



An den Grossen Rat

20.1439.01

GD/P201439

Basel, 28. Oktober 2020

Regierungsratsbeschluss vom 27. Oktober 2020

**Sechster Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes**

# Inhalt

<b>PRÄAMBEL .....</b>	<b>4</b>
i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren .....	4
ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht .....	4
iii. Datengrundlagen .....	5
<b>KURZZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>10</b>
<b>2. POLITISCHES UMFELD.....</b>	<b>11</b>
2.1 Bundesebene .....	11
2.1.1 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020 – 2030 .....	11
2.1.2 Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates .....	12
2.1.3 Beratungen in den Eidgenössischen Räten .....	16
2.2 Interkantonale und grenzüberschreitende Ebene .....	19
2.2.1 Hochspezialisierte Medizin.....	19
2.2.2 Einführung elektronisches Patientendossier .....	20
2.2.3 Nationale Koordination Seltene Krankheiten (kosek) .....	20
2.2.4 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit.....	21
<b>3. ENTWICKLUNG DER KOSTEN UND LEISTUNGEN DER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (OKP) IM KANTON BASEL-STADT .....</b>	<b>22</b>
3.1 Entwicklung der Gesamtkosten .....	22
3.2 Verteilung nach Kostengruppen .....	23
3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich .....	25
3.3.1 Spital .....	25
3.3.2 Pflegeheim.....	26
3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich.....	27
3.4.1 Spitalambulant.....	27
3.4.2 Ärzte.....	28
3.4.3 Spitex .....	29
3.4.4 Übrige Leistungserbringer .....	30
3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten .....	31
<b>4. VERTIEFUNGSANALYSE: DEMOGRAFISCHE STRUKTUR UND IHRE AUSWIRKUNG AUF DIE OKP-KOSTEN .....</b>	<b>32</b>
4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand .....	33
4.2 Kernstädte im Vergleich .....	33
4.3 Demografie als Kostenfaktor: Effekt der Altersstruktur .....	35
4.3.1 Anteil betagter Personen.....	35
4.3.2 Stationäre Aufenthalte im hohen Alter .....	35
4.3.3 Der Gesamteffekt der demografischen Struktur.....	37
<b>5. ENTWICKLUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSPRÄMIEN IM KANTON BASEL-STADT .....</b>	<b>39</b>
5.1 Entwicklung der mittleren Prämien.....	39
5.2 Entwicklung der Standardprämie.....	40
5.3 Alternative Versicherungsmodelle .....	41

<b>6. ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN IN DER RECHNUNG DES KANTONS BASEL-STADT .....</b>	<b>42</b>
6.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung .....	42
6.1.1 Stationäre Behandlungen.....	43
6.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen .....	43
6.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege.....	44
6.2.1 Restfinanzierung Pflegeheime und Beiträge der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL) .....	45
6.2.2 Restfinanzierung Spitex .....	45
<b>7. KANTONALE MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND KOSTENDÄMPFUNG.....</b>	<b>46</b>
7.1 Prävention und Gesundheitsförderung .....	46
7.1.1 Prävention und Frühintervention: Sucht am Arbeitsplatz.....	46
7.1.2 Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge .....	47
7.2 Gesundheitsversorgung .....	49
7.2.1 Gemeinsame Gesundheitsregion - gleichlautende Spitallisten.....	49
7.2.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung „ambulant vor stationär (AVOS)“ im Kanton Basel-Stadt.....	51
7.2.3 Ambulante Zulassungssteuerung .....	54
7.2.4 Integrierte Versorgung .....	56
7.2.5 Qualitätsmonitoring.....	58
<b>8. EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK.....</b>	<b>60</b>
<b>9. ANTRAG .....</b>	<b>63</b>
<b>Anhang: Datentabellen .....</b>	<b>64</b>

## Präambel

### i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren

§ 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GesG, SG 300.100) vom 21. September 2011 beauftragt den Regierungsrat, dem Grossen Rat jährlich einen Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten zur Kenntnisnahme vorzulegen.

Der Regierungsrat berichtet nachfolgend gemäss dieser Bestimmung und beantragt dem Grossen Rat, vom vorliegenden sechsten Bericht Kenntnis zu nehmen.

### ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht

#### Berichtsstruktur

Nachdem die Berichtsstruktur im letztjährigen Bericht gegenüber den Vorjahren überarbeitet wurde, folgt die diesjährige Ausgabe weitestgehend demselben Aufbau.

#### Berichtsperiode

Das GesG sieht eine jährliche Berichterstattung vor. Dementsprechend erstreckt sich auch die Berichtsperiode in erster Linie jeweils auf das vorangehende Kalenderjahr. In Bezug auf die Kosten- und Prämienentwicklung ist diese Abgrenzung zielführend. Bei politischen Massnahmen und Entwicklungen würde eine solche trennscharfe Abgrenzung zu unbefriedigenden Situationen führen. Um der zeitverzögerten Wirkung von politischen Massnahmen angemessen Rechnung tragen zu können, ist eine zeitliche Ausweitung der Berichterstattung unerlässlich. So werden Sachbezüge zu Entwicklungen hergestellt, die ausserhalb der Berichterstattungsperiode im engeren Sinn liegen. Dies wird auch im diesjährigen Bericht so gehandhabt. Um dennoch eine gewisse Abgrenzung zwischen den Berichtsjahren herstellen zu können, wird als gleitende Berichtsperiode für die Beschreibung von politischen Massnahmen und Entwicklungen der Zeitraum zwischen dem 2. Halbjahr 2018 und dem 1. Halbjahr 2020 in Betrachtung gezogen, wobei der Hauptfokus auf das Berichtsjahr 2019 gerichtet wird. Ursächliche Zusammenhänge zwischen den Entwicklungen bei den Kosten, Prämien und öffentlichen Ausgaben sowie die Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Massnahmen können in dieser Weise besser illustriert werden.

#### Berichtsinhalte

Wie in der letztjährigen Ausgabe werden die Zeitreihentabellen zu den Kostenentwicklungen weitgehend in den Anhang gestellt und die statistischen Entwicklungen in erster Linie graphisch und in einer vergleichenden Perspektive dargestellt. Gegenüber der letztjährigen Ausgabe wurde versucht, die nicht zentralen Berichtsinhalte noch weiter zu verschlanken. Aus demselben Grund wurde auch auf den Anhang II zu den Rechtsgrundlagen verzichtet. Wie im letzten Jahr werden die Zahlen wo immer möglich mit ausgewählten Kantonen (insb. AG, BL, GE, ZH) und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt verglichen.

Neu eingefügt wurde in Kapitel 4 eine eigentliche Vertiefungsanalyse zur Frage, wie sich gewisse Besonderheiten in der demografischen Struktur des Kantons Basel-Stadt auf die Gesundheitskosten auswirken. Diese vertiefte Untersuchung wurde von der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates (GSK) anlässlich ihrer letztjährigen Dis-

kussion zur fünften Ausgabe dieses Berichts gewünscht. Die GSK hatte damals auch darum gebeten, zu prüfen, ob die in Kapitel 7.2.3. dargestellten Ärztedichten mit den jeweiligen Arbeitspensen ergänzt werden könnten. Diese Angaben werden in dieser Form jedoch nicht erhoben. Der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) erhebt Angaben zu Arbeitspensen seiner Mitglieder mittels einer Stichprobe (auf Basis Selbstdeklaration) nur für die ganze Schweiz. In diesem Sinn müssten kantonale Angaben zu den Arbeitspensen spezifisch erhoben werden, was im Rahmen dieses Berichts nicht möglich war.

### iii. Datengrundlagen

Der vorliegende 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 bis 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht. Seit 2016 werden für die jährliche Berichterstattung gemäss § 67 Abs. 2 GesG die Daten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP-Daten) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verwendet, welche den Kantonen im Rahmen des Prämien genehmigungsprozesses jeweils (ab August) für das Vorjahr zur Verfügung gestellt werden.

Grundsätzlich bestünde auch die Möglichkeit, auf den sogenannten Datenpool der SASIS AG<sup>1</sup> zurückzugreifen, deren Daten einen höheren Detaillierungsgrad aufweisen und auch Leistungskennzahlen (z.B. Anzahl Arztkonsultationen) beinhalten. In der Vergangenheit hat sich jedoch herausgestellt, dass die entsprechenden Daten für den Kanton Basel-Stadt vermutlich aufgrund des hohen Grenzgängeranteils verzerrt sind. Um Widersprüche in der Datenlogik zu vermeiden, wurde entschieden, diese Datenquelle nicht zu berücksichtigen.

Die Daten im vorliegenden Bericht betreffen – wenn nicht anderes vermerkt – die Abgeltung der Pflichtleistungen der OKP gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) (inkl. Kostenbeteiligungen der Versicherten, d.h. „Bruttoleistungen“). Betrachtet werden die Abgeltungen 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 Mitfinanzierer von OKP-Leistungen zusätzlich 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 basel-städtischem GesG (Beiträge an die Pflege in Heimen oder zu Hause, Staatsbeiträge an Tagespflegeheime).

Zeitlich werden die Kosten jeweils entsprechend dem Rechnungsjahr der Krankenversicherer bzw. gemäss der kantonalen Rechnung erhoben. Da es sich hierbei um unterschiedliche Rechtsträger handelt, deren Rechnungslegung nach anderen Grundsätzen

---

<sup>1</sup> Vgl. [www.sasis.ch](http://www.sasis.ch)

organisiert ist, bilden die Zahlenquellen leicht unterschiedliche Jahresabgrenzungen ab und sind dadurch nicht immer direkt vergleichbar. Deshalb werden die Zahlen in den Kapiteln 3 und 6 gesondert ausgewiesen.

Für die Verlaufsindikatoren wird, wenn immer möglich, ein 5-jähriger Zeitraum abgebildet.

## Kurzzusammenfassung

### Gesundheitspolitischer Kontext

- Nach dem Auslaufen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 hat die Landesregierung mit *Gesundheit 2020 – 2030* den gesundheitspolitischen Rahmen erneuert. Im Gegensatz zum Vorgängerdokument wurde die Struktur von Zielen und Massnahmen vereinfacht und auf die vier grössten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem ausgerichtet.
- Daneben hat der Bundesrat seit dem letzten Jahr zwei breit gefächerte Kostendämpfungspakete erarbeitet. Über die Massnahmen des ersten Pakets wird schon im Parlament beraten, während das zweite erst im August dieses Jahres in die Vernehmlassung geschickt wurde.
- Nach zweijähriger Beratungszeit hat das Bundesparlament in der vergangenen Sommersession die KVG-Revision über die Zulassung von (ärztlichen) Leistungserbringern definitiv verabschiedet. Die Vorlage soll per 1. Juli 2021 in Kraft treten, und der Bundesrat erarbeitet derzeit die Umsetzungsverordnung. Damit wird eine langjährige Forderung der Kantone umgesetzt.
- Im April dieses Jahres ist das Gesetz über das elektronische Patientendossier in Kraft getreten. Allerdings haben Verzögerungen beim Zertifizierungsprozess der Stammgemeinschaften dazu geführt, dass die ersten elektronischen Patientendossiers auch in Basel-Stadt vermutlich erst im kommenden Jahr eröffnet werden können.

### Entwicklung der Kosten und Leistungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Tabelle 1 Übersicht Leistungen der OKP

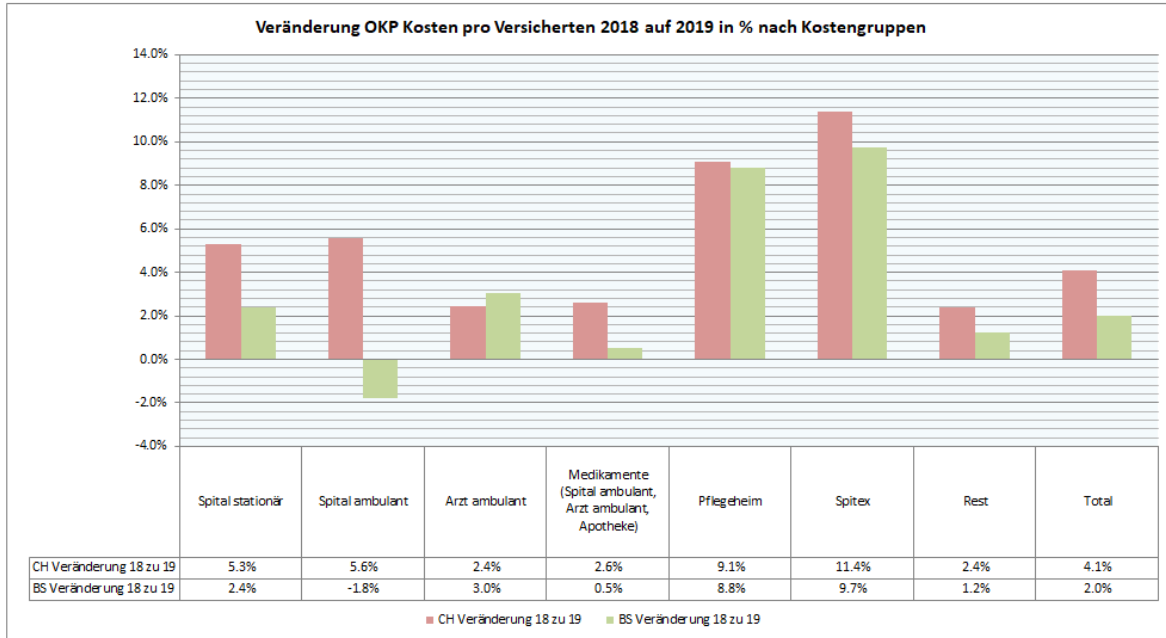
Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	889'201	918'275	934'867	935'332	961'540	
Veränderung	4.4%	3.3%	1.8%	0.0%	2.8%	2.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'812	4'930	4'997	4'980	5'078	
Veränderung	3.7%	2.5%	1.3%	-0.3%	2.0%	1.4%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	783'005	808'746	824'766	823'665	847'134	
Veränderung	4.8%	3.3%	2.0%	-0.1%	2.8%	2.0%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'233	4'342	4'408	4'385	4'474	
Veränderung	4.2%	2.6%	1.5%	-0.5%	2.0%	1.4%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

- Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2018 sind die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person im Kanton Basel-Stadt letztes Jahr um 2% gestiegen. Gesamthaft gesehen sind die entsprechenden Leistungskosten zwischen 2015 und 2019 im Durchschnitt um 1,4% jährlich gestiegen gegenüber einem durchschnittlichen Wachstum landesweit von 2,3% jährlich.
- Bei den Kostengruppen fällt insbesondere der grosse Kostensprung bei der Langzeitpflege auf. Die Leistungen in den Pflegeheimen sind um 8,8% (CH: 9,1%) und jene der Spitex sogar um 9,7% (CH: 11,4%) gewachsen. (vgl. Abbildung 1). Im Vorjahr waren diese Kostengruppen aufgrund der Verschiebung der MiGeL-Kosten aus der OKP zulasten der Kantone noch gesunken. Beide Leistungsgruppen machen zusammen einen Anteil von rund 10% aller OKP-Kosten aus.
- Während sich die meisten Kostengruppen in Basel-Stadt 2019 mehr oder weniger im Einklang mit dem nationalen Trend entwickelt haben – wenn auch zumeist etwas

weniger ausgeprägt – sind die kantonalen Leistungen im spitalambulantem Bereich um fast 2% zurückgegangen, während sie gesamtschweizerisch um 5,6% gestiegen sind.

Abbildung 1 Veränderung der OKP-Bruttoleistungen pro Versicherten nach Kostengruppen



Quelle: BAG, Statistik der OKP

### Prämienentwicklung

- Für das Jahr 2021 wird bei der sog. *Mittleren Prämie*<sup>2</sup> ein Nullwachstum erwartet. Damit sollte dieser Wert über sämtliche Altersklassen gerechnet bei 417 Franken pro Monat verharren. Im Vorjahr war die entsprechende Entwicklung mit -0,1% minim rückläufig.
- Die durchschnittliche *Standardprämie*<sup>3</sup> ist von 2019 auf 2020 um 0,5% gestiegen. Für das Jahr 2021 wurde vom BAG am 22. September 2020 ein Anstieg um 1,0% angekündigt, d.h. von 605 auf 611 Franken pro Monat. Die Abweichung zur Entwicklung der Mittleren Prämie geht auf die erwarteten Wechsel von Versicherern und Versicherungsmodellen zurück, die mit tieferen Prämien verbunden sind.
- Das BAG hat im Rahmen der Prämien genehmigungen einen Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen von sieben Krankenversicherern in der Höhe von insgesamt 13,5 Mio. Franken an die basel-städtischen Versicherten für das Jahr 2019 gutgeheissen. Dies entspricht einem Anteil von rund 1,5 Prämienprozent des gesamten Prämien volumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt.

<sup>2</sup> Als „Mittlere Prämie“ wird das effektiv eingenommene Prämienvolumen pro Versicherten über alle Versicherer und alle Versicherungsmodelle in der Grundversicherung bezeichnet. Sie entspricht den budgetierten Prämieeinnahmen pro Kopf.

<sup>3</sup> Als „Standardprämie“ wird die Grundversicherungsprämie für Erwachsene mit der Minimalfranchise von 300 Franken, in einem Modell ohne Einschränkung bei der Wahl des Leistungserbringers sowie Unfallzusatz bezeichnet. Der Durchschnitt der Standardprämien aller zugelassenen OKP-Versicherer wird auch als Referenzprämie bezeichnet.



### **Kantonale Massnahmen zur Kostendämpfung**

- Das Bewerbungsverfahren für die Leistungsaufträge der Spitäler auf der gemeinsamen Spitalliste wurde am 4. September 2019 eröffnet. Aufgrund der COVID-19-Krise wurde die ursprünglich geplante Inkraftsetzung per 1. Januar 2021 auf den 1. Juli 2021 verschoben.
- Das Prinzip „ambulant vor stationär“ (AVOS) wird im Kanton Basel-Stadt anhand einer Liste von 13 Eingriffen, die in erster Linie ambulant durchgeführt werden sollen, umgesetzt. Per 1. Januar 2021 wird diese Liste im Gleichgang mit dem Kanton Basel-Landschaft im Rahmen der gemeinsamen Planung der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) auf 16 Eingriffe erweitert.
- Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt erarbeitet derzeit ein Gesamtkonzept für Projekte der integrierten Versorgung. Vereinzelt Modellprojekte, die sich diesem Konzept zuordnen lassen, wie das „Home Treatment“ oder das Projekt „SomPsyNet“ wurden bereits in den letzten beiden Jahren gestartet.
- Bei der Früherkennung von Brustkrebs konnte die Anzahl Teilnehmerinnen im kantonalen Screening-Programm von 2018 – 2020 gegenüber der vorhergehenden 2-Jahresperiode leicht erhöht werden.
- Im Rahmen eines gemeinsamen Pionierprojektes zusammen mit den Kantonen Basel-Landschaft, Solothurn und Bern wurde die Universität Luzern beauftragt, anhand von routinemässig erhobenen Indikatoren zu prüfen, ob sich diese aussagekräftig für die Qualitätsmessung in Spitälern nutzen lassen. Die ersten Resultate der Untersuchung sind vielversprechend.

## 1. Einleitung

Die im Spätwinter ausgebrochene Corona-Pandemie hat zu einer markanten Verschiebung des Brennpunkts der Gesundheitspolitik in diesem Jahr geführt. Für einmal standen nicht die Gesundheitskosten und Krankenversicherungsprämien im Vordergrund, sondern Corona-Tests, Gesichtsmasken, Desinfektionsmittel und Beatmungsgeräte. Anders gesagt ging es in der ersten Pandemiephase mehr um die zur Verfügung stehenden Kapazitäten bzw. Versorgungsengpässe und weniger um finanzielle Mittel. Gleichzeitig hat die Krise in der öffentlichen Wahrnehmung und den Medien das Gesundheitssystem als Ganzes in den Mittelpunkt gerückt und dabei sowohl dessen Stärken als auch vereinzelte Schwachpunkte offengelegt.

Dennoch sind nach und nach die zu Beginn der Krise ausgeblendeten Finanzierungsfragen langsam wieder in den Vordergrund gerückt. Welche Mehrkosten sind den Spitälern und anderen Gesundheitseinrichtungen durch die Pandemie entstanden? Wer wird die Ertragsausfälle der Krankenhäuser tragen, die aufgrund des zeitweilig verordneten Verbots von Elektiveingriffen ganze Abteilungen schliessen mussten? Und ganz allgemein: Wie wird sich die COVID-19-Krise finanziell auf unser Gesundheitssystem und die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auswirken?

Diesen wichtigen Fragen kann der vorliegende Bericht allerdings weder aufgrund seiner inhaltlichen Ausrichtung noch aufgrund des zeitlich gesteckten Rahmens nachgehen. Vielmehr wird auch der diesjährige Bericht wieder einen datengestützten Rückblick auf die Entwicklung der Kosten der OKP im Vorjahr werfen und dabei auch gleichzeitig die unternommenen Massnahmen zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung sowohl auf Bundes- als auch Kantonsebene näher beleuchten und erläutern.

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Jahren, in denen die Kostensteigerungen für Leistungen der OKP kontinuierlich zurückgingen, musste im Jahr 2019 wieder ein merklicher Kostenanstieg verzeichnet werden. Schweizweit lag die Entwicklung der Bruttoleistungen mit +4% wieder im Bereich des langjährigen Durchschnitts der OKP seit deren Einführung im Jahr 1996. Erfreulicher war die Entwicklung im letzten Jahr im Kanton Basel-Stadt, wo sie mit +2% neuerlich deutlich unter dem landesweiten Durchschnitt lag. Das gebremste Wachstum, das im Stadtkanton seit einigen Jahren verzeichnet wird, hat dazu geführt, dass sich die Kosten- und Prämien Differenz zu vergleichbaren Kantonen verringert hat. Nichtsdestotrotz bleibt unser Kanton auch noch 2019 mit Bruttoleistungen von 5'078 Franken pro versicherte Person vor Genf und dem Tessin national weiterhin an der Spitze.

Gewisse Massnahmen, wie z.B. der TARMED-Eingriff des Bundesrates, der sich im Jahr 2018 stark dämpfend auf die ambulanten Kosten ausgewirkt hatte, entfalten zwar weiterhin eine gewisse Wirkung, konnten aber nicht verhindern, dass sich die ambulanten ärztlichen Leistungen wieder stärker in der Kostenentwicklung niederschlagen.

Nicht zuletzt haben auch die Kosten in der Langzeitpflege wieder stark zugenommen, was natürlich auch mit der Alterung zusammenhängt. Aus diesem Grund – und auf Wunsch der Sozial- und Gesundheitskommission des Grossen Rates – wurde im diesjährigen Bericht den demografischen Effekten eine besondere Beachtung geschenkt. Ebenso wurde die Hypothese untersucht, ob die nach wie vor hohen Gesundheitskosten im Kanton Basel-Stadt in erster Linie auf den urbanen Charakter des Kantons zurückzuführen sind. Deshalb wurde ein Vergleich der OKP-Bruttoleistungen in der Stadt Basel mit

den grössten anderen Schweizer Städten durchgeführt. Die entsprechenden Ergebnisse werden ebenfalls im Rahmen der Vertiefungsanalyse zur demografischen Struktur im Kapitel 4 dargestellt.

Ansonsten folgt der sechste Bericht in Erfüllung des Auftrages aus § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes inhaltlich und strukturell weitgehend dem letztjährigen stark überarbeiteten Modell.

## 2. Politisches Umfeld

### 2.1 Bundesebene

#### 2.1.1 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020 – 2030

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie Gesundheit2020 verabschiedet und deren Umsetzung lanciert. Im Dezember 2019 beschloss der Bundesrat, basierend auf den Erfahrungen und dem bisher Erreichten, mit Gesundheit2030 eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der Strategie2020 vorzulegen. Die Strategie des Bundesrates sieht vor, dass Gesundheit2030 nicht mehr die ganze Breite der gesundheitspolitischen Anliegen abdeckt, sondern klare Schwerpunkte setzt. Ausgehend von den vier Herausforderungen

- technologischer und digitaler Wandel
- demografische und gesellschaftliche Entwicklung
- qualitativ hochstehende und finanziell tragbare Versorgung
- Chancen auf ein Leben in Gesundheit

definiert der Bundesrat acht Ziele mit jeweils zwei dazugehörigen Stossrichtungen. Die entsprechende Übersicht wird unten stehend graphisch abgebildet.



Die Kantone wurden nicht formell zur gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates konsultiert. Dennoch unterstützt der Kanton Basel-Stadt die formulierten Ziel- und Stossrichtungen des Bundesrates, da sie weitgehend auch mit den kantonalen gesundheitspolitischen Prioritäten übereinstimmen. Im Hinblick auf den Legislaturplan 2021 – 2024 wird der Kanton auch seine strategische Ausrichtung im Gesundheitsbereich unter Berücksichtigung der Strategie des Bundesrates definieren.

## 2.1.2 Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates

### a) Gesetzesrevisionen

Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat ein auf einem Expertenbericht basierendes Kostendämpfungsprogramm. Er beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), die neuen Massnahmen in Form von zwei Paketen zu prüfen und umzusetzen. Aufgrund eines parlamentarischen Vorstosses hat der Bundesrat auch eine Anpassung des KVG betreffend die Vergütung von Pflegematerial vorgeschlagen, die eine Rückkehr zur Praxis vor dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahre 2017 bedeuten würde.

#### ► Massnahmen zur Kostendämpfung – Pakete 1 & 2

Der Bundesrat hat die Botschaft zum ersten dieser beiden Massnahmenpakete am 21. August 2019 verabschiedet. Darin enthalten sind neun Massnahmen, deren Sparpotenzial mittelfristig auf mehrere Hundert Millionen Franken pro Jahr beziffert wird<sup>4</sup>. Der Kanton Basel-Stadt hatte vorgängig in seiner Vernehmlassungsantwort vom 30. Oktober 2018 die Stossrichtung des Massnahmenpakets zwar begrüsst, jedoch das Referenzpreissystem für Generika und insbesondere das Beschwerderecht für Versicherer gegen die kantonale Spitalliste abgelehnt. Dennoch hat der Bundesrat in seiner Botschaft an dieser Massnahme festgehalten.

Am 19. August 2020 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, die Vernehmlassung zum zweiten Massnahmenpaket als indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen“ zu eröffnen. Darin enthalten ist eine Reihe von Massnahmen, u.a. der Vorschlag einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum in der OKP sowie die Pflicht für Patienten, zunächst eine Erstanlaufstelle aufzusuchen. Die Frist zur Stellungnahme läuft bis zum 19. November 2020.

#### ► Vergütung des Pflegematerials

Nach der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 zeigte sich, dass die rechtlichen Bestimmungen über die Vergütung von Pflegematerial, welches von Pflegefachpersonen verwendet wird, unterschiedlich gehandhabt wurden. Letztlich hielt das Bundesverwaltungsgericht in zwei Urteilen<sup>5</sup> fest, dass das von den Pflegefachpersonen verwendete Pflegematerial integraler Bestandteil der Pflegeleistungen sei, was zu dem Zeitpunkt nicht der allgemeinen Praxis entsprach.

Am 27. Mai 2020 ist der Bundesrat einer Forderung der Sozial- und Gesundheitskommission des Nationalrats<sup>6</sup> nachgekommen und hat die Botschaft zur KVG-Änderung betreffend Vergütung des Pflegematerials verabschiedet und an die eidge-

<sup>4</sup> Für eine eingehendere Darstellung der Massnahmen, s. Abschnitt 2.1.3 *Beratungen in den eidgenössischen Räten*.

<sup>5</sup> C-3322/2015 vom 1. September 2017 und C-1970/2015 vom 7. November 2017

<sup>6</sup> 18.3710 Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, *MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen*

nössischen Räte überwiesen. Um die Vergütungsregeln für das Pflegematerial zu vereinfachen, will der Bundesrat insbesondere die Unterscheidung bei dessen Verwendungsarten aufheben und somit die Finanzierung sowohl im ambulanten Bereich als auch im Pflegeheim sichern. Die Vorlage dürfte die OKP zusätzlich um rund 65 Mio. Franken belasten bei einer parallelen Entlastung der Kantonsfinanzen.

#### **Auswirkungen für den Kanton Basel-Stadt und Stellungnahme**

Die Umsetzung des obigen Gerichtsentscheids führte für den Kanton zu Mehrausgaben von rund 2,5 Mio. Franken pro Jahr. Dieser Betrag setzte sich zusammen aus einer Erhöhung des Kantonsbeitrags an die Pflegeheim- und Spitextarife sowie einer Entlastung der Prämienverbilligung für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen.

Im Sinne der Rückkehr zur vormaligen Praxis hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt in seiner Stellungnahme vom 28. Januar 2020 im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens die vorgeschlagene Änderung des KVG über die Vergütung des Pflegematerials vollumfänglich unterstützt. Für die Finanzen des Kantons sollte die Umsetzung der neuen Regelung zu einer Entlastung in der Grössenordnung der oben erwähnten 2,5 Mio. Franken führen.

#### **b) Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)<sup>7</sup>**

In kurzer Abfolge im Februar und März 2020 hat der Bundesrat zwei Vernehmlassungen zu Anpassungen der Krankenversicherungsverordnung in die Vernehmlassung geschickt. In der ersten Vorlage geht es um die Umsetzung der KVG-Revision zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Bei der zweiten handelt es sich um einen Vorschlag zur Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie einer Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung in der stationären Versorgung.

##### **► Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit<sup>8</sup>**

Die vorgeschlagene Änderung der KVV ermöglicht die Umsetzung der Bestimmungen der Gesetzesänderung, die das eidgenössische Parlament im Juni 2019 verabschiedet hat. Der Bundesrat stellt die strategische Steuerung sicher, indem er alle vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen festlegt. Er setzt eine Eidgenössische Qualitätskommission (Kommission) ein, um die festgelegten Ziele umzusetzen. Die neuen Bestimmungen der KVV regeln unter anderem die Zusammensetzung der Kommission, die Ausrichtung von Finanzhilfen und Abgeltungen sowie die Berechnung des Finanzierungsanteils des Bundes, der Kantone und der Versicherer.

#### **Auswirkungen für den Kanton Basel-Stadt und Stellungnahme**

Die Eidg. Qualitätskommission soll gemäss Bundesratsvorschlag aus 15 Mitgliedern der verschiedenen Anspruchsgruppen bestehen, darunter auch zwei Kantonsvertreter. Als eine der beiden Personen empfiehlt die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) dem Bundesrat die Wahl der Leiterin Qualitätsmonitoring im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (Bereich Gesundheitsversorgung).

<sup>7</sup> Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

<sup>8</sup> Die Vernehmlassungsunterlagen können auf der Webseite des BAG unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html> eingesehen werden.

In Bezug auf die finanziellen Auswirkungen geht die GDK von einem 4-Jahres-Rahmenkredit für die Eidgenössische Kommission von 45 Mio. Franken aus. Dieser ist von Bund, Versicherern und Kantonen gemeinsam zu tragen. Entsprechend werden die Kantone 3,75 Mio. Franken pro Jahr aufwenden müssen, proportional nach Kantonsbevölkerung verteilt.

Für den Kanton Basel-Stadt liegt derzeit nur eine Schätzung vor, da die genauen Berechnungsparameter noch nicht festgelegt wurden. Demgemäss würde der jährliche Beitrag an die Eidgenössische Kommission ca. 167'000 Franken betragen. Da gleichzeitig die jährlichen Beiträge an die Stiftung Patientensicherheit Schweiz (13 Rappen pro Einwohner) wegfallen, würde der Kanton Basel-Stadt ab 2021 zusätzlich rund 130'000 Franken an die nationale Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung bezahlen.

In seiner Stellungnahme vom 11. August 2020 im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens begrüsst der Regierungsrat im Einklang mit der GDK grundsätzlich die Zielsetzung der Vorlage zur Stärkung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Aufgrund der Einführungs- und Finanzierungsmodalitäten der neuen Qualitätsprojekte besteht aber eine gewisse Befürchtung, dass die bestehenden nationalen Qualitätsorganisationen, insbesondere die Stiftung Patientensicherheit und der ANQ<sup>9</sup>, in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden könnten, was dem erklärten Ziel der Gesetzgebung zuwider laufen würde. Dementsprechend fordern die Kantone, dass einerseits eine adäquate Finanzierung auch in der Einführungsphase des Gesetzes sichergestellt wird und andererseits wichtige Grundlagenarbeiten im Bereich Qualitätssicherung unabhängig von der gemäss Gesetz vorgesehenen Projektfinanzierung abgegolten werden. Schliesslich bedauert der Kanton Basel-Stadt in seiner Stellungnahme auch, dass das erklärte Ziel des Gesetzes einer besseren schweizweiten Koordination der Qualitätssicherungsmassnahmen, und insbesondere der Datenerhebung, mit dem vorliegenden Umsetzungsvorschlag zu wenig Rechnung getragen würde.

► Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

Der Bundesrat hat am 12. Februar 2020 die Vernehmlassung zu einer Änderung der KVV im Bereich der Planung der Spitäler und Geburtshäuser sowie der Ermittlung der Tarife Vergütungsmodelle vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) eröffnet. Im Zentrum der beiden Massnahmen sollen die Kostendämpfung sowie die Stärkung der Versorgungsqualität und der Transparenz stehen.

Die Vorlage sieht vor, die Kriterien für die Umsetzung der Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime durch die Kantone im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu aktualisieren. Die Kriterien im Bereich der Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie der Koordination der Planungen fördern den effizienten Mitteleinsatz und gewährleisten den schweizweit einheitlichen Zugang der Patientinnen und Patienten zu stationären Spitalleistungen derselben Qualität. Daneben soll die Ergänzung der Grundsätze der Tarifiermittlung im stationären Bereich der Spitäler und in Geburtshäusern sicherstellen, dass diese künftig schweizweit transparent nach einer einheitlichen Methodik erfolgt. Die Vorlage sieht insb. in Bezug auf die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit z.T. gewichtige Eingriffe in die Planungshoheit

<sup>9</sup> Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

der Kantone und in das Verhandlungsprimat vor. So wird z.B. das Wirtschaftlichkeitsbenchmarking neu auch auf Pflegeheime ausgedehnt, obwohl die OKP hier nur einen fixen, nicht-kostendeckenden Beitrag leistet. Bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Spitäler soll in Abweichung der Rechtsprechung zur Tarifiermittlung höchstens das 25. Perzentil als allgemeingültiger Benchmark festgelegt werden.

### **Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt**

Im Einklang mit der Stellungnahme der GDK lehnt der Regierungsrat im Rahmen seiner Stellungnahme vom 25. August 2020 die Vorlage sowohl in Bezug auf die ergänzten Planungskriterien wie auch die Grundsätze zur Tarifiermittlung klar ab.

Der Mehrnutzen der vorgeschlagenen Ergänzungen und Neuerungen ist gegenüber den heute geltenden Ordnungsbestimmungen kaum ersichtlich. Obwohl sich die revidierten Bestimmungen zum Teil an bestehenden Instrumenten zur Planung und Tarifiermittlung orientieren, würde die Revision die Planungsgestaltung und den Ermessensspielraum der Kantone zu stark einschränken, was einen unverhältnismässigen Eingriff in deren Kompetenzen bedeuten würde. Dies gilt ganz besonders für den als „Effizienzmassstab“ festgelegten Benchmarkwert bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (höchstens das 25. Perzentil aller vergleichbaren Leistungserbringer). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Bundesverwaltungsgericht in seinen bisherigen Urteilen Benchmarkwerte bis zum 50. Perzentil gestützt hat (BVGer Urteil C-3425/2013 vom 29. Januar 2015). Die Wahl des 25. Perzentils wird im erläuternden Bericht des Bundesrates auch nicht näher begründet und kann daher nicht nachvollzogen werden.

Darüber hinaus sollen ausgerechnet in jenen Bereichen, in denen eine sinnvolle Vereinheitlichung der Spitalplanungen hätte bewirkt werden können (z.B. bei der Leistungsgruppensystematik), keine Bestimmungen erlassen werden. Nicht zuletzt ist die Vorlage zu wenig auf oben erwähnte Umsetzung der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt.

### **c) Weitere Massnahmen**

#### **► Anpassung der Verordnung über den Risikoausgleich**

Am 1. Januar 2020 ist die totalrevidierte Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) in Kraft getreten. Der Risikoausgleich schafft einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit unterschiedlicher Versichertenstruktur. Im Risikoausgleich werden seit diesem Jahr auch die sogenannten „pharmazeutischen Kostengruppen“ (PCG) berücksichtigt und ersetzen den zuletzt verwendeten Indikator der Arzneimittelkosten. Die PCG ermöglichen es, den Risikoausgleich zu verfeinern, und vermindern dadurch die Anreize zur Risikoselektion durch Krankenversicherer. Der medizinische Fortschritt führt allerdings zu einer regelmässigen Anpassung der Spezialitätenliste<sup>10</sup>, weshalb auch die PCG-Liste regelmässig überarbeitet werden muss.

### **Eingabe des Kantons Basel-Stadt**

Im Zuge einer solchen technischen Anpassung, die per 1. Januar 2021 vorgesehen ist, hat das Gesundheitsdepartement mit einer schriftlichen Eingabe an das BAG beantragt, eine weitergehende Revision der VORA vorzunehmen. Namentlich wurde vorgeschlagen, die Grenzgängerinnen und Grenzgänger wieder im Risikoausgleich

<sup>10</sup> Liste aller Arzneimittel, welche durch die Krankenversicherung vergütet werden.

zu berücksichtigen. Dies als Ausgleich zur Ausrichtung des Kantonsanteils bei stationären Behandlungen an GrenzgängerInnen, die nach KVG versichert sind. Seit dem 1. Januar 2019 sind die Kantone verpflichtet, den Kantonsanteil auch für im Ausland wohnhafte Personen zu entrichten, die im Kanton arbeiten. Diese werden aber im Risikoausgleich nicht berücksichtigt, womit sie in den Genuss von deutlich tieferen Prämien kommen können, da es sich für gewöhnlich um arbeitstätige Personen und damit eher gute Risiken handelt. In seiner Antwort vom 16. Juni 2020 hat das BAG angedeutet, dass es bereit ist, eine solche Anpassung zu prüfen, dies aber nicht mit der aktuellen Revision verknüpfen kann.

### 2.1.3 Beratungen in den Eidgenössischen Räten

#### a) Botschaften des Bundesrats

##### ► Zulassung von Leistungserbringern (18.047)

Am 9. Mai 2018 hat der Bundesrat die Botschaft zur Teilrevision des KVG betreffend die Zulassung von Leistungserbringern zuhanden des Parlaments verabschiedet. Die Revision soll eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich ermöglichen. Die Neuregelung sieht einerseits erhöhte Voraussetzungen an die Berufspraxis im Einklang mit dem revidierten Medizinalberufegesetz vor (z.B. in Bezug auf die Sprachkenntnisse). Andererseits sollen auch die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP gestärkt werden. Dies betrifft insbesondere die für die Qualitätssicherung notwendigen Strukturen, wie z.B. das Vorhandensein eines internen Qualitätsmanagementsystems in den Arztpraxen.

Neben den vom Bundesrat vorgesehenen zusätzlichen Zulassungsvoraussetzungen in Bezug auf Sprachkenntnisse und Qualität wurden in den parlamentarischen Beratungen zwei wichtige zusätzliche Elemente eingebracht: Erstens sieht das Gesetz neu ein Register aller zugelassenen Leistungserbringer vor. Zweitens müssen Ärzte und ambulante ärztliche Einrichtungen, die neu in einem Kanton zugelassen werden sollen, zwingend einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft gemäss dem Gesetz über das elektronische Patientendossier angeschlossen sein. Im Weiteren müssen Ärztinnen und Ärzte für die Zulassung während mindestens drei Jahren in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Im Parlament waren die Grundzüge der Vorlage zwar unbestritten. Allerdings waren sich die beiden Räte lange Zeit über deren konkrete Ausgestaltung in einigen Punkten uneins. Gegen den Widerstand der Kantone und des Ständerats wollte der Nationalrat die Vorlage mit der parlamentarischen Initiative über die einheitliche Finanzierung ambulant – stationär verknüpfen und den Krankenkassen ein Beschwerderecht betreffend kantonale Zulassungsentscheide gewähren. Letztlich wurden diese Punkte aber fallengelassen und der Vorschlag der Einigungskonferenz wurde in der Sommersession 2020 definitiv von beiden Räten verabschiedet.

⇒ *Die Referendumsfrist ist am 8. Oktober 2020 abgelaufen.*

⇒ *Der Bundesrat ist daran, die Verordnungsänderungen für die vorgesehene Inkraftsetzung per 1. Juli 2021 vorzubereiten.*

#### **Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt**

Der Kanton Basel-Stadt gehörte zur grossen Mehrheit der Kantone, die die Einführung einer wirksamen Zulassungssteuerung seit vielen Jahren gefordert hatte. Insofern wird die Verabschiedung der Vorlage mit Genugtuung zur Kenntnis genommen,



auch wenn die Länge der parlamentarischen Beratungen von über 2 Jahren die Umsetzungsfrist für die Kantone nun erheblich verkürzt. Vom Bundesrat wird erwartet, dass er den Entwurf der Umsetzungsverordnung so schnell wie möglich in die Vernehmlassung schickt und darin den Kantonen den notwendigen Spielraum für griffige Vollzugsinstrumente gewährt.

► Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 (19.046)

Auf Vorschlag seiner Gesundheitskommission hat der Nationalrat (NR) die Vorlage des Bundesrates in zwei Teilpakete aufgeteilt, wobei er insb. die grundsätzlich unbestrittenen Elemente in einer Vorlage 1a zusammenfasste und kontrovers diskutierte Massnahmen, wie das Referenzpreissystem für Arzneimittel und das Beschwerderecht gegen die Spitalisten, zurückstellte (Vorlage 1b).

In der Sommersession 2020 ist der NR auf die Vorlage 1a eingetreten und hat sie am 18. Juni 2020 gutgeheissen, wobei einige der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen angepasst wurden. So wurde die Einschränkung des Geltungsbereichs des sogenannten Experimentierartikels deutlich ausgeweitet, womit innovative Vorlagen nicht nur einen Kosten- sondern auch einen Qualitätsfokus haben können. Daneben wurde auch der Vorschlag zur verbesserten Rechnungskontrolle dahin gehend abgeändert, dass im Tiers Payant-System nicht mehr der Leistungserbringer dazu verpflichtet werden soll, dem Versicherten eine Rechnungskopie zuzustellen, sondern der Krankenversicherer. Weitgehend unbestritten waren die Einrichtung einer nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich, um die Tarifverhandlungen professioneller zu strukturieren, sowie die Förderung von pauschalierten ambulanten Tarifen.

⇒ *Die Vorlage 1a geht nun an den Ständerat. Die Vorlage 1b wird voraussichtlich in der Herbst- oder Wintersession im Plenum diskutiert.*

**b) Parlamentarische Vorstösse**

► Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (EFAS, Pa. Iv. 09.528)

Im Anschluss an die Vernehmlassung zum Vorentwurf im 2. Halbjahr 2018 erarbeitete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) im Frühjahr 2019 den Entwurf für eine KVG-Revision zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in der OKP.

Mit ihrer Vorlage verfolgt die Kommission drei Ziele: Erstens will sie, wo medizinisch angebracht, die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern. Da ambulante Behandlungen in der Regel günstiger sind, wird das Kostenwachstum insgesamt gebremst. Attraktiver wird auch eine koordinierte Versorgung, die Spitalaufenthalte durch rechtzeitige ambulante Behandlungen vermeidet. Zweitens will die Kommission die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege – stabilisieren. Drittens soll eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden. Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten. An die Nettokosten sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5% leisten. Der Kommissionsmehrheit weitgehend folgend, verabschiedete das Plenum des Nationalrates die Vorlage in der Herbstsession 2019.

Im Zusammenhang mit dieser Vorlage hatte der Nationalrat schon am 14. März 2019 ein Postulat<sup>11</sup> gutgeheissen, das den Bundesrat zusammen mit der GDK und den Versicherern beauftragt, die Erarbeitung von notwendigen Daten- und Rechtsgrundlagen für einen allfälligen Einbezug der Leistungen der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierungslösung zu prüfen. Hingegen verwarf der Nationalrat im Dezember 2019 eine Motion<sup>12</sup>, welche diesen von den Kantonen geforderten Einbezug verpflichtend vorsehen würde, mit der Begründung, dass zunächst die entsprechenden Grundlagen, wie im vorerwähnten Postulat gefordert, vorliegen müssten.

Als vorbereitende Kommission des Zweitrats hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) im Februar 2020 der Bundesverwaltung den Auftrag erteilt, umfassende Vorabklärungen zu treffen. Insbesondere will die Kommission Fragen rund um die genaue Ausgestaltung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen, die Finanzflüsse, den Einbezug der Pflegefinanzierung, die Auswirkungen auf die Versicherten und die Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen klären lassen. Sie wird ihre Beratungen voraussichtlich Ende 2020 weiterführen.

### **Positionsbezug der Kantone und Stellungnahme Kanton Basel-Stadt**

In seiner Stellungnahme zum Vorentwurf vom 30. August 2018 hat sich der Regierungsrat vollumfänglich der Position der GDK angeschlossen. Diese lehnte das von der SGK-NR vorgeschlagene Modell ab, da es die kantonalen Interessen nicht berücksichtigt. Allerdings erklären sich die Kantone bereit, für eine gleiche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen Hand zu bieten. Dies jedoch nur unter klaren Rahmenbedingungen, welche die Wahrung der kantonalen Interessen ermöglichen. Nämlich:

- Steuerungsmöglichkeit der Kantone im ambulanten Bereich;
- Einbezug der Langzeitpflege;
- Kostenneutralität für die Kantone;
- Kontrollinstrumente über finanzielle Leistungen und Neuorganisation des Tarifwesens.

Nach Abschluss der Arbeiten am Entwurf der Vorlage durch die SGK-NR hat auch die Konferenz der Kantonsregierungen anlässlich ihrer Plenarversammlung vom 28. Juni 2019 eine Stellungnahme zuhanden des Bundesrates abgegeben, worin sie noch einmal betonte, dass der definitive Entwurf keine nennenswerten Verbesserungen gegenüber dem Vorentwurf enthielte, weshalb sie ihn in der vorliegenden Form ablehne. Sie bekräftigte dabei insbesondere die obigen schon von der GDK eingebrachten Forderungen.

⇒ *Das Geschäft ist noch in Beratung.*

<sup>11</sup> 19.3002 Postulat *Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich*

<sup>12</sup> 19.3970 Motion *Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen*

## 2.2 Interkantonale und grenzüberschreitende Ebene

### 2.2.1 Hochspezialisierte Medizin

Die Kantone sind auf Grundlage von Art. 39 Abs. 2<sup>bis</sup> KVG beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, SG 333.100) per 1. Januar 2009, haben die Kantone sich zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Anstelle von 26 kantonalen Planungen gibt es für die hochspezialisierte Medizin somit nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung.

Die HSM-Organen beschäftigten sich im Berichtsjahr mit einer Vielzahl von Themen; im Zentrum standen die Reevaluationen (Überprüfung der Zuordnung und Zuteilung). Die periodische Reevaluation der HSM-Bereiche ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der HSM-Organen. Eine im Rahmen einer Reevaluation erfolgende Neubeurteilung beinhaltet nicht nur eine Analyse der erhobenen Qualitätsdaten im Hinblick auf eine neue Leistungszuteilung, sondern auch eine neue Beurteilung der HSM-Definitionen der regulierten medizinischen Bereiche.

Im Berichtsjahr erfolgte eine Zuordnung. Der bereits bestehende Bereich der Cochlea-Implantate wurde erneut der HSM zugeordnet. An die Zuordnung schloss sich Anfang 2020 das Bewerbungsverfahren an, an dem das Universitätsspital Basel (USB) teilgenommen hat. Mit einer Zuteilungsentscheidung wird voraussichtlich im Herbst 2020 zu rechnen sein.

Des Weiteren wurden Vernehmlassungen zur Zuordnung in den neuen HSM-Bereichen „Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen“ und „komplexe Behandlungen in der Urologie“ durchgeführt. Im Sommer 2020 starteten weitere Vernehmlassungen in den Bereichen „hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie und pädiatrische Onkologie“, die „invasive kongenitale und pädiatrische Herzmedizin und Herzchirurgie“ sowie die „komplexen gynäkologischen Tumore“.

In der Berichtsperiode wurden für den etablierten HSM-Bereich „Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen“ neue Zuteilungen beschlossen. Zudem konnte die Reevaluation für drei der fünf Teilbereiche des HSM-Bereichs der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie abgeschlossen werden. Hier erfolgte die Vergabe von neuen Leistungsaufträgen für die Teilbereiche „Oesophagusresektion bei Erwachsenen“, „Pankreasresektion bei Erwachsenen“ und „Leberresektion bei Erwachsenen“. Die Leistungsaufträge für diese Teilbereiche gingen u.a. an das USB und St. Claraspital. In den Teilbereichen „tiefe Rektumresektion“ und „komplexe bariatrische Chirurgie“ wurden noch keine neuen Leistungszuteilungen vorgenommen, da das Bewerbungsverfahren erst im Sommer 2020 startete.

In den Bereichen der „komplexen Neurochirurgie und Neuroradiologie“ und der „komplexen Behandlung in der Urologie“ wurden 2019 die Anforderungskriterien für eine Leistungszuteilung erarbeitet, so dass das Bewerbungsverfahren erst im Sommer 2020 starten konnte. Mit einer Zuteilungsentscheidung kann erst Ende 2020 gerechnet werden.

## 2.2.2 Einführung elektronisches Patientendossier

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG, SR 816.1) im April 2016 hat der Bund die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) gesamtschweizerisch für verbindlich erklärt. Spitäler (ab April 2020) sowie Pflegeheime und Geburtshäuser (ab April 2022) sind gemäss Übergangsbestimmungen im KVG dazu verpflichtet, sich an ein zertifiziertes EPD-System (=Stammgemeinschaft) anzuschliessen. Für die Bevölkerung und die ambulanten Leistungserbringer ist die Teilnahme am EPD nach wie vor freiwillig.

Nachdem der Kanton Basel-Stadt zunächst im Rahmen eines eigenen Pilotprojektes die Machbarkeit der Umsetzung des elektronischen Patientendossiers nachgewiesen hatte, haben sich die im Trägerverein eHealth Nordwestschweiz zusammengeschlossenen Projektpartner letztlich dazu entschlossen, sich mit der breiter abgestützten eHealth-Initiative XAD zusammenzuschliessen. Die Initiative setzt sich aus den beiden Eigentümerorganisationen Cantosana AG (Verbund von acht Trägerkantonen) einerseits und dem XAD-Trägerverein (Verbund der Leistungserbringer) andererseits sowie der Axsana AG als Betreibergesellschaft im Besitz der vorgenannten Organisationen zusammen. XAD hat sich sehr schnell über Zürich und Bern auf weite Teile der Deutschschweiz ausgebreitet. Ein grosses Einzugsgebiet einer EPD-Stammgemeinschaft bringt positive Skaleneffekte mit sich, da Fixkosten sowohl bei der technischen Infrastruktur (IT-Plattform) als auch bei der Administration entstehen. Zudem muss eine Stammgemeinschaft als Kommunikationsplattform angesehen werden, die je grösser desto mehr Vernetzungsmöglichkeiten und somit eine vollständigere Kommunikation unter den Leistungserbringern ermöglicht.

Ende 2019 hat sich abgezeichnet, dass sich die Zertifizierung der Stammgemeinschaften wesentlich komplexer und zeitaufwändiger gestaltet, als ursprünglich angenommen. Die föderalistische Ausgestaltung des EPD-Systems mit mehreren Stammgemeinschaften fordert Interoperabilität – die Fähigkeit der einzelnen Stammgemeinschaften, im Verbund miteinander zu kommunizieren – sowie Datenschutz und Datensicherheit. Dies hat dazu geführt, dass die beiden Zertifizierungsgesellschaften KPMG und SQS im Verlaufe der Erstzertifizierungsprozesse zusätzliches Knowhow aufbauen mussten, um diesen Anforderungen Genüge leisten zu können und so sicherzustellen, dass nach abgeschlossener Zertifizierung eine sichere und reibungslose Funktion des EPD-Systems garantiert ist.

Aufgrund der beschriebenen Umstände konnte der gesetzlich festgelegte Einführungszeitpunkt (15. April 2020) des EPD von keiner Stammgemeinschaft eingehalten werden und die EPD-Einführung wird nicht wie vorgesehen bei allen Stammgemeinschaften zum selben Zeitpunkt, sondern gestaffelt (abhängig vom jeweiligen Abschluss der Zertifizierungen) erfolgen. Axsana, die Stammgemeinschaft, der sich mit einer Ausnahme alle baselstädtischen Listenspitäler angeschlossen haben, wird ihren Regelbetrieb voraussichtlich mit einem Jahr Verspätung im Frühjahr 2021 aufnehmen.

## 2.2.3 Nationale Koordination Seltene Krankheiten (kosek)

Die Nationale Koordination Seltene Krankheiten (kosek) ist eine Koordinationsplattform für die Verbesserung der Versorgungssituation für Betroffene von seltenen Krankheiten.

Mit dem Ziel, die Koordination der Versorgung von Personen mit seltenen Krankheiten *ohne Diagnose* zu stärken, lancierte die kosek 2019 einen Prozess zur Anerkennung von

krankheits- und disziplinübergreifenden Zentren für seltene Krankheiten. Im Mai 2020 wurden erstmals sechs Zentren für seltene Krankheiten in Basel, Bern, Genf, St. Gallen, Lausanne und Zürich durch die kosek anerkannt. Im Juni 2020 wurde eine zweite Anerkennungsrunde lanciert. Dabei erhalten weitere Zentren die Möglichkeit, sich für eine Anerkennung zu bewerben.

Zur Verbesserung der Versorgung Betroffener *von einzelnen Typen oder Gruppen seltener Krankheiten* lancierte die kosek im Juni 2020 auch einen Prozess zur Anerkennung von krankheitsspezifischen Referenzzentren und deren Netzwerken. In den Referenzzentren soll die Expertise gebündelt werden. Die Netzwerke dienen der Koordination der Versorgung sowie der Weiterbildung und Forschung.

Im Kanton Basel-Stadt haben das USB und das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) das *Universitätszentrum für Seltene Krankheiten Basel* als interdisziplinäre Anlaufstelle der beiden Einrichtungen aufgebaut und nach der Anerkennung durch die kosek Anfang Juni 2020 lanciert. Das Abklärungsangebot richtet sich an Betroffene und Ärzte.

#### **2.2.4 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit**

Die Corona-Pandemie hat einmal mehr gezeigt, wie wichtig gerade in Krisensituationen eine funktionierende grenzüberschreitende Kommunikation, Koordination und Kooperation ist.

Als nützlich hat sich z.B. ein bilaterales Abkommen mit Frankreich aus dem Jahr 2011 über den Informationsaustausch im Rahmen von Grippepandemien<sup>13</sup> erwiesen. Das Abkommen, das auch bei der Corona-Krise zur Anwendung kam, sieht in Artikel 3 vor, dass sich die Vertragsparteien verpflichten, von einseitigen Massnahmen zur Behinderung des grenzüberschreitenden Gesundheitspersonals abzusehen. Im Verlauf des ersten Halbjahres 2020 haben regelmässige Kontakte zwischen den nationalen Behörden u.a. auch mit Einbezug der Grenzkantone stattgefunden.

Darüber hinaus fand zu Jahresbeginn 2020 auch der Startschuss des Nachfolgeprojekts TRISAN II zur Förderung und Optimierung von Kooperationsprojekten im Gesundheitsbereich am Oberrhein statt. Das Projekt TRISAN wurde von der Arbeitsgruppe Gesundheit der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz unter massgeblicher Mitwirkung des Gesundheitsdepartementes des Kantons Basel-Stadt ins Leben gerufen. Es wird im Rahmen des Programms INTERREG V kofinanziert und vom Euroinstitut in Kehl koordiniert. Auf Schweizer Seite beteiligen sich neben dem Kanton Basel-Stadt auch die Kantone Basel-Landschaft und Aargau sowie die Eidgenossenschaft an der Finanzierung. Das Nachfolgeprojekt läuft bis Ende 2022 und verfolgt das Ziel, ein ständiges trinationales Kompetenzzentrum zur Unterstützung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit am Oberrhein einzurichten.

---

<sup>13</sup> Accord sur l'échange d'information en matière de pandémie de grippe et de risques sanitaires entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse, signé à Berne le 28 juin 2010 (unveröffentlicht)

### 3. Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt

#### 3.1 Entwicklung der Gesamtkosten

- Schweizweit wurden im Jahr 2019 rund 34,1 Milliarden Franken für OKP-Leistungen ausgegeben. Nachdem sich das jährliche Kostenwachstum in den vergangenen Jahren stetig verlangsamt hatte, wurde im Jahr 2019 wieder ein deutlicher Anstieg verzeichnet.
- Die Summe der OKP-Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt betrug im Jahr 2019 961,5 Mio. Franken. Pro versicherte Person im Stadtkanton sind dies 5'078 Franken.
- Auch wenn der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchsten Ausgaben pro versicherte Person aufweist, blieben die Wachstumsraten in den letzten fünf Jahren jeweils unter dem schweizerischen Durchschnitt. Von 2015 bis 2019 sind die kantonalen Bruttoleistungen pro versicherte Person im Durchschnitt um 1,4% pro Jahr gestiegen.

Abbildung 2 Jährliche Veränderung (in Prozent) der Bruttoleistungen in der Obligatorischen Krankenversicherung im Kantonsvergleich

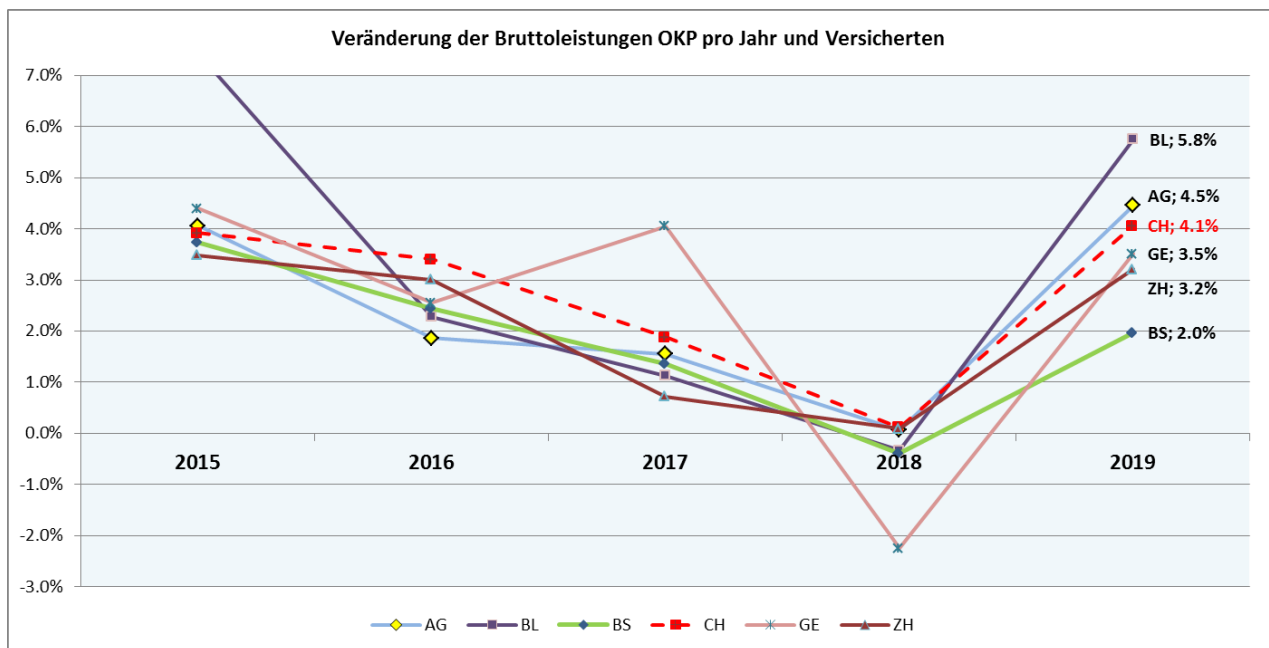


Tabelle 2 Bruttoleistung in Franken pro Versicherten und Jahr

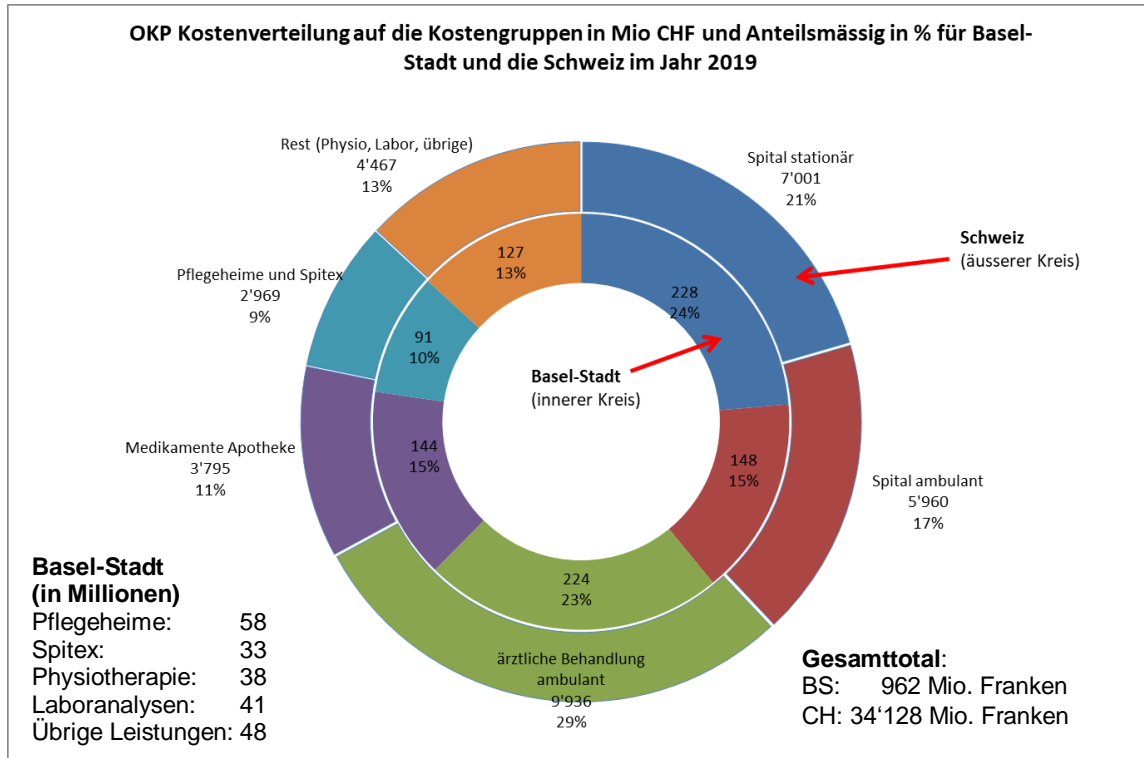
Kanton	2015	2016	2017	2018	2019	$\Delta$ 19/15
AG	3'420	3'484	3'538	3'540	3'698	2.0%
BL	4'170	4'265	4'313	4'297	4'544	2.2%
BS	4'812	4'929	4'997	4'980	5'078	1.4%
GE	4'592	4'709	4'900	4'791	4'959	1.9%
ZH	3'654	3'764	3'791	3'795	3'917	1.8%
CH	3'653	3'778	3'849	3'848	4'004	2.3%
Quelle: BAG						

- Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2018 betrug das Wachstum der OKP-Bruttoleistungen im Kanton 2%, während der gesamtschweizerische Durchschnitt bei 4,1% liegt.
- Im Gegensatz zum Kanton Basel-Stadt sind die Bruttoleistungen im Kanton Basel-Landschaft im letzten Jahr mit 5,8% stark überdurchschnittlich gewachsen.

### 3.2 Verteilung nach Kostengruppen

- Wie schon im Vorjahr zeigt die proportionale Aufteilung nach Kostengruppen, dass der stationäre Bereich (24%) und der Medikamentenabsatz in Apotheken (15%) im Kanton Basel-Stadt einen deutlich höheren Anteil an den OKP-Gesamtkosten ausmachen, als im gesamtschweizerischen Kontext (21% bzw. 11%). Die spitalambulant Behandlungen mit 15% (BS) gegenüber 17% (CH) fallen hingegen etwas weniger stark ins Gewicht.
- Nicht berücksichtigt ist bei den Arzneimitteln der Effekt, der sich aus der ärztlichen Selbstdispensation ergibt. Der Medikamentenverkauf ist den Ärzten in Basel-Stadt grundsätzlich untersagt, während er gesamtschweizerisch einen relevanten Anteil des Umsatzes in Arztpraxen ausmacht. Der Anteil an den Bruttoleistungen beträgt rund 6,5%. Wenn man diesen Effekt miteinbezieht, dann gleichen sich die proportionalen Anteile der ärztlichen Leistungen gesamtschweizerisch an den Wert in Basel-Stadt an (23%).

Abbildung 3 OKP Kostenverteilung auf die Kostengruppen in Mio. Franken und anteilmässig in % für Basel-Stadt und die Schweiz im Jahr 2019



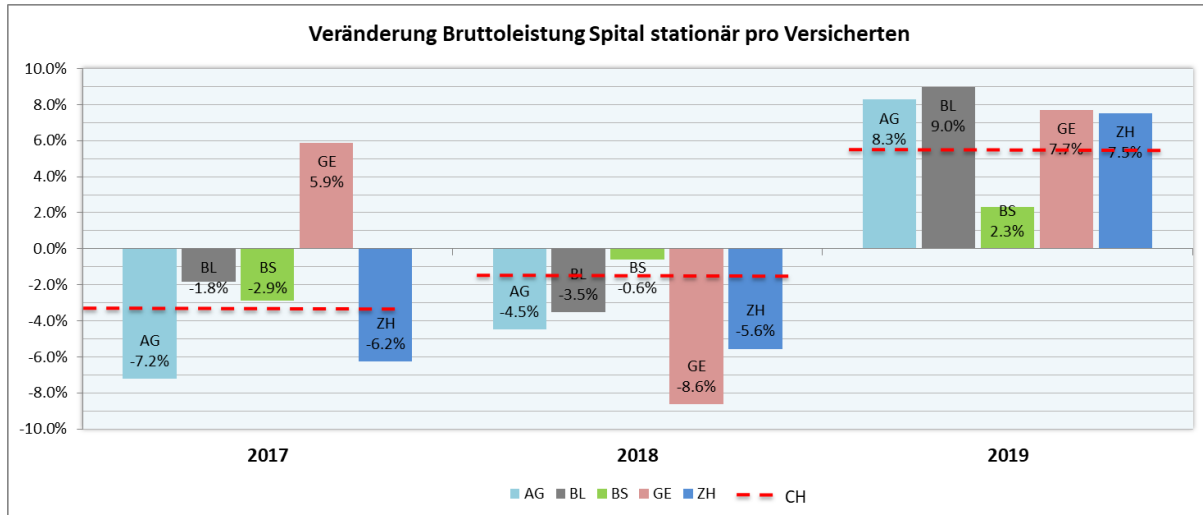
Quelle: BAG, OKP-Statistik



### 3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich

#### 3.3.1 Spital<sup>14</sup>

Abbildung 4 Jährliche Veränderung stationäre OKP-Spitalleistungen (in %)



- Während die OKP-Ausgaben pro Versicherten im stationären Spitalbereich in den vorangegangenen Jahren schweizweit tendenziell leicht rückläufig waren, sind sie von 2018 auf 2019 sprunghaft angestiegen.
- Diese Feststellung trifft jedoch nur bedingt auf den Kanton Basel-Stadt zu. So sind die Kosten pro versicherte Person für stationäre Spitalaufenthalte zwar gestiegen, aber mit 2,3% in einem moderaten Ausmass.

Tabelle 3 Bruttoleistungen Spital stationär in Franken • pro Versicherten und Jahr

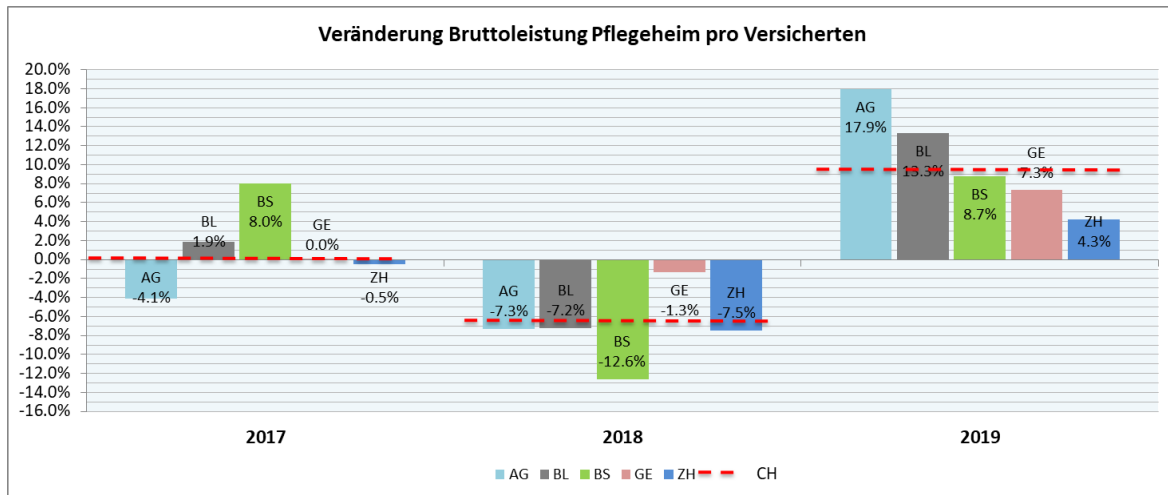
Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	769	735	796	1.7%
BL	1'011	975	1'062	2.5%
BS	1'181	1'175	1'202	0.9%
GE	844	771	831	-0.8%
ZH	778	735	791	0.8%
CH	793	780	823	1.9%
Quelle: BAG				

- Dennoch bleibt Basel-Stadt mit rund 1'200 Franken pro Versicherten für stationäre Spitalleistungen fast 50% über dem nationalen Durchschnitt von 823 Franken. Auch im gemeinsamen Gesundheitsraum (GGR) ist die Differenz zu Baselland von 15% spürbar, wenn auch in deutlich kleinerem Ausmass.
- Gegenüber den beiden Vorjahren sind die OKP-Kosten im Kanton zwar leicht gestiegen. Im 5-Jahres-Rückblick zeigt sich aber im Durchschnitt eine leicht rückläufige Tendenz, betragen die pro Versicherten-Kosten 2015 in BS doch noch über 1'250 Franken und sind seither zumeist gesunken (Vgl. Tabelle A 2 im Anhang)

<sup>14</sup> Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der stationären Spitalversorgung findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements.

### 3.3.2 Pflegeheim

Abbildung 4 Jährliche Veränderung Pflegeheimleistungen pro Kanton (in %)



- Auch bei den Pflegeleistungen in Pflegeheimen ist über die letzten Jahre und trotz der Alterung gesamthaft ein leichter Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen, wobei die Jahresschwankungen relativ gross sind (vgl. Abbildung 4 und Tabelle A 6 im Anhang). Dies deutet darauf hin, dass auch Abrechnungseffekte eine nicht unerhebliche Rolle bei diesen Schwankungen spielen dürften.
- Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die Pflegekosten pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt um mehr als ein Drittel höher sind als im gesamtschweizerischen Durchschnitt und sogar um fast 65% höher als in BL, was auf den höheren Anteil an (Hoch-)Betagten und den höheren Schweregrad bzw. die höhere Pflegestufe zurückzuführen ist<sup>15</sup>.
- Während der starke Rückgang im Vorjahr bei den OKP-Pflegeheimleistungen noch auf den Effekt der Verschiebung von MiGeL-Kosten von der OKP zur kantonalen Restfinanzierung zu erklären war<sup>16</sup>, ist der sprunghafte Anstieg der Kosten um 10% im nationalen Durchschnitt über die eingangs erwähnten Abrechnungseffekte hinaus nicht eindeutig erklärbar.

Tabelle 4 Bruttogleistungen Pflegeheim in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	158	146	173	4.6%
BL	179	166	188	2.5%
BS	324	284	308	-2.5%
GE	244	240	258	2.9%
ZH	182	168	175	-1.8%
CH	222	207	226	0.8%
Quelle: BAG				

• Ein weiterer Kostensprung im Pflegeheimbereich zu Lasten der OKP ist für das laufende Jahr zu erwarten, da das EDI die in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) festgelegten Tariftufen ab dem 1. Januar 2020 aufgrund einer Überprüfung der Pflegetarife angehoben hat<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Aufgrund der systematischen Bedarfsabklärungen im Kanton Basel-Stadt werden Personen mit einem geringen Pflegebedarf in der Regel ambulant versorgt.

<sup>16</sup> Vgl. dazu die Ausführungen im letztjährigen Bericht.

<sup>17</sup> Vgl. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-75714.html>

### 3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich

#### 3.4.1 Spitalambulant

Abbildung 5 Jährliche Veränderung spitalambulante Leistungen pro Kanton (in %)

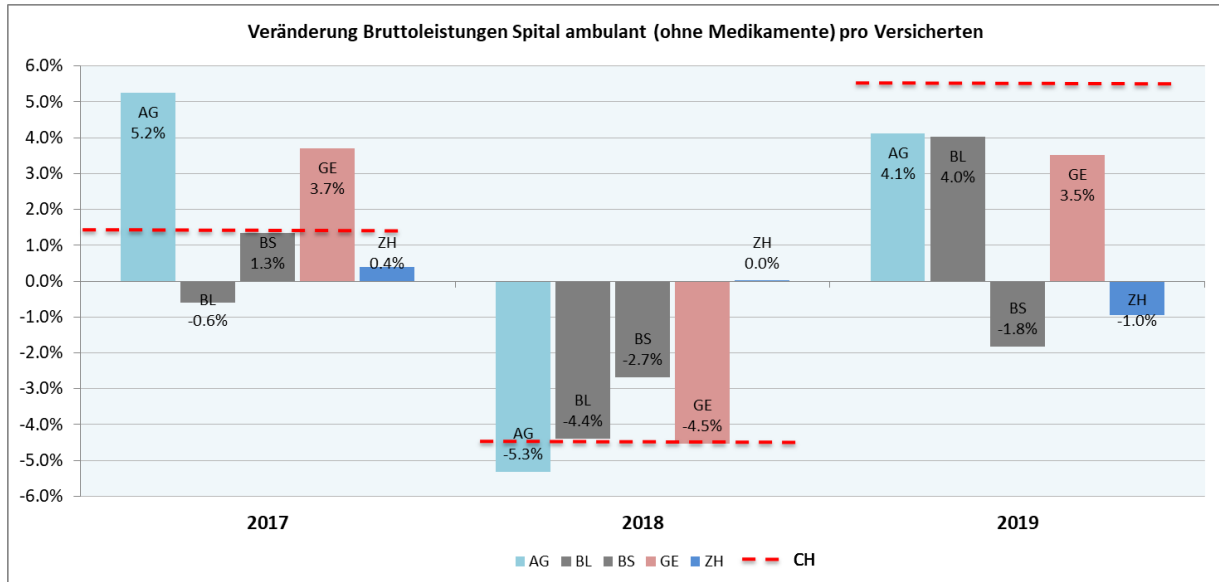


Tabelle 5 Bruttoleistungen Spital ambulant (ohne Medikamente) in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	564	534	556	-0.7%
BL	597	570	593	-0.3%
BS	695	677	665	-2.2%
GE	663	633	655	-0.6%
ZH	494	494	490	-0.5%
CH	549	524	554	0.5%
Quelle: BAG				

- Der Kanton Basel-Stadt hat im spitalambulanten Bereich schweizweit nach wie vor die höchsten Ausgaben pro Versicherten. Sie liegen mit 665 Franken im Jahr 2019 etwas mehr als 100 Franken bzw. 20% über dem Schweizer Durchschnitt.
- Die Differenz hat sich aber im letzten Jahr merklich verringert, da die spitalambulanten Bruttoleistungen pro Versicherten in BS von 2018 auf 2019 um 1,8% gesunken sind, während sie im schweizweiten Durchschnitt einen Sprung von 5,5% erfahren haben.

- Die Gründe für die unterschiedlichen Entwicklungen sind auch hier nicht restlos erklärbar. Nicht auszuschliessen ist, dass es sich um unsystematische abrechnungstechnische Verzerrungen von einem Jahr auf das nächste handelt. Tatsächlich sind im Vorjahr die entsprechenden Bruttoleistungen schweizweit viel stärker zurückgegangen als in Basel-Stadt.
- Über die letzten 5 Jahre sind die Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt pro Versicherten um 0,8% pro Jahr gestiegen (vgl. Anhang Tabelle A 3). Schweizweit betrug die jahresdurchschnittliche Veränderung im gleichen Zeitraum, d.h. zwischen 2015 und 2019, 2,2%.

### 3.4.2 Ärzte

Abbildung 6 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen Arzt ambulant pro Kanton (in %)

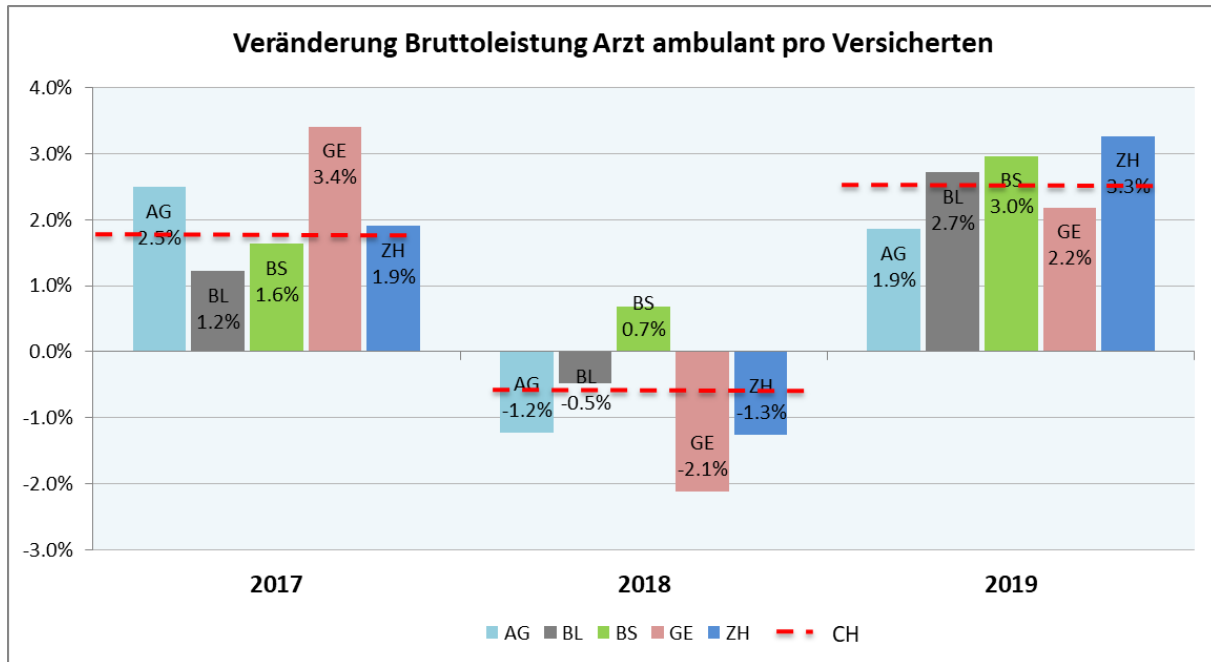


Tabelle 6 Bruttoleistungen Arzt ambulant (ohne Medikamente, inkl. Labor) in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	752	743	757	0.3%
BL	1'016	1'011	1'038	1.1%
BS	1'021	1'028	1'059	1.8%
GE	1'428	1'397	1'428	0.0%
ZH	1'028	1'015	1'048	1.0%
CH	890	884	907	1.0%
Quelle: BAG				

- Im Gegensatz zum spitalambulanten Bereich liegen die OKP-Bruttoleistungen pro Versicherten für ambulante ärztliche Leistungen (1'059 Franken im Jahr 2019) auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Kantonen Basel-Landschaft (1'038 Franken) oder auch in Zürich (1'048 Franken) und sind deutlich tiefer als in Genf (1'428 Franken).
- Die Bruttoleistungen sind im Kanton Basel-Stadt allerdings im letzten Jahr etwas stärker gestiegen als im nationalen Durchschnitt (+3% gegenüber +2,6%).

- Seit 2015 betrug die jahresdurchschnittliche Veränderung im Kanton 1,9% (vgl. Anhang Tabelle A 4).
- Nachdem im Jahr 2018 aufgrund des bundesrätlichen Eingriffs in die TARMED-Struktur schweizweit ein Rückgang bei den Kosten für ärztliche Leistungen verzeichnet wurde, ist die Entwicklung im letzten Jahr wieder auf den langjährigen Pfad des Trendwachstums zurückgesprungen. Dieses betrug im Durchschnitt in den letzten 20 Jahren rund 3% pro Jahr in der Schweiz.

### 3.4.3 Spitex

Abbildung 7 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen Spitex pro Kanton (in %)

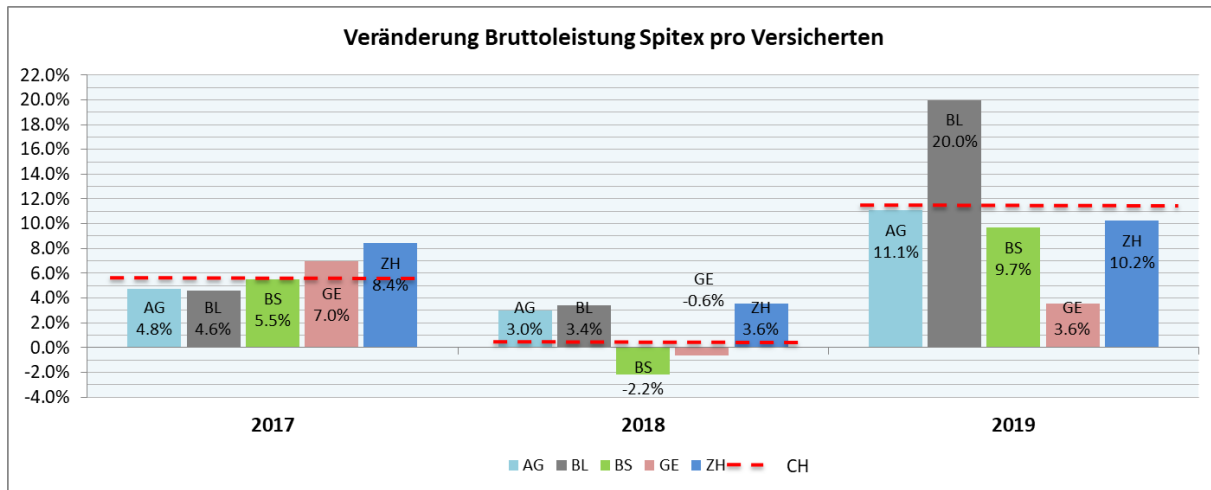


Tabelle 7 Bruttoleistungen Spitex in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	75	77	85	7.0%
BL	99	102	123	11.4%
BS	163	159	175	3.6%
GE	140	139	144	1.4%
ZH	91	94	104	6.9%
CH	110	111	123	5.8%
Quelle: BAG				

- Der Spitex-Bereich gehörte in den letzten Jahren zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen der OKP mit einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt zwischen 2015 und 2019 von 6% (vgl. Anhang Tabelle A 7).
- Nach einer deutlichen Verlangsamung im Jahr 2018 wurde im Jahr 2019 schweizweit wieder ein markanter Kostensprung verzeichnet (+10,8%).
- In Basel-Stadt lag die Steigerung zwar mit 9,7% leicht unter dieser Marke, aber immer noch deutlich über dem mehrjährigen Durchschnitt.

- Der Kanton Basel-Stadt bleibt damit gesamthaft weiterhin der Kanton mit den höchsten Spitex-Leistungen pro Versicherten. Sie liegen mit 175 Franken pro Jahr etwas mehr als 40% über dem nationalen Durchschnitt.
- Auffallend ist jedoch auch die Entwicklung in Baselland, wo das Wachstum im Durchschnitt der letzten drei Jahre über 10% und von 2018 auf 2019 sogar +20% betrug.
- Das starke Wachstum der Spitex-Leistungen in der Region kann aber durchaus auch als positives Signal gewertet werden, dass pflegebedürftige Personen immer häufiger zu Hause gepflegt werden können und sich damit der Eintritt in ein Pflegeheim länger hinauszögern oder ganz verhindern lässt, ganz im Sinne der Strategie ambulant vor stationär.

### 3.4.4 Übrige Leistungserbringer

Abbildung 8 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen übrige Leistungserbringer pro Kanton (in %)

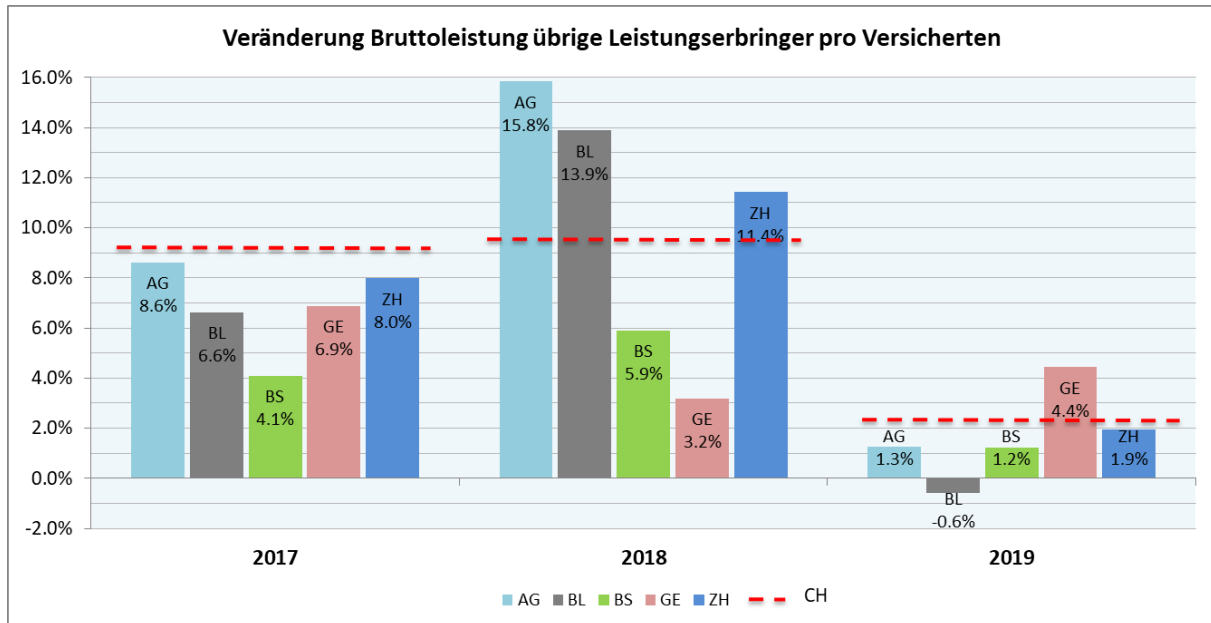


Tabelle 8 Bruttoleistungen übrige Leistungserbringer in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	423	490	496	8.3%
BL	519	591	588	6.4%
BS	624	661	669	3.5%
GE	626	646	674	3.8%
ZH	434	484	493	6.6%
CH	471	512	525	5.6%
Quelle: BAG				

- Die Leistungen, die hier zusammengefasst sind, umfassen insbesondere die Physiotherapie, die Laboranalysen, die Hilfsmittel- und Gegenstände, sowie Leistungen weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie Hebammen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren und die Komplementärmedizin.
- Diese Bereiche machen zusammengekommen zwar lediglich rund 13% der gesamten OKP-Leistungen aus. Sie gehörten in den letzten Jahren mit Wachstumsraten von fast 10% zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen.
- 2019 hat sich das Wachstum allerdings schweizweit deutlich verlangsamt. Basel-Stadt lag mit einer leichten Erhöhung der Bruttoleistungen pro Versicherten um 1,2% ebenfalls in diesem Trend.

### 3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten

Abbildung 9 Jährliche Veränderung der Medikamentenausgaben (Apotheken, Ärzte, Spital ambulant) pro Kanton (in %)

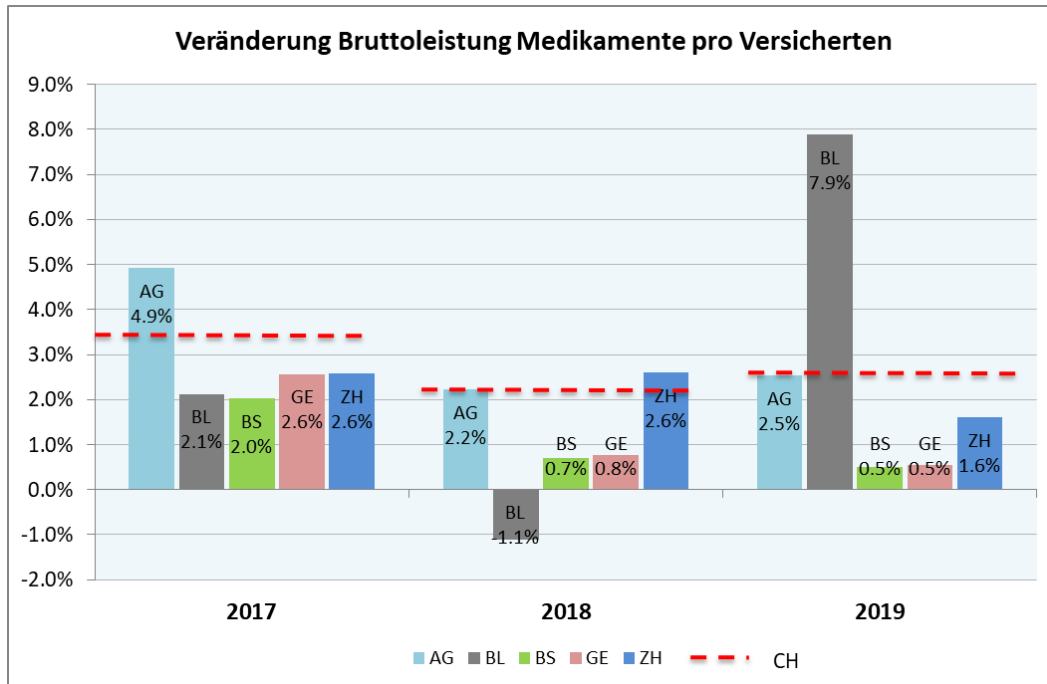
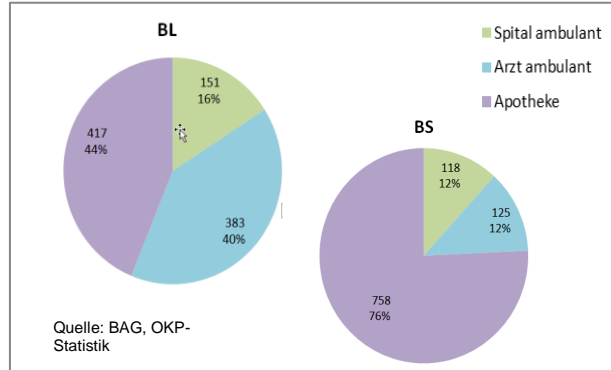


Tabelle 9 Bruttoleistungen Medikamente in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2017	2018	2019	Δ 19/17
AG	796	814	835	2.4%
BL	892	882	952	3.3%
BS	988	996	1'000	0.6%
GE	956	963	969	0.6%
ZH	783	804	816	2.1%
CH	814	831	854	2.4%

Quelle: BAG

Abbildung 10 Anteil Medikamente 2019 nach Abgabeart in Franken und Prozent



- Die Ausgaben für Arzneimittel in Basel-Stadt betragen im Jahr 2019 genau 1'000 Franken pro versicherte Person und machten damit ein Fünftel der OKP-Bruttoleistungen aus.
- Die Wachstumsraten im Kanton waren in den letzten Jahren sehr moderat und sind im Jahr 2019 mit +0,5% nochmals ganz leicht gegenüber 2018 zurückgegangen.
- Auffallend ist auch bei dieser Kostengruppe die Differenz zum Nachbarkanton Basel-Landschaft, wo die Zunahme im letzten Jahr fast 8% betrug und weit über dem schweizerischen Mittel von 2,4% lag.
- Eine vertiefte Analyse zeigt dabei, dass insbesondere in Arztpraxen (+10%) und Spitalambulatorien (+22%) in BL ein starker Anstieg verzeichnet wurde, während die Abgabe in Apotheken nahezu unverändert geblieben ist (+1,7%).
- Hier liegt die Vermutung nahe, dass die selbstdispensierten Ärzte und Ambulatorien einen Teil der Einkommenseinbusse, die sie 2018 durch die Reduktion der TAR-MED-Vergütungen hinnehmen mussten, über vermehrte Medikamentenverkäufe

kompensiert haben könnten.

- In Basel-Stadt, mit einem grundsätzlichen Selbstdispensationsverbot (Ausnahmen für Notfälle und unmittelbare Behandlungen) liegt der Anteil an den von Apotheken abgegebenen Medikamenten bei über 75% und hat sich gegenüber 2018 kaum verändert.

#### **4. Vertiefungsanalyse: Demografische Struktur und ihre Auswirkung auf die OKP-Kosten**

Der Kanton Basel-Stadt hat im kantonalen Vergleich in der Gesundheitsversorgung eine Sonderstellung: mit nur drei Gemeinden und als einziger reiner Stadtkanton ist der Kanton Basel-Stadt mit Eigenheiten konfrontiert, die grossen Einfluss auf Kosten und Organisation der Gesundheitsversorgung haben.

Die Vorteile liegen vom Gesichtspunkt der gesundheitspolitischen Steuerung auf der Hand: das kleine, urbane Kantonsgebiet mit wenigen Verwaltungsschnittstellen zur kommunalen Ebene vereinfachen die zentrale Steuerung der verschiedenen Gesundheitsbereiche und erlauben sehr einheitliche Strukturen und Prozesse. Zudem kommen im Pflegeheimbereich ein kantonaler Einheitstarif und eine gesamtkantonale Qualitätskontrolle zum Einsatz. Dies ermöglicht eine konstante, qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung. Auch ist die Restfinanzierung einheitlich und durchgängig zentral geregelt.

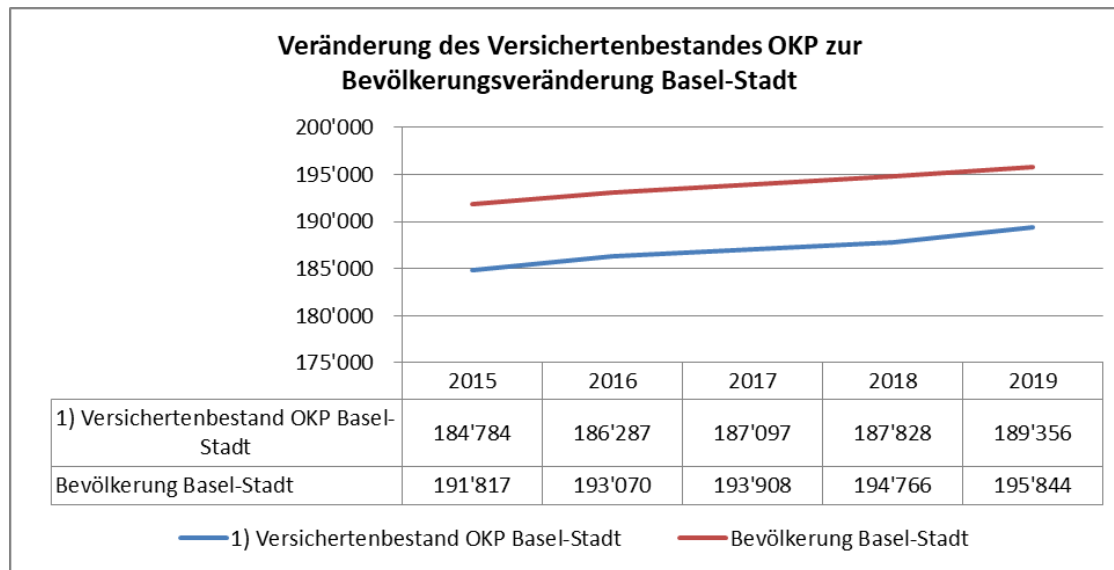
Demgegenüber stehen die sozialen Herausforderungen einer rein städtischen Demografie mit einer tendenziell älteren Bevölkerung, einer überdurchschnittlichen Zahl von sozial benachteiligten Einwohnerinnen und Einwohnern, teilweise mit Migrationshintergrund, und einer überdurchschnittlichen Erwerbslosigkeit. Faktoren, die sich trotz des wirtschaftlichen Wohlstands im Kanton eher kostentreibend auf die Gesundheitsversorgung auswirken.

Nachfolgend werden die demografischen Besonderheiten des Kantons Basel-Stadt näher beschrieben und wird versucht, deren Gewicht als Kostenfaktor für die Gesundheitskosten vertieft zu analysieren.



## 4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand

Abbildung 11 Versichertenbestand und Bevölkerungsentwicklung



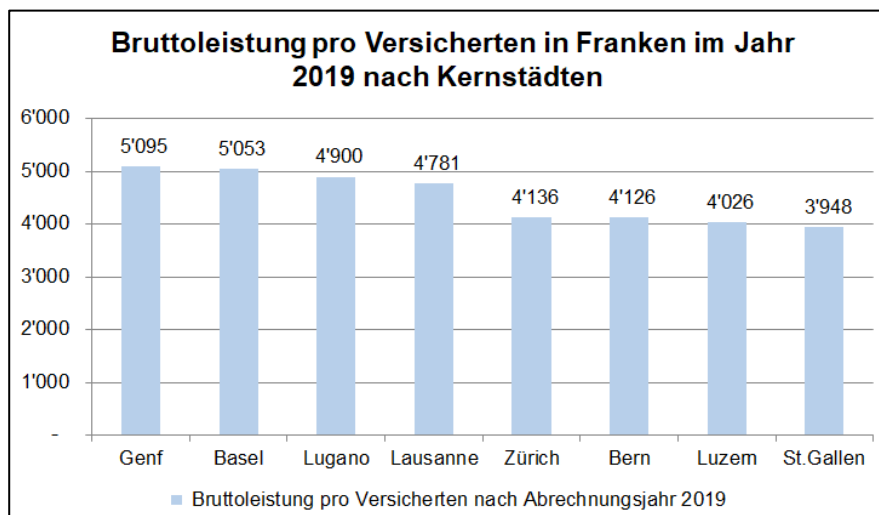
Quellen: BAG und BFS

- Die Anzahl der OKP-Versicherten umfasst alle Personen, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft und krankenversichert sind und deren Kosten für die bezogenen Leistungen und die Einnahmen für die bezahlten Prämien dem Kanton Basel-Stadt zugeordnet werden und damit für die Prämienberechnung relevant sind.
- Wie die obenstehende Abbildung zeigt, haben in den letzten Jahren sowohl die Bevölkerung wie auch der Versichertenbestand im Kanton Basel-Stadt zugenommen. Die entsprechenden Entwicklungen verlaufen weitgehend parallel, aber die absolute Zahl der OKP-versicherten Personen liegt aus verschiedenen Gründen leicht unter der ausgewiesenen Wohnbevölkerung (z.B. durch vom Versicherungsobligatorium befreite Personen, Personen im Asylprozess, „Expatriates“ mit Kurzaufenthalt etc.).

## 4.2 Kernstädte im Vergleich

Im Kapitel 3 wurden die OKP-Kosten des Kantons Basel-Stadt im Vergleich zu ausgewählten Kantonen und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt dargestellt. Daraus geht hervor, dass die hiesigen Bruttoleistungen pro Versicherten rund 25% über dem Schweizer Durchschnitt liegen. Nachfolgend soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern diese Kostendifferenz auf die höhere Urbanisierung des Stadtkantons zurückgeführt werden kann. Hierfür wurden in einer Sonderauswertung acht der grössten Schweizer Städte (max. eine Stadt pro Kanton) miteinander verglichen:

Abbildung 12 Bruttoleistungen in grösseren Schweizer Städten im Vergleich



Quelle: OBSAN, Sonderauswertung Daten SASIS

Tabelle 10: Durchschnittsalter der städtischen Wohnbevölkerung (2019)\*

Lugano	44.8
<b>Basel</b>	<b>42.6</b>
Luzern	42.5
Bern	41.4
St. Gallen	41.1
Genf	40.9
Zürich	39.9
Lausanne	39.3
Schweiz	42.5

Quelle: BFS, eigene Berechnungen

- Der Vergleich für das Jahr 2019 zeigt, dass sich die Kostenunterschiede pro versicherte Person zwar gegenüber einem einfachen Kantonsvergleich verringern. Dennoch bleiben sie auch weiterhin bestehen.
- Die Städte Basel und Genf weisen auch in dieser Sichtweise die höchsten Bruttoleistungen pro Versicherten aus mit 5'095 bzw. 5'053 Franken. Hingegen wird die Spitzenposition nunmehr nicht mehr von Basel sondern von Genf eingenommen. Danach folgen Lugano und Lausanne.
- Der Unterschied von Basel zu den anderen Deutschschweizer Städten bleibt jedoch weiterhin beträchtlich. So liegen die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person in Basel um rund 1'100 Franken bzw. rund 28% höher als in St. Gallen.
- Diese Zahlen deuten darauf hin, dass sich die höheren Kosten in unserem Stadtkanton nicht allein auf seinen urbanen Charakter zurückführen lassen.
- Nicht berücksichtigt im Kostenvergleich sind allerdings die Unterschiede in der Altersstruktur der Kernstädte. In Tabelle 10 wird gezeigt, dass die Stadt Basel<sup>18</sup> nach Lugano den zweithöchsten Altersdurchschnitt in der Liste aufweist, was auch einen Teil des Unterschieds bei den Bruttoleistungen zwischen den Städten erklären kann.

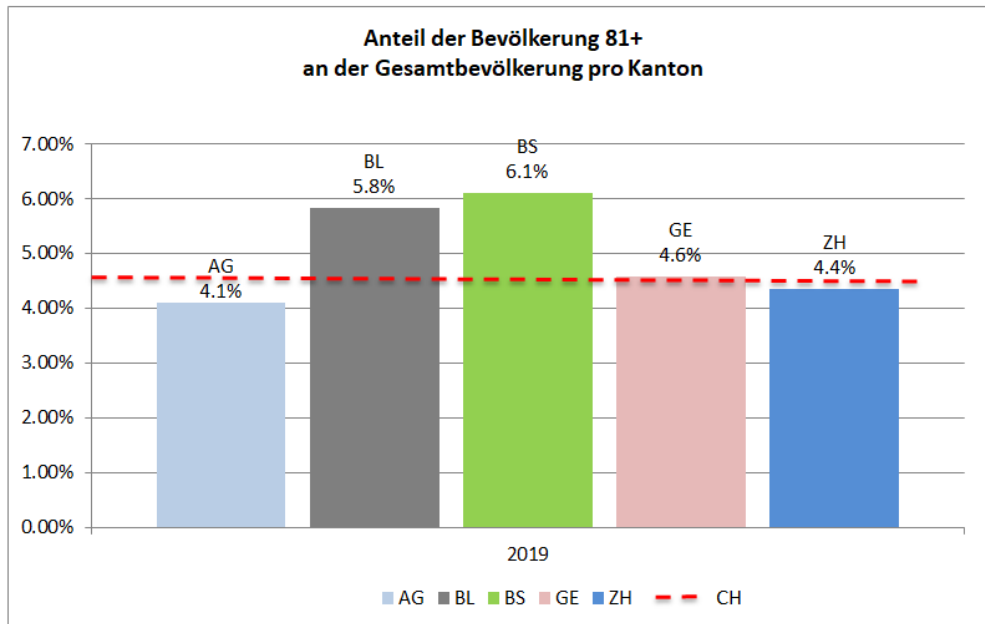
<sup>18</sup> In diese Berechnung wurde Riehen mit einem Durchschnittsalter von 46,0 Jahren nicht mitberücksichtigt.  
\*Die Angaben für das Durchschnittsalter können aufgrund der Berechnungsmethodik leicht von anderen Quellen abweichen.

## 4.3 Demografie als Kostenfaktor: Effekt der Altersstruktur

### 4.3.1 Anteil betagter Personen

Neben seinem hohen Urbanitätsgrad hat der Kanton Basel-Stadt mit 6,1% (CH-Durchschnitt 4,7%) den zweithöchsten Anteil an über 80-jährigen Personen im Kantonsvergleich. Nur der Kanton Tessin liegt mit 6,3% höher. Dies ist erwartungsgemäss die Personengruppe mit den höchsten OKP-Nettoleistungen.

Abbildung 13 Anteil der Altersgruppe 81+ an der kantonalen Bevölkerung



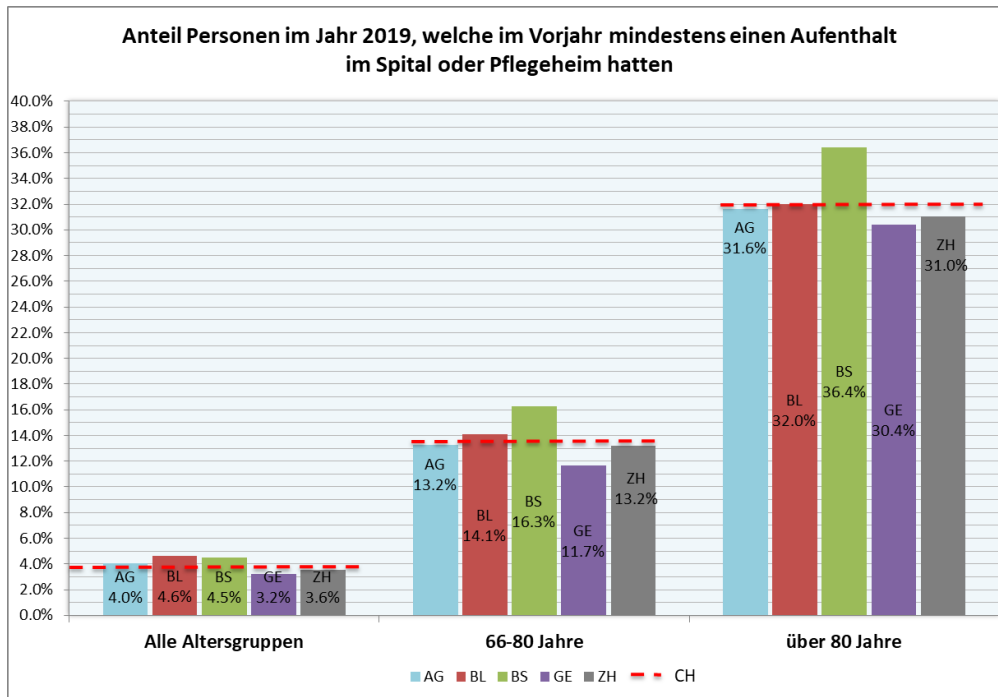
Quelle: BFS

### 4.3.2 Stationäre Aufenthalte im hohen Alter

Von schwergewichtiger Bedeutung sind in dieser Beziehung diejenigen Personen, die in einem Spital stationär behandelt oder in einem Pflegeheim gepflegt werden müssen. Auch in dieser Beziehung liegt Basel-Stadt im gesamtschweizerischen Vergleich deutlich an der Spitze (vgl. Abbildung 14):

- 36,4% der Betagten in Basel-Stadt mussten sich im Vorjahr in einem Spital stationär behandeln oder in einem Pflegeheim betreuen lassen.
- Zum Vergleich liegt diese Kennzahl im Nachbarkanton Baselland mit einem vergleichbaren Anteil an Betagten an der Kantonsbevölkerung (5,8%) bei 32%, was auch dem schweizweiten Durchschnittswert entspricht.
- Ebenso fällt auf, dass nicht nur die älteren Personen in Basel-Stadt häufiger stationäre behandelt werden, sondern diese Feststellung auch für die übrigen Altersgruppen gilt.

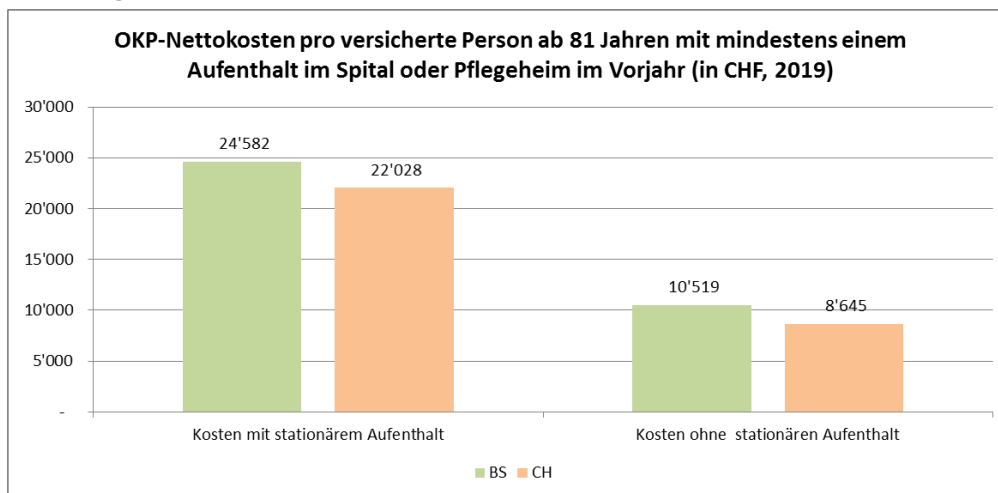
**Abbildung 14: Anteil der Altersgruppe 81+ mit mindestens einem stationären Aufenthalt 2019 (Spital oder APH)**



Quelle: Gemeinsame Einrichtung, Risikoausgleichsstatistik, eigene Berechnung

Anhand von Zahlen aus der Risikoausgleichsstatistik lässt sich ablesen, wie hoch der Kostenunterschied ist zwischen betagten Personen, die einen stationären Aufenthalt hatten und der Vergleichsgruppe ohne einen solchen Aufenthalt (Abbildung 15):

**Abbildung 15 Kosteneffekt von stationären Aufenthalten im hohen Alter**



Quelle: Gemeinsame Einrichtung, Risikoausgleichsstatistik

- Ganz allgemein liegen die Kosten für Personen in dieser Alterskategorie mit über 15'500 Franken pro Versicherten in Basel-Stadt rund dreimal so hoch, wie die durchschnittlichen Bruttoleistungen. National liegen die Durchschnittskosten dieser Personengruppe bei rund 13'000 Franken.
- Ein stationärer Aufenthalt erhöht die durchschnittlichen Kosten, nicht nur im Jahr in dem der Aufenthalt stattfindet sondern auch im Folgejahr, wie die oben stehende Grafik darlegt. Der Unterschied zwischen Personen dieser Alterskategorie mit bzw.

ohne stationären Aufenthalt beträgt rund das Zweieinhalbfache, dies sowohl in Basel-Stadt wie auch schweizweit.

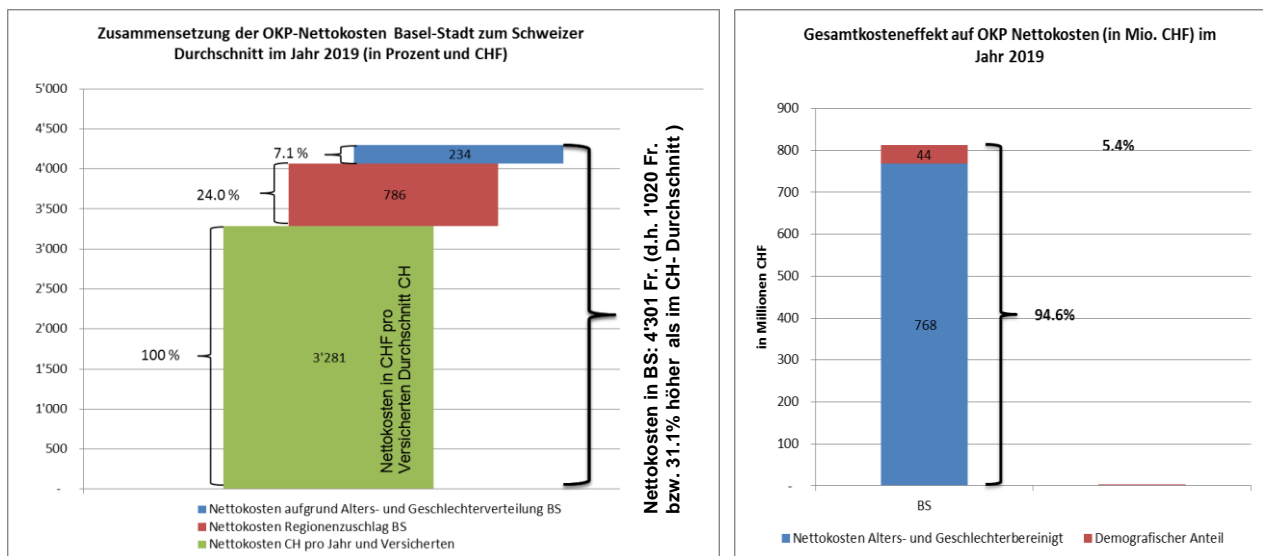
- Dass das Verhältnis zwischen Basel-Stadt und der Schweiz in dieser Beziehung in etwa gleich bleibt, ist ein Indikator dafür, dass nicht die stationären Aufenthalte an sich teurer sind im Stadtkanton als im Rest des Landes, sondern dass deren überdurchschnittliche Menge schwerer ins Gewicht fällt.

### 4.3.3 Der Gesamteffekt der demografischen Struktur

In einem letzten Analyseschritt kann man sich die Frage stellen, wie stark sich kantonale Unterschiede in der demografischen Struktur der Versicherten auf die Gesundheitskosten auswirken. In diesem Zusammenhang ist nicht nur die Altersverteilung, sondern auch die Geschlechtsverteilung *a priori* von Interesse. Tatsächlich hat der Kanton Basel-Stadt im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt einen etwas höheren Frauenanteil an der Bevölkerung (BS: 51,5% gegenüber CH: 50,4%). Gleichzeitig ist bekannt, dass Frauen im Durchschnitt etwas mehr Krankenversicherungsleistungen in Anspruch nehmen<sup>19</sup>. Aus diesen Gründen wird auch das Geschlecht der Versicherten im Risikoausgleich mitberücksichtigt.

Mit einer Standardisierung der demografischen Struktur, lässt sich aufzeigen, wie sich die jeweiligen kantonalen Nettoleistungen verändern würden, wenn alle Kantone dieselbe durchschnittliche Alters- und Geschlechtsverteilung aufweisen würden. Hierfür multipliziert man für jede Alterskategorie die effektiven (Netto-)Kosten pro Versicherten mit dem schweizweiten Durchschnitt des Anteils dieser Alters- und Geschlechtsgruppe an der Gesamtbevölkerung und summiert anschliessend über sämtliche Gruppen. Daraus ergibt sich folgende Grafik:

Abbildung 16: Nettokosteneffekt in Basel-Stadt bei standardisierter Alters- und Geschlechterstruktur



Quelle: Gemeinsame Einrichtung, Risikoausgleichsstatistik, eigene Berechnungen

- Die durchschnittlichen OKP-Nettokosten in der Schweiz betragen 3'281 Franken, während die basel-städtischen Versicherten im Durchschnitt Leistungen in der Höhe von 4'301 Franken (=+31%) in Anspruch nehmen. Die Differenz von 1'020 Franken

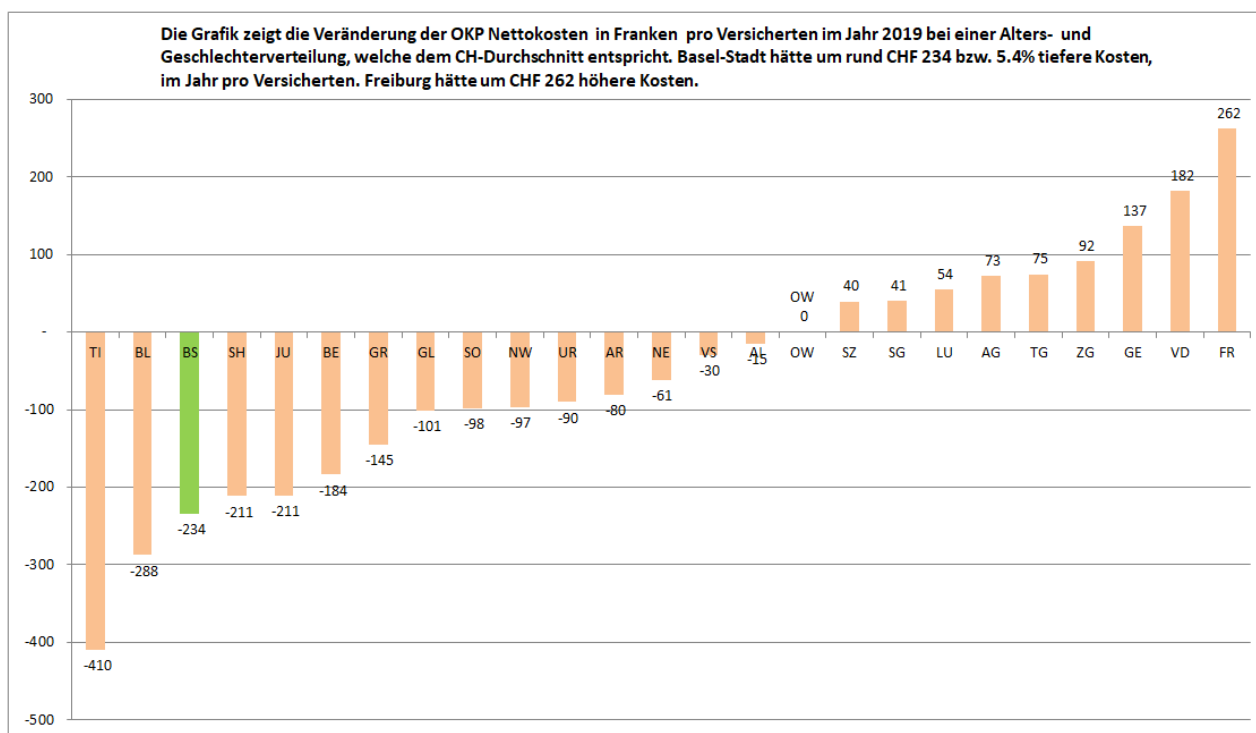
<sup>19</sup> Je nach Betrachtungsweise (Brutto- oder Nettokosten) liegt die Kostendifferenz zwischen den Geschlechtern bei ungefähr 25 – 30%.

setzt sich aus der unterschiedlichen Alters-/Geschlechtsverteilung (234 Franken / 7,1%) und den höheren Leistungsmengen in Basel-Stadt (790 Franken) zusammen.

- Anders ausgedrückt heisst dies, dass sich fast ein Viertel der Differenz (22,5%) zwischen dem basel-städtischen und dem schweizerischen Kostenniveau auf Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung zurückführen lässt.
- Umgekehrt bedeutet dies auch, dass die pro-Kopf-Kosten in Basel-Stadt um 5,4% tiefer liegen würden, wenn die Alters- und Geschlechtsstruktur dem gesamtschweizerischen Durchschnitt entspräche (230 Franken / 4'301 Franken = 5,3%). Auf das gesamte OKP-Nettokostenvolumen von 812 Mio. Franken in Basel-Stadt wären dies dann rund 43 Mio. Franken.

Die nachfolgende Abbildung zeigt schliesslich den Nettoeffekt einer standardisierten Demografie für sämtliche Kantone:

Abbildung 17: Kantonale Nettokosteneffekte einer standardisierten Alters- und Geschlechterstruktur



Quelle: Gemeinsame Einrichtung, Risikoausgleichsstatistik

- Basel-Stadt gehört mitunter zu jenen Kantonen, in denen sich der Demografie-Effekt in absoluten Werten am stärksten auf die Kosten auswirkt. Noch stärker davon betroffen sind einzig Baselland und das Tessin, wobei der Effekt im Südkanton mit 407 Franken sowohl absolut als auch im Verhältnis zu den Nettoleistungen (ca. 10%) am höchsten ist.
- Zu erwähnen ist allenfalls noch, dass dieser Effekt nicht durch den Risikoausgleich zwischen Versicherern kompensiert wird, der entsprechende Ausgleich nur innerhalb eines Kantons, nicht aber zwischen den Kantonen stattfindet.
- Was in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt werden konnte, sind die *kumulativen Effekte*, die sich aus den soziodemografischen Charakteristiken einer städtischen Umgebung (z.B. höherer Anteil von Sozialhilfeempfängern und Migrantinnen und Migranten an der Bevölkerung) zusammen mit dem Alters- und Geschlechtseffekt

fekt ergeben, die aber vermutlich den erklärenden Anteil der demografischen Struktur an der Kostendifferenz noch weiter erhöhen würden.

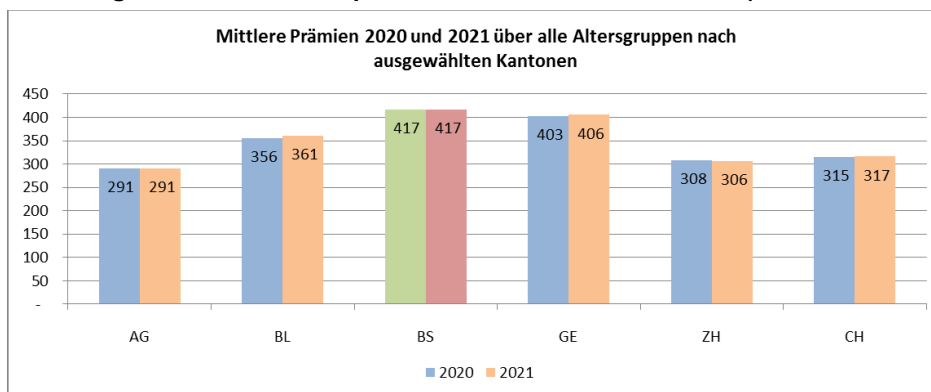
## 5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

### 5.1 Entwicklung der mittleren Prämien

Seit 2018 weist das BAG als wichtigste Kennzahl nicht mehr die Standardprämie als Referenz aus, sondern den gewichteten Durchschnitt der Prämien über sämtliche Versicherungsmodelle und Franchisestufen (sog. „Mittlere Prämie“)<sup>20</sup>. Anders ausgedrückt entspricht die Mittlere Prämie den *gesamten budgetierten Pro-Kopf-Prämieneinnahmen*. Sie basiert auf einer Schätzung der Verteilung der Krankenversicherten auf die verschiedenen Versicherungsmodelle im Folgejahr. Da die Prämien für alternative Versicherungsmodelle und höhere Franchisestufen sowie auch für Kinder und junge Erwachsene tiefer sind und tendenziell eine Verschiebung von einem Jahr aufs nächste zu günstigeren Versicherern und Modellen stattfindet, ist sowohl das Niveau als auch die Entwicklung bei der Standardprämie höher als bei der mittleren Prämie.

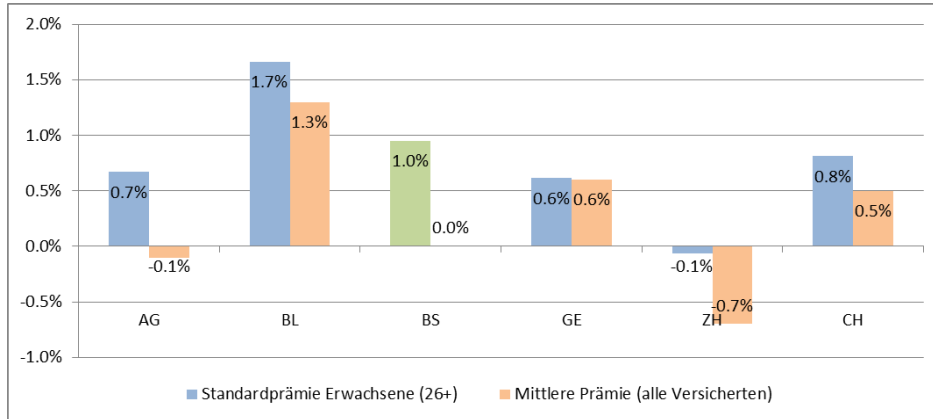
Im Kanton Basel-Stadt dürfte die mittlere Prämie von 2020 auf 2021 ein Nullwachstum verzeichnen, während sie im gesamtschweizerischen Durchschnitt um 0,5% steigt. Da die Erwartungen in Bezug auf die wechselwilligen Versicherten in den verschiedenen Kantonen voneinander abweichen können, besteht nicht unbedingt ein linearer Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Standard- und der mittleren Prämien (vgl. Abbildung 19). Es fällt dennoch auf, dass die Diskrepanz zwischen diesen beiden Werten mit einer Differenz von einem Prozentpunkt in Basel-Stadt besonders gross ist.

Abbildung 18: Mittlere Prämie pro Monat über alle Altersklassen (absolut in Franken)



<sup>20</sup> Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen bleibt jedoch die Standardprämie massgebend.

Abbildung 19 Vergleich Entwicklung Standard- und mittlere Prämien von 2020 auf 2021



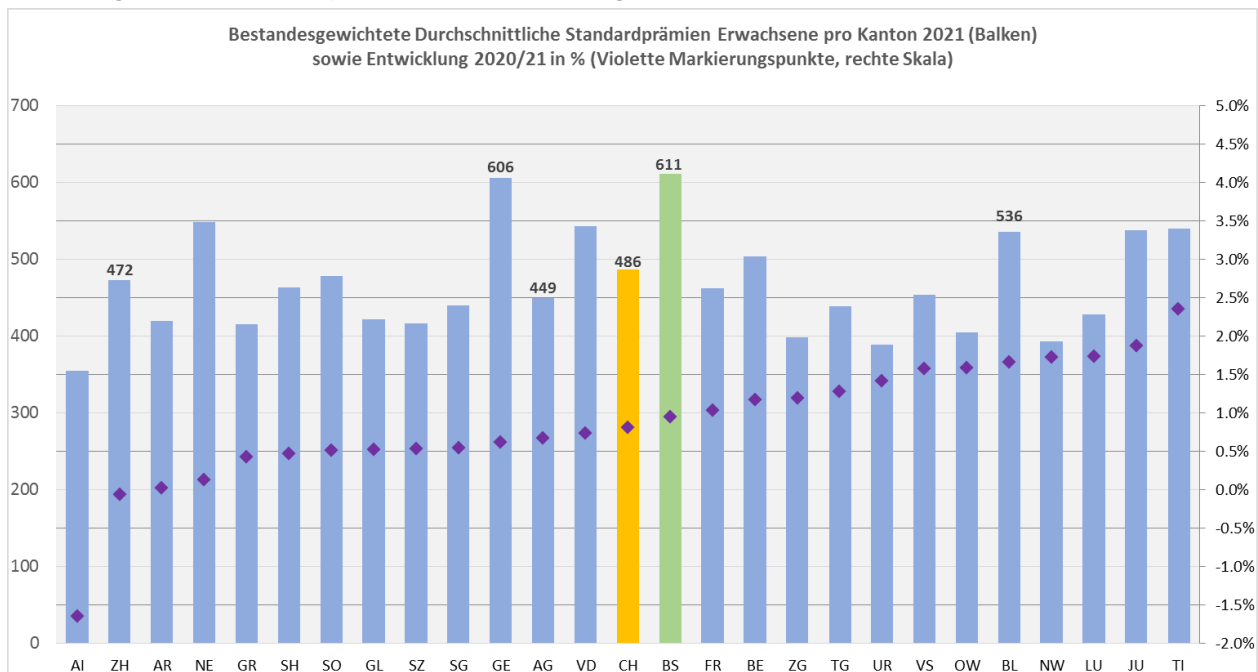
Quelle: BAG, Prämien genehmigung

Für die Jahre 2015 bis 2019 betrug die *mittlere* jährliche Prämienentwicklung für den Kanton Basel-Stadt 2,7%, während die *durchschnittliche* Entwicklung der Standardprämie für Erwachsene im selben Zeitraum bei 3,1% lag.

Gestützt auf Artikel 17 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) hat das BAG im Rahmen der diesjährigen Prämien genehmigungsrunde einen Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen von sieben Krankenversicherern in der Höhe von insgesamt 13,5 Mio. Franken an die baselstädtischen Versicherten für das Jahr 2019 gutgeheissen. Dies entspricht einem Anteil von rund 1,5 Prämienprozent des gesamten Prämien volumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt im vergangenen Jahr.

## 5.2 Entwicklung der Standardprämie

Abbildung 20 Durchschnittsprämien und Veränderung für das Jahr 2021



Quelle: BAG, Prämien genehmigung



- Am 22. September 2020 hat das BAG die offiziellen Prämien für das Jahr 2021 kommuniziert: die bestandesgewichtete Durchschnittsprämie (= sog. Standardprämie für Erwachsene mit freier Arztwahl und Franchise 300 Franken, inkl. Unfall) für den Kanton Basel-Stadt liegt im kommenden Jahr bei 611 Franken pro Monat (Abbildung 20). Dies entspricht einer Erhöhung von 1,0% gegenüber 2019 und leicht über der gesamtschweizerischen Entwicklung (+0,8%).
- Aufgrund der moderateren Kostenentwicklung im Kanton Basel-Stadt hat sich die Prämien Differenz zu den nachfolgenden Kantonen in den letzten Jahren verringert (z.B. Kanton Genf 606 Franken).
- Seit 2015 ist die Standardprämie für Erwachsene gesamthaft um rund 15% und im Durchschnitt um 2,3% pro Jahr gestiegen. Für Kinder betrug dieser Anstieg 2,4% jährliche. Für Jugendliche bzw. junge Erwachsene ist die Monatsprämie in dieser Zeit um insgesamt 8% zurückgegangen (vgl. Tabelle A 11 im Anhang).
- Durch die Umsetzung der Bestimmungen zur Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (Art. 16a Abs. 1 KVG) sind die Prämien in dieser Alterskategorie für die Jahre 2019 und 2020 gesunken. Die Versicherer müssen 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.

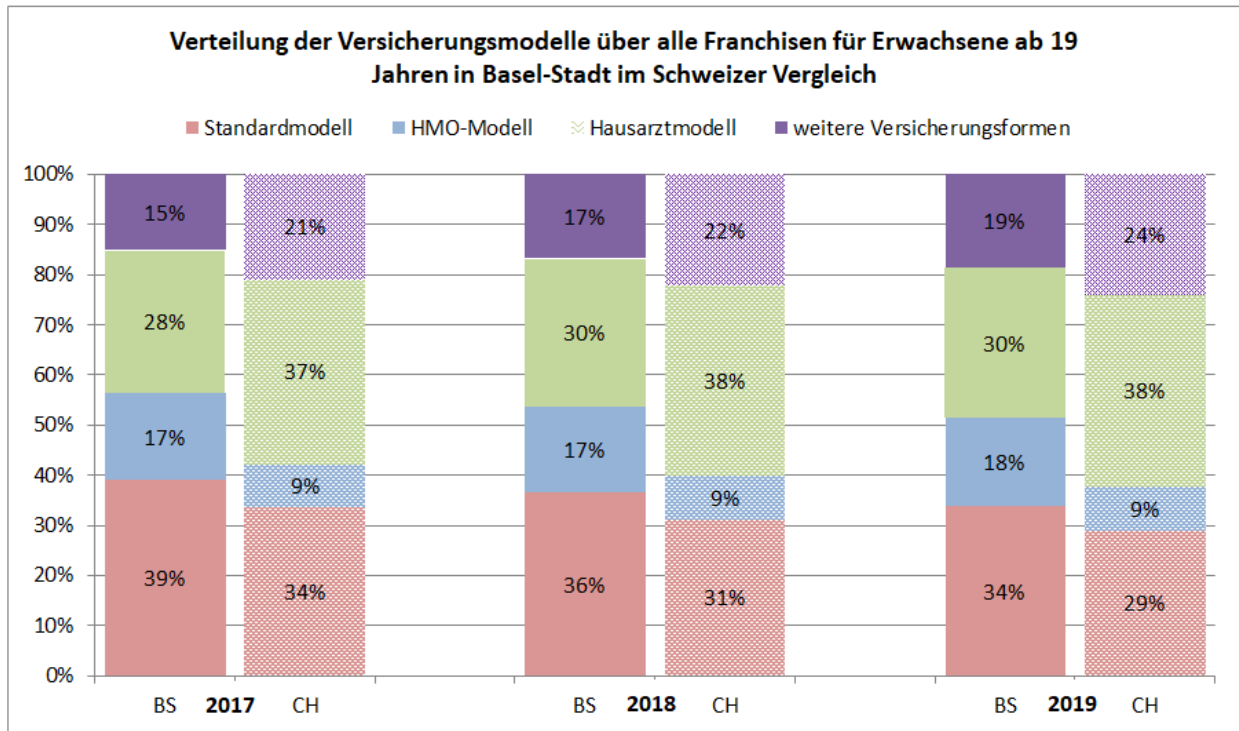
### 5.3 Alternative Versicherungsmodelle

In Bezug auf die Kostenentwicklung wird seit mehreren Jahren auf die Problematik der unkoordinierten Behandlungsführung hingewiesen, die insb. aufgrund von unnötigen Mehrfachuntersuchungen kostentreibend wirkt. Man geht davon aus, dass eine stärkere Steuerung über sogenannte integrierte (bzw. „koordinierte“) Versorgungsmodelle hier einen bedeutenden kostendämmenden Effekt entfalten könnte, insbesondere bei der Behandlung von chronischen und multimorbiden Patienten.

Im Rahmen der OKP werden verschiedene „besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“ angeboten (Art. 41 Abs. 4 bzw. Art. 62 KVG), wobei das beliebteste das sogenannte Hausarztmodell ist. Daneben existieren auch weitere besondere Versicherungsformen, wie das HMO-Modell oder die telefonische Triage (z.B. „TelMed“), welche gegenüber dem Hausarztmodell für den Versicherten höhere oder tiefere Auflagen in Bezug auf seine Wahlfreiheit implizieren. Üblicherweise gilt: je eingeschränkter die Wahlfreiheit, desto höher der Prämienrabatt, wobei dieser maximal auf 20% der ordentlichen Prämie für dieselbe Franchisestufe begrenzt ist (Art. 101 KVV). Höhere Rabatte können nur gewährt werden, wenn diese auf risikobereinigten Erfahrungszahlen über mindestens fünf Rechnungsjahre beruhen.

Abbildung 20 zeigt die Verteilung der Versicherten im Kanton Basel-Stadt auf die alternativen Versicherungsmodelle. Gegenüber dem schweizweiten Durchschnitt haben die baselstädtischen Versicherer einen höheren Anteil Versicherte im Standard- aber auch im HMO-Modell, während tendenziell weniger Versicherte in Hausarzt- und anderen Modellen versichert sind. Im Kanton Basel-Stadt wie auch gesamtschweizerisch entwickelt sich der Trend aber immer mehr in Richtung besondere Versicherungsformen. 2019 haben bereits 68% der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell gewählt (CH: 73%).

Abbildung 21: Besondere Versicherungsformen in der OKP



Quelle: BAG, OKP-Statistik

## 6. Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt

### 6.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung

Die Gesamtbelastung der Staatsrechnung des Kantons Basel-Stadt durch die Beiträge an die Spitalfinanzierung konnte in den vergangenen fünf Jahren weiter reduziert werden. Einem moderaten Wachstum beim Kantonsanteil für stationäre Behandlungen (durchschnittlich 1,6% pro Jahr zwischen 2015 und 2019) stand die deutliche Senkung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gegenüber. Gesamthaft gesehen resultierte daraus eine durchschnittliche Entlastung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung um 0,8% pro Jahr seit 2015.

Insgesamt hat der Transferaufwand für die Spitalfinanzierung im Jahr 2019 366,5 Mio. Franken betragen und liegt damit immer noch tiefer als im Jahr 2015, als der Kanton Beiträge in der Höhe von 378,2 Mio. Franken ausgerichtet hatte.

**Tabelle 11: Transferaufwand Spitalfinanzierung (Kantonsbeitrag Behandlung und Gemeinwirtschaftliche Leistungen)**

<b>Transferaufwand Spitalfinanzierung</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Δ 19/15</b>
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	282'282	283'841	289'344	292'230	300'717	
<i>Veränderung</i>	2.6%	0.6%	1.9%	1.0%	2.9%	1.6%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	95'944	69'540	68'929	60'191	65'736	
<i>Veränderung</i>	-3.5%	-27.5%	-0.9%	-12.7%	9.2%	-9.0%
<b>Total</b>	<b>378'226</b>	<b>353'381</b>	<b>358'273</b>	<b>352'421</b>	<b>366'453</b>	
<i>Veränderung</i>	1.0%	-6.6%	1.4%	-1.6%	4.0%	-0.8%

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

### 6.1.1 Stationäre Behandlungen

- Gemäss KVG ist der Kanton verpflichtet, mindestens einen Anteil von 55% jeder stationären Spitalrechnung zu finanzieren. Im Jahr 2016 hat der Kanton Basel-Stadt seinen Anteil auf 56% erhöht und diesen seither beibehalten.
- Nachdem im letzten Jahr das leichte Auseinanderdriften zwischen den kantonalen Spitalbeiträgen in der Staatsrechnung (2018: +1,0%) und den stationären OKP-Bruttoleistungen (2018: -0,2%) noch gewisse Rätsel aufgegeben hatte, scheint sich die Vermutung zu bestätigen, dass es sich dabei um technische Abgrenzungsdifferenzen gehandelt haben dürfte. 2019 war dementsprechend das Wachstum der stationären Gesamtkosten in der OKP mit +3,2% höher als jener in der kantonalen Rechnung (+2,9%), wodurch sich die Trends wieder angeglichen haben.
- Ohne den Effekt der Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die nach KVG versichert sind und deren stationäre Aufenthalte der Kanton gemäss Gesetz seit dem Jahr 2019 analog zu den Kantonseinwohnern mitfinanzieren muss, wäre diese Angleichung noch stärker ausgefallen. Im Jahr 2019 hat der Anteil des Kantons Basel-Stadt für Spitalbehandlungen von Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die im Kanton arbeiten, (sowie deren Angehörigen) rund 5 Mio. Franken betragen.
- Ein Grossteil der Zunahme der kantonalen Spitalbeiträge von rund 8,5 Mio. Franken kann somit auf diesen Effekt zurückgeführt werden.

### 6.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Staatsbeiträge zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden mittels Rahmenausgabenbewilligungen (RAB) für die basel-städtischen Spitäler und für das universitäre Kinderspital beider Basel (UKBB) alle drei Jahre vom Grossen Rat genehmigt. Am 20. Dezember 2018 bzw. am 9. Januar 2019 hat der Grosse Rat die Ratschläge des Regierungsrats für die RAB für die Jahre 2019 – 2021 für gemeinwirtschaftliche und ungedeckten Leistungen in den basel-städtischen Spitälern sowie im UKBB (GWL) behandelt und den Anträgen zugestimmt. Die RAB sehen einerseits eine leichte Senkung der GWL bei den BS-Spitälern auf nunmehr 58,6 Mio. Franken pro Jahr vor, jedoch eine Erhöhung auf 7,1 Mio. Franken im UKBB.

Der Gesamtbetrag von rund 65,7 Mio. Franken wurde im Jahr 2019 vollständig ausgeschöpft. In der vorangegangenen RAB-Periode (2016 – 2018) betragen die durchschnittlich ausbezahlten GWL-Beiträge pro Jahr noch 66,2 Mio. Franken.

## 6.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege

Der gesamte Transferaufwand für die nicht finanzierten Leistungen der Langzeitpflege im Zeitraum 2015 – 2019 ist im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich um 1,5% jährlich gestiegen. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei der sogenannten KVG-Restfinanzierung (Pflegeheime und Spitex), während die Finanzierung von Pflegeheimbewohnenden via Ergänzungsleistungen in den letzten Jahren sogar abgenommen hat.

Ebenso sind die Beiträge für die „ambulante Langzeitpflege“, welche die Unterstützung der Tagespflegeheime, den Leistungsauftrag für Hauswirtschaft der Spitex Basel sowie die Beiträge an die Angehörigenpflege zu Hause umfassen, in der gleichen Periode deutlich zurückgegangen (vgl. Tabelle 12 nachstehend). Gesamthaft belastete der Transferaufwand für die Langzeitpflege im Jahr 2019 die Staatsrechnung des Kantons um rund 131 Mio. Franken.

**Tabelle 12: Transferaufwand Langzeitpflege**

Transferaufwand Langzeitpflege	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
KVG-Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	34'826	37'251	37'531	40'203	43'140	
Veränderung	5.0%	7.0%	0.8%	7.1%	7.3%	5.5%
EL-Finanzierung Pflegeheimkosten	65'801	68'112	66'842	67'225	63'606	
Veränderung	2.6%	3.5%	-1.9%	0.6%	-5.4%	-0.8%
KVG-Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	14'550	15'743	16'615	15'958	17'967	
Veränderung	5.1%	8.2%	5.5%	-4.0%	12.6%	5.4%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	8'234	8'268	7'609	7'132	6'168	
Veränderung	2.0%	0.4%	-8.0%	-6.3%	-13.5%	-7.0%
<b>Total</b>	<b>123'411</b>	<b>129'374</b>	<b>128'597</b>	<b>130'518</b>	<b>130'881</b>	
Veränderung	124.1%	4.8%	-0.6%	1.5%	0.3%	1.5%

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

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

**Tabelle 13: Mengenerwicklung der Pflegeleistungen**

Pflegeleistungen (in Pflgetagen/ -stunden)	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Anzahl Pensions- und Pflgetage	1'079'616	1'098'388	1'095'822	1'097'812	1'086'785	
Veränderung	-1.7%	1.7%	-0.2%	0.2%	-1.0%	0.2%
Anzahl Aufenthaltstage in Tagesstrukturen*	35'506	34'587	31'965	31'247	31'007	
Veränderung	-2.5%	-2.6%	-7.6%	-2.2%	-0.8%	-3.3%
Anzahl Pflegestunden Spitex	453'962	500'576	519'736	506'661	508'640	
Veränderung	11.4%	10.3%	3.8%	-2.5%	0.4%	2.9%

Quelle: Somed Statistik

\*2019 Provisorisch

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

### 6.2.1 Restfinanzierung Pflegeheime und Beiträge der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL)

- 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 bis 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.
- Zwischen 2015 und 2019 hat die kantonale Restfinanzierung zugunsten der Pflegeheime von rund 35 Mio. auf 43 Mio. Franken (bzw. um ca. 23%) zugenommen. Nachdem die Zunahme im Jahr 2018 insbesondere noch durch eine Verschiebung der MiGeL-Kosten zulasten der Kantone erklärt werden konnte, ist der neuerliche Anstieg im letzten Jahr trotz einer *Abnahme* der Pflagetage um 1% zu Stande gekommen (vgl. Tabelle 12).
- Dieses auf den ersten Blick paradoxe Ergebnis erklärt sich insbesondere durch die Umsetzung des neukalibrierten RAI-Indexes ab Jahr 2017, wodurch insb. demenzielle Erkrankungen in höhere Pflegestufen eingestuft wurden und somit die *Pflegeintensität* stärker zunimmt.
- Gesamthaft ist der Aufwand für die Restfinanzierung in Pflegeheimen im Zeitraum 2015 – 2019 im Durchschnitt um 5,5% jährlich gewachsen. Handkehrum sind die EL-Beiträge an Pflegeheimbewohnende im gleichen Zeitraum um 0,8% gesunken. Ein besonders markanter Rückgang fand im letzten Jahr statt, als die EL um 5,4% entlastet wurden.
- Zusammen genommen ist der Transferaufwand für die stationäre Langzeitpflege (KVG-Restfinanzierung + EL) im letzten Jahr damit sogar um rund 0,7 Mio. Franken zurückgegangen.

### 6.2.2 Restfinanzierung Spitex

- Obwohl die jährlichen Veränderungen bei den Spitex-Leistungen ziemlich starken Schwankungen unterliegen, zeigt sich über einen längeren Zeitraum, dass sich diese auf einem vergleichbaren Wachstumspfad befinden, wie die Pflegeheimkosten. Zwischen 2015 und 2019 sind sie im Jahresdurchschnitt um 5,4% gewachsen.
- Der starke Anstieg im Jahr 2019 um 12,6% dürfte teilweise einem Nachholeffekt gegenüber dem Jahr 2018 geschuldet sein. Damals waren die Spitex-Leistungen nämlich um 4% zurückgegangen.
- Zum Rückgang im Jahr 2018 geführt hat die obligatorische Umstellung der Spitex-Anbieter auf eine elektronische Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton. Dadurch wurde eine systematische Überprüfung der Abrechnungsregeln und Rechnungsbeträge durch das zuständige Departement möglich und mangelhafte Rechnungen wurden zurückgewiesen.
- Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der im Vorjahr zurückgewiesenen Rechnungen nachträglich noch korrigiert und dann im Jahr 2019 abgerechnet wurde. Nichtsdestotrotz zeigt ein Vergleich der 2-Jahres-Perioden 2015 – 2017 bzw. 2017 – 2019, dass sich das Wachstum in den letzten beiden Jahren deutlich abgeschwächt hat. Während die Leistungen gesamthaft zwischen 2015 und 2017 um 14% zugenommen hatten, betrug dieser Anstieg zwischen 2017 und 2019 „lediglich“ noch 8%. Diese Verlangsamung ist mutmasslich mindestens teilweise auf einen spürbaren Effekt der verbesserten Rechnungskontrolle zurückzuführen.

- Gesamthaft hat der Transferaufwand für die Spitex-Restfinanzierung zwischen 2015 und 2019 um rund 3,5 Mio. Franken resp. nicht ganz 25% zugenommen.

## **7. Kantonale Massnahmen zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung**

### **7.1 Prävention und Gesundheitsförderung**

Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an der nationalen Strategie der Nichtübertragbaren Krankheiten, kurz NCD-Strategie, die der Bundesrat auch zu einer seiner Prioritäten im Rahmen seiner Agenda Gesundheit2030 erklärt hat. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen nationalen Partnern werden kantonale Präventionsprogramme unterhalten und stetig weiterentwickelt. Neben Projekten und Angeboten wie Präventionsworkshops, Weiterbildungen, Beratungen, Kurse und Verhältnisprävention, wird ein Schwerpunkt auf eine optimale kantonale und nationale Vernetzung und auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Prävention von chronischen Krankheiten und Gesundheitsförderung sind nicht nur aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit von grosser Bedeutung, sondern gehören auch wirtschaftlich gesehen zu den effektivsten Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen<sup>21</sup>. Nachfolgend werden zwei Massnahmen mit Präventionscharakter beispielhaft beschrieben.

#### **7.1.1 Prävention und Frühintervention: Sucht am Arbeitsplatz**

##### **Hintergrund**

Der Anteil Angestellter mit einem problematischen Alkoholkonsum beträgt in der Schweiz etwa 2%. Suchtprobleme am Arbeitsplatz sind nicht nur eine grosse Belastung für die Betroffenen, sondern können auch die Produktivität reduzieren, die Arbeitssicherheit gefährden oder das Betriebsklima beeinflussen. Dadurch entstehen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten: In der Schweiz verursacht der Konsum von Alkohol über vier Milliarden Franken pro Jahr – ein substantieller Anteil der arbeitsassoziierten Kosten aller psychischen Erkrankungen (jährlich 19 Milliarden Franken).

In der Regel wird ein Suchtproblem am Arbeitsplatz nicht sofort bemerkt. Vorgesetzte tragen im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht eine gewisse Mitverantwortung. Kleinst- und Kleinbetriebe verfügen jedoch selten über ein eigenes HR und haben selten Schulungen oder Leitfaden für den geeigneten Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitenden.

Durch die betriebliche Suchtprävention sowie Beratungs- und Coachingangebote können Beeinträchtigungen durch Suchtverhalten frühzeitig erkannt, deutlich reduziert und ein gesundheitsförderndes und motivierendes Arbeitsklima geschaffen werden. Mehr als 70 Prozent der Unternehmen mit einem betrieblichen Suchtpräventionsprogramm ziehen eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz.

---

<sup>21</sup> Für eine Übersichtsarbeit aus gesundheitspolitischer Perspektive vgl. McDaid (2018) *Using Economic Evidence to Help Make the Case for Investing in Health Promotion and Disease Prevention*, European Observatory Policy Brief [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/380730/pb-tallinn-02-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/380730/pb-tallinn-02-eng.pdf).

## Zielsetzungen

Die Früherkennung und Frühintervention betreffend Sucht am Arbeitsplatz bei den Unternehmen im Kanton Basel Stadt soll verankert werden.

- Z.B. Kosteneinsparung durch Angebote zum Thema Sucht am Arbeitsplatz für Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Betriebe;
- jährliche Steigerung der Beratungsfälle und der Betriebe, die Angebote in Anspruch nehmen;
- Koordination und Vernetzung mit anderen Stellen aus der Suchthilfe, die ebenfalls in diesem Bereich aktiv sind;
- bessere Einbindung des Themas Sucht in allg. Präventionsmassnahmen im Verbund mit anderen.

## Massnahmen

Das Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ wurde als Schwerpunkt in die Strategie der Abteilung Sucht 2020 – 2023 aufgenommen. Die Abteilung Sucht stärkt die Öffentlichkeitsarbeit sowie ihr Beratungsangebot im Bereich Sucht am Arbeitsplatz. Erste Massnahmen zur Sensibilisierung wurden umgesetzt: Am 14. November 2019 fand das „Forum für Suchtfragen“ in Zusammenarbeit mit den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel statt unter dem Thema work-life aus der Balance: Sucht, Stress, Hirndoping – psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Zeitgleich erschien das Magazin „ausgesucht.bs“ mit einer Auflage von 2'000 Exemplaren zum gleichen Thema.

Darüber hinaus wurde das Beratungsangebot „Sucht am Arbeitsplatz“ der Abteilung Sucht über die Kanäle des Gewerbeverbandes Basel-Stadt sowie Arbeitgeberverband Basel beworben. Bis im Sommer 2020 wurden fünf Referate in unterschiedlichen Betrieben durchgeführt mit einer Dauer von 60 bis 220 Minuten und mit 10 bis 70 Teilnehmenden. Zwei dieser Veranstaltungen wurden gemeinsam mit „Gsünder Basel“ organisiert und durchgeführt.

Die Vernetzung mit wichtigen Partnern (RAV, IV, BGM Basel, Gewerbeverband etc.) sowie anderen Stellen in der Suchthilfe, welche in diesem Bereich tätig sind, wurde aufgebaut bzw. intensiviert.

Alle Massnahmen werden aus dem bestehenden Budget finanziert.

## Wirkungen

Rund ein Drittel der in der Abteilung Sucht beratenen Personen sind erwerbstätig. Es ist davon auszugehen, dass Beratung auch zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes sowie zur Vermeidung von Unfällen beiträgt. Derzeit erfolgen ca. acht Einzelberatungen im Kontext der Fragestellung Sucht am Arbeitsplatz.

### 7.1.2 Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge<sup>22</sup>

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

---

<sup>22</sup> Näheres zum Programm, seinen Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: [www.klbb.ch/de/mammografie\\_screening\\_kanton\\_basel\\_stadt/](http://www.klbb.ch/de/mammografie_screening_kanton_basel_stadt/). Daneben nimmt der Regierungsrat in seiner Antwort vom 9. Januar 2019 auf die schriftliche Anfrage Sarah Wyss betreffend «Mammografie Screening Programm Kanton Basel-Stadt» Stellung zu einer Reihe von detaillierten Fragen zum Programm. (GD/P 185348).

Zusammenhang mit 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. Deshalb empfehlen der Schweizerische Verband der Krebs-Früherkennungs-Programme (*swiss cancer screening*), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Krebsliga Schweiz Frauen im Alter ab 50 Jahren im Rahmen eines qualitätskontrollierten Mammografie-Screening- bzw. Brustkrebs-Früherkennungs-Programms alle zwei Jahre eine Mammografie durchführen zu lassen.

Seit 2014 können deshalb alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50 – 69 Jahren – seit August 2016 bis 74 Jahre – alle zwei Jahre im Rahmen des kantonalen systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes freiwillig eine Mammografie zulasten der Krankenkasse durchführen lassen. Mit der Durchführung des Programms ist die Krebsliga beider Basel betraut, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt realisiert hat. Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich an den Programmkosten mit einem Betrag von jährlich 500'000 Franken.

### **Zielsetzung**

Das ganzheitliche und qualitätskontrollierte Programm zur systematischen Screening-Mammografie verfolgt folgende Ziele:

- Möglichst frühe Entdeckung von Brustkrebs, da eine frühe Erkennung die Heilungschancen verbessert und eine schonende Behandlung ermöglicht;
- Zugang für alle Frauen aus allen sozialen Schichten;
- laufende Optimierung der Qualität in der Befundung;
- Kosteneinsparung im Gegensatz zum unsystematischen Screening;
- jährliche Steigerung der Anzahl teilnehmender Frauen.

Der Einladungsbrief mit einem Gesundheitsfragebogen und einem Informationsflyer wird seit Start des systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms in acht Sprachen versandt.

### **Wirkungen**

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Ergebnisse des Basler Brustkrebsfrüherkennungsprogramms von August 2016 bis Juli 2020 dargestellt. 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 2020 auf rund 43% angehoben werden. Die Teilnehmerinnenzahl stieg damit weiter an, was auf eine gute Akzeptanz des Programms in der Bevölkerung hinweist. Mit gezielten Kommunikationsmassnahmen mit Fokus auf vulnerable Gruppen soll die Teilnahmequote 2020/21 weiter verbessert werden. Die Ergebnisse des Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramms zeigen auf, dass von den total 10'310 Teilnehmerinnen 8,5 % weiter abgeklärt wurden und total 73 Frauen (7,1‰) einen positiven Befund erhalten haben.



**Tabelle 14 Ergebnisse Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2016 – 2020 und Referenzwerte der EU-Leitlinien**

Parameter	Gesamtzahl		Anteil/Verhältnis		Referenzwerte EU-Leitlinien (Erstuntersuchung)
	2016 - 2018	2018 - 2020	2016 - 2018	2018 - 2020	
<b>Einladung</b>					
Einladungen gesamt / effektive Einladungen*	27 706 / 22 039	26 521 / 24 051	100%	100%	
Teilnehmerinnen**	9 333	10 310	42%	43%	> 70%
<b>Untersuchung</b>					
Fälle in den Konsensus-	1 867	1 648	20%	16%	
Indikationen zur Abklärung	996	875	10.7%	8,5%	≤ 7%
<b>Nachweis von Brustkrebs</b>					
Entdeckter Brustkrebs**	89	73	9,5‰	7,1‰	
In-situ-Karzinome (DCIS)	21	18	24%	25 %	> 15%
Invasive Karzinome	68	55	76%	75%	

\* Effektive Einladungen: Für den Untersuchungszeitraum 1. August 2018 bis 31. Juli 2020 wurde die Gesamtzahl der Einladungen aus folgenden Gründen um 2'470 gekürzt: ungültige Adressen, verstorbene Frauen, definitive Ablehnungen, Mammografien ausserhalb des Programms und Kantonswechsel.

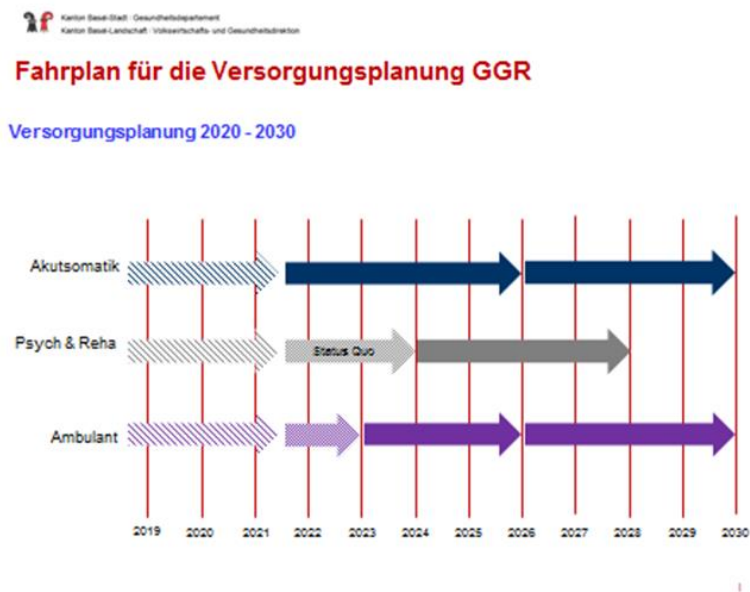
\*\* Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Mammografien im Untersuchungszeitraum erfolgten. Untersuchungszeitraum: 1. August 2018 bis 31. Juli 2020. Da sich einige Frauen bei Berichtsdatum (31. August 2020) in Abklärung befinden, sind die Zahlen provisorisch

## 7.2 Gesundheitsversorgung

### 7.2.1 Gemeinsame Gesundheitsregion - gleichlautende Spitalisten

Die stationäre Versorgungsplanung wurde in der Region bisher von jedem Kanton separat durchgeführt. Mit dem am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft angenommenen Staatsvertrag zur Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung erhalten die beiden Kantone die Möglichkeit, die Versorgungsplanung gemeinsam durchzuführen. Im vergangenen Jahr haben das Amt für Gesundheit BL und das Gesundheitsdepartement BS die gemeinsamen Grundlagen für die Versorgungsplanung im gemeinsamen Gesundheitsraum (GGR) erarbeitet. Bisher wurden der Bedarf und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur für die jeweilige kantonale Bevölkerung ermittelt. Die Datengrundlagen wurden mit Hilfe der Statistischen Ämter nun zusammengeführt. Darauf basierend wurde der Bedarf an akutstationären Leistungen für die kommenden Jahre ermittelt und im Versorgungsplanungsbericht veröffentlicht. Die Analysen werden in den kommenden Jahren auf die Inanspruchnahme von spitalambulanten, ambulanten und psychiatrischen Angebote ausgeweitet (siehe Abbildung).

Abbildung 22 Zeitachse Versorgungsplanung GGR



Wie kommen Spitäler auf die gleichlautenden Spitallisten?

Alle leistungsfähigen Anbieter erhalten die Chance, sich auf die Leistungsaufträge in der Region zu bewerben. Dazu haben die Kantone Bewertungskriterien definiert und veröffentlicht. Auf dieser Grundlage wird der Nutzen der Bewerbenden in Hinblick auf die Zielerreichung ermittelt und die Leistungsaufträge (nach SPLG-Systematik) vergeben. Die gleichlautenden Spitallisten treten zum 1. Juli 2021 in Kraft. Im Rahmen der Leistungsvereinbarungen wird mit den Spitalern vereinbart, wie die bedarfsgerechten Leistungsmengen (für ausgewählte Leistungsgruppen z.B. im Bereich Bewegungsapparat) bis zum Jahr 2026 erreicht werden können.

Welche Kriterien sollten Bewerber zum Beispiel erfüllen, um Leistungen erbringen zu können?

Die Bewerber müssen sich an den Zielen der beiden Regierungsräte messen lassen: Die Bevölkerung in beiden Kantonen erwarten prioritär eine nachweisbar gute Qualität in der medizinischen Versorgung. Wenn diese zu vergleichsweise guten Kosten-Nutzen-Relationen erbracht wird – umso besser. Dabei wird die Spitalplanung darauf achten, dass die gesamte Bevölkerung in der Region zeitnah Angebote der Grund- und Notfallversorgung erreicht. Die Sicherung der Hochschulmedizin in der Region ist den beiden Regierungsräten ein Anliegen. Diese sichert die Attraktivität der Region Basel als Gesundheitscluster und trägt dazu bei, dass auch in Zukunft qualifiziertes Personal in der Region ausgebildet werden kann.

Mit der Nutzenanalyse auf Grundlage der politischen Zielsetzung, der bedarfsorientierten Bestimmung der Leistungsmengen sowie dem transparenten – für alle Spitäler offenen – Bewerbungsverfahren kombinieren die beiden Kantone bekannte Planungsinstrumente zu einem ganzheitlichen Planungsmodell.

## 7.2.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung „ambulant vor stationär (AVOS)“ im Kanton Basel-Stadt

### Hintergrund

Mit der Änderung der Verordnung vom 25. November 2008 über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) ist per 1. Juli 2018 eine Liste von 13 elektiven Untersuchungen und Behandlungen eingeführt worden, welche von den Spitälern künftig, ausser beim Vorliegen von speziellen Umständen, nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen.

Das Ziel der Massnahme besteht darin, weniger schwerwiegende operative Eingriffe vermehrt in den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu verlagern. Dies einerseits in Anwendung der WZW-Kriterien<sup>23</sup>, die für OKP-Pflichtleistungen gelten. Andererseits ist die Massnahme aber auch aus einer Perspektive des Patientenkomforts und -sicherheit angebracht, zumal die Gefahr von nosokomialen (im Spital erworbenen) Infektionen bei ambulanten Behandlungen gegenüber stationären Aufenthalten geringer ist.

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat per 1. Januar 2019 eine Liste mit sechs Gruppen von operativen Eingriffen (6er-Liste), die nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden, erstellt. Diese bundesrechtlich geregelten elektiven Eingriffe, welche gemäss der neuen Bestimmung der KLV ab 1. Januar 2019 schweizweit Geltung haben, sind in der umfangreicheren basel-städtischen 13er-Liste bereits enthalten.

### Kostendämpfungspotenzial

Berechnungen des Gesundheitsdepartements, die im Vorfeld der Einführung von AVOS für das Jahr 2016 erstellt wurden, ergaben für die 13 Eingriffe ein Verlagerungspotenzial für die basel-städtische Wohnbevölkerung von rund 1'100 stationären Fällen pro Jahr. Dabei wird mit der 13er-Liste das jährliche Sparpotenzial für den Kanton Basel-Stadt auf rund 3,4 Mio. Franken beziffert. Im Gegenzug haben die Krankenversicherer bei einer vollen Verlagerung von 100% eine Mehrbelastung von 0,3 Mio. Franken zu tragen, was rund 0,033% des Prämienvolumens entspricht. Bei den Versicherern wurde vorsichtshalber bereits ein geringer Mehrbetrag durch die ambulante Nachversorgung bzw. -betreuung beim Arzt (u.a. Verbandwechsel) mitberücksichtigt. In Übereinstimmung mit weiteren Kantonen, in denen die AVOS-Regelung bereits eingeführt worden ist, wird davon ausgegangen, dass unter Berücksichtigung der festgelegten Ausnahmekriterien nur circa 50% der potenziell ambulanten Fälle vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Für den Kanton Basel-Stadt ergibt sich mit der Einführung der 13er-AVOS-Liste somit letztlich ein geschätztes jährliches Sparpotenzial von rund 1,7 Mio. Franken.

Gemäss den für das Jahr 2016 angefertigten Berechnungen des Gesundheitsdepartements sind nach einem Sicherheitsabzug von 50% mit der per 1. Januar 2021 geplanten zusätzlichen Aufnahme der kardiologischen und angiologischen Eingriffe und Untersuchungsverfahren auf die baselstädtische AVOS-Liste zusätzliche Einsparungen von schätzungsweise 1,16 Mio. Franken pro Jahr für den Kanton Basel-Stadt möglich.

Die 13er-AVOS-Liste ist mit der KVO-Verordnungsänderung per 1. Juli 2018 in Kraft getreten. Unter Berücksichtigung des relativ engen Zeitrahmens und aus Rücksicht auf die

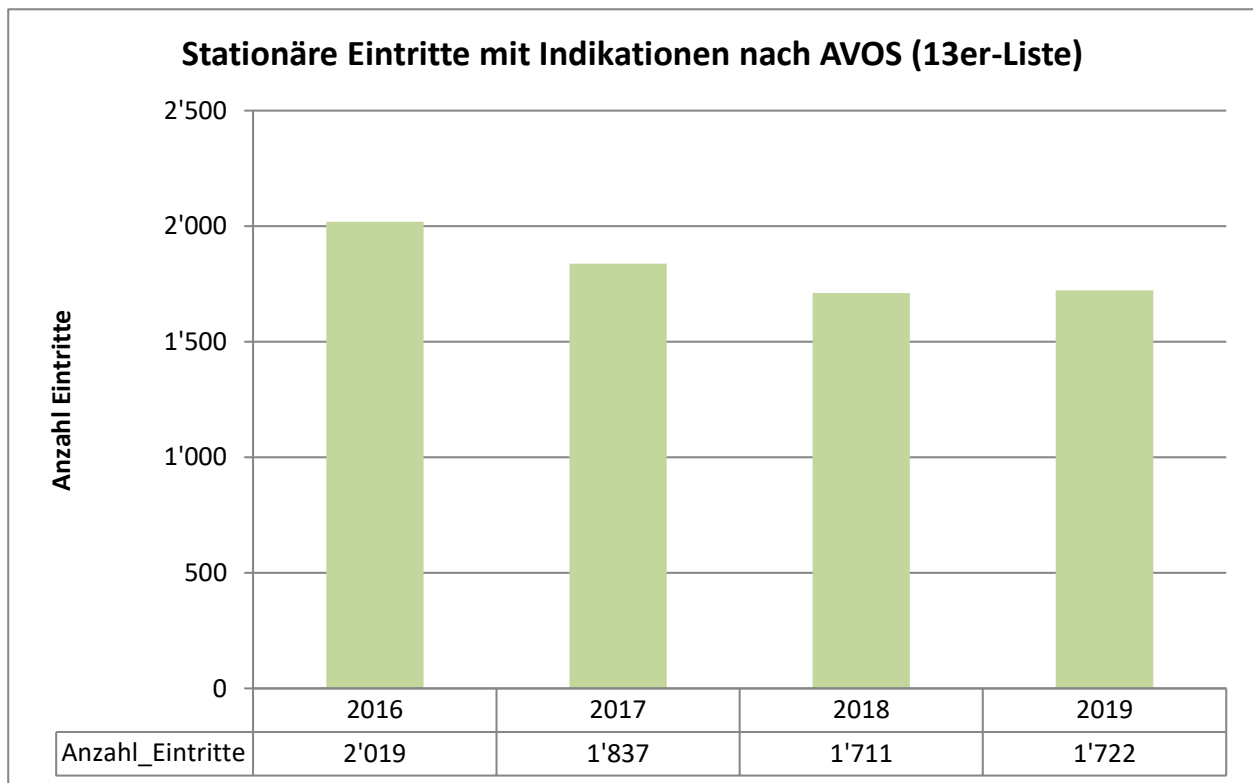
<sup>23</sup> Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

notwendigen Prozessanpassungen in den Spitälern, wurde den Leistungserbringern nach dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung eine Übergangsfrist von drei Monaten für die Umsetzung gewährt. Die Spitäler waren somit erst ab dem 1. Oktober 2018 verpflichtet, die gelisteten Eingriffe ambulant durchzuführen und stationäre Fälle der 13er-AVOS-Liste anhand des vom Gesundheitsdepartement vorgegebenen Kriterienrasters zu begründen.

### Wirkungen

Für die Beurteilung der bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Wirkungen werden die Jahre 2016 und 2017 als Vergleichsbasis herangezogen. Gegenüber diesen beiden Jahren ist bei der basel-städtischen Wohnbevölkerung im Jahr 2018 die Anzahl der stationären Eintritte für einen Eingriff der 13er-AVOS-Liste um 308 (-15,3%) respektive 126 (-6,9%) Fälle zurückgegangen (vgl. Abbildung 23). Diese Entwicklung hat sich im Jahr 2019 stabilisiert und gegenüber den Vergleichsjahren 2016 und 2017 zu einem Rückgang von 297 (-14,7%) bzw. 115 (-6,3%) stationären Eintritten geführt.

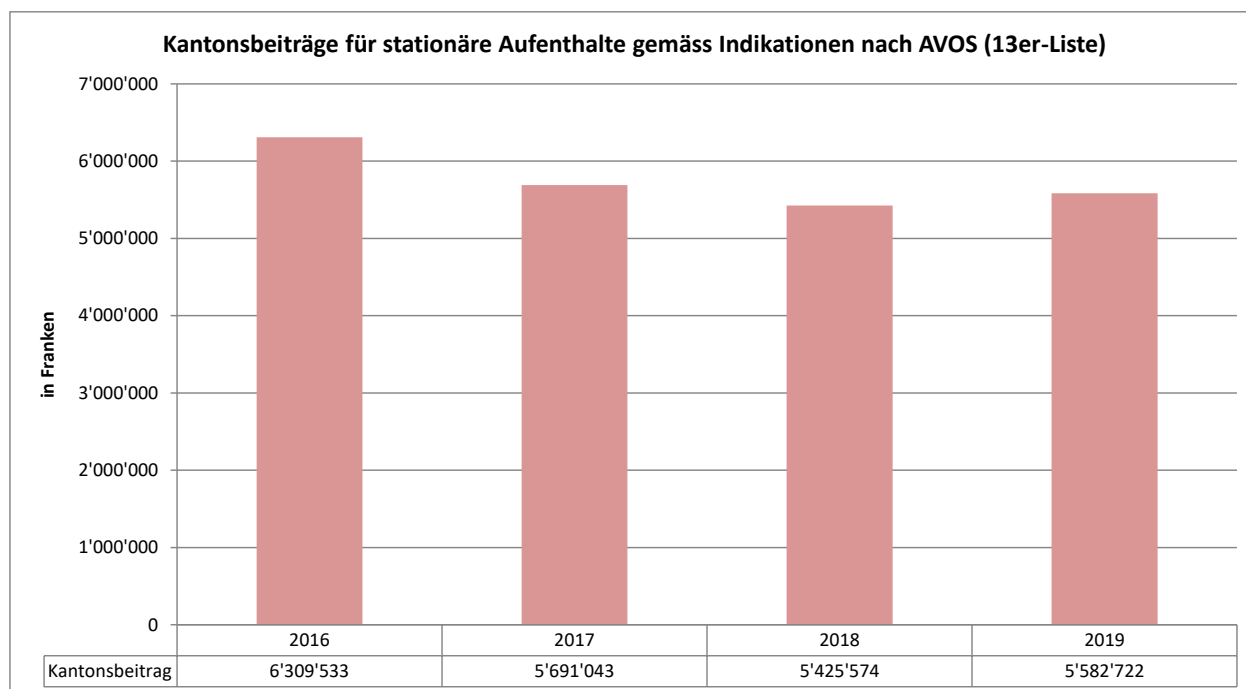
Abbildung 23: Anzahl stationärer Eintritte der basel-städtischen Wohnbevölkerung für Eingriffe der 13er-AVOS-Liste in den Jahren 2016 bis 2019



Quelle: Stationäre SwissDRG-Abrechnungsdaten der basel-städtischen und ausserkantonalen Spitäler, Auswertung durch das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Dabei haben sich in diesem Zeitraum auch die Kantonsbeiträge für die stationären Eingriffe der 13er-AVOS-Liste im Jahr 2018 um rund 884'000 Franken (-14,0%) respektive 265'000 Franken (-4,7%) verringert (vgl. Abbildung 24). Auch diese Entwicklung hat sich im Jahr 2019 verfestigt und gegenüber den Vergleichsjahren 2016 und 2017 einen Rückgang von rund 727'000 Franken (-11,5%) bzw. 108'000 Franken (-1,9%) ergeben. Diese Rückgänge deuten darauf hin, dass in den Jahren 2018 und 2019 eine Verlagerung von den auf der 13er-AVOS-Liste aufgeführten Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich stattgefunden hat.

**Abbildung 24: Kantonsbeiträge für die bei der basel-städtischen Wohnbevölkerung stationär durchgeführten Eingriffe der 13er-AVOS-Liste in den Jahren 2016 bis 2019**



Quelle: Stationäre SwissDRG-Abrechnungsdaten der basel-städtischen und ausserkantonalen Spitäler, Auswertung durch das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Da die Spitäler aufgrund der vom Gesundheitsdepartement gewährten dreimonatigen Übergangsfrist eigentlich erst ab dem 1. Oktober 2018 verpflichtet waren, die gelisteten Eingriffe ambulant durchzuführen und stationäre Fälle der 13er-AVOS-Liste zu begründen, ist zudem ein Vergleich zwischen den Zeiträumen Oktober 2016 bis Dezember 2017 vor Einführung und Oktober 2018 bis Dezember 2019 nach Einführung der AVOS-Liste sinnvoll. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der stationären Eintritte für einen Eingriff der 13er-AVOS-Liste nach Einführung der Liste um 202 (-8,5%) Fälle gesunken ist und sich die dafür geleisteten Kantonsbeiträge um rund 358'000 Franken (-4.9%) verringert haben.

Im Rahmen des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (GGR), welcher am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft angenommen worden ist, ist geplant, sowohl die vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt definierte 13er-AVOS-Liste als auch die von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft eingeführte 6er-Liste per 1. Januar 2021 auf eine vereinheitlichte 16er-Liste zu erweitern. Durch diese Erweiterung werden zukünftig auch die relativ fallstarken und kostenintensiven kardiologischen Untersuchungsverfahren, der Herzschrittmacher inklusive Wechsel und die perkutane transluminale Angioplastik inklusive Ballondilatation auf die basel-städtische AVOS-Liste aufgenommen und somit ebenfalls unter die AVOS-Regelung fallen.

### 7.2.3 Ambulante Zulassungssteuerung

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

Der Kanton Basel-Stadt setzt die Zulassungseinschränkung seit dem 18. August 2013 gestützt auf Art. 55a KVG und die Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL, SG 832.103) mittels kantonaler Verordnung (Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 13. August 2013, SG 310.500; Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung) um. Die ursprünglich bis 30. Juni 2019 befristete kantonale Verordnung wurde im Zuge der Verlängerung der Geltungsdauer der VEZL analog bis 30. Juni 2021 verlängert. Inzwischen hat das Parlament die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern verabschiedet (vgl. Kapitel 2.1.3), wodurch eine langjährige Forderung der Kantone erfüllt wurde<sup>24</sup>. Der Bundesrat erarbeitet derzeit die Umsetzungsverordnung dazu. Es ist geplant, dass sich die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft künftig auch bei der ambulanten Zulassungssteuerung im Rahmen des GGR eng abstimmen.

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.

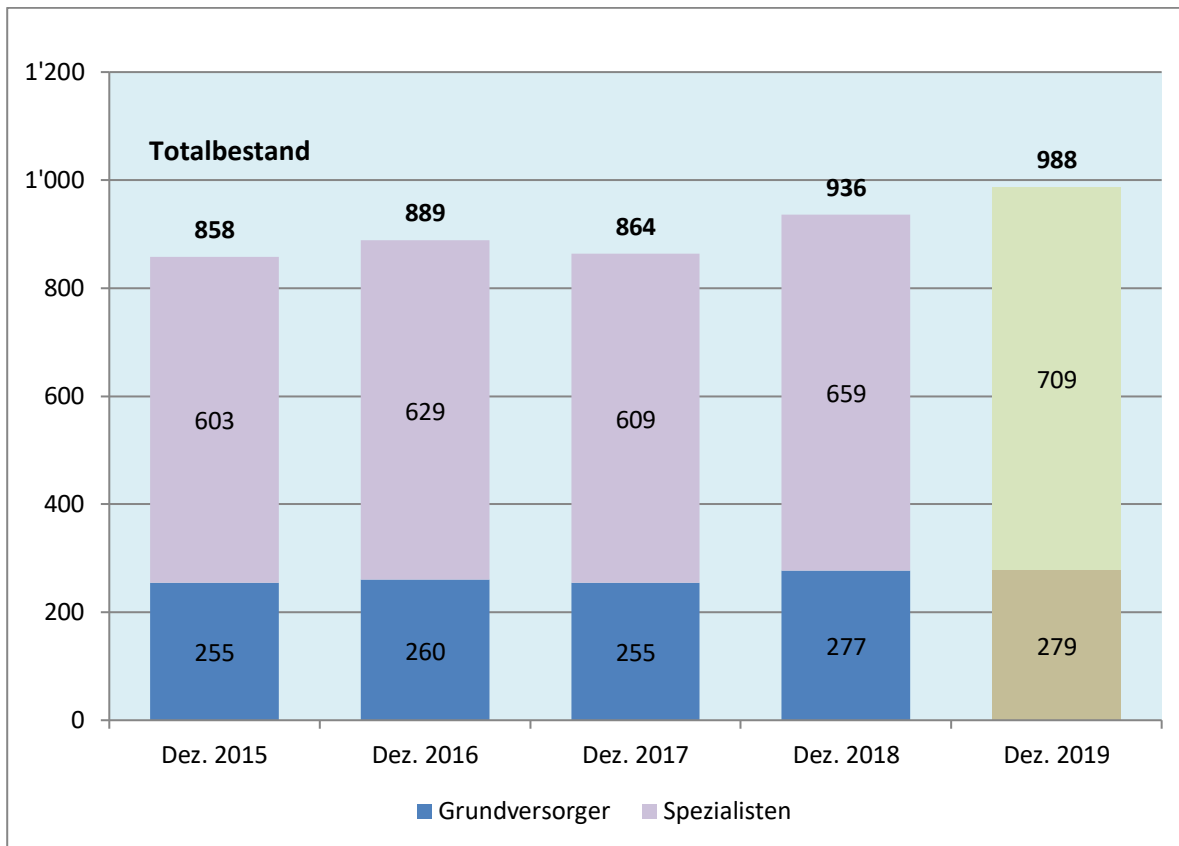
Aufgrund der geltenden Zulassungseinschränkung prüfen die Medizinischen Dienste des Gesundheitsdepartements als zuständige Behörde eingehende Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Allfällige Ausnahmen sind gemäss § 3 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung nur bei Vorliegen eines ausgewiesenen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

---

<sup>24</sup> Die bisherige befristete Lösung (Art. 55a KVG) war insbesondere aufgrund der Regel, wonach Ärzte, die mindestens während 3 Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind, nur von beschränkter Wirkung.

Im Jahr 2019 wurden zwei Gesuche um ausnahmsweise Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP aufgrund eines Bedarfs mit Verfügung abgelehnt. Ausserdem wurde bei einem weiteren Ausnahmegesuch von der kantonalen Behörde lediglich eine befristete Zulassung genehmigt. Neben Einzelfällen ist ferner davon auszugehen, dass aufgrund der Zulassungseinschränkung mögliche Interessenten von der Einreichung eines Ausnahmegesuchs abgehalten werden, da in einzelnen Fachgebieten die Anforderungen an den entsprechenden Nachweis eines ausgewiesenen Bedarfs im Sinne der VEZL (in Anbetracht der Höchstzahlen und Dichte an Ärzten im Kanton Basel-Stadt) sehr hoch sind.

**Abbildung 25 Entwicklung Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt 2015 – 2019**



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

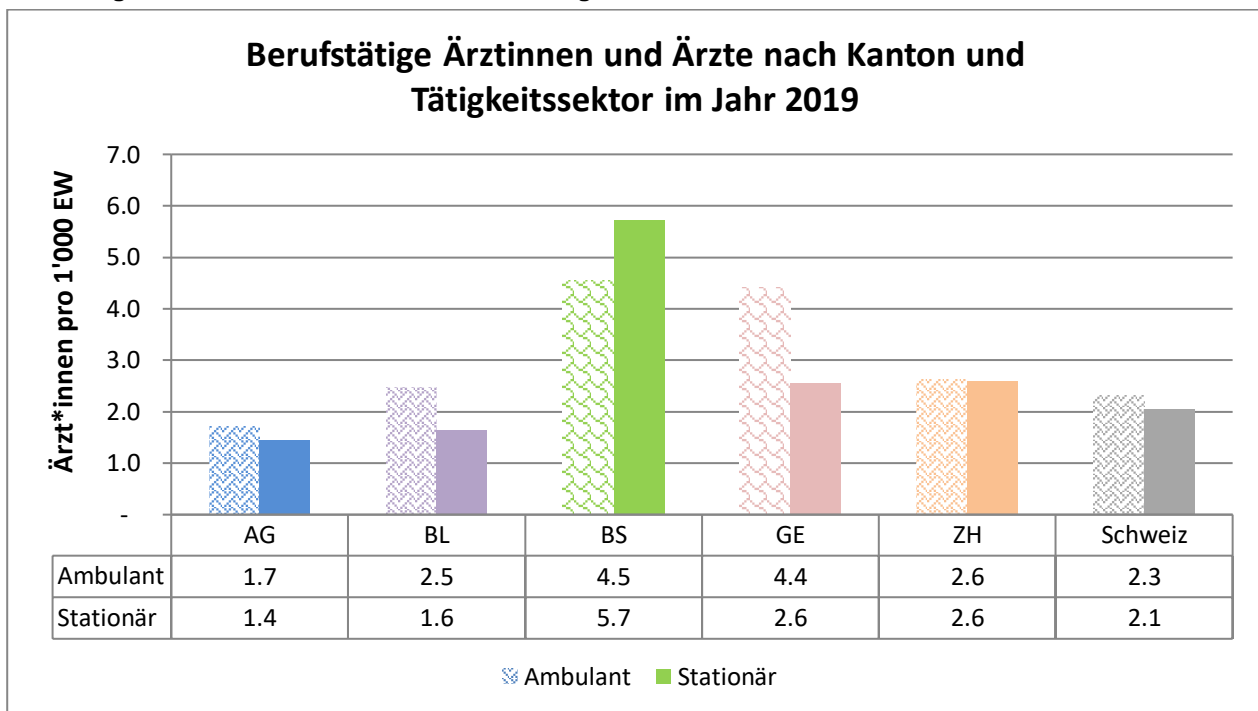
Gemäss Monitoring haben die Zahlen somit im Jahr 2019 sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten zugenommen. Die Zunahme ist teilweise damit begründet, dass aufgrund der Revision des Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, SR 811.11) per 1. Januar 2018 auch in ambulanten Einrichtungen tätige angestellte Ärztinnen und Ärzte eine Bewilligung benötigen, sofern sie ihren Beruf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben (vgl. Art. 34 MedBG). Aufgrund der Revision des MedBG sind ab 1. Februar 2020 neu auch Ärztinnen und Ärzte im Spitalbereich (z.B. Chefärztinnen und Chefärzte) von der Ausweitung der Bewilligungspflicht erfasst. Daher ist für die kommenden Jahre mit einer signifikanten Zunahme an Berufsausübungsbewilligungen zu rechnen.

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchste medizinische Leistungserbringerdichte in der Schweiz hat, mit 4,5 Ärztinnen und Ärzten im ambulanten und 5,7 Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich jeweils pro

1'000 Einwohner im Jahr 2019. Die entsprechenden Kennzahlen liegen bei 2,3 (ambulant) und 2,1 (stationär) im schweizerischen Durchschnitt. Diese Feststellung muss aber insofern relativiert werden, als Basel-Stadt als Stadtkanton eine medizinische Zentrumsfunktion für die umliegende Agglomeration wahrnimmt, die sich ebenso in anderen Städten mit einem Universitätsspital wie Genf und Zürich wiederfindet, dort aber nicht mit den Kantonsgrenzen zusammenfällt. Diese Vermutung wird durch die (eher) unterdurchschnittlichen Leistungserbringerdichten in den Nachbarkantonen gestützt, wie die untenstehende Abbildung 26 darlegt<sup>25</sup>. Tatsächlich zeigt sich bei einem Vergleich der Grossregionen Nordwestschweiz, Zürich und Genferseeregion (nicht abgebildet), dass die Leistungserbringerdichten vergleichbar sind, aber in der Nordwestschweiz tendenziell tiefer liegen als in den beiden anderen Regionen.

Diese Zentrumsfunktion des Kantons Basel-Stadt wird es zu beachten gelten bei den kantonalen Umsetzungen der KVG-Revision über die ambulante Zulassungssteuerung. Ein partnerschaftlicher Ansatz, der zumindest wie im stationären Bereich die gemeinsame Gesundheitsregion Basel-Stadt und Baselland (GGR) berücksichtigt, wäre in diesem Zusammenhang von vordringlicher Bedeutung.

Abbildung 26 Ärztedichten im interkantonalen Vergleich



Quelle: FMH Statistik 2019, Berechnungen Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

### 7.2.4 Integrierte Versorgung

Das Schweizer Gesundheitswesen ist angebotsseitig stark fragmentiert. Spitäler, Ärzte, Apotheken, Therapeuten und viele weitere Gesundheitsfachpersonen bieten sowohl stationäre als auch ambulante Therapien an. Patientinnen und Patienten haben grundsätzlich die Wahl, das für sie passende Therapieangebot in Anspruch zu nehmen. Vor allem in Fällen von Multimorbidität oder chronischen Erkrankungen werden Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern in Anspruch genommen, ein Therapie-Entscheid ist

<sup>25</sup> Im Kanton Basel-Landschaft liegt die ärztliche Leistungserbringerdichte im ambulanten Bereich unwesentlich über dem Gesamtschweizer Durchschnitt, ist aber über den ambulanten und stationären Bereich zusammengenommen unterdurchschnittlich.



für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten nicht einfach zu fällen. Zudem wäre es für eine effiziente Behandlung wichtig, dass eine zentrale Koordinationsinstanz den Überblick über den gesamten Therapieverlauf hat. In einigen Fällen übernimmt ein Hausarzt oder eine Hausärztin dieses Case-Management, manchmal die Patientin oder der Patient selbst. Eine gesetzlich vorgeschriebene Koordinationsinstanz gibt es nicht.

Hier setzt die Integrierte (koordinierte) Versorgung an. Sie bietet den Patientinnen und Patienten Unterstützung auf ihrem Weg durch das Gesundheitswesen entlang des individuellen Behandlungspfades. Basel-Stadt als reiner Stadtkanton mit einer entsprechenden Demografie und zahlreichen Leistungserbringern sowie einem Universitätsspital kann von Koordination und Vernetzung im Zuge einer Integrierten Versorgung besonders stark profitieren. Im Rahmen eines Gesamtkonzepts sollen konkrete Projekte unterstützt werden, die sektorübergreifende und digital gestützte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringerkategorien in den Vordergrund stellen. Damit sollen insbesondere ganzheitliche patientenzentrierte Präventions- und Behandlungskonzepte gefördert werden.

Erste Modellprojekte in Basel-Stadt, die sich diesem Ansatz verschrieben haben, wurden mit der Unterstützung des Gesundheitsdepartements und zum Teil weiteren Projektpartnern wie Gesundheitsförderung Schweiz in den letzten beiden Jahren schon gestartet bzw. stehen kurz vor Projektbeginn. Dazu gehören z.B.

- Home Treatment
- SomPsyNet
- PEPra

Diese werden nachfolgend kurz beschrieben.

### **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 Übergangsbearbeitungen (Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich) zu Hause betreut. Das Instrument des „home treatment“ verfolgt insbesondere das Ziel, die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie zu verbessern und kann sowohl als längerfristige Behandlung als auch zur Stabilisierung von Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt in ihrem häuslichen Umfeld eingesetzt werden. Die beiden verknüpften Modellprojekte wurden Anfang 2019 mit einer 3-jährigen Laufzeit gestartet. Der Regierungsrat wird dem Grossen Rat bis Ende 2020 einen ausführlichen Statusbericht zur Umsetzung der Modellprojekte unterbreiten. Diesem Statusbericht soll an dieser Stelle nicht vorgegriffen werden.

### **SomPsyNet**

Seit 2019 läuft das Projekt Prävention psychosozialer Belastungsfolgen in der Somatik „SomPsyNet“, welches das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt zusammen mit dem Universitätsspital Basel, dem Bethesda Spital, Felix Platter-Spital, St. Claraspital und einem Konsortium bestehend aus ca. 20 weiteren Partnern umsetzt. SomPsyNet möchte im Kanton Basel-Stadt unter Einbezug der gesamten Versorgungskette ein Modell zur

Prävention psychosozialer Belastungsfolgen etablieren. Dieses Versorgungsmodell sieht die frühzeitige Erkennung und bedarfsgerechte Behandlung von psychischen Störungen/Belastungen bei somatischen Patienten vor. Hierzu werden zunächst Risikopatienten unter Nutzung eines Screenings identifiziert. Es folgt eine bedarfsorientierte Abklärung, gegebenenfalls unter Beteiligung des psychosomatischen Konsiliar- und Liaison-Dienstes. Mit Hilfe einer Online-Plattform, welche verfügbare Angebote vernetzt und Schweregrad gestuft koordiniert, werden geeignete Interventionen vermittelt. Die wissenschaftliche Begleitforschung zum Projekt wurde im Februar 2020 von der Ethikkommission ohne Auflagen genehmigt.

### **PEPra - Prävention mit Evidenz in der Praxis**

Mit PEPra soll – basierend auf den bereits bestehenden, von der Ärzteschaft mitentwickelten Programmen und Ansätzen – ein koordiniertes Gesamtpaket für evidenzbasierte Prävention in der ambulanten medizinischen Grundversorgung (Arztpraxis) geschaffen werden<sup>26</sup>. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Prävention im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten (NCDs) sowie der psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, die durch eine Verhaltensänderung positiv beeinflusst werden können (Senkung des Erkrankungsrisikos, positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf). Im Rahmen eines koordinierten Gesamtpakets werden einerseits Fortbildungen im Bereich Prävention für die Ärzteschaft angeboten und andererseits soll die Vernetzung mit bestehenden vor- und nachgelagerten Angeboten auf regionaler Ebene gestärkt werden. Basel-Stadt ist als Pilotkanton unter der Leitung der Abteilung Sucht an der Umsetzung beteiligt, welche voraussichtlich Ende 2020 startet.

Am 19. August 2020 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zum zweiten Kostendämpfungspaket eröffnet (vgl. Kapitel 2.1.2). Darin enthalten ist auch ein Vorschlag zur Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer sowie die Förderung von Programmen der Patientenversorgung. Die integrierte bzw. koordinierte Versorgung bildet auch eine der Stossrichtungen der bundesrätlichen Gesamtstrategie Gesundheit2030. Das Gesundheitsdepartement unterstützt diesen Ansatz und wird seinerseits bestrebt sein, die integrierte Versorgung auch als Schwerpunkt im Legislaturplan für die Periode 2021 – 2025 zu verankern.

### **7.2.5 Qualitätsmonitoring**

Zwischen den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn besteht eine seit Jahren bewährte Zusammenarbeit, in der Basel-Stadt das Qualitätsmonitoring der stationären Spitalversorgung in den Nachbarkantonen (Qualitätsmonitoring Nordwestschweizerische Spitäler QNS) in Form einer abgegoltenen Dienstleistung betreut. Basel-Stadt profitiert dadurch von einer höheren Durchdringung an Qualitätsmassnahmen der Spitalversorgung auf regionaler Ebene. Die Ergebnisqualität der basel-städtischen Spitalversorgung kann durch umfangreiche Datenanalysen differenzierter eingeordnet werden. In den letzten zwei Jahren wurde im QNS ein Schwerpunktthema zu Interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) umgesetzt. Interprofessionelle Ansätze dienen primär der Behandlungsqualität und stimulieren die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden und das Lernen voneinander. Gebündelte Ressourcen und verteilte Aufgaben erhöhen die Effektivität der Versorgung. Zusammenarbeit und Koordination innerhalb von interprofessionellen Teams wirken sich

<sup>26</sup> Vgl. dazu auch <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/kooperationen/pepra.html>

positiv auf die Patientensicherheit aus. In der einschlägigen Literatur wird von einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer berichtet. Der Fokus des Schwerpunktthemas wurde auf die Zusammenarbeit innerhalb einer Organisation gelegt, mit dem Ziel, diese in einem spitalinternen Projekt nach Vorgaben des Gesundheitsdepartements zu reflektieren. Der Verbesserung der Teamarbeit zugunsten von Patientensicherheit und Qualität wird auch auf nationaler Ebene eine hohe Bedeutung beigemessen.

Die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Solothurn und Bern haben sich für ein Pionierprojekt zusammengeschlossen und das Department für Gesundheitswissenschaften und Medizin der Universität Luzern beauftragt, Routinedaten, welche die Spitäler zu Abrechnungszwecken erheben, für eine Verwendung in der Qualitätssicherung zu prüfen. Es wurden 20 Patientensicherheitsindikatoren zu Komplikationen und 13 Indikatoren zu ungeplanten Wiedereintritten, die aus der US-amerikanischen Qualitätsmessung übersetzt und auf das schweizerische Medizinkodierungssystem übertragen wurden, überprüft. Ein wesentlicher Vorteil dieser Indikatoren ist, dass sie ohne zusätzlichen Aufwand für die Spitäler generiert werden können und zeitnah für die kantonale Qualitätssicherung und Planung zur Verfügung stehen. Die übersetzten Indikatorensets besitzen zudem gegenüber den bereits bestehenden Schweizer Qualitätsindikatoren den weiteren Vorteil, dass sie auch internationale Qualitätsvergleiche ermöglichen. In der Schweiz wurden sie für kantonale Zwecke der Qualitätssicherung allerdings bislang noch nicht erprobt. Die ersten Resultate zeigen, dass die Routinedaten der baselstädtischen Spitäler zur Auswertung genutzt werden können.

**Tabelle 15: Ungeplante spitalweite Wiedereintritte während 30 Tagen, 2017 (Auszug)**

Spital	in die Auswertung einbezogene Fälle	Beobachtete Fälle	Erwartete Fälle	Wiedereintrittsrate	Durchschnitt letzte 3 Jahre	Konfidenzintervall	Beurteilung*
1	2703	57	148	2.6%	3.0%	1.8% - 3.6%	
2	379	13	20	4.4%	1.7%	2.3% - 7.1%	
3	4551	298	363	5.6%	6.3%	4.9% - 6.3%	
4	634	133	69	13.2%	8.6%	11.3% - 15.1%	
5	4884	196	273	4.9%	5.0%	4.2% - 5.6%	
6	999	99	67	10.2%	9.0%	8.7% - 11.7%	
7	7311	618	621	6.8%	7.2%	6.3% - 7.4%	
8	3361	421	515	5.6%	9.1%	4.8% - 6.5%	
9	633	101	46	15.1%	12.7%	13.2% - 17.1%	
10	6584	68	253	1.8%	2.0%	1.3% - 2.5%	
11	25	4	2	12.5%	17.8%	6.5% - 23.3%	
12	107	0	5	0.0%	2.3%	0.0% - 0.0%	

\*In die Auswertung der spitalweiten ungeplanten Wiedereintritte während 30 Tagen wurden rund 200'000 Fälle von 57 akutsomatischen Leistungserbringern (Kantone BE, BS, BL, SO) einbezogen. Etwa 14'000 Fälle sind während 30 Tagen ungeplant wiederingetreten, durchschnittlich 6.83% über alle Spitäler hinweg. Die Wiedereintrittsrate wird mit einem Mittel aus den Vorjahren verglichen und das statistische Vertrauensintervall berücksichtigt. Die Ergebnisse werden mittels eines dreifarbigem Ampelsystems visualisiert.

Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Die obige Tabelle illustriert beispielhaft einen zufälligen anonymisierten Auszug der berücksichtigten Spitäler in Bezug auf die Auswertung der ungeplanten spitalweiten Wiedereintritte. Während viele Einrichtungen tiefere Wiedereintrittsraten aufweisen als der Durchschnitt, liegt dieser Wert bei einigen Häusern deutlich darüber. Wenn man die Wiedereintrittsrate aus dem Jahr 2017 mit dem Durchschnitt der vorigen Jahre vergleicht, zeigt sich auch, dass es sich oftmals nicht um zufällige Ausreisser, sondern um systematische Abweichungen handelt.

Bei systematischen Auffälligkeiten im Rahmen des Qualitätsmonitorings kommt der unten dargestellte Prozess zum Zug (Abb. 26):

Abbildung 27: Qualitätsgespräch und Zielvereinbarungsprozess



Jedoch besteht noch Weiterentwicklungspotenzial, welches in den nächsten Jahren umgesetzt werden wird. Die Zusammenarbeit mit der Universität Luzern versteht sich als ein Projekt mit Experimentiercharakter. Basel-Stadt leistet hier zusammen mit den Partnern einen wichtigen Beitrag, um einerseits die Datenlage auf kantonaler Ebene zu verbessern und um andererseits eine Grundlage für nationale Bestrebungen in der Qualitätsentwicklung zu schaffen.

## 8. Einschätzung und Ausblick

- Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurden die Entwicklung der Kosten, Leistungen und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den letzten fünf Jahren sowie die aktuellen Entwicklungen im politischen Umfeld und Massnahmen zur Kostendämpfung beschrieben.
- Nach einem vergleichsweise gemässigten Kostenanstieg in den Vorjahren ist 2019 gesamtschweizerisch wieder eine deutliche Beschleunigung der Kostenentwicklung festzustellen. Auch in Basel-Stadt sind die OKP-Kosten pro versicherte Person nach einem leichten Rückgang 2018 im letzten wieder angestiegen, wobei der Zuwachs im Vergleich zum nationalen Durchschnitt weniger stark ausgeprägt war und mit +2% noch als gemässigt bezeichnet werden kann.
- Bei den Krankenversicherungsprämien wird für die „Mittlere Prämie“ im Jahr 2021 erfreulicherweise ein Nullwachstum erwartet. Zwar liegt auch die Standardprämie mit einem Anstieg von 1,0% im moderaten Bereich. Dies übertrifft aber dennoch den schweizweiten Durchschnitt (+0,8%) und ist insofern erstaunlich, als Basel-Stadt in den letzten fünf Jahren stets ein unterdurchschnittliches Kostenwachstum verzeichnete. Zudem ist auch das Prämienvolumen pro Versicherten seit 2015 im Durchschnitt um 2,7% gewachsen, während die in diesem Zusammenhang relevanten durchschnittlichen Nettoleistungen pro Versicherten im gleichen Zeitraum lediglich um 1,4% zugenommen haben.
- Daraus ergibt sich, dass die sogenannte „Combined Ratio“ für Basel-Stadt auch über einen längeren Zeitraum vom angestrebten „Soll“ von 100% abweicht. Die in diesem Zeitraum von den Krankenversicherern geäußerten sehr soliden gesamtschweizerischen Reserven von rund 200% des Minimums sind somit a priori überdurchschnittlich zulasten der baselstädtischen Versicherten gefallen. Das Gesundheitsdepartement hat diese Tatsache gegenüber dem zuständigen BAG immer wieder moniert, so auch im Rahmen der Stellungnahmen zu den Prämieeinnahmen 2020 und 2021.
- Die vom BAG genehmigten Rückerstattungen von zu hohen Prämieeinnahmen von sieben Krankenversicherern für das Jahr 2019 in der Höhe von insgesamt 13,5 Mio. Franken kompensieren den in der OKP im Kanton Basel-Stadt erzielten Überschuss von rund 41 Mio. Franken für das Jahr 2019 nur teilweise.
- Nachdem bundesweit in den Jahren zuvor verschiedene Massnahmen, und zum Teil auch ausserordentliche Faktoren, zur Kosteneindämmung beigetragen hatten, scheint deren Wirkung nun wieder etwas nachzulassen. Es fällt auf, dass insbesondere bei der Langzeitpflege

die Zuwachsraten 2019 neuerlich sehr hoch waren, auch wenn gesamthaft gesehen dieser Bereich nur rund ein Zehntel der OKP-Gesamtkosten ausmacht.

- Diese Entwicklung ist zunächst der Demografie geschuldet. Die zunehmende Alterung erhöht den ambulanten wie auch den stationären Pflegebedarf. Ein chronischer Mangel beim Pflegepersonal erhöht den Kostendruck zusätzlich, auch wenn sich dies nicht direkt in den OKP-Kosten widerspiegelt, da die Maximalbeiträge der Krankenversicherung unabhängig von der effektiven Kostenstruktur der Pflegeheime festgelegt sind. Dieser Lohndruck dürfte aber indirekt durchaus Folgen haben. Pflegeheime und Spitex-Organisationen sehen sich einerseits veranlasst, die Auslastung ihrer Kapazitäten zu erhöhen. Andererseits – und dieser Effekt dürfte noch stärker ins Gewicht fallen – steigt der durchschnittliche Pflegebedarf pro Bewohner/-in bzw. Spitexkunden/-in und damit auch die Vergütung durch die Kostenträger.
- Tatsächlich zeigt eine vertiefte Analyse, dass zwar die Anzahl Pfl egetage in den baselstädtischen Pflegeheimen 2019 gesunken ist, die Gesamtkosten der kantonalen Restfinanzierung, wie auch die OKP-Kosten in diesem Bereich aufgrund der höheren Pflegeintensität im Zusammenhang mit der Anpassung des RAI-Indexes deutlich gestiegen sind. Seit einigen Jahren zeichnet sich ab, dass sich der Personaldarf in der Pflege künftig noch erhöhen dürfte. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der Finanzierungsbedarf bei der Langzeitpflege auch in den kommenden Jahren weiter markant zunehmen wird. Dies wird auch in der erneuerten bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2030 anerkannt, wo die Sicherstellung der Pflege und deren Finanzierung als eines der acht strategischen Ziele verankert ist.
- Schon in seiner letztjährigen Einschätzung anlässlich der Berichterstattung zu § 67 Abs. 2 hat der Regierungsrat darauf hingewiesen, dass längerfristig eine rein sektorale Betrachtungsweise der Versorgungsstrukturen zu kurz greift. Die Alterung der Bevölkerung hat zur Folge, dass immer mehr Menschen an verschiedenen altersinduzierten chronischen und psychischen Leiden erkranken, während viele Diagnosen, sei es in der Onkologie oder im Bereich der seltenen Krankheiten, die früher als unheilbar galten, dank neuer Therapien behandelbar - aber nur selten heilbar - geworden sind. Es ist von vordringlicher Bedeutung diese Herausforderung einerseits mit einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zu begegnen. Andererseits müssen auch die Versorgungsstrukturen auf diese Situation ausgerichtet werden. Es braucht vermehrt ganzheitliche Konzepte zur integrierten bzw. koordinierten Versorgung und interprofessionellen Zusammenarbeit.
- Das Gesundheitsdepartement ist derzeit daran zu diesen Aspekten einen ganzheitlichen Ansatz zu entwickeln. Erste Projekte sind in Basel-Stadt lanciert worden oder in den letzten Phasen der Erarbeitung. Modellprojekte wie das „Home Treatment“ oder „SomPsyNet“ oder auch Projektideen für bedarfsgerechte Formen der Übergangspflege zwischen der stationären und ambulanten Versorgung folgen diesem sektorübergreifenden Ansatz und können helfen die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu verbessern. Längerfristig müssen solche Modellprojekte zur Regelversorgung ausgeweitet werden können, wenn sie merkliche Effekte auf die Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben sollen.
- Die Fragmentierung der Finanzierung und der Kostenträger zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich erleichtert die Einrichtung solcher sektorübergreifenden Ansätze zwar nicht unbedingt, aber sie stellt auch keine unüberwindbare Hürde dar. Das Gesetzgebungsprojekt zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), das derzeit im eidgenössischen Parlament beraten wird, bietet zwar eine interessante Perspektive zur Vereinfachung der Finanzierungsflüsse, weshalb sich die Kantone auch offen für die Diskussion gezeigt haben. Hierfür müssen aber aus Sicht der Kantone zunächst wichtige Bedingungen erfüllt sein, und insbesondere der Einbezug der Pflegefinanzierung und der vollständige Zugang zu den Abrechnungsdaten der Versicherer.
- Ob die EFAS-Vorlage des Parlaments diesen Anforderungen gerecht werden kann, wird sich weisen müssen. Für den Kanton Basel-Stadt gilt es zunächst aber weiterhin in jenen Bereichen kosteneindämmende Massnahmen zu ergreifen, in denen er schon heute eine Steuermöglichkeit besitzt. Wie auch der diesjährige Bericht aufzeigt, lässt sich ein relevanter Teil der hohen baselstädtischen Kosten und Prämien auf die hohe Dichte der stationären Versorgung zurückführen. Hier muss zunächst das Prinzip „ambulant vor stationär“ anset-

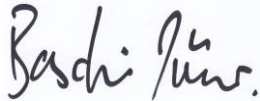
zen. Das Potenzial für weitere Verlagerungen sollte künftig noch besser ausgeschöpft werden können. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn auch die stationäre Planung noch bedarfsgerechter ausgestaltet werden kann, wie das mit den neuen Leistungsaufträgen in der Gemeinsamen Gesundheitsregion angestrebt wird.

- Die aktuelle COVID-Pandemie hat aber auch gezeigt, wie wichtig es ist, dass gewisse Vorhalteleistungen oder auch „Überkapazitäten“ für solche ausserordentlichen Situationen bereitstehen. Dass sich daraus auch Finanzierungfolgen für die öffentliche Hand ergeben, ist unvermeidlich. Es wird künftig noch mehr als heute eine politische Güterabwägung brauchen zwischen einer konsequenten bedarfsgerechten Versorgungsplanung und der Bereitstellung von Vorhaltekapazitäten, deren grosser Nutzen nur in ausserordentlichen Krisensituationen ersichtlich wird.

## 9. 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



Baschi Dürr  
Vizepräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin

### Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

## Anhang: Datentabellen

## a) OKP-Leistungen

Tabelle A 1 OKP- Bruttoleistungen Gesamt in Franken

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	889'201	918'275	934'867	935'332	961'540	
Veränderung	4.4%	3.3%	1.8%	0.0%	2.8%	2.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'812	4'930	4'997	4'980	5'078	
Veränderung	3.7%	2.5%	1.3%	-0.3%	2.0%	1.4%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	783'005	808'746	824'766	823'665	847'134	
Veränderung	4.8%	3.3%	2.0%	-0.1%	2.8%	2.0%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'233	4'342	4'408	4'385	4'474	
Veränderung	4.2%	2.6%	1.5%	-0.5%	2.0%	1.4%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 2 OKP-Bruttoleistungen Spital stationär in Franken

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	232'301	226'581	221'003	220'647	227'642	
Veränderung	4.8%	-2.5%	-2.5%	-0.2%	3.2%	-0.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'257	1'216	1'181	1'175	1'202	
Veränderung	4.1%	-3.2%	-2.9%	-0.5%	2.3%	-1.1%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 3 OKP-Bruttoleistungen Spital ambulant in Franken

Ambulante Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken inkl. Medis (1)	135'046	146'267	149'316	149'214	148'144	
Veränderung	-0.8%	8.3%	2.1%	-0.1%	-0.7%	2.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (1)	731	785	798	794	782	
Veränderung	-1.5%	7.4%	1.6%	-0.5%	-1.5%	1.7%
Bruttoleistungen in 1'000 Franken ohne Medis (2)	118'826	127'813	130'089	127'156	125'853	
Veränderung	-1.2%	7.6%	1.8%	-2.3%	-1.0%	1.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (2)	643	686	695	677	665	
Veränderung	-1.7%	6.7%	1.3%	-2.6%	-1.8%	0.8%

(1) inkl. Medikamente; (2) ohne Medikamente

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 4 OKP-Bruttoleistungen Arztpraxis ambulant in Franken

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	202'169	208'517	212'806	214'743	224'091	
Veränderung	4.0%	3.1%	2.1%	0.9%	4.4%	2.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'094	1'119	1'137	1'143	1'183	
Veränderung	3.3%	2.3%	1.6%	0.5%	3.5%	2.0%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr. (inkl. Labor)	181'334	187'047	190'936	193'093	200'441	
Veränderung	3.6%	3.2%	2.1%	1.1%	3.8%	2.5%
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	20'836	21'426	21'870	21'650	23'650	
Veränderung	8.1%	2.8%	2.1%	-1.0%	9.2%	3.2%
ärztliche Behandlungskosten pro Versicherten in Franken (inkl. Labor)	981	1'004	1'021	1'028	1'059	
Veränderung	2.9%	2.3%	1.6%	0.7%	3.0%	1.9%
davon ärztlich angewendete Medikamente pro Versicherten in Franken	113	115	117	115	125	
Veränderung	7.3%	2.0%	1.6%	-1.4%	8.4%	2.6%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr



**Tabelle A 5 OKP-Bruttoleistungen Medikamente Apotheke in Franken**

Apotheken OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	132'383	140'673	143'837	143'347	143'500	
Veränderung	3.7%	6.3%	2.2%	-0.3%	0.1%	2.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	716	755	769	763	758	
Veränderung	3.0%	5.4%	1.8%	-0.8%	-0.6%	1.4%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

**Tabelle A 6 OKP-Leistungen Pflegeheime in Franken**

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	55'829	55'970	60'685	53'259	58'387	
Veränderung	4.2%	0.3%	8.4%	-12.2%	9.6%	1.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	302	300	324	284	308	
Veränderung	3.5%	-0.6%	8.0%	-12.6%	8.7%	0.5%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

**Tabelle A 7 OKP-Leistungen Spitex in Franken**

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	26'228	28'751	30'461	29'929	33'096	
Veränderung	-1.9%	9.6%	5.9%	-1.7%	10.6%	6.0%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	142	154	163	159	175	
Veränderung	-2.5%	8.7%	5.5%	-2.2%	9.7%	5.3%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

**Tabelle A 8 OKP-Leistungen Physiotherapie**

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	29'924	32'354	33'329	35'654	37'692	
Veränderung	11.1%	8.1%	3.0%	7.0%	5.7%	5.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	162	174	178	190	199	-
Veränderung	10.3%	7.2%	2.6%	6.5%	4.9%	5.3%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

**Tabelle A 9 Laboranalysen zu Lasten OKP in Franken**

Laboratorien (1) OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	33'757	35'702	38'219	41'641	41'387	
Veränderung	30.5%	5.8%	7.1%	9.0%	-0.6%	5.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	183	192	204	222	219	
Veränderung	29.6%	4.9%	6.6%	8.5%	-1.4%	4.6%

(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

Tabelle A 10 Übrige OKP-Leistungen in Franken

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	41'552	43'655	45'211	46'899	47'601	
Veränderung	7.9%	5.1%	3.6%	3.7%	1.5%	3.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	225	234	242	250	251	
Veränderung	7.1%	4.2%	3.1%	3.3%	0.7%	2.8%
davon:						
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'546	1'514	1'529	1'445	1'383	-2.8%
Hilfsmittel- und Gegenstände (1) in 1'000 Franken	16'234	15'402	16'807	17'834	17'273	
Komplementärleistungen in 1'000 Franken	535	448	490	348	341	-10.6%
Übrige Leistungen in 1'000 Franken	23'236	26'282	26'385	27'271	28'605	

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

## b) Krankenversicherungsprämien

Tabelle A 11 OKP-Referenzprämien Basel-Stadt

Standardprämie (1) Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ 21/15
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	533.2	545.6	567.3	591.8	602.4	605.3	611.1	
Veränderung in %	4.1%	2.3%	4.0%	4.3%	1.8%	0.5%	1.0%	2.3%
Veränderung in Franken	21.1	12.4	21.7	24.5	10.6	2.9	5.8	
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	497.6	506.3	529.0	556.1	477.2	458.9	459.5	
Veränderung in %	5.2%	1.7%	4.5%	5.1%	-14.2%	-3.8%	0.1%	-1.3%
Veränderung in Franken	24.4	8.7	22.7	27.1	-78.9	-18.3	0.6	
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	127.7	129.2	135.7	142.1	145.1	146.8	147.6	
Veränderung in %	3.8%	1.2%	5.1%	4.7%	2.1%	1.2%	0.6%	2.4%
Veränderung in Franken	4.7	1.5	6.5	6.4	3.0	1.7	0.8	

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

Bei Jugendlichen und Kinder beträgt die Franchise 0.

(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

Tabelle A 12 OKP-Referenzprämien Schweiz

Standardprämie (1) Schweiz	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ 21/15
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	411.8	428.1	447.3	465.3	477.9	482.3	486.2	
Veränderung in %	4.0%	4.0%	4.5%	4.0%	2.7%	0.9%	0.8%	2.8%
Veränderung in Franken	15.7	16.3	19.1	18.0	12.6	4.4	3.9	
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	379.7	393.9	414.3	432.5	374.1	366.4	366.5	
Veränderung in %	4.4%	3.7%	5.2%	4.4%	-13.5%	-2.1%	0.0%	-0.6%
Veränderung in Franken	16.2	14.2	20.5	18.2	-58.4	-7.7	0.1	
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	95.0	98.9	105.3	110.5	113.7	115.2	115.4	
Veränderung	3.8%	4.1%	6.4%	5.0%	2.9%	1.3%	0.2%	3.3%
Veränderung in Franken	3.5	3.9	6.4	5.3	3.2	1.4	0.3	

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

Bei Jugendlichen und Kinder beträgt die Franchise 0.

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 13 OKP-Prämienvolumen Basel-Stadt

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2015	2016	2017	2018	2019	2020 kalk	2021 prov.	Δ 21/15
Prämiensoll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	834'157	861'499	900'398	940'036	948'776	954'395	985'319	
Veränderung	4.4%	3.3%	4.5%	4.4%	0.9%	0.6%	3.2%	2.8%
Prämiensoll [mittlere Prämie über alle Versicherten] (1) pro versicherte Person in Franken	376	385	401	417	418	417	417	
Veränderung	3.8%	2.6%	4.0%	4.0%	0.1%	-0.1%	0.0%	1.8%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

## c) Kantonsbeiträge

Tabelle A 14 Transferaufwand Spitalbeiträge

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	282'282	283'841	289'344	292'230	300'717	
Veränderung	2.6%	0.6%	1.9%	1.0%	2.9%	1.6%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	95'944	69'540	68'929	60'191	65'736	
Veränderung	-3.5%	-27.5%	-0.9%	-12.7%	9.2%	-9.0%
<b>Total</b>	<b>378'226</b>	<b>353'381</b>	<b>358'273</b>	<b>352'421</b>	<b>366'453</b>	
Veränderung	1.0%	-6.6%	1.4%	-1.6%	4.0%	-0.8%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 15 Transferaufwand Langzeitpflege

Transferaufwand Langzeitpflege	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 19/15
KVG-Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	34'826	37'251	37'531	40'203	43'140	
Veränderung	5.0%	7.0%	0.8%	7.1%	7.3%	5.5%
EL-Finanzierung Pflegeheimkosten	65'801	68'112	66'842	67'225	63'606	
Veränderung	2.6%	3.5%	-1.9%	0.6%	-5.4%	-0.8%
KVG-Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	14'550	15'743	16'615	15'958	17'967	
Veränderung	5.1%	8.2%	5.5%	-4.0%	12.6%	5.4%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	8'234	8'268	7'609	7'132	6'168	
Veränderung	2.0%	0.4%	-8.0%	-6.3%	-13.5%	-7.0%
<b>Total</b>	<b>123'411</b>	<b>129'374</b>	<b>128'597</b>	<b>130'518</b>	<b>130'881</b>	
Veränderung	124.1%	4.8%	-0.6%	1.5%	0.3%	1.5%

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

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

## Grossratsbeschluss

### **Sechster Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes**

(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.