



An den Grossen Rat

21.1475.01

GD/P211475

Basel, 3. November 2021

Regierungsratsbeschluss vom 2. November 2021

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

Inhalt

Präambel	4
i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren.....	4
ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht	4
Kurzzusammenfassung	6
1. Einleitung	9
2. Politisches Umfeld	11
2.1 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundes 2020 – 2030	11
2.2 Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates	12
2.2.1 Gesetzesrevisionen	12
2.2.2 Neuregelungen und Anpassungen auf Verordnungsstufe	13
2.3 Beratungen in den eidgenössischen Räten.....	15
2.3.1 Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 (19.046)	15
2.3.2 Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (EFAS, Pa. Iv. 09.528)	15
2.4 Weitere Entwicklungen.....	16
2.4.1 Qualitätsmonitoring im Bereich der hochspezialisierten Medizin.....	16
2.4.2 Einführung elektronisches Patientendossier	17
3. Entwicklung der Kosten und Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Basel-Stadt	18
3.1 Entwicklung der Gesamtkosten	18
3.2 Verteilung nach Kostengruppen	19
3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich.....	20
3.3.1 Spital.....	20
3.3.2 Pflegeheime	21
3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich.....	22
3.4.1 Spitalambulant.....	22
3.4.2 Ärztinnen und Ärzte	23
3.4.3 Spitex	24
3.4.4 Übrige Leistungserbringer.....	25
3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten	26
4. Versichertenbestand und Krankenversicherungsprämien im Kanton Ba- sel-Stadt	27
4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand	27
4.2 Prämienentwicklung	27
4.2.1 Entwicklung der Mittleren Prämien	28
4.2.2 Entwicklung der Standardprämien.....	29
5. Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Ba- sel-Stadt	30
5.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung.....	30
5.1.1 Stationäre Behandlungen.....	30
5.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen.....	30
5.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege.....	31
5.2.1 Restfinanzierung Pflegeheime und Beiträge der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL) 31	31
5.2.2 Restfinanzierung Spitex	32
5.3 Pandemie bedingte Mehr- und Zusatzkosten	32

6. Vertiefungsanalyse: stationäre Spitalkosten in Basel-Stadt im Vergleich.....	34
6.1 Ausgangslage	34
6.2 Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen	34
6.2.1 Inanspruchnahme ohne Unterteilung nach Spitalbereichen	34
6.2.2 Inanspruchnahme in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie	35
6.3 Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen nach Standardisierung.....	36
6.3.1 Standardisierte Bevölkerung	36
6.3.2 Effekt der Standardisierung auf die drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation	36
6.3.3 Der Bereich Akutsomatik aufgeteilt nach Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB).....	37
6.3.4 Inanspruchnahme von Psychiatrie-Leistungen	37
6.4 Leistungsanspruchnahme und Kosten	38
6.4.1 Akutsomatik.....	39
6.4.2 Rehabilitation.....	39
6.4.3 Psychiatrie.....	39
6.5 Fazit.....	39
7. Kantonale Massnahmen zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung.....	41
7.1 Prävention und Gesundheitsförderung	41
7.1.1 Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge	41
7.1.2 Kantonales Darmkrebs-Vorsorgeprogramm	42
7.2 Gesundheitsversorgung	43
7.2.1 Schwerpunkt: Spitalplanung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR)	43
7.2.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung «ambulant vor stationär» (AVOS) im Kanton Basel-Stadt	47
7.2.3 Ambulante Zulassungssteuerung	50
7.2.4 Integrierte Versorgung	52
7.3 Schadensminderung	55
7.4 Weitere Massnahmen: Neuregelung der hauswirtschaftlichen Spitex.....	55
8. Einschätzung und Ausblick.....	57
9. Antrag.....	58
Anhang: Datentabellen	59
OKP-Leistungen	59
Krankenversicherungsprämien.....	61
Kantonsbeiträge.....	62

Präambel

i. Gesetzlicher Auftrag und Begehren

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

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

ii. Vorbemerkung zum diesjährigen Bericht

Berichtsstruktur

Nachdem die Berichtsstruktur im fünften Bericht gegenüber den Vorjahren überarbeitet wurde, folgt die diesjährige Ausgabe weitestgehend dem Aufbau der letzten beiden Jahresberichte.

Berichtsperiode

Das GesG sieht eine jährliche Berichterstattung vor. Dementsprechend erstreckt sich auch die Berichtsperiode in erster Linie jeweils auf das vorangehende Kalenderjahr. In Bezug auf die Kosten- und Prämienentwicklung ist diese Abgrenzung zielführend. Bei politischen Massnahmen und Entwicklungen würde eine solche trennscharfe Abgrenzung zu unbefriedigenden Situationen führen. Um der zeitverzögerten Wirkung von politischen Massnahmen angemessene Rechnung tragen zu können, ist eine zeitliche Ausweitung der Berichterstattung unerlässlich. So können Sachbezüge zu Entwicklungen hergestellt werden, die ausserhalb der Berichterstattungsperiode im engeren Sinn liegen. Dies wird auch im diesjährigen Bericht so gehandhabt. Um dennoch eine gewisse Abgrenzung zwischen den Berichtsjahren herstellen zu können, wird als gleitende Berichtsperiode für die Beschreibung von politischen Massnahmen und Entwicklungen der Zeitraum zwischen dem 2. Halbjahr 2019 und dem 1. Halbjahr 2021 in Betracht gezogen, wobei der Hauptfokus auf das Berichtsjahr 2020 gerichtet wird. Ursächliche Zusammenhänge zwischen den Entwicklungen bei den Kosten, Prämien und öffentlichen Ausgaben sowie die Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Massnahmen können in dieser Weise besser illustriert werden.

Berichtsinhalte

Wie in der letztjährigen Ausgabe befinden sich die Zeitreihentabellen zu den Kostenentwicklungen weitgehend im Anhang. Die statistischen Entwicklungen werden in erster Linie graphisch und in einer vergleichenden Perspektive dargestellt. Die Zahlen werden, wo immer möglich, mit ausgewählten Kantonen (insbesondere AG, BL, GE, ZH) und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt verglichen.

Im letzten Jahr wurde eine Vertiefungsanalyse zur demografischen Struktur in den Bericht aufgenommen. Dadurch wurden weitere Faktoren ersichtlich. Unter anderem auf Wunsch der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates (GSK) wurden nun weitere Analysen vorgenommen mit einem besonderen Augenmerk auf die stationäre Spitalversorgung als grössten Kostenblock.

Datengrundlagen

Der vorliegende Bericht soll einen aktuellen Bezug zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen herstellen. Das heisst, es müssen Zahlenquellen herangezogen werden, die im Jahresablauf genügend schnell verfügbar sind. Detaillierte Statistiken über das Gesundheitswesen werden oft mit 12 bis 18 Monaten Verzögerung veröffentlicht. Seit 2016 werden für die jährliche Berichterstattung gemäss § 67 Abs. 2 GesG die Daten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

(OKP-Daten) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verwendet, welche den Kantonen im Rahmen des Prämien genehmigungsprozesses jeweils (ab August) für das Vorjahr zur Verfügung gestellt werden.

Grundsätzlich bestünde auch die Möglichkeit, auf den sogenannten Datenpool der SASIS AG¹ zurückzugreifen, deren Daten einen höheren Detaillierungsgrad aufweisen und auch Leistungskennzahlen (z. B. Anzahl Arztkonsultationen) beinhalten. In der Vergangenheit hat sich jedoch herausgestellt, dass die entsprechenden Daten zum Teil verzerrt sind. Um Widersprüche in der Datenlogik zu vermeiden, wurde entschieden, diese Datenquelle nur ganz punktuell zu berücksichtigen.

Die Daten im vorliegenden Bericht betreffen – wenn nicht anders vermerkt – die Abgeltung der Pflichtleistungen der OKP gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) (inkl. Kostenbeteiligungen der Versicherten, d. h. «Bruttoleistungen»). Betrachtet werden die Abgeltungen für alle Leistungen, die Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt bei Leistungserbringern inner- und ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen haben.

Um eine vollständige Kostensicht zu erhalten, sind die bezahlten Leistungen des Kantons Basel-Stadt in seiner Eigenschaft als Mitfinanzierer von OKP-Leistungen zusätzlich miteinzubeziehen. Hierbei handelt es sich vor allem um die Beiträge, die der Kanton gemäss Bundesrecht im Rahmen der Pflegefinanzierung (Restfinanzierung in Heimen und für ambulante Pflege, Kantonsanteil an die Akut- und Übergangspflege) und der Spitalfinanzierung (Kantonsanteil an stationäre Spitalbehandlungen) ausrichtet. Berücksichtigt werden weiter die an die Spitäler gemäss KVG ausgerichteten Staatsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und ungedeckte Kosten sowie ergänzende Leistungen gemäss baselstädtischem GesG (Beiträge an die Pflege in Heimen oder zu Hause, Staatsbeiträge an Tagespflegeheime). In diesem Jahr werden zudem in einem besonderen Abschnitt die Vergütungen von COVID-19-Mehr- und Zusatzkosten an Spitäler und Pflegeheime beleuchtet.

Zeitlich werden die Kosten jeweils entsprechend dem Rechnungsjahr der Krankenversicherer bzw. gemäss der kantonalen Rechnung erhoben. Da es sich hierbei um unterschiedliche Rechtsträger handelt, deren Rechnungslegung nach anderen Grundsätzen organisiert ist, bilden die Zahlenquellen leicht unterschiedliche Jahresabgrenzungen ab und sind dadurch nicht immer direkt vergleichbar. Deshalb werden die Zahlen in den Kapiteln 3 und 5 gesondert ausgewiesen.

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

¹ Vgl. www.sasis.ch.

Kurzzusammenfassung

Gesundheitspolitischer Kontext

- Nach dem Auslaufen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020² hat die Landesregierung mit Gesundheit 2020 – 2030³ den gesundheitspolitischen Rahmen erneuert. Im Gegensatz zum Vorgängerdokument wurde die Struktur von Zielen und Massnahmen vereinfacht und auf die vier grössten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem ausgerichtet.
- Während der Bundesrat zunächst zwei breit gefächerte Massnahmenpakete erarbeiten liess, wurde bis anhin nur ein Teil dieser Massnahmen von den eidgenössischen Räten behandelt und im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a in der Sommersession 2021 verabschiedet. Dazu gehört auch ein Experimentierartikel, der den Kantonen neue Möglichkeiten für innovative Versorgungsansätze bietet.
- Im Sommer 2020 hat das eidgenössische Parlament die KVG-Revision über die Zulassung von (ärztlichen) Leistungserbringern nach zweijähriger Beratung verabschiedet. Ein Teil der Umsetzungsverordnungen wurde inzwischen vom Bundesrat per 1. Juli 2021 in Kraft gesetzt. In der laufenden Übergangsphase hat der Kanton Basel-Stadt die schon bestehende kantonale Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte zunächst verlängert, bis die notwendigen Datengrundlagen zur Festlegung von Höchstzahlen nach Fachbereichen erhoben werden können.
- Seit Anfang 2020 dominiert die Covid-19 Pandemie das Geschehen im Gesundheitswesen und darüber hinaus. Die Pandemie hatte und hat einen sehr grossen Einfluss auf die Entwicklung der Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung im vergangenen und laufenden Jahr. Wo bereits klar ersichtlich, werden diese Auswirkungen punktuell dargestellt. Eine umfassende Analyse kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorgenommen werden.

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

Tabelle 1 Übersicht Leistungen der OKP

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	918'275	934'867	935'332	961'540	973'448	
<i>Veränderung</i>	3.3%	1.8%	0.0%	2.8%	1.2%	1.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'930	4'997	4'980	5'078	5'098	
<i>Veränderung</i>	2.5%	1.3%	-0.3%	2.0%	0.4%	0.8%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	808'746	824'766	823'665	847'134	857'605	
<i>Veränderung</i>	3.3%	2.0%	-0.1%	2.8%	1.2%	1.5%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'342	4'408	4'385	4'474	4'492	
<i>Veränderung</i>	2.6%	1.5%	-0.5%	2.0%	0.4%	0.8%

Quelle: BAG Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

- Nach einem etwas grösseren Kostensprung im Jahr 2019 sind die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person im Kanton Basel-Stadt letztes Jahr lediglich um 0.4% gestiegen. Gesamthaft gesehen sind die entsprechenden Leistungskosten zwischen 2016 und 2020 im Durchschnitt um 0.8% jährlich gestiegen gegenüber einem durchschnittlichen Wachstum landesweit von 1.6%.
- Aufgrund der Pandemie sind insbesondere die Kosten im stationären Spitalbereich leicht zurückgegangen (CH: -1.6%; BS: -0.5%). Im Pflegeheimbereich sind die OKP-Brutto-

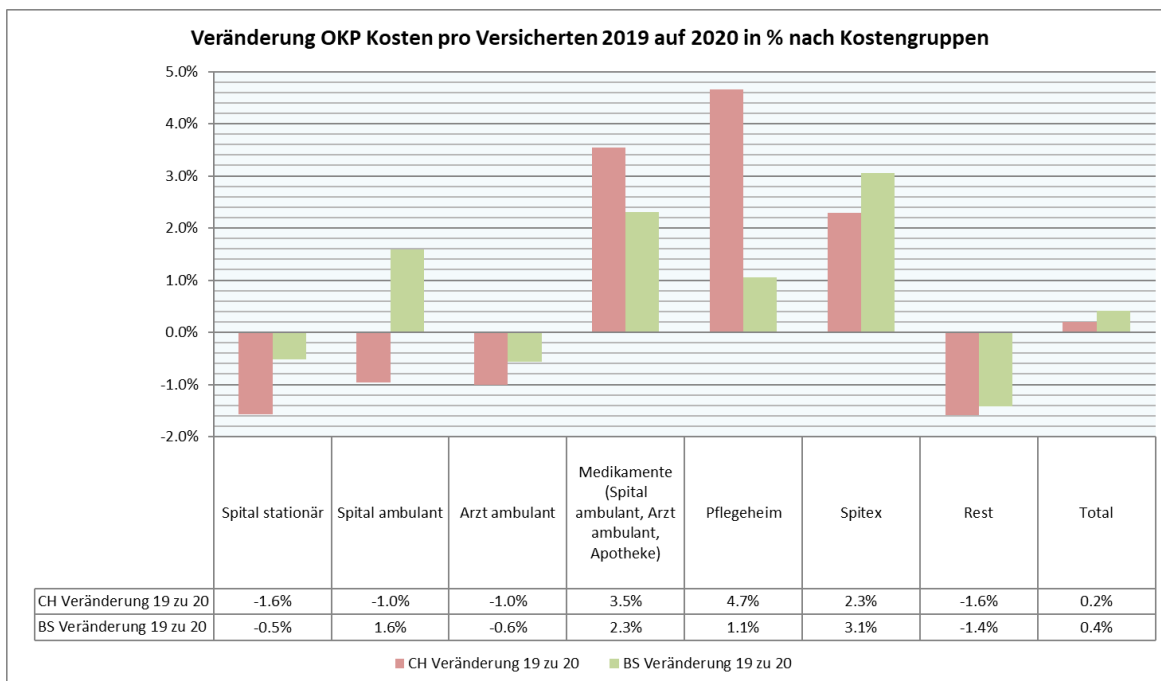
² Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (Gesundheit2020), abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>.

³ Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030, abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>.

leistungen zwar leicht gestiegen (CH: 4.7%; BS: 1.1%), dies lässt sich aber auf eine Erhöhung der OKP-Vergütungen zurückführen, die das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) per 1. Januar 2020 in Kraft gesetzt hat. Tatsächlich ist die Anzahl verrechneter Pflegetage in Basel-Stadt um 2.5% zurückgegangen. Darüber hinaus hat die Erhöhung der Tarife eine spürbare Entlastung der kantonalen Restfinanzierung (-7.5%) bewirkt.

- Nachdem sich die ambulanten Spitalleistungen in Basel-Stadt im Vorjahr noch rückläufig entwickelt haben, sind sie 2020 entgegen dem nationalen Trend leicht gewachsen. Dies könnte einerseits auf die Effekte von «ambulant vor stationär» (AVOS) zurückzuführen sein, aber auch auf das zentrale COVID-19-Testzentrum, das am Universitätsspital Basel (USB) eingerichtet wurde und in der ersten und zweiten Pandemiewelle den allergrössten Teil der Testungen durchgeführt hatte.
- Die schon in den letzten Jahren stark wachsenden Spitexleistungen haben einen pandemiebedingten zusätzlichen Wachstumsschub erfahren. Entsprechend hat die Anzahl abgerechneter Spitexstunden in Basel-Stadt um 13% zugenommen. Dies spiegelt sich nur sehr beschränkt in der ausgewiesenen moderaten Entwicklung der OKP-Leistungen von 3.1% wider, die auf die gleichzeitige Senkung der OKP-Tarife zurückzuführen ist. Entsprechend ist der Transferaufwand für die Spitexrestfinanzierung in der Staatsrechnung des Kantons im Jahr 2020 um 20% gestiegen.

Abbildung 1 Veränderung der OKP-Bruttoleistungen pro Versicherten nach Kostengruppen



Quelle: BAG, Statistik der OKP

Prämienentwicklung

- Erstmals seit 2008 sinkt im Jahr 2022 die Prämienbelastung der Haushalte im gesamtschweizerischen Mittel um 0.2%.
- Im Kanton Basel-Stadt sinkt sowohl die Mittlere Prämie⁴ (-2.1%) wie auch die Standardprämie (-1.2%), was im Kantonsvergleich dem schweizweit stärksten Rückgang entspricht.
- Im laufenden Jahr (2021) beträgt der Anstieg der Mittlere Prämie 0.6% gegenüber dem Vorjahr. Die durchschnittliche *Standardprämie*⁵ ist von 2020 auf 2021 um 1.0% gestiegen.

⁴ Als «Mittlere Prämie» wird das effektiv eingekommene bzw. erwartete Prämienvolumen pro Versicherten über alle Versicherer und alle Versicherungsmodelle in der Grundversicherung bezeichnet. Sie entspricht den budgetierten Prämieeinnahmen pro Kopf.

⁵ Als «Standardprämie» wird die Grundversicherungsprämie für Erwachsene mit der Minimalfranchise von 300 Franken in einem Modell ohne Einschränkung bei der Wahl des Leistungserbringers sowie Unfallzusatz bezeichnet. Der Durchschnitt der Standardprämien aller zugelassenen OKP-Versicherer wird auch als Referenzprämie bezeichnet.

Vertiefungsanalyse: Kosten der stationären Spitalversorgung im Vergleich

- Pro 1000 Einwohner nehmen die baselstädtischen Versicherten 2'116 stationäre Behandlungstage in Spitälern im Anspruch. Dies liegt 58% über dem schweizerischen Mittelwert. Wenn man die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur anhand eines Standardisierungsverfahrens berücksichtigt, beträgt der Unterschied noch 52%.
- Diese Differenz lässt sich sowohl auf eine höhere Anzahl Hospitalisationen (+34%) wie auch auf eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei einer Behandlung (+17%) erklären.
- Auch aufgeschlüsselt nach einzelnen Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) nimmt Basel-Stadt jeweils schweizweit eine Spitzenposition ein. Während im Bereich der akutsomatischen Behandlungen und in der Rehabilitation der Unterschied zum CH-Mittelwert (standardisierte Bevölkerung) noch 30% bzw. 43% beträgt, wächst er im Bereich der Psychiatrie auf über 100%.
- Die Ursachen für den grossen Unterschied bei der Leistungsanspruchnahme, insbesondere in der Psychiatrie, zwischen Basel-Stadt und dem schweizweiten Durchschnitt lässt sich nicht restlos erklären. Aber es ist durchaus denkbar, dass vielerorts ein Mangel an spezialisierten psychiatrischen Behandlungseinrichtungen zu regionalen Unterversorgungssituationen führt.

Kantonale Massnahmen zur Kostendämpfung

- Am 1. Juli 2021 ist die neue Spitalplanung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) in Kraft getreten. Die Vergabe der Leistungsaufträge beruht auf einem bedarfsorientierten Planungsprozess mit dem Ziel einer verstärkten Leistungscoordination und -konzentration, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der akutstationären Versorgung zu erhöhen. 466 Leistungsaufträge wurden in der Akutsomatik erteilt, 157 bestehende Leistungsaufträge nicht mehr erneuert. In 17 Spitalleistungsgruppen mit vermuteter Überversorgung wird die Gesamtmenge der Fälle in der GGR neu über einen Mengendialog mit den Leistungserbringern gesteuert. Gesamthaft dürfte sich aus der neuen Spitalplanung über vier Jahre eine Kostenminderung in der GGR von 35 Mio. Franken ergeben. Allein für den Kanton Basel-Stadt beträgt die erwartete Kosteneinsparung bis 2024 rund 7.5 Mio. Franken.
- Das Prinzip «ambulant vor stationär» (AVOS) wird im Kanton Basel-Stadt seit dem 2. Halbjahr 2018 umgesetzt. Per 1. Januar 2021 wurde die AVOS-Liste im Gleichgang mit dem Kanton Basel-Landschaft von 13 auf 16 Eingriffe erweitert. Eine vertiefte Betrachtung einzelner Leistungen zeigt nicht nur einen deutlichen Verlagerungseffekt aus dem stationären in den ambulanten Bereich, sondern auch insgesamt einen auffälligen gesamthaften Rückgang gewisser Eingriffe (z. B. Eingriffe bei Leistenhernien).
- Seit dem September 2020 ist das neue Darmkrebsvorsorgeprogramm angelaufen, während der Anteil an Teilnehmerinnen im kantonalen Brustkrebscreening im letzten Jahr dank verstärkter Kommunikationsaktivitäten nochmals leicht von 43% auf 47% erhöht werden konnte.
- Die neuen Versorgungsmodelle der Integrierten Versorgung sollen im Legislaturplan 2021 –2025 dazu beitragen, die gesundheitliche Chancengleichheit im Kanton weiter zu verbessern. Dazu gehören schon laufende Modellprojekte (z. B. Home Treatment, SomPsyNet, Integrierte Versorgung von Verhaltenssuchten, Übergangspflege) wie auch solche, die derzeit erarbeitet werden.
- Nicht zuletzt tragen Aktivitäten der Schadensminderung (z. B. das Projekt Drogeninfo Basel-Stadt DIBS) dazu bei, die Risiken des Drogenkonsums und die Belastung der Suchtkranken zu minimieren.

1. Einleitung

Das Pandemiejahr 2020 hat ein starkes Schlaglicht auf das Gesundheitswesen ganz allgemein und auf die Gesundheitsversorgung im Besonderen geworfen. Im Vordergrund standen zunächst nicht die Kosten, sondern in erster Linie die Testungen, die Bereitstellung von Schutzmaterial und die Aufnahmekapazitäten in den Spitälern.

Dennoch stellt sich natürlich auch die Frage, wie sich die Pandemie auf die Gesundheitskosten ausgewirkt hat. Nachdem insbesondere vonseiten der Krankenversicherer in den frühen Phasen der Pandemie vor einer «Kostenexplosion» gewarnt wurde, haben sich mit der Zeit zwei Tendenzen herauskristallisiert. Einerseits wurde ersichtlich, dass die zusätzlichen Diagnose- und Behandlungskosten der Corona-Patienten zulasten der Krankenversicherung, trotz zum Teil sehr teurer intensivmedizinischer Versorgung, durch die kostenmindernde Wirkung der Einschränkung von Elektiveingriffen bzw. des Verzichts auf gewisse Behandlungen im Corona-Kontext mehr als kompensiert wurden. Dies hat dazu geführt, dass die Kosten für stationäre Spitalbehandlungen nach einem Kostensprung im Vorjahr im Jahr 2020 wieder leicht zurückgegangen sind, sowohl auf der gesamtschweizerischen wie auch der kantonalen Ebene.

Daraus lässt sich jedoch andererseits nicht schliessen, dass die Corona-Pandemie im Gesundheitsbereich keine zusätzlichen Ausgaben verursacht hätte. Vielmehr wurden diese Ausgaben zum allergrössten Teil von der öffentlichen Hand getragen. Dies betrifft insbesondere die Mehr- und Zusatzkosten in den Spitälern und Pflegeheimen; so z. B. für das Schutzmaterial, für Infrastrukturen, aber auch für zusätzliches Personal in verschiedenen Bereichen und nicht zuletzt auch für die Vorhalteleistungen, die der Kanton im Rahmen seines «Stufenkonzeptes» bei den Verbundspitälern angefordert hat.

Es ist zum aktuellen Zeitpunkt noch zu früh, um eine Gesamtbilanz der zusätzlichen Ausgaben für die Bewältigung der Corona-Pandemie zu ziehen. Aber erste Erkenntnisse sind schon vorhanden. Im Januar dieses Jahres hat der Grosse Rat aufgrund des Ratschlags des Regierungsrats eine Rahmenausgabe in der Höhe von 108.4 Mio. Franken für die Mehr- und Zusatzkosten in den baselstädtischen Spitälern und Pflegeeinrichtungen für die beiden Jahre 2020 und 2021 genehmigt. Vor dem Hintergrund der vierten Pandemiewelle ist allerdings nicht auszuschliessen, dass der Regierungsrat dem Grossen Rat noch einen weiteren Nachtragskredit für die Abgeltung solcher Kosten insbesondere in den Spitälern beantragen muss.

Diese Rahmenausgabenbewilligung betrifft allerdings nur die Versorgungseinrichtungen. Weitere grosse Kostenblöcke sind auch bei der Beschaffung von Schutzmaterial, beim Contact-Tracing, bei der Massentestung in Betrieben, bei der Bereitstellung von Quarantäne-Unterkünften und nicht zuletzt beim Aufbau und beim Betrieb des Impfzentrums entstanden. Zudem werden auch vom Bund verschiedene Kosten direkt übernommen. Eine vermutlich abschliessende Bilanz wird der Regierungsrat anlässlich der Erfüllung der Motion von Falkenstein und Konsorten⁶ ziehen können.

Im vorliegenden Bericht werden zwar auch die Corona-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in der Staatsrechnung des Jahres 2020 ausgewiesen, das Hauptaugenmerk gilt jedoch nach wie vor der Kosten- und Prämienentwicklung in der OKP und den Massnahmen zur Kostendämpfung. Abgesehen von den kantonalen Zusatzausgaben für die Pandemie könnte die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung im letzten Jahr als erfreulich bezeichnet werden. Schweizweit aber, auch insbesondere im Kanton Basel-Stadt, sind die OKP-Kosten pro versicherte Person im letzten Jahr nur unwesentlich gewachsen (+0.4%). In gewissen Bereichen wie z. B. bei den Pflegeheimen sind sie sogar deutlich zurückgegangen. Auch die Prämienentwicklung ist weiterhin stabil bis rückläufig. Nach einem leichten Anstieg im laufenden Jahr dürfte im Jahr 2022 für den Kanton Basel-Stadt sogar eine Prämienreduktion erfolgen. Dies ist insoweit konsequent als in den letzten

⁶ 20.5175.01 Motion betreffend Erkenntnisse aus der Corona-Krise und ihrer Bewältigung.

Jahren die Kostenentwicklung jeweils über der Prämienentwicklung lag und so dazu führte, dass bei den Krankenversicherern hohe Reserven angehäuft wurden.

Nachdem im letztjährigen Bericht auf Wunsch der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates eine Vertiefungsanalyse zu den Auswirkungen der demografischen Bevölkerungsstruktur im Kanton Basel-Stadt auf die Gesundheitskosten durchgeführt wurde, werden im diesjährigen Bericht die stationären Spitalkosten näher untersucht, die im interkantonalen Vergleich besonders hoch ausfallen (Kapitel 6). In dieser Vertiefungsanalyse werden die Kosten nach den verschiedenen stationären Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) aufgeschlüsselt und im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt und den berücksichtigten Vergleichskantonen dargestellt.

Im Übrigen folgt der siebte Bericht in Erfüllung des Auftrages aus § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes inhaltlich und strukturell dem Modell aus den beiden letzten Jahren.

2. Politisches Umfeld

2.1 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundes 2020 – 2030

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

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

definiert der Bundesrat acht Ziele mit jeweils zwei dazugehörigen Stossrichtungen. Die entsprechende Übersicht wird untenstehend grafisch abgebildet.



Der Regierungsrat hat im Rahmen seines Legislaturplans 2021 – 2025 auch die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates mitberücksichtigt und möchte insbesondere unter dem Aspekt der Chancengleichheit im Gesundheitswesen auch Projekte der integrierten bzw. koordinierten Versorgung fördern, was auch den formulierten Zielen des Bundesrates nach einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung entspricht (vgl. insbesondere Stossrichtung 5.1)

2.2 Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates

2.2.1 Gesetzesrevisionen

► Massnahmen zur Kostendämpfung – Pakete 1 & 2

Der Bundesrat hat die Botschaft zum ersten dieser beiden Massnahmenpakete am 21. August 2019 verabschiedet. Darin enthalten sind neun Massnahmen, deren Sparpotenzial mittelfristig auf mehrere hundert Millionen Franken pro Jahr beziffert wird.⁷ Der Kanton Basel-Stadt hatte vorgängig in seiner Vernehmlassungsantwort vom 30. Oktober 2018 die Stossrichtung des Massnahmenpakets zwar begrüsst, jedoch das Referenzpreissystem für Generika und insbesondere das Beschwerderecht für Versicherer gegen die kantonale Spitalliste abgelehnt. Dennoch hat der Bundesrat in seiner Botschaft an diesen Massnahmen festgehalten. Die verschiedenen Massnahmen wurden im Parlament in zwei gesonderte Entwürfe unterteilt (Pakete 1a und 1b) und gesondert beraten (vgl. dazu Abschnitt 2.3)

Am 19. August 2020 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, die Vernehmlassung zum zweiten Massnahmenpaket als indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» zu eröffnen. Darin enthalten ist eine Reihe von Massnahmen, u. a. der Vorschlag einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum in der OKP sowie die Pflicht für Patienten, zunächst eine Erstanlaufstelle aufzusuchen. Die Initiative «Für tiefere Prämien» sieht vor, dass der Bund eine Kostenbremse in der OKP einführt, damit sich die Kosten der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln. Der Bundesrat unterstützt das Anliegen der Initiative grundsätzlich, schlägt jedoch vor, die Forderung in das zweite Rechtsetzungspaket des Kostendämpfungsprogrammes des Bundes aufzunehmen. Die Vernehmlassung wurde vom 19. August bis 19. November 2020 durchgeführt.

Am 28. April 2021 hat der Bundesrat vom Vernehmlassungsbericht zum zweiten Kostendämpfungspaket Kenntnis genommen und auf dessen Grundlage entschieden, dass der Vorschlag für eine Zielvorgabe aus dem Paket herausgelöst wird und als alleinstehender Gegenvorschlag der Kostenbremseinitiative gegenübergestellt wird. Die entsprechende Botschaft soll im Spätherbst 2021 verabschiedet werden. Die weiteren Massnahmen des zweiten Kostendämpfungspakets sollen vor dem Hintergrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung nochmals vertieft überprüft werden. Die Verabschiedung der entsprechenden Botschaft ist für das erste Quartal 2022 geplant.

Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt zur Zielvorgabe

In seiner Stellungnahme vom 10. November 2020 hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt das vom Bund vorgeschlagene Modell der Zielvorgabe kritisch beurteilt. Grundsätzlich wurde die Stossrichtung der Vorlage zwar begrüsst, denn der Kanton könnte mit den vorgeschlagenen Massnahmen im Falle eines Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung eingreifen. Jedoch erscheint die Umsetzung der vorgeschlagenen Neuregelung in der Praxis als schwierig. Insbesondere wäre der Jahreszyklus von nationalen und kantonalen Zielvorgaben, Umsetzungs-, Steuerungs-, und Korrekturmassnahmen aufgrund fehlender oder zeitlich verzögerter Daten sowie auch von Beschwerdemöglichkeiten der verschiedenen Akteure für die Kantone im Vollzug nicht zu bewerkstelligen. Um die Praxistauglichkeit des vorgesehenen Mechanismus der Zielvorgaben und Steuerungsmassnahmen zu gewährleisten, schlägt der Regierungsrat einen vierjährigen Zyklus vor. Schliesslich wäre auch zu befürchten, dass die Festlegung der Zielvorgaben für jeweils einzelne Kostenblöcke das übergeordnete Ziel der Stärkung der koordinierten Versorgung behindern würde, ja sogar noch zu einer zusätzlichen «Silobildung» zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen beitragen könnte. Innovative Versorgungsansätze wie die Förderung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» oder auch die Regionalisierung der Versorgung im Rahmen der GGR könnten dadurch ebenfalls gebremst werden.

⁷ Für eine eingehendere Darstellung der Massnahmen, siehe Abschnitt 2.3 *Beratungen in den eidgenössischen Räten.*

2.2.2 Neuregelungen und Anpassungen auf Verordnungsstufe

► Zulassungsbeschränkung

In der Sommersession 2020 hat das Parlament eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen, die zulasten der OKP abrechnen dürfen. An seiner Sitzung vom 23. Juni 2021 hat der Bundesrat das Ausführungsrecht verabschiedet. Die revidierte Verordnung über die Krankenversicherung *erhöht* die Qualitätsanforderungen. Ärztinnen und Ärzte, die neu zulasten der OKP tätig sein wollen, müssen mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte im beantragten Fachgebiet gearbeitet haben. Sie müssen sich zudem einem elektronischen Patientendossier anschliessen und über die notwendigen Sprachkenntnisse verfügen. In Zukunft können die Kantone zudem selber bestimmen, ob sie für medizinische Fachgebiete oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte beschränken wollen. Das Parlament beauftragte den Bundesrat, dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze festzulegen. Die am 23. Juni 2021 verabschiedete Regelung sieht vor, dass die Festlegung dieser Höchstzahlen auf der Herleitung eines regionalen Versorgungsgrades beruht. Das Inkrafttreten der neuen Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich erfolgt per 1. Juli 2021. Die neuen Bestimmungen zu den Zulassungskriterien in der Verordnung über die Krankenversicherung treten per 1. Januar 2022 in Kraft. Zu einem späteren Zeitpunkt wird der Bundesrat über die neue Verordnung für ein Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich befinden und das EDI die regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet in einer separaten Verordnung bestimmen. Für die vollständige Umsetzung der Bestimmungen über die Höchstzahlen besteht für die Kantone eine Übergangsfrist bis spätestens 30. Juni 2025.

Umsetzung im Kanton Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt gehörte zur grossen Mehrheit der Kantone, die die Einführung einer wirksamen Zulassungssteuerung seit vielen Jahren gefordert hatte. Aufgrund der notwendigen Datenerhebung bzw. -auswertung und dem komplexen Ineinandergreifen verschiedener Übergangsbestimmungen wird die Umsetzung der neuen Regelungen allerdings erst voraussichtlich ab dem Frühjahr 2022 möglich sein. Aufgrund des eng verflochtenen Versorgungsraumes in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft und auch im Einklang mit der in der Bundesverordnung geforderten interkantonalen Koordination ist eine gemeinsame Umsetzung im Rahmen der GGR geplant. Um die entsprechenden Höchstzahlen (in Vollzeitäquivalenten) für die einzelnen medizinischen Fachrichtungen festlegen zu können, müssen zunächst aktuelle Daten zu Arbeitszeit, zum Leistungsvolumen und zum Versorgungsgrad je Fachgebiet erhoben werden.

► Weiterentwicklung der Planungskriterien in der stationären Versorgung

Der Bundesrat hat am 23. Juni 2021 auch die Kriterien in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime durch die Kantone weiter vereinheitlicht. Im Bereich der Spitäler ermöglichen die einheitlichen Anforderungen eine bessere Koordination der Planungen unter den Kantonen. Die Kantone sind denn auch angehalten, ihre Planungen der Spitäler und Pflegeheime stärker zu koordinieren. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler wird künftig schweizweit einheitlich erfolgen. Im Bereich der Qualität werden die Anforderungen an die betroffenen Institutionen genauer geregelt. Zudem dürfen die Spitäler auf kantonalen Spitalisten keine mengenbezogenen Entschädigungen oder Boni mehr auszahlen. Ziel ist es, die medizinisch ungerechtfertigte Mengenausweitung zu bekämpfen. Diese Verordnungsänderungen sollen am 1. Januar 2022 in Kraft treten.

Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt zu den Planungskriterien

Nachdem sich der Kanton Basel-Stadt wie auch die anderen Kantone und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Rahmen der vorangehenden Vernehmlassung stark ablehnend zur ursprünglich vorgesehenen sehr viel weitergehenden Vorlage ausgesprochen hat, hat der Bundesrat die Vereinheitlichung der Planungskriterien und der Wirtschaftlichkeitsprüfung weitgehend auf die rechtliche Verankerung der

bestehenden Rechtsprechung beschränkt. Im Sinne der verbesserten Rechtssicherheit kann dieser Schritt begrüsst werden.

► Vergütung des Pflegematerials

Am 4. Juni 2021 hat der Bundesrat das Datum des Inkrafttretens der KVG-Änderung betreffend Vergütung des Pflegematerials (20.046) auf den 1. Oktober 2021 festgesetzt. Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, eine schweizweit einheitliche Vergütung für das Pflegematerial einzuführen. Künftig sollen die Krankenversicherer die Finanzierung des Pflegematerials unabhängig davon übernehmen, ob die Anwendung direkt durch Versicherte, eine nichtberuflich mitwirkende Person oder eine Pflegefachperson erfolgt.

Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt

Im Sinne der Rückkehr zur vormaligen Praxis hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt in seiner Stellungnahme vom 28. Januar 2020 im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens die vorgeschlagene Änderung des KVG über die Vergütung des Pflegematerials vollumfänglich unterstützt. Für die Finanzen des Kantons sollte die Umsetzung der neuen Regelung insgesamt zu einer Entlastung in der Grössenordnung der oben erwähnten 2.5 Mio. Franken pro Jahr im Bereich der Restfinanzierung führen.

► Freiwilliger Reserveabbau

Am 14. April 2021 hat der Bundesrat die Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) verabschiedet. Sie präzisiert die Voraussetzungen für den freiwilligen Abbau von Reserven und die Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen durch die Versicherer. Die zulässige Mindesthöhe für einen Abbau der Reserven in der obligatorischen Krankenversicherung wird gesenkt. Ein bestimmendes Element der Vorlage ist, dass der Abbau der Reserven und der Prämienausgleich weiterhin auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhen. Die Kantone ihrerseits hatten den Vorschlag in der vorangehenden Vernehmlassung zwar unterstützt, forderten jedoch einen weitergehenden und verbindlichen Reserveabbau. Die entsprechend eingebrachten Punkte wurden vom Bundesrat jedoch nicht übernommen. Im Wesentlichen wurde die Vernehmlassungsvorlage unverändert belassen. Die Verordnungsänderung ist am 1. Juni 2021 in Kraft getreten und wird zum ersten Mal im Rahmen der Prämienbewilligung 2022 umgesetzt.

Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt zum freiwilligen Reserveabbau

Im Einklang mit den meisten anderen Kantonen begrüsst der Regierungsrat die Stossrichtung der vorgeschlagenen Änderungen in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2020. Gemäss dem im KVAG geltenden Bedarfsdeckungsverfahren (Art. 12 KVAG) sind die laufenden Ausgaben durch die laufenden Einnahmen zu decken. Die Anhäufung von übermässigen Reserven ist somit nicht im Sinn und Zweck der sozialen Krankenversicherung. Dennoch verharren die Reserven der meisten Krankenversicherer seit einigen Jahren auf einem sehr hohen Niveau. Vor diesem Hintergrund ist es zu bedauern, dass die Verordnungsänderung nur auf freiwillige Massnahmen des übermässigen Reserveabbaus setzt. Der Regierungsrat hatte in seiner Vernehmlassungsantwort gefordert, dass die Verordnungsänderung noch verschärft werden sollte. Er schlug insbesondere vor, den Zeitraum für die Überprüfung des Kostendeckungsprinzips der Prämien auszudehnen. Die kumulierten Prämieinnahmen über drei Geschäftsjahre sollten die entsprechenden geschätzten Kosten im selben Zeitraum decken müssen. Damit hätte ein unvorhergesehener Reserveaufbau in einem Jahr in den Folgejahren kompensiert werden können. Das wichtigste Anliegen des Kantons Basel-Stadt in Bezug auf die Vorlage bezog sich auf die kantonale Verteilung der Überschüsse bzw. des Reserveabbaus. Nachdem die Versicherten des Kantons Basel-Stadt mit den schweizweit höchsten Prämien überproportional zum übermässigen Reserveaufbau der Versicherer beigetragen hatten, erscheint es dem Regierungsrat als stossend, dass sämtliche Versicherten im Tätigkeitsgebiet des Versicherers gleichmässig in den Genuss eines allfälligen Reserveabbaus kommen sollen.

2.3 Beratungen in den eidgenössischen Räten

2.3.1 Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 (19.046)

Auf Vorschlag seiner Gesundheitskommission hat der Nationalrat (NR) die Vorlage des Bundesrates in zwei Teilpakete aufgeteilt, wobei er insbesondere die grundsätzlich unbestrittenen Elemente in einer Vorlage 1a zusammenfasste und kontrovers diskutierte Massnahmen wie das Referenzpreissystem für Arzneimittel und das Beschwerderecht gegen die Spitallisten zurückstellte (Vorlage 1b). Die Vorlage 1a, die insbesondere einen Experimentierartikel, eine verbesserte Rechnungstransparenz für Patienten sowie eine paritätische Kommission zur Ausarbeitung und Pflege von ambulanten Tarifen vorsieht, wurde in der Sommersession 2021 von den Eidgenössischen Räten bereinigt und definitiv verabschiedet.

Von Kantonsseite wird insbesondere begrüsst, dass der Experimentierartikel explizit als Grundlage zur Förderung von Projekten im Bereich der koordinierten bzw. integrierten Versorgung sowie der Digitalisierung dienen kann. Bis anhin war es schwierig, solche sektorübergreifenden und interprofessionellen Vorhaben im Rahmen der OKP umzusetzen, da die notwendigen Koordinationsleistungen oftmals nicht als KVG-Leistungen vergütet werden konnten.

- ⇒ Die Vorlage 1a wurde am 18. Juni 2021 verabschiedet. Die Referendumsfrist lief am 7. Oktober 2021 ab.
- ⇒ Die Vorlage 1b wurde erst im Nationalrat behandelt.

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

Auf der Grundlage eines Entwurfs der Sozial- und Gesundheitspolitischen Kommission (SGK-N) verabschiedete der Nationalrat in der Herbstsession 2019 eine KVG-Revision zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in der OKP.

Mit der Vorlage werden drei Ziele verfolgt: Erstens soll, wo medizinisch angebracht, die Verlagerung von stationär zu ambulant gefördert werden. Da ambulante Behandlungen in der Regel günstiger sind, wird das Kostenwachstum insgesamt gebremst. Attraktiver wird auch eine koordinierte Versorgung, die Spitalaufenthalte durch rechtzeitige ambulante Behandlungen vermeidet. Zweitens sollen die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege – stabilisiert werden. Drittens soll eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden. Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten. An die Nettokosten sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25.5% leisten.

Einem Auftrag der vorberatenden Kommission des Zweitrats (SGK-S) folgend, hat die Bundesverwaltung im November 2020 einen umfassenden Bericht⁸ zu den verschiedenen Problemstellungen bei dieser Vorlage erstellt. Gemäss diesem Bericht ist ein Einbezug der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierungslösung sowohl machbar als auch wünschenswert, was einer der Hauptforderungen der Kantone entspricht. Es könnten damit Fehlanreize behoben, die kostensparende koordinierte Versorgung gefördert und die prämierten- und steuerfinanzierten Kostenanteile an den KVG-Leistungen dauerhaft stabilisiert werden. Die SGK-S hat im Frühjahr 2021 auf der Grundlage des Berichts breite Anhörungen durchgeführt und eine zusätzliche Berichterstattung von der Verwaltung verlangt.

⁸ Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020 über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, abrufbar unter: <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bericht-09-528-edi-2020-11-30-d.pdf>.

Position der Kantone zur EFAS-Vorlage

Seit ihrer ersten Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK-N zeigten sich die Kantone unter bestimmten Voraussetzungen bereit, für eine gleiche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen Hand zu bieten. Diese Bedingungen beinhalten insbesondere folgende Punkte:

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

Die ursprüngliche vom Nationalrat im Herbst 2019 verabschiedete Vorlage vermochte diesen Voraussetzungen in keiner Weise zu genügen. Mit der definitiven Verabschiedung der Vorlage über die Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in der Sommersession 2020 sowie der Bereitschaft des Bundesrates den Einbezug der Langzeitpflege in die EFAS-Vorlage zu unterstützen, wird zwei zentralen Forderungen der Kantone Rechnung getragen. Die Vorlage beinhaltet im Übergang zur einheitlichen Finanzierung aber nach wie vor eine schwierige Ausbalancierung zwischen den steuer- und den prämiendifinanzierten Kostenanteilen bei der sich noch kein Konsens abzeichnet. Darüber hinaus bleibt eine zentrale Frage in Bezug auf die Kontrollinstrumente, welche insbesondere einen kostenfreien Zugang für die Kantone zu sämtlichen Abrechnungsdaten in Echtzeit bedingt, weiterhin ungeklärt.

⇒ Das Geschäft ist noch in Beratung.

2.4 Weitere Entwicklungen

2.4.1 Qualitätsmonitoring im Bereich der hochspezialisierten Medizin

Gemäss Art. 39 Abs. 2bis KVG beschliessen die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Ziel dieser interkantonalen Zusammenarbeit ist es, hochspezialisierte Eingriffe und Behandlungen zu konzentrieren, um einerseits die Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu steigern. Die Erteilung eines Leistungsauftrags im Rahmen der HSM und damit die Aufnahme auf die nationale Spitalliste ist an die Erfüllung von Anforderungen an die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität gebunden bzw. mit Auflagen versehen, die von den Spitälern umzusetzen sind. Um dieser Aufgabe nachzukommen, haben die Organe der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) im Jahr 2020 ein HSM-Qualitätsmonitoring durchgeführt. Ziel des Monitorings der HSM-Leistungsaufträge ist die Gewährleistung der Ergebnisqualität und die Sicherstellung eines einheitlichen Vollzugs der HSM-Beschlüsse. Es erlaubt festzustellen, ob die Anforderungen, die mit einem HSM-Leistungsauftrag einhergehen, von den entsprechenden Spitälern eingehalten werden. Zur Erfüllung der Auflagen werden beispielsweise Merkmale von Struktur- und Prozessqualität oder Mindestfallzahlen geprüft. Seit der Anwendung des SPLG⁹-Konzepts in den Kantonen sowie der Abbildung der HSM-Bereiche mittels der Klassifikationssysteme ICD und CHOP liegen die Grundlagen für ein systematisches Leistungscontrolling vor. Als Datenbasis dient die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS). Im Rahmen zweier Pilotprojekte von 2018 und 2020 sowie das jährlich durchgeführte Leistungscontrolling des Gesundheitsdepartements (GD) kann aufgezeigt werden, dass die involvierten Spitäler im Kanton Basel-Stadt (Universitätsspital Basel [USB], Universitäts-Kinderspital beider Basel [UKBB] und St. Claraspital) alle Anforderungen erfüllen und die Auflagen umgesetzt haben.

⁹ SPLG = Spitalplanungsleistungsgruppen.

2.4.2 Einführung elektronisches Patientendossier¹⁰

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

Bereits Ende 2019 hat sich abgezeichnet, dass sich die Zertifizierung der Stammgemeinschaften wesentlich komplexer und zeitaufwändiger gestaltet, als ursprünglich angenommen. Auch aus diesem Grund gab es am gesetzlichen EPD-Starttermin (15. April 2020) noch keine zertifizierte Stammgemeinschaft. Erst im November 2020 wurde mit eHealth Aargau die erste Stammgemeinschaft zertifiziert. Aktuell sind erst vier Stammgemeinschaften zertifiziert,¹¹ weitere sechs¹² sind nach wie vor im Zertifizierungsprozess.

Nach Abschluss und Evaluation des hiesigen Pilotprojekts «MyEPD» wurde im Kanton Basel-Stadt Anfang 2019 der Entscheid gefällt, sich der grössten Stammgemeinschaft XAD (betrieben durch die Axsana AG) anzuschliessen, deren Einzugsgebiet sich über 13 Kantone mit über 5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern erstreckt. Ein grösseres Einzugsgebiet einer EPD-Stammgemeinschaft bringt positive Skaleneffekte mit sich, da Fixkosten sowohl bei der technischen Infrastruktur (IT-Plattform) als auch bei der Administration entstehen. Zudem muss eine Stammgemeinschaft als Kommunikationsplattform angesehen werden, die je grösser desto mehr Vernetzungsmöglichkeiten und somit eine vollständigere Kommunikation unter den Leistungserbringern ermöglicht.

Der Zertifizierungsprozess der Axsana AG konnte im letzten Jahr nicht wunschgemäss abgeschlossen werden, da die Zertifizierungsstelle Mühe hatte, sich ihrerseits gesetzeskonform von der zuständigen eidgenössischen Stelle akkreditieren zu lassen. Daraus haben sich dann Folgeverzögerungen bei der Lancierung der Stammgemeinschaft und des EPD ergeben. Die Stammgemeinschaft, der sich mit einer Ausnahme alle baselstädtischen Listenspitäler angeschlossen haben, rechnet jedoch mit ihrer Zertifizierung im Oktober 2021 und plant den Beginn ihres Regelbetriebs noch im Jahr 2021.

Um die Ausbreitung des EPD zu fördern und den Aufbau eines bedarfsgerechten Netzes an EPD-Eröffnungsstellen auf dem Kantonsgebiet voranzutreiben, hat das GD ein Kickoff-Meeting mit den baselstädtischen Listenspitälern und Vertretern der Stammgemeinschaft XAD durchgeführt.

¹⁰ Am 11. August 2021 hat der Bundesrat einen ausführlichen Bericht zum Postulat Wehrli 18.4328 «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?» verabschiedet, abrufbar unter: <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2018/20184328/Bericht%20BR%20D.pdf>.

¹¹ Stammgemeinschaft eHealth Aargau (Zertifizierung November 2020, Betriebsstart Mai 2021); Stammgemeinschaft Südost (Zertifizierung Dezember 2021, Betriebsstart Herbst 2022); CARA (Zertifizierung Dezember 2020, Betriebsstart Mai 2021); Communauté de référence du dossier électronique du patient Neuchâtel (Zertifizierung April 2021, Zeitpunkt des Betriebsstarts noch nicht bekannt).

¹² Abilis AG; Associazione e-Health Ticino; Stammgemeinschaft Region Ost; Stammgemeinschaft Region Zentral; XAD Stammgemeinschaft; AD Swiss.

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

3.1 Entwicklung der Gesamtkosten

- Schweizweit wurden im Jahr 2020 rund 34.5 Mrd. Franken für OKP-Leistungen ausgegeben. Nachdem das jährliche Kostenwachstum im 2019 deutlich angestiegen ist, hat es sich im 2020 wieder verlangsamt.
- Die Summe der OKP-Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt betrug im Jahr 2020 973.4 Mio. Franken. Pro versicherte Person im Stadtkanton sind dies 5'098 Franken.
- Auch wenn der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchsten Ausgaben pro versicherte Person aufweist, blieben die Wachstumsraten in den letzten fünf Jahren jeweils unter dem schweizerischen Durchschnitt. Von 2016 bis 2020 sind die kantonalen Bruttoleistungen pro versicherte Person im Durchschnitt um 0.8% pro Jahr gestiegen.
- Tatsächlich kann damit eine sehr erfreuliche Tendenz zu einem gebremsten Kostenwachstum festgestellt werden.

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

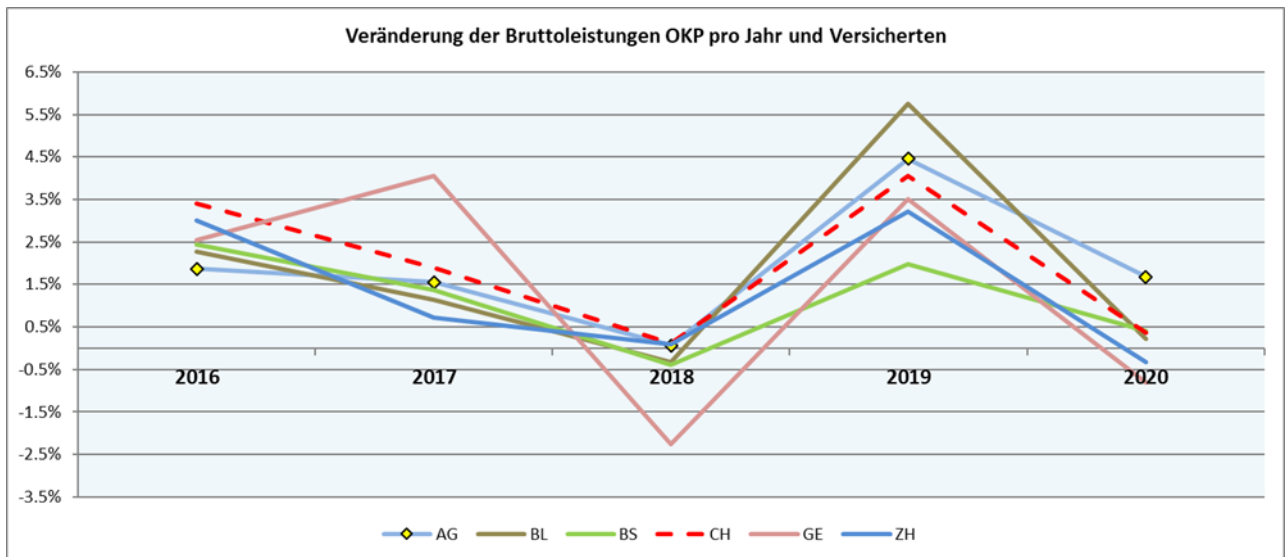


Tabelle 2: Bruttoleistungen in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	3'484	3'538	3'540	3'698	3'761	1.9%
BL	4'265	4'313	4'297	4'544	4'554	1.7%
BS	4'929	4'997	4'980	5'078	5'098	0.8%
GE	4'709	4'900	4'791	4'959	4'919	1.1%
ZH	3'764	3'791	3'795	3'917	3'904	0.9%
CH	3'778	3'849	3'848	4'004	4'019	1.6%

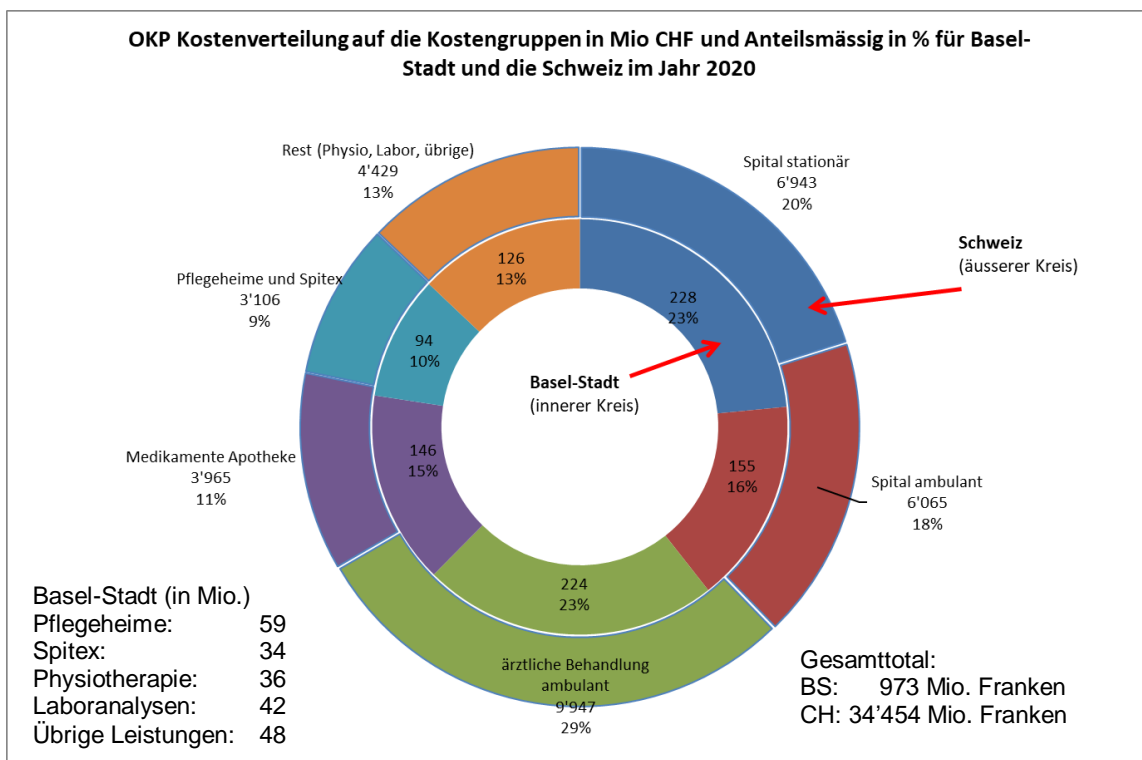
Quelle: BAG

- Nach einem stärkeren Wachstum im Jahr 2019 (BS: +2%, CH + 4.1%) erfolgte im Jahr 2020 ein moderates Wachstum von je 0.4% der OKP-Bruttoleistungen im Kanton als auch im Schweizer Durchschnitt.

3.2 Verteilung nach Kostengruppen

- Wie schon in den beiden Vorjahren zeigt die proportionale Aufteilung nach Kostengruppen, dass der stationäre Bereich (23%) und der Medikamentenabsatz in Apotheken (15%) im Kanton Basel-Stadt einen deutlich höheren Anteil an den OKP-Gesamtkosten ausmachen als im gesamtschweizerischen Kontext (20% bzw. 11%). Die spitalambulant Behandlungen mit 16% (BS) gegenüber 18% (CH) fallen hingegen etwas weniger stark ins Gewicht.
- Nicht berücksichtigt ist bei den Arzneimitteln der Effekt, der sich aus der ärztlichen Selbst-dispensation ergibt. Der Medikamentenverkauf ist den Ärztinnen und Ärzten in Basel-Stadt grundsätzlich untersagt, während er gesamtschweizerisch einen relevanten Anteil des Umsatzes in Arztpraxen ausmacht. Der Anteil an den Bruttoleistungen beträgt rund 6.5%. Wenn man diesen Effekt miteinbezieht, dann gleichen sich die proportionalen Anteile der ärztlichen Leistungen gesamtschweizerisch an den Wert in Basel-Stadt an (23%).

Abbildung 3 OKP Kostenverteilung auf die Kostengruppen in Mio. Franken und anteilmässig in % für Basel-Stadt und die Schweiz im Jahr 2020



Quelle: BAG, OKP-Statistik

3.3 Kostenentwicklung im stationären Bereich

3.3.1 Spital¹³

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

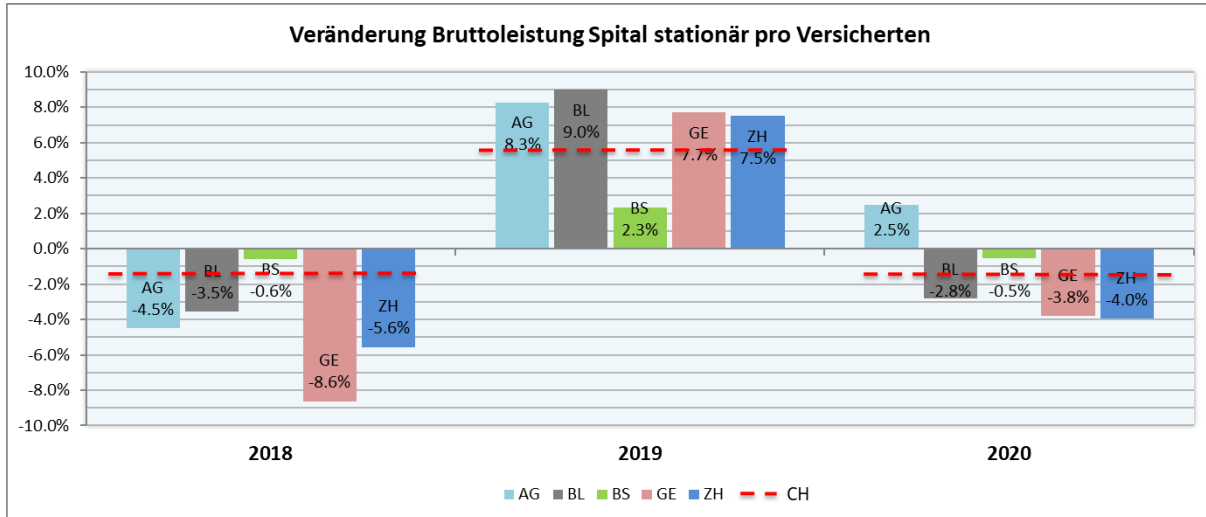


Tabelle 3: Bruttoleistungen Spital stationär pro Versicherten

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	829	769	735	796	816	-0.4%
BL	1'030	1'011	975	1'062	1'033	0.1%
BS	1'216	1'181	1'175	1'202	1'196	-0.4%
GE	797	844	771	831	799	0.1%
ZH	830	778	735	791	759	-2.2%
CH	818	793	780	823	810	-0.3%

Quelle: BAG

- Während die OKP-Ausgaben pro Versicherten im stationären Spitalbereich schweizweit im Jahr 2019 sprunghaft angestiegen sind, waren sie im Jahr 2020 Corona-bedingt eher rückläufig.
- Mit Ausnahme des Jahres 2019 sind die stationären OKP-Kosten in Basel-Stadt jährlich gesunken. Im Fünfjahresrückblick zeigt sich im Durchschnitt mit -0.4% eine leicht rückläufige Tendenz, mehr oder weniger im Gleichschritt mit dem nationalen Durchschnitt (-0.3%).
- Dennoch bleibt Basel-Stadt mit 1'196 Franken pro Versicherten für stationäre Spitalleistungen 48% über dem nationalen Durchschnitt von 810 Franken. Auch in der GGR ist die Differenz zu Basel-Landschaft von 16% spürbar, wenn auch in deutlich kleinerem Ausmass.

¹³ Eine ausführliche Darstellung über Angebot, Leistungen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung der stationären Spitalversorgung findet sich im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht des GD.

3.3.2 Pflegeheime

Abbildung 5 Jährliche Veränderung Pflegeheimleistungen pro Kanton (in %)

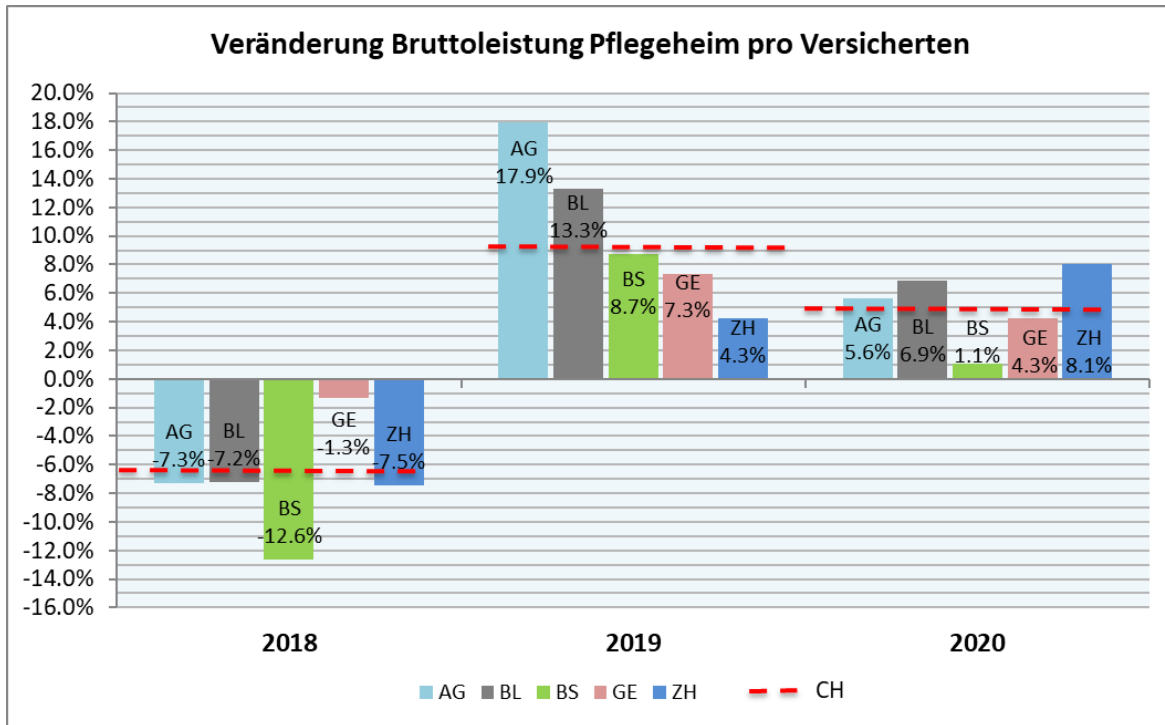


Tabelle 4: Bruttoleistungen Pflegeheim pro Versicherten

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	165	158	146	173	182	2.6%
BL	176	179	166	188	201	3.4%
BS	300	324	284	308	312	0.9%
GE	244	244	240	258	269	2.5%
ZH	183	182	168	175	190	0.9%
CH	223	222	207	226	236	1.5%

Quelle: BAG

- Auch bei den Pflegeleistungen in Pflegeheimen ist über die letzten Jahre und trotz der Alterung gesamthaft ein leichter Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen, wobei die Jahreschwankungen relativ gross sind (vgl. Abbildung 5). Dies deutet darauf hin, dass auch Abrechnungseffekte eine nicht unerhebliche Rolle bei diesen Schwankungen spielen dürften.
- Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die Pflegekosten pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt ein Drittel höher sind als im gesamtschweizerischen Durchschnitt und sogar 55% höher als in BL, was auf den höheren Anteil an (Hoch-)Betagten und den höheren Schweregrad bzw. die höhere Pflegestufe zurückzuführen ist.¹⁴
- Das erneute leichte Kostenwachstum im Jahr 2020 im Pflegeheimbereich zulasten der OKP ist aufgrund der Anhebung der Pflorgetarife in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) ab dem 1. Januar 2020 zu verzeichnen. Diese Kostensteigerung fiel in Basel-Stadt (+1.1%) allerdings im Vergleich zum schweizweiten Durchschnitt (+4.4%) deutlich tiefer aus.¹⁵

¹⁴ Aufgrund der systematischen Bedarfsabklärungen im Kanton Basel-Stadt werden Personen mit einem geringen Pflegebedarf in der Regel ambulant versorgt.

¹⁵ Vgl. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-75714.html>.

3.4 Kostenentwicklung im ambulanten Bereich

3.4.1 Spitalambulant

Abbildung 6 Jährliche Veränderung spitalambulante Leistungen pro Kanton (in %)

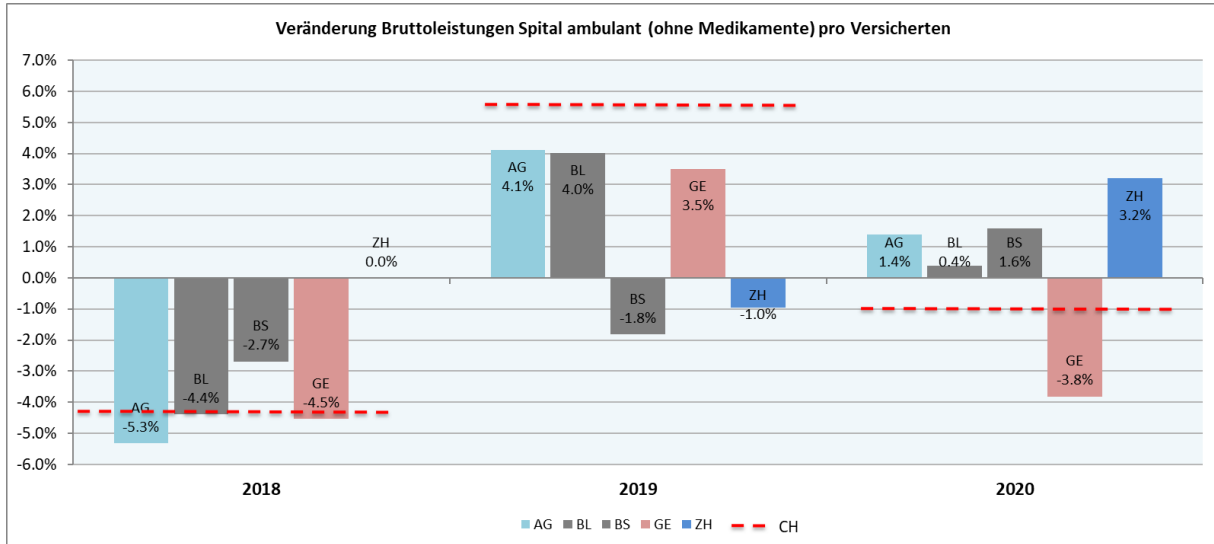


Tabelle 5: Bruttoleistungen Spital ambulant pro Versicherten

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	536	564	534	556	564	1.3%
BL	600	597	570	593	596	-0.2%
BS	686	695	677	665	675	-0.4%
GE	639	663	633	655	630	-0.4%
ZH	492	494	494	490	505	0.7%
CH	541	549	524	554	549	0.4%

Quelle: BAG

- Der Kanton Basel-Stadt hat im spitalambulanten Bereich schweizweit nach wie vor die höchsten Ausgaben pro Versicherten. Sie liegen mit 675 Franken im Jahr 2020 etwas mehr als 125 Franken bzw. 23% über dem Schweizer Durchschnitt.
- Die Differenz hat sich im letzten Jahr wieder etwas vergrößert, da die spitalambulanten Bruttoleistungen pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt von 2019 auf 2020 um 1.6% gestiegen sind, während sie im schweizweiten Durchschnitt um 0.9% gesunken sind.
- Die Gründe für die unterschiedlichen Entwicklungen sind auch hier nicht restlos erklärbar. Es lässt sich aber vermuten, dass einerseits unsystematische Abrechnungs- und COVID-19-Effekte das Ergebnis beeinflussen, andererseits aber auch die gewollte Verschiebung in Basel-Stadt vom stationären in den ambulanten Bereich (AVOS) sichtbar wird.
- Über die letzten fünf Jahre sind die Bruttoleistungen im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt pro Versicherten um 0.4% pro Jahr gesunken. Schweizweit betrug die jahresdurchschnittliche Veränderung im gleichen Zeitraum, d. h. zwischen 2016 und 2020, +0.4%, also eine genau gegenteilige Entwicklung.

3.4.2 Ärztinnen und Ärzte

Abbildung 7 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen Arzt ambulant pro Kanton (in %)

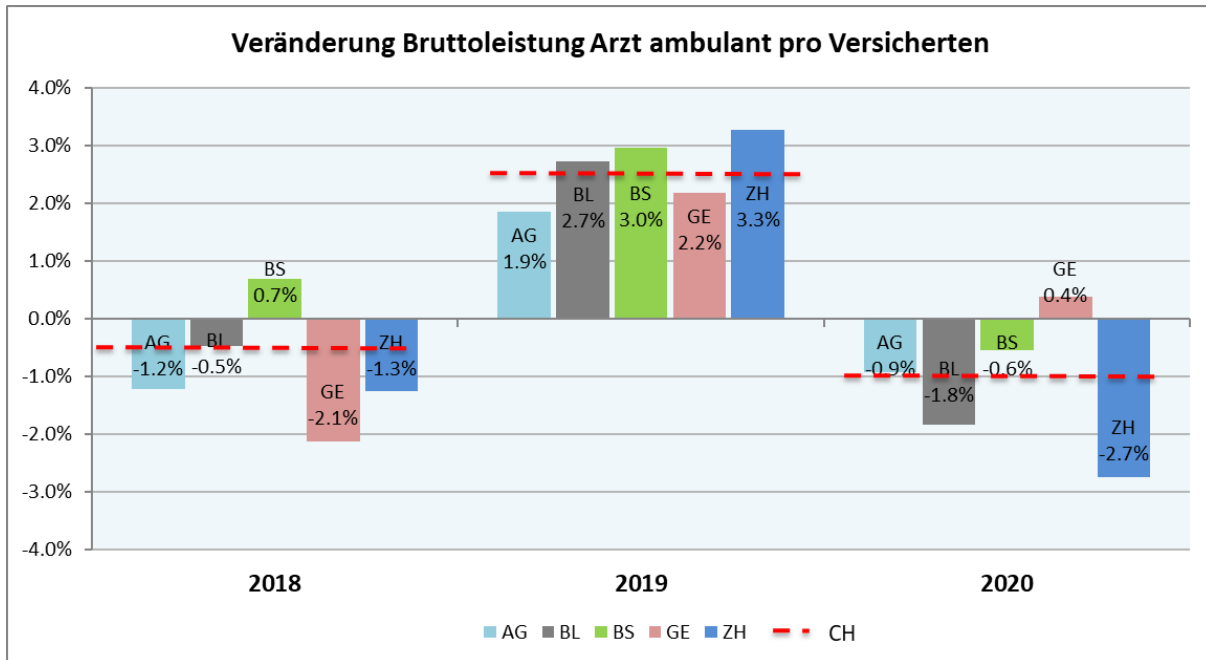


Tabelle 6: Bruttoleistungen Arzt ambulant (ohne Medikamente, inkl. Labor) in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	734	752	743	757	750	0.5%
BL	1'004	1'016	1'011	1'038	1'019	0.4%
BS	1'004	1'021	1'028	1'059	1'053	1.2%
GE	1'381	1'428	1'397	1'428	1'433	0.9%
ZH	1'008	1'028	1'015	1'048	1'019	0.3%
CH	873	890	884	907	897	0.7%

Quelle: BAG

- Im Unterschied zum spitalambulanten Bereich liegen die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person für ambulante ärztliche Leistungen (1'053 Franken im Jahr 2020) auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Kantonen Basel-Landschaft (1'019 Franken) oder auch in Zürich (1'019 Franken) und sind deutlich tiefer als in Genf (1'433 Franken).
- Entgegen dem langjährigen Trend wurde im letzten Jahr bei diesen Leistungen schweizweit ein kleiner Rückgang verzeichnet (-1.1%). In Basel-Stadt ist dieser allerdings mit -0.6% etwas weniger ausgeprägt. Seit 2016 betrug die jahresdurchschnittliche Veränderung im Kanton 1.2%
- Der verzeichnete Rückgang lässt sich auf die besonderen Umstände der COVID-19-Pandemie zurückführen, die auch zu einer Reduktion der normalen Arztkontakte geführt haben dürfte.

3.4.3 Spitex

Abbildung 8 Jährliche Veränderung Bruttoleistungen Spitex pro Kanton (in %)

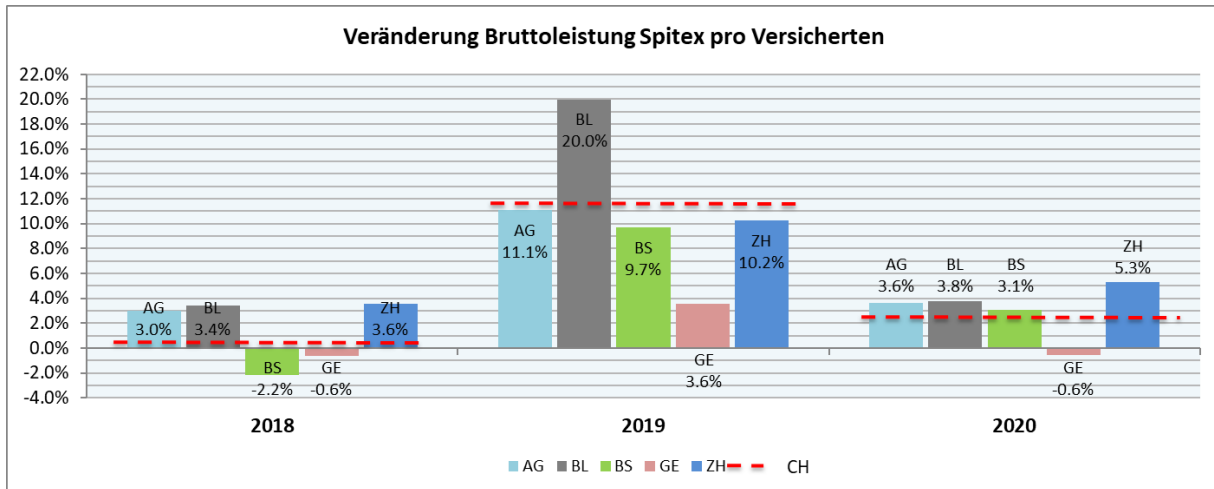


Tabelle 7: Bruttoleistungen Spitex in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
AG	71	75	77	85	88	5.6%
BL	95	99	102	123	127	7.7%
BS	154	163	159	175	180	3.9%
GE	131	140	139	144	144	2.3%
ZH	84	91	94	104	110	6.8%
CH	104	110	111	123	126	4.9%

Quelle: BAG

- Der Spitex-Bereich gehörte in den letzten Jahren zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen der OKP mit einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs pro Versicherten im Kanton Basel-Stadt zwischen 2016 und 2020 von 3.9%.
- Nach einem schweizweit markanten Kostensprung im Jahr 2019 (+10.8%) sind die Kosten im letzten Jahr im schweizweiten Durchschnitt nur noch moderat gestiegen (+2.4%).
- Dies lässt sich insbesondere auf die Senkung der OKP-Vergütung für Spitexleistungen zurückführen, die per 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, was markant zur Dämpfung des Kostenanstiegs für die KVG-Versicherer geführt hat.
- In Basel-Stadt lag die Steigerung mit 3.1% leicht über dem Schweizer Durchschnitt im Vorjahr. Jedoch zeigte sich 2020 auch im Stadtkanton eine Verlangsamung des Kostenwachstums vergleichbar mit dem der schweizweiten Entwicklung.
- Der Kanton Basel-Stadt bleibt damit gesamthaft weiterhin der Kanton mit den höchsten Spitex-Leistungen pro Versicherten. Sie liegen mit 180 Franken pro Jahr mehr als 40% über dem nationalen Durchschnitt.
- Auffallend ist jedoch auch die Entwicklung im Kanton Basel-Landschaft, wo das Wachstum im Durchschnitt der letzten fünf Jahre fast 8% betrug und damit fast doppelt so hoch lag wie in der städtischen Nachbarschaft.
- Das starke Wachstum der Spitex-Leistungen in der Region kann aber durchaus auch als positives Signal gewertet werden, dass pflegebedürftige Personen immer häufiger zu Hause gepflegt werden können und sich damit der Eintritt in ein Pflegeheim länger hinauszögern oder ganz verhindern lässt, ganz im Sinne der Strategie ambulant vor stationär.

3.4.4 Übrige Leistungserbringer

- Die Leistungen, die hier zusammengefasst sind, umfassen insbesondere die Physiotherapie, die Laboranalysen, die Hilfsmittel- und Gegenstände, sowie Leistungen weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie Hebammen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren und die Komplementärmedizin.
- Diese Bereiche machen zusammengenommen zwar lediglich rund 13% der gesamten OKP-Leistungen aus. Sie gehörten jedoch in den letzten Jahren mit Wachstumsraten von fast 10% zu den am schnellsten wachsenden Kostengruppen.

Abbildung 9 Jährliche Veränderung Bruttogleistungen übrige Leistungserbringer pro Kanton (in %)

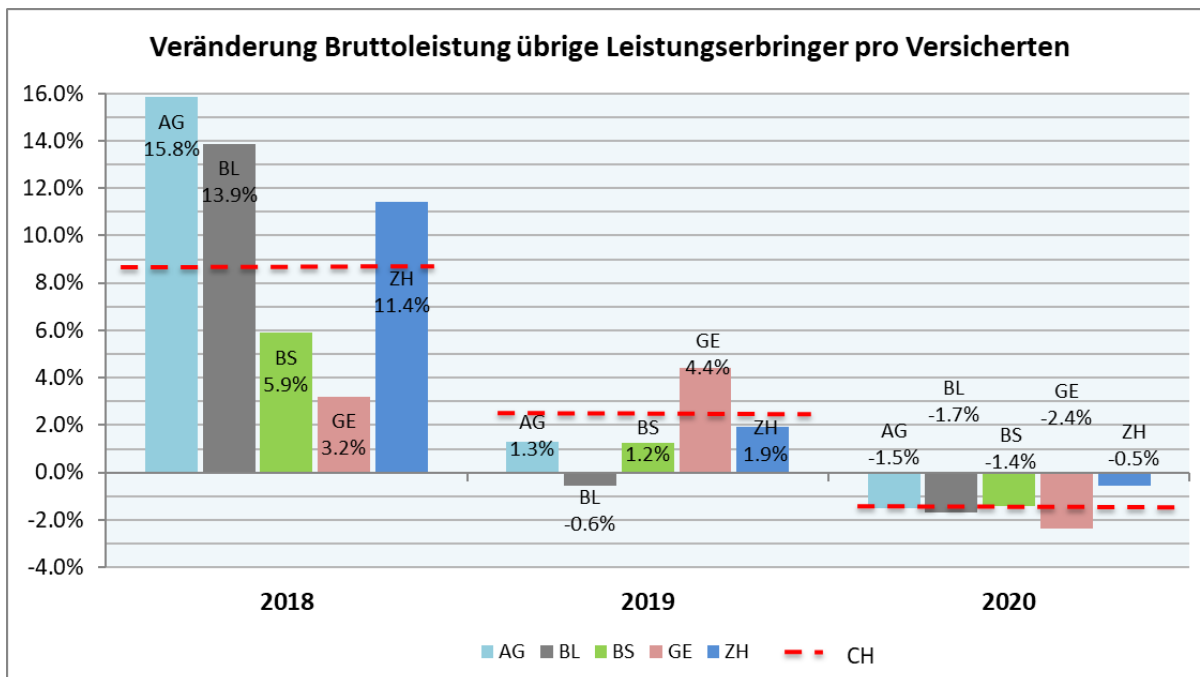


Tabelle 8: Bruttogleistungen übrige Leistungserbringer in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
AG	390	423	490	496	489	5.8%
BL	487	519	591	588	578	4.4%
BS	600	624	661	669	660	2.4%
GE	585	626	646	674	658	3.0%
ZH	402	434	484	493	491	5.1%
CH	431	471	512	525	517	4.6%

Quelle: BAG

- Im Jahr 2020 hat sich der Wachstumstrend allerdings schweizweit nicht fortgesetzt. Analog zu den ambulanten ärztlichen Leistungen haben sich auch in diesem Bereich die Massnahmen während der COVID-19-Pandemie sowie die damit verbundene gesunkene Nachfrage sichtbar ausgewirkt.

3.5 Kostenentwicklung bei den Medikamenten

Abbildung 10 Jährliche Veränderung der Medikamentenausgaben (Apotheken, Ärzte und Ärztinnen, Spital ambulant) pro Kanton (in %)

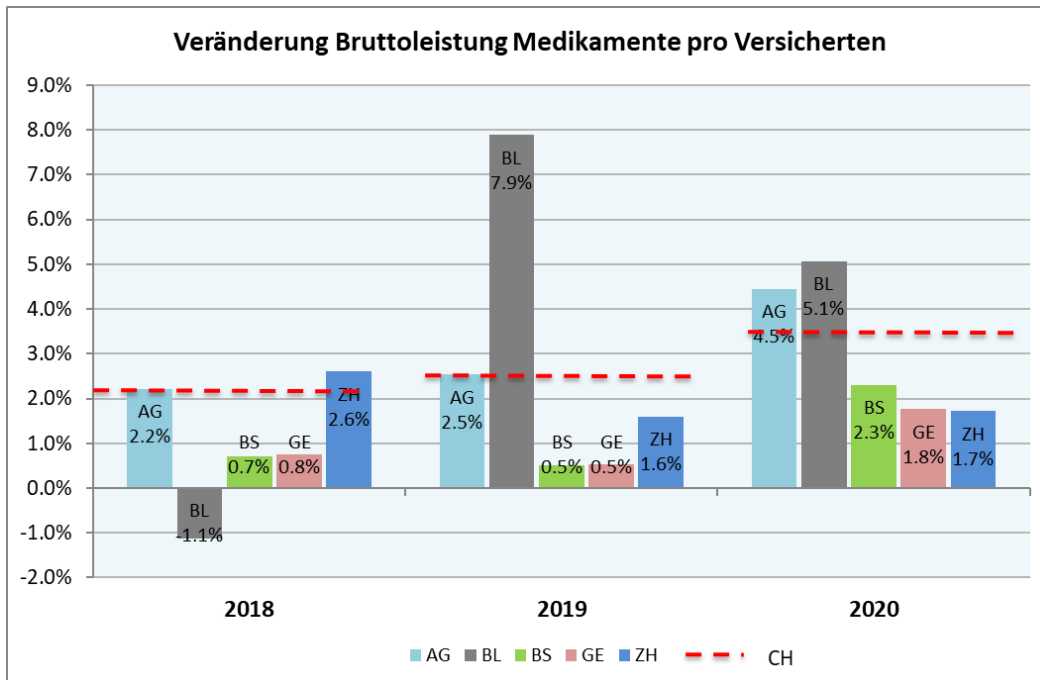


Tabelle 9: Bruttogleistungen Medikamente in Franken pro Versicherten und Jahr

Kanton	2016	2017	2018	2019	2020	Δ20/16
AG	759	796	814	835	872	3.5%
BL	874	892	882	952	1'000	3.4%
BS	969	988	996	1'000	1'024	1.4%
GE	932	956	963	969	986	1.4%
ZH	763	783	804	816	830	2.1%
CH	788	814	831	854	884	2.9%

Quelle: BAG

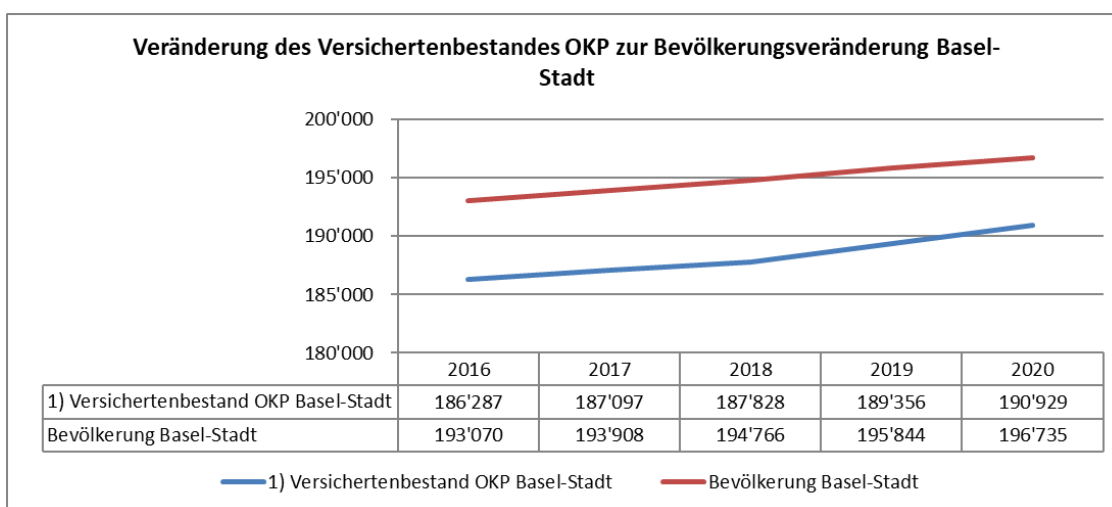
- Die Ausgaben für Arzneimittel in Basel-Stadt betragen im Jahr 2020 1'024 Franken pro versicherte Person und machten damit fast einen Fünftel der OKP-Bruttogleistungen aus. Im Kanton Basel-Landschaft liegen sie mit 1'000 Franken pro Versicherten nur unwesentlich tiefer, während der Unterschied zum landesweiten Durchschnitt rund 15% beträgt.
- Die Wachstumsraten im Kanton waren in den letzten Jahren moderat und sind im Jahr 2020 mit +2.4% gegenüber 2019 erstmals seit 2016 wieder etwas stärker gestiegen. Durchschnittlich betrug das Wachstum über die letzten fünf Jahre in Basel-Stadt 1.4% während es im schweizerischen Durchschnitt mit 2.9% ungefähr doppelt so hoch lag.
- Auffallend ist, dass in der Region die beiden Kantone Basel-Landschaft und Aargau, in denen die Selbstdispensation im Gegensatz zu Basel-Stadt erlaubt ist, in den letzten Jahren deutlich überdurchschnittliche Wachstumsraten bei den Medikamentenkosten zu verzeichnen sind.

4. Versichertenbestand und Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt

4.1 Bevölkerungsentwicklung und Versichertenbestand

Die Bevölkerung des Kantons ist im Jahr 2020 um 0.45% auf 196'735 Personen angewachsen, während der Versichertenbestand um 0.8% auf 190'929 Versicherte gestiegen ist. Der Anteil an Personen, die 2020 im Kanton wohnhaft waren und nach KVG grundversichert sind, ist damit von 96.7% auf 97.0% gestiegen. Bei den Personen, die nicht in der OKP versichert sind, dürfte es sich zum allergrössten Teil um Kurzaufenthalter, ausländische Studentinnen und Studenten mit gleichwertigen Versicherungen sowie Personal von konsularischen Vertretungen oder internationalen Organisationen (insbesondere BIZ) handeln. Genauere Datengrundlagen sind hierzu allerdings nicht vorhanden.

Abbildung 11 Versichertenbestand und Bevölkerungsentwicklung



4.2 Prämienentwicklung¹⁶

Am 28. September 2021 hat das BAG die offiziellen Prämien für das Jahr 2022 kommuniziert. Erstmals seit 2008 soll es im Jahr 2022 dabei schweizweit zu einer Entlastung der Prämienzahlenden kommen. Bei der Berechnung der Prämienentwicklung werden zwei Kenngrössen ausgewiesen. Einerseits die sog. Mittlere Prämie und andererseits die durchschnittliche Standardprämie («Durchschnittsprämie»). Schweizweit wird prognostiziert, dass die Mittlere Prämie um 0.2% sinkt, während die Durchschnittsprämie noch um 0.2% steigt. Die Entwicklung in Basel-Stadt für das Jahr 2022 ist noch positiver, da sowohl die Mittlere Prämie (-2.1%) wie auch die Standardprämie (-1.2%) sinken werden. Da die Erwartungen in Bezug auf die wechselwilligen Versicherten in den verschiedenen Kantonen voneinander abweichen können, besteht nicht unbedingt ein linearer Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Standard- und der Mittleren Prämien (vgl. Abbildung 13). Es fällt dennoch auf, dass die Differenz der Entwicklung zwischen diesen beiden Werten (0.9 Prozentpunkte) in Basel-Stadt besonders gross ist.

Der Prämienrückgang lässt sich insbesondere auf einen Reserveabbau der Versicherer zurückführen, der gemäss Angaben des BAG im Jahr 2022 380 Mio. Franken betragen wird. Der schweizweite Reservebestand beträgt aber Ende 2021 immer noch 12.4 Mrd. Franken, weshalb der Bund und die Kantone noch Spielraum für einen weiteren Reserveabbau in den kommenden Jahren sehen.

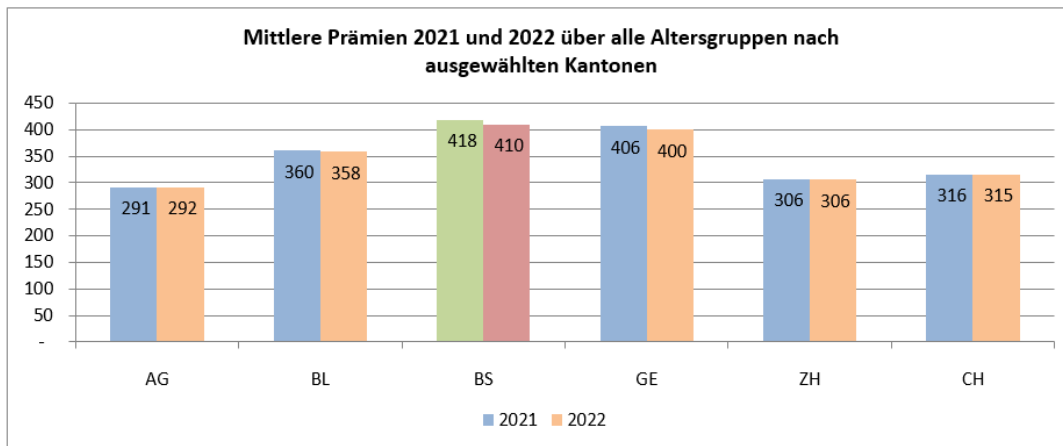
¹⁶ Eine detailliertere Analyse der Prämien und Prämienentwicklung im Kanton Basel-Stadt ist im Bericht Prämienverbilligung enthalten, der jährlich vom Amt für Sozialbeiträge herausgegeben wird (vgl. <https://www.asb.bs.ch/krankenversicherung/praemienverbilligung.html>).

4.2.1 Entwicklung der Mittleren Prämien

Seit 2018 weist das BAG als wichtigste Kennzahl nicht mehr die Standardprämie als Referenz aus, sondern den gewichteten Durchschnitt der Prämien über sämtliche Versicherungsmodelle und Franchisestufen (sogenannte «Mittlere Prämie»).¹⁷ Anders ausgedrückt entspricht die Mittlere Prämie den *gesamten budgetierten Pro-Kopf-Prämieneinnahmen*. Sie basiert auf einer Schätzung der Verteilung der Krankenversicherten auf die verschiedenen Versicherungsmodelle im Folgejahr. Da die Prämien für alternative Versicherungsmodelle und höhere Franchisestufen sowie auch für Kinder und junge Erwachsene tiefer sind und tendenziell eine Verschiebung von einem Jahr aufs nächste zu günstigeren Versicherern und Modellen stattfindet, ist sowohl das Niveau als auch die Entwicklung bei der Standardprämie höher als bei der Mittleren Prämie.

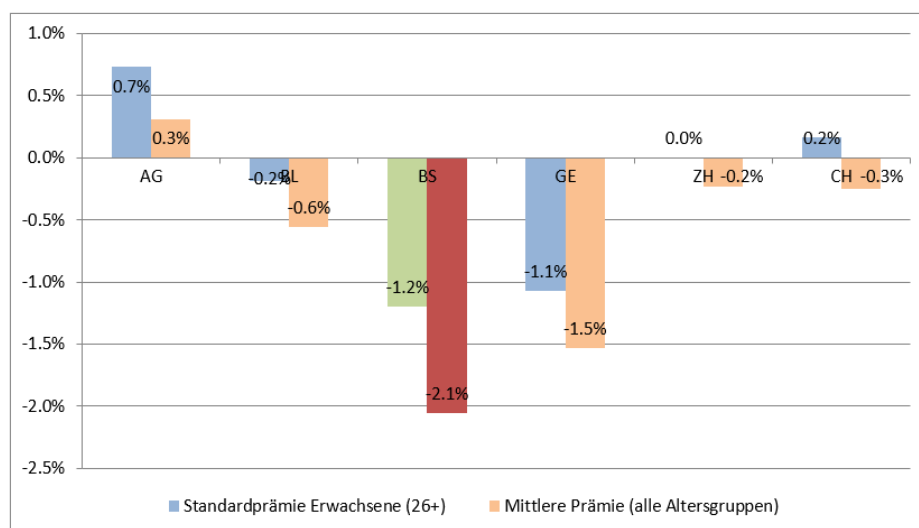
Im Kanton Basel-Stadt dürfte die Mittlere Prämie von 2021 auf 2022 über alle Alterskategorien hinweg um rund 2.1% sinken. Bei den erwachsenen Personen beträgt der Rückgang -2.4%, bei den jungen Erwachsenen -3.5% und bei den Kindern (bis 18 Jahre) -2.0%.

Abbildung 12: Mittlere Prämie pro Monat über alle Altersklassen (absolut in Franken)



Quelle: BAG, Prämien genehmigung

Abbildung 13 Vergleich Entwicklung (Prognose) Standard- und Mittlere Prämien von 2021 auf 2022



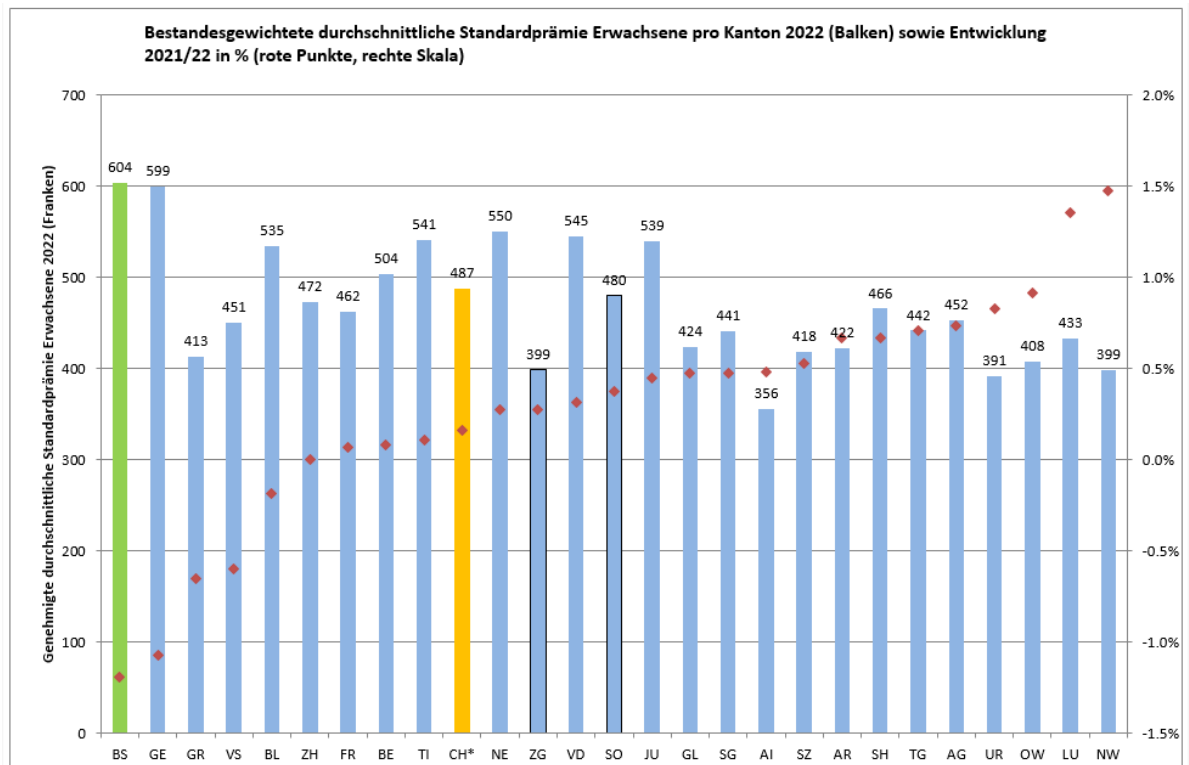
Quelle: BAG, Prämien genehmigung

¹⁷ Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen bleibt jedoch die Standardprämie massgebend.

Für die Fünfjahresperiode von 2016 bis 2021 betrug die *mittlere* jährliche Prämienentwicklung für den Kanton Basel-Stadt 1.7%, während die *durchschnittliche* Entwicklung der Standardprämie für Erwachsene im selben Zeitraum bei 2.3% lag.

4.2.2 Entwicklung der Standardprämien

Abbildung 14 Genehmigte Durchschnittsprämien und Veränderung für das Jahr 2022



Quelle: BAG, Prämien genehmigung

- Die bestandesgewichtete Durchschnittsprämie (sogenannte Standardprämie für Erwachsene mit freier Arztwahl und Franchise 300 Franken, inkl. Unfall) für den Kanton Basel-Stadt liegt im kommenden Jahr bei 604 Franken pro Monat (Abbildung 14). Dies entspricht einer Reduktion von 1.2% gegenüber 2021 und liegt deutlich unter der gesamtschweizerischen Entwicklung (+0.2%).
- Aufgrund der moderateren Kostenentwicklung im Kanton Basel-Stadt hat sich die Prämien-differenz zu den nachfolgenden Kantonen in den letzten Jahren verringert oder gehalten (z. B. Kanton Genf 599 Franken).
- Seit 2016 ist die Standardprämie für Erwachsene gesamthaft um rund 13% und im Durchschnitt um 1.7% pro Jahr gestiegen. Für Kinder betrug dieser Anstieg 2.0% jährlich. Für Jugendliche bzw. junge Erwachsene ist die Monatsprämie in dieser Zeit um insgesamt 8.3% zurückgegangen (vgl. Tabelle A 11 im Anhang).
- Durch die Umsetzung der Bestimmungen zur Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (Art. 16a Abs. 1 KVG) sind die Prämien in dieser Alterskategorie für die Jahre 2019 und 2020 gesunken. Die Versicherer müssen auch für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für erwachsene Versicherte. Zusätzlich muss die Prämie für Kinder tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene.

5. Entwicklung der Gesundheitskosten in der Rechnung des Kantons Basel-Stadt

5.1 Transferaufwand für die Spitalfinanzierung

Nachdem sich gesamte Transferaufwand in der Spitalfinanzierung in den letzten Jahren eher moderat entwickelt hatte, hat die COVID-19-Pandemie eine Zäsur gebracht. Einerseits sind zwar die Spitalbeiträge an die stationären KVG-Leistungen aufgrund der Pandemie bedingten Einschränkungen deutlich gesunken. Andererseits musste die öffentliche Hand eine Rückstellung in der Grössenordnung von 73 Mio. Franken bilden, um die Spitäler für ihre COVID-19-bedingten Mehr- und Zusatzkosten sowie Vorhalteleistungen entschädigen zu können. Insgesamt sind aufgrund dieses Sondereffekts auch die gesamten Transferleistungen im Jahr 2020 um 17.4% bzw. rund 64 Mio. Franken gewachsen.

Tabelle 10: Transferaufwand Spitalfinanzierung (Kantonsbeitrag Behandlung und Gemeinwirtschaftliche Leistungen)

Transferaufwand Spitalfinanzierung	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Kantonsanteil stationäre Behandlung in 1'000 Franken	283'841	289'344	292'230	300'717	290'052	
<i>Veränderung</i>	0.6%	1.9%	1.0%	2.9%	-3.5%	0.5%
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler in 1'000 Fr.	69'540	68'929	60'191	65'829	66'432	
<i>Veränderung</i>	-27.5%	-0.9%	-12.7%	9.4%	0.9%	-1.1%
Covid-Zusatzkosten					73'950	
Total	353'381	358'273	352'421	366'546	430'434	
<i>Veränderung</i>	-6.6%	1.4%	-1.6%	4.0%	17.4%	5.1%

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

5.1.1 Stationäre Behandlungen

- Gemäss KVG ist der Kanton verpflichtet, mindestens einen Anteil von 55% jeder stationären Spitalrechnung zu finanzieren. Im Jahr 2016 hat der Kanton Basel-Stadt seinen Anteil auf 56% erhöht und diesen seither beibehalten.
- Im Jahr 2020 wurden für Spitalbeiträge nach KVG rund 290 Mio. Franken aufgewendet nach 300.7 Mio. Franken im Vorjahr. Der Rückgang um 3.5% kann zweifellos auf die COVID-19-Einschränkungen zurückgeführt werden, die insbesondere im Frühjahr 2020 zu einem starken Rückgang bei den stationären Elektiveingriffen geführt hatten. Ohne diesen Effekt wäre vermutlich mit Ausgaben für Spitalbeiträge in der Höhe von ca. 305 Mio. Franken zu rechnen gewesen. Es ist nicht auszuschliessen, dass ein Teil dieser nicht erbrachten Leistungen in den Folgejahren noch zu Nachholeffekten führt.
- Seit 2019 ist der Kanton auch verpflichtet, Spitalbeiträge für jene Grenzgängerinnen und Grenzgänger auszurichten, die nach KVG versichert sind. Diese Beiträge sind im Jahr 2020 um etwas weniger als 10% gestiegen von 5.25 auf 5.7 Mio. Franken. Der Anstieg ist vor allem mit der Zunahme der französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger zu erklären, die sich nach einer Änderung der französischen Sozialversicherungsgesetzgebung nun vermehrt nach KVG versichern lassen.

5.1.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Staatsbeiträge zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden mittels Rahmenausgabenbewilligungen (RAB) für die baselstädtischen Spitäler und für das UKBB alle drei Jahre vom Grosse Rat genehmigt. Am 20. Dezember 2018 bzw. am 9. Januar 2019 hat der Grosse Rat die Ratschläge des Regierungsrats für die RAB für die Jahre 2019 bis 2021 für gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen in den baselstädtischen Spitalern, in der Universitären Zahnklinik (UZB) sowie im UKBB (GWL) behandelt und den Anträgen zugestimmt. Die RAB sehen einerseits eine leichte Senkung der GWL bei den baselstädtischen Spitalern auf nunmehr 58.6 Mio. Franken pro Jahr vor, jedoch eine Erhöhung auf 7.1 Mio. Franken im UKBB.

In den Zahlen der Tabelle 10 sind seit dem Jahr 2019 auch die Beiträge von 1.47 Mio. Franken fürs Home Treatment der Universitären psychiatrischen Kliniken (UPK) enthalten.

Deshalb lagen im Jahr 2020 die Auszahlungen leicht über dem in den RAB vorgesehenen Gesamtbudget von 65.7 Mio. Franken. Ohne den Sonderbeitrag an die UPK hätten die GWL-Transferzahlungen bei rund 65 Mio. Franken gelegen.

5.2 Transferaufwand für die Langzeitpflege

Der gesamte Transferaufwand für die nicht finanzierten Leistungen der Langzeitpflege ist im Fünfjahreszeitraum 2016 bis 2020 im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich um 0.9% jährlich gestiegen. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei der sogenannten KVG-Restfinanzierung (Pflegeheime und Spitex), während die Finanzierung von Pflegeheimbewohnenden via Ergänzungsleistungen in den letzten Jahren z. T. deutlich abgenommen hat.

Ebenso sind die Beiträge für die «ambulante Langzeitpflege», welche die Unterstützung der Tagespflegeheime, den Leistungsauftrag für Hauswirtschaft der Spitex Basel sowie die Beiträge an die Angehörigenpflege zu Hause umfassen, in der gleichen Periode deutlich zurückgegangen (vgl. Tabelle 11 nachstehend). Auch im Bereich der Langzeitpflege belastete die COVID-19-Pandemie die Gesamtrechnung durch Mehr- und Zusatzkosten, wobei gleichzeitig die KVG-Restfinanzierung und EL-Beiträge an Pflegeheimbewohnende aufgrund von unbelegten Pflegeplätzen in Folge der Pandemie tiefer als budgetiert ausfielen. Der gesamte Transferaufwand für die Langzeitpflege im Jahr 2020 betrug rund 134 Mio. Franken in der Staatsrechnung des Kantons.

Tabelle 11: Transferaufwand Langzeitpflege

Transferaufwand Langzeitpflege	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
KVG-Restfinanzierung Pflegeheime in 1'000 Franken	37'251	37'531	40'203	43'140	39'907	
<i>Veränderung</i>	7.0%	0.8%	7.1%	7.3%	-7.5%	1.7%
EL-Finanzierung Pflegeheimkosten	68'112	66'842	67'225	63'606	62'625	
<i>Veränderung</i>	3.5%	-1.9%	0.6%	-5.4%	-5.4%	-2.1%
KVG-Restfinanzierung Spitex in 1'000 Franken	15'743	16'615	15'958	17'967	21'549	
<i>Veränderung</i>	8.2%	5.5%	-4.0%	12.6%	19.9%	8.2%
Beiträge ambulante Langzeitpflege (1) in 1'000 Franken	8'268	7'609	7'132	6'168	5'870	
<i>Veränderung</i>	0.4%	-8.0%	-6.3%	-13.5%	-4.8%	-8.2%
Covid-Zusatzkosten					3'900	
Total	129'374	128'597	130'518	130'881	133'851	
<i>Veränderung</i>	4.8%	-0.6%	1.5%	0.3%	2.3%	0.9%

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

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

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

- Der Regierungsrat hat mit Curaviva Basel-Stadt (Verband der Basler Alterspflegeheime) einen Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2017 bis 2021 abgeschlossen, in welchem der allgemeine Leistungsauftrag der Vertragsheime, die Qualitätssicherung, die Tagestaxen, die einheitliche Rechnungslegung der Vertragsheime sowie die allgemein gültigen Vertragsbestimmungen geregelt werden.
- Zwischen 2016 und 2019 hatte die kantonale Restfinanzierung zugunsten der Pflegeheime von rund 37 Mio. auf 43 Mio. Franken (bzw. um ca. 20%) zugenommen. Nachdem die Zunahme in den Jahren 2018 und 2019 insbesondere durch eine Verschiebung der MiGeL-Kosten zulasten der Kantone und höheren durchschnittlichen Pflegestufen der Bewohnenden erklärt werden konnte, haben 2020 gleichgelagerte Effekte eine deutliche Entlastung der Restfinanzierung bewirkt: Einerseits wurden die KVG-Pflegevergütungen ab dem

1. Januar 2020 in der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) erhöht, was eine gleichzeitige Senkung der kantonalen Restbeträge zur Folge hatte; andererseits könnte die COVID-19-Pandemie dazu geführt haben, dass Pflegeheimen vermehrt aufgeschoben wurden, wodurch sich der Anteil an leeren Pflegeheimplätzen erhöht hat.

- Gesamthaft ist der Aufwand für die Restfinanzierung in Pflegeheimen im Zeitraum 2016 bis 2020 im Durchschnitt um 1.7% jährlich gewachsen, wobei grosse jährliche Schwankungen festgestellt werden können. Ohne den markanten Rückgang im Jahr 2020 wäre das durchschnittliche Wachstum mehr als doppelt so hoch ausgefallen.
- Die EL-Beiträge an Pflegeheimbewohnende sind im Jahr 2020 nochmals um 5.4% zurückgegangen. Neben den zunehmenden Leerständen in den Alters- und Pflegeheimen entspricht der Rückgang einem mehrjährigen Trend, wonach die EL-Leistungen an Pflegeheimbewohnende schon seit 2016 zum Teil deutlich zurückgehen. Im Jahr 2020 betragen diese Leistungen gesamthaft 62.6 Mio. Franken, während sie im Jahr 2016 noch bei 68.1 Mio. Franken gelegen hatten. Eine mögliche Erklärung für diese Trendumkehr könnte darin liegen, dass Pflegeheimbewohner und insbesondere -bewohnerinnen vermehrt Renten aus der 2. Säule beziehen, die erst seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) am 1. Januar 1985 eine obligatorische Minimalvorsorge vorsieht. Aufgrund des erhöhten Renteneinkommens würden die EL-Bezüge entsprechend tiefer ausfallen. Da aber eine ganze Reihe von zum Teil komplexen Faktoren in die Berechnung von EL-Leistungen einfließen, ist dies nur eine mögliche Hypothese.

5.2.2 Restfinanzierung Spitex

- Während die COVID-19-Pandemie im Pflegeheimbereich gesamthaft eher zu einer Entlastung der Transferzahlungen für den Kanton geführt hat, ist bei den Spitex-Leistungen ein gegenteiliger Effekt zu beobachten. Da davon auszugehen ist, dass viele Kundinnen und Kunden ihren Pflegeheimen vor dem Hintergrund der Pandemie hinausgezögert haben, hat der Bedarf an Pflegeleistungen zu Hause entsprechend zugenommen. Diese erhöhte Nachfrage musste insbesondere von der Spitex Basel, die aufgrund des kantonalen Leistungsauftrags eine Aufnahmepflicht hat, aufgefangen werden.
- Im Gegensatz zu den Heimen wurden die KVG-Vergütungen in diesem Bereich per 1. Januar 2020 gesenkt, was für die Kantone als Restfinanzierer eine Mehrbelastung bedeutet.
- Die Kosten für Spitexleistungen sind dementsprechend für den Kanton im Jahr 2020 von rund 18 Mio. auf 21.5 Mio. Franken bzw. um fast 20% angestiegen. Auch wenn der Kostensprung im vergangenen Jahr auf Sonderfaktoren zurückzuführen ist, so betrug das Wachstum über die gesamte Fünfjahresperiode seit 2016 im Durchschnitt 8.2% pro Jahr. Dennoch ist diese Entwicklung gesamthaft gesehen positiv zu werten, dürfte ein Teil des COVID-19-Effektes letztlich zu einer verstärkten Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich geführt haben. Ob dies allerdings ein langanhaltender Effekt bleibt, oder sich nach und nach wieder abschwächt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch ungewiss.
- Im Gegensatz zu den Spitexleistungen sind die Beiträge an ambulante Pflegeeinrichtungen (Tagesstrukturen) ebenso wie Pflegebeiträge für pflegende Angehörige im letzten Jahr zurückgegangen (-4.8%). Obwohl der Rückgang einem mehrjährigen Trend entspricht, so mussten die Tagesstrukturen im Pandemiejahr aufgrund der sozialen Alltagseinschränkungen doch erhebliche Umsatzeinbussen erleiden.

5.3 Pandemie bedingte Mehr- und Zusatzkosten

Der Grosse Rat hat mit Beschluss Nr. 21/2/86G vom 13. Januar 2021 dem Ratschlag betreffend Rahmenausgabenbewilligung zur Abgeltung der direkten Mehr- und Zusatzkosten der baselstädtischen Spitäler, der baselstädtischen Pflegeheime und der Spitex Basel im Rahmen der COVID-19-Bekämpfung für die Jahre 2020 und 2021 zugestimmt. Für die beiden Jahre wurde mit der

Rahmenausgabenbewilligung insgesamt eine Abgeltung der COVID-19-bedingten Mehr- und Zusatzkosten von 108.4 Mio. Franken genehmigt. Davon sollten 76.95 Mio. Franken auf das Jahr 2020 entfallen. Der Regierungsrat hat seinerseits mit Beschluss vom 19. Januar 2021 die Bildung einer Rückstellung in der entsprechenden Höhe für das Jahr 2020 genehmigt, da die Auszahlung der entsprechenden Beträge erst nach der definitiven Erfassung und Prüfung der anfallenden Kosten erfolgen kann.

Für den Spitalbereich wurde eine Rückstellung in der Höhe von 73.05 Mio. Franken genehmigt. Die für Kanton Basel-Stadt erhobenen Mehr- und Zusatzkosten¹⁸ lagen bei 69.1 Mio. Franken. Aufgrund einer Prüfung der Abrechnungen durch die kantonale Finanzkontrolle wurden die erhobenen Beträge um 2.7 Mio. korrigiert, so dass der Regierungsrat mit Beschluss vom 24. August 2021 eine Abgeltung in der Höhe von 66.38 Mio. Franken für COVID-19-bedingte Mehr- und Zusatzkosten in den baselstädtischen Spitälern für das Jahr 2020 genehmigte. Wie im Ratschlag zur Rahmenausgabenbewilligung ausgeführt, lassen sich diese Kosten in zwei Kategorien aufteilen. Einerseits direkte Mehraufwände für medizinische Verbrauchsmaterialien, Infrastrukturanpassungen und zusätzliches Personal in der Gesamthöhe von 25.5 Mio. Franken und andererseits für vom GD bestellte Vorhalteleistungen auf den COVID-19-Kohortenstationen und auf den intensivmedizinischen Stationen in der Höhe von 40.9 Mio. Franken. Die gegenüber der in der Rechnung 2020 verbuchten Rückstellung anfallenden Minderausgaben von 6.67 Mio. Franken werden zu einer Entlastung der Pandemiekosten in der Staatsrechnung 2021 beitragen.

Für die COVID-19-bedingten Mehr- und Zusatzkosten im Jahr 2020 im Pflegeheim- und Spitexbereich wurden Rückstellungen in der Höhe von 3.9 Mio. Franken vom Regierungsrat genehmigt. Aufgrund der zum Teil sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in den einzelnen Heimen erwies sich die entsprechende Erhebung als schwieriger als erwartet, da zum Teil sehr hohe Kostenunterschiede zwischen den Heimen festgestellt wurden. Um die im RAB vorgesehene Obergrenze einhalten zu können, hat die Finanzkontrolle aufgrund einer Stichprobenprüfung in einzelnen Pflegeheimen empfohlen, eine standardisierte Obergrenze für die entsprechenden Abgeltungen vorzusehen mit einem Zuschlag für Demenzplätze, die erwiesenermassen höhere Kosten mit sich brachten. Die definitive Genehmigung der entsprechenden Ausgaben durch den Regierungsrat ist noch ausstehend, ebenso für die erhobenen Mehrkosten der Spitex Basel.

¹⁸ Für das UKBB wurde ein Kostenanteil von 3.2 Mio. Franken zulasten des Kantons Basel-Landschaft ausgeschieden.

6. Vertiefungsanalyse: stationäre Spitalkosten¹⁹ in Basel-Stadt im Vergleich

6.1 Ausgangslage

Im letztjährigen Bericht wurde im Rahmen einer Vertiefungsanalyse der Einfluss der Demografie auf die OKP-Bruttokosten beleuchtet und über einen Vergleich der Kernstädte konnte gezeigt werden, dass sich die hohen OKP-Kosten für Basel-Stadt pro versicherte Person gegenüber einem einfachen Kantonsvergleich verringern. Dennoch bleiben die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen weiterhin beträchtlich, wenn auch die Stadt Basel in diesem Vergleich die «Spitzenposition» an die Stadt Genf abgibt. Allerdings lassen sich die hohen Kosten im Kanton Basel-Stadt, wie in der letztjährigen Analyse dargelegt, nicht allein auf seinen urbanen Charakter zurückführen.

Auf Wunsch der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates die Aufschlüsselung der Kostenunterschiede zwischen Basel-Stadt und dem Schweizer Durchschnitt noch weiter zu vertiefen, wird in der Folge der Bereich der stationären Spitalversorgung näher beleuchtet. Wie im Kapitel 3.3. dargelegt, sind die Kostenunterschiede zu den Vergleichskantonen in diesem Bereich besonders augenfällig. Da für diese Analyse z. T. auf Daten aus der medizinischen Statistik zurückgegriffen werden musste, die für das Vorjahr noch nicht vorliegen, bilden die Daten des Jahres 2019 und nicht jene für 2020 die Basis der Auswertung.

Der Kanton Basel-Stadt weist von allen Kantonen mit Abstand die meisten belegten akutsomatischen Spitalbetten pro Kopf aus (5.6 Betten pro 1'000 Einwohner im Vergleich zum CH-Mittel von 2.2).²⁰ Rechnet man die beiden Halbkantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zusammen, ergibt sich ein Wert von rund drei belegten Betten pro Einwohner, der immer noch 38% über dem Schweizer Mittel liegt.

In der Folge wird jedoch nicht die Angebotsseite des Gesundheitswesens (Rechnungsstellerstatistik), sondern die Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen durch die baselstädtische Bevölkerung betrachtet und mit dem Schweizer Mittel sowie vier ausgewählten Kantonen (Zürich, Genf, Aargau und Basel-Landschaft) verglichen. Als wichtigste Datenquelle dienen Indikatoren zur stationären Gesundheitsversorgung vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN²¹) und für die Bruttoleistungen («Kosten») der Datenpool der SASIS AG²².

6.2 Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen

6.2.1 Inanspruchnahme ohne Unterteilung nach Spitalbereichen

Die absolute Inanspruchnahme von Spital-Leistungen zeigt sich anhand der erbrachten Behandlungstage für die Bevölkerung. In der Schweiz erfolgen jährlich rund 11.5 Mio. Behandlungstage

¹⁹ Die Kosten im vorliegenden Abschnitt errechnen sich aus den Bruttoleistungen der Krankenversicherer (Basis Datenpool der SASIS AG). Um auf die Gesamtkosten zu gelangen, werden die Bruttoleistungen der Krankenversicherer durch 45 (BS: 44) geteilt und mit 100 multipliziert. Der so errechnete Wert entspricht der Summe aus Bruttoleistungen (45%, BS: 44%) und dem Kantonsbeitrag Spital stationär (55%, BS: 56%). Die Kosten pro Pflage tag entsprechen dieser Summe dividiert durch die Anzahl Pflage tage (Quelle: OBSAN). Die Kostenunterschiede zwischen nicht-standardisierten und standardisierten Daten basieren auf der Annahme, dass die Kosten pro Pflage tag dabei unverändert bleiben, d. h. dass die Standardisierung keinen Einfluss auf die Höhe der Kosten pro Pflage tag haben.

²⁰ Das OBSAN definiert die akutsomatische Spitalbettendichte wie folgt: Zahl der durchschnittlich pro Tag belegten Betten (Anzahl Pflage tage dividiert durch 365 Tage) in akutsomatischen Spitalern, pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

²¹ Quellen des OBSAN:

- Bundesamt für Statistik (BFS): Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2019;
- Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), 2019.

Referenzen des OBSAN:

- European Commission (2013), Revision of the European Standard Population — Report of Eurostat's task force. European Commission, Luxembourg: Publications Office of the European Union, p. 121: Bericht (englisch);
- TIWARI, R. C., CLEGG, L. X., & ZOU, Z., Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates, Statistical methods in medical research 2007/15(6), 547–569.

²² Die SASIS AG ist ein Unternehmen der santésuisse-Gruppe und führt mit dem Datenpool die gesamtschweizerische Statistik über die Leistungsabrechnung der Krankenversicherer.

in der stationären Spitalversorgung, welche in der OKP (inkl. der kantonalen Spitalbeiträge) Kosten von rund 15.35 Mrd. Franken verursachen. In der Tabelle 12 zeigt sich, dass die baselstädtische Bevölkerung pro Kopf rund 58% mehr Behandlungstage in Anspruch nimmt als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung und damit die höchste Inanspruchnahme aller Kantone aufweist. Die Kosten der baselstädtischen Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen belaufen sich insgesamt in der OKP auf etwa 524 Mio. Franken.

Tabelle 12: Behandlungstage

Kanton	Einwohner	Behandlungstage	Pro 1'000 Einwohner	Verhältnis zum CH-Mittel
AG	685'845	896'539	1'307	97.7%
BL	289'468	495'794	1'713	128.0%
BS	195'844	414'321	2'116	158.1%
GE	504'128	779'740	1'547	115.6%
ZH	1'539'275	1'898'195	1'233	92.2%
CH	8'606'033	11'513'519	1'338	100.0%

Bricht man die Anzahl Behandlungstage auf die Anzahl der Hospitalisationen und die durchschnittliche Liegedauer herunter, zeigt sich, dass rund 2/3 davon auf eine höhere Hospitalisationsrate (34.3% über dem CH-Mittel) und 1/3 auf eine längere Liegedauer (17.7% über dem CH-Mittel) zurückzuführen ist.

Tabelle 13: Hospitalisationen und Aufenthaltsdauer

Kanton	Hospitalisationen		Aufenthaltsdauer	
	pro 1'000 Einwohner	Verhältnis zum CH-Mittel	Dauer	Verhältnis zum CH-Mittel
AG	165	100.7%	7.9	97.1%
BL	201	122.7%	8.5	104.3%
BS	220	134.3%	9.6	117.7%
GE	149	91.0%	10.4	127.0%
ZH	155	94.9%	7.9	97.1%
CH	164	100.0%	8.2	100.0%

6.2.2 Inanspruchnahme in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Trennt man die stationären Spitalleistungen nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation auf, sieht man, dass die Inanspruchnahme der baselstädtischen Bevölkerung in allen drei Bereichen über dem CH-Mittel liegt. Die Summe der erbrachten Behandlungstage für baselstädtische Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation – und noch ausgeprägter in der Psychiatrie – liegen dabei noch weit stärker über dem CH-Mittel als in der Akutsomatik.

Tabelle 14: Behandlungstage pro 1000 Einwohner nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Kanton	Akutsomatik	Verhältnis zum CH-Mittel	Psychiatrie	Verhältnis zum CH-Mittel	Rehabilitation	Verhältnis zum CH-Mittel
AG	754	96.6%	313	103.4%	240	94.4%
BL	961	123.2%	400	132.3%	351	137.8%
BS	1'097	140.5%	572	188.9%	447	175.5%
GE	800	102.5%	228	75.2%	519	203.6%
ZH	706	90.4%	330	109.1%	197	77.5%
CH	780	100.0%	303	100.0%	255	100.0%

Die Akutsomatik erbringt jedoch weitaus am meisten Behandlungstage und der einzelne Behandlungstag ist wesentlich teurer (siehe Kapitel 6.4) als in den beiden anderen Bereichen. Die Inanspruchnahme in der Akutsomatik hat deshalb den grössten Einfluss auf die Kosten des stationären Gesundheitswesens.

6.3 Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen nach Standardisierung

6.3.1 Standardisierte Bevölkerung

Um die Aussagekraft der Kantonsvergleiche zu erhöhen, hat das OBSAN die jeweiligen Kantonsbevölkerungen betreffend Geschlecht und Alter standardisiert, d. h. an die Alters- und Geschlechtsverteilung der europäischen Standardbevölkerung 2010 angeglichen. Da diese im Durchschnitt etwas jünger als diejenige der Schweiz und die Kantonsbevölkerung von Basel-Stadt im Schnitt zudem älter ist als diejenige der ganzen Schweiz, reduziert sich mit der Standardisierung das Durchschnittsalter von Basel-Stadt und damit in der Summe über alle Bereiche auch die durchschnittliche Leistungsanspruchnahme der baselstädtischen Bevölkerung (mehr als das CH-Mittel). In diesem Kontext spricht das OBSAN bei den nicht-standardisierten Daten auch von rohen Daten.

Tabelle 15: Verhältnis Inanspruchnahme standardisiert zu nicht standardisiert

Kanton	Nicht standardisiert		Standardisiert		standardisiert zu nicht standardisiert
	pro 1'000 Einwohner	Verhältnis zum CH-Mittel	pro 1'000 Einwohner	Verhältnis zum CH-Mittel	
AG	1'307	97.7%	1'269	99.7%	97.1%
BL	1'713	128.0%	1'590	124.9%	92.8%
BS	2'116	158.1%	1'933	151.9%	91.4%
GE	1'547	115.6%	1'278	100.4%	82.6%
ZH	1'233	92.2%	1'203	94.5%	97.5%
CH	1'338	100.0%	1'273	100.0%	95.1%

6.3.2 Effekt der Standardisierung auf die drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Betrachtet man jedoch den Effekt der Standardisierung auf die einzelnen Bereiche, überrascht, dass im Gegensatz zur Akutsomatik und vermindert zur Rehabilitation die Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Leistungen im Vergleich zu der nicht standardisierten Rate deutlich zunimmt.

Liegt die nicht standardisierte Inanspruchnahme bei der Psychiatrie bereits 88.9% über dem CH-Mittel, sind es nach Standardisierung 105.8%. In den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation reduziert die Standardisierung die im Vergleich zum CH-Mittel höhere Inanspruchnahme von Behandlungstagen durch die baselstädtische Bevölkerung recht deutlich.

Tabelle 16: Verhältnis der Kantonswerte zum CH-Mittel für standardisierte und nicht standardisierte Inanspruchnahme von Behandlungstagen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Kanton	Akutsomatik		Psychiatrie		Rehabilitation	
	nicht standardisiert	standardisiert	nicht standardisiert	standardisiert	nicht standardisiert	standardisiert
AG	96.6%	100.3%	103.4%	98.5%	94.4%	99.8%
BL	123.2%	114.3%	132.3%	153.4%	137.8%	118.1%
BS	140.5%	130.0%	188.9%	205.8%	175.5%	142.5%
GE	102.5%	103.8%	75.2%	67.3%	203.6%	126.9%
ZH	90.4%	93.6%	109.1%	109.4%	77.5%	81.5%
CH	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

6.3.3 Der Bereich Akutsomatik aufgeteilt nach Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB²³)

Bezüglich Inanspruchnahme von Behandlungstagen durch die baselstädtische Bevölkerung umfassen die sechs grössten SPLB bereits über 70% des Totals aller akutsomatischen Behandlungstage. Die darin enthaltenen Bereiche Basispaket Chirurgie und Innere Medizin, Pneumologie und Neurologie liegen bei den erbrachten Pflergetagen pro 1'000 Einwohnern sehr deutlich über dem CH-Mittel.

Tabelle 17: Nichtstandardisierte und standardisierte Anzahl Behandlungstage nach SPLB im Verhältnis zum CH-Mittel

Anzahl Behandlungstage pro 1'000 Einwohner: Basel-Stadt zum CH-Mittel, Akutsomatik			
SPLB	Nicht standardisiert	Standardisiert	Anteil Behandlungstage in BS
Basispaket	161.1%	143.0%	41.5%
Bewegungsapparat chirurgisch	116.8%	114.5%	12.0%
Herz	141.2%	96.8%	4.5%
Viszeralchirurgie	150.8%	123.8%	4.5%
Pneumologie	178.7%	151.4%	4.2%
Geburtshilfe	98.4%	58.7%	4.1%
Gastroenterologie	141.5%	127.7%	4.0%
Neugeborene	101.0%	105.6%	3.9%
Urologie	129.9%	116.3%	3.5%
Neurologie	143.7%	151.6%	3.0%

6.3.4 Inanspruchnahme von Psychiatrie-Leistungen

Die grossen kantonalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen sind auf den ersten Blick kaum zu erklären. Geht man davon aus, dass das Verhalten

²³ Das Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept ist ein von der Gesundheitsdirektion Zürich entwickeltes Klassifikationssystem, in welchem medizinische Leistungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst werden und welches für die leistungsorientierte Spitalplanung und die Formulierung von Leistungsaufträgen an die Spitäler verwendet wird. Es ermöglicht die Koordination der Spitalplanungen unter den Kantonen.

der verschiedenen Kantonsbevölkerungen in Bezug auf Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen «etwa ähnlich» sein sollte, bliebe als möglicher Erklärungsansatz nur die von Kanton zu Kanton sehr unterschiedliche Angebotsituation.

ROMMEL et al.²⁴ haben anhand des auch in Deutschland regional sehr heterogenen Angebots an psychologischen und psychiatrischen Leistungen untersucht, inwiefern diese Heterogenität die Nachfrage nach psychologischen und psychiatrischen Leistungen beeinflusst. Die Resultate der Studie schliessen eine angebotsinduzierte Mengenausweitung nicht grundsätzlich aus, zeigen aber auch andere Einflussfaktoren, welche die statistisch ausgewiesene Leistungsanspruchnahme relativieren:

In Deutschland berichten 11.3% der Frauen und 8.1% der Männer, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Unter Befragten mit depressiver Symptomatik sind dies 35% der Frauen bzw. 31% der Männer. Rund zwei Drittel der Personen mit solchen Symptomen haben also keine therapeutischen Leistungen in Anspruch genommen. Hinzu kommt, dass den (deutschen) Behandlungsleitlinien folgend die Versorgung depressiver Patientinnen und Patienten langfristig fachärztlich durch psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätige Leistungserbringer erfolgen sollte. Nach Auswertungen von Abrechnungsdaten wird dieser Schritt aber häufig nicht vollzogen: Von allen Patientinnen und Patienten mit ärztlichen Diagnosen einer affektiven Störung werden 82% in allgemeinmedizinischen oder auf körperliche Erkrankungen (somatisch) ausgerichteten Praxen versorgt, unter denjenigen mit schwerer Depression sind es 40%. Damit werden viele Leistungen im Bereich Psychiatrie und Psychologie oft nicht unter diesem Label erfasst.

Gleichzeitig konnte aber – analog zur Schweiz – beobachtet werden, dass die Inanspruchnahme in Regionen mit einer höheren Anzahl Therapeutinnen und Therapeuten pro Kopf der Bevölkerung grösser war als in Regionen mit einer tieferen Angebotsdichte.

Hier stellt sich die Frage, ob ein grosses regionales Angebot per se zu einer Mengenausweitung führt, oder ob der Bedarf an Leistungen im Bereich Psychologie und Psychiatrie grundsätzlich grösser ist als das verfügbare Leistungsangebot und dessen Erweiterung einen bestehenden Bedarf abdeckt.

Obwohl beispielsweise in Basel-Stadt ein sehr hohes psychiatrisches und psychologisches Leistungsangebot (sowohl stationär als auch ambulant) besteht, ist die Nachfrage nach Behandlungen in diesen Bereichen aktuell oft mit längeren Wartezeiten²⁵ verbunden.

6.4 Leistungsanspruchnahme und Kosten

Um die finanziellen Auswirkungen der beschriebenen Leistungsanspruchnahme zu quantifizieren, wurde für diesen Bericht die Bruttoleistungen der Krankenversicherer mit den Leistungsdaten des OBSAN und den Einwohnerdaten des Bundesamtes für Statistik verknüpft.

Betrachtet man den gesamten stationären Bereich, zeigt sich, dass die Kosten pro Pflgetag der baselstädtischen Bevölkerung (1'264 Franken) tiefer sind, als das CH-Mittel (1'333 Franken). Dies könnte z. T. mit tieferen durchschnittlichen Tarifen zusammenhängen, lässt sich aber vermutlich eher darauf zurückführen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei gleichem Schweregrad einer Behandlung in Basel-Stadt tendenziell höher ist als in den Vergleichskantonen. Aufgrund der pauschalierten stationären Tarife führt dies dazu, dass die Vergütung pro Pflgetag zwar tiefer ausfällt. Die beschriebene insgesamt höhere Leistungsanspruchnahme führt

²⁴ ALEXANDER ROMMEL, JULIA BRETSCHNEIDER, LARS ERIC KROLL, FRANZISKA PRÜTZ, JULIA THOM, «Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede», Journal of Health Monitoring 2017 2(4).

²⁵ Vgl. z. B. STIFTUNG RHEINLEBEN, Erfahrungsbericht aus dem Pilotprojekt «Anlaufstelle für Angehörige und Kinder psychisch erkrankter Menschen»: Angebote zur Weitervermittlung gerade im Kinder- und Jugendbereich fehlen in Basel oder haben sehr lange Wartezeiten, was die Triage-Funktion der Anlaufstelle erschwert.

aber dennoch zu höheren stationären Kosten pro Kopf der Bevölkerung in Basel-Stadt (2'675 Franken) im Vergleich zum CH-Mittel (1'784 Franken).

Die Leistungsanspruchnahme auf Basis einer standardisierten Bevölkerung führt für Basel-Stadt zu einer beträchtlichen Reduktion der Kosten pro Einwohner um 8.6% auf 2'444 Franken (CH: -4.9% auf 1'696 Franken).

6.4.1 Akutsomatik

Der durchschnittliche akutsomatische Pflege tag der baselstädtischen Bevölkerung kostet 1'779 Franken und somit weniger als das CH-Mittel von 1'823 Franken. Aufgrund der viel höheren Inanspruchnahme von akutsomatischen Leistungen durch Baselstädterinnen und Baselstädter (1.1 Pflege tage pro Einwohner im Vergleich zum CH-Mittel von 0.78) sind die Kosten pro Kopf pro Jahr der Bevölkerung von Basel-Stadt mit 1'950 Franken dennoch wesentlich höher als das CH-Mittel (1'423 Franken).

Die Standardisierung führt für die baselstädtische Bevölkerung zu einer starken Reduktion der Pflege tage von 23.7% (CH-Mittel minus 17.5%) und zu wesentlich tieferen Kosten pro Kopf (1'488 Franken, CH-Mittel 1'173 Franken).

6.4.2 Rehabilitation

Der durchschnittliche Pflege tag in der Rehabilitation von Baselstädterinnen und Baselstädter kostet 720 Franken und somit mehr als das CH-Mittel von 606 Franken. Hinzu kommt eine hohe Inanspruchnahme von Leistungen (0.45 Pflege tage pro Einwohner und Jahr, CH-Mittel 0.25), welche nur noch von der Genfer Bevölkerung (0.52) übertroffen wird.

Die Standardisierung reduziert die Inanspruchnahme durch Baselstädterinnen und -städter nur wenig (-0.3%, z. B. im Unterschied zu derjenigen der Genfer Bevölkerung, -23.4%), wogegen aber das CH-Mittel um 22.9% zunimmt. Das lässt den Schluss zu, dass Rehabilitationsleistungen verstärkt von einer jüngeren Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Die Kosten pro Einwohner von Basel-Stadt nehmen dementsprechend mit der Standardisierung kaum ab (321 vs. 322 Franken), im CH-Mittel steigen sie um 35 Franken von 155 auf 190 Franken stark an.

6.4.3 Psychiatrie

Wie bereits beschrieben, nimmt die baselstädtische Bevölkerung beinahe doppelt so viel Psychiatrie-Pflege tage in Anspruch wie der Durchschnitt der CH-Bevölkerung (0.57 zu 0.3 Pflege tage pro Kopf und Jahr). Mit der Standardisierung wird dieser Unterschied noch ausgeprägter (0.65 zu 0.32). Auch die Kosten pro Psychiatriepflege tag der baselstädtischen Bevölkerung liegen leicht über dem CH-Mittel (704 zu 682 Franken), wobei beispielsweise die Bevölkerungen des Kantons Genf (762 Franken) und des Kantons Basel-Landschaft (714 Franken) noch leicht über dem baselstädtischen Wert liegen. Daraus resultieren im CH-Vergleich sehr hohe Kosten pro Kopf der Bevölkerung (nicht-standardisiert Basel-Stadt: 402 Franken, CH: 206 Franken, standardisiert Basel-Stadt: 457 Franken, CH: 215 Franken).

6.5 Fazit

Auch wenn die obige Analyse zwar keine eindeutigen Schlüsse in Bezug auf die Gründe für die deutlich höhere Inanspruchnahme von stationären Leistungen im Kanton Basel-Stadt gegenüber den Vergleichskantonen und dem schweizweiten Mittelwert zulässt, so ist es doch nützlich, diese Inanspruchnahme näher aufzuschlüsseln. So zeigt sich z. B., dass die deutlich höheren Kosten der stationären Versorgung in Basel-Stadt darauf zurückzuführen sind, dass sich baselstädtische Patientinnen und Patienten nicht nur häufiger im Spital behandeln lassen, sondern die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einer Behandlung bei vergleichbarem Schweregrad auch höher ist.

Unter der Annahme, dass die Behandlungsqualität in den Vergleichskantonen nicht schlechter ist, deutet dies darauf hin, dass in Basel-Stadt noch ein beträchtliches Effizienzpotenzial in der stationären Versorgung besteht. Dies gilt auch für den Kanton Basel-Landschaft, wo die Inanspruchnahme zwar tendenziell etwas tiefer liegt als im Stadtkanton, aber dennoch zumeist deutlich über den schweizerischen Mittelwerten. In diesem Sinn erweist sich die neue stringenterere bedarfsorientierte Spitalplanung im GGR als wichtige Massnahme, um die Überversorgung zu reduzieren. Dies gilt ebenso für das Prinzip «ambulant vor stationär», welches in den nächsten Jahren zu einer spürbaren Verlagerung von operativen Eingriffen in den ambulanten Bereich führen sollte.

Im Weiteren zeigt auch die besonders hohe Inanspruchnahme von stationären Leistungen in der Psychiatrie, dass dem Projekt Home Treatment der UPK, mit welchem stationäre Wiedereintritte verringert oder ganz vermieden werden sollen, eine grosse Bedeutung zukommt. Anlässlich der neuen Psychiatrieplanung in der GGR wird zum Beispiel auch die Frage geprüft werden, ob die grossen regionalen Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung eher Zeichen einer Überversorgung in der Region Basel oder einer Unterversorgung in anderen Kantonen sei.

7. Kantonale Massnahmen zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung

7.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Die präventiven Bemühungen des Kantons Basel-Stadt orientieren sich an der nationalen Strategie der Nichtübertragbaren Krankheiten, kurz NCD-Strategie, die der Bundesrat auch zu einer seiner Prioritäten im Rahmen seiner Agenda Gesundheit2030 erklärt hat. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen nationalen Partnern werden kantonale Präventionsprogramme unterhalten und stetig weiterentwickelt. Neben Projekten und Angeboten wie Präventionsworkshops, Weiterbildungen, Beratungen, Kurse und Verhältnisprävention, wird ein Schwerpunkt auf eine optimale kantonale und nationale Vernetzung und auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Prävention von chronischen Krankheiten und Gesundheitsförderung sind nicht nur aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit von grosser Bedeutung, sondern gehören auch wirtschaftlich gesehen zu den effektivsten Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen.²⁶ Nachfolgend werden zwei Massnahmen mit Präventionscharakter beispielhaft beschrieben.

7.1.1 Systematisches Mammografie-Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge²⁷

7.1.1.1 Ausgangslage

Brustkrebs ist die häufigste Krebskrankheit bei Frauen in der Schweiz; 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.

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

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

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

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

²⁶ Für eine Übersichtsarbeit aus gesundheitspolitischer Perspektive vgl. McDavid (2018) *Using Economic Evidence to Help Make the Case for Investing in Health Promotion and Disease Prevention*, European Observatory Policy Brief https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/380730/pb-tallinn-02-eng.pdf.

²⁷ Näheres zum Programm, seinen Inhalten und Angeboten findet sich auf der Homepage: www.klbb.ch/de/mammografie_screening_kanton_basel_stadt. Daneben nimmt der Regierungsrat in seiner Antwort vom 9. Januar 2019 auf die schriftliche Anfrage Sarah Wyss betreffend «Mammografie Screening Programm Kanton Basel-Stadt» Stellung zu einer Reihe von detaillierten Fragen zum Programm (Geschäft Nr. 18.5348, abrufbar unter: <https://www.grosserrat.bs.ch/dokumente/100388/000000388941.pdf>).

7.1.1.2 Wirkungen

In der Tabelle der Verlaufs- und Wirkungsindikatoren werden die Ergebnisse des Basler Brustkrebsfrüherkennungsprogramms von August 2016 bis Juli 2021 dargestellt. Die ersten Einladungen zur Teilnahme am Programm erfolgten im Juli 2014. In den ersten fünf Monaten des Programms lag die durchschnittliche Teilnahmequote bei 18%. Dank verstärkter Kommunikationsaktivitäten konnte die Teilnahmequote bis 31. Juli 2021 auf rund 47% angehoben werden. Die Teilnehmerinnenzahl stieg damit weiter an, was auf eine gute Akzeptanz des Programms in der Bevölkerung hinweist.

Tabelle 18: Ergebnisse Basler Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2016 bis 2021 und Referenzwerte der EU-Leitlinien

Parameter	Gesamtzahl			Anteil/Verhältnis			Referenzwerte EU-Leitlinien (Erstunter- suchung)
	2016 – 2018	2018 – 2020	2020 – 2021***	2016 – 2018	2018 – 2020	2020 – 2021***	
Einladung							
Einladungen gesamt/ effektive Einladungen*	27 706 / 22 039	26 521 / 24 051	13720/ 11934	100%	100%	100%	
Teilnehmerinnen**	9 333	10 310	5 684	42%	43%	47%	> 70%
Untersuchung							
Fälle in den Konsensus- Konferenzen	1 867	1 648	939	20%	16%	17%	
Indikationen zur Abklä- rung	996	875	369	10.7%	8.5%	6.5%	≤ 7%
Nachweis von Brust- krebs							
Entdeckter Brustkrebs**	89	73	44	9.5‰	7.1‰	7.7‰	
In-situ-Karzinome (DCIS)	21	18	11	24%	25%	25%	> 15%
Invasive Karzinome	68	55	23	76%	75%	75%	

* Effektive Einladungen: Nach Abzug der ungültigen Adressen, doppelten Dossiers, verstorbenen Frauen, definitiven Ablehnungen, Mammografien ausserhalb des Programms und Kantonswechsel.

** Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Mammografien im Untersuchungszeitraum erfolgten. Untersuchungszeitraum: jeweils 24 Monate (1. August bis 31. Juli des übernächsten Jahres). Da sich einige Frauen bei Berichtsdatum (27. August 2021) in Abklärung befinden, sind die Zahlen provisorisch

*** im Gegensatz zu den Vorkolumnen handelt es sich in dieser Kolonne nur um ein 12-monatiges Zeitintervall

7.1.2 Kantonales Darmkrebs-Vorsorgeprogramm

Dickdarmkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen in der Schweiz. Er gehört zu den Krebsarten, die dank Vorsorge oft geheilt oder sogar verhindert werden können. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat daher im Februar 2019 in Ergänzung zum kantonalen Mammografie-Screening-Programm ein systematisches Programm zur Darmkrebs-Vorsorge initiiert, welches die Krebsliga beider Basel im Auftrag des Kantons Basel-Stadt aufgebaut hat und

durchführt. Ziel des Programms ist es, die Entstehung von Dickdarmkrebs zu vermeiden respektive eine Krebserkrankung möglichst früh zu entdecken, um sie heilen zu können.

Das Programm ist im September 2020 mit einem Informationsschreiben an alle Personen zwischen 50 und 69 Jahren mit Wohnsitz in Basel-Stadt gestartet. Die Einladung zur freiwilligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung erfolgte danach anhand des Geburtsjahres gestaffelt.

Tabelle 19: Darmkrebs-Screening-Programm Basel-Stadt 15. September 2020 bis 31. Juli 2021*

	Total / Schnitt	Sep 20	Okt 20	Nov 20	Dez 20	Jan 21	Feb 21	Mär 21	Apr 21	Mai 21	Jun 21	Jul 21
Anzahl Einladungen versendet	9744	634	413	393	468	1133	1186	1151	1030	972	1423	941
Abmeldungen	1182	188	59	62	66	152	141	146	117	84	107	60
Total Anzahl Screening-Untersuchungen	1259	1	62	61	52	94	133	162	178	150	194	172
Anzahl durchgeführte FITs Total	835	0	53	43	30	49	95	107	126	101	114	117
Anzahl positive FITs	64	0	4	5	1	6	5	7	11	9	11	5
Positivitätsrate FIT in %	7.8	0.0	7.5	11.6	3.3	12.2	5.3	6.5	8.7	8.9	9.6	4.3
Anzahl durchgeführte Koloskopien	424	1	9	18	22	45	38	55	52	49	80	55

FIT = fecal immunochemical test (Immunochemischer Test)

*Die Aussagekraft dieses Reporting ist aufgrund der kurzen Nachverfolgungszeit limitiert.

7.2 Gesundheitsversorgung

7.2.1 Schwerpunkt: Spitalplanung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR)

7.2.1.1 Ausgangslage

Am 10. Februar 2019 wurde der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung von der Stimmbevölkerung in beiden Kantonen angenommen. Damit wurde die Basis für eine gemeinsame Spitalplanung und damit auch für die gleichlautenden Spitalisten gelegt. Die gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dienen als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in den beiden Kantonen.

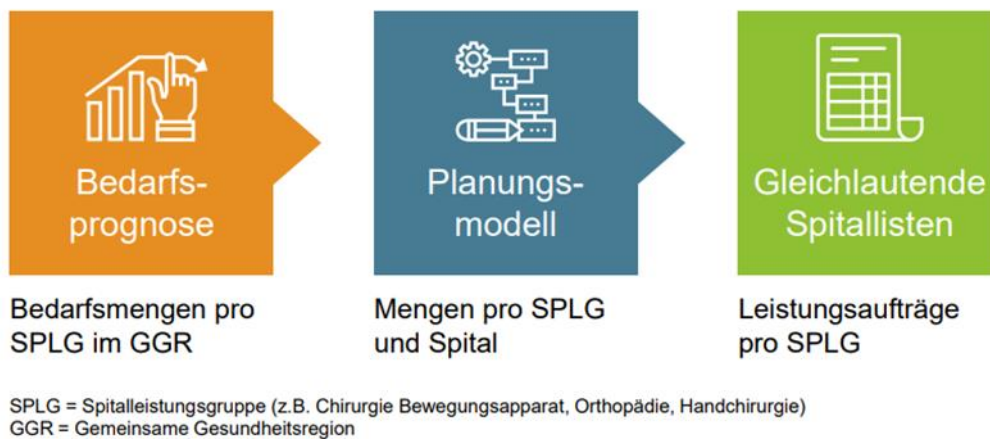
Die gleichlautenden Spitalisten stellen ein Novum dar, denn sie sind das Ergebnis eines bikantonal durchgeführten Bewerbungsverfahrens. Basel-Stadt und Basel-Landschaft sind damit die ersten Kantone, die sich gemeinsam ihrer verfassungsmässigen Aufgabe der Spitalplanung stellen. Die beiden Basler Kantone ermittelten anhand transparenter und rechtsgleicher Kriterien die Spitäler, welche den grössten Nutzen für die Bevölkerung der GGR beider Basel erbringen. Neu werden die Leistungsaufträge pro Spitalstandort und nicht mehr insgesamt pro Spitalbetrieb vergeben.

7.2.1.2 Planungsprozess

Für die Bedarfsplanung wurde in einem ersten Schritt eine Bedarfsprognose erstellt und im Versorgungsplanungsbericht 2019 zusammengefasst. Die Kantone haben dazu gemeinsame Versorgungsziele definiert, anhand derer die neue Versorgungsplanung ausgerichtet werden sollte. Anhand eines Prognosemodells wurde unter Einbezug differenzierter Variablen der medizinische Bedarf der Bevölkerung beider Kantone für die Jahre 2020, 2024 und 2028 ermittelt. Auf dieser Basis wurden im September 2019 alle Spitäler für ein Bewerbungsverfahren für die Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitalisten eingeladen.

Anhand der eingegangenen Bewerbungen wurden die provisorischen Leistungsaufträge erstellt und den Spitälern im Mai 2020 zugestellt. Die Verantwortlichen der Spitäler wurden im August/September 2020 persönlich zu einem Gespräch über die provisorischen Leistungsaufträge im Rahmen des rechtlichen Gehörs eingeladen. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurde den Spitälern Anfang Dezember 2020 eine provisorische Spitalliste zugestellt und eine offizielle Vernehmlassung durchgeführt.

Abbildung 15: Schematische Darstellung des Planungsprozesses



Aufgrund der COVID-19-Pandemie kam es aber zu Verzögerungen bei den geplanten Anhörungen der Spitäler. Infolgedessen wurde die geplante Inkraftsetzung der gleichlautenden Spitallisten vom 1. Januar auf den 1. Juli 2021 verschoben.

7.2.1.3 Zielsetzung: Moderater Koordinations- und Konzentrationsprozess

Mit den gleichlautenden Spitallisten leiteten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen moderaten Koordinations- und Konzentrationsprozess ein. 466 Leistungsaufträge wurden in der Akutsomatik erteilt, 157 bestehende Leistungsaufträge nicht mehr erneuert – teilweise aufgrund eines Verzichts des betroffenen Spitals, teilweise aufgrund von methodisch gestützten Entscheidungen. In 17 Spitalleistungsgruppen mit vermuteter Überversorgung wird die Gesamtmenge der Fälle in der GGR neu über einen Mengendialog mit den Leistungserbringern gesteuert. Mit dieser regulatorischen Vorgabe soll die Leistungsmenge um rund 3'200 Fälle pro Jahr reduziert werden.

7.2.1.4 Methodik der Leistungsauftragsvergabe

Konzentration der Leistungsaufträge

Um Gelegenheitsmedizin zu vermeiden, erhalten Spitäler keinen Leistungsauftrag, wenn in den Vorjahren pro Jahr in einer SPLG weniger als 10 Patienten (Fälle) behandelt wurden. Diese Fälle werden an den Spitälern konzentriert, die weiterhin einen Leistungsauftrag für diese Spitalleistungsgruppe erhalten. Dies kann dazu führen, dass insbesondere spezialisierte Spitalleistungen am USB und am Kantonsspital Baselland (KSBL) konzentriert werden. Aufgrund der etwas höheren durchschnittlichen Baserate steigen die Kosten pro Fall in diesen Spitalleistungsgruppen. Der Effekt beläuft sich auf rund 375'000 Franken.

Standortbezogene Leistungsaufträge

Die gleichlautenden Spitallisten sehen eine Vergabe der Leistungsaufträge pro Spitalstandort – und nicht mehr pro Spitalunternehmen – vor. Die zukünftige Baserate wird ebenfalls pro Spitalstandort ermittelt. Somit werden inskünftig die Leistungen des USB am Standort Gellertstrasse voraussichtlich zu einem tieferen Preis erbracht als am Hauptcampus des USB – je nach Ergebnis der Verhandlungen mit den Krankenversicherern. Gleiches gilt für die beiden Standorte des KSBL.

Mengendialog

Die Spitäler melden die in den mengengesteuerten Spitalleistungsgruppen («Spitalleistungsgruppen mit Mengendialog») erbrachten Leistungen vierteljährlich dem GD bzw. der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) spätestens 30 Tage nach Ablauf des jeweiligen Quartals. Darüber hinaus erstellt das Spital eine Prognose der erwarteten Leistungsmenge bis zum Jahresende. Das GD bzw. die VGD stellen die gemeldeten Fallzahlen den jeweils für das Quartal massgebenden Zahlen der GGR gegenüber und führt die erwarteten Leistungsmengen der Spitäler für das Jahresende zusammen. Ist die gemeldete Gesamtzahl (Ist-Werte) unter den Sollwerten, passiert nichts. Ist die für das Jahresende hochgerechnete Gesamtzahl unter den Sollwerten, passiert nichts. Sind die gemeldeten Zahlen und die hochgerechneten Zahlen über den massgebenden GGR-Zahlen, wird mit den einzelnen Häusern der Mengendialog in Gang gesetzt. Dabei wird analysiert, in welchen Häusern die errechneten Zielwerte überschritten wurden und gemeinsam Massnahmen eruiert und vereinbart, mit welchen der Zielkorridor wieder erreicht wird (Zielvereinbarungsprozess).

Die bedarfsgerechte, modellhafte Verteilung der Leistungsmengen für die SPLG im Mengendialog hat sowohl einen Preis- als auch einen Mengeneffekt zur Folge.

• Preiseffekt

Der Preiseffekt wird wie folgt ermittelt:

- Anhand der tatsächlichen/vorgesehenen Leistungsmengen 2018/2024 werden die Leistungsmengenanteile pro Spital für die jeweiligen Jahre berechnet.
- Der durchschnittliche Case-Mix-Index (CMI) pro SPLG ermittelt sich über den jeweiligen CMI pro Spital gewichtet mit dem Leistungsmengenanteil.
- Die durchschnittliche Baserate 2018/2024 pro SPLG ermittelt sich aus der Baserate pro Spital gewichtet mit dem Leistungsmengenanteil.
- Die durchschnittlichen Fallkosten 2018/2024 ergeben sich aus der Baserate des Jahres 2018 * CMI 2018 // Baserate 2024 * CMI 2018.

Der Preis für die SPLG im Mengendialog bleibt in der Summe konstant (Absenkung um 120'000 Franken). Dabei steigt der Preis pro Fall im Bereich Hals-Nasen-Ohren (HNO), Herz (KAR), Urologie (URO) leicht an (weniger als 100 Franken/Fall), sinkt jedoch im Bereich Bewegungsapparat (BEW) und der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (BP/BPE). Die höheren Leistungsmengen in den zuletzt genannten Spitalleistungsbereichen führen zu einem negativen Preiseffekt.

• Mengeneffekt

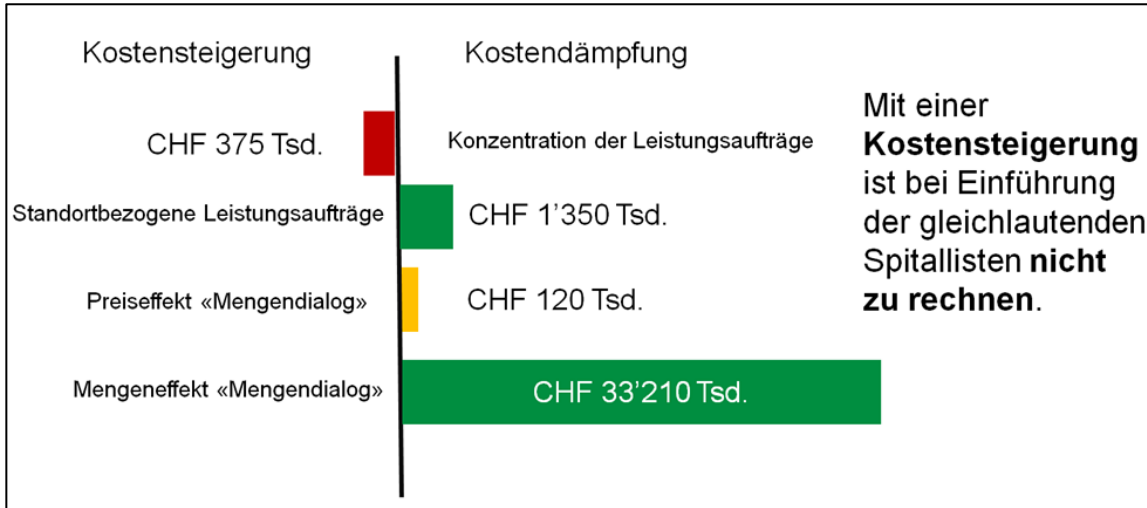
Bis zum Jahr 2024 wird die Menge an stationär erbrachten Leistungen für die Bevölkerung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion um rund 3'300 Fälle pro Jahr sinken. Dies entspricht der Menge, welche gemäss Prognosemodell angebotsinduziert ist. Bei einer durchschnittlichen Baserate in der GGR von derzeit ca. 10'000 Franken wird ein Einsparvolumen für Versicherer und Kantone in der Höhe von rund 33 Mio. Franken pro Jahr erschlossen.

7.2.1.5 Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten können für das Jahr 2024 anhand der vorliegenden Datensätze abgeschätzt werden (siehe nachfolgende Abbildung). Dabei kann nach den vier Kategorien – Konzentration der Leistungsaufträge, Standortbezogene Leistungsaufträge, Mengendialog Preiseffekt und Mengendialog Mengeneffekt – unterschieden werden, die vorgängig kurz vorgestellt wurden. Gesamthaft überwiegt der kostendämpfende Effekt deutlich den kostensteigernden Effekt. Die kostendämpfenden Effekte fallen jährlich an und sollten sich ab dem Jahr 2021/22 kontinuierlich erhöhen. Dabei handelt es sich um einen evolutionären Prozess, da die Spitäler wie auch das GD sich an das neue Regime und das entsprechende Controlling heranzuarbeiten müssen. Bis zum Jahr 2024 und darüber hinaus wird mit einer Kostendämpfung

von ca. 33 Mio. Franken gerechnet. Zu beachten gilt es aber, dass es sich bei der mittels Prognosemodell berechneten Höhe der angebotsinduzierten Menge um eine Schätzgrösse handelt. Die Entlastung kann somit sowohl höher als auch tiefer ausfallen.

Abbildung 16: Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten in der GGR



Für den Kanton Basel-Stadt sehen die prognostizierten finanziellen Auswirkungen wie folgt aus:

Abbildung 17: Prognose finanzielle Auswirkungen für den Kanton

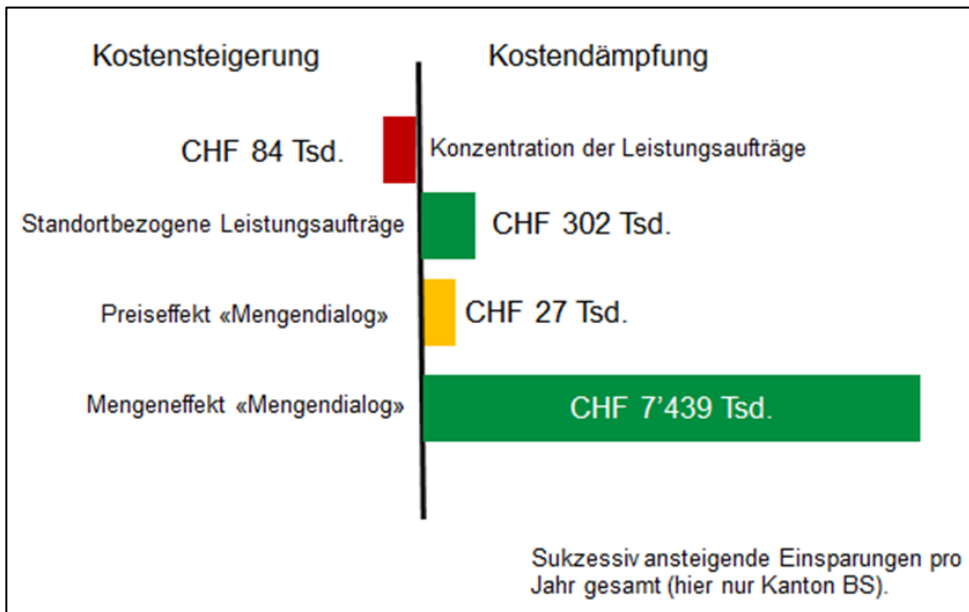


Tabelle 20: Aufteilung der prognostizierten Auswirkungen bis 2024 nach Kantonsanteilen

	Konzentration der Leistungsaufträge	Standortbezogene Leistungsaufträge	Mengendialog	
			Preiseffekt	Mengeneffekt
Gesamt GGR (inkl. OKP)	375'000	-1'350'000	-120'000	-33'210'000
BL	124'000	-445'000	-40'000	-10'959'300
BS	84'000	-302'000	-27'000	-7'439'000

Die Kantonsanteile errechnen sich gemäss folgender Formel: Gesamtkostenwirkung * Bevölkerungsanteil (BL: 60% / BS: 40%) * Kantonsanteil (BL: 55% / BS: 56%)

Bis zum Jahr 2024 wird somit für den Kanton Basel-Stadt mit einem kostendämpfenden Effekt von rund 7.4 Mio. Franken gerechnet. Dabei noch nicht miteingerechnet ist die dämpfende Wirkung auf die OKP-Ausgaben und somit Prämien, die im Stadtkanton über den besagten Zeitraum rund 6 Mio. Franken bzw. rund 1.5 Mio. Franken pro Jahr betragen dürfte. Es sei jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass es sich um prognostizierte Zahlen handelt, welche durchaus aufgrund unterschiedlicher Faktoren von der Realität abweichen können. Ein Faktor – unter vielen – ist z. B. schon dem Umstand geschuldet, dass drei Spitäler (Ergolklinik, Rennbahnklinik und das KSBL) gegen die von den beiden Kantonsregierungen per 1. Juli 2021 in Kraft gesetzten gleichlautenden Spitalisten Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) eingereicht haben.

7.2.2 Versorgungsmonitoring – Umsetzung der Regelung «ambulant vor stationär» (AVOS) im Kanton Basel-Stadt

7.2.2.1 Hintergrund

Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 18/12/5 vom 17. April 2018 wurde eine Liste von elektiven Untersuchungen und Behandlungen, welche grundsätzlich ambulant durchzuführen sind, eingeführt (§ 4a und Anhang 3 der Verordnung vom 25. November 2008 über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt [KVO, SG 834.410]). Die Liste enthält nebst den bundesrechtlich geregelten Eingriffskategorien weitere elektive Untersuchungen und Behandlungen. Die primäre Liste von 13 Eingriffen wurde inzwischen auf 16 Eingriffe erweitert. Die in zehn weiteren Kantonen erfolgreich angewendete (Stand vom 1. Januar 2021) erweiterte 16er-AVOS-Liste trat im Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 2021 und im Rahmen der gemeinsamen Planung der GGR im Kanton Basel-Landschaft per 1. März 2021 in Kraft. Im Rahmen dieser Erweiterung wurden auch die relativ fallstarken und kostenintensiven kardiologischen Untersuchungsverfahren, der Herzschrittmacher inklusive Wechsel und die perkutane transluminale Angioplastik inklusive Ballondilatation auf die baselstädtische bzw. basellandschaftliche AVOS-Liste mit aufgenommen.

Bezüglich der Definition und Operationalisierung weiterer elektiver Untersuchungen und Behandlungen, welche ausser beim Vorliegen von speziellen Umständen ebenfalls aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden könnten, besteht zwischen dem Kanton Basel-Stadt und insbesondere dem Kanton Luzern ein enger und regelmässiger fachlicher Austausch. Im Rahmen dieses gemeinsamen Austauschs wurden sieben weitere AVOS-Eingriffe definiert und anschliessend in die Vernehmlassung gegeben. Es ist vorgesehen, diese sieben Eingriffe nach Abschluss des Vernehmlassungsverfahrens per 1. Januar 2022 auf die AVOS-Liste mit aufzunehmen und damit die aktuell geltende 16er-Liste auf eine 23er-AVOS-Liste zu erweitern.

7.2.2.2 Kostendämpfungspotenzial

In Übereinstimmung mit weiteren Kantonen, in denen die AVOS-Regelung bereits eingeführt worden ist, wird davon ausgegangen, dass unter Berücksichtigung der festgelegten Ausnahmekriterien circa 50% der potenziell ambulanten Fälle auf der 16er-AVOS-Liste letztlich vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Mit einem Sicherheitsabzug von 50% kann somit mit einem jährlichen Sparpotenzial von rund 2.9 Mio. Franken für den Kanton Basel-Stadt respektive einer Mehrbelastung der Krankenversicherer von rund 1.8 Mio. Franken ausgegangen werden.

Das Monitoring zur Regelung «ambulant vor stationär» (AVOS) wurde allerdings im Kanton Basel-Stadt angesichts der Corona-Pandemie-Lage im März und April 2020 und erneut ab November 2020 bis einschliesslich Juni 2021 pausiert, um die Prozesse und Strukturen der Spitäler nicht unnötig zu belasten.

7.2.2.3 Wirkungen

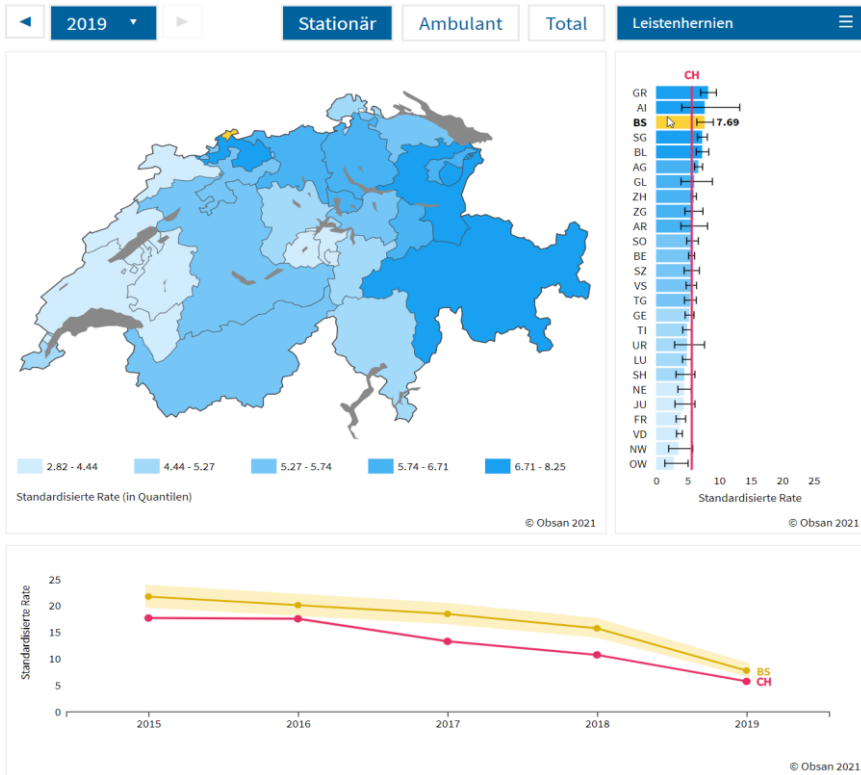
Um die Verlagerung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sowie die Veränderungen des Gesamtvolumens der vom EDI definierten sechs Eingriffsgruppen zu beobachten, werden vonseiten des OBSAN eingriffsspezifische, nach Alter und Geschlecht standardisierte Auswertungen auf Kantonsebene vorgenommen.

Gemäss den vom OBSAN angefertigten Analysen hat sich beispielsweise die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der stationär durchgeführten Leistenhernieneingriffe pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner bei der baselstädtischen Wohnbevölkerung nach Einführung der AVOS-Regelung verringert. Während vor der Einführung die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der stationär durchgeführten Leistenhernieneingriffe bei der baselstädtischen Wohnbevölkerung in den Jahren 2016 bzw. 2017 noch bei 20.08 bzw. 18.41 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner gelegen hat, ist diese nach der Einführung der AVOS-Regelung in den Jahren 2018 bzw. 2019 auf 15.70 bzw. 7.69 zurückgegangen (vgl. Abbildung 18). Gleichzeitig hat sich die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der ambulant durchgeführten Leistenhernieneingriffe bei der baselstädtischen Wohnbevölkerung entsprechend erhöht. Während diese Rate in den Jahren 2016 bzw. 2017 mit 0.46 bzw. 0.00 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner sehr niedrig war, ist sie in den Jahren 2018 bzw. 2019 auf 2.04 bzw. 7.47 angestiegen (vgl. Abbildung 19). Zudem fällt auf, dass im Beobachtungszeitraum von 2016 bis 2019 die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der insgesamt durchgeführten Leistenhernieneingriffe pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner bei der baselstädtischen Wohnbevölkerung von 20.54 auf 15.16 zurückgegangen ist.

Ähnliche Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich zeigen sich u. a. auch für die Menishektomie (totale Entfernung eines Meniskus), wobei auch hier in dem Beobachtungszeitraum von 2016 bis 2019 die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der insgesamt durchgeführten Menishektomien pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner bei der baselstädtischen Wohnbevölkerung von 32.37 auf 22.85 gesunken ist.²⁸

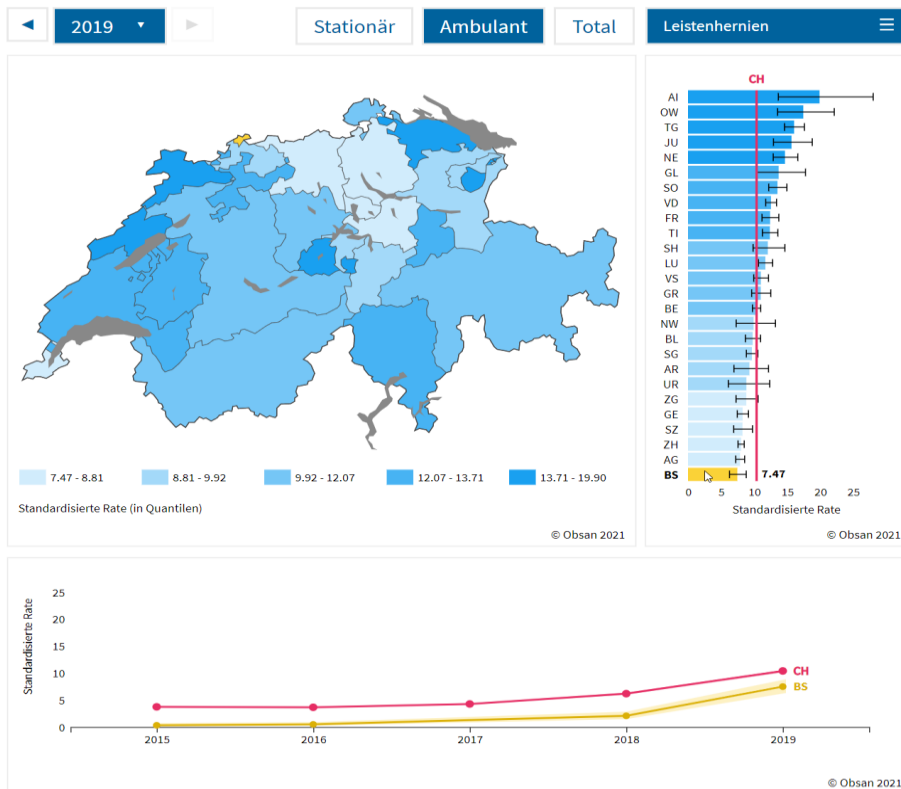
²⁸ Detaillierte Zahlen und Grafiken können für eine Reihe von AVOS-Eingriffen für sämtliche Kantone auf der Webseite des OBSAN abgerufen werden: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ambulant-vor-stationaer-entwicklung-der-fallzahlen>.

Abbildung 18: Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der stationär durchgeführten Leistenhernieneingriffe nach Wohnkanton pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Jahren 2015 bis 2019



Quelle: OBSAN

Abbildung 19: Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der ambulant durchgeführten Leistenhernieneingriffe nach Wohnkanton pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Jahren 2015 bis 2019



Quelle: OBSAN

7.2.3 Ambulante Zulassungssteuerung

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

Der Kanton Basel-Stadt setzt die Zulassungseinschränkung seit dem 18. August 2013 gestützt auf Art. 55a KVG und die Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL, SR 832.103) mittels kantonaler Verordnung²⁹ um. Die ursprünglich bis 30. Juni 2019 befristete kantonale Verordnung wurde im Zuge der Verlängerung der Geltungsdauer der VEZL analog bis 30. Juni 2021 verlängert. Inzwischen hat das Parlament die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern verabschiedet (vgl. Abschnitt 2.2.2), wodurch eine langjährige Forderung der Kantone erfüllt wurde.³⁰ Der Bundesrat hat zwischenzeitlich die Umsetzungsverordnungen dazu erarbeitet. Aufgrund der darin vorgesehenen Übergangsfristen hat der Regierungsrat die kantonale Zulassungseinschränkungs-Verordnung bis 30. Juni 2023 verlängert. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft stimmen sich künftig auch bei der ambulanten Zulassungssteuerung im Rahmen der GGR eng ab.

Für Grundversorger sieht die geltende kantonale Verordnung bezüglich Praxisnachweis seit dem 3. Juli 2016 neu eine Erleichterung vor. So sind Grundversorger, welche nachweislich mindestens ein Jahr an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Zulassungseinschränkung ausgenommen. Dabei handelt es sich gemäss § 2a der Zulassungseinschränkungs-Verordnung um folgende Weiterbildungstitel:

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

Diese Bestimmung wurde in Anbetracht des sich abzeichnenden Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten in der Verordnung verankert.

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

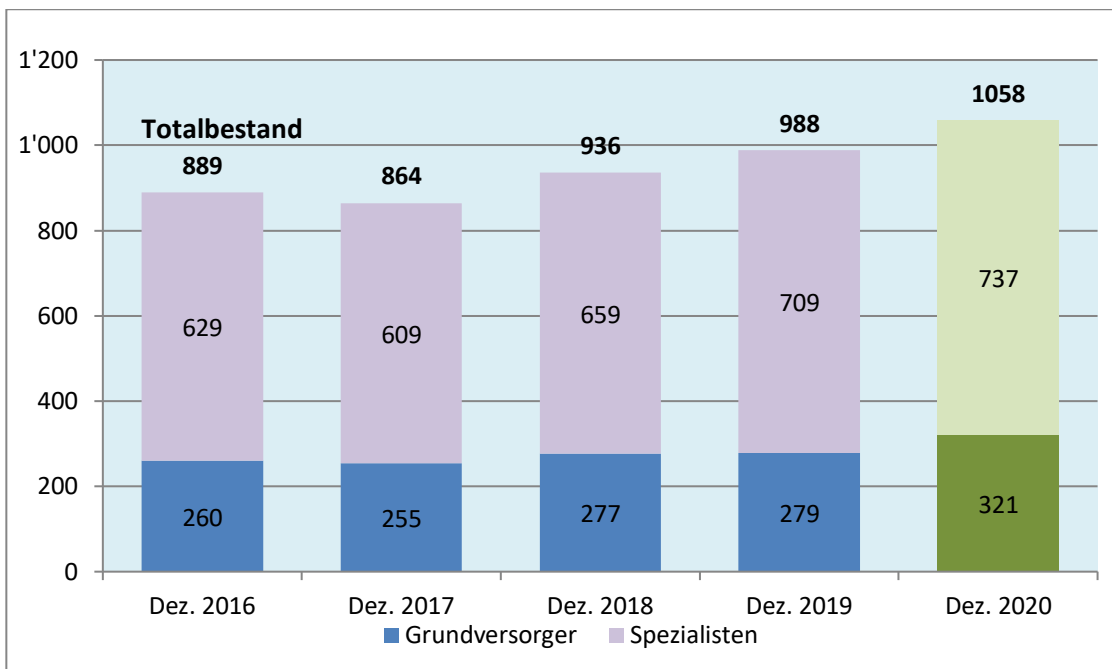
Im Jahr 2020 wurden drei Gesuche um ausnahmsweise Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP aufgrund eines Bedarfs mit Verfügung abgelehnt. Ausserdem wurde im Jahr 2020 bei einem weiteren Ausnahmegesuch von der kantonalen Behörde lediglich eine befristete Zulassung genehmigt. Neben Einzelfällen ist ferner davon auszugehen, dass aufgrund der Zulassungseinschränkung mögliche Interessenten von der Einreichung eines Ausnahmegesuchs abgehalten werden, da in einzelnen Fachgebieten die Anforderungen an den entsprechenden Nachweis eines ausgewiesenen Bedarfs im Sinne der VEZL (in Anbetracht der Höchstzahlen und Dichte an Ärztinnen und Ärzten im Kanton Basel-Stadt) sehr hoch sind.

²⁹ Verordnung vom 13. August 2013 betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungseinschränkungs-Verordnung, SG 310.500).

³⁰ Die bisherige befristete Lösung (Art. 55a KVG) war insbesondere aufgrund der Regel, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens während drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind, nur von beschränkter Wirkung.

Möglicherweise hat auch die Corona-Pandemie im Jahr 2020 zu zeitlichen Verzögerungen bei der Planung von angestrebten Praxiseröffnungen geführt.

Abbildung 20 Entwicklung Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt 2015 bis 2020



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Tabelle 21: Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte in eigener fachlicher Verantwortung

	Total Bewilligt 31.12.2020	Total Befristet Ü70	Total 31.12.2020
Allgemeine Innere Medizin	195	25	220
Praktischer Arzt	48	5	53
Kinder- und Jugendmedizin	42	6	48
Total Grundversorger	285	36	321

	Total Bewilligt 31.12.2020	Total Befristet Ü70	Total 31.12.2020
Total Spezialisten	656	81	737

	Total Bewilligt 31.12.2020	Total Befristet Ü70	Total 31.12.2020
Gesamttotal Grundversorger + Spezialisten	941	117	1'058

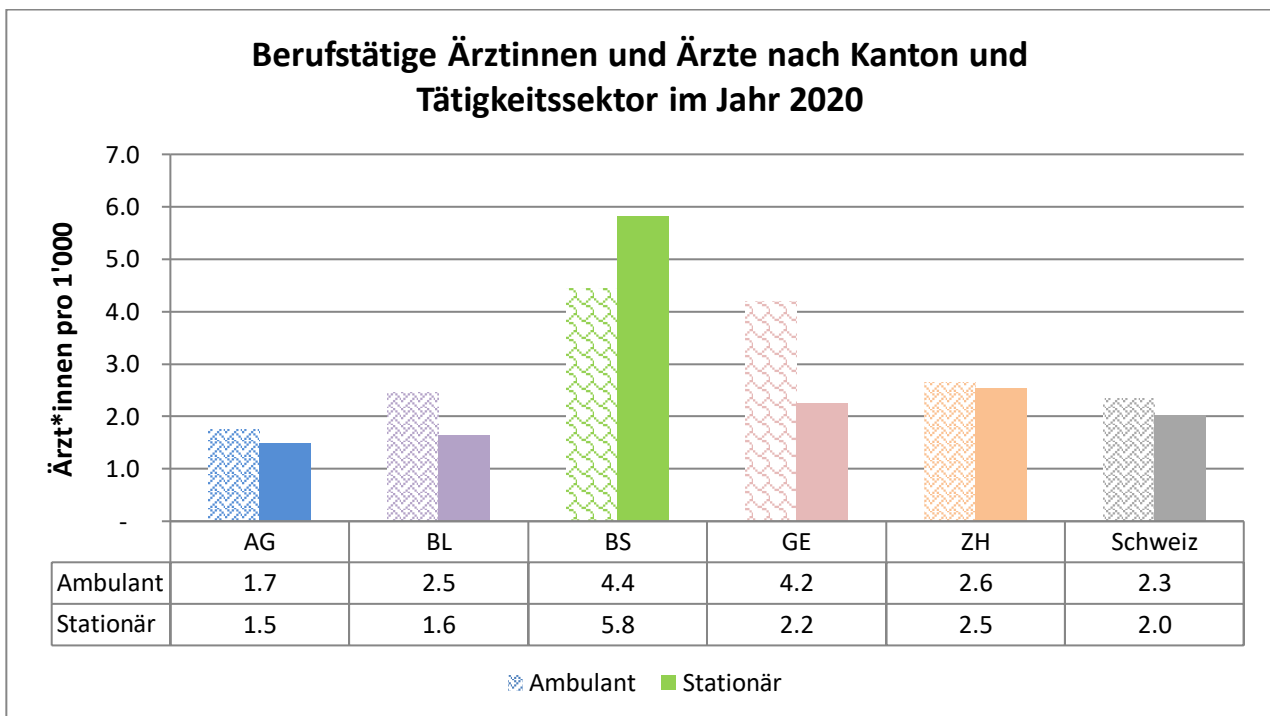
Gemäss Monitoring haben die Zahlen somit im Jahr 2020 sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten erneut zugenommen. Die Zunahme ist teilweise damit begründet, dass aufgrund der Revision des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, SR 811.11) per 1. Januar 2018 auch in ambulanten Einrichtungen tätige angestellte Ärztinnen und Ärzte eine Bewilligung benötigen, sofern sie ihren Beruf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben (vgl. Art. 34 MedBG). Aufgrund der Revision des MedBG sind ab 1. Februar 2020 neu auch Ärztinnen und Ärzte im Spitalbereich (z. B. Chefärztinnen und Chefärzte) von der Ausweitung der Bewilligungspflicht erfasst. Neu wird die Terminologie «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» verwendet. Das Wort «privatwirtschaftlich» wurde gestrichen (vgl. Art. 34 MedBG). Daher ist für

die kommenden Jahre mit einer signifikanten Zunahme an Berufsausübungsbewilligungen zu rechnen. Allerdings ist damit zu rechnen, dass ab dem Jahr 2022 die neuen und erheblich verschärften bundesrechtlichen Bestimmungen zur Zulassungseinschränkung (neuer Art. 55a KVG und Verordnungsrecht³¹) im ambulanten Bereich nachhaltig greifen werden und damit im Rahmen der Steuerungsmassnahmen die Kostenentwicklung in diesem Bereich gedämpft werden kann (vgl. Ausführungen in Kapitel 2.2.2). In diesem Kontext seien auch die inskünftigen Qualitätsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte, die neu zulasten der OKP tätig sein wollen, erwähnt (vgl. nArt. 58g KVV, Änderung vom 23. Juni 2021).

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass der Kanton Basel-Stadt nach wie vor die höchste medizinische Leistungserbringerdichte in der Schweiz hat, mit 4.4 Ärztinnen und Ärzten im ambulanten und 5.8 Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich jeweils pro 1'000 Einwohner im Jahr 2020. Die entsprechenden Kennzahlen liegen bei 2.3 (ambulant) und 2.0 (stationär) im schweizerischen Durchschnitt. Diese Feststellung muss aber insofern relativiert werden, als Basel-Stadt als Stadtkanton eine medizinische Zentrumsfunktion für die umliegende Agglomeration wahrnimmt, die sich ebenso in anderen Städten mit einem Universitätsspital wie Genf und Zürich wiederfindet, dort aber nicht mit den Kantonsgrenzen zusammenfällt.

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

Abbildung 21 Ärztedichten im interkantonalen Vergleich



Quelle: FMH Statistik 2020, Berechnungen Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

7.2.4 Integrierte Versorgung

Das Schweizer Gesundheitswesen ist angebotsseitig stark fragmentiert. Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten sowie viele weitere Gesundheitsfachpersonen bieten sowohl stationäre als auch ambulante Therapien an. Patientinnen und Patienten ha-

³¹ Vgl. für weiterführende Informationen die Informationen auf der Website des BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>.

ben grundsätzlich die Wahl, das für sie passende Therapieangebot in Anspruch zu nehmen. Vor allem in Fällen von Multimorbidität oder chronischen Erkrankungen werden Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern in Anspruch genommen. Eine Therapieentscheidung ist für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten nicht einfach zu fällen. Zudem wäre es für eine effiziente Behandlung wichtig, dass eine zentrale Koordinationsinstanz den Überblick über den gesamten Therapieverlauf hat. In einigen Fällen übernimmt ein Hausarzt oder eine Hausärztin dieses Case-Management, manchmal die Patientin oder der Patient selbst. Eine gesetzlich vorgeschriebene Koordinationsinstanz gibt es nicht.

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

Im Rahmen seines Legislaturplans 2021 – 2025 möchte der Regierungsrat die Chancengleichheit im Gesundheitswesen stärken. Ein besonderes Augenmerk wird dabei der Förderung der integrierten bzw. koordinierten Versorgung zukommen.

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

- Home Treatment;
- SomPsyNet;
- Pilotprojekt Übergangspflege im Adullam Zentrum;
- Integrierte Versorgung bei Verhaltensstörungen.

Diese werden nachfolgend kurz beschrieben.

a) Home Treatment

Im Rahmen der Förderung der ambulanten Gesundheitsversorgung wurde im Kanton Basel-Stadt das Projekt Home Treatment mit den UPK lanciert. In dem Projekt der aufsuchenden Psychiatrie werden zum einen die High Utilizer (Patientinnen und Patienten mit starker Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgungsleistungen) und Patientinnen und Patienten bei Übergangsbearbeitungen (Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich) zu Hause betreut. Das Instrument des «Home Treatment» verfolgt insbesondere das Ziel, die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie zu verbessern und kann sowohl als längerfristige Behandlung als auch zur Stabilisierung von Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt in ihrem häuslichen Umfeld eingesetzt werden. Die beiden verknüpften Modellprojekte wurden Anfang 2019 mit einer dreijährigen Lauffrist gestartet. Ein Zwischenbericht zum Projektstand konnte aufzeigen, dass das Hauptziel der Modellprojekte – die Reduktion von stationären Wiedereintritten bzw. die Verkürzung der Aufenthaltsdauer – vollständig erreicht werden konnte. Der Regierungsrat wird dem Grossen Rat bis Ende 2021 im Rahmen des Verlängerungsantrags für das Projekt Home Treatment einen ausführlichen Statusbericht zur Umsetzung der Modellprojekte unterbreiten.

b) SomPsyNet

Seit 2019 läuft das Projekt Prävention psychosozialer Belastungsfolgen in der Somatik «SomPsyNet», welches das GD zusammen mit dem USB, dem Bethesda Spital, der Universitä-

ren Altersmedizin FELIX PLATTER, St. Claraspital und einem Konsortium bestehend aus ca. 20 weiteren Partnern umsetzt. Das SomPsyNet-Versorgungsmodell sieht die frühzeitige Erkennung und bedarfsgerechte Behandlung von psychosozialen Belastungen bei somatischen Patientinnen und Patienten vor. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie zum Projekt konnten bisher rund 1'500 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Seit Mitte März 2021 läuft auf randomisiert zugeordneten Stationen das volle Versorgungsmodell (Phase 2). Die unter Nutzung eines Screenings identifizierte Risikopatientinnen und -patienten werden in Phase 2, falls gewünscht, im Rahmen eines psychosomatischen Konsils bedarfsorientiert abgeklärt. Bis Mitte August 2021 haben 30 solcher Konsile stattgefunden, in welchen mit Hilfe einer Online-Plattform, welche verfügbare Angebote vernetzt und Schweregrad gestuft koordiniert, geeignete Interventionen vermittelt werden.

Erste konkrete Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Projekt sollten im Frühjahr 2023 vorliegen.

c) Pilotprojekt Übergangspflege im Adullam-Pflegezentrum Basel

Seit April 2021 bis Ende 2021 findet ein vom Regierungsrat genehmigtes, neunmonatiges Pilotprojekt Übergangspflege im Adullam Spital- und Pflegezentrum statt.

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz im Jahr 2012 sind die Verweildauern in den Akutspitälern, und besonders ausgeprägt in der Akutgeriatrie, gesunken. Im Versorgungsbereich Rehabilitation ist zudem eine restriktivere Handhabung der Krankenversicherer in Bezug auf die Bewilligung und Verlängerung von Kostengutsprachen für betagte Menschen zu verzeichnen. Das bedeutet, dass geriatrische Patientinnen und Patienten heute am Ende des Spitalaufenthaltes vielfach in einem weniger «stabilen» Zustand entlassen werden und deshalb direkt in ein Pflegeheim eintreten, obwohl sie mit zwei bis sechs Wochen zusätzlicher postakuter Pflege noch das Potential hätten, mit oder ohne ambulanter Betreuung weiter zu Hause zu leben.

Übergangspflege hat zum Ziel, die Selbstpflegekompetenz von älteren Menschen zu erhöhen, so dass diese die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnsituation. Ebenso eröffnet Übergangspflege alten Menschen, die zu Hause in instabile Pflegesituationen geraten, die aber die Kriterien für einen Aufenthalt im Akutspital, für eine Rehabilitation oder für einen dauerhaften Eintritt in eine Pflegeinstitution (noch) nicht erfüllen, die Möglichkeit, sich im Rahmen der Übergangspflege zu stabilisieren und wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. In diesem Sinne ist sie Teil der integrierten geriatrischen Versorgung und wird bedarfsgerecht und gezielt eingesetzt. Nicht zuletzt ist ein Ziel des Projektes, unnötige Pflegeheimeintritte zu verhindern bzw. den Eintritt zu verzögern, was sich kostensenkend auf die Gesundheitsausgaben auswirkt.

d) Integrierte Versorgung bei Verhaltenssüchten

Ein integriertes Versorgungsmodell für Verhaltenssüchte (Geldspiel-, Internet, Kauf- und Sexsucht) wird in Basel-Stadt seit mehreren Jahren in verschiedenen Projekten entwickelt und mit Erfolg umgesetzt. Die Projekte müssen auf neue Entwicklungen abgestimmt werden, Projektziele koordiniert und eine Gesamtperspektive entwickelt werden.

Seit 2009 haben sich zehn Deutschschweizer Kantone in einem interkantonalen Kooperationsmodell Glückspielsucht zusammengeschlossen und Sucht Schweiz das Mandat zur Planung und Durchführung von Präventionsmassnahmen im Bereich Glücksspiel erteilt. Im Kanton Basel-Stadt wurde in diesem Rahmen ein Kooperationsmodell für die Versorgung aufgebaut, das vom Zentrum für Verhaltenssüchte der UPK im Auftrag des GD umgesetzt wird. Zusätzlich wurde seit 2015 diverse Präventionskampagnen mit 15 anderen Deutschschweizerkantonen lanciert.

Im Auftrag des GD wurde im Jahr 2012 das Projekt «Neue Abhängigkeitserkrankungen» in Kooperation mit den UPK gestartet. Es hatte zum Ziel, ein integriertes Versorgungsmodell für Ver-

haltenssüchte zu etablieren. Im Jahr 2018 konnte das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden. Seither findet ein Mal im Jahr ein Austauschtreffen der UPK (Abteilung Verhaltenssüchte Ambulant [VSA] und Ambulanz für Suchttherapie) und des GD (Abteilung Sucht [AS] und MD [Abteilung Prävention]) statt.

Im Jahr 2017 folgte ein Kooperationsmodell im Bereich der Kaufsucht zwischen psychiatrischen Behandlungsstellen (KVG) und psychosozialen Beratungsstellen (nicht-KVG) für Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Abteilung VSA der UPK und die AS entwickelten eine Zusammenarbeit, die eine Verknüpfung von psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten für Menschen mit einer Kaufsucht gewährleistet. Eine Vereinbarung für die Zusammenarbeit zwischen der AS und der Schuldenfachstellen Plusminus wurde erstellt.

Ein Projekt zur Umsetzung des kantonalen Geldspielgesetzes läuft seit 2019. Ein Projekt zur integrierten Versorgung bei Internetsucht ist in Planung. Die bestehenden Leistungsvereinbarungen werden regelmässig überprüft.

Übergeordnetes Ziel der integrierten Versorgung bei allen Verhaltenssüchten ist eine flexible und bedarfsgerechte Steuerung und Planung der Angebote im Bereich der Verhaltenssüchte.

7.3 Schadensminderung

Schadensminderung umfasst alle Strategien und Massnahmen zur Verringerung der negativen Folgen des Drogenkonsums auf die Konsumierenden sowie auf die Gesellschaft und ist als vierte Säule in der schweizerischen Drogenpolitik seit 2008 im Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, SR 812.121) verankert.

Drug-Checking-Angebote sind Teil der Schadensminderung und richten sich an Konsumierende von psychoaktiven Substanzen.

DIBS-Drogeninfo Basel-Stadt

Seit Juli 2019 können volljährige Personen in Basel im Rahmen des Pilotprojektes «DIBS – Drogeninfo Basel-Stadt» jeden zweiten Montagabend anonym Substanzproben zur Analyse abgeben und sich beraten lassen. Das dreijährige Pilotprojekt wird durchgeführt unter der Leitung der Abteilung Sucht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin (IRM) des GD und dem Beratungszentrum der Suchthilfe Region Basel.

Eine Zwischenbeurteilung zeigt, dass das DIBS eine hohe Auslastung aufweist. Insgesamt wurden 469 Proben zur Analyse abgegeben, am häufigsten Kokainproben, gefolgt von Cannabis mit Verdacht auf synthetische Cannabinoide, MDMA, LSD und Amphetamin. Insgesamt hatte ca. jede zehnte Probe eine tagesaktuelle Warnung zur Folge, die im Internet veröffentlicht wird (Warnungen saferdancebasel.ch).

Das Drug Checking trägt wesentlich zur Minimierung der Risiken für die Gruppe der Freizeitdrogenkonsumierenden bei. Es erfüllt alle Kriterien eines niederschweligen Angebotes zur Analyse von psychoaktiven Substanzen: es ist anonym, kostenlos und implementiert den Ansatz der Peer-Arbeit. Die Vernetzung mit diversen Fachpersonen und Suchthilfeinstitutionen ist etabliert, das Angebot in einer Fachstelle integriert. Es wird angestrebt, das stationäre Drug Checking nach Ablauf der Pilotphase im Jahr 2022 in ein Regelangebot zu überführen.

7.4 Weitere Massnahmen: Neuregelung der hauswirtschaftlichen Spitex

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen ist der Markt in den letzten Jahren in Basel-Stadt mit rund 120 Spitex-Anbietern sowie Reinigungsfachkräften und Reinigungsorganisationen stark

gewachsen. Die Leistungsanbieter stehen im Wettbewerb zueinander und versuchen, sich über Dienstleistung, Qualität und Preis zu positionieren.

Die Verpflichtung zur Förderung von hauswirtschaftlichen Leistungen gemäss § 9 Abs. 2 und 4 GesG wird seit dem 1. Januar 2021 neu nicht mehr objektbezogen mit einem Leistungsauftrag an einen Spitex-Anbieter, sondern subjektbezogen im Rahmen von Ergänzungsleistungen finanziert. Künftig werden dementsprechend nur noch Empfängerinnen und Empfänger von Ergänzungsleistungen subventionierte Hauswirtschaftsleistungen, die von Spitex-Anbietern erbracht werden, in Anspruch nehmen können. Mit diesem Ansatz können alle Spitex-Anbieter von hauswirtschaftlichen Leistungen zu gleichen Bedingungen im Markt agieren.

Jeder Kunde bzw. jede Kundin hat das Recht, so viele Hauswirtschaftsleistungen in Anspruch zu nehmen, wie er bzw. sie das möchte. Somit kann sich jeder Spitex-Anbieter mit seinem eigenen Angebot positionieren. Bei EL-Bezügerinnen und -Bezügern ist die Höchstmenge mittels einem Maximalbetrag pro Monat und Kalenderjahr in §13 der Verordnung vom 18. Dezember 2007 über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (KBV, SG 832.720) fixiert.

Durch die Umstellung von der Objekt- auf die Subjektfinanzierung dürfte sich eine finanzielle Entlastung für den Kanton in der Grössenordnung von 1.4 Mio. Franken pro Jahr ergeben.

8. Einschätzung und Ausblick

- Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie beschreibt der vorliegende Bericht die Entwicklung der Kosten, Leistungen und Prämien in der OKP im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren wie auch das aktuelle politische Umfeld und die kantonalen Massnahmen zur Kostendämpfung.
- Obwohl es naheliegend ist, dass die Pandemie bedeutende Kostenfolgen für die Gesundheitsversorgung gehabt hat, blieb die Gesamtentwicklung in der OKP beinahe stabil, da die pandemiebedingten Mehr und Zusatzkosten von der öffentlichen Hand weitgehend gesondert abgegolten wurden.
- Im Bereich der Krankenversicherung haben sich vor allem die Einschränkungen bei den Elektiveingriffen im Frühjahr 2020 sowie eine zurückhaltende Inanspruchnahme gewisser ambulanter Leistungen kostenmindernd ausgewirkt. Nicht zuletzt haben die notwendigen Schutzmassnahmen in den Pflegeeinrichtungen dazu geführt, dass pflegebedürftige Personen ihren Eintritt in das Pflegeheim tendenziell eher aufgeschoben und dafür zusätzliche ambulante Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben.
- So wurde im Jahr 2020 im Kanton Basel-Stadt – im Gleichschritt mit dem gesamtschweizerischen Mittel – nur ein sehr moderates Wachstum der Pro-Kopf-Bruttoleistungen von 0.4% verzeichnet. Im Fünfjahresdurchschnitt zeigt sich, dass die OKP-Kostenentwicklung pro versicherte Person in unserem Kanton seit 2016 mit durchschnittlich 0.8% pro Jahr deutlich unter dem nationalen Durchschnitt von 1.6% liegt.
- Erfreulicherweise wird bei den Krankenversicherungsprämien sowohl für die «Mittlere Prämie» (-2.1% über alle Altersgruppen) als auch die Standardprämie (-1.2%) im Jahr 2022 ein Rückgang erwartet. Der Prämienrückgang lässt sich insbesondere auf einen Reserveabbau der Versicherer zurückführen, der gemäss Angaben des BAG im Jahr 2022 380 Mio. Franken betragen wird.
- Das Reserveniveau, das auch in den Jahren 2020 und 2021 weiter angewachsen ist und mittlerweile schweizweit 12.4 Mrd. Franken beträgt, bleibt weit über dem Mindestwert, womit Raum für einen noch weitergehenden Reserveabbau besteht. Dies betrifft insbesondere den Kanton Basel-Stadt, wo in den letzten Jahren das Prämienniveau ex post immer deutlich über dem Gesamtkostenniveau gelegen hatte.
- Eine Analyse der stationären Spitalkosten im Quervergleich zeigt, dass der Kanton Basel-Stadt zwar in sämtlichen Spitalbereichen überdurchschnittliche Aufenthaltsdauern und Kosten aufweist, dass die Divergenz aber insbesondere in der Psychiatrie besonders auffallend ist. Aus den Daten lässt sich schliessen, dass die bedarfsorientierten Planungsansätze, die im Bereich der akutstationären Spitalversorgung in der GGR seit Juli dieses Jahres bereits in Kraft sind bzw. in der Psychiatrie noch erarbeitet werden, zukunftsweisend sind. Auch wird die Bedeutung von zielgerichteten Projekten wie z. B. das «Home Treatment» der UPK durch die Erkenntnisse der Vertiefungsanalyse noch zusätzlich unterstrichen.
- Der vorliegende Bericht zeigt auch, dass die Massnahmen zur Kostendämpfung, die in den letzten drei Jahren in Basel-Stadt schon umgesetzt werden konnten, so z. B. das Prinzip «ambulant vor stationär», positive Wirkungen zeitigen. Einen sehr wichtigen Beitrag dazu leistet auch die Prävention und insbesondere die Brust- und Darmkrebsvorsorgeprogramme, die im vergangenen Jahr eine erhöhte Teilnehmerzahl erreichen konnten.
- Im Rahmen des neuen Legislaturplans 2021 – 2025 richtet der Regierungsrat ein besonderes Augenmerk auf die Verstärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Hierfür soll insbesondere ein ganzheitlicher Ansatz – die integrierte bzw. koordinierte Versorgung – zum Zug kommen. Erste Projekte sind im Kanton Basel-Stadt schon lanciert worden oder in den letzten Phasen der Erarbeitung. Modellvorhaben, wie die integrierte Versorgung bei Verhaltenssuchten oder die stationäre Übergangspflege, folgen diesem sektorübergreifenden Ansatz und sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu verbessern. Längerfristig ist es wichtig, dass solche Modellprojekte zur Regelversorgung ausgeweitet werden können. Nur so können nachhaltige Effekte auf die Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung erzielt werden.

9. Antrag

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

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Beat Jans
Regierungspräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

Anhang: Datentabellen

OKP-Leistungen

Tabelle A 1 OKP- Bruttoleistungen Gesamt in Franken

Total Leistungen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	918'275	934'867	935'332	961'540	973'448	
Veränderung	3.3%	1.8%	0.0%	2.8%	1.2%	1.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	4'930	4'997	4'980	5'078	5'098	
Veränderung	2.5%	1.3%	-0.3%	2.0%	0.4%	0.8%
Nettoleistungen in 1'000 Franken	808'746	824'766	823'665	847'134	857'605	
Veränderung	3.3%	2.0%	-0.1%	2.8%	1.2%	1.5%
Nettoleistungen pro Versicherten in Franken	4'342	4'408	4'385	4'474	4'492	
Veränderung	2.6%	1.5%	-0.5%	2.0%	0.4%	0.8%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 2 OKP-Bruttoleistungen Spital stationär in Franken

Stationäre Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	226'581	221'003	220'647	227'642	228'351	
Veränderung	-2.5%	-2.5%	-0.2%	3.2%	0.3%	0.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'216	1'181	1'175	1'202	1'196	
Veränderung	-3.2%	-2.9%	-0.5%	2.3%	-0.5%	-0.4%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 3 OKP-Bruttoleistungen Spital ambulant in Franken

Ambulante Spitalkosten OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken inkl. Medis (1)	146'267	149'316	149'214	148'144	155'114	
Veränderung	8.3%	2.1%	-0.1%	-0.7%	4.7%	1.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (1)	785	798	794	782	812	
Veränderung	7.4%	1.6%	-0.5%	-1.5%	3.8%	0.9%
Bruttoleistungen in 1'000 Franken ohne Medis (2)	127'813	130'089	127'156	125'853	128'907	
Veränderung	7.6%	1.8%	-2.3%	-1.0%	2.4%	0.2%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken (2)	686	695	677	665	675	
Veränderung	6.7%	1.3%	-2.6%	-1.8%	1.6%	-0.4%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 4 OKP-Bruttoleistungen Arztpraxis ambulant in Franken

Ambulante Arztkosten OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	208'517	212'806	214'743	224'091	224'095	
Veränderung	3.1%	2.1%	0.9%	4.4%	0.0%	1.8%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	1'119	1'137	1'143	1'183	1'174	
Veränderung	2.3%	1.6%	0.5%	3.5%	-0.8%	1.2%
davon ärztliche Behandlungskosten in 1'000 Fr. (inkl. Labor)	187'047	190'936	193'093	200'441	200'968	
Veränderung	3.2%	2.1%	1.1%	3.8%	0.3%	1.8%
davon ärztlich angewendete Medikamente in 1'000 Fr.	21'426	21'870	21'650	23'650	23'127	
Veränderung	2.8%	2.1%	-1.0%	9.2%	-2.2%	1.9%
ärztliche Behandlungskosten pro Versicherten in Franken (inkl. Labor)	1'004	1'021	1'028	1'059	1'053	
Veränderung	2.3%	1.6%	0.7%	3.0%	-0.6%	1.2%
davon ärztlich angewendete Medikamente pro Versicherten in Franken	115	117	115	125	121	
Veränderung	2.0%	1.6%	-1.4%	8.4%	-3.0%	1.3%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 5 OKP-Bruttoleistungen Medikamente Apotheke in Franken

Apotheken OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	140'673	143'837	143'347	143'500	146'086	
Veränderung	6.3%	2.2%	-0.3%	0.1%	1.8%	0.9%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	755	769	763	758	765	
Veränderung	5.4%	1.8%	-0.8%	-0.6%	1.0%	0.3%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 6 OKP-Leistungen Pflegeheime in Franken

Pflegeheime OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	55'970	60'685	53'259	58'387	59'494	
Veränderung	0.3%	8.4%	-12.2%	9.6%	1.9%	1.5%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	300	324	284	308	312	
Veränderung	-0.6%	8.0%	-12.6%	8.7%	1.1%	0.9%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 7 OKP-Leistungen Spitex in Franken

Spitex-Leistungen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	28'751	30'461	29'929	33'096	34'389	
Veränderung	9.6%	5.9%	-1.7%	10.6%	3.9%	4.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	154	163	159	175	180	
Veränderung	8.7%	5.5%	-2.2%	9.7%	3.1%	3.9%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 8 OKP-Leistungen Physiotherapie

PhysiotherapeutInnen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	32'354	33'329	35'654	37'692	35'557	
Veränderung	8.1%	3.0%	7.0%	5.7%	-5.7%	2.4%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	174	178	190	199	186	-
Veränderung	7.2%	2.6%	6.5%	4.9%	-6.4%	1.8%

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 9 Laboranalysen zulasten OKP in Franken

Laboratorien (1) OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	35'702	38'219	41'641	41'387	41'902	
Veränderung	5.8%	7.1%	9.0%	-0.6%	1.2%	4.1%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	192	204	222	219	219	
Veränderung	4.9%	6.6%	8.5%	-1.4%	0.4%	3.4%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 10 Übrige OKP-Leistungen in Franken

Übrige Leistungen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Bruttoleistungen in 1'000 Franken	43'655	45'211	46'899	47'601	48'460	
Veränderung	5.1%	3.6%	3.7%	1.5%	1.8%	2.6%
Bruttoleistungen pro Versicherten in Franken	234	242	250	251	254	
Veränderung	4.2%	3.1%	3.3%	0.7%	1.0%	2.0%
davon:						
ChiropraktikerInnen in 1'000 Franken	1'514	1'529	1'445	1'383	1'310	-3.6%
Hilfsmittel- und Gegenstände (1) in 1'000 Franken	15'402	16'807	17'834	17'273	17'650	
Komplementärleistungen in 1'000 Franken	448	490	348	341	423	-1.4%
Übrige Leistungen in 1'000 Franken	26'282	26'385	27'271	28'605	29'076	

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Krankenversicherungsprämien

Tabelle A 11 OKP-Referenzprämien Basel-Stadt

Standardprämie (1) Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 22/16
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	545.6	567.3	591.8	602.4	605.3	611.1	603.8	
Veränderung in %	2.3%	4.0%	4.3%	1.8%	0.5%	1.0%	-1.2%	1.7%
Veränderung in Franken	12.4	21.7	24.5	10.6	2.9	5.8	-7.3	
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	506.3	529.0	556.1	477.2	458.9	459.5	451.5	
Veränderung in %	1.7%	4.5%	5.1%	-14.2%	-3.8%	0.1%	-1.7%	-1.9%
Veränderung in Franken	8.7	22.7	27.1	-78.9	-18.3	0.6	-8.0	
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	129.2	135.7	142.1	145.1	146.8	147.6	145.4	
Veränderung in %	1.2%	5.1%	4.7%	2.1%	1.2%	0.6%	-1.5%	2.0%
Veränderung in Franken	1.5	6.5	6.4	3.0	1.7	0.8	-2.2	

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

Bei Jugendlichen und Kinder beträgt die Franchise 0.

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

(4) bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 12 OKP-Referenzprämien Schweiz

Standardprämie (1) Schweiz	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 22/16
durchschnittliche Monatsprämie Erwachsene (2) in Franken	428.1	447.3	465.3	477.9	481.6	486.2	487.0	
Veränderung in %	4.0%	4.5%	4.0%	2.7%	0.8%	0.9%	0.2%	2.2%
Veränderung in Franken	16.3	19.1	18.0	12.6	3.7	4.5	0.8	
durchschnittliche Monatsprämie Jugendliche (3) in Franken	393.2	414.3	432.5	374.1	366.2	366.5	363.2	
Veränderung in %	3.6%	5.4%	4.4%	-13.5%	-2.1%	0.1%	-0.9%	-1.3%
Veränderung in Franken	13.5	21.1	18.2	-58.4	-7.9	0.3	-3.3	
durchschnittliche Monatsprämie Kinder (4) in Franken	98.7	105.2	110.5	113.7	115.0	115.4	115.4	
Veränderung	3.9%	6.6%	5.0%	3.0%	1.1%	0.4%	-0.1%	2.6%
Veränderung in Franken	3.7	6.5	5.2	3.3	1.2	0.5	-0.1	

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

Bei Jugendlichen und Kinder beträgt die Franchise 0.

(2) nach dem vollendeten 25. Altersjahr

(3) Jugendliche vor Vollendung des 25. Altersjahres

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 13 OKP-Prämienvolumen Basel-Stadt

Prämienvolumen OKP Basel-Stadt	2016	2017	2018	2019	2020	2021 kal.	2022 Prog.	Δ 22/16
Prämiensoll (1) pro Jahr in 1'000 Franken	861'499	900'398	940'036	948'776	952'664	962'819	971'916	
Veränderung	3.3%	4.5%	4.4%	0.9%	0.4%	1.1%	0.9%	2.0%
Prämiensoll [mittlere Prämie über alle Versicherten] (1) pro versicherte Person in Franken	385	401	417	418	416	418	410	
Veränderung	2.6%	4.0%	4.0%	0.1%	-0.4%	0.6%	-2.1%	1.0%

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

Quelle: BAG

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Kantonsbeiträge

Tabelle A 14 Transferaufwand Spitalbeiträge

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

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle A 15 Transferaufwand Langzeitpflege

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

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

Quelle: Rechnung Basel-Stadt

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Tabelle 22: Mengenentwicklung der Pflegeleistungen

Pflegeleistungen (in Pflegetagen/ -stunden)	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 20/16
Anzahl Pensions- und Pflege tage	1'098'388	1'095'822	1'097'812	1'086'785	1'058'871	
Veränderung	1.7%	-0.2%	0.2%	-1.0%	-2.6%	-0.9%
Anzahl Aufenthaltstage in Tagesstrukturen*	34'587	31'965	31'247	31'007	24'704	
Veränderung	-2.6%	-7.6%	-2.2%	-0.8%	-20.3%	-8.1%
Anzahl Pflegestunden Spitex	500'576	519'736	506'661	508'640	574'502	
Veränderung	10.3%	3.8%	-2.5%	0.4%	12.9%	3.5%

Quelle: Somed Statistik

Δ: durchschnittliche Veränderung pro Jahr

Grossratsbeschluss

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

(vom [Datum eingeben])

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

1. Der Grosse Rat nimmt Kenntnis vom siebten Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten gemäss § 67 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes.

Dieser Beschluss ist zu publizieren.