



An den Grossen Rat

18.1625.01

GD/P181625

Basel, 28. November 2018

Regierungsratsbeschluss vom 27. November 2018

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

Inhalt

1. Ausgangslage und Begehren	4
2. Kurzzusammenfassung	4
3. Einleitung	5
3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung	5
3.2 Verwendete Datengrundlagen	6
3.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt	7
4. Entwicklung der Kosten und Leistungen im Kanton Basel-Stadt	7
4.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt	7
4.1.1 Entwicklung des Versichertenbestandes der OKP im Kanton Basel-Stadt	7
4.1.2 Entwicklung der Gesamtkosten der OKP	8
4.1.3 Entwicklung der stationären Spalkosten	9
4.1.4 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)	11
4.1.5 Entwicklung der ambulanten Spalkosten	13
4.1.6 Entwicklung der Apothekenkosten	15
4.1.7 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen	17
4.1.8 Entwicklung der Pflegeleistungen in Tagespflegeheimen	18
4.1.9 Entwicklung der Spitex-Leistungen	18
4.1.10 Entwicklung der Physiotherapiekosten	19
4.1.11 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen	20
4.1.12 Entwicklung der Kosten aller übrigen Leistungserbringer	21
4.1.13 Entwicklung und Kosten der Bevölkerung nach Altersgruppen	21
4.2 Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt	24
4.2.1 Entwicklung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	24
4.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	25
5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt	26
5.1 Entwicklung der Referenzprämien	26
5.2 Entwicklung des Prämienvolumens	29
6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten ...	29
6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020	29
6.1.1 Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern	30
6.1.2 Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken	31
6.1.3 Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen	33
6.1.4 Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser Steuern und Koordinieren	34
6.1.5 Prioritäten Gesundheit 2020 für das Jahr 2017 und Bilanz	34
6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien	35
6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt	35
6.2.2 eHealth	37
6.2.3 Übertragbare Krankheiten	38
6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	41
6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung	41
6.3.2 Früherkennung (systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge im Kanton Basel-Stadt)	43
6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern	46
6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt	47
6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung	49
6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht	49
6.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste	52

6.5	Massnahmen Bereich Umwelt	53
6.5.1	One Health – Präventionsprogramm Kind & Hund	53
6.5.2	Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer	54
6.5.3	Lebensmittelkontrolle / Prävention	55
6.6	Massnahmen im Bereich Qualität und Ambulantisierung	55
6.6.1	Ambulante Massnahmen	55
6.6.2	Indikations- und Ergebnisqualitätsmessung mithilfe des COMI (Core Outcome Measures Index)-Patientenfragebogens.....	56
7.	Schlussbemerkungen und Antrag	58

1. Ausgangslage und Begehren

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, vom vierten 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.

§ 67 Abs. 2 GesG besagt Folgendes:

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

Der Regierungsrat berichtet nachfolgend gemäss dieser Bestimmung.

2. Kurzzusammenfassung

Die durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) finanzierten Nettoleistungen pro Versicherten (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung) im Kanton Basel-Stadt sind zwischen 2013 und 2017 um durchschnittlich 2.4% pro Jahr angestiegen. Für das Jahr 2017 lag der Zuwachs dieser Grösse bei 1.5%.

Die kantonale Durchschnittsprämie¹ für Erwachsene ist im Zeitraum zwischen 2013 und 2017 im Durchschnitt jährlich um 2.9% gestiegen, was unter dem schweizerischen Mittel von 3.6% liegt; das absolute Wachstum von 2013 – 2017 beträgt 62 Franken (durchschnittlich 12.40 Franken pro Jahr).

Die baselstädtische Prämienhöhung von 2016 auf 2017 lag bei 4.0%, während im gesamtschweizerischen Durchschnitt ein Anstieg von 4.5% zu verzeichnen war; im Jahr 2018 liegt die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene bei 592 Franken pro Monat. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 4.3%. Gesamtschweizerisch lag die Zunahme bei 4.0%.

Ambulante und stationäre Spitalkosten sowie die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Medikamente addieren sich zu 77.8% der gesamten Leistungskosten der OKP.

Da die Spitalkosten (ambulant und stationär) mit einem Anteil von 39.6% den grössten Kostenanteil darstellen, bildet das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ einen prioritären Tätigkeitsschwerpunkt des Gesundheitsdepartments. Das Ziel ist eine Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und eine Stärkung der universitären Medizin sowie der Lehre und Forschung. Das geplante Universitätsspital Nordwest (USNW) wird den grössten Beitrag an die Zielerreichung leisten. Es schafft mehr Spielraum zum koordinierten Abbau von Überkapazitäten und ermöglicht somit einen höheren Beitrag zur Dämpfung des Anstiegs sowohl des prämierten als auch des steuerfinanzierten Anteils der Gesundheitskosten. Das USNW baut 120 – 150 Betten ab. Durch die Bündelung der Angebote des USNW erhält jeder der vier Standorte ein klares Profil.

¹ Mit dem Versichertenbestand gewichteter Durchschnitt der Monatsprämien für Erwachsene mit ordentlicher Franchise von 300 Franken, inkl. Unfalldeckung, keine besondere Versicherungsform nach Art. 62 KVG (freie Arztwahl).

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

Kennzahlen zur Kosten- und Prämienentwicklung	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (1) in Franken	506	512	533	546	567	-
Veränderung	1.1%	1.3%	4.1%	2.3%	4.0%	2.9%
Nettoleistungen OKP pro Versicherten in Franken	4'002	4'062	4'233	4'342	4'408	
Veränderung	4.7%	1.5%	4.2%	2.6%	1.5%	2.4%
Durchschnittliches Prämiesoll (2) pro versicherte Person in Franken	4'317	4'355	4'515	4'626	4'812	
Veränderung	0.1%	0.9%	3.7%	2.4%	4.0%	2.8%
Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung (KVG/IVG) pro vers. Person in Franken	1'479	1'499	1'528	1'524	1'546	
Veränderung	1.5%	1.3%	1.9%	-0.2%	1.5%	1.1%
Restfinanzierung Pflege im Heim nach KVG pro versicherte Person in Franken	184	181	188	200	201	
Veränderung	21.3%	-1.6%	4.3%	6.1%	0.3%	2.2%
Restfinanzierung an Spitex-Leistungen pro versicherte Person in Franken	70	75	79	85	89	
Veränderung	3.2%	7.1%	4.4%	7.3%	5.1%	6.0%

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

(2) Summe der effektiv an die Versicherten fakturierte Prämien (vor Abzug Prämienverbilligung). Bereits abgezogen sind alle Rabatte

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

3. Einleitung

3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung

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

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

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

Prämienverbilligung (IPV)² gemäss Art. 65 ff. KVG und Ergänzungsleistungen für Personen im Pflegeheim³ (Sozialkosten) nicht enthalten (vergleiche hierfür den Kennzahlenbericht: „Sozialberichterstattung des Kantons Basel-Stadt“⁴).

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

3.2 Verwendete Datengrundlagen

Dieser Bericht soll einen aktuellen Bezug zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen herstellen. Das heisst, es müssen Zahlenquellen herangezogen werden, die im Jahresablauf genügend schnell verfügbar sind. Detaillierte Statistiken über das Gesundheitswesen werden oft mit 12 – 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht. Die Auswahl an Zahlenquellen zur Darstellung der aktuellen Kostenentwicklung der Krankenkassenprämien ist deshalb sehr beschränkt. Für die ersten beiden Berichte wurde neben den Zahlen aus der Rechnung des Kantons Basel-Stadt über die eigenen Staatsbeiträge an Gesundheitsleistungen auch auf die Branchenstatistik der Krankenversicherer, dem so genannten Datenpool der SASIS AG⁵ zurückgegriffen. Diese Statistik hat in der Vergangenheit eine hohe Übereinstimmung zu vergleichbaren Zahlenreihen über die kantonale Kostenentwicklung gezeigt. Für das Jahr 2015 war ein überraschend starker Anstieg des Versichertenbestandes festzustellen, der auf eine Zunahme der Anzahl Grenzgängerinnen und Grenzgängern mit einer Versicherung nach KVG zurückzuführen war. Diese werden nach den Datenaufbereitungsregeln des SASIS-Datenpools demjenigen Kanton zugerechnet, in welchem sie arbeiten. Gemäss KVG ist für diese Versicherten jedoch je nach Wohnsitzstaat eine eigene Prämienkalkulation zu erstellen (Art. 61 Abs. 4 KVG). Mit Blick auf den Zweck dieses Berichts – die Darstellung der für die baselstädtischen Prämien relevanten Kostenfaktoren – bildet der SASIS-Datenpool die Anzahl der Versicherten somit nicht mit der gewünschten Genauigkeit ab.

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

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

² Gesamthaft (inkl. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen [EL], exkl. Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, ohne Abgeltung der Verlustscheine der Versicherer) wurden 2017 im Kanton Basel-Stadt Prämienbeiträge im Umfang von rund 151.3 Mio. Franken ausgerichtet. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus 57 Mio. Franken reine IPV und 94.3 Mio. Franken EL. Zusammen mit den Prämienbeiträgen, die im Rahmen der Sozialhilfe gewährt werden (weitere 35 Mio. Franken), wird rund ein Fünftel des kantonalen Prämienvolumens vom Staat finanziert. Der Bund beteiligte sich im Jahr 2017 mit rund 63.6 Mio. Franken an den Kosten der Prämienverbilligung.

³ Im Jahr 2017 hat der Kanton Basel-Stadt 71.1 Mio. Franken EL an Personen im Pflegeheim an die subsidiäre Finanzierung der Pensions- und Betreuungstaxe geleistet. Die Bundesbeiträge beliefen sich auf 4.3 Mio. Franken, so dass die Rechnung des Kantons Basel-Stadt mit 66.8 Mio. Franken belastet wurde.

⁴ <http://www.statistik.bs.ch/analysen-berichte/gesellschaft-soziales/sozialberichterstattung.html>.

⁵ Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Sie betreibt als Branchenlösung für die Krankenversicherer unter anderem den so genannten Datenpool. Dabei handelt es sich um eine Branchenstatistik nach Leistungserbringern, Leistungsarten und Kanton. Die rund 60 zugelassenen Krankenversicherer speisen die Daten aus ihren Versicherungssystemen in den Datenpool ein. Der Datenpool dient hauptsächlich der Analyse der Kostenentwicklung, als Basis für die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse sowie als Basis für Tarifverhandlungen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erhält einen Auszug dieser Daten für das offizielle Kostenmonitoring der Krankenversicherung.

(z.B. Pfl egetage, Arztkonsultationen) erhoben. Der grosse Vorteil dieser Datenbasis besteht darin, dass sie im Gegensatz zum SASIS-Datenpool die gewünschte Sichtweise (prämienrelevant für den Kanton Basel-Stadt) bestmöglich abdeckt.

Als Ausgangsjahr wurde 2013 gewählt, um einen Zeitraum von fünf Jahren abbilden zu können.

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

3.3 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt

Der Handlungsspielraum der Kantone im Gesundheitswesen ist beschränkt, da der Umfang der Leistungen der OKP nach KVG vom Bund definiert wird und die Versicherten, ohne eine freiwillige Einschränkung, eine freie Arzt- und Spitalwahl innerhalb der ganzen Schweiz haben, sofern diese Leistungserbringer nach KVG zugelassen sind. Die Tarifstruktur „TARMED“ (ambulanter Arzttarif) und die stationären Spitaltarife nach SwissDRG und TARPSY (ab 2018) sind national geregelt. Die Höhe der Tarife wird jeweils von Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt, es gilt die Tarifautonomie. Nach erfolgreichen Verhandlungen sind die Tarife (Baserates resp. Taxpunktswerte) den Kantonen zur Genehmigung vorzulegen. Andernfalls hat der Kanton sie festzusetzen. Bei Tarifstreitigkeiten entscheidet das Bundesverwaltungsgericht abschliessend.

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

Bei den nachfolgend dargestellten Wertgrössen in Franken handelt es sich um nominelle Werte, das heisst, sie sind nicht teuerungsbereinigt. Im betrachteten Zeitraum (2013 – 2017) war gemäss dem Basler Index der Konsumentenpreise eine negative Teuerung von 0.7% festzustellen. Eine Teuerungsbereinigung wird, wie bei der Betrachtung der Leistungsentwicklung der Gesundheitskosten im Allgemeinen üblich, nicht vorgenommen. Das Bevölkerungswachstum des Kantons Basel-Stadt wurde durch die Darstellung der Kosten je versicherte Person in der OKP berücksichtigt.

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

4.1.1 Entwicklung des Versichertenbestandes der OKP im Kanton Basel-Stadt

Versichertenbestand OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Versichertenbestand	182'208	183'547	184'784	186'247	187'097	-
Veränderung	1.1%	0.7%	0.7%	0.8%	0.5%	0.7%
Quelle: BAG	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

Kommentar

- Ein wichtiger Indikator für die Prämienentwicklung sind die von den Krankenkassen bezahlten OKP-Leistungen pro versicherte Person. Die Anzahl der OKP-Versicherten stellt somit eine wichtige Bezugsgrösse in der Beurteilung des absoluten Kostenwachstums dar.
- Die Anzahl der OKP-versicherten Personen hat sich ähnlich wie das Bevölkerungswachstum im Kanton Basel-Stadt entwickelt.

Grundlagen

- Die Anzahl der OKP-Versicherten umfasst alle Personen, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft und krankenversichert sind und deren Kosten für die bezogenen Leistungen und die Einnah-

men für die bezahlten Prämien dem Kanton Basel-Stadt zugeordnet werden und damit für die Prämienberechnung relevant sind.

- Die absolute Zahl der OKP-versicherten Personen liegt aus verschiedenen Gründen unter der ausgewiesenen Wohnbevölkerung (z.B. durch vom Versicherungsobligatorium befreite Personen).

4.1.2 Entwicklung der Gesamtkosten der OKP

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	832'170	851'494	889'201	918'275	934'867	-
Veränderung	5.7%	2.3%	4.4%	3.3%	1.8%	3.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'567	4'639	4'812	4'930	4'997	-
Veränderung	4.6%	1.6%	3.7%	2.5%	1.4%	2.3%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	730'253	747'407	783'005	808'746	824'766	-
Veränderung	6.0%	2.3%	4.8%	3.3%	2.0%	3.1%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'002	4'062	4'233	4'342	4'408	-
Veränderung	4.7%	1.5%	4.2%	2.6%	1.5%	2.4%
Quelle: BAG	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

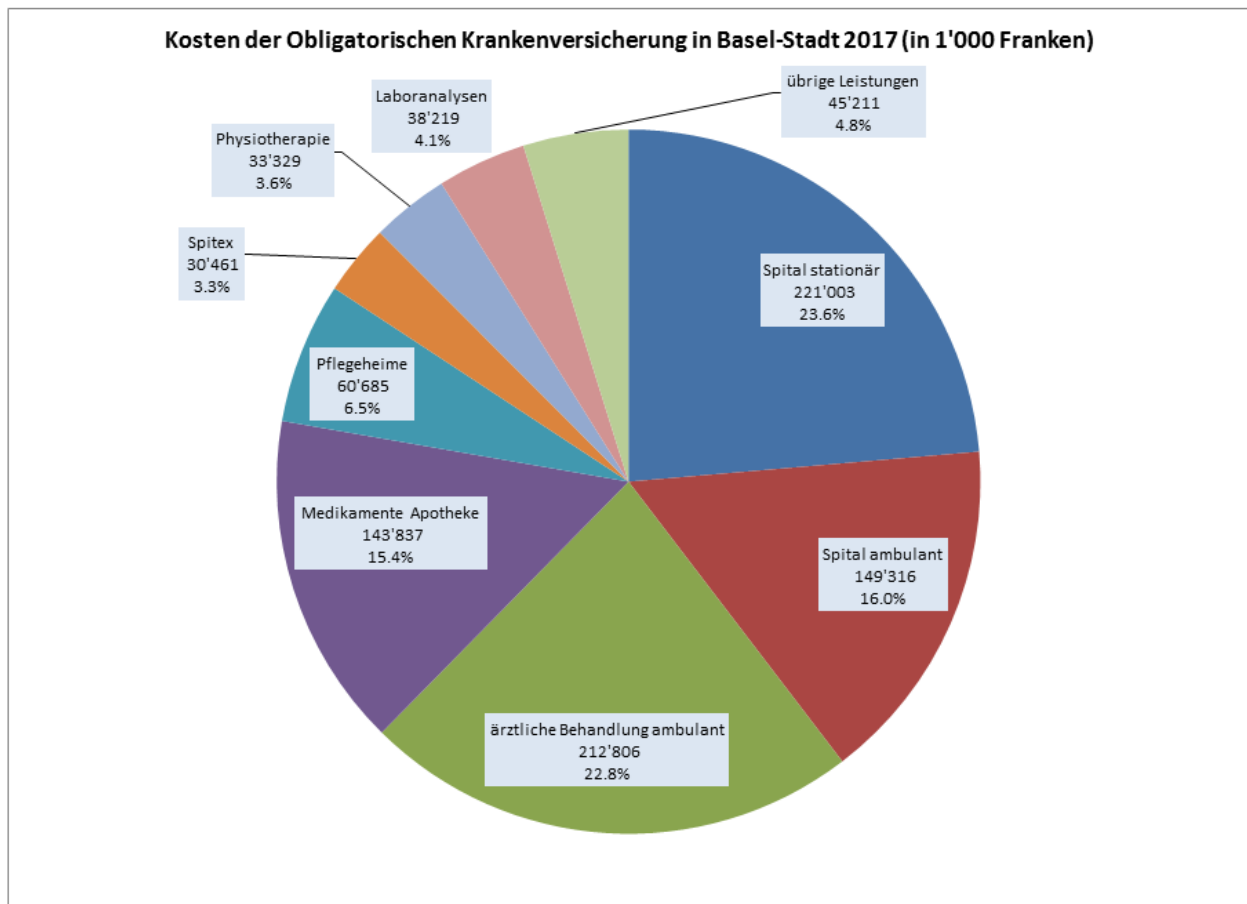
Kommentar

- Die Bruttoleistungen pro versicherte Person (d.h. vor Abzug der Kostenbeteiligung) haben im Berichtsjahr 2017 um 1.4% zugenommen, was gegenüber dem Vorjahreswachstum einem leichten Wachstumsrückgang entspricht. In den Jahren 2013 – 2017 sind sie im Durchschnitt mit einer Rate von 2.3% pro Jahr gewachsen. Das gesamte Leistungsvolumen ist aufgrund der leicht ansteigenden Versichertenzahl (0.5%) um 1.8% gewachsen und erreichte im Jahr 2017 rund 934.9 Mio. Franken. Somit wurden je versicherte Person Leistungen in der Höhe von 4'997 Franken finanziert.
- Die Differenz zwischen von der Krankenversicherung bezahlten Brutto- und Nettoleistungskosten liegt in der von den Patienten zu tragenden gesetzlichen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt). Auf jede versicherte Person im Kanton Basel-Stadt entfielen Nettoleistungen von 4'408 Franken, was einer Zunahme von 66 Franken (2016: 109 Franken) entspricht.

Grundlagen

- Die Bruttoleistungen der OKP umfassen alle Pflichtleistungen gemäss Art. 25 – 31 KVG vor Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung.
- Die gesetzliche Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG umfasst einen festen Jahresbetrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Minimalfranchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (derzeit 700 Franken). Die Patienten finanzierten durch die Kostenbeteiligung rund 110 Mio. Franken oder 11.8% der bezogenen Bruttoleistungen im Jahr 2017 selbst. Der Anteil der Kostenbeteiligung an den Bruttoleistungen ist seit 2013 um 0.5% zurückgegangen.
- Stationäre und ambulante Spalkkosten, die Kosten für ärztliche Behandlung und Medikamente machen zusammen 77.8% der Gesamtkosten der Krankenversicherung aus (siehe Abbildung).

Kosten der Obligatorischen Krankenversicherung in Basel-Stadt 2017 (in 1'000 Franken)



Quelle: BAG

Die Anteile der verschiedenen Kostengruppen am Total der OKP-Kosten haben sich seit 2016 leicht verschoben. Der Kostenanteil Spital stationär hat um 1.1% abgenommen, während derjenige für die ambulanten Spitalkosten beinahe unverändert blieb (+0.1%). Die Anteile der ambulanten ärztlichen Behandlung und für den Medikamentenbezug aus den Apotheken haben um je 0.1% zugenommen. Der Kostenanteil der Pflegeheime hat um 0.4% zugenommen und derjenige für Spitex-Leistungen um 0.2%. Der Kostenanteil der Physiotherapieleistungen stieg minimal (+0.1%), die Laboranalysen stiegen um 0.2%, die übrigen Leistungen blieben in der Summe konstant.

Im Zeitraum von 2013 – 2017 fällt auf, dass sich einzig die Anteile der Kostengruppen Spital stationär (-2.6%) und Laboranalysen (+1.3%) stärker als ein Prozent verändert haben.

4.1.3 Entwicklung der stationären Spitalkosten

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	218'132	221'658	232'301	226'533	221'003	-
Veränderung	14.1%	1.6%	4.8%	-2.5%	-2.4%	0.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'197	1'208	1'257	1'216	1'181	-
Veränderung	12.9%	0.9%	4.1%	-3.2%	-2.4%	-0.3%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die Bruttoleistungen für inner- und ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen der in Basel-Stadt wohnhaften OKP-Versicherten haben im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 0.3% pro Jahr und versicherte Person abgenommen. Im Berichtsjahr sind die Leistungen in

dieser Kostenkategorie erneut zurückgegangen. Über den ganzen Zeitraum sind deutliche Schwankungen dieser Grösse zu beobachten. Nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 waren diese aufgrund des Systemwechsels besonders ausgeprägt (Abgeltung der Investitionskosten, Mitfinanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten, Abrechnungsverzögerungen bei den Krankenversicherten).

- Die Erhöhung des vom Kanton finanzierten Vergütungsanteils von 55% auf 56% im Jahr 2016 führte für die Krankenversicherung spiegelbildlich zu einer Entlastung um ca. 2% des Volumens der stationären Kosten. Dies stellt eine dauerhafte Reduktion von rund 5 Mio. Franken jährlich dar. Der darüber hinausgehende Rückgang ist technischen Gründen (Verzögerungen im Rechnungs- und Verarbeitungsfluss bei den Versicherungen) oder Sonderfaktoren (Tarifrückabwicklungen) geschuldet.
- Die stationären Spitalkosten machen einen Anteil von 23.6% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.
- Im Jahr 2016 wurde im Kanton Basel-Stadt der Kostenteiler Spital stationär OKP-Kanton von 45% zu 55% auf 44% zu 56% geändert. Zusammen mit einem leichten Rückgang der gesamten Kosten Spital stationär (-0.8%) hat dies zu einem Rückgang der OKP-Kosten um 2.5% geführt. Betrachtet man auch die Tabelle des Transferaufwandes (Kapitel 4.2.1) ergibt sich folgende Tabelle:

Spital stationär	2015	Kostenteiler 2015	2016	Kostenteiler 2016	Entwicklung 2015 - 2016
OKP	232'301	45.1%	226'533	44.4%	-2.5%
Kantonsanteil	282'282	54.9%	283'841	55.6%	0.6%
Total	514'583		510'374		-0.8%

Grundlagen

- Die stationären Spitaltarife nach Art. 49 KVG stellen das wichtigste Finanzierungselement für die Abgeltung der stationären Spitalleistungen dar. Sie sind die Grundlage für die Leistungsverrechnung der Krankenversicherungen, der Wohnkantone und der Patienten.
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (so genanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel endgültig urteilt.
- Gemäss Art. 49a KVG legt der Kanton den Vergütungsteiler für die stationären Spitalbehandlungen jährlich fest. Der Kanton muss mindestens 55% dieser Kosten übernehmen. Demnach trägt die Krankenversicherung maximal 45% der KVG-Tarife. Für die Jahre 2012 – 2015 hat der Regierungsrat den kantonalen Vergütungsanteil mit 55% festgelegt. Für das Jahr 2016 wurde er auf 56% erhöht. Für die Jahre 2017 – 2019 wurde er auf diesem Wert belassen.
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte, leistungsorientierte Spitalplanung zuständig. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich. Gemäss dem Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 8. September 2010 (C-623/2009) sind die Krankenversicherer in dieser Angelegenheit nicht zur Beschwerde legitimiert.

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

- Ab dem Jahr 2012 wurden die Regeln der neuen Spitalfinanzierung in allen Kantonen umgesetzt. Ab diesem Datum schreibt das Gesetz die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler vor. Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen gelten ab dem Jahr 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem System SwissDRG. Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin

durch Tagespauschalen. Die Finanzierung erfolgt dual-fix (d.h. durch einen einheitlichen Kostenschlüssel) durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln.

- Die neue Spitalfinanzierung führt zu einer Mehrbelastung der OKP (v.a. durch die Mitfinanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherung und verstärkte Mitfinanzierung ausserkantonaler Wahlbehandlungen durch die OKP sowie der Kantone) und einer Entlastung der Krankenzusatzversicherungen.
- Die Einführung von TARPSY ab dem Jahr 2018 wurde durch die KVG-Tarifpartner vereinbart. Diese neue Tarifstruktur wird in der Erwachsenenpsychiatrie für die Abrechnung der stationären Leistungen angewendet. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie folgt eine Einführung im 2019 (mit Ausnahme von Forensik für alle Altersgruppen). Mit der Einführung wird der gesetzlichen Verpflichtung gemäss Art. 49 KVG nachgekommen, stationäre Leistungen mit einem schweizweit einheitlichen, leistungsbezogenen Tarifsystem zu vergüten. Das ursprünglich vorgesehene Tarifelement einer Fallpauschale konnte für die Psychiatrie statistisch nicht erhärtet werden und fällt daher weg. Die Spitalbehandlungsfälle werden aufgrund der Diagnosen in 22 kostenhomogene psychiatrische Kostengruppen (sog. PCG also Psychiatrie Cost Groups) unterteilt. Diese beinhalten ein nach Aufenthaltsdauer abnehmendes Kostengewicht pro Behandlungstag.

Wichtige Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Ein weiteres wichtiges Geschäft betraf die Vorbereitungsarbeiten zur Einführung einer Liste, welche 13 Eingriffe und Behandlungen festhält, welche grundsätzlich ambulant durchzuführen sind. Mehrere Kantone haben unter dem Kürzel AVOS (ambulant vor stationär) ähnliche Listen eingeführt, um die gewünschte Umstellung von Eingriffen und Behandlungen, welche ambulant statt stationär durchgeführt werden können, zu unterstützen und zu forcieren. Das Gesundheitsdepartement hat die entsprechenden Arbeiten Ende 2017 / Anfang 2018 vorangetrieben. Die Einführung dieser Liste mit 13 in der Regel ambulant durchzuführenden Eingriffe erfolgte planmässig auf den 1. Juli 2018.

4.1.4 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	194'625	194'338	202'169	208'472	212'806	-
Veränderung	3.7%	-0.1%	4.0%	3.1%	2.1%	2.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'068	1'059	1'094	1'119	1'138	-
Veränderung	2.6%	-0.9%	3.3%	2.3%	1.7%	1.6%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr. (inkl. Labor)	174'052	175'055	181'334	187'047		
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	20'573	19'283	20'836	21'426		

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die Bruttoleistungen für ambulante Arztleistungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 2.3% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 1.6% pro Jahr gestiegen.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verrechnen Medikamente, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Dieser Kostenanteil ist erst Ende Oktober verfügbar, weshalb noch keine Aussage gemacht werden kann.
- Die ambulanten Arztkosten machen einen Anteil von 22.8% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Nach Art. 43 KVG werden ambulante Leistungen in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet. Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national gemäss TARMED einheitlich definiert sind. Durch die Multiplikation mit den Taxpunktswerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktswerte werden in kanto-

nen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Für die in der Praxis erbrachten Laborleistungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewendete Medikamente (keine Selbstdispensation) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt. Im Jahr 2010 wurde im Rahmen der Angleichung der Taxpunktwerte für ambulante Spitalbehandlungen und für Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten in Basel-Stadt und Basel-Landschaft der Taxpunktwert auf 91 Rappen festgelegt.

- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand.
- Der Bundesrat kann seit dem Jahr 2013 Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG).
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife (Taxpunktwerte) vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (so genanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel letztinstanzlich urteilt.
- Der Kanton verfügt im ambulanten Bereich über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Er hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht gemäss GesG (Praxisbewilligung, Qualitätssicherung). Für Praxisniederlassungen gilt grundsätzlich die Wirtschaftsfreiheit.

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

- Ende 2011 lief die bereits mehrmals verlängerte Zulassungsbeschränkung aus, worauf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Zulassungsnummer zur Abrechnung zu Lasten der OKP bekommen haben, stark zugenommen hat. Seit dem 5. Juli 2013 war wieder eine auf drei Jahre befristete Beschränkung in Bezug auf die Zulassung zur Abrechnung in der OKP für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 55a KVG in Kraft. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung waren aber Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Das Parlament hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019.
- Der im Jahr 2013 zu beobachtende Kostenanstieg dürfte auch auf die Aufhebung des Zulassungsstopps per Ende 2011 zurückzuführen sein. Aufgrund der Statistik der Berufsausübungsbewilligungen des Gesundheitsdepartements war in den Jahren 2012 und 2013 eine deutliche Zunahme insbesondere bei den Spezialisten zu verzeichnen (siehe Kapitel 6.4.1).
- Der Übergangszuschlag für die Praxislaboratorien der Analyseliste wurde für das Jahr 2013 verlängert. Im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) erfolgte eine erneute Verlängerung für das Jahr 2014. Diese ging einher mit einer Erhöhung des Zuschlags. Ab dem Jahr 2015 gelten die als Massnahme des Masterplans im Sinn einer besseren Abgeltung für die Arztpraxen überarbeiteten Ansätze des Kapitels „schnelle Analysen“ der Analyseliste (Anhang 3 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV] vom 29. September 1995 [SR 832.112.31]). Dies führte gesamtschweizerisch zu Mehrkosten von rund 35 Mio. Franken.
- Als weitere Massnahme des Masterplans wurde ab dem 1. Oktober 2014 eine Zuschlagsposition für die hausärztlichen Leistungen in der Arztpraxis auf dem Verordnungsweg eingeführt. Dadurch erhalten Hausärztinnen und Kinderärzte bei der Grundkonsultation in ihrer Praxis eine um rund 9 Franken höhere Vergütung. Zur Kompensation der erwarteten Mehrkosten von schweizweit rund 200 Mio. Franken hat der Bundesrat die Taxpunkte der technischen Leistung in 13 TARMED-Kapiteln linear um 8.5% gesenkt. Diese Massnahme wirkt sich insbesondere in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen und in Spezialarztpraxen aus, weil dort stärker als in Arztpraxen technische Leistungen erbracht werden.

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Am 9. Mai 2018 hat der Bundesrat die Botschaft zur Teilrevision des KVG betreffend die Zulassung von Leistungserbringern zuhanden des Parlaments verabschiedet. Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich und schafft damit Planungssicherheit für alle Beteiligten. Im Dezember 2015 lehnte das Parlament eine definitive Zulassungsregelung ab, verlängerte dann aber im Juni 2016 eine provisorische Zulassungsbeschränkung bis im Sommer 2019. Diese wird derzeit von 22 Kantonen angewendet. Die Kantone sollen mit der Gesetzesvorlage ein dauerhaftes Instrument erhalten, um eine Überversorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und damit das Kostenwachstum zu dämpfen. Das revidierte KVG ermöglicht ihnen, Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zu Lasten der OKP abrechnen dürfen. Zudem erhält der Bundesrat die Kompetenz, einheitliche Qualitätsanforderungen für alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Diese Vorlage wird in ihrer Stossrichtung vom Kanton unterstützt.
- Der Bundesrat hat den ambulanten Ärztetarif TARMED per 1. Januar 2018 angepasst. Er hat ihn sachgerechter ausgestaltet, indem er übertarifizierte Leistungen korrigiert und die Transparenz erhöht hat. Dieser Eingriff war nötig, weil sich die Tarifpartner bis heute nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten und es ab dem 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt. Die Auswirkungen sowie die Umsetzung der TARMED-Anpassungen werden in einem Monitoring evaluiert. Die TARMED-Anpassungen stellen eine Übergangslösung dar. Es ist nach wie vor Aufgabe der Tarifpartner, gemeinsam die gesamte Tarifstruktur zu revidieren.
- Im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung begrüsst der Regierungsrat Basel-Stadt grundsätzlich, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz, die Tarifstrukturen hoheitlich festzulegen, Gebrauch macht, und unterstützt die Mehrzahl der vorgeschlagenen kostendämmenden Massnahmen. Bedenken äusserte der Regierungsrat indessen bezüglich der Grund- und Notfallversorgung der Psychiatrie sowie der Kindermedizin. Diese versorgungspolitisch sensiblen Bereiche dürfen nicht durch zu tiefe Vergütungen gefährdet werden. In der nun vorliegenden Vorlage trägt der Bundesrat mehreren Rückmeldungen aus der Vernehmlassung Rechnung und berücksichtigt insbesondere, dass Kinder, ältere Menschen und psychisch kranke Personen einen erhöhten Behandlungsbedarf haben und dass eine effiziente Notfallversorgung sichergestellt sein muss.

4.1.5 Entwicklung der ambulanten Spalkosten

Ambulante Spalkosten OKP Basel-Stadt (1)	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	130'461	136'172	135'046	146'236	149'316	-
Veränderung	7.6%	4.4%	-0.8%	8.3%	2.1%	3.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	716	742	731	785	798	-
Veränderung	6.4%	3.6%	-1.5%	7.4%	1.6%	2.7%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die Bruttoleistungen für ambulante Spitalbehandlungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt sind im Zeitraum 2013 – 2017 mit einer Rate von 3.4% gewachsen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.7% pro Jahr gestiegen. Im Jahr 2015 war die Bruttoleistung pro versicherte Person rückläufig.
- Die ambulanten Spalkosten machen einen Anteil von 16.0% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Neben ärztlichen Leistungen nach TARMED erbringen die Spitäler auch ambulante Leistungen in der Physio-, Ergo- und Logotherapie und bei Laboranalysen. Es werden Medikamente ver-

rechnet, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Nach Art. 43 KVG werden ambulante Leistungen in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet. Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national gemäss TARMED einheitlich definiert sind. Durch Multiplikation mit Taxpunktwerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktwerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Für die in der Praxis erbrachten Laborleistungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewendete Medikamente (keine Selbstdispensation) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt.

- Der Bundesrat kann seit dem Jahr 2013 Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG).
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand.
- Der Kanton verfügt über keine Planungskompetenzen im ambulanten Bereich. Die Leistungserbringer gestalten das Angebot aufgrund der Patientennachfrage und ihrer Unternehmensstrategie.

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

- Der grösste Anteil der spitalambulantem Leistungen wird nach TARMED fakturiert. Mit der Einführung des TARMED im Jahr 2004 lag der Taxpunktwert bei 95 Rappen. In der Kostenneutralitätsphase wurde er auf 94 Rappen gesenkt. Ab dem 1. Juli 2010 wurde er im Rahmen einer regionalen Vereinheitlichung auf 91 Rappen gesenkt. Für das Jahr 2013 hatte der Regierungsrat die vertraglich nicht mehr erneuerten Tarifverträge gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert. Nach einer längeren Periode in einem vertragslosen Zustand, während welcher der vom Regierungsrat provisorisch weiterhin auf 91 Rappen festgesetzte Taxpunktwert galt, einigten sich die Spitäler mit den Krankenversicherern, den seit dem 1. Juli 2010 geltenden Taxpunktwert von 91 Rappen vertraglich unbefristet weiter zu führen. Grund für diese Einigung ist ein Leitescheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2015 (C-2380/2012) betreffend TARMED-Taxpunktwert der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler im Kanton Bern zu finden. Aufgrund dieses Urteils zeichneten sich keine ausreichenden Möglichkeiten ab, weiterreichende Tarifforderung durchsetzen zu können.
- Die Bundesversammlung hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019.
- Der Bundesrat hat per 1. Oktober 2014 die TARMED-Tarifstruktur angepasst. Dabei hat er die Taxpunkte der technischen Leistung in 13 TARMED-Kapiteln linear um 8.5% gesenkt. Diese Massnahme wirkt sich stark in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen aus, weil dort stärker als in Arztpraxen technische Leistungen erbracht werden und erklärt den Leistungsrückgang im Jahr 2015. Diese Kürzung wurde als Kompensation des mit gleicher Vorordnung eingeführten Zuschlages für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis verfügt.

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Weil sich Ärzte, Spitäler und Krankenkassen bei den Tarifverhandlungen nicht einig wurden, gab der Bundesrat im August 2017 die Änderungen am ambulanten Ärztetarif TARMED auf Anfang 2018 bekannt. Leistungen, die in der veralteten Tarifstruktur überbewertet sind, hat er nach unten korrigiert. Der Bundesrat rechnet mit jährlichen Einsparungen von rund 470 Mio. Franken, was bezogen auf das gesamtschweizerische Prämienvolumen (im Jahr 2017) von rund 30.3 Mia. Franken einem Anteil von rund 1.6% entspricht. Gemessen am TARMED-Leistungsvolumen von Basel-Stadt führt diese Revision zu Minderausgaben von etwa 20 Mio. Franken. Diese fallen in den Anwendungsbereichen des TARMED (Arztpraxen und Spitalambulatorien) etwa im gleichen Umfang an. Bezogen auf das Prämienvolumen Basel-Stadt von rund 900 Mio. Franken (im Jahr 2017) entspricht die erwartete Reduktion einem Anteil von ca. 2.2%.

4.1.6 Entwicklung der Apothekenkosten

Apotheken OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	127'300	127'672	132'383	140'643	143'837	-
Veränderung	-0.2%	0.3%	3.7%	6.2%	2.3%	3.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	699	696	716	755	769	-
Veränderung	-1.3%	-0.4%	3.0%	5.4%	1.8%	2.4%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die an Apotheken bezahlten Bruttoleistungen (Medikamente, Mittel- und Gegenstände, pharmazeutische Leistung) für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 3.1% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.4% pro Jahr angestiegen.
- Die Leistungen der Apotheken entsprechen einem Anteil von 15.4% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.

Grundlagen

- Ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) zugelassenes Medikament wird von der OKP vergütet, wenn es ärztlich verschrieben und in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aufgeführt ist (www.sl.bag.admin.ch). Für die Aufnahme in die SL muss nachgewiesen werden, dass die Arznei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Die Aufnahmebedingungen werden alle drei Jahre überprüft (Art. 34, 65 und 65d KVV, SR 832.102).
- Die Aufnahme in die SL kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen und begrenzt die Vergütungspflicht der OKP (Art. 73 KVV). Sind Medikamente von Swissmedic zugelassen, jedoch nicht oder noch nicht in die SL aufgenommen, werden die Kosten nur mit vertrauensärztlicher Genehmigung der Krankenversicherung übernommen (Art. 71a und 71b KVV). Das Gleiche gilt, wenn Medikamente ausserhalb der von 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 überprüfte seit 2009 sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, in einem dreijährigen Rhythmus darauf, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen (Art. 65d KVV). Dabei werden die Preise regelmässig im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und dem Auslandpreisvergleich überprüft (Art. 65b KVV) und gegebenenfalls gesenkt. Aufgrund einer vom Bundesgericht gutgeheissenen Beschwerde eines Pharmaherstellers (Urteil 9C_417/2015 vom 14. Dezember 2015) musste diese Praxis vorübergehend eingestellt werden.
- Die Finanzierung der Pflichtleistungen erfolgt vollständig zu Lasten der OKP.
- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Der Kanton führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung). Betreffend Eröffnung und Führung einer Apotheke gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.
- Der Selbstbehalt beim Bezug eines Originalpräparates liegt bei 20%, sofern ein Generikum auf dem Markt vorhanden ist. Ansonsten liegt er bei den üblichen 10%, wie für alle anderen Medikamente. Diese Selbstbehaltsänderung führte in den Jahren 2005 – 2006 zu einem sprunghaften Anstieg des Generikaanteils.

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

- Der Bundesrat hat auf den 1. Juni 2015 eine Verordnungsänderung beschlossen, welche die Regelungen zur Preisfestlegung von Arzneimitteln anpasst. Ziel ist, die Kostenentwicklung bei

den Originalpräparaten zu stabilisieren und die guten Rahmenbedingungen für die Forschung in der Schweiz zu erhalten. Potenzial für Kosteneinsparungen sieht der Bundesrat vor allem bei Generika. Wie bisher wird jedes Jahr ein Drittel der Präparate vom BAG unter die Lupe genommen. Dabei wird neben dem Auslandpreisvergleich in Zukunft der bisherige Preis zu einem Drittel und damit auch der therapeutische Quervergleich berücksichtigt. Zudem werden Arzneimittel der gleichen Indikation – also Konkurrenzprodukte – gleichzeitig überprüft. Bis anhin war für die Reihenfolge der Überprüfung massgebend, in welchem Jahr das Medikament zur Vergütung zugelassen wurde. Damit können Ungleichbehandlungen vermieden werden. Wegen dieses Systemwechsels, fand die darauffolgende Überprüfungsrunde erst zu Beginn des Jahres 2016 statt.

- Allerdings muss die neue Regelung aufgrund eines Urteils des Bundesgerichts vom vergangenen Dezember 2015 bereits wieder überarbeitet werden. Das Urteil machte klar, dass die Medikamentenpreise laut Gesetz nicht nur auf Basis von Auslandpreisvergleichen, sondern auch von Nutzenvergleichen festzusetzen sind. Dies gilt nicht nur bei der Neuaufnahme eines Medikaments in die Liste der kassenpflichtigen Mittel, sondern auch bei den späteren Preisüberprüfungen – was das derzeitige System oft nicht genügend berücksichtigt. Die im Jahr 2016 verstärkte Kostenzunahme ist auch auf die fehlenden Preisanpassungsrunden zurückzuführen. Seit dem Jahr 2010 trugen die Preissenkungen bei den Medikamenten zu einer Kostendämpfung bei. Die Überprüfungen der Medikamentenpreise wurden im Jahr 2017 wieder aufgenommen. Das BAG hat im März 2018 über den Abschluss der Preisüberprüfungsrunde 2017 informiert, mit der die Preise von rund einem Drittel aller kassenpflichtigen Medikamente überprüft wurden. Es wurden demgemäss Einsparungen von rund 190 Mio. Franken erzielt. Dies ist bereits mehr, als das BAG ursprünglich für den Zeitraum von 2017 – 2019 (180 Mio. Franken) veranschlagt hatte. Ein wesentlicher Grund für die massiv höheren Einsparungen ist der angewendete tiefe Wechselkurs von 1.09 Franken pro Euro, der die Preise stark gesenkt hat. Zusätzlich zu diesen 190 Mio. Franken Einsparungen aus der regulären Preisüberprüfungsrunde hat das BAG aufgrund von ausserordentlichen Preisüberprüfungen in den Jahren 2016 und 2017 noch weitere Einsparungen in Höhe von 105 Mio. Franken verfügt. Dies zeigen Berechnungen von Interpharma. Diese Einsparungen waren die Folge von befristeten Aufnahmen von Medikamenten in die Kassenpflicht, Indikationserweiterungen und weiteren Preissenkungen. Neue und innovative Medikamente werden vom BAG in der Regel nur befristet für ein Jahr oder zwei Jahre in die Erstattung aufgenommen. 2017 wurden über drei Viertel aller neu in die Erstattung aufgenommen Medikamente mit neuem Wirkstoff befristet aufgenommen.

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Am 1. Mai 2018 wurde die revidierte Heilmittelverordnung in Kraft gesetzt.
- Neu ist es nun Apothekerinnen und Apothekern in Basel-Stadt gestattet, ohne ärztliche Verordnung die folgenden Impfungen an Personen ab 18 Jahren vorzunehmen: Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis A und B, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Grippe-Impfung.
- Damit die genannten Impfungen in der Apotheken vorgenommen werden darf, müssen die Apothekerinnen und Apotheker gewisse Voraussetzungen erfüllen und sich vorgängig mit einem Meldeformular bei der Kantonsapothekerin melden (Meldepflicht). So müssen auch die Räumlichkeiten der Impfpapotheke die vorgegeben Standards erfüllen.
- Die in den Apotheken durchgeführten Impfungen können nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden, sondern müssen durch den Kunden direkt finanziert werden.
- Durch das niederschwellige Impfangebot in den Apotheken soll die Durchimpfungsrate der Bevölkerung positiv beeinflusst werden, was bestenfalls zu weniger Krankheitsausfällen und einer Reduktion der Arztkonsultationen führen könnte.

4.1.7 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	55'082	53'596	55'829	55'958	60'685	-
Veränderung	-6.3%	-2.7%	4.2%	0.2%	8.4%	2.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	302	292	302	300	324	-
Veränderung	-7.3%	-3.4%	3.5%	-0.6%	7.8%	1.7%
Quelle: BAG	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

Kommentar

- Die Bruttoleistungen an Pflegeheime für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 2.5% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 1.7% pro Jahr gestiegen.
- Die Pflegekosten in Heimen machen einen Anteil von 6.5% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.
- Der Anstieg der Bruttoleistungen um 8.4% vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017 ist vorwiegend auf die Erweiterung der beiden Ersatzbauten für die Pflegeheime Marthastift (+60 Pflegeheimplätze) bzw. Humanitas (+28) zurückzuführen.

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

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

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

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) dürfen die Kosten der Materialien der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) nicht mehr zusätzlich zu den Pflgetaxen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV durch die Krankenversicherer vergütet werden. Die Krankenversicherer haben dem Urteil folgend die Vergütung der Mittel und Gegenstände per 1. Januar 2018 eingestellt. Dies verursacht alleine bei den baselstädtischen Pflegeheimen jährliche Mindereinnahmen von schätzungsweise 2.3 Mio. Franken. Die Taxen werden seit 1. Januar 2018 durch den Kanton in seiner Rolle als Restfinanzierer getragen, indem die Normkosten um 35 Rappen pro Pflgetag und Pflegestufe angehoben wurden. Die Mehrkosten fallen jährlich an und sind exklusive der Kosten für die Gemeinden Riehen und Bettingen zu verstehen, da die Restfinanzierung durch die Gemeinden geleistet wird.

4.1.8 Entwicklung der Pflegeleistungen in Tagespflegeheimen

Tagespflegeheime OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Pflegertage Bewohner Basel-Stadt	43'073	42'005	35'506	34'587	31'965	
Veränderung	-6.8%	-2.5%	-15.5%	-2.6%	-7.6%	-7.2%
Pflegertage ausserkantonale Bewohner	1'903	1'553	1'408	1'467	1'727	
Veränderung	64.1%	-18.4%	-9.3%	4.2%	17.7%	-2.4%
Auslastung inkl. ausserkantonale Bewohner	92.8%	90.8%	86.0%	88.2%		
Entwicklung Wartende auf einen Pflegeheimplatz	267	235	194	209	148	
Veränderung	-7.4%	-12.0%	-17.4%	7.7%	-29.2%	-13.7%

Quelle: GSV Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Tageseinrichtungen für Betagte bieten pflegerische Tagesstrukturen und sind ein bewährter Bestandteil der basel-städtischen Alterspflegepolitik.
- Sie dienen insbesondere der Entlastung pflegender Angehörigen. Die Inanspruchnahme von Tageseinrichtungen ist jedoch von vielen Faktoren (Gesundheitszustand, persönliches Umfeld und Wohnsituation, Möglichkeit in ein Pflegeheim oder in eine Wohnung mit Serviceangebot einzutreten etc.) abhängig.
- Durch die neu eröffneten Ersatzbauten der Pflegeheime Marthastift (+60 Plätze) und Humanitas (+28 Plätze) konnte die Anzahl Wartende auf einen Pflegeheimplatz reduziert werden.

4.1.9 Entwicklung der Spitex-Leistungen

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	22'457	26'724	26'228	28'745	30'461	-
Veränderung	10.4%	19.0%	-1.9%	9.6%	6.0%	7.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	123	146	142	154	163	-
Veränderung	9.2%	18.1%	-2.5%	8.7%	5.6%	7.2%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die Bruttoleistungen für Spitex-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 7.9% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 7.2% pro Jahr zugenommen.
- Die oben beschriebene Kostenentwicklung ist eine Folge der Mengensteigerung der Spitex-Leistungen, welche auf ein starkes Wachstum der erwerbswirtschaftlichen Spitex-Dienste zurückzuführen ist.
- Die Spitex-Kosten machen einen Anteil von 3.3% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die 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 beim Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welcher in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt ist. Zur Abgeltung der ambulanten Pflege entrichtet sie feste Beiträge abgestuft nach den Leistungskategorien Bedarfsabklärung, Grund- und Behandlungspflege gemäss

Art. 7a Abs. 1 KLV. Sie werden aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung gewährt und sind seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 unverändert. Der Kanton hat eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen Pflegefachkräfte und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Der Regierungsrat hat mit Spitex Basel zwei Leistungsverträge für die Jahre 2018 – 2020 abgeschlossen. Im pflegerischen Bereich werden für die Grundversorgung, Sonderleistungen in Onkologie- und Kinder-Spitex sowie beim Angebot des pflegerischen Notfalldienstes für die nahtlose Übernahme von Pflegeleistungen bei Spitalaustritt durch die Anerkennung von erhöhten Kosten höhere Restfinanzierungen abgegolten. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Spitex-Leistungen wurde neu ein einkommensabhängiges Tarifsystem vereinbart, was zu leichten Einsparungen beim Kanton führen wird. Aufgrund des Mengenwachstums in der pflegerischen Spitex aufgrund der demografischen Entwicklung und den vermehrt ambulant durchgeführten Eingriffen ist aber langfristig mit einem Kostenwachstum zu rechnen.
- Auch die Spitex-Anbieter sind vom Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) betroffen. Jedoch zahlen die Krankenkassen vorläufig mehrheitlich noch die MiGeL-Leistungen. Es ist aber damit zu rechnen, dass die Krankenkassen diese Leistungen – wie in anderen Kantonen bereits teilweise erfolgt – bald einstellen, so dass der Kanton bzw. die Gemeinden im Rahmen der Restfinanzierung auch hier einspringen müssen.

4.1.10 Entwicklung der Physiotherapiekosten

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	24'267	26'945	29'924	32'347	33'329	-
Veränderung	4.2%	11.0%	11.1%	8.1%	3.0%	8.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	133	147	162	174	178	-
Veränderung	3.1%	10.2%	10.3%	7.2%	2.5%	7.5%
Quelle: BAG	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

Kommentar

- Die Bruttokosten für Physiotherapie-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 8.3% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 7.5% pro Jahr zugenommen.
- Die Physiotherapiekosten machen einen Anteil von 3.6% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

- Der Taxpunktwert für physiotherapeutische Leistungen im Kanton Basel-Stadt betrug seit 1998 (mit einer kurzfristigen Erhöhung um 2 Rappen in den Jahren 2002 – 2003) 1 Franken.
- Für niedergelassene Physiotherapeutinnen und -therapeuten hat tarifsuisse ab 1. April 2014 einen Taxpunktwert von 1.08 Franken vereinbart. Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und der

Krankenversicherung CSS wurde eine Erhöhung des Taxpunktwertes um 8 Rappen ab dem 1. Januar 2016 vereinbart.

4.1.11 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen

Laboratorien (1) OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	23'359	25'863	33'757	35'694	38'219	-
Veränderung	3.9%	10.7%	30.5%	5.7%	7.1%	13.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	128	141	183	192	204	-
Veränderung	2.8%	9.9%	29.6%	4.9%	6.4%	12.3%

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

Kommentar

- Die Bruttokosten für Laboranalysen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 13.1% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 12.3% pro Jahr zugenommen. Die starke Zunahme im Jahr 2015 ist technisch bedingt und beruht auf Zuordnungsänderungen.
- Die Kosten für Laboranalysen machen einen Anteil von 4.1% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

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

4.1.12 Entwicklung der Kosten aller übrigen Leistungserbringer

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	36'486	38'527	41'552	43'646	45'211	-
Veränderung	4.4%	5.6%	7.9%	5.0%	3.6%	5.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	200	210	225	234	242	-
Veränderung	3.3%	4.8%	7.1%	4.2%	3.3%	4.8%
davon:						
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'433	1'360	1'546	1'514	1'529	1.6%
Hilfsmittel- und Gegenstände (1) in 1'000 Franken	14'030	14'790	16'234	15'402	16'807	4.6%
Komplementärleistungen in 1'000 Franken	600	569	535	448	490	-4.9%
Übrige Leistungen in 1'000 Franken	20'423	21'809	23'236	26'282	26'385	6.6%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

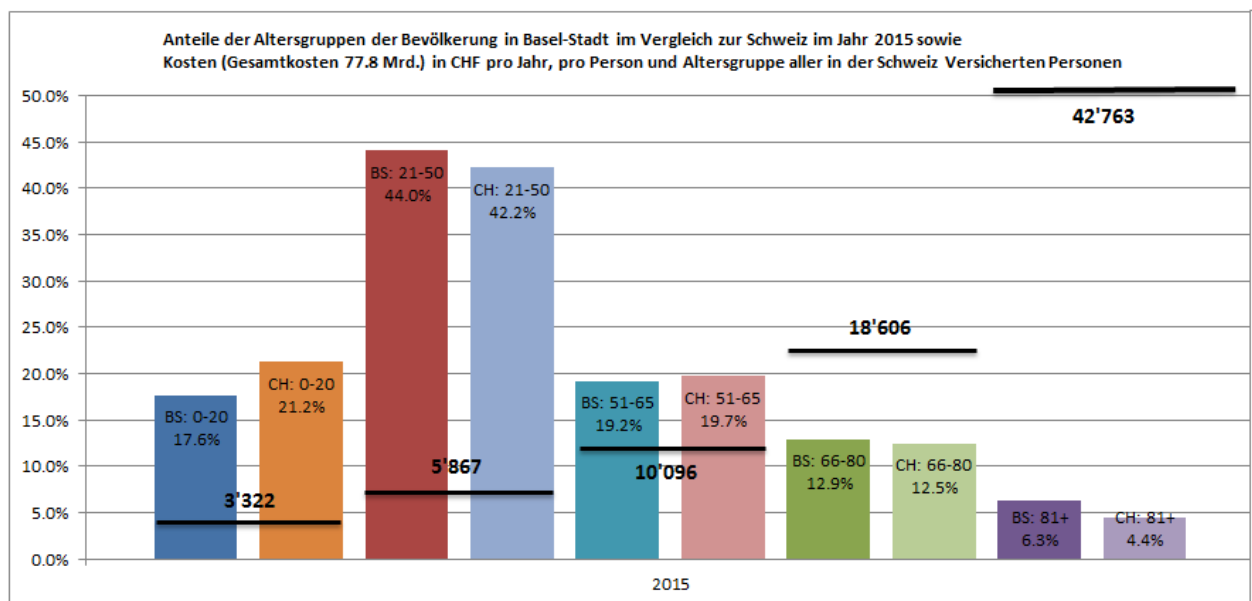
Kommentar

- Die Bruttokosten für übrige OKP-Leistungen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 5.5% pro Jahr gewachsen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4.8% pro Jahr zugenommen.
- Dieser Kostenblock der übrigen Leistungen macht einen Anteil von 4.8% aller Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Enthalten sind ausschliesslich die Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog der OKP.

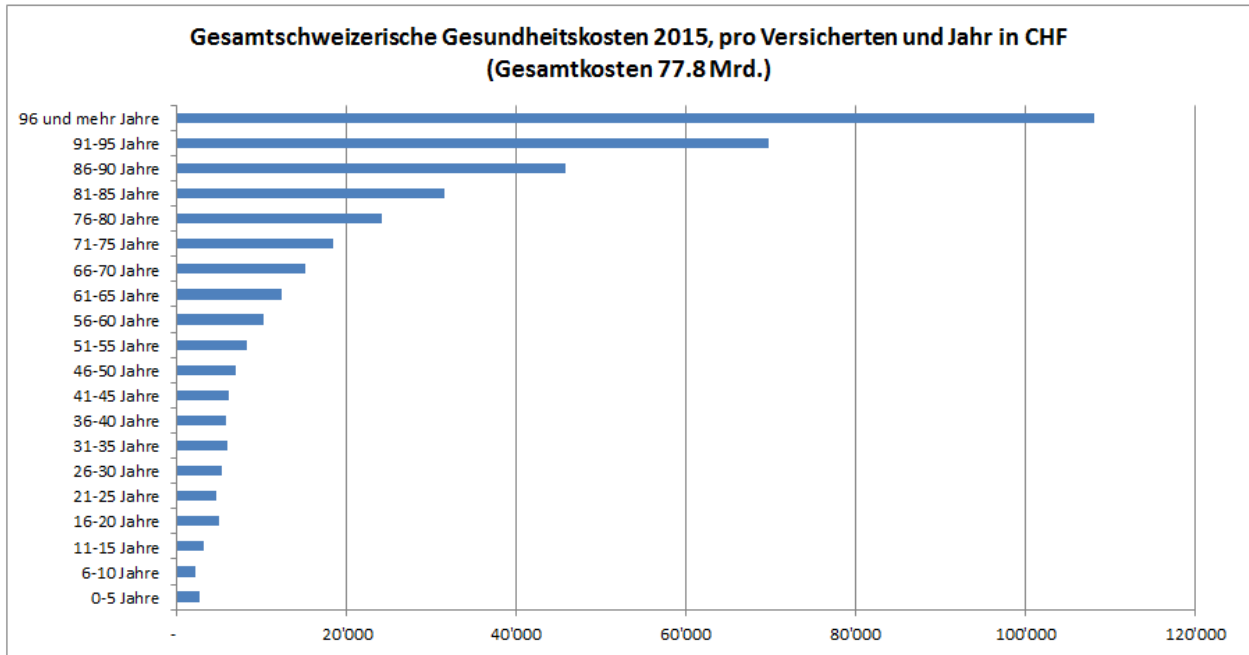
4.1.13 Entwicklung und Kosten der Bevölkerung nach Altersgruppen



Quelle: BfS

Kommentar

- Die Säulen zeigen den Anteil der Bevölkerung pro Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung für Basel-Stadt und der ganzen Schweiz.
- Die Schwarzen Balken zeigen die pro-Kopf-Kosten des Jahres 2015 in Franken der entsprechenden Altersgruppe für die ganze Schweiz an.



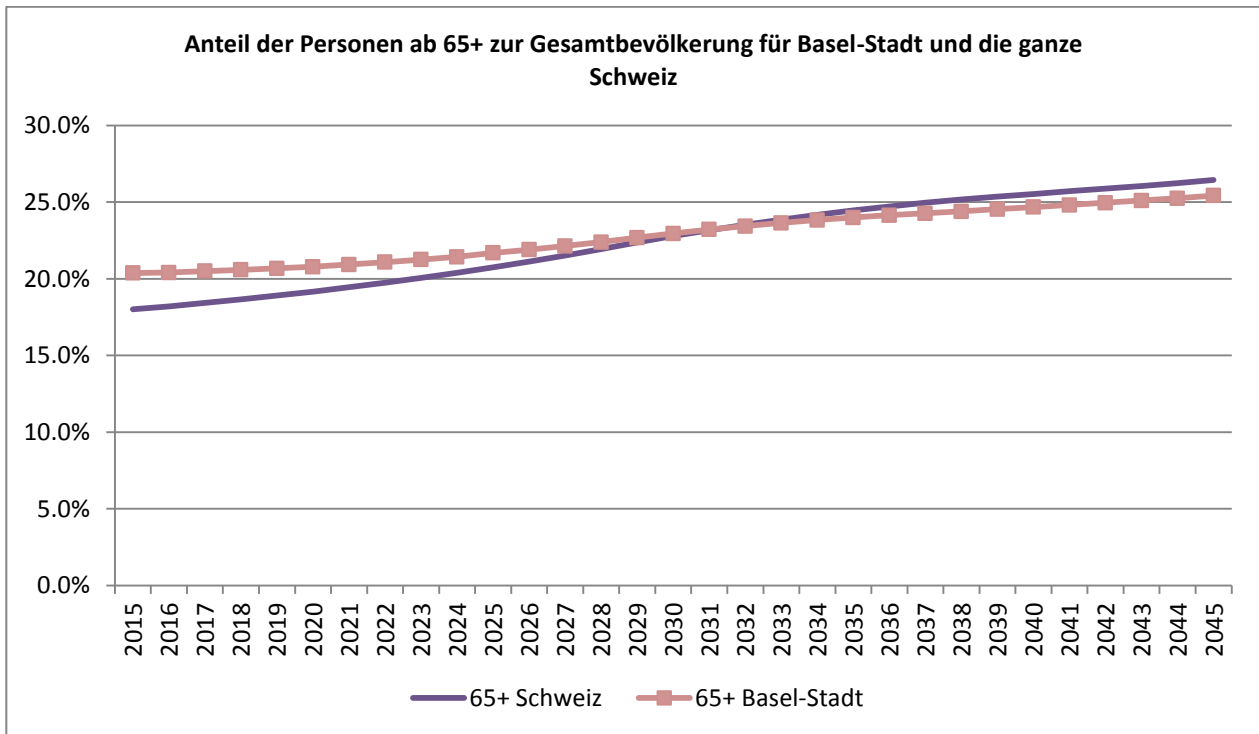
Quelle: BfS

Kommentar

- Die Balken zeigen die Kosten pro Versicherten in der entsprechenden Alterskategorie.

Grundlagen

- Enthalten sind sämtliche Gesundheitskosten des Jahres 2015 (OKP 27.5 Mrd. Franken, Privatversicherungen 5.1 Mrd. Franken, Staatsanteile 13.9 Mrd. Franken, Sozialversicherungen 4.9 Mrd. Franken, private Finanzierung 1.1 Mrd. Franken, Selbstzahlungen 22.3 Mrd. Franken, andere öffentliche Finanzierung 3 Mrd. Franken).



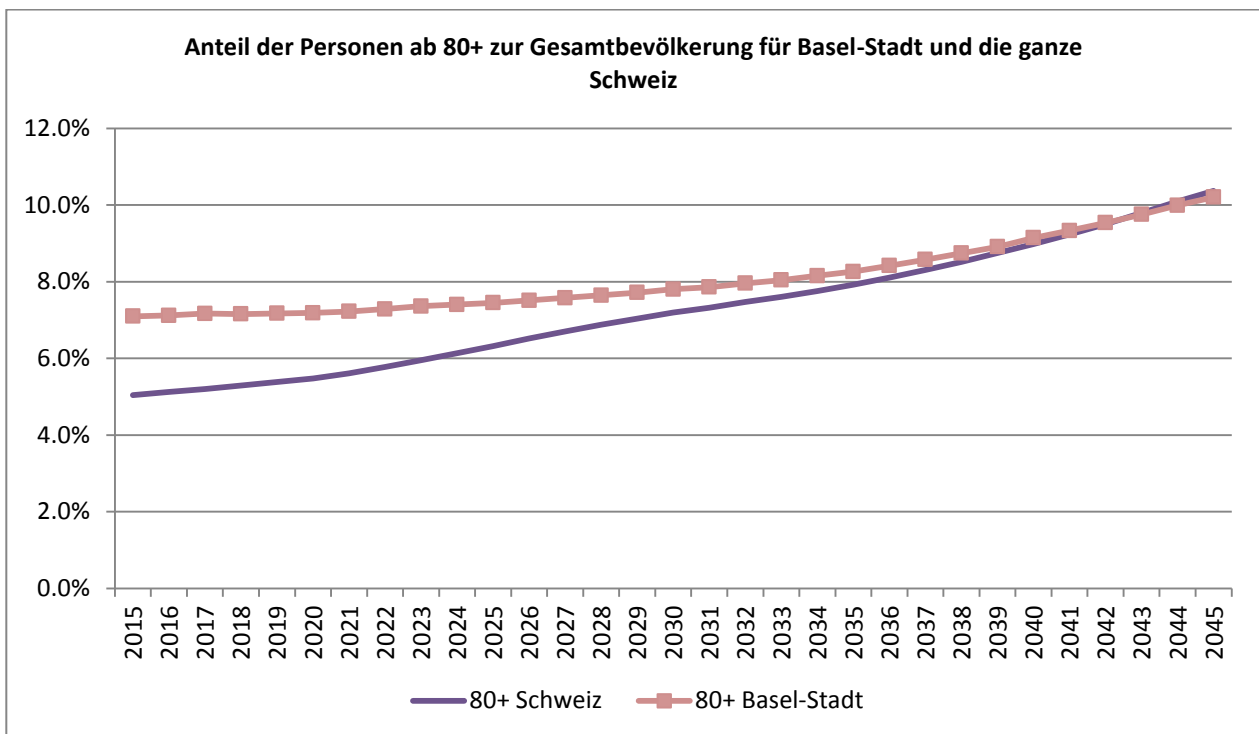
Quelle: BfS

Kommentar

- Ein wichtiger Indikator für die Kostenentwicklung ist die Entwicklung des Altersquotienten (Anteil der Bevölkerung ab Alter 65 am Total der Bevölkerung).
- Basel-Stadt lag mit einem Anteil von 20.5% (CH: 18.4%) bei der Personengruppe 65+ im Jahr 2017 noch 2.1 Prozentpunkte über dem Schweizer Durchschnitt. Bis zum Jahr 2045 wird sich der Anteil für Basel-Stadt weiter auf 25.4% (CH: 26.4%) erhöhen, der Anteil der Schweiz hingegen steigt noch stärker an und wird im Jahr 2045 mit 1% über dem Wert von Basel-Stadt liegen. In absoluten Zahlen steigt die Anzahl Personen über ab 65 Jahren in Basel-Stadt um + 13'204 (CH: + 1'121'182).

Grundlagen

- Als Grundlage dient die Bevölkerungsprognose (mittleres Szenario) des Bundesamtes für Statistik (BfS).



Quelle: BfS

Kommentar

- Basel-Stadt lag mit einem Anteil von 7.2% (CH: 5.2%) bei der Personengruppe 80+ im Jahr 2017 noch 2 Prozentpunkte über dem Schweizer Durchschnitt. Bis zum Jahr 2045 wird sich der Anteil für Basel-Stadt weiter auf 10.2% (CH: 10.4%) erhöhen. In absoluten Zahlen steigt die Anzahl Personen ab 80 in Basel-Stadt um + 7'339 (CH: + 612'507).

Grundlagen

- Als Grundlage dient die Bevölkerungsprognose (mittleres Szenario) des BfS.

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

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

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	269'506	275'099	282'282	283'841	289'344	-
<i>Veränderung</i>	2.6%	2.1%	2.6%	0.6%	1.9%	1.8%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	107'860	99'401	95'944	69'540	68'929	-
<i>Veränderung</i>	-10.8%	-7.8%	-3.5%	-27.5%	-0.9%	-10.6%
Total	377'367	374'501	378'226	353'381	358'273	-
<i>Veränderung</i>	-1.6%	-0.8%	1.0%	-6.6%	1.4%	-1.3%
Quelle: Rechnung Basel-Stadt	Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr					

Kommentar

- Die Kosten für den Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen für Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2013 – 2017 um durchschnittlich 1.8% pro Jahr gestiegen.
- Die Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche, nicht kostendeckende Leistungen der Spitäler sind zwischen 2013 und 2017 kontinuierlich abgebaut worden. Sie sind über den Betrachtungszeitraum mit einer Rate von 10.6% pro Jahr gesunken. Im Vergleich mit dem Jahr 2013 beträgt der Rückgang 38.9 Mio. Franken. Die Gesamtbelastung der kantonalen Rechnung durch die Spitalfinanzierung ist seit dem Jahr 2013 um durchschnittlich 1.3% pro Jahr zurückgegangen.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

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

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

4.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Kanton Basel-Stadt						
Transferaufwand Langzeitpflege	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	37'191	36'901	38'879	41'355	41'950	-
Veränderung	21.8%	-0.8%	5.4%	6.4%	1.4%	3.1%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	14'540	15'578	16'428	17'807	18'732	-
Veränderung	5.3%	7.1%	5.5%	8.4%	5.2%	6.5%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	9'224	8'071	8'234	8'268	7'609	-
Veränderung	-0.9%	-12.5%	2.0%	0.4%	-8.0%	-4.7%
Total	60'955	60'550	63'541	67'429	68'291	-
Veränderung	-	-0.7%	4.9%	6.1%	1.3%	2.9%

(1) Beiträge Pflege zu Hause, Tagespflegeheime, HW Spitex Basel
Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die Beiträge an die Pflegefinanzierung haben von 2013 – 2017 um durchschnittlich 3.1% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die Spitex Basel haben von 2013 – 2017 um durchschnittlich 6.5% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die ambulante Langzeitpflege haben u.a. aufgrund der geringeren Inanspruchnahme von Tagespflegeheimen von 2013 – 2017 um durchschnittlich 4.7% pro Jahr abgenommen.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton legt die Normkosten fest und regelt die Restfinanzierung, die Patientinnen und Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag, der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist und die Krankenversicherung entrichtet fixe Beiträge gemäss Art. 7a KLV an die medizinisch bedingten Pflegekosten.
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welche in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt sind.
- Die Pflegenormkosten bei Aufenthalt im Pflegeheim sind gemäss § 8d lit. a Ziffer 1 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410) festgelegt.
- Für zugelassene Spitex-Anbieter gelten die vom Kanton festgelegten Pflegenormkosten gemäss § 8d lit. b Ziffer 1. Zur Sicherstellung einer räumlich, zeitlich und fachlich umfassenden Versorgungssicherheit bestehen besondere Leistungsaufträge mit Spitex Basel und Spitex Riehen-Bettingen. 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 5 – 8 ([Internet-Link Gesundheitsversorgungsbericht^{6\)}](#)).

⁶ www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Über uns > GSV-Bericht.

Wichtige Entwicklungen im Berichtszeitraum

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

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

- Der Regierungsrat hat mit dem Verband der gemeinnützigen Basler Alterspflegeheimen (VAP bzw. seit Mitte 2017 neu Curaviva Basel-Stadt) einen Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2017 – 2021 abgeschlossen, in welchem der allgemeine Leistungsauftrag der Vertragsheime, die Qualitätssicherung, die Tagestaxen, die einheitliche Rechnungslegung der Vertragsheime sowie die allgemein gültigen Vertragsbestimmungen geregelt werden. Neu wurde unter anderem eine Taxanpassung der Pflorgetaxe zur leistungsorientierten verursachergerechten Abbildung der Pflegekosten (Neukalibrierung RAI-Index, welcher insbesondere demenzielle Erkrankungen besser abbildet) und die Umsetzung des dritten Anhebungsschrittes der Liegenschaftstaxen zur Umsetzung des vom Regierungsrat beschlossenen Systemwechsels in der Liegenschaftsfinanzierung (RRB Nr. 13/37/14 vom 10. Dezember 2013) vereinbart.
- Aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) dürfen die Kosten der Materialien der MiGeL nicht mehr zusätzlich zu den Pflorgetaxen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV durch die Krankenversicherer vergütet werden. Die Krankenversicherer haben dem Urteil folgend die Vergütung der Mittel und Gegenstände per 1. Januar 2018 eingestellt. Dies verursacht alleine bei den baselstädtischen Pflegeheimen jährliche Mindereinnahmen von schätzungsweise 2.3 Mio. Franken. Die Taxen werden seit 1. Januar 2018 durch den Kanton in seiner Rolle als Restfinanzierer getragen, indem die Normkosten um 35 Rappen pro Pflgetag und Pflegestufe angehoben wurden. Die Mehrkosten fallen jährlich an und sind exklusive der Kosten für die Gemeinden Riehen und Bettingen zu verstehen, da die Restfinanzierung durch die Gemeinden geleistet wird.

5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

5.1 Entwicklung der Referenzprämien

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13	2018
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	506	512	533	546	567	-	592
Veränderung in %	1.1%	1.3%	4.1%	2.3%	4.0%	2.9%	4.3%
Veränderung in Franken	6	6	21	12	22	15	24
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	461	473	498	506	529	-	556
Veränderung	2.5%	2.6%	5.2%	1.7%	4.5%	3.5%	5.1%
Veränderung in Franken	11	12	24	9	23	17	27
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	122	123	128	129	136	-	142
Veränderung	-0.1%	1.1%	3.8%	1.2%	5.1%	2.8%	4.7%
Veränderung in Franken	0	1	5	1	7	4	6

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

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

(4) bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist zwischen 2013 und 2017 um durchschnittlich 2.9% pro Jahr gestiegen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist diese Prämie um durchschnittlich 3.6% jährlich gestiegen.

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist zwischen 2013 und 2017 um durchschnittlich 3.5% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 4.1% jährlich).
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist zwischen 2013 und 2017 um durchschnittlich 2.8% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 4.2% jährlich).

Grundlagen

- Ab dem Jahr 2016 richtet sich die Genehmigung der Prämien der sozialen Krankenversicherung nach Art. 16 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SG 832.12). Zuständig für die Genehmigung der Prämien ist das BAG. Die Ausführungsbestimmungen zur Prämien genehmigung sind in Art. 27 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV; SR 832.121) zu finden. Art. 25 KVAV enthält Ausführungen zur Höhe der Prämien. Weitere Bestimmungen, die in Zusammenhang mit den Prämien der OKP massgebend sind, finden sich in den Art. 61 und 62 KVG. Deren Ausführungsbestimmungen sind in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) zu finden: Die allgemeinen Bestimmungen zu den Prämien der Versicherten in der OKP mit Wohnsitz in der Schweiz werden in den Art. 89 – 92 KVV festgehalten. Die Ausführungsbestimmungen betreffend Prämien der besonderen Versicherungsformen sind in den Art. 95, 98 und 101 KVV zu finden.
- Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG gewährleisten. Es gilt der Grundsatz, wonach die Prämien die kantonal unterschiedlichen Kosten zu decken haben. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Zu berücksichtigen sind insbesondere der Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton (Art. 16 KVAG). Neu kann die Aufsichtsbehörde auch die Genehmigung verweigern, wenn die Prämien unangemessen hoch über den zu erwartenden Kosten liegen würden.
- Die Krankenversicherer können dem BAG beantragen, zu hohe Prämieinnahmen im Folgejahr an die Versicherten zurückzuerstatten, wenn die kumulierten Kosten in einem Kanton deutlich unter den vereinnahmten Prämien liegen (Art. 17 KVAG). Ferner können die Krankenversicherer übermässige Reserven freiwillig abbauen (Art. 26 KVAV).
- Gemäss Art. 61 KVG muss eine Versicherung für alle Versicherten in einem Kanton die gleiche Prämie festlegen, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht.
- Die Regelungen bezüglich Rabattierungsvorschriften betreffend Prämienrabatte für Kinder und junge Erwachsene (Art. 61 Abs. 3 KVG), 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) sind einzuhalten.
- Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen (Art. 16 Abs. 5 KVAG).

Entwicklungen nach dem Jahresende 2017

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2018	2019	Δ 18/14	Δ 19/15
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	592	602	-	-
Veränderung in %	4.3%	1.8%	3.7%	3.1%
Veränderung in Franken	24	11	20	17
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	556	477	-	-
Veränderung	5.1%	-14.2%	4.1%	-1.0%
Veränderung in Franken	27	-79	21	-5
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	142	145	-	-
Veränderung	4.7%	2.1%	3.7%	3.2%
Veränderung in Franken	6	3	5	4

(1) Monatsprämie mit ordentlicher Franchise von Fr. 300, inkl. Unfalldeckung, keine besondere Versicherungsform nach Art. 62 KVG (freie Arztwahl).
(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr
(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres
(4) bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

2018:

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist zwischen 2014 und 2018 um durchschnittlich 3.7% pro Jahr gestiegen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist diese Prämie um durchschnittlich 4.1% jährlich gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist zwischen 2014 und 2018 um durchschnittlich 4.1% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 4.4% jährlich).
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist zwischen 2014 und 2018 um durchschnittlich 3.7% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 4.8% jährlich).

2019:

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist zwischen 2015 und 2019 um durchschnittlich 3.1% pro Jahr gestiegen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist diese Prämie um durchschnittlich 3.8% jährlich gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist zwischen 2015 und 2019 um durchschnittlich -1.0% pro Jahr gesunken (Schweiz: -0.4% jährlich).
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist zwischen 2015 und 2019 um durchschnittlich 3.2% pro Jahr gestiegen (Schweiz: 4.6% jährlich).

Kommentar

- **2018:** Die gemäss Vernehmlassungsvorlage vom 22. März 2017 vorgesehene TARMED-Revision wurde am 16. August 2017 vom Bundesrat beschlossen. Danach liegt das Einsparungsvolumen bei 470 Mio. Franken für die ganze Schweiz (Basel-Stadt: geschätzt 20 Mio. Franken).
- **2019:** Durch die Umsetzung der neuen Bestimmungen zur Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (Art. 16a Abs. 1 KVG) sind die Prämien in dieser Alterskategorie gesunken. Die Kompensation erfolgte mittels einer leicht erhöhten Prämie für erwachsene Versicherte für 2019. Neu müssen die Versicherer auch für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für erwachsene Versicherte. Zusätzlich muss die Prämie für Kinder tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene.

5.2 Entwicklung des Prämienvolumens

5.2 Entwicklung des Prämienvolumens						
Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 17/13
Prämiesoll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	786'667	799'298	834'157	861'499	900'398	-
<i>Veränderung</i>	1.2%	1.6%	4.4%	3.3%	4.5%	3.4%
Prämiesoll (1) pro versicherte Person in Franken	359	362	376	385	401	-
<i>Veränderung</i>	0.0%	0.8%	3.8%	2.6%	4.0%	2.8%

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

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kommentar

- Das Prämiesoll lag im Jahr 2017 bei rund 900 Mio. Franken. Es ist in den Jahren 2013 – 2017 um durchschnittlich 3.4% pro Jahr gestiegen.
- Das Prämiesoll pro versicherte Person hat in den Jahren 2013 – 2017 um durchschnittlich 2.8% 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 sich bei steigender Prämie mehr Versicherte für die Wahl von Versicherungsmodellen mit Rabatten entscheiden (Wahlfranchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer).

6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten

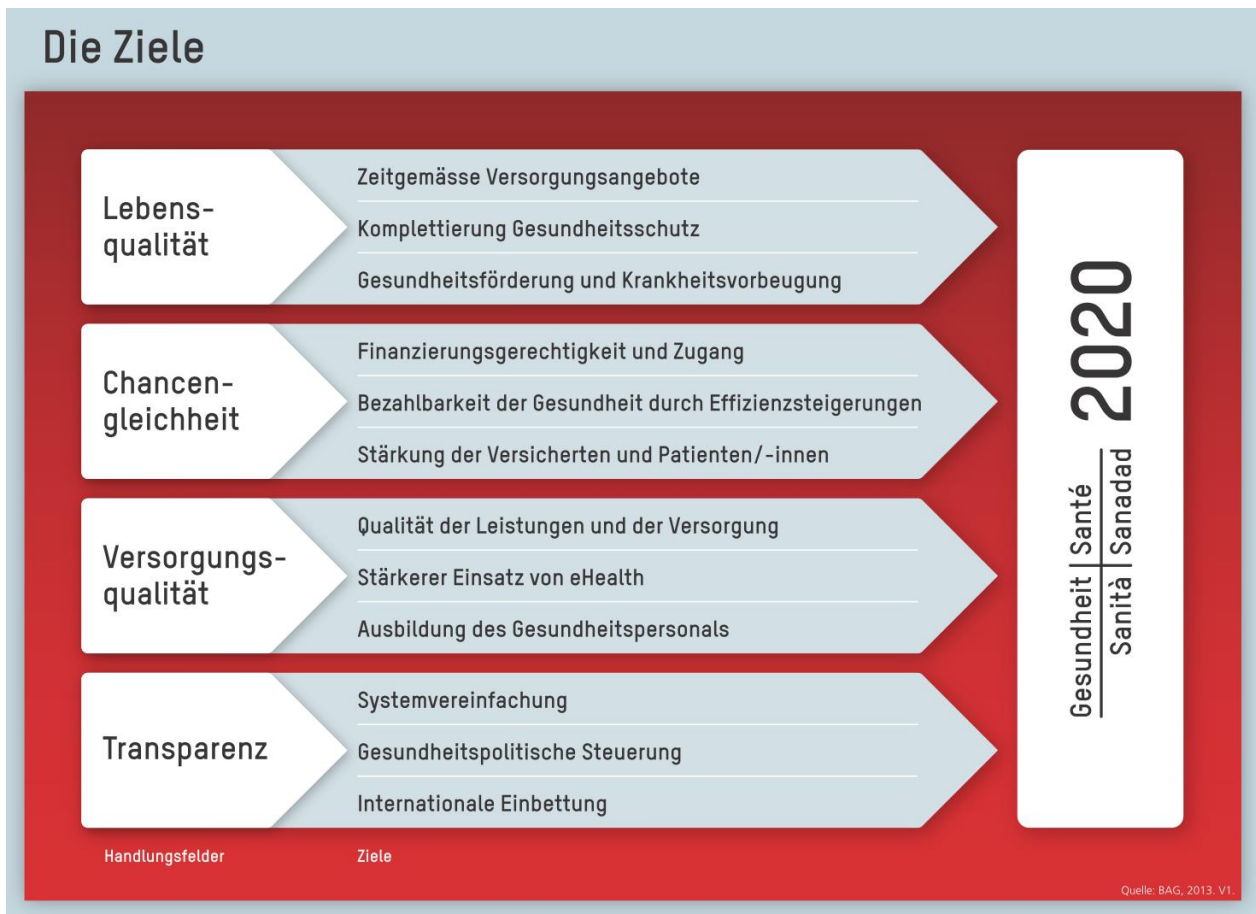
Das Gesundheitswesen ist ein komplexes, interdependentes System, das eine grosse Regulierungsdichte aufweist. Es ist letztlich auch ein nationaler Markt mit einem Volumen von ca. 80 Mrd. Franken, der jährlich um 2 – 3 Mrd. Franken wächst. Rund 40% oder 30 Mrd. Franken des Volumens wird durch die Krankenversicherung finanziert. Auf allen Ebenen sorgen die Stakeholder für eine gut organisierte Interessenvertretung.

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

6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020

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

Handlungsfelder und Ziele der nationalen Strategie Gesundheit 2020



Quelle: Eidgenössisches Departement des Innern EDI

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

6.1.1 Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern

Gesundheit trägt wesentlich zur Lebensqualität jedes Menschen bei. Viele Krankheiten sind vermeidbar, wobei die Eigenverantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers zentral ist. Es braucht aber auch Massnahmen im Bereich der Gesundheitspolitik insbesondere bei der Früherkennung von Krankheiten, der Krankheitsvorbeugung und der Gesundheitsförderung sowie bei der Erhöhung des Gesundheitsschutzes aufgrund von 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% 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 intensiviertere Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Departementen gezielt verbessert werden.

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

Quelle: GDK

6.1.2 Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

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

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

Quelle: GDK

6.1.3 Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen

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

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

Quelle:GDK

6.1.4 Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren

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

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

Quelle: GDK

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

6.1.5 Prioritäten Gesundheit 2020 für das Jahr 2017 und Bilanz⁷

Auch für das Jahr 2017 hatte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in Abstimmung mit den Jahreszielen des Bundesrates zehn Prioritäten bestimmt.

Acht der festgelegten Prioritäten waren Ende 2017 bzw. Anfang 2018 erfüllt:

- Vernehmlassung zum Ausführungsrecht des Krebsregistrierungsgesetzes;
- Vernehmlassung zum Ärztetarif TARMED und zur Tarifstruktur in der Physiotherapie;

⁷ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/prioritaeten-gesundheit2020.html>

- Verabschiedung der Verordnung über die Krankenversicherung und der Krankenpflege-Leistungsverordnung betreffend der Preisfestsetzung von Arzneimitteln und Vergütung im Einzelfall;
- Vernehmlassung zur Teilrevision des KVG betreffend die Steuerung des ambulanten Bereiches;
- Umsetzung der Ausführungsbestimmungen zur Einführung der Präimplantationsdiagnostik (PID);
- Inkrafttreten des geänderten Transplantationsgesetzes und dessen Verordnungen sowie Entscheidung über die Weiterführung des Aktionsplans „Mehr Organe für Transplantationen“;
- Entwurf einer nationalen Strategie im Bereich Chemikaliensicherheit;
- Entwicklung von weiteren Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitskosten.

Die Umsetzung der übrigen zwei Aktivitäten erfolgt im Herbst 2018:

- Vernehmlassung des revidierten Medizinalberufegesetzes (MedBG);
- Vernehmlassung zu den Anpassungen der Verordnung über die Krankenversicherung betreffend die Planungskriterien (Mindestanforderungen an die kantonale Spitalplanung).

6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien

6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt

Inhalt

In der Schweiz leben heute rund 148'000 Menschen mit Demenz. Jährlich kommen etwa 28'100 Neuerkrankungen hinzu. Im Kanton Basel-Stadt leben zurzeit rund 4'500 Menschen mit Demenz, etwa die Hälfte lebt zuhause. Infolge der demografischen Entwicklung wird diese Zahl weiterhin kontinuierlich zunehmen und stellt eine wachsende gesellschaftliche Herausforderung dar. Gemäss einer Studie der Schweizerischen Alzheimervereinigung verursachten Demenzerkrankungen im Kanton Basel-Stadt im Jahre 2009 Kosten von insgesamt 241 Mio. Franken. Die direkten Kosten beliefen sich auf rund 136 Mio. Franken, die indirekten Kosten (Pflege- und Betreuungsleistungen der Angehörigen) auf rund 105 Mio. Franken. Die Betreuung zu Hause kostete im Durchschnitt pro demenzkranke Person 56'741 Franken (direkte und indirekte Kosten), die Betreuung im Heim dagegen 84'151 Franken; die Betreuung zu Hause ist somit im Durchschnitt um knapp 33% günstiger als im Heim. Betrachtet man nur die direkten Kosten kostet ein Aufenthalt zu Hause 90% weniger als im Heim.

Die „Nationale Demenzstrategie 2014 – 2019“ wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet und am 21. November 2013 verabschiedet; im Frühjahr 2017 wurde sie um weitere zwei Jahre bis 2019 verlängert. Wichtige Zielsetzungen darin sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Der Kanton Basel-Stadt bricht die nationale Demenzstrategie auf die Region, bzw. auf den Kanton herunter und setzt Ziele und Massnahmen im eigenen Kanton um – dies in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft.

Zielsetzung

Die Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt soll optimiert werden. 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 gab es Verbesserungsmöglichkeiten. Bei der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt galt es Lücken in der Demenzversorgung zu finden, den prioritären Handlungsbedarf zu eruieren und Umsetzungsideen und Massnahmen zu entwickeln mit dem Ziel, das Angebot bedarfsgerecht zu ergänzen oder auszuweiten.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Im Jahr 2014 wurde zu diesem Zweck eine Bestandsaufnahme und Evaluation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt (und der umliegenden Region) erarbeitet. Resultat war ein Konzept einer kantonalen Demenzstrategie inkl. Massnahmenideen. Im Jahr 2015 wurden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Im Frühjahr 2016 wurden der Regierungsrat und der Grosse Rat mit der Beantwortung des Anzugs „Daniel Stolz und Konsorten betreffend Demenzstrategie für den Kanton Basel-Stadt – zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft“ umfassend über das Konzept informiert sowie über drei konkrete Massnahmen, welche im Laufe des Jahres umgesetzt werden sollten, in Kenntnis gesetzt. Dabei handelt es sich um folgende Massnahmen:

- 1) Unterstützung des neu gegründeten Netzwerks Demenz beider Basel, welches die Vernetzung und koordinierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Ziel hat;
- 2) Mitfinanzierung einer niederschweligen begleitenden Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie Unterstützung bei der Planung des Folgeprozesses;
- 3) Förderung von Freiwilligendiensten zur Entlastung von Angehörigen und Unterstützung von zuhause lebenden Demenzkranken.

Zeitliche Planung - Beginn - Periodizität

Die Konzeption erfolgte im Jahr 2014. Ab Frühjahr 2016 begann die Massnahmenumsetzung. Die kantonale Demenzversorgung wird laufend angepasst und optimiert. Je nach Massnahme handelt es sich um einmalige oder wiederkehrende.

Aktivitäten im Berichtsjahr

2017 wurden alle drei Massnahmen weiter umgesetzt mittels folgender Staatsbeitragsverträge:

- Leistungsauftrag mit dem Verein Netzwerk Demenz beider Basel 2017 – 2019 (Vernetzung und Koordination unter den Leistungserbringern);
- Leistungsauftrag mit der Alzheimervereinigung beider Basel 2017 – 2020 (niederschwelliges Angebot der Erstberatung und Planung des Folgeprozesses – oder kurz beratende Begleitung von Betroffenen und Angehörigen);
- Leistungsauftrag mit der Stiftung Basler Wirrgarten 2017 – 2018 (Förderung des Angebots „zuhause unterwegs“; Freiwilligendienste mit demenzspezifischer Kompetenz zur stundenweisen Entlastung).

Noch zu erwartende Wirkungen

Die Umsetzung der Massnahmen optimiert in erster Linie das ambulante Leistungsangebot, indem Entlastungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige verbessert werden und eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer erreicht werden soll. Damit kann die Behandlungs- und Betreuungsqualität von Demenzkranken während des ganzen Krankheitsverlaufes gesteigert und der Prozess effizienter gestaltet werden. Zudem können der Eintritt in ein Pflegeheim verzögert und entsprechend Kosten eingespart werden.

Bereits getätigte Kosten/erwartete Kosten

Im 2017 wurden alle drei Massnahmen umgesetzt. Dafür werden fortlaufende direkte Kosten von rund 150'000 Franken pro Jahr erwartet, die im Budget des Gesundheitsdepartements eingestellt sind. Die eingesetzten personellen Ressourcen im Gesundheitsdepartement betragen rund 20 Stellenprozente.

Erwartete Nettowirkung Total (Horizont)

Durch eine optimierte Demenzversorgung insbesondere im ambulanten Bereich und bei der Unterstützung und Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen können demenzkranke Menschen länger zuhause in ihrer gewohnten Umgebung leben. Dies steigert auf der einen Seite ihre Lebensqualität. Auf der anderen Seite werden erhebliche Kosten eingespart, indem ein Pflegeheimeintritt erst dann eintritt, wenn dieser unumgänglich geworden ist.

6.2.2 eHealth

Inhalt

Bei eHealth geht es um die Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 19. Juni 2015 (SR 816.1), welches alle stationären Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, sich an eine Infrastruktur zur Führung von elektronischen Patientendossiers (Stammgemeinschaft) anzuschliessen. Aufgrund des ungenügenden Datenmanagements sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen heute 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 bei diesem erfolgen. Elektronische Patientendossiers vereinfachen den Zugang, da sie Informationen zum Patienten orts- und zeitunabhängig abrufbar machen. eHealth unterstützt eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung aufgrund des vereinfachten institutionsinternen und -übergreifenden Informationsflusses. Im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie engagiert sich der Kanton Basel-Stadt für ein sichereres, qualitativ besseres und effizienteres Gesundheitswesen. Zusätzlich zur im EPDG geforderten Implementierung elektronischer Patientendossiers fördert der eHealth-Modellversuch Basel auch den direkten strukturierten Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern (Punkt-zu-Punkt-Kommunikation).

Mit der Gründung des Trägervereins eHealth NWCH am 5. Januar 2017 wurden die eHealth-Aktivitäten auf die Nordwestschweiz ausgeweitet und die involvierten Akteure (v.a. Leistungserbringer bzw. deren Verbände sowie die Kantone BL und SO) als dessen Mitglieder in die Umsetzung miteinbezogen.

Zielsetzung

- Grössere Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch verbesserte Patienteninformation;
- gesteigerte Leistungsfähigkeit durch verbesserte, institutionsübergreifende Informationen über den Patienten;
- Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit durch systeminhärente Kontrolle (institutionsübergreifende Patientendossiers);
- verbesserte Wirtschaftlichkeit durch Effizienzsteigerung (Reduktion von Mehrfachuntersuchungen, die benötigte Information zu jeder Zeit an jedem Ort, Erhöhung von Patientensicherheit).

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

- Implementierung eines Radiologie- und Labordatennetzwerks zur Strukturierung der Punkt-zu-Punkt-Kommunikation;
- rechtlich/datenschutzrechtlich: Schaffung der rechtlichen und insbesondere datenschutzrechtlichen Grundlagen zur Führung von elektronischen Patientendossiers in enger Anlehnung an die nationale eHealth-Strategie bzw. an das EPDG;
- technisch: Aufbau und Entwicklung einer eHealth-Plattform, welche die Führung von elektronischen Patientendossiers ermöglicht;
- organisatorisch: Gründung des Trägervereins eHealth NWCH mit dem Vereinszweck der Nutzung und Verbreitung von eHealth im Kanton Basel-Stadt und der Region NWCH sowie der Gründung einer Stammgemeinschaft;
- Ressourcen: Stelle des eHealth-Beauftragten sowie die finanziellen Mittel zur Durchführung bis und mit 2017 gemäss Grossratsbeschluss vom 8. Januar 2014 (insgesamt knapp 2 Mio. Franken).

Aktivitäten im Berichtsjahr

Die eHealth-Verordnung Basel-Stadt (März 2016) wurde verabschiedet, die Gründung des Trägervereins eHealth NWCH (Januar 2017, 32 Gründungsmitglieder aus BS, BL und SO) vorbereitet sowie die Durchführung des eHealth-Pilotprojektes an den Trägerverein übergeben. Ausserdem wurde eine institutionsübergreifende Projektorganisation durchgeführt.

Bereits eingetretene Wirkungen

Rege Nutzung des Radiologie- und Labordatennetzwerks. Durch den sicheren elektronischen Versand dieser Daten können administrativ pro Versand ca. 20 Franken eingespart werden.

Noch zu erwartende Wirkungen

Sobald die Nutzung der elektronischen Patientendossiers möglich ist, wird ein weiterer Meilenstein des eHealth-Modellversuchs Regio Basel erreicht. Damit werden behandlungsrelevante Patientendaten unabhängig von Ort und Zeit sowohl für den Patienten selbst als auch für berechnigte Leistungserbringer zugänglich. Die dadurch verbesserte Information zu Patienten erhöht die Sicherheit, Qualität und Effizienz der Behandlungen und macht das regionale Gesundheitswesen wirtschaftlicher. Zudem kann die integrierte Versorgung stark von diesem Informationskanal profitieren. Der Ausbau der Mehrwertdienste und die geplante Einführung regionaler Stammdaten (Patienten- und Leistungserbringerverzeichnis) werden die Kommunikation im Gesundheitswesen der NWH effizienter und sicherer machen. Seit dem 24. September 2018 können Patienten ausgewählter Kliniken des Universitätsspitals Basel ein EPD eröffnen. Sie erhalten mit dem Angebot die dazu notwendigen Informationen und Unterlagen.

Bereits entstandene Kosten/erwartete Kosten

- Kauf der Nutzungsrechte für die eHealth-Plattform der H-Net AG: 750'000 Franken;
- Ausgaben für Service und Betrieb sowie Beratung und Unterstützung der Projektleitung: 197'000 Franken pro Jahr für die Jahre 2013 – 2016 (insgesamt 788'000 Franken);
- Total: 1'538'000 Franken.

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

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

Erwartete Nettowirkungen Total (Horizont)

- Kosten Modellversuch bis 2017: ca. 2 Mio. Franken (ca. 400'000 Franken pro Jahr);
- 2018 – 2020: Kosten für Mittel zur Identifikation der Patienten, Kommunikation und Datensicherheit bzw. Gesetzeskonformität (Zertifizierung);
- erwartete Einsparungen: bei flächendeckender Umsetzung sind gemäss Regulierungsfolgeabschätzung (Ecoplan, Auftraggeber Bund) im kantonalen Gesundheitswesen Einsparungen in der Höhe von ca. 10 Mio. Franken pro Jahr zu erwarten;
- Stark positive Nettowirkung.

6.2.3 Übertragbare Krankheiten

Inhalt

Übertragbare Krankheiten und insbesondere grössere Krankheitsausbrüche oder Epidemien sind eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit. Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene, revidierte Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (SR 818.101) schafft die Möglichkeiten, optimale Vorbereitungsmaßnahmen für diese Gefahren zu treffen, sie rechtzeitig zu erkennen und im Krisenfall effizient zu handeln. Andererseits soll es dazu beitragen, dass Krankheitsausbrüche mit grossem Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit besser bewältigt werden. Eine solche wirksame Vorbereitung auf Krisensituationen und deren gezielte Bewältigung bedingt die koordinierte Erarbeitung von Notfallplänen (z. B. Pandemiepläne). Überarbeitet wurden auch die Bestimmungen zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen werden im neuen Gesetz genauer geregelt. So legt der Bund die nationalen Ziele im Bereich übertragbare Krankheiten unter Einbezug der Kantone fest und ist verantwortlich

für die Vorbereitung auf Notlagen. Die Kantone sind weiterhin für die Durchführung der Massnahmen (Vollzug) zuständig. Ein ständiges Koordinationsorgan verbessert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen und fördert den einheitlichen Vollzug. Indem der Bund die nationalen Ziele und Strategien im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festlegt, kommt ihm eine verstärkte Führungsrolle zu, sobald eine besondere Gefährdung der Bevölkerung durch übertragbare Krankheiten droht oder bereits eingetreten ist.

Zu diesem Themenkreis zählen insbesondere die nationale Strategie zu Impfungen (NSI), die nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) und Resistenzen bei Krankheitserregern (Strategie Antibiotikaresistenz StAR) sowie das nationale Programm zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (NPHS).

Zielsetzung

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

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

Aktueller Stand der Massnahmen und Ressourcen

Die **Nationale Strategie zu Impfungen (NSI)** schafft als Rahmenstrategie die Voraussetzung, damit zum Schutz der öffentlichen Gesundheit die empfohlenen Impfungen auf koordinierte, wirksame und effiziente Weise verabreicht werden können. Der Bundesrat hat die Strategie im Januar 2017 verabschiedet. Daraufhin wurde durch das BAG unter Einbezug der relevanten Akteure ein für die Umsetzung detaillierter Aktionsplan ausgearbeitet, an welchem der Kanton Basel-Stadt teilgenommen hat. Die Publikation des Aktionsplans ist auf Beginn des 4. Quartals 2018 geplant.

Die **Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (NOSO)** verfolgt eine Reduktion von therapieassoziierten Infektionen mit dem Ziel, die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Personengruppen besser zu schützen, einen Beitrag an die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen zu leisten und langfristig die Gesundheitskosten zu senken. Nach einer Stakeholder-Konsultation (darunter auch der Kanton BS) durch das BAG zum Strategieentwurf im September 2015 und nach der Verabschiedung der Strategie durch den Bundesrat am 23. März 2016 werden nun für jede Massnahme – priorisiert nach Dringlichkeit und Wichtigkeit hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung – die Federführung und Umsetzungspartner durch das BAG in Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren festgelegt. Das BAG trifft parallel zur Umsetzung der Strategie NOSO Abklärungen zur Bedeutung von healthcare-assoziierten Infektionen im ambulanten Bereich.

Im Berichtsjahr wurde zudem eine Punktprävalenz-Studie von healthcare-assoziierten Infektionen (NOSO) in Schweizer Spitälern durchgeführt, welche im Jahr 2018 veröffentlicht wird.

Mit der **Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR)** soll über einen integrativen und bereichsübergreifenden Ansatz (One Health-Ansatz) die Wirksamkeit der Antibiotika zur Erhaltung der menschlichen und tierischen Gesundheit langfristig sichergestellt werden. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt war als Vertretung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in die gesamte Ausarbeitung der nationalen Strategie eingebunden und hat im Zuge dieser Anhörung ein Werkstattgespräch durchgeführt. Die Strategie wurde im November 2015 durch den

Bundesrat genehmigt. Nach Angaben des BAG wurden die 35 Massnahmen in Angriff genommen. Zentral sind dabei der Ausbau der Datenerhebung, die Überwachung in einem One Health-Ansatz, das Formulieren von Verschreibungsrichtlinien und sachgemässer Antibiotikaeinsatz sowie Resistenzbekämpfungen. Fest steht, dass es ein über mehrere Jahre gestaffeltes Vorgehen geben soll, bei dem erneut das BAG die Federführung hat. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt plant derzeit einzelne Massnahmen wie beispielsweise die Überprüfung der Abläufe zur Ausbruchsbekämpfung.

Mit dem **Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)** wird die Reduktion von Neuinfektionen von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und gesundheitsschädigenden Spätfolgen verfolgt. Diese Strategie schliesst an 25 Jahre HIV-Präventionsarbeit an und führt diese unter Berücksichtigung der heutigen Situation fort. Nach der Konsolidierung der Stakeholder hat der Bundesrat die Strategie Ende 2010 genehmigt. Mittels drei unterschiedlichen Interventionsachsen werden nun in der Umsetzungsphase sämtliche Massnahmen an den Zielgruppen orientiert und die Akteure bestimmt. Auch unter der NPHS läuft das HPV-Impfprogramm. Seit Herbst 2008 können sich Mädchen und junge Frauen von 11 – 26 Jahren in allen Kantonen, so auch in Basel-Stadt, kostenlos impfen lassen. Im Jahr 2016 wurde das HPV-Impfprogramm zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen auch auf die 11 – 26-jährigen Knaben und jungen Männer ausgedehnt.

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

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Berichtsjahr hat sich das Gesundheitsdepartement wesentlich an den nationalen Strategien des Bundes beteiligt. So hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KID) bei 4'631 (im 2016 total 4'711) Schülerinnen und Schülern den Impfstatus überprüft und bei diesen 2'177 fehlende und indizierte Impfungen gemacht.

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

Was	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
MMR (Mumps, Masern, Röteln) ⁸	96%	95%	96%	97%
Hepatitis B	70%	72%	76%	78%
Kinderlähmung (Poliomyelitis) ⁹	96%	95%	95%	95%
HPV ¹⁰	53%	51%	54%	52%

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

Weiter bearbeiteten die Medizinischen Dienste im Berichtsjahr total 1'666 Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über Neuerkrankungen von ausgewählten übertragbaren Krankheiten in den Jahren 2014 – 2017.

Was	2014	2015	2016	2017
HIV	17	19	25	20
Aids	8	4	3	1
Tuberkulose	18	22	20	19
Masern	0	3	0	1

⁸ Ziel der nationalen Masereliminierungsstrategie: Durchimpfungsgrad von 95%.

⁹ Kritischer Durchimpfungsgrad bei Polio: 80-85%.

¹⁰ Nationales Durchimpfungsziel: 80%.

Im Rahmen der Verhütungsmassnahmen (Art. 19 EpG, Art. 25-31 der Vorerordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen [Epidemienverordnung, EpV] vom 29. April 2015 [SR 818.101.1]) ist der Kanton Basel-Stadt insbesondere in den Gefängnissen und in Betrieben sowie an Veranstaltungen sehr aktiv. Beispielsweise unterstützt das Gesundheitsdepartement die Aids-Hilfe beider Basel (AHbB) mittels eines Staatsbeitrags. Deren Präventionsprogramm APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe) hat zum Ziel, mittels Beratung und Wissensvermittlung die Ansteckungen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) im und durch das Sexgewerbe zu verhindern.

Weiter wurde im Jahr 2017 der Pandemieplan Basel-Stadt unter <http://www.medizinischdienste.bs.ch/pandemieplan> veröffentlicht.

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

Das Gesundheitsdepartement erhebt systematisch Daten, welche dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Die vorangegangenen Verlaufsparemeter zur Durchimpfungsrate von Masern, zu den Neuansteckungen mit HIV/Aids, Tuberkulose und Masernerkrankungsfällen in den Jahren 2014 – 2017 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 Kostendämpfungspotenzial hin. So werden beispielsweise durch ein dank der Masernimpfung gewonnenes Lebensjahr über 100'000 Franken an Kosten eingespart (INFRAS, 2009). Auch das kantonale HPV-Impfprogramm wird in der Studie von INFRAS (2009) zu den kostensparenden Impfinterventionen gezählt. Im BAG-Bulletin 10/2015¹¹ wird jedoch darauf hingewiesen, dass keine unabhängigen, öffentlich zugänglichen Kosteneffektivitätsanalysen für die Impfung von Jungen und Mädchen in der Schweiz vorliegen. Resultate aus amerikanischen Studien zeigen jedoch ein Kosteneinsparungspotenzial von 20'000 – 40'000 US-Dollar pro zusätzliches QALY (quality adjusted life year / qualitätskorrigiertes, gewonnenes Lebensjahr).

6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung

6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Inhalt

In Zukunft stehen die Schweiz und der Kanton Basel-Stadt vor grossen Herausforderungen, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten. Weil die Schweizer Bevölkerung im Vergleich zu den meisten anderen Ländern ein höheres Alter aufweist, wird gleichzeitig die Zahl der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen stetig ansteigen. Im Kanton Basel-Stadt ist diese Situation noch verschärft, da der Anteil an Einwohnern 65+ deutlich über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Zusätzlich lässt der medizinisch-technische Fortschritt die Gesundheitskosten immer weiter ansteigen. Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur kostengünstigen Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung leisten, indem sie Krankheiten und damit verbundenes Leid durch eine wirksame Vorbeugung, Früherkennung und Langzeitversorgung vermeiden helfen. Während die Gesundheitsausgaben in der Schweiz vergleichsweise hoch sind, liegt gemäss einer Studie der OECD und der WHO aus dem Jahr 2006 der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung mit 2,2 Prozent an den Gesamtausgaben gegenüber dem OECD-Schnitt von 2,7 Prozent niedrig.¹² Zwar hat sich der Anteil der Gesundheitskosten, welcher in die Prävention und Gesundheitsförderung gemäss den aktuellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BSF) auf rund 2.4%¹³ verbessert, jedoch ist auch dies im EU-Vergleich und mit Blick auf das Gesamtvolumen der Gesundheitskosten in der Schweiz ein nach wie vor tiefer Wert. Um die Gesundheitskosten zu stabilisieren ist es wichtig, dass die Gesund-

¹¹ BAG Bulletin (10 / 2015). Zugriff am 08. April 2016 unter: [index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z26gpJCMdoJ_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dam/data-und-statistik/2015/10/bag-bulletin-10-2015.pdf).

¹² Studie der OECD und der WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem (10/2066) Zugriff am 31. Oktober 2018 unter:

<http://www.oecd.org/switzerland/studieroecdunnderwhozumschweizerischengesundheitssystem.htm>

¹³ BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) (2018) Zugriff am 31. Oktober 2018 unter

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.6368418.html>

heitsförderungs- und Präventionsangebote stetig weiterentwickelt, optimiert und an die bestehenden Gegebenheiten angepasst werden.

Zielsetzung

Die Zielsetzung stützt sich auf das kantonale Gesundheitsgesetz. Durch Prävention und Gesundheitsförderung werden Menschen informiert, befähigt und motiviert, die eigene Lebensweise gesund zu gestalten. Dabei sollen sowohl das Gesundheits-Verhalten als auch die Gesundheits-Verhältnisse positiv beeinflusst werden. Weiter ist das Ziel, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Auch wird zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten beigetragen. Langfristig soll dadurch der Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung verbessert werden.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an der nationalen Strategie der Nichtübertragbaren Krankheiten, kurz NCD-Strategie. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen nationalen Partnern werden kantonale Präventionsprogramme unterhalten und stetig weiterentwickelt. Neben Projekten und Angeboten wie Präventionsworkshops, Weiterbildungen, Beratungen, Kursen und Verhältnisprävention wird ein Schwerpunkt auf eine optimale kantonale und nationale Vernetzung und auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Ziel ist ein praxisorientiertes, bedarfsgerechtes, innovatives und freiwilliges Gesundheitsförderungsangebot, welches regelmässig auf seine Qualität überprüft wird. Dabei werden die unterschiedlichsten Fachexperten sowie die Zielgruppe selbst in die Arbeit miteinbezogen. Für die bestehenden Präventionsprogramme der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention stehen im Jahr 2018 1.63 Mio. Franken zur Verfügung, wovon 35% aus Drittmittelquellen (Alkoholzehntel, Beiträge der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und dem Tabakpräventionsfonds) stammen. Zusätzlich erhalten drei im Kanton Basel-Stadt tätige private Institutionen, welche in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung aktiv sind, Staatsbeiträge vom Kanton Basel-Stadt in der Höhe von insgesamt 598'000 Franken.

Aktivitäten im Berichtsjahr

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

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

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

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

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

Merkmal	1979/80	1989/90	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Kindergarten (1. Klasse)																			
Schweizer Knaben	5	6	9	11	9	7	10	10	9	8	10	9	9	7	11	8	9	9	11
Schweizer Mädchen	8	8	13	14	10	11	7	9	12	12	12	10	11	10	12	14	11	12	8
Ausländische Knaben	13	15	16	18	21	22	21	20	21	19	19	14	16	17	19	16	14	14	13
Ausländische Mädchen	23	17	20	20	20	20	25	21	21	24	15	21	16	20	20	18	18	19	11
Alle Knaben	8	9	12	15	14	14	15	15	14	13	14	12	12	11	15	11	11	11	12
Alle Mädchen	13	10	16	17	15	16	15	15	16	17	13	14	13	14	15	16	14	15	9
Unterstufe (3. Klasse)																			
Schweizer Knaben	9	11	16	20	19	18	20	22	22	15	18	16	20	19	19	21	21	18	20
Schweizer Mädchen	9	10	23	21	21	21	22	21	21	20	20	17	19	22	21	20	14	21	23
Ausländische Knaben	20	21	36	33	27	32	32	36	38	34	37	31	31	33	32	33	29	31	28
Ausländische Mädchen	19	26	30	32	35	27	30	31	28	32	36	34	28	34	24	28	25	30	29
Alle Knaben	11	14	24	25	23	24	26	29	29	23	27	22	25	25	25	26	24	24	23
Alle Mädchen	12	16	26	26	27	24	26	26	24	26	27	24	23	27	22	23	19	25	25
Oberstufe (9. Klasse)																			
Schweizer Knaben	7	13	18	19	20	19	23	20	24	16	24	24	24	28	24	27	25	23	24
Schweizer Mädchen	10	8	14	15	15	17	18	18	16	17	19	17	18	22	21	18	18	19	19
Ausländische Knaben	11	21	29	29	30	32	28	37	38	34	32	38	36	39	42	44	32	33	40
Ausländische Mädchen	9	24	24	26	25	28	24	32	34	30	26	25	34	29	22	30	33	24	31
Alle Knaben	8	15	23	23	24	24	25	27	29	23	27	29	29	33	30	33	27	26	30
Alle Mädchen	10	13	18	20	19	21	21	23	24	22	20	21	24	22	22	24	23	20	24

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

Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich dabei – zusammen mit Gesundheitsförderung Schweiz – seit zwölf Jahren am Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Im Schuljahr 2016/17 waren 16.7% aller Schülerinnen und Schüler übergewichtig oder adipös. Bei der ersten Erhebung im Schuljahr 2005/06 war jedes fünfte Kind übergewichtig, heute ist es nur noch jedes sechste. Im selben Zeitraum ist der Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher um etwa ein Fünftel von 5 auf 4% zurückgegangen.

Dieser Verlaufparameter zu Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist ein Beispiel solcher Verlaufs- und Wirkungsindikatoren, welcher sich gesamthaft in den letzten Jahren für die Bevölkerungsgesundheit günstig entwickelt hat. Die Indikatoren weisen auch auf das vorhandene Kostendämpfungspotenzial hin. Eine Studie von Schneider und Venetz aus dem Jahr 2014 beziffert die gesamten direkten und indirekten Kosten von übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 auf rund 8 Mrd. Franken¹⁴. Dies entspricht einer Verdreifachung der Kosten innerhalb von zehn Jahren. Entsprechend ist die früh ansetzende Prävention in Bereich gesundes Körpergewicht zielführend und sie korreliert erfreulicherweise mit einer Verringerung der Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt.

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

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

Inhalt

Bei Frauen in der Schweiz ist Brustkrebs die häufigste Krebskrankheit; er stellt annähernd eine von drei Krebsneuerkrankungen und nahezu einen von fünf Todesfällen in Zusammenhang mit

¹⁴ Cost of obesity in Switzerland in 2012, Schneider, H., Venetz W. Datagen AG, 2014.

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

Im Kanton Basel-Stadt wurden im Jahr 2010 etwa 16'000 individuelle Vorsorgeuntersuchung durchgeführt. Mit dem Regierungsratsbeschluss vom 25. September 2012 und dem Beschluss des Grossen Rates vom 16. Januar 2013 wurde dieser hohen Nachfrage Rechnung getragen, indem die Voraussetzungen für den Aufbau eines systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms durch die Krebsliga beider Basel im Kanton Basel-Stadt geschaffen wurde. Seit dem Jahr 2014 können alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50 – 69 Jahren und seit August 2016 bis 74 alle zwei Jahre freiwillig eine Mammografie zu Lasten der Krankenkasse durchführen lassen.

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

Zielsetzung

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

Daraus ergeben sich folgende vier Hauptziele:

- Möglichst frühe Entdeckung von Brustkrebs, da eine frühe Erkennung die Heilungschancen verbessert und eine schonende Behandlung ermöglicht;
- laufende Optimierung der Qualität in der Befundung;
- stetige Erhöhung der Zugänglichkeit;
- jährliche Steigerung der Anzahl teilnehmender Frauen.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

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

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

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

Aktivitäten im Berichtsjahr

Seit dem Start des Programms wird der Einladungsbrief mit einem Gesundheitsfragebogen und einem Informationsflyer in acht Sprachen versandt. Die ersten Einladungen zur Teilnahme am Programm erfolgten im Juli 2014. In den ersten fünf Monaten des Programms lag die durchschnittliche Teilnahmequote bei 18%. Ab dem Jahr 2015 wurden die Kommunikationsaktivitäten deutlich verstärkt, um in der Bevölkerung des Kantons noch breiter über das Programm zu informieren. Dadurch konnte die Teilnahmequote bis 31. Juli 2018 auf 42% angehoben werden.

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

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

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Ergebnisse des Basler Brustkrebsfrüherkennungsprogramms von August 2016 bis Juli 2018 dargestellt.

Mit Beschluss des Regierungsrates vom 3. Mai 2016 wurden die Einladungen ab 1. August 2016 (= Beginn des zweiten Einladungszyklus) ausgedehnt auf die Frauen von 50 bis 74 Jahre. Das bedeutet, dass die Daten von 2016 einen Mix repräsentieren von Einladungen der 50 bis 69-Jährigen von Januar bis Juli 2016 und der 50 bis 74-Jährigen von August bis Dezember 2016. Es werden somit seit August 2016 relativ mehr Frauen eingeladen (Gruppe der 70 – 74-jährigen Frauen) und die Teilnehmerate hat seitdem weiter zugenommen und lag bis am 31. Juli 2018 bei 42%.

Die Ergebnisse des Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2016 – 2018, abgebildet in der nachfolgenden Tabelle, zeigen auf, dass von den total 9'336 Teilnehmerinnen 10.7% weiter abgeklärt wurden und total 89 Frauen (9.5‰) einen positiven Befund erhalten haben.

ERGEBNISSE BASLER BRUSTKREBS-FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM 2016 – 2018 UND REFERENZWERTE DER EU-LEITLINIEN

Parameter	Gesamtzahl	Anteil/Verhältnis (Erstuntersuchung)	Referenzwerte der EU-Leitlinien (Erstuntersuchung)
Einladung			
Einladungen gesamt/effektive Einladungen*	27'706 / 22'039	100%	
Teilnehmerinnen**	9'336	42%	> 70%
Erstmalige Mammografie überhaupt	2'143	23%	
Untersuchung			
Fälle in den Konsensuskonferenzen	1'867	20%	
Indikationen zur Abklärung	996	10.7%	≤ 7%
Nachweis von Brustkrebs			
Entdeckter Brustkrebs (01.08.2016-31.07.2018)	89	9.5‰	
In-situ-Karzinome (DCIS)	21	24%	> 15%
Invasive Karzinome	68	76%	

* Effektive Einladungen: Für den Untersuchungszeitraum 1. August 2016 – 31. Juli 2018 wurde die Gesamtzahl der Einladungen um 5'667 gekürzt. Es betrifft Ereignisse wie: ungültige Adressen, verstorbene Frauen, definitive Ablehnungen, Mammografien ausserhalb des Programms und Kantonswechsel.

** Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Mammografien im Untersuchungszeitraum erfolgten. Untersuchungszeitraum: 1. August 2016 – 31. Juli 2018.

Quelle: Mammografie-Screening Bericht 2016 - 2018

6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern

Inhalt

Die Schulzahnklinik, seit dem 1. Januar 2016 Teil des Universitären Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB), leistet durch die Massnahmen für die Kariesprophylaxe bei Schulkindern einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität von Heranwachsenden.

Zielsetzung

Das Ziel der Kariesprophylaxe ist, dass möglichst viele Schul Kinder möglichst kariesfrei bleiben und sich selber Wissen aneignen können, um die eigene Zahngesundheit und Mundhygiene erhalten zu können. Bei Kindern und Erwachsenen werden zudem – abhängig von den Reduktionen auf Krankenkassenprämien – Reduktionen bei den Behandlungskosten gewährt. Für die Höhe der Reduktion massgebend ist die Zahnpflegeverordnung vom 6. November 2011. Damit ist sichergestellt, dass Personen, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, auch eine Reduktion bei zahnärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen können.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Folgende unentgeltliche Massnahmen sieht die Kariesprophylaxe vor:

1. regelmässige gruppenprophylaktische Massnahmen in den Schulen sowie eine einmalige Beratung im UZB;
2. in den Kindergärten mindestens einmal, höchstens dreimal jährlich Instruktionen über die Zahnreinigung und Informationen über die Kariesprophylaxe;
3. jährliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder, welche obligatorisch sind;
4. ein Übersichtsröntgenbild zur Erfassung von Nichtanlagen von Zähnen und zwei Bissflügelaufnahmen zur Kariesdiagnostik bis zur Schulentlassung.

Periodizität

1-3 Mal jährlich (Instruktion in den Kindergärten) und jährlich obligatorische unentgeltliche Kontrolle der Gebisse der schulpflichtigen Kinder.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Die Kariesprophylaxe bei Kindern ist eine Daueraufgabe. Die Zusammenarbeit mit der Walter Fuchs Stiftung (WFS) im Bereich der frühkindlichen Prophylaxe wird fortgesetzt. Insbesondere das gemeinsam herausgegebene Booklet mit Informationen zur Zahngesundheit ab der frühesten Kindheit findet reges Interesse und wurde bereits nachgedruckt. Das ist sehr wichtig, da die Kariesprophylaxe bereits mit dem Durchbruch der ersten Zähne einsetzen sollte, die Schulzahnklinik von ihrem gesetzlichen Auftrag her aber erst ab Schulpflicht aktiv werden kann. Da frühkindliche Karies überproportional häufig in Familien aus prekären finanziellen und sozialen Verhältnissen und/oder in Familien mit Migrationshintergrund vorkommt, arbeitet die Schulzahnklinik u.a. eng mit dem Erziehungsdepartement sowie Familien- und Elternberatungsstellen, wie FABE, familia und dem Netzwerk Kinderschutz sowie auch fremdsprachigen Vereinen und Quartiertreffpunkten zusammen. Darüber hinaus wurde die Zusammenarbeit mit der Zahnärzte-Gesellschaft SSO bei der Basel im Bereich Kinderzahnmedizin intensiviert: Informationsflyer zur Abgabe an Pädiater für die kleinen Patienten wurden gestaltet und sollen zum Schuljahresstart 2018/2019 abgegeben werden

Bereits eingetretene Wirkungen

Der prozentuale Anteil der kariesfreien 5- und 6-jährigen Kinder lag in den vergangenen acht Jahren in einer Bandbreite zwischen 55 und 71%, weiterhin mit einer Tendenz zur kontinuierlichen Verbesserung: während die Kariesfreiheit bei den 5-Jährigen im Jahr 2009 bei 63.0% lag, wurden 2017 70.8% der 5-jährigen Kinder für kariesfrei befunden. Dies entspricht einer kontinuierlichen Verbesserung von gut 1.0% pro Kalenderjahr. Noch deutlicher zeigt sich der Kariesrückgang bei den 6-jährigen Kindern. Hier stieg die Kariesfreiheit von 53.1% im Jahr 2009 auf 62.9% im Jahr 2017. Kariesfrei bedeutet, dass für die Eltern keine Gesundheitskosten im Zahnbereich entstehen.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Das Niveau der vergangenen Jahre kann mit den bestehenden Massnahmen beibehalten werden. Die verstärkte Zuwanderung von Kindern aus Ländern mit eher tiefer zahnmedizinischer Prophylaxe hatte bisher keinen negativen Einfluss. Mittelfristig erhoffen wir uns aus den Aktivitäten in der frühkindlichen Prophylaxe eine weitere Erhöhung des Anteils kariesfreier Kinder.

Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen

Die Kosten für die gesetzlichen Gratisleistungen für Schulkinder beziffern sich auf rund 0.95 Mio. Franken pro Jahr. Hinzu kommen die Reduktionen der Behandlungskosten für Kinder von rund 0.6 Mio. Franken. Die Kosten für die Aktivitäten in der frühkindlichen Prophylaxe werden von der Walter Fuchs Stiftung und der Schulzahnklinik getragen.

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

Der Kanton investiert jährlich ca. 1.55 Mio. Franken in die Gratisuntersuchungen, die Prophylaxe-Schulung und Reduktion von Behandlungskosten. Diese Kosten müssten sonst von den Eltern getragen werden. Es kann angenommen werden, dass etliche Kinder ohne dieses Angebot keinen oder nur sehr beschränkten Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen hätten und die Zahngesundheit entsprechend schlechter wäre, mit allen negativen Konsequenzen für die Allgemeingesundheit. Eine Quantifizierung dieser Kosten ist aber äusserst schwierig.

6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt

Inhalt

Die Schadenminderung umfasst alle Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Risiken des Drogenkonsums zu verringern. Gemäss Art. 3g des Betäubungsmittelgesetzes gehört es zu den Aufgaben der Kantone, im Rahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfe Massnahmen zu treffen: „Zur Verhinderung oder Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Schäden bei Personen mit suchtbedingten Störungen treffen die Kantone Massnahmen zur Schadenminderung und Überlebenshilfe. Sie schaffen die dazu notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.“

Zielsetzung

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

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

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

Seit Ende der 80er Jahre, in der Zeit der offenen Drogenszene, hat sich die Lage deutlich zum Positiven verändert. Durch die erfolgreiche Einführung von neuen Angeboten für Schwerstabhängige – wie beispielsweise die heroin- und methadongestützte Behandlung oder die K+A – hat sich die Situation von Betroffenen stabilisiert. Gleichzeitig haben diese Massnahmen zum Schutz vor unerwünschten 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 Konsumräume bis hin zu niederschweligen Pflege- und Verpflegungsangeboten.

Im Kanton Basel-Stadt besuchten 2017 durchschnittlich 204 Personen pro Öffnungszeit die K+A. Das Geschlechterverhältnis betrug 19% Frauen zu 81% Männern. Die K+A sind wöchentlich 74 Stunden geöffnet (Tages- und Abendöffnungszeit von 11.00 – 16.00 Uhr oder 16.00 – 22.00 Uhr, Ausnahme Sonntag 13.00 – 21.00 Uhr), an 365 Tagen im Jahr. In den Injektionsraum traten durchschnittlich 38 Personen pro Öffnungszeit ein, in den Inhalationsraum 62 Personen und den Sniff-Bereich nutzten durchschnittlich 66 Personen.

Im Jahr 2017 beliefen sich die effektiven Gesamtkosten der zwei K+A-Betriebe auf rund 3.34 Mio. Franken. Nach Abzug des Beitrags des Kantons Basel-Landschaft an den Kanton Basel-Stadt in Höhe von 850'000 Franken betrugen die Ausgaben zu Lasten des Kantons Basel-Stadt noch rund 2.49 Mio. Franken.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Die K+A werden mit täglichen Öffnungszeiten von 11.00 bis 22.00 Uhr (ausser sonntags von 13.00 – 21.00 Uhr) betrieben.

Bereits eingetretene Wirkungen

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

Die Tatsache, dass sich heute deutlich weniger Drogen injizierende Personen mit HIV anstecken und auch erheblich weniger Todesfälle durch Intoxikation auftreten als früher, ist als Erfolg der Politik der Schadensminderung zu werten (saubere Spritzen, Methadonprogramme, heroingestützte Behandlung, Anpassung der Konsumräume – neben Injektions- auch Inhalationsraum und Sniff-Bereich). Ob der Erfolg dieser Massnahmen zur Schadenminderung anhält, ist weitgehend vom Weiterbestehen dieser Programme abhängig.

Verlagerung der Konsumform: Seit Einführung eines Sniff-Konsumraums im Jahr 2009 ist eine Veränderung der Konsumform beobachtbar, wonach der intravenöse Konsum tendenziell abnimmt und das Sniffen zunimmt. Somit ist eine Verlagerung hin zu einer risikoärmeren 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 lagen im Jahr 2017 bei 5'330. Dieser Anstieg ist neben der veränderten klientelbezogenen Arbeitsweise auf substanz- und klientenbezogene Faktoren zurückzuführen.

Substanzbezogene Faktoren: Hoher Kokain- und Mischkonsum sowie Medikamentenkonsum machen eine intensivere Beobachtung der Konsumierenden nötig, um ungewollte Konsumnebenwirkungen auszuschliessen. Ebenfalls kann es aufgrund der Zusammensetzung der Inhaltsstoffe und des Wirkstoffanteils in den Substanzen zu unerwünschten Wirkungen kommen. Bei einem Teil der K+A-Besuchenden ist zusätzlich ein hoher Alkoholkonsum feststellbar.

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

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

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

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

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

6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung

6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht

Inhalt

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

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

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

Seit dem Wegfall der Zulassungssteuerung per Ende 2011 nahmen in einigen Kantonen die Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche neu eine Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der 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 KVG 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 zu Lasten der OKP abzurechnen. Die befristete Zulassungseinschränkung gemäss Art. 55a KVG wurde per 1. Juli 2016 um weitere drei Jahre bis 30. Juni 2019 verlängert.

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

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

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

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

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

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

Verfügt eine Ärztin/ein Arzt nicht über die genannte dreijährige Praxis bzw. einjährige Praxis (Erleichterung für Grundversorger) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, so kann lediglich in begründeten Einzelfällen eine Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der 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 zu Lasten 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 – 500'000 Franken pro Jahr.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

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

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

Zeitliche Planung

Geplant ist die Umsetzung vom 18. August 2013 bis 30. Juni 2019.

Aktivitäten im Berichtsjahr

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

Bereits eingetretene Wirkungen

Entwicklung BAB September 2011 – Dezember 2016: Die erste Zulassungseinschränkung war vom 4. Juli 2002 bis 31. Dezember 2011 in Kraft. Am 31. Dezember 2011 ist die mehrmals verlängerte Zulassungseinschränkung für Leistungserbringer ausgelaufen, ohne dass eine alternative Lösung vorlag.

Als **Ende September 2011** (Start des Monitorings) offensichtlich wurde, dass ab 2012 Ärztinnen/Ärzte wieder ohne Einschränkungen eine Praxis in der Schweiz eröffnen dürfen, nahmen die Bewilligungsgesuche stark zu.

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

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

Absolute Zahlen

	Jul 2013	Dez 2013	Dez 2014	Jan 2015	Dez 2015	Jan 2016	Dez 2016	Jan 2017	Dez 2017
Grundversorger	282	287	278	271	255	258	260	265	255
Spezialisten	643	646	613	596	603	609	629	631	609
Total Bestand	925	933	891	867	858	867	889	896	864

Veränderungen

	Jul 13	Dez 13	Dez 14	Jan 15	Dez 15	Jan 16	Dez 16	Jan 17	Dez 17
Grundversorger	10	5	-9	-7	-16	3	2	5	-10
Spezialisten	90	3	-33	-17	7	6	20	2	-22
Total Zunahme	100	8	-42	-24	-9	9	22	7	-32

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Anhaltende Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen aufgrund der Zulassungssteuerung.

Mit der aktuellen Revision des KVG¹⁵ soll eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen werden. Der Bundesrat hat am 9. Mai 2018 die Botschaft zur Teilrevision des KVG betreffend die Zulassung von Leistungserbringern zuhanden des Parlaments verabschiedet.

Die Kantone erhalten mit der Gesetzesvorlage ein dauerhaftes Instrument, um eine Überversorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und damit das Kostenwachstum zu dämpfen. Das revidierte KVG ermöglicht ihnen, Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zu Lasten der OKP abrechnen dürfen.

Gemäss revidiertem KVG erhält zudem der Bundesrat die Kompetenz, einheitliche Qualitätsanforderungen für alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen.

¹⁵ Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>.

6.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste

Inhalt

Die Planung der stationären Spitalversorgung hat die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, hochstehenden, wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der baselstädtischen Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich zum Ziel. Dies wird durch den Erlass einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste und dem Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern umgesetzt.

Zielsetzung

Mit einer rollenden Spitalplanung wird die Bedarfsgerechtigkeit laufend überprüft. Dadurch soll eine medizinische Über- oder Unterversorgung vermieden werden. Die Erteilung der Spitallisten-Leistungsaufträge folgt der Zielsetzung zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dazu wird im Sinne von Schwerpunktbildungen im Leistungsspektrum der Spitäler eine Konzentration von medizinischen Leistungen angestrebt. Das Erreichen von notwendigen Mindestfallzahlen ermöglicht die Förderung der Behandlungsqualität. Des Weiteren wird angestrebt, mittels differenzierter Leistungsaufträge auch die Koordination und Kooperation unter den Leistungserbringern zu fördern.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Die von den Spitälern erbrachten Leistungen werden jährlich mit den erteilten Leistungsaufträgen auf der Ebene der Leistungsgruppen kontrolliert. Sind Diskrepanzen zwischen Leistungsauftrag und tatsächlich erbrachten Leistungen festzustellen, werden die Gründe für die Abweichung analysiert, das Gespräch mit den Spitälern gesucht und geeignete Massnahmen ergriffen. Kann das Nicht-Erreichen von Mindestfallzahlen nicht plausibel erklärt werden, wird der entsprechende Leistungsauftrag entzogen.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Jahr 2017 wurde die gesamte Spitalliste inkl. die damit verbundenen Leistungsaufträgen überarbeitet. Die neue Laufzeit wurde wiederum auf drei Jahre (2018 – 2020) festgelegt. Bei der Überarbeitung der Leistungsaufträge wurden insgesamt elf Leistungsaufträge aufgrund des Nichterreichens von Mindestfallzahlen oder aufgrund der geringen Fallzahlen entzogen. Bei 57 der rund 127 Leistungsgruppen wurden Anpassungen notwendig, da der Herausgeber der Leistungsgruppen-Nomenklatur die Systematik präzisiert und zum Teil vereinfacht hat.

Daneben wurden schwergewichtig die Arbeiten rund um den Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft vorangetrieben. Im Berichtsjahr wurde auch die Vernehmlassung zum Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung bei Verbänden, Parteien und weiteren Organisationen durchgeführt.

Bereits eingetretene Wirkungen

Anpassungen der Leistungsaufträge führen zur Fokussierung des Leistungsspektrums im Sinne einer Konzentration auf die Kernkompetenzen und vermehrten Kooperationen zwischen den Leistungserbringern. Das Einhalten von Mindestfallzahlen wirkt sich ebenfalls positiv auf die Patientensicherheit und die Qualität der medizinischen Versorgung aus.

Noch zu erwartende Wirkungen

Die Spitäler werden die Konzentration ihrer Leistungserbringung und damit die Schwerpunktbildung im Angebot weiter ausbauen. Es dürfte zu weiteren und intensiveren Kooperationen zwischen den Spitälern kommen. Hauptsächliche Wirkungsrichtung ist die Sicherstellung der Versorgung und die Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Bezüglich der Gesamtkosten ist eine stabilisierende Tendenz die Zielsetzung. Finanzielle Wirkungen von einzelnen Massnahmen der Spitalplanung können nicht quantifiziert werden. Die stationären Behandlungskosten hängen vorab von der Krankheitshäufigkeit ab. Bei Veränderungen

im Angebot können Leistungen auch ausserkantonale bezogen werden, was für den Kanton und die Prämien ebenfalls Kosten nach sich zieht.

6.5 Massnahmen Bereich Umwelt

6.5.1 One Health – Präventionsprogramm Kind & Hund

Inhalt

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

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

Zielsetzung

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

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Im Präventionskurs Kind & Hund lernen die Kindergartenkinder anhand von praktischen Übungen einige elementare Regeln, wie sie sich in Alltagssituationen gegenüber Hunden verhalten sollen, damit es nicht zu Bissverletzungen kommt. Ziel ist, mit den Kindern korrekte und angemessene Verhaltensweisen auf stufengerechte und verständliche Art einzuüben. Den Kindern wird das Wesen Hund mit seinen Gefühlen, seinen spezifischen Bedürfnissen und seiner eigenen Sprache nähergebracht. Bei der Kursgestaltung wird Wert darauf gelegt, dass sich die Kinder aktiv beteiligen können und die Übungen einen engen Bezug zu Alltagssituationen haben: Wenn Kinder einen ihnen fremden Hund streicheln wollen, Hunde an engen Orten passieren müssen, Hunde auf Kinder zu rennen und unter Umständen sogar diese umstossen. Der Kurs ist absolut ungefährlich für die Kinder. Er darf aber nicht als Streichelkurs verstanden werden, vielmehr soll ein respektvoller, distanzierter Umgang gelernt werden. Kind & Hund hat zum Ziel, jedem Kindergartenkind während seiner zweijährigen Kindergartenzeit mindestens einmal im Rahmen des Grundkurses und mindestens einmal im Rahmen des Ergänzungskurses Verhaltensregeln stufengerecht beizubringen, damit das Risiko, durch Hunde gebissen zu werden, vermindert werden kann. Dafür steht dem Veterinäramt ein Ausbildungsteam von fachlich ausgebildeten Instructorinnen mit speziell für diese Aufgabe ausgewählten Hunden zur Verfügung.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Jahr 2017 haben 89 (2016: 92) Kindergartenklassen den Grundkurs Kind & Hund beim Veterinäramt besucht und 48 (2016: 64) Klassen wurden im Rahmen des Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.

Bereits eingetretene Wirkungen

Rückmeldungen belegen, dass der Kurs von den Kindern, von deren Eltern und von den Kindergartenlehrpersonen als sinnvoll, als sehr lehrreich und mehrheitlich als nachhaltig beurteilt wird. 2017 wurden 5 (2016: 7) Kinder unter 10 Jahren von Hunden gebissen. Das Alter der gebissenen Kinder wurde bis anhin nicht systematisch ausgewertet. Diese dürften aber mehrheitlich im Vorschulalter gewesen sein. Insgesamt ist die Zahl der Hundebisse mit gravierenden Verletzungen rückläufig.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Es wird eine Vermeidung von Gesundheitskosten aufgrund von Bissverletzungen und psychiatrischen Folgebehandlungen (Angsttherapie) erwartet.

6.5.2 Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer

Inhalt

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

Zielsetzung

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

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Wöchentlich wird ein repräsentatives Wochen-Sammelmuster des gereinigten Abwassers auf Rückstände von radioaktiven Stoffen untersucht. Die Spitäler von Basel sind an das baselstädtische Abwassernetz angeschlossen. Bei der Radiodiagnostik und -therapie werden den Patienten kurzlebige Radionuklide wie ^{131}I , ^{111}In , ^{177}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.

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 4.1 Bq/L mit einem Höchstwert von 7.7 Bq/L in der Woche 3. Der Grenzwert von 6'000 Bq/L war jederzeit eingehalten.

Die Tätigkeiten der nuklearmedizinischen Abteilungen der Spitäler widerspiegeln die dauernde geringe Aktivität des Abwassers mit radioaktivem Iod (^{131}I) und anderen kurzlebigen Radionukliden. Der Mittelwert für ^{131}I betrug wie im Vorjahr 0.2 Bq/L, d.h. der Grenzwert von 5 Bq/L war stets eingehalten. Vereinzelt konnten auch andere Radionuklide wie ^{111}In , $^{110\text{m}}\text{Ag}$, ^{186}Re , ^{223}Ra und $^{99\text{m}}\text{Tc}$ im Abwasser nachgewiesen werden.

Bereits eingetretene Wirkungen

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

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Eine Vermeidung von zusätzlichen Kosten bei den Spitälern für die Entsorgung der radioaktiven Abfälle ist zu erwarten.

6.5.3 Lebensmittelkontrolle/Prävention

Inhalt

Die Lebensmittelkontrolle hat das Hauptziel, die Konsumentinnen und Konsumenten vor gesundheitsschädlichen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen zu schützen.

Das Kantonale Labor untersucht jährlich mehrere Tausend Proben und kontrolliert über 1'100 Betriebe im Kanton Basel-Stadt. Betriebe, welche unmittelbar die Gesundheit gefährden, werden sofort geschlossen. Gesundheitsgefährdende Lebensmittel werden beschlagnahmt und mit einem Verkaufsverbot belegt.

Zielsetzung

Ziel ist eine hohe Lebensmittelsicherheit und -qualität, um die Basler Bevölkerung und die Gäste im Kanton Basel-Stadt vor Erkrankungen durch Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände zu schützen.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Das Kantonale Labor untersucht jährlich 3'000 – 5'000 Proben und kontrolliert jährlich mehr als 1'100 Betriebe im Kanton Basel-Stadt.

Periodizität

Es handelt sich um risikobasierte Kontrollen und jährliche Produktkontrollkampagnen.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Wir verweisen auf den Jahresbericht des Kantonalen Labors.

Bereits eingetretene Wirkungen

Gesundheitsgefährdende Betriebe werden sofort geschlossen und gesundheitsgefährdende Produkte im Geltungsbereich des Lebensmittelrechts werden aus dem Verkehr gezogen.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Erkrankungen wegen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen sollen vermieden werden.

6.6 Massnahmen im Bereich Qualität und Ambulantisierung

6.6.1 Ambulante Massnahmen

Inhalt

Home Treatment: Im Rahmen der Förderung der ambulanten Gesundheitsversorgung wurde im Kanton Basel-Stadt das Projekt Home Treatment mit den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) lanciert. In dem Projekt der aufsuchenden Psychiatrie werden zum einen die High Utilizer (Patientinnen und Patienten mit starker Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgungsleistungen) und Patientinnen und Patienten bei Übergangsbehandlungen (Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich) zu Hause betreut.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Der Kanton Basel-Stadt hat per 1. Juli 2018 seine Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) angepasst und eine Liste mit 13 Behandlungen verabschiedet, welche grundsätzlich ambulant durchzuführen sind und nur noch in Ausnahmefällen stationär durchgeführt werden dürfen.

Zielsetzung

Home Treatment: Mit dem Projekt Home Treatment soll geprüft werden, ob durch die aufsuchende Psychiatrie die Patientenversorgung noch weiter verbessert werden kann und damit auch eine Verkürzung und/oder Reduktion von stationären Aufenthalten erreicht werden kann.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Mit der Vorgabe der ambulant durchzuführenden Behandlungen mittels der 13er-Liste soll sichergestellt werden, dass die entsprechenden Eingriffe und Behandlungen nur noch in Ausnahmefällen (medizinische oder soziale Gründe) stationär durchgeführt werden. Damit soll auch eine gewisse Korrektur von Fehlanreizen stattfinden.

Zeitliche Planung

Home Treatment: Das Politprojekt startete am 1. Oktober 2018 und ist auf drei Jahre ausgelegt.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Die Umsetzung begann am 1. Juli 2018 und ist auf unbegrenzte Zeit ausgelegt.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Home Treatment: Der Projektrahmen und der Ratschlag zuhanden des Grossen Rates wurden ausgearbeitet.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Die Rahmenbedingungen und der Bericht an den Regierungsrat zur Änderung der KVO wurden erarbeitet und vom Regierungsrat verabschiedet.

Bereits eingetretene Wirkungen

Home Treatment: Es ist noch keine Wirkungen eingetroffen.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Erste Gespräche mit Spitalvertretern haben stattgefunden und die Spitäler haben begonnen, die internen Prozesse und Abläufe anzupassen.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Home Treatment: Es wird mit Reduktionen von stationären psychiatrischen Aufenthalten gerechnet. Des Weiteren erwartet der Kanton, dass bei jährlichen Ausgaben für das Projekt von 1.4 Mio. Franken im Endausbau Einsparungen von 3 Mio. Franken resultieren.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Hier rechnet der Kanton bei einem Sicherheitsabzug von rund 50% mit Einsparungen von rund 1.7 Mio. Franken.

Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen

Home Treatment: Bisher sind keine Kosten entstanden und es wird im Endausbau mit Nettoeinsparungen von 1.6 Mio. Franken gerechnet.

13er-Liste (ambulant vor stationär): Bisher sind noch keine Kosten entstanden und es wird mit Nettoeinsparungen von 1.7 Mio. Franken gerechnet.

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

Inhalt

Um den medizinischen Nutzen sowie annäherungsweise die Indikations- und Ergebnisqualität von Hüft- und Knieoperationen bestimmen zu können, wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut

für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern im Oktober 2016 eine entsprechende Versorgungsstudie im Kanton Basel-Stadt begonnen. Diese wurde im Juni 2017 auf den Kanton Basel-Landschaft und im Juni 2018 auf den Kanton Solothurn ausgeweitet. Dabei werden bei Patientinnen und Patienten, die eine Erstimplantation oder Revision einer Hüft- oder Knieprothese in einem Spital der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn erhalten, die Schmerzintensität, Gelenkfunktion, Lebensqualität sowie das symptomsspezifische Wohlbefinden und die Einschränkung bei der Ausübung der gewohnten Tätigkeiten im Alltag (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) präoperativ und sechs bzw. 24 Monate nach der Operation mithilfe eines validierten Patientenfragebogens (Core Outcome Measures Index [COMI]) erhoben.

Zielsetzung

Das Ziel ist die umfassende valide standardisierte Messung und Beurteilung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Erstimplantationen und Revisionen von Hüft- und Knieprothesen in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn.

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Nachdem die betreffenden Patientinnen und Patienten ihr Einverständnis für die Teilnahme an der COMI-Studie abgegeben haben, finden die Patientenbefragungen zwischen sechs Wochen und drei Arbeitstagen präoperativ sowie sechs und 24 Monate nach erfolgter Operation durch das ISPM statt. Von der Maximalvariante ausgehend, dass alle Patienten eine telefonische Erinnerung für das Ausfüllen des COMI-Fragebogens benötigen und Papierbögen verlangen, werden in dieser Situation für die ganze Studiendauer (eine präoperative und zwei postoperative Erfassungen) maximal 80 Franken pro Patient an Kosten anfallen. Je grösser der Anteil an elektronischen Fragebögen und je geringer die Rate an telefonischen Remindern, umso stärker werden sich die effektiven Kosten im Vergleich zur Maximalvariante reduzieren.

Zeitliche Planung

Die Studie begann am 24. Oktober 2016 und dauert sechs Jahre für die betreffenden Spitäler im Kanton Basel-Stadt und vier Jahre für die betreffenden Spitäler in den Kantonen Basel-Landschaft und Solothurn.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Mit dem Stand vom 15. Juni 2018 sind im Kanton Basel-Stadt 281 Patientinnen und Patienten in die COMI-Studie eingeschlossen worden. Die COMI-Studie konnte nach jeweiliger Genehmigung durch die Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz (EKNZ) im Juni 2017 auf den Kanton Basel-Landschaft und im Juni 2018 auf den Kanton Solothurn ausgeweitet werden.

Bereits eingetretene Wirkungen

Da die COMI-Studie am 24. Oktober 2016 im Kanton Basel-Stadt gestartet worden ist, wird für die Beurteilung der erzielten und noch zu erwartenden Wirkungen das Jahr 2016 als Baseline herangezogen. Gegenüber dem Jahr 2016 sind die bei baselstädtischen Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Stadt eingesetzten Hüft- und Knieprothesen im Jahr 2017 deutlich zurückgegangen. Dabei ist die Anzahl der durchgeführten Knieerstimplantationen und -revisionen um 112 (-23.6%) respektive 4 (-8.9%) Eingriffe gesunken. Einen noch grösseren Rückgang gab es bei den durchgeführten Hüfterstimplantationen und -revisionen zu verzeichnen, deren Anzahl sich im gleichen Zeitraum um 154 (-34.2%) respektive 15 (-23.4%) Eingriffe verringert hat. Ob und inwieweit sich diese Abnahmen auf eine erfolgreiche Sensibilisierung durch die COMI-Studie, welche im Oktober 2016 im Kanton Basel-Stadt gestartet worden ist, zurückführen lassen, kann im Moment noch nicht abschliessend beurteilt werden.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Da die COMI-Studie am 24. Oktober 2016 im Kanton Basel-Stadt gestartet worden ist, wird für die Beurteilung der erzielten und noch zu erwartenden Wirkungen das Jahr 2016 als Baseline herangezogen. Im Jahr 2016 wurden im Kanton Basel-Stadt 514 Hüft- und 519 Knieprothesen bei baselstädtischen Patienten eingesetzt. Der Kanton bezahlt 56% an die Kosten der stationären

Behandlungen, was in diesem Fall einem Kantonsbeitrag von etwa 10'500 – 11'000 Franken für eine neue Prothese entspricht. Vom Jahr 2016 als Baseline ausgehend, entstehen dem Kanton Basel-Stadt damit jährliche Kosten von rund 11.1 Mio. Franken. Unter der Annahme, dass 5% der eingesetzten Hüft- und Knieprothesen unnötig sind und diese dank einer erfolgreichen Sensibilisierung durch die COMI-Studie verhindert werden können, ergibt sich damit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete jährliche Kosteneinsparung von rund 555'000 respektive 436'000 Franken. Die Gesamtkosten für die COMI-Studie sind davon abhängig, wie viele Patienten ihr Einverständnis für die Teilnahme an der COMI-Studie geben, eine telefonische Erinnerung für das Ausfüllen des COMI-Fragebogens benötigen und Papierbögen verlangen. Von der Maximalvariante ausgehend, betragen die Gesamtkosten der COMI-Studie für die Dauer von sechs Jahren rund 641'000 Franken für den Kanton Basel-Stadt.

Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen

Die für die Umsetzung der COMI-Studie getätigten Kosten belaufen sich mit dem Stand vom 15. Juni 2018 auf rund 112'000 Franken.

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

Ob und inwieweit sich die oben erwähnten Rückgänge bei den bei baselstädtischen Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Stadt eingesetzten Hüft- und Knieprothesen auf eine erfolgreiche Sensibilisierung durch die COMI-Studie zurückführen lassen, kann im Moment noch nicht abschliessend beurteilt werden. Unter der Annahme, dass 5% der eingesetzten Hüft- und Knieprothesen unnötig sind und diese dank einer erfolgreichen Sensibilisierung durch die COMI-Studie verhindert werden können, resultiert somit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete jährliche Kosteneinsparung von rund 555'000 respektive 436'000 Franken. Da die Patientinnen und Patienten gemäss dem COMI-Studienprotokoll über vier Jahre präoperativ in die COMI-Studie eingeschlossen und entsprechend sensibilisiert werden können, ergibt sich somit für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer für die gesamte Studiendauer von sechs Jahren eine erwartete Gesamteinsparung von circa 2.2 respektive 1.7 Mio. Franken.

Bereits erzielte Nettowirkungen/erwartete Nettowirkung Total (Horizont)

Bei Subtraktion der erwarteten Gesamteinsparung von circa 2.2 Mio. Franken und den sich dabei in der Maximalvariante ergebenden Gesamtkosten von rund 641'000 Franken über die gesamte Studiendauer von sechs Jahren resultiert für den Kanton Basel-Stadt und die Krankenversicherer eine erwartete Nettowirkung von 1.6 respektive 1.7 Mio. Franken.

7. Schlussbemerkungen und Antrag

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

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Grossratsbeschluss

Vierter 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)

(vom [Datum eingeben])

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

1. Kenntnisnahme

Dieser Beschluss ist zu publizieren.