



An den Grossen Rat

16.1509.01

GD/P161508

Basel, 28. September 2016

Regierungsratsbeschluss vom 27. September 2016

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

Inhalt

1. Ausgangslage und Begehren	3
2. Kurzzusammenfassung	3
3. Einleitung	4
3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung.....	4
3.2 Verwendete Datengrundlagen.....	4
3.3 Datenqualität.....	5
3.4 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt	6
4. Entwicklung der Kosten und Leistungen im Kanton Basel-Stadt	7
4.1 Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Stadt.....	7
4.1.1 Entwicklung der Gesamtkosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	7
4.1.2 Entwicklung der stationären Spalkosten	8
4.1.3 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)	10
4.1.4 Entwicklung der ambulanten Spalkosten	11
4.1.5 Entwicklung der Apothekenkosten.....	13
4.1.6 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen	14
4.1.7 Entwicklung der Spitex-Leistungen	15
4.1.8 Entwicklung der Physiotherapiekosten	16
4.1.9 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen.....	16
4.1.10 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer.....	17
4.2 Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt.....	19
4.2.1 Entwicklung des Transferaufwands für die Spitalfinanzierung in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	19
4.2.2 Entwicklung des Transferaufwands für die Langzeitpflege in der laufenden Rechnung Basel-Stadt	20
5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt	21
5.1 Entwicklung der Referenzprämien.....	21
5.2 Entwicklung des Prämienvolumens.....	22
6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten ...	24
6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020	24
6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien.....	29
6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt	29
6.2.2 Umsetzung Nationale Strategie Palliative Care	30
6.2.3 Umsetzung Nationale Strategie eHealth	31
6.2.4 Übertragbare Krankheiten	33
6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	37
6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung	37
6.3.2 Früherkennung (systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge im Kanton Basel-Stadt)	39
6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern.....	41
6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt	42
6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung.....	44
6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht.....	44
6.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste.....	46
6.5 Massnahmen Bereich Umwelt.....	48
6.5.1 One Health – Präventionsprogramm Kind und Hund.....	48
6.5.2 One Health – Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer.....	49
6.5.3 Lebensmittelkontrolle / Prävention	50
6.6 Massnahmen im Bereich Gesundheitspersonalentwicklung	51
7. Schlussbemerkungen und Antrag	53

1. Ausgangslage und Begehren

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

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

§ 67 Abs. 2 GesG besagt folgendes:

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

Der Regierungsrat berichtet nachfolgend gemäss dieser Bestimmung.

2. Kurzzusammenfassung

- Ambulante und stationäre Spalkosten sowie die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Medikamente addieren sich zu 84% der gesamten Leistungskosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).
- Im Jahr 2015 sind die Leistungskosten der OKP um 1.4% gestiegen.
- Die durchschnittliche Monatsprämie für Erwachsene ist im Zeitraum 2012-2016 um 2.4% pro Jahr gestiegen, was unter dem schweizerischen Mittel von 3.0% liegt.
- Da die Spalkosten (ambulant und stationär) mit einem Anteil von 51% den grössten Kostenanteil darstellen, bildet das Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen prioritären Tätigkeitsschwerpunkt des Gesundheitsdepartments. Das Ziel ist eine Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und eine Stärkung der universitären Medizin sowie der Lehre und Forschung. Die Regierungen der beiden Basel haben am 13. September 2016 im Grundsatz beschlossen, dass eine Spitalgruppe aus dem Universitätsspital Basel und dem Kantonsspital Baselland geformt werden soll. Zudem streben die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine gemeinsame Spitalplanung an.

3. Einleitung

3.1 Definition der Gesundheitskosten im Rahmen dieser Berichterstattung

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

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

In diesem Kostenbegriff nicht enthalten sind demnach weitere Gesundheitskosten, die durch andere Kostenträger beglichen werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Kosten der Krankenzusatzversicherungen (ambulant und stationär) gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG, SR 221.229.1), gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG, SR 832.20) sowie nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) ausgerichtete Heilungskosten (Ausnahme: Kantonsanteil von 20% an stationäre Behandlung von Geburtsgebrechen gemäss Art. 14 bis IVG) und alle durch die Patienten selbst getragenen Gesundheitskosten (v.a. zahnärztliche Leistungen, Kosten für weitere Therapien, Medikamente, Mittel- und Gegenstände, die nicht von einer Versicherung gedeckt sind). Es bestehen keine genügend differenzierten Statistiken über diese Kosten. Weiter sind im hier verwendeten Kostenbegriff die Kosten der Prämienvergünstigung und Ergänzungsleistungen für Personen im Pflegeheim (Sozialkosten) nicht enthalten (vergleiche hierfür den Kennzahlenbericht: „Sozialberichterstattung des Kantons Basel-Stadt“¹).

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

3.2 Verwendete Datengrundlagen

Dieser Bericht soll einen aktuellen Bezug zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen herstellen. Das heisst, es müssen Zahlenquellen herangezogen werden, die im Jahresablauf genügend schnell verfügbar sind. Detaillierte Statistiken über das Gesundheitswesen haben oft den Mangel, dass sie erst mit 12 bis 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht werden. Um die aktuelle Kostenentwicklung mit Bezug auf die Krankenkassenprämien darzustellen, ist die Auswahl an Zahlenquellen sehr beschränkt. Im notwendigen Detaillierungsgrad stehen primär die Zahlen aus der Rechnung des Kantons Basel-Stadt über die eigenen Staatsbeiträge an Gesundheitsleistungen und die Branchenstatistik der Krankenversicherer auf Kantonsebene aus dem Datenpool der SASIS AG als verfügbare Zahlenreihen zur Verfügung.

Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Sie betreibt als Branchenlösung für die Krankenversicherer unter anderem den sogenannten Datenpool. Dabei handelt es sich um

¹ <http://www.statistik.bs.ch/zahlen/analysen/sozialberichterstattung.html>

eine Branchenstatistik nach Leistungserbringern, Leistungsarten und Kanton. Die rund 60 zugelassenen Krankenversicherer speisen die Daten aus ihren Versicherungssystemen in den Datenpool ein. Der Datenpool dient hauptsächlich der Analyse der Kostenentwicklung, als Basis für die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse sowie als Basis für Tarifverhandlungen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erhält einen Auszug dieser Daten für das offizielle Kostenmonitoring der Krankenversicherung. Als Ausgangsjahr wurde das Jahr 2012 gewählt, weil die Daten ab diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehen und sich dieses Jahr mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung deckt. Die Zahlenreihen werden nach einem einheitlichen Raster kurz kommentiert.

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

3.3 Datenqualität

In den Datenpool liefern die rund 60 zugelassenen Krankenversicherer ihre Abrechnungsdaten nach einer einheitlichen Richtlinie. Dabei handelt es sich um einen aufwändigen technischen Prozess. Aus diesem Grund kann es immer wieder zu Revisionen kommen, wodurch sich die Statistiken rückwirkend ändern können. Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Datenqualität ist der Abdeckungsgrad. Im Allgemeinen wird die Versichertenzahl der Risikoausgleichsstatistik als Gradmesser einer vollständigen Abdeckung herangezogen, weil diese Datenlieferungen von der Revisionsstelle der Krankenversicherer bestätigt werden müssen. Der Abdeckungsgrad ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Anzahl Versicherte OKP	2012	2013	2014	2015
SASIS Datenpool	180'516	181'807	184'046	191'998
<i>Veränderung</i>		0.7%	1.2%	4.3%
Statistik Risikoausgleich	188'106	182'425	183'876	184'425
<i>Veränderung</i>		-3.0%	0.8%	0.3%
Abdeckung Datenpool (in % Bestand Risikoausgleich)	96.0%	99.7%	100.1%	104.1%

Der Abdeckungsgrad ist im Jahr 2012 noch unvollständig. Ab dem Jahr 2013 ist er gemessen am Versichertenbestand der Risikoausgleichsstatistik nahe 100%. Im Jahr 2015 steigt die Abdeckung auf über 100%. Dies ist dadurch zu erklären, dass verschiedene Personengruppen in den beiden Quellen unterschiedlich berücksichtigt werden. So umfasst der SASIS-Datenpool beispielsweise Grenzgänger, welche nicht risikoausgleichspflichtig sind und daher in die Risikoausgleichsstatistik nicht einfließen. Der gemäss Risikoausgleich definierte Versichertenkreis ist auch in Bezug auf die Prämienbemessung massgeblich. Der starke Anstieg der Versichertenzahl ist vermutlich auf eine Zunahme der Anzahl Grenzgänger mit einer KVG-Versicherung zurückzuführen. Diese werden dem Kanton zugerechnet, in dem sie arbeiten. Es ist davon auszugehen, dass es sich nicht um eine effektive Zunahme von Grenzgängern handelt. Vielmehr ist von einer neuen statistischen Erfassung auszugehen. Die Leistungskosten von KVG-versicherten Grenzgängern sind jedoch nicht relevant für die Bemessung der kantonalen Prämien, da diese Gruppe eine eigene Prämienregion gemäss ihrem Wohnsitzstaat bildet. Dies bedeutet, dass in den SASIS-Statistiken für das Jahr 2015 vermutlich sowohl höhere Kosten als auch eine grössere Anzahl Versicherte ausgewiesen werden, als für die Bemessung der Krankenversicherungsprämien für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt massgeblich sind. Nicht im Kanton Basel-Stadt wohnhafte Versicherte und die von diesen verursachten Kosten dürfen deshalb für die Prämienberechnung nicht mitberücksichtigt werden. Derart bereinigte Statistiken liegen dem Kanton indes nicht vor, weshalb die angegebene Kostensteigerung pro versicherte Person von 1.4% lediglich provisorischen Charakter hat.

3.4 Einflussmöglichkeiten des Kantons Basel-Stadt

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

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

Bei den nachfolgend dargestellten Wertgrössen in Franken handelt es sich um nominelle Werte, das heisst, sie sind nicht teuerungsbereinigt. Im betrachteten Zeitraum (2012 – 2015) war gemäss dem Basler Index der Konsumentenpreise eine negative Teuerung von 1.4% festzustellen. Eine Teuerungsbereinigung wird, wie bei der Betrachtung der Leistungsentwicklung der Gesundheitskosten im Allgemeinen üblich, nicht vorgenommen. Das Bevölkerungswachstum des Kantons Basel-Stadt wurde durch die Darstellung der Kosten pro Versicherten berücksichtigt. Die demographische Alterung der Bevölkerung wird im Bericht jedoch nicht explizit abgebildet.

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

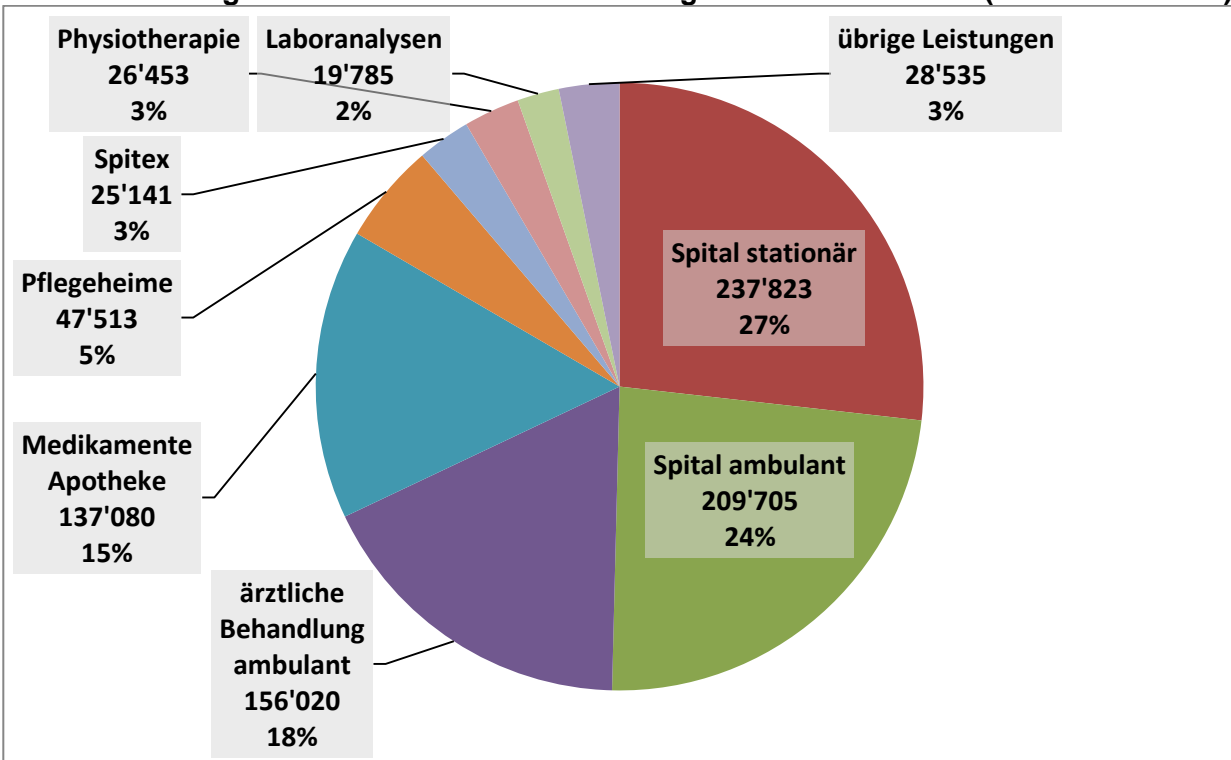
4.1.1 Entwicklung der Gesamtkosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Total Leistungen OKP im Kanton Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	784'037	829'388	839'690	888'055
Veränderung		5.8%	1.2%	5.8%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'343	4'562	4'562	4'625
Veränderung		5.0%	0.0%	1.4%
Nettoleistungen (1) in 1'000 Franken	713'761	726'357	734'867	779'151
Veränderung		1.8%	1.2%	6.0%
Nettoleistungen (1) pro Versicherten in Franken	3'794	3'995	3'993	4'058
Veränderung		5.3%	-0.1%	1.6%

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

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kosten der Obligatorischen Krankenversicherung in Basel-Stadt 2015 (in 1'000 Franken)



Quelle: SASIS AG - Datenpool (Versichertenbestand 2015 korrigiert gemäss BAG)

Kommentar zur Entwicklung

- In den Jahren 2012-2015 haben die Bruttoleistungen durchschnittlich um 4.3% pro Jahr zugenommen und kamen im Jahr 2015 auf rund 888 Mio. Franken zu stehen. Die Zunahme der Bruttoleistungen pro versicherte Person lag aufgrund der Zunahme des Versichertenbestands tiefer bei durchschnittlich 2.2% pro Jahr. Die Nettoleistung pro Versicherten lag im Jahr 2015 bei 4'058 Franken.
- Wie im obigen Kapitel 3.3 beschrieben, weist die Statistik 2015 vermutlich auch Versicherte, die ihren Wohnsitz nicht im Kanton Basel-Stadt haben, sowie die von ihnen verursachten Kosten aus, weshalb die Angaben zur Entwicklung der Gesamtkosten sowie die Kosten pro versicherte Person provisorischen Charakter haben.

Grundlagen

- Die Bruttoleistungen der OKP umfassen alle Pflichtleistungen gemäss KVG.
- Stationäre und ambulante Spitalkosten, die Kosten für ärztliche Behandlung und Medikamente machen zusammen 84% der Gesamtkosten der Krankenversicherung aus.
- Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) ist die Differenz zwischen Brutto und Nettoleistungen. Sie beläuft sich auf ca. 100 Mio. Franken. Ihr Anteil ist mit 12.5% der Bruttoleistungen im betrachteten Zeitraum stabil geblieben.

4.1.2 Entwicklung der stationären Spitalkosten

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	194'233	222'282	223'854	237'823
<i>Veränderung</i>		14.4%	0.7%	6.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'076	1'223	1'216	1'239
<i>Veränderung</i>		13.6%	-0.5%	1.8%
Anzahl Leistungsbelege	44'033	50'249	51'697	51'475
<i>Bruttoleistung pro Leistungsbeleg</i>	4'411	4'424	4'330	4'620

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für inner- und ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen der in Basel-Stadt wohnhaften OKP-Versicherten haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 7.5% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen je versicherte Person sind im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 5.0% pro Jahr angestiegen. Der Kostenanstieg war nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung besonders ausgeprägt, weil die OKP dadurch neu zusätzliche Kosten zu übernehmen hatte (Abgeltung der Investitionskosten, Mitfinanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten). Im Jahr 2015 war in diesem Bereich mit 1.8% eine unterdurchschnittliche Kostentwicklung pro versicherte Person zu verzeichnen, nachdem im Vorjahr leichter Rückgang um 0.5% erfolgt war.
- Für die Betrachtung der Kostenentwicklung in diesem Bericht wurde als Ausgangspunkt das Jahr 2012 gewählt. Die Krankenversicherer weisen für dieses Jahr Kosten für die stationären Spitalbehandlungen von 194.2 Mio. Franken aus. Im Jahr 2012 lag der Abdeckungsgrad des SASIS-Datenpools bei 96%. Demzufolge ist von effektiv höheren Kosten auszugehen. Die Hochrechnung auf 100% ergibt einen Wert von 202.3 Mio. Franken. In der laufenden Rechnung des Kantons Basel-Stadt sind im Jahr 2012 zur Finanzierung des Kantonsanteils (55%) für stationäre Spitalbehandlungen Kosten von 262.6 Mio. Franken verbucht (siehe unten Kapitel 4.3.1). Daraus lässt sich der Anteil der Krankenversicherung von 45% mit 214.9 Mio. Franken (=262.3 Mio. Franken : 55% x 45%) errechnen. Dieser Wert liegt rund 12.6 Mio. Franken höher als die ausgewiesene Zahl der Krankenversicherer von 194.2 Mio. Franken (siehe Tabelle oben). Es ist bekannt, dass es bei den Krankenversicherern aufgrund der Umstellung der Abrechnungsprozesse auf die neue Spitalfinanzierung zu Verzögerungen in der Rechnungsverarbeitung kam. Die in dieser Statistik für das Jahr 2012 ausgewiesenen Kosten der OKP für

stationäre Spitalbehandlungen sind daher im Vergleich zu den effektiv in den Spitälern angefallenen Behandlungen zu tief. Dieser Rückstand wurde im Folgejahr aufgeholt, mit dem Effekt, dass durch die zu niedrige Vergleichsbasis die Kostenentwicklung 2013 statistisch zu hoch ausgewiesen wird (Basiseffekt).

-
- Die Kosten je Leistungsbeleg sind im Berichtsjahr um 5.7% gestiegen.
- Die stationären Spitalkosten machen einen Anteil von 26.8% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen

- Per 1. Januar 2012 wurden die Regeln der neuen Spitalfinanzierung in allen Kantonen umgesetzt. Ab diesem Datum schreibt das Gesetz die Bildung von leistungsorientierten Tarifen auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung des anrechenbaren Betriebsaufwands der Spitäler vor. Für die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen gelten ab dem Jahr 2012 diagnosebezogene Fallpauschalen nach dem System SwissDRG. Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch Tagespauschalen. Die Finanzierung erfolgt dual-fix (d.h. durch einen einheitlichen Kostenschlüssel) durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln.
- Die neue Spitalfinanzierung führt zu einer Mehrbelastung der OKP (v.a. durch die Mitfinanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherung und verstärkten Mitfinanzierung ausserkantonalen Wahlbehandlungen durch die OKP) und einer Entlastung der Krankenzusatzversicherungen.

4.1.3 Entwicklung der ambulanten Arztkosten (ohne Spitäler)

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	177'841	193'994	198'438	209'705
Veränderung		9.1%	2.3%	5.7%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	985	1'067	1'078	1'092
Veränderung		8.3%	1.0%	1.3%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr.	153'205	166'248	168'484	177'720
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	15'389	17'251	18'707	20'148
davon Laboranalysen in der Arztpraxis in 1'000 Fr.	9'247	10'494	11'246	11'837
Anzahl Grundleistungen (1) in 1'000	1'313	1'315	1'281	1'308
Bruttoleistung pro Grundleistung in Franken	135	148	155	160
Anzahl Leistungsbelege in 1'000	1'045	1'146	1'146	1'192
Bruttoleistung pro Leistungsbeleg in Franken	170	169	173	176

(1) Grundleistungen: Anzahl Arztkontakte (in der Praxis und Hausbesuche)

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für ambulante Arztleistungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 6.0% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 3.6% pro Jahr gestiegen. Im Jahr 2015 war in diesem Bereich mit 1.3% erneut eine unterdurchschnittliche Kostenentwicklung pro versicherte Person zu verzeichnen.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verrechnen Medikamente, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Dieser Kostenanteil ist mit rund 10.3% pro Jahr überdurchschnittlich stark angestiegen. Ebenfalls überdurchschnittlich stark mit rund 9.3% pro Jahr sind die Kosten für die Laboranalysen in der Praxis gewachsen.
- Die ambulanten Arztkosten machen einem Anteil von 23.6% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen

- Ende 2011 lief die bereits mehrmals verlängerte Zulassungsbeschränkung aus, worauf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Zulassungsnummer zur Abrechnung zu Lasten der OKP bekommen haben, stark zugenommen hat. Seit dem 5. Juli 2013 war wieder eine auf drei Jahre befristete Beschränkung in Bezug auf die Zulassung zur Abrechnung in der OKP für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 55a KVG in Kraft. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung waren aber Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Das Parlament hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019.
- Der im Jahr 2013 zu beobachtende Kostenanstieg dürfte auch auf die Aufhebung des Zulassungsstopps per Ende 2011 zurückzuführen sein. Aufgrund der Statistik der Berufsausübungsbewilligungen des Gesundheitsdepartements war in den Jahren 2012 und 2013 eine deutliche Zunahme insbesondere bei den Spezialisten zu verzeichnen (siehe unten Kapitel 5.2.3 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen gemäss Art. 55a KVG).
- Der Übergangszuschlag für die Praxislaboratorien der Analysenliste wurde für das Jahre 2013 verlängert. Im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) erfolgte eine erneute Verlängerung für das Jahr 2014. Diese ging einher mit einer Erhöhung des Zuschlags.
- Auf Anfang 2015 wurde als weitere Massnahme des Masterplans das Kapitel „schnelle Analysen“ im Sinn einer besseren Abgeltung für die Arztpraxen überarbeitet. Dies führte gesamtschweizerisch zu Mehrkosten von rund 35 Mio. Franken.
- Als weitere Massnahme des Masterplans wurde ab 1. Oktober 2014 eine Zuschlagsposition für die Grundkonsultation eingeführt. Dadurch erhalten Hausärztinnen und Kinderärzte bei der Grundkonsultation in ihrer Praxis eine um rund 9 Franken höhere Vergütung. Zur Kompensation der gesamtschweizerisch erwarteten Mehrkosten von 200 Mio. Franken wurden die Taxpunkte der technischen Leistung für bestimmte Tarifpositionen gesenkt, was eine geringere Entschädigung für bestimmte technische Infrastrukturen wie etwa Computertomographen, die vor allem von Spezialistinnen und Spezialisten sowie Spitälern verwendet werden, bedeutet.

4.1.4 Entwicklung der ambulanten Spitalkosten

Ambulante Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	139'610	144'529	150'625	156'020
<i>Veränderung</i>		3.5%	4.2%	3.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	773	795	818	813
<i>Veränderung</i>		2.8%	3.0%	-0.7%
Grundleistungen (1) in 1'000	514	475	445	512
Bruttoleistung pro Grundleistung in Franken	271	304	338	304

(1) Grundleistungen: Anzahl Arztkontakte (in der Praxis und Hausbesuche)

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für ambulante Spitalbehandlungen der OKP-Versicherten in Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 3.9% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 1.7% pro Jahr gestiegen. Im Jahr 2015 war die Bruttoleistung pro versicherte Person rückläufig. Zur Statistik vgl. obiges Kapitel 3.3.

- Die ambulanten Spitalkosten machen einen Anteil von 17.6% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Neben ärztlichen Leistungen nach Tarmed erbringen die Spitäler auch ambulante Leistungen in der Physio-, Ergo- und Logotherapie und bei Laboranalysen. Es werden Medikamente verrechnet, die direkt am Patienten angewendet werden (keine Selbstdispensation). Nach Art. 43 KVG werden ambulante Leistungen in der Regel durch Einzelleistungstarife abgerechnet. Dabei werden einzelne Leistungen mit Taxpunkten bewertet, wobei die Leistungen national einheitlich definiert wurden. Durch Multiplikation mit Taxpunktwerten errechnet sich der Vergütungswert der Leistung. Taxpunktwerte werden in kantonalen Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart. Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Für die in der Praxis erbrachten Laborleistungen bildet die Analyseliste die Abrechnungsgrundlage. In der Praxis ärztlich angewendete Medikamente (keine Selbstdispensation) werden gemäss Spezialitätenliste vergütet. Diese Preise werden amtlich festgelegt.
- Das KVG fordert die Leistungserbringer und Krankenversicherer auf, die Tarife (Taxpunkte) vertraglich zu vereinbaren. Erst wenn dies definitiv gescheitert ist, legt die Kantonsregierung die Verrechnungspreise ersatzweise fest (sogenanntes Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG). Diese Festsetzungsverfügungen können die Tarifparteien durch das Bundesverwaltungsgericht prüfen lassen, welches in der Regel letztinstanzlich urteilt.
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt voll zu Lasten der OKP ohne Beteiligung der öffentlichen Hand.
- Der Kanton verfügt über keine Planungskompetenzen. Die Leistungserbringer gestalten das Angebot aufgrund der Patientennachfrage und ihrer Unternehmensstrategie.

Wichtige Entwicklungen

- Der grösste Anteil der spitalambulanten Leistungen wird nach Tarmed fakturiert. Mit der Einführung des Tarmed im Jahr 2004 lag der Taxpunktwert bei 95 Rappen. In der Kostenneutralitätsphase wurde er auf 94 Rappen gesenkt. Ab dem 1. Juli 2010 wurde er im Rahmen einer regionalen Vereinheitlichung auf 91 Rappen gesenkt. Für das Jahr 2013 hatte der Regierungsrat die nicht mehr erneuerten Tarifverträge gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr verlängert. Im Rahmen des laufenden Festsetzungsverfahrens wurde er ab dem Jahr 2014 provisorisch auf weiterhin 91 Rappen festgesetzt. Das Verfahren ist in Erwartung eines Leitentscheids des Bundesverwaltungsgerichts sistiert. Die Leistungserbringer haben die Festsetzung von deutlich höheren Taxpunktwerten beantragt, weil der seit mehr als zehn Jahren geltende Tarif die Gestehungskosten nicht deckt.
- Die Bundesversammlung hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz trat am 1. Juli 2016 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2019.
- Zur Kompensation der gesamtschweizerisch erwarteten Mehrkosten von 200 Mio. Franken im Rahmen der Einführung einer Zuschlagsposition für die Grundkonsultation in der hausärztlichen Versorgung (Masterplan Hausarztmedizin) wurden die Taxpunkte der technischen Leistung für bestimmte Tarifpositionen gesenkt (z.B. Computertomographen). Diese Massnahme wirkt sich stark in der Abrechnung von ambulanten Spitalleistungen aus.

4.1.5 Entwicklung der Apothekenkosten

Apotheken OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	134'327	134'302	131'560	137'080
<i>Veränderung</i>		0.0%	-2.0%	4.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	744	739	715	714
<i>Veränderung</i>		-0.7%	-3.2%	-0.1%
Anzahl Leistungsbelege in 1'000	1'096	1'238	1'213	1'212
Bruttoleistung pro Leistungsbeleg	123	108	108	113
Quelle: SASIS AG - Datenpool				

Kommentar zur Entwicklung

- Die an Apotheken bezahlten Bruttoleistungen (Medikamente, Mittel- und Gegenstände, pharmazeutische Leistung) für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 1.4% pro Jahr abgenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 0.9% pro Jahr zurückgegangen.
- Die Leistungen der Apotheken entsprechen einem Anteil von 15.4% der gesamten Bruttoleistungen der OKP.
- Zur Statistik vgl. obiges Kapitel 3.3.

Grundlagen

- Ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) zugelassenes Medikament wird von der OKP vergütet, wenn es ärztlich verschrieben und in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit aufgeführt ist (www.sl.bag.admin.ch). Für die Aufnahme in die SL muss nachgewiesen werden, dass die Arznei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Die Aufnahmebedingungen werden alle drei Jahre überprüft (Art. 34, 65 und 65d KVV, SR 832.102).
- Die Aufnahme in die SL kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen und begrenzt die Vergütungspflicht der OKP (Art. 73 KVV). Sind Medikamente von Swissmedic zugelassen, jedoch nicht oder noch nicht in die SL aufgenommen, werden die Kosten nur mit vertrauensärztlicher Genehmigung der Krankenversicherung übernommen (Art. 71a und 71b KVV). Das Gleiche gilt, wenn Medikamente ausserhalb der von Swissmedic festgelegten Anwendungen und ausserhalb der Limitation gemäss SL eingesetzt werden.
- Für Abgabe von Medikamenten durch Apotheken wurde mit den Krankenversicherern eine leistungsorientierte Abgeltung vereinbart (LOA Vertrag). Hauptziel ist die Entkoppelung des Einkommens der Apotheke vom Produktpreis, indem die pharmazeutischen Grundleistungen durch Pauschalen abgegolten werden. Ferner erhalten die Apotheken für die Vertriebsleistung eine produktpreisabhängige Marge.
- Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen (Art. 65d KVV). Dabei werden die Preise regelmässig im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und dem Auslandpreisvergleich überprüft (Art. 65b KVV) und gegebenenfalls gesenkt.
- Die Finanzierung der Pflichtleistungen erfolgt vollständig zu Lasten der OKP.
- Der Kanton verfügt über keine gesetzlichen Planungskompetenzen. Der Kanton führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung). Betreffend Eröffnung und Führung einer Apotheke gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

Wichtige Entwicklungen

- Der Bundesrat hat auf den 1. Juni 2015 eine Verordnungsänderung beschlossen, welche die Regelungen zur Preisfestlegung von Arzneimitteln anpasst. Ziel ist, das Kostenwachstum bei den Originalpräparaten zu stabilisieren und die guten Rahmenbedingungen für die Forschung in der Schweiz zu erhalten. Potenzial für Kosteneinsparungen sieht der Bundesrat vor allem bei Generika. Wie bisher wird jedes Jahr ein Drittel der Präparate vom BAG unter die Lupe

genommen. Dabei wird neben dem Auslandpreisvergleich in Zukunft der bisherige Preis zu einem Drittel und damit auch der therapeutische Quervergleich berücksichtigt. Zudem werden Arzneimittel der gleichen Indikation - also Konkurrenzprodukte - gleichzeitig überprüft. Bis anhin war für die Reihenfolge der Überprüfung massgebend, in welchem Jahr das Medikament zur Vergütung zugelassen wurde. Damit können Ungleichbehandlungen vermieden werden. Wegen dieses Systemwechsels, findet die nächste Überprüfungsrunde erst zu Beginn des Jahres 2016 statt.

- Allerdings muss die neue Regelung aufgrund eines Urteils des Bundesgerichts vom vergangenen Dezember 2015 bereits wieder überarbeitet werden. Das Urteil machte klar, dass die Medikamentenpreise laut Gesetz nicht nur auf Basis von Auslandpreisvergleichen, sondern auch von Nutzenvergleichen festzusetzen sind. Dies gilt nicht nur bei der Neuaufnahme eines Medikaments in die Liste der kassenpflichtigen Mittel, sondern auch bei den späteren Preisüberprüfungen – was das derzeitige System oft nicht genug berücksichtigt. Aufgrund dieser Situation werden die regelmässigen Preisüberprüfungen des BAG voraussichtlich erst ab dem Jahr 2017 wieder aufgenommen werden können. Die Auswirkungen des Urteils auf die Preisentwicklung bei den Medikamenten sind noch nicht abschätzbar.
- Mit den Preisüberprüfungsrounden des BAG seit dem Jahr 2010 sinkt der Pharma-Markt in der Schweiz, obwohl er weltweit ansteigt. Mittlerweile, nicht zuletzt auch wegen des sinkenden Euro-Wechselkurses gegenüber dem Schweizer Franken, sinken die Medikamentenpreise in der Schweiz weiter. Der gemeinsame Preisvergleich der Industrie und der Krankenkassen von 2014 zeigt, dass sich der Preisunterschied bei den rund 250 umsatzstärksten patentgeschützten Originalpräparaten gegenüber dem Durchschnitt des vergleichbaren Auslands in den vergangenen Jahren weiter verringert hat. Die Preise lagen im November 2014 erstmals auf dem Preisniveau der sechs Vergleichsländer (AT, DE, DK, FR, NL und UK).
- Auffallend ist die Tendenz, dass viele neue Präparate auf den Markt kommen und kassenpflichtig werden, die ein Vielfaches von dem kosten, was bisher auf dem Markt war. Dem ist allerdings auch meist ein grosser klinischer Nutzen entgegenzuhalten.

4.1.6 Entwicklung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	48'775	45'333	45'133	47'513
<i>Veränderung</i>		-7.1%	-0.4%	5.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	270	249	245	247
<i>Veränderung</i>		-7.7%	-1.7%	0.9%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen an Pflegeheime für OKP-Versicherte im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 0.9% pro Jahr abgenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person sind in diesem Zeitraum um durchschnittlich 2.8% pro Jahr zurückgegangen.
- Die Pflegekosten in Heimen machen einen Anteil von 5.4% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte Pflegeheimplanung zuständig und führt eine Pflegeheimliste.
- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV (SR 832.112.31), welche seit 1. Januar 2011 in Kraft sind, erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die Restfinanzierung und die Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist.

- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG, Art. 7 KLV).
- Zur Abgeltung der Pflegeleistungen in Heimen entrichten die Versicherer feste Beiträge in 12 Stufen zwischen 9 und 108 Franken pro Tag gemäss dem in Minuten gemessenen Pflegebedarf (Art. 7a Abs. 3 KLV). Die Leistungsvergütung erfolgt aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung.

Wichtige Entwicklungen

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

4.1.7 Entwicklung der Spitex-Leistungen

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	19'613	21'739	21'075	25'141
<i>Veränderung</i>		10.8%	-3.1%	19.3%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	109	120	115	131
<i>Veränderung</i>		10.1%	-4.2%	14.4%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttoleistungen für Spitex-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt haben im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 9.4% pro Jahr zugenommen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 6.8% pro Jahr zugenommen.
- Die oben beschriebene Kostenentwicklung ist eine Folge der Mengensteigerung der Spitexleistungen. Seit dem Jahr 2012 ist im Durchschnitt ein Anstieg der geleisteten Spitex-Stunden um 8% pro Jahr festzustellen.
- Die Spitex-Kosten machen einen Anteil von 2.8% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton regelt die Restfinanzierung und die Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist.
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welche in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt ist. Zur Abgeltung der ambulanten Pflege entrichtet sie feste Beiträge abgestuft nach den Leistungskategorien Bedarfsabklärung, Grund- und Behandlungspflege gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV. Sie werden aufgrund einer ärztlich bescheinigten Bedarfsabklärung gewährt und sind seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 unverändert.
- Der Kanton führt eine gesundheitspolizeiliche Aufsicht (Betriebsbewilligung, Qualitätssicherung) über die selbstständigen Pflegefachkräfte und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es gilt die verfassungsrechtliche Wirtschaftsfreiheit.

4.1.8 Entwicklung der Physiotherapiekosten

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	20'012	20'929	23'248	26'453
<i>Veränderung</i>		4.6%	11.1%	13.8%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	111	115	126	143
<i>Veränderung</i>		3.8%	9.7%	13.2%

Quelle: SASIS AG - Datenpool (Versichertenbestand 2015 korrigiert gemäss BAG)

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Physiotherapie-Leistung der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 10.7% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 8.1% pro Jahr zugenommen. Im Jahr 2015 war die Bruttoleistung pro versicherte Person rückläufig. Zur Statistik vgl. obiges Kapitel 3.3.
- Die Physiotherapiekosten machen einen Anteil von 2.8% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

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

Wichtige Entwicklungen

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

4.1.9 Entwicklung der Kosten für Laboranalysen

Laboratorien OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	15'823	17'504	18'215	19'785
<i>Veränderung</i>		10.6%	4.1%	8.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	88	96	99	103
<i>Veränderung</i>		9.8%	2.8%	4.1%

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für Laboranalysen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 8.3% pro Jahr gestiegen. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 5.9% pro Jahr zugenommen. Zur Statistik vgl. obiges Kapitel 3.3.
- Die Kosten für Laboranalysen machen einem Anteil von 2.2% der gesamten Bruttoleistungen der OKP aus.

Grundlagen

- Laboratorien sind gemäss Art. 35 KVG zugelassene Leistungserbringer.

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

Wichtige Entwicklungen

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

4.1.10 Entwicklung der Kosten aller übriger Leistungserbringer

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Bruttoleistung Total in 1'000 Franken	33'803	28'778	27'542	28'535
<i>Veränderung</i>		-14.9%	-4.3%	3.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	187	158	150	149
<i>Veränderung</i>		-15.5%	-5.5%	-0.7%
davon:				
ZahnärztInnen in 1'000 Franken	1'114	1'190	1'045	1'197
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'414	1'384	1'360	1'548
Pflegefachpersonen in 1'000 Franken	1'045	1'353	1'210	1'299
Hebammen in 1'000 Franken	1'188	1'344	1'441	1'670
ErgotherapeutInnen in 1'000 Franken	1'239	1'516	1'615	1'772
LogopädInnen in 1'000 Franken	139	137	138	277
ErnährungsberaterInnen in 1'000 Franken	345	360	393	394
Abgabestellen MiGeL in 1'000 Franken	3'148	3'625	4'798	4'842
Übrige Rechnungssteller ambulant in 1'000 Franken	4'087	3'788	4'358	4'881
Transport-/Rettungsunternehmen in 1'000 Franken	1'798	1'852	2'205	2'375
Heilbäder in 1'000 Franken	84	96	72	42
Restliche in 1'000 Franken	18'201	12'134	8'908	8'238

Quelle: SASIS AG - Datenpool

Kommentar zur Entwicklung

- Die Bruttokosten für übrige OKP-Leistungen der OKP-Versicherten im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012 bis 2015 um durchschnittlich 5.2% pro Jahr gesunken. Die Bruttoleistungen pro versicherte Person haben in diesem Zeitraum um durchschnittlich 6.9% pro Jahr abgenommen. Zur Statistik vgl. obiges Kapitel 3.3.

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

- Dieser Kostenblock der übrigen Leistungen macht einen Anteil von 3.2% aller Bruttoleistungen der OKP aus.
- Die zu beobachtende Abnahme ist grossen Teils auch auf die verbesserte und verfeinerte Leistungserfassung bei den Krankenversicherern zurückzuführen. Diese erklärt zum Teil auch die Kostenzunahmen in anderen Kategorien entsprechend durch eine Kostenverschiebung.

Grundlagen

- Enthalten sind ausschliesslich die Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog der OKP.

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

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

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2012	2013	2014	2015
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	262'566	269'506	275'099	282'282
Veränderung		2.6%	2.1%	2.6%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	120'862	107'860	99'401	95'944
Veränderung		-10.8%	-7.8%	-3.5%
Total	385'440	379'380	376'515	380'241
Veränderung		-1.6%	-0.8%	1.0%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Kommentar zur Entwicklung

- Die Kosten für den Kantonsanteil für stationäre Spitalbehandlungen für Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Stadt sind im Zeitraum 2012-2015 um durchschnittlich 2.4% pro Jahr gestiegen. Wie oben in Kapitel 3.1.2 beschrieben, sollten die Kosten für den Kantonsanteil für stationäre Behandlungen von 55% mit den ausgewiesenen Kosten der Krankenversicherer für deren Anteil von 45% korrespondieren. Weil es bei den Krankenversicherern im Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung (2012) zu Verarbeitungsrückständen kam, sind die dort ausgewiesenen Kosten um rund 12.6 Mio. Franken zu tief, wodurch im nachfolgenden Jahr die Zuwachsrate statistisch deutlich höher liegt. Wird dieser Basiseffekt bereinigt, ergeben sich vergleichbare durchschnittliche Zuwachsraten.

Die Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche, nicht kostendeckende Leistungen der Spitäler haben von 2012-2015 um durchschnittlich 10.9% pro Jahr abgenommen. Diese Beiträge wurden seit dem Jahr 2012 um rund 24.9 Mio. Franken reduziert, primär durch den Abbau der Beiträge an die ungedeckten Kosten der Ambulatorien der öffentlichen Spitäler. **Grundlagen**

- Gemäss Art. 49a KVG legt der Kanton den Vergütungsteiler für die stationären Spitalbehandlungen jährlich fest. Der Kanton muss mindestens 55% dieser Kosten übernehmen. Demnach trägt die Krankenversicherung maximal 45% der KVG Tarife. In der betrachteten Periode lag ihr Anteil konstant bei diesem Wert.
- Der Kanton ist gemäss Art. 39 KVG für eine bedarfsgerechte, leistungsorientierte Spitalplanung zuständig. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Koordination ihrer Planung verpflichtet, welche im Rahmen einer Interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) wahrgenommen wird. Die betroffenen Spitäler können gegen Verfügungen betreffend der Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht führen. Dieses entscheidet letztinstanzlich.
- Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der stationären Spitalversorgung findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements in den Kapiteln 2 bis 5 ([Internet-Link Gesundheitsversorgungsbericht²](#))

Wichtige Entwicklungen

- Per 1. Januar 2012 wurden die Regeln der neuen Spitalfinanzierung in allen Kantonen umgesetzt. Das Gesetz schreibt neu vor, dass auf Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung leistungsorientierte Tarife zu bilden sind. Die Abrechnung von akutsomatischen Behandlungen erfolgt mittels diagnosebezogenen Fallpauschalen (SwissDRG). Im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitation und der Palliativversorgung erfolgt die Leistungsverrechnung weiterhin durch

² www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Über uns > GSV-Bericht

Tagespauschalen. Die Finanzierung erfolgt dual-fix durch den Wohnkanton und die Krankenversicherung. Private und öffentliche Listenspitäler sind gleich zu behandeln.

- Seit 1. Januar 2014 gilt eine gegenseitige Anerkennung der kantonalen Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dadurch besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone eine volle Spitalwahlfreizügigkeit im Rahmen der OKP.

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

Transferaufwand Langzeitpflege	2012	2013	2014	2015
Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	27'296	33'458	33'164	34'826
<i>Veränderung</i>		22.6%	-0.9%	5.0%
Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	12'293	12'827	13'841	14'550
<i>Veränderung</i>		4.3%	7.9%	5.1%
Beiträge ambulante Langzeitpflege in 1'000 Franken	9'307	9'224	8'071	8'234
<i>Veränderung</i>		-0.9%	-12.5%	2.0%
Total	48'896	55'510	55'076	57'610
<i>Veränderung</i>		13.5%	-0.8%	4.6%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Kommentar zur Entwicklung

- Die Beiträge an die Pflegefinanzierung haben von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 9.2% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die Spitex Basel haben von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 6.1% pro Jahr zugenommen.
- Die Beiträge an die ambulante Langzeitpflege haben von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 3.8% pro Jahr abgenommen.

Grundlagen

- In Art. 25a KVG und Art. 7a KLV erfolgt eine abschliessende Definition der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden medizinisch bedingten Pflegeleistungen und die Aufteilung der Finanzierung auf die Krankenversicherung. Der Kanton legt die Normkosten fest und regelt die Restfinanzierung, die Patientinnen und Patienten übernehmen einen Eigenbeitrag, der auf maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung begrenzt ist und die Krankenversicherung entrichtet fixe Beiträge gemäss Art. 7a KLV an die medizinisch bedingten Pflegekosten.
- Die Krankenversicherung vergütet denselben Katalog an Pflichtleistungen bei ambulanter Pflege wie bei Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 50 KVG), welche in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt sind.
- Die Pflegenormkosten bei Aufenthalt im Pflegeheim sind gemäss § 8d lit. a) Ziffer 1 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410) im Pflegeheim-Rahmenvertrag zwischen dem Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) und dem Kanton Basel-Stadt festgelegt (SG 329.500).
- Für zugelassene Spitex-Anbieter gelten die vom Kanton festgelegten Pflegenormkosten gemäss § 8d lit. b) Ziffer 1. Zur Sicherstellung einer räumlich, zeitlich und fachlich umfassenden Versorgungssicherheit bestehen besondere Leistungsaufträge mit Spitex Basel, curavis und Spitex Bettingen Riehen. Der Eigenbeitrag der Versicherten beträgt 10% (maximal 8 Franken pro Tag, Kinder ohne Eigenbeitrag). Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird nur die Hälfte der gemäss KVG möglichen Eigenbeteiligung erhoben.
- Die Beiträge für die ambulante Langzeitpflege umfassen die Beiträge an die Pflege zu Hause gemäss der Verordnung betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause (Pflegebeitragsverordnung, SG 329.110) vom

4. Dezember 2012, Beiträge an die Tagespflegeheime gemäss § 8 Abs. 4 GesG und die Beiträge an Hauswirtschaftsleistungen gemäss § 9 Abs. 2 GesG.

- Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der Langzeitpflege findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des Gesundheitsdepartements in den Kapiteln 6 bis 9 ([Internet-Link Gesundheitsversorgungsbericht³](#)).

Wichtige Entwicklungen

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

5. Entwicklung der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

5.1 Entwicklung der Referenzprämien

Referenzprämien (1) Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015	2016
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Fr.	500	506	512	533	548
<i>Veränderung</i>		1.1%	1.3%	4.1%	2.8%
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Fr.	450	461	473	498	508
<i>Veränderung</i>		2.5%	2.6%	5.2%	2.1%
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Fr.	122	122	123	128	130
<i>Veränderung</i>		-0.1%	1.1%	3.8%	1.8%

Quelle: BAG

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

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

(4) bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Kommentar zur Entwicklung

- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete durchschnittliche Referenzprämie für Erwachsene ist von 2012-2016 um durchschnittlich 2.4% pro Jahr gestiegen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist diese Prämie um durchschnittlich 3.0% jährlich gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Jugendliche ist von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 3.5% pro Jahr gestiegen.
- Die nach dem Versichertenbestand gewichtete, durchschnittliche Referenzprämie für Kinder ist von 2012 bis 2015 um durchschnittlich 1.6% pro Jahr gestiegen.

Grundlagen

- Die Versicherer erheben die gleiche Prämie für alle Versicherten, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht. Sie können die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kanton- und regional abstufen. (Art. 61 KVG). Für Kinder müssen sie eine reduzierte Prämie festsetzen. Bei Jugendlichen können sie einen Prämienrabatt gewähren.
- Die Prämientarife der OKP bedürfen gemäss Art. 61 Abs. 5 KVG der Genehmigung durch den Bundesrat, welcher das BAG als die zuständige Behörde eingesetzt hat (Art. 92 KVV). Dieses prüft die Prämienanträge der Krankenversicherer aufgrund von plausiblen Budgets nach den folgenden Kriterien:

³ www.gesundheitsversorgung.bs.ch > Über uns > GSV-Bericht

- Kostendeckung: Es werden nur kostendeckende Prämien genehmigt. Beurteilungsgrundlage ist die Nettokostenquote. Ist diese zu tief, werden Prämien erhöhungen verlangt. Das BAG hat keine gesetzliche Kompetenz, eine Senkung zu hoher Prämien zu verlangen.
 - Solvenz: Von grosser Bedeutung ist die Einhaltung der Mindestreservevorschriften. Die gesetzlichen Mindestreserven werden durch den risikobasierten KVG-Solvenzttest bestimmt.
 - Einhaltung der Rabattierungsvorschriften betreffend Prämienrabatte für Kinder und junge Erwachsene (Art. 61 Abs. 3 KVG), Einhaltung der Minimalprämie (Art. 90c KVV), Abstufung nach Prämienregionen (Art 91 KVV), Ausschluss der Unfaldeckung (Art. 91a KVV), maximaler Prämienrabatt bei Wahlfranchisen (Art. 95 KVV) sowie aufgrund der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 101 KVV).
- Die Kantone können vor der Genehmigung zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen.

Wichtige Entwicklungen

- Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 (KVAG, SR 832.12) und die Ausführungsbestimmungen⁴ dazu sind auf den 1. Januar 2016 in Kraft getreten und werden erstmals für das Genehmigungsverfahren der Prämien 2017 angewendet. Das neue Gesetz verstärkt die Aufsicht über die Krankenversicherer und erhöht gleichzeitig die Transparenz. Grundsätzlich gilt nach wie vor, dass die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) jeweils die Kosten decken müssen. Die neue Regelung erlaubt den Krankenversicherern jedoch, einen Teil ihrer Kapitalerträge in die Kostenberechnungen für die Prämien einzubeziehen. Zudem dürfen sie unter bestimmten Voraussetzungen übermässige Reserven abbauen. Diese beiden Regelungen erlauben ihnen, den Versicherten tiefere Prämien anzubieten. Das BAG als Aufsichtsbehörde kann die Versicherer zudem verpflichten, ihre Prämien anzupassen, wenn diese gemessen an den Kosten zu hoch sind, was bisher nicht möglich war. Mit dem KVAG muss die Geschäftsführung der Versicherer im Rahmen der Corporate Governance zudem bestimmte Anforderungen erfüllen. Die Mitglieder der leitenden Organe müssen ihre Interessenbindungen offenlegen sowie über spezifisches Versicherungswissen verfügen. Weiter sind die Krankenversicherer verpflichtet, die Gesamtbeträge der Entschädigung für den Verwaltungsrat und das Leitungsorgan offenzulegen.
- Die Gewährung eines Prämienrabatts für Jugendliche ist freiwillig. In den vergangenen Jahren sind viele Versicherte dazu übergegangen, die Rabatte zu senken. Daher ist der Prämienanstieg in dieser Gruppe stärker als bei Erwachsenen und Kindern.

5.2 Entwicklung des Prämienvolumens

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2012	2013	2014	2015
Prämien Soll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	777'504	786'667	799'298	834'157
<i>Veränderung</i>		1.2%	1.6%	4.4%
Prämien Soll (1) pro Versicherten und Monat in Franken	359	359	362	376
<i>Veränderung</i>		0.0%	0.8%	3.8%
Durchschnittsbestand Versicherte	180'516	181'807	184'046	191'998
<i>Veränderung</i>		0.7%	1.2%	4.3%

Quelle: BAG

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

⁴ Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV; SR 832.121) vom 18. November 2015 und Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1) vom 25. November 2015

Kommentar zur Entwicklung

- Das Prämiensoll lag im Jahr 2015 bei rund 834 Mio. Franken. Es ist in den Jahren 2012 bis 2015 um durchschnittlich 2.4% pro Jahr gestiegen.
- Das Prämiensoll pro versicherte Person hat in den Jahren 2012 bis 2015 um durchschnittlich 1.5% pro Jahr zugenommen. Der im Vergleich zum absoluten Wert geringere Anstieg reflektiert die Erhöhung der Anzahl der versicherten Personen durch das Bevölkerungswachstum.
- Das im Vergleich zur Referenzprämie leicht tiefere Wachstum zeigt, dass bei steigender Prämie mehr Versicherte sich für die Wahl von Versicherungsmodellen mit Rabatten entscheiden (Wahlfranchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer).

6. Bericht über Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten

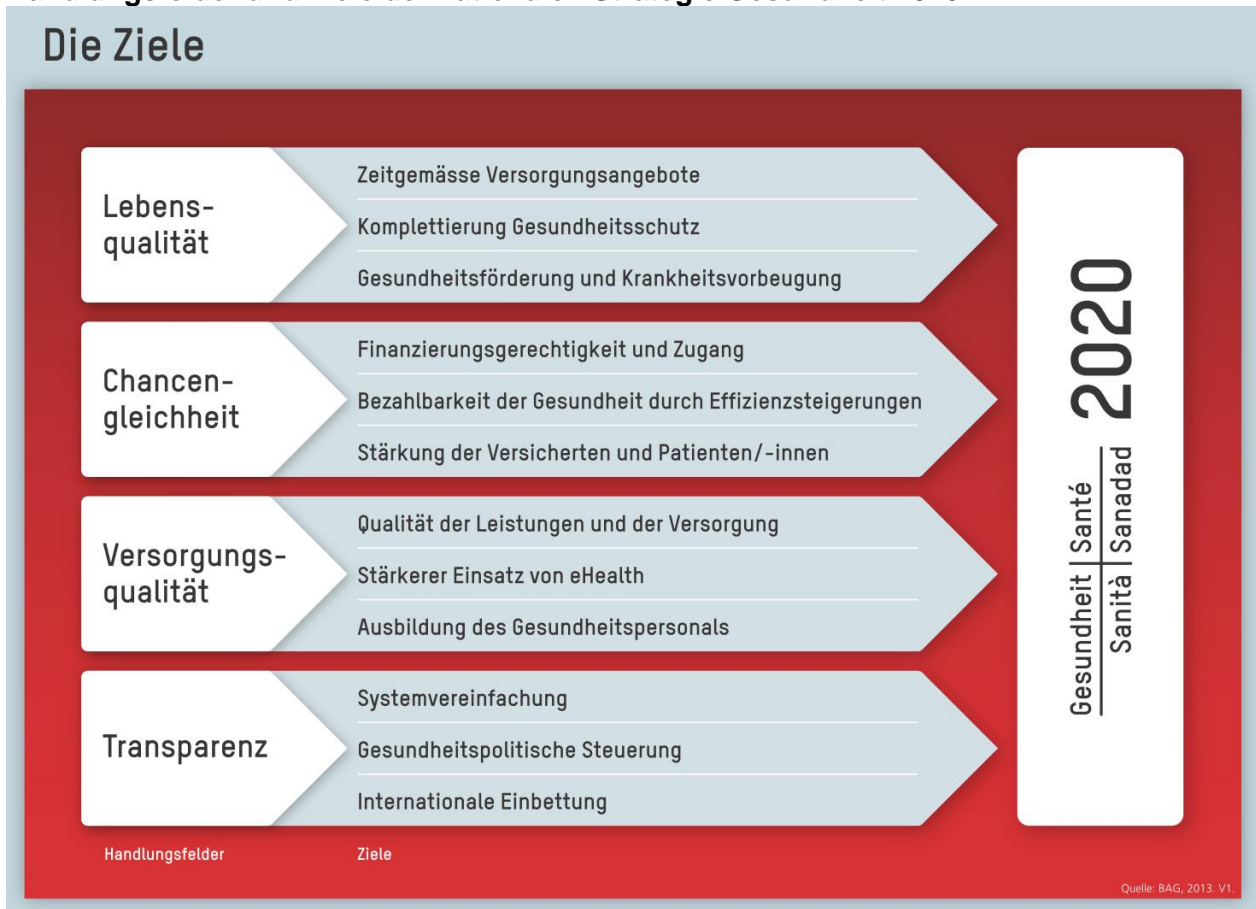
Das Gesundheitswesen ist ein komplexes, interdependentes System, das eine grosse Regulierungsdichte aufweist. Es ist letztlich auch ein nationaler Markt mit einem Volumen von ca. 70 Mrd. Franken, der jährlich um 2 – 3 Mrd. Franken wächst. Rund 40% oder 30 Mrd. Franken des Volumens wird durch die Krankenversicherung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

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

6.1 Nationale Strategie Gesundheit 2020

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

Handlungsfelder und Ziele der nationalen Strategie Gesundheit 2020



Quelle: Eidgenössisches Departement des Innern EDI

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

Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern

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

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

Handlungsfeld 1		Lebensqualität	
Ziele	Massnahmen „Gesundheit 2020“	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes	
1.1. Zeitgemässe Versorgungsangebote	Verbesserung der integrierten Versorgung	Strategie Demenz, Strategie Palliative Care „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“]	
	Versorgungsanpassung im Bereich Langzeitpflege	Pflegefiananzierung	
	Verbesserte Versorgungsforschung und klinische Forschung, Einführung von Registern	Bezeichnung Versorgungsforschung als Nationales Forschungsprogramm Entwurf Registergesetz	
1.2. Komplettierung Gesundheitsschutz	Vermeidung unnötiger medizinischer Strahlendosen, Einführung ergänzender Gesundheitsbeobachtungen (Schadstoffbelastungen oder Unterversorgungen mit lebensnotwendigen Mikronährstoffen)		
	Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in den stationären Einrichtungen		
	Reduktion von vermeidbaren Infektionen		
1.3. Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung	Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten	Weiterentwicklung Prävention und Gesundheitsförderung; Strategie Krebs	
	Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten	Netzwerk Psychische Gesundheit	
	Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen,	Bericht „Herausforderung Sucht“	

Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

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

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

Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen

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

Handlungsfeld 3	Versorgungsqualität	
Ziele	Massnahmen „Gesundheit2020“	Projekte und Themenschwerpunkte des Bundes
3.1. Qualität der Leistungen und der Versorgung	Umsetzung der Qualitätsstrategie	Qualitätsstrategie
	Reduktion nicht wirksamer und ineffizienter Leistungen, Verfahren und Medikamente	HTA
	Sensibilisierung der Bevölkerung beim Thema Organspenden	Sensibilisierungskampagne
3.2. Stärkerer Einsatz von eHealth	Einführung und Förderung der eMedikation	eHealth Suisse
	Einführung und Förderung des ePatientendossiers	Botschaft an Bundesrat in der 1. Hälfte 2013
	Digitale Unterstützung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen	eHealth Suisse
3.3. Ausbildung des Gesundheitspersonals	Ausbilden einer ausreichenden Zahl von Arzt/-innen und Pflegenden	Plattform Zukunft ärztliche Bildung Masterplan Hausarztmedizin Masterplan Pflegeberufe (BBT) AG „Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin“
	Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes	Vernehmlassungsvorlage Ende 2013
	Förderung der Hausarztmedizin und der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen	Bericht „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ (vgl. Massnahme 1.1.) Plattform Zukunft ärztliche Bildung Masterplan Hausarztmedizin

Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser Steuern und Koordinieren

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

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

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

6.2 Massnahmen zur Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien

6.2.1 Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Basel-Stadt

Inhalt
<p>In der Schweiz leben heute rund 116'000 Menschen mit Demenz. Jährlich kommen etwa 25'000 Neuerkrankungen hinzu. Im Kanton Basel-Stadt leben zurzeit ca. 3'700 Menschen mit Demenz, etwa die Hälfte lebt zuhause. Infolge der demographischen Entwicklung wird diese Zahl weiterhin kontinuierlich zunehmen. Diese Entwicklung stellt eine wachsende gesellschaftliche Herausforderung dar. Gemäss einer Studie der Schweizerischen Alzheimervereinigung verursachten Demenzkrankheiten im Kanton Basel-Stadt im Jahre 2009 Kosten von insgesamt 241 Mio. Franken. Die direkten Kosten beliefen sich auf rund 136 Mio. Franken, die indirekten Kosten (Pflege- und Betreuungsleistungen der Angehörigen) auf 105 Mio. Franken. Die Betreuung zu Hause kostete im Durchschnitt pro demenzkranke Person 56'741 Franken (direkte und indirekte Kosten), die Betreuung im Heim dagegen 84'151 Franken; die Betreuung zu Hause ist somit im Durchschnitt um knapp 33% günstiger als im Heim. Betrachtet man nur die direkten Kosten kostet ein Aufenthalt zu Hause 90% weniger als im Heim.</p> <p>Die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» wurde vom Bund unter Einbezug der Kantone und der betroffenen Organisationen erarbeitet und am 21. November 2013 verabschiedet. Wichtige Zielsetzungen darin sind die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung und Finanzierung bedarfsgerechter Angebote entlang der gesamten Versorgungskette. Der Kanton Basel-Stadt will die nationale Demenzstrategie auf die Region, bzw. auf den Kanton hinunterbrechen und Ziele und Massnahmen im eigenen Kanton umsetzen, dies in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft.</p>
Zielsetzung
<p>Ziel ist die Optimierung der Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt. Es wird bereits ein vielfältiges, spezialisiertes Angebot für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen bereitgehalten. Zu vielen der mit der nationalen Demenzstrategie angestrebten Ziele wurden im Kanton Basel-Stadt bereits Massnahmen ergriffen und umgesetzt. Nichtsdestotrotz gibt es Verbesserungsmöglichkeiten.</p>
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
<p>Im Jahr 2014 wurde zu diesem Zweck eine Bestandsaufnahme und Evaluation der bestehenden ambulanten wie stationären Demenzversorgung im Kanton Basel-Stadt (und der umliegenden Region) erarbeitet. Resultat war ein Konzept einer kantonalen Demenzstrategie inkl. Massnahmenideen. Im Jahr 2015 wurden konkrete Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Im Rahmen der Beantwortung des Anzugs „Daniel Stolz und Konsorten betreffend Demenzstrategie für den Kanton Basel-Stadt – zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft“ (http://www.grosserrat.bs.ch/dokumente/100382/000000382453.pdf) wurde umfassend über das Konzept informiert. Es ist vorgesehen, drei konkrete Massnahmen, im Lauf des Jahres 2016 umzusetzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Unterstützung des neu gegründeten Netzwerks Demenz beider Basel, welches die Vernetzung und koordinierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zu Ziel hat; 2) Mitfinanzierung einer niederschweligen begleitenden Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie Unterstützung bei der Planung des Folgeprozesses; 3) Förderung von Freiwilligendiensten zur Entlastung von Angehörigen und Unterstützung von zuhause lebenden Demenzkranken.
Aktivitäten im Berichtsjahr
<p>In den Themenbereichen mit prioritärem Handlungsbedarf wurden die wichtigsten Ziele für den Kanton Basel-Stadt festgelegt, Massnahmen entwickelt, Partnerorganisationen gesucht und die Umsetzung geplant. Zudem erfolgte eine umfassende Berichterstattung an den Regierungsrat und an den Grossen Rat.</p>

Noch zu erwartende Wirkungen
Die Umsetzung der geplanten Massnahmen soll in erster Linie das ambulante Leistungsangebot optimieren, indem Entlastungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige verbessert werden sollen und eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer erreicht werden soll. Damit kann die Behandlungs- und Betreuungsqualität von Demenzkranken während des ganzen Krankheitsverlaufes gesteigert und der Prozess effizienter gestaltet werden. Zudem kann der Eintritt in ein Pflegeheim verzögert und entsprechend Kosten eingespart werden.
Bereits getätigte Kosten/erwartete Kosten
Für die Umsetzung der drei oben genannten Massnahmen werden fortlaufende direkte Kosten von rund 150'000 Franken pro Jahr erwartet.
Erwartete Nettowirkung Total (Horizont)
Durch eine optimierte Demenzversorgung insbesondere im ambulanten Bereich und bei der Unterstützung und Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen können demenzkranke Menschen länger zuhause in ihrer gewohnten Umgebung leben. Dies steigert auf der einen Seite ihre Lebensqualität. Auf der anderen Seite werden erhebliche Kosten eingespart, indem ein Pflegeheimeintritt erst dann eintritt, wenn dieser unumgänglich geworden ist.

6.2.2 Umsetzung Nationale Strategie Palliative Care

Inhalt
Die zweite Phase der Nationalen Strategie Palliative Care des Bundes dauerte von 2013 bis 2015. Sie lief somit Ende 2015 aus. Im Rahmen der gesundheitspolitischen Ziele des Bundesrates „Gesundheit 2020“ bleibt die Palliative Care jedoch im Handlungsfeld „Lebensqualität“ eingebettet.
Zielsetzung
Ziel der Strategie 2013 bis 2015 war die Verankerung der Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren und in verschiedenen Bereichen (Versorgung und Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung und Freiwilligenarbeit). Das Hauptziel ist weiterhin, schwerkranken und sterbenden Menschen den Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care zu ermöglichen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Darüber hinaus soll die Palliative Care bedarfsgerecht weiterentwickelt werden (v.a. in der Aus- und Weiterbildung), die Koordination unter den Leistungserbringern gefördert und die Bevölkerung für die Palliative Care sensibilisiert werden.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Im Rahmen der Umsetzung des kantonalen Konzepts Palliative Care hat das Gesundheitsdepartement im August 2015 mit dem Palliativzentrum Hildegard, nach einem zweijährigen Pilotprojekt für den Betrieb der Anlauf- und Koordinationsstelle, eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2016 bis 2018 abgeschlossen. Im September 2015 legte das Gesundheitsdepartement dem Regierungsrat einen umfassenden Statusbericht zur Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care im Kanton Basel-Stadt vor. Das Gesundheitsdepartement möchte weiterhin einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Entwicklung der Palliative Care im Kanton Basel-Stadt leisten. Die private Initiative der Leistungserbringer soll zudem gefördert und unterstützt werden. Dies bedingt eine gute Vernetzung und Koordination unter den Leistungserbringern. Zu diesem Zweck organisiert das Gesundheitsdepartement regelmässig für Institutionen und Leistungserbringer Koordinationskonferenzen.
Aktivitäten im Berichtsjahr
Die Einsätze des Mobilen Palliative Care Teams (MPCT) der onkologischen Spitex sind im Jahr 2015 insgesamt stark zurückgegangen. Die Ursachen sind unklar. Die MPCT werden jedoch zunehmend von Pflegeheimen zur fachlichen Unterstützung nachgefragt. Die Nachfrage wird weiterhin beobachtet. Die Anlauf- und Koordinationsstelle leistete im Jahr 2015 mit ihrer Beratungskompetenz in schwierigen Situationen eine Unterstützung für Grundversorger, Betroffene und Angehörige sowie Langzeitinstitutionen. Die zweite kantonale Koordinationskonferenz Palliative Care fand im Mai 2015 statt. An der halbtägigen Konferenz nahmen rund 60 Personen aus verschiedenen Institutionen teil.

Bereits eingetretene Wirkungen

Die Nationale Strategie und die Umsetzung auf kantonaler Ebene hat wesentlich zur Bedeutung und zum Verständnis des Konzepts der Palliative Care beigetragen und in verschiedenen Bereichen Grundlagen geschaffen und Arbeiten vorangetrieben.

Im stationären Bereich haben die Spitäler, wo notwendig, Palliative Care Konzepte erarbeitet und einen Konsiliardienst aufgebaut. Die Mitarbeiterschulung im Bereich der Palliative Care bildet einen wichtigen Bestandteil dieser Konzepte, auch im Rahmen der Qualitätssicherung. Im ambulanten Bereich ist die Spitex Basel daran, sämtliche Mitarbeitende im Bereich Palliative Care zu schulen. Die Einsätze der MPCT mit qualifizierten Fachpersonen am Krankenbett zu Hause oder in den Pflegeheimen können teilweise Notfallhospitalisierungen vermeiden und somit Kosten zu sparen.

Die Anlauf- und Koordinationsstelle berät Betroffene und Angehörige in schwierigen Situationen und Entscheidungen und leistet eine grosse Unterstützung. Die Koordinationskonferenz Palliative Care trägt zur Umsetzung des Palliative Care Konzeptes im Kanton Basel-Stadt bei und ermöglicht es den Leistungserbringern sich zu vernetzen und ihre Projekte zu koordinieren. Auch die Vertreter der öffentlich-rechtlichen Kirchen sind eingebunden.

Noch zu erwartende Wirkungen

Die Datenlage in der Schweiz im Bereich der Palliative Care ist nach wie vor schlecht. Ein Hauptproblem liegt in der breiten Anwendung von Palliative Care und dass es sich bei der Palliative Care nicht um eine bestimmte Krankheit, sondern um ein gelebtes Konzept handelt. Die Weiterbearbeitung und Umsetzung eines Swiss Palliative Care Data Sets auf Ebene Bund bildet aber einen wichtigen Schwerpunkt nach Ablauf der nationalen Strategie und im Hinblick auf eine zukünftige Planung.

Bereits getätigte Kosten

Die Kosten für den Betrieb der Anlauf- und Koordinationsstelle beliefen sich im Jahr 2015 auf rund 35'000 Franken. Davon finanzierte das Gesundheitsdepartement die Hälfte. Die direkten Kosten für die Koordinationskonferenz betragen rund 2'000 Franken. Die personellen Ressourcen im Gesundheitsdepartement für den Bereich der Palliative Care sind mit rund 20 Stellenprozenten bemessen.

Bereits erzielte Einsparungen

Direkte Einsparungen können aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht beziffert werden. Einsparungen entstehen durch vermiedene Spitaleintritte. Ein solcher kostet im Durchschnitt ca. 10'000 Franken. Der nicht monetäre Nutzen dürfte jedoch hoch sein. Es kann heute dem Wunsch zu Hause in Ruhe zu sterben besser entsprochen werden, dank dem verbesserten Zugang von Palliative Care Leistungen und der Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen (Interprofessionalität).

Bereits erzielte Nettowirkungen/erwartete Nettowirkung Total (Horizont)

Bei der Versorgung der baselstädtischen Bevölkerung mit Palliative Care Leistungen wurden bereits Verbesserungen erzielt. Dies sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Durch die Massnahmen konnte der Zugang zu Palliative Care Leistungen für die Bevölkerung wesentlich verbessert werden. Die bisherigen Rückmeldungen der Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Bereich zeigen, dass eine hohe Sensibilität für eine interprofessionelle und qualitätsorientierte Leistungserbringung in der Palliative Care besteht.

6.2.3 Umsetzung Nationale Strategie eHealth

Inhalt

Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG), welches alle stationären Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, sich an eine Infrastruktur zur Führung von elektronischen Patientendossiers (Stammgemeinschaft) anzuschliessen. Aufgrund des ungenügenden Datenmanagements sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen heute nicht oder nur mit grossem Aufwand in der Lage, behandlungsrelevante Informationen zu einem Patienten effizient und sicher zu kommunizieren. Die Behandlung eines Patienten institutionsübergreifend zu verfolgen ist beinahe unmöglich. Die Daten zu Patienten sind ausschliesslich beim Behandelnden abgelegt, der Zugriff kann nur über eine direkte Nachfrage beim diesem erfolgen. Elektronische

<p>Patientendossiers vereinfachen den Zugang ungemein, da sie Informationen zum Patienten orts- und zeitunabhängig abrufbar machen. eHealth ermöglicht eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung aufgrund des vereinfachten institutionsinternen und –übergreifenden Informationsflusses. Im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie engagiert sich auch der Kanton Basel-Stadt mit seinem eHealth-Modellversuch für ein sichereres, qualitativ besseres und effizienteres Gesundheitswesen. Zusätzlich zur im EPDG geforderten Implementierung elektronischer Patientendossiers fördert der eHealth-Modellversuch Basel auch den direkten strukturierten Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern (Mehrwertdienste).</p>					
<p>Zielsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch verbesserte Patienteninformation • Gesteigerte Leistungsfähigkeit durch verbesserte, institutionsübergreifende Information über den Patienten • Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit durch systeminhärente Kontrolle (institutionsübergreifende Patientendossiers) • Verbesserte Wirtschaftlichkeit durch Effizienzsteigerung (Reduktion von Mehrfachuntersuchungen, die benötigte Information zu jeder Zeit an jedem Ort, Erhöhung von Patientensicherheit) 					
<p>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung eines Radiologie- und Labordatennetzwerks zur Strukturierung der Punkt-zu-Punkt-Kommunikation. • Rechtlich/Datenschützerisch: Schaffung der rechtlichen und datenschützerischen Grundlagen zur Führung von elektronischen Patientendossiers in enger Anlehnung an die nationale eHealth-Strategie bzw. an den Entwurf zum Bundesgesetz über ein elektronisches Patientendossier • Technisch: Aufbau und Entwicklung einer eHealth-Plattform, welche die Führung von elektronischen Patientendossiers ermöglicht. • Organisatorisch: Etablierung der Zusammenarbeit mit den stationären Leistungserbringern der Region (USB, St. Claraspital, KSBL, weitere) und Gründung eines eHealth-Trägervereins NWCH (voraussichtlich November 2017) mit dem Vereinszweck der Nutzung und Verbreitung von eHealth im Kanton BS und der Region NWCH • Ressourcen: Stelle des eHealth-Beauftragten sowie die finanziellen Mittel zur Durchführung bis und mit 2017 gemäss GRB P130737 vom 8.1.2014 (insgesamt knapp 2 Mio. Franken) 					
<p>Zeitliche Planung</p> <table border="1"> <tr> <td>Beginn</td> <td>01.01.2012</td> </tr> <tr> <td>Dauer</td> <td>31.12.2017</td> </tr> </table>		Beginn	01.01.2012	Dauer	31.12.2017
Beginn	01.01.2012				
Dauer	31.12.2017				
<p>Aktivitäten im Berichtsjahr</p> <p>Etablierung der Zusammenarbeit des Gesundheitsdepartementes mit dem USB, dem St. Claraspital und dem KSBL (weitere folgen), Anpassung des Entwurfs für die eHealth-Verordnung BS (verabschiedet im März 2016) an das im Juni 2015 verabschiedete EPDG, Durchführung Schutzbedarfs- und Risikoanalyse und entsprechende Anpassung der Prozesse und der technischen Infrastruktur an das nationale Ausführungsrecht.</p>					
<p>Bereits eingetretene Wirkungen</p> <p>Rege Nutzung des Radiologie- und Labordatennetzwerks. Durch den sicheren elektronischen Versand dieser Daten können administrativ pro Versand ca. 20 Franken eingespart werden.</p>					
<p>Noch zu erwartende Wirkungen</p> <p>Sobald die Nutzung der elektronischen Patientendossiers möglich ist, wird ein weiterer Meilenstein des eHealth-Modellversuchs Region Basel erreicht. Damit werden behandlungsrelevante Patientendaten unabhängig von Ort und Zeit sowohl für den Patienten selbst als auch für berechnigte Leistungserbringer zugänglich. Die dadurch verbesserte Information zu Patienten erhöht die Sicherheit, Qualität und Effizienz der Behandlungen und macht das regionale Gesundheitswesen wirtschaftlicher. Zudem kann die integrierte Versorgung stark von diesem Informationskanal profitieren. Die Strukturierung der Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (Mehrwertdienste) mit Nutzung der technischen Plattform für ePDs (v.a. Stammdaten) wird die Effizienz und Sicherheit des Datenaustauschs unter Leistungserbringern im Gesundheitswesen der NWCH noch weiter steigern.</p>					

Eine Ausweitung des Einzugsgebietes auf BL (und evtl. weitere Kantone) ist zu erwarten, bzw. wird angestrebt.

Bereits entstandene Kosten/erwartete Kosten

- Kauf der Nutzungsrechte für die eHealth-Plattform der H-Net AG: CHF 750'000
- Ausgaben für Service und Betrieb sowie Beratung und Unterstützung der Projektleitung: CHF 197'000 pro Jahr für die Jahre 13, 14, und 15 (insgesamt CHF 591'000)
- Total: CHF 1'341'000

Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen

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

Erwartete Nettowirkungen Total (Horizont)

- Kosten Modellversuch bis 2017: ca. 2 Mio. Franken (ca. CHF 400'000 pro Jahr)
- Erwartete Einsparungen: bei flächendeckender Umsetzung sind gemäss Regulierungsfolgeabschätzung (Ecoplan, Auftraggeber Bund) im kantonalen Gesundheitswesen Einsparungen in der Höhe von ca. 10 Mio. Franken pro Jahr zu erwarten.
- Zusätzlich positive Nettowirkung durch die Mehrwertdienste

6.2.4 Übertragbare Krankheiten

Inhalt

Übertragbare Krankheiten und insbesondere grössere Krankheitsausbrüche oder Epidemien sind eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit. Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene, revidierte Epidemiengesetz (SR 818.101) schafft die Möglichkeiten, optimale Vorbereitungsmaßnahmen auf solche Gefahren zu treffen, sie rechtzeitig zu erkennen und im Krisenfall effizient zu handeln. Andererseits soll es dazu beitragen, dass Krankheitsausbrüche mit grossem Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit besser bewältigt werden. Überarbeitet wurden auch die Bestimmungen zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. So legt der Bund die nationalen Ziele im Bereich übertragbare Krankheiten unter Einbezug der Kantone fest und ist verantwortlich für die Vorbereitung auf Notlagen. Die Kantone sind weiterhin für die Durchführung der Massnahmen (Vollzug) zuständig. Ein ständiges Koordinationsorgan verbessert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen und fördert den einheitlichen Vollzug. Indem der Bund die nationalen Ziele und Strategien im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festlegt, kommt ihm eine verstärkte Führungsrolle zu, sobald eine besondere Gefährdung der Bevölkerung durch übertragbare Krankheiten droht oder bereits eingetreten ist.

Zu den vom Bund definierten Strategien zählen insbesondere die nationale Strategie zu Impfungen (NSI), die nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) und Resistenzen bei Krankheitserregern (Strategie Antibiotikaresistenz StAR) sowie das nationale Programm zu HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS). Auch in diesem Zusammenhang genannt werden kann die nationale Strategie zur Masernelimination, welche der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen 2011-2015 intensiv behandelt hat⁵.

Zielsetzung

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

⁵ Vgl. <http://www.stopmasern.ch/de-ch/> (Zugriff am 08.04.2016)

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

Aktueller Stand der Massnahmen und Ressourcen

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

Mit der **Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR)** soll über einen integrativen und bereichsübergreifenden Ansatz (One-Health-Ansatz) die Wirksamkeit der Antibiotika zur Erhaltung der menschlichen und tierischen Gesundheit langfristig sichergestellt werden. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt war als Vertretung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in die gesamte Ausarbeitung der nationalen Strategie eingebunden und hat im Zuge dieser Anhörung ein Werkstattgespräch durchgeführt. Die Strategie wurde im November 2015 durch den Bundesrat genehmigt. Der Kanton Basel-Stadt ist nun daran, einen Überblick über die acht Handlungsfelder mit den insgesamt 35 Einzelmassnahmen der Strategie zu gewinnen. Nach Angaben des BAG werden bis zirka Mitte 2016 die Organisation der Umsetzung und deren Schwerpunkte geklärt. Fest steht, dass es ein über mehrere Jahre gestaffeltes Vorgehen geben soll, bei dem erneut das BAG die Federführung hat.

Mit dem **Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)** wird die Reduktion von Neuinfektionen von HIV und anderen sexuell übertragbare Infektionen (STI) und gesundheitsschädigenden Spätfolgen verfolgt. Diese Strategie schliesst an 25 Jahre HIV-Präventionsarbeit an und führt diese unter Berücksichtigung der heutigen Situation fort. Nach der Konsolidierung der Stakeholder hat der Bundesrat die Strategie Ende 2010 genehmigt. Mittels drei unterschiedlichen Interventionsachsen werden nun in der Umsetzungsphase sämtliche Massnahmen an den Zielgruppen orientiert und die Akteure bestimmt.

Auch unter der NPHS läuft das HPV-Impfprogramm. Seit Herbst 2008 können sich Mädchen und junge Frauen von 11 bis 26 Jahre in allen Kantonen, so auch in Basel-Stadt, kostenlos gegen Gebärmutterhalskrebs verursachende Humane Papillomaviren (HPV) impfen lassen. Neuste wissenschaftliche Erkenntnisse belegen auch die Wirksamkeit des Impfschutzes bei Knaben und jungen Männern⁶, weshalb per 1. Juli 2016 das HPV-Impfprogramm auch auf die 11 bis 26 jährigen Knaben und jungen Männer ausgedehnt wird.

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

⁶ BAG Bulletin (10 / 2015). Zugriff am 08.04.2016 unter: in-dex.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMdoJ_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Aktivitäten im Berichtsjahr

Im Berichtsjahr hat sich das Gesundheitsdepartement wesentlich an den nationalen Strategien des Bundes beteiligt. So hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KID) bei 2'769 (im 2014 total 2'760) Schülerinnen und Schülern den Impfstatus überprüft und bei diesen 1'761 fehlende oder indizierte Impfungen gemacht.

Die Durchimpfungsrate bei den 13- und 14-Jährigen in Basel-Stadt

Was	2012/13	2013/14	2014/15
MMR (Mumps, Masern, Röteln) ⁷	96%	96%	95%
Hepatitis B	72%	70%	72%
Kinderlähmung (Poliomyelitis) ⁸	97%	96%	95%
HPV ⁹	55%	53%	51%

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

Weiter gingen über die Medizinische Dienste 1'588 (im 2014 total 1'139) Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten ein. Der Anstieg hängt im Wesentlichen mit dem vermehrten Auftreten von Grippe-Erkrankungen zusammen. Wie die nachfolgende Tabelle abbildet, stabilisierte sich die Zahl der Tuberkulose-Infektionen bei 20 Fällen und es wurden 3 Masernfälle gemeldet.

Neuerkrankungen von übertragbare Krankheiten in den Jahren 2013, 2014 und 2015

Was	2013	2014	2015
HIV	15	17	19
Aids	9	8	4
Tuberkulose	23	18	20
Masern	0	0	3

Im Rahmen der Verhütungsmassnahmen (Art. 19 EpG, Art. 25-31 EpV) ist der Kanton Basel-Stadt insbesondere in den Gefängnissen, in Betrieben und an Veranstaltungen sehr aktiv. Beispielsweise unterstützt das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Aids-Hilfe beider Basel (AHbB) mittels eines Staatsbeitrags. Deren Präventionsprogramm APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe) hat zum Ziel, mittels Beratung und Wissensvermittlung die Ansteckungen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) im und durch das Sexgewerbe zu verhindern.

Zur Vorbereitung und Umsetzung neuer kantonaler Aufgaben im Rahmen des neuen Epidemien-gesetzes sind im Budget 2016 sowie im Finanzplan 2016-2018 150'000 Franken p.a. eingestellt.

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

Das Gesundheitsdepartement erhebt systematisch Daten, welche dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Die vorhergegangenen Verlaufsparemeter zur Durchimpfungsrate von Masern, zu den Neuansteckungen von HIV/Aids, Tuberkulose und Masernerkrankungsfällen in den Jahren 2013 - 2015 sind Beispiele solcher Verlaufs- und Wirkungsindikatoren, welche sich gesamthaft in den letzten Jahren für die Bevölkerungsgesundheit günstig entwickelt haben. Die Indikatoren weisen auch auf das vorhandene Kostendämpfungspotential hin. So werden beispielsweise durch ein dank der Masernimpfung gewonnenes Lebensjahr über 100'000 Franken an Kosten eingespart (INFRAS, 2009). Auch das kantonale HPV-Impfprogramm wird in der Studie von INFRAS (2009) zu den kostensparenden Impf-Interventionen gezählt. Im BAG-Bulletin 10/2015¹⁰ wird jedoch da-

⁷ Ziel der nationalen Maserneliminierungsstrategie: Durchimpfungsgrad von 95%

⁸ Kritischer Durchimpfungsgrad bei Polio: 80-85%

⁹ Nationales Durchimpfungsziel: 80%

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

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

rauf hingewiesen, dass keine unabhängigen, öffentlich zugänglichen Kosteneffektivitätsanalysen für die Impfung von Jungen und Mädchen in der Schweiz vorliegen. Resultate aus amerikanischen Studien zeigen jedoch ein Kosteneinsparungspotential von 20'000 bis 40'000 US Dollar pro zusätzliches QALY (quality adjusted life year / qualitätskorrigiertes, gewonnenes Lebensjahr).

6.3 Massnahmen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung

6.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Inhalt
In Zukunft stehen die Schweiz und der Kantons Basel-Stadt vor grossen Herausforderungen, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten. Weil die Schweizer Bevölkerung im Vergleich zu den meisten anderen Ländern ein höheres Alter aufweist, wird gleichzeitig die Zahl der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen stetig ansteigen. Im Kanton Basel-Stadt ist diese Situation noch verschärft, da der Anteil an Einwohnern 65+ deutlich über dem Schweizerischen Durchschnitt liegt. Zusätzlich lässt der medizinisch-technische Fortschritt die Gesundheitskosten immer weiter ansteigen. Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur kostengünstigen Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung leisten, indem sie Krankheiten und damit verbundenes Leid durch eine wirksame Vorbeugung, Früherkennung und Langzeitversorgung vermeiden helfen. Zurzeit fliessen nur 2.3% aller Ausgaben im schweizerischen Gesundheitssystem in die Gesundheitsförderung und Prävention. Um die Gesundheitskosten zu stabilisieren ist es wichtig, dass die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote stetig weiterentwickelt, optimiert und an die bestehenden Gegebenheiten angepasst werden.
Zielsetzung
Der Schwerpunkt „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention“ aus dem Legislaturplanschwerpunkt stellt ein zentrales Element der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton dar. Dank diesem Schwerpunkt können bedarfsgerechte, nachhaltige Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote im Kanton Basel-Stadt entwickelt und unterhalten werden. Der günstige Entwicklungstrend bei der Bevölkerungsgesundheit, wie er sich in der jüngsten kantonalen Gesundheitsbefragung zeigt, bestätigt den Nutzen dieser zielorientierten Vorgehensweise (vergl. untenstehende Indikatoren).
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an den nationalen Strategien Ernährung und Bewegung, Tabak, Alkohol, Migration und Gesundheit und dem Bericht psychische Gesundheit. 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. Ziel ist ein praxisorientiertes, bedarfsgerechtes, innovatives und freiwilliges Gesundheitsförderungsangebot, welches regelmässig auf seine Qualität überprüft wird. Für die bestehenden Präventionsprogramme der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention stehen jährlich 1'480'000 Franken zur Verfügung, wovon rund 30 Prozent aus Drittmittelquellen (Alkoholzehntel, Beiträge der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und dem Tabakpräventionsfonds) stammt. Zusätzlich erhalten fünf im Kanton Basel-Stadt tätige private Institutionen, welche in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung aktiv sind, Staatsbeiträge vom Kanton Basel-Stadt in Höhe von insgesamt 888'000 Franken.
Aktivitäten im Berichtsjahr
Näheres zu den einzelnen Programmen, ihren Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: www.medizinischdienste.bs.ch .
Verlaufs- und Wirkungsindikatoren
Die Wirkungen von Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu bestimmen ist eine grosse Herausforderung. Die Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung sind sehr vielseitig, klare Verbindungen zwischen Ursache und Wirkung lassen sich so oft nur schwer aufzeigen. Nichtsdestotrotz erhebt das Gesundheitsdepartement systematisch Daten, welche einerseits dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand der Basler Bevölkerung zu überprüfen und andererseits bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln.
Ein Beispiel für die systematische Datenerhebung, sind die Erhebung der Gewichtsdaten der Kinder im ersten Kindergarten, der dritten Klasse und der neunten Klasse, welche seit dem Schuljahr 1979/1980 erhoben werden http://www.statistik.bs.ch/zahlen/tabellen/14-

[gesundheit/praevention.html](#). Der Kanton Basel-Stadt beteiligt sich dabei seit einigen Jahren am Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Im Schuljahr 2014/15 waren 17,3 % aller Schüler/innen übergewichtig. Im Vergleich mit der ersten Erhebung im Schuljahr 2005/06 hat sich der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher um 2,6 % verringert.

Dieser Verlaufparameter zu Übergewicht bei Kinder und Jugendlichen ist ein Beispiel solcher Verlaufs- und Wirkungsindikatoren, welcher sich gesamthaft in den letzten Jahren für die Bevölkerungsgesundheit günstig entwickelt hat. Die Indikatoren weisen auch auf das vorhandene Kostendämpfungspotential hin.

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

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

Inhalt

Bei Frauen in der Schweiz ist Brustkrebs die häufigste Krebskrankheit; er stellt annähernd eine von drei Krebsneuerkrankungen und nahezu einen von fünf Todesfällen in Zusammenhang mit Krebs dar. Acht von zehn betroffenen Frauen sind dabei älter als 50 Jahre.

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

Im Kanton Basel-Stadt wurden im Jahr 2010 etwa 16'000 und im Jahr 2013 etwa 16'500 individuelle Vorsorgeuntersuchung durchgeführt. Mit dem Regierungsratsbeschluss vom 25. September 2012 und dem Beschluss des Grossen Rates vom 16. Januar 2013 wurde dieser hohen Nachfrage Rechnung getragen, indem die Voraussetzungen für den Aufbau eines systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms durch die Krebsliga beider Basel im Kanton Basel-Stadt geschaffen wurde. Seit 2014 können alle in Basel-Stadt wohnhaften Frauen im Alter von 50–69 Jahren und neu seit Frühjahr 2016 bis zum 74. Lebensjahr alle zwei Jahre freiwillig eine Mammografie zu Lasten der Krankenkasse durchführen lassen. Mit der Durchführung des Programms ist die Krebsliga beider Basel betraut, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt realisiert hat.

Zielsetzung

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

Daraus ergeben sich folgende vier Hauptziele:

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

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

An den Programmkosten beteiligt sich der Kanton Basel-Stadt mit einem Betrag von jährlich 500'000 Franken. Der Grosse Rat hat dem entsprechenden Ausgabenbericht am 16. Januar 2013 zugestimmt. Vor Beginn des Programms wurden Audits in den Instituten für Radiologie des Kantons gemacht und sechs Institute konnten danach für die Erstellung von Screening-Mammografien akkreditiert werden. Für die Durchführung der Lesungen steht pro Institut ein erfahrener Facharzt für Radiologie (FMH) zur Verfügung. Alle sechs akkreditierten Radiologen erfüllen die in den Programm-Richtlinien definierten Qualitätskriterien.

Um die Zugänglichkeit zu verbessern, wurden die Einladungsunterlagen vor Programmstart in sieben Sprachen übersetzt. Weitere Informationsunterlagen, die leicht verständlich über die Vor- und Nachteile einer Teilnahme am Mammografie-Screening-Programm informieren sollen, liegen in zehn Sprachen vor.

Aktivitäten im Berichtsjahr

Ab 2015 wurden die Kommunikationsaktivitäten deutlich verstärkt, so dass die Teilnahmequote von 18 Prozent im Dezember 2014 auf 31 Prozent ein Jahr später angehoben werden konnte.

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

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

Verlaufs- und Wirkungsindikatoren

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Daten der 5 Monate im 2014 (August bis Dezember) und der 12 Monaten im Jahr 2015 abgebildet.

	Anzahl		Rate
Versandte Einladungen	19 756		-
Selbsteinladungen (Terminvergabe ohne vorherige Einladung)	926		-
Erinnerungen	10 837		-
Teilnehmerinnen (Anzahl und Teilnehmerate)	4 721	2014: 18% 2015: 30,9%	
Durchschnittlich pro Woche durchgeführte Mammografien	2014: 42 2015: 80		-
Anzahl Wochen, in denen Mammografien durchgeführt wurden	2014: 19 2015: 49		-
Erst- und Zweitlesungen bis 31. Dezember 2015	9 442		-
Gesamtzahl Fälle in den Konsensuskonferenzen	853		19,7%
Alle Fälle mit Indikation zur Abklärung	331		7%
Anteil Drittleseungen an den KK-Fällen	596		69,8%
Karzinom-Nachweisrate (gesamt und pro 1000 Frauen)	39		8,26‰
Invasive Karzinome	29		-
DCIS (davon 9 high-grade DCIS)	10		25%
Hochrisiko Läsionen (ADH oder FEA)	4		-
Intervallkarzinome	1		-

Quelle: Jahresbericht Krebsliga beider Basel (KLBB)

6.3.3 Kariesprophylaxe bei Schulkindern

Inhalt
Die Schulzahnklinik, ab dem 1. Januar 2016 Teil des Universitären Zentrums für Zahnmedizin Basel (UZB), leistet durch die Massnahmen für die Kariesprophylaxe bei Schulkindern einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität von Heranwachsenden.
Zielsetzung
Das Ziel der Kariesprophylaxe ist, dass möglichst viele Schulkinder nahezu kariesfrei bleiben und sich selber Wissen aneignen, um die eigene Zahngesundheit und Mundhygiene erhalten zu können. Bei Kindern und Erwachsenen werden zudem – abhängig von den Verbilligungen auf Krankenkassenprämien - Reduktionen auf den Behandlungskosten gewährt. Für die Höhe der Reduktion massgebend ist die Zahnpflegeverordnung vom 6. November 2011. Damit ist sichergestellt, dass Personen, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, auch eine Reduktion bei zahnärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen können.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Folgende unentgeltliche Massnahmen sieht die Kariesprophylaxe vor: <ol style="list-style-type: none"> 1. regelmässige gruppenprophylaktische Massnahmen in den Schulen sowie eine einmalige Beratung im UZB; 2. in den Kindergärten mindestens einmal, höchstens dreimal jährlich Instruktionen über die Zahnreinigung und Informationen über die Kariesprophylaxe; 3. jährlich einmalige Kontrolle der Zähne, der Zahnstellung und der Mundschleimhaut der schulpflichtigen Kinder, welche obligatorisch sind; 4. einmaliges Übersichtsrontgenbild zur Erfassung von Nichtanlagen von Zähnen und zwei Bissflügelaufnahmen zur Kariesdiagnostik bis zur Schulentlassung.
Bereits eingetretene Wirkungen
Der prozentuale Anteil der kariesfreien 5- und 6-jährigen Kinder liegt in den vergangenen sieben Jahren in einer Bandbreite zwischen 53 und 69%, mit einer leicht steigenden Tendenz. Kariesfrei bedeutet, dass für die Eltern und die Gesellschaft keine Gesundheitskosten im Zahnbereich entstehen.
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)
Das Niveau der vergangenen Jahre kann mit den bestehenden Massnahmen beibehalten werden. Die verstärkte Zuwanderung von Kindern aus Ländern mit eher tiefer zahnmedizinischer Prophylaxe hatte bisher keinen negativen Einfluss. Eine Verbesserung könnte erzielt werden, wenn Kinder bereits im Vorschulalter besser erfasst werden könnten. Diese Präventionsmassnahmen für Kinder sollen beibehalten werden, um die Kariesfreiheit zumindest stabil zu halten.
Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen
Die Kosten für die gesetzlichen Gratisleistungen für Schulkinder beziffern sich auf rund 1.1 Mio. Franken pro Jahr. Hinzu kommen die Reduktionen an die Behandlungskosten für Kinder von rund 0.75 Mio. Franken.
Bereits erzielte Einsparungen/erwartete Gesamteinsparungen
Der Kanton investiert jährlich ca. 1.85 Mio. Franken in die Gratisuntersuchungen, die Prophylaxe-Schulung und Reduktion von Behandlungskosten. Diese Kosten müssten sonst von den Eltern getragen werden. Es kann angenommen werden, dass etliche Kinder ohne dieses Angebot keinen oder nur sehr beschränkten Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen hätten und die Zahngesundheit entsprechend schlechter wäre, mit allen negativen Konsequenzen für die Allgemeingesundheit. Eine Quantifizierung dieser Kosten ist aber äusserst schwierig.

6.3.4 Schadensminderung Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt

Inhalt
Die Schadenminderung umfasst alle Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Risiken des Drogenkonsums zu verringern. Gemäss Betäubungsmittelgesetz Art. 3g gehört es zu den Aufgaben der Kantone im Rahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfe Massnahmen zu treffen.
Zielsetzung
Die Schadenminderung will erreichen, dass Menschen eine Phase des Drogenkonsums in ihrem Leben mit einem möglichst geringen körperlichen, psychischen und sozialen Schaden überstehen. Konkrete Ziele sind risikoarmer Konsum hinsichtlich der Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten, die Stabilisierung des Gesundheitszustandes von Drogenkonsumierenden und die Verbesserung der sozialen Integration. Schadenmindernde Massnahmen haben auch das Ziel, drogenabhängige Personen therapeutischen Angeboten zuzuführen. Auf gesellschaftlicher Ebene werden die Verringerung der sozialen Kosten und die Erhöhung der öffentlichen Sicherheit angestrebt.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Im Kanton Basel-Stadt ist der Betrieb von zwei Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) am Dreispitz und Wiesenkreisel ein wichtiger Teil der Versorgungsstruktur der Schadensminderung im ambulanten Suchthilfebereich und des sozialen Systems der Gesundheitsversorgung.
Seit der Zeit der offenen Drogenszene, hat sich die Lage durch die erfolgreiche Einführung von neuen Angeboten für Schwerstabhängige – wie beispielsweise die heroïn- und methadongestützte Behandlung oder die K+A – deutlich zum Positiven verändert und die Situation von Betroffenen stabilisiert. Gleichzeitig haben diese Behandlungsmassnahmen zum Schutz vor negativen Auswirkungen des Drogenkonsums im öffentlichen Raum beitragen.
Die Angebote der K+A reichen von der Abgabe sauberen Injektionsmaterials zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten über Aufenthalts- und Konsumräumen, bis hin zu niederschweligen Pflege- und Verpflegungsangeboten. Im Kanton Basel-Stadt besuchten 2015 durchschnittlich 193 Personen pro Öffnungszeit die K+A. Das Geschlechterverhältnis betrug 19% Frauen zu 81% Männern. Die K+A sind wöchentlich 74 Stunden geöffnet (Tages- und Abendöffnungszeit), an 365 Tagen im Jahr. In den Injektionsraum traten durchschnittlich 39 Personen pro Öffnungszeit ein, in den Inhalationsraum 51 Personen und den Sniff-Bereich nutzten durchschnittlich 59 Personen.
Im Jahr 2015 beliefen sich die effektiven Gesamtkosten der zwei K+A-Betriebe auf rund 3.6 Mio. Franken. Nach Abzug des Beitrags des Kantons Basel-Landschaft an den Kanton Basel-Stadt in Höhe von 850'000 Franken betrugen die Ausgaben zulasten des Kantons Basel-Stadt noch rund 2,7 Mio. Franken.
Bereits eingetretene Wirkungen
Zahlen zu HIV/Aids
Während im Jahr 1994 noch geschätzte 28% (Frauen) respektive 25% (Männer) der positiven HIV-Tests auf infizierte Spritzen beim intravenösen Drogenkonsum zurück zu führen waren, nahm dieser Anteil in den darauffolgenden Jahren sukzessiv ab und hat sich seit mehreren Jahren auf einem tiefen Niveau stabilisiert (bei rund 3%). Ebenso ging auch die Zahl der durch den direkten Drogenkonsum (Intoxikation) ausgelösten Todesfälle in den letzten zwei Jahrzehnten durch die beschriebenen Massnahmen stark zurück.
Diese Tatsachen sind als Erfolg der Politik der Schadensminderung zu werten (saubere Spritzen, Methadonprogramme, heroingestützte Behandlung, Konsumräume). Ob der Erfolg dieser Massnahmen zur Schadenminderung anhält, ist weitgehend vom Weiterbestehen dieser Programme abhängig.
Verlagerung der Konsumform
Seit Einführung eines Sniff-Konsumraumes im Jahr 2009 ist eine Veränderung der Konsumform

beobachtbar, wonach der intravenöse Konsum tendenziell abnimmt und das Sniffen zunimmt. Somit ist eine Verlagerung hin zu einer Risiko ärmeren Konsumform zu beobachten wodurch weniger Risiken und Komplikationen im gesundheitlichen Bereich entstehen und entsprechende Behandlungskosten entfallen.

Zunehmende intensive Betreuungen

Die intensiven Betreuungen haben seit 2008 kontinuierlich zugenommen und die Anzahl belief sich im Jahr 2015 auf 4'561; im Vergleich dazu lag die Anzahl intensiver Betreuungen 2008 bei 989. Dieser Anstieg ist u.a. auf den Medikamentenkonsum, Mischkonsum, somatische Erkrankungen der zunehmend älteren Konsumenten zurückzuführen, die eine intensivere Beobachtung der Konsumierenden nötig machen, um ungewollte Konsumnebenwirkungen auszuschliessen. Diese wichtige Versorgung wird direkt vor Ort durch die Mitarbeitenden der K+A gewährleistet. Der Einbezug externer Leistungserbringer bzw. Spitalbehandlungen würden hier deutlich teurer ausfallen.

Noch zu erwartende Wirkungen

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

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

6.4 Massnahmen aufgrund der Bundesgesetzgebung

6.4.1 Umsetzung Zulassungsbeschränkungen nach Bundesrecht

Inhalt
<p>Damit Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können, benötigen sie eine entsprechende Zulassung. Aufgrund der Zulassung erteilt santésuisse bzw. SASIS eine Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) oder für unselbstständige Ärzte eine K-Nummer.</p> <p>Um die Zunahme von Leistungserbringern mit Blick auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einzudämmen, hat der Bund per 4. Juli 2002 eine befristete Zulassungseinschränkung eingeführt. Am 31. Dezember 2011 ist die mehrmals verlängerte Zulassungseinschränkung (auch Zulassungsstopp) für Leistungserbringer ausgelaufen, ohne dass eine alternative Lösung vorlag. Seit dem Wegfall der Zulassungssteuerung per Ende 2011 nahmen in einigen Kantonen die Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche neu eine Zulassung zur OKP erhalten haben, erheblich zu. Auch im Kanton Basel-Stadt wurden in verschiedenen Fachrichtungen deutlich mehr Bewilligungen erteilt.</p> <p>Aufgrund der als problematisch erachteten Entwicklung sowie mangels Alternativen hat das eidgenössische Parlament am 21. Juni 2013 der bis 30. Juni 2016 befristeten Wiedereinführung der Zulassungseinschränkung zugestimmt. Mit der erneuten Einführung des angepassten Artikels 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG [SR 832.10]) erhielten die Kantone wiederum die Möglichkeit, die Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet zu steuern. Ausgenommen von der Zulassungssteuerung sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Diese Ärztinnen und Ärzte haben weiterhin die Möglichkeit, ohne Bedürfnisnachweis eine eigene Praxis zu eröffnen und zulasten der OKP abzurechnen.</p> <p>Verfügt eine Ärztin / ein Arzt nicht über die genannte dreijährige Praxis an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, so kann lediglich in begründeten Einzelfällen eine Zulassung zur Tätigkeit zu OKP erteilt werden.</p>
Zielsetzung
<p>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.</p>
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
<p>Aufgrund der geltenden Zulassungseinschränkung prüfen die medizinischen Dienste eingehende Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Die Umsetzung der Zulassungseinschränkung erfolgt im Gesundheitsdepartement mit den bestehenden Ressourcen.</p>
Aktivitäten im Berichtsjahr
<p>Zu den Aktivitäten gehört die Prüfung von Gesuchen betreffend Erteilung einer Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie das Monitoring bezgl. Entwicklung der Anzahl Berufsausübungsbewilligungen (BAB) für Ärztinnen / Ärzte im Kanton BS mit Zulassung zur OKP.</p>

Bereits eingetretene Wirkungen

Seit Juli 2013 gilt im Kanton Basel-Stadt die neue Zulassungseinschränkung.

Absolute Zahlen

	Sept 2011	Nov 2012	Juli 2013	Dez 2013	Dez 2014	Jan 2015	Dez 2015	Jan 2016
Grundversorger	249	272	282	287	278	271	255	258
Spezialisten	445	553	643	646	613	596	603	609
Totalbestand	694	825	925	933	891	867	858	867

Veränderungen

	Sept 2011	Nov 2012	Juli 2013	Dez 2013	Dez 2014	Jan 2015	Dez 2015	Jan 2016
Grundversorger	249	+ 23	+ 10	- 5	- 9	- 7	- 16	- 3
Spezialisten	445	+ 108	+ 90	+ 3	- 33	- 17	+ 7	+ 6
Totalzunahme	-	+ 131	+ 100	- 2	- 42	+ 24	- 9	+ 3

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

Das Parlament hat am 17. Juni 2016 entschieden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzten, welche in Arztpraxen oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, für drei weitere Jahre zu verlängern. Das dringliche Bundesgesetz (Art. 55a KVG) ist am 1. Juli 2016 in Kraft getreten und gilt bis zum 30. Juni 2019. Damit besteht im Kanton Basel-Stadt weiterhin ein Steuerungsinstrument für die Zulassung im ambulanten Bereich.

In Anbetracht der Verlängerung von Art. 55a KVG wurde die entsprechende kantonale Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung [SG 310.500]) vom 13. August 2013 angepasst und um weitere drei Jahre verlängert. Die revidierte Verordnung sieht zudem neue Erleichterungen für ärztliche Grundversorgerinnen / Grundversorger vor. So sind Grundversorgerinnen / Grundversorger gestützt auf § 2a Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung von der Zulassungseinschränkung ausgenommen, sofern diese nachweislich mindestens ein Jahr (bisher waren es mindestens drei Jahre) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Dabei handelt es sich 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.

Verfügt eine Person zusätzlich über einen spezialärztlichen Weiterbildungstitel, so erfolgt die erleichterte Zulassung unter Vorbehalt von Ausnahmen in begründeten Einzelfällen nur für den betreffenden Weiterbildungstitel im Bereich Grundversorgung (§ 2a Abs. 2 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung).

Für andere Weiterbildungstitel (spezialärztlicher Weiterbildungstitel) ist wie bisher grundsätzlich der Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte zu erbringen (§ 2 Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung).

6.4.2 Planung stationäre Spitalversorgung / Spitalliste

<p>Inhalt</p> <p>Bei der Planung der stationären Spitalversorgung geht es schwergewichtig um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochstehenden medizinische Versorgung der baselstädtischen Wohnkantonsbevölkerung im stationären Spitalbereich. Dies wird mittels Leistungsaufträgen und Leistungsvereinbarungen, welche zwischen dem Kanton Basel-Stadt und den einzelnen Spitälern des Kantons Basel-Stadt abgeschlossen werden, sichergestellt.</p> <p>Das Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft bildete im Jahr 2015 einen prioritären Tätigkeitsschwerpunkt des Gesundheitsdepartments. Das Ziel ist eine Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und eine Stärkung der universitären Medizin sowie der Lehre und Forschung. Die Regierungen der beiden Basel haben am 13. September 2016 im Grundsatz beschlossen, dass eine Spitalgruppe aus dem Universitätsspital Basel und dem Kantonsspital Baselland geformt werden soll. Zudem streben die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine gemeinsame Spitalplanung an.</p> <p>Bisher fehlen einheitliche und verbindliche Kriterien, mit denen eine gemeinsame und wirkungsvolle Versorgungsplanung und -steuerung in den beiden Basel erreicht werden kann. Eine solche Steuerung ist aber nötig, weil die Spitäler in der Region Überkapazitäten aufweisen und die Anzahl Spitalbetten deshalb reduziert werden soll. Das gemeinsame Verfahren soll frühestens ab dem Jahr 2019 gelten. Weitere Informationen unter: http://www.medien.bs.ch/news/2016-09-15-mm-67164.html sowie www.spitalgruppe.ch.</p>
<p>Zielsetzung</p> <p>Hauptziel ist, wie oben genannt, die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochstehenden medizinischen Versorgung der baselstädtischen Wohnkantonsbevölkerung im stationären Spitalbereich. Mit einer rollenden Spitalplanung soll sichergestellt werden, dass im stationären Bereich weder eine medizinische Über- noch eine Unterversorgung der baselstädtischen Bevölkerung stattfindet. Mit der Spitalplanung und der damit zusammenhängenden Leistungsaufträge verfolgt der Kanton auch das Ziel, dass eine Konzentration – im Sinne von Schwerpunktbildungen – von medizinischen Leistungen durch die Spitäler angestrebt wird, um die notwendigen Mindestfallzahlen und damit einhergehend die gewünschte Qualität der Eingriffe sichergestellt werden kann. Des Weiteren wird versucht, mittels differenzierter Leistungsaufträge auch die Koordination und Kooperation unter den Leistungserbringern weiter zu fördern.</p>
<p>Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen</p> <p>Die von den Spitälern erbrachten Leistungen werden jährlich mit den erteilten Leistungsaufträgen auf der Ebene der Leistungsgruppen kontrolliert. Wird festgestellt, dass Spitäler Leistungen erbringen, für welche diese gar keinen Leistungsauftrag haben, wird das Gespräch gesucht, die Gründe für die Abweichung analysiert und – je nach Bedarf - interveniert. Wird auf der anderen Seite festgestellt, dass vorgesehene Mindestfallzahlen nicht erreicht werden oder einzelne Leistungsgruppen nur noch ganz vereinzelt erbracht werden, wird mit dem Spital die Streichung des entsprechenden Leistungsauftrags besprochen.</p>
<p>Aktivitäten im Berichtsjahr</p> <p>Im Jahr 2014 wurde die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt vollständig überarbeitet, da die Leistungsauftrags-Periode von 2012 bis 2014 befristet war. Die neuen Leistungsaufträge wurden für die Periode 2015 bis 2017 ausgehandelt und entsprechend auf der ab 1. Januar 2015 gültigen Spitalliste abgebildet. Per 1. Januar 2015 trat die gesamt überarbeitete Spitalliste Basel-Stadt in Kraft. Das Bethesda-Spital hatte für die Spitalliste 2015 einen Antrag für einen Leistungsauftrag im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie gestellt, der aber abgewiesen wurde. Im Januar 2015 stellte es darum ein Wiedererwägungsgesuch, das nach weiteren Abklärungen gutgeheissen wurde, da es im Gegensatz zum ersten Gesuch zu keiner Mengenausweitung führte. Die Spitalliste wurde per 1. April 2015 um diesen Leistungsauftrag ergänzt.</p>
<p>Bereits eingetretene Wirkungen</p> <p>Durch die Anpassungen der Leistungsaufträge hat sich der eine oder andere Leistungserbringer eher auf seine eigentlichen Kernkompetenzen konzentriert. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass vermehrt Kooperationen zwischen den Leistungserbringern eingegangen werden.</p>

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

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

Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen

Als Kosten für den Kanton fallen grundsätzlich die anteilmässige Kostenübernahme (55% im Jahr 2015) der für die Wohnkantonsbevölkerung in Rechnung gestellten stationären Fälle (Akutmedizin, Psychiatrie und Rehabilitation) an (Rechnung 2015: rund 282 Mio. Franken). Erwartete Gesamteinsparungen können nicht beziffert werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) der baselstädtischen Wohnbevölkerung nicht durch ein Mehr oder Weniger von Leistungsaufträgen abhängig ist. Die Patientin oder der Patient hat gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ein Recht auf medizinische Behandlung und kann sich im Bedarfsfall – z. B. kein adäquates Angebot im Kanton BS – auch ausserkantonale behandeln lassen. Auch hier muss der Wohnkanton den Kantonsanteil von 55% für das Jahr 2015 übernehmen.

6.5 Massnahmen Bereich Umwelt

6.5.1 One Health – Präventionsprogramm Kind und Hund

Inhalt	
<p>One Health steht für die Nutzung des beträchtlichen gesundheitlichen und/oder ökonomischen Mehrwertes, welcher durch eine verstärkte Zusammenarbeit aller für die Gesundheit von Mensch, Tier oder Umwelt zuständigen Institutionen und Personen entsteht.</p> <p>Kinder werden häufiger von Hunden gebissen als Erwachsene. Um solchen Unfällen kurz- und langfristig vorzubeugen, gibt es den Präventionskurs Kind & Hund. Der Kurs vermittelt Kindergartenkindern, wie sie sich in Alltagssituationen verhalten sollen, damit es nicht zu Bissverletzungen kommt.</p>	
Zielsetzung	
<p>Ziel ist eine hohe Lebensqualität sowie Stabilität und Sicherheit der öffentlichen Gesundheit auf höchstem Niveau. Die seit Mai 2006 von den Kantonen aufgrund der Meldepflicht von Bissvorfällen gesammelten Meldungen belegen, dass Kinder häufiger von Hunden gebissen werden als Erwachsene. Doppelt so häufig erleiden sie dabei Bissverletzungen, die im Spital versorgt werden müssen. Auch bei den Verletzungen, die beim Hausarzt versorgt werden müssen, sind Kinder deutlich häufiger vertreten. Dabei werden sie oft an sensiblen Körperregionen wie z.B. am Hals oder am Kopf verletzt. Zwei Drittel der Bissunfälle bei Kindern werden durch das Verhalten des Kindes selbst ausgelöst. Die besonders heiklen Situationen, welche beim Hund Aggressionen auslösen können, sind bekannt. Wenn Kinder wissen, welche Situationen gefährlich sind und wenn sie lernen, wie sie sich richtig verhalten sollen, lassen sich Unfälle jetzt und in Zukunft vermeiden.</p>	
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen	
<p>Im Präventionskurs Kind & Hund lernen die Kindergartenkinder anhand von praktischen Übungen einige elementare Regeln, wie sie sich in Alltagssituationen gegenüber Hunden verhalten sollen, damit es nicht zu Bissverletzungen kommt. Ziel ist, mit den Kindern korrekte und angemessene Verhaltensweisen auf stufengerechte und verständliche Art einzuüben. Den Kindern wird das Wesen Hund mit seinen Gefühlen, seinen spezifischen Bedürfnissen und seiner eigenen Sprache nähergebracht. Bei der Kursgestaltung wird Wert darauf gelegt, dass sich die Kinder aktiv beteiligen können und die Übungen einen engen Bezug zu Alltagssituationen haben. Wenn Kinder einen ihnen fremden Hund streicheln wollen, Hunde an engen Orten passieren müssen, Hunde auf Kinder zu rennen und unter Umständen sogar diese umstossen. Der Kurs ist absolut ungefährlich für die Kinder. Er darf aber nicht als Streichelkurs verstanden werden, vielmehr soll ein respektvoller, distanzierter Umgang gelernt werden.</p> <p>Kind & Hund“ hat zum Ziel, jedem Kindergartenkind während seiner zweijährigen Kindergartenzeit mindestens einmal im Rahmen des Grundkurses und mindestens einmal im Rahmen des Ergänzungskurses Verhaltensregeln stufengerecht beizubringen, damit das Risiko durch Hunde gebissen zu werden, vermindert werden kann. Dafür steht dem Veterinäramt ein Ausbildungsteam von fachlich und pädagogisch ausgebildeten Instruktorinnen mit speziell für diese Aufgabe ausgewählten Hunden zur Verfügung. Im Jahr 2015 haben 84 (2014: 83) Kindergartenklassen den Grundkurs „Kind & Hund“ beim Veterinäramt besucht und 55 (2014: 52) Klassen wurden im Rahmen des Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.</p>	
Zeitliche Planung	
Periodizität	Alle Kinder haben im Verlauf der zwei Jahre Kindergarten mindestens einmal den Kurs besucht.
Aktivitäten im Berichtsjahr	
<p>Im Jahr 2015 haben 84 (2014: 83) Kindergartenklassen den Grundkurs „Kind & Hund“ beim Veterinäramt besucht und 55 (2014:52) Klassen wurden im Rahmen des Ergänzungskurses im Kindergarten besucht.</p>	

Bereits eingetretene Wirkungen
Rückmeldungen belegen, dass der Kurs von den Kindern, von deren Eltern und von den Kindergartenlehrpersonen als sinnvoll, als sehr lehrreich und mehrheitlich als nachhaltig beurteilt wird. 2015 wurden 7 (2014: 5) Kinder unter 10 Jahren von Hunden gebissen. Das Alter der gebissenen Kinder wurde bis anhin nicht systematisch ausgewertet. Diese dürften aber mehrheitlich im Vorschulalter gewesen sein. Insgesamt ist die Zahl der Hundebisse mit gravierenden Verletzungen aber rückläufig.
Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)
Keine Zunahme von Gesundheitskosten aufgrund von Bissverletzungen und psychiatrischen Folgebehandlungen (Angsttherapie).
Bereits getätigte Kosten/erwartete Gesamteinsparungen

6.5.2 One Health – Umweltmonitoring / Untersuchung der Spitalabwässer

Inhalt
One Health steht für die Nutzung des gesundheitlichen und/oder ökonomischen Mehrwertes, welcher durch eine verstärkte Zusammenarbeit aller für die Gesundheit von Mensch, Tier oder Umwelt zuständigen Institutionen und Personen entsteht. Das Kantonale Labor führt neben der Kontrolle von Konsumgütern (Lebensmittel, Kosmetika, Chemikalien) eine Reihe von Umweltmonitorings durch und erfasst damit, ob eine Gefährdung von Mensch, Tier und Umwelt besteht. Im Auftrag des Bundes überwacht das Kantonale Laboratorium Basel-Stadt seit Jahren die potentiellen Emittenten von Radionukliden in den Rhein. Es handelt sich dabei im Besonderen um die nuklearmedizinischen Abteilungen in den Spitälern Basels. Diverse kurzlebige Radionuklide gelangen bei der Diagnostik und bei Krebstherapien zur Anwendung. Die Abfälle und Abwässer der Spitäler werden in der Kehrrichtverbrennungsanlage der Stadt Basel und der städtische Kläranlage Pro Rheno aufbereitet.
Zielsetzung
Ziel ist eine hohe Lebensqualität durch eine intakte Umwelt sowie Stabilität und Sicherheit der öffentlichen Gesundheit auf hohem Niveau. Der Schutz der Bevölkerung inkl. Tiere und der Umwelt ist prioritäres Ziel. Bei gesundheits- und umweltgefährdenden Vorfällen oder Untersuchungsergebnissen wird interveniert, um Schäden zu begrenzen und daraus Lehren für die Vorsorge zu ziehen
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Wöchentlich wird ein repräsentatives Wochen-Sammelmuster des gereinigten Abwassers auf Rückstände von radioaktiven Stoffen untersucht. Die Spitäler von Basel sind an das baselstädtische Abwassernetz angeschlossen. Bei der Radiodiagnostik und -therapie werden den Patienten kurzlebige Radionuklide wie ¹³¹ I, ¹¹¹ In, ¹⁷⁷ Lu etc. verabreicht. Die radioaktiven Abfälle dieser speziellen Krankenstationen werden in Abklingtanks gesammelt, bis die Radioaktivität weitgehend abgeklungen ist. Bei ungenügender Wartezeit muss mit erhöhter Radioaktivität in der Kläranlage und schlussendlich im Rhein und in der Abluft (Klärschlammverbrennung) gerechnet werden.
Aktivitäten im Berichtsjahr
Für die Analysen stellte die ProRheno AG mengenproportionale Wochensammelmuster des gereinigten Abwassers der ARA Basel zur Verfügung. Die mittlere Tritiumaktivität des gereinigten, städtischen Abwassers betrug 30 Becquerel pro Liter mit einem Höchstwert von 43 Bq/L im Mai dieses Jahres. Der Grenzwert von 6000 Bq/L war jederzeit eingehalten. Die Tätigkeiten der nuklearmedizinischen Abteilungen der Spitäler widerspiegeln die dauernde, geringe Aktivität des Abwassers mit radioaktivem Iod (¹³¹ I) und anderen, kurzlebigen Radionukliden. Der Mittelwert für ¹³¹ I betrug 0.3 Bq/L, d.h. der Grenzwert von 5 Bq/L war stets eingehalten. Die Verwendung von radioaktivem Lutetium-177 für die Behandlung von neuroendokrinen Karzinomen (DOTATOC-Therapie) ist eine Spezialität des Kantonsspitals Basel. Dieses Nuklid konnte in 38 Proben mit einem Mittelwert von 1.7 Bq/L nachgewiesen werden.
Bereits eingetretene Wirkungen
Insgesamt kann den Spitälern ein gesetzeskonformes Handling der anfallenden, radioaktiven Abwässer attestiert werden. Es wurden im Berichtsjahr keine Spitzenaktivitäten beobachtet, d.h. die Abklingzeiten für die Abklingtanks wurden eingehalten.

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

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

6.5.3 Lebensmittelkontrolle / Prävention

Inhalt

Die Lebensmittelkontrolle hat das Hauptziel, die Konsumentinnen und Konsumenten vor gesundheitsschädlichen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenstände zu schützen. Betriebe, welche unmittelbar die Gesundheit gefährden, werden sofort geschlossen. Gesundheitsgefährdende Lebensmittel werden beschlagnahmt und mit einem Verkaufsverbot belegt.

Zielsetzung

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

Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen

Das Kantonale Labor untersucht jährlich 5000 bis 6000 Proben und kontrolliert jährlich mehr als 1000 Betriebe im Kanton Basel-Stadt.

Aktivitäten im Berichtsjahr

siehe Jahresberichte Kantonslabor (<http://www.kantonslabor.bs.ch/berichte/jahresberichte.html>)

Bereits eingetretene Wirkungen

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

Noch zu erwartende Wirkungen (erwartete Gesamtkosten)

keine Erkrankungen wegen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenstände

6.6 Massnahmen im Bereich Gesundheitspersonalentwicklung

Inhalt
Im Gesundheitswesen wird es aufgrund von Austritten aus dem Berufsleben, aber auch aufgrund eines erhöhten Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung in Zukunft einen klaren Mehrbedarf an Personal geben. Betroffen sind davon weite Felder der Gesundheitsberufe, wie etwa die ärztlichen Grundversorger (Fachärzte) sowie die Pflegeberufe der Tertiärstufe (Pflege HF oder Pflege FH). Aber auch bei den Pflege- und Betreuungsberufen der Sekundärstufe wird ein deutlich höherer Bedarf an Fachkräften (u.a. Fachfrau/-mann Betreuung FaBe oder Fachfrau/-mann Gesundheit FaGe) erwartet.
Zielsetzung
In der Schweiz werden gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) bis zum Referenzjahr 2030 zwischen 120'000 und 190'000 Fachpersonen in Gesundheitsberufen rekrutiert werden müssen. Zwei Drittel dieser Fachkräfte braucht es alleine zur Kompensation von zu erwartenden Pensionierungen im Gesundheitswesen. Weitere Fachkräfte sind gemäss den Studien zur Bedarfsdeckung gesundheitlicher Versorgung aufgrund des demographischen und epidemiologischen Wandels notwendig. Betroffen sind nicht nur Hausärzte und Pflegefachpersonen sondern fast alle Gesundheitsberufe. Von den beschriebenen Entwicklungen ist auch die Region Basel betroffen. Die OdA Gesundheit beider Basel sowie auch das Universitätsspital Basel gehen dabei insbesondere von einem regionalen Mehrbedarf an Pflegefachkräften mit einer Fachhochschulausbildung (FH) sowie auch bei den Grundversorgern aus, den es zu decken gilt. Nur mit ausreichenden Ausbildungsplätzen kann sichergestellt werden, dass rechtzeitig notwendige Behandlungen eingeleitet werden, um das Verschleppen von Krankheiten und daraus folgende, teurere Behandlungen zu vermeiden.
Massnahmen/Vorgehensweise und Ressourcen
Die Personalplanung von Spitälern und Gesundheitsbetrieben in der Region steht in engem Zusammenhang mit der Planung der Ausbildungsplätze. Der betriebliche Nachwuchs und damit die Deckung des zukünftigen Bedarfs können nur gesichert werden, wenn fortlaufend genügend Angebote für die Ausbildung zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund schreibt der Kanton Basel-Stadt seit 2011 im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern die Ausbildungsverpflichtung für Pflegeberufe vor. Beim Umfang des Ausbildungsangebots wird das Ausbildungspotential eines Spitals mitberücksichtigt und die Festlegung erfolgt in enger Absprache mit der OdA und der Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS). Kommt eine Einrichtung der Ausbildungsverpflichtung nicht nach, muss sie eine Strafzahlung an den Kanton entrichten.
Weiter sieht der mit dem Verband gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime (VAP) geschlossene Pflegeheim-Rahmenvertrag seit 2013 vor, dass in der Tagestaxe 0.50 Franken für die Ausbildung von Fachpersonal Pflege und Betreuung (FAGE, FABE, HF Pflege) enthalten sind. Jedes Vertragsheim bezahlt diesen Betrag in einen Ausbildungsfonds. Aus diesem Fonds erhalten die Vertragsheime pro erfolgreichen Ausbildungsabschluss eine Aufwandsentschädigung. Der Abschluss einer HF Pflege wird dabei doppelt so hoch vergütet wie eine Ausbildung FAGE oder FABE.
Als weitere Massnahme gegen den Fachkräftemangel wird im Kanton Basel-Stadt die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten in Hausarztpraxen gefördert. Seit 2009 können jährlich sechs Weiterbildungsstellen à sechs Monate angeboten werden. Der Kanton finanziert 75% des dem Dienstalter entsprechenden Lohns. Grundlage für diese Massnahme bildet die Verordnung betreffend Anstellungsbedingungen der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und der Oberärztinnen und Oberärzte an staatlichen Spitälern und in den Dienststellen der kantonalen Verwaltung. Besonders bevorzugt sollen jene Arbeitsverhältnisse werden, die im Hinblick auf eine nachfolgende Praxisübernahme abgeschlossen werden.

Bereits eingetretene Wirkungen

Bei den Ausbildungsverpflichtungen der Spitäler ist eine positive Bilanz zu verzeichnen, da im Total in den vergangenen 4 Jahren jeweils mehr als doppelt so viele Ausbildungsplätze als vereinbart bei den Spitälern besetzt wurden.

In den Basler Alterspflegeheimen waren im Ausbildungsjahr 2014/2015 insgesamt 238 Auszubildende tätig. Davon absolvierten 225 Personen die Ausbildungen zum FaBe oder FaGe und 13 Personen ein Ausbildung Pflege HF. Das entspricht einer Steigerung um 14 Prozent bei den FaBe/FaGe Auszubildenden im Vergleich zum Vorjahr und mehr als doppelt so vielen Personen in einer Ausbildung Pflege HF.

Bei der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und –ärzten in Hausarztpraxen ist ebenfalls eine sehr positive Entwicklung zu beachten. Während zu Beginn des Hausarztprogramms lediglich ein Drittel der Stellen besetzt wurde, konnte in den vergangenen Jahren nun die volle Anzahl Ausbildungsplätze (sechs Stück) besetzt werden. Von denjenigen Ärztinnen und Ärzten, welche am Hausarztprogramm teilnahmen, haben sich in der Folge bis 2015 neun Personen als Grundversorger und Grundversorgerinnen im Kanton Basel-Stadt niedergelassen.

7. Schlussbemerkungen und Antrag

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

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Marco Greiner
Vizestaatsschreiber

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Grossratsbeschluss

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

(vom [Datum eingeben])

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

1. Kenntnisnahme

Dieser Beschluss ist zu publizieren.