vertraglich vereinbarten Modellprojektziele haben sich bewährt und werden fortgeführt. Durch die Fortführung wird gewährleistet, dass die bereits erbrachten Zielwerte auf eine solide Grundlage gebracht werden und die finanziellen Modellprojektziele erfüllt werden können. Zudem bleiben auch die begleitenden wissenschaftlichen Evaluationen von einer stabilen Aussagekraft.

3. Projekt Testbetrieb Übergangspflege im Adullam Pflegezentrum Basel

3.1 Ausgangslage

Pflegeheimaufenthalte sind mit rund 80% der Kosten der mit Abstand grösste Kostentreiber in der Alterspflege im Kanton Basel-Stadt. Das GD verfolgt deshalb seit Langem das Prinzip, dass betagte Menschen nur dann in Pflegeheimen wohnen sollen, wenn es der Gesundheitszustand erfordert. Betagte Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause wohnen können und durch ambulante Pflege und Massnahmen unterstützt werden (Prinzip «ambulant vor stationär»). Dies ist fast immer im Sinne der betroffenen Menschen und spart zugleich Kosten ein.

Das GD monitorisiert die Entwicklungen in den Pflegeheimen und bei der betagten Bevölkerung laufend. Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung (Fallpauschalen / DRG-System) in der Schweiz im Jahr 2012 sind die Verweildauern in den Akutspitälern, und besonders ausgeprägt in der Akutgeriatrie, gesunken. Im Versorgungsbereich Rehabilitation ist zudem eine restriktivere Handhabung der Krankenversicherer in Bezug auf die Bewilligung und Verlängerung von Kostensprachen für betagte Menschen zu verzeichnen. Das bedeutet, dass geriatrische Patientinnen und Patienten heute am Ende des Spitalaufenthaltes vielfach in weniger «stabilem» Zustand entlassen werden oder in ein Pflegeheim eintreten, obwohl sie mit zwei bis sechs Wochen zusätzlicher postakuter Pflege noch das Potenzial hätten, mit oder ohne ambulante Betreuung weiter zu Hause zu leben.

3.2 Zweck und geplanter Ablauf des Projekts

Für die genannte postakute Pflege besteht im Kanton Basel-Stadt zurzeit eine Versorgungslücke, primär verursacht durch die Finanzierungsvorgaben des KVG. Die dort vorgesehene Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG ist wegen ihrer kurzen Maximaldauer von 14 Tagen und einem für die Leistungsbezüger unattraktiven Finanzierungssystem in den meisten Fällen für betagte Menschen ungeeignet und wird schweizweit kaum angewendet.

In der Praxis führt dies heutzutage dazu, dass Personen fix in ein Pflegeheim eintreten, welche durch einen gezielten, temporären Pflegeheimaufenthalt genügend genesen könnten, um anschliessend wieder zu Hause zu wohnen. Die heutige Praxis ist weder im Sinne der betroffenen Personen, welche meist lieber zu Hause wohnen würden, noch im öffentlichen Interesse, da durch den verfrühten Pflegeheimeintritt unnötige Kosten entstehen.

Um diesen Menschen besser gerecht zu werden, plant das GD in Partnerschaft mit der Adullam-Stiftung Basel das Projekt Übergangspflege mit dem Ziel, durch gezielte, temporäre Pflege in einem Pflegeheim unnötige bzw. vorzeitige Langzeit-Heimeintritte zu vermeiden. Das Adullam verfügt als Pflegeheim und Spital hierfür über das nötige Know-how sowie die passende Infrastruktur und ist in der Lage, die pflegerische und soweit nötig auch die medizinische und therapeutische Betreuung aus einer Hand anbieten zu können.

Seit April 2021 bis Ende 2021 findet ein vom Regierungsrat genehmigtes neunmonatiges Pilotprojekt Übergangspflege statt. Dieses Pilotprojekt soll erste Erfahrungen hinsichtlich Funktionalität und Nachfrage ermöglichen. Sollte sich abzeichnen, dass das Projekt die gewünschten Zwecke erfüllt, ist darauffolgend eine dreijährige Testphase geplant. Der Testbetrieb wird ebenfalls ausführlich evaluiert werden und anschliessend wird über eine allfällige Fortsetzung bzw. Institutionalisierung der Leistungen zu entscheiden sein. Der vorliegende Ratschlag bezieht sich auf diesen dreijährigen Testbetrieb, geplant vom 1. Januar 2022 bis am 31. Dezember 2024. Um diesen über drei Jahre durchführen und finanzieren zu können, ist ein Staatsbeitrag im Sinne eines Kostendachs in der Höhe von maximal 1.2 Mio. Franken (400'000 Franken pro Jahr) notwendig.

3.3 Rechtliche Grundlagen

Art. 39 Abs. 1 bis 3 KVG verpflichtet die Kantone zu einer Pflegeheimplanung. § 8 Abs. 1 GesG verpflichtet den Kanton in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Pflegeplätzen zu sorgen. Mit dem Projekt Übergangspflege wird eine Versorgungslücke bei einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe geschlossen.

§ 8d Abs. 3 der Verordnung vom 25. November 2008 über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) ermöglicht es dem Regierungsrat, Pflegeheimen bei der Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen höhere Kosten anzuerkennen und dementsprechende Verträge abzuschliessen.

Allfällige Ergänzungsleistungen (EL) werden nach Massgabe von §§ 4–6 der Verordnung vom 12. Dezember 1989 betreffend Ergänzungsleistungen und kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (VELG, SG 832.710) und § 10a der Verordnung vom 18. Dezember 2007 über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (KBV, SG 832.720) ausgerichtet.

3.4 Projektbeschreibung

3.4.1 Ziele und Begriffsbestimmung

Die Übergangspflege hat zum Ziel, die Selbstpflegekompetenz von älteren Menschen zu erhöhen, so dass diese die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnsituation.

Ebenso eröffnet Übergangspflege alten Menschen, die zu Hause in instabile Pflegesituationen geraten, die aber die Kriterien für einen Aufenthalt im Akutspital, für eine Rehabilitation oder für einen dauerhaften Eintritt in eine Pflegeinstitution (noch) nicht erfüllen, die Möglichkeit, sich im Rahmen der Übergangspflege zu stabilisieren und wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. Die Übergangspflege ist somit ein Nischenangebot für nicht (mehr) spitalbedürftige Menschen oder ältere Menschen in vorübergehend instabilen Pflegesituationen zu Hause. In diesem Sinne ist sie Teil der integrierten geriatrischen Versorgung und wird bedarfsgerecht und gezielt eingesetzt.

Weiter ist es ein Ziel des Projektes, unnötige Pflegeheimeintritte zu verhindern bzw. den Eintritt zu verzögern, was sich kostensenkend auf die Gesundheitsausgaben auswirkt.

3.4.2 Zielgruppe und Aufnahmekriterien

a. Zielgruppe

- Ältere Menschen nach Spitalaufenthalt mit Potenzial, wieder nach Hause zurückzukehren;
- Ältere Menschen direkt von zu Hause, die in ihren Ressourcen und Fähigkeiten gefördert werden können, umso länger im ambulanten Setting verbleiben zu können.

b. Aufnahmekriterien

- Die Personen sind im Kanton Basel-Stadt wohnhaft;
- Die akuten gesundheitlichen Probleme sind abgeklärt und behandelt bzw. stabilisiert. Ein Aufenthalt in einem Akutspital ist somit nicht (mehr) notwendig;
- Es liegt keine Indikation für eine stationäre Rehabilitation bzw. für deren Fortsetzung vor;
- Ein Austritt aus dem Akutspital/der Rehaklinik soll/muss stattfinden;
- Es besteht ein Bedarf nach aktivierender Pflege und nach punktueller therapeutischer Behandlung;

- Die Person, die von der Übergangspflege profitieren soll, möchte Autonomie und Selbstversorgung wiedererlangen und verfügt über die dafür notwendigen kognitiven Fähigkeiten;
- Die zeitlich begrenzte Übergangspflege eröffnet eine realistische Chance für eine erfolgreiche Rückkehr ins häusliche Setting, d. h. ein definitiver Heimeintritt ist nicht zwingend indiziert.

c. Verlauf des Eintritts sowie Koordination mit der Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

Der Eintritt in das Pflegeheim erfolgt gestützt auf eine ärztliche Verordnung. Für die Nutzung des Angebots der Übergangspflege ist, wie bei «regulären» Pflegeheimeintritten auch, eine Verfügung der Abteilung Langzeitpflege (ALP) des GD, Fachteam Beratung & Bedarfsabklärung erforderlich. Diese ist erstmalig auf 14 Tage befristet. Die ALP klärt vor Ort ab, erhebt die Stammdaten und einen Pflegenachweis und meldet den Klienten im Adullam Pflegezentrum Basel an. Die benötigten Therapien sowie das konkrete Ziel für die Übergangspflege werden durch den einweisenden Arzt definiert und können im Laufe des Aufenthaltes angepasst werden. Anpassungen der Verordnungen erfolgen in enger Absprache zwischen dem Adullam Pflegezentrum und der Hausarztpraxis des Adullam und müssen ärztlich verordnet werden. Die konkrete Anmeldung zur Übergangspflege erfolgt über das Sekretariat des Adullam Pflegezentrums Basel.

Wenn im Laufe des Aufenthaltes absehbar ist, dass eine Verlängerung der Übergangspflege benötigt wird, so erfolgt die Bewilligung ebenfalls durch die ALP. Ein Übergangspflege-Aufenthalt soll im Normalfall nicht länger als sechs Wochen dauern. Ausnahmsweise (z. B., wenn sich abzeichnet, dass mit zusätzlichen zwei Wochen eine langfristige Rückkehr nach Hause möglich sein wird) können längere Aufenthalte von der ALP bewilligt werden.

Zeichnet sich während des Aufenthaltes ab, dass eine Rückkehr nach Hause nicht mehr realistisch ist, so erfolgt durch die Sozialberatung des Adullam eine Anmeldung bei der ALP, um einen definitiven Heimeintritt in die Wege zu leiten.

Wenn sich der Gesundheitszustand im Laufe des Aufenthaltes derart verschlechtert, dass eine Spitaleinweisung notwendig wird, so erfolgt diese durch die Hausarztpraxis des Adullam oder durch den spitalärztlichen Dienst des Adullam Pflegezentrums.

3.5 Erfahrungswerte aus dem Pilotbetrieb

Das Adullam berichtet dem GD bereits seit Anfang Jahr ausführlich über den Stand des Projekts. Das GD hat dabei Einsicht in die ausführlichen Patientenberichte und ist in regelmässigem Austausch mit dem Adullam. Aufgrund der ersten Erfahrungswerte kann gesagt werden, dass das Prinzip der Übergangspflege funktioniert. Fast alle Patientinnen und Patienten konnten nach der Übergangspflege nach Hause zurückkehren. Um den tatsächlichen langfristigen Erfolg (aus medizinischer, sozialer wie auch finanzieller Sicht) abzuschätzen, wird es essentiell sein, zu beobachten wie lange die Patientinnen und Patienten zu Hause bleiben können. Das GD erfasst darum die relevanten Daten (u.a. allfällige Heimeintritte, Spitaleintritte, Todesfälle) der Patientinnen und Patienten auch nach der Übergangspflege weiter, so dass in drei Jahren, nach erfolgter Testphase, ganzheitliche Aussagen über die Wirkungsweise und den Wirkungsgrad der Übergangspflege möglich sein werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese Aussagen nach wenigen Monaten Pilotbetrieb noch nicht möglich sind, da aufgrund der kurzen Frist noch gar keine Werte existieren. Die ersten Kennziffern aus dem Pilotbetrieb zeugen jedoch davon, dass die angestrebten Kennwerte (Rückkehr nach Hause; Aufenthaltsdauer von 2 bis 6 Wochen) erreicht werden können. Insbesondere für alleinstehende Betagte scheint die Übergangspflege eine effektive und attraktive Möglichkeit sein, noch länger selbständig zu Hause wohnen zu können.

Problematisch war in der bisherigen Pilotphase (Stand: Anfang September 2021) bloss die eher tiefe Auslastung. Dies könnte aber auch damit zusammenhängen, dass die Zuweiser (Spitäler, Hausärzte, Spitex etc.) noch zu wenig über das Angebot der Übergangspflege informiert sind. Da

die kantonale Finanzierung im Testbetrieb leistungsabhängig, also pro erbrachten Pflege-tag, erfolgen wird, verursachen Leerstände dem Kanton keinerlei Kosten. Wenn nur ein Anteil der Pflegeplätze belegt sind, entstehen auch nur anteilige Kosten.

Kennziffern des Pilotprojekts zur Übergangspflege (N = 17; Stand Anfang September 2021):

- 94% der Patientinnen und Patienten konnten nach Hause zurückkehren;
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 31.8 Tage; Range [6; 43];
- Durchschnittsalter: 85.0 Jahre; Range [65.8; 97.7];
- Lebenssituation: 82.4% der Patientinnen und Patienten sind allein lebend, 17.6% leben mit Partner;
- Hauptdiagnosen sind Probleme mit Gehfähigkeit (56.4%) und Körperpflege (20.5%);
- Erfasst werden vom GD auch die Therapieformen, involvierte Leistungserbringer und weitere Faktoren.

3.6 Kosten und Finanzierung

3.6.1 Tageszuschlag

Der Kanton richtet für die im Zusammenhang mit der Übergangspflege entstehenden Zusatzleistungen einen Tageszuschlag von 120 Franken pro Tag und Person aus. Dies entspricht den Kosten von ca. 60 bis 90 Minuten Pflege pro Tag, je nach Spezialisierungsgrad des Pflegepersonals und Art der benötigten Pflege. Dieser soll insbesondere folgende Mehrkosten im Vergleich zu einem normalen Pflegeheimaufenthalt decken:

- strukturierte Fallführung durch Nurse Practitioner;
- Organisation und/oder Transport bei Therapien;
- ausführlichere Sozialberatung aufgrund des baldigen Austrittes;
- Koordination mit Hausarzt in Verbindung mit kurzer Aufenthaltsdauer;
- höhere Administrativ- und Koordinationskosten aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer im Vergleich zu einem «normalen» Pflegeheimaufenthalt;
- ausführliche Dokumentation zuhanden des GD.

Ansonsten erfolgt die Finanzierung der Pflegekosten nach der regulären Finanzierung für Pflegeheime gemäss KVG bzw. gemäss § 8d KVO. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie der Therapien erfolgt gemäss den geltenden Tarifen für die entsprechende ambulante Behandlung. Der auf den Leistungsempfänger entfallende Kostenanteil entspricht den aktuellen Tagestaxen der Pflegeheime ohne weitere Zuschläge.

3.6.2 Kosten für den Kanton

Nachdem vom GD grundsätzliches Interesse am Projekt signalisiert wurde und die Grundparameter und Anforderungen gemeinsam erörtert wurden, hat das Adullam Pflegezentrum Basel bereits seit Januar 2021 mit Vorbereitung, Aufbau und einer (bis April noch reduzierten) Inbetriebnahme der Übergangspflege begonnen; bis zum Start des Pilotprojektes im April 2021 auf eigenes finanzielles Risiko. Dies primär, da der politische Prozess keine derart kurzfristige Finanzierung zulies, aber vor Ende 2021 bereits aussagekräftige Erfahrungswerte vorliegen sollten, die einen Entscheid über die Fortführung des Projekts ermöglichen. Per 1. April erfolgte die Genehmigung der Finanzierung des Pilotprojektes durch den Regierungsrat (Beschluss Nr. 21/10/8 vom 30. März 2021).

Es wird über die gesamte Projektdauer von einer Auslastung der Betten von 90% ausgegangen. So ergeben sich unter den genannten Parametern (90% von 1096 Tagen à 10 Betten à 120 Franken) Gesamtbeiträge von 1.2 Mio. Franken (siehe Tabelle 10). Die dargelegten Kosten wurden vom GD geprüft und für glaubhaft befunden. Die dargelegten Kosten sind im Sinne eines Kostendaches

zu betrachten, da die Beträge leistungsbezogen (anhand der tatsächlich geleisteten Anzahl Pflegetage) ausbezahlt werden. Sollte die Nachfrage tiefer als erwartet sein, was aufgrund der ersten Erfahrungswerte (siehe Kapitel 3.5) durchaus wahrscheinlich ist, sinken auch die Kosten proportional dazu. Des Weiteren wird ein Teil (ca. 10%) der Kosten voraussichtlich von der Gemeinde Riehen übernommen (siehe nachfolgend Kapitel 3.6.3).

Tabelle 10: Kostenprognose

Vereinbarter Tageszuschlag:	Fr. 120
Anzahl Tage (1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2024):	1096 Tage
Anzahl Betten:	10 Betten
Auslastung:	90%
Kosten (120 Fr. x 10 Betten x 1096 Tage x 90% Auslastung):	Fr. 1.2 Mio. (Fr.1'183'680)

3.6.3 Gemeinden Riehen und Bettingen

Den Gemeinden Riehen und Bettingen wurde die Beteiligung am Projekt angeboten. Die Gemeinde Riehen zeigte sich sehr interessiert und hat eine Teilnahme am Pilotprojekt zugesagt. Es ist davon auszugehen, dass Riehen sich auch am Testbetrieb beteiligen wird.

Es ist zu erwarten, dass etwa 10% der Übergangspflegepatientinnen und -patienten aus Riehen und Bettingen stammen werden und dem Kanton damit Kosten von ca. 120'000 Franken nachträglich rückerstattet werden.

Die notwendigen Abklärungen und die Begleitung wird durch die Pflegeberatung Riehen in Absprache mit dem GD sichergestellt.

3.6.4 Krankenversicherer

Die Kosten für die Krankenversicherer sind bei der Übergangspflege gleich hoch wie bei einem regulären Pflegeheimenritt. Das GD geht davon aus, dass die meisten Personen, welche Übergangspflege in Anspruch nehmen, ansonsten in ein Pflegeheim (oder bei einer Verschlechterung des Zustandes sogar in ein Spital) eintreten müssten. Es ist deshalb mit keinen Mehrkosten für die Krankenversicherer zu rechnen. Im Gegenteil: Sollten Pflegeheimaufenthalte und/oder Spitalaufenthalte verhindert werden, ist mit Minderkosten für die Versicherer zu rechnen.

3.6.5 Leistungsbezüger

Für die Leistungsbezüger fallen die gleichen Kosten an wie bei einem regulären Pflegeheimaufenthalt (Pflegefinanzierung nach KVG bzw. gemäss § 8d KVO; Taxe für Pension und Betreuung, Eigenbeitrag Pflegekosten). Die Kosten können im Berechtigungsfall nach Massgabe von §§ 4–6 VELG und § 10a KBV ganz oder teilweise durch die EL übernommen werden. Das zuständige Amt für Sozialbeiträge (ASB) im Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (WSU) wurde vom GD bereits über das Projekt in Kenntnis gesetzt und erachtet das Projekt als sinnvoll.

3.7 Wirtschaftliche Gesamtbetrachtung

Wie im obigen Kapitel dargelegt, verursacht das dreijährige Testprojekt **Gesamtausgaben von max. 1.2 Mio. Franken (400'000 Franken pro Jahr) für die Jahre 2022 bis 2024** im Sinne eines Kostendachs. Ca. 10% davon werden nachträglich durch die Gemeinden Riehen und Bettingen übernommen werden.

Mittelfristig, idealerweise auch kurzfristig, ist jedoch nicht mit Kosten, sondern mit Einsparungen zu rechnen, da durch die Übergangspflege Pflegeheimeintritte verhindert werden können, weil die meisten Personen, welche die Übergangspflege nutzen werden, alternativ in ein reguläres Pflegeheim eintreten oder gegebenenfalls sogar in eine gesundheitliche Situation geraten würden, welche einen Spitalaufenthalt benötigt. Eine Quantifizierung des Einsparpotenzials wird erst nach erfolgter Evaluation möglich sein, da dann erste zuverlässige Schätzungen für die entscheidenden Parameter (Auslastung der Betten, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Dauer der Verzögerung des Pflegeheimeintritts) vorhanden sein werden.

Mit einer annähernden – aber konservativen – Schätzung lässt sich folgendes Einsparpotenzial errechnen: Unter der Annahme, dass bei 50 Patientinnen und Patienten pro Jahr (d.h. eine Auslastung von 40% bis 50%) eine Verzögerung des Pflegeheimeintritts um durchschnittlich 6 Monate erreicht werden kann, während derer die ambulante Pflege die Hälfte der Pflegeheimkosten ausmacht (entspricht ca. 1 bis 2 Stunden Spitex pro Tag) ergäbe sich eine Einsparung von rund 470'000 Franken pro Jahr bzw. 1.4 Mio. Franken über die dreijährige Laufdauer des Testbetriebs, womit die maximalen Gesamtkosten schon übertroffen würden. Das heisst, die Nettoeinsparung für den Kanton würde in dem Fall rund 200'000 Franken über den gesamten Zeitraum erreichen. Dabei wurde nicht miteinberechnet, dass bei einer Auslastung von 40% bis 50% die Kosten ebenfalls sinken, da die kantonale Finanzierung leistungsabhängig erfolgt.

Das Einsparpotenzial lässt sich alternativ auch mit folgendem Rechenbeispiel veranschaulichen:

Die Mehrkosten für den Kanton betragen, wie oben dargelegt, 120 Franken pro Tag und Person. Dies ergibt folgende Mehrkosten, je nach Verweildauer:

Tabelle 11: Zusatzkosten Kanton, nach Verweildauer

2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	8 Wochen	10 Wochen
Fr. 1'680	Fr. 3'360	Fr. 5'040	Fr. 6'720	Fr. 8'400

Die Adullam-Stiftung Basel und das GD gehen davon aus, dass ein Aufenthalt in der Übergangspflege im Normalfall zwischen 2 und 6 Wochen dauert.

Ein regulärer Pflegeheimtag kostet den Kanton im Durchschnitt 104 Franken. Um also beispielsweise einen vierwöchigen Aufenthalt in der Übergangspflege (28 Tage x Fr. 120 = Fr. 3'360) rückzufinanzieren, muss ein zukünftiger Pflegeheimaufenthalt bloss um 33 Tage verzögert werden (33 Tage x Fr. 104 = Fr. 3'432 > Fr. 3'360). In Tabelle 12 sind mehrere Rechenbeispiele nach diesem Schema dargestellt.

Tabelle 12: Benötigte Mindertage in Pflegeheimen, pro Aufenthaltsdauer in der Übergangspflege

Aufenthaltsdauer Übergangspflege	2 Wochen	4 Wochen	6 Wochen	8 Wochen	10 Wochen
Benötigte Mindertage im Pflegeheim für Kostendeckung	17	33	49	65	81

Der Regierungsrat geht davon aus, dass diese Werte problemlos zu erreichen sein sollten, so dass das Projekt im Minimum kostenneutral sein wird. Insgesamt und mittelfristig ist von Einsparungen für den Kanton auszugehen. Eine genauere Quantifizierung wird nach erfolgter Evaluation möglich sein.

4. Behandlung und Betreuung von geriatrischen multimorbiden Menschen im Rahmen eines Pilotprojektes in der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP)

4.1 Ausgangslage

Der komplexe Versorgungsbedarf von Patientinnen und Patienten, die multimorbid und chronisch erkrankt sind, stellt für die Gesundheitsversorgung eine der grössten Herausforderungen dar. Bedingt durch den demographischen Wandel und steigende Prävalenz von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung werden dringend neue innovative Versorgungsmodelle benötigt. Es ist mit einer Zunahme von komplexen Versorgungssituationen zu rechnen und somit einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, Koordination und Interdisziplinarität.

Studien aus anderen Ländern zeigen, dass integrierte Versorgungsmodelle mit interprofessionellen Teams und spezialisierten Pflegenden in fortgeschrittenen Rollen wie die Advanced Practice Nurse (ANP)-Rollen in Gesundheitsversorgung zunehmend als Antwort auf diese Herausforderungen gewählt werden. Eine ANP ist eine klinisch sehr fortgeschritten praktizierende Pflegefachperson, welche sich durch Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine selbständige Praxis im interprofessionellen Team ausweist. Innerhalb von Teams der integrierten Versorgung ist ein zentraler Leistungserbringer für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch mehrere Anbieter, einschliesslich informeller Pflegepersonen wie pflegende Angehörige, für den Informationsaustausch mit den primären Leistungserbringenden, wie dem (Haus-)Arzt bzw. der (Haus-)Ärztin, über Veränderungen des Gesundheitszustands und die Versorgung der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Diese Koordination innerhalb der Versorgung durch eine namentlich benannte und leitende medizinische Fachkraft – eine ANP – ist eines der entscheidenden Elemente einer integrierten Versorgung. In der Literatur findet sich dementsprechend eine Vielzahl von Studien über den Nutzen und die Effektivität von innovativen «Transitional Care»-Modellen in der Versorgung älterer multimorbider Menschen, die von Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner geleitet wurden. Auf der Systemebene führen diese Modelle zu einer Reduktion der Rehospitalisierungsrate, kürzere Spitalaufenthalte bei Wiedereintritt und Reduktion der Besuche in der Notfallaufnahmen und schliesslich zu geringeren Kosten. Die betreuten Patienten weisen eine Verbesserung der Funktionalität und der Lebensqualität aus.

Die erwähnten Studien zeigen, dass APN-geleitete Transitional Care-Modelle das Potenzial bieten, auch in der Schweiz die Versorgung älterer multimorbide Menschen zu verbessern und diese kostengünstiger nach dem unmittelbaren Spitalaufenthalt zu Hause zu versorgen. In diesem Zusam-

menhang möchte die Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP) ein ANP-geleitetes transitional Care Modell zur Betreuung und Behandlung von geriatrisch multimorbiden Menschen realisieren.

4.2 Zielsetzung des Pilotprojektes

Zur Verbesserung der koordinierten Versorgung geriatrischer und multimorbider Menschen im Anschluss an den Spitalaufenthalt, plant die UAFP, ein neues Modell der integrierten Versorgung einzuführen. Dies hat zum Ziel, Behandlung und Betreuung der einst an der UAFP hospitalisierten Patienten unmittelbar nach dem Spitalaustritt sektorenübergreifend zu koordinieren.

Im Rahmen des Pilotprojekts werden ältere multimorbide Patientinnen und Patienten von einem Team von Spezialisten wie Ärzten, APN, Pflegenden, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen der UAFP über die Sektoren stationär und ambulant behandelt, betreut und begleitet. Diese Anschlussversorgung im ambulanten Bereich erfolgt durch eine Kooperation und enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen der Patientinnen und Patienten sowie der Spitex. Die interprofessionelle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen dient der Verbesserung des Austrittsmanagements mit Hilfe der Erstellung ganzheitlicher, individueller Versorgungspläne für diese Patientinnen und Patienten. Innerhalb des Projekts der integrierten Versorgung koordinieren drei APN nach dem Spitalaustritt die komplexe Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu Hause und übernehmen deren weitere Betreuung. Zweck dieser Übernahme und Weiterbehandlung ist es, erneute Hospitalisierung zu vermeiden, die Selbstständigkeit der älteren Menschen möglichst lange zu erhalten und damit Pflegeheimplatzierungen zu vermeiden sowie die Pflege- und Versorgungsqualität durch die Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflegepraxis zu verbessern. Das übergreifende Ziel des geplanten Modells ist die Förderung optimaler Gesundheitsergebnisse für geriatrische multimorbide Patientinnen und Patienten nach Spitalaustritt, im Rahmen einer qualitativ hochwertigen patientenorientierten und kostengünstigen Versorgung durch die Entwicklung und Nutzung eines integrierten Versorgungsmodells. Mit dem innovativen, patientenorientierten ANP-geleiteten Transitional Care Modell werden die folgenden Teilziele auf drei Ebenen verfolgt:

I. Gesundheitsversorgung:

- Aufbau und «Proof of Concept» eines zukunftsorientierten integrierten Versorgungsmodells für die Zielgruppe älterer multimorbider Patienten;
- Verankerung der zentralen ANP-Rolle für die Koordination der aktuell fragmentierten Versorgung im regionalen Kontext;
- Erstellen von ganzheitlichen Versorgungsplänen auf Basis einer interprofessionellen Zusammenarbeit und patientenzentrierten Behandlungspfaden;
- Entgegenwirken der Ressourcenknappheit in der Grundversorgung – Entlastung der Hausärzte durch evidenzbasierte Pflegepraxis speziell geschulter ANPs;
- Förderung der Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung.

II. Patientinnen und Patienten

- Erhalten der Selbstständigkeit geriatrischer multimorbider Patientinnen und Patienten;
- Förderung des Selbstmanagements der chronischen Erkrankung zu Hause unter Einbezug von Angehörigen, Freunden sowie Ämter;
- Verbesserung der Lebensqualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen;
- Sicherstellen der Versorgungskontinuität vom stationären ins ambulante Setting.

III. Kostendämpfung durch:

- Reduktion der Besuche der Notfallaufnahmen;
- Reduktion der Spitaleinweisung, der Re-Admissionsraten und Spitaltage;
- Rückgang der verzögerten Austritte;

- Späterer Eintritt in stationäre Institutionen wie Pflegeheime;
- Effizienzsteigerung durch Einsatz eines interprofessionellen Gesundheitsteams;
- Umsetzung der gesundheitspolitischen Ansprüche «ambulant vor stationär».

4.3 Rechtliche Grundlagen

Wie eingangs in Teil 1 Kapitel 4.4 erwähnt, schützt und fördert der Staat die Gesundheit der Bevölkerung und gewährleistet eine allen zugängliche medizinische Versorgung. Er fördert die Selbsthilfe und die Hilfe und Pflege zu Hause. Überdies trifft er Massnahmen im Bereich der Prävention und hat auf die Wahrung der Patientenrechte zu achten (§ 26 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt (KV, SG 111.100) vom 23. März 2005).

Die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege wird in § 26 Abs. 1 KV als Förderaufgabe des Kantons erwähnt. Gefördert werden sollen die Hilfe und Pflege zu Hause und die Unterstützung von Familien und Angehörigen bei dieser Aufgabe. Mit der Förderung spitalexterner Angebote soll die Notwendigkeit von kostenintensiven Aufenthalten in Pflegeheimen soweit sinnvoll und möglich vermieden werden (Ratschlag Nr. 10.0229.01 zum Gesundheitsgesetz vom 24. August 2010 S. 21). Der Kanton wird daher beauftragt, in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an spitalexterner Gesundheits- und Krankenpflege zu sorgen (§ 9 Abs. 1 GesG).

Die Aufgabe des Staats eine allen zugängliche medizinische Versorgung zu gewährleisten (§ 26 Abs. 2 KV), wird in § 7 GesG konkretisiert. Dem Regierungsrat wird zu diesem Zweck die Kompetenz übertragen, die ambulante Behandlung der Bevölkerung nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes zu finanzieren und entsprechende Verträge abzuschliessen (§ 7 Abs. 1 und 2 GesG).

Gemäss § 26 Abs. 4 KV trifft der Kanton Massnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und zur Prävention. Zu diesem Zweck ermöglicht § 56 GesG es dem Regierungsrat, Massnahmen und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu veranlassen und zu unterstützen. Mit einem nicht abschliessenden Katalog von Handlungsmöglichkeiten wird Raum für die Unterstützung von unterschiedlichen Projekten und Massnahmen belassen (Ratschlag Nr. 10.0229.01 zum Gesundheitsgesetz vom 24. August 2010 S. 60). Neben Informations- und Früherkennungsmassnahmen werden in § 56 GesG namentlich Massnahmen und Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz, zur Schaffung von Anreizen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten sowie zur Förderung der Selbsthilfe genannt.

Indem die Kantonsverfassung zudem die Achtung und Wahrung der Patientinnen- und Patientenrechte nennt (§ 26 Abs. 5 KV), bringt sie damit die Wichtigkeit dieses Themas zum Ausdruck. Das Gesundheitsgesetz statuiert daher in § 15 Abs. 1 GesG das Recht der Patientinnen und Patienten auf eine die Persönlichkeit schützende und respektierende Behandlung.

4.4 Zielgruppe und Eintritt in das integrierte Versorgungsmodell

In das Modell eingeschlossen werden multimorbide Erwachsene ab 65 Jahren, wohnhaft im Kanton Basel-Stadt, mit mehr als zwei chronischen Erkrankungen wie z. B. Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Hypertonie, Diabetes Mellitus, COPD und Frailty sowie geriatrischen Syndromen, z. B. beeinträchtigte Mobilität (Functional Independance Measure (FIM) ab 50 Punkten motorisch), leichte kognitive Einschränkungen (MMS ab 23 Punkten), Harninkontinenz etc., welche auf der Akutgeriatrie des UAFFs hospitalisiert sind. Ausgeschlossen werden Patientinnen bzw. Patienten mit starken kognitiven, funktionellen und sozialen Einschränkungen, die ohne Angehörige zu Hause leben.

Der Eintritt in das Modell wird auf Basis eines patientenzentrierten Bedarfsassessments mit Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen durch die ANP in Kombination mit einem multiprofessionellen geriatrischen Assessment durch das interdisziplinäre Team. Basierend auf den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Assessments erfolgt eine Einstufung der Patientinnen und Patienten in einen Behandlungspfad. Darüber hinaus wird gemeinsam eine strukturierte Versorgungs- und Bedarfsplanung durchgeführt.

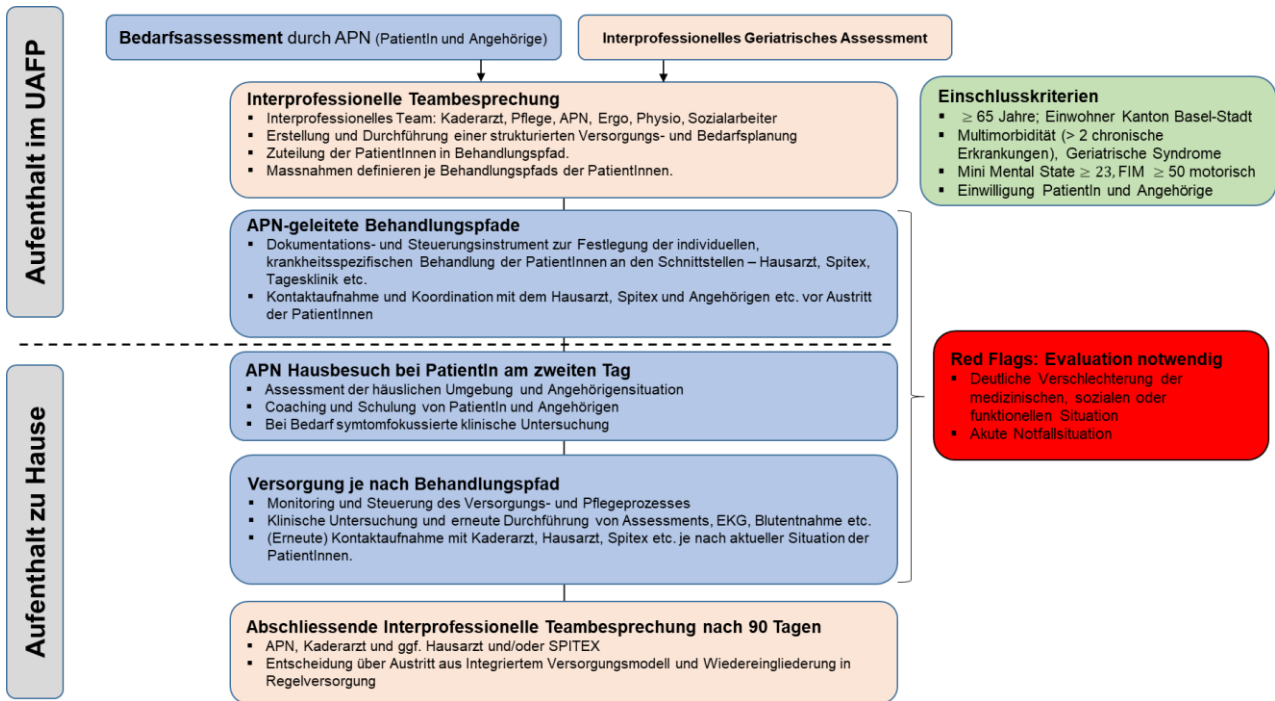


Abbildung 4: Schematische Darstellung des Versorgungsmodells

Red Flags: Im Rahmen des Projektes werden auch Kriterien definiert, welche zum Ausschluss des Patienten oder der Patientin aus dem APN-geleiteten Behandlungspfad führen, da sie einer dringenden medizinischen oder sozialen Abklärung und Versorgung bedürfen. Diese Kriterien umfassen unter anderem akute Notfallsituationen bzw. eine deutliche medizinische Verschlechterung des Patienten oder der Patientin sowie eine Verschlechterung der funktionellen und sozialen Situation (z. B. Patient bzw. Patientin kann nicht mehr alleine zurechtkommen).

4.5 ANP-geleitete Behandlungspfade

Der Behandlungspfad bildet den Behandlungsprozess einer Patientin resp. eines Patienten und seiner Symptomatik oder Erkrankung ab. Er gilt als Dokumentations- und Steuerungsinstrument zur Festlegung der individuellen, krankheitsspezifischen Behandlung der Patienten an den Schnittstellen Hausarzt, Spitex, Tagesklinik etc. Innerhalb dieses Behandlungspfades findet eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, der Spitex und den Angehörigen durch die ANP statt, um eine bestmögliche Überleitung der Patientin resp. des Patienten ins häusliche Umfeld zu garantieren.

Der erste Hausbesuch findet am zweiten Tag nach dem Austritt statt. Wesentlich ist dabei das Assessment der häuslichen Umgebung und der Angehörigensituation. Dabei findet auch eine Übermittlung von Fähigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität an den Patienten sowie dessen Betreuer durch eine individuelle Schulung und Beratung statt. Die Versorgung des Patienten zu Hause erfolgt nach festgelegten Kriterien, welche das Monitoring und die Steuerung des Versorgungs- und des Pflegeprozesses beinhalten. Bei diesen Hausbesuchen des Patienten werden u. a. klinische Untersuchungen je nach Symptomen und Erkrankung des Patienten durchgeführt. Abhängig von der Situation des Patienten erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem Kaderarzt der UAFP, dem Hausarzt und der Spitex, um die Weiterversorgung des Patienten zu

garantieren. Nach einem Zeitraum von 90 Tagen (drei Monaten) findet eine interprofessionelle Teambesprechung mit dem Kaderarzt, der betreuenden APN und gegebenenfalls dem Hausarzt und/oder der Spitex statt. In diesem Rahmen wird nach Rücksprache mit Patienten und Angehörigen besprochen, ob sich der Patient auf Basis festgelegter Kriterien in einem stabilen Zustand befindet und wieder in die Regelversorgung integriert werden kann.

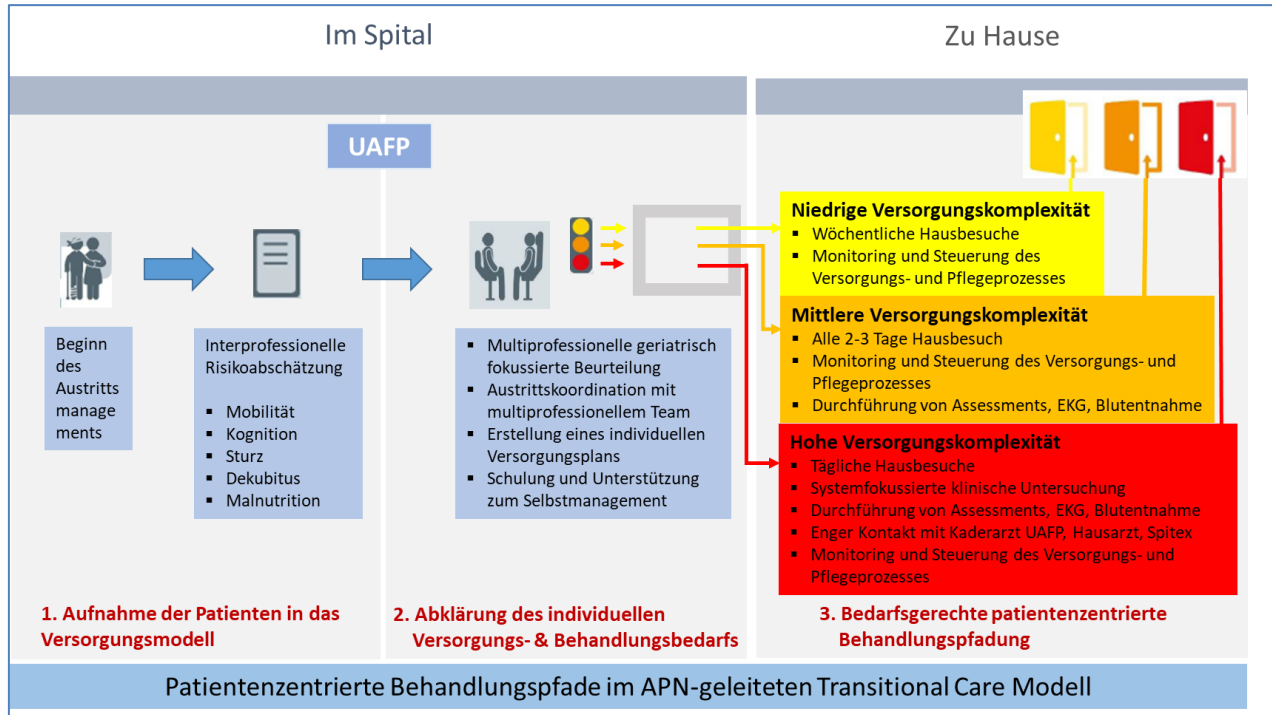


Abbildung 5: Darstellung der patientenzentrierten Behandlungspfade im APN-geleiteten Transitional Care Modell, deren detaillierte Entwicklung in Phase 1 durchgeführt wird.

4.6 Behandlungsnetzwerk

4.6.1 Interdisziplinäres Team

Innerhalb des Projekts werden die APN von einem Team von Spezialistinnen und Spezialisten wie Ärzten bzw. Ärztinnen mit besonderer Expertise für Alterserkrankungen, Schlaganfall und Demenz, Pflegenden, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungstherapeuten und Psychologen bzw. Psychologinnen der UAFP betreut und begleitet. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit von APN mit anderen Gesundheitsberufen dient der Verhinderung einer klinischen Verschlechterung der Patientinnen und Patienten, dem Management der komorbiden Konditionen zur Verbesserung der ganzheitlichen Gesundheit, der Erstellung ganzheitlicher individueller Versorgungspläne und von patientenzentrierten Behandlungspfaden.

4.6.2 Die Rolle der APN im Versorgungsmodell

Innerhalb des Versorgungsmodells betreuen drei APN Patientinnen und Patienten aus der UAFP vor ihrem Spitalaustritt und koordinieren nach deren Austritt sektorenübergreifend die komplexe Weiterbehandlung dieser Patienten zu Hause. Zu den Hauptaufgaben der APN gehören insbesondere:

- Strukturierten Bedarfserhebung bei den Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen – u. a. die Erhebung der Anamnese und klinische Untersuchungen; geriatrische Assessments;
- Erstellung und Implementierung individueller Versorgungs- und Behandlungspläne in enger Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team unter Rückgriff auf das Knowhow von Fachärzten für Geriatrie, Neurologie und Psychiatrie;

- Monitoring der ambulanten, medikamentösen und therapeutischen Behandlung;
- Überarbeitung der Versorgungspläne sowie das Einbeziehen unterstützenden Organisationen (bspw. Alzheimervereinigung);
- die Vermittlung einer fachlich hochqualifizierten Betreuung, Schulung und Edukation sowie psychosozialer Betreuung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen;
- Evaluierung von Pflegeinterventionen in komplexen Pflegesituationen sowie die Integration neuester Forschungsergebnisse aus der Pflegepraxis auf den jeweiligen Abteilungen;
- enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten, der Spitex, den Tagesbetreuungseinrichtungen und den Sozialdiensten.

4.6.3 Einbezug von Hausarztpraxen

Das Modell wird in einer Pilotphase in Zusammenarbeit mit der WestfeldPraxis in der UAFF getestet. Diese Praxis für Allgemeine Innere Medizin bietet neben der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten eine breitgefächerte Diagnostik an. Stufenweise erfolgt dann während der Implementierungsphase der Einschluss von anderen Hausarztpraxen (HAP) der Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Stadt, welche am Projekt teilnehmen.

4.7 Projektlaufzeit und Projektphasen

Das Projekt wird im Zeitraum von 2021 bis 2025 in drei Phasen durchgeführt.

1. Phase 1 (06/2021–12/2022): Kontextanalyse und Entwicklung eines logischen Modells des APN-geleiteten Transitional Care Modells zur Behandlung und Betreuung von multimorbiden Menschen;
2. Phase 2 und 3 (01/2023–12/2025): Implementierung des APN-geleiteten Transitional Care Modells zur Behandlung und Betreuung von multimorbiden Menschen; Evaluation des Modells in der Praxis.

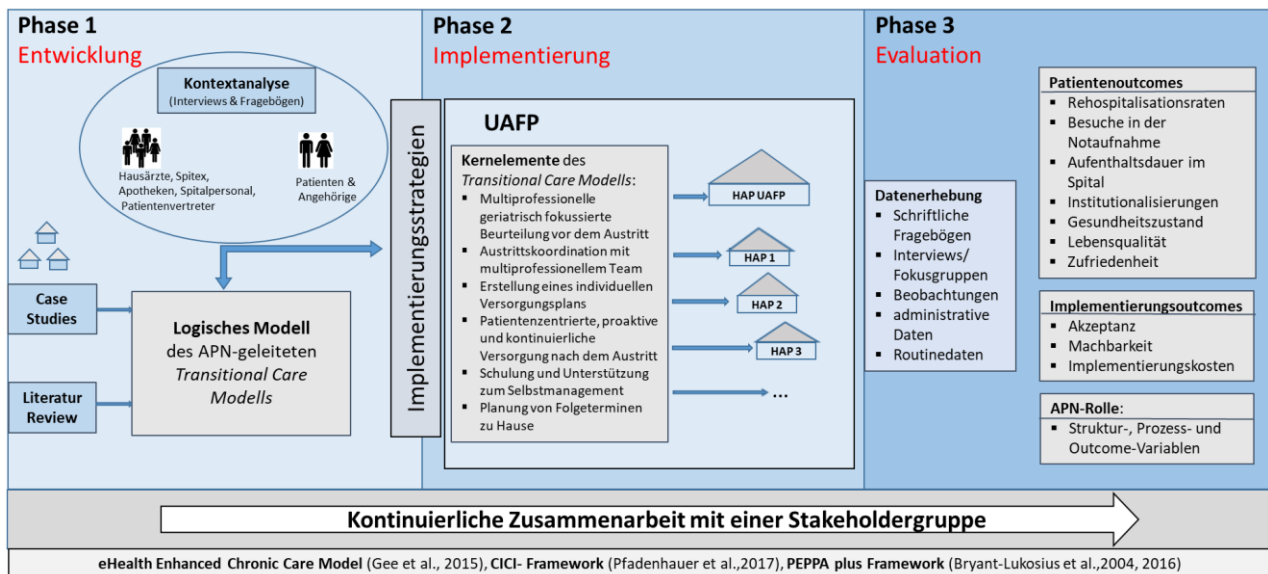


Abbildung 6: Übersicht der Projektphasen

Zur Unterstützung des Informationsflusses zwischen den verschiedenen Schnittstellen sowie für die Vereinfachung der Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg wird angestrebt, Anwendungen auf Basis des EPDs zu entwickeln bzw. bestehende Anwendungen anzupassen. Dazu wird im Rahmen der Entwicklungsphase des Projektes eine umfassende Erhebung von individuellen Bedürfnissen und technologischen Rahmenbedingungen durchgeführt. Darüber hinaus wird auch die

Integration von Technologien für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige z. B. Telemonitoring, Fallsensoren etc. in diesem Rahmen evaluiert werden.

4.8 Evaluation

Das APN-geleitete Transitional Care Modell wird innerhalb der UAFF entwickelt und evaluiert. Das Projekt wird wissenschaftlich durch das Institut für Nursing Science der Universität Basel und die Universität Wien begleitet.

Zur Evaluation des APN-geleiteten Transitional Care Modells werden neben klinischen Daten auch Implementierungsergebnisse erhoben. Zu den ersteren gehören Patientendaten wie die Rehospitalisierungsrate, Besuche in der Notaufnahme, Aufenthaltsdauer im Spital, Anzahl der Institutionalisationen ins Altenpflegeheim (APH) und Kosten sowie der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten, deren Lebensqualität und deren Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell sowie der Zufriedenheit der Angehörigen. Diese Daten werden kontinuierlich mit Beginn der Implementierungsphase gesammelt. Zu den Implementierungsergebnissen zählen unter anderem die Überprüfung von Akzeptanz, Machbarkeit und Kosten des neuen Versorgungsmodells. Die Evaluationsdaten werden sowohl durch schriftliche Befragungen und Interviews, Beobachtungen und Routinedaten mit Start der Implementierungsphase erhoben. Im Speziellen wird der Fokus auf die Rollenentwicklung, Implementierung und Tätigkeitsprofil der APN gelegt.

Als Grundlagen der Entwicklung, Implementierung und Evaluation des neuen Versorgungsmodells dienen das «Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) Framework», das «eHealth Enhanced Chronic Care Model (eCCM)», das «PEPPA Framework» und das «PEPPA plus Modell» – «Participatory, Evidence-informed, Patient-centred Process for Advanced Practice Nurses».

Die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation des Pilotprojektes werden durch Drittmittel gedeckt. Dem GD werden die Auswertungen zur Verfügung gestellt.

4.9 Einbezug der Krankenversicherer

Nach der Evaluation der ersten Implementierungsphase sollen für die Weiterführung dieses Angebots an der Schnittstelle zwischen dem stationären Aufenthalt und der ambulanten Behandlung die Kostenträger einbezogen werden. Nebst der Finanzierung über den Einzelleistungstarif TARMED, soll auch geprüft werden, ob mit den Kostenträgern Behandlungspauschalen ausgehandelt werden können.

4.10 Kosten und Finanzierung

Die Berechnung der Kosten und der Finanzierungen sind unter Berücksichtigung der Teamstruktur und der verrechenbaren TARMED-Leistungen in den nachfolgenden Tabelle 13 dargestellt.

Die budgetierten Personalkosten belaufen sich bei einer Laufzeit von drei Jahren auf 1'787'850 Franken bzw. rund 595'950 Franken pro Jahr. Für den administrativen Aufwand kommen noch Sekundärkosten hinzu, was zu einem Gesamtaufwand von rund 1'827'207 Franken führt. Dem Aufwand gegenüber können rund 50'000 Franken Einnahmen pro Jahr aus den Krankenkassen verrechneten TARMED-Leistungen der APN berücksichtigt werden. Damit entstehen für die UAFF rund 1'677'207 Franken Personalkosten, welche durch eine einmalige Finanzhilfe des Kantons an die UAFF gedeckt werden sollen.

Aufgrund der gemachten Annahmen der UAFF, dass eine Reduktion der Anzahl Pflgetage in APH der betreuten 60 Patientinnen und Patienten pro Jahr um rund 30% möglich sein sollte und dass bei 20% der Patientinnen und Patienten eine (Re-)Hospitalisierung vermieden werden kann, ist mit

Nettoeinsparungen von rund 170'000 Franken pro Jahr oder 510'000 Franken über die Laufzeit des Projektes auf Seiten des Kantons Basel-Stadt zu rechnen.

Zu den berechneten direkten Kosteneinsparungen kommen zusätzlich indirekte gesamtwirtschaftliche Einsparungen, welche u. a. aus der Reduktion der Hospitalisierungsrate, kürzeren Aufenthalten bei allfälligen Wiedereintritten, Reduktion der Notaufnahme und Hausarztbesuche resultieren. Die Studien zeigen, dass APN-geleitete Transitional Care-Modelle das Potenzial haben, auch in der Schweiz die Versorgung älterer multimorbide Menschen zu verbessern und diese kostengünstiger nach dem unmittelbaren Spitalaufenthalt zu Hause zu versorgen.

Die durch den Kanton zu finanzierenden Gesamtkosten betragen gemäss dem provisorischen Budget 1.68 Mio. Franken, wobei von der UAFP erwartet wird, dass sie in der Entwicklungsphase 1 in Vorleistung tritt. Die effektive Finanzierung durch den Kanton erfolgt erst ab 2023 in der 2. Projektphase. Um der Projektträgerin eine gewisse Planungssicherheit zu gewähren, stellt der Regierungsrat dem Grossen Rat schon zum jetzigen Zeitpunkt einen Antrag für eine Ausgabenbewilligung für die Projektphase 2 (2023–2025), wobei die beantragte Finanzhilfe als maximales Kostendach zu betrachten ist. Die Freigabe der Mittel erfolgt aber erst nach Abschluss der Leistungsvereinbarung aufgrund der definitiven Plan- und Zielparameter, die im Rahmen der Entwicklungsphase 1 noch präzisiert werden müssen.

Tabelle 13: Übersicht der Kosten und der Finanzierung

	Kategorie	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total Kosten Fr.
Personalkosten					
Entwicklungs- und Planungsphase	PhD	15'724			15'724
	Study N	2'592			2'592
Kontextanalyse	PhD	15'385			15'385
	Study N	5'291			5'291
	MNS	2'843			2'843
Entwicklung des Logischen Modells	PhD	15'621			15'621
	MNS	8'360			8'360
Vorbereitung zur Implementierung des Projektes	PhD	15'721			15'721
Projektmanagement	PhD	15'287	17'834	12'739	33'121
	Study N	14'041			14'041
Implementierung	APN (3 FTE)		1'327'320		1'327'320
	SozialarbeiterIn (0.5 FTE)		184'350		184'350
	Kader-/OberärztIn (0.2 FTE)		110'610		110'610
	TherapeutIn (0.1 FTE)		36'870		36'870
Evaluation	Post Doc			72'549	
	Study N			14'041	
Total Personalkosten		110'865	1'676'984		1'787'850
Sekundärkosten					
Schulungsmaterial		7'505			7'505
Ethical Committee		1'000			100
Travel		270	630	630	1'530
Publikationen		4'250	4'250	4'250	12'750
Post/Fedex					
Telefonkosten					
Büromaterial		4'536	336	240	5'112
IT (quantitative Software)		120	120	120	360
Biostatistiker			4'900	2'100	7'000
Zusammenarbeit mit Stakeholder		2'000	2'000	1'000	5'000
Sonstige					
Total Operating		19'681	12'236	8'340	39'357
Total Personalkosten & Sekundärkosten		130'546	1'689'220	8'340	1'827'207
Einnahmen ambulante Leistungen (TARMED)			-150'000		-150'000
Finanzierung durch Drittmittel				99'329	
Sekundärkosten Finanzierung UAFP				8'340	-8'340
Projektantrag Kosten an den Kanton (Phase 3 wird durch Drittmittel gedeckt)					1'668'867

Teil 3 Zusammenfassung und Antrag

1. Zusammenfassende Übersicht Finanzierungsbedarf neue Versorgungsmodelle (integrierte Versorgung)

Tabelle 14: Laufdauer und Finanzierungsbedarf der beantragten Versorgungsmodelle

Projekt	Trägerschaft	Laufdauer	Finanzierungsbedarf pro Jahr (in Fr.)	Gesamtfinanzierungsbedarf (in Fr.)
Home Treatment (HU & ÜBE)	UPK	2022–2024	1.47 Mio.	4.41 Mio.
Übergangspflege	Adullam	2022–2024	0.40 Mio.	1.20 Mio.
Multimorbide Patienten in der Geriatrie	UAFP	2023–2025	0.56 Mio.	1.68 Mio.
Total		2022–2025		7.29 Mio.

Tabelle 15: Jährlicher Finanzierungsbedarf (gesamt)

2022	2023	2024	2025	Total
1.87 Mio.	2.43 Mio.	2.43 Mio.	0.56 Mio.	7.29 Mio.

Tabelle 16 Geschätzte Einsparungen für den Kanton

Projekt	Geschätzte Einsparungen pro Jahr für den Kanton BS (in Fr.)		Geschätzte Einsparungen gesamte Laufdauer der Projekte (in Fr.)	
	Brutto	Netto*	Brutto	Netto*
Home Treatment (HU & ÜBE)	2.06 Mio.	0.59 Mio.	6.18 Mio.	1.77 Mio.
Übergangspflege	0.47 Mio.	0.07 Mio.	1.41 Mio.	0.21 Mio.
Multimorbide Patienten in der Geriatrie	0.73 Mio.	0.17 Mio.	2.19 Mio.	0.51 Mio.
Total	3.26 Mio.	0.83 Mio.	9.78 Mio.	2.49 Mio.

*Nach Abzug der Projektkosten

Die geschätzte Nettoeinsparung (Gesamtfinanzierungsbedarf – geschätzte Gesamteinsparungen) aus den drei Modell-/Pilotprojekten beträgt demnach für die Laufdauer der Projekte **rund 2.5 Mio. Franken**, wobei nur die Einsparungen für den Kanton berücksichtigt wurden. Zusätzliche Entlastungen ergeben sich für die Krankenversicherer und die Patienten aufgrund vermiedener Spital- und Pflegeheimaufenthalte.

2. Erfüllung der Grundsätze gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes

Gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes (StBG, SG 610.500) müssen für die Gewährung einer Finanzhilfe folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

2.1 Nachweis eines öffentlichen Interesses an den erbrachten Leistungen

Die drei beschriebenen Versorgungsmodelle, für welche eine Finanzhilfe im Rahmen des Massnahmenprogramms zur Förderung der integrierten Versorgung beantragt wird, richten sich an ausgesprochen vulnerable und behandlungs- bzw. betreuungsintensive Personengruppen. Sie beinhalten Leistungen, die aufgrund einer unzureichenden Tarifierung und Leistungsabgrenzungen

teilweise nur in unzureichendem Mass erbracht werden, die aber anerkanntermassen eine Verbesserung der Qualität und des Behandlungsergebnisses sowie eine wirtschaftlichere Leistungserbringung in angepassten Settings ermöglichen.

Bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit häufigen und schnellen Wiedereintritten besteht sowohl aus Sicht der Versorgungsforschung als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht das grösste Optimierungspotenzial. Insbesondere bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbetreuung zu wenig genutzt werden und die verschiedenen Versorgungsangebote nicht optimal zusammenwirken. Mit den zwei Home Treatment Modellprojekten haben die UPK ein Versorgungsangebot an der Schnittstelle «ambulant vor stationär» für eine Patientengruppe geschaffen, für die bisher kein passgenaues Versorgungsangebot bestand und die daher häufig und/oder lange den stationären Rahmen in Anspruch nimmt.

Bei vorübergehend stark pflegebedürftigen Personen (zumeist nach einem stationären Spitalaufenthalt) steht aktuell kein geeignetes intermediäres Versorgungsangebot zur Verfügung, so dass die besagten Personen mangels Alternativen und finanziellen Möglichkeiten oftmals einen definitiven Pflegeheimenritt beantragen, obwohl nach einer angemessenen Übergangspflegephase der Heimenritt massgeblich hinausgezögert werden könnte.

Bei geriatrischen polymorbiden Patienten werden vermeidbare notfallmässige stationäre Eintritte regelmässig festgestellt. Dadurch entstehen unnötige Mehrkosten sowohl für die Krankenversicherung wie den Kanton, der sich mittels Spitalbeiträgen zu 56% an jedem stationären Aufenthalt beteiligen muss. Es besteht daher ein beträchtliches öffentliches Interesse an der Vermeidung von ungeplanten stationären Eintritten sowohl aus Sicht der Prämien- wie der Steuerzahlenden. Eine angemessene Abgeltung von koordinativen und steuernden nicht-ärztlichen Leistungen kann zu einer signifikanten Reduzierung von solchen stationären (Wieder-)Eintritten beitragen. Da sich das Angebot an das am schnellsten wachsende Bevölkerungssegment mit den höchsten Gesundheitskosten richtet, ist zu erwarten, dass das Wirtschaftlichkeitspotenzial dieser Massnahme mit fortschreitender Dauer zunimmt.

2.2 Nachweis, dass die Leistungen ohne die Finanzhilfe nicht erbracht werden können

Die beschriebenen Angebote und mit ihnen die drei sektorübergreifenden Versorgungsprojekte sind in der Schweiz noch wenig etabliert, da diese im Finanzierungssystem der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht adäquat abgebildet werden und eine spezifische gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme fehlt. Modell- bzw. Pilotprojekte sind deshalb immer auf Spezialfinanzierungen von kantonaler Seite angewiesen. Die finanzielle Unterstützung für die sektorübergreifenden Leistungsangebote durch den Kanton Basel-Stadt ist aufgrund des fragmentierten Gesundheitsfinanzierungssystems und der damit mehrheitlich fehlenden Abdeckung durch die Krankenversicherungsleistungen von hoher Priorität und unerlässlich.

2.3 Eigenleistung und andere Finanzierungsmöglichkeiten

Sowohl bei den beiden Home Treatment-Modellprojekten der UPK wie auch beim Pilotprojekt der UAFP wird die Begleitevaluation als Eigenleistung durch die Projektträger finanziert. Im Fall des Adullam Pflegezentrums hat die Rekrutierungsphase für die laufende Pilotphase zwischen Januar und März 2021 aus eigenen Mitteln bestritten und ist damit schon mit einem Eigenbeitrag in Vorleistung getreten.

2.4 Gewährleistung einer sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung

Die finanzielle Effizienz der vorgeschlagenen Versorgungsmodelle rührt vor allem daher, dass kostenintensive stationäre Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim vermieden bzw. verkürzt werden können. Zur Überprüfung der sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung wird einerseits vom GD ein kontinuierliches Monitoring der Projekte durchgeführt und von den Projektträgern eine jährliche Berichterstattung erwartet. Andererseits werden sämtliche Projekte einer wissenschaftlichen Begleitevaluation unterzogen.

2.5 Fazit

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Gewährung einer Finanzhilfe gemäss § 3 Abs. 2 StBG vorliegend erfüllt sind.

3. Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss § 8 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltsgesetz) vom 14. März 2012 überprüft.

Eine Regulierungsfolgenabschätzung ist bei diesem Vorhaben nicht erforderlich.


4. Einbezug in den Budgetvoranschlag

Die Ausgaben für die beiden Projekte *Home Treatment* und *Übergangspflege* sind im Budget für das Jahr 2022 eingestellt und wurden in den Finanzplan der Jahre 2023 – 2025 aufgenommen. Für das Projekt *Behandlung und Betreuung von geriatrischen multimorbiden Menschen* wird ein Budgetantrag für das Jahr 2023 und folgende gestellt. Die Einsparungen für den Kanton, die sich insbesondere auf die beiden Einzelposten «Stationäre Spitalbeiträge» und «Restfinanzierung Pflegeheime» auswirken, sind in den Budgetprognosen abgebildet, wobei hier generell die bedeutenden Jahresschwankungen berücksichtigt werden müssen. Die Budgetprognosen wurden in den letzten beiden Jahren noch zusätzlich durch die Einführung des neuen Tarifs für die stationäre Psychiatrie (TARPSY) sowie durch die Auswirkungen der Pandemie zusätzlich erschwert.

5. Antrag

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlussentwurfes.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Beat Jans
Regierungspräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Grossratsbeschluss

Massnahmenprogramm zur Förderung der integrierten Versorgung im Kanton Basel-Stadt 2022–2025

(vom [Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] und nach dem mündlichen Antrag der [Kommission eingeben] vom [Datum eingeben], beschliesst:

1. Für die Fortführung der beiden aufsuchenden Angebote «Home Treatment bei High Utilizer» und «Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung» der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) werden für die Jahre 2022 bis 2024 Ausgaben von Fr. 4'404'616 bewilligt.
2. Für den Testbetrieb Übergangspflege im Adullam Pflegezentrum Basel werden für leistungsbezogene Finanzhilfen für die Jahre 2022 bis 2024 maximal Fr. 1'200'000 bewilligt.
3. Für das Pilotprojekt zur integrierten Behandlung und Betreuung von geriatrischen multimorbiden Patientinnen und Patienten in der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP) wird für die Jahre 2023 bis 2025 eine Ausgabe von Fr. 1'677'207 bewilligt.
4. Der Grosse Rat nimmt den Zwischenbericht zur «Finanzierung der Modellprojekte für die aufsuchenden Angebote (Home Treatment High Utilizer und Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) für die Jahre 2018, 2019 und 2020 in Form einer Finanzhilfe» (18.0408) zur Kenntnis.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er untersteht dem Referendum.