



An den Grossen Rat

17.1402.01

GD/P171402

Basel, 27. September 2017

Regierungsratsbeschluss vom 26. September 2017

Dritter Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (SG 300.100)

Inhalt

1. Ausgangslage und Begehren	4
2. Kurzzusammenfassung	4
3. Einleitung	5
3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung.....	5
3.2 Verwendete Datengrundlagen.....	6
3.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt	7
4. Entwicklung der Kosten und Leistungen im Kanton Basel-Stadt	7
4.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt.....	7
4.1.1 Entwicklung des Versichertenbestandes der OKP im Kanton Basel-Stadt	7
4.1.2 Entwicklung der Gesamtkosten der OKP.....	8
4.1.3 Entwicklung der stationären Spalkosten	9
4.1.4 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)	11
4.1.5 Entwicklung der ambulanten Spalkosten	13
4.1.6 Entwicklung der Apothekenkosten.....	14
4.1.7 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen	15
4.1.8 Entwicklung der Spitex-Leistungen.....	16
4.1.9 Entwicklung der Physiotherapiekosten	17
4.1.10 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen.....	17
4.1.11 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer.....	18
4.2 Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt.....	19
4.2.1 Entwicklung des Transferaufwands für die Spalkfinanzierung in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	19
4.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	20
5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt	21
5.1 Entwicklung der Referenzpramien.....	21
5.2 Entwicklung des Prämienvolumens.....	22
6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten ...	23
6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020	23
6.1.1 Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern	24
6.1.2 Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken.....	25
6.1.3 Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen	26
6.1.4 Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser Steuern und Koordinieren	27
6.1.5 Prioritäten Gesundheit2020 für das Jahr 2016	27
6.1.6 Bilanz 2016: Neun Prioritäten erfüllt.....	29
6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien.....	30
6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt	30
6.2.2 Umsetzung Nationale Strategie Palliative Care	31
6.2.3 eHealth	31
6.2.4 Übertragbare Krankheiten.....	33
6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	36
6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung	36
6.3.2 Früherkennung (systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge im Kanton Basel-Stadt)	38
6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern.....	40
6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt	41
6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung.....	43
6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht.....	43
6.4.2 Planung stationäre Spalkversorgung / Spalkliste.....	46
6.5 Massnahmen Bereich Umwelt.....	47

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

6.5.1	One Health – Präventionsprogramm Kind und Hund.....	47
6.5.2	Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer	48
6.5.3	Lebensmittelkontrolle / Prävention.....	49
6.6	Massnahmen im Bereich Qualität.....	49
6.6.1	Indikations- und Ergebnisqualitätsmessung mithilfe des COMI (Core Outcome Measures Index)-Patientenfragebogens	49
7.	Schlussbemerkungen und Antrag	51

1. Ausgangslage und Begehren

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, vom dritten Bericht des Regierungsrats über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GesG, SG 300.100) Kenntnis zu nehmen.

Die Initiative „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ wurde im September 2012 mit 3'498 gültigen Unterschriften eingereicht. Die Initiative wollte, dass im Kanton Basel-Stadt die Krankenkassenprämien entsprechend anderen Regionen mit vergleichbaren Strukturen stabilisiert und gesenkt werden. Zur Erreichung dieses Ziels soll der Kanton alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpfen, ohne die Qualität der Grundversorgung zu verschlechtern. Der Regierungsrat entschied, die unformulierte Initiative auszuformulieren und schlug einen neuen Absatz 2 des § 67 GesG vor. Die ausformulierte Initiative wurde mit 84 gegen eine Stimme gutgeheissen. In der Folge entschieden die Initianten, die Initiative zurückzuziehen. Gemäss § 67 Abs. 2 GesG wird der Regierungsrat verpflichtet, dem Grossen Rat jährlich über Kosten und Prämienentwicklung Bericht zu erstatten.

§ 67 Abs. 2 GesG besagt Folgendes:

„Der Regierungsrat legt dem Grossen Rat jährlich einen Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten zur Kenntnisnahme vor.“

Der Regierungsrat berichtet nachfolgend gemäss dieser Bestimmung.

2. Kurzzusammenfassung

- Um durchschnittlich 3.2% pro Jahr sind zwischen 2012 und 2016 die durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) finanzierten Nettoleistungen pro Versicherten (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung) im Kanton Basel-Stadt angestiegen. Für das Jahr 2016 lag der Zuwachs dieser Grösse bei 2.6 %;
- Die im Durchschnitt in Rechnung gestellte Monatsprämie¹ (Prämiensoll) je versicherte Person (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) hat zwischen den Jahren 2012 und 2016 im Mittel um 1.8% pro Jahr zugenommen;
- Die kantonale Durchschnittsprämie² für Erwachsene ist im gleichen Zeitraum im Durchschnitt jährlich um 2.2% gestiegen, was unter dem schweizerischen Mittel von 2.9% liegt;
- Im Jahr 2017 liegt die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene bei 567 Franken pro Monat. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 4.0%. Gesamtschweizerisch lag die Zunahme bei 4.4%. Die basel-städtische Prämienerrhöhung für das Jahr 2016 lag bei 2.3% während im gesamtschweizerischen Durchschnitt ein Anstieg von 4.1% zu verzeichnen war;
- Ambulante und stationäre Spitalkosten sowie die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Medikamente addieren sich zu 78.6% der gesamten Leistungskosten der OKP;
- Da die Spitalkosten (ambulant und stationär) mit einem Anteil von 40.6% den grössten Kostenanteil darstellen, bildet das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ einen prioritären Tätigkeitsschwerpunkt des Gesundheitsdepartments. Das Ziel ist eine Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und eine Stärkung der universitären Medizin sowie der Lehre und Forschung. Die Regierungen der beiden Basel haben am 3. Juli 2017 die gemeinsamen Vorlagen über die Staatsverträge für eine

¹ Soll-Prämie: Summe der effektiv an die Versicherten fakturierten Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte (Kinder, Unfall, Wahlfranchise, besondere Versicherungsmodelle).

² Mit dem Versichertenbestand gewichteter Durchschnitt der Monatsprämien für Erwachsene mit ordentlicher Franchise von 300 Franken, inkl. Unfalldeckung, keine besondere Versicherungsform nach Art. 62 KVG (freie Arztwahl).

gemeinsame Spitalgruppe des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Baselland sowie über den Staatsvertrag betreffend die gemeinsame Planung des Gesundheitsversorgungsraumes in eine öffentliche Vernehmlassung gegeben (bis 3. Oktober 2017)³.

In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Kennzahlen zur Kosten und Prämienentwicklung in Basel-Stadt dargestellt.

Kennzahlen zur Kosten- und Prämienentwicklung	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Nettoleistungen OKP pro versicherte Person in Franken	3'824	4'002	4'062	4'233	4'342	
<i>Veränderung</i>		4.7%	1.5%	4.2%	2.6%	3.2%
Durchschnittliches Prämienoll (1) pro versicherte Person in Franken	4'314	4'317	4'355	4'515	4'626	
<i>Veränderung</i>		0.1%	0.9%	3.7%	2.4%	1.8%
Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung (KVG/IVG) pro vers. Person in Franken	1'457	1'479	1'499	1'528	1'524	
<i>Veränderung</i>		1.5%	1.3%	1.9%	-0.2%	1.1%
Restfinanzierung Pflege im Heim nach KVG pro versicherte Person in Franken	151	184	181	188	200	
<i>Veränderung</i>		21.3%	-1.6%	4.3%	6.1%	7.2%
Restfinanzierung an Spitex-Leistungen pro versicherte Person in Franken	68	70	75	79	85	
<i>Veränderung</i>		3.2%	7.1%	4.4%	7.3%	5.5%

(1) Summe der effektiv an die Versicherten fakturierte Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte (Kinder, Unfall, Wahlfranchise, besondere Versicherungsmodelle).

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

3. Einleitung

3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung

Im Sinne der dieser Berichterstattung zu Grunde liegenden Volksinitiative wird der Begriff Gesundheitskosten auf diejenigen Finanzströme fokussiert, die einen direkten Einfluss auf die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt haben. Es handelt sich demnach im Wesentlichen um Kosten für die Abgeltung der Pflichtleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10). Betrachtet werden die Kosten für alle Leistungen, die Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt bei Leistungserbringern inner- und ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen haben.

Um eine vollständige Kostensicht zu erhalten, sind die bezahlten Leistungen des Kantons Basel-Stadt in seiner Eigenschaft als Co-Finanzierer von OKP-Leistungen mit einzubeziehen. Hierbei handelt es sich vor allem um die Beiträge, die der Kanton gemäss Bundesrecht im Rahmen der Pflegefinanzierung (Restfinanzierung in Heimen und für ambulante Pflege, Kantonsanteil an die Akut- und Übergangspflege) und der Spitalfinanzierung (Kantonsanteil an stationäre Spitalbehandlungen) ausrichtet. Berücksichtigt werden weiter die an die Spitäler gemäss KVG ausgerichteten Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und ungedeckte Kosten sowie ergänzende Leistungen gemäss baselstädtischem Gesundheitsgesetz (Beiträge an die Pflege zu Hause, Staatsbeiträge an Tagespflegeheime).

In diesem Kostenbegriff nicht enthalten sind demnach weitere Gesundheitskosten, die durch andere Kostenträger beglichen werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Kosten der Krankenzusatzversicherungen (ambulant und stationär) gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG, SR 221.229.1), gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG, SR 832.20) sowie nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) ausgerichtete Heilungskosten (Ausnahme: Kantonsanteil von 20% an stationäre Behandlung von Geburtsgebrechen gemäss Art. 14 bis IVG) und alle durch die Patienten selbst getragenen Gesundheitskosten (v.a. zahnärztliche Leistungen, Kosten für weitere Therapien, Medikamente, Mittel- und Gegenstände, die nicht von einer Versicherung gedeckt sind). Es bestehen keine genügend differenzierten Statistiken

³ <http://www.regierungsrat.bs.ch/geschaefte/vernehmlassungen.html>

über diese Kosten. Weiter sind im hier verwendeten Kostenbegriff die Kosten der individuellen Prämienverbilligung⁴ gemäss Art. 65 ff. KVG und Ergänzungsleistungen für Personen im Pflegeheim⁵ (Sozialkosten) nicht enthalten (vergleiche hierfür den Kennzahlenbericht: „Sozialberichterstattung des Kantons Basel-Stadt“⁶).

Der vorliegende Bericht beschreibt und erläutert retrospektiv die über den Kanton Basel-Stadt vorhandenen Daten. Analyse, Würdigung und Prognosen sind nicht Bestandteil dieser Berichterstattung.

3.2 Verwendete Datengrundlagen

Dieser Bericht soll einen aktuellen Bezug zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen herstellen. Das heisst, es müssen Zahlenquellen herangezogen werden, die im Jahresablauf genügend schnell verfügbar sind. Detaillierte Statistiken über das Gesundheitswesen haben oft den Mangel, dass sie erst mit 12 bis 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht werden. Um die aktuelle Kostenentwicklung mit Bezug auf die Krankenkassenprämien darzustellen, ist die Auswahl an Zahlenquellen sehr beschränkt. Für die vorangegangenen zwei Berichte wurde neben den Zahlen aus der Rechnung des Kantons Basel-Stadt über die eigenen Staatsbeiträge an Gesundheitsleistungen auch auf die Branchenstatistik der Krankenversicherer, dem sogenannten Datenpool der SASIS AG⁷ zurückgegriffen. Diese Statistik hat in der Vergangenheit eine hohe Übereinstimmung zu vergleichbaren Zahlenreihen über die kantonale Kostenentwicklung gezeigt. Für das Jahr 2015 war ein überraschend starker Anstieg des Versichertenbestandes festzustellen, welcher auf eine Zunahme der Anzahl Grenzgängerinnen und Grenzgängern mit einer Versicherung nach KVG zurückzuführen war. Diese werden nach den Datenaufbereitungsregeln des SASIS Datenpools demjenigen Kanton zugerechnet, in dem sie arbeiten. Gemäss KVG ist für diese Versicherten jedoch je nach Wohnsitzstaat eine eigene Prämienkalkulation zu erstellen (Art. 61 Abs. 4 KVG). Mit Blick auf den Zweck dieses Berichts – die Darstellung der für die basel-städtischen Prämien relevanten Kostenfaktoren – bildet der SASIS Datenpool die Anzahl der Versicherten somit nicht mit der gewünschten Genauigkeit ab.

Die festgestellte Zunahme der Anzahl von Grenzgängerinnen und Grenzgängern ist nicht auf eine Vergrösserung dieser Personengruppe zurückzuführen. Vielmehr haben sich erheblich mehr Personen für ein Versicherungsmodell nach KVG entschieden. Den Grenzgängern stehen verschiedene Versicherungsoptionen in der Krankenversicherung offen (Privat- oder Sozialversicherung, im Arbeitsland oder im Wohnsitzland).

Die Zielsetzung dieses Berichts besteht darin, Entwicklungen darzustellen, welche für die Prämien und Leistungskosten im Kanton Basel-Stadt relevant sind. Aufgrund der starken Zunahme der KVG-versicherten Grenzgänger im SASIS Datenpool treten zu grosse Verzerrungen auf, um diesem Ziel gerecht zu werden. Aus diesem Grund wird die Datenbasis ab diesem Bericht gewechselt. Neu werden die Daten verwendet, welche das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Prüfung der Prämienanträge der Krankenversicherer erhebt. Diese enthalten im Gegensatz zum SASIS Datenpool keine Kosten der Grenzgängerinnen und Grenzgänger, sondern ausschliesslich die für die basel-städtischen Prämien massgeblichen Kosten. Die Kantone erhalten diese Daten aufgrund ihres Anhörungsrechts im Prozess der Genehmigung der Prämien für die OKP. Sie sind in vergleichbaren Kostenkategorien gruppiert wie die Zahlen des SASIS Datenpools.

⁴ Gesamthaft (inkl. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL), Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, ohne Abgeltung der Verlustscheine der Versicherer) wurden 2016 im Kanton Basel-Stadt Prämienbeiträge im Umfang von rund 144 Mio. Franken ausgerichtet. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus 54 Mio. Franken reine PV und 90 Mio. Franken EL. Zusammen mit den Prämienbeiträgen, die im Rahmen der Sozialhilfe gewährt werden, wird fast ein Fünftel des kantonalen Prämienvolumens vom Staat finanziert. Der Bund beteiligte sich im Jahr 2016 mit rund 59 Mio. Franken an den Kosten der Prämienverbilligung.

⁵ Im Jahr 2016 hat der Kanton Basel-Stadt 72.7 Mio. Franken EL an Personen im Pflegeheim an die subsidiäre Finanzierung der Pensions- und Betreuungstaxe geleistet. Die Bundesbeiträge beliefen sich auf 4.6 Mio. Franken, so dass die Rechnung des Kantons Basel-Stadt mit 68.1 Mio. Franken belastet wurde.

⁶ <http://www.statistik.bs.ch/zahlen/analysen/sozialberichterstattung.html>

⁷ Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Sie betreibt als Branchenlösung für die Krankenversicherer unter anderem den sogenannten Datenpool. Dabei handelt es sich um eine Branchenstatistik nach Leistungserbringern, Leistungsarten und Kanton. Die rund 60 zugelassenen Krankenversicherer speisen die Daten aus ihren Versicherungssystemen in den Datenpool ein. Der Datenpool dient hauptsächlich der Analyse der Kostenentwicklung, als Basis für die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse sowie als Basis für Tarifverhandlungen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erhält einen Auszug dieser Daten für das offizielle Kostenmonitoring der Krankenversicherung.

Allerdings weisen sie einen tieferen Detaillierungsgrad auf und es werden keine Leistungskennzahlen (z.B. Pflage tage, Arztkonsultationen) erhoben. Der grosse Vorteil dieser Datenbasis besteht darin, dass sie im Gegensatz zum SASIS Datenpool die gewünschte Sichtweise (prämiensrelevant für den Kanton Basel-Stadt) bestmöglich abdeckt.

Als Ausgangsjahr wurde das Jahr 2012 gewählt, da zu diesem Zeitpunkt mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung eine grosse Systemänderung begonnen hat, die Vorjahresvergleiche nicht als sinnvoll erscheinen lässt.

Zeitlich werden die Kosten jeweils nach dem Rechnungsjahr bei den Krankenversicherern bzw. gemäss der kantonalen Rechnung erhoben. Da es sich hierbei um unterschiedliche Rechtsträger handelt, deren Rechnungslegung nach anderen Grundsätzen organisiert ist, bilden die Zahlenquellen entsprechend unterschiedliche Jahresabgrenzungen ab und sind dadurch nicht direkt vergleichbar.

3.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt

Der Handlungsspielraum der Kantone im Gesundheitswesen ist beschränkt, da der Umfang der Leistungen der OKP nach KVG vom Bund her definiert wird und die Versicherten, ohne eine freiwillige Einschränkung, eine freie Arzt- und Spitalwahl innerhalb der ganzen Schweiz haben, sofern diese nach KVG zugelassen sind. Die Tarifstruktur „Tarmed“ (ambulante Arzttarif) und die stationären Spitaltarife nach SwissDRG sind national geregelt. Die Höhe der Tarife wird jeweils von Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt, es gilt die Tarifautonomie. Nach erfolgreichen Verhandlungen sind die Tarife (Baserates resp. Taxpunktwerte) den Kantonen zur Genehmigung vorzulegen. Andernfalls hat der Kanton sie festzusetzen. Bei Tarifstreitigkeiten entscheidet das Bundesverwaltungsgericht abschliessend.

4. Entwicklung der Kosten und Leistungen im Kanton Basel-Stadt

Bei den nachfolgend dargestellten Wertgrössen in Franken handelt es sich um nominelle Werte, das heisst, sie sind nicht teuerungsbereinigt. Im betrachteten Zeitraum (2012 bis 2016) war gemäss dem Basler Index der Konsumentenpreise eine negative Teuerung von 1.4% festzustellen. Eine Teuerungsbereinigung wird, wie bei der Betrachtung der Leistungsentwicklung der Gesundheitskosten im Allgemeinen üblich, nicht vorgenommen. Das Bevölkerungswachstum des Kantons Basel-Stadt wurde durch die Darstellung der Kosten je versicherte Person in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt. Die demographische Alterung der Bevölkerung wird im Bericht jedoch nicht explizit abgebildet.

4.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt

4.1.1 Entwicklung des Versichertenbestandes der OKP im Kanton Basel-Stadt

Versichertenbestand OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Versichertenbestand	180'255	182'208	183'547	184'784	186'247	-
Veränderung	-	1.1%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Ein wichtiger Indikator für die Prämienentwicklung sind die von den Krankenkassen bezahlten OKP-Leistungen als Kennzahl je versicherte Person. Die Anzahl der OKP Versicherten stellt somit eine wichtige Bezugsgrösse in der Beurteilung des absoluten Kostenwachstums dar;

- Die Anzahl der OKP versicherten Personen hat sich ähnlich wie das Bevölkerungswachstum im Kanton Basel-Stadt entwickelt.

Grundlagen

- Die Anzahl der OKP Versicherten umfasst alle Personen, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft und krankenversichert sind und deren Kosten für die bezogenen Leistungen und die Einnahmen für die bezahlten Prämien dem Kanton Basel-Stadt zugeordnet werden und damit für die Prämienberechnung relevant sind;
- Die absolute Zahl der OKP versicherten Personen liegt aus verschiedenen Gründen unter der ausgewiesenen Wohnbevölkerung (z.B. durch vom Versicherungsobligatorium befreite Personen).

4.1.2 Entwicklung der Gesamtkosten der OKP

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	787'299	832'170	851'494	889'201	918'275	-
Veränderung	-	5.7%	2.3%	4.4%	3.3%	3.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'368	4'567	4'639	4'812	4'930	-
Veränderung	-	4.6%	1.6%	3.7%	2.5%	3.1%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	689'211	730'253	747'407	783'005	808'746	-
Veränderung	-	6.0%	2.3%	4.8%	3.3%	4.1%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	3'824	4'002	4'062	4'233	4'342	-
Veränderung	-	4.7%	1.5%	4.2%	2.6%	3.2%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

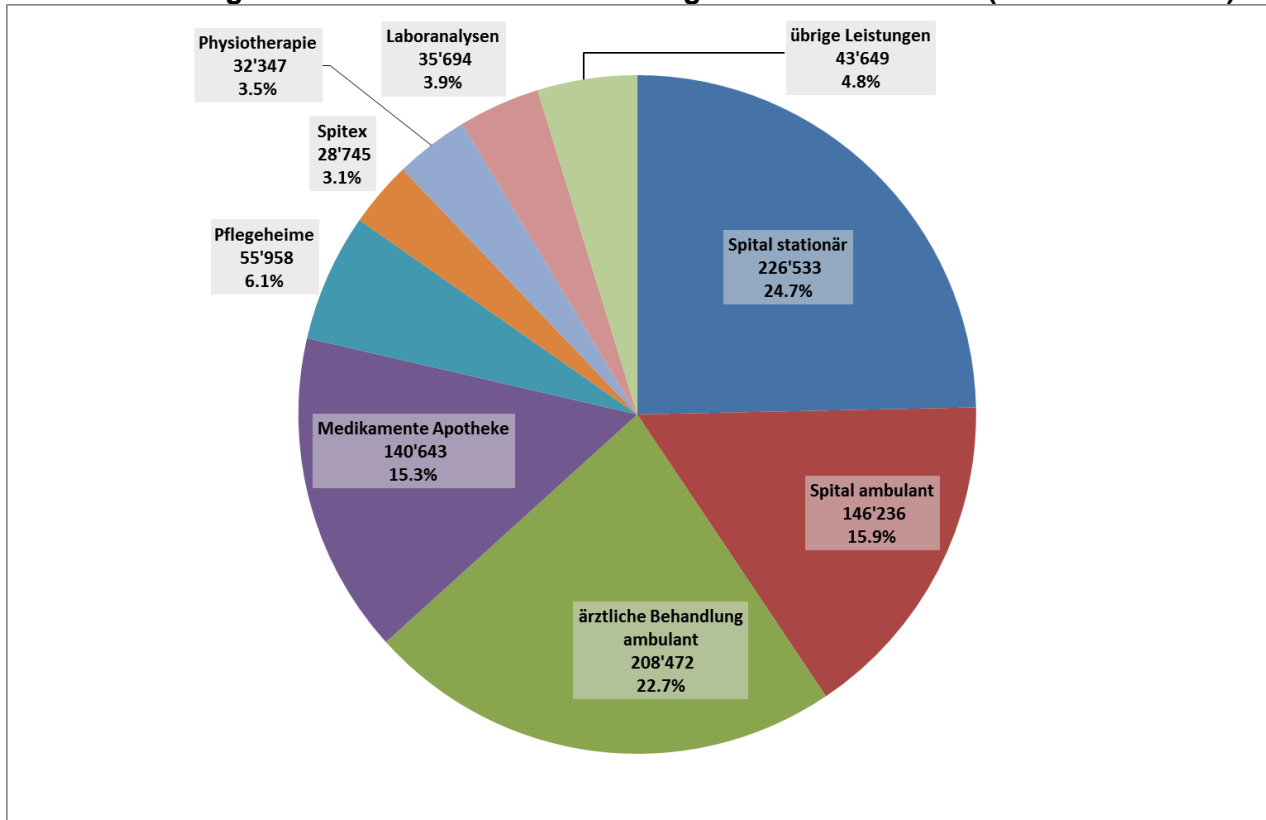
Kommentar zur Entwicklung

- Ein wichtiger Indikator für die Prämienentwicklung sind die von den Krankenkassen bezahlten OKP-Leistungen je versicherte Person. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person (d.h. vor Abzug der Kostenbeteiligung) haben im Berichtsjahr 2016 um 2.5% zugenommen, was gegenüber dem Vorjahreswachstum eine leichte Wachstumsdämpfung darstellt. In den Jahren 2012 bis 2016 sind sie im Durchschnitt mit einer Rate von 3.1% pro Jahr gewachsen. Das gesamte Leistungsvolumen ist aufgrund der leicht ansteigenden Versichertenzahl (+0.8%) leicht stärker um 3.3% gewachsen und kam im Jahr 2016 auf rund 918 Mio. Franken zu stehen. Somit wurden je versicherte Person Leistungen von 4'930 Franken finanziert;
- Die Differenz zwischen von der Krankenversicherung bezahlten Brutto- und Nettoleistungskosten liegt in der von den Patienten zu tragenden gesetzlichen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt). Die Brutto- und Nettoleistungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch gleich entwickelt. Auf jede versicherte Person im Kanton Basel-Stadt entfielen Nettoleistungen von 4'342 Franken, was einer Zunahme von 109 Franken entspricht.

Grundlagen

- Die Bruttoleistungen der OKP umfassen alle Pflichtleistungen gemäss Art. 25 – 31 KVG vor Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung;
- Die gesetzliche Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG umfasst einen festen Jahresbetrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (derzeit 700 Franken). Die Patienten finanzierten durch die Kostenbeteiligung rund 110 Mio. Franken oder 11.9% der bezogenen Bruttoleistungen selbst. Der Anteil der Kostenbeteiligung ist seit 2012 um 0.6 Prozentpunkte zurückgegangen;
- Stationäre und ambulante Spalkosten, die Kosten für ärztliche Behandlung und Medikamente machen zusammen 78.6% der Gesamtkosten der Krankenversicherung aus (siehe Abbildung unten).

Kosten der Obligatorischen Krankenversicherung in Basel-Stadt 2016 (in 1'000 Franken)



Quelle: BAG

Die Anteile der verschiedenen Kostengruppen am Total der OKP Kosten haben sich seit 2012 leicht verschoben. Der Kostenanteil Spital stationär hat mit 0.4 Prozentpunkten leicht abgenommen, während derjenige für die ambulanten Spitalkosten mit 0.5 Prozentpunkten leicht zugenommen hat. Die Anteile der ambulanten ärztlichen Behandlung und für den Medikamentenbezug aus den Apotheken haben um 1.1 respektive 0.9 Prozentpunkte abgenommen. Das Kostengewicht der Pflegeheime hat um 1.6 Prozentpunkte abgenommen während dasjenige für Spitex Leistungen um 0.5 Prozentpunkte gestiegen ist. Ebenfalls zugenommen haben die Kostenanteile für Physiotherapie (0.5 Prozentpunkte) und Laboranalysen (1.0 Prozentpunkt). Insbesondere bei den beiden letztgenannten Gruppen kann es sich bei den Veränderungen auch um technische Verschiebungen handeln, weil z.B. Laboranalysen in der Arztpraxis nicht mehr unter ärztliche Behandlung ausgewiesen werden.

4.1.3 Entwicklung der stationären Spitalkosten

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	191'168	218'132	221'658	232'301	226'533	-
Veränderung	-	14.1%	1.6%	4.8%	-2.5%	4.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'061	1'197	1'208	1'257	1'216	-
Veränderung	-	12.9%	0.9%	4.1%	-3.2%	3.5%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für inner- und ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen der in Basel-Stadt wohnhaften OKP-Versicherten sind im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 3.5% pro Jahr und versicherte Person angestiegen. Im Berichtsjahr sind die Leistungen in dieser Kostenkategorie zurückgegangen. Über den ganzen Zeitraum sind deutliche Schwankungen in dieser Grösse zu beobachten. Nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung waren diese aufgrund des Systemwechsels besonders ausgeprägt

(Abgeltung der Investitionskosten, Mitfinanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten, Abrechnungsverzögerungen bei den Krankenversicherten);

- Die im Berichtsjahr zu beobachtende Senkung der Kosten um rund 5.8 Mio. Franken ist auf die Erhöhung des vom Kanton finanzierten Vergütungsanteils von 55% auf 56% zurückzuführen, was spiegelbildlich für die Krankenversicherung zu einer Entlastung um ca. 2% des Volumens der stationären Leistungen geführt hat. Dies stellt eine dauerhafte Reduktion von rund 5 Mio. Franken jährlich dar. Der darüber hinausgehende Rückgang ist technischen Gründen (Verzögerungen im Rechnungs- und Verarbeitungsfluss bei den Versicherungen) oder Sonderfaktoren (Tarifrückabwicklungen) geschuldet;
- Die stationären Spitalkosten machen einen Anteil von 24.7% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Die stationären Spitaltarife nach Art. 49 KVG stellen das wichtigste Finanzierungselement für die Abgeltung der stationären Spitalleistungen dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung der Krankenversicherungen, der Wohnkantone und der Patienten;
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel endgültig urteilt;
- Gemäss Art. 49a KVG legt der Kanton den Vergütungsteiler für die stationären Spitalbehandlungen jährlich fest. Der Kanton muss mindestens 55% dieser Kosten übernehmen. Demnach trägt die Krankenversicherung maximal 45% der KVG Tarife. Für die Jahre 2012-2015 hat der Regierungsrat den kantonalen Vergütungsanteil mit 55% festgelegt. Für das Jahr 2016 wurde er auf 56% erhöht. Für die Jahre 2017 und 2018 wurde er auf diesem Wert belassen;
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte, leistungsorientierte Spitalplanung zuständig. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich. Gemäss dem Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 8. September 2010 (C-623/2009) sind die Krankenversicherer in dieser Angelegenheit nicht zur Beschwerde legitimiert.

Wichtige Entwicklungen

- Ab dem Jahr 2012 wurden die Regeln der neuen Spitalfinanzierung in allen Kantonen umgesetzt. Ab diesem Datum schreibt das Gesetz die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler vor. Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen gelten ab dem Jahr 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem System SwissDRG. Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch Tagespauschalen. Die Finanzierung erfolgt dual-fix (d.h. durch einen einheitlichen Kostenschlüssel) durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln;
- Die neue Spitalfinanzierung führt zu einer Mehrbelastung der OKP (v.a. durch die Mitfinanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherung und verstärkten Mitfinanzierung ausserkantonalen Wahlbehandlungen durch die OKP sowie der Kantone) und einer Entlastung der Krankenzusatzversicherungen;
- Die Einführung von TARPSY ab dem Jahr 2018 wurde durch die KVG Tarifpartner vereinbart. Diese neue Tarifstruktur wird in der Erwachsenenpsychiatrie für die Abrechnung der stationären Leistungen angewendet. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie folgt eine Einführung frühestens ab 2019. Mit der Einführung wird der gesetzlichen Verpflichtung gemäss Art. 49 KVG nachgekommen, stationäre Leistungen mit einem schweizweit einheitli-

chen, leistungsbezogenen Tarifsystem zu vergüten. Das ursprünglich vorgesehene Tarifelement einer Fallpauschale konnte für die Psychiatrie statistisch nicht erhärtet werden und fällt daher weg. Die Spitalbehandlungsfälle werden aufgrund der Diagnosen in 22 kostenhomogene psychiatrische Kostengruppen (sog. PCG also Psychiatric Cost Groups) unterteilt. Diese beinhalten ein nach Aufenthaltsdauer abnehmendes Kostengewicht pro Behandlungstag.

4.1.4 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	187'638	194'625	194'338	202'169	208'472	-
Veränderung	-	3.7%	-0.1%	4.0%	3.1%	2.7%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'041	1'068	1'059	1'094	1'119	-
Veränderung	-	2.6%	-0.9%	3.3%	2.3%	1.8%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr. (inkl. Labor)	168'863	174'052	175'055	181'334	187'047	2.6%
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	18'775	20'573	19'283	20'836	21'426	3.4%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für ambulante Arztleistungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 2.7% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 1.8% pro Jahr gestiegen;
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verrechnen Medikamente, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Dieser Kostenanteil ist mit einer Rate von 3.4% pro Jahr überdurchschnittlich gestiegen;
- Die ambulanten Arztkosten machen einen Anteil von 22.7% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Nach Art. 43 KVG werden ambulante Leistungen in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet. Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national gemäss Tarmed einheitlich definiert sind. Durch die Multiplikation mit den Taxpunktwerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktwerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Für die in der Praxis erbrachten Laborleistungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewendete Medikamente (keine Selbstdispensation) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt;
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand;
- Der Bundesrat kann seit dem Jahr 2013 Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5bis KVG);
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife (Taxpunkte) vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel letztinstanzlich urteilt;
- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Er hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht gemäss GesG (Praxisbewilligung, Qualitätssicherung). Für Praxisniederlassungen gilt grundsätzlich die Wirtschaftsfreiheit.

Wichtige Entwicklungen in den Berichtsjahren

- Ende 2011 lief die bereits mehrmals verlängerte Zulassungsbeschränkung aus, worauf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Zulassungsnummer zur Abrechnung zu Lasten der

OKP bekommen haben, stark zugenommen hat. Seit dem 5. Juli 2013 war wieder eine auf drei Jahre befristete Beschränkung in Bezug auf die Zulassung zur Abrechnung in der OKP für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 55a KVG in Kraft. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung waren aber Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Das Parlament hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019;

- Der im Jahr 2013 zu beobachtende Kostenanstieg dürfte auch auf die Aufhebung des Zulassungsstopps per Ende 2011 zurückzuführen sein. Aufgrund der Statistik der Berufsausübungsbewilligungen des Gesundheitsdepartements war in den Jahren 2012 und 2013 eine deutliche Zunahme insbesondere bei den Spezialisten zu verzeichnen (siehe unten Kapitel 5.2.3 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen gemäss Art. 55a KVG);
- Der Übergangszuschlag für die Praxislaboratorien der Analysenliste wurde für das Jahr 2013 verlängert. Im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) erfolgte eine erneute Verlängerung für das Jahr 2014. Diese ging einher mit einer Erhöhung des Zuschlags. Ab dem Jahr 2015 gelten die als Massnahme des Masterplans im Sinn einer besseren Abgeltung für die Arztpraxen überarbeiteten Ansätze des Kapitels „schnelle Analysen“ der Analysenliste (KLV Anhang 3). Dies führte gesamtschweizerisch zu Mehrkosten von rund 35 Mio. Franken;
- Als weitere Massnahme des Masterplans wurde ab dem 1. Oktober 2014 eine Zuschlagsposition für die hausärztlichen Leistungen in der Arztpraxis auf dem Verordnungsweg eingeführt. Dadurch erhalten Hausärztinnen und Kinderärzte bei der Grundkonsultation in ihrer Praxis eine um rund 9 Franken höhere Vergütung. Zur Kompensation der erwarteten Mehrkosten von schweizweit rund 200 Mio. Franken hat der Bundesrat die Taxpunkte der technischen Leistung in 13 Tarmed Kapiteln linear um 8.5% gesenkt. Diese Massnahme wirkt sich insbesondere in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen und in Spezialarztpraxen aus, weil dort stärker als in Arztpraxen technische Leistungen erbracht werden.

Entwicklungen in den Jahren 2017ff:

- Derzeit läuft eine Vernehmlassung über eine definitive Folgelösung (bis 25. Oktober 2017). In der jetzt vorliegenden Vorlage zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) soll den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt werden. Die neuen Bestimmungen geben den Kantonen die Möglichkeit, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren. Die Kantone sollen Höchstzahlen (für Niedergelassene und im ambulanten Spitalbereich) festlegen können, wenn sie beabsichtigen, die Zahl der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Dabei müssen sie den Beschäftigungsgrad dieser Fachpersonen berücksichtigen und sich koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Diese Vorlage wird in ihrer Stossrichtung vom Kanton unterstützt;
- Am 16. August 2017 präsentierte der Bundesrat seine Vorlage zur Änderung des ambulanten Ärztetarifs Tarmed. Im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung begrüsst der Regierungsrat Basel-Stadt grundsätzlich, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz, die Tarifstrukturen hoheitlich festzulegen, Gebrauch macht, und unterstützt die Mehrzahl der vorgeschlagenen kostendämmenden Massnahmen. Bedenken äusserte der Regierungsrat indessen bezüglich der Grund- und Notfallversorgung der Psychiatrie sowie der Kindermedizin. Diese versorgungspolitisch sensiblen Bereiche dürfen nicht durch zu tiefe Vergütungen gefährdet werden. In der nun vorliegenden Vorlage trägt der Bundesrat mehreren Rückmeldungen aus der Vernehmlassung Rechnung und berücksichtigt insbesondere, dass Kinder, ältere Menschen und psychisch kranke Personen ei-

nen erhöhten Behandlungsbedarf haben und dass eine effiziente Notfallversorgung sichergestellt sein muss.

4.1.5 Entwicklung der ambulanten Spitalkosten

Ambulante Spitalkosten OKP Basel-Stadt (1)	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	121'258	130'461	136'172	135'046	146'236	-
Veränderung	-	7.6%	4.4%	-0.8%	8.3%	4.8%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	673	716	742	731	785	-
Veränderung	-	6.4%	3.6%	-1.5%	7.4%	3.9%

(1) inkl. Medikamente. Aufgrund von Änderungen in der Zuordnung der Kostengruppen sind die Werte ab 2015 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für ambulante Spitalbehandlungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2016 mit einer Rate von 4.8% gewachsen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 3.9% pro Jahr gestiegen. Im Jahr 2015 war die Bruttoleistung pro versicherte Person rückläufig;
- Die ambulanten Spitalkosten machen einen Anteil von 15.9% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Neben ärztlichen Leistungen nach Tarmed erbringen die Spitäler auch ambulante Leistungen in der Physio-, Ergo- und Logotherapie und bei Laboranalysen. Es werden Medikamente verrechnet, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Nach Art. 43 KVG werden ambulante Leistungen in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet. Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national gemäss Tarmed einheitlich definiert sind. Durch Multiplikation mit Taxpunktwerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktwerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Für die in der Praxis erbrachten Laborleistungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewendete Medikamente (keine Selbstdispensation) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt;
- Der Bundesrat kann seit dem Jahr 2013 Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5bis KVG);
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand;
- Der Kanton verfügt über keine Planungskompetenzen. Die Leistungserbringer gestalten das Angebot aufgrund der Patientennachfrage und ihrer Unternehmensstrategie.

Wichtige Entwicklungen

- Der grösste Anteil der spitalambulanten Leistungen wird nach Tarmed fakturiert. Mit der Einführung des Tarmed im Jahr 2004 lag der Taxpunktwert bei 95 Rappen. In der Kostenneutralitätsphase wurde er auf 94 Rappen gesenkt. Ab dem 1. Juli 2010 wurde er im Rahmen einer regionalen Vereinheitlichung auf 91 Rappen gesenkt. Für das Jahr 2013 hatte der Regierungsrat die vertraglich nicht mehr erneuerten Tarifverträge gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert. Nach einer längeren Periode in einem vertragslosen Zustand, während welcher der vom Regierungsrat provisorisch weiterhin auf 91 Rappen festgesetzte Taxpunktwert galt, einigten sich die Spitäler mit den Krankenversicherern, den seit dem 1. Juli 2010 geltenden Taxpunktwert von 91 Rappen vertraglich unbefristet weiter zu führen. Grund für diese Einigung ist ein Leitentscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2015 (C-2380/2012) betreffend Tarmed Taxpunktwert der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler im Kanton Bern zu finden. Aufgrund die-

- ses Urteils zeichneten sich keine ausreichenden Möglichkeiten ab, weiterreichende Tarifforderung durchsetzen zu können.
- Die Bundesversammlung hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019;
 - Der Bundesrat hat per 1. Oktober 2014 die Tarmed Tarifstruktur angepasst. Dabei hat er die Taxpunkte der technischen Leistung in 13 Tarmed Kapiteln linear um 8.5% gesenkt. Diese Massnahme wirkt sich stark in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen aus, weil dort stärker als in Arztpraxen technische Leistungen erbracht werden und erklärt den Leistungsrückgang im Jahr 2015. Diese Kürzung wurde als Kompensation des mit gleicher Vorordnung eingeführten Zuschlages für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis verfügt.

Entwicklungen in den Jahren 2017ff:

- Weil sich Ärzte, Spitäler und Krankenkassen nicht einig wurden, gab der Bundesrat im August 2017 die Änderungen am ambulanten Ärztetarif Tarmed auf Anfang 2018 bekannt. Leistungen, die in der veralteten Tarifstruktur überbewertet sind, hat er nach unten korrigiert. Der Bundesrat rechnet mit jährlichen Einsparungen von rund 470 Mio. Franken, was bezogen auf das gesamtschweizerische Prämienvolumen von ca. 31.4 Mia. Franken einem Anteil von rund 1.5% entspricht. Gemessen am Tarmed Leistungsvolumen von Basel-Stadt führt diese Revision zu Minderausgaben von etwa 20.3 Mio. Franken. Diese fallen in den Anwendungsbereichen des Tarmed (Arztpraxen und Spitalambulatorien) etwa im gleichen Umfang an. Bezogen auf das Prämienvolumen Basel-Stadt von rund 930 Mio. Franken entspricht die erwartete Reduktion einem Anteil von ca. 2.2%.

4.1.6 Entwicklung der Apothekenkosten

Apotheken OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	127'549	127'300	127'672	132'383	140'643	-
Veränderung	-	-0.2%	0.3%	3.7%	6.2%	2.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	708	699	696	716	755	-
Veränderung	-	-1.3%	-0.4%	3.0%	5.4%	1.6%
Quelle: BAG	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

Kommentar zur Entwicklung

- Die an Apotheken bezahlten Bruttoleistungen (Medikamente, Mittel- und Gegenstände, pharmazeutische Leistung) für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 2.5% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 1.6% pro Jahr angestiegen;
- Die Leistungen der Apotheken entsprechen einem Anteil von 15.3% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

Grundlagen

- Ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) zugelassenes Medikament wird von der OKP vergütet, wenn es ärztlich verschrieben und in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aufgeführt ist (www.sl.bag.admin.ch). Für die Aufnahme in die SL muss nachgewiesen werden, dass die Arznei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Die Aufnahmebedingungen werden alle drei Jahre überprüft (Art. 34, 65 und 65d KVV, SR 832.102);
- Die Aufnahme in die SL kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen und begrenzt die Vergütungspflicht der OKP (Art. 73 KVV). Sind Medikamente von Swissmedic zugelassen, jedoch nicht oder noch nicht in die SL aufgenommen, werden die Kosten nur mit vertrauensärztlicher Genehmigung der Krankenversicherung übernommen

(Art. 71a und 71b KVV). Das Gleiche gilt, wenn Medikamente ausserhalb der von Swiss-medica festgelegten Anwendungen und ausserhalb der Limitation gemäss SL eingesetzt werden;

- Für Abgabe von Medikamenten durch Apotheken wurde mit den Krankenversicherern eine leistungsorientierte Abgeltung vereinbart (LOA Vertrag). Hauptziel ist die Entkoppelung des Einkommens der Apotheke vom Produktpreis, indem die pharmazeutischen Grundleistungen durch Pauschalen abgegolten werden. Ferner erhalten die Apotheken für die Vertriebsleistung eine produktpreisabhängige Marge;
- Das BAG überprüfte seit 2009 sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, in einem dreijährigen Rhythmus darauf, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen (Art. 65d KVV). Dabei werden die Preise regelmässig im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und dem Auslandpreisvergleich überprüft (Art. 65b KVV) und gegebenenfalls gesenkt. Aufgrund einer vom Bundesgericht gutgeheissenen Beschwerde eines Pharmaherstellers (Urteil 9C_417/2015 vom 14.12.2015) musste diese Praxis vorübergehend eingestellt werden;
- Die Finanzierung der Pflichtleistungen erfolgt vollständig zu Lasten der OKP;
- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Der Kanton führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung). Betreffend Eröffnung und Führung einer Apotheke gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

Wichtige Entwicklungen

- Der Bundesrat hat auf den 1. Juni 2015 eine Verordnungsänderung beschlossen, welche die Regelungen zur Preisfestlegung von Arzneimitteln anpasst. Ziel ist, die Kostenentwicklung bei den Originalpräparaten zu stabilisieren und die guten Rahmenbedingungen für die Forschung in der Schweiz zu erhalten. Potenzial für Kosteneinsparungen sieht der Bundesrat vor allem bei Generika. Wie bisher wird jedes Jahr ein Drittel der Präparate vom BAG unter die Lupe genommen. Dabei wird neben dem Auslandpreisvergleich in Zukunft der bisherige Preis zu einem Drittel und damit auch der therapeutische Quervergleich berücksichtigt. Zudem werden Arzneimittel der gleichen Indikation – also Konkurrenzprodukte – gleichzeitig überprüft. Bis anhin war für die Reihenfolge der Überprüfung massgebend, in welchem Jahr das Medikament zur Vergütung zugelassen wurde. Damit können Ungleichbehandlungen vermieden werden. Wegen dieses Systemwechsels, fand die darauffolgende Überprüfungsrunde erst zu Beginn des Jahres 2016 statt;
- Allerdings muss die neue Regelung aufgrund eines Urteils des Bundesgerichts vom vergangenen Dezember 2015 bereits wieder überarbeitet werden. Das Urteil machte klar, dass die Medikamentenpreise laut Gesetz nicht nur auf Basis von Auslandpreisvergleichen, sondern auch von Nutzenvergleichen festzusetzen sind. Dies gilt nicht nur bei der Neuaufnahme eines Medikaments in die Liste der kassenpflichtigen Mittel, sondern auch bei den späteren Preisüberprüfungen – was das derzeitige System oft nicht genügend berücksichtigt. Die im Jahr 2016 verstärkte Kostenzunahme ist auch auf die fehlenden Preisanpassungsrunden zurückzuführen. Dieser Effekt wird schweizweit auf ca. 100 Mio. Franken geschätzt. Seit dem Jahr 2010 trugen die Preissenkungen bei den Medikamenten zu einer Kostendämpfung bei. Die Überprüfungen der Medikamentenpreise wurden im Jahr 2017 wieder aufgenommen;
- Auffallend ist die Tendenz, dass viele neue Präparate auf den Markt kommen und kassenpflichtig werden, die ein Vielfaches von dem Kosten, was bisher auf dem Markt war. Dem ist allerdings auch meist ein grosser klinischer Nutzen entgegenzuhalten.

4.1.7 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	58'806	55'082	53'596	55'829	55'958	-
Veränderung	-	-6.3%	-2.7%	4.2%	0.2%	-1.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	326	302	292	302	300	-
Veränderung	-	-7.3%	-3.4%	3.5%	-0.6%	-2.0%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen an Pflegeheime für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 1.2% pro Jahr abgenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.0% pro Jahr zurückgegangen;
- Die Pflegekosten in Heimen machen einen Anteil von 6.1% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte Pflegeheimplanung zuständig und führt eine Pflegeheimliste;
- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV (SR 832.112.31), welche im Jahr 2011 in Kraft traten, erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die Restfinanzierung und die Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist (im Pflegeheim maximal Fr. 21.60 pro Tag);
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG, Art. 7 KLV);
- Zur Abgeltung der Pflegeleistungen in Heimen entrichten die Versicherer feste Beiträge in 12 Stufen zwischen 9 und 108 Franken pro Tag gemäss dem in Minuten gemessenen Pflegebedarf (Art. 7a Abs. 3 KLV). Die Leistungsvergütung erfolgt aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung;

Wichtige Entwicklungen

- Die im Jahr 2013 erfolgte Harmonisierung der Pflegebedarfsabklärungsinstrumente führte zu einer Entlastung der Krankenversicherer und einer Finanzierungsverlagerung zu Kanton und Gemeinden. Dadurch wurden gesamtschweizerisch einheitliche Pflegezeiten sichergestellt;
- Der im Jahr 2015 zu beobachtende Kostenanstieg ist mit einer Zunahme der Pflegeheimplätze zu erklären, welche zu einer Zunahme der geleisteten Pfl egetage in Heimen um rund 3% geführt hat.

4.1.8 Entwicklung der Spitex-Leistungen

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in '000 Franken	20'343	22'457	26'724	26'228	28'745	-
Veränderung	-	10.4%	19.0%	-1.9%	9.6%	9.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	113	123	146	142	154	-
Veränderung	-	9.2%	18.1%	-2.5%	8.7%	8.1%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für Spitex-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 9.0% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 8.1% pro Jahr zugenommen;
- Die oben beschriebene Kostenentwicklung ist eine Folge der Mengensteigerung der Spitexleistungen, welche auf ein starkes Wachstum der erwerbswirtschaftlichen Spitex Dienste zurückzuführen ist;
- Die Spitex-Kosten machen einen Anteil von 3.1% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die Restfi-

finanzierung und die Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist;

- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie beim Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welcher in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt ist. Zur Abgeltung der ambulanten Pflege entrichtet sie feste Beiträge abgestuft nach den Leistungskategorien Bedarfsabklärung, Grund- und Behandlungspflege gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV. Sie werden aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung gewährt und sind seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 unverändert;
- Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen Pflegefachkräfte und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

4.1.9 Entwicklung der Physiotherapiekosten

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	23'295	24'267	26'945	29'924	32'347	-
Veränderung	-	4.2%	11.0%	11.1%	8.1%	8.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	129	133	147	162	174	-
Veränderung	-	3.1%	10.2%	10.3%	7.2%	7.7%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Physiotherapie-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 8.6% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 7.7% pro Jahr zugenommen;
- Die Physiotherapiekosten machen einen Anteil von 3.5% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbringen gemäss Art. 35 KVG Leistungen auf ärztliche Anordnung. Die Pflichtleistungen der OKP richten sich nach Art. 5 KLV;
- Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen und in Betrieben tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Es gilt die Wirtschaftsfreiheit;
- Die Finanzierung der physiotherapeutischen Pflichtleistungen erfolgt vollständig zu Lasten der OKP.

Wichtige Entwicklungen

- Der Taxpunktwert für physiotherapeutische Leistungen im Kanton Basel-Stadt betrug seit 1998 (mit einer kurzfristigen Erhöhung um 2 Rappen in den Jahren 2002 bis 2003) 1 Franken;
- Für niedergelassene Physiotherapeutinnen und -therapeuten hat tarifsuisse ab 1. April 2014 ein Taxpunktwert von 1.08 Franken vereinbart. Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und der Krankenversicherung CSS wurde eine Erhöhung des Taxpunktwertes um 8 Rappen ab dem 1. Januar 2016 vereinbart.

4.1.10 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen

Laboratorien (1) OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	22'489	23'359	25'863	33'757	35'694	-
Veränderung	-	3.9%	10.7%	30.5%	5.7%	12.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	125	128	141	183	192	-
Veränderung	-	2.8%	9.9%	29.6%	4.9%	11.3%

(1) Aufgrund von Änderungen in der Zuordnung der Kostengruppen sind die Werte ab 2015 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.
Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Laboranalysen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 12.2% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 11.3% pro Jahr zugenommen. Die starke Zunahme im Jahr 2015 ist technisch bedingt und beruht auf Zuordnungsänderungen;
- Die Kosten für Laboranalysen machen einen Anteil von 3.9% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Laboratorien sind gemäss Art. 35 KVG zugelassene Leistungserbringer.
- Die durch die OKP vergüteten Pflichtleistungen werden gemäss Art. 52 KVG durch das BAG in der Analysenliste (kurz AL) festgelegt. Formell handelt es sich um Anhang 3 der KLV. Er wird jedoch gesondert publiziert;
- Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über medizinischen Laboratorien. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit;
- Die Finanzierung der Pflichtleistungen gemäss AL erfolgt vollständig zu Lasten der OKP.

Wichtige Entwicklungen

- Eine grosse Revision der Analysenliste und damit aller darin enthaltener Positionen für Laboranalysen fand im Jahr 2009 statt. In der Folge wurden die Taxpunktwerte vieler Laboruntersuchungen gesenkt. Die Folge war eine Mengenkompensation, was zu mehr Untersuchungen ab 2010 führte. Die Hausärztinnen und Hausärzte beklagten sich, dass die in der Praxis durchgeführten Laboruntersuchungen nicht kostendeckend seien. Auf das Jahr 2013 wurde daher ein Übergangszuschlag auf die Untersuchungen der Hausärztinnen und Hausärzte eingeführt. Der Masterplan Hausarztmedizin des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) aus dem Jahr 2013, der den Beruf des Hausarztes wieder aufwerten soll, enthielt auch das Element der weiteren Aufwertung des Praxislabor. In einem ersten Schritt wurde dazu vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 der Übergangszuschlag für Hausärztinnen und Hausärzte erhöht und verlängert. Per 1. Januar 2015 trat eine teilweise neue Analysenliste in Kraft und der Übergangszuschlag wurde abgeschafft. Als weitere Massnahme des Masterplans werden darin insgesamt 33 schnelle Analysen (Point of Care-Analysen) in Praxislaboratorien höher abgegolten. Das EDI wird in den nächsten Jahren die gesamte Analysenliste (trans-AL) überprüfen und überarbeiten.

4.1.11 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	34'957	36'486	38'527	41'552	43'646	-
Veränderung	-	4.4%	5.6%	7.9%	5.0%	5.7%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	194	200	210	225	234	-
Veränderung	-	3.3%	4.8%	7.1%	4.2%	4.8%
davon:						
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'464	1'433	1'360	1'546	1'514	0.8%
Hilfsmittel- und Gegenstände (1) in 1'000 Franken	12'910	14'030	14'790	16'234	15'402	4.5%
Komplementärleistungen in 1'000 Franken	496	600	569	535	448	-2.5%
Übrige Leistungen in 1'000 Franken	20'086	20'423	21'809	23'236	26'282	7.0%

(1) Aufgrund von Änderungen in der Zuordnung der Kostengruppen sind die Werte ab 2015 nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für übrige OKP-Leistungen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 5.7% pro Jahr gewachsen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4.8% pro Jahr zugenommen;

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

- Dieser Kostenblock der übrigen Leistungen macht einen Anteil von 4.8% aller Bruttoleistungen der OKP aus;

Grundlagen

- Enthalten sind ausschliesslich die Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog der OKP.

4.2 Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt

4.2.1 Entwicklung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung in der laufenden Rechnung Basel-Stadt

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	262'566	269'506	275'099	282'282	283'841	-
<i>Veränderung</i>	-	2.6%	2.1%	2.6%	0.6%	2.0%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	120'862	107'860	99'401	95'944	69'540	-
<i>Veränderung</i>	-	-10.8%	-7.8%	-3.5%	-27.5%	-12.9%
Total	383'428	377'367	374'501	378'226	353'381	-
<i>Veränderung</i>	-	-1.6%	-0.8%	1.0%	-6.6%	-2.0%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Kosten für den Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen für Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2016 um durchschnittlich 2.0% pro Jahr gestiegen;
- Die Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche, nicht kostendeckende Leistungen der Spitäler sind zwischen 2012 und 2016 kontinuierlich abgebaut worden. Sie sind über den Betrachtungszeitraum mit einer Rate von 12.9% pro Jahr gesunken. Im Vergleich mit dem Jahr 2012 beträgt der Rückgang 51.3 Mio. Franken. Reduziert wurden die Beiträge an die ungedeckten Kosten der Ambulatorien der öffentlichen Spitäler und im Jahr 2016 auch die Beiträge an die ungedeckten Kosten der universitären Lehre und Forschung;
- Die Gesamtbelastung der kantonalen Rechnung durch die Spitalfinanzierung ist seit dem Jahr 2012 um durchschnittlich 2.0% pro Jahr zurückgegangen.

Grundlagen

- Gemäss Art. 49a KVG legt der Kanton den Vergütungsteiler für die stationären Spitalbehandlungen jährlich fest. Der Kanton muss mindestens 55% dieser Kosten übernehmen. Demnach trägt die Krankenversicherung maximal 45% der KVG Tarife. Für die Jahre 2012-2015 hat der Regierungsrat den kantonalen Vergütungsanteil mit 55% festgelegt. Für das Jahr 2016 wurde er auf 56% erhöht. Für die Jahre 2017 und 2018 wurde er auf diesem Wert belassen;
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte, leistungsorientierte Spitalplanung zuständig. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend der Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich;
- Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der stationären Spitalversorgung findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements in den Kapiteln 2 bis 5 ([Internet-Link Gesundheitsversorgungsbericht⁸](#))

⁸ www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Über uns > GSV-Bericht

Wichtige Entwicklungen

- Per 1. Januar 2012 wurden die Regeln der neuen Spitalfinanzierung in allen Kantonen umgesetzt. Das Gesetz schreibt neu vor, dass auf Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung leistungsorientierte Tarife zu bilden sind. Die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen erfolgt mittels diagnosebezogenen Fallpauschalen (SwissDRG). Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch Tagespauschalen. Die Finanzierung wird dual-fix durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung geleistet. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln;
- Seit 1. Januar 2014 gilt eine gegenseitige Anerkennung der kantonalen Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dadurch besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone eine volle Spitalwahlfreizügigkeit im Rahmen der OKP.

4.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Basel-Stadt

Transferaufwand Langzeitpflege	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	27'296	33'458	33'164	34'826	37'251	-
Veränderung	-	22.6%	-0.9%	5.0%	7.0%	8.1%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	12'293	12'827	13'841	14'550	15'743	-
Veränderung	-	4.3%	7.9%	5.1%	8.2%	6.4%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	9'307	9'224	8'071	8'234	8'268	-
Veränderung	-	-0.9%	-12.5%	2.0%	0.4%	-2.9%
Total	48'896	55'510	55'076	57'610	61'262	-
Veränderung	-	13.5%	-0.8%	4.6%	6.3%	5.8%

(1) Beiträge Pflege zu Hause, Tagespflegeheime, HW Spitex Basel

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die Beiträge an die Pflegefinanzierung haben von 2012 bis 2016 um durchschnittlich 8.1% pro Jahr zugenommen;
- Die Beiträge an die Spitex Basel haben von 2012 bis 2016 um durchschnittlich 6.4% pro Jahr zugenommen;
- Die Beiträge an die ambulante Langzeitpflege haben von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 2.9% pro Jahr abgenommen.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton legt die Normkosten fest und regelt die Restfinanzierung, die Patientinnen und Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag, der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist und die Krankenversicherung entrichtet fixe Beiträge gemäss Art. 7a KLV an die medizinisch bedingten Pflegekosten;
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welche in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt sind;
- Die Pflegenormkosten bei Aufenthalt im Pflegeheim sind gemäss § 8d lit. a) Ziffer 1 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410) festgelegt;
- Für zugelassene Spitex-Anbieter gelten die vom Kanton festgelegten Pflegenormkosten gemäss § 8d lit. b) Ziffer 1. Zur Sicherstellung einer räumlich, zeitlich und fachlich umfassenden Versorgungssicherheit bestehen besondere Leistungsaufträge mit Spitex Basel und Spitex Bettingen Riehen. Der Eigenbeitrag der Versicherten beträgt 10% (maximal 8 Franken pro Tag, Kinder ohne Eigenbeitrag). Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird nur die Hälfte der gemäss KVG möglichen Eigenbeteiligung erhoben;

- Die Beiträge für die ambulante Langzeitpflege umfassen die Beiträge an die Pflege zu Hause gemäss der Verordnung betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause (Pflegebeitragsverordnung, SG 329.110) vom 4. Dezember 2012, Beiträge an die Tagespflegeheime gemäss § 8 Abs. 4 GesG und die Beiträge an Hauswirtschaftsleistungen gemäss § 9 Abs. 2 GesG;
- Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der Langzeitpflege findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements in den Kapiteln 6 bis 9 ([Internet-Link Gesundheitsversorgungsbericht^{9\)}](#)).

Wichtige Entwicklungen

- Die im Jahr 2013 erfolgte Harmonisierung der Pflegebedarfsabklärungsinstrumente hat zu einer Finanzierungsverlagerung hin zu Kanton und Gemeinden geführt und die Krankenversicherer im gleichen Ausmass entlastet. Durch diese Vereinheitlichung wurde gesamtschweizerisch einheitliche Abgeltung der im KVG hinterlegten Pflegezeiten sichergestellt.

5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

5.1 Entwicklung der Referenzprämien

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12	2017
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	500	506	512	533	546	-	567
Veränderung	-	1.1%	1.3%	4.1%	2.3%	2.2%	4.0%
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	450	461	473	498	506	-	529
Veränderung	-	2.5%	2.6%	5.2%	1.7%	3.0%	4.5%
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	122	122	123	128	129	-	136
Veränderung	-	-0.1%	1.1%	3.8%	1.2%	1.5%	5.1%

(1) Monatsprämie mit ordentlicher Franchise von Fr. 300, inkl. Unfalldeckung, keine besondere Versicherungsform nach Art. 62 KVG (freie Arztwahl).

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

(4) bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist zwischen 2012 und 2016 um durchschnittlich 2.2% pro Jahr gestiegen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist diese Prämie um durchschnittlich 2.9% jährlich gestiegen;
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist zwischen 2012 und 2016 um durchschnittlich 3.0% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 3.5% jährlich);
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist zwischen 2012 und 2016 um durchschnittlich 1.5% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 2.2% jährlich).

Grundlagen

- Ab dem Jahr 2016 richtet sich die Genehmigung der Prämien der sozialen Krankenversicherung nach Art. 16 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SG 832.12). Zuständig für die Genehmigung der Prämien ist das BAG. Die Ausführungsbestimmungen zur Prämien genehmigung sind in Art. 27 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV; SR 832.121) zu finden. Art. 25 KVAV enthält Ausführungen zur Höhe der Prämien. Weitere Bestimmun-

⁹ www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Über uns > GSV-Bericht

gen, die in Zusammenhang mit den Prämien der OKP massgebend sind, finden sich in den Art. 61 und 62 KVG. Deren Ausführungsbestimmungen sind in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu finden: Die allgemeinen Bestimmungen zu den Prämien der Versicherten in der OKP mit Wohnsitz in der Schweiz werden in den Art. 89 bis 92 KVV festgehalten. Die Ausführungsbestimmungen betreffend Prämien der besonderen Versicherungsformen sind in den Art. 95, 98 und 101 KVV zu finden;

- Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG gewährleisten. Es gilt der Grundsatz, wonach die Prämien die kantonal unterschiedlichen Kosten zu decken haben. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Zu berücksichtigen sind insbesondere der Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton [Art. 16 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG)]. Neu kann die Aufsichtsbehörde auch die Genehmigung verweigern, wenn die Prämien unangemessen hoch über den zu erwartenden Kosten liegen würden;
- Die Krankenversicherer können dem BAG beantragen, zu hohe Prämieinnahmen im Folgejahr an die Versicherten zurückzuerstatten, wenn die kumulierten Kosten in einem Kanton deutlich unter den vereinnahmten Prämien liegen (Art. 17 KVAG). Ferner können die Krankenversicherer übermässige Reserven freiwillig abbauen nach Art. 26 KVAV;
- Gemäss Art. 61 KVG muss eine Versicherung für alle Versicherte in einem Kanton die gleiche Prämie festlegen, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht;
- Einhaltung der Rabattierungsvorschriften betreffend Prämienrabatte für Kinder und junge Erwachsene (Art. 61 Abs. 3 KVG), Einhaltung der Minimalprämie (Art. 90c KVV), Abstufung nach Prämienregionen (Art. 91 KVV), Ausschluss der Unfalldeckung (Art. 91a KVV), maximaler Prämienrabatt bei Wahlfranchisen (Art. 95 KVV) sowie aufgrund der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 101 KVV);
- Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen (Art. 16 Abs. 5 KVAG).

5.2 Entwicklung des Prämienvolumens

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 16/12
Prämiensoll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	777'504	786'667	799'298	834'157	861'499	-
<i>Veränderung</i>	-	1.2%	1.6%	4.4%	3.3%	2.6%
Prämiesoll (1) pro versicherte Person in Franken	359	359	362	376	385	-
<i>Veränderung</i>	-	0.0%	0.8%	3.8%	2.6%	1.8%

(1) Summe der effektiv an die Versicherten fakturierte Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte (Kinder, Unfall, Wahlfranchise, besondere Versicherungsmodelle).

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar zur Entwicklung

- Das Prämiensoll lag im Jahr 2016 bei rund 861 Mio. Franken. Es ist in den Jahren 2012 bis 2016 um durchschnittlich 2.6% pro Jahr gestiegen;
- Das Prämiensoll pro versicherte Person hat in den Jahren 2012 bis 2016 um durchschnittlich 1.7% pro Jahr zugenommen. Der im Vergleich zum absoluten Wert geringere Anstieg reflektiert die Erhöhung der Anzahl der versicherten Personen durch das Bevölkerungswachstum;
- Das im Vergleich zur Referenzprämie leicht tiefere Wachstum zeigt, dass sich bei steigender Prämie mehr Versicherte für die Wahl von Versicherungsmodellen mit Rabatten entscheiden (Wahlfranchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer).

6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten

Das Gesundheitswesen ist ein komplexes, interdependentes System, das eine grosse Regulierungsdichte aufweist. Es ist letztlich auch ein nationaler Markt mit einem Volumen von ca. 70 Mrd. Franken, der jährlich um 2 – 3 Mrd. Franken wächst. Rund 40% oder 30 Mrd. Franken des Volumens wird durch die Krankenversicherung finanziert. Auf allen Ebenen sorgen die Stakeholder für eine gut organisierte Interessenvertretung.

Es gibt keine einfachen und umfassend wirksamen Massnahmen zur Beeinflussung des Kostenwachstums. Vielmehr bedarf es dazu einer langfristig orientierten, breiten Einflussnahme und Steuerung in einer grossen Breite sowie mit hoher interkantonalen und nationalen Vernetzung. Daher können die nachfolgend dargestellten Massnahmen nur einen Ausschnitt aus den vielfältigen Aktivitäten darstellen.

6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie „Gesundheit 2020“ verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Die Massnahmen werden in den nächsten Jahren schrittweise und unter Einbezug aller wichtigen Akteure umgesetzt mit dem Ziel, das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die kommenden Herausforderungen auszurichten und gleichzeitig bezahlbar zu halten. Sie beinhaltet die folgende Handlungsfelder und Ziele.

Handlungsfelder und Ziele der nationalen Strategie Gesundheit 2020



Quelle: Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Zu den Zielen hat das EDI Massnahmen definiert und daraus wurden konkrete Strategien, Projekte und Themenschwerpunkte abgeleitet, die nachfolgend dargestellt sind.

6.1.1 Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern

Gesundheit trägt wesentlich zur Lebensqualität jedes Menschen bei. Viele Krankheiten sind vermeidbar, wobei die Eigenverantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers zentral ist. Aber es braucht auch Massnahmen im Bereich der Gesundheitspolitik bei der Früherkennung von Krankheiten, der Krankheitsvorbeugung und der Gesundheitsförderung und bei der Erhöhung des Gesundheitsschutzes bei neuen Risiken, damit mehr Menschen in Zukunft gesünder leben.

Die Gesundheitspolitik kann einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten, indem sie die Optimierung der Versorgungsangebote und somit bessere Chancen auf eine Linderung des Leidens bzw. auf Heilung fördert. Gleichzeitig gilt: Der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz wird zu 60 Prozent von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt. Einflussreich sind etwa die Bildung, die soziale Sicherheit, die Arbeitssituation oder das Einkommen, die Umwelt, der Verkehr oder die Wohnsituation. Diese gesellschaftlichen und umweltbedingten Determinanten sollen auf Bundesebene durch eine intensivierete Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Departementen gezielt verbessert werden.

Handlungsfeld 1	Lebensqualität	
Ziele	Massnahmen "Gesundheit2020"	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes
1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote	Verbesserung der integrierten Versorgung	Strategie Demenz Strategie Palliative Care "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung"
	Versorgungsanpassung im Bereich Langzeitpflege	Pflegefinanzierung
	Verbesserte Versorgungsforschung und klinische Forschung	Bezeichnung Versorgungsforschung als Nationales Forschungsprogramm
	Einführung von Registern	Entwurf Registergesetz
1.2 Komplettierung Gesundheitsschutz	Vermeidung unnötiger med. Strahlendosen, Einführung ergänzender Gesundheitsbeobachtungen (Schadstoffbelastungen od. Unterversorgungen mit lebensnotwendigen Mikronährstoffen)	
	Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in den stationären Einrichtungen	
1.2 Komplettierung Gesundheitsschutz	Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten	Weiterentwicklung Prävention und Gesundheitsförderung; Strategie Krebs
	Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer	Netzwerk Psychische Gesundheit

Quelle: GDK

6.1.2 Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

Das zweite Handlungsfeld befasst sich mit der Beantwortung der Frage, wie die Gesundheitschancen der verletzbarsten Bevölkerungsgruppen verbessert und ihre Risiken minimiert werden. Darüber hinaus geht es darum, wie das Wachstum der Gesundheitskosten gedämpft und die Finanzierung und Solidarität zwischen den Bevölkerungsgruppen gesichert werden können. Parallel dazu sollen die Selbstverantwortung und die Gesundheitskompetenz der Versicherten beziehungsweise der Patienten/-innen im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Handlungsfeld 2	Chancengleichheit	
Ziele	Massnahmen "Gesundheit2020"	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes
2.1 Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang	Reduktion der Risikoselektion der Versicherer	Diskussion überwiesener Vorstösse des Parlaments, weitere Verfeinerung geplant
	Intensivierung von Programmen, die sich an vulnerable Gruppen richten	Migration und Gesundheit Projekte für Kinder und Jugendliche
	Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei den selbst getragenen Gesundheitskosten	
2.2 Bezahlbarkeit der Gesundheit und Effizienzsteigerung	Stabilisierung des Kostenwachstums im Medikamentenbereich	Weiterentwicklung System der Preisfestsetzung: Bericht EDI bis Ende 2013
	Stärkung der Pauschalabgeltungen gegenüber den Einzelleistungstarifen	Erarbeitung von Vorschlägen in den Bereichen TARMED, Mittel- und Gegenständeliste MiGel und Analyseliste
	Konzentration der hochspezialisierten Medizin	Lead GDK
2.3 Stärkung der Versicherten und Patient/innen	Stärkere Berücksichtigung der Patienten/innen und der Versicherten in den gesundheitspolitischen Prozessen	Querschnittsthema
	Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Selbstverantwortung	Querschnittsthema
	Stärkere Berücksichtigung der Patienten/innen-Rechte	Querschnittsthema

Quelle: GDK

6.1.3 Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen

Die Versorgungsqualität ist für die Bevölkerung zentral. Eine gute Qualität wirkt sich auch positiv auf die Kostenentwicklung aus: Nicht wirksame oder unnötige Leistungen und unerwünschte Komplikationen können vermieden werden. Dieses Handlungsfeld umfasst folgende Ziele:

Handlungsfeld 3	Versorgungsqualität	
Ziele	Massnahmen "Gesundheit2020"	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes
3.1 Qualität der Leistungen und der Versorgung	Umsetzung der Qualitätsstrategie	Qualitätsstrategie
	Reduktion nicht wirksamer und ineffizienter Leistungen, Verfahren und Medikamente	HTA
	Sensibilisierung der Bevölkerung beim Thema Organspende	Sensibilisierungskampagne
3.2 Stärkerer Einsatz von eHealth	Einführung und Förderung der eMedikation	eHealth Suisse
	Einführung und Förderung des ePatientendossiers	Botschaft an den Bundesrat in der 1. Hälfte 2013
	Digitale Unterstützung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen	eHealth Suisse
3.3 Ausbildung des Gesundheitspersonals	Ausbilden einer ausreichenden Zahl von Ärzt/-innen und Pflegenden	Plattform Zukunft ärztliche Bildung Masterplan Hausarztmedizin Masterplan Pflegeberufe (BBT) AG "Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin"
	Einführung eines Gesundheitsberuferegisters	Vernehmlassungsvorlage Ende 2013

Quelle:GDK

6.1.4 Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser Steuern und Koordinieren

Obschon die Schweiz ein sehr gutes Gesundheitssystem hat, ist die Transparenz über die erbrachten Leistungen, ihren Nutzen und ihre Kosten mangelhaft. Dies erschwert die Steuerung und erschwert oder verhindert Verbesserungen. Auch im Gesundheitsbereich wird die internationale Koordination immer wichtiger. Deshalb braucht es auch Massnahmen in diesem Bereich.

Handlungsfeld 4	Transparenz	
Ziele	Massnahmen "Gesundheit2020"	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes
4.1 Systemvereinfachung	Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer	Botschaft im Parlament
	Ausbau und Verbesserung der Datengrundlage und ihrer Analyse	Gesundheitsobservatorium AG Datengrundlagen MARS
	Vereinfachung der Krankenversicherungen	Vorschläge in Erarbeitung
4.2 Gesundheitspolitische Steuerung	Stärkung der Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Bund und Kantonen	Neuorganisation Dialog NGP
	Einführung neuer Steuerungsmöglichkeiten	Steuerung des (spital-)ambulanten Bereichs- Bericht für langfristige Regelung 2013
	Deblockierung der Tarifverhandlungen	Nutzung bestehender Kompetenzen TARMED
4.3 Internationale Einbettung	Abschluss und Umsetzung eines Gesundheitsabkommens mit der EU	
	Umsetzung der Gesundheitsaussenpolitik	
	Gezielte Vergleiche und enge Zusammenarbeit mit ähnlichen Ländern	

Quelle: GDK

Die nationale Strategie Gesundheit 2020 stellt eine wichtige Leitlinie in der Gestaltung der kantonalen Gesundheitspolitik dar. Die zuständigen kantonalen Behörden bringen die Anliegen des Kantons Basel-Stadt in den nationalen Gremien und Konferenz ein, arbeiten dort aktiv mit und setzen nationale Gesundheitsstrategien, Themenschwerpunkte und Projekte kantonal und regional um. Nachfolgend wird insbesondere über diejenigen Massnahmen berichtet, bei denen die kantonale Umsetzung schon am weitesten fortgeschritten ist.

6.1.5 Prioritäten Gesundheit2020 für das Jahr 2016¹⁰

Für das Jahr 2016 hatte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in Abstimmung mit den Jahreszielen des Bundesrates zehn Prioritäten bestimmt. Bereits lanciert wurde eine neue nationale Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten sowie die Reduktion ineffizienter medizinischer Leistungen.

¹⁰ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/prioritaeten-gesundheit2020/prioritaeten-gesundheit2020-2016.html>

Liste mit den zehn Prioritäten für das Jahr 2016

Für das Jahr 2016 hat das EDI in Abstimmung mit den Jahreszielen des Bundesrates zehn Prioritäten definiert:	
Eine Strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung der «Nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD)» (Wurde am 6.4.2016 verabschiedet)
Anpassung und Umsetzung von Gesetzen und Verordnungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung der revidierten Strahlenschutzverordnungen • Entscheid zum weiteren Vorgehen in der Totalrevision des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) • Verabschiedung der revidierten Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) • Start Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung für die Einführung eines Referenzpreissystems • Verabschiedung Ressourcen zur Schaffung einer Health Technology Assessment-Einheit • Eröffnung Vernehmlassung zur Neuregelung der Leistungspflicht von komplementär- medizinischen ärztlichen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung • Entscheid zur Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier und der damit zusammenhängenden Ausführungsbestimmungen auf Anfang 2017
Ein Aktionsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung des Aktionsplans Suizidprävention (in Erfüllung der Motion Ingold 11.3973)
Umsetzung einer internationalen Konvention	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung der Botschaft zur Genehmigung und Umsetzung der Medicrime-Konvention des Europarates

Quelle: BAG

Die nachhaltige Finanzierung ist angesichts der weiterhin steigenden Gesundheitskosten ein zentrales Anliegen von Gesundheit2020. Deshalb erhält die Effizienzsteigerung bei allen Massnahmen und Teilprojekten noch mehr Gewicht.

6.1.6 Bilanz 2016: Neun Prioritäten erfüllt¹¹

Sechs Prioritäten konnten planmässig im Jahr 2016 erfüllt werden:

- Entscheid zum weiteren Vorgehen in der Totalrevision des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG);
- Verabschiedung der «Nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD)»;
- Verabschiedung des Aktionsplans Suizidprävention (in Erfüllung der Mo. Ingold);
- Verabschiedung der revidierten Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA);
- Eröffnung der Vernehmlassung zur Neuregelung der Leistungspflicht von komplementärmedizinischen ärztlichen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- Vorbereitungen zur Schaffung einer Health Technology Assessment-Einheit.

Drei wurden im Jahr 2017 erfüllt:

- Verabschiedung der Botschaft zur Genehmigung und Umsetzung der Medicrime-Konvention des Europarates;
- Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier und der damit zusammenhängenden Ausführungsbestimmungen;
- Verabschiedung der revidierten Strahlenschutzverordnungen.

Die Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung für die Einführung eines Referenzpreissystems zur Überprüfung der Arzneimittelpreise wird im zweiten Semester 2017 eröffnet.

¹¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020/prioritaeten-gesundheit2020.html>

6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien

6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt

Inhalt
<p>In der Schweiz leben heute rund 144'000 Menschen mit Demenz. Jährlich kommen etwa 27'000 Neuerkrankungen hinzu. Im Kanton Basel-Stadt leben zurzeit rund 4'500 Menschen mit Demenz, etwa die Hälfte lebt zuhause. Infolge der demographischen Entwicklung wird diese Zahl weiterhin kontinuierlich zunehmen. Diese Entwicklung stellt eine wachsende gesellschaftliche Herausforderung dar. Gemäss einer Studie der Schweizerischen Alzheimervereinigung verursachten Demenzkrankheiten im Kanton Basel-Stadt im Jahre 2009 Kosten von insgesamt 241 Mio. Franken. Die direkten Kosten beliefen sich auf rund 136 Mio. Franken, die indirekten Kosten (Pflege- und Betreuungsleistungen der Angehörigen) auf rund 105 Mio. Franken. Die Betreuung zu Hause kostete im Durchschnitt pro demenzkranke Person 56'741 Franken (direkte und indirekte Kosten), die Betreuung im Heim dagegen 84'151 Franken; die Betreuung zu Hause ist somit im Durchschnitt um knapp 33% günstiger als im Heim. Betrachtet man nur die direkten Kosten kostet ein Aufenthalt zu Hause 90% weniger als im Heim.</p> <p>Die «Nationale Demenzstrategie 2014–2019» wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet und am 21. November 2013 verabschiedet; im Frühjahr 2017 wurde sie um weitere zwei Jahre bis 2019 verlängert. Wichtige Zielsetzungen darin sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Der Kanton Basel-Stadt will die nationale Demenzstrategie auf die Region, bzw. auf den Kanton hinunterbrechen und Ziele und Massnahmen im eigenen Kanton umsetzen, dies in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft.</p>
Zielsetzung
<p>Optimierung der Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt: Der Kanton Basel-Stadt besitzt bereits ein vielfältiges, spezialisiertes Angebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen. Zu vielen der mit der nationalen Demenzstrategie angestrebten Ziele wurden im Kanton Basel-Stadt bereits Massnahmen ergriffen und umgesetzt. Nichtsdestotrotz gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Bei der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt gilt es Lücken in der Demenzversorgung zu finden, den prioritären Handlungsbedarf zu eruieren und Umsetzungsideen und Massnahmen zu entwickeln mit dem Ziel, das Angebot bedarfsgerecht zu ergänzen oder auszuweiten.</p>
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
<p>Im Jahr 2014 wurde zu diesem Zweck eine Bestandsaufnahme und Evaluation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt (und der umliegenden Region) erarbeitet. Resultat war ein Konzept einer kantonalen Demenzstrategie inkl. Massnahmenideen. Im Jahr 2015 wurden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Im Frühjahr 2016 wurden der Regierungsrat und der Grosse Rat mit der Beantwortung des Anzugs „Daniel Stolz und Konsorten betreffend Demenzstrategie für den Kanton Basel-Stadt – zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft“ umfassend über das Konzept informiert sowie über drei konkrete Massnahmen, welche im Laufe des Jahres umgesetzt werden sollen, in Kenntnis gesetzt. Dabei handelt es sich um folgende Massnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Unterstützung des neu gegründeten Netzwerks Demenz beider Basel, welches die Vernetzung und koordinierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Ziel hat; 2) Mitfinanzierung einer niederschweligen begleitenden Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie Unterstützung bei der Planung des Folgeprozesses; 3) Förderung von Freiwilligendiensten zur Entlastung von Angehörigen und Unterstützung von zuhause lebenden Demenzkranken.

Zeitliche Planung	
Beginn	Konzeption im 2014; Massnahmenumsetzung ab Frühjahr 2016
Periodizität	Die kantonale Demenzversorgung wird laufend angepasst und optimiert. Je nach Massnahme handelt es sich um einmalige oder wiederkehrende.
Aktivitäten im Berichtsjahr	
In den Themenbereichen mit prioritärem Handlungsbedarf wurden drei Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Zudem erfolgte eine umfassende Berichterstattung an den Regierungsrat und an den Grossen Rat. Die Massnahme 2 wurde Ende 2016 umgesetzt, bei der Massnahme 3 wurde im Herbst 2016 mit der Umsetzung begonnen.	
Noch zu erwartende Wirkungen	
Die Umsetzung der geplanten Massnahmen soll in erster Linie das ambulante Leistungsangebot optimieren, indem Entlastungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige verbessert werden sollen und eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer erreicht werden soll. Damit kann die Behandlungs- und Betreuungsqualität von Demenzkranken während des ganzen Krankheitsverlaufes gesteigert und der Prozess effizienter gestaltet werden. Zudem kann der Eintritt in ein Pflegeheim verzögert und entsprechend Kosten eingespart werden.	
Bereits getätigte Kosten/erwartete Kosten	
Im 2016 wurde die Massnahme 2, welche ab Januar 2017 kostenwirksam wird, und ein erster Teil der Massnahme 3 umgesetzt. Für die Umsetzung der ersten drei Massnahmen ab 2016 werden fortlaufende direkte Kosten von rund 150'000 Franken pro Jahr erwartet, die im Budget des Gesundheitsdepartements eingestellt sind. Die eingesetzten personellen Ressourcen im Gesundheitsdepartement betragen rund 20 Stellenprozente.	
Erwartete Nettowirkung Total (Horizont)	
Durch eine optimierte Demenzversorgung insbesondere im ambulanten Bereich und bei der Unterstützung und Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen können demenzkranke Menschen länger zuhause in ihrer gewohnten Umgebung leben. Dies steigert auf der einen Seite ihre Lebensqualität. Auf der anderen Seite werden erhebliche Kosten eingespart, indem ein Pflegeheimeintritt erst dann eintritt, wenn dieser unumgänglich geworden ist.	

6.2.2 Umsetzung Nationale Strategie Palliative Care

Die Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care wurde in den Regelbetrieb überführt.

6.2.3 eHealth

Inhalt
Hierbei handelt es sich um die Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG), welches alle stationären Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, sich an eine Infrastruktur zur Führung von elektronischen Patientendossiers (Stammgemeinschaft) anzuschliessen. Aufgrund des ungenügenden Datenmanagements sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen heute nicht oder nur mit grossem Aufwand in der Lage, behandlungsrelevante Informationen zu einem Patienten effizient und sicher zu kommunizieren. Die Behandlung eines Patienten institutionsübergreifend zu verfolgen ist beinahe unmöglich. Die Daten zu Patienten sind ausschliesslich beim Behandelnden abgelegt, der Zugriff kann nur über eine direkte Nachfrage beim diesem erfolgen. Elektronische Patientendossiers vereinfachen den Zugang, da sie Informationen zum Patienten orts- und zeitunabhängig abrufbar machen. eHealth ermöglicht eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung aufgrund des vereinfachten institutionsinternen und –übergreifenden Informationsflusses. Im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie engagiert sich auch der Kanton Basel-Stadt mit seinem eHealth-Modellversuch für ein sichereres, qualitativ besseres und effizienteres Gesundheitswesen. Zusätzlich zur im EPDG geforderten Implementierung elektronischer Patientendossiers fördert der eHealth-Modellversuch Basel auch den direkten strukturierten Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern (Punkt-zu-Punkt-Kommunikation).

<p>Zielsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch verbesserte Patienteninformation • Gesteigerte Leistungsfähigkeit durch verbesserte, institutionsübergreifende Information über den Patienten • Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit durch systeminhärente Kontrolle (institutionsübergreifende Patientendossiers) • Verbesserte Wirtschaftlichkeit durch Effizienzsteigerung (Reduktion von Mehrfachuntersuchungen, die benötigte Information zu jeder Zeit an jedem Ort, Erhöhung von Patientensicherheit)
<p>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung eines Radiologie- und Labordatennetzwerks zur Strukturierung der Punkt-zu-Punkt-Kommunikation. • Rechtlich/datenschützerisch: Schaffung der rechtlichen und datenschützerischen Grundlagen zur Führung von elektronischen Patientendossiers in enger Anlehnung an die nationale eHealth-Strategie bzw. an den Entwurf zum Bundesgesetz über ein elektronisches Patientendossier • Technisch: Aufbau und Entwicklung einer eHealth-Plattform, welche die Führung von elektronischen Patientendossiers ermöglicht. • Organisatorisch: Gründung des Trägervereins eHealth NWCH mit dem Vereinszweck der Nutzung und Verbreitung von eHealth im Kanton Basel-Stadt und der Region NWCH und der Gründung einer Stammgemeinschaft • Ressourcen: Stelle des eHealth-Beauftragten sowie die finanziellen Mittel zur Durchführung bis und mit 2017 gemäss GRB P130737 vom 8.1.2014 (insgesamt knapp 2 Mio. Franken) • Ab 2018 bis 2020: Ausgabenbericht zur Finanzierung von Kosten in den Bereichen IT-Plattform, ID-Mittel, Kommunikation und Datensicherheit
<p>Aktivitäten im Berichtsjahr</p> <p>Verabschiedung der eHealth-Verordnung Basel-Stadt (März 2016), Vorbereitung Gründung der Trägervereins eHealth NWCH (Januar 2017, 32 Gründungsmitglieder aus BS, BL und SO) mit Übergabe der Durchführung des eHealth-Pilotprojektes an den Trägerverein. Aufbau einer institutionsübergreifenden Projektorganisation.</p>
<p>Bereits eingetretene Wirkungen</p> <p>Rege Nutzung des Radiologie- und Labordatennetzwerks. Durch den sicheren elektronischen Versand dieser Daten können administrativ pro Versand ca. 20 Franken eingespart werden.</p>
<p>Noch zu erwartende Wirkungen</p> <p>Sobald die Nutzung der elektronischen Patientendossiers möglich ist, wird ein weiterer Meilenstein des eHealth-Modellversuchs Regio Basel erreicht. Damit werden behandlungsrelevante Patientendaten unabhängig von Ort und Zeit sowohl für den Patienten selbst als auch für berechtigte Leistungserbringer zugänglich. Die dadurch verbesserte Information zu Patienten erhöht die Sicherheit, Qualität und Effizienz der Behandlungen und macht das regionale Gesundheitswesen wirtschaftlicher. Zudem kann die integrierte Versorgung stark von diesem Informationskanal profitieren. Der Ausbau der Mehrwertdienste und die geplante Einführung regionaler Stammdaten (Patienten- und Leistungserbringerverzeichnis) werden die Kommunikation im Gesundheitswesen der NWCH effizienter und sicherer machen.</p>
<p>Bereits entstandene Kosten/erwartete Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kauf der Nutzungsrechte für die eHealth-Plattform der H-Net AG: 750'000 Franken • Ausgaben für Service und Betrieb sowie Beratung und Unterstützung der Projektleitung: 197'000 Franken pro Jahr für die Jahre 2013-2016 (insgesamt 788'000 Franken) • Total: 1'538'000 Franken

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

Durch die Implementierung eines Radiologie- und Labordatennetzes konnten die Kosten pro Versand von Radiologie- und Labordaten um ca. 20 Franken gesenkt werden. Seit Einführung des wurden bereits über 100'000 Versendungen getätigt. Somit übersteigen die diesbezüglichen administrativen Einsparungen im regionalen Gesundheitswesen bereits die vom GR genehmigten Kosten des Modellversuchs.

Erwartete Nettowirkungen Total (Horizont)

- Kosten Modellversuch bis 2017: ca. 2 Mio. Franken (ca. 400'000 Franken pro Jahr)
- 2018 bis 2020: Kosten für IT, ID-Mittel, Kommunikation und Datensicherheit (Ausgabenbericht neu)
- Erwartete Einsparungen: bei flächendeckender Umsetzung sind gemäss Regulierungsfolgeabschätzung (Ecoplan, Auftraggeber Bund) im kantonalen Gesundheitswesen Einsparungen in der Höhe von ca. 10 Mio. Franken pro Jahr zu erwarten.
- Stark positive Nettowirkung

6.2.4 Übertragbare Krankheiten

Inhalt

Übertragbare Krankheiten und insbesondere grössere Krankheitsausbrüche oder Epidemien sind eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit. Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene, revidierte Epidemiengesetz schafft die Möglichkeiten, optimale Vorbereitungsmaßnahmen auf solche Gefahren zu treffen, sie rechtzeitig zu erkennen und im Krisenfall effizient zu handeln. Andererseits soll es dazu beitragen, dass Krankheitsausbrüche mit grossem Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit besser bewältigt werden. Eine solche wirksame Vorbereitung auf Krisensituationen und deren gezielte Bewältigung bedingt etwa die koordinierte Erarbeitung von Notfallplänen (z. B. Pandemiepläne). Überarbeitet wurden auch die Bestimmungen zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen werden im neuen Gesetz genauer geregelt. So legt der Bund die nationalen Ziele im Bereich übertragbare Krankheiten unter Einbezug der Kantone fest und ist verantwortlich für die Vorbereitung auf Notlagen. Die Kantone sind weiterhin für die Durchführung der Massnahmen (Vollzug) zuständig. Ein ständiges Koordinationsorgan verbessert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen und fördert den einheitlichen Vollzug. Indem der Bund die nationalen Ziele und Strategien im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festlegt, kommt ihm eine verstärkte Führungsrolle zu, sobald eine besondere Gefährdung der Bevölkerung durch übertragbare Krankheiten droht oder bereits eingetreten ist.

Zu den dazugehörigen Strategien zählen insbesondere die nationale Strategie zu Impfungen (NSI), die nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) und Resistenzen bei Krankheitserregern (Strategie Antibiotikaresistenz StAR) sowie das nationale Programm zu HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS). Auch in diesem Zusammenhang genannt werden kann die nationale Strategie zur Masernelimination, welche der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen 2011-2015 intensiv behandelt hat.

Zielsetzung

Ziel der nationalen Strategien im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist es, die Bevölkerung vor natürlich auftretenden, versehentlich oder willentlich freigesetzten Krankheitserregern zu schützen, indem Risiken frühzeitig erkannt und Epidemien übertragbarer Krankheiten eingedämmt werden. Damit sollen auch direkt und indirekt Kosten im Gesundheitswesen bedingt durch die Reduktion der Krankheitsfälle eingespart werden.

Die nationalen Strategien erlauben demnach eine koordinierte und somit auch kosteneffektive Vorgehensweise in den bestimmten Themenfeldern. Die sehr erfolgreichen Präventionsleistungen der letzten Jahrzehnte gilt es auf dieser Basis weiterzuentwickeln und den sich immer wieder verändernden Situationen dynamisch anzupassen. Nur so bleibt der bisherige Präventionserfolg nachhaltig bestehen.

Aktueller Stand der Massnahmen und Ressourcen

Die **Nationale Strategie zu Impfungen (NSI)** schafft als Rahmenstrategie die Voraussetzung, damit zum Schutz der öffentlichen Gesundheit die empfohlenen Impfungen auf koordinierte, wirk-same und effiziente Weise verabreicht werden können. Nach erfolgter Vernehmlassung, an der der Kanton Basel-Stadt teilgenommen hat, hat der Bundesrat die Strategie im Januar 2017 verabschiedet. Die Detailplanung der Umsetzung erfolgt derzeit durch das BAG unter Einbezug der relevanten Akteure.

Die vom Bundesrat verabschiedete Strategie zur Masernelimination (2011-2015), mit dem Ziel „Europa masernfrei bis 2015“ wurde durch das BAG geleitet. Basel-Stadt hat sich aktiv bei der Umsetzung der Massnahmen beteiligt. Die erfolgreiche Maserneliminationsstrategie wird sich künftig im übergeordneten NSI wiederfinden.

Die **Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (NOSO)** verfolgt eine Reduktion von therapieassoziierten Infektionen mit dem Ziel, die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Personengruppen besser zu schützen, einen Beitrag an die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen zu leisten und langfristig die Gesundheitskosten zu senken. Nach einer Stakeholder-Konsultation (darunter auch der Kanton Basel-Stadt) durch das BAG zum Strategieentwurf im September 2015 und nach der Verabschiedung der Strategie durch den Bundesrat werden nun für jede Massnahme, priorisiert nach Dringlichkeit und Wichtigkeit hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung, die Federführung und Umsetzungspartner durch das BAG in Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren festgelegt. Das BAG trifft parallel zur Umsetzung der Strategie NOSO Abklärungen zur Bedeutung von healthcare-assoziierten Infektionen im ambulanten Bereich.

Mit der **Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR)** soll über einen integrativen und bereichsübergreifenden Ansatz (One-Health-Ansatz) die Wirksamkeit der Antibiotika zur Erhaltung der menschlichen und tierischen Gesundheit langfristig sichergestellt werden. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt war als Vertretung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in die gesamte Ausarbeitung der nationalen Strategie eingebunden und hat im Zuge dieser Anhörung ein Werkstattgespräch durchgeführt. Die Strategie wurde im November 2015 durch den Bundesrat genehmigt. Nach Angaben des BAG wurden bereits mehr als zwei Drittel der 35 Massnahmen in Angriff genommen. Zentral sind dabei der Ausbau der Datenerhebung, das Formulieren von Verschreibungsrichtlinien sowie Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von Infektionen. Fest steht, dass es ein über mehrere Jahre gestaffeltes Vorgehen geben soll, bei dem erneut das BAG die Federführung hat. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt plant derzeit einzelne Massnahmen wie beispielsweise die Überprüfung der Abläufe zur Ausbruchsbekämpfung.

Mit dem **Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)** wird die Reduktion von Neuinfektionen von HIV und anderen sexuell übertragbare Infektionen (STI) und gesundheitsschädigenden Spätfolgen verfolgt. Diese Strategie schliesst an 25 Jahre HIV-Präventionsarbeit an und führt diese unter Berücksichtigung der heutigen Situation fort. Nach der Konsolidierung der Stakeholder hat der Bundesrat die Strategie Ende 2010 genehmigt. Mittels drei unterschiedlichen Interventionsachsen werden nun in der Umsetzungsphase sämtliche Massnahmen an den Zielgruppen orientiert und die Akteure bestimmt. Auch unter der NPHS läuft das Impfprogramm betreffend Humanpathogene Papilloma-Viren (HPV). Seit Herbst 2008 können sich Mädchen und junge Frauen von 11 bis 26 Jahre in allen Kantonen, so auch in Basel-Stadt, kostenlos impfen lassen. Neuste wissenschaftliche Erkenntnisse belegen auch die Wirksamkeit des Impfschutzes bei Knaben und jungen Männern¹², weshalb per 1. Juli 2016 das HPV-Impfprogramm auch auf die 11 bis 26-jährigen Knaben und jungen Männer ausgedehnt wurde.

Weiter nimmt der Kanton Basel-Stadt Einsitz in verschiedenen nationalen Gremien rund um die Thematik der Vorsorgeplanungen. So beispielsweise in der AG Ebola, im Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) oder der AG Gesundheitsversorgung für Asylsuchende.

¹² BAG Bulletin (10 / 2015). Zugriff am 08.04.2016 unter: in-dex.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6iONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMdoJ_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Berichtsjahr hat sich das Gesundheitsdepartement wesentlich an den nationalen Strategien des Bundes beteiligt. So hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KID) bei 4'711 (im 2015 total 2'769) Schülerinnen und Schülern den Impfstatus überprüft und bei diesen 1'955 fehlende oder indizierte Impfungen gemacht.

Die Durchimpfungsrate bei den 13- und 14-Jährigen in Basel-Stadt sieht wie folgt aus:

Was	2013/14	2014/15	2015/16
MMR (Mumps, Masern, Röteln) ¹³	96%	95%	96%
Hepatitis B	70%	72%	76%
Kinderlähmung (Poliomyelitis) ¹⁴	96%	95%	95%
HPV ¹⁵	53%	51%	54%

Die Durchimpfungsraten der basel-städtischen Kinder und Jugendlichen liegen Dank der Kombination von privatärztlichen und schulärztlichen Impfungen über den nationalen Werten.

Weiter gingen über die Medizinische Dienste im Berichtsjahr 1'567 Fälle (im Jahr 2015 total 1'588 Fälle) meldepflichtiger Infektionskrankheiten ein.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über Neuerkrankungen von ausgewählten übertragbaren Krankheiten in den Jahren 2014 bis 2016:

Was	2014	2015	2016
HIV	17	19	25
Aids	8	4	3
Tuberkulose	18	22	20
Masern	0	3	0

Im Rahmen der Verhütungsmassnahmen (Art. 19 EpG, Art. 25-31 EpV) ist der Kanton Basel-Stadt insbesondere in den Gefängnissen und in den Spitälern und an Veranstaltungen sehr aktiv. Beispielsweise unterstützt das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Aids-Hilfe beider Basel (AHbB) mittels eines Staatsbeitrags. Deren Präventionsprogramm APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe) hat zum Ziel, mittels Beratung und Wissensvermittlung die Ansteckungen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) im und durch das Sexgewerbe zu verhindern. Im Berichtsjahr konnte ebenfalls der Pandemieplan Basel-Stadt überarbeitet und anfangs 2017 veröffentlicht werden (<http://www.medizinsichedienste.bs.ch/pandemieplan>)

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

Das Gesundheitsdepartement erhebt systematisch Daten, welche dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Die vorhergegangenen Verlaufsparemeter zur Durchimpfungsrate von Masern, zu den Neuansteckungen von HIV/Aids, Tuberkulose und Masernerkrankungsfällen in den Jahren 2014 - 2016 sind Beispiele solcher Verlaufs- und Wirkungsindikatoren, welche sich gesamthaft in den letzten Jahren für die Bevölkerungsgesundheit günstig entwickelt haben. Die Indikatoren weisen auch auf das vorhandene Kostendämpfungspotential hin. So werden beispielsweise durch ein dank der Masernimpfung gewonnenes Lebensjahr über 100'000 Franken an Kosten eingespart (INFRAS, 2009). Auch das kantonale HPV-Impfprogramm wird in der Studie von INFRAS (2009) zu den kostensparenden Impf-Interventionen gezählt. Im BAG-Bulletin 10/2015¹⁶ wird jedoch darauf hingewiesen, dass keine unabhängigen, öffentlich zugänglichen Kosteneffektivitätsanalysen für die Impfung von Jungen und Mädchen in der Schweiz vorliegen. Resultate aus amerikanischen Studien zeigen jedoch ein Kosteneinsparungspotential von 20'000 bis 40'000 US Dollar pro zusätzlicher QALY (quality adjusted life year / qualitätskorrigiertes, gewonnenes Lebensjahr).

¹³ Ziel der nationalen Maserneliminierungsstrategie: Durchimpfungsgrad von 95%

¹⁴ Kritischer Durchimpfungsgrad bei Polio: 80-85%

¹⁵ Nationales Durchimpfungsziel: 80%

¹⁶ BAG Bulletin (10 / 2015). Zugriff am 08.04.2016 unter: in-

dex.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMdoJ_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung

6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Inhalt

In Zukunft stehen die Schweiz und der Kanton Basel-Stadt vor grossen Herausforderungen, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten. Weil die Schweizer Bevölkerung im Vergleich zu den meisten anderen Ländern ein höheres Alter aufweist, wird gleichzeitig die Zahl der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen stetig ansteigen. Im Kanton Basel-Stadt ist diese Situation noch verschärft, da der Anteil an Einwohnern 65+ deutlich über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Zusätzlich lässt der medizinisch-technische Fortschritt die Gesundheitskosten immer weiter ansteigen. Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur kostengünstigen Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung leisten, indem sie Krankheiten und damit verbundenes Leid durch eine wirksame Vorbeugung, Früherkennung und Langzeitversorgung vermeiden helfen. Zurzeit fliessen nur 2.2% aller Ausgaben im schweizerischen Gesundheitssystem in die Gesundheitsförderung und Prävention. Dieser Wert ist im internationalen Vergleich tief. Um die Gesundheitskosten zu stabilisieren ist es wichtig, dass die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote stetig weiterentwickelt, optimiert und an die bestehenden Gegebenheiten angepasst werden.

Zielsetzung

Der Schwerpunkt „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention“ aus dem Legislaturplanschwerpunkt stellt ein zentrales Element der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton dar. Dank diesem Schwerpunkt können bedarfsgerechte, nachhaltige Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote im Kanton Basel-Stadt entwickelt und unterhalten werden. Der günstige Entwicklungstrend bei der Bevölkerungsgesundheit, wie er sich in der jüngsten kantonalen Gesundheitsbefragung zeigt, bestätigt den Nutzen dieser zielorientierten Vorgehensweise (vergl. untenstehende Indikatoren).

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an der nationalen Strategie der Nichtübertragbaren Krankheiten, kurz NCD-Strategie. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen nationalen Partnern werden kantonale Präventionsprogramme unterhalten und stetig weiterentwickelt. Neben Projekten und Angeboten wie Präventionsworkshops, Weiterbildungen, Beratungen, Kursen und Verhältnisprävention, wird ein Schwerpunkt auf eine optimale kantonale und nationale Vernetzung und auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Ziel ist ein praxisorientiertes, bedarfsgerechtes, innovatives und freiwilliges Gesundheitsförderungsangebot, welches regelmässig auf seine Qualität überprüft wird. Dabei werden die unterschiedlichsten Fachexperten sowie die Zielgruppe selbst in die Arbeit mit einbezogen. Für die bestehenden Präventionsprogramme der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention stehen im Jahr 2017 1.5 Mio Franken zur Verfügung, wovon rund ein Drittel aus Drittmittelquellen (Alkoholzehntel, Beiträge der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und dem Tabakpräventionsfonds) stammen. Zusätzlich erhalten drei im Kanton Basel-Stadt tätige private Institutionen, welche in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung aktiv sind, Staatsbeiträge vom Kanton Basel-Stadt in Höhe von insgesamt 598'000 Franken.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Näheres zu den einzelnen Programmen, ihren Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: www.gesundheit.bs.ch.

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

Die Wirkungen von Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu bestimmen ist eine grosse Herausforderung. Die Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung sind sehr vielseitig, klare Verbindungen zwischen Ursache und Wirkung lassen sich so oft nur schwer aufzeigen. Nichtsdestotrotz ist es möglich, Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention zuverlässig zu evaluieren. Das Gesundheitsdepartement erhebt systematisch Daten welche einerseits dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln.

Ein Beispiel für die systematische Datenerhebung sind die Erhebung der Gewichtsdaten der Kinder im ersten Kindergarten, der dritten Klasse und der neunten Klasse, welche seit dem Schuljahr 1979/1980 erhoben werden:



t14.4.01 **Prozentanteil übergewichtiger Kinder nach Schulstufe, Heimat und Geschlecht seit 1979/1980¹**

Merkmal	1979/80	1989/90	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Kindergarten (1. Klasse)																		
Schweizer Knaben	5	6	9	11	9	7	10	10	9	8	10	9	9	7	11	8	9	9
Schweizer Mädchen	8	8	13	14	10	11	7	9	12	12	12	10	11	10	12	14	11	12
Ausländische Knaben	13	15	16	18	21	22	21	20	21	19	19	14	16	17	19	16	14	14
Ausländische Mädchen	23	17	20	20	20	20	25	21	21	24	15	21	16	20	20	18	18	19
Alle Knaben	8	9	12	15	14	14	15	15	14	13	14	12	12	11	15	11	11	11
Alle Mädchen	13	10	16	17	15	16	15	15	16	17	13	14	13	14	15	16	14	15
Unterstufe (3. Klasse)																		
Schweizer Knaben	9	11	16	20	19	18	20	22	22	15	18	16	20	19	19	21	21	18
Schweizer Mädchen	9	10	23	21	21	21	22	21	21	20	20	17	19	22	21	20	14	21
Ausländische Knaben	20	21	36	33	27	32	32	36	38	34	37	31	31	33	32	33	29	31
Ausländische Mädchen	19	26	30	32	35	27	30	31	28	32	36	34	28	34	24	28	25	30
Alle Knaben	11	14	24	25	23	24	26	29	29	23	27	22	25	25	25	26	24	24
Alle Mädchen	12	16	26	26	27	24	26	26	24	26	27	24	23	27	22	23	19	25
Oberstufe (9. Klasse)																		
Schweizer Knaben	7	13	18	19	20	19	23	20	24	16	24	24	24	28	24	27	25	23
Schweizer Mädchen	10	8	14	15	15	17	18	18	18	16	17	19	17	18	22	21	18	18
Ausländische Knaben	11	21	29	29	30	32	28	37	38	34	32	38	36	39	42	44	32	33
Ausländische Mädchen	9	24	24	26	25	28	24	32	34	30	26	25	34	29	22	30	33	24
Alle Knaben	8	15	23	23	24	24	25	27	29	23	27	29	29	33	30	33	27	26
Alle Mädchen	10	13	18	20	19	21	21	23	24	22	20	21	24	22	22	24	23	20

¹ Erhoben im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen. Übergewichtsdefinition anhand des BMI (Körpermassenindex [kg/m²]). Für Kinder wurden von Tim J. Cole alters- und geschlechtsspezifische BMI-Referenzwerte für das Vorliegen von Übergewicht und Adipositas entwickelt. Diese sind dem Größen-Gewichts-Verhältnis der Kinder während des Wachstums angepasst.

Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich dabei seit einigen Jahren am Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Im Schuljahr 2015/16 waren 17,0% aller Schüler/innen übergewichtig oder adipös. Rund ein Viertel dieser Kinder (4,3%) war adipös. Im Vergleich mit der ersten Erhebung im Schuljahr 2005/06 hat sich der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher um 2,9 % verringert.

Dieser Verlaufsparemeter zu Übergewicht bei Kinder und Jugendlichen ist ein Beispiel solcher Verlaufs- und Wirkungsindikatoren, welcher sich gesamthaft in den letzten Jahren für die Bevölkerungsgesundheit günstig entwickelt hat. Die Indikatoren weisen auch auf das vorhandene Kostendämpfungspotential hin. Eine Studie von Schneider und Venetz aus dem Jahr 2014 beziffert die gesamten direkten und indirekten Kosten von übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 auf rund 8 Mrd. Franken.¹⁷ Dies entspricht einer Verdreifachung der Kosten innerhalb von zehn Jahren. Entsprechend ist die früh ansetzende Prävention in Bereich gesundes Körpergewicht zielführend und sie korreliert erfreulicherweise mit einer Verringerung der Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt.

Des Weiteren veröffentlicht der Kanton Basel-Stadt regelmässig einen Jugendgesundheitsbericht, in welchem beispielsweise Impfdaten oder Informationen zum psychischen und körperlichen Wohlbefinden verarbeitet werden. Ausserdem beteiligt sich der Kanton Basel-Stadt an den nationalen Programmevaluationen „Tabakprävention“ und „Ernährung und Bewegung“. Weiter werden auch bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote evaluiert. Weitere Informationen unter <http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/programme.html>.

¹⁷ Cost of obesity in Switzerland in 2012, Schneider, H., Venetz W. Datagen AG, 2014.

6.3.2 Früherkennung (systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge im Kanton Basel-Stadt)

Inhalt

Bei Frauen in der Schweiz ist Brustkrebs die häufigste Krebskrankheit; er stellt annähernd eine von drei Krebsneuerkrankungen und nahezu einen von fünf Todesfällen in Zusammenhang mit Krebs dar. Acht von zehn betroffenen Frauen sind dabei älter als 50 Jahre. Die Mammografie ist dabei die am besten geeignete Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Die frühzeitige Erkennung und die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten tragen bei den Frauen dieser Altersgruppe zu einer Reduktion der Sterblichkeitsrate um bis zu 25% bei. Deshalb empfehlen der Schweizerische Verband der Krebs-Früherkennungs-Programme (swiss cancer screening), das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Krebsliga Schweiz sowie Expertinnen und Experten im In- und Ausland Frauen im Alter ab 50 Jahren im Rahmen eines qualitätskontrollierten Mammografie-Screening- bzw. Brustkrebs-Früherkennungs-Programms alle zwei Jahre eine Mammografie durchführen zu lassen.

Im Kanton Basel-Stadt wurden im Jahr 2010 etwa 16'000 individuelle Vorsorgeuntersuchung durchgeführt. Mit dem Regierungsratsbeschluss vom 25. September 2012 und dem Beschluss des Grossen Rates vom 16. Januar 2013 wurde dieser hohen Nachfrage Rechnung getragen, indem die Voraussetzungen für den Aufbau eines systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms durch die Krebsliga beider Basel im Kanton Basel-Stadt geschaffen wurde.

Seit dem Jahr 2014 können alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50–69 Jahren und seit August 2016 bis 74 alle zwei Jahre freiwillig eine Mammografie zu Lasten der Krankenkasse durchführen lassen.

Mit der Durchführung des Programms ist die Krebsliga beider Basel betraut, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt realisiert hat.

Zielsetzung

Die Tatsache, dass sich im Kanton Basel-Stadt viele Frauen einem Screening unterziehen, zeigt, dass die Basler Frauen eine Vorsorgeuntersuchung begrüßen und diese auch durchführen lassen. Deshalb wird in Basel-Stadt seit 2014 ein ganzheitliches Programm zur systematischen Screening-Mammografie angeboten. Diese ist im Gegensatz zum unsystematischen Screening qualitätskontrolliert, weniger kostenintensiv und vor allem allen Frauen aus allen sozialen Schichten zugänglich.

Daraus ergeben sich folgende vier Hauptziele:

- Möglichst frühe Entdeckung von Brustkrebs, da eine frühe Erkennung die Heilungschancen verbessert und eine schonende Behandlung ermöglicht
- Laufende Optimierung der Qualität in der Befundung
- Stetige Erhöhung der Zugänglichkeit
- Jährliche Steigerung der Anzahl teilnehmender Frauen

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

An den Programmkosten beteiligt sich der Kanton Basel-Stadt mit einem Betrag von jährlich 500'000 Franken. Der Grosse Rat hat dem entsprechenden Ausgabenbericht am 16. Januar 2013 zugestimmt.

Vor Beginn des Programms wurden Audits in den Instituten für Radiologie des Kantons gemacht und sechs Institute konnten danach für die Erstellung von Screening-Mammografien akkreditiert werden. Für die Durchführung der Lesungen steht pro Institut ein erfahrener Facharzt für Radiologie (FMH) zur Verfügung. Alle sechs akkreditierten Radiologen erfüllen die in den Programm-Richtlinien definierten Qualitätskriterien.

Um die Zugänglichkeit zu verbessern, wurden die Einladungsunterlagen in sieben Sprachen übersetzt, um die eingeladenen Frauen auch in ihrer Muttersprache über Brustkrebs und das Früherkennungsprogramm zu informieren. Weitere Informationsunterlagen, die leicht verständlich über die Vor- und Nachteile einer Teilnahme am Mammografie-Screening-Programm informieren, liegen in zehn Sprachen vor.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Seit dem Start des Programms wird der Einladungsbrief mit einem Gesundheitsfragebogen und einem Informationsflyer in acht Sprachen versandt. Die ersten Einladungen zur Teilnahme am Programm erfolgten im Juli 2014. In den ersten fünf Monaten des Programms lag die durchschnittliche Teilnahmequote bei 18%. Ab dem Jahr 2015 wurden die Kommunikationsaktivitäten deutlich verstärkt, um in der Bevölkerung des Kantons noch breiter über das Programm zu informieren. Dadurch konnte die Teilnahmequote bis Dezember 2015 auf rund 31% angehoben werden.

Weiter soll durch die Erhöhung der oberen Altersgrenze von 69 auf 74 Jahre das unsystematische, nicht qualitätskontrollierte Mammografie-Screening weiter abgebaut werden. Auf diese Weise kann die Qualität und Kosteneffizienz der Screenings nachhaltig auch in dieser Altersgruppe gesteigert werden. Ferner wird damit auch berücksichtigt, dass - bedingt durch die steigende Lebenserwartung - mehr ältere Frauen vom Programm zur Brustkrebs-Früherkennung profitieren können.

Näheres zum Programm, seinen Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: www.klbb.ch/de/mammografie_screening_kanton_basel_stadt/

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Daten der 17 Monate von August 2014 bis Dezember 2015 und die Daten der 12 Monate des Jahres 2016 dargestellt.

Mit Beschluss des Regierungsrates vom 3. Mai 2016 wurden die Einladungen ab 1. August 2016 (= Beginn des zweiten Einladungszyklus) ausgedehnt auf die Frauen von 50 bis 74 Jahre. Das bedeutet, dass die Daten von 2016 einen Mix repräsentieren von Einladungen der 50 bis 69-Jährigen von Januar bis Juli 2016 und der 50 bis 74-Jährigen von August bis Dezember 2016. Es werden somit seit August 2016 relativ mehr Frauen eingeladen (Gruppe der 70 bis 74-jährigen Frauen). Die Teilnehmerrate im zweiten Einladungszyklus liegt bis jetzt (August 2016 bis Mai 2017) deutlich über 32%.

Die Ergebnisse des Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2014-2016, abgebildet in der nachfolgenden Tabelle, zeigen auf, dass von den total 7'058 Teilnehmerinnen 8% weiter abgeklärt wurden und total 61 Frauen (8,6‰) einen positiven Befund erhalten haben.

Parameter	Gesamtzahl	Anteil/Verhältnis (Erstuntersuchung)	Referenzwerte der EU-Leitlinien (Erstuntersuchung)
Einladung			
Einladungen	23 765	100%	
Teilnehmerinnen*	7 058	30%	> 70%
Erstmalige Mammografie überhaupt	2 550	36%	
Untersuchung			
Fälle in den Konsensuskonferenzen	1 387	19,6%	
Indikationen zur Abklärung	565	8%	≤ 7%
Nachweis von Brustkrebs			
Entdeckte Brustkrebsfälle	61	8,6‰	
In-situ-Karzinome (DCIS)	15	24,6%	> 15%
Invasive Karzinome	46	75,4%	

* Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Untersuchungen (Mammografien) im Untersuchungszeitraum erfolgten.
Untersuchungszeitraum: 1. August 2014 – 31. Juli 2016.

Quelle: Mammografie-Screening Report 2016

6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern

Inhalt	
Die Schulzahnklinik, seit dem 1. Januar 2016 Teil des Universitären Zentrum für Zahnmedizin Basel, leistet durch die Massnahmen für die Kariesprophylaxe bei Schulkindern einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität von Heranwachsenden.	
Zielsetzung	
Das Ziel der Kariesprophylaxe ist, dass möglichst viele Schulkinder möglichst kariesfrei bleiben und sich selber Wissen aneignen können, um die eigene Zahngesundheit und Mundhygiene erhalten zu können. Bei Kindern und Erwachsenen werden zudem – abhängig von den Reduktionen auf Krankenkassenprämien - Reduktionen bei den Behandlungskosten gewährt. Für die Höhe der Reduktion massgebend ist die Zahnpflegeverordnung vom 6. November 2011. Damit ist sichergestellt, dass Personen, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, auch eine Reduktion bei zahnärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen können.	
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen	
Folgende unentgeltliche Massnahmen sieht die Kariesprophylaxe vor:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. regelmässige gruppenprophylaktische Massnahmen in den Schulen sowie eine einmalige Beratung im UZB; 2. in den Kindergärten mindestens einmal, höchstens dreimal jährlich Instruktionen über die Zahnreinigung und Informationen über die Kariesprophylaxe; 3. jährliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder, welche obligatorisch sind; 4. ein Übersichtsrontgenbild zur Erfassung von Nichtanlagen von Zähnen und zwei Bissflügel-aufnahmen zur Kariesdiagnostik bis zur Schulentlassung. 	
Periodizität	1-3 mal jährlich (Instruktion in den Kindergärten) und jährlich obligatorische unentgeltliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder
Aktivitäten im Berichtsjahr	
Die Kariesprophylaxe bei Kindern ist eine Daueraufgabe. Zusätzlich konnte mit der Walter Fuchs Stiftung (WFS) eine Zusammenarbeit im Bereich der frühkindlichen Prophylaxe aufgebaut werden. Das ist sehr wichtig, da die Kariesprophylaxe bereits mit dem Durchbruch der ersten Zähne einsetzen sollte, die Schulzahnklinik von ihrem gesetzlichen Auftrag her aber erst ab Schulpflicht aktiv werden kann. In Zusammenarbeit mit der WFS wurde ein Booklet erarbeitet, welches zusammen mit einem Beissring allen Geburtshäusern der Region Basel abgegeben wird. In dem Booklet ist das richtige Vorgehen bezüglich Kariesprophylaxe anschaulich erklärt. Damit können jedes Jahr 2500 Mütter und deren Kinder erreicht werden.	
Bereits eingetretene Wirkungen	
Der prozentuale Anteil der kariesfreien 5- und 6-jährigen Kinder liegt in den vergangenen sieben Jahren in einer Bandbreite zwischen 55 und 70 Prozent, mit einer Tendenz zur kontinuierlichen Verbesserung: während die Kariesfreiheit bei den 5- Jährigen im Jahr 2009 bei 62.98% lag, wurden 2016 69.91% der 5-jährigen Kinder für kariesfrei befunden. Dies entspricht einer kontinuierlichen Verbesserung von gut 1% pro Kalenderjahr. Noch deutlicher zeigt sich der Kariesrückgang bei den 6-jährigen Kindern. Hier stieg die Kariesfreiheit von 53.07% im Jahr 2009 auf 61.82% im Jahr 2016. Kariesfrei bedeutet, dass für die Eltern keine Gesundheitskosten im Zahnbereich entstehen.	
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)	
Das Niveau der vergangenen Jahre kann mit den bestehenden Massnahmen beibehalten werden. Die verstärkte Zuwanderung von Kindern aus Ländern mit eher tiefer zahnmedizinischer Prophylaxe hatte bisher keinen negativen Einfluss. Mittelfristig erhoffen wir uns aus den Aktivitäten in der frühkindlichen Prophylaxe eine weitere Erhöhung des Anteils kariesfreier Kinder.	
Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen	
Die Kosten für die gesetzlichen Gratisleistungen für Schulkinder beziffern sich auf rund 1.1 Mio. Franken pro Jahr. Hinzu kommen die Reduktionen an die Behandlungskosten für Kinder von rund 0.75 Mio. Franken. Die Kosten für die Aktivitäten in der frühkindlichen Prophylaxe werden von der Walter Fuchs Stiftung und der Schulzahnklinik getragen.	

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

Der Kanton investiert jährlich ca. 1.85 Mio. Franken in die Gratisuntersuchungen, die Prophylaxe-Schulung und Reduktion von Behandlungskosten. Diese Kosten müssten sonst von den Eltern getragen werden. Es kann angenommen werden, dass etliche Kinder ohne dieses Angebot keinen oder nur sehr beschränkten Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen hätten und die Zahngesundheit entsprechend schlechter wäre, mit allen negativen Konsequenzen für die Allgemeingesundheit. Eine Quantifizierung dieser Kosten ist aber äusserst schwierig.

6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt

Inhalt

Die Schadenminderung umfasst alle Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Risiken des Drogenkonsums zu verringern. Gemäss Betäubungsmittelgesetz Art. 3g gehört es zu den Aufgaben der Kantone im Rahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfe Massnahmen zu treffen:

„Zur Verhinderung oder Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Schäden bei Personen mit suchtbedingten Störungen treffen die Kantone Massnahmen zur Schadenminderung und Überlebenshilfe. Sie schaffen die dazu notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.“

Zielsetzung

Die Schadenminderung will erreichen, dass Menschen eine Phase des Drogenkonsums in ihrem Leben mit einem möglichst geringen körperlichen, psychischen und sozialen Schaden überstehen. Konkrete Ziele sind risikoarmer Konsum hinsichtlich der Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten, die Stabilisierung des Gesundheitszustandes von Drogenkonsumierenden und die Verbesserung der sozialen Integration. Schadenmindernde Massnahmen haben auch das Ziel, drogenabhängige Personen therapeutischen Angeboten zuzuführen. Auf gesellschaftlicher Ebene werden die Verringerung der sozialen Kosten und die Erhöhung der öffentlichen Sicherheit angestrebt.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Im Kanton Basel-Stadt ist der Betrieb von zwei Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) am Dreispitz und Riehenring ein wichtiger Teil der Versorgungsstruktur der Schadensminderung im ambulanten Suchthilfebereich und des sozialen Systems der Gesundheitsversorgung.

Seit Ende der 80er Jahre, in der Zeit der offenen Drogenszene, hat sich die Lage deutlich zum Positiven verändert. Durch die erfolgreiche Einführung von neuen Angeboten für Schwerstabhängige – wie beispielsweise die heroïn- und methadongestützte Behandlung oder die K+A – hat sich die Situation von Betroffenen stabilisiert. Gleichzeitig haben diese Behandlungsmassnahmen zum Schutz vor negativen Auswirkungen des Drogenkonsums im öffentlichen Raum beitragen.

Die Angebote der K+A reichen von der Abgabe sauberen Injektionsmaterials zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten über Aufenthalts- und Konsumräumen, bis hin zu niederschweligen Pflege- und Verpflegungsangeboten.

Im Kanton Basel-Stadt besuchten 2016 durchschnittlich 195 Personen pro Öffnungszeit die K+A. Das Geschlechterverhältnis betrug 19% Frauen zu 81% Männern. Die K+A sind wöchentlich 74 Stunden geöffnet (Tages- und Abendöffnungszeit von 11-16 oder 16-22, Ausnahme Sonntag 13-21 Uhr), an 365 Tagen im Jahr. In den Injektionsraum traten durchschnittlich 37 Personen pro Öffnungszeit ein, in den Inhalationsraum 61 Personen und den Sniff-Bereich nutzten durchschnittlich 66 Personen.

Im Jahr 2016 beliefen sich die effektiven Gesamtkosten der zwei K+A-Betriebe auf rund 3.5 Mio. Franken. Nach Abzug des Beitrags des Kantons Basel-Landschaft an den Kanton Basel-Stadt in Höhe von 850'000 Franken betrugen die Ausgaben zulasten des Kantons Basel-Stadt noch rund 2,7 Mio. Franken.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Betrieb der Kontakt- und Anlaufstellen mit täglichen Öffnungszeiten von 11.00 – 22.00 Uhr (ausser sonntags von 13.00-21.00 Uhr)

Bereits eingetretene Wirkungen

Zahlen zu HIV/Aids: Während im Jahr 1994 noch geschätzte 28% (Frauen) respektive 25% (Männer) der positiven HIV-Tests auf infizierte Spritzen beim intravenösen Drogenkonsum zurück zu führen waren, nahm dieser Anteil in den darauffolgenden Jahren sukzessiv ab und hat sich seit mehreren Jahren auf einem tiefen Niveau stabilisiert (bei rund 3-4%). Ebenso ging auch die Zahl der durch den direkten Drogenkonsum (Intoxikation) ausgelösten Todesfälle in den letzten zwei Jahrzehnten durch die beschriebenen Massnahmen stark zurück.

Die Tatsache, dass sich heute deutlich weniger Drogen injizierende Personen mit HIV anstecken und auch erheblich weniger Todesfälle durch Intoxikation auftreten als früher, ist als Erfolg der Politik der Schadensminderung zu werten (saubere Spritzen, Methadonprogramme, heroingestützte Behandlung, Anpassung der Konsumräume – neben Injektion- auch Inhalationsraum und Sniff-Bereich).

Ob der Erfolg dieser Massnahmen zur Schadenminderung anhält, ist weitgehend vom Weiterbestehen dieser Programme abhängig.

Verlagerung der Konsumform

Seit Einführung eines Sniff-Konsumraums im Jahr 2009 ist eine Veränderung der Konsumform beobachtbar, wonach der intravenöse Konsum tendenziell abnimmt und das Sniffen bzw. Inhalieren zunimmt. Somit ist eine Verlagerung hin zu einer Risiko ärmeren Konsumform zu beobachten wodurch weniger Risiken und Komplikationen im gesundheitlichen Bereich entstehen und entsprechende Behandlungskosten entfallen.

Zunehmende intensive Betreuungen

Die intensiven Betreuungen haben seit 2008 kontinuierlich zugenommen und die Anzahl belief sich im Jahr 2016 auf 5'345. Dieser Anstieg ist neben der veränderten klientelbezogenen Arbeitsweise, auf substanz- und klientenbezogene Faktoren zurück zu führen.

Substanzbezogene Faktoren: hoher Kokain- und Medikamentenkonsum sowie Mischkonsum machen eine intensivere Beobachtung der Konsumierenden nötig, um ungewollte Konsumnebenwirkungen auszuschliessen. Ebenfalls kann es aufgrund der Zusammensetzung der Inhaltstoffe und dem Wirkstoffanteil in den Substanzen zu unerwünschten Wirkungen kommen.

Klientelbezogene Faktoren: Besuchende werden immer älter und damit nehmen somatische, aber auch psychische Probleme zu. Für diesen Personenkreis steigt entsprechend der Betreuungsaufwand. Bei einem Teil der Besuchenden zeigt sich ein generell schlechter psychischer Gesundheitszustand. Berechnet man die Anzahl der intensiven Betreuungen je Öffnungszeit, so sind dies im Durchschnitt 8 Betreuungen pro Öffnungszeit.

Diese wichtige Versorgung wird direkt vor Ort durch die Mitarbeitenden der K+A gewährleistet. Der Einbezug externer Leistungserbringer bzw. Spitalbehandlungen würden hier deutlich teurer ausfallen.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Beim Spritzen von Heroin besteht das Risiko einer Infektion. Es können HIV (Aids) und Leberinfektionen (Hepatitis) übertragen werden. Unsachgemässe oder unhygienische Injektionen können Blutvergiftungen und Abszesse verursachen. Heroinkonsum birgt immer das Risiko von akuten Todesfällen durch Überdosis oder allergische Schocks. Deshalb ist der Fortbestand der schadensmindernden Angebote wie die K+A unerlässlich.

In Franken können die Einsparungen im medizinischen, sozialen Bereich nicht beziffert werden. Eine bei der heroingestützten Behandlung durchgeführte, eingehende Studie, zeigte aber eine erhebliche Kosteneinsparung in der Folge dieser Massnahme. Entsprechende, kostendämpfende Effekte sind auch bei den hier beschriebenen Massnahmen anzunehmen.

6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung

6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht

Inhalt

Damit Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können, benötigen sie eine entsprechende Zulassung. Aufgrund der Zulassung erteilt Santésuisse (Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung) bzw. SASIS eine Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) oder für unselbstständige Ärzte eine K-Nummer.

Um die Zunahme von Leistungserbringern mit Blick auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einzudämmen, hat der Bund per 4. Juli 2002 eine befristete Zulassungseinschränkung eingeführt.

Am 31. Dezember 2011 ist die mehrmals verlängerte Zulassungseinschränkung (auch Zulassungsstopp) für Leistungserbringer ausgelaufen, ohne dass eine alternative Lösung vorlag. Die Zulassungseinschränkung war vom 4. Juli 2002 bis 31. Dezember 2011 in Kraft.

Seit dem Wegfall der Zulassungssteuerung per Ende 2011 nahmen in einigen Kantonen die Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche neu eine Zulassung zur OKP erhalten haben, erheblich zu. Auch im Kanton Basel-Stadt wurden in verschiedenen Fachrichtungen deutlich mehr Bewilligungen erteilt. Die Veränderungen waren jedoch nicht in allen Fachgebieten (Weiterbildungstitel) gleich stark ausgeprägt.

Aufgrund der als problematisch erachteten Entwicklung sowie mangels Alternativen hat das Schweizer Parlament am 21. Juni 2013 der bis 30. Juni 2016 befristeten Wiedereinführung der Zulassungseinschränkung zugestimmt. Mit der erneuten Einführung des angepassten Artikels 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG [SR 832.10]) erhielten die Kantone wiederum die Möglichkeit, die Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet zu steuern. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Diese Ärztinnen und Ärzte haben weiterhin die Möglichkeit, ohne Bedürfnisnachweis eine eigene Praxis zu eröffnen und zulasten der OKP abzurechnen. Die befristete Zulassungseinschränkung gemäss Art. 55a KVG wurde per 1. Juli 2016 um weitere drei Jahre bis 30. Juni 2019 verlängert.

Die Kriterien für den Bedürfnisnachweis sind in der bundesrätlichen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL [SR 832.103]) vom 3. Juli 2013 geregelt.

Der Kanton Basel-Stadt setzt die Zulassungseinschränkung seit dem 18. August 2013 mittels kantonaler Vollzugsverordnung (Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung [SG 310.500]) um.

Für Grundversorger sieht die geltende kantonale Verordnung bezüglich Praxisnachweis seit dem 3. Juli 2016 neu eine Erleichterung vor. So sind Grundversorger, welche nachweislich mindestens ein Jahr an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Zulassungseinschränkung ausgenommen.

Dabei handelt es sich gemäss § 2a der Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung um folgende Weiterbildungstitel:

- a) Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;
- b) Praktische Ärztin oder praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel;
- c) Kinder- und Jugendmedizin als einziger Weiterbildungstitel

Diese Bestimmung wurde in Anbetracht des sich abzeichnenden Mangels an Hausärztinnen / Hausärzten in der Verordnung verankert und wurde am 3. Juli 2016 wirksam.

Verfügt eine Ärztin / ein Arzt nicht über die genannte dreijährige Praxis bzw. einjährige Praxis (Erleichterung für Grundversorger) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, so kann lediglich in begründeten Einzelfällen eine Zulassung zur Tätigkeit zu OKP erteilt werden.

Als begründeter Einzelfall gilt gemäss § 3 der kantonalen Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung das Vorliegen eines ausgewiesenen Bedarfs gemäss den Beurteilungskriterien der VEZL nach weiteren Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Fachrichtung.

Zielsetzung

Mit der Steuerung der Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP soll die Kostensteigerung im Gesundheitswesen eingedämmt werden. So belastet nach Angaben der Krankenversicherer jede neu eröffnete Arztpraxis die obligatorische Grundversicherung mit durchschnittlich 300'000 bis 500'000 Franken pro Jahr.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Aufgrund der geltenden Zulassungseinschränkung prüfen die Medizinischen Dienste als zuständige Behörde eingehende Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Allfällige Ausnahmen sind gemäss § 3 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung nur bei Vorliegen eines ausgewiesenen Bedarfs (begründeter Einzelfall) gemäss den Beurteilungskriterien der VEZL nach weiteren Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Fachrichtung möglich, sofern der Nachweis der mindestens dreijährigen bzw. einjährigen Praxis (Grundversorger) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte nicht erbracht werden kann.

Die Umsetzung der Zulassungseinschränkung erfolgt im Gesundheitsdepartement mit den bestehenden Ressourcen.

Zeitliche Planung

Beginn 18.08.2013

Dauer 30.06.2019

Aktivitäten im Berichtsjahr

Zu den Aktivitäten gehört die Prüfung von Gesuchen betreffend Erteilung einer Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie das Monitoring bezgl. Entwicklung der Anzahl Berufsausübungsbewilligungen (BAB) für Ärztinnen / Ärzte im Kanton Basel-Stadt mit Zulassung zur OKP.

Bereits eingetretene Wirkungen

Entwicklung BAB September 2011 – Dezember 2016

Die erste Zulassungseinschränkung war vom 4. Juli 2002 bis 31. Dezember 2011 in Kraft. Am 31. Dezember 2011 ist die mehrmals verlängerte Zulassungseinschränkung für Leistungserbringer ausgelaufen, ohne dass eine alternative Lösung vorlag. Als **Ende September 2011** (Start des Monitorings) offensichtlich wird, dass ab 2012 Ärztinnen / Ärzte wieder ohne Einschränkungen eine Praxis in der Schweiz eröffnen dürfen, nehmen die Bewilligungsgesuche stark zu.

Ende November 2012 wird bekannt, dass gemäss Bundesrat die Kantone ab 2013 wieder bestimmen können, welche Ärztinnen / Ärzte sich bei ihnen niederlassen. Noch einmal nehmen die Bewilligungsgesuche stark zu.

Seit Juli 2013 gilt im Kanton Basel-Stadt die neue Zulassungseinschränkung, welche gestützt auf § 55a KVG und die Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung **per 3. Juli 2016 bis 30. Juni 2019** verlängert wurde und zudem neu eine Erleichterung für Grundversorger vorsieht.

Absolute Zahlen									
	Sept 2011	Nov 2012	Juli 2013	Dez 2013	Dez 2014	Jan 2015	Dez 2015	Jan 2016	Dez 16
Grund- versorger	249	272	282	287	278	271	255	258	260
Spezialisten	445	553	643	646	613	596	603	609	629
Total- bestand	694	825	925	933	891	867	858	867	889
Veränderungen									
	Sept 2011	Nov 2012	Juli 2013	Dez 2013	Dez 2014	Jan 2015	Dez 2015	Jan 2016	Dez 16
Grund- versorger	249	+ 23	+ 10	- 5	- 9	- 7	- 16	- 3	+ 2
Spezialisten	445	+ 108	+ 90	+ 3	- 33	- 17	+ 7	+ 6	+ 20
Total- zunahme	-	+ 131	+ 100	- 2	- 42	+ 24	- 9	+ 3	+ 22
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)									
Anhaltende Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen aufgrund der Zulassungssteuerung. Auf Bundesebene werden weitere kostendämpfende Massnahmen geprüft.									
Derzeit läuft eine Vernehmlassung über eine definitive Folgeösung (bis 25. Oktober 2017). In der jetzt vorliegenden Vorlage zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) soll den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt werden. Die neuen Bestimmungen geben den Kantonen die Möglichkeit, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren. Die Kantone können Höchstzahlen festlegen, wenn sie beabsichtigen, die Zahl der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Dabei müssen sie den Beschäftigungsgrad dieser Fachpersonen berücksichtigen und sich koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Diese Vorlage wird in ihrer Stossrichtung vom Kanton unterstützt.									

6.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste

Inhalt
Die Planung der stationären Spitalversorgung hat die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, hochstehenden, wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der baselstädtischen Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich zum Ziel. Dies wird durch den Erlass einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste und dem Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern umgesetzt.
Zielsetzung
Mit einer rollenden Spitalplanung wird die Bedarfsgerechtigkeit laufend überprüft. Dadurch soll eine medizinische Über- oder Unterversorgung vermieden werden. Die Erteilung der Spitallisten-Leistungsaufträge folgt der Zielsetzung zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dazu wird im Sinne von Schwerpunktbildungen im Leistungsspektrum der Spitäler eine Konzentration von medizinischen Leistungen angestrebt. Das Erreichen von notwendigen Mindestfallzahlen ermöglicht die Förderung der Behandlungsqualität. Des Weiteren wird angestrebt, mittels differenzierter Leistungsaufträge auch die Koordination und Kooperation unter den Leistungserbringern zu fördern.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Die von den Spitälern erbrachten Leistungen werden jährlich mit den erteilten Leistungsaufträgen auf der Ebene der Leistungsgruppen kontrolliert. Sind Diskrepanzen zwischen Leistungsauftrag und tatsächlich erbrachten Leistungen festzustellen, werden die Gründe für die Abweichung analysiert, das Gespräch mit dem Spitälern gesucht und geeignete Massnahmen ergriffen. Kann das Nicht-Erreichen von Mindestfallzahlen nicht plausibel erklärt werden, wird der entsprechende Leistungsauftrag entzogen.
Aktivitäten im Berichtsjahr
Im Jahr 2016 wurde eine Bereinigung der Aufgabenteilung in der Alterspsychiatrie zwischen den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und dem Felix Platter-Spital (FPS) auf der Spitalliste abgebildet. Künftig wird am FPS das Schwergewicht in der Alterspsychiatrie auf die Erkrankungen Demenz und Delir gelegt und in den UPK werden in der Alterspsychiatrie schwergewichtig die Themen Depression, Abhängigkeit/Sucht oder Psychosen betreut. Das St. Claraspital seinerseits hat den Antrag gestellt, dass auf der Spitalliste eine Präzisierung in den Leistungsgruppen der Angiologie und der Radiologie vorgenommen werden, damit das vom St. Claraspital geleistete Spektrum korrekt abgebildet werden kann. Diese eher technische Anpassung wurde vom Gesundheitsdepartement bzw. vom Regierungsrat genehmigt, da damit die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung verbessert werden konnte.
Bereits eingetretene Wirkungen
Anpassungen der Leistungsaufträge führen zur Fokussierung des Leistungsspektrums im Sinne einer Konzentration auf die Kernkompetenzen und einer vermehrten Kooperationen zwischen den Leistungserbringern.
Noch zu erwartende Wirkungen
Die Spitäler werden die Konzentration ihrer Leistungserbringung und damit die Schwerpunktbildung im Angebot weiter ausbauen. Es dürfte zu weiteren und intensiveren Kooperationen zwischen den Spitälern kommen. Hauptsächliche Wirkungsrichtung ist die Sicherstellung der Versorgung und die Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Bezüglich der Gesamtkosten ist eine stabilisierende Tendenz die Zielsetzung. Finanzielle Wirkungen von einzelnen Massnahmen der Spitalplanung können nicht quantifiziert werden. Die stationären Behandlungskosten hängen vorab von der Krankheitshäufigkeit ab. Bei Veränderungen im Angebot können Leistungen auch ausserkantonale bezogen werden, was für den Kanton und die Prämien ebenfalls Kosten nach sich zieht.

6.5 Massnahmen Bereich Umwelt

6.5.1 One Health – Präventionsprogramm Kind & Hund

Inhalt

One Health steht für die Nutzung des beträchtlichen gesundheitlichen und/oder ökonomischen Mehrwertes, welcher durch eine verstärkte Zusammenarbeit aller für die Gesundheit von Mensch, Tier oder Umwelt zuständigen Institutionen und Personen entsteht.

Kinder werden häufiger von Hunden gebissen als Erwachsene. Um solchen Unfällen kurz- und langfristig vorzubeugen, gibt es den Präventionskurs Kind & Hund. Der Kurs vermittelt Kindergartenkindern, wie sie sich in Alltagssituationen verhalten sollen, damit es nicht zu Bissverletzungen kommt.

Zielsetzung

Ziel ist eine hohe Lebensqualität sowie Stabilität und Sicherheit der öffentlichen Gesundheit auf höchstem Niveau. Die seit Mai 2006 von den Kantonen aufgrund der Meldepflicht von Bissvorfällen gesammelten Meldungen belegen, dass Kinder häufiger von Hunden gebissen werden als Erwachsene. Doppelt so häufig erleiden sie dabei Bissverletzungen, die im Spital versorgt werden müssen. Auch bei den Verletzungen die beim Hausarzt versorgt werden müssen, sind Kinder deutlich häufiger vertreten. Dabei werden sie oft an sensiblen Körperregionen wie z.B. am Hals oder am Kopf verletzt. Zwei Drittel der Bissunfälle bei Kindern werden durch das Verhalten des Kindes selbst ausgelöst. Die besonders heiklen Situationen, welche beim Hund Aggressionen auslösen können, sind bekannt. Wenn Kinder wissen, welche Situationen gefährlich sind und wenn sie lernen, wie sie sich richtig verhalten sollen, lassen sich Unfälle jetzt und in Zukunft vermeiden.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Im Präventionskurs Kind & Hund lernen die Kindergartenkinder anhand von praktischen Übungen einige elementare Regeln, wie sie sich in Alltagssituationen gegenüber Hunden verhalten sollen, damit es nicht zu Bissverletzungen kommt. Ziel ist, mit den Kindern korrekte und angemessene Verhaltensweisen auf stufengerechte und verständliche Art einzuüben. Den Kindern wird das Wesen Hund mit seinen Gefühlen, seinen spezifischen Bedürfnissen und seiner eigenen Sprache nähergebracht. Bei der Kursgestaltung wird Wert darauf gelegt, dass sich die Kinder aktiv beteiligen können und die Übungen einen engen Bezug zu Alltagssituationen haben. Wenn Kinder einen ihnen fremden Hund streicheln wollen, Hunde an engen Orten passieren müssen, Hunde auf Kinder zu rennen und unter Umständen sogar diese umstossen. Der Kurs ist absolut ungefährlich für die Kinder. Er darf aber nicht als Streichelkurs verstanden werden, vielmehr soll ein respektvoller, distanzierter Umgang gelernt werden.

„Kind & Hund“ hat zum Ziel, jedem Kindergartenkind während seiner zweijährigen Kindergartenzeit mindestens einmal im Rahmen des Grundkurses und mindestens einmal im Rahmen des Ergänzungskurses Verhaltensregeln stufengerecht beizubringen, damit das Risiko durch Hunde gebissen zu werden, vermindert werden kann. Dafür steht dem Veterinäramt ein Ausbildungsteam von fachlich ausgebildeten Instruktorinnen mit speziell für diese Aufgabe ausgewählten Hunden zur Verfügung.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Jahr 2016 haben 92 (2015: 84) Kindergartenklassen den Grundkurs „Kind & Hund“ beim Veterinäramt besucht und 64 (2015: 55) Klassen wurden im Rahmen des Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.

Bereits eingetretene Wirkungen

Rückmeldungen belegen, dass der Kurs von den Kindern, von deren Eltern und von den Kindergartenlehrpersonen als sinnvoll, als sehr lehrreich und mehrheitlich als nachhaltig beurteilt wird. 2016 wurden 7 (2015: 7) Kinder unter 10 Jahren von Hunden gebissen. Das Alter der gebissenen Kinder wurde bis anhin nicht systematisch ausgewertet. Diese dürften aber mehrheitlich im Vorschulalter gewesen sein. Insgesamt ist die Zahl der Hundebisse mit gravierenden Verletzungen rückläufig.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Keine Zunahme von Gesundheitskosten aufgrund von Bissverletzungen und psychiatrischen Folgebehandlungen (Angsttherapie).

6.5.2 Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer

Inhalt

Das Kantonale Labor führt neben der Kontrolle von Konsumgütern (Lebensmittel, Kosmetika, Chemikalien) eine Reihe von Umweltmonitorings durch und erfasst damit, ob eine Gefährdung von Mensch, Tier und Umwelt besteht. Im Auftrag des Bundes überwacht das Kantonale Laboratorium Basel-Stadt seit Jahren die potentiellen Emittenten von Radionukliden in den Rhein. Es handelt sich dabei im Besonderen um die nuklearmedizinischen Abteilungen in den Spitälern Basels. Diverse kurzlebige Radionuklide gelangen bei der Diagnostik und bei Krebstherapien zur Anwendung. Die Abfälle und Abwässer der Spitäler werden in der Kehrrichtverbrennungsanlage der Stadt Basel und der städtische Kläranlage Pro Rheno aufbereitet.

Zielsetzung

Ziel ist eine hohe Lebensqualität durch eine intakte Umwelt sowie Stabilität und Sicherheit der öffentlichen Gesundheit. Der Schutz der Bevölkerung und der Umwelt ist prioritäres Ziel. Bei gesundheits- und umweltgefährdenden Vorfällen oder Untersuchungsergebnissen wird interveniert, um Schäden zu begrenzen und daraus Lehren für die Vorsorge zu ziehen.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Wöchentlich wird ein repräsentatives Wochen-Sammelmuster des gereinigten Abwassers auf Rückstände von radioaktiven Stoffen untersucht. Die Spitäler von Basel sind an das baselstädtische Abwassernetz angeschlossen. Bei der Radiodiagnostik und -therapie werden den Patienten kurzlebige Radionuklide wie ¹³¹I, ¹¹¹In, ¹⁷⁷Lu etc. verabreicht. Die radioaktiven Abfälle dieser speziellen Krankenstationen werden in Abklingtanks gesammelt, bis die Radioaktivität weitgehend abgeklungen ist. Bei ungenügender Wartezeit muss mit erhöhter Radioaktivität in der Kläranlage und schlussendlich im Rhein und in der Abluft (Klärschlammverbrennung) gerechnet werden.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Für die Analysen stellte die ProRheno AG mengenproportionale Wochensammelmuster des gereinigten Abwassers der ARA Basel zur Verfügung.

Die mittlere Tritiumaktivität des gereinigten, städtischen Abwassers betrug 6.8 Bq/L mit einem Höchstwert von 20 Bq/L in der Woche 29. Der Grenzwert von 6000 Bq/L war jederzeit eingehalten.

Die Tätigkeiten der nuklearmedizinischen Abteilungen der Spitäler widerspiegeln die dauernde, geringe Aktivität des Abwassers mit radioaktivem Iod (¹³¹I) und anderen, kurzlebigen Radionukliden. Der Mittelwert für ¹³¹I betrug 0.2 Bq/L, d.h. der Grenzwert von 5 Bq/L war stets eingehalten. Die Verwendung von radioaktivem Lutetium-177 für die Behandlung von neuroendokrinen Karzinomen (DOTATOC-Therapie) ist eine Spezialität des Universitätsspitals Basel. Dieses Nuklid konnte in 40 Proben mit einem Mittelwert von 1.4 Bq/L nachgewiesen werden.

Bereits eingetretene Wirkungen

Insgesamt kann den Spitälern ein gesetzeskonformes Handling der anfallenden, radioaktiven Abwässer attestiert werden. Es wurden im Berichtsjahr keine Spitzenaktivitäten beobachtet, d.h. die Abklingzeiten für die Abklingtanks wurden eingehalten.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Keine zusätzlichen Kosten bei den Spitälern für die Entsorgung der radioaktiven Abfälle.

6.5.3 Lebensmittelkontrolle / Prävention

Inhalt
Die Lebensmittelkontrolle hat das Hauptziel, die Konsumentinnen und Konsumenten vor gesundheitsschädlichen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenstände zu schützen. Das Kantonale Labor untersucht jährlich mehrere Tausend Proben und kontrolliert über 1000 Betriebe im Kanton Basel-Stadt. Betriebe, welche unmittelbar die Gesundheit gefährden, werden sofort geschlossen. Gesundheitsgefährdende Lebensmittel werden beschlagnahmt und mit einem Verkaufsverbot belegt.
Zielsetzung
Ziel ist eine hohe Lebensmittelsicherheit und –qualität, um die Basler Bevölkerung und die Gäste im Kanton Basel-Stadt vor Erkrankungen durch Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände zu schützen.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Das Kantonale Labor untersucht jährlich 3000 bis 5000 Proben und kontrolliert jährlich mehr als 1000 Betriebe im Kanton Basel-Stadt.
Periodizität risikobasierte Kontrollen; jährliche Produktkontrollkampagnen
Aktivitäten im Berichtsjahr
siehe <u>Jahresberichte</u> Kantonslabor
Bereits eingetretene Wirkungen
Gesundheitsgefährdende Betriebe werden sofort geschlossen und gesundheitsgefährdende Produkte im Geltungsbereich des Lebensmittelrechts werden aus dem Verkehr gezogen.
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)
keine Erkrankungen wegen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenstände

6.6 Massnahmen im Bereich Qualität

6.6.1 Indikations- und Ergebnisqualitätsmessung mithilfe des COMI (Core Outcome Measures Index)-Patientenfragebogens

Inhalt
Um den medizinischen Nutzen sowie annäherungsweise die Indikations- und Ergebnisqualität von Hüft- und Knieoperationen bestimmen zu können, wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern im Oktober 2016 eine entsprechende Versorgungsstudie im Kanton Basel-Stadt begonnen. Dabei werden bei Patienten, die eine Erstimplantation oder Revision einer Hüft- oder Knieprothese in einem basel-städtischen Spital erhalten, die Schmerzintensität, Gelenkfunktion, Lebensqualität sowie das symptomsspezifische Wohlbefinden und die Einschränkung bei der Ausübung der gewohnten Tätigkeiten im Alltag (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) präoperativ und 6 bzw. 24 Monate nach der Operation mithilfe eines validierten Patientenfragebogens (Core Outcome Measures Index (COMI)) erhoben.
Zielsetzung
Das Ziel ist die valide standardisierte Messung und Beurteilung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Erstimplantationen und Revisionen von Hüft- und Knieprothesen im Kanton Basel-Stadt.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Nachdem die betreffenden Patienten ihr Einverständnis für die Teilnahme an der COMI-Studie abgegeben haben, finden die Patientenbefragungen innerhalb von sechs Wochen präoperativ sowie sechs und 24 Monate nach erfolgter Operation durch das ISPM statt. Von der Maximalvariante ausgehend, dass alle Patienten eine telefonische Erinnerung für das Ausfüllen des COMI-Fragebogens benötigen und Papierbögen verlangen, werden in dieser Situation für die ganze Studiendauer (eine präoperative und zwei postoperative Erfassungen) maximal 80 Franken pro Patient an Kosten anfallen. Je grösser der Anteil an elektronischen Fragebögen und je geringer die Rate an telefonischen Remindern, umso stärker werden sich die effektiven Kosten im Vergleich zur Maximalvariante reduzieren.

Zeitliche Planung	
Beginn	24.10.2016
Dauer	Vier Jahre
Aktivitäten im Berichtsjahr	
Mit dem Stand vom 22. Mai 2017 sind im Kanton Basel-Stadt 200 Patienten in die COMI-Studie eingeschlossen worden. Da die COMI-Studie auch auf den Kanton Basel-Landschaft ausgeweitet werden soll, wird derzeit ein entsprechender Antrag vorbereitet, welcher anschliessend bei der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz zur Prüfung eingereicht wird.	
Bereits eingetretene Wirkungen	
Aufgrund der kurzen Studiendauer können aktuell noch keine Aussagen über bereits eingetretene Wirkungen gemacht werden.	
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)	
Im Jahr 2015 wurden im Kanton Basel-Stadt 472 Hüft- und 511 Knieprothesen bei baselstädtischen Patienten eingesetzt. Der Kanton bezahlt 56% an stationären Behandlungen, was in diesem Fall einem Kantonsbeitrag von etwa 10'500 bis 11'000 Franken für eine neue Prothese entspricht. Es entstehen dem Kanton Basel-Stadt hiermit jährliche Kosten von rund 10.6 Mio. Franken. Unter der Annahme, dass 5% der eingesetzten Hüft- und Knieprothesen unnötig sind und diese dank einer erfolgreichen Sensibilisierung durch die COMI-Studie verhindert werden können, ergibt sich damit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete jährliche Kosteneinsparung von rund 527'000 respektive 414'000 Franken. Die Gesamtkosten für die COMI-Studie sind davon abhängig, wie viele Patienten ihr Einverständnis für die Teilnahme an der COMI-Studie geben, eine telefonische Erinnerung für das Ausfüllen des COMI-Fragebogens benötigen und Papierbögen verlangen. Von der Maximalvariante ausgehend, betragen die Gesamtkosten der COMI-Studie für die Dauer von vier Jahren rund 364'000 Franken für den Kanton Basel-Stadt.	
Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen	
Die für die Umsetzung der COMI-Studie getätigten Kosten belaufen sich mit dem Stand vom 22. Mai 2017 auf rund 64'000 Franken.	
Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen	
Über bereits erzielte Einsparungen können aufgrund der kurzen Studiendauer aktuell noch keine Aussagen gemacht werden. Unter der Annahme, dass 5% der eingesetzten Hüft- und Knieprothesen unnötig sind und diese dank einer erfolgreichen Sensibilisierung durch die COMI-Studie verhindert werden können, ergibt sich damit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete jährliche Kosteneinsparung von rund 527'000 respektive 414'000 Franken. Für die Studiendauer von vier Jahren resultiert somit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete Gesamteinsparung von circa 2.1 respektive 1.7 Mio. Franken.	
Bereits erzielte Nettowirkungen/erwartete Nettowirkung Total (Horizont)	
Aufgrund der kurzen Studiendauer können aktuell noch keine Aussagen über bereits erzielte Nettowirkungen gemacht werden. Bei Subtraktion der erwarteten Gesamteinsparung von circa 2.1 Mio. Franken und den sich dabei in der Maximalvariante ergebenden Gesamtkosten von rund 364'000 Franken über die Studiendauer von vier Jahren resultiert für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete Nettowirkung von jeweils 1.7 Mio. Franken.	

7. Schlussbemerkungen und Antrag

Mit diesem Bericht erfüllt der Regierungsrat den gesetzlichen Auftrag gemäss § 67 Abs. 2 GesG und beantragt dem Grossen Rat die Kenntnisnahme.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Grossratsbeschluss

Bericht des Regierungsrats über die Leistungs-, Kosten- und Prämi- enentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheits- gesetzes (SG 300.100)

(vom [Datum eingeben])

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

1. Kenntnisnahme

Dieser Beschluss ist zu publizieren.