



An den Grossen Rat

15.1159.01

GD/P151159

Basel, 19. August 2015

Regierungsratsbeschluss vom 18. August 2015

**Erster 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

<b>1. Ausgangslage und Begehren</b>	<b>3</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>3</b>
2.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung	3
2.2 Verwendete Datengrundlagen	4
2.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt	4
<b>3. Entwicklung der Kosten und Leistungen im Kanton Basel-Stadt</b>	<b>6</b>
3.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt	6
3.1.1 Entwicklung der Gesamtkosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	6
3.1.2 Entwicklung der stationären Spitalkosten	7
3.1.3 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)	9
3.1.4 Entwicklung der ambulanten Spitalkosten	10
3.1.5 Entwicklung der Apothekenkosten	11
3.1.6 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen	13
3.1.7 Entwicklung der Spitex-Leistungen	13
3.1.8 Entwicklung der Physiotherapiekosten	14
3.1.9 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen	15
3.1.10 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer	16
3.2 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt	17
3.2.1 Entwicklung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	17
3.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	18
<b>4. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt</b>	<b>19</b>
4.1 Entwicklung der Referenzprämien	19
4.2 Entwicklung des Prämienvolumens	20
<b>5. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten</b>	<b>21</b>
5.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020	21
5.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien	26
5.2.1 Umsetzung nationale Strategie Demenz	26
5.2.2 Umsetzung nationale Strategie Palliative Care	27
5.2.3 Umsetzung nationale Strategie eHealth	28
5.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	29
5.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung	29
5.3.2 Kariesprophylaxe bei Schulkindern der Schulzahnklinik Basel	31
5.3.3 Früherkennung: Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge	32
5.3.4 Schadensminderung durch Kontakt- und Anlaufstellen	34
5.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung	36
5.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen gemäss Art. 55a KVG	36
5.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste	38
5.5 Massnahmen im Bereich One Health	39
5.5.1 Präventionsprogramm Kind und Hund	39
5.5.2 Umweltmonitoring: Untersuchung der Spitalabwässer	40
<b>6. Schlussbemerkungen und Antrag</b>	<b>41</b>

## 1. Ausgangslage und Begehren

Der Regierungsrat beantragt, vom ersten 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 die Basler Regierung verpflichtet, dem Grossen Rat jährlich über Kosten und Prämienentwicklung Bericht zu erstatten. Mit diesem Bericht wird aus Sicht der Regierung und des Parlaments die konkreteste Forderung der unformulierten Initiative erfüllt.

§ 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 erstmals gemäss dieser Bestimmung:

## 2. Einleitung

### 2.1 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 Prämien 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, welche 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 differenzierte Statistiken über diese Kosten. Weiter sind im hier verwendeten Kostenbegriff die Kosten der Prämienvergünstigung (Sozialkosten) nicht enthalten (vergleiche hierfür den Kennzahlenbericht: „Sozialberichterstattung des Kantons Basel-Stadt 2014“).

Der vorliegende Bericht beschreibt und erläutert retrospektiv die vorhandenen Daten des Kantons Basel-Stadt. Auf eine abschliessende Würdigung und einen Ausblick in die Zukunft wird verzichtet, da der Bericht ein Grundlagenpapier darstellt.

## **2.2 Verwendete Datengrundlagen**

Der 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. Es stehen primär die Zahlen aus der Rechnung des Kantons Basel-Stadt über die eigenen Staatsbeiträge an Gesundheitsleistungen und die Branchenstatistik der Krankenversicherer auf Kantonsebene aus dem Datenpool der SASIS AG als verlässliche Zahlenreihen zur Verfügung.

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 Daten der teilnehmenden Versicherer entsprechen einer Volumen-Abdeckung von 100% und werden im Datenpool konsolidiert als Total ausgewiesen. Sie dienen 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. Diese Daten stehen ab dem Jahr 2012 in einer hohen Qualität zur Verfügung. Daher wird dieses Jahr als Ausgangspunkt verwendet. In den folgenden Jahren wird die dargestellte Zeitreihe auf einen Fünfjahreshorizont erweitert. Dieser Startzeitpunkt ist sinnvoll, weil er sich mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung deckt. Es ist festzuhalten, dass der Zeitrahmen seit 2012 kurz ist. Aus den vorliegenden Daten sind folglich (u.a. wegen diversen Basiseffekten in den Jahren 2012 bis 2013) noch keine gültigen Aussagen über langfristige Trends abzuleiten. Die Zahlenreihen werden nach einem einheitlichen Raster kurz kommentiert.

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.

## **2.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt**

Der Handlungsspielraum der Kantone im Gesundheitswesen ist beschränkt, da der Umfang der Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG vom Bund her definiert wird und der Versicherte, ohne eine freiwillige Einschränkung, eine freie Arzt- und Spitalwahl innerhalb der ganzen Schweiz hat, sofern diese nach KVG zugelassen sind. Der ambulante Arzttarif „Tarmed“ und die stationären Spitaltarife nach Swiss-DRG sind national geregelt. Die Höhe der Tarife wird jeweils von Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt; es gilt die Tarifautonomie. Nach erfolgreichen Verhandlungen sind die Tarife den Kantonen zur Genehmigung vorzulegen. An-

**Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt**

dernfalls hat der Kanton sie festzusetzen. Bei Tarifstreitigkeiten entscheidet das Bundesverwaltungsgericht abschliessend.

### 3. 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 – 2014) war der Basler Index der Konsumentenpreise mit einem leichten Preisrückgang von -0.2% praktisch stabil. Eine Teuerungsbereinigung wird daher, wie bei der Betrachtung der Leistungsentwicklung der Gesundheitskosten im Allgemeinen üblich, nicht vorgenommen. Das Bevölkerungswachstum des Kantons Basel-Stadt wurde durch die Auflistung der Kosten pro Versicherten berücksichtigt. Die demographische Alterung der Bevölkerung wird im Bericht jedoch nicht explizit abgebildet.

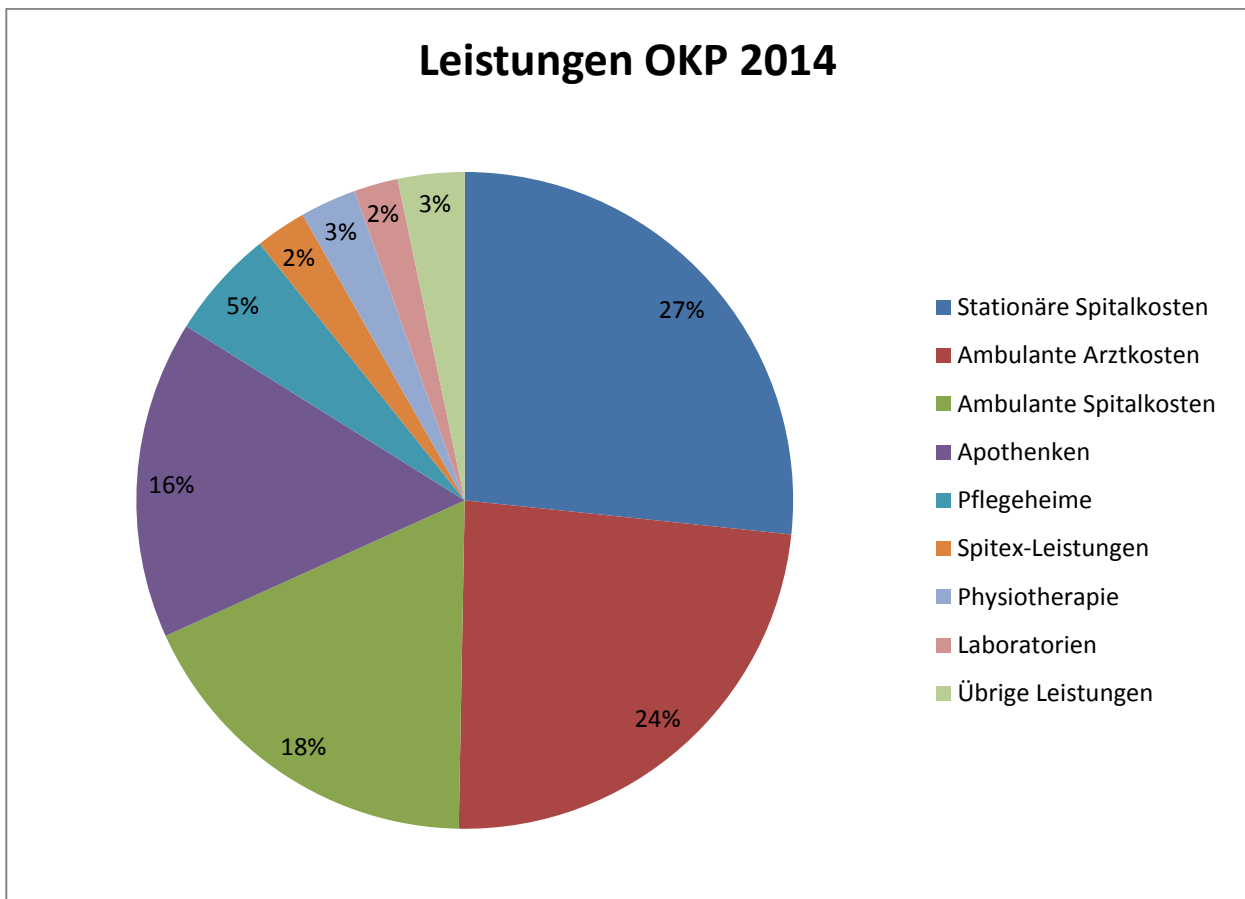
#### 3.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt

##### 3.1.1 Entwicklung der Gesamtkosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Total Leistungen OKP im Kanton Basel-Stadt	2012	2013	2014
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	784'037	829'389	839'755
<i>Veränderung</i>		5.8%	1.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'343	4'562	4'563
<i>Veränderung</i>		5.0%	0.0%
Nettoleistungen (1) in 1'000 Franken	684'961	726'358	734'926
<i>Veränderung</i>		6.0%	1.2%
Nettoleistungen (1) pro Versicherten in Franken	3'794	3'995	3'993
<i>Veränderung</i>		5.3%	-0.1%

(1) Nettoleistung: Bruttoleistung abzüglich gesetzliche Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt)

Quelle: SASIS AG - Datenpool



### Kommentar zur Entwicklung

- In den Jahren 2012 bis 2014 haben die Bruttoleistungen durchschnittlich um 3.5% pro Jahr zugenommen und kamen im Jahr 2014 auf rund 840 Mio. Franken zu stehen. Die Zunahme der Bruttoleistungen pro versicherte Person betrug durchschnittlich 2.5% pro Jahr. Die Nettoleistung pro Versicherten lag im Jahr 2014 bei knapp 4'000 Franken. Das geringere Wachstum der Pro-Kopf-Kosten ist auf das leichte Bevölkerungswachstum zurückzuführen.

### Grundlagen

- Die Bruttoleistungen der OKP umfassen alle Pflichtleistungen gemäss KVG.
- Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) ist die Differenz zwischen Brutto und Nettoleistungen. Sie beläuft sich auf ca. 100 Mio. Franken. Ihr Anteil ist mit 12.5% der Bruttoleistungen im betrachteten Zeitraum stabil geblieben.

### 3.1.2 Entwicklung der stationären Spitalkosten

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	194'233	222'282	223'860
<i>Veränderung</i>		14.4%	0.7%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'076	1'223	1'216
<i>Veränderung</i>		13.6%	-0.5%
Anzahl Leistungsbelege	44'033	50'249	51'700
<i>Bruttoleistung pro Leistungsbeleg</i>	4'411	4'424	4'330

Quelle: SASIS AG - Datenpool

### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für inner- und ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen der in Basel-Stadt wohnhaften OKP-Versicherten haben im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 7.4% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen je versicherte Person sind im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 6.3% pro Jahr angestiegen.
- Das starke Kostenwachstum von 14.4% im Jahr 2013 ist die Folge von Abrechnungsverzögerungen bei den Krankenversicherungen, weil im Jahr 2012 die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung die Einführung neuer und aufwändigerer Verarbeitungsprozesse erforderte, was zu entsprechenden Verzögerungen der Abrechnung im Jahr 2012 und einer vermehrten Verschiebung der Rechnungen des Jahres 2012 ins Jahr 2013 führte. Die Kostensteigerung im Jahr 2013 wird daher überzeichnet. Werden die kurzfristigen Schwankungen und Jahresüberschneidungen in Folge von Verzögerungen im Rechnungsfluss geglättet, ist seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung ein Kostenwachstum nahe dem langfristigen Trend in der Gesundheitsversorgung von 3%-4% zu beobachten. Der leicht höhere Anstieg erklärt sich insbesondere durch den neu vom Bundesgesetzgeber vorgeschriebenen Einbezug der Anlage- und Investitionsnutzungskosten in die stationären Spitaltarife.
- Die Kosten je Leistungsbeleg waren im Jahr 2014 um rund 2% rückläufig. Dies ist auch Ausdruck der in diesem Jahr leicht tieferen Baserates der Akutspitäler.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die stationären Spitalkosten einem Anteil von 26% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

### 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 an Krankenversicherungen und die 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 letztinstanzlich 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. In der betrachteten Periode lag ihr Anteil im Kanton Basel-Stadt konstant bei diesem Wert.
- 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 (IV-HSM) 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**

- Per 1. Januar 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) und einer Entlastung der Krankenzusatzversicherungen.



**3.1.3 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)**

<b>Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	177'841	193'994	198'446
<i>Veränderung</i>		9.1%	2.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	985	1'067	1'078
<i>Veränderung</i>		8.3%	1.1%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr.	153'205	166'248	168'491
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	15'389	17'251	18'708
davon Laboranalysen in der Arztpraxis in 1'000 Fr.	9'247	10'494	11'247
Anzahl Grundleistungen(1) in 1'000	1'313	1'348	1'313
Bruttoleistung pro Grundleistung in Franken	117	123	151
Anzahl Leistungsbelege in 1'000	1'045	1'146	1'146
Bruttoleistung pro Leistungsbeleg in Franken	170	169	173
(1) Grundleistungen: Anzahl Arztkontakte (in der Praxis und Hausbesuche)			
Quelle: SASIS AG - Datenpool			

**Kommentar zur Entwicklung**

- Die Bruttoleistungen für ambulante Arztleistungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 5.8% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4.7% pro Jahr gestiegen.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verrechnen Medikamente, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Dieser Kostenanteil ist mit rund 11% pro Jahr überdurchschnittlich stark angestiegen. Ebenfalls überdurchschnittlich stark mit rund 11% pro Jahr sind die Kosten für die Laboranalysen in der Praxis gewachsen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die ambulanten Arztkosten einem Anteil von 24% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

**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 wurden. Durch Multiplikation mit Taxpunktweite errechnet sich der Vergutungswert der Leistung. Taxpunktweite werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. 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.
- 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.
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand.
- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Er führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht auf (Praxisbewilligung, Qualitätssicherung). Für Praxisniederlassungen gilt die Handels- und Gewerbefreiheit.

**Wichtige Entwicklungen**

- Seit dem 5. Juli 2013 ist 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 sind aber Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. 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.

- 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 waren in den Jahren 2012 und 2013 dort 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 Jahre 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.
- Auf Anfang 2015 wurde als weitere Massnahme des Masterplans das Kapitel „schnelle Analysen“ im Sinn einer besseren Abgeltung für die Arztpraxen überarbeitet. Dies wird gesamtschweizerisch zu Mehrkosten von rund 35 Mio. Franken führen.
- Als weitere Massnahme des Masterplans wurde ab 1. Oktober 2014 eine Zuschlagsposition für die Grundkonsultation eingeführt, dadurch erhalten Hausärztinnen und Kinderärzte bei der Grundkonsultation in ihrer Praxis eine um rund 9 Franken höhere Vergütung. Zur Kompensation der gesamtschweizerisch erwarteten Mehrkosten von 200 Mio. Franken wurden die Taxpunkte der technischen Leistung für bestimmte Tarifpositionen gesenkt, was eine geringere Entschädigung für bestimmte technische Infrastrukturen wie etwa Computertomographen, die vor allem von Spezialisten und Spitalern verwendet werden bedeutet.

### 3.1.4 Entwicklung der ambulanten Spalkosten

Ambulante Spalkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	139'610	144'570	150'649
<i>Veränderung</i>		3.6%	4.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	773	795	819
<i>Veränderung</i>		2.8%	2.9%
Grundleistungen in 1'000	514	561	568
Bruttoleistung pro Grundleistung in Franken	271	258	265

Quelle: SASIS AG - Datenpool

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für ambulante Spitalbehandlungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 3.9% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.9% pro Jahr gestiegen.
- Die Anzahl der erbrachten Grundleistungen (Patientenerstkontakte) hat durchschnittlich um rund 5% pro Jahr zugenommen, während die je Grundleistung verrechneten Bruttokosten um durchschnittlich rund 1% abgenommen haben. Im Zeitablauf sind starke Schwankungen zu beobachten, was eher statistische als reale Hintergründe vermuten lässt.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die ambulanten Spalkosten einem Anteil von 18% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

#### 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 ein-

heitlich definiert wurden. Durch Multiplikation mit Taxpunktwerte errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktwerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. 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.

- 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.
- 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 nicht mehr erneuerten Tarifverträge gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert. Im Rahmen des laufenden Festsetzungsverfahrens wurde er ab dem Jahr 2014 provisorisch auf weiterhin 91 Rappen festgesetzt. Das Verfahren ist in Erwartung eines Leitentscheids des Bundesverwaltungsgerichts sistiert. Die Leistungserbringer haben die Festsetzung von deutlich höheren Taxpunktwerten beantragt, weil der seit mehr als zehn Jahren geltende Tarif die Gestehungskosten nicht deckte.
- Seit dem 5. Juli 2013 ist wieder eine auf drei Jahre befristete Zulassungsbeschränkungen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 55a KVG in Kraft. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung sind aber Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Die Zulassungsbeschränkung gilt im Kanton Basel-Stadt auch im ambulanten Spitalbereich.
- Zur Kompensation der gesamtschweizerisch erwarteten Mehrkosten von 200 Mio. Franken im Rahmen der Einführung einer Zuschlagsposition für die Grundkonsultation in der hausärztlichen Versorgung (Masterplan Hausarztmedizin) wurden die Taxpunkte der technischen Leistung für bestimmte Tarifpositionen gesenkt (z.B. Computertomographen). Diese Massnahme wirkt sich stark in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen aus.

### 3.1.5 Entwicklung der Apothekenkosten

<b>Apotheken OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	134'327	134'302	131'564
<i>Veränderung</i>		0.0%	-2.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	744	739	715
<i>Veränderung</i>		-0.7%	-3.2%
Anzahl Leistungsbelege in 1'000	1'096	1'398	1'280
Bruttoleistung pro Leistungsbeleg	123	96	103

Quelle: SASIS AG - Datenpool

### Kommentar zur Entwicklung

- Die an Apotheken bezahlten Bruttoleistungen (Medikamente, Mittel- und Gegenstände, pharmazeutische Leistung) für OKP-Versicherte in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2014

um durchschnittlich 1% pro Jahr abgenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2% pro Jahr zurückgegangen.

- Die Leistungen der Apotheken entsprechen einem Anteil von 16% 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 des Bundesamtes für Gesundheit aufgeführt ist ([www.sl.bag.admin.ch](http://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 Swissmedic 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 überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, 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.
- 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

- Mit den Preisüberprüfungsrunden des BAG seit dem Jahr 2010 sinkt der Pharma-Markt in der Schweiz, obwohl er weltweit ansteigt. Mittlerweile, nicht zuletzt auch wegen des sinkenden Euro-Wechselkurses gegenüber dem Schweizer Franken, sinken die Medikamentenpreise in der Schweiz weiter. Der gemeinsame Preisvergleich der Industrie und der Krankenkassen von 2014 zeigt, dass sich der Preisunterschied bei den rund 250 umsatzstärksten patentgeschützten Originalpräparaten gegenüber dem Durchschnitt des vergleichbaren Auslands in den vergangenen Jahren weiter verringert hat. Die Preise lagen im November 2014 erstmals auf dem Preisniveau der sechs Vergleichsländer (AT, DE, DK, FR, NL und UK). Mit der Aufhebung der Frankenuntergrenze durch die Schweizerische Nationalbank im Januar 2015 wird sich der Preisunterschied zum Ausland rein wechselkursbedingt wieder vergrössern.
- Auffallend ist die Tendenz, dass viele neue Präparate auf dem 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.

### 3.1.6 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen

<b>Pflegeheime OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	48'775	45'333	45'133
<i>Veränderung</i>		-7.1%	-0.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	270	249	245
<i>Veränderung</i>		-7.7%	-1.7%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen an Pflegeheime für OKP-Versicherte in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 3.7% pro Jahr abgenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4.6% pro Jahr zurückgegangen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die Pflegekosten in Heimen einem Anteil von 6% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

#### 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 seit 1. Januar 2011 in Kraft sind, erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung deren 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.
- 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 Fr. 9 und Fr. 108 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.

### 3.1.7 Entwicklung der Spitex-Leistungen

<b>Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	19'613	21'739	21'080
<i>Veränderung</i>		10.8%	-3.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	109	120	115
<i>Veränderung</i>		10.1%	-4.2%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für Spitex-Leistung der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 3.7% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.7% pro Jahr zugenommen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die Spitex-Kosten einem Anteil von 3% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

## 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 deren 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.
- 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 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.
- Der Kanton führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen Pflegefachkräfte und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

### 3.1.8 Entwicklung der Physiotherapiekosten

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	20'012	20'929	23'261
<i>Veränderung</i>		4.6%	11.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	111	115	126
<i>Veränderung</i>		3.8%	9.8%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Physiotherapie-Leistung der OKP-Versicherten in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 8.1% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 7.0% pro Jahr zugenommen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die ambulanten Spalkkosten einem Anteil von 3% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

#### 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 führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen und in Betrieben tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Es gilt die Handels- und Gewerbebefreiheit.
- Die Finanzierung der physiotherapeutischen Pflichtleistungen erfolgt vollständig zu Lasten der OKP.

#### Wichtige Entwicklungen

- Der Taxpunktwert für physiotherapeutische Leistungen im Kanton Basel-Stadt beträgt seit dem Jahre 1998 bis 2011 (mit einer kurzfristigen Erhöhung um 2 Rappen in den Jahren 2002 bis 2003) unverändert 1 Franken.
- Für niedergelassene Physiotherapeutinnen und –therapeuten hat tarifsuisse ab 1. April 2014 ein Taxpunktwert von 1.08 Franken vereinbart. Diese Tarifanpassung erklärt die Kostenzunahme von 11.1% im Jahr 2014. Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und der Krankenversicherung CSS besteht seit 1. Juli 2011 ein vertragsloser Zustand. Es gilt hier weiter ein provisorischer Taxpunktwert von 1 Franken.

### 3.1.9 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen

<b>Laboratorien OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	15'823	17'504	18'217
<i>Veränderung</i>		10.6%	4.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	88	96	99
<i>Veränderung</i>		9.8%	2.8%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Laboranalysen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 7.6% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 6.5% pro Jahr zugenommen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entsprechen die Kosten für Laboranalysen einem Anteil von rund 2% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

#### 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 auch AL, festgelegt. Formell handelt es sich um Anhang 3 der KLV. Sie wird jedoch gesondert publiziert.
- Der Kanton führt 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 2009 statt. In der Folge wurden die Taxpunktswerte vieler Laboruntersuchungen gesenkt. Die Folge war eine Mengenkompensation, was zu mehr Untersuchungen ab 2010 führte. Die Hausärzte beklagten sich, dass die in der Praxis durchgeführten Laboruntersuchungen nicht kostendeckend seien. Auf 2013 wurde daher ein Übergangszuschlag auf den Untersuchungen der Hausärzte eingeführt. Der Masterplan Hausarztmedizin des EDI aus dem Jahr 2013, der den Beruf des Hausarztes wieder aufwerten soll, enthielt auch das Element der weiteren Aufwertung des Praxislabors. In einem ersten Schritt wurde dazu vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 der Übergangszuschlag für Hausärzte erhöht und verlängert. Per 1. Januar 2015 trat eine teilweise neue Analysenliste in Kraft. 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.

## 3.1.10 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer

<b>Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	33'803	28'737	27'545
<i>Veränderung</i>		-15.0%	-4.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	187	158	150
<i>Veränderung</i>		-15.6%	-5.3%
davon:			
ZahnärztInnen in 1'000 Franken	1'114	1'190	1'045
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'414	1'384	1'360
Pflegefachpersonen in 1'000 Franken	1'045	1'353	1'210
Hebammen in 1'000 Franken	1'188	1'344	1'441
ErgotherapeutInnen in 1'000 Franken	1'239	1'516	1'617
LogopädInnen in 1'000 Franken	139	137	138
ErnährungsberaterInnen in 1'000 Franken	345	360	393
Abgabestellen MiGeL in 1'000 Franken	3'148	3'625	4'799
Übrige Rechnungssteller ambulant in 1'000 Franken	4'087	3'788	4'357
Transport-/Rettungsunternehmen in 1'000 Franken	1'798	1'852	2'205
Heilbäder in 1'000 Franken	84	96	72
Restliche in 1'000 Franken	18'201	12'093	8'908

Quelle: SASIS AG - Datenpool

**Kommentar zur Entwicklung**

- Die Bruttokosten für übrige OKP-Leistungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 9.3% pro Jahr gesunken. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 10% pro Jahr abgenommen.
- Im Durchschnitt der betrachteten Jahre entspricht dieser Kostenblock einem Anteil von rund 4% aller Bruttoleistungen in der OKP.
- Die zu beobachtende Abnahme ist grossen Teils auch auf die verbesserte und verfeinerte Leistungserfassung bei den Krankenversicherern zurückzuführen.

**Grundlagen**

- Enthalten sind ausschliesslich die Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog der OKP.



### 3.2 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt

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

<b>Transferaufwand Spitalfinanzierung</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	262'566	269'506	275'099
<i>Veränderung</i>		2.6%	2.1%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	118'362	105'360	92'501
<i>Veränderung</i>		-11.0%	-12.2%
<b>Total</b>	<b>382'940</b>	<b>376'880</b>	<b>369'615</b>
<i>Veränderung</i>		-1.6%	-1.9%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Kosten für den Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen für Einwohnerinnen und Einwohner in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2014 um durchschnittlich 2.4% pro Jahr gestiegen.
- Die Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche nicht kostendeckende Leistungen der Spitäler haben von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 10.9% pro Jahr abgenommen.

#### 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. In der betrachteten Periode lag ihr Anteil konstant bei diesem Wert.
- 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 (IV-HSM) 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 Gesundheitsversorgungsbericht<sup>1</sup>](#))

#### 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 erfolgt dual-fix durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln.
- Seit 1. Januar 2014 gilt eine gegenseitige Anerkennung der kantonalen Spitallisten von Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dadurch besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone eine volle Spitalwahlfreizügigkeit im Rahmen der OKP.

<sup>1</sup> [www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch) > Über uns > GSV-Bericht

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

<b>Transferaufwand Langzeitpflege</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	27'296	33'458	33'164
<i>Veränderung</i>		22.6%	-0.9%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	12'293	12'827	13'841
<i>Veränderung</i>		4.3%	7.9%
Beiträge ambulante Langzeitpflege in 1'000 Franken	9'307	9'224	8'071
<i>Veränderung</i>		-0.9%	-12.5%
<b>Total</b>	<b>48'896</b>	<b>55'510</b>	<b>55'076</b>
<i>Veränderung</i>		13.5%	-0.8%

Quelle: SASIS AG - Rechnung Basel-Stadt

#### Kommentar zur Entwicklung

- Die Beiträge an die Pflegefinanzierung haben von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 10.7% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die Spitex Basel haben von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 6.3% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die ambulante Langzeitpflege haben von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 6.6% 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 deren Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton legt die Normkosten fest und regelt die Restfinanzierung, die 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) im Pflegeheim-Rahmenvertrag zwischen dem Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) und dem Kanton Basel-Stadt festgelegt (SG 329.500).
- 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, curavis 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<sup>2\)</sup>](#)).

<sup>2</sup> [www.gesundheitsversorgung.bs.ch](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch) > Über uns > GSV-Bericht

## Wichtige Entwicklungen

- Die im Jahr 2013 erfolgte Harmonisierung der Pflegebedarfsabklärungsinstrumente hat zu einer Finanzierungsverlagerung 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.

## 4. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

### 4.1 Entwicklung der Referenzprämien

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2012	2013	2014
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Fr.	500	506	512
<i>Veränderung</i>		1.1%	1.2%
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Fr.	450	461	473
<i>Veränderung</i>		2.5%	2.6%
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Fr.	122	122	123
<i>Veränderung</i>		-0.1%	1.1%

Quelle: BAG

(1) Monatsprämie mit ordentlicher Franchise von CHF 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

### Kommentar zur Entwicklung

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 1.2% pro Jahr gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 2.6% pro Jahr gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist von 2012 bis 2014 um durchschnittlich 0.5% pro Jahr gestiegen.

### Grundlagen

- Die Versicherer erheben die gleiche Prämie für alle Versicherten, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht. Sie können die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kanton- und regional abstufen. (Art. 61 KVG). Für Kinder müssen sie eine reduzierte Prämie festsetzen. Bei Jugendlichen können sie einen Prämienrabatt gewähren.
- Die Prämientarife der OKP bedürfen gemäss Art. 61 Abs. 5 KVG der Genehmigung durch den Bundesrat, welcher das BAG als die zuständige Behörde eingesetzt hat (Art. 92 KVV). Dieses prüft die Prämienanträge der Krankenversicherer aufgrund von plausiblen Budgets nach den folgenden Kriterien:
  - Kostendeckung: Es werden nur kostendeckende Prämien genehmigt. Beurteilungsgrundlage ist die Nettokostenquote. Ist diese zu tief werden Prämien erhöhungen verlangt. Das BAG hat keine gesetzliche Kompetenz, eine Senkung zu hoher Prämien zu verlangen.
  - Solvenz: Von grosser Bedeutung ist die Einhaltung der Mindestreservevorschriften. Die gesetzlichen Mindestreserven werden durch den risikobasierten KVG-Solvenztest bestimmt.
  - 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).

- Die Kantone können vor der Genehmigung zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen.

### Wichtige Entwicklungen

- Es ist vorgesehen, das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 (KVAG, SR 832.12) auf den 1. Januar 2016 einzuführen. Dieses wird dem BAG mehr Interventionsmöglichkeiten einräumen.
- Die Gewährung eines Prämienrabatts für Jugendliche ist freiwillig. In den vergangenen Jahren sind viele Versicherte dazu übergegangen, die Rabatte zu senken. Daher ist der Prämienanstieg in dieser Gruppe stärker als bei Erwachsenen und Kindern.

## 4.2 Entwicklung des Prämienvolumens

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014
Prämien Soll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	771'124	786'667	799'823
<i>Veränderung</i>		2.0%	1.7%
Prämien Soll (1) pro Versicherten und Monat in Franken	357	359	363
<i>Veränderung</i>		0.8%	0.9%
Durchschnittsbestand Versicherte	180'516	181'807	184'046

Quelle: BAG

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

### Kommentar zur Entwicklung

- Das Prämien Soll lag im Jahr 2014 bei rund 800 Mio. Franken. Es ist in den Jahren 2012 bis 2014 um durchschnittlich 1.9% pro Jahr gestiegen.
- Das Prämien Soll pro versicherte Person hat in den Jahren 2012 bis 2014 um durchschnittlich 0.8% 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 bei steigender Prämie mehr Versicherte sich für die Wahl von Versicherungsmodellen mit Rabatten entscheiden (Wahlfranchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer).

## 5. 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 und breiten Einflussnahme und Steuerung in einer grossen Breite und hohen interkantonalen und nationalen Vernetzung. Daher können die nachfolgend dargestellten Massnahmen nur einen Ausschnitt aus den vielfältigen Aktivitäten darstellen.

### 5.1 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.

**Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern**

Gesundheit trägt wesentlich zur Lebensqualität jedes Menschen bei. Viele Krankheiten sind vermeidbar, dabei zentral ist die Eigenverantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers. 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 intensivierte Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Departementen gezielt verbessert werden.

Handlungsfeld 1		Lebensqualität	
Ziele	Massnahmen „Gesundheit 2020“	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	Pflegefiananzierung	
	Verbesserte Versorgungsforschung und klinische Forschung, Einführung von Registern	Bezeichnung Versorgungsforschung als Nationales Forschungsprogramm Entwurf Registergesetz	
1.2. Komplettierung Gesundheitsschutz	Vermeidung unnötiger medizinischer Strahlendosen, Einführung ergänzender Gesundheitsbeobachtungen (Schadstoffbelastungen oder Unterversorgungen mit lebensnotwendigen Mikronährstoffen)		
	Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in den stationären Einrichtungen		
	Reduktion von vermeidbaren Infektionen		
1.3. Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung	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 Krankheiten	Netzwerk Psychische Gesundheit	
	Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen,	Bericht „Herausforderung Sucht“	

## Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

Beim zweiten Handlungsfeld geht es um die Beantwortung der Frage, wie die Gesundheitschancen der verletzlichsten Bevölkerungsgruppen verbessert und ihre Risiken minimiert und wie das Wachstum der Gesundheitskosten gedämpft und ihre Finanzierung und die 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 Risikoselektionsanreize der Versicherer	Diskussion überwiesener Vorstösse des Parlamentes, 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

**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 Organspenden	Sensibilisierungskampagne
3.2. Stärkerer Einsatz von eHealth	Einführung und Förderung der eMedikation	eHealth Suisse
	Einführung und Förderung des ePatientendossiers	Botschaft an Bundesrat in der 1. Hälfte 2013
	Digitale Unterstützung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen	eHealth Suisse
3.3. Ausbildung des Gesundheitspersonals	Ausbilden einer ausreichenden Zahl von Arzt/-innen und Pflegenden	Plattform Zukunft ärztliche Bildung Masterplan Hausarztmedizin Masterplan Pflegeberufe (BBT) AG „Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin“
	Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes	Vernehmlassungsvorlage Ende 2013
	Förderung der Hausarztmedizin und der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen	Bericht „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ (vgl. Massnahme 1.1.) Plattform Zukunft ärztliche Bildung Masterplan Hausarztmedizin



**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 verhindert oder erschwert 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 langfristigen 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		

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.

## 5.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien

### 5.2.1 Umsetzung nationale Strategie Demenz

<b>Inhalt</b>
Die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet. Wichtige Zielsetzungen darin sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Die konkrete Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie liegt in der Kompetenz und Verantwortung der Kantone. 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. Es soll eine gemeinsame strategische Ausrichtung bestehen, wobei jeweils die besonderen Gegebenheiten der beiden Kantone berücksichtigt werden. In der Schweiz leben heute rund 116'000 Menschen mit Demenz. Jährlich kommen rund 25'000 Neuerkrankungen hinzu. Im Kanton Basel-Stadt leben zurzeit rund 3'700 Menschen mit Demenz, etwa die Hälfte lebt zuhause. Jährlich kommen rund 900 Neuerkrankungen hinzu. Infolge der demographischen Entwicklung wird diese Zahl weiterhin kontinuierlich zunehmen.
<b>Zielsetzung</b>
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 also 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.
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>
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 werden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Eine entsprechende Berichterstattung an den Regierungsrat und an den Grossen Rat wird vor Ende 2015 erfolgen. Die Umsetzung der Massnahmen soll im 2016 starten.
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>
Bestandsaufnahme und Evaluation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt.
<b>Erwartete Wirkungen</b>
In erster Linie wird eine Optimierung des ambulanten Leistungsangebots angestrebt, indem Entlastungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige und die Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern verbessert wird. Damit kann die Behandlungs- und Betreuungsqualität von Demenzkranken während des ganzen Krankheitsverlaufes gesteigert und der Prozess effizienter gestaltet werden. Dadurch können demenzkranke Menschen länger zuhause in ihrer gewohnten Umgebung leben, was die Lebensqualität fördert und einen Eintritt in ein Pflegeheim hinauszögern kann.
<b>Erwartete Kosten</b>
Für die Umsetzung dieser Massnahmen ab 2016 werden fortlaufende direkte Kosten von rund 150'000 Franken pro Jahr erwartet.

## 5.2.2 Umsetzung nationale Strategie Palliative Care

<b>Inhalt</b>
Bund und Kantone haben eine Nationale Strategie Palliative Care für die Jahre 2010 bis 2012 erarbeitet. Diese wurde für die Jahre 2013 bis 2015 verlängert.
<b>Zielsetzung</b>
Ziel ist die Förderung der Palliative Care in der Schweiz sowie deren Verankerung unter den Akteuren und in den Versorgungsbereichen. Dadurch soll der Zugang von schwerkranken und sterbenden Menschen zu bedürfnisgerechter Palliative Care verbessert werden. Damit geht eine Anhebung der Lebensqualität einher. Damit sich die Palliative Care weiterentwickeln kann, braucht es weiterhin eine Sensibilisierung in der Bevölkerung und die Bereitschaft der Leistungserbringer Palliative Care Leistungen zu fördern und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu koordinieren.
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>
In Anlehnung an die Nationale Strategie Palliative Care hat der Kanton Basel-Stadt zusammen mit Leistungserbringern aus dem ambulanten und stationären Bereich in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein Palliative Care Konzept erarbeitet. Dieses wird seit Dezember 2013 umgesetzt. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat von der Umsetzung des Konzeptes im November 2013 Kenntnis genommen. Als wichtigen Bestandteil dieses Konzeptes nahm am 3. Dezember 2013 die Anlauf- und Koordinationsstelle am Palliativzentrum Hildegard ihren Betrieb auf. Zusätzlich sind seit diesem Zeitpunkt zwei Mobile Palliative Care-Teams der Onko-Spitex von Spitex Basel im Einsatz. In einigen Akutspitälern wurden Palliative Care Konsiliardienste aufgebaut um den Zugang zu professioneller palliativmedizinischer Unterstützung zu ermöglichen. Der Schulungsbedarf für die universitären Medizinalberufe wie auch die nicht-universitären Berufe wurde erkannt und in den Lehrgängen und Weiterbildungen aufgenommen. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Pflegeheime und im Kanton tätigen Spitex-Betreiber wurden durch Informationsschreiben über die Neuerungen informiert. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt entwickelt gemeinsam mit den privaten Partnern die Palliative Care weiter. Es organisiert im Rahmen dieses Konzeptes regelmässige Koordinationskonferenzen für Vertreter verschiedener Leistungserbringer.
<b>Bereits erreichte Ergebnisse</b>
Die Mobilen Palliative Care Teams (MPCT) der Onko-Spitex haben im Jahr 2014 im Durchschnitt 5 bis 10 Einsätze pro Monat geleistet. Nebst Hausbesuchen werden auch vermehrt Einsätze in den Pflegeheimen geleistet, da diese professionelle Unterstützung im Symptomanagement benötigen. Durch diese fachspezialisierten Einsätze am Krankenbett zu Hause oder in den Pflegeheimen können teilweise Notfallhospitalisierungen vermieden werden. Die Anlauf- und Koordinationsstelle leistete im Jahr 2014 mit ihrer Beratungskompetenz in schwierigen Situationen bereits eine grosse Unterstützung für Privatpersonen und Langzeitinstitutionen. Nebst Übernahme von Koordinationsleistungen bemüht sie sich um Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit. Eine erste Koordinationskonferenz Palliative Care fand im März 2014 statt. Durch die Vermeidung von Notfallhospitalisierungen werden Gesundheitskosten vermieden.
<b>Zu erwartende Wirkungen</b>
Eine Literaturanalyse von 15 internationalen Studien (Sept. 2011) durch das Bundesamt für Gesundheit zur Kosteneffektivität von Palliative Care bzw. zu den Kosten der letzten Lebensphase zeigt deutlich, dass mit Palliative Care die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen gedämpft werden können durch kürzere Spitalaufenthaltszeiten, weniger Notfalleinweisungen und Aufenthalte auf der Intensivpflegestation. Aktuell ist die Datenlage in der Schweiz im Bereich der Palliative Care jedoch noch schlecht. Ein Hauptproblem liegt in der breiten Anwendung von Palliative Care. Die Weiterbearbeitung und Umsetzung eines Swiss Palliative Care Data Sets auf Ebene Bund bildet einen wichtigen Schwerpunkt nach Ablauf der nationalen Strategie.

### 5.2.3 Umsetzung nationale Strategie eHealth

<b>Inhalt</b>
<p>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 ungemein, da sie Informationen zum Patienten orts- und zeitunabhängig abrufbar machen. eHealth ermöglicht eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung aufgrund des vereinfachten institutionsinternen und –übergreifenden Informationsflusses.</p>
<b>Zielsetzung</b>
<p>Zielsetzung des kantonalen eHealth Modellprojektes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grössere Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch verbesserte Patienteninformation</li> <li>• Steigerung von Leistungsfähigkeit Qualität durch verbesserte, institutionsübergreifende Information über den Patienten</li> <li>• Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit durch systeminhärente Kontrolle (institutionsübergreifende Patientendossiers)</li> <li>• Verbesserte Wirtschaftlichkeit durch Effizienzsteigerung (Reduktion von Mehrfachuntersuchungen, die benötigte Information zu jeder Zeit an jedem Ort, Erhöhung von Patientensicherheit)</li> </ul>
<b>Bereits erreichte Ergebnisse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau der technischen eHealth-Plattform, welche die Grundlagen zur Führung von elektronischen Patientendossiers bereitstellt. Sowie Sicherstellung deren Finanzierung (Ausgabenbericht Nr. 13.0737.01 vom 22. Mai 2013) mit Gesamtausgaben von 1.3 Mio. Franken für die Jahre 2013 – 2017.</li> <li>• Realisierung erster Pilotnutzungen (Radiologie- und Labordatennetzwerks) und Testanwendungen (eRezept).</li> <li>• Schaffung des rechtlichen Rahmens (Entwurf vorliegend) und der Grundlagen zur Führung von elektronischen Patientendossiers in enger Anlehnung an die nationale eHealth-Strategie bzw. an den Entwurf zum Bundesgesetz über ein elektronisches Patientendossier.</li> </ul>
<b>Erwartete Ergebnisse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der Schutzbedarfs- und Risikoanalyse der Plattform und Fertigstellung der datenschutzrechtlichen Regularien.</li> <li>• Schaffung einer selbstverwalteten Trägerschaft zum künftigen Betrieb und Weiterentwicklung der technischen Plattform.</li> <li>• Roll-out und Ausbereitungskonzept</li> <li>• Bei flächendeckender Umsetzung können im kantonalen Gesundheitswesen Einsparungen in der Höhe von bis zu 10 Mio. Franken pro Jahr erwartet werden gemäss der Regulierungsfolgeabschätzung des Bundes.</li> </ul>

## 5.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung

### 5.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

<b>Inhalt</b>
In Zukunft stehen die Schweiz und der Kantons Basel-Stadt vor grossen Herausforderungen, damit die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechterhalten werden kann. 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 künftig noch stärker ansteigen. Ferner lässt der Lebensstil der Schweizer Bevölkerung eine Zunahme der Gesundheitsrisiken und deren Folgen erwarten. Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur kostengünstigen Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung leisten. Da zurzeit nur 2.3% aller Ausgaben im schweizerischen Gesundheitssystem in die Gesundheitsförderung und Prävention fliessen und aufgrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung und der Zunahme der von chronischen Krankheiten und von Multimorbidität Betroffenen ist es notwendig, auch das kantonale Gesundheitssystem – zwecks Stabilisierung der Gesundheitskosten - stärker als bisher auf Prävention auszurichten.
<b>Zielsetzung</b>
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 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).
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>
Schwerpunktprogramme sind dabei: Alter und Gesundheit; Psychische Gesundheit; Gesundes Körpergewicht; Gesundheitsförderung im Frühbereich; Migration und Gesundheit; Intervention im Suchtbereich; Krebspräventionsstrategie. Für die genannten Präventionsprogramme der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention stehen jährlich 1'485'000 Franken zur Verfügung, wovon rund ein Viertel aus Drittmitteln (Alkoholzehntel, Kantonsbeitrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz) stammt. Daneben erhalten fünf 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 788'000 Franken.
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>
Näheres zu den einzelnen Programmen, ihren Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: <a href="http://www.gesundheitsdienste.bs.ch">www.gesundheitsdienste.bs.ch</a> .
<b>Verlaufs- und Wirkungsindikatoren</b>
Das Gesundheitsdepartement erhebt systematisch Daten welche einerseits dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Andererseits werden bestehende Projekte evaluiert, um diese optimal weiterzuentwickeln.
Die untenstehenden Verlaufsparemeter zu Übergewicht bei Kinder und Jugendlichen, Erreichen eines adäquaten Masernimpfschutzes, HIV/Aids, Tuberkulose und Masernerkrankungsfälle in den Jahren 2013 und 2014 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). Das Übergewicht eignet sich ebenfalls sehr gut als Verlaufsindikator. Eine aktuelle Studie von Schneider und Venetz (2014) beziffert die gesamten direkten und indirekten Kosten von übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 in der Schweiz auf rund 8 Mrd. Franken. Dies entspricht einer Verdreifachung der Kosten in den letzten zehn Jahren. Entsprechend ist die früh ansetzende Prävention in Bereich gesundes Körpergewicht zielfüh-

rend und sie korreliert erfreulicherweise mit einer Verringerung der Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt.

<b>Anteil übergewichtiger Kinder (BMI nach Cole)</b>			
<b>Kindergarten (Schuljahr 2012/13 bzw. 2013/14)</b>			
Mädchen	15,7%	13,8%	-1,9
Knaben	11,3%	11,0%	-0,3
<b>Oberstufe (9. Klasse)</b>			
Mädchen	24,4%	22,8%	-1,6
Knaben	33,1%	27,4%	-5,7
<b>Durchimpfungsraten (13- und 14-Jährige / 2012/13 und 2013/14)</b>			
Masern		95,7%	95,7% 0,0
<b>Neuerkrankungen 2013 und 2014</b>			
<b>Übertragbare Krankheiten</b>			
HIV	15	17	
Aids	9	8	
Tuberkulose	23	18	
Masern	0	0	

### 5.3.2 Kariesprophylaxe bei Schulkindern der Schulzahnklinik Basel

<b>Inhalt</b>	
Die Öffentlichen Zahnkliniken, ab dem 1. Januar 2016 das Universitäre Zentrum für Zahnmedizin Basel, leisten durch die Massnahmen für die Kariesprophylaxe bei Schulkindern einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität von Heranwachsenden.	
<b>Zielsetzung</b>	
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 auf den Behandlungskosten gewährt. Für die Höhe der Reduktion massgebend ist die gemäss dem Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV, SG 834.400) vom 15. November 1989 und der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) vom 25. November 2008 anwendbare Anspruchsgruppe für Beiträge an die Krankenversicherungsprämie. Damit ist sichergestellt, dass Personen, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, auch eine Reduktion bei zahnärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen können.	
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>	
Folgende Massnahmen sieht die Kariesprophylaxe vor: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelmässige gruppenprophylaktische Massnahmen in den Schulen sowie eine einmalige unentgeltliche Beratung;</li> <li>2. in den Kindergärten mindestens einmal, höchstens dreimal jährlich Instruktionen über die Zahnreinigung und Informationen über die Kariesprophylaxe;</li> <li>3. unentgeltliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder, welche obligatorisch sind;</li> <li>4. ein Übersichtsrontgenbild zur Erfassung von Nichtanlagen von Zähnen und zwei Bissflügel-aufnahmen zur Kariesdiagnostik bis zur Schulentlassung.</li> </ol>	
<b>Zeitliche Planung</b>	
<b>Beginn</b>	Beginn Schuljahr
<b>Dauer</b>	<b>Bis Ende Schuljahr</b>
<b>Periodizität</b>	1-3 mal jährlich (Instruktion in den Kindergärten) und jährlich obligatorische unentgeltliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>	
Die Kariesprophylaxe bei Kindern ist eine Daueraufgabe.	
<b>Bereits eingetretene Wirkungen</b>	
Der prozentuale Anteil der kariesfreien 5- und 6-jährigen Kinder liegt in den vergangenen sieben Jahren in einer Bandbreite zwischen 53 und 66 Prozent, mit einer leicht steigenden Tendenz. Kariesfrei bedeutet, dass für die Eltern keine Gesundheitskosten im Zahnbereich entstehen.	
<b>Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)</b>	
Das Schutzniveau der Kinder soll zumindest beibehalten und, sofern keine nicht beeinflussbare Faktoren vorhanden sind, noch weiter gesteigert werden.	
<b>Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen</b>	
Die Kosten für die gesetzlichen Gratisleistungen für Schulkinder beziffern sich auf rund 1 Mio. Franken pro Jahr. Hinzu kommen die Reduktionen an die Behandlungskosten für Kinder und Erwachsene von rund 1.9 Mio. Franken.	
<b>Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen</b>	
Die Reduktionen an die Behandlungskosten für Kinder und Erwachsene reduziert die Gesundheitskosten für die Behandelten um 1.9 Mio. Franken. Die Einsparungen der Eltern durch die Kariesfreiheit der Kinder sind schwierig zu eruieren. Im Minimum entfallen für die Eltern die Kosten für die Kontrollbesuche beim Zahnarzt bzw. bei der Zahnärztin.	

### 5.3.3 Früherkennung: Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge

<b>Inhalt</b>
<p>In der Schweiz ist Brustkrebs bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren die häufigste Krebserkrankung und die häufigste krebsbedingte Todesursache. Acht von zehn betroffenen Frauen sind dabei älter als 50 Jahre. Die Mammografie ist dabei die am besten geeignete Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Deshalb empfehlen der Schweizerische Verband der Krebs-Früherkennungs-Programme (swiss cancer screening), die Krebsliga Schweiz sowie Expertinnen und Experten im In- und Ausland Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren im Rahmen eines qualitätskontrollierten Mammografie-Screening- bzw. Brustkrebs-Früherkennungs-Programms alle zwei Jahre eine Mammografie durchführen zu lassen.</p> <p>Weil viele Frauen im Kanton Basel-Stadt eine individuelle Vorsorgeuntersuchung haben durchführen lassen, wurde im Kanton Basel-Stadt ein systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge eingerichtet. Seit 2014 können alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50–69 Jahren alle zwei Jahre freiwillig eine Mammografie zu Lasten der Krankenkasse durchführen.</p> <p>Mit der Durchführung des Programms ist die Krebsliga beider Basel betraut, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt realisiert hat.</p>
<b>Zielsetzung</b>
<p>Die Tatsache, dass sich im Kanton Basel-Stadt viele Frauen einem Screening unterziehen, zeigt, dass die Basler Frauen eine Vorsorgeuntersuchung wollen und auch durchführen lassen. So wurden im Jahr 2010 in Basel-Stadt schätzungsweise 16'000 individuelle Mammografien durchgeführt. Das individuelle Screening ist aber, im Gegensatz zum systematischen Screening, nicht qualitätskontrolliert, kostenintensiver und vor allem nicht allen Frauen aus allen sozialen Schichten zugänglich.</p> <p>Daraus ergeben sich folgende vier Hauptziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichst frühe Entdeckung von Brustkrebs, da eine frühe Erkennung die Heilungschancen verbessert und eine schonende Behandlung ermöglicht;</li> <li>- Laufende Optimierung der Qualität in der Befundung;</li> <li>- Stetige Erhöhung der Zugänglichkeit;</li> <li>- Jährliche Steigerung der Anzahl teilnehmender Frauen.</li> </ul>
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>
<p>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.</p> <p>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 zur Verfügung. Alle 6 akkreditierten Radiologen erfüllen die in den Programm-Richtlinien definierten Qualitätskriterien.</p> <p>Um die Zugänglichkeit zu verbessern, wurden die Einladungsunterlagen vor Programmstart in 6 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 sollen, liegen in zehn Sprachen vor.</p>
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>
<p>Das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm der Krebsliga beider Basel hat im Juli 2014 die ersten Einladungen verschickt. Basler Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren können somit alle zwei Jahre freiwillig an einer Röntgenuntersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung teilnehmen. Die ersten Screening-Mammografien wurden am 4. August 2014 erstellt. Seitdem wurden 4'651 Frauen eingeladen. Von diesen lehnten 873 Frauen die Teilnahme ab. Von den verbleibenden 3'778 Frauen haben in den ersten 5 Monaten des Programms 21% teilgenommen (siehe Wirkungsindikatoren unten). Das Programm führt wöchentlich eine Konsensuskonferenz durch. Sie hat zum Ziel, Mammografien mit diskrepanten Beurteilungen durch die beiden Leser in einer Fach-Diskussion</p>



abschliessend zu beurteilen und klare Empfehlungen auszusprechen. Auf diese Weise wird Sicherheit in der definitiven Beurteilung der Mammografie und somit Gewissheit über den Befund für die teilnehmende Frau gewährleistet. Die Konsensuskonferenz wird durch den Programmleiter Prof. Dr. med. Athanassios Dellas moderiert. An dieser Konferenz nehmen alle akkreditierten Radiologen der Stadt teil, was eine hohe Qualität in der Befundung garantiert.

Näheres zum Programm, seinen Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: [www.klbb.ch/de/mammografie\\_screening\\_kanton\\_basel\\_stadt/](http://www.klbb.ch/de/mammografie_screening_kanton_basel_stadt/)

#### **Verlaufs- und Wirkungsindikatoren**

Einladungen:

**4'651**

Begründete Nicht-Teilnahmen

**229 (5.0%)**

Definitive Ablehnung der Teilnahme

**644 (15.0%)**

Effektive Einladungen

**3'778**

Zahl der Teilnehmerinnen

**795 (21.0%)**

Zahl diagnostizierter Brustkrebserkrankungen

**17 (2.14%)**

«Falsch positive» Befunde

**60 (7.5%)**

Werden bei der Mammografie Auffälligkeiten entdeckt, müssen diese vertieft abgeklärt werden, um ein genaues Resultat zu erhalten. In den meisten Fällen stellt sich jedoch bei den weiteren Abklärungen heraus, dass die entdeckten Veränderungen in der Brust gutartig sind und kein Brustkrebs vorliegt. In diesen Fällen wird von falsch-positiven Resultaten gesprochen.

Anzahl der Drittlösungen in der Konsensuskonferenz

**136 (17.1%)**

Zahl der Frauen ohne Angabe eines Arztes

**9.0%**

### 5.3.4 Schadensminderung durch Kontakt- und Anlaufstellen

<b>Inhalt</b>
Die Schadenminderung umfasst alle Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Risiken des Drogenkonsums zu verringern. Art. 3g Betäubungsmittelgesetz besagt: „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.“
<b>Zielsetzung</b>
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.
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>
Im Kanton Basel-Stadt ist der Betrieb von zwei Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) am Dreispitz und Wiesenkreisel 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 beigetragen.
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 2014 durchschnittlich 209 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), an 365 Tagen im Jahr. In den Injektionsraum traten durchschnittlich 41 Personen pro Öffnungszeit ein, in den Inhalationsraum 55 Personen und den Sniff-Bereich nutzten durchschnittlich 58 Personen.
Im Jahr 2014 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 2.6 Mio. Franken.
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>
Betrieb der Kontakt- und Anlaufstellen mit täglichen Öffnungszeiten von 11.00 – 22.00 Uhr
<b>Bereits eingetretene Wirkungen</b>
<b>Zahlen zu HIV/Aids:</b> 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%). 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, Konsumräume).

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 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 2014 auf 3'779; im Vergleich dazu lag die Anzahl intensiver Betreuungen 2008 bei 989. Dieser Anstieg ist u.a. auf den Medikamentenkonsum, Mischkonsum, somatische Erkrankungen der zunehmend älteren Konsumenten zurückzuführen, die eine intensivere Beobachtung der Konsumierenden nötig machen, um ungewollte Konsumnebenwirkungen auszuschliessen. 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.

### **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.

## 5.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung

### 5.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen gemäss Art. 55a KVG

#### Inhalt

Damit Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können, benötigen sie eine entsprechende Zulassung. Aufgrund der Zulassung erteilt Santésuisse bzw. SASIS eine Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-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 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.

Verfügt eine Ärztin / ein Arzt nicht über die genannte dreijährige Praxis 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 Gesundheitsdienste eingehende Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Allfällige Ausnahmen sind gemäss § 3 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung nur bei Vorliegen eines ausgewiesenen Bedarfs (be-

gründeter Einzelfall) gemäss den Beurteilungskriterien der VEZL nach weiteren Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Fachrichtung möglich, sofern der Nachweis der mindestens dreijährigen Praxis 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** 30.06.2016

**Periodizität** laufend

#### Aktivitäten im Berichtsjahr

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

#### Bereits eingetretene Wirkungen

##### Entwicklung BAB September 2011 – Januar 2015

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.

Aufgrund der geschilderten Entwicklung (Sept. 2011 – Jan. 2015) ergibt sich für die verschiedenen Zeitpunkte folgende Übersicht:

#### Absolute Zahlen

	Ende Sept. 2011	Ende Nov. 2012	Ende Juli/2013	Ende 2013	Ende 2014	Jan.2015
<b>Grundversorger</b>	249	272	282	277	267	271
<b>Spezialisten</b>	445	553	643	602	595	596
<b>Totalbestand</b>	<b>694</b>	<b>825</b>	<b>925</b>	<b>879</b>	<b>862</b>	<b>867</b>

#### Veränderungen

	Ende Sept. 2011	Ende Nov. 2012	Ende Juli 2013	Ende 2013	Ende 2014	Jan. 2015
<b>Grundversorger</b>	249	+ 23	+10	-5	-10	+4
<b>Spezialisten</b>	445	+108	+90	-41	-7	+1
<b>Totalzunahme</b>	-	<b>131</b>	<b>+100</b>	<b>-46</b>	<b>-17</b>	<b>+5</b>

#### Zu erwartende Wirkungen

Anhaltende Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, aufgrund der Zulassungssteuerung.

## 5.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste

### **Inhalt**

Nach Art. 39 KVG sind die Kantone zur Planung der stationären Spitalversorgung mit dem Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochstehenden medizinische Versorgung verpflichtet. Dies wird mittels Leistungsaufträgen und Leistungsvereinbarungen, welche zwischen dem Kanton Basel-Stadt und den einzelnen Spitälern des Kantons Basel-Stadt abgeschlossen werden, sichergestellt. Die Koordination der hochspezialisierten Medizin erfolgt im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung IV-HSM.

### **Zielsetzung**

Hauptziel ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochstehenden medizinischen Versorgung der baselstädtischen Wohnkantonsbevölkerung im stationären Spitalbereich. Mit einer rollenden Spitalplanung soll sichergestellt werden, dass im stationären Bereich weder eine medizinische Über- noch eine Unterversorgung der baselstädtischen Bevölkerung stattfindet. Mit der Spitalplanung und der damit zusammenhängenden Leistungsaufträge verfolgt der Kanton auch das Ziel, dass eine Konzentration – im Sinne von Schwerpunktbildungen – von medizinischen Leistungen durch die Spitäler angestrebt wird, damit die notwendigen Mindestfallzahlen und damit einhergehend die gewünschte Qualität der Eingriffe sichergestellt werden kann. Des Weiteren wird versucht mittels differenzierter Leistungsaufträge auch die Koordination und Kooperation unter den Leistungserbringern weiter zu fördern.

### **Massnahmen und Vorgehensweise**

Die von den Spitälern erbrachten Leistungen werden halbjährlich mit den erteilten Leistungsaufträgen auf der Ebene der Leistungsgruppen kontrolliert. Wird festgestellt, dass Spitäler Leistungen erbringen, für welche diese gar keinen Leistungsauftrag haben, wird das Gespräch mit dem Leistungserbringer gesucht und die Gründe für die Abweichung analysiert und dann – je nach Bedarf - interveniert. Wird auf der anderen Seite festgestellt, dass vorgesehene Mindestfallzahlen nicht erreicht werden oder einzelne Leistungsgruppen nur noch ganz vereinzelt erbracht werden, wird mit dem Spital die Streichung des entsprechenden Leistungsauftrags besprochen.

### **Aktivitäten im Berichtsjahr**

Im Jahr 2014 wurde die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt vollständig überarbeitet, da die Leistungsauftrags-Periode von 2012 bis 2014 befristet war. Die neuen Leistungsaufträge wurden für die Periode 2015 bis 2017 ausgehandelt und entsprechend auf der ab 1. Januar 2015 gültigen Spitalliste abgebildet. Es wurden insgesamt 17 Leistungsaufträge mit geringen Fallzahlen (0 bis 5) gestrichen und 6 neue Leistungsaufträge vergeben. Die neuvergebenen Leistungsaufträge vervollständigen jedoch nur das bestehende Angebot (Leistungsgruppen-Zugehörigkeit) und stellen somit keine Erweiterung des bisherigen Leistungsangebots dar.

### **Erreichte Wirkungen**

Durch die Anpassungen der Leistungsaufträge hat sich der eine oder andere Leistungserbringer eher auf seine eigentlichen Kernkompetenzen konzentriert. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass vermehrt Kooperationen zwischen den Leistungserbringern eingegangen werden.

### **Zu erwartende Wirkungen**

Die Spitäler werden die Konzentration ihrer Leistungserbringung weiter vorantreiben und weitere Schwerpunkte bilden. Es dürfte auch zu weiteren eventuell noch intensiveren Kooperationen zwischen den Spitälern kommen. Auf die Gesamtkosten könnte diese Tendenz kostenstabilisierend wirken und das Kostenwachstum etwas dämpfen.

## 5.5 Massnahmen im Bereich One Health

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.

### 5.5.1 Präventionsprogramm Kind und Hund

<b>Inhalt</b>	
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.	
<b>Zielsetzung</b>	
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.	
<b>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</b>	
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 mindestens einmal während seiner zweijährigen Kindergartenzeit Verhaltensregeln stufengerecht beizubringen, damit das Risiko durch Hunde gebissen zu werden, vermindert werden kann. Dafür steht dem Veterinäramt ein Ausbildungsteam von fachlich und pädagogisch ausgebildeten Instruktorinnen mit speziell für diese Aufgabe ausgebildeten Hunden zur Verfügung. Im Jahr 2014 haben 83 (2013: 78) Kindergartenklassen den Grundkurs „Kind & Hund“ beim Veterinäramt besucht und 52 Klassen wurden im Rahmen des neu eingeführten Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.	
<b>Zeitliche Planung</b>	
<b>Beginn</b>	01.01.2014
<b>Dauer</b>	31.12.2014
<b>Periodizität</b>	Alle Kinder haben im Verlauf der zwei Jahre Kindergarten mindestens einmal den Kurs besucht.
<b>Aktivitäten im Berichtsjahr</b>	
Im Jahr 2014 haben 83 (2013: 78) Kindergartenklassen den Grundkurs „Kind & Hund“ beim Veterinäramt besucht und 52 Klassen wurden im Rahmen des neu eingeführten Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.	
<b>Bereits eingetretene Wirkungen</b>	
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.	

2014 wurden noch 5 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 aber rückläufig.

**Zu erwartende Wirkungen**

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

**5.5.2 Umweltmonitoring: Untersuchung der Spitalabwässer**

**Inhalt**

Das Kantonale Labor führt 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 Abwässer und Abfälle der Spitäler werden in der Kehrrichtverbrennungsanlage der Stadt Basel und der städtische Kläranlage Pro Rheno aufbereitet.

**Zielsetzung**

Ziel ist eine hohe Lebensqualität sowie Stabilität und Sicherheit der öffentlichen Gesundheit auf höchstem Niveau. Der Schutz der Bevölkerung inkl. Tiere 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 <sup>131</sup>I, <sup>111</sup>In, <sup>177</sup>Lu 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.

**Zeitliche Planung**

**Beginn** 01.01.2014

**Dauer** 31.12.2014

**Periodizität** Wöchentliche Messungen

**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 33 Bq/L mit einem Höchstwert von 89 Bq/L im Mai dieses Jahres. Der Grenzwert von 6000 Bq/L war jederzeit eingehalten.

**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.

**Zu erwartende Wirkungen**

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



## 6. 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



Dr. Guy Morin  
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin