



An den Grossen Rat

21.0414.02

18.0408.04

Gesundheits- und Sozialkommission
Basel, 17. Februar 2022

Kommissionsbeschluss vom 2. Februar 2022

Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission

zum

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

sowie zum

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

Inhalt

1. Begehren	3
2. Ausgangslage	3
3. Vorgehen der Kommission	4
4. Einzelprojekte und Hearings	4
4.1 Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK): Home Treatment	4
4.2 Pflegezentrum Adullam Basel (Adullam): Übergangspflege	5
4.3 Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP): AdvantAGE	6
5. Kommissionsberatung	7
5.1 Allgemeines.....	7
5.2 Leistungsvereinbarung mit der UAFP (Ergänzungen)	8
6. Kommissionsantrag	9
Grossratsbeschluss	10

1. Begehren

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat die Genehmigung von drei Einzelabschlüssen 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:

- Universitäre Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK), Fortführung der beiden aufsuchenden Angebote Home Treatment bei High Utilizer und Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung: Franken 4'404'616.
- Adullam Pflegezentrum Basel, Testbetrieb Übergangspflege: maximal Fr. 1'200'000.
- Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP), Pilotprojekt zur integrierten Behandlung und Betreuung von geriatrischen multimorbiden Patientinnen und Patienten: Fr. 1'677'207.

Zudem beantragt der Regierungsrat dem Grossen Rat die Kenntnisnahme des Zwischenberichts zur Finanzierung der Modellprojekte für die aufsuchenden Angebote (Home Treatment High Utilizer und Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung) der UPK für die Jahre 2018, 2019 und 2020 in Form einer Finanzhilfe.

2. Ausgangslage

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. Dies beginnt bereits auf der institutionellen Ebene. Allein in Basel-Stadt zählt man 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. Intensiv genutzt werden die komplexen Möglichkeiten von älteren sowie chronisch und mehrfach erkrankten Menschen, deren Zahl durch gesellschaftlich bedingte Entwicklungen und die höhere Lebenserwartung zunimmt. Bis zum Jahr 2040 ist im Kanton Basel-Stadt mit einem Anstieg von ca. 18 Prozent für die Alterskategorie 65+ zu rechnen. Beides – die zunehmende komplexe Angebotslandschaft und stetig wachsende Nachfragekreis – erhöht den Bedarf an Versorgungsmodellen, in denen Prävention, medizinische Behandlung, Rehabilitation und Pflege nicht getrennt, sondern koordiniert und interprofessionell erbracht werden sollen. Die höhere Qualität der Versorgungsmodelle ist dabei insbesondere auf das professionelle Schnittstellenmanagement zurückzuführen – etwa durch eine Koordinationsstelle oder ein zentrales Management. Für diese Modelle hat sich der Begriff der integrierten Versorgung etabliert.

Die integrierte 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. Das verbesserte Selbstmanagement, digitalisierte Prozesse und die verbesserte Kontrolle der Medikationen sind wesentliche Elemente dabei. Mit der qualitativen Verbesserung verbinden sich zudem die weiteren zwei Ziele der erhöhten Wirtschaftlichkeit (weniger stationäre Eintritte und weniger lange stationäre Behandlungsdauer, weniger Doppeluntersuchungen) und der Linderung des Fachkräftemangels (Kompetenz- und Rollenverteilung in der interprofessionellen Zusammenarbeit und administrative Entlastung).

Neben dem KVG-Bereich werden in die integrierte Versorgung auch Unterstützungsangebote aus der Sozial- und Präventivmedizin sowie Angebote im Bereich der Langzeitpflege und der Sozialpolitik einbezogen. Die Förderung der integrierten Versorgung ist eine der zentralen Massnahmen der beiden Gesundheitsstrategien, die der Bundesrat 2013 und 2019 verabschiedet hat. In diesen Zusammenhang gehören auch der Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung von 2014 und die KVG-Teilrevisionen zur Kostendämpfung von 2021. In Entsprechung zu diesen Vorgaben werden die Kantone im Leitfaden 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. Abschliessend zu nennen sind zudem die baselstädtische Verfassung (§ 26) sowie das Gesundheitsgesetz (§ 9 und § 56), aus denen sich ebenfalls Handlungsvorgaben in Richtung der integrierten Versorgung herleiten lassen.

Allerdings wurde bis anhin im Kanton Basel-Stadt keine gesonderte Förderung für Angebote der integrierten Versorgung vorgesehen. Projekte, die im weiteren Sinn darunter gefasst werden können, wurden entweder aus anderen Fördermitteln oder über spezifische Projektförderungen finanziert. Im Rahmen der neuen Legislaturplanung 2021–2025 hat der Regierungsrat beschlossen, einen Schwerpunkt bei der Förderung der integrierten Versorgung zu setzen. Diese soll konkret:

- Lücken in der baselstädtischen Versorgungsstruktur bei der Behandlung und Betreuung von chronisch kranken und polymorbiden Patienten schliessen;
- Negativauswirkungen der zunehmend fragmentierten Gesundheitsversorgung aufzufangen helfen;
- Effizienz und Qualität der Versorgungskette steigern und als zentrales Instrument unter den Massnahmen zur Kostdämpfung im Gesundheitswesen wirken.

Ausgehend davon legt die Regierung einen Gesamtratschlag vor, um eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Projekte und ihre Stossrichtungen zu ermöglichen. Mit den oben erwähnten Beschlussanträgen 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. Diese Modellprojekte sollen die strategisch angestrebte Verankerung der integrierten Versorgung – von der Prävention bis zur Palliativmedizin – festigen helfen. Mittelfristig können im Rahmen der integrierten Versorgung auch noch weitere Projekte entwickelt werden.

Detaillierte Ausführungen zur Vorlage sind dem Ratschlag Nr. 21.0414.01 zu entnehmen.

3. Vorgehen der Kommission

Der Grosse Rat hat den Ratschlag Nr. 21.0414.01 der Gesundheits- und Sozialkommission (GSK) zum Bericht überwiesen. Die GSK hat das Geschäft und den Kommissionsbericht an drei Sitzungen behandelt. An der Beratung haben der Vorsteher des Gesundheitsdepartements, die Leiterin Gesundheitsversorgung und der Leiter Abteilung Finanzen und Dienste sowie an Hearings Vertretungen der drei Institutionen UPK, UAFP und Adullam teilgenommen.

4. Einzelprojekte und Hearings

Die GSK liess sich zur Verdeutlichung der Projekte diese von den jeweiligen Institutionen direkt präsentieren. Die Hearings dienten auch dem direkten Austausch mit den Institutionen, soweit sich Verständnisfragen und Kritik ergaben.

4.1 Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK): Home Treatment

Die zwei Modellprojekte «Home Treatment bei High Utilizer» (HT-HU) und «Home Treatment bei Übergangsbearbeitung nach stationärer Behandlung» (HT-ÜBE) der UPK Basel sind im Januar 2019 gestartet und liefen im Dezember 2021 aus. Die Modellprojekte sollen in den Jahren 2022 bis 2024 weitergeführt bzw. sie verlängert werden.

Zentraler Bestandteil des Home Treatment ist ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das psychiatrisch behandlungsbedürftige Personen mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen in ihrer gewohnten Umgebung versorgt. Die Stossrichtung ist dabei eine Verbesserung bei der Alltagsbewältigung und den psychosozialen Funktionen, eine hohe subjektiv empfundene Lebensqualität sowie der Aufbau einer konstanten Beziehung zu den Betreuungspersonen. Strukturelle Ziele sind standardisierte Übergangsprozesse und Versorgungskontinuität im ambulant-stationären Setting. Bei den beiden Modellprojekten handelt es sich um international anerkannte Therapieformen, die ihre klinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität bewiesen haben. Die beiden aufsuchenden Angebote entsprechen den strategischen Zielen der UPK.

Für die erste Projektperiode liegen Erfahrungen vor, die in einem detaillierten Zwischenbericht (Teil des vorliegenden Ratschlags) weiter ausgeführt sind:

- Die Zufriedenheit der Stakeholder (Vergleich Versorgungsgruppe und Kontrollgruppe) ist sehr hoch. Die Wiederaufnahmeraten konnten deutlich reduziert werden, auch die Pflagetage wurden weniger.
- Die geplanten Einsparungsziele konnten bis anhin noch nicht ganz erreicht werden.
- Die Rekrutierung von Teilnehmenden verlief weniger schnell als erwartet. Allerdings hat sich der Beobachtungszeitraum als zu kurz erwiesen, um einen definitiven Entscheid betreffend Überführung in Regelversorgung zu fällen.
- Es wird deshalb vorgeschlagen, das Projekt Home Treatment zu verlängern.
- Bei der Weiterführung sollen gemäss bisheriger Erfahrungen einige Anpassungen vorgenommen werden (z.B. Verschiebung des Angebots von HT-ÜBE zu HT-HU; Aufhebung Altersgrenze, stärkerer Einbezug Wohnheime etc.).

Das Einsparpotential von Home Treatment wird mit 1.45 Mio. Franken pro Jahr berechnet.

4.2 Pflegezentrum Adullam Basel (Adullam): Übergangspflege

Das Angebot einer Übergangspflege mit einer stationären Verweildauer im Adullam von zwei bis sechs Wochen beinhaltet, die Selbstkompetenz von älteren Menschen zu erhöhen, so dass diese ihre 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. Die Übergangspflege geht über die Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25 a Abs. 2 KVG hinaus, die auf 14 Tage beschränkt und damit in der Regel zu kurz ist, um die genannten Ziele zu erreichen. Der Fokus ist klar pflegerisch und auf die Selbstpflegekompetenz gerichtet, mit ergänzenden therapeutischen Anteilen. Hier zeigten sich in der Pilotphase zum Teil falsche Erwartungen bezüglich der Therapieintensität (analog Reha).

Die Fallführung erfolgt durch eine «Advanced Practice Nurse» (Pflegefachperson mit akademischer Weiterbildung), die Zuweisung geschieht durch interne oder externe Stellen, es folgen eine Abklärung des Adullam gemäss Kriterienkatalog (z.B. Erfordernis der nötigen kognitiven Fähigkeiten) und die Einwilligung der kantonalen Abteilung Langzeitpflege. Die Übergangspflege ist nicht als langfristige Versorgung gedacht und endet nach der stationären Behandlung und einem Schulungs- und Nachkontrollbesuch bei der Rückkehr in die heimische Umgebung.

Das Projekt soll ab Anfang 2022 einen dreijährigen Testbetrieb aufnehmen. Eine bereits durchgeführte Pilotphase ab April 2021 hat gezeigt, dass eine Nachfrage besteht, wenn auch die tatsächliche Inanspruchnahme deutlich unter den Erwartungen lag. Eine Schwelle bei der Inanspruchnahme sind die Eigenkosten von rund 200 Franken pro Tag, da Unterbringung und Betreuung gemäss Pflegefinanzierung nicht von der Krankenversicherung gedeckt sind. Das Adullam erwartet aber, dass sich das Angebot nach der Pandemie gut etablieren wird. Die erzielten

Ergebnisse entsprechen der erwarteten und stimmen optimistisch: Alle bisherigen Übergangspflege-Patientinnen und -Patienten konnten wieder nach Hause zurückkehren.

Das Einsparpotential der Adullam Übergangspflege wird mit 0.4 Mio. Franken pro Jahr berechnet.

4.3 Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP): AdvantAGE

Das Pilotprojekt AdvantAGE an der UAFP soll den komplexen Bedürfnissen der steigenden Anzahl von chronisch und mehrfach erkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten gerecht werden. Der Projektname AdvantAGE steht für: «Development and implementation of an ADVANced Practice Nurse-led interprofessional Transitional cAre model for frail GERiatric adults» («Entwicklung und Einführung eines interprofessionellen Modells zur Übergangsvorsorgung für fragile geriatrische Erwachsene unter Leitung einer Advanced Practice Nurse / akademisch weitergebildeten Pflegefachperson»). Die übergeordneten Ziele des Projekts sind:

- Möglichst lange Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten;
- Verzögerung oder Vermeidung der erneuten Hospitalisierung und Pflegeheimplatzierung;
- Verbesserung der Versorgungsqualität durch Sicherstellung von Behandlungen.

Die UAFP nimmt an, dass eine Reduktion der Anzahl Pfl egetage der erwarteten 60 Patientinnen und Patienten pro Jahr um rund 30 Prozent möglich sein sollte und dass bei 20 Prozent der Patientinnen und Patienten eine (Re-)Hospitalisierung vermieden werden kann.

Das Projekt besteht aus zwei Phasen. Die erste zur Kontextanalyse und Entwicklung des Modells ab 2022 ist selbstfinanziert, die zweite zur Implementierung und Evaluation des Modells hat die Laufzeit 2023 bis 2025. Für die zweite Phase sind kantonale Mittel (Finanzhilfe) beantragt.

Im Rahmen des Pilotprojekts sollen ältere multimorbide Patientinnen und Patienten von einem Team von Spezialisten wie Ärztinnen und Ärzten, Advanced Practice Nurses (APN, Pflegefachpersonen mit akademischer Weiterbildung), Pflegenden, Sozialarbeitenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologinnen und Psychologen der UAFP stationär und ambulant behandelt, betreut und begleitet werden. Die Anschlussversorgung im ambulanten Bereich erfolgt durch eine Kooperation und Zusammenarbeit mit den ambulanten Leistungserbringenden der Patientinnen und Patienten (insbesondere Hausärzte, Spitex). Die zentrale Rolle in diesem Modell übernehmen die APN: Sie koordinieren den Behandlungspfad mit dem sektorenübergreifenden Informationsaustausch von der Aufnahme in der UAFP über die Behandlung im Spital bis zur Entlassung sowie Weiterbehandlung und -versorgung im häuslichen Umfeld und schliesslich zur Abschlussbesprechung nach 90 Tagen (Austrittsmanagement durch ein interprofessionelles Team zur Erstellung ganzheitlicher Versorgungspläne).

Das Modell soll zuerst in Zusammenarbeit mit der WestfeldPraxis in der UAFP getestet werden. Stufenweise erfolgt dann während der Implementierungsphase der Einschluss von anderen Hausarztpraxen im Kanton Basel-Stadt, welche am Projekt teilnehmen. Das Projekt verfügt zudem über einen Forschungsteil, um die Versorgung qualitativ weiterzuentwickeln und effektiver zu gestalten. Evaluert werden die Wirksamkeit des neuen Versorgungsmodells, gesundheitsökonomische Daten (entstehenden Kosten) und die Prozesse. Eine Stakeholdergruppe wird ab Entwicklungsphase (Phase 1) kontinuierlich in die Evaluation des Projektes involviert.

Das Einsparpotential von AdvantAge wird mit 0.55 Mio. Franken pro Jahr berechnet.

5. Kommissionsberatung

5.1 Allgemeines

Die GSK befürwortet einhellig das Ziel der integrierten Versorgung und bejaht das Prinzip «stationär vor ambulant». Projekte der integrierten Versorgung werden mittel- und langfristig eine zentrale Rolle bei der Reduktion von Spitalaufenthalten und bei der besseren Schnittstellenkoordination zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen spielen. Die Massnahmen richten sich an ausgesprochen vulnerable und behandlungs- bzw. betreuungsintensive Personengruppen. Ohne den Rahmen der integrierten Versorgung können für diese bestimmten Leistungen teilweise bloss unzulänglich erbracht werden, die eine Verbesserung der Qualität und des Behandlungsergebnisses sowie eine wirtschaftlichere Leistungserbringung ermöglichen. Die Frage der zukünftigen Finanzierung der integrierten Versorgung bleibt für die GSK Thema.

Die Kommissionsberatung ergab, dass die Weiterführung der zwei Teilprojekte Home Treatment UPK allgemeine Zustimmung fanden. Auch das Projekt des Adullam wurde nach Präsentation und Austausch als unproblematisch bewertet.

Kritik erfuhr das Projekt UAFP. Hierzu manifestierten sich grundsätzliche Bedenken und Unklarheiten zur Projektstruktur und Durchführung. Diese lassen sich in folgende Punkte gruppieren:

- Mangelhafte Wahlfreiheit bei den Hausarztpraxen, Apotheken etc. und unklare Trennung der Verantwortlichkeiten zwischen der stationären und ambulanten Ebene. Die UAFP erhält in einem geschlossenen System Exklusivität für ihre eigenen Fachpersonen (WestfeldPraxis). Die vorhandenen Hausarzt- und Apothekennetze und die damit bereits bestehenden Vertrauensverhältnisse werden ungenügend miteinbezogen.
- Eingriffe durch die neue Funktion der APN in die Zuständigkeiten von Arzt und Apotheke sowie in die Nachsorgebehandlung (Spitex). Es stellt sich die Frage, ob die neue Funktion zu neuen administrativen Abläufen führt, die den therapeutischen Fokus beeinträchtigen.
- Nichtberücksichtigung der ganzen Bandbreite an Grundversorgung in der Stakeholdergruppe, obwohl diese als wesentliches Sounding-Board für die Weitergestaltung des Projekts dient. Zur Grundversorgung gehören Hausarztpraxen, Apotheken, soziale Institutionen, Spitex, spitalinterne Pharmazie.

Diese grundsätzlichen Bedenken zum Verhältnis von Projektanlage und medizinischer/pflegerischer Versorgungsrealität führten zu einem Schriftverkehr, mittels dessen Anpassungen angekündigt worden sind, welche die Zustimmung der Gesamtkommission zum Projekt ermöglicht haben (siehe unten).

Weitere Einzelfragen und -themen wurden ebenfalls mündlich und nachträglich schriftlich ausführlich beantwortet. Es handelt sich hierbei insbesondere um:

- Elektronisches Patientendossier und Digitalisierung des Projekts: Sobald das elektronische Patientendossier operativ sein wird, wird dieses ein integrierender Teil des Versorgungsmodells darstellen.
- Finanzierung des Projekts: Die Kosten für die Planung des Pilotprojektes wurden von der UAFP finanziert. Die Frage zur künftigen Finanzierung solcher integrierter Versorgungsmodelle ist Teil der Fragestellung des Pilots. Die vom Kanton beim Grossen Rat beantragten Mittel sollen die Kosten, welche bei der UAFP für das Pilotprojekt entstehen, zum grössten Teil die Personalkosten für die APNs, decken. Die APNs stehen auf der Lohnliste der UAFP.
- Deckung der Projektkosten bei den weiteren Projektbeteiligten: Für die Teilnahme in der Stakeholdergruppe werden keine Entschädigungen gezahlt. Ambulante Versorgungskosten durch Hausärzte/-innen, Spitex, Therapeut/-innen usw. werden wie immer durch die

bisherigen Kostenträger gedeckt. Vergütungen sind zum Teil bereits in den Tarifen enthalten. Hausärztliche Auskünfte oder Absprachen können zu Kostenpositionen werden. Der Fallführungsaufwand generiert Kosten, und das Spital, welches das Projekt initialisiert hat, soll die Ausgaben schultern.

- Wissenschaftliche Evaluation: Das Projekt ist eingebettet in einer wissenschaftlichen Implementierungsstudie. Beide Phasen des Projekts basieren auf wissenschaftlichen Methoden und werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel (INS) durchgeführt. Für die Finanzierung der wissenschaftlichen Evaluation laufen derzeit Drittmittelanträge beim Schweizer Nationalfonds und der Nachwuchsförderung der Universität Basel. Darüber hinaus ist die Einreichung von weiteren Anträgen bei Stiftungen geplant.
- Nachfrage nach dem Angebot: Die Anzahl der Teilnehmenden am Pilotprojekt wurde sehr konservativ angenommen. Falls diese aber zu gering ist, werden die Kosten angepasst oder die Zeitdauer des Pilotprojektes verlängert.
- Personaldecke (Anstellung APN): Vom INS wurden in Basel und an anderen Instituten in der Schweiz und im Ausland bereits eine Vielzahl von APNs ausgebildet. Die UAFP beschäftigt bereits heute fünf APNs. Für das Pilotprojekt sollen weitere drei APNs von der UAFP angestellt werden.
- Sistiertes Pilotprojekt Austrittsmanagement: Die UAFP ist nach wie vor an dem Pilotprojekt mit dem Baselstädtischen Apothekerverband interessiert. Das Projekt wurde damals seitens UAFP von ihrem Spitalapotheker geleitet. Bedingt durch den damaligen Stand der Einführung des Klinikinformationssystems konnte die Information aus dem System jedoch noch nicht direkt an die entsprechenden Apotheken elektronisch versendet werden. Diese Funktionalität besteht inzwischen. Das Projekt musste bedauerlicherweise pandemiebedingt temporär auf Eis gelegt werden.

5.2 Leistungsvereinbarung mit der UAFP (Ergänzungen)

Das wesentliche Ergebnis der Kommissionsberatung und der angebrachten Kritik wurde in zwei Schreiben des Gesundheitsdepartements und der UAFP sowie an der abschliessenden Diskussion festgehalten.

Die UAFP, die ihr Projekt explizit als «inklusiv und partizipativ» bezeichnet sowie dessen Offenheit betont, hält in ihrer Stellungnahme folgendes fest:

- «Alle vor der Hospitalisation involvierten Behandlungsbereiche (Hausärzte/-innen, Apotheken usw.) sollen einbezogen und informiert werden und vor der Hospitalisation bestehende Zuständigkeiten bleiben bestehen. (...) Die Wahlfreiheit und das Einverständnis der Patient/-innen wird während der ganzen Behandlung und Betreuung innerhalb des Pilotprojektes gewährleistet. Das Austrittsmanagement der medikamentösen Behandlung ist Teil des Projektes und die Zusammenarbeit mit den Apotheken ist erwünscht.»
- «Mit dem Austritt aus der UAFP geht die Verantwortung für die medizinische Behandlung vom Spital an die Hausarzt/-innen und, wenn diese nicht erreichbar sind, an das interprofessionelle Team der UAFP. Für die medikamentöse Versorgung und Behandlung werden die angestammten Apotheken der Patient/-innen in Anspruch genommen. Vorbestehende Behandlungs-Netzwerke werden nicht in Frage gestellt, sondern unterstützt. Grundsätzlich ist keine langfristige Betreuung durch eine APN zuhause geplant. Das Pilotprojekt zielt darauf ab, die kritische Phase nach dem Spitalaufenthalt zu überbrücken und in diesem Zeitrahmen eine zusätzliche Unterstützung anzubieten.»
- «In der Stakeholdergruppe sind die Hausarzt/-innen prominent vertreten. Apotheker/-innen oder eine Vertretung des BAV würden die Stakeholdergruppe ideal ergänzen und sollen zum nächsten Austausch der Stakeholder eingeladen werden. Alle bestehenden Versorgungsbereiche sollen, wenn immer möglich im Pilotprojekt einbezogen werden.»

Das GD erachtet das UAFP-Projekt als strategisch hochbedeutsam und erhofft sich auch wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der integrierten Gesundheitsversorgung. Es sieht die genaue Projektdefinition auch weiterhin bei der Projektträgerin UAFP. Das Departement wird aber in der Leistungsvereinbarung zusätzliche Auflagen festschreiben. Diese Auflagen enthalten die folgenden Punkte:

1. Es soll eine klare Abgrenzung zwischen der Konzeptentwicklungsphase (Phase 1) und der Umsetzungsphase (Phase 2) vorgenommen werden. Spätestens ab Phase 2 wird auf eine exklusive Zusammenarbeit mit ausgewählten Leistungserbringenden verzichtet. Zudem müssen sämtliche Anspruchsgruppen angemessen in der begleitenden Stakeholdergruppe vertreten sein.
2. Die am Projekt teilnehmenden Patientinnen und Patienten dürfen ihre bestehenden Leistungserbringer in jedem Fall behalten und deren freie Wahl durch die Patientinnen und Patienten bleibt jederzeit gewährleistet. Die Projektträgerin verpflichtet sich, bei der ambulanten Nachsorge der Patientinnen und Patienten durch das interprofessionelle Team der UAFP diese Leistungserbringer eng in die Koordination miteinzubeziehen.
3. Die Rollenteilung zwischen der begleitenden Advanced Practice Nurse (APN) sowie den Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf die Behandlungsführung bei Projektteilnehmenden wird vorab eindeutig geklärt. Bei einer allfälligen Uneinigkeit bleibt der hausärztliche Entscheid vorrangig.
4. In der Stakeholdergruppe sind die Hausärztinnen und Hausärzte vertreten. Sie wird zudem mit einer Vertretung der Basler Apothekerinnen und Apotheker ergänzt.

6. Kommissionsantrag

Gestützt auf diese Ausführungen beantragt die Gesundheits- und Sozialkommission dem Grossen Rat einstimmig, dem nachstehenden Beschlussantrag zuzustimmen.

Die Gesundheits- und Sozialkommission hat diesen Bericht am 17. Februar 2022 einstimmig genehmigt und den Kommissionspräsidenten zum Sprecher bestimmt.

Im Namen der Gesundheits- und Sozialkommission



Oliver Bolliger, Präsident

Beilagen

Grossratsbeschluss

Grossratsbeschluss

betreffend 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. 21.0414.01 vom 9. November 2021 sowie in den Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission Nr. 21.0414.02 vom 17. Februar 2022, beschliesst:

1. Für die Fortführung der beiden aufsuchenden Angebote Home Treatment bei High Utilizer und Home Treatment bei Übergangspflege 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 Übergangspflege 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 unterliegt dem Referendum.