



Gesundheit beider Basel

2007

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| 1. Demografisches Umfeld | 2 |
| 2. Wirtschaftliches Umfeld | 3 |
| 3. Spitäler | 4 |
| 4. Behinderten-Institutionen | 8 |
| 5. Alters- und Pflegeheime | 9 |
| 6. Ambulanter Sektor | 11 |
| 7. Geburten und Todesfälle, Lebenserwartung | 12 |
| 8. Diagnosen und Behandlungen | 14 |
| 9. Kosten und Finanzierung | 16 |
| Glossar | 19 |
| Kennzahlen | 20 |

Herausgeber

Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel:

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt:
Jan Zbinden, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Christine Huber, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons
Basel-Landschaft:
Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft:
August Lienin, Kantonsstatistiker, Vorsitzender
des Leitungsausschusses Gesundheitsstatistik beider Basel

Bezugsadresse

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft
Rufsteinweg 4, 4410 Liestal
Tel. 061 925 56 32, Fax 061 925 69 87
statistisches.amt@bl.ch
www.statistik.bl.ch

Preis: CHF 20.–

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Kreis Druck AG, Basel
Bildnachweis Titelseite: Fotos 1–4: Getty Images;
Foto 5: Felix Gysin, Mikrofilmstelle des Kantons Basel-Landschaft

November 2007

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Nun liegt sie vor, die neue gemeinsame Publikation. Im neuen Kleid, mit neuen Inhalten. Aber eines bleibt: «Gesundheit beider Basel» schafft Transparenz in einem Bereich, der uns allen am Herzen liegt, die Gesundheit. Sie verhilft zum Überblick über die Leistungen der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege in unserer Region, die, wenn es um unsere Gesundheit geht, eine Schlüsselrolle spielen. Sie sorgen für eine optimale, allen Patientinnen und Patienten zugängliche Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu vertretbaren Kosten.

Gesundheit endet nicht an Grenzen. Einerseits geht der medizinische Fortschritt immer weiter, andererseits verlieren Kantons- und Landesgrenzen auch zunehmend an Bedeutung, wenn es um die Finanzierung dieses Fortschritts geht. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sind dafür gesamtschweizerisch ein Musterbeispiel. Eine gemeinsame Spitalliste mit gemeinsamer Bedarfsplanung, ein bald sich im Bau befindliches Universitäts-Kinderspital beider Basel, ein geplantes gemeinsames Kompetenzzentrum für die Versorgung altersspezifischer Leiden, ein die Landesgrenzen überschreitendes Kooperationsprojekt mit Südbaden, ein schweizweit beispielhaftes Zusammenwirken von privaten und öffentlichen Institutionen – der Gesundheitsraum Nordwestschweiz ist eng vernetzt, die verschiedenen Akteure schöpfen vorhandene Synergien aus und antizipieren damit mögliche Entwicklungen auf nationaler Ebene.

Die vorliegende Broschüre zeugt von der fruchtbaren Zusammenarbeit der beiden Kantone auch im statistischen Bereich. Sie analysiert einerseits den Bereich der stationären Dienstleistungen und informiert andererseits die interessierte Bevölkerung über den bedeutenden Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen. Nicht mehr reines statistisches Nachschlagewerk, sondern ein modernes Informationsmittel, das einen Überblick gibt über die Zusammenhänge und Vernetzungen zwischen Gesundheitswesen und Wirtschaft, Gesellschaft und Demografie. Um die Kontinuität zu wahren, sind die in der bisherigen Publikationsform enthaltenen Tabellen weiterhin aktualisiert online abrufbar (www.statistik.bl.ch → Zahlenfenster → 14 Gesundheit).

Regierungsrat Carlo Conti
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Regierungsrat Peter Zwick
Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft

1. Demografisches Umfeld

Ende 2006 lebten 457 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den beiden Basler Kantonen, rund 187 000 davon im Kanton Basel-Stadt und rund 270 000 im Kanton Basel-Landschaft. Bis 2030 wird sich die Bevölkerungszahl gemäss Bevölkerungsprojektion im Stadtkanton verringern, während im Landkanton im selben Zeitraum mit einer Bevölkerungszunahme zu rechnen ist.

Bevölkerungsentwicklung seit 1950

Die wirtschaftliche Entwicklung der Nachkriegszeit und die damit verbundene Zuwanderung von in- und ausländischen Arbeitskräften führte in den beiden Basel zu einem starken Bevölkerungswachstum. Während die Wachstumsrate der Baselstädtischen Bevölkerung jedoch bereits in den 1960er Jahren zurückging, wies der Kanton Basel-Landschaft in den 1950er und 1960er Jahren die höchsten Bevölkerungswachstumsraten der Schweiz auf. Erst danach verminderte sich infolge wirtschaftlicher Rezession die Zuwanderung von Erwerbstätigen und die Zahl der Geburten ging massiv zurück. Das starke Bevölkerungswachstum der 1950er und 1960er Jahre ist in der heutigen Bevölkerungsstruktur des Kantons Basel-Landschaft an der überdurchschnittlich starken Vertretung der 50- bis 75-Jährigen erkennbar.

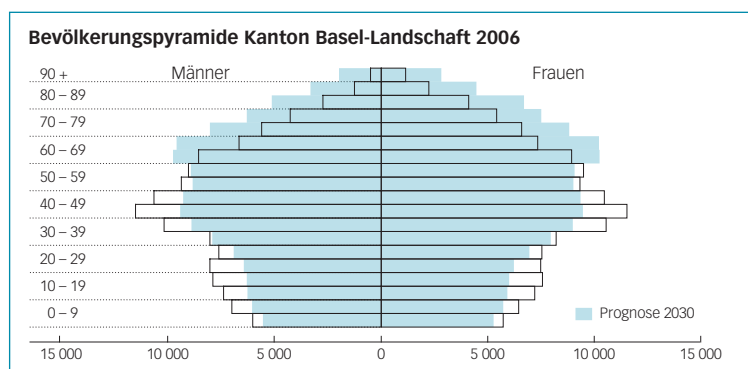
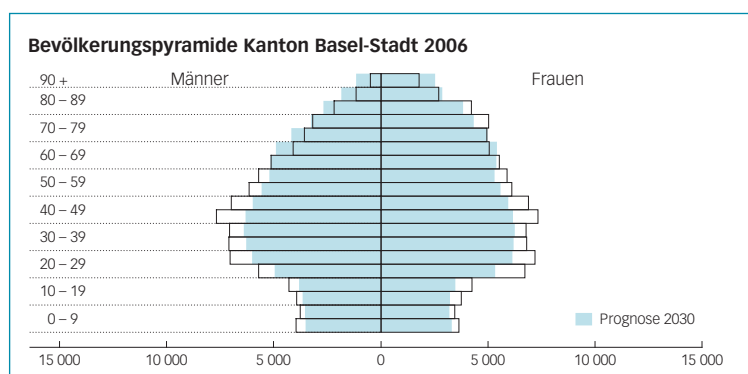
Demografische Alterung der Bevölkerung

Die demografische Alterung der Bevölkerung beinhaltet einerseits eine absolute Zunahme der älteren Bevölkerung und durch die steigende Lebenserwartung eine Verschiebung der Altersklassen zugunsten der höheren Altersgruppen. Der Anteil der älteren Bevölkerung gemessen an der Gesamtbevölkerung nimmt also zu. Dabei steigt mit der längeren Lebenserwartung auch die Zahl der bei guter Gesundheit gelebten Jahre an.

Ein Vergleich der Altersstrukturen der beiden Basler Kantone zeigt, dass der Alterungsprozess der Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt weiter fortgeschritten ist als im Kanton Basel-Landschaft. Bereits heute weist der Stadtkanton einen hohen Anteil an Betagten (über 64-Jährige) und Hochbetagten (80-Jährige und ältere Personen) auf. Im Baselbiet werden die heute stark vertretenen Altersklassen der 50- bis 75-Jährigen in der Alterspyramide zukünftig nach oben wandern und verbunden mit der verlängerten Lebenserwartung zu einem hohen Anteil an Betagten und Hochbetagten führen. Die Bevölkerungsstruktur der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zusammen liegt ungefähr im schweizerischen Durchschnitt.

Bevölkerungsprojektion bis 2030

Gemäss mittlerem Szenario der Bevölkerungsprojektion vom Bundesamt für Statistik ist im Kanton Basel-Stadt bis 2030 mit einem Bevölkerungsrückgang von 6% gegenüber 2005 zu rechnen. Verantwortlich für diesen Rückgang sind Sterbeüberschüsse und negative interkantonale Wanderungssaldi. Für den Kanton Basel-Landschaft hingegen wird eine Bevölkerungszunahme bis 2030 von 4% gegenüber 2005 erwartet. Erst danach wird die Bevölkerungszahl zurückgehen. Auch die Altersstruktur der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahrzehnten verändern. Während im Jahr 2005 im Kanton Basel-Stadt 33 Betagte auf 100 Personen im Erwerbsalter (20- bis 64-Jährige) entfielen, werden es im Jahr 2030 40 Betagte auf 100 Personen im Erwerbsalter sein. Im Kanton Basel-Landschaft kamen im Jahr 2005 28 Betagte auf 100 Erwerbspersonen, im Jahr 2030 werden es 49 Betagte auf 100 Personen im Erwerbsalter sein. Der Anteil an Hochbetagten gemessen an der Gesamtbevölkerung wird in Basel-Stadt von 7% im Jahr 2005 auf 9% im Jahr 2030 ansteigen, und im Baselbiet ist im gleichen Zeitraum mit einem Anstieg von 4% auf 9% zu rechnen. Beim Durchschnittsalter ist in den beiden Basel gemäss Bevölkerungsprojektion bei den Frauen ein Anstieg von 44 auf 47 Jahre zu erwarten, bei den Männern wird das durchschnittliche Alter von 41 auf 45 Jahre steigen.



2. Wirtschaftliches Umfeld

Die Gesundheitsausgaben der Schweiz erreichten im Jahr 2004 gemessen am Bruttoinlandprodukt einen Anteil von 12%. In den beiden Basel arbeiteten 2005 13% der rund 270 000 Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. Damit stellt das Gesundheitswesen einen bedeutenden Wirtschaftsbereich dar.

51,6 Mrd. Franken für das Gesundheitswesen ausgegeben

Die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens betragen für die Schweiz im Jahr 2004 51,6 Mrd. Franken. Dies entspricht einer realen Zunahme von 47% gegenüber 1990, während das Bruttoinlandprodukt im selben Zeitraum real um 15% angestiegen ist. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt betrug 1990 noch 8% und stieg bis 2004 auf 12% an.

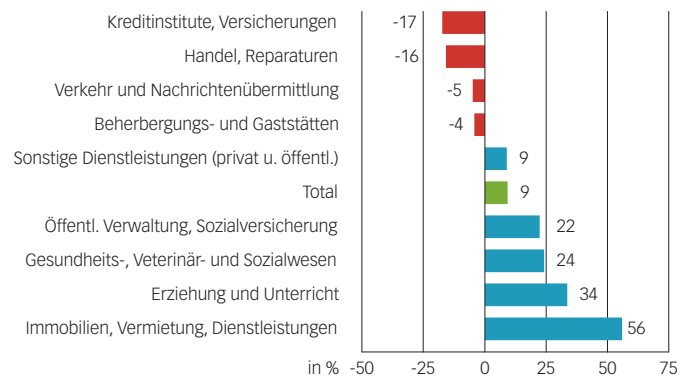
Die Zunahme der Wohnbevölkerung ist für einen Zehntel des Anstiegs der Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2004 verantwortlich. Als weitere Gründe für den Anstieg der Aufwendungen nennt das Bundesamt für Statistik «Erweiterung des Leistungskatalogs, Ausweitung der Krankenversicherung auf die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz, wachsende Spezialisierung und Technisierung, höherer Komfort sowie zunehmende Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen aufgrund des Alterungsprozesses der Gesellschaft und der Zunahme der alleine Lebenden» (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik (Hrsg.), 2006, Seiten 14–15).

Dienstleistungssektor im Wachstum

Im Jahr 2005 wurden in den beiden Basler Kantonen über 270 000 Personen beschäftigt. Dies waren 7% der Beschäftigten der Schweiz. Im Vergleich dazu betrug der Bevölkerungsanteil der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft an der gesamtschweizerischen Bevölkerung 6%. Während in den letzten zehn Jahren in den beiden Basel im primären und im sekundären Sektor die Zahl der Beschäftigten weiter zurückging, nahmen die Beschäftigten im tertiären Sektor zu. 2005 zählte der Dienstleistungssektor 196 000 Beschäftigte. Im Kanton Basel-Stadt nahmen die Beschäftigten im tertiären Sektor zwischen 1995 und 2005 um 4% zu, der Kanton Basel-Landschaft verzeichnete im gleichen Zeitraum sogar eine Zunahme von 18%. Vor allem die Dienstleistungsbranche «Immobilien, Vermietung, Dienst-

leistungen» ist in den beiden Basel im Wachstum begriffen. Aber auch die Branchen «Erziehung und Unterricht» und «Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen» legten zwischen 1995 und 2005 stark zu.

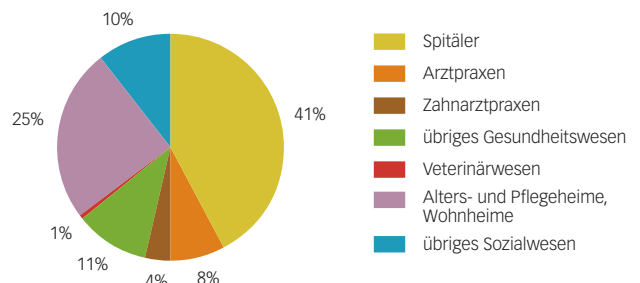
Veränderung der Beschäftigtenzahl im Dienstleistungssektor nach Wirtschaftsabschnitt BS/BL in % 1995–2005



Stationäre Einrichtungen Hauptarbeitgeber im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen

Ein Grossteil der Beschäftigten des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens beider Basel arbeitete 2005 in den stationären Einrichtungen: Im Stadtkanton waren fast 11 000 Personen in den Spitälern und 4 000 Personen in den Heimen angestellt. Die Baselbieter Spitäler zählten 4 000 Beschäftigte und die Baselbieter Heime rund 5 000 Beschäftigte. Damit wird im Spitalbereich die Zentrumsfunktion des Stadtkantons, der auch überregionale Bedürfnisse abdeckt, deutlich.

Beschäftigte im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen BS/BL nach Wirtschaftsklasse 2005



3. Spitäler

In den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurden im Jahr 2006 insgesamt rund 93 000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt und gut 1,1 Mio. Pflage tage geleistet. Während die Zahl der Hospitalisierten in den letzten Jahren zunahm, ist die Zahl der Pflage tage rückläufig.

25 Spitäler in den beiden Basel

Das stationäre Spitalangebot beider Basel umfasst insgesamt 25 Spitäler, davon befinden sich 13 Betriebe im Kanton Basel-Stadt, 11 Betriebe im Kanton Basel-Landschaft und das Universitäts-Kinderspital beider Basel wird von beiden Kantonen gemeinsam betrieben. Insgesamt stehen in den beiden Basel rund 3 600 Spitalbetten zur Verfügung, über zwei Drittel davon in den öffentlichen Spitälern, nicht ganz ein Drittel in den privat-subventionierten und privaten Spitälern.

Rund 93 000 Hospitalisierte in den beiden Basel

Im Jahr 2006 wurden in den Spitälern beider Basel rund 93 000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Dies sind 7% mehr als noch fünf Jahre zuvor. Da im selben Zeitraum die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stark reduziert werden konnte, hat die Zahl der geleisteten Pflage tage abgenommen und betrug 2006 noch gut 1,1 Mio. Tage.

38% der im Jahr 2006 in den Spitälern beider Basel Hospitalisierten wohnten im Kanton Basel-Stadt, 43% im Kanton Basel-Landschaft, 13% in den übrigen Schweizer Kantonen, vor allem in den Nachbarkantonen Solothurn und Aargau, und 5% stammten aus dem Ausland. Während fast ein Viertel der Patienten der Baselstädtischen Spitäler aus dem Baselbiet kam, stammten umgekehrt nur 5% der in Baselbieter Spitälern behandelten Patienten aus dem Stadtkanton.

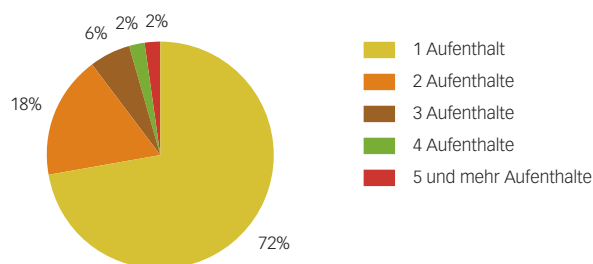
Durchschnittlich 1,5 Behandlungen pro Patient

Die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beanspruchten im Jahr 2005 rund 81 000 Aufenthalte in Schweizer Spitälern. Dabei waren 28% der Patientinnen und Patienten im gleichen Jahr mehr als einmal hospitalisiert. Im Schnitt kamen 1,5 Spitalaufenthalte auf einen Patienten.

Behandlungen ausserhalb der beiden Basel

7% der Hospitalisierten mit Wohnkanton Basel-Stadt oder Basel-Landschaft liessen sich 2005 ausserhalb der Basler Kantone behandeln, dies grösstenteils in den Spitälern der Nachbarkantone Aargau und Solothurn. Bei den Patientinnen und Patienten aus Basel-Stadt und Baselland, welche ausserhalb der beiden Basel hospitalisiert waren, betrug die Quote der Allgemeinversicherten 65%, während 73% der in den Spitälern beider Basel hospitalisierten Baselstädter und Baselbieter allgemein versichert waren.

BS/BL-Patient/innen nach Anzahl der Spitalaufenthalte im Jahr 2005



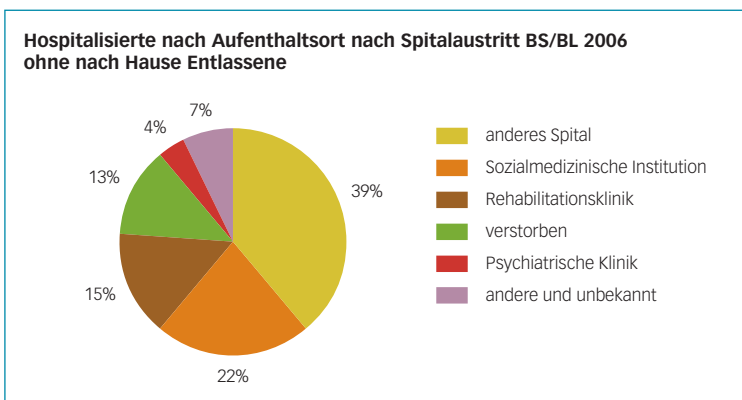
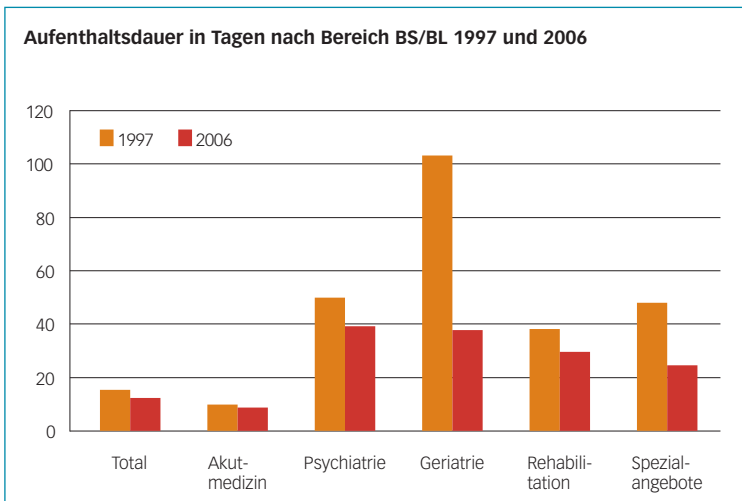
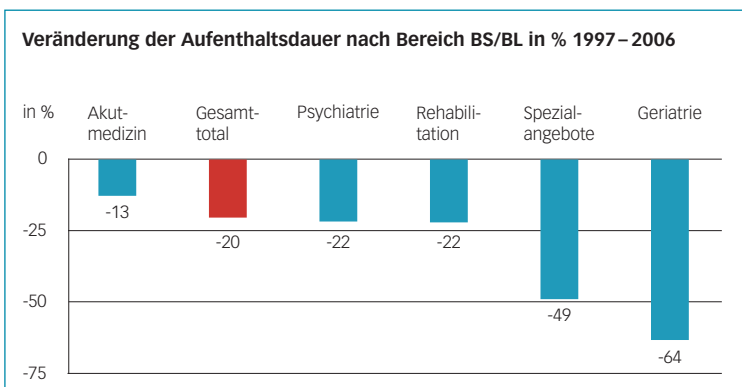
SCHONENDER, KÜRZER, FRAGMENTIERTER

Spitalbehandlungen werden durch den medizinischen Fortschritt mitgeprägt. Die Entwicklung präziserer Abklärungsverfahren, minimal-invasiver Operationsmethoden und neuer Medikamente lässt die Eingriffe im Spital schonender werden. Die Erholungszeit wird verkürzt, der Austritt ist rascher möglich. Wo noch vor kurzer Zeit nur eine lange Pflage bis zum Tod möglich war, erlauben Organtransplantationen Spitalaustritte in gutem Allgemeinzustand. Gleichzeitig zeichnet sich eine Entwicklung hin zu kurzen, mehrfachen Spitalaufenthalten für ein einziges Leiden ab. Um schonender vorgehen zu können, werden Krebsmedikamente fragmentiert in zahlreichen Kurzhospitalisationen verabreicht, Abklärungen werden zeitlich getrennt von chirurgischen Eingriffen während separaten Aufenthalten vorgenommen. Die Zunahme der Hospitalisationszahl darf nicht zum Fehlschluss führen, dass der Einzelne heute kränker sei als vor einigen Jahrzehnten. Tendenziell ist eher das Gegenteil zu beobachten. Die Verlagerung hin zu kurzen und kürzesten Aufenthalten führt aber zu einer Verlagerung von Behandlungsteilen in den ambulanten Sektor. Das Bett verliert an Bedeutung als zentrales Element der Spitalbehandlung.

Starker Rückgang der Aufenthaltsdauer in der Geriatrie

Während ein Spitalaufenthalt in den beiden Basel im Jahr 1997 durchschnittlich 15 Tage dauerte, konnten die Patientinnen und Patienten 2006 im Schnitt bereits nach 12 Tagen aus dem Spital entlassen werden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war in diesem Zeitraum in allen Spitalbereichen rückläufig, die Entwicklung zeigte sich jedoch im Bereich der Geriatrie besonders deutlich. Hier konnte der durchschnittliche Spitalaufenthalt von 103 Tagen auf 38 Tage reduziert werden, was mit der Ausgliederung von Langzeitpflegefällen aus den Spitälern in den Pflegeheim-

bereich zusammenhängt. Am geringsten war der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Bereich der Akutmedizin. Mit 10 Tagen wies dieser Bereich bereits 1997 eine geringe Aufenthaltsdauer auf. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer steht auch in Zusammenhang mit der Entwicklung von schonenderen Behandlungsmethoden, welche die Erholungszeit verkürzen und damit zur rückläufigen Zahl der Pflgetage beitragen. Ausserdem zeichnet sich eine Entwicklung hin zur Fragmentierung der Hospitalisationen in mehrere kürzere Aufenthalte ab.



Spitaleinweisung und Entlassung hauptsächlich auf Anweisung des Behandelnden

70% der Patientinnen und Patienten der Spitäler beider Basel wurden im Jahr 2006 durch einen Arzt ins Spital eingewiesen. In fast 20% der Fälle erfolgte die Spitalweisung durch die Patienten selbst oder durch Angehörige – dies vor allem in den Leistungsstellen Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Psychiatrie/Psychotherapie. Durch den Rettungsdienst wurden 10% der Patientinnen und Patienten eingewiesen. Überdurchschnittlich oft kam die Einweisung durch den Rettungsdienst in der Intensivmedizin vor. Fast 60% der Spitalaufenthalte waren geplant, und gut 40% der Spitaleritrete erfolgten aufgrund eines Notfalls. Wie die Einweisung, erfolgte auch die Entlassung aus dem Spital meist auf Anweisung des Behandelnden.

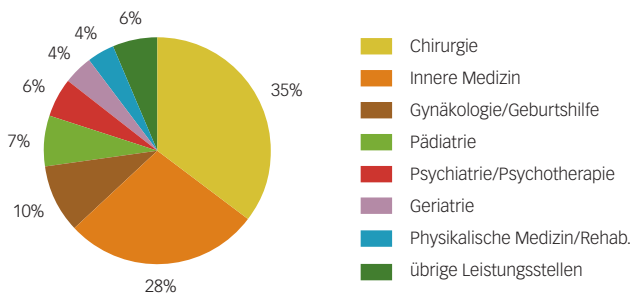
Spitaleintritt erfolgt meist von zu Hause

86% der Hospitalisierten hielten sich im Jahr 2006 vor dem Eintritt ins Spital zu Hause auf, 10% wurden aus einem anderen Spital überwiesen. Solche Verlegungen kommen vor allem in der Intensivmedizin, in der Geriatrie und in der Physikalischen Medizin/Rehabilitation vor. Psychiatriepatienten hielten sich zudem vor dem Spitalertritt überdurchschnittlich oft in einer Sozialmedizinischen Institution auf. Insgesamt erfolgte der Spitalertritt in gut einem Prozent der Fälle von einer Sozialmedizinischen Institution aus.

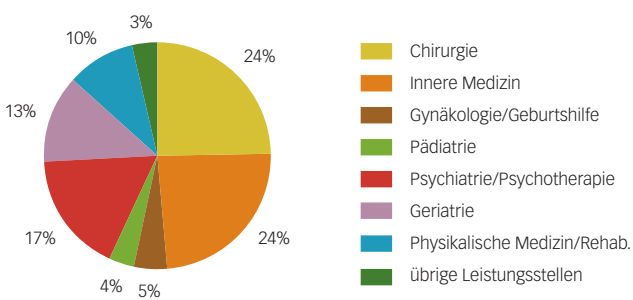
Entlassung nach Hause am häufigsten

Bei 82% der Spitalaufenthalte ist eine Entlassung nach Hause möglich, wobei jedoch in jedem zweiten Fall nach dem Austritt eine ambulante Behandlung notwendig ist. Rund 40% der nach Hause entlassenen Patientinnen und Patienten benötigen keine weitere Behandlung, dies vor allem in der Pädiatrie und in der Gynäkologie/Geburtshilfe. 18% der Hospitalisierten konnten nicht direkt nach Hause entlassen werden. Davon wurde die Mehrheit in andere Spitäler oder in Sozialmedizinische Institutionen verlegt. 2% der im Jahr 2006 in den Spitälern beider Basel Hospitalisierten sind im Spital verstorben.

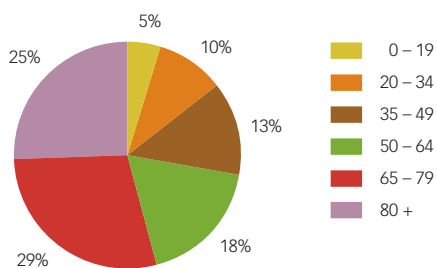
Hospitalisierte nach Leistungsstelle BS/BL 2006



Pflegetage nach Leistungsstelle BS/BL 2006



Pflegetage der Wohnbevölkerung BS/BL nach Altersklassen 2005



Differenzierung nach Leistungsstelle

Über 60% der im Jahr 2006 in den Spitälern beider Basel Hospitalisierten waren den Leistungsstellen Chirurgie und Innere Medizin zugeordnet. Da die Aufenthaltsdauer in diesen Leistungsstellen jedoch vergleichsweise tief liegt, entfielen weniger als die Hälfte der Pflegetage auf die Chirurgie und die Innere Medizin. Dagegen erreichten Leistungsstellen mit überdurchschnittlicher Aufenthaltsdauer wie die Psychiatrie / Psychotherapie, die Physikalische Medizin / Rehabilitation und die Geriatric an der Zahl der Pflegetage höhere Anteile als an der Zahl der Hospitalisierten.

Über die Hälfte der Pflegetage fällt auf Betagte

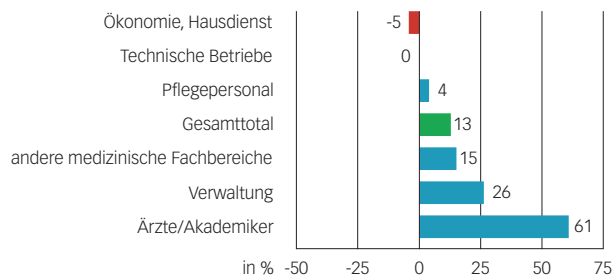
Die rund 81 000 Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft beanspruchten im Jahr 2005 1,1 Mio. Pflegetage, wovon über die Hälfte auf die über 64-Jährigen entfiel. Gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisierten erreichten die Betagten einen Anteil von rund 40%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der über 64-Jährigen betrug 17 Tage, während die unter 65-Jährigen das Spital im Schnitt bereits nach 10 Tagen wieder verlassen konnten.

Über 14 000 Beschäftigte in den Spitälern beider Basel

Mit der Zunahme der Hospitalisierten in den Spitälern beider Basel gingen zunehmende Beschäftigtenzahlen einher. Zwischen 1997 und 2006 stieg die Zahl der Beschäftigten um 13% auf über 14 000 Personen an. Betrug der Personaleinsatz pro Pfl egetag 1997 noch 2,8 Personentage, so musste das Personal im Jahr 2006 3,6 Personentage für einen Pfl egetag leisten. Der Personaleinsatz pro Patient ist seit 1997 praktisch unverändert geblieben.

Die Beschäftigten der Spitäler beider Basel arbeiteten 2006 im Schnitt mit einem Pensum von 80%, wobei das durchschnittliche Arbeitspensum bei den Frauen 74% und bei den Männern 91% betrug. Fast drei Viertel der Beschäftigten waren Frauen, und der Ausländeranteil ist seit 1997 leicht angestiegen und lag 2006 bei knapp 40%.

Veränderung der Vollzeitäquivalente nach Personalgruppe BS/BL in % 1997–2006



Zunahme in fast allen Personalgruppen

Während bei den Beschäftigten der Spitäler beider Basel in der Personalgruppe Ökonomie/Hausdienst seit 1997 Stellenprozente abgebaut worden sind, haben die Vollzeitäquivalente in allen übrigen Personalgruppen zugenommen. Die stärkste Zunahme verzeichneten die Ärzte und Akademiker.

Die Frauen waren in fast allen Personalgruppen deutlich in der Überzahl. Nur bei den technischen Betrieben sind die Frauen stark untervertreten, und auch bei den Ärzten und Akademikern ist eine Untervertretung der Frauen erkennbar. Der Anteil an Ärztinnen und Akademikerinnen hat jedoch seit 1997 zugenommen und betrug 2006 43%.

90% der Beschäftigten mit Ausbildung

Fast die Hälfte der im Jahr 2006 in den Spitälern beider Basel Beschäftigten hatte eine Berufsausbildung absolviert, ein Viertel eine höhere Ausbildung und 15% eine universitäre Ausbildung, 10% konnten keine Ausbildung vorweisen. Die Beschäftigten ohne Ausbildung waren vor allem in den Bereichen Hausdienst und Küche tätig. Fast drei Viertel der

ausgebildeten Beschäftigten besaßen eine Ausbildung in der Heilbehandlung und Pflege und bei 13% handelte es sich um eine Ausbildung aus den Bereichen Verwaltung, Büro und Administration.

Gut 1 400 Berufsschüler /innen der Heilbehandlung

In den beiden Basel wurden im Schuljahr 2005/2006 fast 12 500 Berufsschülerinnen und Berufsschüler gezählt. 11% davon oder gut 1 400 Schülerinnen und Schüler absolvierten eine Ausbildung im Bereich der Heilbehandlung, dies zu zwei Dritteln im Schulstandortkanton Basel-Stadt und zu einem Drittel im Standortkanton Basel-Landschaft. Fast die Hälfte der Schülerinnen und Schüler, welche sich in den beiden Basel im Bereich der Heilbehandlung ausbilden liessen, stammten aus dem Baselbiet, gut ein Drittel aus dem Stadtkanton. Die übrigen Schülerinnen und Schüler wohnten hauptsächlich in den Kantonen Aargau und Solothurn und im Ausland.

Mit einem Anteil von fast 90% bildeten die Frauen eine deutliche Mehrheit. Der Anteil an Schülerinnen und Schülern ausländischer Nationalität lag bei einem Viertel. Es handelte sich dabei vor allem um Schülerinnen und Schüler aus Deutschland, der Türkei, Mazedonien und Italien.

Studierende und Absolventen der Medizin und Pharmazie

19% der Studierenden der Universität Basel belegten im Wintersemester 2006/2007 einen medizinischen oder pharmazeutischen Fachbereich. Davon war die Mehrheit für Humanmedizin eingeschrieben, 19% für Pharmazie, 12% für Medizin und Pharmazie fächerübergreifend/übrige und 11% für Zahnmedizin. Der Frauenanteil lag in der Medizin und Pharmazie mit 62% über dem Durchschnittswert der Universität Basel und erreichte in der Pharmazie sogar über drei Viertel. Der Anteil an ausländischen Studentinnen und Studenten betrug in den medizinischen und pharmazeutischen Fachbereichen 16%.

Fast ein Drittel der 2006 an der Universität Basel erworbenen Abschlüsse auf Lizentiats-/Diplomstufe entfiel auf die Medizin und Pharmazie. Bei den vergebenen Doktoraten erreichten die medizinischen und pharmazeutischen Fachbereiche sogar einen Anteil von fast 40%. Lag der Frauenanteil bei den Abschlüssen auf Lizentiats-/Diplomniveau in der Medizin und Pharmazie bei 57%, so wurden nur 47% der Doktorate von Frauen erworben.

4. Behinderten-Institutionen

Die beiden Basel zählten 2006 50 Institutionen für Behinderte, 8 Institutionen für Suchtkranke und 5 Institutionen für psychosoziale Fälle und andere Personen. In diesen Heimen wohnten knapp 1 700 Personen, wobei rund ein Fünftel unter 25 Jahre alt war. Bei gut der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner handelte es sich um geistig Behinderte.

1 700 Personen in Behinderten-Institutionen

Zwischen 1997 und 2006 ist die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen in den beiden Basel um fast 30% auf knapp 1 700 angestiegen. In diesen Institutionen wurden im Jahr 2006 zudem gut 340 externe Pflege- und Unterstützungsbedürftige tagsüber betreut. Gut die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner besass eine geistige Behinderung und ein Viertel eine psychische Behinderung. Bei den psychisch, physisch und geistig behinderten Beherbergten und Betreuten ist seit 1997 eine Zunahme erkennbar, während der Anteil an Suchtbehinderten rückläufig ist.

Über 80% stammten aus den beiden Basel

44% der Bewohnerinnen und Bewohner von Baselstädtischen und Baselbieter Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen stammten im Jahr 2006 aus dem Kanton Basel-Stadt, 37% aus dem Kanton Basel-Landschaft. Die übrigen Personen wohnten zu einem grossen Teil in den beiden Nachbarkantonen Solothurn und Aargau. Während 72% der in den Baselstädtischen Institutionen betreuten Personen aus dem Stadtkanton selbst stammten und 10% aus dem Landkanton, kamen 62% der Bewohner von Baselbieter Heimen aus dem Baselbiet und 19% aus dem Kanton Basel-Stadt.

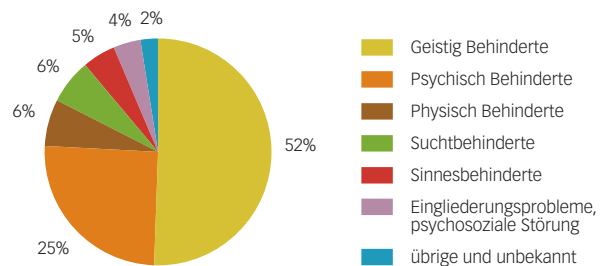
Ein Fünftel unter 25 Jahre alt

Gut ein Fünftel der im Jahr 2006 in Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen beider Basel beherbergten Personen war unter 25 Jahre alt und 7% der Personen waren über 64 Jahre alt. Der Männeranteil lag bei rund 60%. Während das Geschlechterverhältnis in den Institutionen für Behinderte mit einem

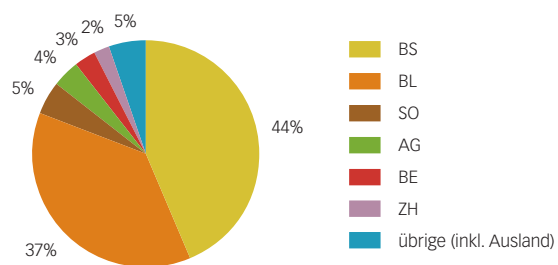
Frauenanteil von 48% etwa ausgeglichen war, waren die Männer in den Institutionen für Suchtkranke und für psychosoziale Fälle deutlich in der Überzahl.

Die im Jahr 2006 in den Behinderten-Institutionen beider Basel beherbergten Personen waren im Schnitt 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Bewohner von Suchtinstitutionen lag bei 43 Jahren und bei den Bewohnern von Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen bei 28 Jahren.

Bewohner/innen von Behinderten-Institutionen und anderen Institutionen nach Behinderungsart BS/BL 2006



Bewohner/innen von Behinderten-Institutionen und anderen Institutionen nach Wohnkanton BS/BL 2006



5. Alters- und Pflegeheime

In den Alters- und Pflegeheimen der beiden Basel lebten 2006 über 5 000 Personen. Die Differenzierung der Bewohnerinnen und Bewohner nach Altersklassen zeigt, dass im Kanton Basel-Stadt die demografische Alterung weiter fortgeschritten ist als im Kanton Basel-Landschaft, was dazu führt, dass trotz geringerer Bevölkerungszahl die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Stadtkanton höher ist als im Landkanton.

Quote der Alters- und Pflegeheimbewohner/innen rückläufig

Die absolute Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen ist in den beiden Basel seit 1997 angestiegen und erreichte im Jahr 2006 über 5 000 Personen. Das Verhältnis aus Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern und gleichaltriger Wohnbevölkerung ist hingegen ausser bei den über 94-Jährigen rückläufig. Dies hängt mit der Verlängerung der Lebensdauer bei guter Gesundheit und dem damit verbundenen späteren Heimeintritt zusammen. Der Anstieg der Quote der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Altersklasse der über 94-Jährigen ist fast vollständig durch Basel-Stadt bedingt und hängt mit der Ausgliederung von Geriatriebetten aus den Spitälern in den Pflegeheimbereich zusammen. Zudem ist zwischen 1997 und 2006 mit der Alterung der Bevölkerung das Durchschnittsalter der über 94-Jährigen angestiegen, und damit auch der Anteil der über 94-Jährigen, die pflegebedürftig sind und in einem Alters- und Pflegeheim wohnen.

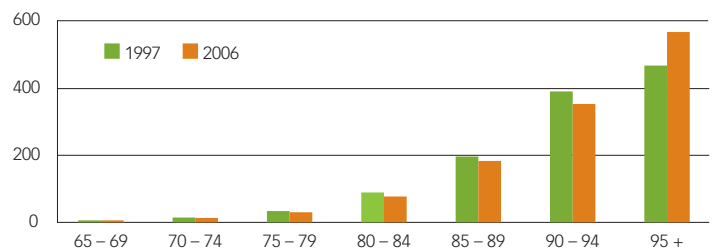
Unterschiede zwischen Stadt- und Landkanton

Der Vergleich der Alters- und Pflegeheime der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zeigt, dass der Stadtkanton trotz geringerer Bevölkerungszahl mehr Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen aufweist als der Landkanton. Zudem ist im Kanton Basel-Stadt die Altersklasse der 85- bis 89-Jährigen seit 1997 zurückgegangen, während die Zahl der 90-jährigen und älteren Personen angestiegen ist. Im Kanton Basel-Landschaft hingegen ist zwischen 1997 und 2006 bei den 85- bis 89-Jährigen eine Zunahme erkennbar, und die Altersklasse der 90- bis 94-Jährigen ist deutlich weniger stark gewachsen als im Stadtkanton. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass die demografische Alterung in Basel-Stadt weiter fortgeschritten ist als im Baselbiet. Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner von

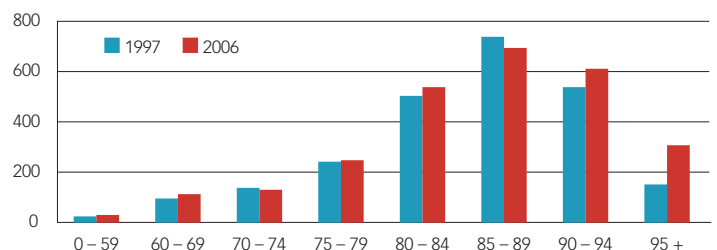
Alters- und Pflegeheimen lag 2006 im Stadtkanton bei 85 Jahren und im Landkanton bei 84 Jahren.

Zu erwarten ist zukünftig auch für den Kanton Basel-Landschaft eine zahlenmässige Zunahme der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und eine Verschiebung der Altersklassen zugunsten der älteren Altersgruppen. Das Bundesamt für Statistik errechnet in seiner Bevölkerungsprojektion für den Kanton Basel-Landschaft, dass der Anteil der Betagten (über 64-Jährige) an der Gesamtbevölkerung von 17 % im Jahr 2005 auf 27 % im Jahr 2030 ansteigen wird. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies eine Zunahme von rund 46 000 auf 75 000 betagte Personen. Bei den Hochbetagten (80-Jährige und ältere Personen) ist im gleichen Zeitraum eine Zunahme von rund 11 000 auf 24 000 Personen zu erwarten, womit der Anteil der Hochbetagten gemessen an der Gesamtbevölkerung von 4 % auf 9 % ansteigen wird. Neben steigendem Bettenbedarf in den Alters- und Pflegeheimen werden mit diesen Entwicklungen neue Ansprüche an die Pflegeleistungen gestellt. Die beiden Halbkantone planen die Weiterführung eines zweckmässigen Geriatrieangebotes zusammen.

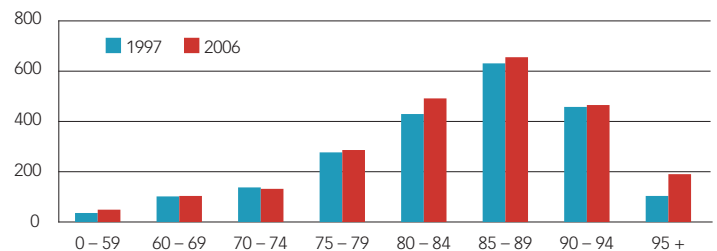
Heimbewohner/innen BS/BL auf 1000 Einwohner/innen BS/BL 1997 und 2006



Heimbewohner/innen nach Altersklassen BS 1997 und 2006



Heimbewohner/innen nach Altersklassen BL 1997 und 2006



Alterspflegepolitik im Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt besteht eine bestens eingespielte und bewährte geriatrische Versorgungskette, wobei gemäss Altersrichtlinien das Primat der Pflege zu Hause gilt – ein Verbleib in der gewohnten Umgebung wird solange wie möglich gefördert und unterstützt.

- Die Erstversorgung in Notfällen erfolgt auch für betagte Personen im Akutspital. Im Anschluss an die Akutversorgung steht in Basel-Stadt das Felix Platter-Spital als geriatrisches Kompetenzzentrum sowie das Adullam-Geriatrisches Spital bereit. Im Rahmen eines geriatrischen Assessments kann individuell und systematisch geklärt werden, mit welchen Massnahmen vorhandene Ressourcen gestärkt oder wieder gewonnen werden können. Auf die Bedürfnisse von Betagten wird mittels spezialisierter Angebote, wie z. B. internistische Nachbehandlung, Neuro-Rehabilitation-Spezialsprechstunden oder die Übergangspflege je nach konkreter Situation eingegangen.
- Nach einem stationären Aufenthalt stehen bei Bedarf ambulante Dienste und Tagesstrukturen (Spitex, Tagesklinik, Tagespflegeheime etc.) zur Verfügung. Das Angebot an Tagespflegeheimen wird entsprechend dem Bedarf weiter ausgebaut. Als Pilotprojekt wird in Basel neu auch ein Nachtheim geführt. Ebenso werden Spitex-Dienstleistungen im pflegerischen aber auch im hauswirtschaftlichen Bereich sowie ergänzende Dienstleistungen (z. B. Mahlzeitendienst, Transportdienst, Sozialberatung etc.) angeboten und vom Kanton unterstützt. Pflegebedürftige können im Kanton Basel-Stadt zwischen 22 Spitex-Organisationen, wovon zwei subventioniert, wählen.
- Ist nach einem Spitalaufenthalt eine Rückkehr nach Hause nicht mehr möglich, verfügt der Kanton Basel-Stadt über genügend Pflegeplätze, einschliesslich verschiedener Spezialangebote (div. Pflegewohngruppen, psychogeriatrische Abteilungen, Demenz-Pflegeheim, Wohngruppe für jüngere Pflegebedürftige etc.). Pflegebedürftigen stehen im Kanton Basel-Stadt Pflegeeinrichtungen an 40 Standorten zur Verfügung, um einen Wohnort in einer den Pflegebedürftigen bekannten Umgebung zu gewährleisten. Wer in ein ausserkantonales Pflegeheim einzutreten wünscht, kann dies mit Unterstützung des Kantons Basel-Stadt gleichfalls tun.
- Jede Leistung erfolgt aufgrund einer individuellen Bedarfsabklärung. Spezialisierte Pflegeberaterinnen stehen Betagten und ihren Angehörigen für eine individuelle Abklärung und Beratung zu Hause unentgeltlich zur Verfügung.
- Die Koordination der verschiedenen Angebote und Leistungsaufträge (inkl. Bedarfsplanung, Finanzierung und Aufsicht) wird in Basel-Stadt zentral vom Gesundheitsdepartement, Abteilung Langzeitpflege wahrgenommen. Für die Gemeinden Riehen und Bettingen ist die Gemeindeverwaltung Riehen Anlauf- und Koordinationsstelle.

Dienstleistungen und Strukturen im Kanton Basel-Landschaft

Im Landkanton nehmen sich die Gemeinden der betagten Personen und ihrer Wohnbedürfnisse an. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Kanton und Privaten spielt bei der Dienstleistung eine wesentliche Rolle. Der geriatrische Konsiliardienst, das Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie und Rehabilitation am Kantonsspital Bruderholz, die gerontopsychiatrische Abteilung der Psychiatrie und die Pflegebetten in den Kantonsspitalern Liestal und Laufen sowie ein vielfältig gegliedertes Dienstleistungsangebot wie z.B. die Krisenbewältigung und Tageskliniken unterstützen die Kommunen in ihrer Aufgabe.

Die Angebote der Langzeitpflege werden entsprechend der demografischen Entwicklung ausgebaut. Dabei wird auf folgende Prämissen geachtet:

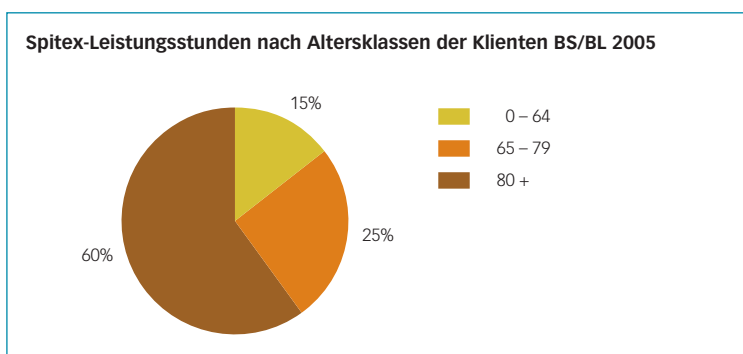
- Das Wohnen zu Hause, im gewohnten Umfeld, wird gefördert. Betagten stehen verschiedene Unterstützungsangebote wie Spitex oder Haushaltshilfe zur Verfügung.
- Das stationäre Angebot ist regional und wohnortsnah ausgerichtet. Die Grösse der Region wird auf der Grundlage gewachsener Strukturen, der geografischen und der lokalen Gegebenheiten bestimmt. Wohnortnahe Angebote begünstigen die Integration der Betagten, verbessern die Aufrechterhaltung der Kontakte zum sozialen Umfeld und unterstützen den Einbezug des sozialen Umfeldes in Betreuung und Pflege.
- Die Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und die Vernetzung der Angebote, insbesondere der ambulanten Angebote mit den spitalgebundenen geriatrischen Angeboten, wird gefördert.
- Den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betagten kann am besten Rechnung getragen werden, wenn diese unter verschiedenen Angeboten wählen können.
- Die Gemeinden sind in der Gestaltung der Pflegeplätze frei und tragen auch die Verantwortung für die Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote. Neue Wohnformen erfahren die gleiche Unterstützung wie Pflegeheime.
- Stationäre Einrichtungen können Dienstleistungsfunktionen für ambulante und teilstationäre Betreuungsformen sowie für Betagte zu Hause erfüllen. Beispiele hierfür sind: Therapieangebote, Hilfsmittelbewirtschaftung, Beratungsangebote.

6. Ambulanter Sektor

Die Spitex-Organisationen beider Basel betreuen im Jahr 2005 rund 12 700 Klientinnen und Klienten und erbrachten gut 923 000 Leistungsstunden. Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigt, dass die MS-Region Basel-Stadt, die zum Typ «Zentrum mit Universitätsspital» gehört, deutlich höhere Ärztedichten besitzt als die Baselbieter MS-Regionen (Regionen räumlicher Mobilität), die dem Typ «Metropolräume» angehören.

12 700 Personen beziehen Spitex-Leistungen

Unter Spitex wird die spitalexterne Hilfe und Pflege verstanden. Mit den Dienstleistungen der Spitex soll Menschen, welche Pflege und Betreuung benötigen, das Wohnen und Leben zu Hause ermöglicht werden. Insgesamt gab es im Jahr 2005 in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft 32 privatrechtlich-gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Spitex-Organisationen, die zusammen rund 12 700 Klientinnen und Klienten betreuten und gut 923 000 Leistungsstunden erbrachten. Über die Hälfte der Stunden wurde für pflegerische Leistungen eingesetzt, die restlichen Stunden wurden im Haushalt geleistet. 60% der Leistungsstunden wurden im Jahr 2005 für 80-jährige und ältere Klientinnen und Klienten erbracht.



Studie vom Obsan zum ambulanten Angebot

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysierte in einer Studie das ambulante medizinische Angebot in der Schweiz für das Jahr 2004 (Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Obsan, 2007). Als Untersuchungseinheit dienten die MS-Regionen (Regionen räumlicher Mobilität). Die Methode der Raumbgliederung nach MS-Regionen teilt die Schweiz flächendeckend in insgesamt 106 Regionen ein. Entsprechend ihrer sozioökonomischen Merkmale können diese Regionen sechs Regionentypen

zugeordnet werden. Der Kanton Basel-Stadt bildet eine einzige MS-Region des Typs «Zentrum mit Universitätsspital», der Kanton Basel-Landschaft wird in drei MS-Regionen des Typs «Metropolraum» eingeteilt: Unteres Baselbiet, Oberes Baselbiet und Laufental, wobei zur MS-Region Laufental neben dem Baselbieter Bezirk Laufen auch die solothurnischen Bezirke Thierstein und Dorneck zählen.

Ärztedichte in den beiden Basel

In der MS-Region Basel-Stadt kamen im Jahr 2004 auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Allgemeinmedizin plus Gynäkologie und Pädiatrie 32 Ärzte und in der Psychiatrie 19 Ärzte. Deutlich geringer war die Ärztedichte in der Fachmedizin. Die Ärztedichten der MS-Region Basel-Stadt entsprechen ungefähr den Werten der MS-Regionen Zürich, Bern, Lausanne und Genf, welche ebenfalls dem Typ «Zentrum mit Universitätsspital» zugeordnet sind und somit als urbane Regionen mit hohen Ärztedichten gelten. So erbringen die Ärzte der MS-Region Basel-Stadt nicht nur Leistungen für die Baselstädtische Bevölkerung, sondern werden auch von Patienten der umliegenden Regionen konsultiert.

Die drei MS-Regionen des Kantons Basel-Landschaft werden als «Metropolräume» eingestuft und sind beispielsweise vergleichbar mit den Regionen Winterthur, Schaffhausen, Zürcher Oberland und Zürcher Unterland. Das Untere Baselbiet weist im Bereich Allgemeinmedizin plus Gynäkologie und Pädiatrie mit 23 Ärzten pro 10 000 Einwohner eine deutlich höhere Ärztedichte auf als die beiden anderen Baselbieter MS-Regionen und die übrigen Metropolräume. In den Fachgebieten unterscheidet sich die Ärztedichte der drei Baselbieter MS-Regionen nicht wesentlich von jenen der übrigen Metropolräume.

Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in der Schweiz

Neben der Angebotsseite untersuchte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium auch die Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz. Dabei wurden sämtliche Arztkonsultationen, Hausbesuche und telefonischen Beratungsgespräche berücksichtigt, welche im Jahr 2004 von ambulanten Leistungserbringern erbracht und zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnet worden sind. Ausgeschlossen wurden infolge Unfall erbrachte Leistungen.

In fast der Hälfte der Fälle konsultierten die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Jahr 2004 Allgemeinmediziner. 13% der Leistungen wurden von ambulanten Spitalabteilungen erbracht und auf die Fachmediziner entfielen 20% der Leistungen. Durchschnittlich nahmen die Schweizerinnen und Schweizer rund 6 ambulante Konsultationen in Anspruch. Bei den über 80-Jährigen wurden im Schnitt sogar fast 15 ambulante Behandlungen gezählt.

7. Geburten und Todesfälle, Lebenserwartung

Die beiden Basel zählten im Jahr 2005 fast 3 900 Geburten und knapp 4 300 Todesfälle. Die hauptsächlichsten Todesursachen waren Herz-Kreislaufkrankheiten und Tumore. Die Lebenserwartung bei Geburt lag in der Schweiz im Jahr 2005 für Frauen bei 84 Jahren und bei 79 Jahren für Männer und wird gemäss Bevölkerungsprojektion des Bundesamtes für Statistik zukünftig weiter ansteigen.

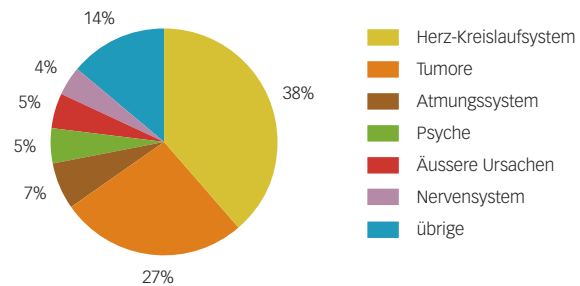
Fast 3 900 Geburten in den beiden Basel

Gemäss Bundesamt für Statistik wurden im Jahr 2005 in den beiden Basel knapp 3 900 Kinder lebend geboren. Dies waren 40% weniger als noch 35 Jahre zuvor, und gemäss Bevölkerungsprojektion des Bundesamtes für Statistik wird die Geburtenzahl auch zukünftig weiter zurückgehen. Im Stadtkanton wurden 2005 gut 1 600 Lebendgeborene gezählt, wobei über die Hälfte der geborenen Kinder von ausländischen Müttern stammte, obwohl die ausländischen Frauen nur gut einen Viertel der weiblichen Bevölkerung ausmachen. Der Kanton Basel-Landschaft zählte 2005 insgesamt rund 2 300 Lebendgeborene. Die Ausländerinnen erreichen im Baselbiet an der weiblichen Bevölkerung einen Anteil von 17%, gebären aber gut einen Drittel der Kinder. Die Fertilitätsziffer liegt in den beiden Basel unter dem schweizerischen Durchschnitt: In den beiden Basler Kantonen kamen im Jahr 2005 36 Lebendgeborene auf 1 000 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren.

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems Haupttodesursache in den beiden Basel

Insgesamt starben in den beiden Basel im Jahr 2005 fast 4 300 Menschen, 2 200 davon in Basel-Stadt und 2 100 im Baselbiet. Die Untersuchung nach Ursache der Todesfälle zeigt, dass im Zeitraum zwischen 2000 und 2004 Herz-Kreislaufkrankheiten und Tumore die Haupttodesursachen darstellten. Diese beiden Todesursachengruppen waren verantwortlich für fast zwei Drittel der Todesfälle. Bei den Herz-Kreislaufkrankheiten führten häufig ischämische Herzkrankheiten oder akuter Herzinfarkt zum Tod und bei den Todesfällen infolge von Tumoren handelte es sich oft um bösartige Neubildungen der Verdauungs- und Atmungsor-

Sterbefälle nach Todesursachen BS/BL 2000 – 2004



gane. Bei den Todesursachen in Zusammenhang mit Krankheiten des Atmungssystems handelte es sich häufig um Pneumonie oder chronische Bronchitis, und bei den Todesursachen infolge Krankheiten der Psyche stand an erster Stelle die Demenz. Die Todesursachengruppe der äusseren Ursachen beinhaltete Suizid und Verkehrsunfälle und bei den Krankheiten des Nervensystems wurden in erster Linie Alzheimer- und Parkinson-Krankheit als Todesursache diagnostiziert.

Todesursachen in den beiden Basel nach Geschlecht

Die Differenzierung der Todesursachen nach Geschlecht zeigt, dass die drei häufigsten Todesursachen im Zeitraum zwischen 2000 und 2004 zwar bei beiden Geschlechtern in derselben Reihenfolge standen, die Herz-Kreislaufkrankheiten jedoch bei den Frauen eine etwas grössere Bedeutung besaßen, während der Anteil an Tumoren als Todesursache dafür etwas geringer war als bei den Männern. Des weiteren kam die Todesursachengruppe der äusseren Ursachen wie Unfälle, Stürze und Suizid bei den Männern etwas häufiger als Todesursache vor als bei den Frauen, die dafür etwas öfter an psychischen Krankheiten oder Krankheiten des Nervensystems starben.

Todesursachen in der Schweiz nach Alter

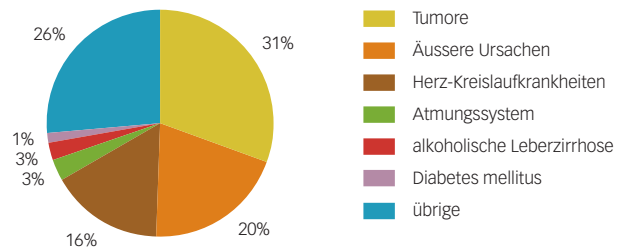
Bei den Säuglingen bildeten im Jahr 2004 in der Schweiz die Zustände mit Ursprung in Schwangerschaft und Geburt und die kongenitalen Anomalien die häufigsten Todesursachen. Beide Todesursachen zusammen waren verantwortlich für etwa drei Viertel der Todesfälle bei Säuglingen. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen einem und 24 Jahren stand die Todesursachengruppe der äusseren Ursachen an erster Stelle. Bei der Todesursache handelte es sich bei 23% der verstorbenen 1- bis 24-Jährigen um Verkehrsunfälle und bei 15% um Suizid. In der Altersklasse der 25- bis 44-Jährigen standen ebenfalls Todesfälle durch äussere Ursachen an erster Stelle, wobei in dieser Altersgruppe Selbsttötung viel öfter vorkam als Tod durch Verkehrsunfälle. Als weitere wichtige Todesursachen bei den 25- bis 44-Jährigen sind Tumore, psychische Krankheiten und Infektionskrankheiten zu nennen. Die 45- bis 64-Jährigen starben 2004 am häufigsten an Tumoren, an Herz-Kreislaufkrankheiten und infolge von äusseren Ursachen. Mit zunehmendem Alter gewinnen die Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache an Bedeutung. Sie standen bei den 65- bis 84-Jährigen im Jahr 2004 an erster Stelle, während Tumore nur noch die zweithäufigste Todesursache darstellten. Noch häufiger waren Todesfälle infolge Herz-Kreislaufkrankheiten bei den über 85-Jährigen. Sie erreichten einen Anteil von 50%, während Tumore dafür deutlich an Bedeutung verloren.

Vorzeitige Sterblichkeit

Durch Aufsummieren der Anzahl Jahre, die durch Tod vor dem 70. Lebensjahr bis zum Alter von 70 Jahren gefehlt haben, kann die Zahl der verlorenen potentiellen Lebensjahre berechnet werden. Anhand dieser Methode lässt sich die vermeidbare oder vorzeitige Sterblichkeit bestimmen. Werden die verlorenen potentiellen Lebensjahre nach Ursache der Todesfälle untersucht, können jene Todesursachen ermittelt werden, welche die Lebenserwartung der Bevölkerung beeinträchtigen. Die häufigsten Todesursachen sind in den beiden Basler Kantonen zwar die Herz-Kreislaufkrankheiten. Da diese jedoch vor allem bei älteren Menschen sehr häufig sind, stehen sie bei den Ursachen für die verlorenen Lebensjahre nur an dritter Stelle. Von den knapp 4 300 Todesfällen, die im Jahr 2005 in den beiden Basel registriert wurden, waren gut 930 Verstorbene oder 22% weniger als 70 Jahre alt.

Aus einer Berechnung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) geht hervor, dass im Zeitraum zwischen 1995 und 2001 in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft bei den Frauen Tumore die Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit darstellten (Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002, Schwei-

Verlorene potentielle Lebensjahre nach Todesursachen BS/BL 1995–2001



zerisches Gesundheitsobservatorium, 2005). Sie waren für 42% der verlorenen Lebensjahre der Frauen verantwortlich. An zweiter und dritter Stelle folgten die äusseren Ursachen wie Unfälle, Gewalttaten und Suizide mit 14% und Herz-Kreislaufkrankheiten mit 11%. Die Reihenfolge dieser drei Hauptursachen ist bei den Männern dieselbe wie bei den Frauen, allerdings besaßen Tumore mit einem Anteil von 24% bei den Männern eine nicht ganz so grosse Bedeutung, dafür erreichten Unfälle, Gewalttaten und Suizide und Herz-Kreislaufkrankheiten mit 23% bzw. 19% deutlich höhere Anteile als bei den Frauen.

Der Vergleich der beiden Basler Kantone zeigt, dass die Tumore bei den Baselbieterinnen eine bedeutendere Ursache für vorzeitige Sterblichkeit darstellten als bei den Frauen des Stadtkantons. Tumore waren im Kanton Basel-Stadt im Beobachtungszeitraum Ursache für 34% der verlorenen Lebensjahre von Frauen, im Kanton Basel-Landschaft bedingten Tumore 50% der verlorenen Lebensjahre der Frauen. Diese Unterschiede stehen in Zusammenhang mit der unterschiedlichen Altersstruktur der beiden Kantone.

Lebenserwartung in der Schweiz

Die Lebenserwartung bei Geburt betrug im Jahr 2005 in der Schweiz für Frauen 84 Jahre und 79 Jahre für Männer. Die 65-jährigen Frauen konnten erwarten, noch weitere 22 Jahre zu leben, bei den über 65-jährigen Männern lag die Lebenserwartung bei 18 Jahren. Damit ist die Lebenserwartung bei Geburt seit 1970 bei den Frauen um 8 Jahre und bei den Männern um 9 Jahre angestiegen, und gemäss Bevölkerungsprojektion des Bundesamtes für Statistik ist zukünftig mit einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung zu rechnen, wenn auch in abgeschwächter Form.

8. Diagnosen und Behandlungen

Am häufigsten erfolgte im Jahr 2005 ein Spitalaufenthalt aufgrund von Krankheiten in Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat und aufgrund von Verletzungen. Dementsprechend stand ein Grossteil der chirurgischen Hauptbehandlungen in Zusammenhang mit den Bewegungsorganen, wobei die Arthroskopie des Knies am häufigsten durchgeführt wurde.

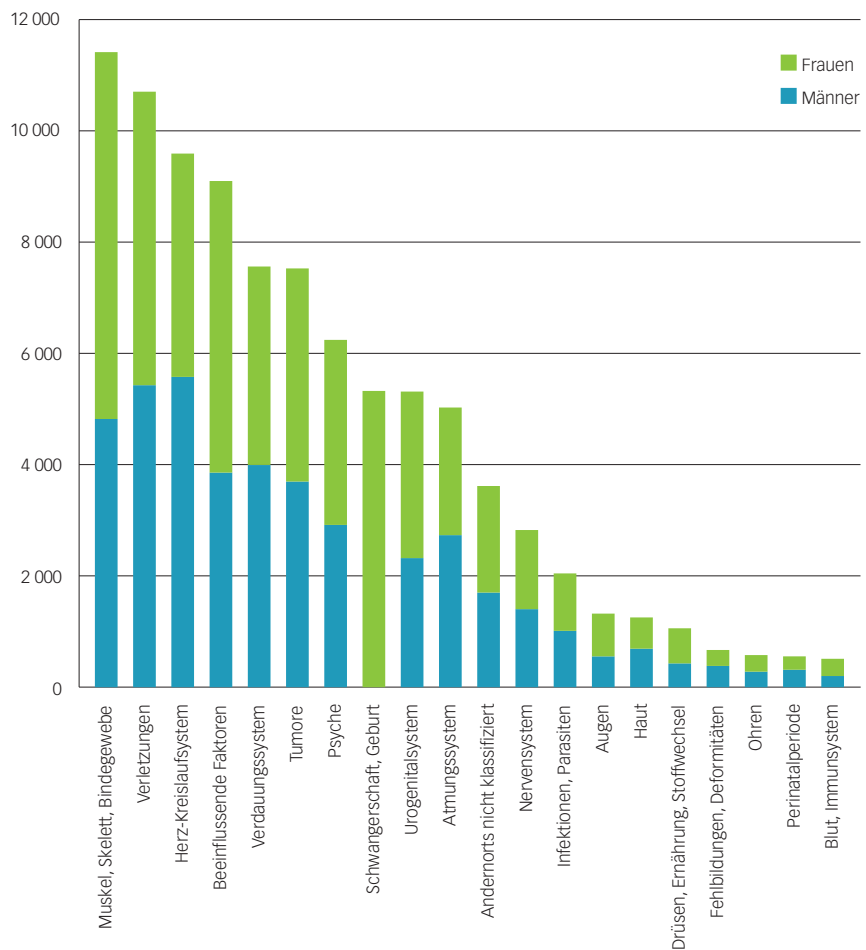
Krankheiten des Bewegungsapparates am häufigsten

Wie in den Vorjahren waren auch im Jahr 2005 Krankheiten des Bewegungsapparates (des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) die häufigsten Hospitalisierungsgründe. In gut 12% der Fälle wurde eine Hauptdiagnose aus dieser Diagnosegruppe kodiert. An zweiter Stelle standen die Verletzungen und an dritter und vierter Stelle folgten die Krankheiten in Zusammenhang mit dem Herz-Kreislaufsystem und Hauptdiagnosen aus der Gruppe der beeinflussenden Faktoren. Aus der letztgenannten Diagnosegruppe stammten die beiden meist kodierten Hauptdiagnosen: Rehabilitationsmassnahmen wurden in 2% der Fälle kodiert und chemotherapeutische Verabreichung wegen bösartiger Neubildung in einem Prozent der Fälle. An dritter Stelle folgte ebenfalls mit einem Prozent die Diagnose Gehirnerschütterung aus der Diagnosegruppe der Verletzungen.

Jede Diagnose wird einer von insgesamt 21 Diagnosegruppen zugeordnet. Für Hauptdiagnosen sind 20 Diagnosegruppen gültig.

Zur Diagnosegruppe Perinatalperiode zählen Zustände, welche ihren Ursprung im Zeitraum zwischen der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebensstag des Säuglings haben wie zum Beispiel Störungen in Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht. Die meist kodierten Hauptdiagnosen aus dieser Gruppe waren im Jahr 2005 «sonstige vor dem Termin Geborene» und «nicht näher bezeichnete Neugeborenenengelbsucht». Mit Diagnosen aus der Gruppe der beeinflussenden Faktoren werden jene Faktoren kodiert, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, wobei nicht unbedingt eine Krankheit oder Schädigung bestehen muss. Im Jahr 2005 stammten die meist kodierten Hauptdiagnosen, die Rehabilitationsmassnahmen und die chemotherapeutische Verabreichung wegen bösartiger Neubildung, aus diesem Kapitel. Weitere Beispiele für Diagnosen aus der Gruppe der beeinflussenden Faktoren sind Allgemeinuntersuchungen und Abklärungen. Die Diagnosegruppe «Anderorts nicht klassifiziert» umfasst Symptome, abnorme Ergebnisse von klinischen oder sonstigen Untersuchungen und ungenau bezeichnete Zustände, für die an anderer Stelle keine klassifizierbare Diagnose vorliegt. Aus dieser Gruppe wurde im Jahr 2005 am häufigsten die Diagnose «Synkope (Ohnmacht) und Kollaps» verwendet.

Hospitalisierte nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht BS/BL 2005



Männer häufiger von Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems betroffen

Während bei den Männern Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, gefolgt von Verletzungen und Beschwerden mit dem Bewegungsapparat die häufigsten Gründe für den Spitaleintritt darstellten, standen bei den Frauen Krankheiten in Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat an erster Stelle. Am zweit häufigsten wurden bei den Frauen Hauptdiagnosen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt kodiert und an dritter Stelle standen die Verletzungen.

Die beiden meist kodierten Diagnosen waren bei den Männern Leistenbruch und Rehabilitationsmassnahmen. Bei den Frauen wurden am häufigsten Rehabilitationsmassnahmen und Geburten diagnostiziert.

Operationen an den Bewegungsorganen am häufigsten

32% der chirurgischen Hauptbehandlungen standen im Jahr 2005 in Zusammenhang mit den Bewegungsorganen und 15% betrafen den Verdauungstrakt. Bei 10% der Patientinnen und Patienten, die sich einer chirurgischen Behandlung unterziehen mussten, wurde eine Operation am kardiovaskulären System vorgenommen, und bei 8% der chirurgischen Behandlungen handelte es sich um geburts-hilfliche Operationen. Am häufigsten wurden im Jahr 2005 die chirurgischen Hauptbehandlungen «Arthroskopie des Knies», «Menishektomie am Knie» und «Totalendoprothese des Hüftgelenks» kodiert. Alle drei Behandlungen gehören zu den Operationen an den Bewegungsorganen.

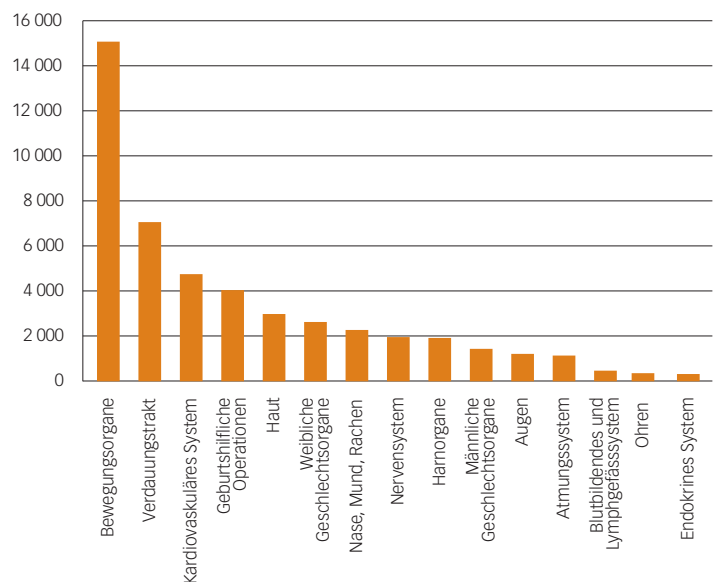
Finanzierung der stationären Behandlungen: Tages- und Fallpauschale

In der Schweiz werden bei der Finanzierung von stationären Behandlungen zur Zeit zwei grundsätzlich unterschiedliche Modelle angewendet. Bei Tagespauschalen werden bei einem krankheitsbedingtem Spitalaufenthalt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) jeweils die Anzahl Aufenthaltstage zu einem vereinbarten Tagessatz in Rechnung gestellt. Die Fallpauschale sieht im Gegensatz dazu eine Pauschale für eine meist am Ende des Aufenthalts gestellte Diagnose als Rechnungsgrundlage vor. Im Fallpauschalensystem bildet somit nicht die Aufenthaltsdauer die Basis zur Rechnung.

Finanzierung über diagnosebezogene Gruppen (DRG)

Mit der 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) soll eine diagnosebezogene gesamtschweizerisch einheitliche Leistungsfinanzierung über DRG (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Gruppen) eingeführt werden. Dabei werden alle stationär behandelten Patienten eines Krankenhauses in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen eingeteilt. Das wichtigste Gruppierungsmerkmal hierfür ist die Hauptdiagnose, weitere Klassifikationsmerkmale sind Alter, Geschlecht, Austrittsart, Nebendiagnosen und Behandlungen. Jeder Fallgruppe wird ein relatives, empirisch ermitteltes Kostengewicht (Verhältnis der durchschnittlichen Hospitalisationskosten einer DRG zu den Hospitalisationskosten aller Behandlungsfälle) zugeordnet. Indem die Summe der mit dem jeweiligen Kostengewicht multiplizierten Fälle durch die Behandlungsfälle insgesamt dividiert wird, kann der Case Mix Index, der durchschnittliche Schweregrad aller Behandlungsfälle eines Spitals, bestimmt werden. Dieser Case Mix Index ist ein Mass für die in einem Krankenhaus erbrachte Leistung und erlaubt einen Vergleich der Krankenhäuser.

Hospitalisierte nach chirurgischen Hauptbehandlungsgruppen BS/BL 2005



Die Behandlungen können in insgesamt 17 Behandlungsgruppen eingeteilt werden. 15 dieser Behandlungsgruppen betreffen die chirurgischen Behandlungen, ein Kapitel umfasst die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und in einem weiteren Kapitel werden die Behandlungen, welche keinem anderen Kapitel zugeordnet werden können, zusammengefasst.

Die beiden häufigsten Hauptbehandlungen aus der Gruppe der Operationen am Nervensystem waren im Jahr 2005 die Lumbalpunktion und die Entlastung am Karpaltunnel (Handwurzelkanal). Von den Operationen am Atmungssystem wurden 2005 am meisten die geschlossene Bronchusbiopsie und die geschlossene Biopsie am Larynx (Kehlkopf) durchgeführt, und von den Hauptbehandlungen aus der Gruppe der Operationen am blutbildenden System und Lymphgefässsystem wurde am häufigsten die Knochenmarkbiopsie vorgenommen.

9. Kosten und Finanzierung

Die Gesundheitskosten der Schweiz beliefen sich im Jahr 2004 auf 51,6 Mrd. Franken oder umgerechnet auf die Wohnbevölkerung auf fast 7 000 Franken pro Einwohner. Damit sind die Gesundheitskosten seit 1990 massiv angestiegen. Auch die Spitäler und Sozialmedizinischen Institutionen beider Basel verzeichneten in den letzten Jahren einen Kostenzuwachs.

Fast 7 000 Franken pro Einwohner/in

Gemäss Bundesamt für Statistik wurden im Jahr 2004 in der Schweiz 51,6 Mrd. Fr. für das Gesundheitswesen ausgegeben (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik (Hrsg.), 2006). Die durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Einwohner betragen damit fast 7 000 Franken, was real einer Zunahme von 34 % gegenüber 1990 entspricht. Fast die Hälfte der Kosten pro Einwohner wurden für die stationäre Behandlung ausgegeben, ein Grossteil davon für die stationären Behandlungen in den Spitälern. Nicht ganz 30% der Ausgaben entfielen auf die ambulante Behandlung. Hierbei handelte es sich in erster Linie um Behandlungen in Arztpraxen und zu geringeren Anteilen um ambulante Behandlungen in Spitälern, Zahnbehandlungen und Inanspruchnahme von Spitem-Dienstleistungen. 13% der Gesundheitsausgaben sind dem Verkauf von Gesundheitsgütern zuzurechnen, dies vor allem dem Verkauf von Arzneimitteln und zu einem kleinen Teil dem Verkauf von therapeutischen Apparaten.

Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht

Die Analyse der Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht der Bevölkerung zeigt die Bedeutung der demografischen Alterung für die Entwicklung der Gesundheitskosten. Während die absoluten Gesundheitskosten ihr Maximum in der Altersklasse der 81- bis 85-Jährigen aufweisen, und bei den älteren Personen zurückgehen, steigen die Kosten pro Einwohner weiter an und erreichen ihr Maximum erst bei den ältesten Personen.

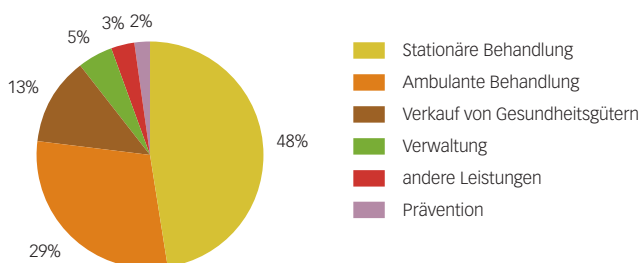
Die absoluten Kosten entwickeln sich bis zur Altersklasse der 71- bis 75-Jährigen bei beiden Geschlechtern ähnlich, bei den Männern kommt es aber ab dem Alter von 75 Jahren zu einer Abnahme der Gesundheitskosten, während bei den Frauen ein starker Anstieg bis zur Altersklasse der 81- bis 85-Jährigen zu verzeichnen ist. Dies hängt mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen, die es den Frauen öfter ermöglicht, ihren Partner zu unterstützen und zu pflegen als umgekehrt.

Mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten in den stationären Einrichtungen erbracht

Die Differenzierung der Gesundheitskosten nach Leistungserbringer zeigt, dass im Jahr 2004 über die Hälfte der Kosten aus den Leistungen der stationären Einrichtungen, also den Spitälern und Sozialmedizinischen Institutionen, entstanden sind. Dabei entfielen bei den Spitälern über drei Viertel der Kosten auf Leistungen der Allgemeinkrankenhäuser und bei den Sozialmedizinischen Institutionen stellten die Alters- und Pflegeheime die Gruppe der Hauptleistungserbringer dar. Auf die ambulante Versorgung entfiel ein Anteil von 30%, davon über die Hälfte auf die ärztlichen Leistungen. An den Gesundheitskosten, welche aus den Leistungen des Detailhandels hervorgingen, besaßen die Apotheken den Hauptanteil. Ebenfalls als Leistungen des Gesundheitswesens gelten Verwaltungsaufgaben und Prävention seitens der Sozialversicherungen und des Staates. Diese beiden Leistungserbringer machten zusammen einen Anteil von 6% an den Gesamtkosten aus.

Seit 1990 haben die Gesamtkosten des Gesundheitswesens real um 47% zugenommen. Die Differenzierung nach Leistungserbringer lässt erkennen, dass die Sozialmedizinischen Institutionen mit real 61% weitaus das grösste Wachstum vorweisen. Das Bundesamt für Statistik nennt als Gründe für dieses Wachstum die demografische Alterung der Bevölkerung, das steigende Bedürfnis nach Komfort und die sinkende Bereitschaft der Familie und Nachbarschaft, die Pflege von Angehörigen bzw. Nachbarn zu übernehmen. Ebenfalls stark gewachsen sind die Verwaltungskosten der Versicherer, deren Anteil an den Gesamtkosten allerdings sehr gering ist. Die Zunahme der Kosten der Versicherer steht in Zusammenhang mit der Inkraftset-

Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in der Schweiz 2004



zung des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (UVG), mit dem Leistungsausbau der Invalidenversicherung (IV) in Form von Eingliederungsmassnahmen und Subvention von Betrieben und mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

687 Mio. Franken Betriebsaufwand in den Heimen beider Basel

Der Betriebsaufwand der Sozialmedizinischen Institutionen hat seit 1997 real um 28% zugenommen und erreichte im Jahr 2006 687 Mio. Franken. 69% des Betriebsaufwandes entfiel auf die Alters- und Pflegeheime und 31% auf die Institutionen für Behinderte, Suchtkranke, psychosoziale Fälle und andere Personen. Der Betriebsaufwand für einen Pfl egetag in einer Sozialmedizinischen Institution stieg zwischen 1997 und 2006 zu konstanten Preisen von 250 Franken auf fast 280 Franken. Wie der Betriebsaufwand hat auch der Betriebsertrag im Vergleich zum Vorjahr zugenommen und betrug 2006 677 Mio. Franken. Gegenüber 1997 kann eine Ertragszunahme von real 33% verzeichnet werden.

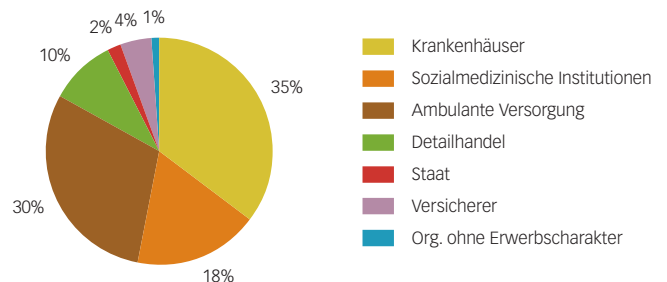
1,8 Mrd. Franken Betriebsaufwand in den Spitälern beider Basel

Der Betriebsaufwand der Spitäl er beider Basel betrug im Jahr 2006 1,8 Mrd. Franken. Zwei Drittel davon wurden für das Personal aufgewendet und bei einem Drittel handelte es sich um Sachaufwand. Im Zeitraum zwischen 1997 und 2006 verzeichnete der gesamte Betriebsaufwand real eine Zunahme von 15%, wobei der Sachaufwand in viel stärkerem Ausmass zugenommen hat als der Personalaufwand. Während der Betriebsaufwand vor allem zwischen 1999 und 2002 stark angestiegen ist, konnte die Kostenzunahme in den folgenden Jahren gebremst werden. Seit 2002 liegt das jährliche reale Wachstum praktisch unverändert bei rund 0,5%. Betrug die Kosten pro stationären Pfl egetag 1997 zu Preisen von 2006 noch rund 1 160 Franken, so wurden im Jahr 2006 rund 1 520 Franken für einen stationären Pfl egetag aufgewendet. Der Betriebsertrag der Spitäl er beider Basel ist zwischen 1997 und 2006 noch stärker angestiegen als der Aufwand und lag im Jahr 2006 bei 1,4 Mrd. Franken. Der Betriebsertrag pro stationären Pfl egetag stieg zwischen 1997 und 2006 von real 910 Franken auf 1 220 Franken.

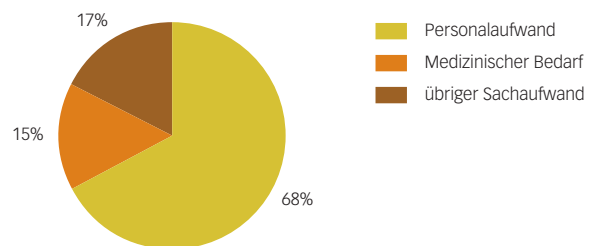
Die Finanzierung durch die Direktzahlenden

Die Finanzierung des Gesundheitswesens kann aus Sicht der Direktzahlenden betrachtet werden (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik (Hrsg.), 2006). Dabei werden die Gesundheitskosten nach den Wirtschaftseinheiten aufgeschlüsselt, welche den Leistungserbringern die Leistungen direkt bezahlen. Im Jahr 2004 wurde ein grosser Teil des Gesundheitswesens über die Sozialversicherungen finanziert. Dies vor allem über die Krankenversicherung (KVG Grundversicherung) und zu einem kleinen Teil über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und über die Unfall- und Militärversicherung. Die Privathaushalte beteiligten sich an der Finanzierung des Gesundheitswesens hauptsächlich mit der Bezahlung von Leistungen, die von den Privat- oder Sozialversicherungen nicht abgedeckt waren, und in geringerem Ausmass mit Kostenbeteiligungen,

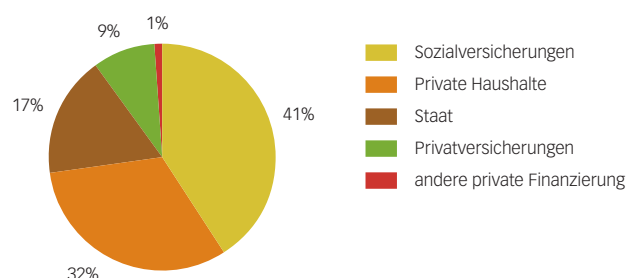
Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens nach Leistungserbringer 2004



Betriebsaufwand der Spitäl er BS/BL 2006



Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens nach Direktzahlenden 2004



die sie an die Sozial- und Privatversicherungen bezahlten. Bei der Finanzierung über den Staat handelte es sich in erster Linie um Kantonsbeiträge und zu einem geringen Teil um Gemeinde- und Bundesbeiträge an das Gesundheitswesen. Ein weiterer Direktzahler ist die Gruppe der

Privatversicherungen. Diese finanzieren das Gesundheitswesen über private Versicherungseinrichtungen und über die Zusatzversicherungen der Krankenkassen. Ein geringer Teil der Finanzierung erfolgt in Form von Spenden und Legaten über die «andere private Finanzierung».

System der Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz¹

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist in der Schweiz äusserst komplex, da die verschiedenen Bereiche nicht einheitlich finanziert werden. Die folgende Tabelle zeigt das Finanzierungssystem der Bereiche Akutversorgung, Geriatrie, Psychiatrie und Behinderung auf.

| | Öffentliche Hand | Versicherungen | Selbstzahler |
|--------------------------|---|------------------------------------|---|
| Akut | | | |
| Spital stationär | Standortkanton, Wohnsitzkanton | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Spital ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Arzt ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Sonstige ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Geriatrie | | | |
| Alterspflegeheim | Kanton, Gemeinden (Bausubventionen, Liegenschaftsbeiträge) | OKP ² | Franchise, Selbstbehalt, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Tagespflegeheim | Kanton, Gemeinden (Anteil Tagespauschale) | OKP ² | Franchise, Selbstbehalt, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Spitex-Betriebe | Kanton, Gemeinden (Leistungsfinanzierung) | OKP ² | Franchise, Selbstbehalt, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Psychiatrie | | | |
| Spital stationär | Standortkanton, Wohnsitzkanton | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Spital ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Arzt ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Sonstige ambulant | | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt |
| Tagesklinik | Kanton (Anteil Tagespauschale) | OKP ² , UV ³ | Franchise, Selbstbehalt, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Behinderung | | | |
| Geschützte Werkstätten | Wohnsitzkanton | | Keine Kostenbeteiligung |
| Wohnheime | Wohnsitzkanton | | Kostenbeteiligung, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Tagesstätten | Wohnsitzkanton | | Kostenbeteiligung, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |
| Ambulante Wohnbegleitung | Wohnsitzkanton, Bundesamt für Sozialversicherung | | Kostenbeteiligung, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung |

¹ Nur für Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der Schweiz, Beiträge der öffentlichen Hand variieren von Kanton zu Kanton. ² Obligatorische Krankenpflegeversicherung. ³ Unfallversicherung.

Glossar

Bereiche

Definieren das grundsätzliche Leistungsangebot eines Spitals, Kategorien gemäss der kantonalen Spitalplanung: Akutmedizin, Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation, Spezialangebote. Zur Akutmedizin gehören die Leistungsstellen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Pädiatrie, Ophthalmologie, ORL.

Beschäftigte am 31.12.

Anzahl Mitarbeiter/innen am 31.12. eines Jahres, unabhängig vom Beschäftigungsgrad.

Betriebsaufwand, -ertrag

Bruttoaufwand bzw. -ertrag gemäss Betriebsrechnung, ohne Nebenbetriebe wie Kiosk, Landwirtschaftsbetrieb etc.

Betten, Bettenbestand

Anzahl Betten per 1. Januar des jeweiligen Jahres gemäss kantonalen Spitalplanung (Spitalliste).

Bettenbelegung in %

Anzahl Pflagetage x 100 dividiert durch Anzahl Planbetten gemäss Spitalliste x 365 Tage.

Case Mix Index

Durchschnittlicher Schweregrad der Behandlungsfälle eines Spitals (Summe der mit dem jeweiligen Kostengewicht multiplizierten Fälle dividiert durch die Behandlungsfälle insgesamt).

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen

Anzahl Pflagetage dividiert durch Anzahl Austritte.

Hauptbehandlung

Als Hauptbehandlung wird entweder die chirurgische oder medizinische Behandlung oder die wichtigste diagnostische Massnahme, die aufgrund der Hauptdiagnose erforderlich ist, oder aber die für den Heilungsprozess bedeutendste Prozedur kodiert. Die Codes für die Behandlungen stammen aus dem Schweizerischen Operationsklassifikationssystem (CHOP).

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist definiert als derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten oder der Patientin war. Die Codes für die Diagnosen entstammen dem Klassifikationssystem ICD-10.

Hospitalisierte

Beinhaltet alle vom 1.1. bis zum 31.12. erfolgten Spitalaustritte ohne interne Klinikübertritte sowie ohne Neugeborene und ohne teilstationäre Fälle.

Kosten pro Fall, Kosten pro Pflage tag (Spitäler)

Betriebsaufwand dividiert durch Anzahl stationäre Austritte. Für die Berechnung der Kosten pro Fall und pro Pflage tag werden vom Betriebsaufwand die ambulanten Erträge abgezogen.

Kosten pro Pflage tag (Sozialmed. Institutionen)

Betriebsaufwand dividiert durch Anzahl Pflage tage der Leistungsempfänger.

Leistungsempfänger/innen

Summe der Bewohner/innen und der in der Sozialmedizinischen Institution tagsüber betreuten Auswärtigen (sog. Externe), die nicht in der Institution selbst wohnen.

Leistungsstellen

Medizinische und medizinisch-technische organisatorische Einheiten eines Spitals, denen Beschäftigte, Austritte und Pflage tage zugeordnet werden können. In den Leistungsstellen wird die medizinische Leistung erbracht. Die Leistungsstellen können unter Umständen mit «Abteilungen», «Kliniken» oder «Diensten» eines Spitals übereinstimmen.

MS-Regionen

Regionen räumlicher Mobilität. Methode der Raumgliederung, welche die Schweiz flächendeckend in 106 Regionen einteilt.

Patienten / Patientinnen

Siehe unter Hospitalisierte.

Pflage tage

Erbrachte Pflage tage bei stationären Patienten und Patientinnen vom 1.1. bis zum 31.12. Die Eintritts- und Austrittstage zählen als ganze Pflage tage. Die spitalinternen Übertrittstage werden nur einmal gezählt. Kurzabsenzen (bis 3 Nächte) zählen als ganze Tage.

Sozialmedizinische Institutionen

Alters- und Pflegeheime, Heime für Behinderte, Suchtkranke, Heime für psychosoziale Fälle sowie Kur- und Erholungszentren und übrige Institutionen.

Versicherungsklasse allgemein und privat/halbprivat

Austritte und Pflage tage, die in der Grundversicherung bzw. in den Zusatz-Versicherungskategorien privat/halbprivat erbracht wurden.

Vollzeitäquivalente am 31.12.

Der Beschäftigungsgrad des Personals am 31.12. wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. Beispielsweise entspricht eine am Jahresende zu 80% beschäftigte Person 0,8 Vollzeitäquivalenten.

Kennzahlen

Kennziffern nach Spitälern 2006

| Spital | Betten | Hospitalisierte | Pflegetage | Vollzeit-äquivalente | Betriebsaufwand in 1000 Fr. |
|----------------------------------|------------------|-----------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Total | 3 574 | 92 852 | 1 138 973 | 11 155 | 1 756 107 |
| Basel-Stadt | 2 160 | 53 007 | 697 683 | 7 207 | 1 194 625 |
| Universitätsspital Basel | 679 ¹ | 26 480 | 218 808 | 3 784 | 668 825 |
| Felix Platter-Spital | 297 ¹ | 2 966 | 97 196 | 570 | 78 286 |
| Universitäre Psychiatr. Kliniken | 272 ¹ | 2 520 | 95 388 | 630 | 90 124 |
| Gemeindespital Riehen | 76 | 1 370 | 24 736 | 138 | 20 965 |
| Reha Chrischona | 77 | 1 052 | 25 493 | 69 | 13 986 |
| St. Claraspital | 229 | 7 453 | 71 434 | 567 | 116 467 |
| Merian Iselin Spital | 120 ¹ | 5 175 | 35 576 | 357 | 63 014 |
| Bethesda-Spital | 132 | 4 139 | 37 254 | 500 | 55 470 |
| Adullam-Geriatriespital | 85 ¹ | 686 | 30 780 | 138 | 15 235 |
| Klinik Sonnenhalde | 59 | 332 | 22 526 | 83 | 12 788 |
| REHAB Basel | 92 | 383 | 27 066 | 258 | 40 920 |
| Hildegard Hospiz | 27 | 228 | 6 506 | 42 | 5 650 |
| Schmerzambulanz Kirschgarten | 15 | 223 | 4 920 | 72 | 12 895 |
| Basel-Landschaft | 1 285 | 33 067 | 401 284 | 3 345 | 459 597 |
| Kantonsspital Liestal | 384 | 13 051 | 118 026 | 1 106 | 147 792 |
| Kantonsspital Bruderholz | 424 | 11 675 | 138 695 | 1 202 | 163 296 |
| Kantonsspital Laufen | 86 | 2 163 | 24 589 | 213 | 28 931 |
| Psychiatrische Klinik | 191 | 1 351 | 66 859 | 325 | 44 696 |
| Klinik Cikade | 10 | 126 | 2 716 | 14 | 1 838 |
| Hirslanden Klinik Birshof | 43 | 2 049 | 12 316 | 109 | 19 976 |
| Praxisklinik Rennbahn | 10 | 501 | 3 012 | 51 | 9 307 |
| Ergolz-Klinik | 16 | 405 | 2 177 | 13 | 6 066 |
| Ita Wegman Klinik | 63 | 1 083 | 18 890 | 187 | 18 880 |
| Lukas Klinik | 46 | 519 | 11 031 | 109 | 16 513 |
| Hospiz im Park | 12 | 144 | 2 973 | 17 | 2 302 |
| Institutionen BS/BL | 129 | 6 778 | 40 006 | 603 | 101 885 |
| Universitäts-Kinderspital | 129 | 6 778 | 40 006 | 603 | 101 885 |

¹ Zahl stimmt nicht mit der kantonalen Spitalliste überein.

Kennziffern der Spitäler 1998–2006

| Kennziffer | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl Betriebe | 24 | 26 | 26 | 26 | 25 |
| Betten | 4 129 | 3 947 | 3 892 | 3 703 | 3 574 |
| Hospitalisierte | 86 238 | 85 986 | 88 048 | 90 524 | 92 852 |
| Pflegetage in 1000 | 1 270 | 1 242 | 1 216 | 1 207 | 1 139 |
| Ø Aufenthaltsdauer in Tagen | 14,7 | 14,4 | 13,8 | 13,3 | 12,3 |
| Bettenbelegung in % | 84,3 | 86,2 | 85,6 | 89,3 | 87,3 |
| Beschäftigte am 31.12. | 12 307 | 12 909 | 13 573 | 13 749 | 14 170 |
| Vollzeitäquivalente am 31.12. | 9 781 | 10 118 | 10 745 | 10 817 | 11 155 |
| Betriebsaufwand in Mio. Fr. | 1 329 | 1 421 | 1 593 | 1 671 | 1 756 |
| Kosten pro Fall ¹ (Fr.) | 15 309 | 16 293 | 17 754 | 18 123 | 18 593 |
| Kosten pro Pflegetag ² (Fr.) | 1 032 | 1 128 | 1 286 | 1 359 | 1 516 |

¹ Betriebsaufwand abzüglich ambulante Erträge dividiert durch stationäre Austritte. ² Betriebsaufwand abzüglich ambulante Erträge dividiert durch Anzahl stationäre Pflegetage.

Hospitalisierte und Pflegetage nach Wohnsitzkanton 1998–2006

| Wohnsitzkanton | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Hospitalisierte | | | | | |
| Total | 86 238 | 85 986 | 88 048 | 90 524 | 92 852 |
| BS | 35 260 | 34 358 | 34 450 | 34 474 | 35 092 |
| BL | 36 019 | 36 776 | 38 082 | 39 119 | 40 284 |
| AG | 2 280 | 2 770 | 3 098 | 3 069 | 3 367 |
| SO | 3 281 | 3 701 | 3 862 | 4 738 | 4 927 |
| JU | 1 131 | 1 033 | 1 105 | 1 199 | 1 138 |
| übrige CH | 2 237 | 2 907 | 2 843 | 3 068 | 2 959 |
| Ausland | 4 537 | 4 246 | 4 510 | 4 701 | 5 057 |
| unbekannt | 1 493 | 195 | 98 | 156 | 28 |
| Pflegetage | | | | | |
| Total | 1 269 938 | 1 242 337 | 1 216 001 | 1 207 362 | 1 138 973 |
| BS | 652 911 | 623 144 | 577 425 | 540 798 | 499 782 |
| BL | 454 014 | 452 477 | 468 136 | 479 507 | 458 891 |
| AG | 23 928 | 27 123 | 31 753 | 31 297 | 31 676 |
| SO | 35 694 | 41 200 | 42 697 | 55 023 | 53 603 |
| JU | 12 025 | 10 946 | 12 198 | 13 959 | 10 769 |
| übrige CH | 27 744 | 42 109 | 42 725 | 42 335 | 42 572 |
| Ausland | 37 909 | 42 360 | 39 952 | 43 990 | 41 472 |
| unbekannt | 25 713 | 2 978 | 1 115 | 453 | 208 |

Betten, Hospitalisierte, Pflegetage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Bettenbelegung nach Bereich 1998–2006

| Bereich | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Betten | | | | | |
| Total | 4 129 | 3 947 | 3 892 | 3 703 | 3 574 |
| Akutmedizin | 2 549 | 2 339 | 2 322 | 2 181 | 2 165 |
| Psychiatrie | 580 | 560 | 557 | 542 | 530 |
| Geriatric | 727 | 672 | 617 | 554 | 465 |
| Rehabilitation | 246 | 307 | 333 | 359 | 347 |
| Spezialangebote | 27 | 69 | 63 | 67 | 67 |
| Hospitalisierte | | | | | |
| Total | 86 238 | 85 986 | 88 048 | 90 524 | 92 852 |
| Akutmedizin | 76 945 | 74 567 | 76 426 | 77 777 | 80 144 |
| Psychiatrie | 4 050 | 4 453 | 4 673 | 4 704 | 4 784 |
| Geriatric | 2 610 | 2 528 | 2 762 | 3 410 | 3 784 |
| Rehabilitation | 2 415 | 3 868 | 3 639 | 4 084 | 3 642 |
| Spezialangebote | 218 | 570 | 548 | 549 | 498 |
| Pflegetage | | | | | |
| Total | 1 269 938 | 1 242 337 | 1 216 001 | 1 207 362 | 1 138 973 |
| Akutmedizin | 730 536 | 691 059 | 698 358 | 698 115 | 689 221 |
| Psychiatrie | 194 838 | 199 999 | 195 772 | 199 677 | 187 277 |
| Geriatric | 252 979 | 225 865 | 201 007 | 181 851 | 142 407 |
| Rehabilitation | 82 426 | 107 403 | 103 692 | 114 451 | 107 873 |
| Spezialangebote | 9 159 | 19 011 | 17 172 | 13 268 | 12 195 |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen | | | | | |
| Total | 14,7 | 14,4 | 13,8 | 13,3 | 12,3 |
| Akutmedizin | 9,5 | 9,3 | 9,1 | 9,0 | 8,6 |
| Psychiatrie | 48,1 | 44,7 | 41,9 | 42,4 | 39,1 |
| Geriatric | 96,9 | 89,3 | 72,8 | 53,3 | 37,6 |
| Rehabilitation | 34,1 | 27,8 | 28,5 | 28,0 | 29,6 |
| Spezialangebote | 42,0 | 33,4 | 31,3 | 24,2 | 24,5 |
| Bettenbelegung in % | | | | | |
| Total | 84,3 | 86,2 | 85,6 | 89,3 | 87,3 |
| Akutmedizin | 78,5 | 80,9 | 82,4 | 87,7 | 87,2 |
| Psychiatrie | 92,0 | 97,4 | 96,3 | 100,9 | 96,8 |
| Geriatric | 95,3 | 92,1 | 89,3 | 89,9 | 83,9 |
| Rehabilitation | 91,8 | 95,8 | 85,3 | 87,3 | 85,2 |
| Spezialangebote | 92,9 | 75,5 | 74,7 | 54,3 | 49,9 |

Kennziffern der Sozialmedizinischen Institutionen 1998–2006

| Kennziffer | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | | | | | |
| Anzahl Betriebe | 155 | 148 | 143 | 139 | 129 |
| Betten | 6 441 | 6 526 | 6 670 | 6 735 | 7 031 |
| Anzahl Bewohner ¹ | 6 190 | 6 324 | 6 476 | 6 592 | 6 744 |
| Pflegetage ² in 1000 | 2 183 | 2 231 | 2 297 | 2 319 | 2 372 |
| Bettenbelegung in % | 92,8 | 93,6 | 94,4 | 94,3 | 92,4 |
| Beschäftigte am 31.12. | 6 532 | 6 877 | 7 470 | 7 590 | 8 362 |
| Betriebsaufwand in Mio. Fr. | 508 | 546 | 611 | 650 | 687 |
| Kosten pro Pflegetag ³ (Fr.) | 224 | 238 | 256 | 269 | 277 |
| Alters- und Pflegeheime | | | | | |
| Anzahl Betriebe | 81 | 77 | 76 | 71 | 66 |
| Betten | 4 825 | 4 895 | 5 052 | 5 067 | 5 289 |
| Anzahl Bewohner ¹ | 4 750 | 4 817 | 4 950 | 5 014 | 5 051 |
| Pflegetage ² in 1000 | 1 703 | 1 748 | 1 790 | 1 789 | 1 817 |
| Bettenbelegung in % | 96,7 | 97,9 | 97,1 | 96,7 | 94,1 |
| Beschäftigte am 31.12. | 4 828 | 5 037 | 5 415 | 5 477 | 5 913 |
| Betriebsaufwand in Mio. Fr. | 357 | 382 | 429 | 453 | 477 |
| Kosten pro Pflegetag ³ (Fr.) | 206 | 217 | 236 | 247 | 261 |
| Behinderten-Institutionen und andere Institutionen | | | | | |
| Anzahl Betriebe | 74 | 71 | 67 | 68 | 63 |
| Betten | 1 616 | 1 631 | 1 618 | 1 668 | 1 742 |
| Anzahl Bewohner ¹ | 1 440 | 1 507 | 1 526 | 1 578 | 1 693 |
| Pflegetage ² in 1000 | 480 | 482 | 507 | 530 | 555 |
| Bettenbelegung in % | 81,3 | 81,0 | 85,9 | 87,0 | 87,3 |
| Beschäftigte am 31.12. | 1 704 | 1 840 | 2 055 | 2 113 | 2 449 |
| Betriebsaufwand in Mio. Fr. | 151 | 164 | 182 | 197 | 210 |
| Kosten pro Pflegetag ³ (Fr.) | 284 | 306 | 321 | 337 | 320 |

¹ Ohne in der Sozialmedizinischen Institution tagsüber betreute Auswärtige. ² Pflegetage der Bewohner. ³ Betriebsaufwand dividiert durch Anzahl Pflegetage der Leistungsempfänger (= Bewohner und in der Sozialmedizinischen Institution tagsüber betreute Auswärtige).

www.statistik.bl.ch

Die vorliegende Publikation löst die Taschenstatistik «Gesundheit beider Basel – Daten und Fakten zu den Spitälern und Sozialmedizinischen Institutionen» ab. Die bisher in der Taschenstatistik publizierten Tabellen sind auf der Internetseite des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft im Kapitel «14 Gesundheit» des Zahlenfensters abrufbar und können im Excel-Format heruntergeladen werden:

www.statistik.bl.ch

Weitere Informationen zu den Gesundheitsstatistiken und gesamtschweizerische Daten:

Bundesamt für Statistik (BFS):

www.bfs.admin.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan):

www.obsan.ch

Gesundheitsstatistik beider Basel

Als Grundlage für den vorliegenden Bericht dienten hauptsächlich die Daten aus der umfassenden Gesundheitsstatistik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Diese vom Bund für die gesamte Schweiz vorgeschriebene Statistik deckt den stationären Bereich des Gesundheitswesens ab, für das ambulante Gesundheitswesen gibt es hingegen keine vergleichbare öffentliche Statistik.

Bei der Gesundheitsstatistik beider Basel handelt es sich um ein partnerschaftliches Projekt der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Durchführung obliegt dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Landschaft:

Johann Christoffel, Stv. Kantonsstatistiker, Projektleiter

Nicole Ammann, Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft