



An den Grossen Rat

12.1639.02

GD/P121639

Basel, 21. August 2013

Regierungsratsbeschluss vom 20. August 2013

Ratschlag

betreffend

**Kantonale Volksinitiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien
im Kanton Basel-Stadt“**

Inhalt

1. Begehren.....	3
2. Ausgangslage.....	3
3. Inhalt der Initiative.....	3
4. Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt	5
5. Handlungsoptionen.....	5
6. Ausformulierung der Initiative	19
7. Finanzielle Auswirkungen	20
8. Antrag.....	20

1. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen eine Ausformulierung der unformulierten Volksinitiative „für bezahlbare Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt“ und empfehlen sie den Stimmberechtigten des Kantons Basel-Stadt zur Annahme.

2. Ausgangslage

Am 3. Oktober 2012 hat die Staatskanzlei festgestellt, dass die kantonale Volksinitiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt“ mit 3'498 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist.

Gestützt auf den im Bericht des Regierungsrats Nr. 12.1639.01 vom 19. Dezember 2012 gestellten Antrag, hat der Grosse Rat an seiner Sitzung vom 6. Februar 2013 die unformulierte Initiative mit Beschluss Nr. 13706723G vom 6. Februar 2013 für rechtlich zulässig erklärt und beantragt, die Initiative „für bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ dem Regierungsrat gemäss § 18 Abs. 3 lit. b IRG zur Berichterstattung zu überweisen.

Wenn die rechtliche Zulässigkeit einer Initiative feststeht, hat der Grosse Rat gemäss § 18 des Gesetzes betreffend Initiative und Referendum (IRG) vom 16. Januar 1991 an der nächsten ordentlichen Sitzung die Initiative entweder:

- a. sofort dem Volk ohne Empfehlung und nicht mit einem Gegenvorschlag vorzulegen oder
- b. sie dem Regierungsrat oder einer Grossratskommission zur Berichterstattung zu überweisen.

3. Inhalt der Initiative

Die Initiative hat folgenden Wortlaut:

«Der Kanton Basel-Stadt sorgt dafür, dass die Krankenkassenprämien in Basel-Stadt im Vergleich zu anderen Regionen mit ähnlicher Struktur stabilisiert und auf ein ähnliches Niveau gesenkt werden. Dazu schöpft der Kanton konsequent sämtliche ihm zur Verfügung stehende Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten aus, ohne die Qualität der Grundversorgung zu verschlechtern. Der Regierungsrat erstattet diesbezüglich dem Grossen Rat jährlich Bericht über sämtliche Massnahmen in seinem Einflussbereich, über die Ausschöpfung und Umsetzung dieser Massnahmen sowie über die erzielten Ergebnisse. Er setzt sich zudem für einen besseren finanziellen Ausgleich zwischen den Kantonen ein.»

Die unformulierte Initiative fordert Massnahmen, um eine Stabilisierung und Senkung der Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt zu erreichen. Im Vergleich zu den kantonalen Steuern hätten die Krankenkassenprämien ein Niveau erreicht, das nicht mehr tragbar sei, seien doch die Krankenkassenprämien für viele Haushalte bereits höher als die Steuern.

Aus dem Initiativtext lassen sich die folgenden vier konkreten Forderungen ableiten:

1. Die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt sollen im Vergleich zu anderen Regionen mit ähnlicher Struktur stabilisiert und auf ein ähnliches Niveau gesenkt werden;
2. Der Kanton schöpft sämtliche ihm zur Verfügung stehende Mittel konsequent aus um die Gesundheitskosten zu senken und ohne die Qualität der Grundversorgung zu verschlechtern;

3. Der Regierungsrat erstattet dem Grossen Rat jährlich Bericht über sämtliche Massnahmen in seinem Einflussbereich, über die Ausschöpfung und Umsetzung dieser Massnahmen sowie die erzielten Ergebnisse;
4. Der Kanton Basel-Stadt setzt sich für einen besseren finanziellen Ausgleich zwischen den Kantonen ein.

Die unformulierte Initiative lässt offen, wie das Ziel der Stabilisierung und Senkung der Prämien konkret erreicht werden soll. Die Initianten überlassen die Umsetzung dem Regierungsrat. Sie schlagen jedoch folgende mögliche Massnahmen vor:

- Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an wenigen Standorten (höhere Fallzahlen, Partnerschaften über die Kantonsgrenzen hinweg);
- Verhinderung einer unnötigen Mengenausweitung der Anbieter, z.B. wäre nur ein Herzkatheterlabor in Basel-Stadt notwendig;
- Formulierung von Leistungsaufträgen an die Spitäler und Einflussnahme auf die Zulassung von Ärzten aufgrund von Bedarfsnachweisen;
- Im Bereich der Grundversicherung wird eine öffentliche Gesundheitskasse begrüsst / angestrebt;
- Managed Care-Modelle werden gefördert. Die Anreize sollen so gesetzt werden, dass auch chronisch Kranke Anreize haben, ihnen beizutreten;
- Stärkung der Position der Hausärzte als Gatekeeper;
- Empfänger von Prämienverbilligungen werden über kostengünstige Versicherungsmodelle informiert.

Die Initianten schlagen Massnahmen wie Angebotskonzentration, Kooperationen, Verbesserungen der Abläufe sowie Präventionsmassnahmen vor. Gleichzeitig soll die Qualität der Grundversorgung nicht verschlechtert werden. Eine Rationierung der Leistungen lehnen die Initianten klar ab.

Der Regierungsrat teilt die Sorge der Initianten um die hohen Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt und ist bemüht, neben zahlreichen bereits getroffenen und sich in Umsetzung befindenden Massnahmen, weitergehende Massnahmen gegen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und damit die Prämienlast für die basel-städtische Bevölkerung zu prüfen und umzusetzen. Er teilt dabei die Meinung der Initianten, dass es darum geht, das Mengenwachstum der beanspruchten Leistungen zu kontrollieren, ohne den Zugang zu notwendigen und sinnvollen Leistungen zu verwehren.

4. Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt

Ein umfassender Grundlagenbericht des Gesundheitsdepartements zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt ist diesem Ratschlag beigelegt. Dieser Bericht wird den Mitgliedern des Grossen Rates als Orientierungshilfe mit diesem Ratschlag mitgeschickt.

Im Bericht wird zunächst im ersten Kapitel die aktuelle Situation im Gesundheitswesen, speziell im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung (OKP), aufgezeigt. Insbesondere wird auf die schweizweite Kosten- und Prämienentwicklung eingegangen sowie die Steuerungskompetenzen von Bund und Kantonen. Der Bericht geht zudem auf die soziodemographischen und regionalen Besonderheiten des Kantons Basel-Stadt ein und vergleicht Basel-Stadt mit anderen Städten und Regionen der Schweiz.

Im zweiten Kapitel werden die aktuellen Tätigkeiten und Projekte von Basel-Stadt im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung beschrieben. Der Kanton kann nur dort aktiv werden, wo er auch die Kompetenzen dazu hat. In vielen Bereichen liegen die Kompetenzen jedoch beim Bund, womit dem Kanton der Handlungsspielraum fehlt. Dort, wo der Kanton die Steuerungskompetenzen hat, ist er auch in vielen Bereichen bereits aktiv in der Umsetzung. Das Beispiel der schweizweit unterdurchschnittlichen Entwicklung der Gesundheitskosten von baselstädtischen Versicherten im stationären Spitalbereich zeigt, dass der Kanton Basel-Stadt die ihm hier gegebene Steuerungskompetenz nutzt und damit auch einen positiven, prämienstabilisierenden Effekt erzielt. Das zweite Kapitel zeigt viele weitere Massnahmen auf, die getroffen bzw. eingeleitet wurden, um die Gesundheitsversorgung zu optimieren, mit dem Ziel die Gesundheitskosten zu stabilisieren bzw. zu senken (z.B. mit eHealth, der Umsetzung der neuen Spital- und Pflegefinanzierung, mit Präventionsmassnahmen, mit der Einführung eines Palliative Care-Konzeptes, einem breiten Qualitäts- und Versorgungsmonitorings, der Zusammenarbeit im regionalen Versorgungsraum Nordwestschweiz, der Etablierung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit etc.). Der Bericht zeigt auf, dass viele der konkreten Vorschläge der Initianten der Volksinitiative bereits angegangen wurden und sich somit in der Umsetzung befinden (z.B. die Konzentration der Spitzenmedizin im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung für hochspezialisierte Medizin IVHSM).

Im dritten Kapitel des Berichts werden weitere mögliche Handlungsoptionen im Sinne der Vollständigkeit aufgezeigt, bei denen der Kanton Basel-Stadt durchaus einen weiteren Handlungsspielraum hätte. Viele der dort aufgeführten Massnahmen könnten zwar prämienwirksam werden, sind jedoch entweder mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden oder es würde es viele Jahre dauern, bis eine Wirkung spürbar wird (z.B. bei der Primärprävention).

5. Handlungsoptionen

Die Prämienhöhe im Kanton Basel-Stadt ist ein Abbild der von der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Die Kosten sind ein Produkt von Menge mal Preis. Eine aktuellen Studie im Auftrag von santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer, vom Dezember 2012¹, zeigt auf, dass der Kanton Basel-Stadt nicht ein Preis-, sondern ein Mengenproblem hat, indem in Basel-Stadt schweizweit überdurchschnittlich viele Leistungen von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden, was die Kosten, und damit auch die Krankenkassenprämien so stark ansteigen lässt.

¹ http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=37297&detail=yes&navid=27

Die im schweizerischen Vergleich vergleichsweise hohen Gesundheitskosten der baselstädtischen Bevölkerung und damit die hohen Krankenkassenprämien des Kantons Basel-Stadt sind somit erwiesenermassen ein Ergebnis der Nachfrage (hohe Beanspruchung von Gesundheitsleistungen). Die Hauptgründe dafür liegen gemäss der Studie vor allem in den soziodemografischen Strukturen (u.a. der schweizweit höchsten Bevölkerungsdichte, dem höchstem Altersquotienten in der Schweiz, der höchsten Zahl an Einpersonenhaushalten und dem hohem Anteil von Migranten), sowie der hohen Angebotsdichte im Kanton Basel-Stadt (v.a. wegen der Zentrumsfunktion von Basel-Stadt mit entsprechenden Spitälern, Einrichtungen, technischen Geräten und der hohen Zahl an SpezialärztInnen).

Im Gesundheitswesen ist der Handlungsspielraum der Kantone beschränkt, da sie nur in bestimmten Bereichen eine Steuerungskompetenz haben. Zum Beispiel wird der Umfang der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) alleine vom Bund definiert und der Versicherte hat, ohne eine freiwillige Einschränkung, einen uneingeschränkten Zugang zu allen Leistungserbringern, die zugelassen oder auf einer Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind. Eine zu restriktive Beschränkung der Zahl von Leistungserbringern oder Spitälern im Kanton Basel-Stadt würde vermutlich einen geringen Effekt auf die Gesamtkosten im Gesundheitswesen haben, da die Basler auf die Leistungserbringer der Nachbarkantone ausweichen könnten. Die Kosten für die Behandlungen würden zwar ausserhalb des Kantons Basel-Stadt anfallen, da sie jedoch von den baselstädtischen Versicherten ausgelöst sind, würden sie von den Versicherern trotzdem den Krankenkassenprämien von Basel-Stadt belastet werden. Eine zu restriktive Beschränkung der Leistungserbringer in Basel-Stadt würde zudem den Spitalstandort Basel-Stadt schwächen, was unter anderem auch negative volkswirtschaftliche Konsequenzen für den Kanton Basel-Stadt hätte. Bei einer Einflussnahme auf die Kosten im Gesundheitsbereich ist immer zu berücksichtigen, dass rund 80% der Gesundheitskosten Personalkosten sind und eine Kostenreduktion seitens des Kantons nicht immer durch Effizienzsteigerungen der Leistungserbringer aufgefangen werden kann.

Die Leistungserbringer im Kanton tragen zwar viel zum volkswirtschaftlichen Nutzen für den Kanton Basel-Stadt bei; trotzdem müssen aber die Bemühungen intensiviert werden, um die Kosten- und Prämienentwicklung im Gesundheitswesen des Kantons Basel-Stadt in den Griff zu bekommen, da die hohen Krankenkassenprämien in Basel-Stadt auch zu einem Standortnachteil werden können.

Im vorliegenden Grundlagenbericht des Gesundheitsdepartements zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens werden insbesondere die laufenden Tätigkeiten und Projekte zur Stabilisierung und Senkung der Kosten und damit auch der Prämien dargelegt. Ein Hauptaugenmerk wird dabei auf den ambulanten und spitalambulantem Bereich gelegt, welche aktuell am stärksten zur Kostensteigerung beitragen. Der Bericht erläutert dabei verschiedene weitergehende Möglichkeiten zum Einwirken auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Dabei ausgeschlossen wurde aber explizit die Möglichkeit von Rationierungsmassnahmen. Mit dem Instrument der Rationierung kann man zwar bis zu einem gewissen Teil die Menge der konsumierten Leistungen und damit auch Kosten reduzieren; das würde jedoch bedeuten, einem in Basel wohnhaften Patienten eine medizinisch sinnvolle und notwendige Leistung vorzuenthalten. Eine Rationierung bestimmter medizinischer Leistungen ist schweizweit nur auf Bundesebene über eine Einschränkung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung möglich. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat sich klar gegen Rationierungsmassnahmen ausgesprochen und will diese daher auch nicht weiter prüfen.

Die weiteren möglichen Massnahmen zur Stabilisierung der Gesundheitskosten lassen sich generell drei Handlungsoptionsgruppen zuordnen:

1. Massnahmen zur Steigerung der Effizienz;
2. Anpassung der Finanzierung;
3. Beeinflussung der Nachfrage.

Diese Handlungsoptionen werden im Folgenden näher erläutert:

1. Massnahmen zur Steigerung der Effizienz

Der Kanton Basel-Stadt weist eine Dichte an medizinischen Leistungserbringern auf, die beinahe doppelt so hoch ist, wie der für die eigene Bevölkerung notwendige Bedarf. Diese vermeintlichen „Überkapazitäten“ dienen jedoch im Rahmen der Zentrumsfunktion von Basel-Stadt in der Region Nord-West-Schweiz vor allem der Versorgung von PatientInnen aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland; rund 46% aller stationären und ambulanten Behandlungen in basel-städtischen Spitälern und rund 43% aller Behandlungen in den Praxen von niedergelassenen ÄrztInnen werden von ausserkantonalen PatientInnen in Anspruch genommen. Die dafür anfallenden Kosten werden aber nicht den Krankenkassenprämien von Basel-Stadt belastet, sondern den jeweiligen Heimatkantonen der PatientInnen, sodass in Basel-Stadt keine zusätzliche Prämienbelastung anfällt. Der Vorteil für Basel-Stadt ist ein grösseres Angebot an Stellen im Gesundheitswesen im eigenen Kanton, womit im Gesundheitssektor mehr Einkommen generiert werden kann. Zudem steht der basel-städtischen Bevölkerung ein qualitativ hochstehenderes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung. Als offensichtlicher Nachteil ist wohl zu sehen, dass ein grösseres Angebot an Dienstleistungen und damit ein leichter Zugang auch eine grössere Nachfrage und damit auch höhere Gesundheitskosten generiert.

Spitalplanung

Im Rahmen der Planung der kantonalen Spitalliste sorgt der Kanton Basel-Stadt für eine bedarfsgerechte Versorgung. Er hat dabei die Möglichkeit, bei der Spitalplanung Mengenbeschränkungen pro Spital und/oder pro Eingriff festzulegen, insbesondere dann, wenn Überkapazitäten bestehen. Dies kann entweder auf eine indirekte Art, durch eine sehr restriktive Vergabe von Leistungsaufträgen geschehen, wodurch die Kapazität begrenzt wird, was sich letztlich auf die Menge auswirkt, oder auf direktem Weg über eine zahlenmässige Beschränkung von konkreten Leistungen auf der Spitalliste selbst. Dies wäre eine direkte Form der Rationierung von medizinischen Leistungen und ein starker Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit der Spitäler. Laut Bundesgericht ist dies aber zulässig und wird in den Kantonen Bern und Tessin teilweise auch durchgeführt. Dabei würde eine allfällige Mengenbeschränkung nur für die basel-städtischen PatientInnen in basel-städtischen Spitälern gelten, da der Kanton Basel-Stadt nicht über weiterreichende Beschränkungen für ausserkantonale Spitäler verfügen kann. Dies würde wiederum dazu führen, dass die basel-städtischen PatientInnen unweigerlich auf ausserkantonale Spitäler ausweichen würden. Dies wäre zulässig und der Kanton Basel-Stadt müsste in diesem Fall seinen Anteil an den Behandlungen wie innerhalb des Kantons bezahlen. Dadurch würden der Spitalstandort Basel-Stadt und vor allem die Zentrumsspitäler (das Universitätsspital Basel und das Universitäts-Kinderspital beider Basel), geschwächt, was seinerseits negative volkswirtschaftliche Konsequenzen für den Kanton Basel-Stadt hätte. Damit die Mengenbeschränkung im eigenen Kanton nicht durch ein Ausweichen der basel-städtischen PatientInnen auf die umliegenden Kantone einfach umgangen und kompensiert werden kann, müsste eine restriktivere Umsetzung der Spi-

talplanung im Kanton Basel-Stadt unbedingt in Einklang mit den Nordwestschweizer Kantonen erfolgen, um ein Ausweichen zu verhindern.

Mit der Versorgungsplanung Nordwestschweiz und dem gemeinsamen Versorgungsbericht vom Oktober 2010² sowie den gemeinsam definierten Spitalplanungskriterien, die von den Regierungen der nordwestschweizerischen Kantone ausgearbeitet wurden, besteht bereits eine entsprechende regionale Spitalkooperation zwischen den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn. Für die Jahre 2011 bis 2013 ist ein weiteres Monitoring geplant. In diesem Monitoring sollen die überregionalen Patientenströme im stationären wie auch im ambulanten Bereich ausgewertet und genau analysiert werden. Die Kantone sollen einen Überblick erhalten, wo sich welche Kantonseinwohner behandeln lassen. Dies wird für die Spitalplanung der einzelnen Kantone ab dem Jahr 2015 eine wichtige Rolle bei der Vergabe von Leistungsaufträgen spielen. Diese Basis könnte den Kantonen auch dazu dienen, regionale Spitalkooperationen mit Leistungsaufträgen zu fördern und zu unterstützen, indem z.B. Zentrumsleistungen, wie sie das USB, das UKBB und die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) erbringen, mit entsprechenden Leistungserbringern in den anderen nordwestschweizerischen Kantonen abgestimmt würden. Damit könnten echte, überregional institutionalisierte Patientenpfade entstehen. Dies wiederum bedeutet, dass nicht jeder Kanton alles auf dem eigenen Gebiet in derselben Tiefe und Breite an medizinischen Leistungen anbieten sollte. Da dies aber nur möglich wird, wenn die Leistungserbringer Bereitschaft zeigen auf einige ihrer bisherigen Angebotsstrukturen zu verzichten, ist damit zu rechnen, dass es sich um einen längerfristigen und schwierigen Transformationsprozess handeln dürfte. Die bisherigen Bemühungen zu einer Konzentration der Leistungen innerhalb der Region Nordwestschweiz sind leider nur von wenig Erfolg gekrönt geblieben. Der Regierungsrat ist trotz dieser Schwierigkeiten bereit, seine Politik in der Spitalplanung und in der notwendigen Zusammenarbeit innerhalb der Region der Nordwestschweiz weiter auszugestalten, mit dem Ziel der Dämpfung der Kosten und der Steigerung der Effizienz.

Zulassungsstopp in der Praxis und im spitalambulanten Bereich

Die Steuerung der Mengenentwicklung im ambulanten Bereich und speziell im spitalambulanten Bereich ist zurzeit nur sehr beschränkt möglich. Infolge des medizintechnischen Fortschritts können immer mehr Spitalleistungen ambulant erbracht werden, welche früher noch stationär durchgeführt werden mussten. Diese Entwicklung ist durchaus erwünscht und mit einer Zunahme des Patientennutzens, wie auch des volkswirtschaftlichen Nutzens verbunden, da die Krankheitskosten insgesamt reduziert werden (z.B. durch eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz). Mit der Verschiebung von Behandlungen aus dem vom Kanton mitfinanzierten stationären Bereich in den vom Kanton nicht mitfinanzierten spitalambulanten Bereich, kommt es heute zu einer grossen Mehrbelastung der Prämien. Der spitalambulante Bereich ist denn auch der heute am stärksten wachsende medizinische Bereich und stellt somit für die Krankenkassenprämien den grössten Kostentreiber dar.

Da seit der Aufhebung des Zulassungsstopps Anfang 2012 die Zahl der SpezialärztInnen schweizweit und im Kanton Basel-Stadt drastisch zugenommen hat und dadurch ein erneuter Kostenanstieg im Gesundheitswesen befürchtet wird, können die Kantone seit dem 1. Juli 2013 die Neuzulassung von allen ÄrztInnen in der Praxis und im spitalambulanten Bereich wieder beschränken. Mit der auf drei Jahre befristeten Gesetzesvorlage will der Bundesrat den Kantonen ein Mittel in die Hand geben, um bei einer Überversorgung – aber auch bei einer Unterversorgung bestimmter Regionen – rasch reagieren zu können. Das Bundesparlament hat dabei die Beschränkung auf SpezialistInnen abgeändert, so dass der Stopp nun für alle ÄrztInnen ohne Ausnahme einer Facharztrichtung gilt (also inkl. Grundversorger). Dabei ist es den Kantonen überlassen, ob sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen. Die Befristung auf drei Jahre soll es dem Bund erlauben, parallel weitere, längerfristige Massnahmen zu prüfen. Einschränkend wirkt sich aber aus, dass alle ÄrztInnen, die bereits mehr als drei Jahre in der Schweiz tätig

² <http://www.baselland.ch/Versorgungsbericht.314044.0.html>

sind, von der Regelung ausgenommen sind. Der Kanton Basel-Stadt setzt das Gesetz und die Verordnung gemäss der vom Bund gegebenen Möglichkeiten vollumfänglich um und kann somit mit der Beschränkung von neuen ÄrztInnen im ambulanten und spitalambulantem Bereich zumindest teilweise einer übermässigen Kostensteigerung entgegenwirken. Als längerfristiges Instrument zur Kosteneindämmung ist die Zulassungsbeschränkung jedoch nicht geeignet und auch nicht empfehlenswert, da dadurch auf lange Sicht die Nachwuchsförderung von jungen ÄrztInnen verhindert wird und der Kanton Basel-Stadt somit an Attraktivität verliert. Es muss deshalb in den nächsten drei Jahren eine alternative, langfristige Lösung zwischen Bund und Kantonen gefunden werden.

2. Anpassung der Finanzierung

Globalbudget für den stationären Bereich

Der Kanton könnte als sehr restriktive Massnahme im stationären Bereich als finanzielles Steuerungsinstrument gemäss Art. 51 KVG für die basel-städtischen Spitäler und Pflegeheime ein Globalbudget einführen. Wäre das Globalbudget gegen Ende des Jahres erreicht, würde dies bedeuten, dass der Kanton sich nicht mehr an der Finanzierung von weiteren Leistungen im Kanton Basel-Stadt beteiligen müsste; somit würden diese wohl von den Spitälern auch nicht mehr erbracht werden. Die Idee des Globalbudgets stammt jedoch aus einer Zeit vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung und würde heute, angesichts der Freizügigkeit der Versicherten für die ganze Schweiz, dazu führen, dass ab Erreichen der Limite des Globalbudgets Patienten in Spitälern anderer Kantone ausweichen würden. Hier hat der Kanton keine Steuerungskompetenz und wäre verpflichtet, seinen Anteil dort wieder zu bezahlen. Somit wäre der Effekt eines Globalbudgets zunichte gemacht und der gewünschte, prämiensenkende Effekt würde nicht eintreten.

Spitaltarife

Um einer übermässigen Verteuerung der Spitalleistungen entgegenzuwirken, werden die Spitaltarife im Rahmen der Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren jährlich vom Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft. Gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG haben die Vertragspartner, bestehend aus den Leistungserbringern und den Versicherern, sowie die zuständige Behörde darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige, gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Preisen erreicht wird. Dabei müssen sich die Spitaltarife an der Entschädigung für jene Spitäler orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbringen. Diese gesetzlichen Vorgaben werden in Art. 59c KVV präzisiert, wonach der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf. Der Kanton hat hier eine Steuerungskompetenz, die er auch nutzt. Wie bereits ausgeführt, konnte im Kanton Basel-Stadt im stationären Spitalbereich für die basel-städtischen Versicherten eine schweizweit unterdurchschnittliche Entwicklung der Gesundheitskosten erreicht und damit ein prämiensstabilisierender Effekt erzielt werden.

Kantonsanteil für den spitalambulantem Bereich

Die Kantone haben mit der Spitalliste eine Steuerungskompetenz für den stationären Bereich. Wie das Beispiel des Kantons Basel-Stadt zeigt, konnte der Kostenanstieg in diesem Bereich auch wirklich gebremst werden; die stationären Kosten haben sich im Kanton Basel-Stadt stabilisiert. Die Kantone müssen sich im stationären Bereich zu mindestens 55% an den Spitalleistungen beteiligen; im ambulanten Bereich übernehmen die Versicherer die anfallenden Kosten zu 100 %, was bei einem Mengenwachstum im ambulanten Bereich auch eine entsprechend stärker-

re Wirkung auf die Prämien hat. Da durch den medizintechnischen Fortschritt immer mehr Spitalleistungen ambulant erbracht werden können, welche früher noch stationär durchgeführt wurden, kommt es dadurch zu einer Kostenverschiebung von den Kantonen zur Grundversicherung. Zu diesem Thema wurde im März 2013 im Bundesparlament eine Motion eingereicht³. Darin wird die „Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen“ gefordert. Der Bundesrat soll beauftragt werden, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, das für alle Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung (Mitfinanzierung durch die Kantone) vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Dabei geht es um jene spitalambulanten Leistungen, welche eine Nutzung der Spitalinfrastruktur (Operationssaal, Anästhesie) benötigen. Durch eine kantonale Mitfinanzierung des spitalambulanten Bereichs (operative Eingriffe) könnte die Prämienlast längerfristig gesenkt oder zumindest stabilisiert werden. Die Motion wird voraussichtlich im Herbst 2013 im Parlament behandelt werden. Die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterstützt diese Stossrichtung grundsätzlich, aber nur unter der Prämisse der kostenneutralen Umsetzung für die Kantone. Der Kanton Basel-Stadt ist bereit, eine Mitfinanzierung des spitalambulanten Bereichs zu prüfen, falls eine Bundeslösung zustande kommt und die Vorbedingung für eine kostenneutrale Umsetzung für den Kanton Basel-Stadt gegeben ist.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind Spitalleistungen, die zwar nicht zu den Grundleistungen der Spitäler nach KVG gehören und somit gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG nicht über die obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert werden dürfen, jedoch vom Kanton auf Grund gesetzlicher Vorgaben aufrechterhalten werden müssen, oder aus politischen bzw. gesellschaftlichen Überlegungen heraus weiterhin aufrechterhalten werden sollen. Als Beispiele für gemeinwirtschaftliche Leistungen werden in Art. 49 Abs. 3 KVG die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die universitäre Lehre und Forschung genannt. Die gesetzliche Aufzählung ist nicht abschliessend, was bedeutet, dass sämtliche kantonsspezifischen Regelungen, wie z.B. die Abgeltung für die geschützten Operationsstellen (GOPS), oder die Finanzierung der Beschulung von Kindern bei ihrem Spitalaufenthalt, in die gemeinwirtschaftlichen Leistungen einzubeziehen sind und nicht in die anrechenbaren Kosten nach KVG für die Tarifberechnung eingerechnet werden dürfen.

Der Kanton kauft die gemeinwirtschaftlichen Leistungen bei den Spitälern ein. Für die Jahre 2012 und 2013 hat der Kanton Basel-Stadt mit den einzelnen Spitälern Vereinbarungen zur Finanzierung dieser Leistungen und ungedeckten Kosten getroffen (gesamthaft für das Jahr 2012: 125 Mio. Franken und für das Jahr 2013: 115 Mio. Franken). Im Hinblick auf die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird jährlich eine Prüfung durch das zuständige Departement vorgenommen. Gemäss dem Ratschlag Nr. 11.1063.01 vom 29. September 2011 ist der Regierungsrat der Meinung, dass zumindest bei einem Teil der heute vom Kanton finanzierten gemeinwirtschaftlichen Leistungen, wie z.B. der Mitfinanzierung des defizitären ambulanten Teils der Spitäler, der Kantonsbeitrag degressiv sein soll und in den kommenden Jahren ganz wegfallen wird.

Da die Ausrichtung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch den Kanton Basel-Stadt aber teilweise auch ausserkantonalen PatientInnen der Basler Spitäler zugute kommt, wirkt sich die Entlastung durch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht in vollem Umfang auf die baselstädtischen Krankenversicherungsprämien aus. Im Jahr 2011 betrug der Anteil von ausserkantonalen und ausländischen PatientInnen rund 46% der gesamten stationären Fälle in baselstädtischen Spitälern; daher beabsichtigt der Kanton Basel-Stadt, bei der Ausarbeitung der nächsten Rahmenausgabenbewilligung für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die baselstädtischen Spitäler dazu zu verpflichten, dass die vom Kanton Basel-Stadt abgegoltenen ge-

³ Fraktion CVP-EVP. 21.03.2013. Motion 13.3213. Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen. URL: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20133213 [Zugriff: 04.07.2013].

meinwirtschaftlichen Leistungen nur noch den basel-städtischen PatientInnen zugute kommen dürfen (wie z.B. für die Beschulung von Kindern mit längerem Spitalaufenthalt). Da diese Dienstleistungen der Spitäler aber auch weiterhin den ausserkantonalen und ausländischen PatientInnen offenstehen aber nicht mehr vom Kanton Basel-Stadt bezahlt werden sollen, ist es erforderlich, dass die basel-städtischen Spitäler mit der zuständigen Verwaltungsbehörde der jeweiligen Wohnregion der ausserkantonalen PatientInnen eine entsprechende Vereinbarung über die Mitfinanzierung der erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen treffen.

Universitäre Lehre und Forschung

Neben den „echten“ gemeinwirtschaftlichen Leistungen gibt es den Sonderfall „Universitäre Lehre und Forschung“. Die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung dürfen gemäss KVG nicht von der Krankenversicherung bezahlt werden und sind somit aus den anrechenbaren Kosten der Spitäler auszuschneiden. Bei den Tarifverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern, die auf den nach KVG anrechenbaren Kosten der Spitäler basieren, wird gemäss langjähriger Bundesrats- und Bundesgerichtspraxis bei den universitären Spitälern nicht der effektiv von ihnen ausgewiesene Betrag für Lehre und Forschung, sondern ein normativer Abzug von 23% (bis 2012 24%) auf den Betriebskosten vorgenommen. Dieser Umstand führt aber dazu, dass zwischen der Finanzierung der Lehre und Forschung gemäss dem Leistungsauftrag der Universität und dem normativen Abzug für die universitäre Lehre und Forschung durch die Krankenversicherer bei den Spitälern eine grosse Finanzierungslücke entsteht. Aus heutiger Sicht ist es klar, dass der seit Jahren angewandte normative Abzug zu hoch ist, da die von den Spitälern heute ausgewiesenen Kosten für Lehre und Forschung im engeren Sinn bei etwa der Hälfte des Abzugs von 24% liegen. Die Einnahmen der Spitäler aus den Leistungsaufträgen der Universitäten belaufen sich entsprechend auf einen kleineren Betrag, so dass z.B. 2012 bei den basel-städtischen Spitälern eine Finanzierungslücke von rund 60 Mio. Franken entstand. Diese Finanzierungslücke wurde bisher bei den öffentlichen Spitälern vom Kanton Basel-Stadt (beim bikantonalen Universitäts-Kinderspital auch vom Kanton Basel-Landschaft) zunächst über eine Defizitdeckung wird heute über die Ausrichtung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausgeglichen.

Sachgerecht wäre, wenn bei den Tarifberechnungen die effektiven Kosten für Lehre und Forschung abgezogen würden. Die heutige Praxis führt zu niedrigeren anrechenbaren Kosten und damit zu niedrigeren Tarifen für die Krankenversicherer. Würde nur noch der effektive Betrag abgezogen, hätte dies höhere Tarife zur Folge, was wiederum höhere Spitalkosten und damit auch um schätzungsweise 5,5% höhere Krankenkassenprämien zur Folge hätte. Mit dem Ausgleich dieses Differenzbetrags des höheren Abzugs bei den Tarifberechnungen über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, vermeidet der Kanton indirekt einen Anstieg der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt.

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung bis zum FMH-Titel

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung werden die Kosten für die Weiterbildung von AssistenzärztInnen bis zum FMH-Facharztstitel von den Krankenversicherern nicht mehr finanziert. Eine schweizweite Regelung der Finanzierung der Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel wurde von der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) initiiert und soll frühestens im Januar 2015 in Kraft treten. Diese Regelung sieht vor, dass ein interkantonaler Finanzausgleich eingeführt wird. Durch den Finanzausgleich wird der effektive Weiterbildungsaufwand der Spitäler gleichmässig nach der Bevölkerungszahl unter den Kantonen verteilt wird. Der Kanton Basel-Stadt würde hierbei wegen der hohen Zahl von AssistenzärztInnen in Ausbildung direkt profitieren und könnte sein Budget jährlich um mehrere Millionen Franken entlasten.

Pflegeheime

Im Bereich der Pflegeheime verteilen sich die Kosten auf die Träger HeimbewohnerIn, Krankenversicherer sowie Kanton. Zu unterscheiden sind dabei die Kosten für die Pflege im engeren Sinne, sowie die Kosten für Hotellerie und Betreuung. Letztere gehen voll zulasten der Heimbewohnerin bzw. des Heimbewohners, wobei der Kanton subsidiär über Ergänzungsleistungen mitfinanziert. Ein Effekt auf die Krankenversicherungsprämien ist somit lediglich im Bereich der Pflegekosten im engeren Sinn zu erzielen. Dabei wirken sich Massnahmen, welche auf die Gesamtkosten der Pflegeheime abzielen, aufgrund der hohen Personalintensität immer auch bedeutend auf die Löhne sowie die Anzahl der Stellen aus. Mit Einführung der neuen Pflegefinanzierung sind die Kosten für die Krankenversicherer im Kanton Basel-Stadt gesunken. Nach Abschluss der Übergangsfrist Ende 2013 werden diese rund zehn Prozent tiefer liegen als vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu Beginn des Jahres 2011. Dabei gehen Mehrkosten in erster Linie zulasten des Kantons.

Eine Finanzierung der Pflegeheimkosten im Kanton Basel-Stadt über Vollkostentarife hätte den Vorteil, dass der Aufwand verursachergerecht verteilt wird. Eine finanzielle Unterstützung seitens des Kantons würde nur noch subsidiär via Ergänzungsleistungen erfolgen. Diese Systemänderung hätte jedoch keinerlei Relevanz für die Beiträge der Krankenversicherer, da diese lediglich von der jeweiligen Pflegestufe abhängen. Eine Verschiebung von Kosten aus dem durch die Krankenversicherung, die Bewohnenden sowie den Kanton getragenen Pflege- in den nur durch die Bewohnenden getragenen Betreuungsbereich ist nicht angezeigt. Die Pflegeleistungen sind gesetzlich klar definiert. Auch wenn eine Verschiebung möglich wäre, hätte dies keinen Einfluss auf die Beiträge der Krankenversicherer. Es würde analog der Umstellung auf Vollkostentarife lediglich eine Verschiebung von Kosten vom Kanton zu den Pflegeheimbewohnenden resultieren, da die Betreuungskosten vollumfänglich zulasten der Bewohnenden gehen und auf der Pflegeseite lediglich die durch den Kanton getragene Restfinanzierung betroffen wäre.

Im Hinblick auf mögliche Handlungsoptionen zur Optimierung der Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege gilt es generell zu beachten, dass der Pflegeheimbereich sich durch eine sehr hohe Personalintensität auszeichnet. Über 80 Prozent der Kosten betreffen den Personalbereich. Aufgrund der heute bereits sehr hohen Produktivität des Personals sowie aufgrund der starken physischen und psychischen Belastung im Pflegebereich wäre ein mit Kosteneinsparungen einhergehender Personalabbau ohne qualitative Abstriche nicht machbar. Im Vordergrund stehen somit Handlungsoptionen, welche Einsparungen in den Bereichen „ärztliche Versorgung“ sowie beim Einsatz von Medikamenten bringen bzw. Massnahmen, welche einen Heimaufenthalt hinauszögern oder ganz verhindern.

Eine weitere Möglichkeit zur Optimierung der Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege stellt die Förderung von Alterswohnungen mit einem vielfältigen Serviceangebot dar. Die Notwendigkeit eines Eintrittes in ein Pflegeheim, welcher sowohl für die Krankenversicherung, als auch für die direkt Betroffenen mit hohen Kosten verbunden ist, kann so verzögert oder sogar verhindert werden. Dabei soll das Wohnen mit Serviceangebot die gewohnte Lebensführung und den Erhalt der Kompetenzen der BewohnerInnen unterstützen. Es richtet sich an ältere Menschen, die (noch) keine regelmässige Pflege benötigen, jedoch eine gewisse Sicherheit und Entlastung von Alltagsarbeiten suchen. Im Gegensatz zum Aufenthalt im Pflegeheim soll jedoch nicht ein umfassender Service geboten werden. Lediglich ein Grundangebot an Dienstleistungen, welches in erster Linie dem im Alter erhöhten Bedürfnis nach Sicherheit Rechnung trägt (24h-Notruf, täglicher Kurzkontakt, Grundbetreuung, Wohnungsreinigung), soll pauschal abgedeckt sein. Zusätzliche Dienstleistungen sollen nur bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Als Ergänzung kann bei Auftreten eines Pflegebedarfs auf das gut ausgebaute Spitex-Netz des Kantons Basel-Stadt zurückgegriffen werden. Ein weiterer Vorteil des Wohnens mit Serviceangebot ist die altersgerechte Bauweise der entsprechenden Wohnungen, wodurch Unfälle und die damit in Zusammenhang stehenden Kosten vermieden werden können. Jedoch können aus betriebswirtschaftlicher Sicht Serviceleistungen nur in Einheiten mit einer grossen Anzahl an Wohnungen bzw. in Einhei-

ten in der Nähe einer Pflege-/Betreuungsinstitution (Pflegeheim, Spitex-Quartierzentrum etc.) erbracht werden. Aufgrund der Limiten für Wohnen und Serviceleistungen im Ergänzungsbereich können nicht alle Bevölkerungskreise gleichermassen von entsprechenden Angeboten profitieren.

3. Beeinflussung der Nachfrage

Förderung der Integrierten Versorgung

Die Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten massgeblich durch Initiativen der Akteure selber, insbesondere der Leistungserbringer und Versicherer, angetrieben. Diese haben sich im „Forum Managed Care“ (FMC) zusammengeschlossen. Das FMC ist ein offener Verein für die Diskussion und Verbreitung innovativer Systeme im Schweizer Gesundheitswesen und vereint alle Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen, die sich mit der Steuerung der Gesundheitsversorgung in qualitativer und ökonomischer Sicht befassen. Das FMC hat sich zum Ziel gesetzt, die Kooperation und Kommunikation der Akteure und Institutionen zu optimieren und sektorübergreifende Lösungen im Sinne von integrierenden Versorgungssystemen zu fördern. Zentraler Treiber der Integrierten Versorgung ist das Zusammenspiel von Versicherten/Patienten, Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die gegenseitigen Beziehungen sind vertraglich geregelt. Das FMC hat für grosstädtische Agglomerationen wie Basel, Bern, Genf, Lausanne oder Zürich ein Szenario zur Umsetzung der integrierten Versorgung entwickelt. Dieses Szenario, welches mittelfristig auch im Kanton Basel-Stadt verwirklicht werden könnte, zeichnet sich durch folgende Schwerpunkte aus:

- Mehrere und unterschiedlich positionierte Ärztenetze (reine Hausarztnetze, Netze mit ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten, Netze mit ärztlichen/nicht-ärztlichen Mitgliedern) bieten ihre Leistungen alleine oder in Kooperation mit anderen Organisationen wie Spitälern, Spitex, Pflegeheimen, Apotheken, Rehabilitations- und Physiotherapie-Einrichtungen an;
- In einem grossen Gesundheitszentrum, das von einem Spital und zwei Ärztenetzen realisiert wird, finden sich eine Notfallpraxis mit 365x24-Stunden-Zugang, mehrere Kompetenzzentren für bestimmte Patientengruppen (z.B. ein psychiatrisches Walk-in-Ambulatorium, ein Geriatrie-Zentrum, ein Chronic-Care-Zentrum) sowie Spitex-Dienste mit einer kleinen Bettenstation für Kurzbetreuungen von älteren Patienten. Ausserdem ist das Gesundheitszentrum eine attraktive Aus- und Weiterbildungsstätte für Mediziner, Pflegende und spezialisierten Medizinischen PraxisassistentInnen (MPA);
- Patientengruppen mit komplexen Betreuungsbedürfnissen werden in eigenen Netzstrukturen betreut wie beispielsweise einem Onkologie-Netz, in dem Patientenpfade, klinische Entscheidungsfindung, Konferenzen und Boards bis hin zu den Terminvereinbarungen vernetzt und aufeinander abgestimmt werden;
- Das Universitätsspital betreibt ein grosses Patientenhotel, in dem PatientInnen – sobald sie nach einer Operation oder Geburt keine intensive Pflege mehr benötigen – untergebracht werden und wo bei Bedarf die zuständigen Ärzte beigezogen werden können. Ebenfalls in unmittelbarer Nähe führt das Universitätsspital ein intermediäres Pflegeheim, das geriatrische und palliative Patienten zwischen der Akut-Hospitalisation und dem Aufenthalt in einer Langzeitinstitution oder zu Hause betreut;
- Zwischen den verschiedenen Organisationen besteht ein Wettbewerb;
- Advanced Nurse Practitioners (ANP) werden gefördert. Arbeitsfelder von ANP sind vielfältig, jedoch immer mit einer erweiterten Pflege verbunden, d.h. mit Interventionen, die traditionellerweise nicht ins pflegerische Aufgabenspektrum und eher zu den einfachen ärztlichen Tätigkeiten gehören (z.B. klinisches Assessment, medizinische Diagnostik, Familieninterventionen). Die ANP können somit bereits eine Triage vornehmen, ob ein Patient dem Arzt vorgestellt werden muss oder nicht. Die ANP würden somit, im Hinblick auf einen Mangel an

ärztlichen Grundversorgern, in Zukunft eine wichtige Rolle in der medizinischen Grundversorgung übernehmen.

Förderung von Palliative Care

Der integrierten Versorgung kommt auch bei der Förderung der Palliative Care eine zentrale Bedeutung zu, da dadurch die Koordination, Kommunikation und Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen (Spitex, Spitäler, Pflegeheime, Ärzteschaft) bei der Entwicklung von Palliative-Care-Angeboten verbessert wird. Diese Verbesserung wirkt sich wiederum auch positiv auf die Schnittstellenoptimierung zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen im Bereich der Palliative Care aus, wovon letztlich die PatientInnen, die Leistungserbringer und die gesamte kantonale Gesundheitsversorgung profitieren. Dass mit der Förderung von Palliative Care die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen durch kürzere Spitalaufenthalte, weniger Notfallhospitalisationen und weniger Aufenthalten in Intensivpflegestationen gedämpft werden können, konnte durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in einer Analyse von 15 internationalen Studien zur Kosteneffektivität von Palliative Care bzw. zu den Kosten der letzten Lebensphase deutlich gezeigt werden⁴. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse im Bereich der Palliative Care, welche der Bund auch in seiner Nationalen Strategie Palliative Care 2010 – 2012, die für die Jahre 2013 – 2015 verlängert wurde, festgehalten hat, und der eruierten Lücken bzw. Handlungsschwerpunkte im Kanton Basel-Stadt, wurde eine Umsetzungsplanung erarbeitet und von der kantonalen Arbeitsgruppe Ende 2012 verabschiedet. Dabei ist für eine nachhaltige Implementierung von Palliative Care im Kanton Basel-Stadt die Etablierung einer Anlauf- und Koordinationsstelle von zentraler Bedeutung.

Förderung von eHealth

eHealth ist ein Überbegriff für die verschiedenen Arten der elektronischen Daten-Kommunikation im Gesundheitswesen. Das elektronische oder virtuelle Patientendossier ist ein Teilbereich von eHealth und die zentrale Anwendung im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie. Es ermöglicht einen geregelten, institutionsübergreifenden Zugriff auf Patientendaten durch berechtigte Leistungserbringer und den Patienten selbst. Der Bundesrat hat bereits im Januar 2007 eine eHealth-Strategie verabschiedet, deren Ziel es ist, dass die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz bis zum Jahr 2015 „den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen“ können. Das Kernstück zur Umsetzung dieser Zielsetzung ist auch hier das elektronische Patientendossier. Die Strategie des Bundes beschränkt sich des Weiteren auf die Festlegung der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Die konkrete Umsetzung liegt in der Zuständigkeit der Kantone im Rahmen ihrer Aufgabe der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung mit der Durchführung von Modellprojekten.

Da der Verbesserung der Koordination, Kommunikation und Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen nicht nur im Hinblick auf die Entwicklung von Palliative-Care-Angeboten eine zentrale Bedeutung zukommt, sondern diese generell für die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität entscheidend ist, hat der Kanton Basel-Stadt im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie einen Modellversuch initiiert. Dieses eHealth-Modellprojekt des Kantons Basel-Stadt hat insbesondere durch die Ablehnung der Managed Care-Vorlage in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012, welche im Kern die Verankerung der integrierten Versorgung im KVG vorgesehen hätte, an Bedeutung gewonnen, da dadurch die Bedeutsamkeit und Dringlichkeit eines raschen Aufbaus und einer schnellen Verbreitung von elektronischen Prozessen im Gesundheitswesen in den Fokus gerückt sind. Dies hat auch im Bundesratsbericht „Gesundheit 2020“ vom 23. Januar 2013⁵ Eingang gefunden. Im „Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen“ wird als eines von drei Zielen der stärkere Ein-

⁴ Bundesamt für Gesundheit (BAG). 15.09.2011. Kosteneffektivität von Palliative Care. Literaturanalyse. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de> [Zugriff: 19.07.2013].

⁵ <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/>

satz von eHealth im Gesundheitswesen gefordert⁶. Im Rahmen des eHealth-Modellprojekts des Kantons Basel-Stadt wird bereits durch eine Private-Public Partnership (PPP) eine strategiekonforme Basisinfrastruktur für das elektronische Patientendossier, welches ein Kernstück von eHealth ist, aufgebaut, wodurch der vom Bundesrat geforderte stärkere Einsatz von eHealth im Gesundheitswesen massgeblich vorangetrieben wird. Im nächsten Schritt wird eine Ausbreitung des elektronischen Patientendossiers auf breiter Basis angestrebt. Dazu muss eine kritische Grenze erreicht werden, die sich dadurch auszeichnet, dass sich eine grosse Zahl von Leistungserbringern dem eHealth-Modellprojekt anschliesst und die Informationen des elektronischen Patientendossiers mit grosser Vollständigkeit abgerufen werden können. Eine nationale Gesetzesgrundlage in Form des sich derzeit in der Vernehmlassungsphase befindlichen Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier soll letztlich auch die Finanzierungsfrage regeln. Für die kantonale eHealth-Organisation muss bis dahin eine geeignete Organisationsform aufgebaut werden, in der die Leistungserbringerverbände die notwendigen Angelegenheiten regeln. Dabei übernimmt der Kanton die Rolle des Regulators mit dem Ziel das grosse Nutzenpotenzial von eHealth auszuschöpfen. Bis zum Übergang in die Betriebsphase, die voraussichtlich im Jahr 2018 eingeleitet wird, ist es notwendig, eine kantonale Übergangsfinanzierung sicherzustellen sowie die datenschutzrechtliche Grundlage für die Durchführung des Modellprojektes bereitzustellen. Die breite Anwendung der elektronischen Patientendossiers wird zu einer Verbesserung der Koordination, Kommunikation und Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen beitragen, was sich letztlich positiv auf die Behandlungsqualität und –effizienz im Gesundheitswesen auswirken wird. Zudem werden durch die Anwendung von eHealth Doppelspurigkeiten in der Diagnostik vermieden und die dadurch verursachten unnötigen Kosten reduziert.

Ausbau der spitalexternen Krankenpflege (Spitex)

Im obenstehenden Abschnitt zur 3. Handlungsoption „Anpassung der Finanzierung“ wurde im Zusammenhang mit dem Wohnen mit Serviceangebot bereits darauf hingewiesen, dass der Kanton Basel-Stadt über ein gut ausgebautes Spitex-Netz verfügt. Für die praktische Umsetzung der Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik im Kanton Basel-Stadt ist das gut ausgebaute Spitex-Netz aber auch zwingend notwendig, damit es der basel-städtischen Wohnbevölkerung mit der Unterstützung durch die Angehörigen und der Spitex-Dienste ermöglicht werden kann, möglichst lange zu Hause zu leben. Ein Eintritt in eine mit öffentlichen Geldern unterstützte Institution erfolgt erst dann, wenn das Ausmass an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das soziale Netz sowie die bereitgestellten Spitex-Leistungen überfordert bzw. das Verbleiben zu Hause aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte für das Gemeinwesen nicht mehr vertretbar ist. Eine Stelle in der Verwaltung sorgt mittels einer zentralen Heimplatzvermittlung dafür, dass die Pflegeheimplätze nur durch effektiv pflegebedürftige Menschen belegt werden. Nichtsdestotrotz besteht weiterhin ein gewisses Potenzial zur Substituierung von Pflegeheimplätzen durch ambulante Dienstleistungen. Diese ambulanten Dienstleistungen sind jedoch in erster Linie im Bereich der Betreuung zu finden, welcher von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht mitgetragen wird. Eine Substitution von Heimaufenthalten durch ambulante Pflegeangebote hat auf die Finanzierung durch bzw. die Kosten der Krankenversicherer ähnliche Auswirkungen wie die Verschiebung von Leistungen aus dem spitalstationären in den spitalambulanten Sektor. Da die Kosten für die ambulante Pflege jedoch nicht wie im Spitalbereich voll zulasten der Krankenversicherung gehen, sondern durch das Gemeinwesen und die KundInnen mitfinanziert werden, findet hier im Vergleich zum Spitalbereich eine geringere Kostenverschiebung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) statt. Zudem liegt der Maximalbeitrag für die Krankenversicherung im Pflegeheim aufgrund der Finanzierung über Tagespauschalen deutlich tiefer als im Spitex-Bereich über die Finanzierung mittels Stunden-Tarif. Hingegen fallen in den Pflegeheimen Kosten für die Unterkunft, die Verpflegung oder die Betreuung an, welche voll zulasten der BewohnerInnen verrechnet und durch das Gemeinwesen lediglich subsidiär über Ergänzungsleistungen mit-

⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG), 23.01.2013. Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. URL: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/> [Zugriff: 24.07.2013].

getragen werden. Während also die Vollkosten im Pflegeheim in der Regel deutlich höher liegen als diejenigen im Spitex-Bereich, ist dieses Verhältnis aus der Sicht des KVG oft umgekehrt. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist eine Substitution von Heimaufenthalten durch Pflegearrangements in der eigenen Wohnung mit Unterstützung durch die Angehörigen und der Spitex-Dienste jedoch durchaus sinnvoll. Die finanzielle Belastung für die KundInnen sowie für das Staatswesen ist in den meisten Fällen deutlich tiefer. Somit müsste das KVG eigentlich dahingehend geändert werden, dass die Kosten für die OKP im Pflegebereich die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten widerspiegeln. Dies könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass nicht in Abhängigkeit vom Ort der Pflege, sondern in Abhängigkeit vom Grad des Pflegebedarfs, ein Beitrag ausgerichtet wird. Eine Anpassung der Finanzierung im Bereich der Spitex und der Pflegeheime unter Vollkostenbetrachtung ist auf Kantonsebene jedoch nicht realisierbar, sondern nur auf Bundesebene möglich.

Förderung der Prävention

Im Gegensatz dazu weist die Förderung der Prävention vor allem im Hinblick auf die Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Prävalenzen ein grosses Potenzial für kostendämpfende Effekte im Gesundheitswesen auf. Ein im Jahr 2011 publizierter Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über das schweizerische Gesundheitssystem zeigt auf, dass die Schweiz im Jahr 2007 nur einen Anteil von 2,3% an den gesamten Gesundheitsausgaben in den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung investiert und damit unter dem OECD-Durchschnittswert von 3,1% gelegen hat⁷. Aufgrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung und der Zunahme der von chronischen Krankheiten und von Multimorbidität Betroffenen empfehlen OECD und WHO in ihrem Bericht, das Gesundheitssystem künftig stärker als bisher auf die Grundversorgung und Prävention auszurichten. Dass dieser Ansatz sehr kosteneffizient ist, zeigt ein von der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS) in Auftrag gegebener Bericht zur volkswirtschaftlichen Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz⁸. Besonders gut schneiden zum Beispiel Diabetesinterventionen und Impfungen ab. Nicht-medizinische Interventionen sind eher besser als medizinische, wobei die Masernimpfung am stärksten kostensparend ist. Die Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention erweisen sich als kostengünstige Interventionen, um aktive Lebensjahre in der Bevölkerung zu erhöhen. Analog günstige Effekte finden sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung, wo bezüglich betriebswirtschaftlichem Nutzen ein „Return on Investment“ von 250% und mehr in wissenschaftlichen Studien beschrieben wird. In der kantonalen Verwaltung des Kantons Basel-Stadt wird der bestehende gesetzliche Auftrag für Gesundheitsförderung und Prävention heute primär von der Abteilung Prävention des Gesundheitsdepartements wahrgenommen. Hier erfolgt die Planung, Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen, welche die Gesundheit der baselstädtischen Wohnbevölkerung direkt oder indirekt unterstützen oder stärken. Die Präventionsarbeit erfolgt in Form von Präventionszielen, welche auf den 21 Gesundheitszielen der WHO Europa für das 21. Jahrhundert basieren⁹. Bei der Entwicklung und Planung von Projekten und Programmen werden insbesondere auch die Ergebnisse der kantonalen Gesundheitsbefragung berücksichtigt¹⁰. Die bisherigen Ergebnisse haben unter anderem einen Handlungsbedarf in den Themenfeldern „Alter und Gesundheit“, „Psychische Gesundheit“, „Gesundes Körpergewicht“, „Migration und Gesundheit“ sowie „Intervention im Suchtbereich“ (Alkohol, Tabak und Verhaltenssüchte) aufgezeigt. Das Gesundheitsdepartement hat diese Themen aufgenommen und dazu verschiedene Programme entwickelt, die nun zum Teil auch schon einige Jahre praktisch umgesetzt werden.

⁷ The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WHO). 2011. OECD reviews of health systems: Switzerland. URL: http://www.interpharma.ch/sites/default/files/download/pdf/oecd_switzerland.pdf [Zugriff: 25.07.2013].

⁸ Iten R, Vettori A, Menegale S, Trageser J. 07.06.2009. Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung. URL: http://www.vips.ch/dok_download.cfm?dokID=789 [Zugriff: 25.07.2013].

⁹ Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG). 2002. Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). URL: http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/PHS_Gesundheitsziele_2002.pdf [Zugriff: 25.07.2013].

¹⁰ Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. 2009. Gesundheitsförderung und Prävention in Basel-Stadt – ein Überblick. URL: http://www.gesundheit.bs.ch/fachkonzept_gesundheitsfoerderung.pdf [Zugriff: 25.07.2013].

Beispielsweise ist im Hinblick auf Krebserkrankungen, die in der Schweiz bei Menschen unter 80 Jahren die häufigste Todesursache darstellen, neben individuellen präventiven Massnahmen wie Nichtrauchen, wenig Alkohol, viel Bewegung, gesunde Ernährung, Sonnenschutz und Vermeidung schädlicher Umwelteinflüsse, die Früherkennung dieser Erkrankungen ein wirksames Mittel. Zwar kann die Früherkennung den Krebs nicht mehr verhindern, sie kann aber Veränderungen, welche auf einen Tumor hindeuten, bereits in einem frühen Stadium feststellen. Je früher eine Krebserkrankung entdeckt wird, desto einfacher kann sie behandelt werden und desto grösser sind im Allgemeinen die Heilungs- und Überlebenschancen. Zusätzlich zur Eigenkontrolle wie zum Beispiel beim Hautkrebs oder die Inanspruchnahme von Impfprogrammen wie die Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) und regelmässigen Arztbesuchen bei genetischer Vorbelastung, werden ab einem gewissen Alter insbesondere kantonale oder regional organisierte Screening-Programme bei der basel-städtischen Wohnbevölkerung immer gefragter. Neben der im Kanton Basel-Stadt bereits beschlossenen Einführung eines Mammografie-Screening-Programms ist insbesondere die Einführung eines Kolonkarzinom-Programms zur Früherkennung von Darmkrebs zu nennen.

Die Auswirkungen der Präventionsmassnahmen auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt werden sich jedoch im Hinblick auf die Primärprävention (vor dem Eintreten einer Erkrankung) voraussichtlich erst in ca. 10 bis 20 Jahren bemerkbar machen. Hinsichtlich der Sekundärpräventionsmassnahmen (die Erkrankung hat bereits ihren Anfang genommen) ist es jedoch fraglich, ob diese einen Effekt auf die Prämienhöhe im Kanton Basel-Stadt haben werden.

Optimierung der Prämienverbilligung

Eine weitere Handlungsoption mit der ein prämiensenkender Effekt erzielt werden kann, ist die Optimierung der Prämienverbilligung. Gemäss Art. 65 Abs. 1 Satz 1 KVG gewähren die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Nach der Rechtsprechung geniessen die Kantone eine erhebliche Freiheit in der Ausgestaltung der Prämienverbilligung, indem sie autonom festlegen können, was unter "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen" zu verstehen ist. Deshalb stellen die von den Kantonen erlassenen Bestimmungen bezüglich der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung grundsätzlich autonomes kantonales Ausführungsrecht zu Bundesrecht dar (BGE 136 I 220 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Kanton Basel-Stadt hat die Prämienverbilligung in § 17 ff. des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) sowie in § 14 ff. KVO geregelt. Für die Frage, ob einer bestimmten Person eine Prämienverbilligung zugesprochen wird, ist einerseits deren finanzielle Stellung, welche gemäss § 18 GKV basierend auf dem Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen (SoHaG) vom 25. Juni 2008 sowie der Verordnung über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (SoHaV) vom 25. November 2008 ermittelt wird, und andererseits die massgebende Prämie gemäss § 21 KVO ausschlaggebend. Gemäss § 17 Abs. 2 GKV legt der Regierungsrat die Prämienbeiträge in Abhängigkeit vom massgeblichen Haushaltseinkommen degressiv fest und passt diese regelmässig der Prämienentwicklung an. Das Gesetz (§ 17 Abs. 3) sieht vor, dass die Prämienverbilligung so ausgestaltet wird, dass ein Anreiz zum Wechsel in kostendämpfende Versicherungsformen geschaffen wird. Bei der heutigen Ausgestaltung der Prämienbeiträge besteht dieser Anreiz darin, dass die mit dem Wechsel verbundene Einsparung dem beitragsbeziehenden Haushalt in vollem Umfang zugute kommt.

Es ist aber auch denkbar, die Prämienbeiträge so zu gestalten, dass – insbesondere für BezügerInnen von Leistungen wie Ergänzungsleistungen (EL), Sozialhilfe (SH) oder Prämienverbilligung (PV) – ein zusätzlicher Anreiz zum Wechsel in ein Managed Care-Modell geboten wird. Die Einflussnahme sollte dabei eher durch ein positives Anreizsystem und nicht durch einen Beitrittszwang in ein Managed Care-Modell erreicht werden, denn einer kantonrechtlichen Auflage eines solchen Zwangsbeitritts stünde die bundesrechtlich verankerte, freie Kassenwahl gemäss

Art. 4 Abs. 1 KVG grundsätzlich entgegen. Konkret soll eine Abgabe von "Gesundheitsgutscheinen" zur Behandlung in bestimmten Managed Care-/ Health Maintenance Organization-Praxen (Gesundheitserhaltungsorganisation, Sonderform eines bestimmten Krankenversicherungs- und Versorgungsmodells) an BezügerInnen dieser Sozialleistungen näher geprüft werden. Mit solchen, von den zuständigen Amtsstellen ausgestellten Gesundheitsgutscheinen könnte der Übertritt insbesondere von Personen, die regelmässiger medizinischer Behandlung bedürfen, in die entsprechenden Versicherungsformen gefördert werden. Als Anreiz für diese Versicherten könnte dabei vorgesehen werden, dass die Managed Care- bzw. HMO-Praxis bei BezügerInnen von EL oder SH diesen – gestützt auf die Gesundheitsgutscheine – die administrative Belastung mit Franchise und Selbstbehalt (Kostenbeteiligung) abnimmt, indem sie die Kostenbeteiligungsrechnungen direkt dem Amt für Sozialbeiträge (ASB) oder der SH in Rechnung stellt. Die Rückerstattung der ordentlichen Kostenbeteiligung nach KVG durch die EL oder SH würde dann entweder direkt an die Praxis oder an den zuständigen Versicherer erfolgen (je nach Ausgestaltung des Managed Care-Modells in Bezug auf Budgetmitverantwortung etc.).

Bei PV-BezügerInnen (bei denen im geltenden Recht keine Übernahme der Kostenbeteiligung durch die PV erfolgt) könnte der Beitrittsanreiz mittels Gesundheitsgutschein mit einer neu zu schaffenden Verbilligung der Kostenbeteiligung durch öffentliche Mittel ausgestaltet werden, die wiederum direkt vom ASB an die Praxis oder den Versicherer ausgerichtet würde. Die Höhe der Verbilligung der Kostenbeteiligung könnte dabei einkommensabhängig nach Prämienbeitragsgruppen differenziert ausgestaltet werden. Zu prüfen wäre zusätzlich, ob und welche Angebote für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer es im Kanton Basel-Stadt gibt, bei denen der Versicherer ganz oder teilweise auf die Erhebung des Selbsthaltes und der Franchise verzichtet (wie es das Bundesrecht zulässt; vgl. Art. 64 Abs. 6 lit. C KVG und Art. 99 Abs. 2 KVV). Über diese Angebote könnten PV-BezügerInnen ebenfalls speziell informiert werden. Eine kantonale Verbilligung der Kostenbeteiligung für PV-BezügerInnen würde eine gesetzliche Verankerung und die Bereitstellung entsprechender Mittel und Ressourcen bedingen.

Als eine weitere kostensenkende Massnahme im ambulanten Bereich soll vertieft geprüft werden, wie eine effektive, qualitativ gute und gleichzeitig günstige Steuerung der medizinischen Versorgung von Versicherten in benachteiligten Verhältnissen erreicht werden könnte. Gerade Personen in finanziell und sozial ungünstigen Verhältnissen leiden statistisch betrachtet überdurchschnittlich stark unter gesundheitlichen, oftmals chronischen Beeinträchtigungen. Eine individuell zugeschnittene optimale Behandlungskette der medizinischen Versorgung, unter gleichzeitiger Ausschaltung unnötiger Doppelspurigkeiten bei den Untersuchungen und Behandlungen in Managed Care-Modellen macht für diese Patientengruppen besonders Sinn. Zu diesem Zweck kann eine Förderung des Beitritts dieses Personenkreises in Managed Care-Modelle gemäss KVG ins Auge gefasst werden. Die zunehmende Verfeinerung des Risikoausgleichs im Bundesrecht schafft zudem die erforderliche Grundvoraussetzung, dass solche Versicherungsformen nicht zu einer für die Versicherung ungünstigen, prämienbelastenden Risikoselektion führen.

Bei der Ausarbeitung aller dieser und weitere Massnahmen ist aber darauf zu achten, dass sie für den Kanton Basel-Stadt kostenneutral umgesetzt werden müssen.

Fazit

Der Kanton Basel-Stadt zeichnet sich durch eine schweizweit einzigartige Situation aus. Hervorzuheben sind dabei die soziodemografische Struktur, die schweizweit höchste Bevölkerungsdichte und die Kernstadtproblematik. Insbesondere fehlt im Kanton Basel-Stadt als rein städtischem und Universitätskanton im Gegensatz zu anderen Kantonen (wie z.B. Zürich oder Genf) ein Stadt-Land-Ausgleich. Daher ist der Kanton Basel-Stadt bezüglich der Höhe der Krankenkassenprämien nicht direkt mit anderen Kantonen vergleichbar.

Der Regierungsrat setzt sich im Rahmen seiner Möglichkeiten in vielen bereits initiierten Projekten und Tätigkeiten (zum Beispiel die vorgelagerte Hausarztpraxis im Universitätsspital, eHealth, Palliative Care, Versorgungsplanung in der Region Nordwestschweiz, Qualitäts- und Versorgungsmonitoring) für eine Optimierung der Gesundheitsversorgung ein. Eine Tatsache ist es aber, dass viele Massnahmen, wie z.B. die Förderung der integrierten Versorgung, als wichtige und sinnvolle Handlungsoption im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungsketten und einer positive Beeinflussung der Prämien, aufgrund der aktuellen politischen Situation (Ablehnung der Managed Care-Vorlage) nur sehr begrenzt realisierbar sind oder einen hohen Initialisierungsaufwand benötigen. Das Gesundheitsdepartement hat bereits mit seinen Berichten zur Gesundheit und zur Versorgungssituation im Gesundheitswesen der basel-städtischen Bevölkerung bereits ein umfassendes Reporting für das Parlament und die Öffentlichkeit geschaffen. Diese Berichterstattung kann mit der zu erwartenden, verbesserten Datenlage, dank des Versorgungsmonitorings wie auch des eHealth-Projektes, laufend verbessert werden. Somit wird es möglich sein, die Daten in Zukunft ergebnisorientierter auszuwerten.

6. Ausformulierung der Initiative

Der Regierungsrat teilt die Sorge der Initianten um die hohen Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt und ist bereit, neben den vielen bereits getroffenen und sich in Umsetzung befindenden Massnahmen, weitere Massnahmen gegen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu prüfen und umzusetzen. Er teilt die Meinung der Initianten, dass es darum geht, das Mengenwachstum der beanspruchten Leistungen der basel-städtischen Versicherten zu kontrollieren, ohne den Zugang zu notwendigen und sinnvollen Leistungen zu verwehren. Wie obgenannt ausgeführt, gibt es zwar einige Handlungsoptionen, die direkten Einfluss auf die Prämienhöhe hätten, wo die Umsetzung jedoch entweder nicht in der Kompetenz des Kantons liegt, oder aber die Auswirkungen erst Jahre nach deren Umsetzung einen direkten Einfluss auf die Prämienhöhe hätten. Wie im Grundlagenbericht des Gesundheitsdepartements detailliert erläutert, setzt der Kanton Basel-Stadt bereits heute viele in seinem Einflussbereich stehende Massnahmen und Projekte um.

Die Initianten überlassen dem Regierungsrat durch die Nichtausformulierung der Initiative grossen Handlungsspielraum bezüglich der Umsetzung der Initiative. Die Initianten fordern mit der Initiative, dass die Krankenkassenprämien in Basel-Stadt stabilisiert und gesenkt werden. In welcher Form dies umgesetzt werden soll, lässt sie offen und soll durch die Regierung ausformuliert werden. Die konkreteste Forderung der Initianten ist, dass der Regierungsrat dem Grossen Rat jährlich Bericht über sämtliche Massnahmen in seinem Einflussbereich, über die Ausschöpfung und Umsetzung dieser Massnahmen sowie die erzielten Ergebnisse erstattet. Die jährliche Berichterstattung an den Grossen Rat soll daher mit den Forderungen gemäss Initiativtext ergänzt werden.

Der Regierungsrat schlägt daher eine Ausformulierung der Initiative in einem neuen Absatz 1 und 2 in § 67 im Gesundheitsgesetz (GesG; SG 300.100) vor:

X. Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Prämienentwicklung

X.2. Berichterstattung

§ 67 neu:

¹Aufgrund der Statistik und der weiteren Indikatoren im Sinne von §66 erstellt das zuständige Departement regelmässig zu veröffentlichende Berichte über die Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung.

²Der Regierungsrat erstattet dem Grossen Rat jährlich Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten.

7. Finanzielle Auswirkungen


Der neue Gesetzesartikel zieht keine finanziellen Auswirkungen nach sich. Die bisherige, jährliche Berichterstattung an den Grossen Rat wird ergänzt und ist mit den bestehenden personellen Ressourcen zu bewältigen.

8. Antrag

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss § 8 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltsgesetz) vom 14. März 2012 überprüft.

Gestützt auf die Ausführungen beantragt der Regierungsrat dem Grossen Rat, dem nachstehenden Beschlussentwurf zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss
Grundlagenbericht des Gesundheitsdepartements

Grossratsbeschluss

betreffend

Kantonale Volksinitiative für „bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“

(vom [Datum eingeben])

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

1. Das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 wird wie folgt geändert:

Der Kapiteltitel X. erhält folgende neue Fassung:

X. Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Prämienentwicklung

Der Titel X.2. erhält folgende neue Fassung:

X.2. Berichterstattung

§ 67 neu:

¹Aufgrund der Statistik und der weiteren Indikatoren im Sinne von §66 erstellt das zuständige Departement regelmässig zu veröffentlichende Berichte über die Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung.

²Der Regierungsrat erstattet dem Grossen Rat jährlich Bericht über die Leistungs-, Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Massnahmen zur Dämpfung der Höhe der Gesundheitskosten.

2. Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er ist im Sinne von § 21 Abs. 2 des Gesetzes betreffend Initiative und Referendum (IRG) als Ausformulierung der Initiative „für bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt“ der Gesamtheit der Stimmberechtigten mit der Empfehlung auf Zustimmung vorzulegen.

Wird die Initiative zurückgezogen, ist die Änderung des Gesundheitsgesetzes (GesG) nochmals zu publizieren. Sie unterliegt dann dem fakultativen Referendum.

3. Dieser Beschluss kann gemäss § 22a IRG beim Verfassungsgericht durch Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist innert 10 Tagen seit der Veröffentlichung im Kantonsblatt schriftlich beim Verfassungsgericht anzumelden. Innert 30 Tagen vom gleichen Zeitpunkt an gerechnet, ist die schriftliche Begründung einzureichen, welche die Anträge, die Angabe der Tatsachen und Beweismittel und eine kurze Rechtserörterung zu enthalten hat.



Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
St Alban-Vorstadt 25
4001 Basel

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
Art.	Artikel
ASB	Amt für Sozialbeiträge
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
Bst.	Buchstabe
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999
CIRS	Critical Incident Reporting System
CMI	Case Mix Index
CRC	Clinical Research Center
DFK	Departement für Klinische Forschung
DRG	Diagnosis Related Groups
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EL	Ergänzungsleistungen
FMC	Forum Managed Care
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 21. September 2011
GKV	Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 15. November 1989
GRÜZ	Pilotprojekt grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen Deutschland – Schweiz zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit dem Landkreis Lörrach
GSV	Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt
H+	Die Spitäler der Schweiz = nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HMO	Health Maintenance Organization = Sonderform eines bestimmten Krankenversicherungs- und Versorgungsmodells
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IV	Invalidenversicherung
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995
MNZ	Medizinische Notrufzentrale
MPA	Medizinische Praxisassistentin/Medizinischer Praxisassistent
MPCT	Mobile Palliative Care Teams
MV	Militärversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NWCH	Nordwestschweiz
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium in Neuchâtel = gemeinsame Einrichtung von Bund und Kantonen
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PüG	Preisüberwachungsgesetz
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

SH	Sozialhilfe
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
USB	Universitätsspital Basel
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981
VAP	Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908
ZBE	Zweckgebundenes Betriebsergebnis
ZNS	Zentrales Nervensystem

1. Aktuelle Situation im Gesundheitswesen	11
1.1 Volkswirtschaftliche Bedeutung.....	11
1.1.1 Schweiz	11
1.1.2 Kanton Basel-Stadt	13
1.1.3 Alters- und Pflegeheime	15
1.1.4 Spitäler des Kantons Basel-Stadt.....	15
1.2 Kompetenzen von Bund und Kantonen	17
1.2.1 Bund	18
1.2.2 Kantone	18
1.2.3 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)	19
1.2.4 Gemeinden	20
1.2.5 Das Krankenversicherungsgesetz (KVG).....	20
1.3 Finanzierung des Gesundheitswesens	23
1.3.1 Vergleich international.....	23
1.3.2 Schweiz	24
1.3.3 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP).....	27
1.3.4 Ambulanter Bereich	28
1.3.5 Stationärer Bereich	29
1.3.6 Neue Spitalfinanzierung	30
1.3.7 Neue Pflegefinanzierung	33
1.3.8 Finanzierung von Lehre und Forschung.....	37
1.4 Kosten und Kostenentwicklung	39
1.4.1 International.....	39
1.4.2 Schweiz	41
1.4.3 Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	43
1.4.4 Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Basel-Stadt	46
1.4.5 Tarife	49
1.4.6 Kostentreibende Faktoren	53
1.5 Prämien und Prämienentwicklung.....	59
1.5.1 Schweiz	59
1.5.2 Kanton Basel-Stadt	66
1.5.3 Prämienverbilligung.....	68
1.5.4 Prämienbelastung	72
1.6 Herausforderungen im Gesundheitswesen und Auswirkungen	76
1.7 Situation im Kanton Basel-Stadt.....	84
1.7.1 Soziodemografie	84
1.7.2 Ambulante Angebotsstrukturen	89
1.7.3 Angebote der integrierten Versorgung	95
1.7.4 Stationäre Angebotsstrukturen.....	100
1.7.5 Life-Sciences-Standort Region Basel.....	102
1.8 Reformen und Reformbestrebungen auf Bundesebene	105
1.8.1 Das KVG und die KVG-Revisionen	105
1.8.2 Dialog Nationale Gesundheitspolitik.....	112
1.8.3 Gesundheit2020	113
2. Tätigkeiten und Projekte im Gesundheitswesen des Kantons Basel-Stadt.....	119
2.1 Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung	120
2.1.1 Spitalliste	120
2.1.2 Kostenteiler.....	121
2.1.3 Finanzielle Auswirkungen.....	121
2.2 Umsetzung neue Pflegefinanzierung	124
2.2.1 Ziele des Kantons Basel-Stadt im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung.....	124
2.2.2 Beiträge des Kantons Basel-Stadt an die Pflege	125
2.2.3 Restfinanzierung	126
2.2.4 Akut- und Übergangspflege.....	127

2.2.5	Qualitätssicherung in Pflegeheimen	127
2.2.6	Zentrale Heimplatzvermittlung im Kanton Basel-Stadt	127
2.2.7	Finanzielle Auswirkungen	127
2.3	Spitzenmedizin (IVHSM)	129
2.4	Qualität	132
2.5	Versorgungsmonitoring	138
2.6	Prävention	144
2.6.1	Ausgangslage	144
2.6.2	Die kantonalen Präventionsziele	144
2.6.3	Die konkreten Programme	145
2.7	Optimierung der Notfallversorgung	149
2.7.1	Einrichtung eines ärztlichen Notfallzentrums im Universitätsspital	150
2.7.2	Telemedizinische Beratungen im Kanton Basel-Stadt	151
2.8	eHealth – Systemwechsel zum elektronischen Patientendossier	152
2.8.1	Ausgangslage und strategische Bedeutung von eHealth im Kanton Basel-Stadt	152
2.8.2	Volkswirtschaftlicher Nutzen von eHealth	152
2.8.3	Das elektronische Patientendossier	153
2.8.4	Der eHealth-Modellversuch Regio Basel	155
2.9	Palliative Care	157
2.9.1	Umsetzung Palliative Care im Kanton Basel-Stadt	157
2.9.2	Versorgungsstrukturen	158
2.9.3	Schätzung des Bedarfs für den Kanton Basel-Stadt	158
2.9.4	Bestehende Lücken in der Angebotsstruktur	159
2.9.5	Umsetzungsschwerpunkte	160
2.10	Versorgungsraum Nordwestschweiz	162
2.10.1	Gemeinsame Bedarfsplanung und Spitalistenkriterien	162
2.10.2	Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme	163
2.10.3	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Nordwestschweiz	163
2.11	Pilotprojekt grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	163
2.12	Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Basel-Stadt	166
3.	Handlungsoptionen im Kanton Basel-Stadt.....	169
3.1	Einfluss auf Angebot und Nachfrage	171
3.1.1	Ausgangslage	171
3.1.2	Zulassungsbeschränkung für ÄrztInnen	173
3.1.3	Förderung der Grundversorgung	175
3.1.4	Optimierung der Spitalambulatorien	175
3.1.5	Senkung der ambulanten Tarife	177
3.1.6	Förderung der integrierten Versorgung	179
3.1.7	Ausbau der spitalexternen Krankenpflege (Spitex)	181
3.1.8	Förderung der Palliative Care	182
3.1.9	Optimierung der Spitalplanung	184
3.1.10	Globalbudget im stationären Bereich	189
3.1.11	Kantonsanteil für spitalambulanten Bereich	190
3.1.12	Optimierung der Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege	191
3.1.13	Förderung von eHealth	194
3.1.14	Förderung der Prävention	194
3.1.15	Bildung von Quartierzentren Gesundheit	196
3.2	Einfluss auf die Finanzierungsstruktur	197
3.2.1	Optimierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Kanton Basel-Stadt	197
3.2.2	Optimierung der Finanzierung für Lehre und Forschung	200
3.2.3	Optimierung der Finanzierung im Bereich der Pflegeheime	206
3.2.4	Optimierung der Prämienverbilligung	208
	Schlussfolgerungen	210

Einleitung

Die Krankenkassenprämien in Basel-Stadt sind die höchsten Prämien in der ganzen Schweiz und belasten die privaten Haushalte in einer immer grösser werdenden Masse. Die Prämien sind das Abbild der Kosten und damit der Menge der beanspruchten Gesundheitsleistungen der baselstädtischen Bevölkerung. Die Kosten wiederum sind ein Produkt aus Menge \times Preis. Basel-Stadt hat pro Einwohner gesehen die höchste Dichte an Arztpraxen und Spitalkapazitäten, weil es eine Zentrumsfunktion ausübt. Dabei ist zu beachten, dass alle Kosten, die durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten in baselstädtischen Arztpraxen oder Spitälern verursacht werden, nicht in die Prämien von Basel-Stadt einfließen, sondern dem jeweiligen Heimatkanton der Patienten zugeschrieben und dort belastet werden.

Eine aktuelle Studie von santésuisse über die Kosten und den Konsum von Gesundheitsleistungen in der Schweiz zeigt auf, dass Basel-Stadt schweizweit die höchsten Bruttokosten pro Kopf ausweist. Die detaillierte Analyse über mehrere Jahre dokumentiert, dass in Basel-Stadt die Gesundheitsleistungen nicht mehr kosten als in anderen Kantonen, dass die Gesundheitseinrichtungen durchschnittlich effizient arbeiten, aber dass die Menge der konsumierten Gesundheitsleistungen der baselstädtischen Bevölkerung stark überdurchschnittlich ist. Die Preise sowohl in den Spitälern als auch bei Ärzten entsprechen dem schweizerischen Durchschnitt. Die Menge an Leistungen liegt aber fast ein Viertel über dem schweizerischen Mittel. Das führt insgesamt zu überdurchschnittlichen Kosten. Die Studie nennt dafür auch die wichtigsten Gründe: An erster Stelle spielt es eine Rolle, wie viele Spezialärzte es in einem Kanton gibt. Je mehr Ärzte, desto mehr Leistungen werden in Anspruch genommen. Ebenfalls ins Gewicht fallen der Anteil Frauen und der Einpersonenhaushalte in der Bevölkerung, das Durchschnittsalter, die Bevölkerungsdichte und der Ausländeranteil. Konkret: Frauen, Alleinstehende, Städter, Migranten, Arbeitslose, Menschen mit geringerer Bildung und ältere Menschen nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch.

Der Kanton Basel-Stadt hat im Kantonsvergleich schweizweit die höchste Hospitalisationsrate, den höchsten Altersquotienten und weist den grössten Anteil an Einpersonenhaushalten auf. Es ist anzunehmen, dass diese Indikatoren auf die Eigenschaft von Basel-Stadt als «rein städtischen Kanton» (ohne einen Landausgleich wie bei anderen Städten der Schweiz) mit der höchsten Bevölkerungsdichte in der Schweiz zurückzuführen sind.

Der Kanton Basel-Stadt versucht aber auch, die sich aus dieser Situation ergebenden Chancen zu nutzen, er übernimmt mit seinem medizinischen Angebot eine wichtige Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das Ausland, rund 46% der 2011 in Basel behandelten Patienten kamen aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland. Diese ausserkantonalen Patienten wurden den Prämienkosten von Basel-Stadt nicht belastet, sondern ermöglichen vielmehr eine höhere Auslastung von grösseren und besseren medizinischen Einrichtungen von internationalem Ruf, tragen zur Weiterentwicklung des Life-Sciences-Standorts Basel-Stadt bei.

Kapitel 1:

Aktuelle Situation im Gesundheitswesen

1. Aktuelle Situation im Gesundheitswesen

1.1 Volkswirtschaftliche Bedeutung

Das schweizerische Gesundheitswesen zeichnet sich durch gut erreichbare Gesundheitsdienste, eine grosse Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern sowie eine breite Abdeckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel aus. Die Lebenserwartung in der Schweiz liegt im internationalen Vergleich sehr hoch. Dies geht aus einem Bericht der OECD¹ aus dem Jahr 2011 hervor, welcher zum Schluss kommt, dass die Schweiz eines der besten Gesundheitssysteme der Welt besitzt, welches insbesondere mit einer hohen Patientenzufriedenheit verbunden ist.

1.1.1 Schweiz

Das Gesundheitswesen in der Schweiz hat sich zu einem der grössten Wirtschaftszweige entwickelt und generiert einen hohen volkswirtschaftlichen Nutzen und trägt somit auch zum Wohlstand der Bevölkerung bei:

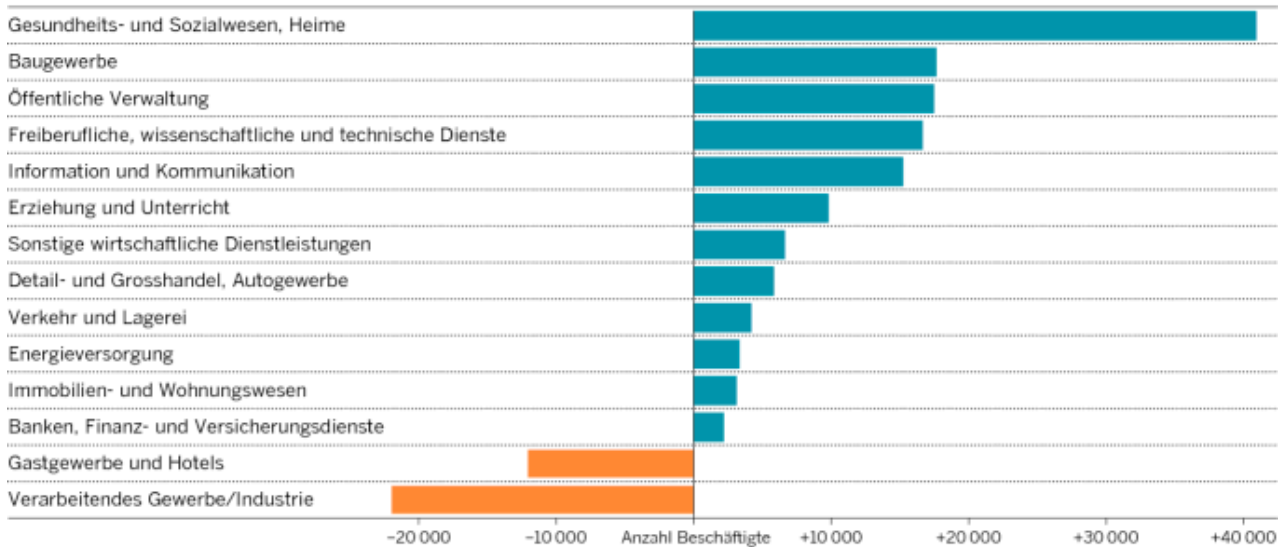
- Der Wertschöpfungsanteil des Gesundheits- und Sozialwesens am Bruttoinlandprodukt (BIP) beträgt 3,8%, jener des Spitalwesens 2,8%. Bezieht man die rund 5% der Pharmaindustrie mit ein, resultiert eine direkte Wertschöpfung von rund 12% am BIP. Dies entspricht der Wertschöpfung des Finanzsektors und beträgt gar mehr als das Doppelte des Anteils des Baugewerbes.
- 16 000 praktizierende Ärzte schreiben jährlich 65 Millionen Verordnungen. Ihre Rezepte werden in 1 700 Apotheken eingelöst. Knapp 300 Spitäler leisten über 12 Millionen Pflorgetage.
- Heute arbeitet fast jeder achte Erwerbstätige im Gesundheitsbereich. Das sind gegen 600 000 Beschäftigte. Die Gesundheitswirtschaft entwickelt sich stetig aufwärts: Anfang der 90er Jahre arbeiteten rund 8% der Beschäftigten im Gesundheitswesen, im letzten Jahr waren es mehr als 12%.
- Zwischen 2001 und 2008 stieg die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor um 20%, während sie sich in der gesamten Schweizer Wirtschaft in diesem Zeitraum lediglich um 9% vergrösserte.
- Der Spitalbereich alleine beschäftigt rund 180 000 Personen. Das sind rund 4% der Gesamtbeschäftigung. Daraus resultiert ein volkswirtschaftlicher Effekt (direkt, indirekt und direkt induziert) von 26 Milliarden Franken.

Das Gesundheitswesen hat in vier Jahren 42 000 neue Beschäftigte eingestellt – in der Industrie sind über 22 000 Stellen verschwunden.

¹ Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)/ World Health Organization (WHO), 2011. Reviews of Health Systems Switzerland. URL: http://newsroom.interpharma.ch/sites/default/files/download/pdf/oecd_switzerland.pdf [Zugriff: 06.05.2013]

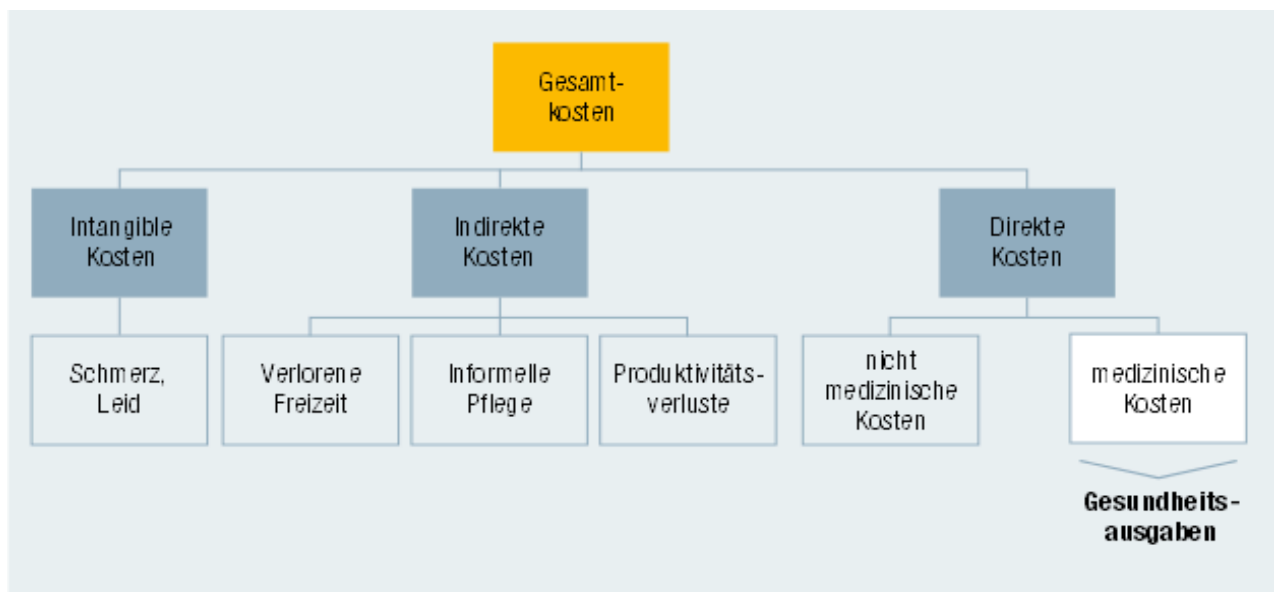
Wachstum im Gesundheitswesen, Abbau in der Industrie

Entwicklung der Beschäftigung von Ende 2008 bis Ende 2012 (Vollzeitäquivalente)



Die Gesundheitswirtschaft wird künftig weiterhin ein Wachstumsfeld sein. Zumal die Bereiche Medizin, Medizintechnik und Pharma hoch innovativ sind. Sie werden mit neuen Produkten, Techniken und Therapien die medizinische Versorgung weiterverbessern. Diese Entwicklung fördert die stetige und anhaltende Erhöhung der Lebenserwartung.

Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft wird durch eine steigende Nachfrage nach Gesundheit getrieben, die ihrerseits eine Folge höherer Einkommen und geänderter Präferenzen der Bevölkerung ist. Die Ausgaben für Gesundheit machen nur einen Teil der Krankheitskosten aus. Bei den gesamten Krankheitskosten unterscheidet man zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten:



Quelle: Polynomics

- Direkte Gesundheitskosten sind im Wesentlichen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Medikamente und Pflege – medizinische Kosten also. Hinzu kommen die nicht-medizinischen Kosten für Hilfsmittel, Umbauten, Haushaltshilfe und Transportdienste.
- Weiter gibt es die indirekten Kosten. Sie setzen sich vor allem aus Produktivitätsverlusten infolge von Krankheit, vorzeitiger Pensionierung oder Tod zusammen. Zu den indirekten Kosten von Krankheit gehören weiter Aufwendungen für die informelle Pflege – also Pflege durch Verwandte und Freunde – sowie verlorene Freizeit.
- Schliesslich gibt es die sogenannten intangiblen Kosten wie Schmerz und Leid.

Selbst wenn wir diese letzte Kostenkategorie weglassen, weil sie schwierig zu quantifizieren ist, ergeben sich bemerkenswerte Resultate:

- Für multiple Sklerose (MS) fallen in der Schweiz jährlich 190 Millionen Franken an direkten medizinischen Kosten an. Die direkten nichtmedizinischen Kosten (Hilfsmittel, Umbauten, Haushaltshilfe und Transportdienste) belaufen sich auf 55 Millionen und die indirekten Kosten (also Krankheit, vorzeitige Pensionierung oder Tod) auf 273 Millionen Franken. Die Gesundheitsausgaben im engeren Sinne machen bei MS also nur 37% an den gesamten Krankheitskosten aus.
- Dieser Anteil liegt für die meisten Krankheitsbilder zwischen 30 und 40%. Bei Krebs beläuft sich der Anteil der Gesundheitskosten auf 40%. Gesundheitskosten von gut 3 Milliarden Franken stehen hier direkte, nichtmedizinische Kosten von 240 Millionen und indirekte Kosten von 4,6 Milliarden Franken gegenüber.

Investitionen in die Gesundheit haben nicht nur einen direkten Effekt auf Lebenserwartung und Lebensqualität, sondern können auch die indirekten Kosten von Krankheiten senken. Daher ist man unter Umständen bereit, auch teurere, neue medizinische Techniken einzusetzen, falls sich damit Krankheiten wirkungsvoller und schneller behandeln lassen. Gesundheitsausgaben können sich also durchaus lohnen. Beispiele dafür gibt es viele. So haben minimalinvasive chirurgische Verfahren wie die Laparoskopie dazu geführt, dass Patienten mit einem Leistenbruch heute nach der Operation rund doppelt so schnell wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren können und deutlich weniger Schmerzen als früher haben.

Durch diese Wechselbeziehungen zwischen direkten und indirekten Krankheitskosten stellen steigende Gesundheitsausgaben – z. B. durch den medizintechnologischen Fortschritt – nicht a priori ein Problem dar. Es stellt sich vielmehr die Frage, wann sich höhere Gesundheitsausgaben lohnen, beziehungsweise wie der Gesamteffekt zwischen höheren Gesundheitsausgaben und den reduzierten anderen Kostenkomponenten ausfällt. Die empirische Evidenz lässt derzeit darauf schliessen, dass die höheren Gesundheitsausgaben der letzten 30 Jahre durch den Nutzen aus dem damit verbundenen medizintechnologischen Fortschritt mehr als kompensiert wurden, die Krankheitskosten insgesamt also eher abgenommen haben.

Investitionen in die Gesundheit sind also nicht nur wegen der Steigerung der Lebenserwartung und der Lebensqualität sinnvoll. Sie stiften auch volkswirtschaftlichen Nutzen.

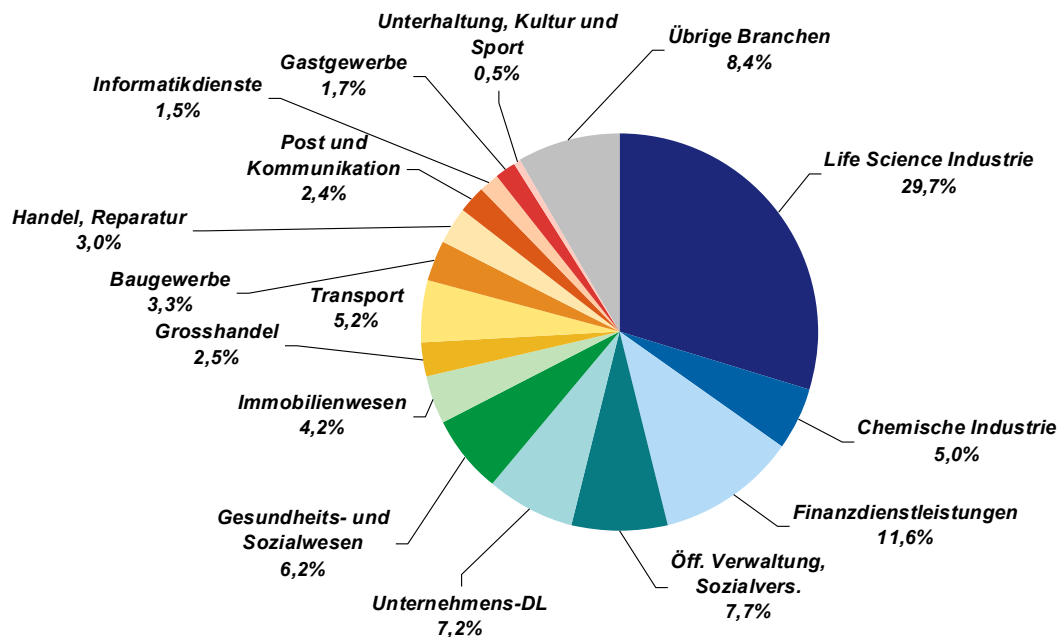
1.1.2 Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt leisten das Gesundheits- und Sozialwesen einen Anteil von rund 6% und die Life-Sciences-Industrie einen Anteil von rund 30% an der Wertschöpfung.

Der Begriff «Life-Sciences», auch Lebens- oder Biowissenschaften genannt, umfasst Unternehmen und Forschungseinrichtungen, die sich mit der Anwendung von Erkenntnissen aus der modernen Biologie, der Chemie und aus anderen Naturwissenschaften beschäftigen. Life-Sciences-Unternehmen sind denn auch vorwiegend in der Pharmabranche sowie in der Bio-, Me-

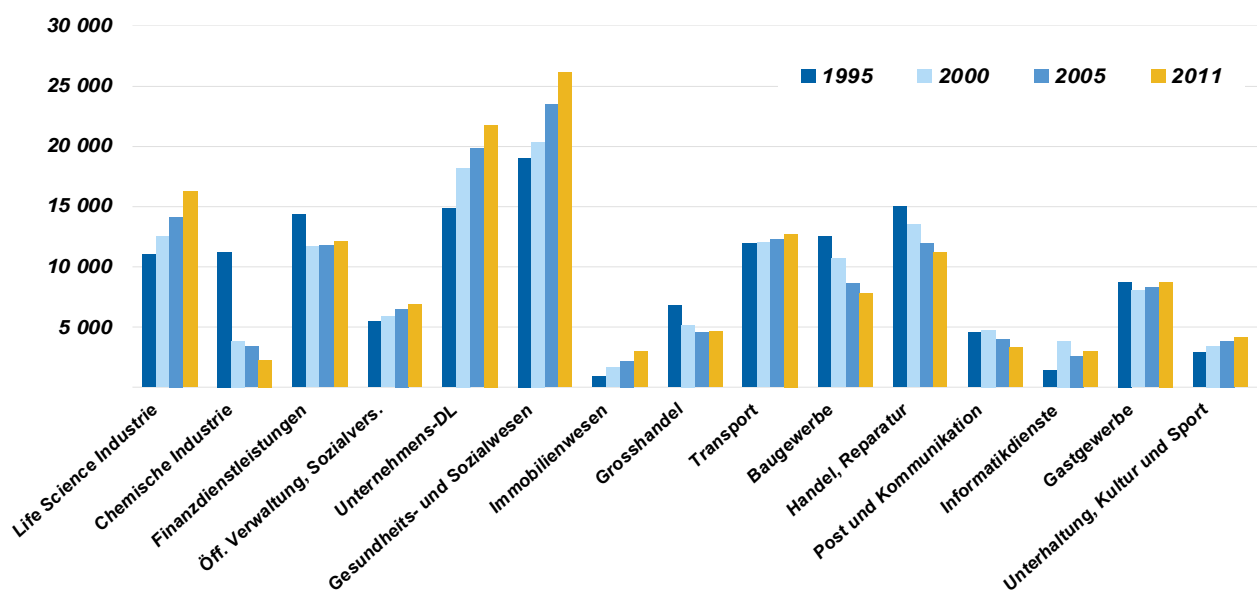
dizinal- und Lebensmitteltechnologie tätig. Die Bedeutung der Life-Sciences-Branche für die Region Basel wird weiter in Kapitel 1.7.5 genauer beschrieben.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil der wichtigsten Branchen an der nominalen Wertschöpfung im Kanton Basel-Stadt für das Jahr 2011:



Quelle: BAKBASEL, Statistisches Amt Basel-Stadt

Anzahl Beschäftigte in den Jahren 1995 bis 2011:



Quelle: BAKBASEL, Statistisches Amt Basel-Stadt

Für die Region Basel sind alle diese Zahlen und Anteile wegen der Präsenz der Life-Sciences-Industrie noch ausgeprägter:

- In den beiden Basler Halbkantonen erreicht allein der Anteil der Life-Sciences-Industrie an der nominalen Wertschöpfung 22,7%. In Basel-Stadt beträgt der Anteil gar 30%. Hinzu kommt das Gesundheits- und Sozialwesen mit jeweils gut 6%.
- Diese Bereiche haben in den vergangenen 10 bis 15 Jahren denn auch durchwegs überdurchschnittliche Wachstumsraten erzielt.

1.1.3 Alters- und Pflegeheime

Der Branchenverband Curaviva kommt in seiner Studie «Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz»² zu dem Schluss, dass Alters- und Pflegeheime wichtige Jobmotoren sind. Rund 19,7% der im Gesundheitswesen Beschäftigten arbeiten in Alters- und Pflegeinstitutionen (in Basel-Stadt rund 3 136 Personen). Zwischen 2000 bis 2010 stieg die Zahl der Erwerbstätigen in den Alters- und Pflegeheimen in der Region im Durchschnitt um 11,8%, gesamtschweizerisch um rund 44,2%. Die Alters- und Pflegeheiminstitutionen erwirtschafteten rund 8 Milliarden Franken Ertrag. Die Wertschöpfung der Branche für das Jahr 2010 wird auf 5,3 Milliarden Franken oder 67 000 Franken pro Arbeitsplatz beziffert. Die Institutionen generieren jedoch auch indirekt weitere Arbeitsplätze und weitere Wertschöpfung. So profitiert z. B. vor allem der Detailhandel von den Heimen – die auf diese Weise generierte Wertschöpfung beträgt rund 550 Millionen Franken.

1.1.4 Spitäler des Kantons Basel-Stadt

Die Basler Spitäler generieren eine grosse Zahl an Arbeitsplätzen für viele Berufsgruppen. Die Spitäler in Basel-Stadt beschäftigen rund 9 200 Mitarbeitende, wovon rund 1 000 Beschäftigte sich in einer Aus- und Weiterbildung befinden. Mit rund 5 000 Mitarbeitenden zählt das Universitätsspital Basel (USB) zu den grössten Arbeitgebern der Nordwestschweiz und nimmt eine aktive Rolle als Ausbildungsbetrieb mit 400 Lernenden ein.

² Stand August 2012, <http://www.schoenthal-fuellinsdorf.ch/index.php/eventleser/events/curaviva-studie.html>

Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten und der sich in Aus- und Weiterbildung befindenden Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente) an Basler Spitälern im Jahr 2011:

Spitäler Kanton Basel-Stadt	Total	davon in Aus- und Weiterbildung
Universitätsspital Basel	4 789	549
Felix Platter-Spital	645	87
Universitäre Psychiatrische Kliniken	780	119
Reha Chrischona	98	8
St. Claraspital	669	30
Merian Iselin Klinik	387	42
Bethesda Spital	387	46
Adullam-Spital	207	19
Klinik Sonnenhalde	113	8
REHAB Basel	308	19
Hildegard Hospiz	58	0
Schmerzlinik Basel	81	5
Universitäts-Kinderspital beider Basel	684	73
Total	9 206	1 005

Quelle: Krankenhausstatistik 2011

Fazit Volkswirtschaftliche Bedeutung

- Der Schweizer Gesundheitssektor wächst schneller als die übrige Wirtschaft.
- Jeder achte Erwerbstätige in der Schweiz arbeitet im Gesundheitsbereich (rund 600 000 Beschäftigte).
- Der Spitalbereich allein beschäftigt schweizweit rund 180 000 Personen (4% der Gesamtbeschäftigung), dies führt zu einem volkswirtschaftlichen Effekt (direkt, indirekt und direkt induziert) von 26 Milliarden Franken.
- Das Universitätsspital Basel zählt mit rund 5000 Mitarbeitern zu den grössten Arbeitgebern der Region.
- Im Kanton Basel-Stadt leisten das Gesundheits- und Sozialwesen einen Anteil von rund 6% und die Life-Sciences-Industrie einen Anteil von rund 30% an der Wertschöpfung.
- Wenn man von den Gesundheitsausgaben spricht, werden nur die direkten Kosten betrachtet.
- Gesundheitsausgaben können sich volkswirtschaftlich lohnen, wenn dadurch die Krankheitskosten insgesamt reduziert werden können.

1.2 Kompetenzen von Bund und Kantonen

Das schweizerische Gesundheitswesen ist föderalistisch aufgebaut. Die Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden. Die Gesundheitsverfassung umfasst die wesentlichen relevanten Verfassungsnormen und bildet damit den Rahmen für die Gesundheitspolitik des Bundes.

Der Bund hat in den vergangenen Jahren seine Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft und zusätzlich von Volk und Ständen neue Kompetenzen erhalten³. Dem Bund sind im Gesundheitswesen gemäss Bundesverfassung (BV), als Kern der Gesundheitsverfassung, folgende Kompetenzen übertragen:

- Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV);
- Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV);
- Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie (Art. 119/120 BV);
- Transplantationsmedizin (Art. 119a BV).

Am System der Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen im Bereich des Gesundheitswesens wurde jedoch nichts geändert: Der Bund kann nur in Bereichen handeln, in denen ihm eine explizite Verfassungskompetenz zukommt. Gesetzgebung und Vollzug liegen damit in weiten Teilen des Gesundheitswesens weiterhin in kantonaler Kompetenz.

Die Krankenversicherung fällt gemäss Art. 117 BV in die Kompetenz des Bundes. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) überträgt jedoch zahlreiche Aufgaben und Kompetenzen den Kantonen. So haben die Kantone beispielsweise die Einhaltung der Versicherungspflicht zu überwachen, die bedarfsgerechte Spitalversorgung zu planen, Tarife festzusetzen, wenn zwischen Leistungserbringern und Versicherer kein Tarifvertrag besteht, Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern anzuordnen, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren und Ausführungsbestimmungen zum KVG verschiedenster Art zu erlassen⁴.

Es stellt sich die Frage, ob die Kantone auf dem Gebiet der Krankenversicherung eine Regelungskompetenz besitzen, die im KVG und in den Verordnungen zur Krankenversicherung nicht ausdrücklich vorgesehen ist. Sie kann nicht generell, in absoluter Weise vereint werden, sondern muss für jeden Sachverhalt durch Auslegung der Gesetzgebung über die Krankenversicherung beurteilt werden⁵.

In einigen Bereichen gibt es gemeinsame Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. So ist mit Bezug auf das Gesundheitspersonal der Bund für die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe zuständig (Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006)⁶, während die Kantone für die medizinischen Fakultäten, für die Berufszulassungen und Praxisbewilligungen sowie für die Bildung in den übrigen Gesundheitsberufen verantwortlich sind. Die Finanzierung der Versorgung wird einerseits von den Kantonen (Spitäler, Pflege im Heim und zu Hause), andererseits auch vom Bund (Krankenversicherung) sichergestellt. Weitere Überschneidungen gibt es im Bereich der Prävention: Hier sind grundsätzlich die Kantone tätig, der Bund engagiert sich bspw. im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme.

Eine Reihe von Aufgaben, wie z. B. Spitex oder schulärztliche Dienste, werden von den Gemeinden wahrgenommen. Diese wiederum delegieren einzelne Aufgaben an Private.

³ Art. 119, 119a und 120 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101). BAG in Kürze, Publikationszeitpunkt: November 2011

⁴ Bundessozialversicherungsrecht, Gustavo Scartazzini, Marc Hürzeler, 4. Auflage, § 16, Ziff. II, S. 347

⁵ a.a.O.

⁶ Medizinalberufegesetz, MedBG, SR 811.11), Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (PsyG, seit 1. April 2013 in Kraft)

1.2.1 Bund

Nach Art. 3 BV verfügt der Bund nur dann über Kompetenzen, wenn ihm diese in der Bundesverfassung explizit zugewiesen werden. Von dieser Möglichkeit wurde auch im Gesundheitsbereich Gebrauch gemacht. So ist der Bund zuständig für die Regelung der Sozialversicherungen (Kranken-, Invaliden- und Militärversicherung), für den Gesundheitsschutz (z. B. Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 18. Dezember 1970)⁷, für die Regelung der Forschung am Menschen und der Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin sowie für die Statistik.

Der Bund nimmt diverse Aufsichts- und Überwachungsaufgaben wahr, zum Beispiel im Bereich der Arzneimittel und im Versicherungsbereich.

Bundesrat und Parlament sind auf eidgenössischer Ebene für die Ausrichtung der schweizerischen Gesundheitspolitik verantwortlich. Sie entwerfen und erlassen Gesetze und Verordnungen. Eine nationale, das heisst von Bund und Kantonen gemeinsam getragene Gesundheitspolitik ist in Erarbeitung. Die Kantone verfügen aufgrund der historischen Entwicklung unseres Landes (Stichwort: «Föderalismus») über weitgehende Kompetenzen im Gesundheitsbereich. Seit einigen Jahren sind aber gemeinsame Anstrengungen im Gange: So verfügt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit Ende 2004 über einen Direktionsbereich «Gesundheitspolitik» und zwischen Bund und Kantonen findet ein regelmässiger Dialog zu Gesundheitsfragen statt.

Nach Art. 117 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung (Abs. 1). Er kann die Kranken- und Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären (Abs. 2). Die Durchführung der sozialen Krankenversicherung ist, wie oben bereits ausgeführt, Aufgabe des Bundes. Sie untersteht dem KVG. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie eine freiwillige Taggeldversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG). Über das KVG verfügt der Bund über die Kompetenz zur Regelung von wichtigen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

Das KVG sieht versicherungstechnisch die Ebene der einzelnen Kantone als Solidargemeinschaft vor. Gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG ist das BAG für die Definition der Prämienregionen zuständig. Das BAG kann dabei einen Kanton zu einer einzigen Prämienregion erklären oder ihn in bis zu drei Prämienregionen aufteilen.

1.2.2 Kantone

Alle dem Bund nicht explizit zugewiesenen Kompetenzen liegen bei den Kantonen. Die Kantone sind insbesondere für die Gesundheitsversorgung zuständig. Dazu gehört die Steuerung, Planung und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheits- und Altersversorgung.

Die Kantone sind in ihrer Gesundheitspolitik weitgehend autonom und regeln diese in spezifischen Gesundheitsgesetzen. Ausserdem haben sie diverse Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesrechts (Vollzugsaufgaben).

Der Kanton Basel-Stadt findet die gesetzliche Grundlage für seine Kompetenz in den §§ 26–28 der Kantonsverfassung vom 23. März 2005 (SG 111.100). Im Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 (SG 111.100, GesG) finden sich neben der Regelung der Patientenrechte, inklusive Regelung der palliativen Behandlung, Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention und zur Bekämpfung von Missbrauch und Abhängigkeit. Ferner beinhaltet das GesG vereinheitlichte und mit bundesrechtlichen Vorgaben in Einklang stehende Vorschriften zu den Voraussetzungen zur Zulassung von Leistungserbringern. Im Weiteren werden Art und Umfang der Aufsicht über diese geregelt.

Im ambulanten Bereich haben die Kantone – im Gegensatz zum stationären Bereich – keine Steuerungskompetenzen. Im Rahmen der Diskussionen rund um die Zulassungsbeschränkung

⁷ Epidemiengesetz, EpG, SR 818.101

für Spezialisten ist die Thematik jedoch aktuell geworden. Es wird diskutiert, ob die Kantone langfristig bedarfsabhängige Planungen im ambulanten Bereich vornehmen können.

1.2.2.1 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ist das politische Koordinationsorgan der kantonalen Gesundheitsdirektionen. Zweck der Konferenz ist es, die Zusammenarbeit der 26 Kantone sowie zwischen diesen, dem Bund und wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern. Rechtlich und finanziell werden die Konferenz und ihr Zentralsekretariat durch die Kantone getragen. Die Entscheide der Konferenz haben für ihre Mitglieder und die Kantone den Stellenwert von Empfehlungen.

1.2.2.2 Nationaler Dialog Bund–Kantone zur Gesundheitspolitik

Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen mittels deren die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» dient dazu, aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens in einer möglichst frühen Phase aufzunehmen und ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren. Er bezweckt zudem, das gegenseitige Verständnis und Vertrauen zwischen den Dialogpartnern und ein effizienteres Handeln der Behörden zu fördern.

1.2.2.3 Hochspezialisierte Medizin

Mit der Unterzeichnung der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) haben sich die Kantone zur gemeinsamen Planung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet. Die gemeinsame Planung erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung. Die Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Wissenschaftlicher Hintergrund ist die Erkenntnis, dass durch medizinische Schwerpunktbildung weniger Komplikationen auftreten, was zu einer Verbesserung der Überlebenschancen der betroffenen Patienten führen kann. Zudem können unnötige Verlegungen vermieden und wertvolle Zeit für die optimale Behandlung gewonnen werden. Des Weiteren führt eine optimierte Erstversorgung zu geringeren Kosten für die Behandlung und Nachsorge, was langfristig zu bedeutenden volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen führen kann.

Für die landesweite Koordination der Leistungen im Bereich der Spitzenmedizin bzw. der hochspezialisierten Medizin ist das HSM-Beschlussorgan, bestehend aus den Gesundheitsdirektoren von zehn Kantonen (Universitätskantone Basel-Stadt, Bern, Genf, Waadt und Zürich sowie Vereinbarungskantone Aargau, Freiburg, Graubünden, Luzern und St. Gallen), zuständig.

1.2.3 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)

Die NFA ist seit dem 1. Januar 2008 in Kraft und verfolgt zwei Hauptziele: den Ausgleich kantonalen Unterschiede und die Steigerung der Effizienz. Um diese Ziele zu erreichen, setzt die NFA bei zwei Hebeln an: bei den Finanzen (Finanzausgleich im engeren Sinn) und bei der Organisation der Aufgaben.

In zahlreichen Aufgabenbereichen überlagerten sich bis Ende 2007 Kompetenzen und Finanzströme und führten zu Doppelspurigkeiten, unklaren Verantwortlichkeiten und einer zunehmenden Abhängigkeit der Kantone vom Bund. Mit der Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung wurde die staatliche Aufgabenerfüllung, insbesondere die Zuständigkeiten, neu geordnet. Im Rahmen der Organisation der Aufgaben sorgen drei Instrumente für mehr Effizienz: Die Aufgabenentflechtung reorganisierte das Beziehungsgeflecht zwischen Bund und Kantonen. Bei gemeinsamen Aufgaben wurden neue Zusammenarbeitsformen zwischen Bund und Kantonen eingeführt. Zudem wurde die Zusammenarbeit unter den Kantonen, die interkantonale Zusammenarbeit, gestärkt.

1.2.4 Gemeinden

Je nach Grösse der Gemeinde variieren die Aufgaben erheblich. Zum Teil werden diese Aufgaben im Verbund mit Nachbargemeinden wahrgenommen oder an private Vereine delegiert. Die Aufgaben können die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (Spitäler und Heime, Spitex, Beratungs- und Sozialdienste, Schulzahnpflege), die Prävention und Gesundheitsförderung (zusammen mit Bund und Kantonen) sowie den koordinierten Sanitätsdienst (mit Bund, Kantonen und privaten Organisationen) umfassen.

1.2.5 Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Das KVG löste das alte Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 (KUVG) ab. Es wurde in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 mit 51,8% Jastimmen angenommen. Der Bundesrat setzte es auf den 1. Januar 1996 in Kraft. Das KVG dient in der Schweiz dazu, alle Bevölkerungsschichten im Krankheitsfall finanziell abzusichern. Zudem regelt es zahlreiche weitere Bereiche im Gesundheitswesen.

Für die Krankenversicherung schreibt das KVG ein Bundesobligatorium für die ganze Wohnbevölkerung vor (mit geringfügigen Ausnahmen). Die Krankenkassen müssen den gleichen, sehr umfangreichen «Katalog» an Leistungen anbieten. Der Entsolidarisierung, also der Risikoselektion, wirken verschiedene Bestimmungen entgegen. Die Kassen müssen für jeden Kanton eine Einheitsprämie festsetzen, die nur wenige Abweichungen zulässt.

Unter den Krankenversicherern besteht ein Wettbewerb. Jeder Versicherte hat die freie Krankenkassenwahl, kann also selbst entscheiden, bei welcher von den gegenwärtig gut hundert vom Bund anerkannten Krankenkassen er versichert sein möchte (volle Freizügigkeit).

Das KVG lässt Krankenkassen und private Versicherungseinrichtungen, welche die Bewilligung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) besitzen, zum Betrieb der Krankenversicherung zu. Die Zusatzversicherungen, welche die Versicherer anbieten, unterliegen nicht dem KVG, sondern sind im Versicherungsgesetz (VVG)⁸ geregelt.

Das KVG enthält verschiedene Bestimmungen, welche die Kostenexplosion im Gesundheitswesen dämpfen sollen. Die Kostenbeteiligung der Versicherten betrifft nicht nur den ambulanten Bereich, sondern auch die Hospitalisierung, wodurch die Selbstverantwortung der Versicherten gesteigert werden soll. Den Vertrauensärzten der Versicherer obliegt die Befugnis, die Behandlung durch Ärzte und andere Leistungserbringer auf ihre Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit hin zu überprüfen. Versicherer können nicht nur mit Verbänden von Leistungserbringern, sondern auch mit Einzelpersonen und kleinen Gruppen Tarifverträge abschliessen, wodurch der Wettbewerb verbessert und die Kosten gesenkt werden⁹.

Das KVG soll mit der OKP eine ausreichende medizinische Versorgung zu tragbaren Kosten gewährleisten. Durch diverse Bestimmungen im KVG wird der Gedanke der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Alten und Jungen, zwischen Männern und Frauen, sowie zwischen «Reichen» und «Armen» betont, insofern es Letzteren, durch Beiträge der öffentlichen Hand, Prämienereleichterungen verschafft¹⁰.

1.2.5.1 Die Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG

Nach Art. 43 Abs. 1 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. In der Wahl des Preisberechnungsmodus sind die Leistungserbringer nicht frei, vielmehr regelt das Krankenversicherungsrecht, ob für eine Leistung ein Tarif oder ein Preis besteht.

Das Tarifrecht entscheidet darüber, wie versicherte Leistungen in Rechnung gestellt werden können, also nach welchen Grundsätzen die Vergütung erfolgt. Demgegenüber entscheiden Abgeltungsregelungen, wer die Kosten der versicherten Leistung zu übernehmen hat. Im ambulanten Bereich geht der Gesetzgeber hierbei davon aus, dass die Leistungen der Leistungserbringer, sieht man von der Franchise und vom Selbstbehalt ab (vgl. Art. 64 Abs. 2 KVG), grundsätzlich

⁸ Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1) vom 2. April 1908

⁹ Bundessozialversicherungsrecht, Gustavo Scartazzini, Marc Hürzeler, 4. Auflage, § 16, Ziff. II, S. 346

¹⁰ a.a.O., S. 346

durch die Vergütung der Versicherung gedeckt werden. Im stationären Bereich tragen die Versicherten für die Behandlungskosten im Grundsatz keine Kosten, sondern bezahlen nur einen geringfügigen Beitrag für die Aufenthaltskosten¹¹. Im Übrigen werden die Kosten für stationäre Behandlungen und Aufenthalt gemeinsam von den Versicherern und den Kantonen getragen, wobei nach Art. 49a Abs. 2 KVG der kantonale Anteil mindestens 55% beträgt¹².

Gemäss Art. 43 Abs. 2 KVG kann der Tarif eine Grundlage zur Berechnung der Vergütung der Leistungen von Leistungserbringern darstellen. Das Gesetz nennt den Zeit-, den Einzelleistungs- und den Pauschaltarif als mögliche Tarifarten.

Es sind grundsätzlich die Tarifpartner, die Versicherer und Leistungserbringer bzw. deren Verbände (Art. 46 Abs. 1 KVG), welche die Tarife in Verträgen festlegen (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die autonome Gestaltung der Tarife mittels Verträgen (Vertragsprimat) hat klar Vorrang. Die Tarifverträge bedürfen einer behördlichen Genehmigung durch die Kantonsregierung, bei gesamtschweizerischen Tarifen durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Wenn sich die Tarifpartner nicht auf einen Vertrag einigen können, also ein vertragloser Zustand herrscht (Art. 47 Abs. 1 KVG), erfolgt die Tariffestsetzung durch die zuständige Behörde (zumeist die Kantonsregierung).

Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern (Art. 47 Abs. 1 KVG).

1.2.5.2 Gesetzliche Anforderungen an die Tarifverträge

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG prüft die Genehmigungsbehörde, ob Tarifverträge mit dem Gesetz, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und dem Gebot der Billigkeit übereinstimmen. Das Gesetz gibt in Art. 43 Abs. 6 KVG den Tarifparteien sowie den zuständigen Behörden das Ziel vor, «dass eine qualitativ hochstehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird»¹³.

Nach Art. 43 Abs. 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerischen, einheitlichen Tarifstruktur beruhen.

Stationärer Bereich

Die wichtigste Neuregelung der am 21. Dezember 2007 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung ist die Umstellung auf diagnosebezogene Fallgruppen (SwissDRG, Swiss Diagnosis Related Groups), welche am 1. Januar 2012 schweizweit in allen Spitälern eingeführt wurden. Dabei stellen die diagnosebezogenen Fallgruppen ein neues Tarifsysteem für die Vergütung der stationären, akutsomatischen Spitalleistungen dar, womit jeder Krankenhausfall anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, durchgeführten Behandlungen, Schweregrad der Erkrankung sowie dem Alter und dem Geschlecht der Patientin/des Patienten einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet werden kann. Grundsätzlich sind nur Pauschalen zulässig, in der Regel in der Form der Fallpauschale. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Vergütungen, d.h. die Pauschalen, dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z. B. Sozialdienste, Schulunterricht) enthalten (Art. 49 Abs. 1 und 3 KVG).

Somit sind die gesetzlichen Anforderungen im stationären Bereich viel spezifischer als im ambulanten Bereich. Im ambulanten Bereich gelten weitgehend die allgemeinen Grundsätze gemäss Art. 43 KVG, im stationären Bereich kommen die besonderen Bestimmungen hinzu¹⁴.

¹¹ Art. 64 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 104 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV)

¹² Recht und Ökonomie der KVG-Tarifgestaltung, Urs Saxer, Willy Oggier, Schulthess Juristische Medien AG, Zürich Basel Genf 2010, II., 2., 2.1, S. 9

¹³ a.a.O., II., 2., 2.2, 2.2.A., 2.2.A.a), S. 11

¹⁴ a.a.O., II., 2., 2.2, 2.2.B., S. 13

Ambulanter Bereich

Bestimmungen des Tarifrechts, welche sich ausdrücklich auf den ambulanten Bereich beziehen, fehlen im KVG. Beachtet werden muss allerdings Art. 43 Abs. 5 KVG, wonach Einzelleistungstarife auf einer einheitlichen, gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen müssen, welche vom Bundesrat festgelegt werden kann, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Diese Bestimmung, welche die Grundlage für den TARMED darstellt, ist vor allem auf den ambulanten Bereich bezogen¹⁵.

Preisüberwachung

Gemäss Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG) ist für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, die zuständige Legislative oder Exekutive des Bundes, eines Kantons oder einer Gemeinde verpflichtet, vorgängig die Preisüberwachung anzuhören. Die Behörde führt in ihrem Entscheid die Stellungnahme der Preisüberwachung an. Folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.

Fazit Kompetenzen von Bund und Kantonen

- Das schweizerische Gesundheitswesen ist föderalistisch aufgebaut. Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden.
- Bundesrat und Parlament sind auf eidgenössischer Ebene für die Ausrichtung der schweizerischen Gesundheitspolitik verantwortlich. Sie entwerfen und erlassen Gesetze und Verordnungen. Eine nationale, das heisst von Bund und Kantonen gemeinsam getragene Gesundheitspolitik ist in Erarbeitung. Die Kantone verfügen aufgrund der historischen Entwicklung unseres Landes (Stichwort: «Föderalismus») über weitgehende Kompetenzen im Gesundheitsbereich.
- Die Krankenversicherung fällt gemäss Art. 117 BV in die Kompetenz des Bundes. Das KVG überträgt jedoch zahlreiche Aufgaben und Kompetenzen den Kantonen.
- Gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Definition der Prämienregionen zuständig. Das Bundesamt kann dabei einen Kanton zu einer einzigen Prämienregion erklären oder ihn in bis zu drei Prämienregionen aufteilen.
- Es sind grundsätzlich die Tarifpartner, die Versicherer und Leistungserbringer, bzw. deren Verbände (Art. 46 Abs. 1 KVG), welche die Tarife in Verträgen festlegen (Art. 43 Abs. 4 KVG) = Vertragsprimat.
- Wenn sich die Tarifpartner nicht auf einen Vertrag einigen können, also ein vertragloser Zustand herrscht (Art. 47 Abs. 1 KVG), erfolgt die Tariffestsetzung durch die zuständige Behörde (zumeist die Kantonsregierung).
- Gemäss Art. 43 Abs. 2 KVG kann der Tarif eine Grundlage zur Berechnung der Vergütung der Leistungen von Leistungserbringern darstellen. Das Gesetz nennt den Zeit-, den Einzelleistungs- und den Pauschaltarif als mögliche Tarifarten.
- Im stationären Bereich werden seit dem 1. Januar 2012 die akutsomatischen Spitalleistungen schweizweit einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

¹⁵ BGE 123 V 287, Erw. 6.b

1.3 Finanzierung des Gesundheitswesens

Unter Gesundheitswesen versteht man die Gesamtheit der Leistungen von Institutionen, welche der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Eine pragmatische Lösung in der Schweiz liegt darin, unter dem Gesundheitswesen alle jene Leistungen von Institutionen zu verstehen, welche in den Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) über die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens erfasst sind:

- Krankenhäuser;
- sozialmedizinische Institutionen;
- ambulante Versorger;
- Detailhandel;
- Staat;
- Versicherer;
- Organisationen ohne Erwerbscharakter.

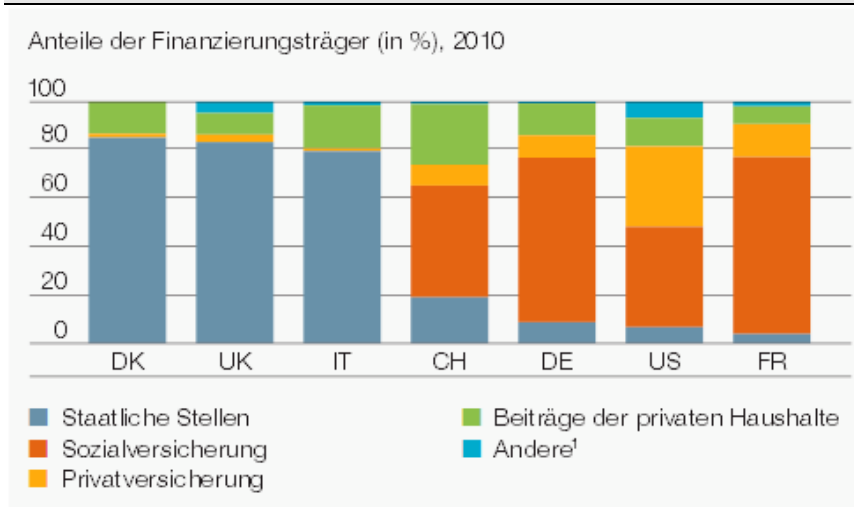
Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, entwickelt sich der Gesundheitssektor seit Jahren überproportional zur Wirtschaft als Ganzes und weist mittlerweile die höchste Anzahl an Beschäftigten aller Branchen auf. Diese Leistungsfähigkeit hat ihren Preis und erfordert laufend Diskussionen über die Finanzierbarkeit der damit verbundenen Ausgaben. Es ist unbestritten, dass z. B. bei gleichbleibendem Einkommen der Privathaushalte wie auch restriktiveren Budgets der Staathaushalte neue Ausgaben im Gesundheitswesen gegen Minderausgaben für andere Güter (Kultur, Bildung etc.) abgewogen werden müssen.

1.3.1 Vergleich international

Ein charakteristisches Merkmal eines Gesundheitssystems ist die Art seiner Finanzierung. Es werden grundsätzlich drei Modelle unterschieden:

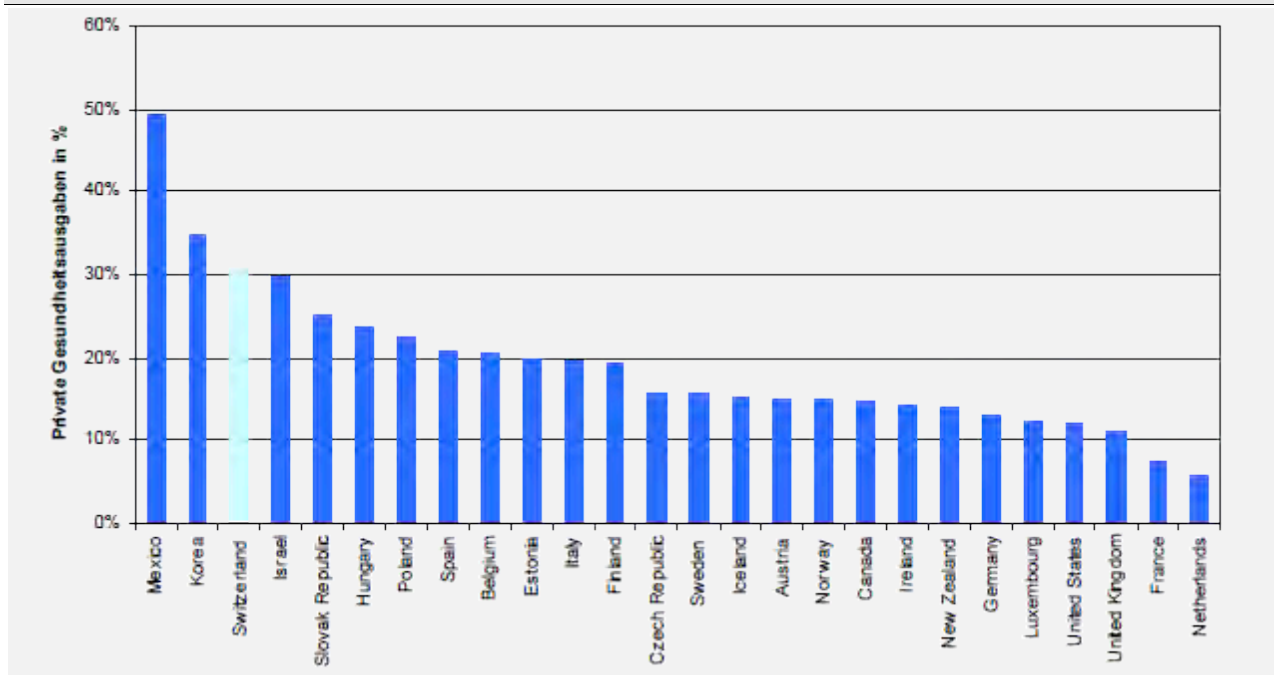
- nationaler Gesundheitsdienst: Finanzierung aus Steuermitteln (z. B. in Grossbritannien, Italien, Irland, Dänemark, Portugal);
- Sozialversicherungsmodell: Finanzierung über gesetzliche Pflichtversicherung (z. B. Schweiz, Deutschland, Frankreich, Beneluxländer);
- Privatversicherungsmodell: Finanzierung über freiwillige Krankenversicherung (z. B. USA).

Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträgern in ausgewählten Ländern im Jahr 2010:



Die Grafik verdeutlicht die unterschiedlichen Finanzierungsformen im internationalen Vergleich. Während in Frankreich rund 75% der Gesundheitsausgaben über die Sozialversicherungen finanziert werden, sind es in den Ländern Dänemark, Grossbritannien und Italien die öffentliche Hand, welche mit rund 80% einen sehr hohen Anteil der Finanzierung trägt. Im Vergleich dazu beträgt der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand in der Schweiz nur rund 20%.

Anteil privater Gesundheitsausgaben in verschiedenen Ländern in Prozenten, 2008¹⁶:



Quelle: OECD Health Data

Im internationalen Vergleich zeigt sich für die Schweiz mit rund 30% ein relativ hoher Anteil der von den privaten Haushalten getragenen Gesundheitsausgaben (OKP inklusive Kostenbeteiligungen, private Zusatzversicherungen, Out-of-pocket-Zahlungen). Ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass dieser Anteil in den meisten Ländern unter 20% liegt. Da die Gesundheitskosten in der Schweiz ebenfalls zu den höchsten weltweit gehören, kann daraus geschlossen werden, dass auch die Frankenbeträge pro Person sehr hoch sind.

1.3.2 Schweiz

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Schweiz umfassen nicht nur die Leistungen, welche über die OKP abgerechnet werden können, sondern beinhalten Zusatzversicherungsleistungen, Zahnarztleistungen, Out-of-pocket-Ausgaben, z. B. für alternative Behandlungen, Arzneimittel oder für Leistungen im Fitnesszentrum. Wenn von den Gesundheitsausgaben gesprochen wird, sind darin auch die Ausgaben für Prävention und die Verwaltung enthalten.

¹⁶ Obsan 2011: Dossier 17: Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-of-pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Direktzahlenden:



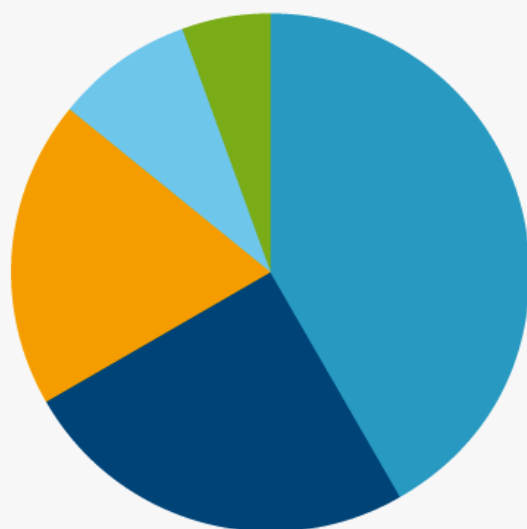
Quelle: BFS 2011

Im Gesundheitswesen wird unterschieden, wer die Leistungen bezahlt und wer sie finanziert. Diese Unterscheidung ist besonders im Hinblick auf die Diskussion über die Finanzierbarkeit neuer Ausgaben wichtig.

Die Finanzierungsträger der Leistungen im Jahr 2010:

Gesamtkosten 2010: 62 495 Mio. CHF (100%)

Wer die Leistungen zahlt



Sozialversicherungen ¹	41.8% (26 100 Mio. CHF)
Private Haushalte	25.1% (15 701 Mio. CHF)
Öffentliche Hand	19.0% (11 843 Mio. CHF)
Privatversicherungen	8.6% (5 405 Mio. CHF)
Andere Finanzierung ²	5.5% (3 446 Mio. CHF)

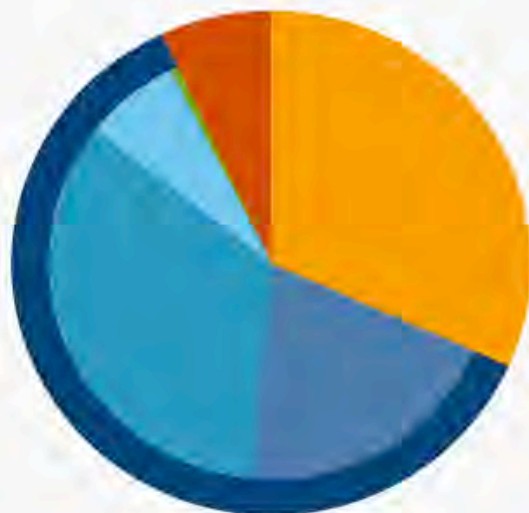
Quelle: BFS 2012 , Interpharma

Die Leistungen werden zu 25,1% von den privaten Haushalten finanziert. Die öffentliche Hand bezahlt rund 19% der Leistungen.

Die Finanzierungsträger der Kosten im Jahr 2010:

Gesamtkosten 2010: 62 495 Mio. CHF (100%)

Wer die Kosten finanziert



Öffentliche Hand

31.8% (19 866 Mio. CHF)

Private Haushalte

61.3% (38 337 Mio. CHF)

Out of Pocket³

19.6% (12 251 Mio. CHF)

Sozialversicherungen

34.3% (21 454 Mio. CHF)

Privatversicherungen

6.9% (4 322 Mio. CHF)

Andere⁴

0.5% (310 Mio. CHF)

Unternehmen

6.9% (4 292 Mio. CHF)

Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, Oktober 2012

¹ Inklusive Krankenkasse.² Bedarfsabhängige Sozialleistungen, Spenden und Vermächtnisse.³ Ausgaben, die durch Versicherungen nicht gedeckt sind.⁴ Spenden, Vermächtnisse.

Quelle: Interpharma 2012

Bei der Finanzierung der Kosten beträgt der Anteil der öffentlichen Hand 31,8% (inkl. Verwaltungsaufwand und Prävention). Die privaten Haushalte finanzieren über Prämien, Kostenbeteiligungen und Out-of-pocket-Zahlungen 61,3% der Kosten.

Vergleich der Finanzierungsträger für die Kosten und Leistungen im Jahr 2010:

Finanzierungsanteile	Kosten	Leistungen
Private Haushalte total	61,3%	25,1%
• out-of-pocket	19,6%	
• Sozialversicherungen	34,3%	41,8%
• Privatversicherungen	6,9%	8,6%
Öffentliche Hand	31,8%	19%
Andere Finanzierung	0,5%	5,5%
Unternehmen	6,9%	

Die privaten Haushalte (Sozialversicherungen, Privatversicherungen, out-of-pocket) bezahlten im Jahr 2010 61,3% der Kosten im Gesundheitswesen (38,3 Milliarden Franken). Die öffentliche Hand rund die Hälfte davon.

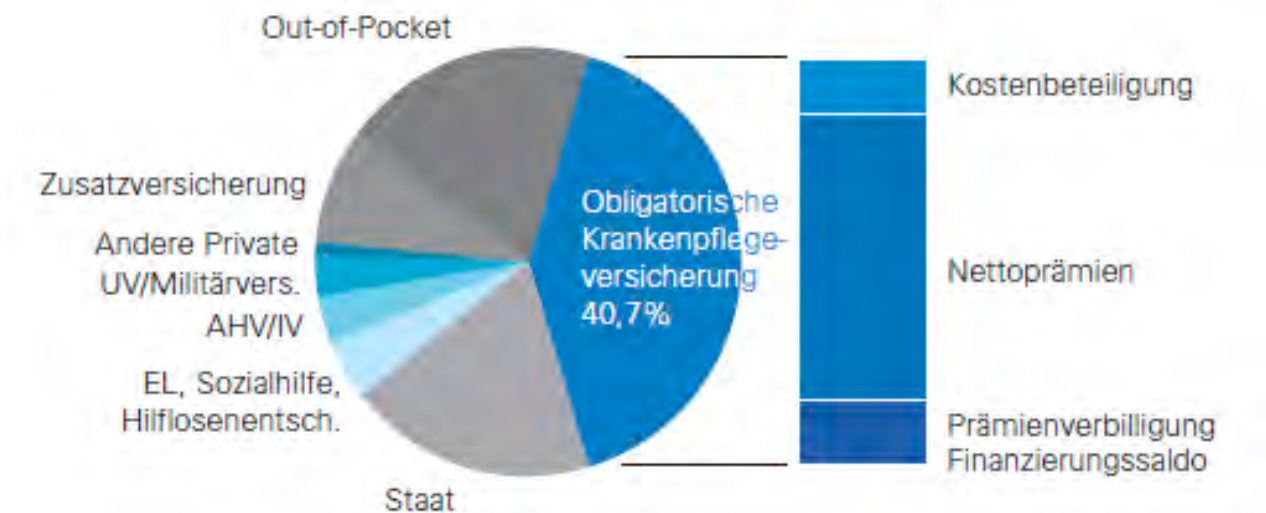
Die Leistungen wurden mehrheitlich von den Sozialversicherungen (OKP, UVG, IV, MV) finanziert (41,8% bzw. 26,1 Milliarden Franken). Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

1.3.3 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Dank der OKP erhalten alle Bürgerinnen und Bürger bei Bedarf Zugang zu qualifizierten Gesundheitsleistungen. Rund 60% aller im Gesundheitswesen generierten Kosten stehen im Zusammenhang mit der OKP. Wenn von der Kostenentwicklung im Zusammenhang mit den Krankenkassenprämien gesprochen wird, sind nur die OKP-Kosten gemeint.

Die OKP ist nach dem Versicherungsprinzip aufgebaut und wird im Ausgaben-Umlage-Verfahren über Prämien finanziert (Art. 60 Abs. 1 KVG). Die Einnahmen eines einzelnen Krankenversicherers (Prämien) sollen die Kosten decken, die von den Versicherten dieses Krankenversicherers verursacht werden.

Finanzierung des Gesundheitswesens im Jahr 2010, total 62,5 Milliarden Franken:

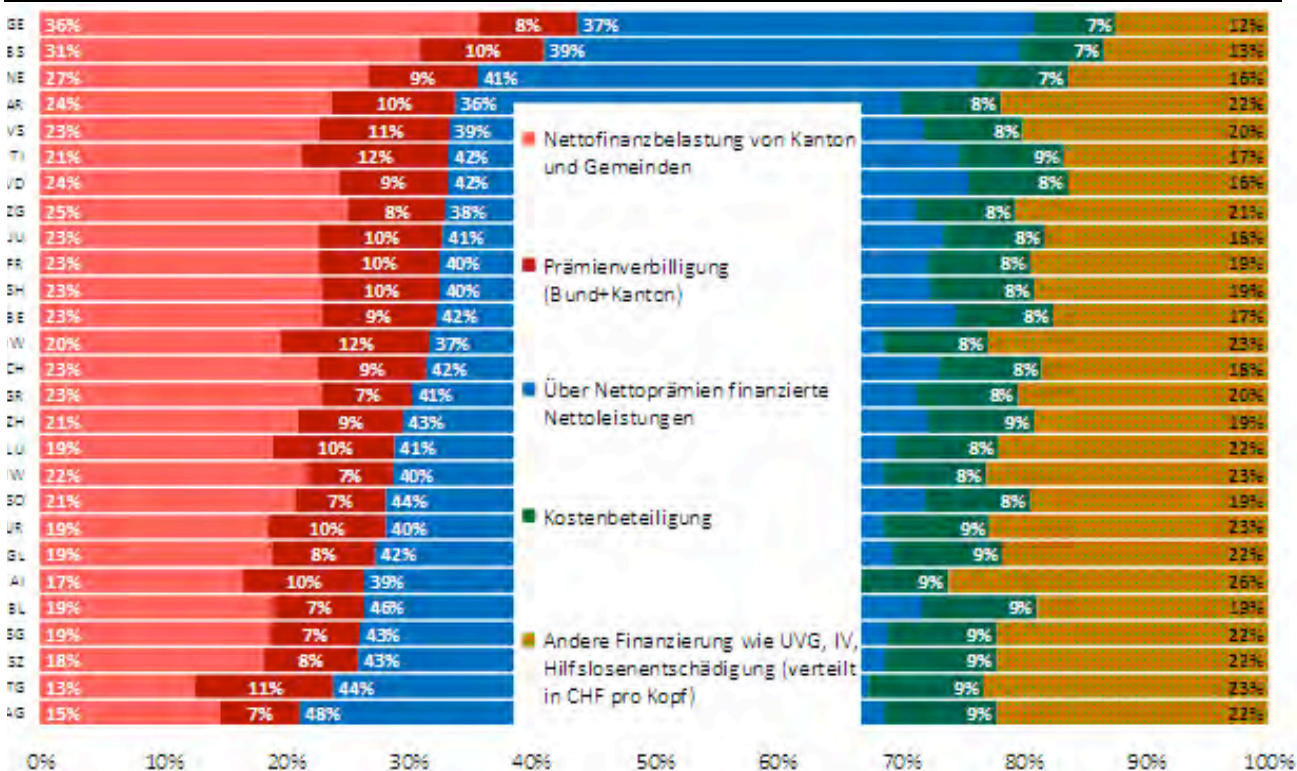


Quelle: BFS 2012

Für die OKP entstanden im Jahr 2010 Ausgaben von rund 26 Milliarden Franken¹⁷, also rund 41% der totalen Gesundheitsausgaben. Diesen Betrag muss die OKP über die Bruttoprämien (Nettoprämien plus Kostenbeteiligungen der Versicherten) finanzieren. Finanziert werden die OKP-Leistungen nebst diesen Prämieinnahmen und Kostenbeteiligungen durch Steuergelder (Beiträge Kantone an die Spitäler). In den Steuergeldern enthalten sind zudem die Prämienverbilligungsanteile der Kantone.

¹⁷ Datenpool 2011, santésuisse 2012

Die nachfolgende Grafik zeigt die unterschiedlichen Finanzierungsstrategien zur Sicherung des KVG-Leistungskatalogs in den Kantonen:



Quelle: Obsan 2011

Die Grafik verdeutlicht die grossen Unterschiede in den Kantonen bezüglich der Finanzierung, insbesondere bezüglich der Ausgestaltung der Prämienverbilligung, der Nettofinanzbelastung von Kanton und Gemeinden sowie der Nettoleistungen (Bruttoleistungen nach Abzug der Kostenbeteiligung) der Versicherten.

1.3.4 Ambulanter Bereich

Die Kantone haben im ambulanten und spitalambulanten Bereich im Rahmen der Krankenversicherung keine Planungs- und Finanzierungskompetenzen. Es bestehen daher nur geringfügige Steuerungsmöglichkeiten. Dies wäre aber wichtig, weil v.a. der ambulante Spitalbereich derjenige Bereich ist, der heute den grössten Anteil an der Steigerung der Krankenkassenprämien hat und dieser Bereich zu 100% über Prämien finanziert wird. Zudem besteht die Tendenz, dass immer mehr Leistungen vom dual finanzierten Sektor, d.h. vom durch Krankenkassen und Kantone finanzierten, stationären Sektor, in den ambulanten Sektor verlagert werden. Dies führt dazu, dass die zwar volkswirtschaftlich kosteneffizienteren und schonenderen, ambulanten Behandlungen die Krankenkassenprämien überdurchschnittlich in die Höhe treiben.

Die Finanzierung des ambulanten Bereichs (u.a. niedergelassene Ärzte, Spitalambulatorien, Physiotherapie, Ergotherapie etc.) erfolgt über die Sozialversicherungen (OKP, UVG, IV, MV) und Out-of-pocket-Leistungen. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)¹⁸ des Bundes definiert die Leistungspflicht der OKP sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich und enthält eine Aufzählung der Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Die Versicherten beteiligen sich an den Pflichtleistungen im Rahmen ihrer gewählten Franchisen und des Selbstbehaltes. Nicht KVG-Pflichtleistungen müssen die Versicherten selber bezahlen (out-of-pocket).

¹⁸ <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.112.31.de.pdf>

Die fehlende gesetzliche Finanzierungspflicht der Kantone im ambulanten Bereich bedeutet, dass die bezogenen KVG-Leistungen vollumfänglich durch Prämieinnahmen finanziert werden müssen und der Kanton durch die fehlende Mitfinanzierung im ambulanten Bereich keinen Einfluss auf die Prämienhöhe nehmen kann. Der Kanton hätte jedoch im Rahmen eines Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahrens (bei fehlendem Vertrag) die Möglichkeit, auf die Höhe der Tarife Einfluss zu nehmen (siehe Kapitel 3.1.2).

1.3.5 Stationärer Bereich

Der stationäre Bereich wird über Steuern, die Sozialversicherungen (OKP, VVG, UVG, IV/MV) und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanziert. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (siehe nachfolgendes Kapitel) müssen sich die Kantone in der OKP mit mindestens 55% an den anfallenden Kosten im stationären Bereich (Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, psychiatrische Kliniken und der Akut- und Übergangspflege) beteiligen.

Der Steueranteil für die OKP bewegte sich im Zeitraum 1996 bis 2010 schweizweit zwischen 35,7% (2006) und 40,3% im Jahr 2002, siehe nachfolgende Grafik.

Entwicklung der OKP-Finanzierung seit Einführung des KVG im Jahr 1996:



Quelle: Gesundheit2020, BAG 2013

Der Anteil des Staates an den OKP-Kosten beträgt rund 40% und ist im Zeitraum 1996 bis 2010 in etwa konstant geblieben.

Durch die Erhöhung der Kantonsbeteiligung auf mehr als 55% kann ein Kanton direkt auf die Höhe der OKP-Kosten im stationären Bereich und somit auf die Prämienlast Einfluss nehmen. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2009 (mit einer dreijährigen Übergangsfrist) wollte der eidgenössische Gesetzgeber mehr Transparenz und mehr Wettbewerb in die stationäre Versorgung und die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern erreichen.

1.3.6 Neue Spitalfinanzierung

Die eidgenössischen Räte verabschiedeten am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung, die folgende zentrale Elemente beinhaltet:

- Es wird von der Objektfinanzierung zur leistungsorientierten Subjektfinanzierung umgestellt. Dies bedeutet, dass ab 2012 nicht mehr die Spitäler direkt finanziert werden, sondern dass der Kanton sich mit dem Kostenteiler an den Fallkosten jedes einzelnen Patienten beteiligt.
- Seit 2012 müssen alle auf der Spitalliste aufgeführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG)¹⁹ entschädigt werden.
- Seit dem 1. Januar 2012 muss der Kanton seinen Finanzierungsanteil allen auf der gültigen Spitalliste aufgeführten Institutionen entrichten, unabhängig davon, ob es sich um öffentliche oder private Spitäler handelt.
- Für die Planung stehen nicht mehr Bettenkapazitäten, sondern medizinische Leistungen im Vordergrund, mit dem Ziel der Sicherstellung der Versorgung der Kantonsbevölkerung.

Als Folge dieser Revision müssen die kantonalen Spitalplanungen und die Spitallisten bis spätestens 2015 überarbeitet werden²⁰.

Auch die Spitalliste hat eine neue Bedeutung erhalten: Seit 2012 werden alle auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitäler vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten mit mindestens 55% der Fallkosten mitfinanziert und die Versicherer sind verpflichtet, die restlichen Kosten gemäss KVG zu übernehmen. Die Kantone mussten deshalb den Kostenteiler festlegen, mit welchem sie sich an den stationären Fallkosten beteiligen. Er muss mindestens 55% betragen, kann aber auch höher angesetzt werden, um z. B. die Prämien zu entlasten. Im Kanton Basel-Stadt beträgt der Kostenteiler aktuell 55%.

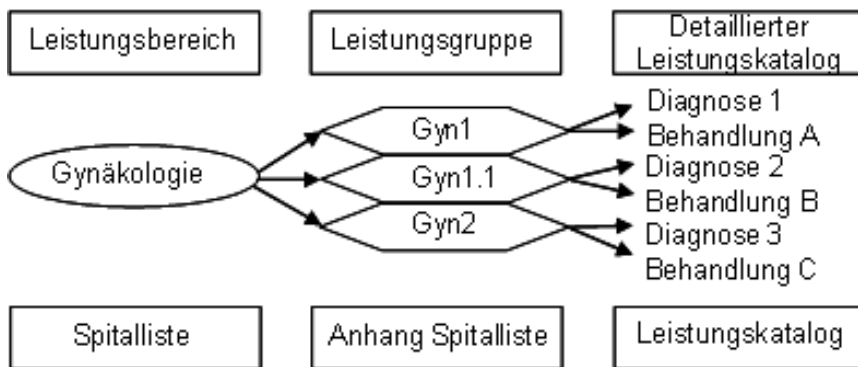
Auf die neuen gesetzlichen Bestimmungen haben die Kantone unterschiedlich reagiert. Der Kanton Zürich hat eine neue Systematik zur Beurteilung und Zuteilung von Leistungsaufträgen entwickelt, das Zürcher System der Leistungsgruppen, bei dem alle medizinischen Leistungen in sogenannte Leistungsgruppen eingeteilt werden. Für jede dieser 125 Leistungsgruppen (entsprechen der Grobeinteilung von 27 Leistungsbereichen im Versorgungsbericht²¹) wurden spezifische Qualitätsanforderungen wie Infrastrukturvorgaben, Facharzttitel, Notfallanforderung und wo möglich Mindestmengen definiert. Zurzeit haben 19 vor allem Deutschschweizer Kantone dieses System übernommen, darunter auch der Kanton Basel-Stadt.

¹⁹ Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen. Neues Tarifsysteem für die Vergütung der stationären, akutsomatischen Spitalleistungen, mit dem jeder Krankenhausfall anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, durchgeführten Behandlungen, Schweregrad der Erkrankung sowie dem Alter und dem Geschlecht der Patientin/des Patienten einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet werden kann

²⁰ Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung)

²¹ Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Baselland, Basel-Stadt und Solothurn, siehe RRB 10/33/13 vom 2. November 2010

Schematische Darstellung der Leistungsgruppensystematik des Kantons Zürich:



Mit der Leistungsgruppensystematik können Leistungsaufträge an die Spitäler differenzierter vergeben und überprüft werden. Im Vergleich zu den sehr grob eingeteilten Leistungsaufträgen vor der Systemumstellung ermöglicht die neue Systematik ein detailliertes Abbild der Klinikleistungen, das auch die Kompetenzen eines Spitals (ärztliches Personal, Infrastruktur, Fallmengen) berücksichtigt. So können Leistungen mit kritischen Fallzahlen besser auf Spitäler konzentriert werden, was zu einer Steigerung der Behandlungs- und Outcome-Qualität beiträgt. Durch ein jährliches Controlling aller erbrachten Fälle der Spitäler, anhand der medizinischen Statistik und des Versorgungsmonitorings im Gesundheitsdepartement, können die Leistungsaufträge sehr genau überprüft werden.

Die Kantone haben jedoch nicht nur Interesse daran, die medizinischen Leistungen der Spitäler genauer zu überprüfen. Die Einführung der Fallpauschalen führte auch auf der finanziellen Ebene zu massgeblichen Änderungen. Vor der Gesetzesrevision wurden Patienten in Privatspitälern (nicht öffentlich subventionierte Spitäler) vom Kanton nicht mitfinanziert. Auch ausserkantonale Fälle, die keine Notfälle waren, mussten vor der Gesetzesänderung nicht durch die Kantone mitfinanziert werden. Neu muss der Kanton für jeden Patienten in einem Spital auf der kantonalen Spitalliste (unabhängig davon, ob öffentlich oder privat, inner- oder ausserkantonale) den Kantonsanteil von mindestens 55% übernehmen. Dies führt in einigen Kantonen zu massiven Mehrausgaben im Gesundheitsbereich. Aktuell zahlt kein Kanton mehr als 55% an die stationären Spitalbehandlungen. Kantone mit unterdurchschnittlich tiefen Krankenkassenprämien dürfen bis 2017 einen Finanzierungsanteil unter 55% wählen, müssen bis 2017 jedoch auf 55% erhöhen. Den tiefsten Finanzierungsanteil haben im Jahr 2013 die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Nidwalden und Obwalden mit 47%. Den Anteil von 55% weisen neben dem Kanton Basel-Stadt, die Kantone Basel-Landschaft, Bern, Genf, Jura, Neuenburg, Tessin und Waadt auf.

Die meisten Kantone versuchen bei der Budgetierung, die erwarteten Fallzahlen und die mutmasslichen Kosten für das Folgejahr aus Vergangenheitsdaten abzuschätzen, und zahlen monats- oder quartalsweise den Kantonsanteil der Fallkosten pro Spital. Es gibt jedoch auch Kantone, die bereits im Voraus ein Globalbudget festlegen, das dann anteilmässig auf die einzelnen Spitäler aufgeteilt wird. Entwickeln sich die Fallzahlen aber überproportional oder sind die Fallkosten doch höher, muss nachbudgetiert werden. Die Kantone Aargau und Tessin arbeiten mit einem solchen Globalbudget.

Während so also in einigen Kantonen versucht wird, die Kosten zu beschränken, führten andere Kantone eine Mengenbeschränkung ein. Eine strikte Fallmengenbegrenzung hat z. B. der Kanton Tessin eingeführt. Der Kanton Bern hat als Mengenbeschränkung eine Lenkungsabgabe vorgesehen. Es handelt sich jedoch nicht um eine strenge Mengenbeschränkung, sondern um eine «Volumenbeschränkung», welche greift, wenn sich die Behandlungszahlen kantonal überdurchschnittlich ausweiten. Kliniken, die Mehrmengen leisten, müssen eine Lenkungsabgabe

zugunsten weniger starken Kliniken leisten. Das Bundesgericht hat in beiden Fällen die Strategie der Mengenbegrenzung gestützt.

1.3.6.1 Auswirkung der Neuordnung der Spitalfinanzierung auf die Kantonsfinanzen

Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung hatte tief greifende Auswirkungen auf die Rechnung des Kantons Basel-Stadt. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt ab dem Jahr 2012 abschliessend durch gesetzlich vorgeschriebene Beiträge an die Spitalbehandlung gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG (Kantonsanteil) sowie über gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG. Entsprechend entfallen in der laufenden Rechnung die bisherigen Beiträge an Privatspitäler sowie der ordentliche Nettoaufwand (ONA bis Rechnungsjahr 2012), neu zweckgebundenes Betriebsergebnis (ZBE) der öffentlichen Spitäler.

Ebenfalls werden neu die Investitionen der öffentlichen Spitäler nicht mehr über die kantonale Investitionsrechnung finanziert, was zu einer entsprechenden Entlastung des Investitionsplafonds führte. Weil über den Kantonsanteil an stationären Behandlungen die Investitionskosten der Spitäler abgegolten werden, findet eine Verschiebung dieser Kostenanteile in die laufende Rechnung statt.

Per saldo führte die Neuordnung der Spitalfinanzierung auf der Ebene des Finanzierungssaldos zu einer Verbesserung der kantonalen Rechnung um 3,3 Millionen Franken (siehe nachfolgende Tabelle).

Auswirkung Spitalfinanzierung:

in Mio. Franken, + günstig / - ungünstig	Abweichung B12/B11	Abweichung R12/R11
Ordentlicher Nettoaufwand		
Entlastungen Gesundheitsdepartement:		
Wegfall Defizitdeckung Spitäler	249.7	251.5
Wegfall Beiträge an Privatspitäler und UKBB	47.7	54.6
Wegfall Sockelbeitrag Zusatzversicherte	37.9	37.9
Belastungen Gesundheitsdepartement:		
Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlungen	-262.2	-262.5
Gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen	-125.0	-118.4
Total Änderung ONA Stufe Gesundheitsdepartement	-51.9	-36.9
Entlastungen übrige Departemente:		
Wegfall zentral budgetierte Teuerung Spitäler	3.2	0.0
Verrechnung Dienstleistungen BVD	1.0	1.0
Belastungen übrige Departemente:		
Wegfall Miete	-39.7	-40.7
Tarife Massnahmenvollzug	-1.5	-1.5
Total Veränderung ONA alle Departement	-88.9	-78.1
Entlastung Allgemeiner Nettoertrag	1.9	1.9
Entlastung Abschreibungen	45.2	45.0
Total Veränderung Saldo Laufende Rechnung	-41.8	-31.2
Finanzierungsrechnung	-87.0	-76.2
Entlastung Investitionsrechnung	75.0	79.5
Veränderung Finanzierungssaldo	-12.0	3.3

1.3.7 Neue Pflegefinanzierung

Per 2011 trat die neu geordnete Pflegefinanzierung in Kraft. Der Bundesgesetzgeber hat mit der Revision des KVG wichtige Lücken sowie Unklarheiten beseitigt. So wurde fünfzehn Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG die Thematik der Kostenübernahme abschliessend definiert. Neu zahlt der Krankenversicherer einen Beitrag an Spitex-Dienstleistungen sowie an den Aufenthalt eines Versicherten in einem Pflegeheim. Dem Spitex-Kunden sowie der Pflegeheimbewohnerin wird ein gesetzlich limitierter Betrag in Rechnung gestellt. Die übrigen Kosten werden durch den Kanton getragen.

1.3.7.1 Übergangsfrist

Gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 haben die Kantone eine Frist von drei Jahren, um die Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Verschiedene Kantone, darunter auch der Kanton Basel-Stadt (siehe Kapitel 2.2) haben sowohl im Spitex- als auch im Pflegeheim-Bereich sämtliche Änderungen bereits per Einführung der neuen Pflegefinanzierung vorgenommen. Andere Kantone machen von der Übergangsfrist Gebrauch. So wird bspw. im Spitex-Bereich des Kantons Basel-Landschaft die neu geordnete Pflegefinanzierung erst im Jahr 2014 voll umgesetzt.

1.3.7.2 Begriff der Pflegekosten

Das im Jahr 1996 eingeführte KVG enthielt eine Bestimmung, wonach die Pflegekosten durch die Krankenversicherung zu übernehmen seien. In der Praxis besteht ein erheblicher Graubereich zwischen KVG-pflichtigen Pflegeleistungen und altersbedingten Betreuungsleistungen, welche durch die pflegebedürftige Person bzw. subsidiär durch Ergänzungsleistungen zur AHV zu tragen sind. In Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) wird dieser Leistungsbereich abschliessend umschrieben. Demnach übernimmt die Krankenversicherung – auf ärztliche Verordnung – folgende Massnahmen, sofern sie durch Pflegefachkräfte, Organisationen der Krankenpflege oder in Pflegeheimen erbracht werden:

- Abklärung und Beratung (Abklärung des Pflegebedarfs sowie Planung der notwendigen Pflegemassnahmen);
- Untersuchung und Behandlung (Messung der Vitalzeichen, Bestimmung des Blutzuckers, Massnahmen zur Atemtherapie, Verabreichung von Medikamenten, Wundversorgung, pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung, Hilfe bei Medizinalbädern, pflegerische Massnahmen zur Umsetzung ärztlicher Therapien, Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen etc.);
- Grundpflege (Unterstützung bei Tätigkeiten, welche von Patienten nicht selbst ausgeführt werden können, wie das Einbinden der Beine, Lagern, Mobilisieren, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken etc.);
- Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung).

1.3.7.3 Neuerungen im KVG

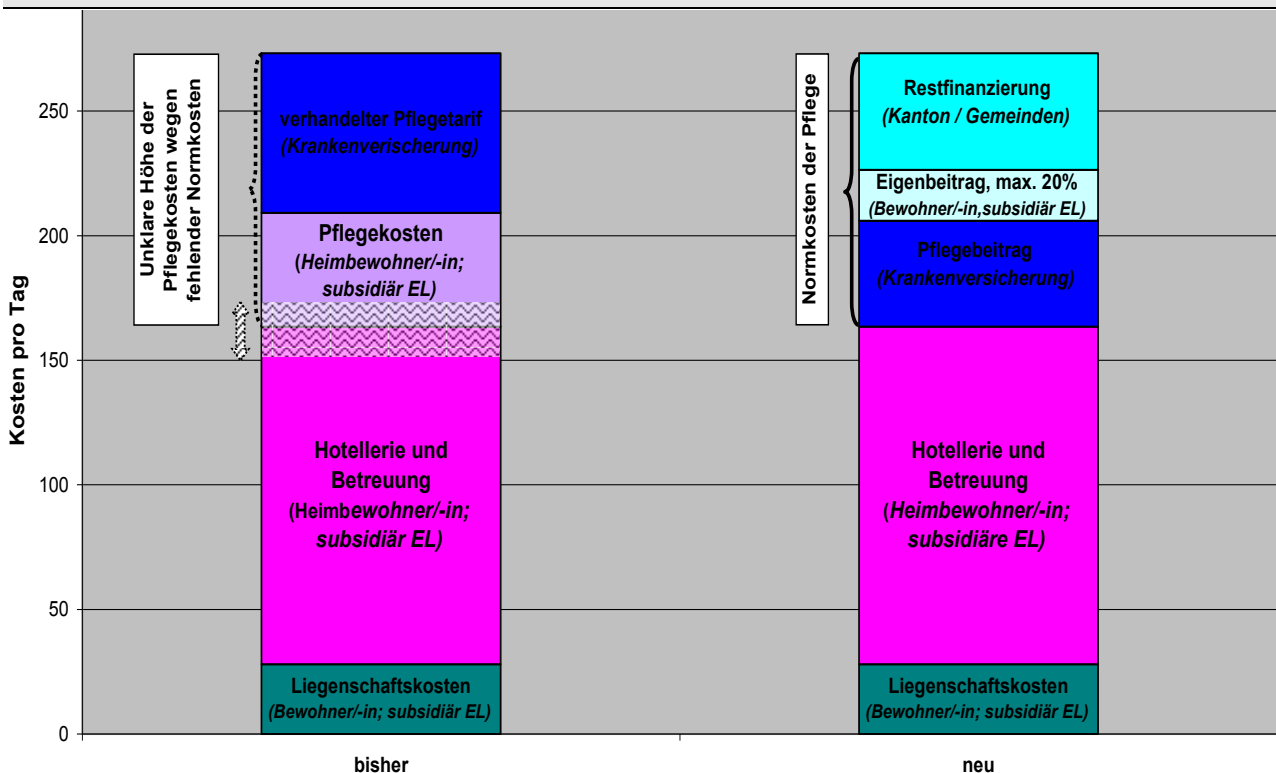
Ab 1. Januar 2011 gelten die neuen Regeln der Pflegefinanzierung gemäss KVG. Demnach legt der Kanton die anerkannten Kosten der medizinischen Pflege in Heimen und für Spitex-Leistungen normativ fest (Normkosten). Finanziert werden diese Kosten wie folgt:

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung entrichtet die vom Bundesrat festgelegten Beiträge (Art. 7a Abs. 3 KLV).
2. Die Patienten leisten einen Eigenbeitrag von maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags an die nicht gedeckten Pflegekosten (Art. 5a Abs. 5 KVG). In Bezug

auf Leistungen in Pflegeheimen beträgt der Eigenbeitrag somit maximal Fr. 21.60 pro Tag (20% von 108 Fr.). Für Spitex-Leistungen liegt der gesetzliche Maximalbetrag bei maximal Fr. 15.95 pro Tag (20% von Fr. 79.80). Der Regierungsrat hat diesen generell um die Hälfte reduziert, sodass für die Spitex-Patienten maximal 8 Franken (10% von Fr. 79.80) fällig werden. Bei Kindern wird ganz auf die Erhebung eines Spitex-Eigenbeitrags verzichtet. Die Reduktionen beim Eigenbeitrag erhöhen den Restfinanzierungsanteil zulasten von Kanton und Gemeinden.

3. Die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinde) übernimmt die Differenz der oben genannten Beiträge zu den kantonal festgesetzten Normkosten, die sogenannte Restfinanzierung.

Aufteilung und Finanzierung der Pflegeheimkosten*:



Quelle: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

* Abgebildet sind geschätzte durchschnittliche Tageskosten.

Die obige Grafik zeigt die Aufteilung und Finanzierung der Pflegekosten im Heim nach alter Rechtslage und gemäss der neu geordneten Pflegefinanzierung. Die Krankenversicherer entrichten einen festen, gesetzlich fixierten und nach Aufwand abgestuften Beitrag an die Kosten der Pflege. Die finanzielle Belastung der Pflegeheimbewohnenden sowie der Spitex-Patienten, der sogenannte Eigenbeitrag, ist ebenfalls beschränkt (Belastung pro Tag maximal 20% der höchsten zulasten der Krankenversicherung verrechneten Stufe). Der Kanton oder die Gemeinden übernehmen die Restkosten. Der Kanton legt die Normkosten fest.

1.3.7.4 Revision des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)

Bis zum 31. Dezember 2010 konnten AHV-Rentner nur eine Hilflosenentschädigung beanspruchen, wenn eine Hilflosigkeit mittleren oder schweren Grades vorlag. Ab 2011 besteht bereits dann Anspruch, wenn eine Hilflosigkeit leichten Grades vorliegt. Unter eine leichte Hilflosigkeit fällt, wer zu Hause betreut wird und, trotz Abgabe von Hilfsmitteln, in mindestens zwei alltäglichen

Lebensverrichtungen auf Hilfe Dritter angewiesen ist oder dauernder, persönlicher Überwachung bedarf. Kein Anspruch besteht bei Heimaufenthalt. Diese Kosten werden vollumfänglich durch den Bund finanziert.

1.3.7.5 Änderungen beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG)

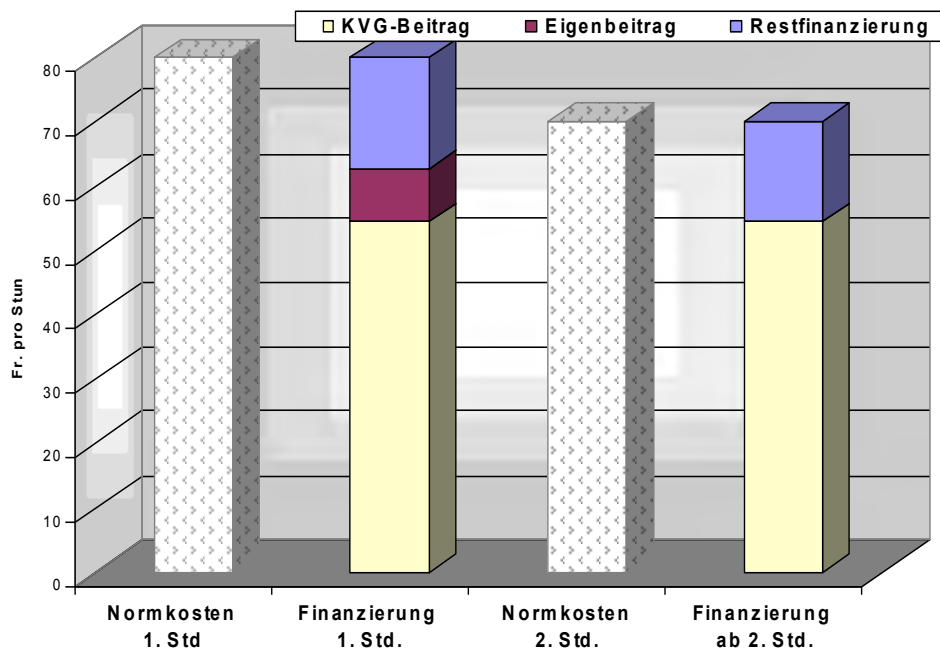
Bezüger einer AHV- oder IV-Rente haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL), wenn die Einnahmen aus Renten und Vermögen die anerkannten Kosten für den Lebensunterhalt nicht decken. Bewohner von Pflegeheimen haben ebenfalls Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Per 1. Januar 2011 wurden die Leistungen verbessert:

- Erhöhung des Vermögensfreibetrages für Alleinstehende von 25 000 auf 37 500 Franken und für Ehepaare von 40 000 auf 60 000 Franken;
- Einführung eines zusätzlichen Freibetrages für Eigentümer von Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim lebt oder wenn eine in der eigenen Wohnung lebende Person eine Hilflosenentschädigung bezieht;
- Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass EL-Bezüger durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden.

Pflegeheime können sich vertraglich zu weitergehenden Leistungen verpflichten. Diese höheren Anforderungen, wie sie Vertragsheime des Verbands der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) gemäss Pflegeheim-Rahmenvertrag²², insbesondere im Bereich der Ausbildungstätigkeit, der Qualitätssicherung und bei der Bereitstellung von Spezialangeboten, übernehmen, werden durch einen Zuschlag auf die Normkosten abgegolten.

²² SG 329.500

Spitex Normkosten und deren Finanzierung (Grundpflege):



Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Der Kanton kann mit Spitex-Organisationen besondere Leistungsaufträge zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit vereinbaren. Die höheren Kosten solcher Leistungen werden durch höhere Normkosten abgegolten.

Über 80% der Kosten in einem Pflegeheim sind Personalkosten. Bei Spitex-Organisationen liegt dieser Anteil sogar über 90%.

1.3.7.6 Bedarfsabklärung in Pflegeheimen

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht vor, dass die Leistungen auf Beitrags- und nicht mehr auf Tarifbasis finanziert werden. Das KVG schreibt den Pflegeheimen kein gesamtschweizerisch einheitliches Leistungserfassungssystem vor. Die Wahl des Systems obliegt den Leistungserbringern, vorbehalten bleiben allfällige kantonale Richtlinien. So kommen heute drei Systeme zur Anwendung, nämlich Plaisir in sechs Westschweizer Kantonen, RAI/RUG und BESA in der Deutschschweiz. Diese drei Systeme wurden auch bereits vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingesetzt. Aufgrund der unterschiedlichen Systematik resultiert bei gleichem Pflegeaufwand nicht immer die gleiche Pflegestufe. Aufgrund der gesetzlichen Richtlinien muss dies jedoch der Fall sein. Aus diesem Grund wurde die Kalibrierung der drei Pflegebedarfsinstrumente ins Auge gefasst. Eine Lösung für die Systeme RAI und BESA konnte gefunden werden. Diejenige mit Plaisir gestaltet sich jedoch schwierig. Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, bis wann der vom Gesetzgeber vorgesehene Zustand einheitlicher Einstufungsergebnisse erreicht ist.

1.3.7.7 Normkosten der Pflege

Die Festlegung der Normkosten der Pflege obliegt sowohl im Spitex- als auch im Pflegeheimbereich den Kantonen. Deren Festlegung hat zu einer äusserst unübersichtlichen Situation in der ganzen Schweiz geführt. Da der Bundesgesetzgeber keine verbindlichen Rahmenbedingungen gesetzt hat, wurden in jedem Kanton andere Beträge festgelegt. So hat beispielsweise der Kanton Solothurn die Normkosten der Pflege so beziffert, dass nach Abzug des Beitrages der Krankenversicherung sowie nach Abzug des Eigenbeitrags der Pflegeheimbewohnerin bzw. des Spitex-Kunden keine Restfinanzierung mehr resultierte. Im Kanton Basel-Landschaft wurden die Normkosten der Pflege sehr tief angesetzt. Als Ausgleich dafür wurden jedoch die Betreuungskosten, welche vollumfänglich durch die Pflegeheimbewohner zu tragen sind, deutlich erhöht. Dies hat denn auch zu Beschwerden seitens der Pflegeheimbewohner geführt. Ausserdem hat sich der Preisüberwacher eingeschaltet. In der Zwischenzeit wurden Korrekturen vorgenommen. Anhand einer Zeitstudie hat der Kanton Basel-Landschaft nun empirisch unterlegte Normkosten für die Pflege sowie Betreuungstarife festgelegt.

1.3.7.8 Eigenbeitrag der Spitex-Kunden bzw. Pflegeheimbewohnerinnen

Der Bundesgesetzgeber hat lediglich eine Obergrenze für die finanzielle Belastung von Pflegeheimbewohnerinnen und Spitex-Kunden festgelegt. Diese liegt bei 20% des höchsten durch die Krankenversicherung zu tragenden Beitrages. Für Pflegeheimbewohnerinnen beträgt diese Fr. 21.60 pro Tag, für Spitex-Kunden Fr. 15.95 pro Tag. Unterhalb dieser Grenze sind die Kantone frei in der Festlegung.

Im Pflegeheimbereich verzichten einige Westschweizer Kantone auf den Eigenbeitrag. Die meisten Kantone sehen jedoch den vollen Betrag von Fr. 21.60 vor.

Im Spitex-Bereich ist die Vielfalt grösser. Die Kantone Schaffhausen, Aargau, Luzern, Uri sowie Ob- und Nidwalden sehen das gesetzliche Maximum von Fr. 15.95 vor. Die Ostschweiz mit Ausnahme von Glarus, Genf Basel-Stadt und Solothurn weisen einen Eigenbeitrag von 8 Franken pro Tag auf. Die anderen Kantone verzichten auf einen Eigenbeitrag.

1.3.8 Finanzierung von Lehre und Forschung

Die unterschiedliche Betrachtung von universitärer Lehre und Forschung (L+F) durch Krankenkversicherer, Universität und Spitäler hat zur Folge, dass die Finanzierung stark umstritten ist und ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen den potenziellen Finanzierungsträgern besteht, der dazu führt, dass gewisse Kosten nicht sachgerecht abgegolten werden. Zuständig für die Finanzierung der Ausbildung der universitären Medizinalpersonen (ÄrztInnen) sind in erster Linie die Kantone als Träger der Universitäten und der öffentlichen Spitäler. Die Weiterbildung der universitären Medizinalpersonen in den Spitälern erfolgt überwiegend in Form von Supervision und Teaching durch Kaderärzte, deren Leistungen durch die Spitäler abgegolten werden.

Da mit der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr eine Defizitdeckung durch den Kanton, sondern eine leistungsorientierte Abgeltung vorgesehen ist, müssen die Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie für die Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel getrennt ausgewiesen und durch die entsprechenden Träger finanziert werden. Damit den Spitälern durch diesen Umstand nicht von einem Tag auf den anderen riesige Finanzierungslücken entstehen, müssen die Kantone die entstehenden finanziellen Lücken für die L+F über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanzieren.

Dabei gilt es zu bedenken, dass die Ausgaben des Kantons Basel-Stadt für L+F letztlich auch anderen Kantonen zugutekommen und somit eine Zentrumslast darstellen. Der Kanton Basel-Stadt fordert deshalb eine stärkere Beteiligung der umliegenden Kantone und/oder des Bundes. Die aktuelle Finanzierung über gemeinwirtschaftliche Leistungen ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt eine Notlösung und langfristig nicht haltbar.

Fazit Finanzierung im Gesundheitswesen

- Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens hat, nicht nur in der Schweiz, seinen Preis und erfordert laufend Diskussionen über die Finanzierbarkeit dieser steigenden Ausgaben.
- Im internationalen Vergleich gibt es unterschiedliche Finanzierungssysteme des Gesundheitswesens. Die Systeme sind daher nicht direkt miteinander vergleichbar.
- In der Schweiz zeigt sich ein hoher Anteil, der von den privaten Haushalten getragenen Gesundheitsausgaben.
- 41% der Gesundheitsausgaben stehen im Zusammenhang mit der OKP.
- Die Finanzierung der OKP-Leistungen erfolgt im stationären Bereich zu mindestens 55% durch die Kantone.
- Die neue Spitalfinanzierung wurde im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2012 eingeführt, die neue Pflegefinanzierung im Jahr 2011.
- Die neuen leistungsbezogenen Fallpauschalen ermöglichen einen direkten Preisvergleich für eine Behandlung in verschiedenen Spitälern.
- Mit der neuen Spitalfinanzierung sind öffentliche und private Spitäler gleichgestellt, sofern sie auf der (inner- oder ausserkantonalen) Spitalliste stehen.
- Die Finanzierung des ambulanten und spitalambulanten Bereichs erfolgt grösstenteils über die OKP und die Versicherten (Franchise, Selbstbehalt).
- Die spitalambulanten OKP-Leistungen werden zu 100% über die OKP finanziert, d.h. die Kantone leisten an ambulanten Operationen und Behandlungen keine Anteile.
- Die Finanzierung des Pflegebereichs erfolgt über die OKP, Eigenbeiträge der Versicherten, Restfinanzierung der Kantone sowie bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen.
- Der Eigenbeitrag für Pflegeheimbewohner bzw. Spitex-Leistungen beträgt max. 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags, die Kantone können diese Prozentsätze tiefer ansetzen.
- Die Finanzierung der Lehre und Forschung erfolgt über die Kostenträger (Universität, Spitäler) und über die Kantone in Form von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Ausgaben des Kantons Basel-Stadt für L&F letztlich auch anderen Kantonen zugutekommen und somit eine Zentrumslast darstellen. Der Kanton Basel-Stadt fordert deshalb eine stärkere Beteiligung der umliegenden Kantone und/oder des Bundes. Die aktuelle Finanzierung über gemeinwirtschaftliche Leistungen ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt eine Notlösung und nicht langfristig haltbar.

1.4 Kosten und Kostenentwicklung

1.4.1 International

Im Jahr 2010 wurden in der Schweiz rund 62,4 Milliarden Franken und 11,4% des Bruttoinlandproduktes (BIP) für Gesundheitsausgaben verwendet. Dies beträgt pro Einwohner und Jahr 7 993 Franken. Damit liegen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz gemessen am BIP über den durchschnittlichen 9,5% in der OECD. Die Schweiz zählt daher hinter den USA zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben.

Gesundheitsausgaben in Prozenten des BIP:



Quelle: OECD Health Data

Die Grafik zeigt das Wachstum der Gesundheitsausgaben seit 1970 in Prozenten des BIP. Während das Wachstum der Gesundheitsausgaben in den USA in den 80er-Jahren regelrecht in die Höhe schoss, ist das Wachstum in der Schweiz, vergleichbar mit den übrigen Ländern, kontinuierlich angestiegen.

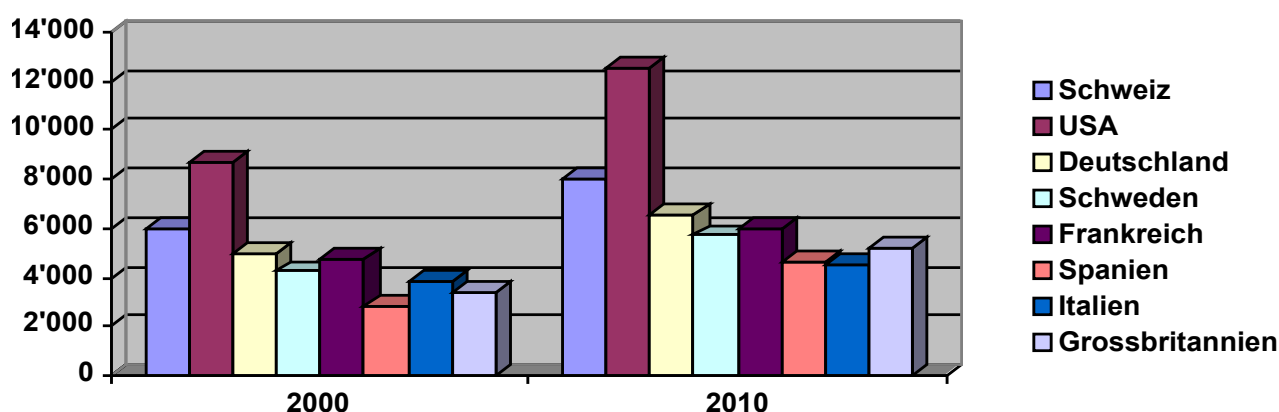
Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern und in Prozenten des BIP:

	In Prozent des BIP		In Franken pro Person ¹		
	2000	2010	2000	2010	Ø 2000-2010
Italien	8,1	9,3	3 822	4 495	+1,7%
Spanien	7,2	9,6	2 847	4 634	+5,1%
Grossbritannien	7,0	9,6	3 400	5 207	+4,4%
Schweden	8,2	9,6	4 233	5 699	+3,1%
Österreich	9,9	11,0	5 298	6 665	+2,3%
Schweiz	10,2	11,4	5 963	7 993	+3,0%
Deutschland	10,3	11,6	4 942	6 580	+2,9%
Frankreich	10,1	11,6	4 728	6 027	+2,5%
Vereinigte Staaten	13,7	17,6	8 708	12 481	+3,7%

¹Kaufkraftbereinigt gemäss den OECD-Kaufkraftparitäten für das Bruttoinlandprodukt.

Quelle: BFS 2012

Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben (in Franken) in einigen Ländern 2000 und 2010:



Betrachtet man die Pro-Kopf-Zunahme im Zeitraum 2000 bis 2010 in Prozenten, so verzeichnet Spanien mit +5,1% die grösste Kostenentwicklung vor Grossbritannien (+4,4%), USA (+3,7%) und Schweden (+3,1%). Die Schweiz liegt mit einer Kostenentwicklung von +3,0% im Mittelfeld. Einen geringeren Zuwachs verzeichnen die Länder Deutschland (+2,9%), Frankreich (+2,5%), Österreich (+2,3%) und Italien (+1,7%). Von Bedeutung ist daher nicht nur die absolute Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben, sondern vielmehr auch die Entwicklung der Ausgaben über einen bestimmten Zeitraum.

Die USA haben weltweit die mit Abstand höchsten Pro-Kopf-Gesundheitskosten. Das amerikanische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet einerseits durch ein Gesundheitssystem ohne gesetzliche Grundleistungen und Versicherungspflicht und andererseits durch eine Finanzierung auf Basis von Privatversicherungen.

Aussagen und Analysen über die Kosten- und Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in verschiedenen Ländern müssen die unterschiedlichen Finanzierungssysteme in den jeweiligen Län-

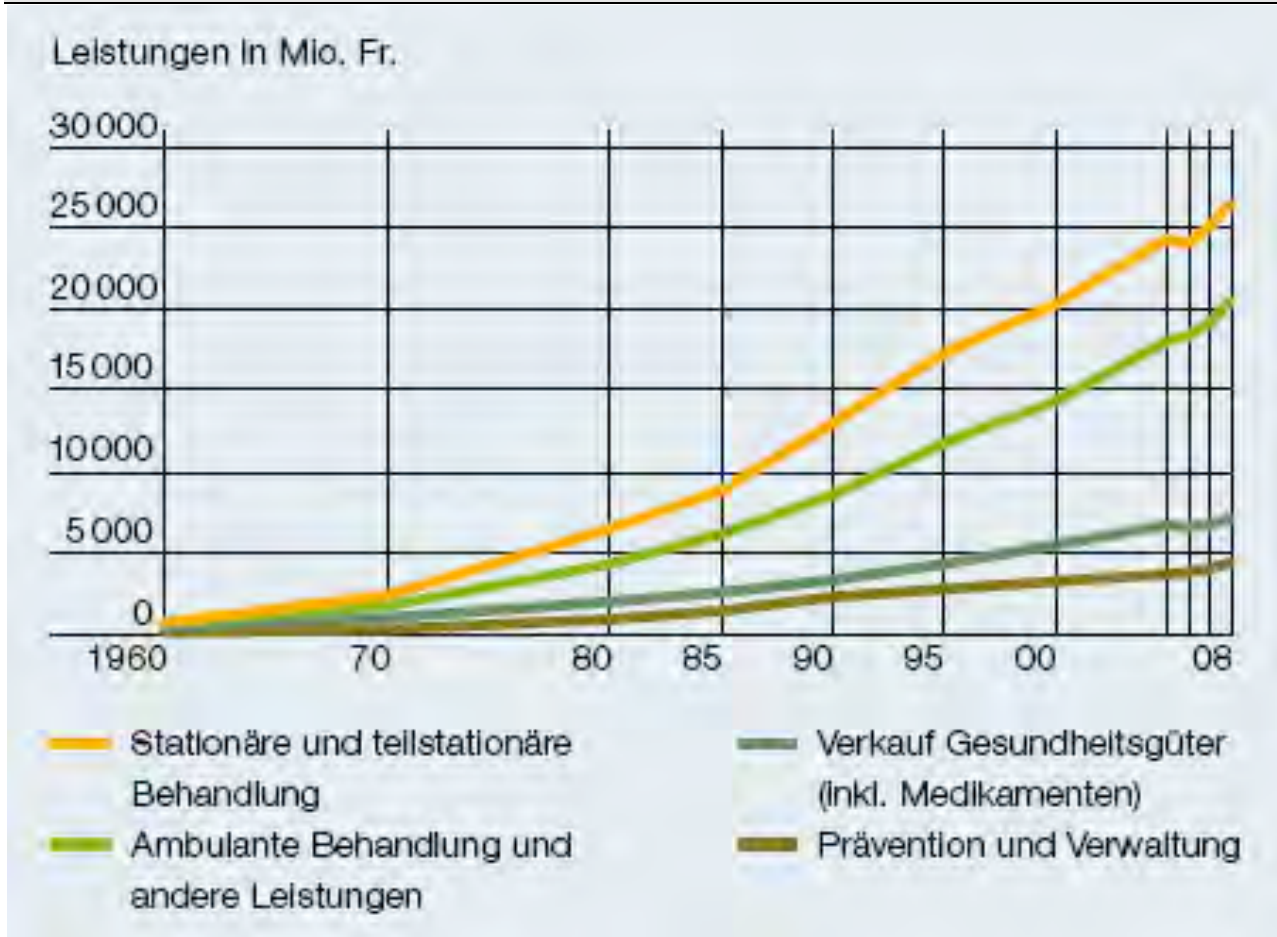
dern, die Gesundheitssituation sowie die Einkommensverteilung und die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung mit einbeziehen.

Mehr Wohlstand kann den Konsum für bestimmte Gesundheitsleistungen, wie z. B. Schönheitsoperationen, alternative Behandlungen und Kuraufenthalte, erhöhen (Gesundheit als superiores Gut).

1.4.2 Schweiz

Trotz einer gewissen Stabilisierung der Kostenentwicklung in den letzten Jahren muss erwähnt werden, dass nicht erst seit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Jahr 1996 das Volumen der pro Person abgerechneten medizinischen Leistungen, und damit die Kosten, laufend gestiegen sind. Die Grafik verdeutlicht, dass von den gesamten Gesundheitsausgaben insbesondere eine höhere Kostenentwicklung im Bereich der stationären und teilstationären Behandlungen wie auch der ambulanten Leistungserbringer zu verzeichnen ist.

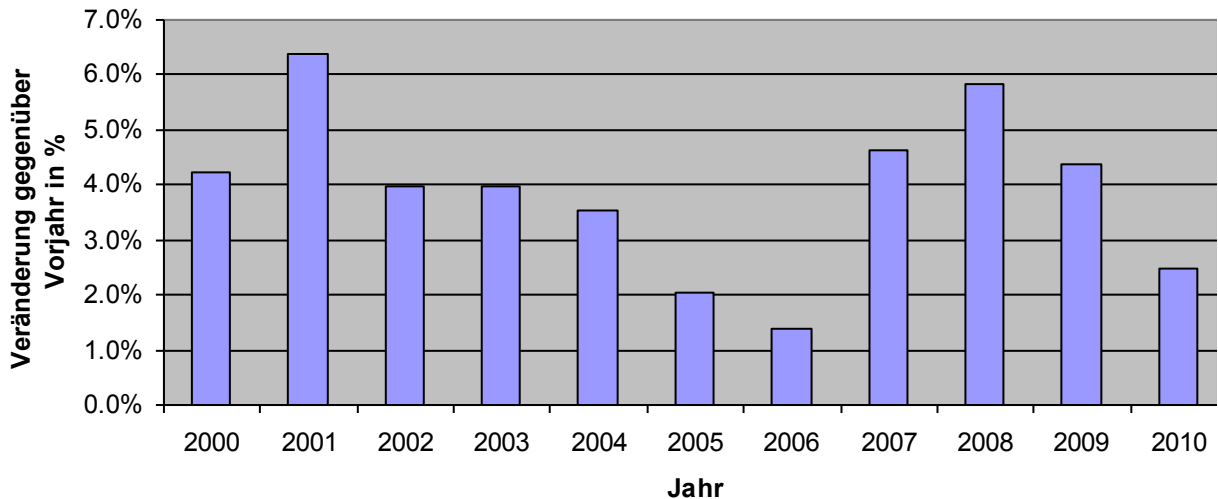
Entwicklung der Gesundheitskosten nach Leistungen:



Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsschistik diverse Jahrgänge, BAG, BFS 2010

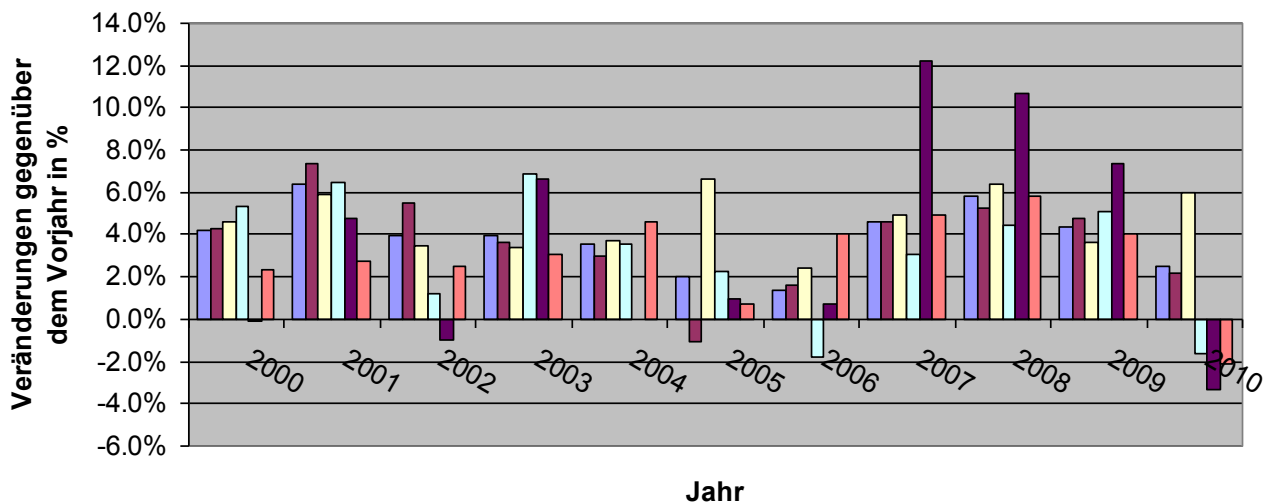
Die nachfolgende Grafik zeigt, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz im Zeitraum 2000 bis 2010 laufend gestiegen sind, seit 2008 jedoch eine leichte Abnahme des Kostenanstiegs zu verzeichnen ist.

Gesundheitskosten total:



Quelle: BFS 2012

Veränderungsraten in der Entwicklung der Gesundheitskosten total und nach Leistungen im Zeitraum 2000 bis 2010:



Quelle: BFS 2012

Seit 2008 ist bei den stationären Behandlungen ein Rückgang der Kostenentwicklung zu verzeichnen. Die Entwicklung ist im Verhältnis zur Veränderung bei den totalen Kosten im Jahr 2010

gar tiefer. Hingegen ist im ambulanten Bereich eine weiterhin hohe Kostenentwicklung zu erkennen (2010 +6%).

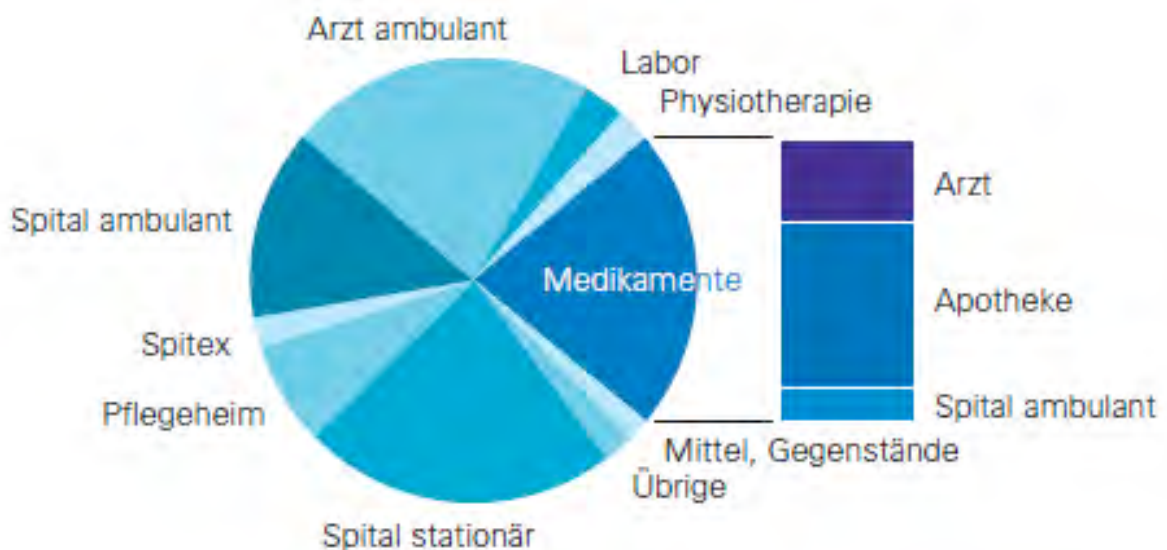
Hauptgründe für die steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz sind vor allem die vermehrte Inanspruchnahme durch die Versicherten (steigende Bedürfnisse der Konsumentinnen und Konsumenten), teilweise Fehlanreize in der Finanzierung durch das KVG (wenig Anreize für die Leistungserbringer, sich kostengünstig zu verhalten) und wenig ausgeprägte Anreize für die Versicherten, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Ein weiterer Grund ist der medizinische Fortschritt (neue Behandlungsmethoden, neue technische Produkte und Hilfsmittel, neue Medikamente etc.), der neben einer Verbesserung der Lebensqualität auch höhere Kosten verursacht. Die demografische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung) führt einerseits zu Mehrkosten (Pflege, Demenzbetreuung etc.), andererseits aber auch mehr Lebensqualität im Alter, verbunden mit höherer Produktivität aufgrund der Abnahme krankheitsbedingter Absenzen vom Arbeitsplatz.

1.4.3 Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die Summe der im Jahr 2011 von der OKP generierten Kosten an den gesamten Gesundheitsausgaben beträgt rund 37 Milliarden Franken (OKP, öffentliche Hand, Kostenbeteiligung der Versicherten).

Die OKP unterteilt ihre Kosten in zehn Kostengruppen: Spital stationär, Spital ambulant, Arzt ambulant, Medikamente, Pflegeheime, Spitex, Labor, Physiotherapie, Mittel, Gegenstände, Übrige.

Die Kostengruppen in der OKP (2011):



Quelle: BFS 2012

Bruttokosten- und Kostenentwicklung in der Schweiz im Bereich der OKP-Kostengruppen 2010 und 2011:

Schweiz	2010			2011			Zunahme pro Kopf geg.2010
	in Mio.Fr.	Fr. pro Kopf	Anteil	in Mio.Fr.	Fr. pro Kopf	Anteil	
Spital stationär	5 845	749	23,1%	5 991	760	23,0%	1,5%
Spital ambulant	4 120	528	16,3%	4 406	559	17,0%	5,9%
Arztleistungen	5 630	722	22,3%	5 829	740	22,4%	2,5%
Medikamente Arzt	1 694	217	6,7%	1 712	217	6,6%	0,0%
Medikamente Apotheke	3 335	427	13,2%	3 337	423	12,8%	-0,9%
Pflegeheime	1 930	247	7,6%	1 887	239	7,3%	-3,2%
Physiotherapeuten	613	79	2,4%	627	80	2,4%	1,3%
Labor	554	71	2,2%	596	76	2,3%	7,0%
Spitex	566	73	2,2%	600	76	2,3%	4,1%
übrige Leistungsarten	988	127	3,9%	1 007	128	3,9%	0,8%
Total	25 275	3 240	100%	25 992	3 298	100%	1,8%
Versicherte Risikoausgleich	7 801 547			7 881 118			

Quelle: SASIS-AG-Datenpool, Sept. 2012, jährliche Versichertenstatistik

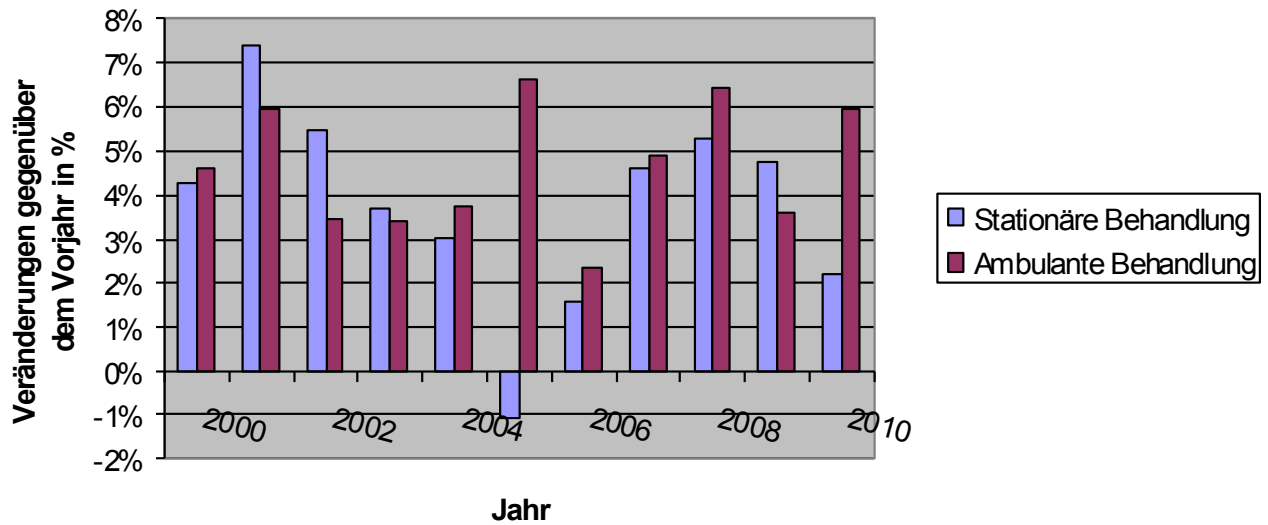
Die Bruttokosten, auch Bruttoleistungen genannt, bezeichnen die Gesamtausgaben der bezogenen Leistungen durch die Versicherten, vor Abzug der Kostenbeteiligung.

Die Prozentanteile widerspiegeln den Anteil der jeweiligen Kostengruppe an den gesamten OKP-Ausgaben für die Schweiz. Diese Anteile der Kostengruppen unterscheiden sich von Kanton zu Kanton, z. B. im Bereich der Medikamente «Arzt» oder «Apotheke», falls in einem Kanton die Selbstdispensation der Medikamente zugelassen ist.

Der spitalambulante Bereich verzeichnet schweizweit die höchste Kostenentwicklung.

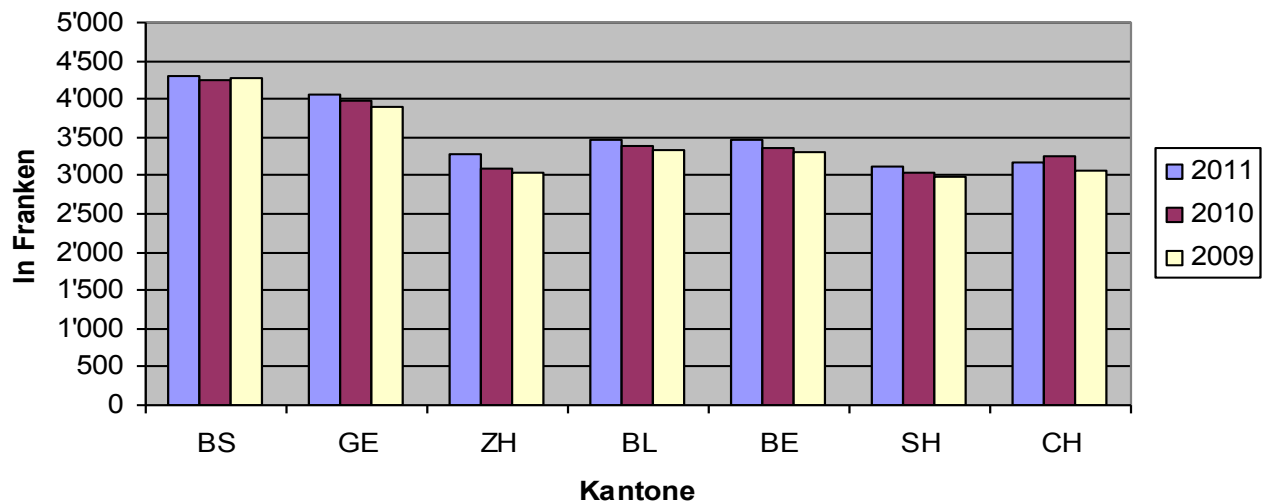
Dies geht auch aus der nachfolgenden Grafik hervor:

Entwicklung der Kosten in der ambulanten und der stationären Behandlung:



Quelle: BFS 2012

Bruttokosten pro Kopf in einigen Kantonen im Zeitraum 2009 bis 2011:



Quelle: BAG Prämiengenehmigungsverfahren, Ist-Zahlen

Kostenanstieg in der OKP in den Jahren 2009/2010 und 2010/2011:

Jahre	BS	VD	ZH	BL	CH	SH	BE	GE
2009/10	3,2%	5,2%	2,1%	2,6%	3,0%	7,7%	3,0%	2,5%
2010/11	0,5%	0,6%	0,9%	1,0%	1,8%	2,1%	2,6%	3,2%

Quelle: SASIS-AG-Datenpool, Sept. 2012, jährliche Versichertenstatistik

Der obige Vergleich bezieht sich auf die universitären Kantone (BS, ZH, VD, GE, BE), den Nachbarkanton Baselland sowie den Kanton Schaffhausen, welcher einen ähnlich hohen Altersquotienten wie der Kanton Basel-Stadt aufweist.

Der Kostenanstieg im Zeitraum 2009/2010 konnte 2010/2011, v.a. im Kanton Basel-Stadt, gebremst werden und liegt im Zeitraum 2010/2011 unter dem schweizerischen Durchschnitt.

1.4.4 Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Basel-Stadt

Es ist unbestritten, dass die Bruttokosten pro Kopf im Kanton Basel-Stadt mittlerweile schweizweit zu den höchsten gehören. Die möglichen Gründe hierfür werden später aufgeführt.

OKP-Bruttokosten und ihre Entwicklung im Kanton Basel-Stadt 2010 und 2011 gemäss jährlicher Versichertenstatistik:

Kanton Basel-Stadt	2010			2011			
	in Mio. CHF	CHF pro Kopf	% Anteil	in Mio. CHF	CHF pro Kopf	% Anteil	Zunahme pro Kopf geg. 2010
Spital stationär	198	1 086	25,4%	204	1 088	25,2%	0,2%
Spital ambulant	136	747	17,4%	139	741	17,2%	-0,8%
Arztleistungen	152	831	19,5%	162	865	20,1%	4,1%
Medikamente Arzt	16	86	2,0%	16	86	2,0%	0,0%
Medi Apotheke	143	786	18,3%	146	780	18,0%	-0,8%
Pflegeheime	57	315	7,3%	57	302	7,0%	-4,1%
Physiotherapeuten	21	114	2,7%	21	110	2,6%	-3,5%
Labor	13	71	1,7%	15	82	1,9%	15,5%
Spitex	19	107	2,4%	22	116	2,8%	8,4%
Übrige Leistungsarten	26	142	3,3%	25	136	3,2%	-4,2%
Total	781	4 285	100%	807	4 306	100%	0,5%
Versicherte Risikoausgleich	182 454			187 656			

Quelle: SASIS-AG-Datenpool, Sept. 2012, jährliche Versichertenstatistik, Abrechnungsdatum 2010 und 2011. Datenabzug 5.5.2012 (ohne Assura und ohne Sympany-HMO-Versicherte = geschätzt 18 000 Kanton BS und BL)

Auffallend sind die hohen Pro-Kopf-Ausgaben bei den Apotheken im Kanton Basel-Stadt. Dies liegt einerseits daran, dass in Basel-Stadt die Selbstdispensation durch die Ärzte nicht zugelassen ist und andererseits könnte dies mit dem signifikant höheren Medikamentenkonsum im Kanton Basel-Stadt erklärt werden²³.

Wichtig zu erwähnen ist, dass die Kosten der Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Stadt nicht die Kosten der Basler Spitäler widerspiegeln, da die Akutspitäler im Kanton Basel-Stadt einen Anteil von 46% an ausserkantonalen Fällen und Fällen aus dem Ausland behandeln.

²³ Vgl. Zumbrunn A. et al. 2005: Gesundheit im Kanton Basel-Stadt. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002

Vergleich der Kostenentwicklung in einigen Kostengruppen Schweiz und Kanton Basel-Stadt im Zeitraum 2008–2011:

Veränderung der Bruttokosten pro Kopf	2008 /2010		2010 /2011	
	CH	BS	CH	BS
Total	6,2%	3,2%	1,8%	0,5%
Spital stationär	4,9%	0,7%	1,5%	0,2%
Arztleistungen	4,3%	0,1%	2,5%	4,1%
Spital ambulant	14,4%	14%	5,9%	-0,8%
Pflegeheime	4,6%	7,2%	-3,2%	-4,1%
Spitex	14,1%	2,9%	4,1%	8,4%

Quelle: SASIS-AG-Datenpool

Die OKP-Kosten pro Kopf sind in der Schweiz im Beobachtungszeitraum 2008 bis 2010 stärker gestiegen (+6,2%) als im Kanton Basel-Stadt (+3,2%). Die Zunahme pro Kopf im stationären Bereich (mit rund 26% Anteil die grösste Kostengruppe in der OKP) ist in der Schweiz (+4,9%) im Vergleich zu Basel-Stadt (+0,7%) signifikant höher.

Im Beobachtungszeitraum 2010/2011 ist im Kanton Basel-Stadt im Vergleich zur Schweiz nur eine geringe Kostenentwicklung von 0,5% zu verzeichnen. Auffallend ist insbesondere im Kanton Basel-Stadt ein leichter Rückgang sowohl im spitalambulantem Bereich (-0,8%) als auch im Bereich der Pflegeheime (-4,1%). Der Rückgang bei den Pflegeheimen steht im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im spitalambulantem Bereich dürfte die Entlastung der Notfallstation durch die neue ärztliche Notfallpraxis einen positiven Effekt verursacht haben. Die im Jahr 2010/2011 leicht angestiegenen Arztleistungen können in einen Zusammenhang gebracht werden mit der Erhöhung des Taxpunktwertes von Fr. 0.89 auf Fr. 0.91 per 1. Juli 2010.

Kostenmonitoring des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Das aktuellste Kostenmonitoring des BAG (= 4. Quartal 2012) zeigt die kumulierten Quartalszahlen per Ende 2012 und weist auf eine erste Tendenz in der Kostenentwicklung für das Jahr 2012 hin. Die publizierten Resultate des BAG stützen sich auf die Angaben des SASIS-AG-Datenpools von santésuisse. Das BAG erhält quartalsweise einen aggregierten Abzug dieser Daten und produziert auf dieser Basis die Zahlen für das Kostenmonitoring. Massgeblich sind die Bruttoleistungen pro Versicherten (effektiv in Rechnung gestellte Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung) zugunsten der OKP. Für die Zuordnung der Kosten zu einem Quartal ist das Datum der Abrechnung der Leistungen durch den Versicherer entscheidend. Für eine Analyse der Kostenentwicklung müssen die gleichen Quartalszahlen betrachtet werden.

Kumulierte Bruttoleistungen im vierten Quartal 2012 im Kanton Basel-Stadt pro versicherte Person in Franken:

	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
Alle Leistungserbringer	4270	4276	4343	0.14%	1.57%
Ärzte Behandlungen	800	830	849	3.76%	2.30%
Ärzte Labor	49	51	51	2.82%	0.95%
Ärzte Medikamente	83	83	85	0.37%	2.07%
Apotheken	768	759	744	-1.12%	-2.01%
Medikamente Ärzte + Apotheken	851	843	829	-0.97%	-1.60%
Spital ambulant	772	762	773	-1.33%	1.54%
Spital stationär	1072	1060	1076	-1.14%	1.53%
Pflegeheime	290	278	270	-4.10%	-2.80%
Laboratorien	73	83	88	14.68%	5.27%
Physiotherapie	113	110	111	-2.65%	0.39%
Spitex	99	108	109	8.67%	0.49%
Übrige	151	152	187	0.55%	23.55%

Datenquelle: SASIS AG-Datenpool, Mandantenkreis BAG gemäss Kostenmonitoring BAG (Abdeckungsgrad CH 2012 = 100%) Monatsdaten Dezember 2012 mit Datenabzug 1.2.2013

Eine erste Analyse zeigt einen Kostenanstieg im Zeitraum 2011/2012 über alle Kostengruppen von 1,57% (Vorjahr 0,14%). Der stationäre Bereich verzeichnet einen leichten Anstieg von 1,53%, der ambulante Bereich 1,54%.

Vergleich Bruttoleistungen in der Schweiz pro versicherte Person in Franken:

	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
Alle Leistungserbringer	3113	3151	3253	1.21%	3.24%
Ärzte Behandlungen	652	665	688	1.94%	3.51%
Ärzte Labor	47	48	49	1.95%	2.56%
Ärzte Medikamente	203	202	204	-0.79%	1.34%
Apotheken	410	403	409	-1.65%	1.61%
Medikamente Ärzte + Apotheken	613	605	614	-1.36%	1.52%
Spital ambulant	515	541	557	5.11%	2.89%
Spital stationär	716	719	728	0.43%	1.30%
Pflegeheime	231	223	228	-3.70%	2.21%
Laboratorien	70	74	78	6.33%	5.85%
Physiotherapie	76	76	77	0.63%	1.47%
Spitex	68	70	75	3.91%	6.99%
Übrige	126	130	158	3.34%	21.60%

Datenquelle: SASIS AG-Datenpool, Mandantenkreis BAG gemäss Kostenmonitoring BAG (Abdeckungsgrad CH 2012 = 100%) Monatsdaten Dezember 2012 mit Datenabzug 1.2.2013

Ein Vergleich zeigt, dass der tendenzielle Kostenanstieg in der Schweiz über alle Leistungen mit 3,24% höher liegt. Im stationären Bereich beträgt der Anstieg zwar nur 1,3% (BS 1,53%), jedoch im spitalambulantem Bereich 2,89% (BS 1,54%).

Vergleich Bruttogleistungen im Kanton Genf pro versicherte Person in Franken:

	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
Alle Leistungserbringer	3942	4012	4144	1.78%	3.30%
Ärzte Behandlungen	1047	1074	1120	2.59%	4.28%
Ärzte Labor	31	30	29	-4.95%	-0.78%
Ärzte Medikamente	41	47	50	14.49%	6.29%
Apotheken	755	729	722	-3.37%	-1.01%
Medikamente Ärzte + Apotheken	795	776	771	-2.45%	-0.57%
Spital ambulant	605	643	645	6.28%	0.23%
Spital stationär	726	741	750	2.13%	1.18%
Pflegeheime	216	217	231	0.40%	6.30%
Laboratorien	154	161	166	4.94%	3.25%
Physiotherapie	106	104	103	-1.78%	-1.19%
Spitex	91	90	102	-2.05%	14.09%
Übrige	170	176	226	3.40%	28.67%

Datenquelle: SASIS AG-Datenpool, Mandantenkreis BAG gemäss Kostenmonitoring BAG (Abdeckungsgrad CH 2012 = 100%) Monatsdaten Dezember 2012 mit Datenabzug 1.2.2013

Ein Vergleich mit dem Kanton Genf zeigt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich (= grösster Kostenblock) um rund 30% niedriger sind als im Kanton Basel-Stadt. Andererseits sind die Pro-Kopf-Ausgaben bei den ambulanten Arztleistungen im Kanton Genf um rund 32% höher als in Basel-Stadt. Hier gilt es, zu beachten, dass der Taxpunktwert im Kanton Genf mit Fr. 0.96 höher ist als in Basel-Stadt mit Fr. 0.91. Somit kann nicht allein von einer höheren Inanspruchnahme (Mengenwachstum) der Arztleistungen ausgegangen werden.

Der Kostenanstieg 2011/2012 über alle Leistungserbringer ist im Kanton Genf mit 3,3% mehr als doppelt so hoch als im Kanton Basel-Stadt mit 1,57%.

Die Kosten und die Kostenentwicklung werden durch die Menge (Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen) sowie die Preise (Tarife im ambulanten, spitalambulanten und stationären Bereich) bestimmt. Bei der Analyse von kantonalen Kostenunterschieden müssen nebst der Menge der beanspruchten Leistungen auch die Preise (Tarife) genauer betrachtet werden. Andererseits bestehen jedoch kostentreibende Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt (siehe Kapitel 1.4.6.).

1.4.5 Tarife

1.4.5.1 Ambulante Tarife (Preise)

Das Tarifwerk TARMED ist seit dem 1. Januar 2004 in Kraft und wird laufend weiterentwickelt. Es umfasst mit mehr als 4600 Positionen fast sämtliche ärztlichen und arzt nahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich. Einer Leistung wird je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Dabei unterscheidet TARMED zwischen einer ärztlichen und einer technischen Leistung.

Der Preis einer ambulanten Leistung berechnet sich folgendermassen:

$$\text{Tarif} = \text{Anzahl Taxpunkte (TP)} \times \text{Taxpunktweite (TPW)}$$

In den einzelnen Kantonen gelten unterschiedliche Taxpunktweite, da das Tarifwerk TARMED die ursprünglichen kantonalen Tarife kostenneutral übernommen hat. Kantone mit direkter Medi-

kamentenabgabe sind tiefer eingestuft als Kantone, in welchen ÄrztInnen nicht direkt Medikamente abgeben dürfen. Die verschiedenen Leistungspositionen vom TARMED verlangen eine bestimmte qualitative Arztdignität, d.h. bestimmte fachliche Qualifikationen, die gemäss Weiterbildungsordnung notwendig sind, um eine bestimmte Leistung zulasten der Sozialversicherung abrechnen zu können (Facharzttitle, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise). Zu jeder neuen TARMED-Version²⁴ gibt es ein Änderungsprotokoll. Das Tarifwerk TARMED wird durch den Bundesrat genehmigt.

TARMED ersetzt insbesondere die bisherigen kantonal unterschiedlichen Arzttarife durch eine gesamtschweizerisch einheitliche Struktur. Die einheitliche Struktur erlaubt eine grössere Transparenz und somit eine bessere Vergleichbarkeit. Während die Tarifstruktur national einheitlich festgelegt wird, werden die Taxpunktwerte auf kantonaler Ebene durch die kantonalen Tarifpartner bestimmt und durch die zuständigen Behörden genehmigt.

Bei der Einführung von TARMED richtete die Preisüberwachung ihr Augenmerk auf die Kostenneutralität, das heisst, sie half, zu verhindern, dass allein mit dem Tarifumbau die Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung weiter anwachsen. Nach der bis 2005 dauernden Einführungsphase gilt es, die Kostenentwicklung zu kontrollieren und gegebenenfalls mit Taxpunktwertanpassungen korrigierend einzugreifen.

Wie die nachfolgende Auflistung zeigt, bestehen bei den kantonalen Taxpunktwerten für Arztpraxen grosse Unterschiede. So ist z. B. der Taxpunktwert im Kanton Waadt rund 20% höher als in den Kantonen Schaffhausen und Luzern.

Kantone	TPW in Fr.
Waadt	0.98
Genf	0.96
Basel-Stadt	0.91
Baselland	0.91
Aargau	0.89
Zürich	0.89
Bern	0.86
Schaffhausen	0.82
Luzern	0.82

Quelle: BAG, Kennzahlen Kantone, Stand 12.12.2012

Aus Unterlagen, die das Gesundheitsdepartement von den öffentlichen und privaten Spitälern des Kantons Basel-Stadt erhalten hat, geht hervor, dass im Vergleich zu den ambulanten Arztleistungen (freipraktizierende ÄrztInnen) der TARMED-Taxpunktwert für spitalambulante Leistungen nicht kostendeckend ist.

Der spitalambulante Bereich ist sowohl im Kanton Basel-Stadt als auch schweizweit im Zeitraum 2008 bis 2010 der am stärksten wachsende Bereich (+14%) und hat auch einen hohen Kostenanteil (BS rund 17,5% der OKP-Kosten). Diese Entwicklung könnte sich mit der neuen Spitalfinanzierung und den Fallpauschalen ab 2012 noch verschärfen, da die Spitäler mit der neuen Spitalfinanzierung ihre Prozesse und Kosten optimieren werden. Die GDK fürchtet hier gar einen weiteren Kostenschub und setzt sich, um einen weiteren Prämienanstieg zu vermeiden oder abzufedern, für eine Mitfinanzierung des spitalambulanten Bereichs durch die Kantone ein.

²⁴ siehe aktuelle Version auf www.tarmedsuisse.ch

1.4.5.2 Stationäre Tarife (Baserates, Tagespauschalen)

Der stationäre Bereich ist mit einem Kostenanteil von rund 23% schweizweit die grösste OKP-Kostengruppe. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Akutspitälern werden zwischen Spitälern und Versicherer die Basispreise (Baserates) verhandelt. Im Bereich der Psychiatrie und der Rehabilitation existieren noch keine DRGs, weshalb in diesen Bereichen noch Tagespauschalen gelten. Die Kostenentwicklung im stationären Bereich wird seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung besonders genau beobachtet.

Für die Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler dient in erster Linie ein innerkantonaler Benchmark. Für die Berechnung dieses kostenbasierten Benchmarking-Tarifs (40. Perzentil) stützt sich der Kanton auf das GDK-Papier «Tarifgenehmigungsverfahren, Verhältnis zwischen kostenbasiertem Tarif (nach Benchmark) und verhandeltem Tarif» vom 12. April 2012 ab. Darin werden die beiden sich teils widersprechenden Grundsätze des KVG, nämlich auf der einen Seite das Kostendeckungsprinzip und auf der anderen Seite das Verhandlungsprimat, miteinander verbunden.

Mittelfristig werden diese Benchmarks der Baserates vergleichbarer Einrichtungen eine immer grössere Rolle für die Preisbildung in den Spitälern spielen. Die Versicherer werden zudem nicht bereit sein, in einem Spital für die gleiche Leistung mehr zu bezahlen als in einer anderen Einrichtung. Die neusten Verhandlungsergebnisse für das Jahr 2013 zeigen, dass die Baserates gegenüber 2012 bereits sinken. Das bedeutet, dass sich dies, bei gleichbleibender Menge, einerseits positiv auf das kantonale Budget wie auch auf die Kosten pro Versicherten und somit die Prämien auswirken sollte. Der Beobachtung der Mengenentwicklung kommt daher eine grosse Bedeutung zu.

Neben dem Preis wird auch die Qualität der Leistungserbringung in Zukunft zu einem bedeutenden Wettbewerbsfaktor werden. Entscheidend werden daher verschiedenste Qualitätsindikatoren sein, welche bereits auf nationaler Ebene erarbeitet wurden und die die Institutionen verpflichtend messen müssen. Das Versorgungsmonitoring im Kanton Basel-Stadt (siehe Kapitel 2.5) hat u.a. zum Ziel, diese Entwicklungen (u.a. Mengenentwicklung) genau zu verfolgen.

Gemäss KVG müssen die Kantone mindestens 55% der Baserates bezahlen und die Versicherer maximal 45%. Der Kostenteiler wird jährlich durch die kantonalen Regierungen festgelegt. Kantone mit unterdurchschnittlich tiefen Krankenkassenprämien dürfen mit einer Übergangsfrist bis 2017 einen Finanzierungsanteil unter 55% wählen. Folgende Aufstellung zeigt die unterschiedlichen Finanzierungsanteile in den Kantonen:

Kantone	Finanzierungsanteile stationär
Basel-Stadt	55%
Baselland	55%
Genf	55%
Waadt	55%
Bern	55%
Schaffhausen ²⁵	53%
Zürich	51%
Luzern	50%
Aargau	48,6%

Quelle: BAG, Kennzahlen Kantone Stand 12.12.2012

²⁵ Altersquotient ähnlich hoch wie BS

1.4.5.3 Tarife im Pflegebereich

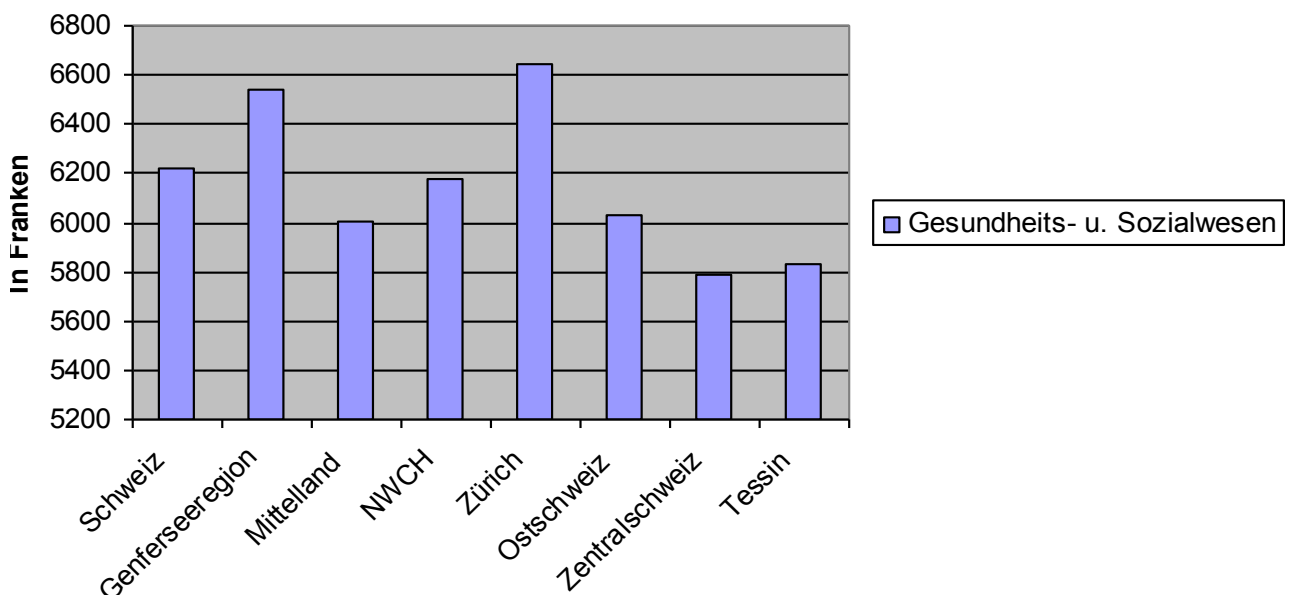
Der Pflegebereich (Heime und ambulante Dienstleister) weist einen Anteil von etwa 10% der OKP-Kosten auf. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 2011 wurde ein Systemwechsel vorgenommen. Das Verhandlungsprimat wurde durch verordnete OKP-Ansätze abgelöst. Die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) weist seither die für die Krankenversicherer in der ganzen Schweiz relevanten, einheitlichen Tarife nach Pflegestufe in Pflegeheimen bzw. nach Pflegeart bei ambulanten Pflegediensten aus. Die Festlegung der Pflegenormkosten, also der eigentlichen Preise für die Pflegeleistungen, wurde den Kantonen übertragen. Da nebst den Beiträgen der Krankenversicherer auch die Eigenbeiträge der Spitex-Kunden bzw. der Pflegeheimbewohnerinnen durch das KVG begrenzt sind, beschränkt sich der Spielraum des Staatswesens auf die Festlegung des Anteils der Pflegeleistungen, welche aus steuerfinanzierten Mitteln bestritten werden sollen. Die Festlegung des prämienfinanzierten Anteils obliegt den Bundesbehörden.

1.4.5.4 Löhne Gesundheitspersonal

Über 80% der Kosten im Gesundheitswesen sind Lohnkosten!

Nachfolgende Grafik soll die unterschiedlichen Lohnniveaus in den Schweizer Grossregionen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens verdeutlichen:

Monatlicher Bruttolohn Gesundheits- und Sozialwesen 2010:



Quelle: BFS 2010

Das Bundesamt für Statistik (BFS) vergleicht die Löhne in den verschiedenen Branchen in den Grossregionen. Für die einzelnen Kantone liegen keine Vergleichswerte vor.

Das Lohnniveau im Versorgungsraum Nordwestschweiz liegt mit 6 173 Franken im Mittelfeld aller Werte und unter dem schweizerischen Durchschnitt von 6 217 Franken, dürfte aber im Kanton Basel-Stadt dennoch höher liegen als in den Kantonen Solothurn, Aargau und Baselland. Das höchste Lohnniveau verzeichnet die Region Zürich mit einem Bruttolohn von 6 645 Franken, vor der Genferseeregion mit 6 543 Franken.

1.4.6 Kostentreibende Faktoren

Im Ländervergleich zeigen sich für die kostentreibenden Faktoren die gleichen Erklärungsfaktoren wie innerhalb der Schweiz. Vor allem für die ambulanten Kostentreiber können folgende Faktoren genannt werden²⁶:

- technologischer Fortschritt;
- Ärztedichte (Grundversorger und Spezialisten);
- Altersstruktur;
- Geschlechteranteile;
- Volkseinkommen -> Gesundheit als superiores Gut -> Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen steigt mit zunehmender, gesamtwirtschaftlicher Einkommensentwicklung (BIP/Kopf) überproportional;
- Arbeitslosenquote;
- Urbanitätsgrad;
- lateinische Sprache und Kultur;
- Apothekendichte.

Innerhalb der Schweiz unterscheiden sich die Kantone stark in Grösse und Struktur voneinander. Untersuchungen zu den kantonalen Unterschieden bei den Gesundheitskosten sind daher methodisch problematisch. Die Resultate müssen daher, wegen des Mangels an statistischem Material und der unklaren Ursache-Wirkung-Zusammenhänge, immer wieder relativiert werden. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache, finden sich für überdurchschnittlich hohe kantonale Kosten folgende Strukturmerkmale²⁷:

- zentralisierte Versorgungsstruktur;
- hohe Ärzte- und vor allem Fachärztedichte;
- hohe Spitalbettendichte;
- hoher Anteil an stationären Kosten;
- hoher Anteil an Spezialkliniken;
- hohe Bevölkerungsdichte (städtische Gebiete);
- hoher Anteil älterer Personen;
- hohe Mortalität;
- hohe Arbeitslosigkeit;
- wenig direkt demokratische Mitspracheinstrumente.

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, treffen viele dieser Strukturmerkmale auf den Kanton Basel-Stadt zu.

1.4.6.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die letzte eidgenössische Gesundheitsbefragung wurde im Jahr 2012 durchgeführt, ist aber noch nicht ausgewertet. Eine ausgewertete Gesundheitsbefragung liegt aus dem Jahr 2007 vor. Diese Befragung wurde jedoch nur gesamtschweizerisch durchgeführt, wobei keine individuellen Auswertungen zu einzelnen Kantonen vorliegen. Die letzte diesbezügliche Auswertung für den Kanton Basel-Stadt stammt aus dem Jahr 2002. Diese scheint bedeutend im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen und somit der Kosten und Kostenentwicklung wie auch der Prämien und Prämienentwicklung im Kanton Basel-Stadt. Als wichtigste Erklärungsfaktoren für die unterschiedliche individuelle Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen werden der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand und die aufgelisteten körperlichen Beschwerden angegeben.

²⁶ Camenzind, Paul: Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen, Obsan, 2008

²⁷ Siehe Kernaussagen des Obsan im nationalen Gesundheitsbericht 2008

Für den Kanton Basel-Stadt wurden nachfolgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Das körperliche Wohlbefinden nimmt mit zunehmendem Alter stärker ab als in den Schweizer Referenzgruppen.
- Es besteht ein überdurchschnittlicher Medikamentenkonsum, v.a. bei den über 35-Jährigen. Der Konsum ist für alle untersuchten Medikamente der höchste der Deutschschweiz.
- Schweizweit besteht der höchste Anteil an Personen mit schlechtem oder sehr schlechtem Wohlbefinden, insbesondere bei über 65-jährigen Baslern/-innen.
- Unabhängig vom Alter weist der Kanton Basel-Stadt den höchsten Anteil Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen auf, insbesondere der Anteil der über 50-jährigen Basler/-innen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen fällt klar höher aus als in der Gesamtschweiz.
- Es gibt einen sehr hohen Anteil an Personen mit starken körperlichen Beschwerden (v.a. Migrantinnen und Migranten sowie Personen mit geringer Bildung).
- Vergleichsweise viele Personen waren in den letzten vier Wochen nicht voll einsatz- und leistungsfähig. Dieser Anteil liegt – in allen Altersgruppen, aber am ausgeprägtesten bei den 35- bis 64-jährigen – signifikant über dem Schweizer Durchschnitt.
- Mit knapp 15 Tagen durch Gesundheitsstörungen bedingter Absenzen pro Erwerbstätigem weist der Kanton Basel-Stadt von allen Kantonen den höchsten Wert auf und übertrifft den Schweizer Durchschnitt um das Doppelte.
- Im Kanton Basel-Stadt leben schweizweit die meisten Raucher, viele (stark) Rauchende finden sich bei den Männern zwischen 15 und 34 Jahren und den Frauen zwischen 34 und 64 Jahren.

Im interkantonalen Vergleich zeigte sich im Kanton Basel-Stadt eine überaus hohe Inanspruchnahme praktisch aller untersuchten medizinischen Angebote.

Im Bereich der OKP besteht kaum eine Preiselastizität der Nachfrage, das heisst, höhere Preise führen (bei gleichbleibender Kostenbeteiligung) nicht zu einer Reduktion der in Anspruch genommenen Leistungen. Eine 2007 publizierte Untersuchung²⁸ zur Erklärung der kantonalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen zeigte folgende Befunde:

In den meisten Fällen dominiert der Mengeneffekt den Preiseffekt. Unterschiedliche Kosten sind also grösstenteils die Folge unterschiedlicher Mengen:

- Der Kanton Basel-Stadt weist hohe Mengen pro Kopf aus, bei durchschnittlichen Preisen.
- Die Ärztedichte ist ein mengenbestimmender Faktor, und zwar sowohl bei den ambulanten Arztleistungen als auch beim Total der Gesundheitsleistungen.
- Angebotsseitig sind die Apothekendichte und der Medikamentenverbrauch signifikant.
- Es zeigt sich ein signifikant positiver Effekt des Frauenanteils.
- Ein hoher Deprivationsindex (Summe aus Arbeitslosen-, Armuts- und Invaliditätsquote) hat einen mengenausweitenden Einfluss auf das Total der Gesundheitsleistungen und den Medikamentenverbrauch, aber einen mengenbeschränkenden Einfluss auf die ambulanten Arztleistungen.
- Weder der Preis noch das Einkommen üben einen nennenswerten Einfluss auf die verbrauchten Mengen aus. Dagegen kann mit den Variablen Geschlecht (weiblich), Ärztedichte und Deprivation ein Grossteil der Mengeneffekte erklärt werden.

²⁸ Camenzind, Paul: Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen, Obsan 2008

Einige dieser Resultate wurden nun in der neusten Studie zur Entwicklung der OKP-Kosten 2004 bis 2010 in den Kantonen bestätigt. Die Studie wurde im Auftrag von santésuisse erstellt und am 4. April 2013 der Öffentlichkeit präsentiert²⁹. Die Studie bestätigt, dass der Kostenanstieg in der OKP in erster Linie auf ein Mengenwachstum zurückzuführen ist, da die Preise für medizinische Leistungen in der Schweiz zwischen 2004 und 2010 nicht stärker angestiegen sind als der Landesindex der Konsumentenpreise. Eine weitere Auswertung zeigte zudem, dass die regionalen Mengenunterschiede grösser sind als die Preisdifferenzen. Dies bestätigt somit die früheren Resultate, dass die regionalen Kostenunterschiede zum grossen Teil, aber nicht ausschliesslich, durch Mengenunterschiede zu erklären sind.

Die Studie zeigte auch, dass bezüglich der Mengenzunahme ein eindeutiger Zusammenhang vorhanden ist zwischen

- Dichte der Spezialisten;
- Frauenanteil;
- Anteil über 75-Jähriger;
- Bevölkerungsdichte;
- Erwerbslosenquote.

Das Fazit der Studie ergab weiter signifikante Einflüsse ausgehend von

- der Dichte der Spezialärzte;
- dem Geschlecht;
- dem Alter.

Während Geschlecht und Alter ausschlaggebend sind für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, so hat die Dichte der Spezialärzte angebotsseitig einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Die Soziodemografie im Kanton Basel-Stadt hat daher einen grossen Einfluss auf die Gesundheitsstruktur und das Gesundheitsverhalten.

Kanton	Einpersonenhaushalte	Altersquotient 2010	Todesfälle je 1000 Einw.
Basel-Stadt	26,7%	33,2%	11,4
Genf	19,9%	25,4%	6,9
Zürich	18,6%	25,5%	7,6
Baselland	14,2%	32,1%	8,2
CH	16,0%	27,1%	8,0

Quellen: BFS, Kennzahlen 2010. BAG Monitoring 2010. BFS, Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)

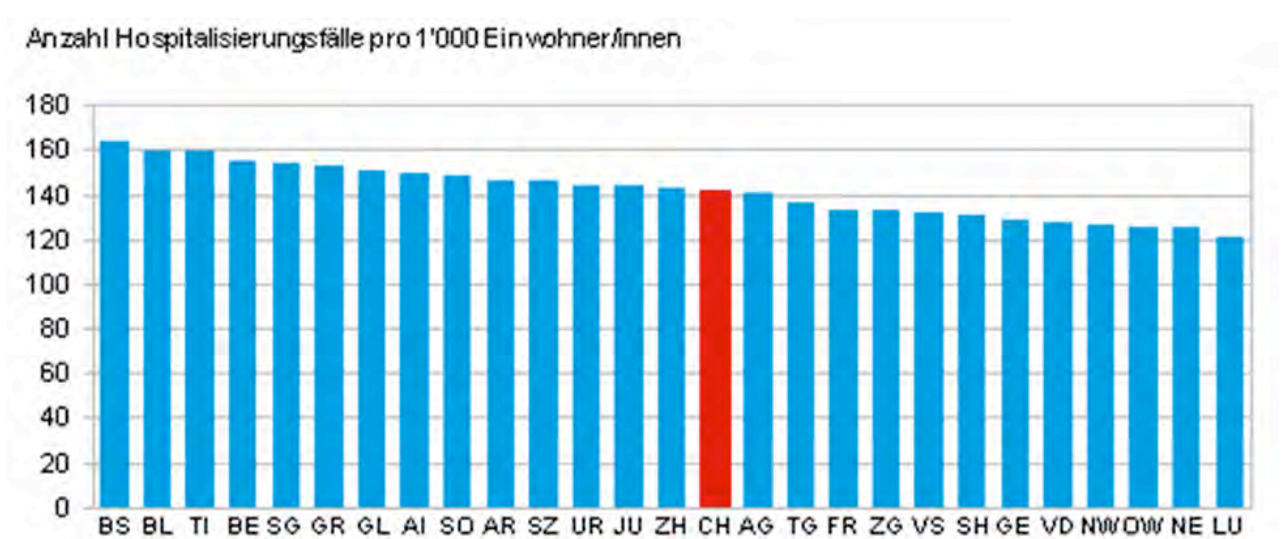
Der Kanton Basel-Stadt hat im Kantonsvergleich schweizweit die höchste Hospitalisationsrate, den höchsten Altersquotienten³⁰ und die grösste Zahl an Einpersonenhaushalte. Die Todesfallrate ist hinter dem Kanton Glarus die zweithöchste in der Schweiz³¹. Es ist anzunehmen, dass diese Indikatoren auf die Eigenschaft von Basel-Stadt als einzigem, «rein städtischem Kanton» mit der höchsten Bevölkerungsdichte in der Schweiz zurückzuführen sind.

²⁹ Schleiniger, Reto, Blöchliger, Jonas: Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010. Schlussbericht, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Dezember 2012

³⁰ Der Altersquotient (Anteil >64-Jährige/Anteil 20 bis 64-Jährige) ist der klassische Indikator für die demografische Alterung und gibt Aufschluss über den prozentualen Zuwachs der über 64-Jährigen

³¹ Obsan 2011: Mortalitätsraten 2009

Hospitalisationsrate in Akutspitälern, 2010 nach Kanton:



Quelle: BFS

Eine vom Gesundheitsdepartement durchgeführte Analyse³² im Jahr 2008 hat die überdurchschnittlich hohe Liegedauer von Basler Patientinnen und Patienten untersucht und kam zur Erkenntnis, dass v.a. Personen in Städten von mehr als 50 000 Einwohnern eine höhere Liegedauer in Spitälern aufweisen und dass die überdurchschnittliche Liegedauer auf folgende basel-städtische Einflussfaktoren zurückzuführen ist:

- Der «Durchschnittspatient» im stationären Bereich ist im Kanton Basel-Stadt neun Jahre älter als im schweizerischen Durchschnitt³³.
- Im Kanton Basel-Stadt sind mehr Notfälle als im CH-Mittel zu verzeichnen. Diese haben im CH-Mittel einen höheren Case Mix Index (CMI)³⁴ und eine höhere Aufenthaltsdauer.
- Im Kanton Basel-Stadt findet sich eine überdurchschnittlich häufige Austrittsart «Tod»³⁵.

Besonderheit «Hochkostenfälle»

Eine relative kleine Anzahl der Versicherten verursacht einen grossen Teil der Ausgaben in der Krankenversicherung (10% der Versicherten verursachen rund 55% der Kosten oder anders gesagt: 70% der Versicherten verursachen rund 18% der Kosten). Bei den Spitalkosten ist diese Konzentration noch ausgeprägter. Über diese «Hochkostenfälle» sind jedoch noch wenig Informationen vorhanden, da die Kosten- und Behandlungsverläufe über eine längere Zeitspanne noch nicht bekannt sind. Es ist zu erwarten, dass sich diese Datenlage, u.a. auch mit dem bereits eingeleiteten Versorgungsmonitoring im Kanton Basel-Stadt, in Zukunft wesentlich verbessern wird.

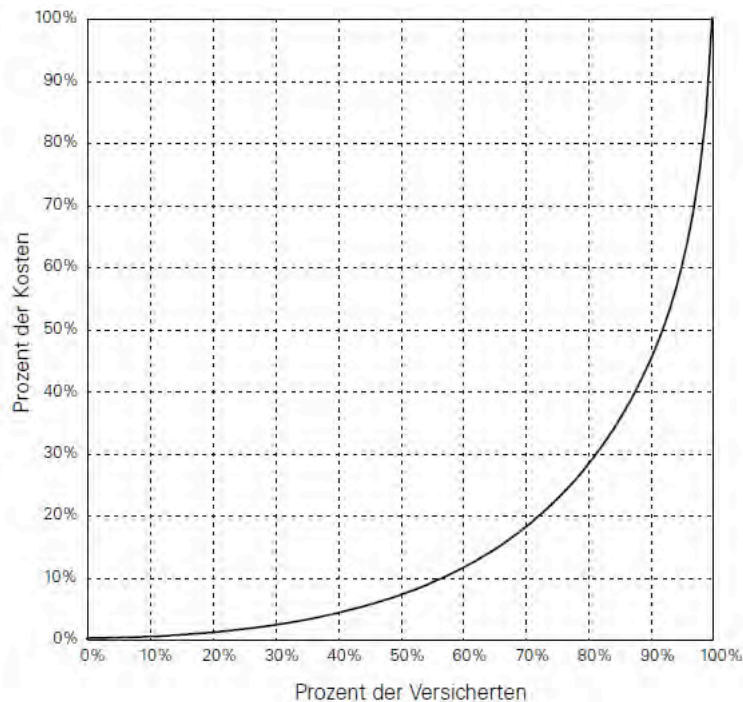
³² Zbinden, Jan; Wagner, Melanie: Analyse GSV 2008

³³ siehe Locher, Heinz: Projekt Kosten und Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt, 2009

³⁴ Der Case Mix Index stellt die durchschnittliche Fallschwere in einem Spital dar. Ein Universitätsspital weist typischerweise einen höheren CMI als ein Grundversorgungsspital auf

³⁵ siehe Zbinden/Wagner: Statistikjahre 2007/2008, Bundesamt für Statistik, medizinische und administrative Statistik der Krankenhäuser

Lorenzkurve der Bruttokosten der Erkrankten, 2001:

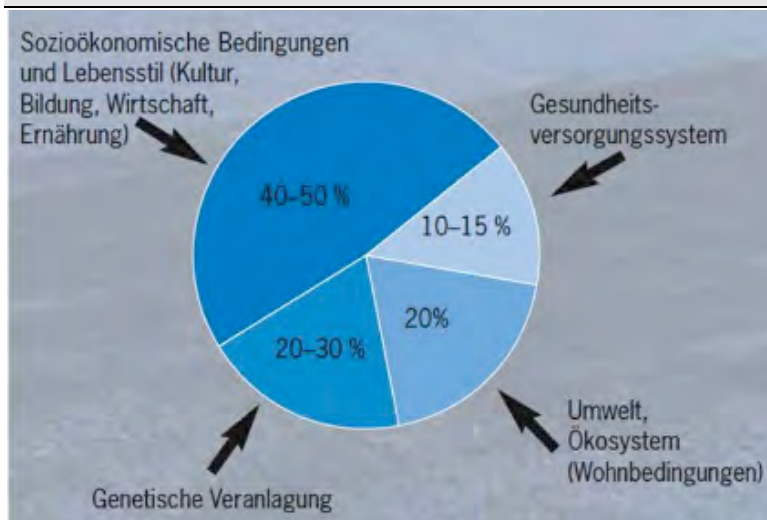


Quelle: nach einer Auswertung des BAG 2005

Weitere Gesundheitseinflussfaktoren

Die nachfolgende Grafik soll weiter verdeutlichen, dass ein Gesundheitsversorgungssystem nur einen Einfluss von 10–15% auf die Gesundheit der Bevölkerung hat. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird weiter beeinflusst von sozioökonomischen Bedingungen (40–50%), genetischen Veranlagungen (20–30%) sowie Umweltfaktoren (20%). Wenn also der Fokus insbesondere auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Beanspruchung eines Gesundheitsversorgungssystems gelegt werden soll, müsste dies in einer ganzheitlichen Betrachtung erfolgen.

Gesundheitseinflussfaktoren:



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Newsletter Juni 2001

Es ist in Zukunft zu erwarten, dass die Ansprüche an ein Gesundheitsversorgungssystem, u.a. wegen der Zunahme an Behandlungen von chronischen Krankheiten, steigen werden.

Fazit Kosten und Kostenentwicklung

- Die Schweiz hat 2010 rund 11,4% des BIP für Gesundheitsausgaben verwendet und liegt damit über dem Durchschnitt der OECD Länder mit 9,5%, betrachtet man die Kostenentwicklung im Zeitraum 2000 bis 2010 so liegt die Schweiz mit 3% im Mittelfeld.
- Der Kostenanstieg in der OKP konnte im Zeitraum 2010/2011, v.a. im Kanton Basel-Stadt, gebremst werden und liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt.
- Der spitalambulante Bereich weist von allen OKP-Kostengruppen schweizweit die höchste Kostenentwicklung auf.
- Der Kanton Basel-Stadt hat schweizweit die höchsten Bruttokosten pro Kopf.
- Die ambulanten Tarife (TARMED) im Kanton Basel-Stadt sind durchschnittlich.
- Die Tarife im spitalambulantem Bereich sind nicht kostendeckend.
- Im Ländervergleich zeigen sich für die kostentreibenden Faktoren die gleichen Erklärungsfaktoren wie für die Schweiz, insbesondere der technologische Fortschritt, die Ärztedichte, die Altersstruktur und die Geschlechteranteile.
- Der Kanton Basel-Stadt hat eine kostentreibende, demografische und soziodemografische Struktur: Der Kanton Basel-Stadt hat schweizweit den höchsten Altersquotienten, die höchste Zahl an Einpersonenhaushalten, die höchste Bevölkerungsdichte sowie die zweithöchste Todesfallrate.
- Die genannten Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Kosten im Kanton Basel-Stadt.
- Die hohen Kosten im Kanton Basel-Stadt widerspiegeln in erster Linie die hohen beanspruchten Mengen pro Kopf an Gesundheitsleistungen.

1.5 Prämien und Prämienentwicklung

1.5.1 Schweiz

Die Krankenkassenprämien eines Krankenversicherers widerspiegeln die Gesundheitskosten seiner Versicherten in einer Prämienregion, indem die Höhe der Prämien, über mehrere Jahre betrachtet, den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen entspricht. Nehmen Versicherte einer Prämienregion viele Leistungen in Anspruch, so sind die Prämien auch entsprechend hoch. Die Leistungen der Grundversicherung sind durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und seine Verordnung genau festgelegt. Da die Leistungen aller Krankenversicherer für die Grundversicherung somit identisch sind, treten die Krankenversicherer untereinander in einen Preis- und Qualitätswettbewerb. Jeder Versicherte kann selbst entscheiden, bei welcher von den gegenwärtig rund 80 vom Bund anerkannten Krankenversicherungen er versichert sein möchte. Die Versicherer müssen jeden Antragsteller vorbehaltlos in die Versicherung aufnehmen. Ein Wechsel der Versicherung ist jährlich möglich (Kündigung spätestens per Ende September, falls keine Prämienhöhung erfolgt).

Das KVG sieht bei den Prämien drei Altersklassen vor:

- Kinder 0- bis 18-jährig;
- Junge Erwachsene 19- bis 25-jährig.
- Erwachsene ab 26-jährig.

Innerhalb dieser Altersklassen bezahlen Männer wie Frauen, Gesunde wie Kranke, in der gleichen Prämienregion und bei derselben Krankenversicherung identische Prämien.

Beispiel:

Eine 25-jährige Frau in der Stadt Basel, die einmal pro Jahr den Arzt aufsucht, bezahlt bei ihrer Versicherung die gleiche Prämie wie ein 60-jähriger Mann, der sich regelmässig wegen eines chronischen Leidens in Spitalbehandlung begibt.

Der soziale Gedanke steht, wie es das KVG vorsieht, im Vordergrund. Die Prämien berechnen sich nach dem Territorialitätsprinzip (jeweils für eine Prämienregion) pro Krankenversicherer und berücksichtigen damit zwingend auch regionale Unterschiede von Kosten und Inanspruchnahme von Leistungen. Grundsätzlich gilt für jeden Versicherer, dass er seine Prämie über alle seine Versicherten in der ganzen Schweiz berechnet, zulässig sind aber regionale Prämienabstufungen eines Versicherers (Art. 61 Abs. 2 KVG), weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen regional unterschiedlich und von diversen Faktoren in den Kantonen abhängig ist (Angebotsdichte, Demografie der Bevölkerung etc.). Je nach Situation können auch innerhalb eines Kantons beim gleichen Versicherer zwei oder drei Prämienregionen vorkommen (städtisch, halbstädtisch, ländlich). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) legt diese Regionen für alle Krankenversicherer verbindlich fest.

Aktuelle Prämienregionen in den Kantonen:

Anzahl Prämienregionen 2013	Kantone
1	BS, SO, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, GL, AR, AI, AG, TG, NE, GE, JU
2	BL, FR, SH, TI, VD, VS
3	ZH, BE, LU, SG, GR

Quelle: Schweizerische Bundeskanzlei Stand 1. Januar 2013

Da der Kanton Basel-Stadt für mehrere Prämienregionen zu klein ist, gibt es im Kanton nur eine Prämienregion. Wie die Tabelle oben zeigt, ist Basel-Stadt der einzige, «rein städtische» Kanton

und zudem Universitätskanton mit nur einer Prämienregion. Auffallend ist v.a., dass der Kanton Genf, dessen Prämienhöhe oft mit Basel-Stadt verglichen wird, mit rund 450 000 Einwohnern und vielen umliegenden Gemeinden nur eine Prämienregion hat.

Standardprämie

Die Standardprämie eines Kantons, bisher Referenzprämie genannt, ist definiert als die durchschnittliche, kantonale Prämie mit Mindestfranchise 300 Franken, inklusive Unfall und ohne besondere Versicherungsformen. Das bedeutet also, dass die Standardprämie nach wie vor gemäss dem traditionellen Versicherungsmodell der freien Arztwahl bestimmt wird und die kostensparenden Versicherungsmodelle mit den tieferen Prämien nicht in die Standardprämie einfließen.

Standardprämien 2013 in allen Kantonen inklusive Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr:

	Monatsprämie Erwachsene 26+	Veränd. in %	Anzahl Versicherte Prognose		Monatsprämie Erwachsene 26+	Veränd. in %	Anzahl Versicherte Prognose
CH	388.34	1.7	7'995'964	TG	350.10	1.7	255'535
BS	505.67	1.0	180'714	SG	350.03	1.8	494'905
GE	468.72	1.3	438'228	LU	343.95	1.5	388'042
VD	427.86	2.2	723'026	GL	336.09	1.6	39'443
BE	418.29	0.5	990'873	VS	334.31	1.4	320'821
BL	413.31	1.2	273'374	SZ	334.28	1.7	147'546
TI	411.57	1.1	343'067	ZG	329.73	3.0	116'116
JU	403.59	3.1	74'220	GR	324.27	1.7	200'780
NE	396.83	0.4	170'839	UR	322.62	1.2	35'611
ZH	385.32	2.0	1'411'311	AR	319.73	4.0	52'268
SH	371.85	2.2	76'930	OW	314.96	1.5	35'745
SO	367.45	1.8	255'850	NW	300.04	2.7	40'208
FR	364.62	1.6	293'657	AI	299.43	2.4	15'294
AG	363.90	1.0	621'559				

Quelle: BAG 2012

Die Standardprämie im Kanton Basel-Stadt ist rund 69% höher als die tiefste Prämie (Kanton AI). Weiter ist zu beobachten, dass die universitären Kantone Basel-Stadt, Genf, Waadt und Bern schweizweit die höchsten Prämien haben, der Kanton Zürich jedoch erst an neunter Stelle liegt. Es ist anzunehmen, dass dies auf die hohe Bevölkerungszahl des Kantons Zürich und den Stadt-Land-Ausgleich zurückzuführen ist.

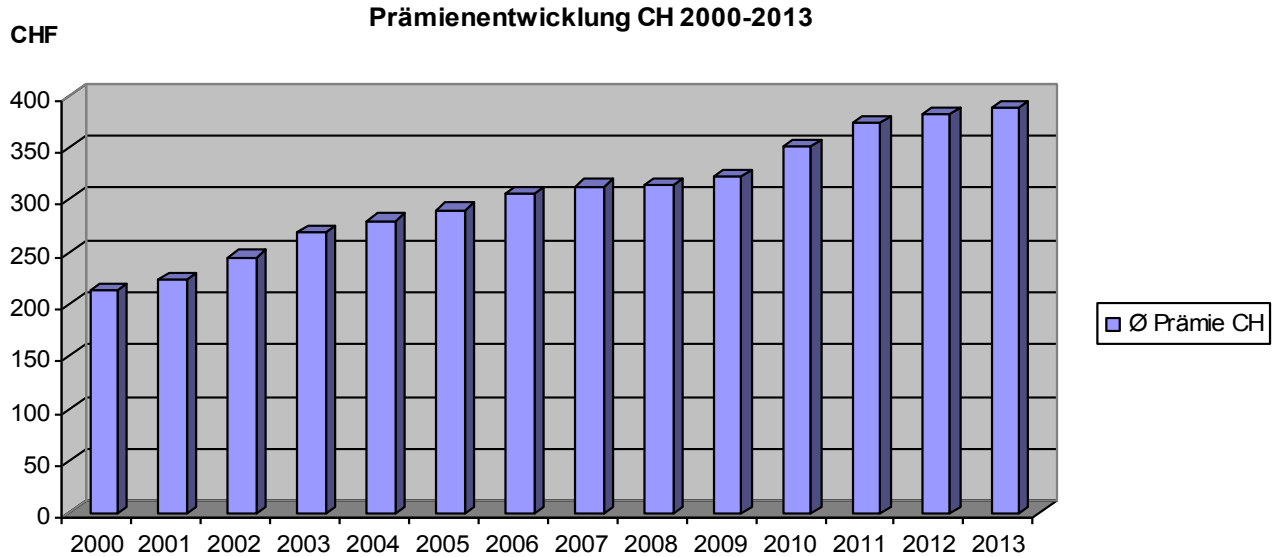
Neues Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG)

Die Aufsicht über die Krankenkassen soll verschärft werden. Dies hat der Bundesrat in einem neuen Gesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) vorgeschlagen. Neu soll das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Genehmigung der Prämien verweigern können, wenn die Prämien eines Versicherers in einer Region unangemessen über den Kosten liegen oder zu übermässigen Reserven führen. Heute hat das BAG keine Kompetenz, zu hohe Tarife zu senken. Sollten die Prämieineinnahmen zu hoch ausfallen, soll das BAG im Folgejahr eine Rückerstattung des Krankenversicherers in der entsprechenden Region anordnen können, sofern die wirtschaftliche Situation des Krankenversicherers dies zulässt. Das KVAG wurde am 18.3.2013 vom Ständerat gutgeheissen.

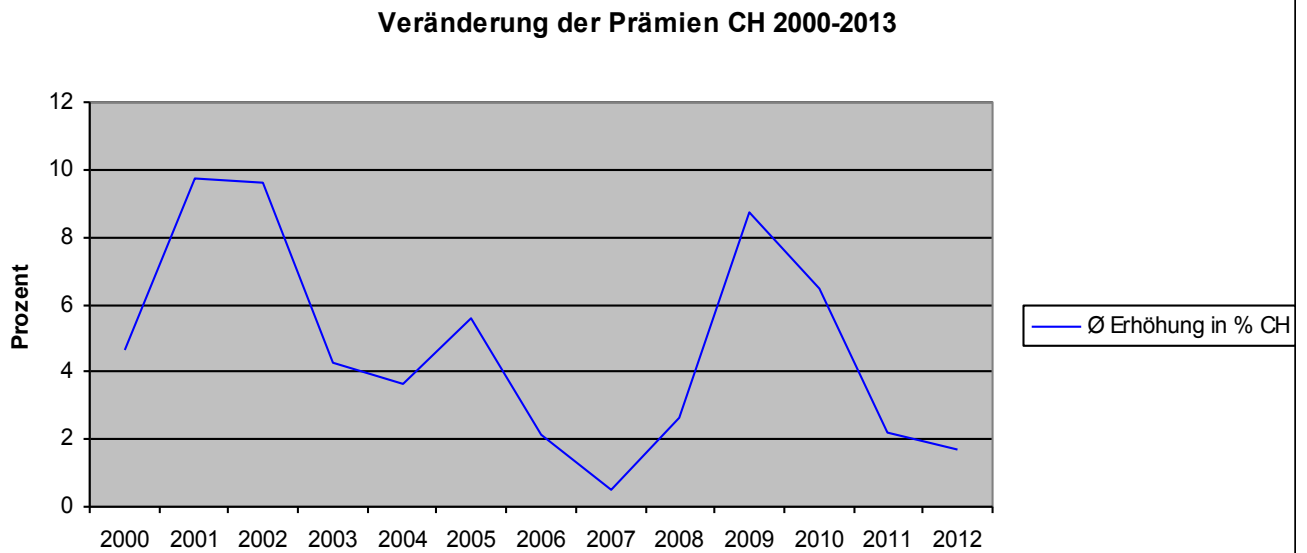
Prämienentwicklung

Analog der Kostenentwicklung sind seit Einführung des KVG im Jahr 1996 die Prämien laufend gestiegen.

Entwicklung der Prämien im Zeitraum 2000 bis 2013:



Quelle: BAG 2012

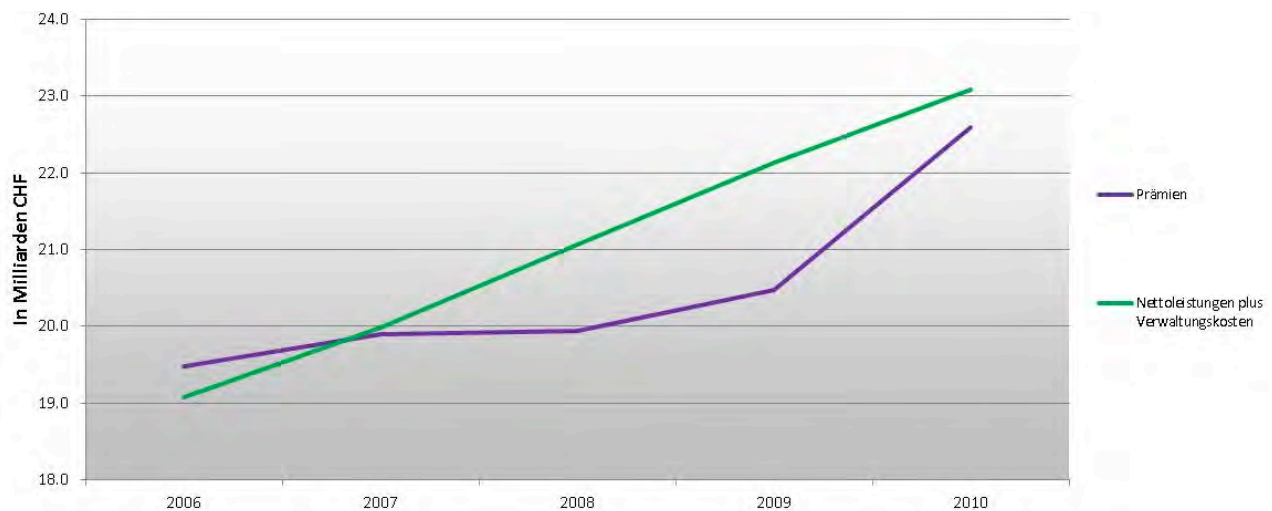


Quelle: BAG 2012

Die Entwicklung der Kosten beeinflusst direkt die Prämien, wobei die Prämienentwicklung nicht gleich der Kostenentwicklung entspricht. Die Entwicklung der Prämien ist zusätzlich von folgenden Einflussfaktoren abhängig³⁶:

- Veränderung der Reserven und Rückstellungen eines Krankenversicherers;
- Veränderungen des Versichertenbestandes eines Krankenversicherers;
- Kapitalerträge;
- Veränderungen der Rahmenbedingungen (Gesetzes-/Verordnungsänderungen, bspw. Anpassung der Reservevorschriften, der Kostenbeteiligung oder des Leistungskatalogs);
- Verwaltungskosten.

Verlauf der Prämien und der Nettoleistungen plus Verwaltungskosten in der OKP 2006 bis 2010:



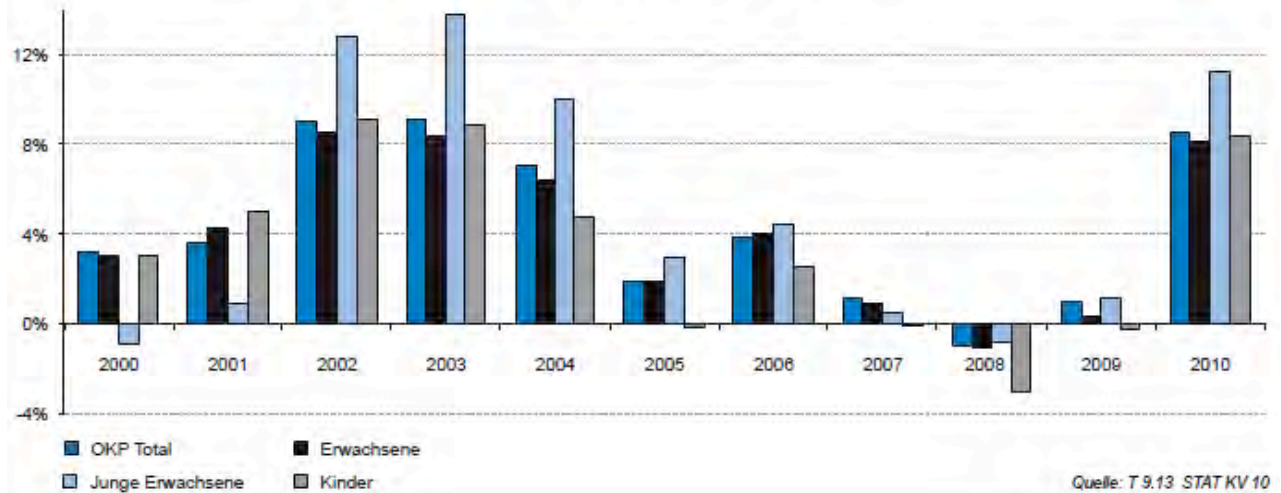
Quelle: sasis AG Datenpool 2012

Die Grafik zeigt die Prämien und die Nettoleistungen (Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligungen) in Milliarden Franken in der OKP. Das BAG schätzt die Verwaltungskosten der Versicherer auf 6% der Nettoleistungen. Aufgrund des moderaten Prämienwachstums im Zeitraum 2007 bis 2009 sind die Prämien im Vergleich zu den Nettoleistungen inkl. Verwaltungsaufwand stark auseinandergeklaffen. Erst die neuere Entwicklung zeigt wieder eine Annäherung der Prämien an die Nettoleistungen inkl. Verwaltungsaufwand.

³⁶ BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung

Die nachfolgende Grafik zeigt, dass die Entwicklung der OKP-Prämien in den drei Kategorien, Erwachsene ab 26, junge Erwachsene 18- bis 25-jährig und Kinder, sehr unterschiedlich verläuft:

Veränderung der Krankenversicherungsprämien gegenüber dem Vorjahr, pro Versicherten, Obligatorische Krankenpflegeversicherung, alle Versicherungsmodelle



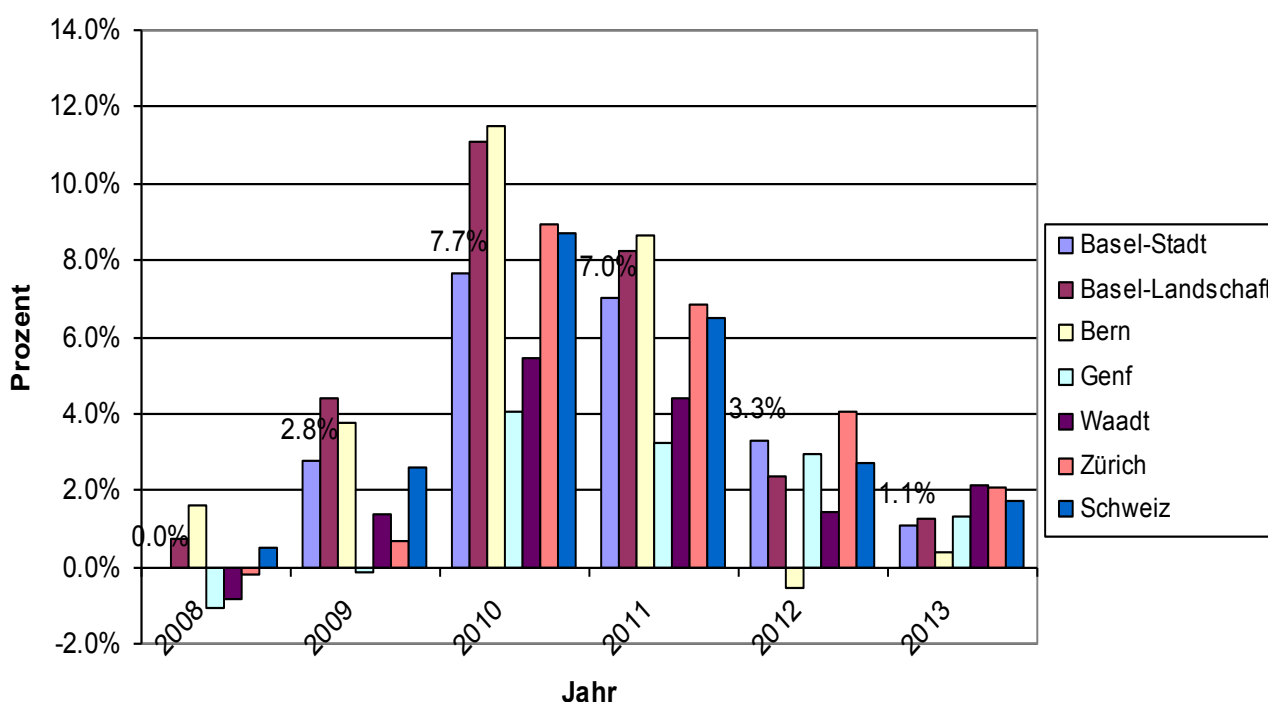
Quelle: BFS

Die Krankenversicherer müssen jährlich die Prämien für die verschiedenen Versicherermodelle beim BAG eingeben. Zum Zeitpunkt der Eingaben beim BAG kennen die Versicherer zwar ihre Prämieinnahmen für das laufende Jahr, nicht aber die effektiv bezogenen und abgerechneten Leistungen des laufenden Jahres. Die Versicherer müssen daher ihre Prämien für das Folgejahr anhand von Hochrechnungen aus dem laufenden Jahr und für das Folgejahr anhand von Prognosen über den Versichertenstand, die Bruttoprämieinnahmen sowie die Nettoleistungen festsetzen. Anhand dieser Eingaben wird für jeden Kanton und Prämienregion die Standardprämie (bisher Referenzprämie genannt) eines Kantons bestimmt.

Die Abbildungen zeigen, dass die Prämien nicht gleich der Kostenentwicklung entsprechen, da die Prämieingaben auf Schätzungen und Prognosen beruhen.

Nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der Standardprämien in einigen Kantonen 2008 bis 2012. Die Zahlen in der Grafik bezeichnen die prozentuale Entwicklung für den Kanton Basel-Stadt:

Prozentuale Entwicklung der durchschnittlichen Standardprämien 2008–2013:



Quelle: Zahlen BAG

Die Zahlen widerspiegeln eine relativ hohe Prämienentwicklung in den Jahren 2010 und 2011, die seit 2012, v.a. im Kanton Basel-Stadt, wieder rückläufig ist.

1.5.1.1 Prämiensparmöglichkeiten

Die höchste und die niedrigste Prämie in einem Kanton unterscheiden sich in der Prämienhöhe, bei gleicher Leistung, bis zu 100%. Bei einem Wechsel kann also ein Versicherter seine Prämie je nach Ausgangssituation ohne Leistungseinbusse massiv verringern bis halbieren. Jährlich tun dies gesamtschweizerisch rund 1 Millionen Versicherte.

Will der Versicherte seiner bisherigen Versicherung treu bleiben und diese nicht wechseln, stehen ihm, neben der traditionellen Grundversicherung mit der Mindestfranchise von gegenwärtig 300 Franken und der freien Arztwahl, verschiedene Möglichkeiten offen, die Prämien durch die Übernahme eines grösseren finanziellen Risikos (Erhöhung der Franchise) oder der Wahl eines alternativen Versicherungsmodells zu verringern. Je nach Variante kann er dabei zwischen 5% und 25% gegenüber der «Normalversicherung» an Prämien einsparen.

Verschiedene Studien zeigen, dass alternative Versicherungsmodelle, bei gleich guter Qualität der medizinischen Versorgung, zu tieferen Gesundheitskosten von bis zu 30% führen. Obwohl die Förderung alternativer Versicherungsmodelle (Managed-Care-Modelle) als ein Mittel zur Eindämmung der Gesundheitskosten gilt, stagnieren seit dem Jahr 2000 deren Mitgliederzahlen. Man könnte annehmen, dass die Pflicht, immer zuerst den Hausarzt zu konsultieren, ein Grund für die Zurückhaltung ist. Der wahre Grund scheint aber das lückenhafte Wissen um die alternati-

ven Modelle zu sein, denn laut Demoscope-Umfrage ist für 80% der heute traditionell Versicherten die freie Arztwahl nicht der entscheidende Grund für die Wahl dieser Versicherungsform.

Spätestens wenn die Prämien wieder steigen, bieten alternative Versicherungsmodelle für einen Grossteil der Versicherten eine valable Alternative.

Wahlfranchisen

Die Kostenbeteiligung in der Grundversicherung beinhaltet die Franchise und den Selbstbehalt. In der ordentlichen Versicherung beträgt die Franchise 300 Franken für Erwachsene. Kinder (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) zahlen in der ordentlichen Versicherung keine Franchise. Sie können eine höhere Franchise wählen und zahlen dafür tiefere Prämien. Für Erwachsene betragen sie 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Kassen müssen nicht alle Wahlfranchisen anbieten. Sie können für Erwachsene und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) unterschiedliche Franchisen anbieten.

Der Versicherte kann seine Franchise freiwillig anpassen, je höher die Franchise ist, desto tiefer sind die Krankenkassenprämien. Allerdings muss jedes Jahr in einem Schadenfall die Summe bis zum Erreichen der Franchise durch den Versicherten selber bezahlt werden.

Alternative Versicherungsmodelle

Alternative Versicherungsmodelle sind Varianten (Alternativen) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Dazu gehören:

- HMO-Modelle.
- Hausarztmodelle.
- Telmed-Modelle.

HMO-Modelle

HMO = Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation): HMO-Versicherte verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst einen ganz bestimmten Arzt aufzusuchen, der im HMO-Center praktiziert. Dieser Arzt wird als Gatekeeper bezeichnet. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt. Der HMO-Arzt erhält für die medizinische Versorgung der bei ihm eingeschriebenen Versicherten von deren Versicherung eine monatliche Pauschale ausbezahlt. Aus dieser werden alle Leistungen bezahlt, welche die HMO-Versicherten intern bei diesem oder extern bei Spezialärzten oder bei Spitalaufenthalten in Anspruch nehmen. Das Gatekeeper-Prinzip ermöglicht es dem HMO-Arzt, die Behandlung seiner Patienten zu koordinieren. Die pauschale Entschädigung der ärztlichen Leistungen erlaubt es dem HMO-Arzt, sich auf das Erbringen der für seine Patienten richtigen Leistungen zu beschränken. Ein Anreiz zur Ausweitung der Menge der ärztlichen Leistungen entfällt. Die Prämien der HMO-Versicherungen sind entsprechend, bei gleichem Leistungsumfang, bis zu 25% tiefer als die Prämien der Standardgrundversicherung.

Hausarztmodelle

Versicherte im Hausarztmodell verzichten auf die freie Arztwahl und verpflichten sich (wie bei der HMO), im Krankheitsfall immer ihren festen Hausarzt (Gatekeeper) aufzusuchen. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt. Die Krankenkassen definieren jede für sich, welche Ärzte von den Versicherten als eigener «Hausarzt» in einem Hausarztmodell ausgewählt werden können. Diese sind entweder in Hausarzt-Netzwerken eingebunden oder freipraktizierende Ärzte. Während einige Krankenkassen explizite Auflistungen von Ärzten führen, ermöglichen andere die Arztwahl aus allen Internisten, Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärzten innerhalb eines kassen-spezifischen Einzugsgebiets. Der gewählte Hausarzt ist für die medizinische Betreuung der Ver-

sicherten, die sich für ihn entschieden haben, zuständig. Wenn es medizinisch notwendig ist, werden die Versicherten von ihm zu einem Spezialisten überwiesen.

Es wird erwartet, dass dank der gezielten Überweisung der Versicherten vom Hausarzt an den Spezialisten eine Kosteneinsparung gegenüber der Standardgrundversicherung erreicht werden kann. Die Prämien der Hausarzt-Versicherungsprodukte sind deshalb 15 bis 20% günstiger als diejenigen der Standardgrundversicherung.

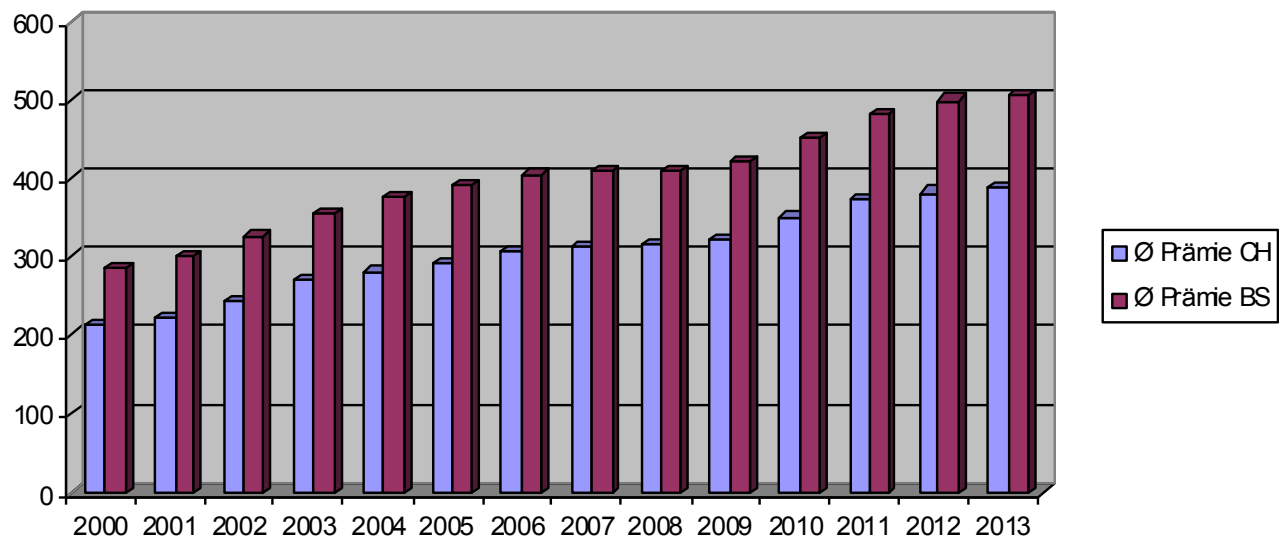
Telmed-Modelle

Bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem wenden sich die Versicherten vor dem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische Beratungsstelle. Dort erteilen medizinische Fachpersonen Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten die Patienten an einen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten weiter. Von der Pflicht der telefonischen Kontaktaufnahme vor einem Arztbesuch ausgenommen, sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt (teilweise nur für Kinder) und andere pro Krankenkasse unterschiedliche Leistungen. Durch die telefonische Beratung und Triage der Patienten vor dem Aufsuchen des Arztes oder eines Spitalambulatoriums werden Kosten eingespart. Die Versicherten im Telmed-Modell erhalten einen Prämienrabatt von bis zu 15% im Vergleich zur Standard-Grundversicherung.

1.5.2 Kanton Basel-Stadt

Die Standardprämie im Kanton Basel-Stadt ist schweizweit die höchste und liegt mittlerweile vor dem Kanton Genf, welcher im Vergleich zu Basel-Stadt eine signifikant niedrigere Todesfallrate wie auch eine relativ jüngere Bevölkerung aufweist.

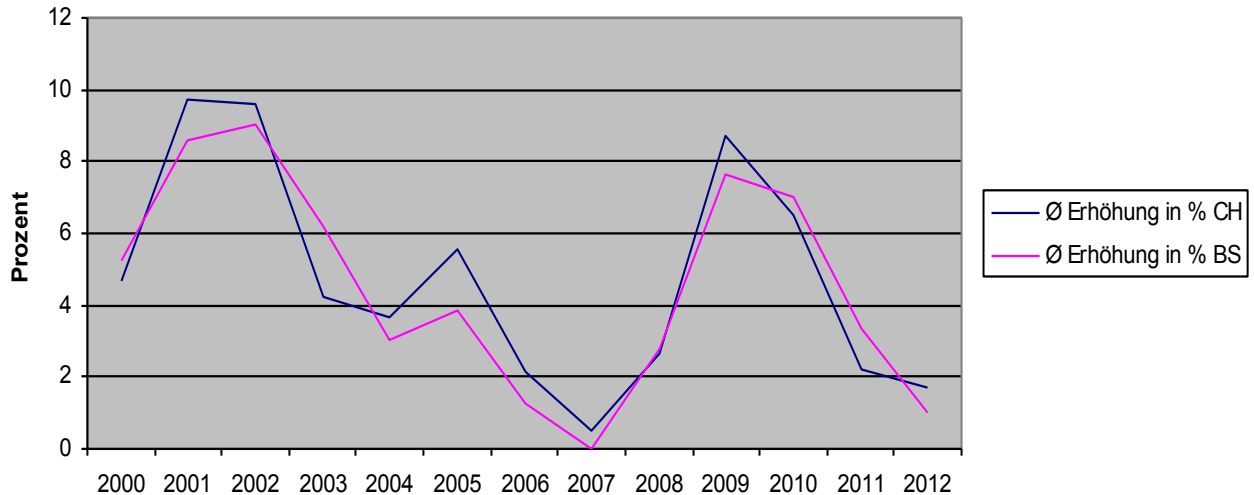
Prämienentwicklung BS-CH in CHF



Quelle: BAG 2012

Das Prämienniveau im Kanton Basel-Stadt liegt rund 30% über dem schweizerischen Durchschnitt, zeigt jedoch einen ähnlichen Verlauf:

Veränderung der Prämien BS-CH, 2000–2013:



Quelle: BAG 2012

Das Verhältnis der billigsten zur teuersten Krankenversicherung (Standardprämie) im Kanton Basel-Stadt zeigt folgendes Bild:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1,31	1,32	1,42	1,58	1,56	1,64	1,64

Berechnungsgrundlage: Prämie Erwachsene 26+

Das Verhältnis der billigsten zur teuersten Krankenversicherung ist im Zeitraum 2007 bis 2012 laufend gestiegen. Die tiefste Prämie 2013 im Kanton Basel-Stadt bietet, wie bereits im letzten Jahr, der Versicherer Assura mit Fr. 421.30 an, während der Versicherer Wincare, ebenfalls wie im letzten Jahr, für die gleichen Leistungen eine Prämie von Fr. 691.30 verlangt. Dies bedeutet, dass sich die Versicherten nach wie vor sehr zurückhaltend bezüglich eines Wechsels des Krankenversicherers verhalten. Mögliche Gründe dafür sind der administrative Aufwand, Angst vor einem schlechteren Service oder auch eine gewisse «Verbundenheit» mit der Kasse, wenn eine Person schon lange bei der gleichen Kasse versichert ist. Weiter hätten die Versicherten die Möglichkeit, ihre Prämien durch die Wahl von günstigeren Hausarztmodellen oder HMO-Modellen sowie durch die Übernahme einer höheren Kostenbeteiligung (Franchise) merklich zu reduzieren.

Beim Vergleich der Prämie mit anderen Kantonen zeigt sich folgende Problematik:

- Der Kanton Basel-Stadt als «rein städtischer Kanton» hat nur eine Prämienregion, die Prämie ist daher nur bedingt vergleichbar mit anderen Kantonen in der Prämienregion 1.
- Ein Vergleich der kantonalen Prämien bezieht sich immer auf die Standardprämien (freie Arztwahl, Franchise 300 Franken, inkl. Unfall), das heisst, die tatsächlichen Prämien (z. B. durch die Wahl höherer Franchisen oder alternativer Versicherungsmodelle) sind tiefer, da Reduktionen berücksichtigt sind.

1.5.3 Prämienvverbilligung

1.5.3.1 Grundlagen des Bundesrechts

Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben einen gesetzlichen Anspruch auf Prämienvverbilligung (Prämienbeiträge). Die Grundsätze der Prämienvverbilligung sind in den Artikeln 65 bis 66a KVG geregelt. Die einkommensabhängigen Prämienvverbilligungen sollen zielgerichtet allen Versicherten einen angemessenen Versicherungsschutz in der Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) zu tragbaren Prämien gewährleisten. Mit den Prämienbeiträgen sollen die Auswirkungen einer einheitlichen Kopfprämie pro Versicherer ohne Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten aufgefangen werden.

Die Bestimmung und die Ausrichtung der Prämienbeiträge erfolgen durch die Kantone im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben. Sie definieren den Kreis der Begünstigten, die Höhe der Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten. Der Bund unterstützt die Kantone finanziell mit einem jährlichen Beitrag zur Verbilligung der Prämien. Im Jahr 2011 wurden insgesamt rund 4,26 Milliarden Franken Prämienvverbilligung ausgezahlt. Der Bundesanteil belief sich dabei auf rund die Hälfte (2,12 Milliarden Franken, 49,6%)³⁷.

Seit Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) am 1. Januar 2008 haben sich der Finanzierungsmodus und somit die Bundesbeiträge verändert.

Mit der NFA ist die Berücksichtigung der Finanzkraft nicht mehr massgeblich. Im Gegenzug findet auch keine Berücksichtigung der höheren Kosten eines Kantons mehr statt. Der Bund beteiligt sich seit 2008 pauschal im Umfang von 7,5% der gesamtschweizerischen Bruttokosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an der Prämienvverbilligung (Art. 66 KVG). Die Beiträge des Bundes an die Kantone bemessen sich nach der kantonalen Wohnbevölkerung und den Grenzgänger/-innen (mit Familienangehörigen). Für den Kanton Basel-Stadt werden die Bundesbeiträge für 2013 ca. 56 Millionen Franken betragen.

1.5.3.2 Prämienbeiträge im Kanton Basel-Stadt

System der Prämienvverbilligung

Die Prämienbeiträge werden im Kanton Basel-Stadt vom Regierungsrat festgesetzt und jährlich im Licht der Prämienentwicklung überprüft und angepasst. Zu berücksichtigen ist dabei der Leitgedanke gemäss §1 des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV), dass der Bevölkerung des Kantons eine dauerhafte, finanziell tragbare Krankenversicherung zu gewährleisten ist.

§ 17 GKV beauftragt den Regierungsrat, die Einkommensgrenzen und Prämienbeiträge so zu «bemessen, dass die Versicherten in tieferen Einkommensgruppen stärker entlastet werden als Versicherte in höheren Einkommensgruppen [...]. Bei versicherten Rentnerinnen und Rentnern, die Anspruch auf Ergänzungsleistungen und/oder kantonale Beihilfe haben, richtet sich der Anspruch auf Prämienbeiträge ausschliesslich nach dem Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Personen, welche Sozialhilfe beziehen, erhalten Prämienbeiträge grundsätzlich auf der Grundlage des Sozialhilfegesetzes.»

Kinder und junge Erwachsene, die Anspruch auf Prämienvverbilligung haben, erhalten gestützt auf Vorgaben des Bundesrechts (Art. 65 Abs. 1^{bis} KVG) mindestens die Hälfte der kantonalen Richtprämie. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV oder IV wird die durchschnittliche kantonale Krankenversicherungsprämie angerechnet.

³⁷ Faktenblatt des BAG zur Prämienvverbilligung vom 27. September 2012

Der Regierungsrat hat auch im Herbst 2012 beschlossen, die kantonalen Prämienbeiträge per 1. Januar 2013 zu erhöhen, um den Prämienanstieg für Versicherte mit bescheidenen Einkommen zu dämpfen. Mit der Erhöhung der Prämienbeiträge soll der Prämienanstieg so abgefedert werden, dass die Prämienbelastung der Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht stärker ansteigt als für die übrige Bevölkerung.

Berechnung und Ausrichtung der Prämienbeiträge

Die Prämienbeiträge werden im Kanton Basel-Stadt aufgrund eines einmaligen Antrags vom Amt für Sozialbeiträge (ASB) ausgerichtet. Wie in § 17 Abs. 5 GKV vorgeschrieben, kommt das ASB regelmässig seiner Informationspflicht gegenüber der Bevölkerung über die Möglichkeit der Prämienverbilligung nach und informiert Personen, die aufgrund der Steuerdaten Anspruch auf Prämienbeiträge haben könnten, mit persönlichem Schreiben. Im Jahr 2012 wurden dazu über 4 300 Personen angeschrieben.

Die Beiträge werden erstmals für den Monat nach Einreichung des Antrags ausgerichtet. Die Auszahlung der Prämienbeiträge erfolgt direkt an die Krankenversicherer (was ab 1. Januar 2014 auch bundesrechtlich verbindlich vorgeschrieben ist). Die Prämienfakturierung an die versicherte Person wird vom Versicherer entsprechend reduziert.

Für die Beitragsberechnung wird die Einkommens- und Vermögenssituation der massgeblichen wirtschaftlichen Haushaltseinheit berücksichtigt. Massgebend ist die aktuellste Steuerveranlagung. Weicht die Einkommens- und Vermögenssituation zum Zeitpunkt der Antragsstellung um über 20% vom für die Prämienverbilligung massgeblichen Einkommen ab, basiert die Berechnung auf der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation. Die wirtschaftlichen Haushaltseinheiten werden je nach Anzahl zugehöriger Personen unterschieden. Abhängig von der Höhe des eruierten Haushaltseinkommens kommt eine der 18 Beitragsgruppen mit festgelegten Frankenbeiträgen zum Zuge.

Beispielsweise liegen die Einkommensgrenzen eines Einpersonenhaushalts für die Beitragsgruppen 1 bis 18 zwischen 23 125 Franken und 44 375 Franken Jahreshaushaltseinkommen, bei einem Vierpersonenhaushalt zwischen 55 000 Franken und 89 000 Franken.

- Für Erwachsene betragen die Prämienbeiträge aktuell (2013) monatlich minimal 20 Franken bis maximal 323 Franken, wobei die kantonale monatliche Durchschnittsprämie aktuell 506 Franken beträgt.
- Für junge Erwachsene (bis 25 Jahre) betragen sie minimal 208 Franken bis maximal 298 Franken (bei einer kantonalen Durchschnittsprämie von 462 Franken).
- Für Kinder betragen sie minimal 55 Franken bis maximal 110 Franken (bei einer kantonalen Durchschnittsprämie von 122 Franken).

Kennzahlen Kanton Basel-Stadt

Gesamthaft (inkl. EL, Sozialhilfe und Abgeltung der Krankenversicherer für ihren Verzicht auf Leistungssistierungen bei Versicherten mit Prämienausständen) wurden 2011 im Kanton Basel-Stadt Prämienbeiträge im Umfang von rund 143 Millionen Franken ausgerichtet. Dies entspricht rund 20% des kantonalen Prämienvolumens von rund 750 Millionen Franken für das Jahr 2011. Wenn das Prämienvolumen beispielsweise um 1% steigt, müssen auch die kantonalen Prämienbeiträge entsprechend ansteigen, damit die Belastung von Haushalten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht stärker als um 1% steigt.

Prämienbeiträge im Kanton Basel-Stadt zugunsten von PV-BezügerInnen (inkl. EL, exkl. SH):		
Jahr	Prämienbeiträge an PV-Bezüger in CHF (vor Rückforderungen und Bundesbeiträgen, ohne Direktzahlungen)	Prozentuale Veränderung p.a. (gegenüber Rechnung Vorjahr)
2013 (Budget)	116 481 000	4,4
2012 (Rechnung)	111 575 125	3,1
2011	108 189 951	7,4
2010	100 723 134	5,2
2009	95 746 718	3,7
2008	92 309 378	0,3
2007	92 044 271	2,0
2006	90 277 982	1,6
2005	88 897 140	-0,2
2004	89 070 324	5,8
2003	84 145 663	

Quelle: WSU, Amt für Sozialbeiträge

Im Vergleich zum Versichertenbestand im Kanton Basel-Stadt von 179 056 Personen bezogen im Jahr 2012 insgesamt 49 756 Personen (28%) Prämienbeiträge aus den Bereichen reine PV (27 079 Personen / 15%), EL (14 145 Personen / 8%) und Sozialhilfe (SH) (8 532 Personen / 5%). Basel-Stadt liegt damit im schweizerischen Mittel, was den Anteil der PV-Bezüger/innen am Versichertenbestand betrifft.

Gesamtschweizerische Daten liegen (gemäss BAG) für 2010 vor: Insgesamt bezogen in der Schweiz rund 2,3 Millionen Personen Prämienverbilligungen. Dies entspricht 29,8% aller Versicherten.

Im Kanton Basel-Stadt war der Bezügerbestand in den Jahren 2003 bis 2008 rückläufig. Seit 2009 erfolgte ein zuerst deutlicher und dann abgeflachter Anstieg, da per 1. Januar 2009 die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Prämienbeiträge nach oben angepasst wurden. Diese Anpassung erfolgte im Zusammenhang mit dem per 1. Januar 2009 umgesetzten Projekt «Harmonisierung der Sozialleistungen», welches verschiedene kantonale bedarfsabhängige, der Sozialhilfe vorgelagerte Sozialleistungen besser aufeinander abstimmte und Armutsfallen im Zusammenspiel der Leistungen behob. Seither gelten für die Alimentenbevorschussung, Mietzinsbeiträge für Familien, Prämienverbilligungen, Tagesbetreuung und die ausserfamiliäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen einheitliche Regeln zur Bestimmung der wirtschaftlichen Haushaltseinheit und des massgeblichen Einkommens. Die Höhe der Leistungen sowie die Einkommensgrenzen blieben weiterhin in den jeweiligen Spezialverordnungen geregelt, wobei sie revidiert und die Leistungen besser aufeinander abgestimmt wurden.

1.5.3.3 Prämienverbilligung in anderen Kantonen

In der ganzen Schweiz bezogen 2010 rund 2,3 Millionen Personen Prämienverbilligung. Überproportional vertreten im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche, betagte Personen, Einpersonenhaushalte sowie Alleinerziehende. Die kantonalen Systeme der Prämienverbilligung weisen grosse Unterschiede auf, was einen Vergleich erschwert. Aus diesem Grund lässt das BAG die Wirksamkeit der Prämienverbilligung periodisch durch eine externe Stu-

die überprüfen. Das letzte Mal wurde die Wirksamkeit der Prämienverbilligung für das Jahr 2010 eruiert³⁸.

Die Studie zeigte: Die Prämienverbilligung ist ein wirksames Instrument und das soziale Korrektiv zur Einheitsprämie. Sie berücksichtigt die kantonalen Unterschiede in der Schweiz.

Die Prämienverbilligungen sind in den letzten Jahren prozentual stärker gestiegen als die Prämien. Die Prämien erhöhungen konnten damit dennoch nicht kompensiert werden. Für Personen, die Prämienverbilligung erhielten, stiegen die Kosten weiterhin an, allerdings weniger stark. Der restliche Prämienbetrag, den sie noch bezahlen mussten, lag im Jahr 2010 je nach Kanton durchschnittlich zwischen 5 und 14% des verfügbaren Einkommens.

Sowohl punkto Bezügerquote als auch der durchschnittlichen Höhe der ausbezahlten Beträge gibt es grosse kantonale Unterschiede. Die durchschnittlichen Beträge pro BezügerIn liegen zwischen 780 Franken (Appenzell-Innerrhoden) und 2 705 Franken (Basel-Stadt).

Angaben zur Prämienverbilligung 2010 in einigen Kantonen:

Bezüger/innen		Bezüger- quoten	Ausgaben in Mio. CHF	Beiträge pro Bezüger	Einwohner	Beitrag pro Einwohner	Prämie Erwachsene	Prämie Junge Erw.	Prämie Kinder
CH	2'315'252	29.8%	3'980	1'719	7'769'302	512	351	294	84
BS	48'872	27.5%	132	2'705	177'716	743	452	387	111
ZH	445'889	32.9%	714	1'602	1'355'286	527	379	327	92
GE	135'627	32.4%	273	2'016	418'602	652	435	374	102
BL	67'779	24.9%	121	1'787	272'205	445	377	315	93
BE	261'666	26.8%	537	2'052	976'366	550	426	360	102

Quelle: BAG Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2010

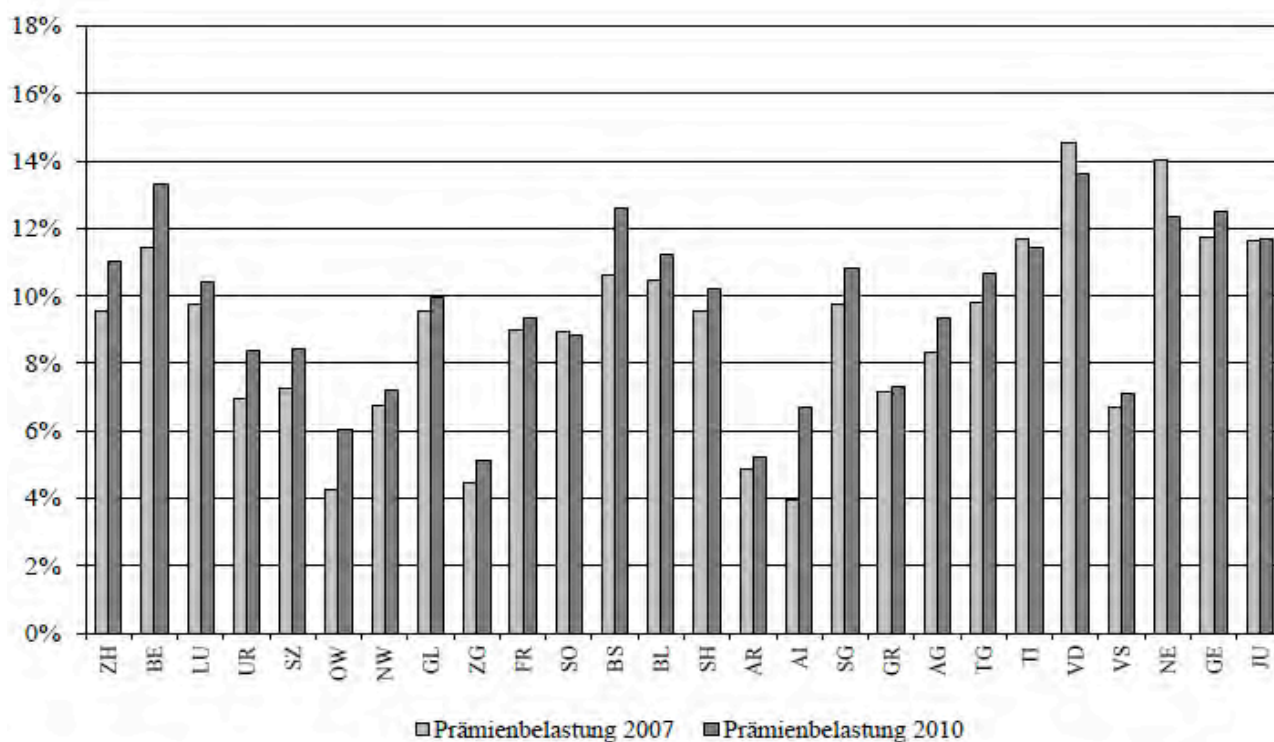
Die Bezügerquote im Kanton Basel-Stadt liegt schweizweit unter dem Durchschnitt, ist im Vergleich zum Kanton Zürich und Genf niedriger, jedoch werden pro Bezüger höhere Beiträge ausgerichtet. Zudem kann im Vergleich mit allen Kantonen beobachtet werden, dass im Kanton Basel-Stadt sowohl pro Bezüger als auch pro Einwohner die höchsten Beiträge anfallen.

³⁸ «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Monitoring 2010, Wirksamkeit der Prämienverbilligung (B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel, April 2012), siehe <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=44066>

1.5.4 Prämienbelastung

Die Prämienbelastung (Nettoprämie) bezeichnet die unverbilligte Prämie minus die Prämienverbilligung als Anteil des verfügbaren Einkommens (Nettolohn-Steuern).

Prämienbelastung in Prozenten des verfügbaren Einkommens, 2007 und 2010³⁹:



Quelle: BAG Monitoring 2010

2010	Kantone
> 12%	VD, BE, BS, GE, NE
10–12%	ZH, LU, BL, SH, SG, TG, TI, JU
6–9%	UR, SZ, GL, FR, SO, AI, GR, VS
< 6%	OW, ZG, AR

Die höchste Prämienbelastung 2010 in Prozenten des verfügbaren Einkommens erfahren die Modellhaushalte⁴⁰ in den Kantonen Waadt und Bern. Danach folgen Basel-Stadt, Genf, Neuenburg, Jura, Tessin, Baselland und Zürich. Der Kanton Zug weist die tiefste Prämienbelastung aus, gefolgt von den Kantonen Appenzell Ausserrhodens und Obwalden.

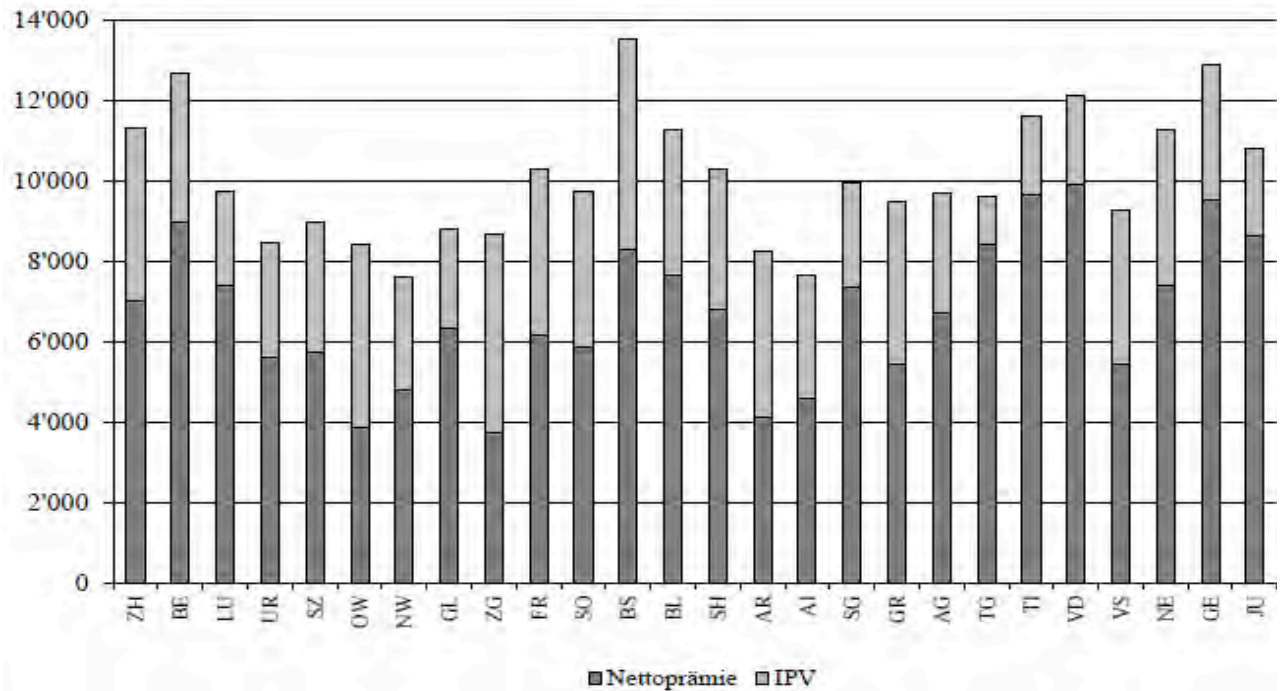
Die Prämienbelastung ist im Vergleich zum Jahr 2007 (vor NFA) fast in allen Kantonen gestiegen, ausser in den Kantonen Solothurn, Tessin, Waadt und Neuenburg.

³⁹ Mittelwert definierter Fallbeispiele

⁴⁰ Das BAG bezieht insgesamt 7 Modellhaushalte in der Studie ein: alleinstehende Rentnerin, Familie mit zwei Kindern, alleinstehende Erwachsene mit zwei Kindern, Familie mit vier Kindern, Familie mit einem Kind und einer jungen erwachsenen Person, junge erwerbstätige Person und Ehepaar ohne Kinder

Belastung für eine Mittelstandsfamilie

Mittelstandsfamilie (Bruttoeinkommen 70 000 Franken, kein Vermögen): Prämienbelastung 2010
Vergleich Nettoprämie und individuelle Prämienverbilligung (IPV):



Quelle: BAG, Monitoring 2010

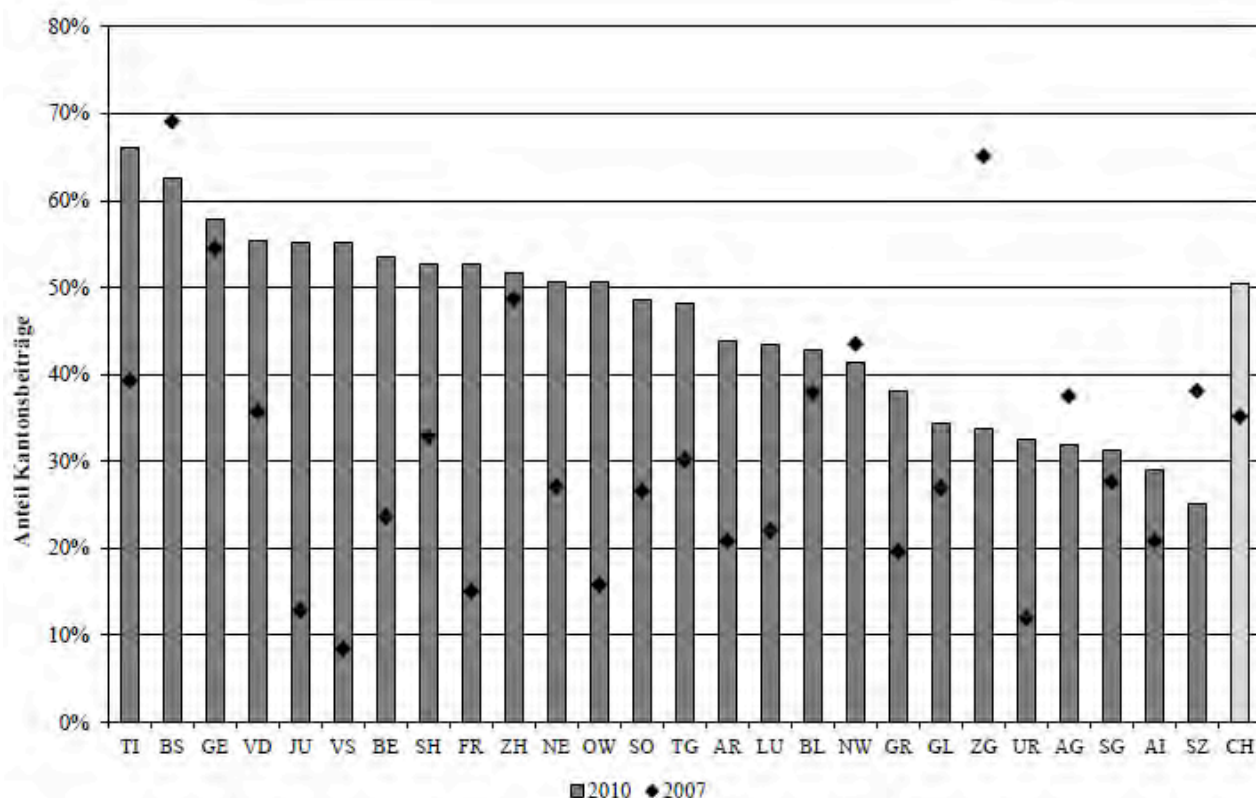
Auffallend ist, dass nur in den Kantonen Zug, Obwalden und Aargau etwas mehr als 50% der Prämie verbilligt werden. Im Kanton Basel-Stadt ist zwar die absolute Prämienverbilligung hoch, im Vergleich zur Prämienhöhe liegt der Anteil jedoch unter 50%.

Die Nettoprämienbelastung für eine Mittelstandsfamilie im Kanton Basel-Stadt ist, dank der hohen Prämienverbilligung, tiefer als in den Kantonen Bern, Thurgau, Waadt, Tessin, Genf und Jura. Sie ist jedoch höher als in den übrigen Kantonen.

1.5.4.1 Beiträge Bund

Mit der NFA ist die Berücksichtigung der Finanzkraft im Kanton Basel-Stadt nicht mehr massgeblich. Das heisst, im Gegenzug findet auch keine Berücksichtigung der höheren Kosten eines Kantons mehr statt. Die Beiträge an die Kantone bemessen sich nach der Wohnbevölkerung (in BS inkl. Grenzgänger). Für Basel-Stadt wird sich der Bundesbeitrag in den Jahren 2011 und 2012 nach Schätzungen des ASB auf 53,1 bzw. 56,3 Millionen Franken belaufen.

Anteil Kantonsbeiträge vor und nach Einführung NFA:



Quelle: BAG, Monitoring 2010

Die Entwicklung zeigt, dass nur fünf Kantone im Jahr 2010 (nach NFA) niedrigere Anteile an Kantonsbeiträgen aufweisen als 2007. Dies sind die Kantone ZG, SZ, NW, AG und BS. Mit Ausnahme des Kantons AG handelt es sich um finanzstarke Kantone, da der Bundesanteil (vor NFA) aufgrund der Finanzstärke der Kantone gemessen wurde und daher relativ geringer ausfiel. Die gesamten Prämienbeiträge an Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe betrugen im Jahr 2010 25,1 Millionen Franken und wurden für die Jahre 2011 und 2012 mit 25,3 Millionen Franken bzw. 27 Millionen Franken veranschlagt.

Gemäss Wirksamkeitsanalyse des BAG kann gesagt werden, dass in Kantonen, welche grosszügige Prämienverbilligungssysteme kennen, nicht mehr, aber auch nicht weniger Personen (prozentual zur Wohnbevölkerung) als in anderen Kantonen profitieren.

Da sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme stark unterscheiden, ist es schwierig, festzustellen, ob die vom Gesetzgeber beabsichtigten, sozialpolitischen Ziele erreicht werden. Ausgangspunkt der vom BAG regelmässig durchgeführten Studien zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung bildete das in der bundesrätlichen Botschaft zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 genannte Kriterium, dass die Prämienbelastung eines Haushalts nicht mehr als 8% des steuerbaren Einkommens betragen darf. Dieses vom Bundesrat formulierte Prämienbelastungsziel wird im Durchschnitt aller Modellhaushalte nur in wenigen Kantonen erreicht => ZG, AI, OW, NW, AR, GR, VS.

Fazit Prämien und Prämienentwicklung

- Die Höhe der Standardprämie bezieht per definitionem die günstigeren Versicherungsformen nicht mit ein.
- Ein Vergleich der kantonalen Prämien bezieht sich immer auf die Standardprämien, das heisst, die tatsächlichen Prämien sind tiefer, da Reduktionen berücksichtigt sind.
- Die Prämienentwicklung entspricht nicht gleich der Kostenentwicklung.
- Die Bruttoprämien im Kanton Basel-Stadt sind schweizweit am höchsten.
- Die Prämien im Kanton Basel-Stadt widerspiegeln die hohen beanspruchten Leistungen der basel-städtischen Wohnbevölkerung.
- Der Kanton Basel-Stadt ist der einzige «rein städtische» Kanton, mit einem universitären Zentrum und nur einer Prämienregion, es fehlt ein Stadt-Land-Ausgleich.
- Die teuerste Standardprämie im Kanton Basel-Stadt ist 1,64-mal höher als die billigste Prämie, 2007 betrug das Verhältnis noch 1,31.
- Die Versicherten verhalten sich nach wie vor zurückhaltend im Hinblick auf einen Kassenwechsel.
- Die Prämienverbilligung nach KVG ist ein wirksames Instrument und das soziale Korrektiv zur einkommensunabhängigen Einheitsprämie.
- Im Kanton Basel-Stadt werden die Prämienbeiträge jährlich vom Regierungsrat im Lichte der Prämienentwicklung abgestuft und nach finanzieller Leistungsfähigkeit festgesetzt.
- Mittels Prämienbeiträgen werden im Kanton Basel-Stadt jeweils gesamthaft (inkl. EL und Beiträge der Sozialhilfe an die Krankenkassenprämien) rund 20% des kantonalen Prämienvolumens durch die öffentliche Hand finanziert.
- Die Leistungen der Prämienverbilligungssysteme wurden seit 2007 mehrheitlich ausgebaut. Es wird im Mittelwert ein grösserer Prämienanteil verbilligt als 2007.
- Das vom Bundesrat formulierte Prämienbelastungsziel von 8% des steuerbaren Einkommens wird im Durchschnitt aller Modellhaushalte nur in wenigen Kantonen erreicht.

1.6 Herausforderungen im Gesundheitswesen und Auswirkungen

Das schweizerische Gesundheitswesen ist gut, teuer und mit einer hohen Patientenzufriedenheit verbunden. Föderalismus und direkte Demokratie sind zugleich Stärken (lokale Flexibilität und Einflussnahme) und Schwächen (Anspruchshaltung und fehlende Anreize) des Systems.

Die heutige Planung und Steuerung des kantonalen Gesundheitswesens wird insbesondere durch folgende generelle Faktoren beeinflusst:

- Der medizinische Fortschritt wächst stetig und erhöht die Lebenserwartung laufend.
- Sinkende Geburtenraten bei gleichzeitig erhöhter Lebenserwartung führen zu einem demografischen Alterungsprozess.
- Durch Reduktion der potenziellen und effektiven Zahler entstehen finanzielle Lücken in den Sozialwerken.
- Gleichzeitig drohen Engpässe in der Arbeitswelt generell und in den Humanressourcen im Gesundheits- und Pflegewesen im Speziellen.
- Schliesslich bilden sich aufgrund der erhöhten Lebenserwartung unterschiedliche Altersphasen mit unterschiedlichem Versorgungsbedarf.

Daraus leiten sich folgende gesundheitsspezifischen Herausforderungen ab:

- **Gesundheitsmonitoring**

Bestehende uneinheitliche Gesundheitsinformationssysteme erschweren Reformen und verunmöglichen eine «wissensbasierte» Politik. Ein minimaler Datenbestand mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen ist unerlässlich und muss auch Leistungen und Gesundheitspersonal im ambulanten Bereich umfassen. Bemühungen um eine landesweit einheitliche Messung von Fällen, Mortalität und anderen ausgewählten Indikatoren zur Versorgungsqualität in Spitälern sind begrüssenswert, müssen aber durch die Erweiterung des Indikatorenumfangs verbessert und durch die Messung der spitalexternen Versorgungsqualität ergänzt werden.

Ein Gesundheitsmonitoring fördert mittelfristig den Qualitätswettbewerb und senkt mittelfristig Kosten.

- **Gesundheitspersonal**

Der Arbeitsmarkt für Gesundheitspersonal ist ein globaler Markt. Die Pharma- und Medizinaltechnikindustrie agiert global und wissenschaftliche Errungenschaften in der Medizin werden grenzüberschreitend rasch übernommen. Das Gesundheitswesen hat in vielerlei Hinsicht eine internationale Dimension. Dagegen machen die Planung und die Finanzierung der Gesundheitssysteme bereits an kantonalen Grenzen halt. Konkrete Lösungen braucht es neben anderen im Bereich des Gesundheitspersonals. Das Ziel dabei ist, bedarfsgerecht genügend qualifiziertes Gesundheitspersonal auf allen Ebenen und in allen Disziplinen zu haben. Im Wesentlichen stehen drei Ziele im Vordergrund:

1. die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für unsere Bevölkerung.
2. die qualitative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.
3. die Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung.

Um die genannten Ziele zu erreichen, braucht es genügend und mit den richtigen Kompetenzen ausgestattetes Gesundheitspersonal. Kernpunkt dabei ist die Ausbildung des Nachwuchses. Es geht darum, zum einen mehr Menschen für unsere Gesundheitsversorgung auszubilden. Zum anderen muss darauf geachtet werden, die hohe Qualität in der Ausbildung zu gewährleisten. Dabei stellt sich für den Kanton Basel-Stadt die weitere Frage, wie er zum einen mehr Menschen für unsere Gesundheitsversorgung ausbilden und zum anderen die hohe Qualität in der Ausbildung gewährleisten kann, ob dieser Gewährleistungsauftrag nur für den Kanton oder auch für die

Region und die Restschweiz erfolgt, und in letzterem Fall, wer den ausserkantonalen Auftrag mitfinanziert.

Insbesondere gilt es, beim Gesundheitspersonal die beruflichen Kompetenzen zu sichern, die für eine integrierte und umfassende Versorgung im Sinne präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgung nötig sind. Dieses umfassende Verständnis der Versorgung ist bereits heute wichtig bei chronischen Krankheiten oder bei Multimorbidität, wenn man auf eine über den ganzen Behandlungszyklus vernetzte Versorgung angewiesen ist. Wegen der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung der integrierten Versorgung zunehmen. Darauf gilt es, sich heute bereits vorzubereiten und die Weichen richtig zu stellen. Die Herausforderung dabei ist es, die steigende Nachfrage nach Gesundheitspersonal zu decken.

Die Schweiz gehört zu den Nutzniessern der internationalen Migration von Gesundheitspersonal und hat deshalb auch eine besondere Verantwortung, genügend eigene Personalressourcen zu generieren. Ziel muss sein, die Anstrengungen in der Schweiz zu verstärken, um die Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren. Dafür müssen einerseits die Ausbildungskapazitäten erhöht und andererseits Massnahmen zur Personalerhaltung ergriffen werden. Es muss Sorge getragen werden, dass das gut ausgebildete Personal im Gesundheitswesen bleibt. Im Bereich der Pflegeberufe sollten bereits heute rund 5000 zusätzliche Fachleute ausgebildet werden. Bund, Kantone und die Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) nehmen sich dieser Herausforderung im Rahmen des Masterplans «Bildung Pflegeberufe 2010–2015» gemeinsam an. Ziel ist es, mittel- und langfristig genügend und bedarfsgerechtes qualifiziertes Pflegepersonal auszubilden. Konkret bedeutet dies die Koordination von über 26 Projekten zur Sicherung von Ausbildungs- und Praktikumsplätzen und zur Umsetzung einer schweizweit einheitlichen Bildungssystematik.

Unbestritten ist, dass es der Schweiz an im Inland ausgebildetem Gesundheitspersonal fehlt und bisher bestehende Lücken mit gut ausgebildeten Fachkräften aus dem Ausland gedeckt wurden. Ohne die Arbeit dieser Fachkräfte könnte die Gesundheitsversorgung nicht auf dem heutigen Niveau gehalten werden. Bei den Pflegefachpersonen beträgt der Anteil, der im Ausland ausgebildet wurde, mindestens 20%, bei den Spitalärzten sind es 30%. Diese Zahlen zeigen das Ausmass der Abhängigkeit vom Ausland. Trotz hoher Lebensqualität und guter Arbeitsbedingungen darf nicht darauf vertraut werden, die personellen Lücken in der Gesundheitsversorgung in alle Zukunft mit im Ausland ausgebildeten Fachkräften zu füllen. Dies schon nur aus dem Grund, weil der Gesundheitspersonalmangel ein weltweites Phänomen ist. Die Lücke könnte noch grösser werden, weil wegen der Alterung der Gesellschaften der Bedarf an Gesundheitspersonal weiter steigen wird. Es braucht neue Wege, um der Abhängigkeit von der Gesundheitspersonalpolitik der benachbarten Länder zu begegnen, und es braucht Eventualszenarien für den Fall allfälliger Abwanderung des Gesundheitspersonals aufgrund endogener oder exogener Faktoren.

Gleichzeitig beeinflussen gesellschaftliche Veränderungen die Angebotsseite. Der Anteil der Frauen in medizinischen Berufen steigt stetig: Mittlerweile gehen über 60% der Diplome in der Humanmedizin an Frauen. Damit einher geht eine Zunahme an Teilzeitarbeit. Ein Trend, der auf den steigenden Frauenanteil, aber auch auf die Bedürfnisse und Wünsche der jungen Generation von Pflegefachpersonen und von ÄrztInnen zurückzuführen ist. Diese Zunahme an Teilzeitarbeit ist eine Herausforderung für das System. Zudem arbeiten Menschen weniger lang in ihrem angestammten Beruf, ein Phänomen, das im Gesundheitswesen dazu führt, dass beispielsweise eine Abwanderung aus dem Pflegebereich in verwandte Branchen wie Alternativmedizin, Wellness und Sport festzustellen ist. Konsequenz: Die Schere zwischen Nachfrage und Angebot an Versorgungsleistungen öffnet sich. Die grösste Herausforderung ist folglich die Deckung mit genügend und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal, das zudem gut und effizient zusammenarbeitet.

Weil der Personalmangel im Gesundheitswesen ein globales Phänomen ist, müsste das Phänomen auch global angegangen werden. Stattdessen rekrutiert jedes Land das Personal aus einem

wirtschaftlich schwächeren Land, wodurch ein Dominoeffekt entsteht und das Problem des Personalmangels sich letztlich bei den wirtschaftlich schwächsten Ländern konzentriert. Dies könnte in Zukunft in dieser Form auch eins zu eins unter den 26 Kantonen passieren. Es gilt mit entsprechenden Anreizsystemen zu verhindern, dass unter den Kantonen ein «Transfermarkt» für qualifiziertes Gesundheitspersonal entsteht.

Handlungsbedarf besteht auch im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Der Bundesrat hat im Rahmen seiner Kompetenzen den Universitätskantonen empfohlen, die Studienkapazitäten zu erhöhen und Massnahmen zu ergreifen, um die bestehenden Kapazitäten effizienter zu nutzen. Die Universitätskantone haben die Kapazitäten in den letzten Jahren bereits wesentlich erhöht. Rund 800 ÄrztInnen machen heute in der Schweiz jährlich ihren Abschluss. Nötig wären laut Bundesamt für Gesundheit künftig 1200 bis 1300. Der Bundesrat möchte bis 2018/2019 jährlich 1100 Abschlüsse ermöglichen. Doch die Finanzierung wird schwierig, denn um das Ziel von 1200 Abschlüssen zu erreichen, braucht es mindestens 60 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich. Da die Kantone diesen Betrag nicht allein tragen können, müsste sich der Bund stärker engagieren. Dieser stellt aber erst für die Zeit ab 2017 mehr Mittel für die Humanmedizin in Aussicht, wobei bisher offenblieb, um wie viel es sich handelt. Eine neue Volksinitiative «Mehr Ausbildungsplätze in der Humanmedizin – Stopp dem drohenden Ärztemangel!» fordert diesbezüglich, dass die Ärzteausbildung in der Schweiz den landesweiten langfristigen Bedarf deckt. Die neue Initiative könnte dazu beitragen, dass der Bund sein Versprechen früher einlöst. Mindestens ebenso wichtig wie die Quantität sind die Qualität und die Fähigkeit der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Die Arbeiten am neuen Gesundheitsberufegesetz zielen in Richtung Qualität und Förderung der Zusammenarbeit. Das geplante Gesetz bezweckt eine bedarfs- und zukunftsgerichte Ausbildung der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulebene, die mit den Kompetenzprofilen der universitären Berufe – namentlich der Ärzte – abgestimmt ist. Die rollen- und kompetenzgerechte Zusammenarbeit der Berufsleute wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Die integrierte Versorgung und die damit bezweckte Stärkung der Effektivität und Effizienz der Behandlungsabläufe setzen voraus, dass die beteiligten Berufsleute interagieren und gut zusammenarbeiten können. Teamarbeit wird an Bedeutung gewinnen, sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung. Aufseiten der Ausbildung verlangt dies, dass man die eigenen Kompetenzen kennt, aber auch über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen Bescheid weiss. Diese Kenntnisse sind Voraussetzung, um im System der integrierten Versorgung Verantwortung zu übernehmen. Eine gezielte und effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit hat für alle Beteiligten Vorteile:

- Ein koordiniertes Vorgehen vermittelt den Patienten Sicherheit und verhindert Doppelspurigkeiten.
- Die Vermeidung von Doppelspurigkeiten verbessert die Qualität der Behandlung und senkt die Kosten.
- Die funktionierende Zusammenarbeit steigert die Attraktivität der Arbeitsstelle und führt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit.
- Dadurch können Personalfluktuationen minimiert und die Verweildauer im Beruf erhöht werden.

Das heutige System der Grundversorgung generiert immer wieder Doppelspurigkeiten bei Diagnosen und Therapien. Es wird zu wenig abgesprochen. Eine Bruchstelle des Systems ist der Übergang vom ambulanten zum stationären Bereich, wo der Fluss von Patientendaten stockt und es an Koordination und Vernetzung, auch elektronischer Vernetzung, fehlt. Bei diesen Schwachstellen muss angesetzt und müssen Verbesserungen erzielt werden.

Der Bundesrat verfolgt das Ziel, die integrierte Grundversorgung zu stärken, und will die bestehenden Probleme der Hausarztmedizin mit konkreten Massnahmen rasch und breit abgestützt angehen. Gemeinsam mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und in Absprache mit anderen relevanten Partnern lanciert er einen Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung», mit dem die wichtigsten Forderungen der im Parlament hängigen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» erfüllt werden

sollen. Im Bereich Bildung und Forschung ist vorgesehen, kurzfristig Gelder bereitzustellen, um die Hausarztmedizin an den Universitäten zu fördern. Anpassungen im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe sollen die Stellung der Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung verbessern und ihr damit mehr Anerkennung verschaffen. Im Bereich der Labortarife wird bis Mitte 2013 eine bessere Abgeltung für Schnellanalysen angestrebt. Der heute geltende Übergangszuschlag für Praxislabors wird bis zu diesem Zeitpunkt verlängert. Als dritte Massnahme ist eine Gesamtrevision des Ärztetarifs TARMED geplant. Die Tarifpartner einigten sich in Vorgesprächen darauf, für die Grundversorger respektive die Hausarztmedizin ein separates Kapitel einzuführen. Das Bundesamt für Gesundheit koordiniert die Massnahmen und begleitet die Umsetzung des Masterplans unter Federführung einer Trägerschaft, die vom Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern präsidiert wird.

Potenzieller Personalmangel im Gesundheitswesen ist ein komplexes Phänomen, weshalb zu Beginn vier einfache Lösungsansätze konkretisiert werden sollten:

1. Die Abhängigkeit vom Ausland muss reduziert und mehr «eigenes» Gesundheitspersonal muss ausgebildet werden → mehr Ausbildungsplätze.
2. Ausgebildete Menschen müssen in ihrem Beruf bleiben → strukturierte Personalerhaltungs-massnahmen unter Mitberücksichtigung von potenziellen Quer- und Wiedereinsteiger/-innen.
3. Nicht nur Quantität, sondern auch Qualität und die Fähigkeit des Gesundheitspersonals zur Zusammenarbeit sind wichtig → neue Zusammenarbeitsmodelle.
4. Die integrierte Grundversorgung muss gestärkt und neue Versorgungsmodelle müssen entwickelt werden → neue Versorgungsmodelle zur Stärkung der integrierten Grundversorgung.

Sind neue Versorgungsmodelle zur Stärkung der integrierten Grundversorgung entwickelt, so müssten diese – um erfolgversprechend umgesetzt zu werden – auch einheitlich finanziert werden.

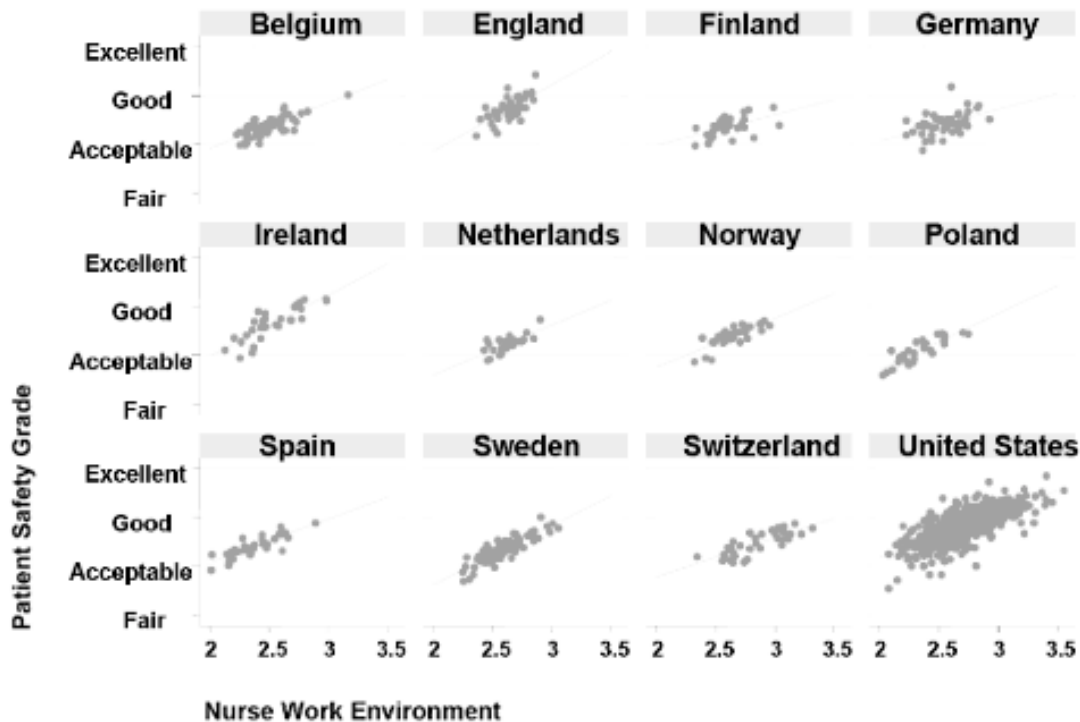
- **Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe**

In der stationären Versorgung kann die Pflege als das Rückgrat der Patientenversorgung betrachtet werden. Die Leistungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sind personalintensiv. Die Versorgungsqualität hängt stark von qualifiziertem und motiviertem Personal ab, Erfolg versprechend ist das Schaffen einer positiven Arbeitsumgebung. Sie zeichnet sich aus durch:

- innovative Strategien zur Personalanwerbung und -erhaltung.
- Strategien zur Personalentwicklung.
- angemessene Vergütung.
- Anerkennung.
- bedarfsgerechte Ausstattung und bedarfsgerechtes Verbrauchs-Material.
- ein sicheres Arbeitsumfeld.

Die nutzbringenden Effekte einer positiven Arbeitsumgebung beeinflussen die Zufriedenheit nicht nur der Mitarbeitenden, sondern auch der Patienten. Eine positive Arbeitsumgebung hat Auswirkungen auf die Patientensicherheit, auf das Verhindern von schlechten Outcomes und auch auf die Senkung der Mortalitätsrate. Die internationale Studie RN4Cast zeigt den Zusammenhang zwischen Patientensicherheit und Arbeitsumgebung der Pflege auf.

Zusammenhang Patientensicherheit und Arbeitsumgebung:



Quelle: Linda H.Aiken: Selected Findings from RN4Cast (2012)

Eine gute Arbeitsumgebung korreliert in allen Ländern mit einer höher eingeschätzten Patientensicherheit.

Zielführend ist unter anderem ein variantenreich gestalteter «Skill-Mix» und «Grade-Mix». Unter dem Begriff «Skill-Mix» wird im Allgemeinen die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen verstanden, wohingegen sich der «Grade-Mix» auf die unterschiedlichen Ausbildungsabschlüsse innerhalb einer Berufsgruppe bezieht. Ziel eines optimalen Skill-Mix ist es, die Fachpersonen entsprechend ihren Kernkompetenzen einzusetzen und auch die personellen Ressourcen für die Übernahme der Tätigkeiten zu schaffen. Nur so kann eine höhere Aufmerksamkeit für evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Sinne der Patientensicherheit erreicht werden.

Die Pflegenden leisten einen wichtigen Beitrag für die Bevölkerungsgesundheit. Eine kontinuierliche Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe ist ein wichtiger Baustein in der proaktiven Gestaltung der Gesundheitsversorgung.

Im Bereich des Gesundheitspersonals besteht ein grosses Potenzial, um mittelfristig die Kosten zu stabilisieren.

- **Gesundheitsförderung und Prävention**

Der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik muss sich mehr von kurativer Versorgung auf eine aktive Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verlagern. Immer noch konkurrieren innerhalb der Kantone eher bescheidene Mittel für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme mit dem teuren Versorgungsangebot. Gleichzeitig fördert die stark dezentralisierte Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens die Ausarbeitung lokal relevanter Präventionsprogramme, erschwert aber die Entwicklung einer breit angelegten Politik zu den wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie Alkoholmissbrauch und Fettleibigkeit. Der Entwurf für ein nationales Präventionsgesetz, in dem die Schaffung einer nationalen Einrichtung zur Koordinierung von Prioritäten und Anstrengungen unter den Kantonen vorgesehen war, wäre ein erster wichtiger Schritt gewesen, ist aber leider gescheitert. Diese nationale Einrichtung hätte über die notwendigen institutionellen Einflussmöglichkeiten und Finanzmittel zur effektiven Durchführung breit angelegter nationaler Präventionsprogramme verfügt, womit die Schweiz schneller und wirksamer auf zukünftige Herausforderungen hätte reagieren können.

Ein Ausbau der kantonalen Prävention kann mittelfristig die Kosten senken.

- **Integrierte Versorgung**

Die Alterung der Bevölkerung, gesellschaftliche Entwicklungen und ungesunder Lebensstil führen zu einer Zunahme der Gesundheitsrisiken (Bewegungsarmut, Fettleibigkeit, Überforderung etc.). Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren chronischen oder sogar unheilbaren Krankheiten zu leiden. Daraus leitet sich einerseits die Forderung ab, Gesundheit über die Schwerpunkte Prävention und Grundversorgung intensiver zu fördern. Andererseits wird die hohe Verfügbarkeit an Akutspitälern spätestens dann in Frage gestellt, wenn immer mehr chronische, multimorbide oder unheilbar kranke Patientinnen und Patienten über längere Zeit mit Gesundheitsleistungen versorgt werden müssen, auf welche Akutspitäler und deren Finanzierung nicht ausgerichtet sind. Deshalb müssen Leistungen, die durch mehrere Anbieter und über einen längeren Zeitraum hinweg in einer integrierten Behandlungskette erbracht werden können, durch zusätzliche Anreize gefördert werden, falls sie sich als nachhaltiger, die Kosten stabilisierender Faktor erweisen.

Durch die Förderung der integrierten Versorgung können mittelfristig Kosten gesenkt werden.

- **Zunahme chronischer Erkrankungen**

Die Zunahme chronisch kranker Menschen erhöht den Bedarf an regelmässigen ambulanten Leistungen, die durch mehrere Anbieter und über einen längeren Zeitraum hinweg integriert erbracht werden. Neue Versorgungsstrukturen wie interdisziplinäre Gruppenpraxen, Gesundheitszentren, Quartierpraxen mit integriertem Angebot für Hilfe und Pflege zu Hause oder institutionsübergreifende Spitalambulanzen müssen künftig prozessorientiert ausgerichtet sein und integrierte Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Gleichzeitig muss die Ausbildung in den Gesundheitsberufen an die Anforderungen der integrierten Versorgung angepasst werden. Apotheken und nicht ärztliche Gesundheitsberufe müssen qualitativ und quantitativ gestärkt werden. Künftig sollten diese entsprechend ihrer Qualifikation auch Aufgaben wahrnehmen, die derzeit ausschliesslich ÄrztInnen vorbehalten sind. Neue Berufsbilder können daraus entstehen.

Die Zunahme der chronischen Krankheiten wird die Kosten ohne strukturelle Eingriffe steigern.

- **Zunahme an besonders verletzlichen Menschen**

Besonders verletzbare Menschen sind insbesondere körperlich und geistig Behinderte, an Demenz erkrankte Menschen, suchtabhängige Menschen, psychisch Kranke, unheilbar Kranke und Sterbende, sozial vereinsamte und nicht integrierte alte Menschen. Glücklicherweise haben auch diese Menschen aufgrund des medizinischen Fortschritts eine längere Lebenserwartung. Die Betreuung und Pflege dieser Personengruppen, die aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmen wird, stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Gefordert sind spezielle Angebote und gesundheitliche Gleichbehandlung. Eine gute Unterstützung der Angehörigen, bedarfsgerechte Wohnformen sowie ambulante und regelmässige Versorgungs- und Pflegeangebote erleichtern die Betreuung und erhöhen die Lebensqualität. Vermehrte Sensibilisierung der Bevölkerung muss zum Ziel haben, gesellschaftliche Ausgrenzung dieser Personengruppen zu verhindern.

Die Zunahme an besonders verletzlichen Menschen wird die Kosten ohne strukturelle Eingriffe steigern.

- **Palliativangebote und Suizidbegleitung**

In der Schweiz kann jede urteilsfähige Person unabhängig vom Alter unter definierten Rahmenbedingungen Suizidbegleitung beanspruchen. Die Anzahl von Suiziden in der Schweiz steigt unter Berücksichtigung der Suizidbegleitung, während die Anzahl Suizide ohne Suizidbegleitung seit Jahren eher rückläufig ist. Heute ist jeder fünfte Suizid ein Fall von Suizidbegleitung. Da mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, dass jemand unheilbar krank wird oder chronisch leidet, steigt mit dem Alter auch der Wunsch nach begleitetem Sterben. Künftig wird diese Tendenz noch zunehmen, weil eine Generation ins Alter kommt, die gewohnt ist, über das eigene Leben selbst zu entscheiden. Hier gilt es einerseits, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Einzelnen zu wahren. Parallel braucht es aber andererseits zur Selbstbestimmung bedarfsgerechte Angebote im Bereich der Palliativmedizin, welche die Linderung des Leidens und das Befinden des Patienten in den Vordergrund stellt und ihm eine Alternative zu anderen möglichen Wegen bietet.

Ohne strukturelle Eingriffe werden die Kosten steigen oder die Suizidbegleitung gefördert.

- **Reformstau**

Reformstau entsteht primär aus drei Gründen. Erstens muss immer zwischen unterschiedlichen Präferenzen der verschiedenen kulturellen Regionen ein Gleichgewicht gefunden werden. Zweitens sind die Einflussmöglichkeiten profilierter Interessengruppen in einem System mit einem potenziellen Vetorecht via Referendum und langwierigen Entscheidungsprozessen stark. Drittens sind Einschränkungen der Wahlfreiheit von der Bevölkerung unerwünscht. Dies erschwert die Einführung von Reformen insbesondere dann, wenn Prioritäten im System verlagert werden oder gar institutionelle Änderungen eintreten sollen.

Ohne eine Behebung des Reformstaus werden die Kosten weiter steigen.

Fazit Herausforderungen im Gesundheitswesen und Auswirkungen

- Rund 80% der Gesundheitskosten bestehen aus Personalkosten. Sollen die Gesundheitskosten gesenkt werden, muss primär bei den Strukturen und den Personalkosten angesetzt werden. Heute bekannte gesundheitsspezifische Herausforderungen führen künftig aber eher zu Massnahmen, die zumindest in einer ersten Phase mehr Personal und Investitionen benötigen und damit zu zusätzlichen Gesundheitskosten führen werden.

Im Einzelnen betrifft dies insbesondere fünf Punkte:

- Wissensbasierte Gesundheitspolitik benötigt einen minimalen Datenbestand mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen und muss auch Leistungen und Gesundheitspersonal im ambulanten Bereich umfassen. Die Verbesserung der Datenlage bedingt ein einheitliches Gesundheitsmonitoring, das mittelfristig den Qualitätswettbewerb, den Ressourceneinsatz am richtigen Ort sowie entsprechende politische Entscheide beeinflussen kann.
- Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und damit verbunden eine Intensivierung der kantonalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen kann mittelfristig die Höhe der Gesundheitskosten beeinflussen.
- Um den Bedarf an Gesundheitspersonal wieder vermehrt durch in der Schweiz ständig wohnhafte und hier ausgebildete Menschen abzudecken, braucht es langfristige nationale Beschäftigungsstrategien für das Gesundheitswesen mit entsprechenden Zusatzressourcen.
- Aufgrund der absehbaren Zunahme von chronischen Erkrankungen können mit der Förderung wohnortnaher integrierter Versorgungsmodelle mittelfristig Kosten gesenkt werden.
- Für den Aufbau bedarfsgerechter Angebote im Bereich der Palliativmedizin, welche die Linderung des Leidens und das Befinden des Patienten in den Vordergrund stellen und den Betroffenen Alternativen zu anderen möglichen Wegen bieten, wäre die Bereitstellung von zusätzlichen Kapazitäten und Ressourcenumlagerungen als sinnvoll zu erachten.

1.7 Situation im Kanton Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt hat schweizweit die höchste Bevölkerungsdichte und ist der einzige rein städtische Kanton in der Schweiz mit einem universitären Zentrum und nur einer Prämienregion.

Die Situation im Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt zeigt viele Besonderheiten auf und ist nicht direkt vergleichbar mit anderen Regionen und Städten in der Schweiz – dies nicht nur wegen seiner demografischen und soziodemografischen Struktur und der Problematik einer Kernstadt (Zahl an Ausländern, Arbeitslosen und Asylsuchenden).

Wie bereits in Kapitel eins erwähnt, zeichnet sich die Gesundheitsregion als wichtiger Forschungsstandort und Sitz zahlreicher Life-Sciences-Firmen durch ein breites medizinisches und hochspezialisiertes Angebot mit dem Universitätsspital als der Maximalversorger für die ganze Region aus. Von diesem Angebot profitieren sowohl die umliegenden Kantone wie auch die Grenzregionen.

Die Stadt Basel ist mit ihrem gut ausgebauten System der sozialen Sicherung wie auch ihrer Infrastruktur (u.a. viele subventionierte Angebote für sozial benachteiligte und randständige Bevölkerungsgruppen) für einkommensschwächere Haushalte attraktiv. Die sozialen, ökonomischen wie auch ökologischen Probleme könnten sich aber verschärfen, falls die umliegenden Gemeinden, insbesondere durch die Abwanderung in die Agglomeration relativ einkommensstarker Haushalte, wachsen und vom breiten Infrastrukturangebot der Kernstadt profitieren, ohne über Steuern zu dessen Finanzierung beizutragen.

1.7.1 Soziodemografie

1.7.1.1 Die demografische Entwicklung 2010–2030 in verschiedenen Altersgruppen

Altersgruppe 0–19 Jahre

	2010	2015	2020	2030
CH	1 635 126	1 638 290	1 664 758	1 705 685
BS	30 958	32 210	33 339	33 602

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2010

Während gesamtschweizerisch in dieser Altersgruppe bis ins Jahr 2030 eine Zunahme um rund 4% erfolgt, liegt die Zunahme im Kanton Basel-Stadt bei rund 9%.

Altersgruppe 20–64 Jahre

	2010	2015	2020	2030
CH	4 878 156	4 995 340	5 050 026	4 917 832
BS	119 113	123 501	123 604	118 212

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2010

Während gesamtschweizerisch diese Altersgruppe (der berufstätigen Bevölkerung) bis ins Jahr 2030 praktisch gleich gross bleibt, eine Zunahme um rund 4% erfolgt, erfolgt im Kanton Basel-Stadt sogar eine Abnahme um rund 1%.

Altersgruppe 65+

	2010	2015	2020	2030
CH	1 343 318	1 521 497	1 687 157	2 114 960
BS	38 891	39 922	41 074	46 086

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2010

Während gesamtschweizerisch in dieser Altersgruppe bis ins Jahr 2030 eine Zunahme um rund 57% erfolgt, liegt die Zunahme im Kanton Basel-Stadt bei relativ bescheidenen 19%.

Altersgruppe 80+

	2010	2015	2020	2030
CH	418 449	472 646	529 785	738 851
BS	13 433	13 897	13 946	15 729

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2010

Während gesamtschweizerisch in dieser Altersgruppe bis ins Jahr 2030 eine Zunahme um rund 77% erfolgt, liegt die Zunahme im Kanton Basel-Stadt bei relativ bescheidenen 17%.

Gesamtentwicklung

	0–19	20–64	65+	80+
CH	+70 559 +4,3%	+39 676 +0,8%	+771 642 +57,4%	+320 402 +76,6%
BS	+2 644 +8,5%	-901 -0,8%	+7 195 +18,5%	+2 296 +17,1%

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2010

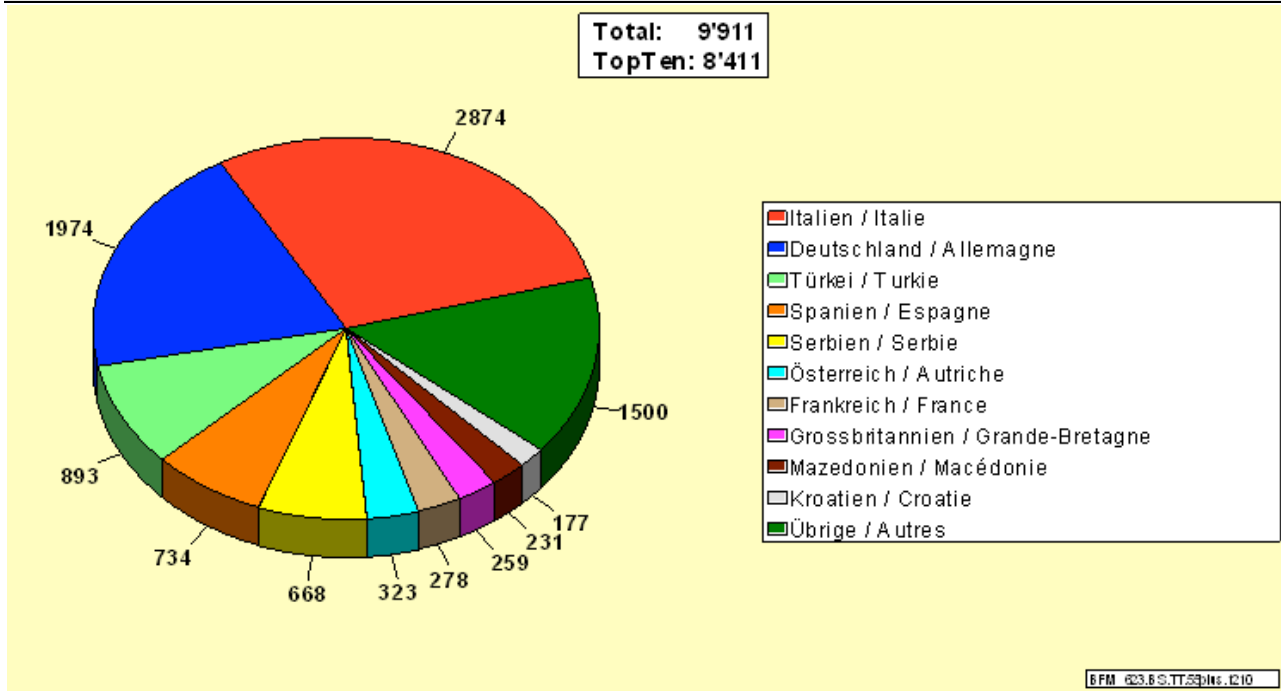
Fazit demografische Entwicklung in verschiedenen Altersgruppen

- Die Altersgruppe 0–19 wächst im Kanton Basel-Stadt stärker als in der übrigen Schweiz.
- Die Altersgruppe 20–64 nimmt im Kanton Basel-Stadt leicht ab, während sie in der übrigen Schweiz leicht zunimmt.
- Die Altersgruppe 65+ steigt im Kanton Basel-Stadt weit weniger stark an als in der übrigen Schweiz.
- Die Altersgruppe 80+ wächst zwar auch im Kanton Basel-Stadt, im Vergleich zur übrigen Schweiz aber nur moderat.
- Im Vergleich zur übrigen Schweiz wird der Kanton Basel-Stadt «jünger».

1.7.1.2 Die Entwicklung der Migrationsbevölkerung im Kanton Basel-Stadt

Die ständige ausländische Wohnbevölkerung umfasste Ende 2010 im Kanton Basel-Stadt 60 315 Menschen, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 32,6% entspricht.⁴¹

Die ständige ausländische Wohnbevölkerung 55+ im Kanton Basel-Stadt (Stand Ende 2010):



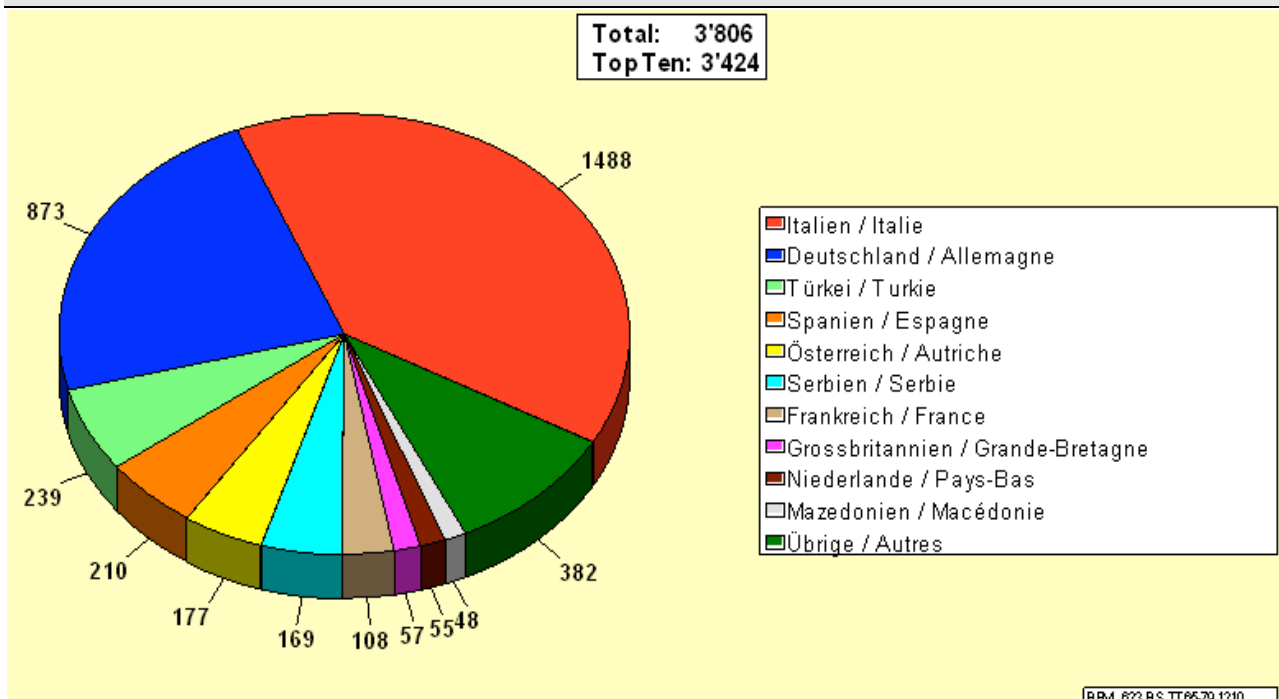
Quelle: Bundesamt für Migration

Prozentual zeigt sich folgendes Bild:

Nationalität	Absolut	In Prozenten
Italien/Spanien	3 608	36,5%
Deutschland/Österreich	2 297	23,2%
Übrige	1 500	15,1%
Türkei	893	9,0%
Serbien	668	6,7%
Frankreich	278	2,8%
Grossbritannien	259	2,6%
Mazedonien	231	2,3%
Kroatien	177	1,8%

⁴¹ Bundesamt für Migration, Statistikdienst Ausländer

Die ausländische Wohnbevölkerung 65–79 (Stand Ende 2010):

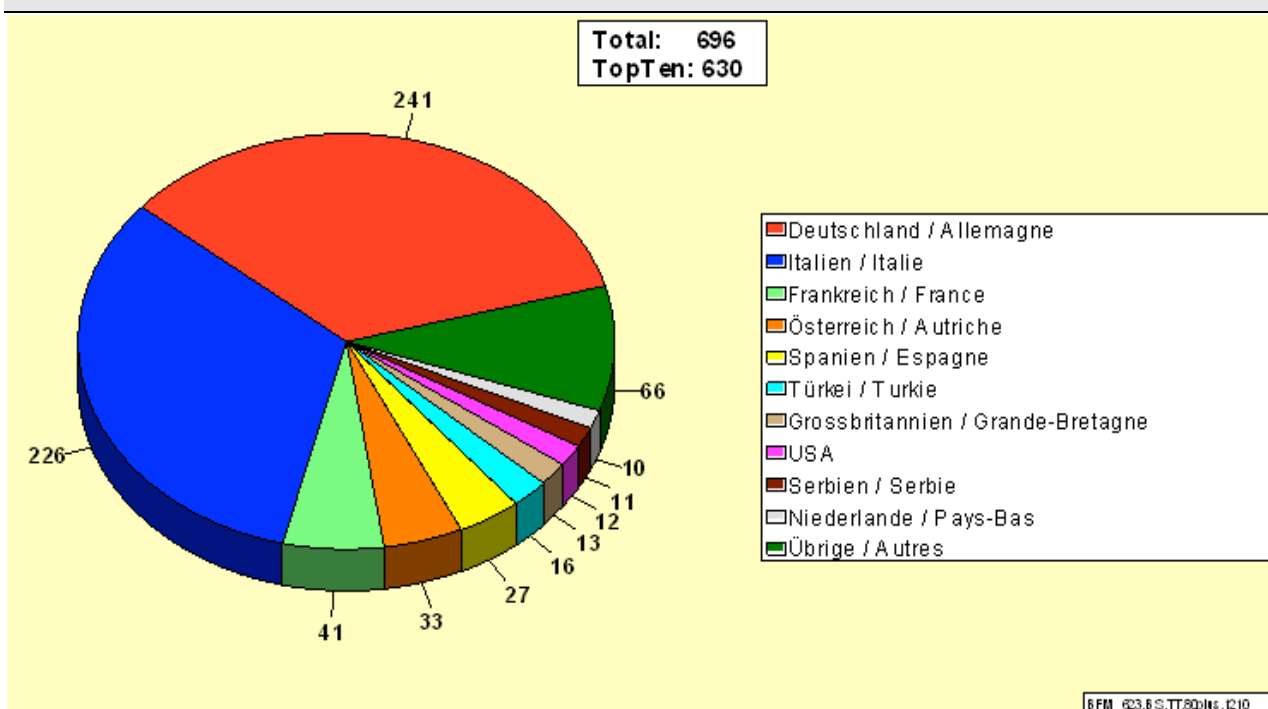


Quelle: Bundesamt für Migration

Prozentual zeigt sich folgendes Bild:

Nationalität	Absolut	In Prozenten
Italien / Spanien	1 698	44,6%
Deutschland / Österreich	1 050	27,6%
Übrige	382	10,0%
Türkei	239	6,3%
Serbien	169	4,4%
Frankreich	108	2,8%
Grossbritannien	57	1,5%
Niederlande	55	1,4%
Mazedonien	48	1,2%

Die ausländische Wohnbevölkerung 80+ (Stand Ende 2010):



Quelle: Bundesamt für Migration

Prozentual zeigt sich folgendes Bild:

Nationalität	Absolut	In Prozenten
Deutschland / Österreich	274	39,4%
Italien / Spanien	253	36,4%
Übrige	66	9,5%
Frankreich	41	5,9%
Türkei	16	2,3%
Grossbritannien	13	1,9%
USA	12	1,7%
Serbien	11	1,6%
Niederlande	10	1,4%

Zusammenfassung der prozentualen Anteile über die Jahre

Fasst man die Nationalitäten eng zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

Nationalität	55+	65–79	80+
Italien Spanien	36,5%	44,6%	36,4%
Deutschland, Österreich Frankreich, Grossbritannien USA, Niederlande	28,6%	33,3%	50,3%
Türkei, Serbien, Mazedonien, Kroatien	19,8%	11,9%	3,9%
Übrige	15,1%	10,0%	9,5%

1.7.2 Ambulante Angebotsstrukturen

Wer als Ärztin/Arzt den Beruf auf eigene Rechnung (selbstständig erwerbend) ausüben möchte, muss bei der Gesundheitsdirektion des zuständigen Kantons eine Berufsausübungsbewilligung/Praxisbewilligung beantragen. Diese Bewilligung (BAB) berechtigt, bei santésuisse eine Abrechnungsnummer (ZSR-Nummer) zu lösen. Die persönlich ausgestellte ZSR-Nummer berechtigt den Inhaber, mit den öffentlichen Kostenträgern, d.h. mit den Krankenkassen und den Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungen, abzurechnen. Um ambulante Versorgungsleistungen anbieten zu können, benötigen ÄrztInnen also eine kantonale erteilte Berufsausübungsbewilligung (BAB). Um über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen zu können, ist zusätzlich eine Zahlstellennummer (ZSR-Nummer) zu beantragen.

Dies bedeutet, dass ambulant tätige ÄrztInnen in Betrieben oder Gruppenpraxen keine eigene BAB und ZSR-Nummer beantragen müssen. Die Anzahl ZSR-Nummern entspricht daher nicht der effektiven Anzahl der ambulant tätigen ÄrztInnen. Auch werden BAB auf Vorrat beantragt, bei denen die Praxiseröffnung noch ungewiss ist, aber in den nächsten zwölf Monaten erfolgen muss, ansonsten die Bewilligung erlischt. Daraus wird ersichtlich, dass nicht die Anzahl BAB, sondern die Anzahl ZSR-Nummern als Indikator für die Versorgungsdichte herangezogen werden muss.

Im Rahmen der Diskussion um kantonale ambulante Gesundheits- und Prämienkosten ist also mittels der Anzahl der erteilten Zahlstellennummern pro Kanton zu evaluieren, welche Versorgungs- bzw. Ärztedichte pro Kanton vorliegt.

Als Indikator für Effizienz und Wirksamkeit der ambulanten Gesundheitsversorgung haften aber auch den Indikatoren «Versorgungs- und Ärztedichte» zusätzliche Mängel an:

- Ein Stadtkanton wie Genf oder Basel-Stadt ohne grösseres Umland muss mit anderen Städten mit Zentrumsfunktionen wie zum Beispiel den Städten Bern oder Zürich und darf nicht mit Landkantonen wie zum Beispiel Aargau oder Graubünden verglichen werden.
- In Städten mit Zentrumsfunktionen werden viele ausserkantonale Patienten/-innen behandelt, die in Städten mit ländlichem kantonalem Umfeld, wie zum Beispiel Zürich zu den kantonalen Patienten/-innen gezählt werden.
- Die Anzahl ZSR-Nummern gibt keine Auskunft darüber, wie viele der ZSR-Nr.-Inhaber/-innen zu 100% tätig sind und wie viele in Teilzeitpensen arbeiten.
- Die Tendenz der ansteigenden Frauenquote in der Medizin – verbunden mit dem Wunsch von Frauen, in Teilzeitpensen zu arbeiten – zeigt, wie wenig aussagekräftig die Anzahl ZSR-Nummern isoliert betrachtet ist.

Fazit

Der richtige Indikator für die Berechnung von kantonaler Ärzte- und Versorgungsdichte ist die Anzahl erteilter Zahlstellennummern im Kanton. Dieser Indikator muss aber zusätzlich differenziert werden hinsichtlich

- der Aufteilung des effektiv behandelten ambulanten Patienten/-innen-Gutes nach Wohnort der Patienten/-innen (= kantonales Patientengut).
- Voll- und Teilzeitpensen der erteilten ZSR-Nummern.

1.7.2.1 Die Zuwanderung zum ambulanten Versorgungsangebot

Ein/-e im Ausland zugelassener/-e Mediziner/-in, die/der einige Jahre Berufserfahrung hat, kann grundsätzlich in der Schweiz Arbeit finden. Dabei ist zu unterscheiden, ob die betreffende Person selbstständig, d.h. in eigenem Namen und in eigener Verantwortlichkeit, tätig sein oder sich in einem Spital anstellen lassen will. Geht es um eine selbstständige Tätigkeit, so stützen sich die Bewilligungsvoraussetzungen zunächst auf Art. 36 Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG⁴²), bilaterale Abkommen sowie kantonales Recht (Gesundheitsgesetz und Bewilligungsverordnung).

Ersucht eine Person aus dem Ausland um selbstständige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Basel-Stadt, so sind folgende Dokumente vorzulegen:

1. ein vom Gesuchsteller unterschriebenes Gesuch;
2. die Anerkennung des ausländischen Diploms als Ärztin/Arzt durch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie eine Kopie der Approbationsurkunde oder Ähnliches;
3. die Anerkennung des ausländischen Facharztstitels durch die MEBEKO (Weiterbildungsausschuss) sowie eine Kopie der Urkunde;
4. wenn vorhanden die Doktoratsurkunde oder Promotionsurkunde;
5. ein Führungszeugnis vom Herkunftsland, max. sechs Monate alt und im Original;
6. den Nachweis einer Berufshaftpflicht-Versicherung (Offerte oder Deckungszusage). Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Bewilligungsvoraussetzung, sondern um eine Berufspflicht gemäss Art. 40 MedBG;
7. ein «Letter of Good Standing» (Unbedenklichkeitsbescheinigung) der zuständigen Gesundheitsbehörde aus dem jeweiligen Herkunftsland, in welchem die Ärztin/der Arzt bereits selbstständig tätig war;
8. eine Kopie der Arbeits-, Aufenthalts- oder Grenzgängerbewilligung.

1.7.2.2 Die ambulante Versorgungsdichte in der Schweiz und im Kanton Basel-Stadt

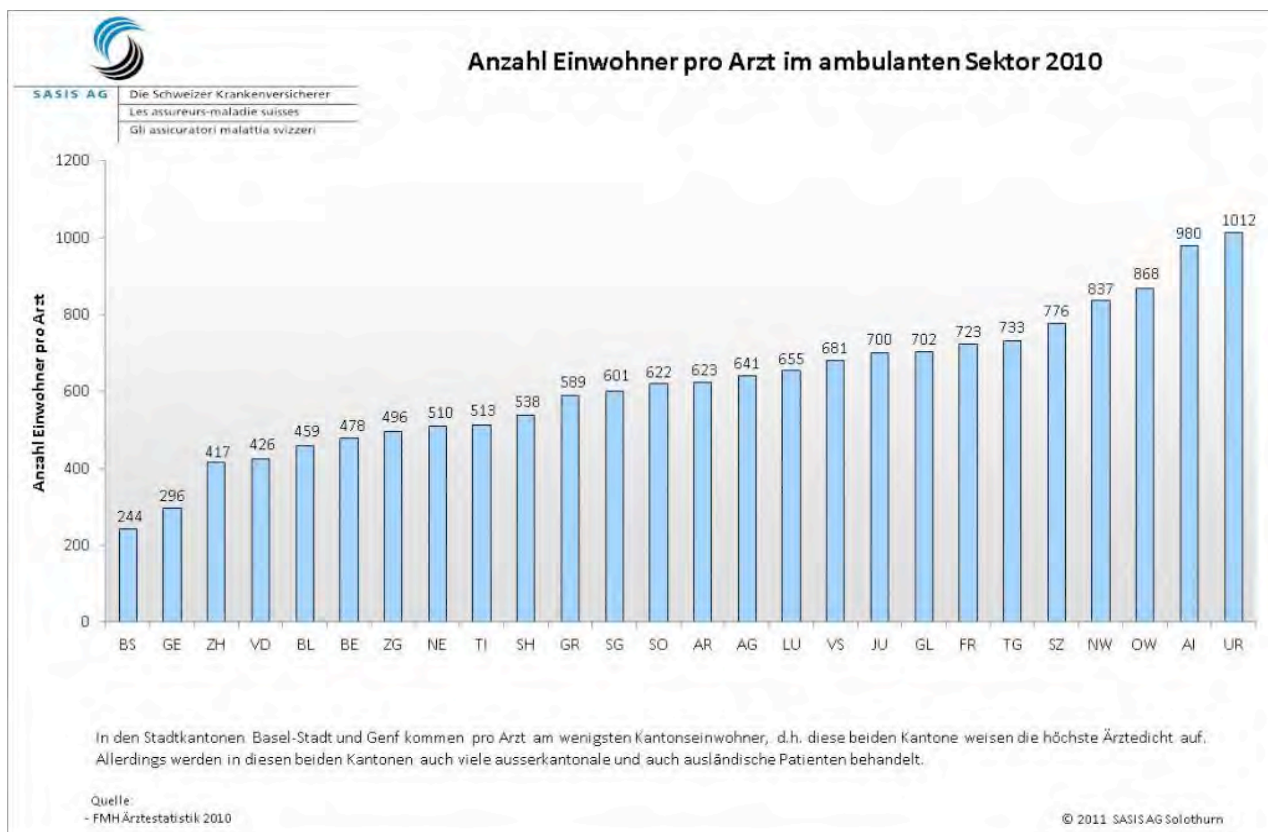
Die folgende Grafik von santésuisse zur Anzahl Einwohner pro Arzt im ambulanten Sektor 2010 zeigt deutlich, dass in den Stadtkantonen Basel-Stadt und Genf pro Arzt am wenigsten Kantons-einwohner kommen, das heisst, diese beiden Kantone weisen die höchste Ärztedichte auf.

Allerdings werden in diesen beiden Kantonen auch viele ausserkantonale und auch ausländische Patienten behandelt.

Interessant ist zusätzlich, dass die Kantone Bern, Waadt und Zürich mit den städtischen Zentren Bern, Lausanne und Zürich gleich hinter Basel und Genf folgen, obwohl diese drei Kantone ein hohes ländliches Umfeld aufweisen.

Ebenfalls unter den sechs Kantonen mit der höchsten Ärztedichte befindet sich der Kanton Basel-Landschaft.

⁴² SR 811.11



Quelle: FMH, Ärztestatistik 2010

1.7.2.3 Die differenzierte ambulante Versorgungsdichte im Kanton Basel-Stadt

Der richtige Indikator für die Berechnung von kantonaler Ärzte- und Versorgungsdichte ist die Anzahl erteilter Zahlstellennummern im Kanton. Dieser Indikator muss aber zusätzlich differenziert werden hinsichtlich: der Aufteilung des effektiv behandelten ambulanten Patienten/-innen-Gutes nach Wohnort der Patienten/-innen (= kantonales Patientengut), sowie hinsichtlich der Voll- und Teilzeitpensen der erteilten ZSR-Nummern.

Im Jahre 2012 wurde deshalb vom Gesundheitsdepartement in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Gesellschaft eine auf Freiwilligkeit basierende Umfrage zum Patientengut und zum Pensenvolumen durchgeführt, die einen Rücklauf von fast 90% aufwies. Dabei ergab sich folgendes Bild:

Praxen im Kanton Basel-Stadt

Praxisart	Anzahl Praxisinhaber	in Prozenten
Einzelpraxis	313	51%
Gruppenpraxis	295	48%
Übrige	11	1%

Einzel- und Gruppenpraxen halten sich im Kanton Basel-Stadt in etwa die Waage.

Arbeitstätigkeit

Pensum	Anzahl Praxisinhaber	in Prozenten
0–20%	26	4%
20–40%	33	5%
40–60%	97	16%
60–80%	116	19%
80–100%	341	55%
Keine Angaben	6	1%

Nur etwas mehr als die Hälfte praktiziert zu 80–100%.

Ausserkantonales Patientengut

Anteil	Anzahl Praxisinhaber	in Prozenten
0–20%	163	26%
20–40%	184	30%
40–60%	185	30%
60–80%	38	6%
80–100%	2	0%
Keine Angaben	47	8%

Extrapoliert ergibt sich aus diesen Zahlen ein ausserkantonaler Anteil an behandeltem Patientengut von rund 43%.

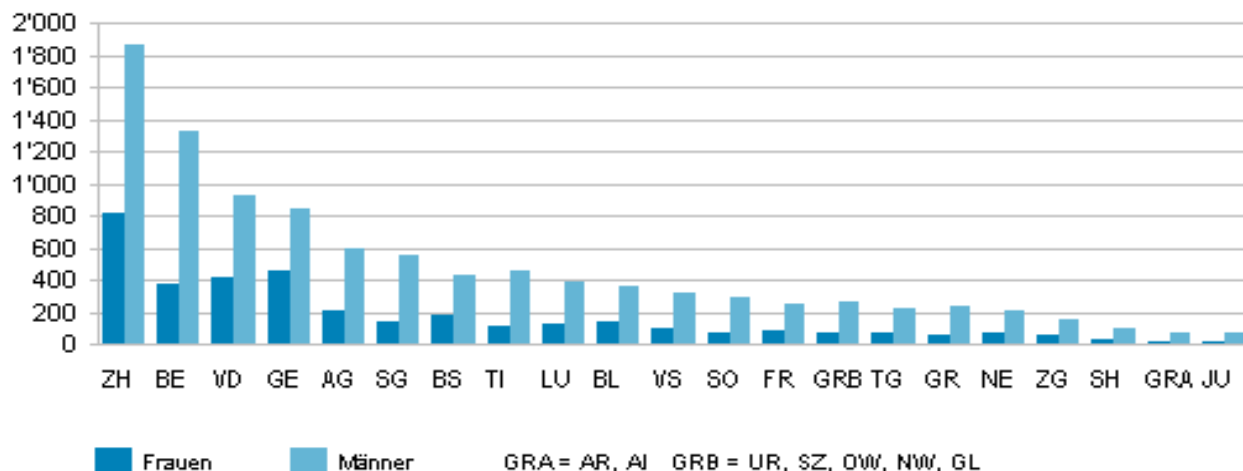
Alter

Anteil	in Prozenten
Älter als 65	17%

20% der im Kanton Basel-Stadt praktizierenden Ärzteschaft sind älter als 65.

Werden gesamtschweizerisch die Anzahl ÄrztInnen in privater Praxis in Vollzeitäquivalenten herangezogen, so ergibt sich folgendes Bild:

Anzahl ÄrztInnen in privater Praxis in Vollzeitäquivalenten (VZA), 2010



© Obsan 2012

1.7.2.4 Entwicklung der Grund- und Spezialversorgung im Kanton Basel-Stadt 2011–2013

Zur Erklärung der Messpunkte:

Ende September 2011 wurde offensichtlich, dass ab 2012 ÄrztInnen wieder ohne Einschränkungen eine Praxis in der Schweiz eröffnen können.

Ende November 2012 wurde wiederum bekannt, dass gemäss Bundesrat die Kantone ab 2013 wieder bestimmen können, ob sie einen Zulassungsstopp einführen wollen.

	Ende 9/2011	Ende 12/2012	Ende 2/2013
Grundversorger	249	274 (+25)	277 (+28)
Spezialisten	445	562 (117)	587 (+142)
Totalbestand	694	836 (+142)	864 (+170)

Fazit

- 20% der im Kanton Basel-Stadt praktizierenden Ärzteschaft sind älter als 65.
- Nur knapp mehr als die Hälfte, nämlich 55%, praktizieren in einem 80–100%-Pensum.
- Auf Basis Vollzeitäquivalent der ambulant tätigen Ärzteschaft (100%-Pensum) stammen 57% des Patientengutes aus dem Kanton Basel-Stadt und 43% von ausserhalb des Kantons.
- Nicht berücksichtigt ist dabei basel-städtisches Patientengut, dass sich ausserhalb des Kantons behandeln liess.

1.7.2.5 Steigerung der Ausbildungsplätze im Bereich der Humanmedizin

In den Parlamenten und zuständigen Behörden auf kantonaler wie auf nationaler Ebene wird derzeit ein absehbarer Mangel an ÄrztInnen intensiv diskutiert. Von einigen Seiten wird ein deutlicher Ausbau der Ausbildungskapazitäten verlangt.

Der Bundesrat hat als Antwort auf die Motion von Nationalrätin Jacqueline Fehr «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» im November 2011 einen Ausbau der Ausbildungskapazitäten an den Schweizer Universitäten von derzeit rund 1 000 auf rund 1 300 Studienplätze angeregt. Der Bundesrat geht dabei von einer Fortführung des bestehenden Gesundheitssystems aus, und hat die daraus resultierenden Bedürfnisse linear weitergerechnet. Die Möglichkeiten strategischer Neuausrichtungen sind nicht untersucht worden.

Auch wenn dieser Ansatz – die lineare Weiterrechnung des aktuellen Bedarfs – umstritten ist, hat sich dennoch bei den wesentlichen Akteuren mehrheitlich der Konsens durchgesetzt, dass die Ausbildungskapazitäten der Schweiz um 30% erhöht werden sollen. Für die Universität Basel entspricht dies einem Ausbau um 40 Studienplätze pro Studienjahr. Im Jahr 2014 soll mit dem Ausbau im ersten Studienjahr auf der Bachelorstufe begonnen werden. Die Finanzierung der zusätzlichen Kosten bleibt fürs Erste auf die kantonalen Träger der Universitäten überwält. Das Bundesamt für Gesundheit zeigt keine Bestrebung, der Bestellung auch eine entsprechende Finanzierung folgen zu lassen. Desgleichen hat das für das Hochschulwesen zuständige Departement für Volkswirtschaft und Bildung auf die bereits verabschiedete BFI-Botschaft 2013–2016 (Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation) verwiesen und frühestens für 2017 Beiträge für den Ausbau der Ausbildungskapazität in der Humanmedizin in Aussicht gestellt.

Der Kanton Zürich hat trotz dieser unbefriedigenden Ausgangslage bereits im Herbst 2013 mit dem Ausbau seiner Ausbildungskapazitäten um 30% begonnen. Damit werden auch die anderen Universitäten in Zugzwang versetzt, wenn ihre medizinischen Fakultäten nicht ins Hintertreffen geraten sollen. Dies ist insbesondere für den Pharmastandort Basel, der sich im schweizerischen Kontext immer wieder neu als universitärer Medizinstandort behaupten muss, von besonderem Belang.

Der Regierungsrat hat deshalb schon im Zusammenhang mit der Bemessung des Globalbeitrags 2014–2017 für die Universität Basel, in Absprache mit dem Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft, die betreffende Kostenposition vorgesehen. Der Antrag soll den Parlamenten nach der Sommerpause vorgelegt werden.

Das Erziehungsdepartement hat am 2. Juli 2013 beim Regierungsrat die Erhöhung der Ausbildungskapazität im ersten Jahr von bisher 130 auf 170 Studienplätze beantragt. Der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) ist allerdings mitzuteilen, dass dieser Entscheid die Bestätigung des beantragten Globalbeitrags durch die Parlamente voraussetzt.

Der Universitätsrat hat am 27. Juni 2013 einer Erhöhung der Ausbildungskapazität im ersten Studienjahr um 40 Plätze, unter der Voraussetzung, dass die betreffenden Mittel bewilligt werden, bereits zugestimmt.

1.7.3 Angebote der integrierten Versorgung

2012: Die Managed-Care-Vorlage des Bundesrates wird deutlich abgelehnt

Definition der integrierten Versorgung

Laut der gescheiterten Managed-Care-Vorlage des Bundesrates ist ein integriertes Versorgungsnetz ein Zusammenschluss von medizinischen Fachpersonen, die den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung bieten. Das Netzwerk muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen. Dabei können im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses auch Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinaus angeboten werden.

Das integrierte Versorgungsnetz, dem neben ÄrztInnen auch Chiropraktiker, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Hebammen sowie Apotheken, Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser usw. angehören können, organisiert sich eigenständig und schliesst mit einem oder mehreren Krankenversicherern (Krankenkassen) einen Vertrag ab. Darin werden insbesondere die Form der Zusammenarbeit, Kriterien und Art der Qualitätssicherung sowie des Datenaustauschs und die Abgeltung der Leistungen festgeschrieben. Gleichzeitig übernimmt das integrierte Versorgungsnetz eine Budgetmitverantwortung, die ebenfalls mit der Krankenkasse auszuhandeln ist.

Mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) per 1. Januar 1996 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden innert kurzer Zeit verschiedene besondere Versicherungsformen. Zu den häufigsten gehören die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO) und die Hausarztmodelle, seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten.

Nach der anfänglichen Dynamik stagniert heute der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. Dies zeigte unter anderem die Wirkungsanalyse zum KVG⁴³.

Diverse Studien haben inzwischen gezeigt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte. Mit der gescheiterten 2. KVG-Revision hätten im Sinne der Förderung solcher Managed-Care-Modelle die Versicherer verpflichtet werden sollen, allein oder zusammen mit anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Das Parlament hatte ergänzend vorgeschlagen, dass die Versicherer Modelle anzubieten haben, in denen die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen haben. Damit war faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Der Bundesrat wollte daher im Rahmen der Managed-Care-Vorlage die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern. Er erachtete die Vertragsfreiheit verbunden mit stärkeren Anreizen als das geeignete Mittel, um diese Modelle zu fördern. Die unter den beteiligten Parteien getroffenen Vereinbarungen sollten soweit möglich nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen, sondern gestützt auf den freien Wettbewerb getroffen werden. Neu hätte auch der Begriff der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz definiert werden sollen. In diesen integrierten Netzwerken hätten die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen.

Mit grosser Mehrheit lehnten die Stimmberechtigten dann aber am 17. Juni 2012 die Managed-Care-Vorlage ab. Laut der VOX-Analyse der Abstimmung war es vor allem die Sorge um die freie

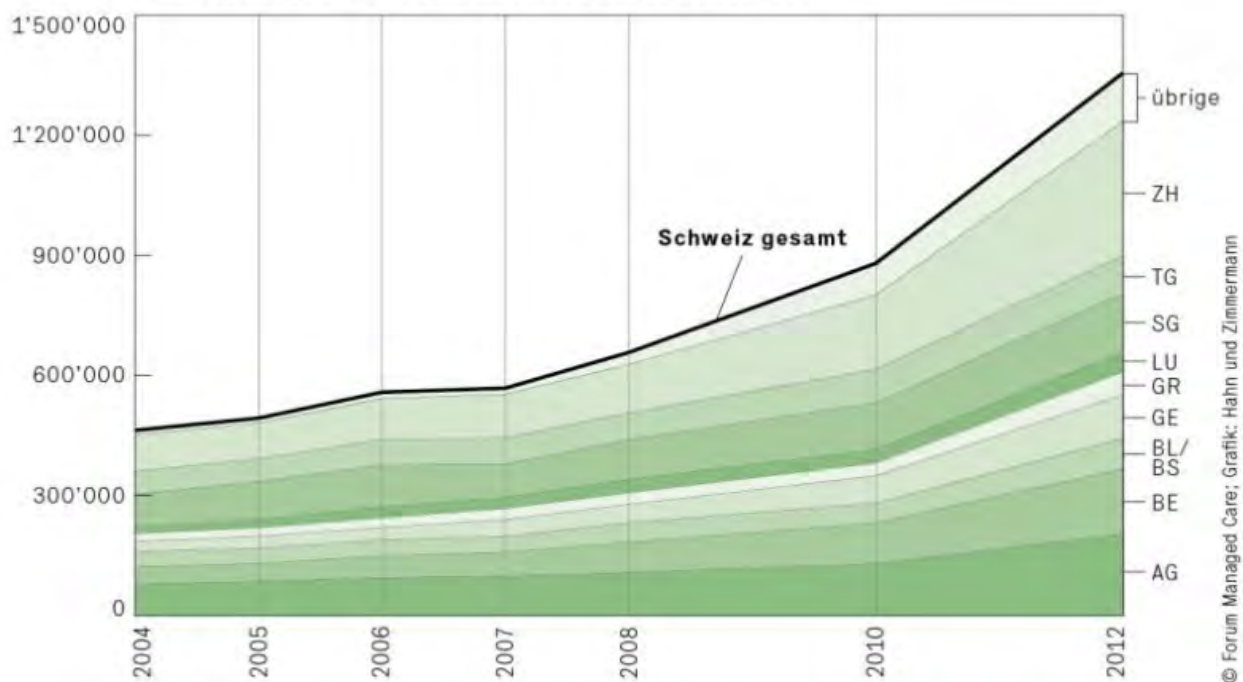
⁴³ Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, S. 124

Arztwahl, die die Managed-Care-Vorlage zu Fall brachte. Viele Stimmende sahen aber ohnehin keine Vorteile im neuen Modell und glaubten auch nicht, dass es ihnen tiefere Prämien beschere-
ren würde.

2013: Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklung integrierter Versorgung

Über 1,3 Millionen Versicherte sind 2012 einem der 73 Ärztenetze in der Schweiz angeschlossen, das entspricht gegenüber 2010 einem Zuwachs von über 50% und gegenüber 2008 mehr als einer Verdoppelung (siehe Abbildung)⁴⁴.

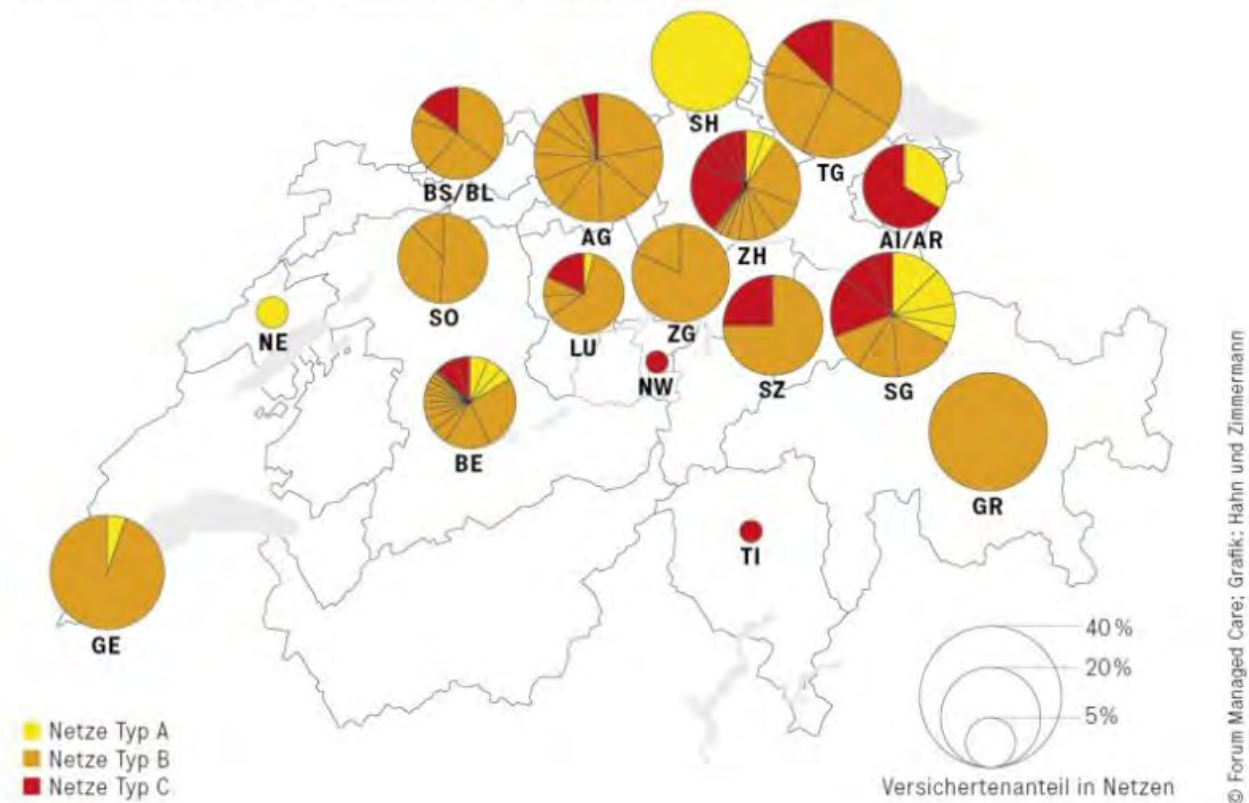
Versicherte in Ärztenetzen pro Kanton und ganze Schweiz 2004–2012:



Von den 73 Netzen ist jedes fünfte ein reines Hausarztnetz (Abb. Typ A = reine Hausarztnetze, Typ B = Netze mit Hausärzten und Spezialisten oder vertraglichen Kooperationen, Typ C = Netze mit Hausärzten und Spezialisten und vertraglichen Kooperationen).

⁴⁴ Forum Managed Care 2013, Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz, Mögliche Entwicklungen und Handlungsspielräume bis 2020

Regionale Verteilung und Charakteristika der Ärztenetze 2012:



Forum Managed Care (FMC)⁴⁵

Die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten massgeblich durch Initiativen der Akteure selber, insbesondere der Leistungserbringer und Versicherer, angetrieben. Diese haben sich im Forum Managed Care (FMC) zusammengeschlossen. Das FMC ist ein offener Verein für die Diskussion und Verbreitung innovativer Systeme im Schweizer Gesundheitswesen und vereint alle Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen, die sich mit der Steuerung der Gesundheitsversorgung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht befassen.

Das FMC hat sich zum Ziel gesetzt, die Kooperation und Kommunikation der Akteure und Institutionen zu optimieren und sektorübergreifende Lösungen im Sinne von integrierenden Versorgungssystemen zu fördern.

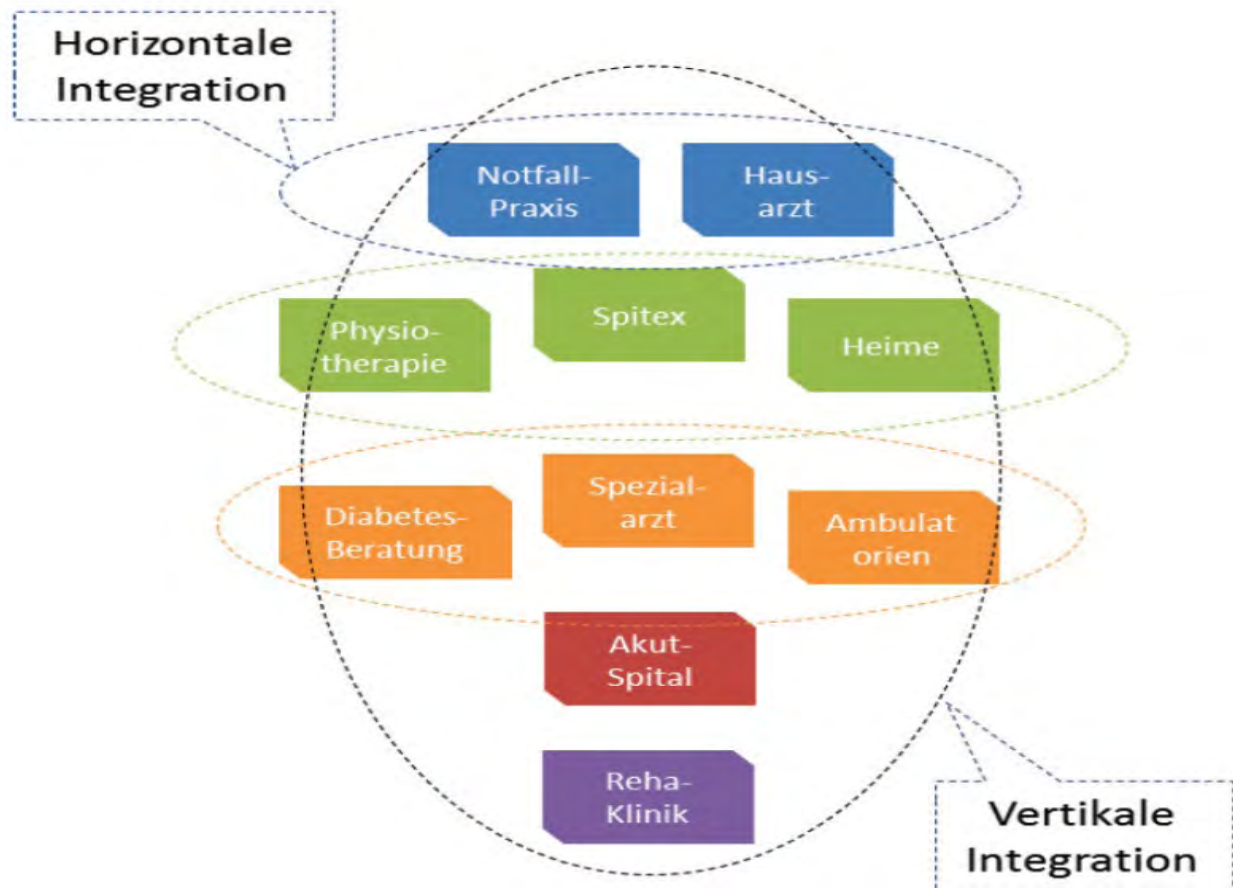
Für die zukünftige Entwicklung von integrierten Systemen geht das FMC von folgenden Annahmen aus⁴⁶:

- Die horizontale Integration, das heisst die Vernetzung innerhalb desselben Bereichs oder Sektors (z. B. innerhalb der ambulanten Grundversorgung), wird konsequent fortgeführt. Sie wird schrittweise ergänzt durch eine vertikale Integration (Abb.), das heisst die bereichs- oder sektorenübergreifende Vernetzung entlang der Betreuungsprozesse (z. B. Grundversorger–Akutspital–Langzeitpflege).

⁴⁵ www.fmc.ch

⁴⁶ Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz des Forums Managed Care vom 1.3.2013

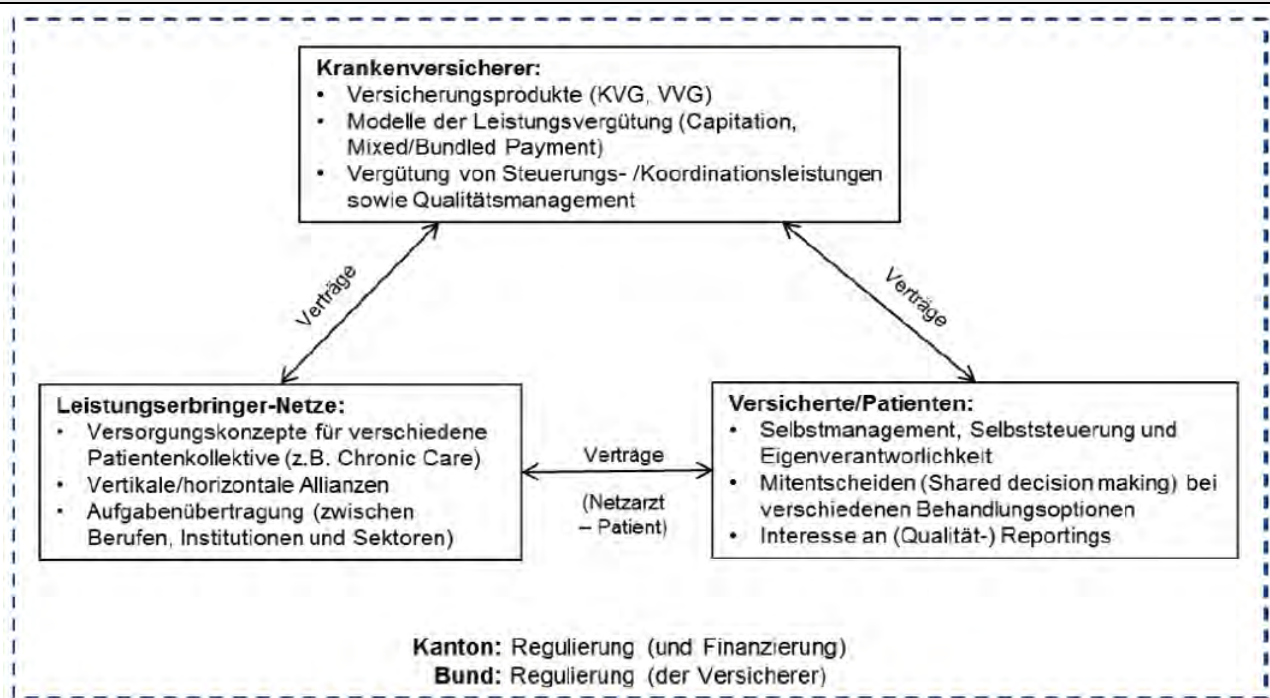
Betreuungsprozesse:



Zu berücksichtigen sind: (sprach)regionale Unterschiede (z. B. zwischen Deutsch- und Westschweiz), laufende oder geplante kantonale, überregionale und nationale Initiativen sowie Strukturen und Instrumente, die sich in den letzten 20 Jahren etabliert haben. Dazu gehören Ärzte-/Versorgungsnetze, Qualitätssicherungs- und Controlling-Systeme, Behandlungspfade, Disease-Management-Programme.

- Alle Stakeholder sind mit einzubeziehen: Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere Kostenträger, Patienten, Politik und öffentliche Hand.
- Zentraler Treiber der integrierten Versorgung ist das Zusammenspiel von Versicherten/Patienten, Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die gegenseitigen Beziehungen sind vertraglich geregelt (siehe folgende Abbildung).

Zusammenspiel von Versicherten/Patienten, Leistungserbringern und Krankenversicherern:



- Um dieses Zusammenspiel zu fördern, werden mehr und mehr elektronische Hilfsmittel zu Erfassung, Weitergabe und Auswertung von patienten-, qualitäts- und prozessorientierten Daten eingesetzt. Dafür ist es nötig, dass die Industrie den Leistungserbringern und Patienten IT-Lösungen anbietet, die offen sind, auf anerkannten Standards basieren und einen integrierten Datenaustausch ermöglichen. Auf diese Weise werden regionale Versorgungsgrenzen überbrückt und bewährte Anwendungen lassen sich national nutzen. Die Entwicklung solcher Lösungen orientiert sich an den Arbeiten zur Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» von Bund und Kantonen, damit ist auch die Investitionssicherheit gewahrt.

Für die weitere Entwicklung sind mögliche Handlungsoptionen und Anreize, welche vor allem die vertikale, sektorenübergreifende Integration fördern und sich vielerorts umsetzen lassen:

Handlungsoptionen für Leistungserbringer

- Hausarztnetze bauen sektorenübergreifende (vertikale) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern auf.
- Allgemein- oder spezialisierte Ärzte realisieren zusammen mit anderen Leistungserbringern Gesundheitszentren.
- Spitäler bzw. ambulant tätige Leistungserbringer engagieren sich für vernetzte Strukturen und Prozesse.
- Unternehmen aus anderen Branchen (z. B. Detailhandel, Hotellerie) beteiligen sich am Aufbau von Versorgungsnetzen.
- Leistungserbringer entwickeln – auch mit telemedizinischen Anbietern – Betreuungsprogramme für chronisch Kranke oder für spezifische Bedürfnisse (z. B. Expats, Frequent Flyers) oder nach Service-Level (z. B. 7 × 24-Stunden-Kontakt, Ausland-Assistance).
- Versorgungsnetze entwickeln erste Anwendungen für künftige elektronische Patientendossiers (z. B. elektronisches Impfdossier, elektronischer Diabetes-Pass).

Handlungsoptionen für Versicherer

- Krankenversicherer schliessen mit Leistungserbringerorganisationen Verträge ab, in denen neue Zusammenarbeits- und Vergütungsmodelle vereinbart werden.
- Krankenversicherer entwickeln neue Vergütungsmodelle und wenden sie in Pilotprojekten an.
- Krankenversicherer entwickeln oder unterstützen Programme zur Stärkung der Gesundheits- und Patientenkompetenz (z. B. Befähigung zum Selbstmanagement. Bewertung von Produkten, Leistungen und Leistungserbringern).

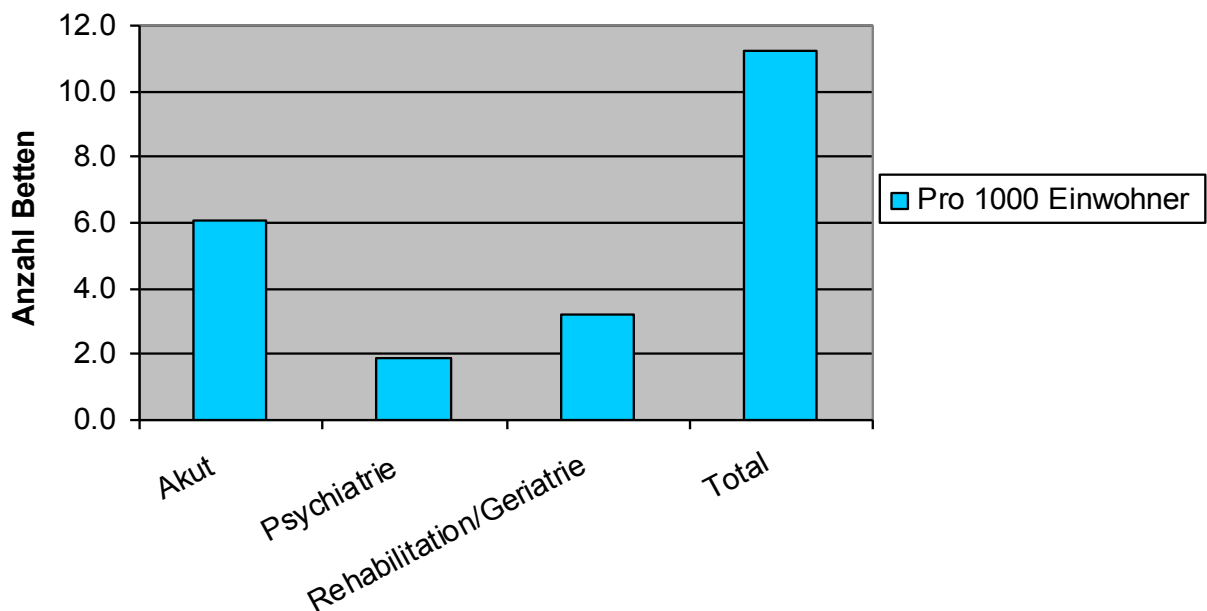
Handlungsoptionen für die öffentliche Hand

- Kantone und Gemeinden fördern bei Bedarf den Aufbau von integrierten Organisationen mit vergünstigten Darlehen und Projektfinanzierungen.
- In ländlichen Regionen stellen Kantone und Gemeinden bei Bedarf Räumlichkeiten zur Verfügung oder (vor)finanzieren die IT-Infrastruktur.
- Kantone fördern den Erfahrungsaustausch zwischen Organisationen der integrierten Versorgung.

1.7.4 Stationäre Angebotsstrukturen

Von den 13 stationären Leistungserbringern im Kanton Basel-Stadt sind vier öffentliche Spitäler (Universitätsspital, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Felix Platter-Spital,) und neun private Einrichtungen (St. Claraspital, Merian Iselin Klinik, Bethesda Spital, Schmerzlinik Basel, REHAB, Adullam Spital, Klinik Sonnenhalde, Hildegard Hospiz, Reha Chrischona).

Das stationäre Angebot umfasst folgende Bereiche und Bettenzahlen (2011):



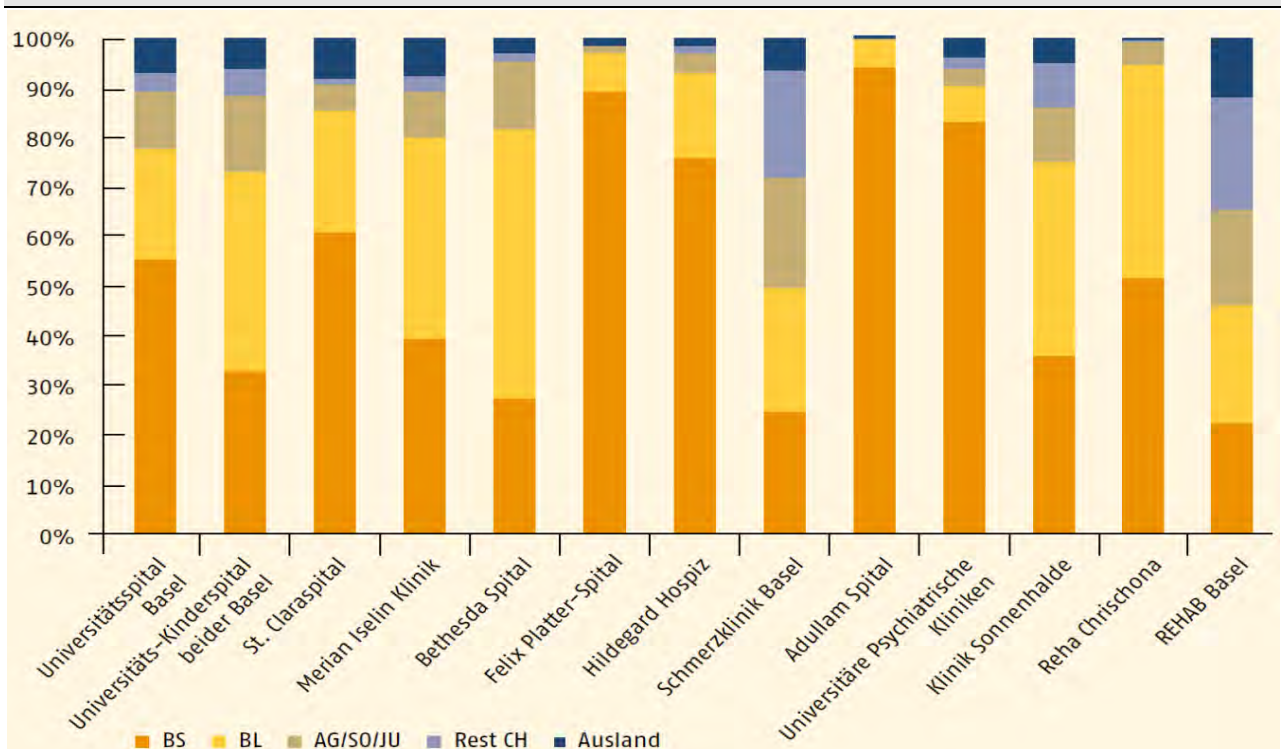
Quelle: BFS 2011

Alle stationären Leistungserbringer befinden sich auf der kantonalen Spitalliste und haben entsprechende Leistungsaufträge:

Spital	Leistungsauftrag
Universitätsspital Basel	Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Ophthalmologie, allgemeine Psychiatrie (Krisenintervention), Geriatrie
Universitäts-Kinderspital beider Basel	Pädiatrie, Rehabilitation Stütz- und Bewegungsapparat, Neurorehabilitation, internistische Rehabilitation
Universitäre Psychiatrische Kliniken	Allgemeine Psychiatrie, Alterspsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
Felix Platter-Spital	Medizin (nur Rheumatologie), Geriatrie A/B/C, Rehabilitation Stütz- und Bewegungsapparat
Reha Chrischona	Internistische Rehabilitation, Rehabilitation Stütz- und Bewegungsapparat
St. Claraspital	Medizin, Chirurgie, Gynäkologie (nur Grundversorgung), invasive Kardiologie, palliative Medizin mit Sterbebegleitung
Merian Iselin Klinik	Medizin, Chirurgie
Bethesda Spital	Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Rehabilitation Stütz- und Bewegungsapparat
Schmerzlinik Basel	Schmerztherapie
REHAB Basel	Neurorehabilitation (Querschnittgelähmte und Hirnverletzte)
Adullam Spital	Geriatrie
Klinik Sonnenhalde	Allgemeine Psychiatrie, Alterspsychiatrie
Hildegard Hospiz	Palliativmedizin mit Sterbebegleitung, Nachbehandlung von Akutpatienten

Quelle: Spitalliste des Kantons Basel-Stadt

Nachfolgende Grafik zeigt alle Patienten in Basler Spitälern (Austritte) nach Wohnort:



Quelle: Gesundheitsversorgungsbericht Basel-Stadt 2011, Zahlen Medizinische Statistik 2011

Der Kanton Basel-Stadt hat schweizweit die höchste Importquote an ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten. Von den 68 642 in Basler Spitälern behandelten Fällen im Jahr 2011 kommen rund 46% (31 494) aus anderen Kantonen oder dem Ausland.

Von den 2 089 in Basler Spitälern betriebenen Betten entfallen 1 132 auf die Akutpflege, 1 132 auf die Psychiatrie und 604 auf die Rehabilitation.

Fazit

- Die Angebotsdichte im stationären Bereich ist im Kanton Basel-Stadt sehr hoch.
- Der Kanton Basel-Stadt leistet mit seinem medizinischen Angebot wichtige Zentrumsfunktionen für die umliegenden Kantone und das Ausland, rund 46% der 2011 in Basler Spitälern behandelten Fälle kommen aus anderen Kantonen oder dem Ausland.

1.7.5 Life-Sciences-Standort Region Basel

Im Juni 2011 haben die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsam mit der Handelskammer beider Basel den Bericht «Gemeinsame Strategie ab 2010 und Massnahmenplan der Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie der Handelskammer beider Basel für eine klinische Forschung und Wachstum im Bereich Life-Sciences in der Region Basel» verabschiedet. Im Fokus dieses Papiers steht die Stärkung der klinischen Forschung in der Region Nordwestschweiz unter der Federführung der Medizinischen Fakultät der Universität Basel.

Begriffsdefinition

Life-Sciences können zu Recht als die lebendigste Studienrichtung überhaupt bezeichnet werden. Sie beschäftigt sich mit der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse der modernen Biologie, der Chemie, der Humanmedizin sowie technischer Gebiete.

Ausgangslage

Die Life-Sciences-Industrie ist für den Raum Basel sehr wichtig. Ihre wirtschaftliche Bedeutung äussert sich in mehr als 26 000, zum grössten Teil hoch qualifizierten Arbeitsplätze. Sie leisten einen Beitrag an der regionalen Bruttowertschöpfung von rund 24%. Es liegt demnach im wirtschaftlichen Interesse der beiden Kantone, dass das überdurchschnittliche Wertschöpfungspotenzial der Life-Sciences-Industrie über die nächsten Jahre und Jahrzehnte bewusst und gezielt weiterentwickelt wird.

Damit die Life-Sciences-Industrie am Standort Basel ihre überdurchschnittlich hohe Leistungsfähigkeit nicht nur beibehalten, sondern erfolgreich ausbauen kann, gilt es, die Life-Sciences-spezifischen Rahmenbedingungen laufend zu optimieren.

Für eine nationale und internationale Positionierung des Life-Sciences-Standortes ist nebst der Grundlagenforschung eine exzellente patientenorientierte klinische Forschung zentral. Diese umfasst insbesondere Studien an gesunden Freiwilligen oder Patienten, entweder im Zusammenhang mit der Entwicklung von Medikamenten, von Behandlungsmethoden (clinical trials) oder der Erforschung anderer klinisch relevanter Fragestellungen (investigator-driven studies).

Damit man im weltweiten Wettbewerb bestehen kann, sind die Forscherinnen und Forscher auf eine grosse Anzahl von Patienten angewiesen. Diese Patientenzahl kann nur erreicht werden, wenn möglichst viele Spitäler der Nordwestschweiz bei Forschungsprojekten mitarbeiten. Deshalb wurde vorgesehen, in der Region Basel eine bewusste Konzeptualisierung, Stärkung und Gliederung der klinischen Forschung zu etablieren und dazu ein Zentrum für klinische Forschung

(Clinical Research Center, CRC) am Universitätsspital zu schaffen. Dazu braucht es einen Ausbau der medizinischen Fakultät der Universität, die per Leistungsauftrag mit dem Universitätsspital und weiteren regionalen Kliniken verbunden ist.

Departement für Klinische Forschung (DKF)

Anlässlich einer Medienorientierung haben die Regierungen beider Basel am 25. April 2012 angekündigt, dass sie die Gründung eines regionalen Netzwerks für Klinische Forschung (Clinical Research Center, CRC) für alle Spitäler der Nordwestschweiz, mit der Koordination am Universitätsspital Basel (USB), unterstützen und dass dieses Netzwerk zu gleichen Teilen zu finanzieren ist. Dieser Beschluss fiel anlässlich der gemeinsamen Regierungsratssitzung vom 24. April 2012 und basiert auf dem Bericht «Gemeinsame Strategie ab 2010 und Massnahmenplan der Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie der Handelskammer beider Basel für eine klinische Forschung und Wachstum im Bereich Life-Sciences in der Region Basel». Der Hauptfokus dieses Berichts liegt auf der Stärkung der klinischen Forschung in der Region Nordwestschweiz. Für eine nationale und internationale Positionierung des Life-Sciences-Standortes Basel ist neben der Grundlagenforschung eine exzellente patientenorientierte klinische Forschung zentral. Diese umfasst insbesondere Studien an gesunden Freiwilligen oder Patienten, entweder im Zusammenhang mit der Entwicklung von Medikamenten, von Behandlungsmethoden oder der Erforschung anderer klinisch relevanter Fragestellungen. Im Bereich der klinischen Forschung muss demnach insbesondere dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Forschenden, um im weltweiten Wettbewerb bestehen zu können, auf eine grosse Anzahl Patientinnen und Patienten angewiesen sind. Diese Patientenzahl kann nur dann erreicht werden, wenn möglichst alle Spitäler der Nordwestschweiz bei Forschungsprojekten mitarbeiten. Aus diesen Gründen wurde beschlossen, in der Region Basel eine bewusste Konzeptualisierung, Stärkung und Gliederung der klinischen Forschung zu etablieren. Dazu soll dieses regionale Zentrum für Klinische Forschung (Clinical Research Center, CRC) für alle Spitäler mit organisatorischer Koordination beim USB geschaffen werden, mit Angliederung beim Departement Klinische Forschung (DKF) der Medizinischen Fakultät der Universität Basel.

In Analogie zum Departement Biomedizin wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das Departement Klinische Forschung (DKF) eingerichtet (frühere Bezeichnung: Clinical Research Center). Dieses ist lokalisiert im Universitätsspital Basel. Mitglieder dieses Departements sind alle klinischen Professorinnen und Professoren der medizinischen Fakultät. Zu diesem Departement gehören ausserdem die Clinical Trial Unit (CTU), das Institut für klinische Epidemiologie und Biostatistik (CEB), das Medical Image Analysis Center (MIAC) und die Phase I Unit. Unter dem Dach des DKF sollen die bisher an verschiedenen Stellen angebotenen Leistungen koordiniert und zusammengefasst werden.

Das DKF bietet mit seinen Strukturen eine breite Dienstleistung für klinische Forscher in der Nordwestschweiz an. Dieses Angebot umfasst:

- Aus-, Weiter- und Fortbildung;
- Beratung;
- Biostatistik;
- Studienmethodologie;
- regulatorische Aspekte;
- Datenerfassung, Datenbank, Monitoring;
- Methodenforschung;
- Qualitätsmanagement;
- nationale und internationale Kontakte.

Das gesamte Angebot richtet sich an die Mitglieder der medizinischen Fakultät. Eine erste, kostenlose Beratung soll den klinischen Forschern helfen, ihr Forschungsprojekt von Anfang an so zu entwickeln, dass eine hohe Chance besteht, dieses erfolgreich durchzuführen und abzu-

schliessen. Mitarbeiterinnen der CTU helfen bei der Bewältigung der umfangreichen regulatorischen Anforderungen.

Die Ermöglichung translationaler Forschungsprojekte, d.h. die Übertragung von Forschungsergebnissen aus dem Labor zur Anwendung beim Menschen, ist ein wichtiges Anliegen des DKF. Unterstützend sind dabei die engen persönlichen und räumlichen Verbindungen zwischen dem Departement Biomedizin und dem Forschungsschwerpunkt Clinical Morphology and Biomedical Engineering (CMBE) einerseits und den klinischen Forschern andererseits.

Neben Projekten, die von den Arbeitsgruppen im Spital selbst entwickelt wurden, unterstützt das DKF auch Projekte, die von externen Forschern oder Gruppen initiiert wurden (Multizenterstudien) sowie Forschungsprojekte in Kooperation mit Firmen.

Zusammenarbeit mit den Pharmafirmen

Ziel ist, dass die Pharmaunternehmen aus der Region, darunter die beiden grossen Firmen Roche und Novartis, die klinische Forschung in der Region stärken. Um diese klinische Forschung herum könnten verschiedene Pharmaunternehmen ihre Interessen anmelden, vertiefen und dann auch im kompetitiven Bereich bilateral weiterverfolgen. So könnten auch Mittel der Pharmaunternehmen in die klinische Forschung gezielt eingebracht werden. Auch für die ETH könnte dieser Bereich interessant sein.

Medizinische Fakultät: Lehre und Forschung

Für den Schwerpunkt Life-Sciences in Basel ist es unabdingbar, dass die Weiterentwicklung der Forschung an der medizinischen Fakultät eine absolute Priorität hat. Insbesondere Projekte in Zusammenarbeit mit dem Biozentrum, der Abteilung Chemie und Physik der naturwissenschaftlichen Fakultät sowie verschiedenen Industriepartnern (z. B. das neu zwischen der Universität Basel und Roche Pharma lancierte Programm Basel Translational Medicine HUB), Stiftungen, welche die Biosciences unterstützen, dem Schweizerischen Nationalfonds, dem Swiss Network for Clinical Research (SCTO) und anderen sind zu unterstützen. Es ist der medizinischen Fakultät bewusst, dass diese Forschung sehr teuer ist, jedoch für den Standort Basel und den Standort Life Sciences Schweiz von enormer Wichtigkeit.

Die Medizinische Fakultät der Universität Basel hat als Ziel die Realisierung eines an Exzellenz in Dienstleistung, Lehre und Forschung orientierten «universitär-medizinischen Zentrums» formuliert. In diesem sind unter einheitlicher Führungs- und Entscheidungsstruktur alle Einheiten der medizinischen Fakultät einschliesslich der universitären Kliniken zusammengefasst. Das Zentrum wird partnerschaftlich von der Universität Basel und den Kantonen der Nordwestschweiz getragen.

Fazit

- Der Bereich Life-Sciences hat für den Raum Basel eine enorme wirtschaftliche Bedeutung und generiert eine hohe Wertschöpfung. Davon profitiert u.a. die ganze Bevölkerung in Form von hohen Steuereinnahmen, welche es ermöglichen, die staatlichen Leistungen zu finanzieren (Bildung, Verkehrsmassnahmen, Sozialleistungen, Prävention etc.).
- Für den Schwerpunkt Life-Sciences in Basel hat die Weiterentwicklung der Forschung an der medizinischen Fakultät eine hohe Priorität.

1.8 Reformen und Reformbestrebungen auf Bundesebene

1.8.1 Das KVG und die KVG-Revisionen

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 wurde das Ziel verfolgt, mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Versorgungsziel). Als weitere Ziele sollten Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der Prämienzahlung finanziell entlastet (Solidaritätsziel) und die Zunahme der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten eingedämmt werden (Kostendämpfungsziel).

1. KVG-Teilrevision

Die erste Teilrevision des KVG vom 24. März 2000 trat am 1. Januar 2001 in Kraft und brachte vorwiegend technische Korrekturen. Die Prämienverbilligung bildete einen wichtigen Teil dieser Revision. Weiter wurden die Vorschriften in Bezug auf den Wechsel des Versicherers präzisiert, um eine einheitliche Praxis der Versicherer herbeizuführen. Das Parlament beschloss zudem Zwangsmassnahmen, die dafür sorgen sollten, dass die Versicherer sich an das geltende Recht halten (Schadenersatzleistungen, Ordnungsbussen, Verzugszinsen). Der Änderungserlass enthält auch die Regelung, wonach das Risiko, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Kosten beteiligen zu müssen, explizit nicht rückversichert werden kann. Neu wurde geregelt, dass bei einem Wechsel des Versicherers für die obligatorische Krankenpflegeversicherung der bisherige Versicherer den Versicherten nicht mehr zur Kündigung der bei ihm bestehenden Zusatzverträge zwingen kann. Im Rahmen der Kostenkontrolle erhielten die Apotheker die Möglichkeit, Originalpräparate durch billigere Generika zu ersetzen, sofern der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe eines Originalpräparates verlangte.

Wirkungsanalyse zum KVG

Um den Grad der Zielerreichung beurteilen zu können, hatte der Bundesrat bereits vor Inkrafttreten des KVG die Verwaltung beauftragt, eine breit angelegte Gesetzesevaluation durchzuführen. In der Folge wurden in den Jahren 1996–2000 rund 25 wissenschaftliche Studien zu Teilaspekten des KVG verfasst, deren Schlussfolgerungen Ende 2001 in einem Synthesebericht⁴⁷ veröffentlicht wurden.

Diesem Bericht können folgende Kernaussagen entnommen werden:

- **Zum Versorgungsziel:** Gemäss Wirkungsanalyse hat das KVG die wichtigsten Leistungslücken geschlossen, womit der Zugang zu den Leistungen für alle gewährleistet ist.
- **Zum Solidaritätsziel:** Die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten wurde gestärkt. So haben das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie, die volle Freizügigkeit sowie der Risikoausgleich, aber auch die individuelle Prämienverbilligung der fortschreitenden Entsolidarisierung nachhaltig entgegengewirkt.
- **Zum Kostendämpfungsziel:** Die Kostendämpfung konnte hingegen nicht ausreichend erreicht werden. So wurde festgestellt, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungenügend spielt, Managed-Care-Organisationen sich nur bescheiden entwickelt haben und die Spitalplanung noch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen geführt hat.

⁴⁷ Bundesamt für Sozialversicherungen, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Bern 2001

2. KVG-Teilrevision

Die 2. Teilrevision des KVG zielte hauptsächlich auf eine Optimierung des Systems, gestützt auf die Teilresultate der Wirkungsanalyse zum KVG. Die im KVG verankerten Grundsätze sollten konsequent umgesetzt, nicht aber durch einen Systemwechsel infrage gestellt werden. Der Bundesrat beschränkte die Vorschläge auf die konsequente Umsetzung der Finanzierungsgrundsätze im Spitalsektor. Der Bundesrat bestätigte diese sogenannte Strategie der Systemkonsolidierung. So nahm er an seiner Klausursitzung vom 22. Mai 2002 eine breite Auslegeordnung des Systems der sozialen Krankenversicherung vor⁴⁸. Der Bundesrat ortete die Hauptursache für das nach wie vor ungelöste Kostenproblem in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen, weshalb er in den Lösungsansätzen das Schwergewicht auf entsprechende mengenwirksame Korrekturen legte. Die 2. Teilrevision des KVG scheiterte jedoch nach dreijähriger parlamentarischer Beratung am 17. Dezember 2003 am Votum des Nationalrates.

Die Gesetzgebungspakete

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Teilrevision blieb jedoch der Reformbedarf, insbesondere im Bereich der Kostendämpfung, unverändert bestehen. Der Bundesrat zog aus dem Scheitern der Vorlage den Schluss, dass die Reformschritte im Rahmen einer Gesamtstrategie eingebettet und koordiniert, jedoch einzeln und nicht in einer Gesamtvorlage vorzunehmen seien. Im Hinblick auf die Konsolidierung bzw. Optimierung des bestehenden Systems wurden die weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte dem Parlament in zwei Gesetzgebungspaketen vorgelegt, die je voneinander unabhängige Botschaften enthalten. Hinzu kommt eine im Ablauf separate Vorlage zur Pflegefinanzierung. Die Gesetzgebungspakete wurden wie folgt geschnürt:

Gesetzgebungspaket I

Botschaft 1A

– Strategie und dringliche Punkte (Verlängerung der Bedürfnisklausel, Sanktionen gegenüber Leistungserbringern, Vorschriften für den Geschäftsbericht und die Rechnungslegung der Versicherer sowie Versichertenkarte, Verlängerung des Risikoausgleichs, Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung, Weiterführung und Einfrierung der Pflegegarfe).

Botschaft 1B

– Vertragsfreiheit

Botschaft 1C

– Prämienverbilligung

Botschaft 1D

– Kostenbeteiligung

Gesetzgebungspaket II

Botschaft 2A

– Spitalfinanzierung

Botschaft 2B

– Managed-Care

Losgelöst von den beiden Gesetzgebungspaketen wurde die Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung erstellt.

⁴⁸ Soziale Krankenversicherung, Analyse, Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002, herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI), 2002



Nach dem Scheitern der KVG-Reform am 17.12.2003 → 7 Einzelreformen

- Vorlage 1A: Strategie und dringliche Punkte
- Vorlage 1B: Vertragsfreiheit
- Vorlage 1C: Prämienverbilligung
- Vorlage 1D: Kostenbeteiligung
(Erhöhung Selbstbehalt auf 20%)
- **Vorlage 2A: Spitalfinanzierung**
- Vorlage 2B: Managed Care
- Vorlage XX: Neuregelung der Pflegefinanzierung



Abbildung: Stückelung der KVG-Reformen⁴⁹

Reform in Etappen

a) Vom Parlament **verabschiedete** Vorlagen

GESETZGEBUNGSPAKET I

1A: Strategie und dringliche Punkte

Vorlage 1: Änderung des KVG vom 8. Oktober 2004 mit folgenden Revisionspunkten:

- Versichertenkarte (Art. 42a KVG).
- Verlängerung der Bedürfnisklausel für Leistungserbringer um weitere drei Jahre (Art. 55a Abs. 1 und 4 KVG, die Bedürfnisklausel wurde mit Beschluss des Parlaments vom 24. März 2000 eingeführt).
- Sanktionen gegenüber Leistungserbringern (Art. 59 KVG).
- Geschäftsberichtspflicht der Krankenversicherer (Art. 60 Abs. 4 KVG).
- Verlängerung der Geltungsdauer des Risikoausgleichs (Art. 105 Abs. 4 bis KVG).

Vorlage 2: Mit gleichem Datum wurde das (dringliche) Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 21. Juni 2002 angepasst und verlängert.

Vorlage 3: Im Rahmen dieser Revision wurden die Tarife für Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim eingefroren und die vorgegebenen Rahmentarife als Maximalwert festgelegt.

1B: Vertragsfreiheit

Vorlage 2: Am 13. Juni 2008 verlängerte das Parlament die rechtliche Grundlage der Bedürfnisklausel für Leistungserbringer bis zum 31. Dezember 2009 (Teil 2 der Vorlage zur Vertragsfreiheit).

⁴⁹ Präsentation NR Ignazio Cassis

Am 12. Juni 2009 wurde die Bedürfnisklausel, ausgehend von einer parlamentarischen Initiative (09.400), ein weiteres Mal bis zum 31. Dezember 2011 verlängert, dieses Mal jedoch unter Beschränkung der Massnahme auf Spezialärzte und Apotheker.

Ende 2011 ist die mehrmals verlängerte Zulassungsbeschränkung ausgelaufen. In der Folge hatte dann ab Anfang 2012 die Zahl der ÄrztInnen, die eine Nummer zur Abrechnung zulasten der Krankenpflegeversicherung beantragt haben, stark zugenommen.

Am 21. November 2012 überwies der Bundesrat deshalb eine dringliche, auf drei Jahre beschränkte Gesetzesvorlage an das Parlament, damit die Kantone die Zulassung von ÄrztInnen wieder steuern können. Mit der erneuten Einführung des angepassten Artikels 55a des KVG erhalten die Kantone die Möglichkeit, das Steuerungselement für ÄrztInnen befristet wieder anzuwenden. Parallel dazu soll gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens eine längerfristige Lösung erarbeitet werden. Geplant war, dass beide Räte die Vorlage in der Frühjahrssession verabschieden, damit diese auf den 1. April 2013 in Kraft treten kann. Die Übergangsbestimmung sieht vor, dass ÄrztInnen, die ihre Tätigkeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht aufgenommen haben, unter die Zulassungsbeschränkung fallen. Aufgrund von vertieften Abklärungen im Ständerat musste die Vorlage jedoch auf die Sommersession 2013 verschoben werden.

1C: Prämienverbilligung

Vorlage 1: Die Anpassung vom 18. März 2005 brachte eine Neuordnung der Rechtsfolgen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen (Leistungssistierung, Art. 64a KVG) und die Verpflichtung der Kantone, mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahre und von jungen Erwachsenen in Ausbildung bis 25 Jahre um mindestens 50% zu verbilligen (Art. 65 Abs. 1 bis und 6 KVG).

Vorlage 2: Mit dem Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung vom 10. März 2005 wurden die Bundesbeiträge für die Jahre 2006 bis 2009 festgelegt.

GESETZGEBUNGSPAKET II

2A: Spitalfinanzierung

Vorlage 1: Die neue Regelung im Bereich Spitalfinanzierung wurde vom Parlament am 21. Dezember 2007 verabschiedet und ist am 1. Januar 2009 unter Vorbehalt der anwendbaren Übergangsbestimmungen in Kraft getreten. Die hauptsächlichen Änderungen können wie folgt zusammengefasst werden:

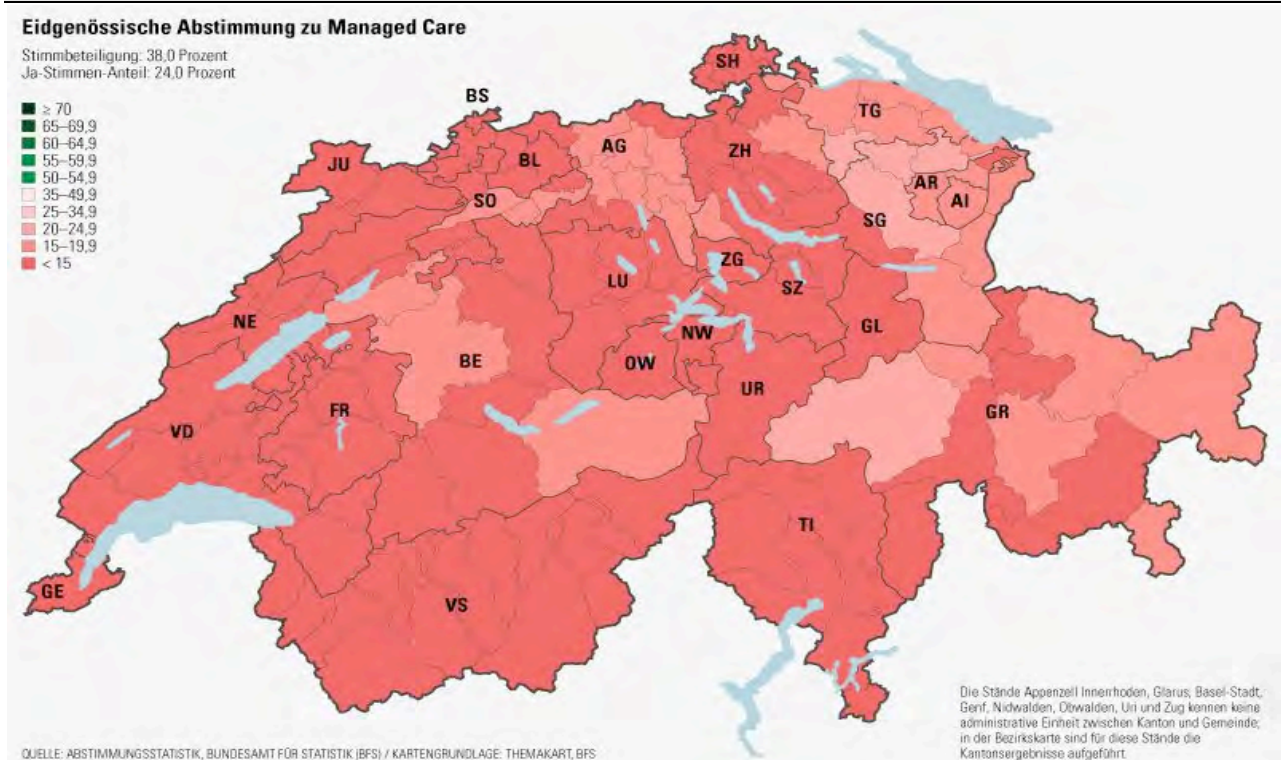
- Übergang von der Finanzierung des Spitalbetriebes zu einer Finanzierung der Leistungen eines Spitals.
- Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren.
- Einbezug der Investitionskosten in die Ermittlung der Pauschalen.
- Die Finanzierung der Pauschalen durch die Kantone und die Versicherer, wobei der kantonale Anteil an den Pauschalen mindestens 55% beträgt
- Erlass von einheitlichen Planungskriterien basierend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit durch den Bundesrat.
- Einführung der freien Wahl des Spitals oder des Geburtshauses.

Vorlage 2: Die neue Regelung im Bereich Risikoausgleich wurde vom Parlament am 21. Dezember 2007 verabschiedet und ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten (mit Ausnahme von Punkt 1 der Übergangsbestimmungen, der per 1. Januar 2011 eingeführt wurde). Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko wurde neu der Aufenthalt von mehr als drei Tagen in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr als massgebend bestimmt.

2B: Managed-Care

Vorlage 1: Das Parlament hat die Vorlage verabschiedet, die vorsieht, die integrierten Versorgungsnetze zu definieren und separat im Gesetz aufzuführen. Die versicherte Person erklärt sich einverstanden, ihre Wahl der Leistungserbringer auf ein Versorgungsnetz einzuschränken, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag (betreffend Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Entlohnung, Datenaustausch) abgeschlossen hat. In den integrierten Versorgungsnetzen arbeiten die Leistungserbringer stärker zusammen und tragen eine Budgetmitverantwortung. Es wird eine über die gesamte Behandlungskette koordinierte Behandlung angeboten und der Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist gewährleistet. Infolge der parlamentarischen Beratungen sieht die Vorlage eine Verfeinerung des Risikoausgleichs (durch den Einbezug weiterer Morbiditätsfaktoren) und eine vorteilhaftere Kostenbeteiligung für die Versicherten vor, die sich für ein integriertes Versorgungsnetz entscheiden. Gegen die Vorlage wurde das Referendum ergriffen. In der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 wurde die Vorlage mit einem wuchtigen Mehr von 76% der Volksstimmen verworfen. Eine Auswertung der Abstimmung zeigte, dass es vor allem die Sorge um die freie Arztwahl war, die die Managed-Care-Vorlage zu Fall brachte, und dass viele keine Vorteile im neuen Modell sahen und nicht glaubten, dass es ihnen tiefere Prämien bescheren würde.

Eidgenössische Abstimmung zur Managed-Care-Vorlage:



Separate Botschaft: Pflegefinanzierung

Das Parlament hat am 13. Juni 2008 das Gesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung gutgeheissen. Das Inkrafttreten wurde vom Bundesrat zunächst auf den 1. Juli 2010 festgesetzt, später aber auf den 1. Januar 2011 verschoben. Die neue Regelung der Pflegefinanzierung verfolgt folgende zwei Ziele: Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen und Verhinderung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP. Die OKP leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Die Kosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, gehen in beschränktem Masse zulasten der Versicherten, und die Restfinanzierung wird durch die Kantone sichergestellt.

b) Vom Parlament **abgelehnte** Vorlagen

GESETZGEBUNGSPAKET I

1B: Vertragsfreiheit

Vorlage 1: Freie Wahl der Vertragspartner im ambulanten Bereich, vom Kanton festgelegte Mindestanzahl innerhalb der vom Bundesrat festgelegten Bandbreiten: Der Ständerat hat als Erstrat am 18. Dezember 2008 Nichteintreten beschlossen. Der Nationalrat hat sich am 16. Juni 2010 diesem Entscheid angeschlossen.

1D: Kostenbeteiligung

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 auf 20% vor (Ausnahme: Kinder). Weiter wird dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, die Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen herabzusetzen oder aufzuheben. Der Ständerat hat die modifizierte Vorlage am 21. September 2004 verabschiedet. Im Rahmen der Beratungen der Managed-Care-Vorlage hat das Parlament beschlossen, die Bestimmungen zur Kostenbeteiligung in diese Vorlage einzuschliessen, damit nicht zwei Vorlagen parallel beraten werden müssen. Daher hat der Nationalrat am 16. Juni 2010 Nichteintreten beschlossen und der Ständerat ist am 15. Dezember 2010 dieser Entscheidung gefolgt.

GESETZGEBUNGSPAKET II

2B: Förderung von Managed-Care

Vorlage 2: Förderung der Wirtschaftlichkeit bei den Medikamenten, Überprüfung der Zulassungskriterien eines Medikamentes alle drei Jahre: Der Nationalrat hat am 1. Oktober 2008 den Vorschlag der Einigungskonferenz abgelehnt, was ein Scheitern der Vorlage zur Folge hatte.

Weitere Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Weil die Ausgaben der Versicherer für die Leistungen der OKP deren Prämieinnahmen in den Jahren 2008 und 2009 überstiegen haben, musste auf die Reserven der Krankenversicherer zurückgegriffen werden. Dies führte zu einem Absinken der Reservequote unter das gesetzlich vorgeschriebene Minimum. Diese Entwicklung wurde verstärkt durch die schwierige Lage auf dem Finanzmarkt. Vor dem Hintergrund der sich für das Jahr 2010 abzeichnenden grossen Prämien-erhöhung hielt der Bundesrat rasch wirksame Massnahmen zur Kosteneindämmung für unabdingbar.

Am 21. April 2009 trafen sich Vertreter der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), der Krankenversicherer (santésuisse), der Spitäler (H+), der Ärzteschaft (FMH) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) unter der Leitung von Bundesrat Pascal Couchepin am runden Tisch, um über die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen sowie mögliche Gegenmassnahmen zu diskutieren. Besprochen wurden auch Massnahmen zur Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Botschaft des Bundesrats

Der Bundesrat verabschiedete nach Durchführung eines konferenziellen Vernehmlassungsverfahrens am 29. Mai 2009 die Botschaft über die Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuhanden des Parlaments. Diese enthielt folgende Massnahmen:

- Einrichtung von telefonischen Beratungsdiensten durch alle Versicherer, damit allen Versicherten eine kostenlose erste Anlaufstelle ermöglicht wird.
- Einführung eines Behandlungsbeitrages von 30 Franken für die ersten sechs Besuche bei einem Arzt oder einer Ärztin bzw. in einem Spitalambulatorium.
- Erteilung der Kompetenz an den Bundesrat zur Senkung der Tarife bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung.

- Leistungsaufträge für Spitalambulatorien.
- ausserordentliche Erhöhung des Bundesbeitrages zur Verbilligung der Prämien um 200 Millionen Franken für das Jahr 2010. Für die Folgejahre wird die Situation erneut geprüft.
- Verlängerung der Wahlfranchisenbindung von einem auf zwei Jahre.
- längerfristig Verpflichtung der Krankenversicherer, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) monatlich die notwendigen Daten zur Kostenüberwachung zu liefern.

Die Vorlage ist im Parlament am 1. Oktober 2010 in der Schlussabstimmung gescheitert.

Massnahmen im Bereich der Arzneimittel

Ab 2012 gibt es eine dreijährliche Prüfung aller Präparate auf der Spezialitätenliste bezüglich der Erfüllung der Aufnahmebedingungen (d.h. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit). Ergibt die Überprüfung einen zu hohen geltenden Höchstpreis, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung. Zusätzlich wird bei jeder Indikationserweiterung geprüft, ob die Aufnahmekriterien weiterhin erfüllt sind.

Zur Erhöhung des Anteils der Generika an den verkauften Medikamenten und zur Dynamisierung des Mechanismus zur Senkung der Arzneimittelpreise wurden per 1. März 2011 beziehungsweise per 1. Januar 2012 weitere Massnahmen beschlossen. Um die Preise von Generika und Originalpräparaten mit abgelaufenem Patentschutz zu senken, wird die sogenannte Preisabstandsregel angepasst. Für die Festlegung des Preises der Generika gelten neu nicht mehr drei, sondern fünf Stufen. Mit dieser Massnahme lassen sich die Zahl der im Markt verfügbaren Generika erhöhen und die Medikamentenrechnungen senken.

Nach der Regel des differenzierten Selbstbehalts bezahlen Patientinnen und Patienten, die sich für ein Generikum entscheiden, nur 10% Selbstbehalt und nicht 20% wie bei einem Originalpräparat. Diese Regel wird flexibler gestaltet. Damit soll verhindert werden, dass sich das System nach einer ersten Preissenkung im Anschluss an die Markteinführung eines neuen Generikums nicht mehr verändert und sich die Preise nicht mehr bewegen. Weiter sollen erhebliche Preisunterschiede zwischen Generika mit gleichem Wirkstoff abgebaut werden. Damit sollen im Verlaufe der nächsten Jahre zusätzliche Einsparungen von 230 Millionen Franken pro Jahr erzielt werden.

Laufende Projekte

Neues Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG)

Bei Inkrafttreten des KVG waren im Gesetz nur wenige Bestimmungen zur Versicherungsaufsicht enthalten. Zu diesem Zeitpunkt stellte man fest, dass sich die Krankenkassen auch ohne die entsprechenden rechtlichen Grundlagen an die Vorgaben des Bundes hielten⁵⁰. Die Entwicklung des Krankenversicherungsmarktes und der Organisation der Krankenkassen sowie ihre bisweilen angespannte finanzielle Situation haben jedoch deutlich gemacht, dass gesetzliche Grundlagen fehlen, die der Aufsichtsbehörde erlauben, Massnahmen zu ergreifen. Auch lässt sich feststellen, dass sich diese Situation auf das Vertrauen der Versicherten in das Krankenversicherungssystem auswirkt. Unter Respektierung der Grundsätze der sozialen Krankenversicherung braucht es Mittel, um die Aufsicht wirksam wahrzunehmen und so den Erwartungen der Versicherten zu entsprechen. Zudem erhöht ein solches Gesetz die Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation der Versicherer und ihrer Organisation.

Das Instrument, mit dem der Aufsichtsbehörde angemessene Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen, ist eine gesetzliche Grundlage in Form eines separaten Erlasses. Dieser soll Klarheit darüber schaffen, unter welchen Voraussetzungen die Aufsichtsbehörde intervenieren kann oder muss und welche Massnahmen sie anwenden darf. Der Bundesrat hat den Gesetzesentwurf und die entsprechende Botschaft am 16. Februar 2012 an das Parlament überwiesen. Die Botschaft wurde in der Frühjahrssession 2013 im Ständerat durchberaten und mit Anpassungen an den Nationalrat überwiesen.

⁵⁰ Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG), Bericht für das Vernehmlassungsverfahren, Januar 2011, S. 3

Qualitätsstrategie

Der Bundesrat hat am 28. Oktober 2009 den Bericht zur Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen und am 25. Mai 2011 den Konkretisierungsbericht gutgeheissen. Damit der Bund seine neue aktive Rolle in der Qualitätssicherung langfristig wahrnehmen und die Vorhaben in den neun Aktionsfeldern der Qualitätsstrategie wirkungsvoll und nachhaltig umsetzen kann, sollen unterstützende, nationale Strukturen geschaffen werden. Ein Qualitätsinstitut soll fachliche Grundlagenarbeiten durchführen, den Bund fachlich beraten und die vom Bund bestimmten Qualitätsprogramme und Qualitätserhebungen umsetzen. Eine nationale Qualitätsplattform aus Vertretern der Akteure des Gesundheitswesens soll den Bund strategisch beraten. Für die nachhaltige Finanzierung des gesamten Umsetzungsprozesses soll die gesetzliche Grundlage für die Verwendung eines Beitrags pro versicherte Person (rund 3 Franken pro versicherte Person und Jahr) geschaffen werden.

Für eine Übergangsphase (2012 bis 2014) bis zur Schaffung der gesetzlichen Grundlagen, wurde vom Bundesrat eine Erhöhung des Finanzierungsplafonds um 1,2 Millionen Franken pro Jahr beschlossen. Damit sollen ein erstes nationales Qualitätsprogramm, die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren sowie weitere Sofortmassnahmen angegangen werden. Parallel dazu erfolgt die Erarbeitung der gesetzlichen Grundlagen zur Finanzierung des Umsetzungsprozesses und zur Schaffung eines nationalen Qualitätsinstituts.

1.8.2 Dialog Nationale Gesundheitspolitik

Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels deren die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Die ständige Plattform dient dazu, neue Herausforderungen im Gesundheitswesen und allfällige Unstimmigkeiten zwischen den Partnern möglichst frühzeitig und in einem etablierten, geschützten Rahmen diskutieren zu können. Die Dialogpartner treffen sich viermal im Jahr zu Gesprächen. Diese Gespräche finden unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Die Dialogtreffen werden durch die Ausschüsse der beiden Partner mit Unterstützung einer Geschäftsstelle, welche beim BAG angesiedelt ist, vorbereitet. Aufgrund der Gespräche können die Partner Arbeiten für parallele, sich ergänzende oder gemeinsame nationale Aufgaben und Projekte beschliessen und die Art und Weise ihrer Umsetzung festlegen. Keine Partei und damit auch kein Kanton innerhalb der GDK kann gegen ihren bzw. seinen Willen gezwungen werden, die vom Dialog beschlossenen Aufgaben und Projekte mitzutragen. Um einzelne Themen in einem breiteren Kreis diskutieren zu können, führt der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» eine nationale Arbeitstagung durch, zu der Organisationen und Akteure des Gesundheitswesens eingeladen sind.

Im Rahmen des Dialogs wurden unter anderem folgende Themen diskutiert:

- Reformen, Gesetzgebung und Umsetzung der Kranken- und Unfallversicherung, Unfallversicherungsgesetz, Qualitätsversicherung KVG;
- eHealth;
- Palliative Care;
- Gesetzesprojekte: Präventionsgesetz, Psychologieberufegesetz, Medizinalberufegesetz, Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz;
- medizinische Grundversorgung, Komplementärmedizin;
- psychische Gesundheit, u.a. Bündnis gegen Depression;
- Gesundheitsabkommen mit der EU;
- HPV-Impfprogramme;
- div. Studien des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan).

1.8.3 Gesundheit2020

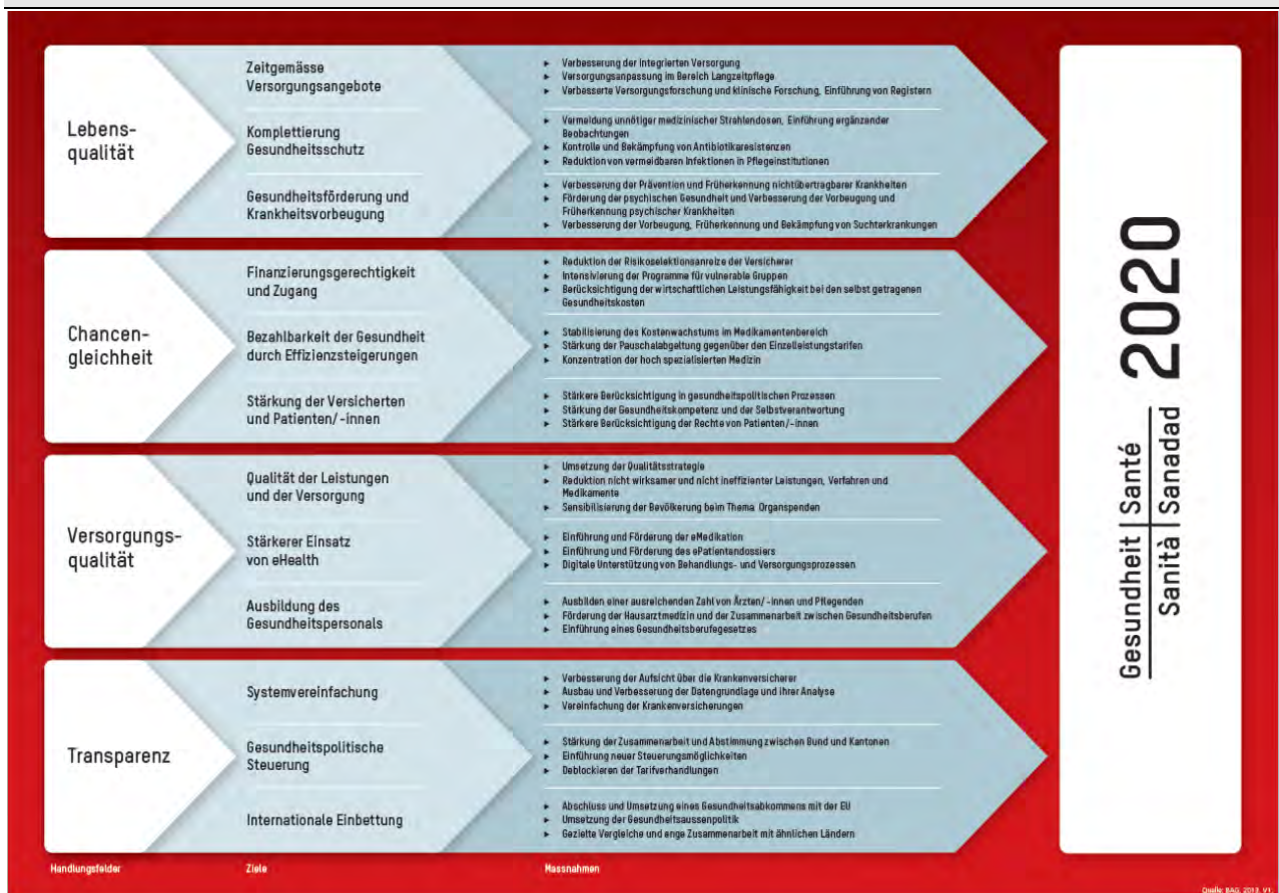
Am 17. Juni 2012 hat das Volk die Managed-Care-Vorlage des Bundes mit deutlichem Mehr (76%) verworfen. Die Vorlage hatte zum Ziel die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern, insbesondere durch eine bessere Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen Leistungserbringern. Bundesrat und Parlament wollten mit der Reform schweizweit die Entwicklung integrierter Versorgungsnetze fördern, insbesondere durch einen verfeinerten Risikoaussgleich und eine differenzierte Kostenbeteiligung.

Nach der Ablehnung der Vorlage hatte Bundesrat Berset an der Medienkonferenz zum Ausdruck gebracht, dass für die nächsten bevorstehenden Arbeiten und Reformen neue Wege eingeleitet werden müssen und dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen werden. Eine Analyse der Abstimmung ergab u.a., dass sich einerseits das Volk nicht in der freien Arztwahl einschränken lassen möchte und andererseits, dass die Abstimmungsvorlage zu komplex und zu wenig verständlich war. Insbesondere sind die integrierten Versorgungsnetze, v.a. im Tessin und in der Romandie, noch zu wenig verbreitet⁵¹.

Der Bundesrat hat dann am 23. Januar 2013 einen Bericht «Gesundheit2020»⁵² verabschiedet. Er enthält eine Gesamtschau über die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates für die nächsten acht Jahre. Im Bericht werden vier gesundheitspolitische Handlungsfelder festgelegt, welche 36 Massnahmen enthalten, die schrittweise umgesetzt werden sollen. Der Bund geht von geschätzten Einsparungen in der Höhe von 20% aus, welche durch Effizienzgewinne erreicht werden sollen.

Handlungsfelder, Ziele und Massnahmen

Die vier Handlungsfelder, Ziele und Massnahmen des Bundesrates:



Quelle: Gesundheit2020: Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, BAG 2013

⁵¹ http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKeIR5g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

⁵² Berichte zu Gesundheit2020: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

Diese Massnahmen sollen die bisherige Gesundheitspolitik ergänzen und aufzeigen, wo in den verschiedenen Bereichen die Schwerpunkte gesetzt werden. Handlungsbedarf besteht insbesondere im Bereich der Steuerung und Transparenz, der Versorgungsqualität (Ausbildung, eHealth), der Chancengleichheit (Finanzierungsgerechtigkeit, Bezahlbarkeit der Gesundheit durch Effizienzsteigerungen) und der Lebensqualität (neue Versorgungsangebote, Gesundheitsförderung, Prävention, Stärkung der Gesundheitskompetenz für verletzte Gruppen, Gesundheitsschutz).

Nicht zuletzt sei das Ziel eine bezahlbare Krankenversicherung, welches durch Effizienzsteigerung, Dämpfung des Kostenwachstums sowie Sicherung einer stabilen und sozialen Finanzierungsbasis erreicht werden soll.

Die zentralen Herausforderungen für Reformen in den nächsten Jahren sind somit vom Bund vorgegeben. Der Bund hat erkannt, dass weitere Reformen nur mit Unterstützung der wichtigen gesundheitspolitischen Akteure umgesetzt werden können, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung ernst genommen werden müssen und dass Vorlagen verständlich formuliert und nicht zu überladen sein müssen. Für die Kantone liege die Herausforderung nun in der Einleitung und Umsetzung von Massnahmen, welche klar in ihrer Kompetenz liegen.

Erhoffte Wirkung der Agenda «Gesundheit2020» auf die Gesundheitskosten

Mit den in «Gesundheit2020» vorgesehenen Massnahmen zur Effizienzsteigerung und zur Qualitätsverbesserung könne das Wachstum der Gesundheitskosten gedämpft werden. Experten und Expertinnen gingen davon aus, dass die heutigen Leistungen ohne Qualitätseinbussen rund 20% günstiger erbracht werden könnten (dies entsprach 2011 5,2 Milliarden Franken, die durch Prämien bezahlt worden sind). Im Folgenden werden alle Massnahmen, welche zur Ausschöpfung dieser Effizienzreserven beitragen sollen, aufgeführt und die Effizienzeinsparungen erläutert. Die Massnahmen ziehen sich durch alle vier Handlungsfelder durch:

- **Verbesserung der integrierten Versorgung** von der Früherkennung bis zur Palliative Care bei den für die Bevölkerung wichtigsten Krankheiten (bspw. Krebs, Demenz). Durch die Integration der Leistungen würden Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen abgebaut, gleichzeitig aber durch die bessere Abstimmung der Leistungen auch die Versorgungsqualität erhöht. Bessere Qualität sei sehr oft auch günstiger, ein zusätzlicher Kosteneffekt.
- **Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten**, der Förderung der Generika und der Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe. Dadurch würden Medikamente billiger und gezielter eingesetzt. In der Folge reduzierten sich die Kosten. Zudem könnten mit der Beseitigung der aktuell bestehenden Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe in Zukunft Kosten gesenkt werden.
- **Stärkung der Pauschalabgeltungen gegenüber den Einzelleistungstarifen**. Dadurch werde das Interesse der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen klarer ausgerichtet: Es stehe nicht die Erbringung von möglichst vielen Leistungen im Vordergrund, sondern die optimale Menge an Leistungen, um den gewünschten Heilungseffekt zu erzielen. Dadurch würden Kosten eingespart.
- **Konzentration der hochspezialisierten Medizin**. Dadurch würden Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen abgebaut, gleichzeitig aber auch die Versorgungsqualität erhöht.
- **Reduktion nicht wirksamer und nicht effizienter Leistungen, Medikamente und Verfahren** (Verstärkung des Health Technology Assessment). Dadurch würden ineffiziente bzw. wenig wirksame Massnahmen stark reduziert. Dies führe zu Kosteneinsparungen.
- **Verbesserung der Prävention und Früherkennung** von nicht übertragbaren Krankheiten. Dadurch seien die Menschen weniger häufig, weniger lang und weniger intensiv krank. Entsprechende Kostenersparnisse im Gesundheitssystem, aber auch bei den Unternehmungen seien die Folge. Massnahmen im Bereich Prävention und Früherkennung hätten eine starke kostendämpfende Wirkung.

- **Umsetzung der Qualitätsstrategie.** Sie schaffe die Voraussetzungen für einen echten Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringer/-innen. Dieser würde kostendämpfende Wirkungen haben und ungenügende Qualität bestrafen.
- **Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers.** Dadurch würden die Grundlagen gelegt, dass nachfolgend alle auf das Patientendossier aufsetzenden Prozesse verbessert werden könnten. Damit würden Doppelspurigkeiten wie Mehrfachuntersuchungen verringert und könnten Fehler in der Medikation verhindert werden.
- **Digitale Unterstützung von Behandlungsprozessen** mit dem elektronischen Patientendossier als Datenbasis. Dadurch würden in allen medizinischen Prozessen die Voraussetzungen geschaffen, dass schneller und zielgerichteter entschieden werden könne. Dies bringe sowohl Qualitäts- wie auch Effizienzgewinne.
- **Reduktion der Risikoselektionsanreize der Versicherer.** Dadurch konzentrierten sich die Versicherer auf das Management der Gesundheitskosten und würden in einen echten Qualitätswettbewerb treten, der die Gesundheitskosten senken würde.
- **Verbesserung des Gesundheitsschutzes** durch Vermeidung unnötiger medizinischer Strahlendosen sowie durch die Einführung ergänzender Gesundheitsbeobachtungen, um Schadstoffbelastungen oder Unterversorgungen mit lebensnotwendigen Mikronährstoffen in der Bevölkerung zu verhindern. Durch die Unterlassung unnötiger und gar schädlicher Strahlendosen würden Kosten eingespart, ebenfalls durch ein verbessertes Monitoring, das die Grundlage für frühzeitigere Interventionen bieten könne, bevor hohe Kosten entstanden sind.
- **Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen.** Durch die Aufrechterhaltung der Wirksamkeit der Antibiotika könnten Krankheitsdauern reduziert und somit einerseits Gesundheitskosten gespart, aber auch wichtige volkswirtschaftliche Ressourcen geschont werden.
- **Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten.** Durch die Reduktion der Häufigkeit, der Dauer bzw. der Intensität der psychischen Krankheiten könnten wesentliche Folgekosten im Gesundheitssystem und bei den Unternehmen vermieden werden.

Gleichzeitig führten andere Faktoren – wie der medizinisch-technische Fortschritt, die Zunahme des Wohlstands und die demografische Entwicklung – tendenziell zu höheren Gesundheitskosten. Diese zusätzlichen Kosten könnten nicht vollumfänglich auf die Prämienzahlenden abgewälzt werden. Würden die Massnahmen von «Gesundheit2020» nicht umgesetzt, so würden die Kosten wesentlich stärker steigen, wie die oben stehende Auflistung zeigt.

«Gesundheit2020» würde sich auch auf die Kosten für die Steuerung des Gesundheitssystems auswirken. Der Bund und die Kantone, aber auch andere Akteure müssten zusätzliche Investitionen leisten, um die Ziele zu erreichen. Es handle sich dabei um gezielte Ausgaben zur Schaffung von Voraussetzungen für künftige Kostenersparnisse (Konzept von «bending the cost curve»). Diese Investitionen seien nur zum Teil Daueraufgaben. Es würde oft darum gehen, über Impulsprogramme eine Entwicklung zu initiieren und einen Schwellenwert zu überspringen. Bei der Finanzierung dieser Investitionen zur Entlastung der Entwicklung der Gesundheitskosten in der Zukunft sei das Äquivalenzprinzip (Nutznieserprinzip) gebührend zu berücksichtigen.

Prioritäten des Bundesrates

Die Umsetzung von «Gesundheit2020» soll ab Februar 2013 in Angriff genommen werden. Dabei würden folgende Massnahmen prioritär angegangen und dem Bundesrat noch im Jahr 2013 vorgelegt werden:

1. «Reduktion der Risikoselektionsanreize», welche im Rahmen des Gegenvorschlages zur öffentlichen Krankenkasse bereits Mitte Februar dem Bundesrat vorgelegt werden wird.
2. «Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers», welche im ersten Halbjahr 2013 als Botschaft dem Bundesrat unterbreitet wird.
3. «Nutzung bestehender Kompetenzen TARMED». Der Bundesrat hat auf den 1. Januar 2013 im Bereich TARMED eine neue Kompetenz erhalten. Das EDI wird in der ersten Jahreshälfte 2013 mit einem Aussprachepapier zur Nutzung dieser neuen Kompetenz in den Bundesrat kommen.
4. «Sensibilisierung der Bevölkerung für die Anliegen der Patienten/-innen, die auf lebensnotwendige Organtransplantationen warten, damit die Bereitschaft zu Organspenden steigt». Das EDI wird im ersten Quartal mit einem konkreten Antrag zum weiteren Vorgehen in den Bundesrat kommen.
5. «Stärkung der medizinischen Grundversorgung», im Rahmen des Masterplans «Hausarztmedizin».
6. «Umsetzung der Qualitätsstrategie». Hier wird der Bundesrat im Laufe des Jahres 2013 die Vernehmlassungsvorlage beraten können.
7. «Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung bei Medikamenten», zu welcher das EDI im Laufe des Jahres ein Aussprachepapier dem Bundesrat vorlegen wird.
8. «Einführung neuer Steuerungsinstrumente im (spital)ambulantem Bereich». Das EDI hat bereits bei der Erarbeitung der Botschaft zur vorübergehenden Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung angekündigt, im Laufe des Jahres 2013 eine langfristige Regelung des ambulanten Bereiches vorzuschlagen.
9. «Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes». Die Vernehmlassungsvorlage soll im Jahr 2013 durch den Bundesrat verabschiedet werden.
10. «Ausbau und Verbesserung der Datengrundlage und ihrer Analyse», welche im Rahmen des Statistikprojektes MARS im Jahr 2013 in den Bundesrat kommt.

Andere Massnahmen müssten zuerst erarbeitet werden und könnten erst in einer zweiten Phase umgesetzt werden (bspw. die stärkere Berücksichtigung der Patienten/-innen und der Versicherten in den gesundheitspolitischen Prozessen oder die Stärkung der Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Bund und Kantonen sowie Verbesserung der Definition der jeweiligen Aufgaben über eine Ergänzung der Bundesverfassung, damit die Steuerbarkeit und die effektive Steuerung des Gesundheitssystems optimiert werden kann).

Vorgängig sollen die Auswirkungen der Massnahmen aus der ersten Phase ausgewertet werden und die Erfahrungen darauf in die zweite Phase einfließen. Jede neue Massnahme werde dem Bundesrat zum Entscheid vorgelegt.

Kapitel 2:

Tätigkeiten und Projekte im Gesundheitswesen des Kantons Basel-Stadt

2. Tätigkeiten und Projekte im Gesundheitswesen des Kantons Basel-Stadt

Die schweizerische Gesundheitspolitik ist föderalistisch aufgebaut. Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden. Der Bund hat in den letzten Jahren bestehende Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft und zusätzlich neue Kompetenzen erhalten. Der Bund kann nur in Bereichen, in denen ihm eine explizite Verfassungskompetenz zukommt, handeln, wie zum Beispiel im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 177 BV). Gesetzgebung und Vollzug liegen in weiten Teilen des Gesundheitswesens in kantonaler Kompetenz. Alle dem Bund nicht explizit zugewiesenen Kompetenzen liegen bei den Kantonen. Die Kantone sind insbesondere für die Gesundheitsversorgung zuständig. Dazu gehört die Steuerung, Planung und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheits- und Altersversorgung. Die Kantone sind in ihrer Gesundheitspolitik weitgehend autonom und regeln diese in spezifischen Gesundheitsgesetzen. Ausserdem haben sie diverse Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesrechts (Vollzugsaufgaben).

Der Kanton Basel-Stadt findet die gesetzliche Grundlage für seine Kompetenz in den §§ 26–28 der Kantonsverfassung vom 23. März 2005⁵³. Im Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011⁵⁴ finden sich neben der Regelung der Patientenrechte, inklusive Regelung der palliativen Behandlung, Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention und zur Bekämpfung von Missbrauch und Abhängigkeit. Ferner beinhaltet das GesG vereinheitlichte und mit bundesrechtlichen Vorgaben in Einklang stehende Vorschriften zu den Voraussetzungen zur Zulassung von Leistungserbringenden. Im Weiteren werden Art und Umfang der Aufsicht über diese geregelt. Im ambulanten Bereich haben die Kantone – im Gegensatz zum stationären Bereich – keine Steuerungskompetenzen.

Im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt sind – nach der Verselbstständigung des Universitätsospitals Basel, der Universitären Psychiatrischen Kliniken und des Felix Platter-Spitals per 1.1.2012 – rund 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das Aufwandbudget, das insgesamt für die Erfüllung der Aufgaben, insbesondere die Mitfinanzierung von Gesundheitsleistungen, im Gesundheitswesen zur Verfügung steht, beträgt rund 575 Millionen Franken im Jahr. Dem stehen entsprechende Erträge im Ausmass von jährlich rund 20 Millionen Franken gegenüber.

Die Aufgaben des Gesundheitsdepartements werden wahrgenommen von den Bereichen:

- Der Bereich **Gesundheitsversorgung** ist verantwortlich für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in denjenigen Gebieten, in denen dem Kanton gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowohl Planungskompetenz wie auch Finanzierungsverpflichtung zukommen: die Spitalversorgung und die Langzeitpflege. Hauptaufgaben sind die Angebotsplanung, Förderung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Aufsicht über die Leistungserbringer, Monitoring der Versorgungsleistung und Sicherstellung der Finanzierung.
- Der Bereich **Gesundheitsdienste** erbringt vielfältige Dienstleistungen für eine gesunde Basler Bevölkerung im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Der Bereich umfasst die Abteilungen «Medizinisch-pharmazeutische Dienste», «Prävention» sowie «Sucht».
- Der Bereich **Gesundheitsschutz** leistet einen wesentlichen Beitrag zu Wohlbefinden und Lebensqualität der Bevölkerung. Er vereint die Abteilungen «Öffentliche Zahnkliniken», «Institut für Rechtsmedizin», «Kantonales Laboratorium» und «Veterinäramt».

⁵³ SG 111.100

⁵⁴ SG 111.100, GesG

Das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt hat in den letzten Jahren viele nationale Vorgaben kantonal adaptiert und umgesetzt und den ihm gegebenen Spielraum für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung für die basel-städtische Bevölkerung genutzt. Das oberste Ziel ist es, der basel-städtischen Bevölkerung ein optimales, kostengünstiges und qualitativ hochstehendes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt setzt sich für diese Ziele ein und stellt die dazu notwendigen Ressourcen im Rahmen seiner Möglichkeiten bedarfsgerecht zur Verfügung. Dass dies in Basel-Stadt auch gelungen ist, zeigt die Studie von *santésuisse*, die aufzeigt, dass die Gesundheitsdienstleistungen in Basel-Stadt preislich im schweizerischen Durchschnitt liegen, obwohl sie qualitativ überdurchschnittlich sind.

2.1 Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung

2.1.1 Spitalliste

Als Folge der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung müssen die kantonale Spitalplanung und die Spitallisten bis spätestens 2015 überarbeitet werden⁵⁵. Der Kanton Basel-Stadt hat seine Spitalliste bereits auf den 1. Januar 2012 überarbeitet und an die neuen Bestimmungen angepasst.

Ab 2012 werden alle auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitäler vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten mit mindestens 55% der Fallkosten mitfinanziert und die Versicherer sind verpflichtet, die restlichen Kosten gemäss KVG zu übernehmen. Diese neue Bestimmung bedingt, dass die Spitalliste genau die Versorgungsstrukturen abbildet, welche für die medizinische Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendig sind.

Die Spitalliste des Kantons Basel-Stadt dient deshalb als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, unabhängig vom Behandlungsort, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen von Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Kantone und aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt (Art. 58b KVV, Art. 39 Abs. 1 Bst. d. KVG).

Auf der Spitalliste des Kantons Basel-Stadt sind Institutionen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie aufgeführt. Sie bezeichnet für jede Institution den entsprechenden Rechtsträger und ordnet ihr jeweils einen Leistungsauftrag mit allfälligen Ergänzungen zu. Die Leistungsaufträge der Spitäler wurden basierend auf der Zürcher Leistungsgruppensystematik vergeben (siehe Kapitel 1.3.6). An alle Leistungsgruppen sind bestimmte Auflagen bezüglich Facharztstitel, Infrastruktur, Mindestfallzahlen, Notfallbereitschaft und zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte geknüpft. Gewisse Leistungsgruppen sind miteinander verknüpft und können nur im Verbund angeboten werden. Alle Auflagen können öffentlich eingesehen werden und sind in den Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen geregelt.

Bei der Evaluation der Leistungsaufträge fand eine Orientierung am bisherigen Leistungsangebot statt. Als Basis diente die Medizinische Statistik 2009 des Bundesamtes für Statistik. Alle Fälle der Basler Spitäler wurden zuerst nach APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) und danach nach der Zürcher Leistungsgruppensystematik gruppiert. Danach wurden die Anforderungen an jede Leistungsgruppe mit dem Angebot des jeweiligen Spitals abgeglichen. Zusätzlich kamen noch die Kriterien der Nordwestschweizer Spitalplanung zur Anwendung.

Bei gewissen Anforderungen werden Übergangsfristen maximal bis zum 1. Januar 2015 gewährt (Notfallanforderungen, Mindestfallzahlen). Alle anderen Anforderungen gelten verbindlich ab dem 1. Januar 2012.

⁵⁵ Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung)

Kriterium für die Aufnahme eines ausserkantonalen Anbieters auf die Spitalliste waren die Fallzahlen in den entsprechenden Leistungsgruppen der Bewerbung. Lagen die Fallzahlen unter 5% der Nachfrage der Basler Bevölkerung im Jahr 2009 oder unter 20 Fällen pro Jahr, wurde die Bewerbung abgelehnt. Dem Spital wurde empfohlen, sich für eine Spitallistenaufnahme im Standortkanton zu bewerben. Bei spezialisierten medizinischen Leistungen, die selbst nicht im Kanton Basel-Stadt angeboten werden, wurden die gleichen Kriterien angewandt. Patienten können diese Leistungen auch zukünftig via Kostengutsprache des kantonsärztlichen Dienstes ohne Kostenfolge in Anspruch nehmen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass der Kanton Basel-Stadt mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung bzw. der Anpassung der Spitalliste und der entsprechenden Leistungsaufträge folgende Ziele verfolgt hat:

- zeitgerechte Einführung der Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur (SwissDRG) auf den 1. Januar 2012;
- Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbarer Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten;
- Gleichstellung der auf der kantonalen Spitalliste geführten öffentlichen und privaten Spitäler;
- separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- freie Spitalwahl und damit Öffnung der Kantonsgrenzen.

Die Umstellungen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung im Kanton Basel-Stadt sind erfolgreich verlaufen und es konnte vor allem im Rahmen der Aushandlung der neuen Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern eine Konzentration der Leistungsangebote und damit eine erhöhte Transparenz erreicht werden. Nebst einer rollenden Spitalplanung, welche auf aktuelle Ereignisse und Anforderungen zeit- und sachgerecht reagieren können muss, ist sicherlich im Bereich der kantonsübergreifenden Zusammenarbeit weiterhin Beharrlichkeit gefragt, um auch in diesem Bereich Fortschritte erzielen und mittelfristig einen Gesundheitsversorgungsraum für die Nordwestschweiz schaffen zu können.

2.1.2 Kostenteiler

Im KVG wird die Festlegung des Vergütungsteilers zwischen Krankenversicherung und Wohnkanton der Patienten für stationäre Spitalbehandlungen geregelt. Als Grundlage dient Art. 49a Abs. 2 KVG. In diesem Artikel werden die Kantone beauftragt, die stationären Leistungen wie folgt abzugelten: «Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55%.»

Der Vergütungsteiler ist somit jedes Jahr spätestens per 31. März für das Folgejahr festzulegen. Erstmals hat ihn der Regierungsrat im Jahr 2011 für das Jahr 2012 bei 55% festgelegt. Gemäss Gesetz hatte die zweite Festlegung bereits drei Monate nach dem Start der neuen Spitalfinanzierung im März 2012 für das Jahr 2013 zu erfolgen. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Aussagen über die Auswirkungen des neuen Systems möglich waren, hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler beim gleichen Satz von 55% belassen. Im März 2013 hat der Regierungsrat den Vergütungsteiler für das Jahr 2014 weiterhin bei 55% belassen.

2.1.3 Finanzielle Auswirkungen

Durch die Neuordnung der Spitalfinanzierung lassen sich erstmals die Gesamtkosten der stationären Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung beziffern. Für das Jahr 2012 liegen sie bei 477,4 Millionen Franken (Kantonsanteil von 262,6 Millionen Franken, dividiert durch Kostenteiler von 55%).

Da es sich um eine dualfixe Finanzierung von Wohnkanton und Krankenversicherung handelt, sind die finanziellen Auswirkungen auf der Ebene dieser beiden Hauptkostenträger von Interesse.

Krankenversicherung

Der von den Krankenversicherern zu tragende Anteil (45% der Gesamtkosten) liegt bei 214,8 Millionen Franken. Die Kosten der Krankenversicherer vor Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2011 lassen sich aufgrund der Versichertenstatistik von santésuisse ermitteln. Demnach kann von Mehrkosten der neuen Spitalfinanzierung zulasten der Krankenversicherer im Kanton Basel-Stadt von 10,6 Millionen Franken (+5,2%) ausgegangen werden. Die Datenlage für die Feststellung der Kostenbelastung der Krankenversicherer ist leider lückenhaft. Andere Statistiken (Kostenmonitoring des BAG) weisen für das Jahr 2012 im Bereich der stationären Spitalkosten des Kantons Basel-Stadt einen deutlich kleineren Zuwachs von nur 1,5% auf (siehe auch Kapitel 1.4.4). Da die stationären Spitalkosten rund 25% der Gesamtkosten der OKP ausmachen, lässt sich die Auswirkung der neuen Spitalfinanzierung bezogen auf das gesamte Prämienvolumen mit 0,4% bis 1,3% beziffern.

Insgesamt musste schon bei der Ausgestaltung der neuen Spitalfinanzierung mit Mehrkosten für die Krankenversicherer im KVG-Bereich gerechnet werden, da die Spitaltarife neu auch den Investitionskostenanteil der öffentlichen Spitäler beinhalten müssen und der Kantonsanteil auch bei freiwilliger ausserkantonaler Behandlung zu leisten ist (Entlastung der Zusatzversicherungen nach VVG). Im Vorfeld der Einführung waren die Krankenversicherer von Berechnungen ausgegangen, die bei einem kantonalen Vergütungsteiler von 55% eine Prämiensteigerung von 7,6 Prämienprozenten alleine aufgrund der neuen Spitalfinanzierung ausgewiesen hatten. Im Rahmen der Budgetierung 2012 hatte der Regierungsrat im Rahmen einer A-priori-Modellrechnung die Kosten für den Kantonsanteil – und damit via Kostenteiler implizit auch die Belastung der Krankenversicherer – berechnet. Diese lagen bei 262,6 Millionen Franken und damit nur 0,2% höher als im Rahmen der Budgetierung erwartet worden war. Aufgrund dieser Berechnung hatte der Regierungsrat die Prognosen der Krankenversicherer schon damals als zu pessimistisch angesehen, was sich nun bewahrheitet hat. Die Krankenversicherer haben ihre Krankenkassenprämien für das Jahr 2012 in Basel-Stadt um durchschnittlich 3,3% erhöht und damit ihre eigenen Schätzungen revidiert. Die Prämiensteigerung für das Jahr 2013 lag bei 0,8%. Für das Jahr 2014 wird allgemein wiederum mit einem eher moderaten Prämienanstieg gerechnet.

Rechnung des Kantons Basel-Stadt

Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung gemäss KVG hatte tief greifende Auswirkungen auf die Rechnung des Gesundheitsdepartements. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt ab dem Jahr 2012 abschliessend durch gesetzlich vorgeschriebene Beiträge an die Spitalbehandlung gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG (Kantonsanteil) sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG.

Entsprechend entfallen in der laufenden Rechnung die bisherigen Beiträge an Privatspitäler und der ONA (ZBE) der öffentlichen Spitäler. Ebenfalls werden neu die Investitionen der öffentlichen Spitäler nicht mehr über die kantonale Investitionsrechnung finanziert, was zu einer entsprechenden Entlastung des Investitionsplafonds führt. Weil über den Kantonsanteil an den stationären Behandlungen die Investitionskosten der Spitäler abgegolten werden, findet eine Verschiebung dieser Kostenanteile in die laufende Rechnung statt.

Per Saldo führte die Neuordnung der Spitalfinanzierung auf der Ebene des Finanzierungssaldos zu einer Entlastung der Rechnung des Kantons Basel-Stadt um 3,3 Millionen Franken.

Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Rechnung des Kantons Basel-Stadt:

	2008	2009	2010	2011	2012
in Mio. Franken	Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung
Laufende Rechnung					
direkte Spitalbeiträge und Sockelbeitrag (1)	73.8	80.4	89.8	92.5	
ONA öffentliche Spitäler	240.2	257.1	260.1	251.5	
Konsolidierungsabzug (v.a. interene Mieten Spitäler)	-41.8	-41.6	-41.5	-39.3	
Kantonsanteil stationäre Behandlung (ab 2012)					262.5
Gemeinwirtschaftliche Leistungen Spitäler (ab 2012)					118.4
Total ONA / ZBE Spitalfinanzierung	272.2	295.9	308.3	304.7	380.9
Betriebliche Abschreibungen	32.4	34.1	28.3	33.9	
Abschreibungen Immobilien Spitäler (2)	10.1	10.1	10.1	11.1	
Saldo Laufende Rechnung Spitalfinanzierung	314.7	340.1	346.8	349.8	380.9
Investitionen					
Investitionsrechnung					
Total Investitionen Spitäler	63.5	92.7	73.9	79.5	0.0
Total Finanzierungssaldo Spitalfinanzierung	335.7	388.6	382.2	384.2	380.9

(1) Privatspitäler, Rehe Chrischona, UKBB, Ausserkantonale, Sockelbeitrag

(2) Abschreibungen auf Immobilien der Spitäler im Verwaltungsvermögen im Jahr 2011 (Annahme für alle Jahre)

Da die Investitionen der öffentlichen Spitäler neu durch die Leistungsabgeltung finanziert werden, kommt es zu einer Mehrbelastung der laufenden Rechnung, welche jedoch durch den Wegfall des Investitionsplafonds leicht überkompensiert werden.

Fazit Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung

- Der Kanton Basel-Stadt konnte die angestrebten Ziele in der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung erreichen.
- Seit dem Jahr 2012 ist eine leistungsorientierte Spitalliste in Kraft.
- Die SwissDRG-Fallpauschalen konnten fristgerecht eingeführt werden.
- Die Spitalfinanzierung wird neu durch den Kantonsanteil von 55% und die Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sichergestellt.
- Die Kosten der Krankenversicherer sind in vertretbarem Rahmen angestiegen. Der Grund dafür liegt in der neu bundesrechtlich vorgeschriebenen Mitfinanzierung der Investitionskosten der Spitäler und der ausserkantonalen Wahlbehandlungen.
- Auf der Ebene des Finanzierungssaldos resultiert mit der neuen Spitalfinanzierung eine leichte Entlastung der Rechnung des Kantons Basel-Stadt.

2.2 Umsetzung neue Pflegefinanzierung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung per 2011 wurde durch die Bundesgesetzgebung sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen materiell abschliessend geregelt. Die Umsetzung der bundesrechtlichen Bestimmungen fällt in die Kompetenz der Kantone. Diese haben nur noch dort einen Gestaltungsspielraum, wo Gesetzgeber und Bundesrat ihnen diesen in Gesetz und Verordnung ausdrücklich einräumen. Durch die umfassende materielle Regelung durch den Bund verbleiben auf kantonaler Ebene noch folgende Schwerpunkte, welche einer Regelung durch die Kantone zugänglich sind:

- Regelung der Eigenbeiträge der Versicherten, sofern diese von der bundesrechtlichen Regelung abweicht (max. 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages). Abweichungen können nur in Form einer teilweisen oder vollständigen Übernahme des Eigenbeitrages für alle oder gewisse Gruppen von Leistungsbezüglern durch den Kanton erfolgen (Art. 25a Abs. 5 KVG);
- Regelung der Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG), insbesondere Bestimmung der anerkannten Kosten durch die Kantone;
- Festlegung des Kantonsanteils an der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 1 KVG, Art. 7b Abs. 1 KLV);
- Anpassung der Tarife und Tarifverträge, sofern diese bei Inkrafttreten des Gesetzes noch gelten (Übergangsbestimmungen Abs. 2).

Um eine einheitliche und übersichtliche, rechtliche Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton zu gewährleisten, wurde diese in einem einzigen Erlass vollzogen.

Massgeblicher Erlass auf kantonaler Ebene zur Umsetzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV)⁵⁶. In § 56 (I. Ausführungsbestimmungen) wird die Kompetenz zur Durchführung des Gesetzes an den Regierungsrat delegiert. Gestützt auf diese Kompetenznorm wurde der Vollzug der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Verordnungsstufe in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVO) geregelt.

2.2.1 Ziele des Kantons Basel-Stadt im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden folgende Ziele angestrebt:

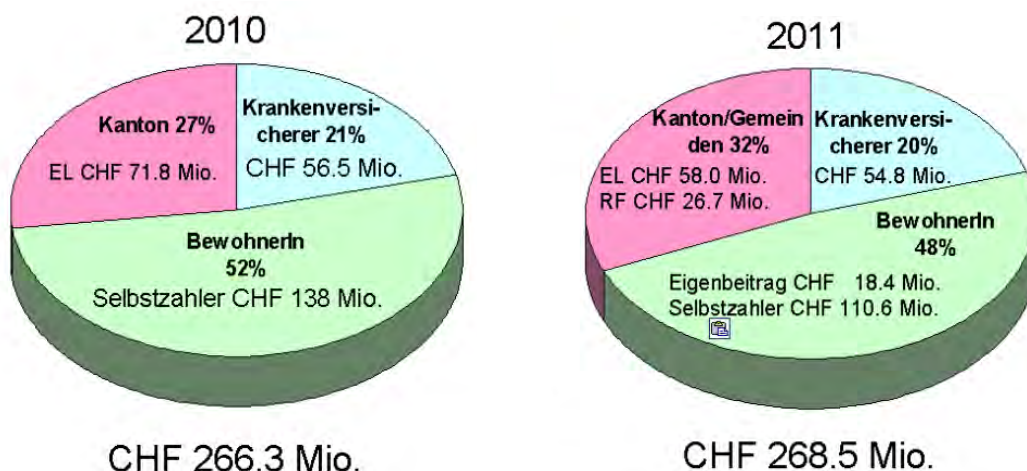
- Klärung der seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes hängigen Frage, wer die Kosten der Pflege zu tragen hat;
- finanzielle Entlastung der Pflegeheimbewohnenden;
- zeitgerechte Einführung der Abwicklung von Restfinanzierungsleistungen gegenüber den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen.

Die Pflegekosten werden neu auf die drei Träger Krankenversicherer, Pflegeheimbewohnende sowie Kanton bzw. Gemeinde aufgeteilt. Dem Staatswesen wurde die Kompetenz im Bereich Festlegung der Normkosten für die Pflege zugewiesen. Somit ist die Frage nach Höhe und Träger der Pflegekosten abschliessend geklärt.

⁵⁶ SG 834.400

Aufgrund der objektiven Festlegung der Normpflegekosten sowie der Einführung der Restfinanzierung der Pflegekosten durch den Kanton und die Gemeinden Riehen sowie Bettingen konnte mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Basel-Stadt eine Entlastung der Heimbewohnenden erzielt werden, dies sowohl anteilmässig (Rückgang von 52 auf 48%) als auch mit Blick auf den Totalbetrag der Pflegeheimkosten (von 138 auf 129 Millionen Franken).

Neuordnung der Pflegefinanzierung des Kantons Basel-Stadt:



EL = Ergänzungsleistungen (Kanton)
RF = Restfinanzierung (Kanton, Gemeinden)

Im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt wurden rechtzeitig Kapazitäten für die Rechnungsabwicklung im Bereich der Pflegerestfinanzierung aufgebaut. Dadurch konnte die Auszahlung von Guthaben von Pflegeheimen und Spitex-Organisationen ohne Zeitverzug gestartet werden.

2.2.2 Beiträge des Kantons Basel-Stadt an die Pflege

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde den Versicherten eine Eigenbeteiligung an den durch die Krankenversicherer nicht gedeckten Kosten der Pflege auferlegt. Für Personen, welche eine Rente der AHV oder IV oder ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen, können allfällige finanzielle Belastungen, die aufgrund der Erhebung der Eigenbeteiligung entstehen, durch die Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen (EL) oder durch die Sozialhilfe abgemildert werden. Der Eigenbeitrag der Versicherten wird zwar limitiert (höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags), für Personen in wirtschaftlichen bescheidenen Verhältnissen, welche die formellen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von EL nicht erfüllen, kann diese Belastung dennoch erheblich sein.

Zur Vermeidung von Härtefällen, insbesondere zur Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit von Einzelpersonen und Familien durch Pflegebedürftigkeit, wurden verschiedene Bestimmungen eingeführt, welche die finanzielle Belastung abfedern sollen. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Pflegebereich gilt diese Härtefallregelung grundsätzlich nur für Personen, welche weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen und damit die Anspruchsvoraussetzung für die Ausrichtung von EL nicht erfüllen, einzig für Kinder- und Jugendliche übernimmt der Kanton vorbehaltlos den Eigenbeitrag für Spitexleistungen. Der Personenkreis, für welchen diese Härtefallregelung zur Anwendung gelangen könnte, ist sehr beschränkt. Bei den Bezüglern von Spitexleistungen handelt es sich um ca. 5%, welche die Voraussetzungen für die Ausrichtung von EL nicht erfüllen, und im Bereich der stationären Pflege betrifft dies etwa 20 Fälle.

Im Bereich der stationären Pflege besteht die Möglichkeit der Beitragsausrichtung an die Spital- und Pflegeheimtaxen. Bei einem Spitalaufenthalt können erhebliche finanzielle Belastungen auf die versicherte Person zukommen, sollte der Krankenversicherer seine Leistungen – mangels Spitalbedürftigkeit – nur noch nach Pflegeheimtarif vergüten (Art. 49 Abs. 4 KVG), die pflegebedürftige Person aber weiterhin in Spitalpflege verbleiben. Nebst dem Eigenbeitrag hat in diesem Falle die versicherte Person auch noch die nicht gedeckten Kosten für Hotellerie und Betreuung zu übernehmen. Zunehmende Relevanz kann die Härtefallreglung auch durch die auf Bundesebene neu eingeführte Akut- und Übergangspflege erlangen. Die Akut- und Übergangspflege kann im Anschluss an einen Spitalaufenthalt während längstens zwei Wochen spitalärztlich verordnet werden, sofern sie sich als notwendig erweist (Art. 25a Abs. 2 KVG). Sie ist nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung zu vergüten. Es sind nun Fälle denkbar, in welchen die versicherte Person über die Dauer der zwei Wochen hinaus in stationärer Pflege verbleibt, die Finanzierung dann aber nach den Regeln der Pflegefinanzierung erfolgt. Auch in diesen Fällen soll die Härtefallregelung greifen. Da die entsprechenden Patientinnen und Patienten in Zukunft aber eher im Pflegeheim als im Spital gepflegt und betreut werden, rechtfertigt es sich, die bisher auf Spitäler beschränkte Härtefallregelung neu auch für die Pflege und Betreuung dieses Personenkreises im Pflegeheim vorzusehen.

2.2.3 Restfinanzierung

Der Bund hat festgelegt, dass die Finanzierung der Differenz zwischen den Kosten der Leistungserbringung einerseits und den Beiträgen der Krankenversicherung sowie dem Eigenbeitrag andererseits vom Kanton zu regeln sei. Um die Höhe der Restfinanzierung bestimmen zu können, müssen vom Kanton die massgebenden Gesamtkosten definiert werden.

In Bezug auf die Pflegeheime bestehen im Kanton Basel-Stadt einheitlich aufgebaute Kostenträgerrechnungen, mit welchen die Kosten der Pflege nachvollziehbar und transparent ausgewiesen werden können. Die Gefahr, dass Pflegekosten, welche nicht durch die Beiträge der Krankenversicherer gedeckt werden, den Bewohnerinnen und Bewohnern – unter Umgehung des Tarifschutzes – auferlegt werden, besteht somit nicht. Demgemäss rechtfertigt es sich, die für die Restfinanzierung massgebende Pfl egetaxe gleichermassen für alle Pflegeheime festzulegen und nicht auf die effektiven Kosten der einzelnen Heime abzustellen. Dieses Vorgehen folgt auch der Empfehlung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).

Der Bundesrat hat zwölf Pflegebedarfsstufen vorgeschrieben, jedoch auf eine nähere Spezifikation des anzuwendenden Pflegebedarfserfassungssystems verzichtet. Im Kanton Basel-Stadt wurde somit eine entsprechende Konkretisierung vorgenommen, um den geregelten Vollzug der neuen Gesetzesbestimmungen ab 1. Januar 2011 zu gewährleisten. So hat denn auch der Bundesrat in Beantwortung der Interpellation Bortoluzzi (10.3550, Pflegefinanzierung. Mangelnde Vergleichbarkeit der verschiedenen Leistungserfassungssysteme) festgehalten, dass die Wahl des Bedarfssystems den Tarifpartnern obliegt; vorbehalten bleiben allfällige kantonale Richtlinien.

Übergangsregelung

Die bundesrechtlichen Übergangsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung räumen dem Kanton eine dreijährige Frist zur Regelung der Angleichung der bei Inkrafttreten geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge ein. Im Kanton Basel-Stadt erfolgte die Übernahme der bundesrechtlichen Tarife durch die Leistungserbringer mit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011, eine Regelung der Angleichung durch den Kanton – wie in den Übergangsbestimmungen vorgesehen – entfiel somit. Sämtliche Tarifverträge im Pflegebereich wurden per 31. Dezember 2010 gekündigt.

2.2.4 Akut- und Übergangspflege

Der Bundesgesetzgeber hat neu das Instrument der Akut- und Übergangspflege eingeführt (Art. 25a Abs. 2 KVG). Die Akut- und Übergangspflege muss spitalärztlich verordnet werden und erfolgt während längstens zwei Wochen im Anschluss an den Spitalaufenthalt. Die Akut- und Übergangspflege kann ausschliesslich von Pflegeheimen, Spitälern mit Pflegeabteilungen, welche auf der Pflegeheimliste figurieren, oder von Spitexanbietern (Organisationen der Krankenpflege zu Hause sowie Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern) erbracht werden (Art. 7 Abs. 3 KLV). Die Vergütung der Akut- und Übergangspflege erfolgt analog der neuen Spitalfinanzierung, das heisst, der Kanton hat sich mit mindestens 55% an den Kosten zu beteiligen. Der Kantonsanteil muss jährlich spätestens neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres festgelegt werden (Art. 7b Abs. 1 KLV), erstmals war dies mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 der Fall. Vorderhand ist die Relevanz der Akut- und Übergangspflege noch nicht abzusehen. Je nach Entwicklung der Akut- und Übergangspflege kann der Kantonsanteil durch Regierungsratsbeschluss jährlich neu festgesetzt und zu gegebenem Zeitpunkt mit dem Kantonsanteil in Bezug auf die Spitalfinanzierung koordiniert werden.

2.2.5 Qualitätssicherung in Pflegeheimen

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden im Kanton Basel-Stadt auch die Kontrollmechanismen im Bereich der Qualitätssicherung überprüft. Das zusammen mit den Kantonen Basel-Landschaft und Solothurn entwickelte Instrument «Grundangebot und Basisqualität» wurde den veränderten Gegebenheiten angepasst. Das unter dem Namen qualivista neu eingeführte Qualitätssicherungssystem für Pflegeheime, welches verstärkt auf die Prozessorientierung in den Betrieben abzielt, ermöglicht es den Institutionen, regelmässig eine Selbstevaluation vorzunehmen.

Mit dem Bedarfsabklärungsinstrument RAI, welches ursprünglich als Qualitätssicherungssystem entwickelt wurde, ist in den Pflegeheimen des Kantons Basel-Stadt ein weiteres professionelles Element zur Qualitätssicherung im Einsatz.

2.2.6 Zentrale Heimplatzvermittlung im Kanton Basel-Stadt

In Basel-Stadt überprüft eine zentrale Stelle im Gesundheitsdepartement, die Abteilung Langzeitpflege, den Pflegeheimbedarf und nimmt die Heimplatzvermittlung vor. An dieser Institution soll auch in Zukunft festgehalten werden. Im Rahmen von Abklärungs- und Beratungsgesprächen kann verhindert werden, dass unnötige Pflegeheimeintritte stattfinden. In Verbindung mit einem ausgezeichneten Angebot im Spitex-Bereich kann gewährleistet werden, dass der Kanton über eine der tiefsten Pflegeheimplatzquoten in der Schweiz verfügt⁵⁷. Im Vergleich zur Bevölkerungszahl liegt Basel-Stadt bei der Anzahl Pflegeheimplätze aufgrund des mit Abstand höchsten Anteils aller Kantone an Menschen im Alter 80 und höher in der Spitzengruppe. Die Altersgruppe 80plus macht in Basel-Stadt 7,1% der Gesamtbevölkerung aus. Der schweizerische Durchschnitt beträgt 5,4%. Bis ins Jahr 2030 werden im Kanton Basel-Stadt 7,9% der Bevölkerung der Altersgruppe 80 und älter angehören, schweizweit werden es 8,5% sein.

2.2.7 Finanzielle Auswirkungen

Auch bei der Pflegefinanzierung sind die finanziellen Wirkungen vielschichtig. Im Gegensatz zur Spitalfinanzierung sind hier zusätzlich zum Kanton ebenfalls die Gemeinden Riehen und Bettingen sowie pflegebedürftige Personen als Selbstzahler betroffen.

Wie erwartet führte die Neuordnung der Pflegefinanzierung nach KVG zu einer Mehrbelastung der laufenden Rechnung des Kantons Basel-Stadt gemessen am letzten Jahr vor Einführung (2010) von 9,1 Millionen Franken im ersten Jahr (siehe Tabelle unten). Durch die Einführung der kantonalen Restfinanzierung wurden insbesondere die selbst zahlenden Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen entlastet. Weniger Aufwendungen hatten auch die

⁵⁷ Unter Berücksichtigung der Anzahl in einer stationären Institution (Spital oder Passerelle) auf einen Pflegeheimplatz wartenden Personen liegt die Quote in Basel-Stadt bei 22,3%. Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 24,1%. Vergleichsjahr 2010. Pflegeheimplatzquote: Anzahl Plätze pro 1000 Einwohner/-innen mit Alter 80+

Krankenversicherer. Wichtig ist die Feststellung, dass es sich hier fast ausschliesslich um Lastenverschiebungen zwischen den Kostenträgern handelt. Die Gesamtkosten für Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen über alle Zahlende sind dabei praktisch gleich geblieben. Eine ausführliche Darstellung dieser Wirkungen findet sich im Gesundheitsversorgungsbericht des Kantons Basel-Stadt über das Jahr 2011 (siehe Seiten 42 ff.).

Finanzielle Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung auf die laufende Rechnung des Kantons Basel-Stadt::

in Mio. Franken	2006 Rechnung	2007 Rechnung	2008 Rechnung	2009 Rechnung	2010 Rechnung	2011 Rechnung	2012 Rechnung
	Laufende Rechnung						
Pflegefinanzierung (KVG): Heime							
Ergänzungsleistungen an Personen im Pflegeheim	49.3	51.4	67.2	71.4	71.8	57.9	61.3
Beihilfen (ohne Riehen, Bettingen bis 2007 Rechnung WSU)	15.5	15.1					
Restfinanzierung Pflegeheime (ab 2011)						23.5	26.7
Pflegefinanzierung (KVG): Spitex							
Beiträge Spitex (Basel, Curavis) bis 2010	9.0	9.0	15.3	15.9	15.7		
Restfinanzierung Spitex (m. & o. bes LA, ab 2011)						11.1	12.1
Pflegefinanzierung (KVG): Akut- und Übergangspflege							
Akut- und Übergangspflege (ab 2011, Spitex und Heim)						0.0	0.0
Total Pflegefinanzierung KVG	73.8	75.5	82.5	87.3	87.5	92.5	100.1
Weitere Beiträge Langzeitpflege							
Liegenschaftsbeiträge Pflegeheime	4.2	4.1	5.1	5.0	4.4	3.2	3.4
Beiträge Spitex Basel für Hauswirtschaft (ab 2011 separat)						4.1	4.2
Tagespflegeheime (ohne Riehen, Bettingen)	0.8	0.8	1.6	1.7	1.6	2.7	2.7
Beiträge an die Pflege zu Hause (ohne Riehen Bettingen)	1.8	1.8	1.9	2.0	2.3	2.3	2.4
Beiträge Pro Senectute	0.5	0.5	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Total weitere Beiträge Langzeitpflege	7.4	7.3	9.4	9.6	9.0	13.1	13.4
Total Langzeitpflege Laufende Rechnung Basel-Stadt	81.2	82.8	91.9	96.8	96.5	105.6	113.5

Im Jahr 2012 sind die Kosten der Pflegefinanzierung für den Kanton Basel-Stadt um weitere 7,9 Millionen Franken angestiegen. Dies ist zum grössten Teil auf einen Mehrbedarf bei den Ergänzungsleistungen zurückzuführen und auf höhere Aufwendungen bei der Restfinanzierung infolge der gestiegenen Pflegeintensität. Für das Jahr 2013 sind mit weiteren Mehrkosten bei der Restfinanzierung von rund 7,8 Millionen Franken durch die nationale Harmonisierung der Pflegebedarfseinstufungsinstrumente zu rechnen. Dieser Betrag entlastet die Krankenversicherungen in vollem Umfang.

Da es sich bei den Beiträgen an die Langzeitpflege (insbesondere Restfinanzierung und Ergänzungsleistungen) um kommunale Aufgaben handelt, sind auch die Gemeinden Riehen und Bettingen mit Mehrkosten von rund 3 Millionen Franken konfrontiert.

Durch den Kapazitätsausbau bei den Pflegeheimen mit verschiedenen Neu- und Ausbauprojekten hat der Kanton Basel-Stadt im Jahr 2012 erstmals wieder Investitionskostenbeiträge von 10,4 Millionen Franken bezahlt.

Fazit Neuordnung Pflegefinanzierung

- Im Kanton Basel-Stadt konnte die Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 umgesetzt werden.
- Das neue Finanzierungsregime hat die selbst zahlenden Pflegebedürftigen und die Krankenversicherer entlastet.
- Der Kanton und die Gemeinden Riehen und Bettingen erfuhren durch die neu eingeführte Restfinanzierung eine finanzielle Mehrbelastung.

2.3 Spitzenmedizin (IVHSM)

Um der basel-städtischen Wohnbevölkerung eine Medizin auf kontinuierlich hohem Niveau und innovativen, wissenschaftlichen Entwicklungen anbieten zu können, ist es für den Kanton Basel-Stadt unabdingbar, Spitzenmedizin zu betreiben und sich an deren Weiterentwicklung zu beteiligen. Insbesondere die Universitätsspitäler gelten allgemein als Träger der Spitzenmedizin und Innovationsführer bei neuen Verfahren, die häufig erst Jahre später an anderen Spitälern umgesetzt werden. Spitzenmedizin ist in erster Linie hochspezialisierte Medizin (HSM), die durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:

- ihre Seltenheit.
- ihr hohes Innovationspotenzial.
- einen hohen personellen oder technischen Aufwand und
- komplexe Behandlungsverfahren.

Gemäss der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) gehört eine medizinische Leistung zum Bereich der hochspezialisierten Medizin, wenn drei dieser Merkmale erfüllt sind – wobei die Seltenheit in jedem Fall gegeben sein muss.

Da sich die Behandlungsfallzahlen der seltenen hochspezialisierten Leistungen schweizweit auf einem äusserst niedrigen Niveau befinden, führten die 26 kantonalen Spitalplanungen zu einem deutlichen Überangebot an hochspezialisierten Leistungserbringern. Um eine optimale Kosteneffizienz und eine hohe medizinische Ergebnisqualität zu erreichen wurden die Kantone beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung im stationären Spitalbereich vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2 bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen im stationären Spitalbereich verpflichtet. Anstelle von 26 kantonalen Planungen erfolgt nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung, die auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung ausgerichtet ist. Eine gemeinsame Planung bringt langfristig in qualitativer und ökonomischer Hinsicht die besten Resultate, indem sich etwa die Fallzahlen erhöhen lassen, wodurch effizientere hochspezialisierte Leistungsergebnisse erreicht werden können.

Die von den Kantonen unterzeichnete Vereinbarung bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilungen und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten.

Gremien

Für die Planung und Durchführung der hochspezialisierten Medizin haben die Kantone ihre Planungshoheit zur Erstellung der gemeinsamen Spitalliste im hochspezialisierten Leistungsbereich an die zwei Gremien übertragen:

- HSM-Beschlussorgan.
- HSM-Fachorgan.

Das HSM-Beschlussorgan bestimmt die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Die Leistungszuteilungen des HSM-Beschlussorgans haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter.

Das Gremium setzt sich aktuell aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone Aargau, Basel-Stadt, Bern, Fribourg, Genf, Tessin, Luzern, Waadt, St. Gallen und Zürich zusammen und wird von der Gesundheitsdirektorin aus dem Kanton St. Gallen präsiert.

Das HSM-Fachorgan steht dem Beschlussorgan beratend zur Seite, indem es die medizinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Bereiche der hochspezialisierten Medizin übernimmt. Dies geschieht unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien:

- Wirksamkeit;
- Nutzen;
- technologisch-ökonomische Lebensdauer und
- Kosten der Leistungen.

Bei diesem Fachorgan handelt es sich um ein Expertengremium, welches von unabhängigen und vornehmlich ungebundenen akademischen Fachleuten aus verschiedenen medizinischen Bereichen besetzt ist.

Leistungszuteilungen für Spitäler im Kanton Basel-Stadt

Seit Inkrafttreten der IVHSM wurden in 29 Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin verbindliche Leistungszuteilungen ausgesprochen.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Leistungszuteilungen an Spitäler im Kanton Basel-Stadt:

Leistungszuteilung	Datum Entscheid	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungserbringer
Cochlea Implantate	22.6.2010	24/4193	Universitätsspital Basel
Stammzelltransplantationen (allogen/ bei Erwachsenen)	22.6.2010	24/4202	Universitätsspital Basel
Stammzelltransplantationen (allogen/ bei Kinder)	7.3.2013	folgt	UKBB
Behandlung von Knochentumore (Kinder)	24.5.2013	folgt	UKBB
Behandlung von ZNS-Tumore (Kinder)	24.5.2013	folgt	UKBB
Nierentransplantation	6.7.2010	24/4445	Universitätsspital Basel
Refraktäre Epilepsie (Erwachsenen)	21.6.2011	24/4671	Universitätsspital Basel
Vaskuläre Erkrankungen des Nervensystems	21.6.2011	25/4679	Universitätsspital Basel
Seltene Rückenmarkstumore	21.6.2011	25/4688	Universitätsspital Basel
Behandlung von Hirnschlägen	21.6.2011	25/4692	Universitätsspital Basel
Behandlung von Schwerverletzten	21.6.2011	25/4699	Universitätsspital Basel
Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern	1.11.2011	44/8090	Universitätsspital Basel
Neugeborenen-Intensivpflege	1.11.2011	44/8099	UKBB
Traumata und Polytrauma (Kinder)	20.12.2011	51/9276	UKBB

Quelle: Bundesblatt 2010–2013, GDK

Eingeleitete Massnahmen

- Mit dem Beitritt zur IVHSM tritt der Kanton Basel-Stadt seine Planungshoheit in gewissen Bereichen der hochspezialisierten Medizin an ein interkantonales Gremium (HSM-Beschlussorgan) ab.
- Der Kanton Basel-Stadt stellt mit dem HSM-Gremium sicher, dass eine ausgewogene Balance zwischen Konzentration und Verteilung der hochspezialisierten Medizin gewährleistet ist und die Interessen des Kantons Basel-Stadt Berücksichtigung finden.
- Der Kanton Basel-Stadt setzt sich im Rahmen der IVHSM für die Stärkung seiner universitären Zentren und Spitäler ein. Zu diesem Zweck nimmt der Kanton in Zusammenarbeit mit seinen medizinischen Einrichtungen aktiv die folgenden Aufgaben wahr:
 - Stellungnahme zu Planungsoptionen von neuen Leistungsbereichen;
 - Monitoring und Vollzug der Entscheide des HSM-Beschlussorgans;
 - Möglichkeiten der Beschwerde gegen Leistungsentscheide beim Bundesverwaltungsgericht.

Fazit Hochspezialisierte Medizin

Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin in der Schweiz führt zu einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Die hochspezialisierte Medizin im Kanton Basel-Stadt führt zu einer Stärkung:

- der beiden universitären Spitäler (USB, UKBB);
- des Life-Sciences-Standortes;
- der universitären Forschung und Lehre und
- des Clinical Research Center.

2.4 Qualität

Generelles Ziel des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt ist, die Versorgungsqualität in den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt transparent zu machen. Das Qualitätsmonitoring ist im Bereich Gesundheitsversorgung (GSV) des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt angesiedelt. Anders als in den meisten anderen Kantonen wird in Basel-Stadt der Qualitätssicherung und -entwicklung der stationären Versorgung seit Jahren ein hoher Stellenwert beigemessen. Der Kanton tritt in seiner Aufsichtstätigkeit prominent auf, übergeordnetes Ziel des Qualitätsmonitorings in Basel-Stadt bleiben der Investitionsschutz und das Wahrnehmen der Regulatorenrolle. Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und innerhalb verschiedener Gremien.

Zu Recht kann im Kanton Basel-Stadt davon ausgegangen werden, dass die Qualität der erbrachten Leistungen sehr gut ist und die basel-städtischen Patienten auf hohem Niveau versorgt werden. Dies bestätigen auch die Ergebnisse derjenigen Qualitätsmessungen, die auf nationaler Ebene durchgeführt werden. Mit der Unterzeichnung des Nationalen Qualitätsvertrags des Nationalen Vereins für Qualitätssicherung und -entwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wird ein Messportfolio obligatorisch, das in Basel-Stadt seit 2009 umgesetzt wird. Die Messungen werden vorwiegend durch die Betriebskosten der Spitäler finanziert. Die Versicherer und Kantone beteiligen sich in einer zweijährigen Übergangsphase mit einer Anschubfinanzierung.

Die Rehabilitationskliniken haben mit den Messungen im Januar 2013 begonnen, dies gemeinsam mit allen Rehakliniken der Schweiz. Alle Ergebnisse werden national vergleichend ausgewertet und kommuniziert. Auf kantonaler Ebene werden die Daten ausgewertet und mit den Spitälern diskutiert.

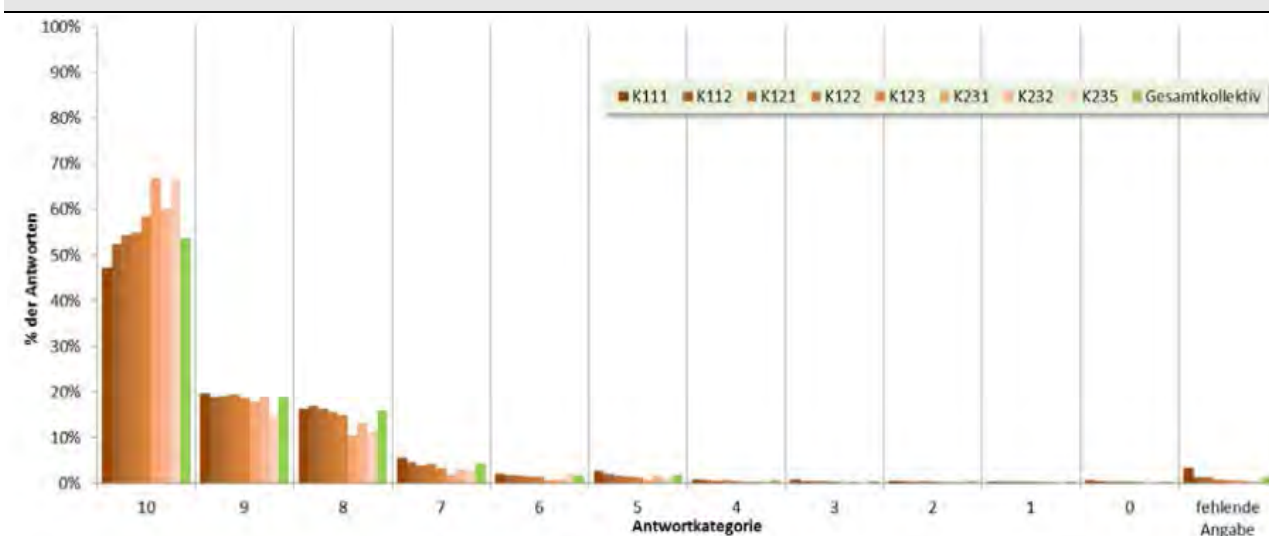
Das ANQ-Messportfolio für die akutsomatischen Spitäler umfasst derzeit:

- Patientenzufriedenheit;
- postoperative Wundinfektionen;
- Wiedereintrittsrate und Reoperationsrate;
- Messung von Sturz und Wundliegen (Dekubitus) sowie
- Aufbau eines nationalen Registers für Implantate.

Exemplarisch werden hier die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung⁵⁸ vorgestellt. Der ANQ-Kurzfragebogen umfasst fünf Fragen mit jeweils einer Antwortskala von 0 bis 10. Mit den fünf Fragen werden wesentliche Themen, welche die Patientenzufriedenheit beeinflussen, abgedeckt. Die Frage zum unten abgebildeten Ergebnis lautete: *Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?*

⁵⁸ ANQ, Bericht zur Veröffentlichung der nationalen Patientenbefragung 2011. 28.8.2012

Antwortverteilung auf die Frage nach der Qualität der Behandlung:



Quelle: ANQ, Bericht zur Veröffentlichung der nationalen Patientenbefragung 2011

Die Bezeichnungen K111 etc. beziehen sich auf Spitalkategorien, z. B. Allgemeines Krankenhaus/Grundversorgung oder Spezialklinik Chirurgie⁵⁹. Aus der Grafik ist ersichtlich dass knapp drei Viertel aller Patienten in den Antwortkategorien 9 (19%) oder 10 (53,8%) antworteten.

Auf der Ebene der nationalen extern vergleichenden Qualitätssicherung publiziert das Bundesamt für Gesundheit seit zwei Jahren Fallzahlen und Mortalitätsraten, dies auch von basel-städtischen Spitälern und Kliniken. Der Bereich GSV hat einige Spitäler zur Stellungnahme zu den Fallzahlen 2008–2010 aufgefordert, insbesondere in Fällen, in denen das Sterberisiko der Patienten überdurchschnittlich hoch war. Hier steht der Bereich GSV in engem Kontakt mit den Institutionen. Bei dieser Datenanalyse nimmt Basel-Stadt im nationalen Vergleich eine Vorreiterrolle ein.

Zusätzlich zu oben beschriebenen nationalen Vorgaben führt der Bereich GSV jährlich eigene kantonale Messungen zu Themen der Struktur- und Prozessqualität durch. Das kantonale Qualitätsmonitoring setzt sich zum Ziel, alle Spitäler und Kliniken im Kanton zu spezifischen Themen des Qualitätsmanagements im Sinne einer Sensibilisierung zu konsultieren.

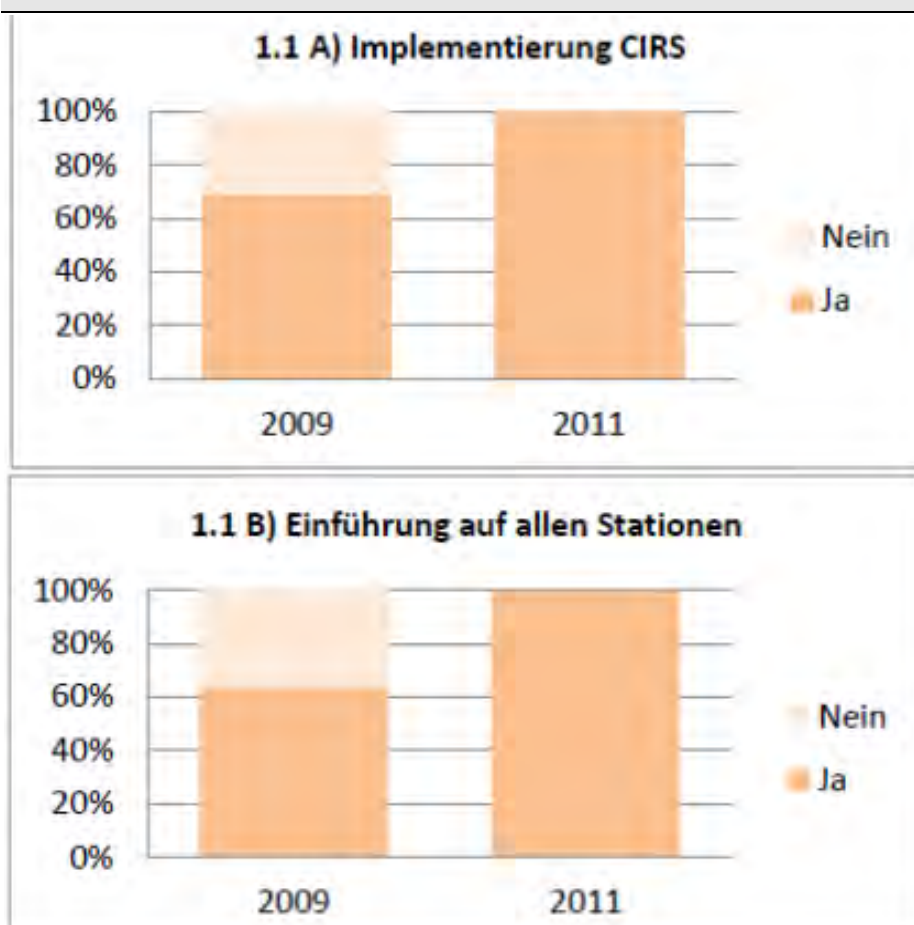
⁵⁹ Die Ergebnisse der ersten Messung sind in anonymer Form veröffentlicht worden. Die Spitäler in Basel-Stadt haben ihre spitalindividuellen Ergebnisse im Qualitätsbericht H+ 2011 publiziert

Folgende Befragungen wurden seit 2009 durchgeführt:

- **Critical Incident Reporting System (CIRS)**

Im CIRS werden Ereignisse erfasst, die zu physischen oder psychischen Schädigungen von Patienten, Mitarbeitenden und Besuchern hätten führen können bzw. führen. Diese umfangreiche Befragung zum Vorhandensein und zum Umgang mit CIRS in den Spitälern und Kliniken in Basel-Stadt wurde erstmalig 2009 durchgeführt und 2011 in leicht adaptierter Form wiederholt. Neu und ergänzend wurden 2011 auch die Mitarbeitenden der Spitäler und Kliniken befragt. Exemplarisch wird hier das Ergebnis der folgenden Frage aufgezeigt. *Ist in Ihrem Spital ein System zur Erfassung und zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen und Fehlern implementiert? Ist dieses System auf allen Abteilungen und Stationen der Klinik eingeführt?*

Einführung des CIRS in den Spitälern:



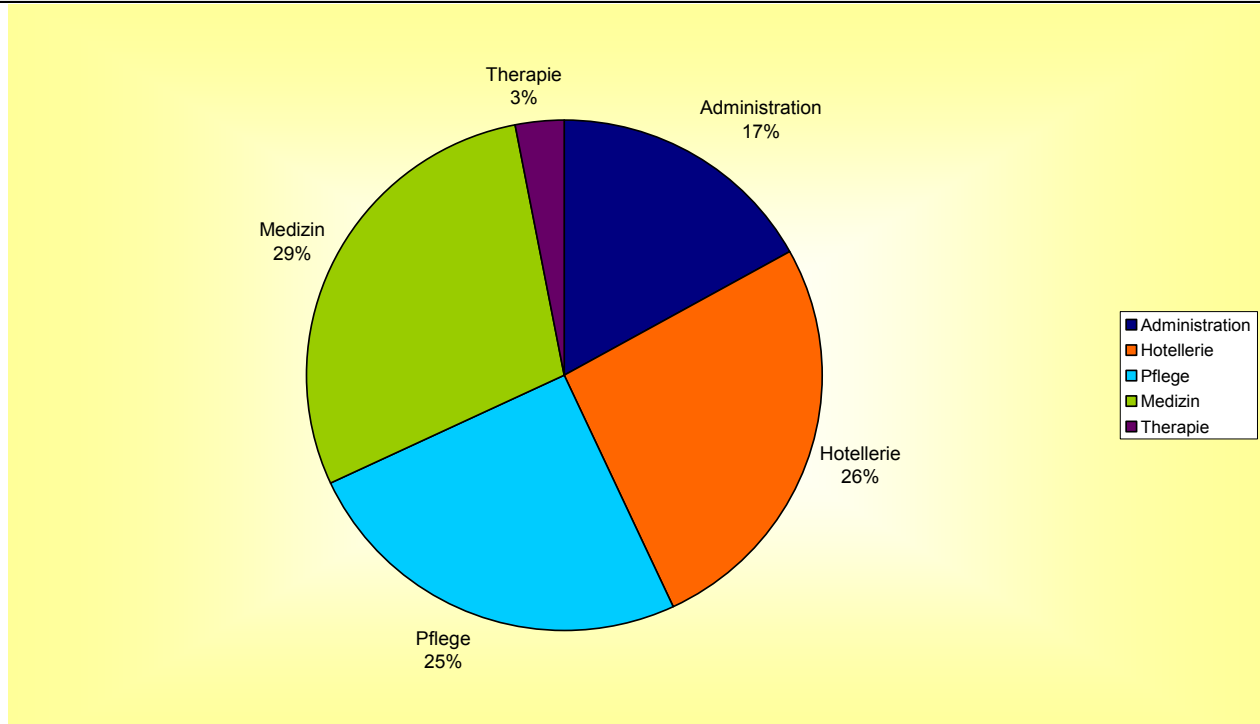
Quelle: Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule (BFH), Auswertung Qualitätsmonitoring 2011.

Die Auswertung zeigt, dass seit der ersten Erhebung 2009 alle Spitäler ein CIRS installiert und auf allen Stationen eingeführt haben. Damit wurde das Ziel des Monitorings, die Leistungserbringer für dieses Thema zu sensibilisieren und zum Handeln einzuladen, vollumfänglich erreicht.

- **Rückmelde- und Beschwerdemanagement**

Alle Leistungserbringer wurden zum systematischen Umgang mit Rückmeldungen und Beschwerden im Berichtsjahr schriftlich befragt. Im Kalenderjahr 2010 sind in allen an der Messung beteiligten Einrichtungen gesamthaft über 1503 Beschwerden eingegangen. Die thematische Aufteilung ist der nachstehenden Grafik zu entnehmen.

Beschwerden in Spitälern nach Themen:



Quelle: Berner Fachhochschule, Auswertung Qualitätsmonitoring 2010

Die Grafik macht deutlich, dass die Mehrheit der Rückmeldungen (57%) zu den Kernbereichen Pflege, Medizin und Therapie eingehen. Danach folgen Beschwerden zu Hotelleistung (26%) und Administration (17%).

- Befragung zum Schnittstellenmanagement. Im Zentrum der derzeitigen Erhebung (2012/2013) steht die Qualität des Schnittstellenmanagements an den Schnittstellen der stationären Versorgung in Basel-Stadt. Ziel ist, in einem partizipativen Entwicklungsprozess die Versorgungsqualität bei Ein- und Austritt in/aus stationären Einrichtungen des Kantons Basel-Stadt zu erhöhen. Eine erste Bestandsaufnahme sowie eine qualitative Einschätzung der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen zwischen den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt und den zuweisenden und nachsorgenden Einrichtungen im Kanton wurde durchgeführt und analysiert.

In den aktuell gültigen Leistungsvereinbarungen wurden mit den Spitälern einige Aspekte der Qualitätssicherung vereinbart. Diese umfassen zum Beispiel Konzepte zu Infektiologie und Hygiene, zu Palliative Care oder zur Verhinderung von Gelegenheitschirurgie. Der Bereich GSV hat Informationen zu den in den Leistungsvereinbarungen enthaltenen Vorgaben eingeholt und ausgewertet. Die Ergebnisse erhöhen die Transparenz um den Stand der Qualitätssicherung in den Spitälern und bilden gegebenenfalls auch die Grundlage für spitalindividuelle Interventionen. Mehrheitlich sind die stationären Leistungserbringer in Basel-Stadt zertifiziert. Zwei Institutionen sind in einer Evaluationsphase für ein für ihr Haus geeignetes Qualitätsmanagementsystem.

Übersicht über die Qualitätszertifizierungen der Spitäler in Basel-Stadt:				
	ISO 9001:2008	EFQM	sanaCert	SLH
St. Claraspital			X	
Merian Iselin Klinik				X
Bethesda Spital				X
Felix Platter-Spital			X	
Adullam Geriatriespital		X		
Universitätsspital Basel	in Evaluationsphase			
Universitäts-Kinderspital beider Basel			X	
Universitäre Psychiatrische Kliniken		X		
Psychiatrische Klinik Sonnenhalde	X			
REHAB Basel		X		
Reha Chrischona	X	X		
Hildegard Hospiz	in Evaluationsphase			
Schmerzklinik Basel	X			

Quelle: eigene Zusammenstellung Bereich GSV

Seit mehreren Jahren verpflichtet der Bereich GSV die Spitäler und Kliniken des Kantons, ihre Qualitätsaktivitäten jährlich in einem Bericht zu publizieren. Die Berichtsvorlage wird von H+ Die Spitäler der Schweiz zur Verfügung gestellt. Viele Spitäler nutzen die Chance, diesen Bericht als Marketinginstrument zu verwenden. Auf der Website des Kantons sind die jeweils aktuellsten Berichte publiziert. In diesen Berichten kann sich der Patient und interessierte Leser von den Qualitätsaktivitäten eines Spitals überzeugen. Die Verpflichtung zum Ausfüllen des Berichtes und die Publikation der Qualitätsberichte wird in der Schweiz derzeit nur noch von den Kantonen Aargau und Bern genutzt.

Als wichtige Massnahme zur Stärkung von Kooperation und Kommunikation unter den Qualitätsbeauftragten der Spitäler in Basel-Stadt organisiert und moderiert die Qualitätsbeauftragte des Gesundheitsdepartements seit 2009 Netzwerktreffen der Spitäler, an denen die Qualitätsbeauftragten sich zu Schwerpunktthemen austauschen können. Diese Netzwerktreffen finden dreimal pro Jahr statt, sie sind immer gut besucht und als Medium zum Austausch gut etabliert.

Im vergangenen Jahr wurde vom Bereich GSV eine Beschwerdestelle eingerichtet. Patienten und Angehörige können sich direkt an das Gesundheitsdepartement wenden und Beschwerden zu ihrer stationären oder spitalambulanten Behandlung in Basel-Stadt vorbringen. Der Bereich GSV vermittelt dann in der Regel die Klärung des Falles durch das behandelnde Spital. Beschwerdeführer nutzen diese Gelegenheit zunehmend mehr, in den letzten Monaten wurden 30 Beschwerden an das Gesundheitsdepartement gerichtet, die in Zusammenarbeit mit den Spitälern geklärt werden konnten. Bei den Hauptgründen für die Beschwerden wurden vorrangig die Behandlungsqualität und die Kommunikationsdefizite zwischen medizinischem Personal und den Patienten sowie der Angehörigen genannt.

Mit oben beschriebenen Massnahmen wird die Qualitätssicherung und -entwicklung der Spitäler und Kliniken gegenüber dem Kanton in seiner Funktion als Regulator und Leistungseinkäufer zunehmend transparenter. Mit der Publikation von Informationen im jährlich erscheinenden Gesundheitsversorgungsbericht, auf der Homepage des Kantons sowie durch weitere Publikationen konnte die Transparenz auch gegenüber der interessierten Öffentlichkeit insbesondere gegenüber den Patienten deutlich gesteigert werden. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt kann umfassende Aktivitäten im Qualitätsmonitoring präsentieren und spielt auch auf nationaler Ebene eine sichtbare Vorreiterrolle.

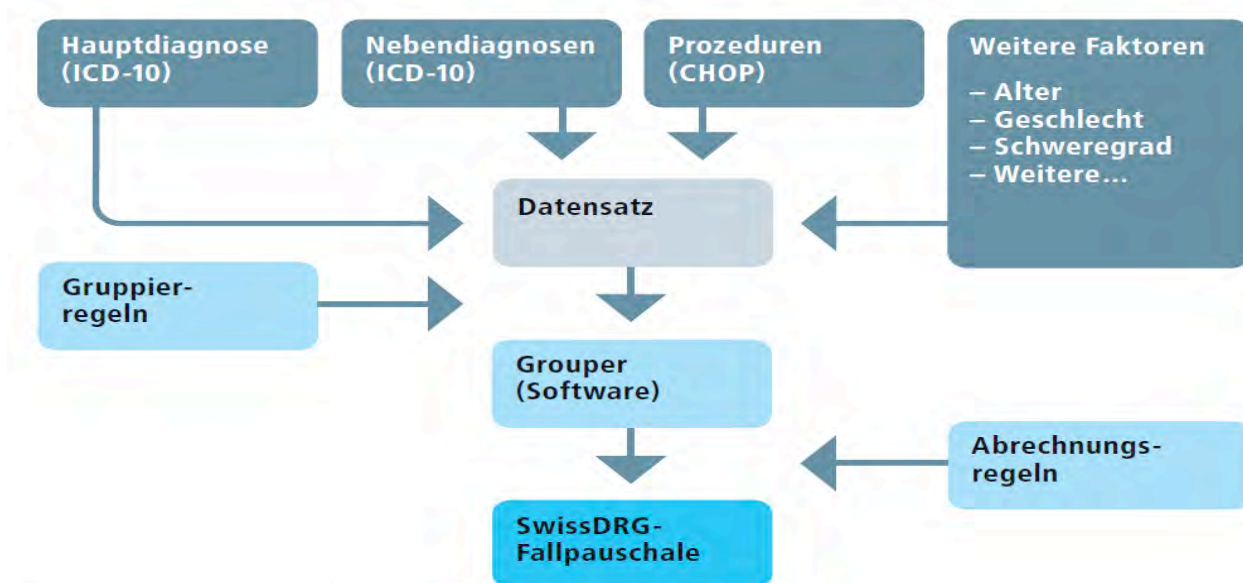
Fazit Qualität

- In Basel-Stadt wird der Qualitätssicherung und -entwicklung in der stationären Versorgung seit Jahren ein hoher Stellenwert beigemessen. Übergeordnete Ziele bleiben der Investitionsschutz sowie das Ausfüllen der Regulatorenrolle.
- Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt kann umfassende Aktivitäten im Qualitätsmonitoring präsentieren und spielt auch auf nationaler Ebene eine sichtbare Vorreiterrolle.
- Die Qualität der erbrachten Leistungen in den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt ist konstant auf hohem Niveau.
- Die Versorgungsqualität wird für die Politik und für die interessierte Öffentlichkeit dank verschiedener Publikationen zunehmend transparenter.

2.5 Versorgungsmonitoring

Die wichtigste Neuregelung der am 21. Dezember 2007 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung ist die Umstellung auf diagnosebezogene Fallgruppen (SwissDRG, Swiss Diagnosis Related Groups), welche am 1. Januar 2012 schweizweit in allen Spitälern eingeführt wurden. Dabei stellen die diagnosebezogenen Fallgruppen ein neues Tarifsysteem für die Vergütung der stationären, akutsomatischen Spitalleistungen dar, womit jeder Krankenhausfall anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, durchgeführte Behandlungen, Schweregrad der Erkrankung sowie dem Alter und Geschlecht der Patientin/des Patienten einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet werden kann. Die genaue Zuordnung eines stationären Krankenhausfalls zu einer bestimmten Fallgruppe erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper)⁶⁰. Der chronologische Ablauf der einzelnen Arbeitsschritte, welche sich bei der Zuweisung eines Krankenhausfalls zu einer bestimmten Fallgruppe ergeben, kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

Kriterien und Vorgehensweise für die Zuordnung eines Krankenhausfalls zu einer bestimmten, pauschal vergüteten SwissDRG-Fallgruppe:



ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.

Sie wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt.

CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation.

Sie wird zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet.

Quelle: SwissDRG AG, Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Basisinformationen für Gesundheitsfachleute.

URL: http://www.swissdrgrg.org/assets/pdf/de/Broschuere_SwissDRG_d_A4.pdf [Zugriff: 22.3.2013]

Durch die schweizweite Einführung der Fallpauschalen haben die Versicherten, Kantone und Versicherer nun die Möglichkeit, kantonsübergreifende, transparente Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Spitälern hinsichtlich der Fallzahl, der Kosten und der Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen vorzunehmen und somit einen zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern in der Schweiz zu lancieren. Dadurch werden für die Leistungserbringer Anreize geschaffen, die spitalinternen Behandlungsprozesse effizienter zu gestalten, was letztendlich zu einer leistungsgerechteren Verteilung der Ressourcen, zu einer Erhöhung der Be-

⁶⁰ SwissDRG AG, Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Basisinformationen für Gesundheitsfachleute.

URL: http://www.swissdrgrg.org/assets/pdf/de/Broschuere_SwissDRG_d_A4.pdf [Zugriff: 22.3.2013]

handlungsqualität und einer Dämpfung der Kostensteigerung im schweizerischen Gesundheitswesen führen soll. Zudem wird durch die Einführung eines einheitlichen, schweizweiten Tarifsystems in Form der SwissDRG-Fallpauschalen die kantonsübergreifende Spitalplanung vereinfacht. Dabei stellt der Wechsel zu einem leistungsorientierten Abrechnungssystem eine tiefgreifende Veränderung im schweizerischen Gesundheitssystem dar. Dies zeigte sich in verschiedenen Ländern wie z. B. den USA und Deutschland, in denen Fallpauschalen eingeführt wurden.

In Deutschland wurde im Jahr 2003 im Rahmen der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung mit § 17b (Krankenhausfinanzierungsgesetz) unter anderem das pauschalisierte Entgeltssystem eingeführt. Der deutsche Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen) auf der Bundesebene verpflichtet, parallel zur Einführung des DRG-Vergütungssystems eine Begleitforschung zu dessen Auswirkungen zu etablieren.

Mittlerweile liegen dazu bereits einige Studien vor, welche es erlauben, eine Zwischenbilanz zu ziehen. Dabei konnte für das deutsche Gesundheitssystem gezeigt werden, dass sich das Krankenhausfinanzierungsgesetz direkt oder indirekt auf die Gesundheitsversorgung und demnach auch auf die Gesundheit der Versicherten auswirken kann^{61, 62}.

Da in der Schweiz eine ähnliche Ausgangslage wie in Deutschland besteht, können bei der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz aus folgenden Gründen ähnliche Auswirkungen wie in Deutschland erwartet werden:

1. Das Fallpauschalenvergütungssystem in Deutschland ist ähnlich zu dem schweizerischen Tarifsystem (SwissDRG ist eine modifizierte Version der GermanDRG).
2. Die Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Deutschland bzw. der Neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz findet relativ zeitnah statt. Somit sind die Auswirkungen im Kontext des medizinisch-technologischen Fortschritts vergleichbar.
3. Das deutsche Gesundheitssystem ist demjenigen der Schweiz ähnlicher als zum Beispiel dem der USA oder dem von Grossbritannien.

Demzufolge muss angenommen werden, dass sich in der Schweiz, nach Einführung der Fallpauschalen im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung, Aspekte der Qualität (Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen), der Gerechtigkeit (Zugang zum Gesundheitswesen für die Versicherten, Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals) und der Finanzierbarkeit (Wirtschaftlichkeit der Leistungen) der Gesundheitsversorgung zuungunsten oder auch zugunsten von Patienten, ihren Angehörigen und des Gesundheitspersonals verändern können. Da diese jedoch die übergeordneten Ziele der Gesundheitsversorgung in der Schweiz sind, muss gewährleistet werden, dass die Neue Spitalfinanzierung nicht zu ihrer Verschlechterung führt. Damit dieser Fall nicht eintritt und gegebenenfalls frühzeitig mittels Gesetzesanpassungen reagiert werden kann, schreibt die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft in Artikel 170 vor, dass die Wirksamkeit von Bundesmassnahmen untersucht werden müssen. Daher hat der Bundesrat am 25.5.2011 beschlossen, mit einer Wirksamkeitsprüfung die von der Neuen Spitalfinanzierung verursachten Veränderungen zu erforschen. Von 2012 bis 2018 sollen sechs wissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Dabei sind die untersuchten Themen den Bereichen Risikoselektion, Spitalorganisation, Behandlungsqualität, Pflege, Zugang und Kostenentwicklung im Gesundheitssystem zuzuordnen^{63, 64}. Erste Erkenntnisse und Resultate werden zwar erst in zwei bis fünf

⁶¹ Rau F, Roeder N, Hensen R. 2009: Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Verlag W. Kohlhammer. ISBN 978-3-17-020349-5

⁶² Erlanger T. 2012: Chancen und Risiken der Neuen Spitalfinanzierung. Abschätzung möglicher Folgen und Empfehlungen zur Umsetzung. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP). ISBN 978-3-85707-116-4

⁶³ Bundesrat. 25.5.2011: Neue Spitalfinanzierung: Bundesrat gibt grünes Licht für Wirkungsanalyse.

URL: <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=39307> [Zugriff: 22.3.2013]

⁶⁴ Kleinknecht, M, Frei IA, Spichiger, E, Müller, M, Martin, JS, Straudacher, D, et al. 2011: Begleitforschung: Daten vor und nach der DRG-Einführung. Krankenpflege. Soins infirmiers, 104(2):16–8, 52–4

Jahren erwartet, sollten aber dazu dienen, die Rahmenbedingungen der Neuen Spitalfinanzierung zu verbessern oder sogar frühzeitig Gesetzesanpassungen zu veranlassen.

Damit auch nach dem Inkrafttreten der Neuen Spitalfinanzierung eine weiterhin qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt bestehen bleibt und eventuell auftretende, negative Entwicklungen frühzeitig erkannt und entsprechende Gegenmassnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können, hat das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt seit dem Jahr 2011 ein Versorgungsmonitoring eingerichtet. Dieses hat primär die Aufgabe, die Qualität, die Wirtschaftlichkeit, die Entwicklung der inner- und ausserkantonalen Patientenströme und die Fallzahlen der erbrachten innerkantonalen Spitalleistungen auszuwerten und mit den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bzw. Bundesamt für Statistik (BFS) jährlich publizierten, schweizweiten Daten zu vergleichen. Diese Datenauswertungen sollen dem Gesundheitsdepartement dann letztlich dazu dienen, eventuell auftretende Versorgungslücken und Qualitätsmängel im Kanton Basel-Stadt frühzeitig erkennen und beheben zu können, damit der basel-städtischen Wohnbevölkerung auch weiterhin der Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Versorgungssystem gewährleistet werden kann. Diese Qualitätssicherung wirkt sich dann schliesslich auch positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem aus, da dadurch unwirksame oder unnötige Leistungen und unerwünschte Komplikationen bei den Versicherten vermieden werden.

Dazu holt der Kanton Basel-Stadt in seiner Funktion als Regulator spitalübergreifend oder auch spitalindividuell Informationen, Konzepte und Messergebnisse zur Qualitätssicherung ein, mit dem Ziel, diese Informationen zur Behandlungsqualität der basel-städtischen Wohnbevölkerung in Form einer frei zugänglichen Publikation zur Verfügung zu stellen. Ein Beispiel hierfür ist die Rate der im Spital erworbenen (nosokomialen) Infektionen in den akut-somatischen Spitälern des Kantons, die im Gesundheitsversorgungsbericht 2011 publiziert wurde^{62, 65}. Durch die damit erreichte Transparenz und die Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitäler wird eine Basis zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern geschaffen. Somit können die Patientinnen und Patienten frei entscheiden, wo sie sich stationär behandeln lassen möchten. Die transparente Vergleichbarkeit der einzelnen Spitäler und die Information der Versicherten über die jeweils erzielten Qualitätsergebnisse werden letztlich dazu führen, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen dahin fliessen, wo für die Patientinnen und Patienten die qualitativ bessere Versorgungsleistung erbracht wird. Um möglichst sichere und umfassende Aussagen über die Ergebnisqualität der einzelnen Spitäler treffen zu können, verpflichtet das Gesundheitsdepartement alle Leistungserbringer im Kanton, neben den Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), zusätzlich noch zu mindestens einer weiteren kantonalen Befragung pro Jahr. Diese ist Teil des für die Spitäler verbindlichen Reglements des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt (QuBA)⁶².

In den Qualitätsindikatoren des BAG werden Fallzahlen, Anteilswerte (z. B. Kaiserschnitttrate) sowie die Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen pro Spital berechnet und publiziert. Die Datengrundlage ist die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS ab dem Jahr 2008. Die Indikatoren bezwecken einerseits, der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in die Tätigkeit der Spitäler zu ermöglichen und den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu geben, die Spitalwahl faktenbasiert zu treffen^{66, 67}.

Andererseits verwendet das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt diese Zahlen, um in den akut-somatischen Spitälern des Kantons statistisch signifikante Ausreisser in der Mortalität oder den Anteilswerten zu erfassen. Die Spitäler werden zuerst aufgefordert, zu diesen Zahlen Stellung zu nehmen. Falls nach Studium der Patientendokumentation kein Beleg zugunsten der Behandlungsqualität erbracht werden kann, werden in Zusammenarbeit mit dem Spital qualitätsfördernde Massnahmen ausgearbeitet.

⁶⁵ Gesundheitsdepartement Basel-Stadt: Bereich Gesundheitsversorgung. 2012. Gesundheitsversorgungsbericht 2011. Über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeheime und Spitex-Einrichtungen. URL: http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gsv-bericht_2011_einzelseiten.pdf [Zugriff: 22.3.2013]

⁶⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG). 09.10.2009. Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html> [Zugriff: 22.3.2013]

⁶⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG). 2012: Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. URL: www.bag.admin.ch [Zugriff: 22.3.2013]

Ein geeignetes Instrument für die Leistungserbringer zur Evaluation des Optimierungspotenzials ist das «Krankenakten-Peer-Review», mit dem in Deutschland und Österreich bereits Erfahrungen gesammelt werden konnten⁶⁸. Im Rahmen des «Krankenakten-Peer-Review-Verfahrens» werden, bei statistischen Auffälligkeiten in einer Klinik, konkrete Krankenhausfälle von medizinischen Experten kritisch und nach einer klar festgelegten Vorgehensweise analysiert. Diese Experten sind selbst Chefärzte oder leitende Ärzte einer Abteilung und daher mit den täglichen Problemen in den Routineabläufen einer Klinik bestens vertraut. Ausserdem sind sie anerkannte Fachexperten ihres jeweiligen Fachgebietes. Aus Gründen der Praktikabilität erfolgt eine solche Fallbetrachtung durch retrospektive Aktenanalysen, wohl wissend, dass im Nachhinein mit der Kenntnis des weiteren Verlaufs unter Umständen Entscheidungen zur Diagnostik und Therapie ggf. anders getroffen würden. Die «Peer-Review-Verfahren» betreffen in der Regel eine Abteilung und eine Erkrankung oder Therapieentität wie z. B. Herzinfarkt oder Kolonresektionen oder auch langzeitbeatmete Patienten⁶⁹.

Darüber hinaus werden vom Gesundheitsdepartement weitere verschiedene Methoden zur Qualitätsmessung und -kontrolle angewendet. Diese sind z. T. vom Gesundheitsdepartement mitentwickelt worden oder wurden von anderen Kantonen bzw. Organisationen wie der H+ (Spitzenverband der Schweizer Spitäler) oder der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) übernommen:

- Um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, sind die Spitäler verpflichtet, für einen Leistungsauftrag in den jeweiligen spezialisierten medizinischen Fachbereichen über eine entsprechende Infrastruktur (z. B. Notfallaufnahme, Intensivstation oder spezialisierte Laboratorien) zu verfügen. Diese Vorgaben wurden im Rahmen der Leistungsgruppen von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelt⁷⁰.
- Vorgaben für Präsenz (Dignität) der jeweiligen Fachärzte werden erlassen. So werden z. B. in der Geburtshilfe Vorgaben betreffend der Verfügbarkeit der Gynäkologinnen und Gynäkologen gemacht. Dies wird durch die maximale Zeit, die zwischen Entscheidung und Entbindung (E-E-Zeit) verstreichen darf, geregelt.
- Weitere wichtige Vorgaben sind die Mindestfallzahlen. In 30 der 125 Zürcher Leistungsgruppen im stationären akutsomatischen Bereich und in der Rehabilitation wird eine Mindestanzahl an Behandlungsfällen vorgeschrieben, die ein Leistungserbringer jährlich vorweisen muss, um den Leistungsauftrag zu erhalten bzw. zu behalten. Dieses Kriterium gründet auf der wissenschaftlich bewiesenen Tatsache, dass sich für bestimmte Indikationen die Behandlungsqualität mit der Anzahl der behandelten Fälle erhöht^{71,72}. Um eine vermehrte Konzentration der Leistungen zu erreichen, wird ab dem Jahr 2015 die Zusammenarbeit zwischen Anbietern von spezialisierten Leistungen unter Berücksichtigung der Mindestmengen pro Standort ausdrücklich gefordert.
- In diesem Zusammenhang müssen die Spitäler auch ein «Konzept zur Verhinderung der Gelegenheitschirurgie und -medizin» vorlegen. Das Konzept muss neben Aussagen zum Umgang mit geringen Fallzahlen auch Informationen zur Qualität der Indikationsstellung und zur Ergebnisqualität enthalten.
- In der Leistungsvereinbarung werden die einzelnen Spitäler verpflichtet, eine bestimmte Anzahl an Ausbildungsplätzen zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf wird von der Organisation der Arbeitswelt (OdA) Gesundheit beider Basel erhoben und danach vom Gesundheitsdepartement verbindlich in die Leistungsvereinbarung aufgenommen. Unterschreitet ein Leistungsanbieter diese Anzahl, müssen durch diesen Kompensationszahlungen geleistet werden.

⁶⁸ Initiative Qualitätsmedizin. 2012: Peer Review. Behandlungsabläufe und Strukturen der Patientenversorgung kontinuierlich verbessern.

URL: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/peer-review/> [Zugriff: 22.3.2013]

⁶⁹ Kühlen R, Rink O, Zacher J. 2010: Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Initiative Qualitätsmedizin und Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. ISBN 978-3-941468-30-6

⁷⁰ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. 2012. Spitalplanung 2012, Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG).

URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/leistungsgruppen.html [Zugriff: 22.3.2013]

⁷¹ Halm, EA, Lee, C, Chassin, MR. 2002: Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature.

Annals of Internal Medicine, 137(6):511-20

⁷² Joynt, KE, Orav, EJ, Jha, AK. 2011: The association between hospital volume and processes, outcomes, and costs of care for congestive heart failure.

Annals of Internal Medicine, 154(2):94–102

Da sich die Indikatoren zur Ergebnisqualität am besten eignen, um die eigentlichen Versorgungsleistungen der Spitäler zu prüfen und miteinander zu vergleichen, plant das Gesundheitsdepartement, zusätzlich zu der Erfassung der Qualitätsindikatoren des BAG und den Messungen des ANQ, die verbindliche Erhebung von zwei weiteren Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Orthopädie bzw. der Kardiologie in die nächsten Leistungsvereinbarungen mit aufzunehmen:

- Der Core Outcome Measures Index (COMI) misst anhand eines Fragebogens zu den Bereichen Schmerzintensität, Gelenkfunktion, symptomspezifisches Wohlbefinden, Lebensqualität und Einschränkung bei der Ausübung der gewohnten Tätigkeiten im Alltag (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) vor und nach einem orthopädischen Eingriff an der Wirbelsäule, dem Knie- oder Hüftgelenk die Wirksamkeit der Behandlung. Darüber hinaus werden die behandelten Patientinnen und Patienten in den Fragebögen nach der Operation zusätzlich noch nach aufgetretenen Komplikationen (Störung der Wundheilung, Lähmung, Gefühlsstörungen), erneut durchgeführten Operationen, der Behandlungszufriedenheit und dem subjektiv empfundenen Nutzen des operativen Eingriffs befragt, womit neben der Wirksamkeit auch die Qualität der Behandlung gemessen wird^{73, 74}.
- Der EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) ist eine Methode zur Berechnung der wahrscheinlichen Mortalität von Patientinnen und Patienten, die sich einer Herzoperation unterziehen. Die postoperative Mortalität ist ein geeignetes Messinstrument zur Bestimmung der Behandlungsqualität in der Herzchirurgie⁷⁵.

Letztlich sollen die analysierten Daten zur Qualitätsmessung und -kontrolle dem Gesundheitsdepartement als Grundlage zur Neugestaltung der Leistungsaufträge mit den Spitälern dienen, um damit folgende Ziele zu verfolgen⁶²:

- Spitalleistungen sollten konzentriert werden, das heisst, bestimmte Eingriffe sollen von möglichst wenigen Anbietern durchgeführt werden und gewisse Leistungsgruppen, die sehr kleine Fallzahlen aufweisen, sollen den Spitälern nicht mehr zugeteilt werden. Damit sollen in den ausgewählten, wettbewerbsfähigen Spitälern möglichst hohe Fallzahlen und Qualitätsstandards erreicht werden. Dieses Ziel basiert auf der wissenschaftlich bewiesenen Tatsache, dass sich, wie oben bereits erwähnt, für bestimmte Indikationen die Behandlungsqualität mit der zunehmenden Anzahl der behandelten Fälle erhöht^{71, 72}.
- Spitälern, welche im Qualitätsvergleich abfallen, soll der Leistungsauftrag befristet erteilt werden. Die Spitäler werden verpflichtet, die entsprechenden Qualitätsmängel eigenständig zu beheben. Spitälern, welche die Qualität in den entsprechenden Bereichen nicht verbessern können, wird als ultimativer Schritt der Leistungsauftrag nicht mehr verlängert.
- Bei der Neugestaltung der Leistungsaufträge gilt es, eine sinnvolle und gesetzeskonforme Mischung zwischen Gesundheitsversorgungsplanung und Wettbewerb zu finden. Einerseits ist der Kanton zuständig, den innerkantonalen Bedarf abzudecken, andererseits sollen die zur Verfügung stehenden Ressourcen aber dahin fliessen, wo für die basel-städtische Wohnbevölkerung die qualitativ bessere Versorgungsleistung erbracht wird.

⁷³ Impellizzeri, FM, Mannion, AF, Naal, FD, Leunig, M. 2013: A Core Outcome Measures Index (COMI) for patients undergoing hip arthroplasty. The Journal of Arthroplasty, Article in press

⁷⁴ The Spine Society of Europe (EuroSpine).

URL: <http://www.eurospine.org/p31000375.html> [Zugriff: 14.5.2013]

⁷⁵ European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE).

URL: <http://www.euroscore.org/> [Zugriff: 22.3.2013]

Fazit Versorgungsmonitoring

- Durch die schweizweite Einführung der Fallpauschalen haben die Versicherten, Kantone und Versicherer nun die Möglichkeit, kantonsübergreifende, transparente Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Spitälern hinsichtlich der Fallzahlen, der Kosten und der Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen vorzunehmen und somit einen zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern in der Schweiz zu lancieren. Dadurch werden für die Leistungserbringer Anreize geschaffen, die spitalinternen Behandlungsprozesse effizienter zu gestalten, was letztlich zu einer leistungsgerechteren Verteilung der Ressourcen, zu einer Erhöhung der Behandlungsqualität und einer Dämpfung der Kostensteigerung im schweizerischen Gesundheitswesen führen wird.
- Durch das vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt seit dem Jahr 2011 neu eingerichtete Versorgungsmonitoring soll der basel-städtischen Wohnbevölkerung auch nach dem Inkrafttreten der Neuen Spitalfinanzierung weiterhin der Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Versorgungssystem gewährleistet werden. Diese Qualitätssicherung wird sich positiv auf die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Stadt auswirken, da dadurch unwirksame oder unnötige Leistungen und unerwünschte Komplikationen bei den Versicherten vermieden werden.
- Das Gesundheitsdepartement plant, zusätzlich zu der Erfassung der Qualitätsindikatoren des BAG und den Messungen des ANQ, die verbindliche Erhebung von zwei weiteren Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Orthopädie (Core Outcome Measures Index [COMI]) bzw. der Kardiologie (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation [EuroSCORE]) in die nächsten Leistungsvereinbarungen mit aufzunehmen, da dadurch die Ergebnisqualität und somit auch die eigentlichen Versorgungsleistungen der Spitäler noch besser überprüft und miteinander verglichen werden können⁶².

2.6 Prävention

2.6.1 Ausgangslage

Prävention und Gesundheitsförderung werden in der Schweiz hauptsächlich über das kantonale Recht geregelt. Die Kantone und Gemeinden sind schwergewichtig für die Planung von Massnahmen sowie die Steuerung und Umsetzung der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Die Zuständigkeit des Bundes beschränkt sich auf einige wenige Bereiche, wie zum Beispiel die Schaffung von nationalen Rahmenbedingungen.

Der 2011 publizierte Bericht der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über das schweizerische Gesundheitssystem⁷⁶ hat gezeigt, dass das schweizerische Gesundheitssystem zu den besten der OECD-Mitgliedstaaten zählt: Es ist sehr leistungsfähig, aber auch teuer. Im Jahr 2009 lagen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz bei 11,4% des BIP, was über dem Durchschnitt von 9,5% der OECD-Länder lag. In Zukunft, so zeigt der Bericht, steht die Schweiz vor neuen Herausforderungen, damit die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechterhalten werden kann. Denn die Schweizer Bevölkerung weist im Vergleich zu den meisten anderen Ländern ein höheres Alter auf, gleichzeitig wird die Zahl der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen künftig noch stärker ansteigen. Ferner lässt der Lebensstil der Schweizer Bevölkerung gemäss dem Bericht eine Zunahme der Gesundheitsrisiken und deren Folgen erwarten. So ist z. B. die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) der Fettleibigkeit bei der erwachsenen Schweizer Bevölkerung aktuell zwar noch niedrig, weist jedoch – insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung – eine steigende Tendenz auf. Die Ansprüche an unser Gesundheitssystem werden demnach weiter steigen. Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass zurzeit nur 2,3% aller Ausgaben im schweizerischen Gesundheitssystem in die Gesundheitsförderung und Prävention fliessen. Aufgrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung und der Zunahme der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen empfehlen OECD und WHO in ihrem Bericht, das Gesundheitssystem künftig stärker als bisher auf Grundversorgung und Prävention auszurichten.

Der Kanton Basel-Stadt sieht sich mit verschiedenen Problemstellungen im Bereich der Gesundheit seiner Bevölkerung konfrontiert. So weist der Kanton Basel-Stadt bzw. die Stadt Basel im Vergleich zu den Städten Bern und Zürich die meisten übergewichtigen Kinder und Jugendlichen, eine hohe Anzahl älterer Menschen sowie einen im Vergleich zur übrigen Schweiz (22%)⁷⁷ hohen Anteil an ausländischer Wohnbevölkerung von 33% auf. Der Kanton Basel-Stadt weist aber auch gewisse strukturelle Eigenheiten auf, welche sich auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen günstig auswirken können. So lassen sich etwa geeignete Massnahmen aufgrund seiner Struktur als Stadtkanton rascher und effizienter umsetzen als in anderen, mehrstufig organisierten Gemeinwesen.

2.6.2 Die kantonalen Präventionsziele

Die vom Gesundheitsdepartement geplante und sich in Umsetzung befindende wirksame und nachhaltige Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik basiert auf den 21 Gesundheitszielen des WHO-Regionalbüros Europa für das 21. Jahrhundert, welche für die kantonale Ebene adaptiert und umgesetzt werden. Bei der Entwicklung und Planung von Projekten und Programmen werden insbesondere auch die Ergebnisse der kantonalen Gesundheitsbefragungen berücksichtigt. Die bisherigen Ergebnisse haben einen Handlungsbedarf in den Themenfeldern Alter und Gesundheit, psychische Gesundheit, gesundes Körpergewicht, Migration und Gesundheit sowie Intervention im Suchtbereich (Alkohol, Tabak und Verhaltenssüchte) gezeigt. Das Gesundheitsdepartement hat diese Themen aufgenommen und dazu verschiedene Programme entwickelt, die

⁷⁶ OECD, Bericht über Gesundheitssysteme Schweiz–OECD 2011, siehe http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en

⁷⁷ Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren Bevölkerung nach Alter und Staatsangehörigkeit, Jahresende 2010, Bundesamt für Statistik

– z.T. schon seit einigen Jahren – umgesetzt werden. Aufbau und Inhalt der verschiedenen Programme zu den genannten Themen werden nachfolgend beschrieben. Die basierend auf den verschiedenen Zielen und Programmen entwickelten Angebotsstrukturen werden regelmässig vom Gesundheitsdepartement überprüft und bei Bedarf angepasst. Die Verteilung der im Jahr 2012 aufgewendeten Sachmittel auf die verschiedenen laufenden Programme ist aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich.

Programm des Kantons Basel-Stadt	Kosten 2012 in CHF
Alter und Gesundheit	210 000
Psychische Gesundheit	280 000
Gesundes Körpergewicht*	400 000
Gesundheitsförderung im Frühbereich	300 000
Migration und Gesundheit (ohne Querschnittsprojekte)	70 000
Intervention im Suchtbereich**	225 000
Total	1 485 000

* Davon werden 220 000 Franken von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert

** Davon werden 175 000 Franken aus dem dem Kanton zufließenden Alkoholzehntel (Alkoholsteuer des Bundes) finanziert

2.6.3 Die konkreten Programme

Das Programm «Gesundes Körpergewicht Basel-Stadt»



Die Gewichtsdaten, die regelmässig bei den schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erhoben werden, zeigten im Schuljahr 2006/2007, dass jedes vierte Schulkind im Kanton Basel-Stadt zu viel wiegt. Der Kanton Basel-Stadt führte deshalb 2007 das kantonale Aktionsprogramm für ein gesundes Körpergewicht ein und gehörte damit zu den ersten Kantonen, die dieses Aktionsprogramm in Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz lancierten. Das Aktionsprogramm «Gesundes Körpergewicht Basel-Stadt» bezweckt, den Anteil der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht zu erhöhen und der zunehmenden Entwicklung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Die erste Phase von viereinhalb Jahre (2007–2011) verlief erfolgreich, der steigende Trend betreffend Übergewicht von Kindern und Jugendlichen setzte sich in den ersten Programmjahren nicht weiter fort. Dank der Mitfinanzierung des Programms durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz konnten bestehende Angebote erweitert, neue Projekte implementiert und somit flächendeckender gearbeitet werden.

In der zweiten Phase des kantonalen Aktionsprogramms (2012–2015) soll einem erneuten Anstieg des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen weiter entgegengewirkt und auf Stufe Kindergarten und Primarschule eine Trendumkehr erreicht werden. Diese Ausrichtung wird im Umsetzungsplan des kantonalen Aktionsprogramms

«Gesundes Körpergewicht Basel-Stadt 2012–2015» mit konkreten Zielsetzungen ergänzt. Inzwischen setzen bereits 22 Kantone das Aktionsprogramm um.

Die wichtigsten Elemente der ersten Phase bildeten insbesondere das Projekt «Burzelbaum – bewegter Kindergarten», das Schulstufenkonzept «Rüebli, Zimt & Co» sowie das Gewichtsmonitoring.

Das Projekt «Burzelbaum» wurde 2005 in den Basler Kindergärten eingeführt, um die Bewegung im Kindergartenalltag zu fördern. Die Evaluation des Projektes hat gezeigt, dass dieses Ziel erreicht werden konnte. Das Projekt wurde von der Swiss Olympic Association im Jahr 2006 mit der IOC-Trophäe «Sport et Communauté» ausgezeichnet. Seit 2012 ist «Burzelbaum» flächendeckend in allen Kindergärten im Kanton Basel-Stadt eingeführt.

Mit dem Schulstufenkonzept «Rüebli, Zimt & Co.» konnte ein Ernährungslabel für die Primarschule als festes Angebot im Basler Präventionsprogramm geschaffen werden. Das Schulstufenkonzept beinhaltet eine Ernährungswerkstatt, eine interaktive Ernährungsausstellung und verschiedenes Unterrichtsmaterial. Der Gewichtsmonitor ist eine Langzeitbeobachtung von Gewichtsdaten bei Kindern und Jugendlichen in den Städten Basel, Bern und Zürich. Dieser Monitor ist ein entscheidendes Element in der Gesamtevaluation des Programms «Gesundes Körpergewicht Basel-Stadt». Die Evaluation wird von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert.

Das Programm «Alter und Gesundheit»

Der Kanton Basel-Stadt hat bis 2007 schwergewichtig eine auf die Alterspflege ausgerichtete Alterspolitik betrieben, welche den Handlungsbedarf bezüglich Betreuung alter und gebrechlicher Menschen abdeckte. Aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Realitäten zeigte sich der Bedarf nach einer Ergänzung der Alterspflegepolitik. Deshalb wurde neben der bisherigen Alterspflegepolitik unter dem gemeinsamen Dach der Alterspolitik die Seniorenpolitik eingeführt, Ziel dabei ist es, Anliegen der älteren Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen und deren Eigeninitiative, Selbsthilfe, Selbstverantwortung und Engagement von staatlicher Seite zu fördern. Dazu gehört auch die Gesundheitsförderung und Prävention bei der älteren Generation, weil auch im Alter die Förderung der Gesundheit grosses Potenzial besitzt, durch dessen Nutzung die individuelle Lebensqualität länger aufrechterhalten werden kann. Schwerpunkte sind dabei die Themen Bewegung, Krafttraining, Ernährung sowie psychische Gesundheit.

Die wichtigsten Elemente des Programms «Alter und Gesundheit» sind insbesondere das Projekt «Café Balance» und der jährliche Auftritt an der Mustermesse Basel (muba). Das Projekt «Café Balance» ist ein Angebot in den Quartierzentren für Seniorinnen und Senioren, die gemeinsam in Bewegung bleiben möchten. Ziele dieses Projektes sind die Steigerung des psychischen wie auch des physischen Wohlbefindens über Bewegung und die Förderung sozialer Kontakte. Neben dem Cafébetrieb haben die Seniorinnen und Senioren die Möglichkeit, an einer Rhythmik-Lektion teilzunehmen. Das Projekt «Café Balance» ist mittlerweile in acht Quartiertreffpunkten der Stadt Basel etabliert. Bis im Jahr 2015 sollen weitere Standorte dazu kommen, sodass daraus ein flächendeckendes Angebot im Kanton Basel-Stadt entsteht. Der Auftritt in der muba-Sonderausstellung «Älter werden – aktiv bleiben» wird in Zusammenarbeit mit dem Seniorenforum geplant und durchgeführt. Jedes Jahr wird auf ein anderes Gesundheitsthema fokussiert, mit dem Ziel, die Seniorinnen und Senioren über verschiedene Aspekte aus dem Gesundheitsbereich vor Ort zu informieren. 2012 gaben 66 836 Personen an, die muba wegen der Sonderschau «Älter werden – aktiv bleiben» besucht zu haben. Das entspricht 22% der insgesamt 303 800 muba-Besuchenden im Jahre 2012.

Das Programm «Psychische Gesundheit»



Depressionen, Angsterkrankungen, Demenzen und Schizophrenien zählen mittlerweile weltweit zu den häufigsten Erkrankungen und sind damit durchaus vergleichbar mit den sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes oder Übergewicht. Rund 50% der Schweizer Wohnbevölkerung leiden während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung.

Dabei stellen Depressionen die am weitesten verbreitete Störung dar. Im Jahr 2010 wurde deshalb das Programm «Psychische Gesundheit» ins Leben gerufen, welches von der Abteilung Prävention des Bereichs Gesundheitsdienste des Gesundheitsdepartements in enger Zusammenarbeit mit Vertretenden der Fachverbände, der Ärzteschaft und der Psychologie wie auch der Universitären Psychiatrischen Kliniken entwickelt wurde. Ziele dieses Programms sind die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und der Vitalität der Gesamtbevölkerung, die Erhöhung der Eigenverantwortung und die Verbesserung der Mitsprache von Betroffenen sowie die Reduktion von Morbidität, Mortalität und Invalidität infolge psychischer Erkrankungen. Ferner sollen eine bessere

Vernetzung der therapeutischen Angebote und ein Ausbau von niederschweligen Angeboten erreicht werden.

Die wichtigsten Punkte des Programms «Psychische Gesundheit» sind insbesondere die Kampagne «Alles Gute» und die ergänzende Veranstaltungsreihe für die breite Bevölkerung. Über die Kampagne «Alles Gute» zum Thema Depression sollen psychische Erkrankungen durch fundierte Informationen nach und nach enttabuisiert werden. Gefährdete oder bereits erkrankte Menschen und deren Angehörige gelangen dadurch schneller zu den nötigen Informationen zu entsprechenden Hilfsangeboten. Die Evaluation der ersten Staffel der Plakatkampagne und der visuellen Umsetzung hat ergeben, dass das Thema von der Bevölkerung als sehr relevant eingeschätzt wird. Der Bekanntheitsgrad der Kampagne kann als sehr zufriedenstellend beurteilt werden.

Das Programm «Gesundheitsförderung im Frühbereich»

Viele Kinder weisen beim Eintritt in den Kindergarten gesundheitliche Probleme und Entwicklungsdefizite auf, deren Folgen sich häufig bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Daten der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des Schuljahres 2007/2008 zeigten, dass bei Kindergarten-eintritt bereits 14% der Kinder übergewichtig sind. Nichtschweizer Kinder sind davon häufiger betroffen als Schweizer Kinder. Auch werden die empfohlenen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Alter von vier Jahren nur von der Hälfte der Eltern wahrgenommen. Im Herbst 2009 wurde deshalb das Programm «Gesundheitsförderung im Frühbereich» lanciert, das sich in die kantonale Gesamtstrategie «Prävention und Gesundheitsförderung» einfügt. Ziel dieses Programms ist es, gegenüber Eltern und Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung bereits in den ersten Lebensjahren aufzuzeigen und die Inanspruchnahme bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote, insbesondere der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der Mütter- und Väterberatung Basel-Stadt, zu verbessern. Ferner sollen Familien mit besonderen Bedürfnissen frühzeitig erkannt und adäquate

Behandlungen vermittelt werden. Daneben soll mindestens einmal jährlich ein Kontakt einer Fachperson mit allen Kindern im Vorschulalter bestehen.

Das Projekt «Promotion der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen» ist ein erfolgreiches Element des Programms «Gesundheitsförderung im Frühbereich». Zur Förderung der Inanspruchnahme der empfohlenen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden seit 2010 regelmässig alle im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Familien mit zwei- und vierjährigen Kindern angeschrieben, um auf die Wichtigkeit der empfohlenen Zwei- und Vierjahreskontrolle bei ihrer behandelnden Kinderärztin/ihrem behandelnden Kinderarzt in einer spezifischen Aktion hinzuweisen. Ziel dabei ist es, dass durch die Zwei- bzw. Vierjahreskontrolle Entwicklungsdefizite oder gesundheitliche Probleme frühzeitig erkannt werden und den betroffenen Kindern rasche Unterstützung angeboten werden kann.

Das Programm «Migration und Gesundheit»



Der Kanton Basel-Stadt weist einen Ausländeranteil von 33% auf, was deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 22% liegt. Verschiedene Gesundheitsbefragungen haben gezeigt, dass bei der Migrationsbevölkerung Gesundheitsprobleme häufiger auftreten, Migrantinnen und Migranten z.T. grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und weniger leicht einen adäquaten Zugang zum schweizerischen Gesundheitssystem finden. Probleme bestehen insbesondere betreffend Herz-Kreislauf-Krankheiten, Körpergewicht, übertragbare Krankheiten, berufsbedingte Beschwerden und bei der psychischen Gesundheit⁷⁸. Basierend auf der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» hat das Gesundheitsdepartement 2008 begonnen, ein kantonales Programm «Migration und Gesundheit» aufzubauen. Dessen Ziele sind die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung und der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem.

Die wichtigsten Punkte des Programms «Migration und Gesundheit» sind u.a. die spezifischen Kursangebote des Vereins Gsünder Basel und die

Zeitschriften zum Thema Migration und Gesundheit. Im Auftrag des Kantons Basel-Stadt bietet der Verein Gsünder Basel Kurse an, die mit Unterstützung von Migrantinnen und Migranten entwickelt und an die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung angepasst wurden. Gsünder Basel arbeitet dabei mit interkulturellen Vermittelnden sowie Vereinen und Institutionen aus dem Migrationsbereich zusammen. Die Zeitschriften zum Thema Migration und Gesundheit haben zum Ziel, die Gesundheitskompetenz der jeweiligen Bevölkerungsgruppen zu erhöhen und den Zugang zu diesen Gruppen zu vereinfachen. Die Zeitschriften sind zweisprachig in Deutsch und der jeweiligen Fremdsprache (Türkisch, Tamilisch und Italienisch) erschienen.

⁷⁸ Gesundheit im Kanton Basel-Stadt, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, Neuchâtel, 2005

Das Programm «Intervention im Suchtbereich»



Die für den aktuellen Jugendgesundheitsbericht Basel-Stadt 2012⁷⁹ im Rahmen der freiwilligen schulärztlichen Untersuchungen durchgeführte Befragung von 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern der neunten Klasse (Weiterbildungsschule und Gymnasium) zeigt, dass fast jede/jeder dritte Jugendliche (28%) schon einmal stark betrunken war, wobei der Anteil der Jungen mit 30% nur wenig höher ist als jener der Mädchen (27%).

Die Tendenz gegenüber der Befragung 2006 ist stabil geblieben, jedoch hat die Gesamtzahl der Jugendlichen, welche schon

einmal betrunken waren, im Vergleich zu 2006 um 2% zugenommen. Ein Phänomen dabei ist das so genannte Rauschtrinken. Um diesem Trend entgegenzuwirken, wurden verschiedene Massnahmen ergriffen, mit dem Ziel, auf den risikoreichen Konsums von Suchtmitteln und deren Auswirkungen und Gefahren sowie auf das Risiko einer Abhängigkeit aufmerksam zu machen.

Projektbeispiele aus dem Programm «Intervention im Suchtbereich» sind der Jugendschutz und das Jugendmagazin «Flash». Im Bereich Jugendschutz und Suchtprävention wird seit 2011 die bestehende Situation im Jugendbereich vertieft analysiert. Hier wird die Konzeption der kantonalen Intervention in den Bereichen Suchtprävention, präventiver Jugendschutz und Früherkennung laufend der Entwicklung angepasst. Das Jugendmagazin «Flash»⁸⁰ informiert Jugendliche zum Thema Sucht. Zum ersten Mal wurden neben den substanzbezogenen Süchten auch Verhaltenssüchte und neue Medien thematisiert. Das Alter der angesprochenen Zielgruppe liegt primär zwischen 11 und 14 Jahren. Die Zeitschrift wurde in den OS-Klassen flächendeckend verteilt.

2.7 Optimierung der Notfallversorgung

Der Kanton Basel-Stadt strebt mit der Optimierung der Notfallversorgung mehrere Ziele an. Auf der einen Seite haben immer mehr Patienten keinen eigenen Hausarzt mehr und treten deshalb bei einem «vermeintlichen» Notfall direkt über die Notfallstationen der Spitäler ins kantonale Gesundheitswesen. Hier kann eine richtig eingesetzte Triage helfen, dass zum einen die Notfallstationen von Bagatellfällen entlastet werden kann und auf der anderen Seite die Patientinnen und Patienten effizienteren Zugang zur wirklich medizinisch angezeigten Behandlung erhalten. Auf der anderen Seite wurde auch durch mehrere Studien⁸¹ aufgezeigt, dass die Notfallbehandlung in der Arztpraxis rund zwei- bis dreimal günstiger zu stehen kommt als die Notfallversorgung in einer Notfallstation eines Spitals.

Viele spezialisierte Leistungserbringer sorgen für ein umfassendes und qualitativ hochwertiges Behandlungsangebot, sowohl stationär wie auch ambulant, das jederzeit zur Verfügung steht. Das hat allerdings auch zur Folge, dass der Koordinationsaufwand zwischen den einzelnen Akteuren sehr gross ist und der Patient mit der richtigen Wahl des Leistungserbringers oft überfordert wird. Wohin soll er sich wenden, wenn er gesundheitliche Probleme hat? Hausarzt, Spezialist, oder doch lieber gleich ins Spital? Hat er diese Hürde einmal genommen, ist er in

⁷⁹ Publikation im Juni 2012, vgl. http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/ap_ber_jugendgesundheitsbericht_2012.pdf

⁸⁰ Einsehbar unter http://www.gesundheit.bs.ch/magazin_flash.pdf

⁸¹ Hugentobler, W: Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler, in Primary Care 2006,6: Nr. 32–33, S. 587–589

guten Händen, und auf die Qualität seiner Behandlung hat dieser Entscheid in der Schweiz keinen grossen Einfluss, sehr wohl jedoch auf die Kosten und auf den jeweiligen Leistungserbringer. Dieser Einfluss verschärft sich ungemein, wenn es sich um einen notfallmässigen, also nicht planbaren Eintritt handelt.

Der Anspruch des Patienten im Notfall ist gross: kurze Wege, möglichst keine Wartezeit und Hilfe rund um die Uhr, auch an Wochenenden. Für die Notfalldienst leistenden ÄrztInnen bedeutet dies uneingeschränkte Erreichbarkeit, Arbeit an Wochenenden und in der Nacht, Unvereinbarkeit von Beruf und Familie und oft verhältnismässig geringer Lohn für sehr fordernde Arbeit. In Spitälern mit Notfallaufnahmen ist es schwierig, immer genügend freie Bettenkapazität zur Aufnahme derjenigen Patienten zur Verfügung zu stellen, die nicht ambulant behandelt werden können. Umso ärgerlicher sind Fälle, die aus medizinischer Sicht keine Notfälle sind, jedoch die Patientenzimmer und Warteräume füllen und sich über lange Wartezeiten beschweren.

Was ist ein Notfall?

Es ist nicht möglich, den Begriff «Notfall» eindeutig und für alle involvierten Akteure sinnvoll zu definieren. Medizinisch ist ein Notfallpatient innert kurzer Frist auf Hilfe angewiesen, hinzu kommt der Aspekt des unangemeldeten Erscheinens des Patienten, also die Nichtplanbarkeit der Behandlung sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch bezüglich Aufwand. Nach dieser Definition sind jedoch bei weitem nicht alle Patienten in einer Notfallaufnahme «wirkliche» Notfälle. Dennoch sind auch nicht auf unmittelbare medizinische Hilfe angewiesene «Notfälle» Teil des Notfallsystems und beanspruchen Ressourcen. Ob Notfall oder nicht, liegt somit auch in der Einschätzung des Patienten selbst und manifestiert sich in dessen unangemeldetem Erscheinen in einer Notfallaufnahme oder Arztpraxis. Weitere Abgrenzungen sind Eintritte bzw. Inanspruchnahmen von Leistungen ausserhalb von Praxiszeiten.

Verschiedene Studien zeigen, dass 40 bis 45% aller Notfälle einfache Notfälle sind. Diese Zahl ist konstant sowohl in zeitlicher als auch in geografischer Hinsicht. Unfallpatienten machen ca. 60% der gesamten Notfälle aus, Krankheit ist jedoch der Hauptgrund für darauffolgende stationäre Aufenthalte.

Eine gute Triage der zu behandelnden Patienten ist für die Effizienz des Gesundheitswesens von grosser Bedeutung und vereinfacht den Umgang mit nicht geplanten Fällen. Insbesondere in der ambulanten Notfallversorgung, welche ausserhalb der Sprechstundenzeiten mit einer beschränkten Anzahl an Fachkräften und einer reduzierten Infrastruktur einen grossen Bevölkerungskreis medizinisch versorgt, sind medizinische Notruftelefone für die Triage unerlässlich. Mit der telefonischen Triage werden weniger, aus medizinischer Sicht «unechte» Notfälle an ÄrztInnen weitergeleitet. Dadurch reduziert sich die Belastung des Notfalldienstes und der Notfallstationen durch Bagatellfälle. Zudem kann mittels Einbindung der niedergelassenen ÄrztInnen in Notfallstationen von Spitälern mit grossem Einzugsgebiet der Betrieb entlastet werden.

2.7.1 Einrichtung eines ärztlichen Notfallzentrums im Universitätsspital

Um einerseits die Notfallaufnahme im Universitätsspital Basel zu entlasten und andererseits den Notfalldienst für Hausärzte planbarer zu machen, hat als Folge des Projektes «Überprüfung der Notfallversorgung im Kanton Basel-Stadt»⁸² das Universitätsspital zusammen mit der Medizinischen Gesellschaft Basel (MedGes) ein Notfallzentrum im Universitätsspital Basel eingerichtet. Dieses wird zu Randzeiten und an Wochenenden von in Basel-Stadt praktizierenden Hausärzten bedient und ist hauptsächlich für diejenigen Fälle zuständig, deren Behandlung nicht der hochspezialisierten Einrichtungen der Notfallaufnahme des Uni-Spitals bedürfen. Bei der Patientenaufnahme erfolgt die Triage der Fälle. So konnten die Wartezeiten reduziert, die Notfallaufnahme entlastet und der Notfalldienst für die Hausärzte planbar gemacht werden. Zudem profitieren sowohl das Uni-Spital als auch die Hausärzte in beruflicher Hinsicht vom anderen Partner.

⁸² Gesundheitsdepartement Basel-Stadt in Zusammenarbeit mit der MedGes und den in Basel-Stadt ansässigen Spitälern, 2008

Die Planbarkeit von Notfalldiensten ist zudem ein gewichtiges Argument, den Hausarztberuf wieder attraktiver zu machen und die mit Notfalldiensten einhergehenden Belastungen für die niedergelassenen ÄrztInnen zu reduzieren. Mit Blick auf die demografische Entwicklung und den damit verbundenen drohenden Hausarztmangel ist das Notfallzentrum eine unabdingbare Institution.

2.7.2 Telemedizinische Beratungen im Kanton Basel-Stadt

Eine immer wichtiger werdende Rolle im Gesundheitswesen nehmen die telefonischen Notrufzentralen oder medizinische Telefonberatungen (Telemedizin-Zentren) ein. Diese telefonischen Beratungs- und Auskunftsdienste bilden eine wichtige Triage- und Lotsenfunktion. Sie werden teils von kantonalen Stellen (z.B. Notrufnummer 144), von Privaten (z.B. Medizinische Notrufzentrale MNZ) oder in den letzten Jahren vermehrt auch von Krankenversicherern (z.B. Medi24, Medgate oder santé24) rund um die Uhr angeboten. Im Kanton Basel-Stadt haben rund 70% aller Versicherten über ihre Krankenversicherung einen kostenlosen Zugang zu einer solchen telefonischen Dienstleistung. Zusätzlich dazu bietet im Kanton Basel die Stiftung MNZ (Medizinische Notrufzentrale) den Anrufern eine medizinische Kurzberatung an.

Die eingehenden Anrufe werden mittels strukturierter Befragung nach medizinischer Dringlichkeit eingeteilt und entsprechend der Symptomatik erfolgt eine Anleitung zur Selbsthilfe, eine Vermittlung an den diensthabenden niedergelassenen Arzt oder die Empfehlung, die Notfallstation eines Spitals aufzusuchen. Die telefonmedizinische Beratung dieser Einrichtungen kann das Nachfrageverhalten und somit den Behandlungsweg in Notfallsituationen beeinflussen und den Anrufern auf den effizientesten Pfad verweisen. Notfall- und Arztbesuche, welche aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind, können somit verringert werden. Dank einer solchen qualifizierten Triage können diese Einrichtungen zu einer Entlastung der kantonalen Gesundheitskosten beitragen.

Fazit Optimierung der Notfallversorgung

- Die richtige Triage beim Ersteintritt ins Gesundheitswesen ist von grosser Bedeutung und zugleich eine schwierige Aufgabe. Im konkreten Fall bedingt die richtige Beratung zur Erstbehandlung bereits grosses medizinisches Fachwissen. Sie kann in manchen Fällen nur durch einen Arzt erfolgen. Zudem ist die Kanalisierung der Nachfrage nach medizinischer Beratung nur schwer steuerbar. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Patient den Ratschlägen des Triageurs Folge leistet. Bei medizinischen Notfällen wird diese Problematik zusätzlich verschärft.
- Die Implementierung von Triageprozessen beim Ersteintritt muss in Zusammenarbeit der Gesundheitsdirektionen mit den involvierten Leistungserbringern erfolgen. Nur so kann eine erfolgreiche Steuerung der Erseintritte ins Gesundheitswesen auf dem Kantonsgebiet erreicht werden. Als Folge der durch das Gesundheitsdepartement im Jahre 2008 durchgeführten Überprüfung der Notfallversorgung im Kanton Basel-Stadt hat das Universitätsspital Basel ein Notfallzentrum eingerichtet, welches zu Randzeiten und an Wochenenden von in Basel-Stadt praktizierenden Hausärzten bedient wird. Zudem subventioniert Basel-Stadt mit der Medizinischen Notrufzentrale eine Institution, die Personen mit gesundheitlichen Problemen telefonisch berät und bei Bedarf an geeignete Gesundheitsfachpersonen oder -institutionen weiterleitet.
- Richtig eingesetzte Notfalltrriage kann in zweierlei Hinsicht helfen, die Notfallversorgung zu optimieren. Auf der einen Seite werden die Patienten der für die Notfallsituation geeignetsten Notfallbehandlung direkt zugeführt und auf der anderen Seite können Kosten eingespart werden, wenn die teure Infrastruktur der Spitalnotfallstationen nicht durch Bagatellnotfälle beansprucht werden.
- Die telefonmedizinischen Beratungen können das Nachfrageverhalten und somit den Behandlungspfad in Notfallsituationen positiv beeinflussen.

2.8 eHealth – Systemwechsel zum elektronischen Patientendossier

2.8.1 Ausgangslage und strategische Bedeutung von eHealth im Kanton Basel-Stadt

Das Gesundheitswesen und die Behandlungswege sind in den vergangenen Jahren zunehmend komplexer und aufgrund der fortschreitenden Spezialisierung fragmentierter geworden. Um eine Behandlung erfolgreich, qualitativ hochstehend und möglichst wirtschaftlich durchführen zu können, ist der Aufwand zur Regelung der vielfältigen Kommunikationsprozesse zwischen allen involvierten Akteuren immer grösser geworden. Zudem wird der Umgang mit den daraus entstehenden Datenmengen immer anspruchsvoller. eHealth unterstützt diese Kommunikationsprozesse und stellt die geeigneten Hilfsmittel zur Verfügung, um die grossen Datenmengen effizient und sicher zu verwalten. Die WHO beschreibt eHealth als «den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien, um die allgemeine Gesundheit zu fördern»⁸³.

Aufgrund der hohen Krankenkassenprämien hat die Förderung der Vernetzung im Gesundheitswesen und somit das Vorantreiben der Entwicklung von eHealth in Basel-Stadt eine grosse Bedeutung. Da die Finanzierung von eHealth gesetzlich noch nicht geregelt ist, liegt die Verantwortung für den Aufbau und die Finanzierung der Modellprojekte bei den Kantonen. Basel-Stadt hat als einer der ersten Kantone ein kantonales Modellprojekt ins Leben gerufen. Erwartet wird neben einer Förderung der Behandlungsqualität, insbesondere durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten in der Behandlung, eine Reduktion von unnötigem Aufwand und dadurch ein nachhaltig dämpfender Effekt auf die Prämien der Krankenkassen. Die Managed-Care-Vorlage, welche als Kernstück die Verankerung der integrierten Versorgung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgesehen hätte, wurde in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 deutlich abgelehnt. Dadurch sind Bedeutung und Dringlichkeit eines raschen Aufbaus und einer schnellen Ausbreitung von elektronischen Prozessen im Gesundheitswesen in den Fokus gerückt. Dies hat auch im Strategiebericht des Bundesrates «Gesundheit2020» vom 23. Januar 2013 Eingang gefunden. Im Handlungsfeld 3 «Versorgungsqualität sichern und erhöhen» wird als eines von drei Zielen der stärkere Einsatz von eHealth gefordert.

2.8.2 Volkswirtschaftlicher Nutzen von eHealth

Der Bund hat eine Regulierungsfolgeabschätzung zum Entwurf zum Bundesgesetz über das ePatientendossier⁸⁴ durchgeführt, die auch Aussagen zum erwarteten «Nutzen» eines nationalen ePatientendossiers macht. Analysiert wurden die mutmasslichen Kosten und der Nutzen zwischen 2011 und 2031 (siehe nachstehende Tabelle). Daraus folgt, dass der weitaus grösste Nutzen bei der Bevölkerung anfällt. Insgesamt wird der Nutzen eines ePatientendossiers für die gesamte Schweiz mit ca. 7,6 Milliarden Franken kumuliert für die Zeit zwischen 2011 und 2031 quantifiziert, d.h. pro Kopf der Bevölkerung mit ca. 960 Franken. Für Basel-Stadt bedeutet dies insgesamt ca. 195 Millionen Franken oder ca. 9,7 Millionen Franken pro Jahr.

Unter Einbezug der totalen Kosten resultiert insgesamt ein Nettonutzen von ca. 3,5 Mrd. Franken.

⁸³ 58. World Health Assembly der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2005

⁸⁴ Bericht von Ecoplan und Empirica vom 13. September 2011, Bonn/Bern (im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG): «Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier»

Geschätzte diskontierte kumulative Kosten und Nutzen für einzelne Stakeholdergruppen über den Zeitraum 2011–2031, in Millionen Franken:

	Kosten			Nutzen			Total		
	Finanziel- le Kosten	Personel- le und an- dere ma- terielle Kosten	Immateriel- le Kosten	Finanziel- ler Nutzen	Personel- le und an- dere ma- terielle Einspa- rungen	Immateriel- le Nutzen ¹²	Kosten insge- samt	Nutzen insge- samt	Netto- nutzen
Arztpraxen, inkl. Hausärzte	968	243	73	0	505	340	1284	845	-439
Spitäler	128	23	486	714	67	6	637	787	150
Apotheken	90	46	13	0	130	108	149	238	89
Bund und Kantone	373	63	0	567	0	0	436	567	131
Praxispersonal	0	0	16	0	0	18	16	18	2
Spitalpersonal	0	0	18	0	0	22	18	22	4
Apothekenpersonal	0	0	5	0	0	21	5	21	16
Bevölkerung	0	0	1602	8	0	5163	1602	5171	3569
-Chronisch Kranke	0	0	410	2	0	2282	410	2284	1874
-Restl. Bevölkerung	0	0	1192	6	0	2881	1192	2887	1695
Insgesamt	1559	375	2213	1289	702	5678	4147	7669	3522

Quelle: Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier⁸⁵

Die Resultate der Regulierungsfolgenabschätzung zeigen, dass der weitaus grösste Nutzen volkswirtschaftlicher Art ist.

2.8.3 Das elektronische Patientendossier

Jeder Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist gesetzlich dazu verpflichtet, die von ihm erbrachten Behandlungen zu dokumentieren. Diese Dokumentationen werden in den meisten Fällen nur intern beim Leistungserbringer abgelegt. Das Gesundheitswesen ist jedoch geprägt vom Zusammenspiel vieler Akteure, von komplexen Prozessen und grossen Datenmengen. Benötigt ein Leistungserbringer Patientenakten eines Vorbehandlers, müssen diese im Einverständnis mit dem Patienten zunächst angefordert werden. Eine Auslieferung erfolgt meist in nicht standardisierter Form. Nicht selten kommt es zu System- und Medienbrüchen, beispielsweise werden Dateien aus EDV-Systemen ausgedruckt und via Post versandt und dann andernorts wieder manuell erfasst oder eingescannt. Solche Prozesse sind langsam, fehleranfällig und nicht effizient. Ausserdem sind Systembrüche sowohl aus technischer als auch aus datenschützerischer Sicht risikobehaftet.

Aufgrund dieses ungenügenden Datenmanagements sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen heute nur mit grossem Aufwand in der Lage, die Behandlung eines Patienten institutionsübergreifend zu verfolgen. Der Bundesrat hat dies erkannt und im Januar 2007 seine Strategie für eine Informationsgesellschaft in der Schweiz aus dem Jahr 1998 revidiert. Neu wurde ein Kapitel «Gesundheit und Gesundheitswesen» in die Strategie aufgenommen. Dabei setzt der Bundesrat

⁸⁵ Gemäss Regulierungsfolgeabschätzung von Ecoplan/Empirica: «Immaterielle Auswirkungen (Kosten/Nutzen): Unter diesen Begriff fallen Auswirkungen, die zwar keine direkten finanziellen und materiellen Kosten oder Nutzen mit sich bringen, wohl aber immaterielle, nicht direkt in physischen Einheiten messbare Kosten oder Nutzen. Meist handelt es sich dabei um das Wohlbefinden einzelner Personen (inklusive Gefühle wie Verärgerung, Unbehagen, Schmerzen, Geborgenheit, Bequemlichkeit und Sicherheit) oder um die gesellschaftliche Position sowie um die Wettbewerbssituation von Unternehmen (z. B. auch die «Beschränkung unternehmerischen Spielraums»). Die immateriellen Auswirkungen können in der langen Frist auch konkrete Folgen für finanzielle oder materielle Kosten und Nutzen haben, die aber in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden»

Die Verfasser der Studie rechnen dieser Kategorie jedoch auch Faktoren zu wie «Nutzen der Praxis für die Möglichkeit, die Patienten besser zu versorgen (Beinhaltet Aspekte der besseren Kontrolle über Compliance sowie effektivere multidisziplinäre Zusammenarbeit, vor allem bei Krebspatienten)»

seine Schwerpunkte beim elektronischen Behördenverkehr (eGovernment) und beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Gesundheitswesen (eHealth). Ziel des Bundesrates ist, dass die Menschen in der Schweiz bis zum Jahr 2015 «den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen» können.

In diesem Zusammenhang spricht man auch vom elektronischen oder virtuellen Patientendossier. Es steht im Zentrum der nationalen eHealth-Strategie und ermöglicht einen geregelten Zugriff auf Patientendaten durch berechnigte Leistungserbringer und den Patienten selbst. Dabei werden dezentrale, webbasierte Speichersysteme bei den Leistungserbringern über eine zentrale Infrastruktur miteinander verbunden. Die in den einzelnen Speichern abgelegten Informationen zum Patienten stehen so für Zugriffsberechtigte zur Verfügung, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer die Information erstellt hat. So entstehen personen- bzw. institutionsübergreifende Patientendossiers, die für legitimierte Benutzer im Rahmen eines Schutzkonzeptes unabhängig von Zeit und Ort abrufbar sind.

Elektronische Patientendossiers vereinfachen den Zugang ungemein, da sie Informationen zum Patienten orts- und zeitunabhängig abrufbar machen. eHealth ermöglicht multidisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung aufgrund des vereinfachten institutionsinternen und -übergreifenden Informationsflusses. Die Verfügbarkeit von institutionsübergreifenden Patientendaten hat bei der Behandlung von Patienten durch verschiedene Leistungserbringer automatisch eine Form der Zusammenarbeit zur Folge, da die Dokumente allen Behandelnden in der Behandlungskette zur Verfügung gestellt werden.

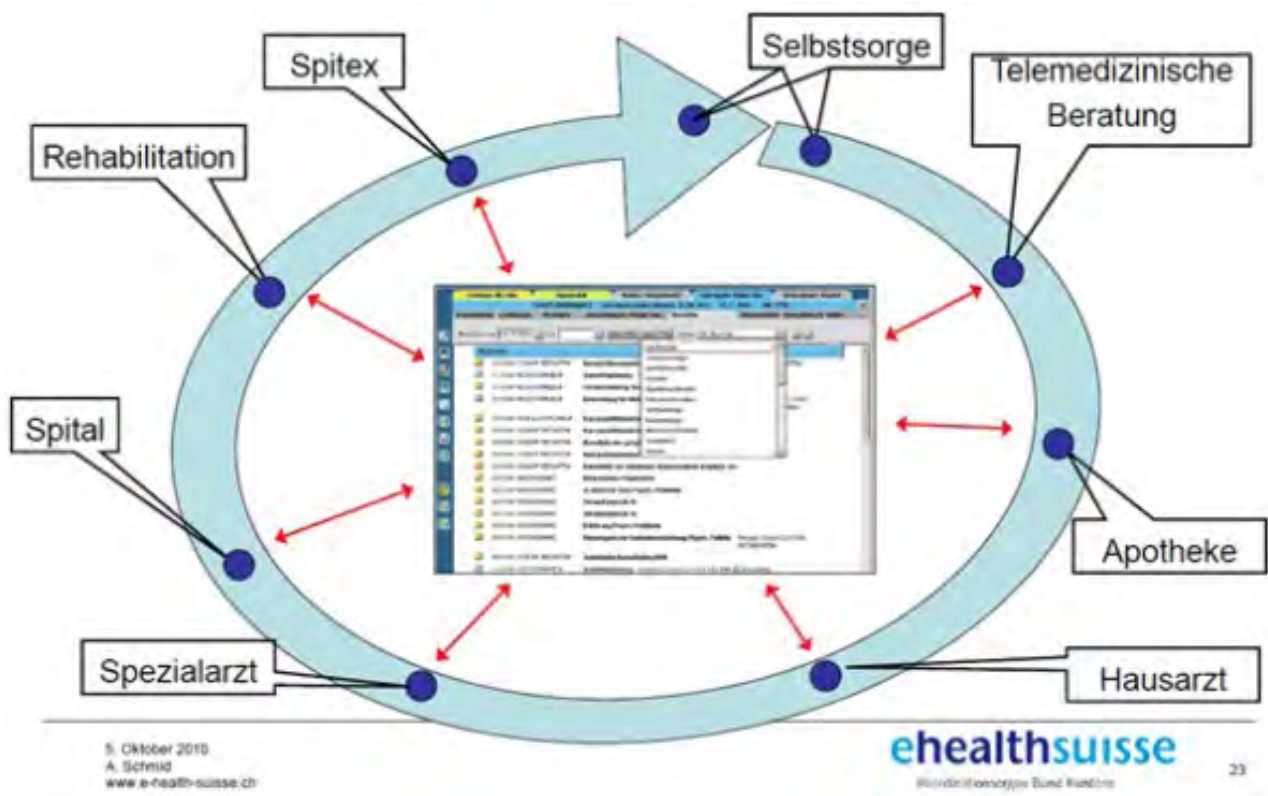
Mit eHealth bzw. dem elektronischen Patientendossier stellen die Leistungserbringer ihre Dokumentation zur Behandlung⁸⁶, welche bisher in ihren eigenen Archiven abgelegt wurde, zugriffsberechtigten Dritten zur Verfügung.

Durch die so implizierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird die Erreichung der volkswirtschaftlichen Ziele im Gesundheitswesen unterstützt:

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

⁸⁶ Im Entwurf zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier spricht man von «behandlungsrelevanten Daten»

ePatientendossier 2015 – Geteilte Information:



Quelle: eHealthSuisse

Die Regulierungsfolgeabschätzung des Bundes⁸⁷ hat gezeigt, dass der langfristige Nutzen von ePatientendossiersystemen den Aufwand zu deren Implementierung klar übersteigt.

Da keine nationale gesetzliche Grundlage besteht, die dem Bund die Kompetenz zur konkreten Umsetzung gibt und Effizienz, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung in der Kompetenz der Kantone liegt, sind letztere dazu aufgefordert, die eHealth-Strategie des Bundes in kantonalen Modellversuchen umzusetzen. Aus diesem Grund haben Bund und Kantone das nationale Koordinationsorgan eHealth Suisse geschaffen, das mit seinen Empfehlungen zu Standards und Architektur Richtlinien vorgibt, welche die koordinierte Entwicklung von eHealth in der Schweiz sichern.

2.8.4 Der eHealth-Modellversuch Regio Basel

Mit dem Modellversuch Regio Basel wurde eine eHealth-Basisinfrastruktur⁸⁸ zur dezentralen Ablage von elektronischen Patientendaten aufgebaut, an welche alle Leistungserbringer (vorab Spitäler, Arztpraxen, Röntgeninstitute, Laborinstitute und Apotheken) im Gesundheitswesen der Region zur Realisierung eines regionalen ePatientendossiersystems angeschlossen werden sollen. Ziel ist die Steigerung von Effizienz, Sicherheit und Qualität in der Behandlung im regionalen Gesundheitswesen und somit auch das Entgegenwirken des Kosten- und Prämienwachstums im Kanton Basel-Stadt.

⁸⁷ Bericht von Ecoplan und Empirica vom 13. September 2011, Bonn/Bern (im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG): «Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier»

⁸⁸ Der hierfür verwendete technische Begriff lautet XDS-Affinity-Domain. Oft wird in diesem Zusammenhang auch von einer eHealth-Gemeinschaft gesprochen. Eine XDS-Affinity-Domain enthält alle notwendigen Komponenten, um Patienten eindeutig zu identifizieren, den Datenzugriff zu regeln und die dezentral abgelegten Daten zu den Patienten virtuell zusammenzuführen

Die Implementierung eines ePatientendossiersystems hin zu einer sich selbst tragenden eGemeinschaft nimmt viel Zeit in Anspruch. Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass ein solches System erst Nutzen stiftet, wenn genügend Dossiers mit einem ausreichenden Befüllungsgrad bestehen. Erst dann wird den Systemnutzern viel nutzbare Information (behandlungsrelevante Daten) zur Verfügung gestellt. Dieses Ziel kann nicht kurzfristig erreicht werden. eHealth darf daher nicht auf das elektronische Patientendossier reduziert werden; die Leistungserbringer, welche die einzelnen Dossiers mit Patientendaten befüllen, sind nicht bereit, viel zu investieren, um in einer fernen Zukunft vom Systemnutzen zu profitieren.

Wie beschrieben ist der Datentransfer heute noch nicht standardisiert und erfolgt auch nicht ausschliesslich auf elektronischem Wege. Daher verfolgt der eHealth-Modellversuch Regio Basel die Strategie, vorab die bereits bestehende Datenkommunikation zu standardisieren und elektronisch-systembruchfrei zu gestalten. Das bringt Sicherheit, Geschwindigkeit und reduziert den Aufwand für die Leistungserbringer unmittelbar und in hohem Masse. Zudem können mit Einverständnis des Patienten die standardisierten elektronischen Dokumente gleichzeitig und ohne zusätzlichen Aufwand in seinem eDossier abgelegt werden. So wachsen nach und nach die Menge der eDossiers und deren Befüllungsgrad bis hin zu einem System, das globalen Nutzen stiftet.

Der Regierungsrat anerkennt die Notwendigkeit, eHealth-Prozesse zu etablieren, und hat dem Grossen Rat im Mai 2013 einen Ausgabenbericht überwiesen, der zum Inhalt hat, die Finanzierung des eHealth-Modellversuchs zu sichern.

Fazit eHealth – Systemwechsel zum elektronischen Patientendossier

- Die Förderung der Vernetzung im Gesundheitswesen und somit das Vorantreiben der Entwicklung von eHealth haben in Basel-Stadt eine grosse Bedeutung.
- Die Bedeutung und Dringlichkeit eines raschen Aufbaus und der Verbreitung von elektronischen Prozessen im Gesundheitswesen wurde in den Fokus gerückt (u.a. Strategiebericht des Bundesrates «Gesundheit2020» vom 13. Januar 2013).
- Basel-Stadt setzt eHealth im Rahmen eines Modellversuchs um.
- eHealth ermöglicht eine Steigerung der Behandlungsqualität.
- Die Regulierungsfolgeabschätzung des Bundes beziffert den langfristigen volkswirtschaftlichen Nutzen eines nationalen ePatientendossiers auf ca. 7,6 Milliarden Franken (960 Franken pro Kopf und Jahr). Unter Einbezug der totalen Kosten (4,14 Milliarden Franken) resultiert ein Nettonutzen von ca. 3,5 Milliarden Franken.
- Die Schätzung zeigt: Basel-Stadt kann durch die Einführung eines elektronischen Patientendossiers jährlich 9,7 Millionen Franken Gesundheitskosten einsparen und dabei die Behandlungsqualität verbessern.

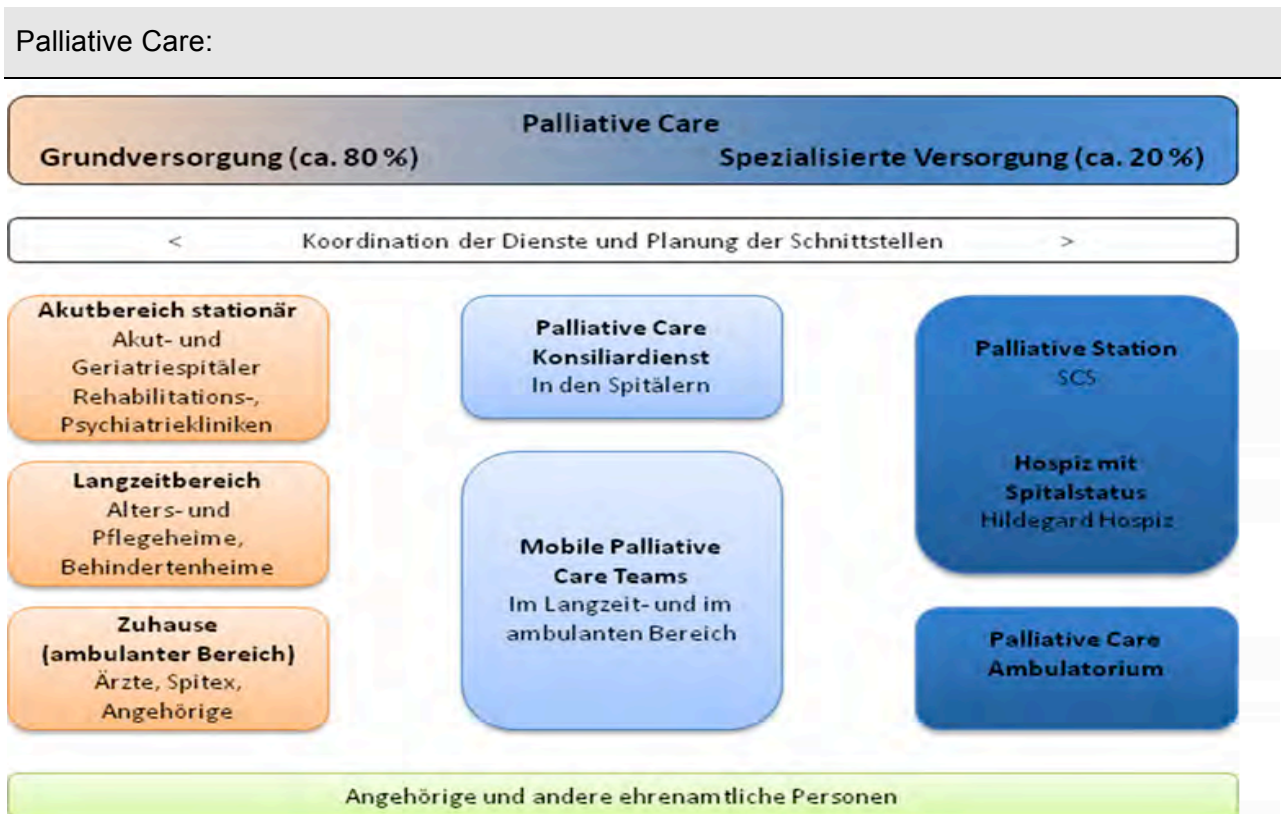
2.9 Palliative Care

2.9.1 Umsetzung Palliative Care im Kanton Basel-Stadt

Im Bereich der Gesundheitsversorgung gewinnt die letzte Lebensphase zunehmend an Bedeutung. Einerseits werden durch den medizinischen Fortschritt die Krankheitsverläufe länger und komplexer und die Lebensdauer von schwerkranken Patientinnen und Patienten mit Krebsleiden, neurologischen Leiden oder chronischen Krankheiten verlängert. Andererseits steigt durch die Alterung der Bevölkerung gemäss Prognose des Bundesamtes für Statistik (BFS) bis im Jahr 2050 die Zahl der jährlichen Todesfälle in der Schweiz von heute 60 000 auf 90 000 an. Der Bund geht in seiner Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012, welche für die Jahre 2013–2015 verlängert wurde, davon aus, dass in Zukunft eine grössere Anzahl Menschen in der letzten Lebensphase mehr Betreuung braucht und Palliative Care in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnt.

Damit auf diese Herausforderungen adäquat reagiert werden kann, wurde für den Kanton Basel-Stadt ein kantonales Palliative-Care-Konzept mit einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe ausgearbeitet. In der Arbeitsgruppe waren Vertreter der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt (MedGes), der Spitex Basel, der Abteilung Langzeitpflege, der Spitäler und des Hildegard Hospiz vertreten. Das Konzept soll die grundsätzliche strategische Ausrichtung in der Angebotsgestaltung auf Kantonsebene definieren und die Grundlagen für eine systematische und angemessene palliative Versorgung für Patienten aller Altersstufen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) legen. Durch eine gezielte Förderung von ambulanten Angeboten und Kompetenznetzwerken soll die Leistungserbringung vorwiegend im ambulanten Bereich erfolgen. Zudem soll sichergestellt werden, dass Palliative Care in allen Spitälern im Kanton Basel-Stadt sowohl im ambulanten wie im stationären Leistungsbereich praktiziert wird. Dazu muss neben einem angemessenen Fachwissen vor allem eine Sensibilisierung bezüglich der Bedürfnisse der Palliativpatienten und eine entsprechende Grundhaltung für die Anwendung von Palliative Care vorhanden sein.

Grafisch lassen sich die anzustrebenden Strukturen wie folgt darstellen:



Das Palliative-Care-Konzept des Kantons Basel-Stadt hat zum Ziel, dass auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung Patientinnen und Patienten mit palliativem Behandlungs- und Pflegebedarf fachgerecht im Sinne der Nationalen Strategie Palliative Care behandelt und betreut werden. Dies bedingt, dass:

- alle Leistungserbringer Palliative Care kennen.
- die bestehenden (noch ungenügenden) Palliative-Care-Angebote ausgebaut werden.
- alle Patientinnen und Patienten Zugang zu Palliative Care haben.
- die Fachbegriffe und Definitionen geklärt sind.

2.9.2 Versorgungsstrukturen

Palliative Care findet zur Hauptsache in der Grundversorgung statt. Dies umfasst die Behandlung und Pflege zu Hause (Ärzte, Spitex, Angehörige), in Institutionen der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime und Behindertenheime) und in Akut- (auch UKBB) und Geriatriespitalern sowie in Rehabilitations- und Psychiatriekliniken. In der Grundversorgung können rund 80% der palliativen Fälle behandelt werden.

In der Grundversorgung kommt erworbenes Wissen und Können der primären Leistungserbringer zum Einsatz. Der Aus- und Weiterbildungsstand ist in der Grundversorgung sehr unterschiedlich, weswegen auch in der palliativmedizinischen Grundversorgung nach Bedarf eine Unterstützung durch Palliative-Care-Konsiliardienste und Mobile-Palliative-Care-Teams erfolgen muss.

Bei hochkomplexen Situationen kommen spezialisierte stationäre Angebote (Hildegard Hospiz, Palliativstation im St. Claraspital SCS) zum Einsatz. Auch im UKBB und REHAB kommen spezialisierte Palliative-Care-Ansätze zur Anwendung. In speziellen Einzelsituationen werden hochkomplexe Fälle auch zu Hause betreut und behandelt, weil die Patientin oder der Patient unbedingt zu Hause bleiben will oder weil die Finanzierung des stationären Aufenthalts nicht (mehr) gegeben ist (z. B. Amyotrophe-Lateralsklerose-Patienten). Manchmal fehlt dann auch die geeignete Institution (insbesondere bei jüngeren Patienten).

In allen Situationen können ehrenamtliche Personen und Institutionen (Angehörige, Schweizerisches Rotes Kreuz, Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige Begleiten, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen und Private) wichtige Unterstützung bieten.

Palliative Care braucht das Know-how verschiedener Professionen (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge), der Koordination dieser Dienste sowie der Planung der Schnittstellen kommen entsprechend eine grosse Bedeutung zu.

Die Übergänge zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung sind fliessend. So kann eine Patientin oder ein Patient zwar im Rahmen der Grundversorgung palliativ behandelt und betreut werden. Dazu benötigen die Grundversorger palliative Basiskompetenzen. In instabilen Phasen oder bei erhöhter Komplexität im Krankheitsverlauf ist der Beizug von spezialisierter Palliative Care notwendig.

2.9.3 Schätzung des Bedarfs für den Kanton Basel-Stadt

Genaue Schätzungen über den Bedarf nach Palliative Care ist im Bereich der Grundversorgung sehr schwierig, da der Übergang von der kurativen Behandlung zu Palliative Care ein fließender ist. Für die spezialisierte Versorgung gibt es hingegen Vorgaben der WHO. Die WHO rechnet mit 80–100 Betten in Palliative-Care-Spezialeinrichtungen pro Millionen Einwohner und mit einem Palliative Care Patienten im ambulanten Bereich pro 1 000 Einwohner, wo ein spezialisierter Palliative-Care-Konsiliardienst zum Einsatz kommt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf im Kanton Basel-Stadt infolge der Bevölkerungsstruktur und des höheren Anspruchsniveau deutlich grösser sein wird (eigene Annahme: 50% höherer Bedarf als WHO). Gemessen an diesem Bedarf zeigt sich folgende Situation:

	Ist	Soll
Betten in Spezialeinrichtungen	37	28,5
ambulante Patienten	190	291

Im Bereich der Spezialeinrichtungen sind genügend Kapazitäten vorhanden. Die bestehenden Überkapazitäten werden für ausserkantonale Patienten zur Verfügung gestellt (vorab für Basel-Landschaft). Im ambulanten Bereich zeigt sich ein Defizit. Dies ist darauf zurückzuführen, dass derzeit fast ausschliesslich onkologische Patientinnen und Patienten (Onko-Spitex der Spitex Basel und curavis) mit einem Palliative-Care-Ansatz gepflegt und betreut werden.

2.9.4 Bestehende Lücken in der Angebotsstruktur

Aufgrund der Arbeiten und Analysen der Arbeitsgruppe wurden nachfolgende Lücken bzw. Handlungsfelder erkannt:

- Koordination unter verschiedenen Leistungsanbietern ist mangelhaft.
- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist verbesserungswürdig.
- Konsiliardienste und mobile Palliative-Care-Teams fehlen.
- Bildung und Schulung von ÄrztInnen, Pflege, Spitex, Pflegeheimen zum Thema Palliative Care ist sicherzustellen.

Des Weiteren konnte sich die Arbeitsgruppe auf Ergebnisse, welche im Rahmen des Studienganges zum Master in Pflegewissenschaften 2011/2012 (Modul Gemeindeassessment) erarbeitet wurden, abstützen. Mehrere Studentinnen klärten in Feldstudien den Kenntnisstand und den Bedarf von verschiedenen Leistungserbringern (Ärztenschaft, Spitex, Pflegeheime) an Palliative Care im Kanton Basel-Stadt ab. Folgende Themen wurden von den Studenten/-innen bearbeitet:

- Palliative Care im Kanton Basel-Stadt – eine qualitative Erhebung unter verschiedenen Berufsgruppen des Akutspitals und des Freiwilligendienstes;
- Bedarfsermittlung von Palliative Care bei Spitexorganisationen, Betroffenen und Angehörigen in Basel-Stadt;
- Empfehlungen und Erwartungen an einen Palliative-Care-Dienst aus Sicht von Hausärzten der Stadt Basel, eine qualitative Umfrage;
- mobiles Palliative-Care-Team – Bedarfsabklärung in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Basel-Stadt.

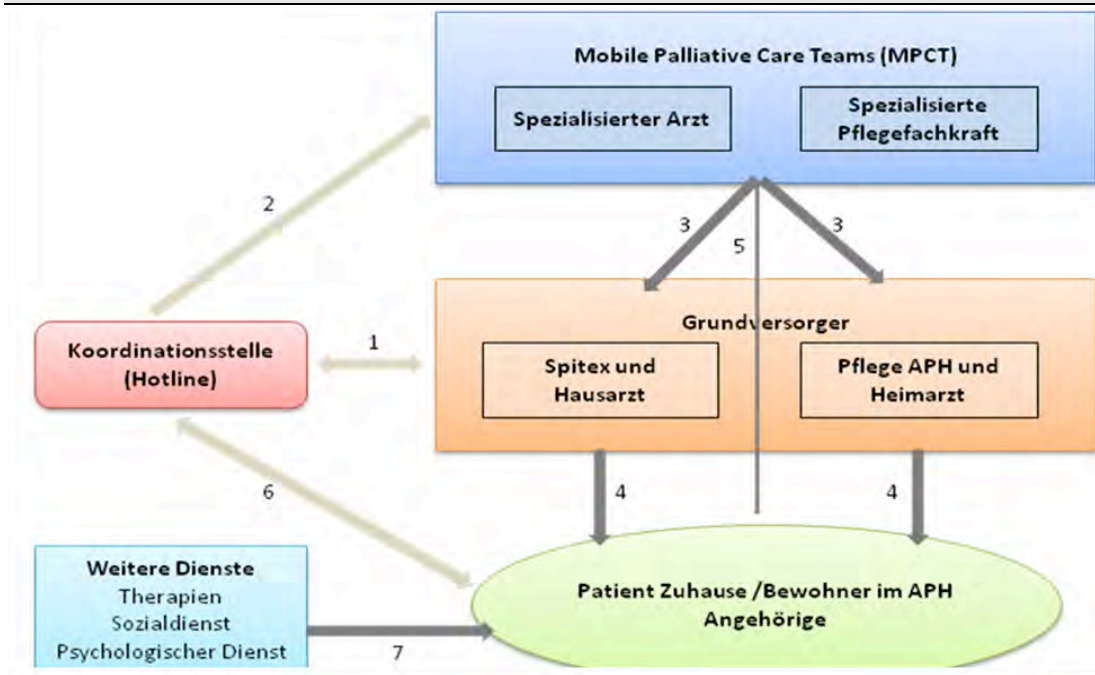
Trotz der unterschiedlichen Betrachtungs- und Analyseschwerpunkte weisen die vier Arbeiten mehrere Gemeinsamkeiten auf. Handlungsbedarf wird vor allem in den Bereichen der Koordination und Kommunikation, wie aber auch beim Ressourceneinsatz von Zeit und Geld ausgemacht. Es zeigt sich auch, dass Palliative Care nicht einfach so nebenbei durchgeführt werden kann, sondern als eigenständiger Auftrag angesehen werden muss. Die Ergebnisse sind insofern nicht überraschend, als dass vor allem im Bereich der Koordination und Kommunikation Defizite vermutet wurden, dies nun aber auch qualitativ und wissenschaftlich mit den durchgeführten Arbeiten belegt werden konnte.

2.9.5 Umsetzungsschwerpunkte

Aufgrund der Erkenntnisse und der eruierten Lücken bzw. Handlungsschwerpunkte wurde eine Umsetzungsplanung erarbeitet und von der Arbeitsgruppe Ende 2012 verabschiedet.

Dreh- und Angelpunkt für eine nachhaltige Implementierung von Palliative Care im Kanton Basel-Stadt ist die Etablierung einer Anlauf- und Koordinationsstelle, welche nachfolgend kurz erläutert wird:

Funktionsweise der Anlauf- und Koordinationsstelle:



1. Grundversorger meldet sich bei Koordinationsstelle, das aktuelle Problem wird besprochen.
2. Koordinationsstelle bietet (bei Bedarf) ein MPCT auf.
3. MPCT berät den Grundversorger konsiliarisch.
4. Grundversorger leisten die medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung.
5. Bei Bedarf kann auch das MPCT selbst Leistungen erbringen (z. B. erstmalige Verabreichung (Anleitung und Instruktion), Spezial-Handlungen etc.).
6. Patientinnen, Patienten und Angehörigen können sich auch direkt an die Koordinationsstelle wenden, diese geht gemäss den Punkten 2–5 vor.
7. Weitere Dienste werden bei Bedarf einbezogen.

Mobile Palliative-Care-Teams (MPCT) sind spezialisierte, multiprofessionelle Expertenteams. Sie bestehen aus einer Pflegefachperson und einer Ärztin/einem Arzt. Beide haben Spezialkenntnisse und Erfahrung in Palliative Care (Bildungsniveau B2 und C gemäss Nationale Strategie Palliative Care, Praktikum auf Palliativstation oder in Hospiz). Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen mit einbezogen (Therapien, Sozialdienst, Psychologischer Dienst, Seelsorge).

Die Hauptaufgabe der MPCT ist der fachliche Palliative Care Support für den Grundversorger (Spitex–Hausarzt, bzw. Pflege APH–Heimarzt). Dieser erfolgt telefonisch oder bei komplexen palliativen Situationen vor Ort. Beratungsinhalte sind: Aufbau des Patientenpfades, Gewährleistung der Entscheidungskompetenz, Anleitung und Instruktion bei speziellen Therapiemassnahmen und Verrichtungen. Nach Absprache können weitere Aufgaben, die üblicherweise vom Grundversorger geleistet werden, übernommen werden: Fallkoordination, Netzwerkorganisation, direkte Pflege, Beratung der Patientin/des Patienten und deren Angehörigen.

Folgende Arbeiten sind zurzeit im Gange:

- Vorbereitungen der Medizinischen Gesellschaft und des Instituts für Hausarztmedizin für die Info-/Schulungsveranstaltung «Palliative Care in der Grundversorgung» vom 11. April 2013 für die Ärzteschaft;
- Erarbeitung Grobkonzept für die Testung der Anlauf- und Koordinationsstelle mit dem Hildegard Hospiz;
- Etablierung zweiter Kurs des SBK mit dem Hospiz im Park «Palliative Care in der Grundversorgung» für Pflegenende;
- Integration von Schulungsunterlagen Palliative Care in den Alters- und Pflegeheimen durch den VAP;
- Erstellung eines Informationskonzeptes für die basel-städtische Bevölkerung;
- bilaterale Gespräche zum Aufbau der mobilen Palliative-Care-Teams (Tumor, Neuro und Kinder).

Mit den angeführten operationellen Anpassungen wie Transparenz der Ansprechstrukturen, Etablierung einer Anlauf- und Koordinationsstelle etc. will der Kanton Basel-Stadt mit seinem kantonalen Projekt Palliative Care Basel-Stadt vor allem mittel- bis langfristig eine kostendämpfende Wirkung erzielen. Dies ist umso wichtiger, da künftig aufgrund der demografisch bedingten Zunahme der Todesfälle die Kantone vor grosse Herausforderungen gestellt werden. Das BFS prognostiziert für die Schweiz eine Erhöhung von heute 60 000 Todesfällen pro Jahr auf 90 000 im Jahr 2050. Weiter kommt hinzu, dass aufgrund der medizinischen und medizintechnischen Entwicklung der Anteil chronisch kranker Patientinnen und Patienten weiter zunehmen wird, da Krankheiten, welche früher potenziell tödlich waren, heute behandelbar sind und eine Umwandlung hin zu chronischen Langzeiterkrankungen stattfindet.

Mit dem basel-städtischen Projekt konnten schon wichtige Impulse (Vernetzung Leistungserbringer, Schulung Ärzteschaft und Pflege etc.) gesetzt werden, doch wird erst die weitere Umsetzung der Strategie und die Projektauswertung der aufzubauenden Anlauf- und Koordinationsstelle wie auch die Etablierung von mobilen Palliative Care-Teams Aufschluss darüber geben, ob die angestrebten Ziele erreicht werden konnten.

Fazit Palliative Care

- Verbesserungs- und Synergiepotenziale im Bereich der Koordination und Kommunikation unter den Leistungserbringern wie auch mit Patienten und Angehörigen wurden erkannt und sollten genutzt bzw. ausgeschöpft werden.
- Anlauf- und Koordinationsstelle sollte in Pilotprojekt ausgetestet werden.
- Anschubfinanzierungen sind notwendig, um die Verankerung von Palliative Care vorantreiben zu können.
- Bereitstellen von Schulungsunterlagen für Ärzteschaft, Pflege, Spitex, Patientinnen und Patienten wie auch Angehörigen fördert Durchdringung und Bekanntheitsgrad von Palliative Care in der Öffentlichkeit.

2.10 Versorgungsraum Nordwestschweiz

2.10.1 Gemeinsame Bedarfsplanung und Spitallistenkriterien

Die vier Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2010 beschlossen, eine gemeinsame Bedarfsplanung und einheitliche Kriterien für die Aufnahme von Leistungserbringern auf die kantonalen Spitallisten durchzuführen. Der Bund verlangt mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz von den Kantonen, dass sie ihre Versorgungsplanung untereinander koordinieren. Da die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn schon längere Zeit in der Spitalversorgung zusammenarbeiten, vor allem nördlich der Jurakette, haben sich diese im Februar 2010 geeinigt, die Grundlagen für die künftige Spitalversorgung gemeinsam zu erarbeiten

Spitalstandorte in der Nordwestschweiz:



Nebst den aufgrund der neuen Spitalfinanzierung notwendigen – da gesetzlich vorgeschrieben – Umsetzungsarbeiten streben die vier Kantone aber auch echte inhaltliche Verbesserungen an. So sollen durch eine erhöhte Koordination und Kooperation innerhalb der vier Kantone Überkapazitäten vermieden werden, sodass eine Bedarfsdeckungs-betrachtung mittelfristig über die gesamte Gesundheitsversorgungsregion der vier Kantone stattfinden kann.

Bedarfsplanung per 2020

Das Resultat der gemeinsamen Arbeiten waren Versorgungsberichte für jeden einzelnen Kanton sowie gemeinsame Berichte für das ganze Gebiet der vier Kantone und für das Territorium nördlich des Juras. Sie liefern umfassende Analysen und Prognosen zu Fallzahlen, Aufenthaltsdauern, Pflgetagen, Patientenbewegungen, medizinischen Leistungsangeboten und anderen Parametern für die Bedarfsplanung per 2020. Die Kantone stützten sich dabei zum Teil auf Grundlagen des Kantons Zürich. Dazu gehört etwa die Einteilung des akutsomatischen Versorgungsbedarfs in 27 Leistungsbereiche (Orthopädie, Kardiologie und Angiologie, Herz- und Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Geburtshilfe etc.).

Die leistungsorientierte Bedarfsplanung folgt den Vorgaben der neuen Spitalfinanzierung, mit welcher ab dem Jahr 2012 für die ganze Schweiz einheitliche Fallpreispauschalen (SwissDRG) sowie die Freizügigkeit bei der Spitalwahl eingeführt wurde. Diese Leistungsplanung löste die bisherige Kapazitätsplanung ab, die sich vor allem auf die Zahl der Spitalbetten gestützt hatte.

Patientenbewegungen

Von den 196 184 akutsomatischen Behandlungsfällen der vier Kantone (Stand 2008) wurden 91,3% von den vier Kantonen selbst erbracht, der Rest durch ausserregionale Institutionen, vor allem in Bern und Zürich. Dies entsprach einer Abwanderung von rund 17 000 Kantonsbewohnern in andere Kantone. Ihr stand eine Zuwanderung von 16 000 Patienten aus der übrigen Schweiz und dem Ausland in die vier Kantone gegenüber. Die Wanderungsbilanz war somit praktisch ausgeglichen. Die Versorgungsberichte lieferten nicht nur Daten zur akutsomatischen Versorgung in den öffentlichen und privaten Spitälern. Sie machten auch Aussagen über die Rehabilitation, die Psychiatrie sowie die Kinder- und Altersmedizin.

Die Gesundheitsdirektoren der vier Kantone folgerten aus der Bedarfsplanung per 2020, dass die bisherige Kapazität in der Spitalversorgung auch in Zukunft reichen würde. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung und der Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten könnten sich allerdings grössere Verschiebungen in den Angeboten der Leistungserbringer und/oder bei den Patientenströmen ergeben. Aufgrund dieses Sachverhalts haben die vier Gesundheitsdirektoren im 2012 beschlossen, in einem Nachfolgeprojekt diese Auswirkungen zu monitorisieren.

2.10.2 Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme

Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der vier Gesundheitsdirektionen der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn haben im Oktober 2012 einen Projektauftrag für die Vergabe (zweistufiges Ausschreibeverfahren) der entsprechenden Arbeiten für das Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme erarbeitet. In einer ersten Phase haben sich neun Firmen für das Ausschreibeverfahren gemeldet. Aufgrund der eingereichten Grobkonzepte wurden für die zweite Ausschreibungsphase fünf Bewerber zugelassen. Diese fünf Bewerber konnten jeweils einzeln ihre Grobkonzepte und Vorstellungen für die Erarbeitung der Monitoringdaten für die Jahre 2011, 2012 und 2013 den Arbeitsgruppenmitgliedern präsentieren und in nachfolgenden Diskussionen noch Fragen zur Klärung und zur Erarbeitung der Detailkonzepte stellen. Die fünf Bewerber haben nun Zeit, ihre Detailkonzepte auszuarbeiten, und müssen diese bis spätestens 1. April 2013 der Arbeitsgruppe einreichen. Der definitive Entscheid zur Vergabe des Auftrages ist auf den 3. Juni 2013 geplant.

2.10.3 Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Nordwestschweiz

In der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Nordwestschweiz (GDK-NWCH) sind die Kantone Aargau, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Jura, Luzern und Solothurn vertreten. Dieses Gremium setzt sich für eine Vereinheitlichung von Standards innerhalb der GDK-NWCH-Kantone ein, sodass mittel- bis langfristig ein Gesundheitsversorgungsraum entstehen kann. Die Themen sind äusserst vielfältig und reichen von Vereinheitlichung bzw. Zusammenlegung von kantonalen Krebsregistern bis zur einheitlichen Handhabung von Kostengutsprachen. Aktuell werden unter anderem die volle Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten innerhalb der GDK-NWCH diskutiert und wie ein Modell zur einheitlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler aussehen könnte.

2.11 Pilotprojekt grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Region im Dreiländerdreieck um Basel wächst immer stärker zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammen. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2007 das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen» lanciert. Die Vision des Pilotprojektes ist es, dass sich in diesem trinationalen Ballungsraum

langfristig eine gemeinsame Gesundheitsversorgungsplanung entwickelt wird. Ein erster Schritt ist, dass Patientinnen und Patienten sich im jeweiligen Nachbarland stationär behandeln lassen können. Um die Auswirkungen einer allfälligen Erweiterung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen der Schweiz und Deutschland prüfen zu können, wurde ein zeitlich befristetes binationales Pilotprojekt lanciert. Nach Vorliegen der grundsätzlichen Zustimmung des Bundesrates zur Durchführung von Pilotprojekten in der grenzüberschreitenden, spitalstationären Versorgung (vgl. Art. 36a Verordnung über die Krankenversicherung, KVV), welche durch eine kontrollierte Lockerung des Territorialitätsprinzips eine Finanzierung von Wahlbehandlungen in grenznahen deutschen Spitälern ermöglicht, wurde das Pilotprojekt in der Region Basel per 1. Januar 2007 gestartet. Auf deutscher Seite wurde die Schweiz durch die Änderung der deutschen Rechtsgrundlage (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) bezüglich Auslandsbehandlungen – im Unterschied zu Art. 36a KVV – definitiv und unbefristet den EU-Staaten gleichgestellt. Somit sind Behandlungen von deutschen Patienten in Schweizer Spitälern unabhängig von befristeten Pilotprojekten möglich.

Träger des binationalen Pilotprojektes sind die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, der Landkreis Lörrach, das Sozialministerium Baden-Württemberg sowie das Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Am Pilotprojekt können Schweizer und deutsche Krankenversicherer sowie Kliniken des Kantons Basel-Stadt, des Kantons Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach teilnehmen. Die Phase I des Pilotprojektes umfasst die Jahre 2007–2009. Nach Verlängerung der Laufzeit um weitere fünf Jahre läuft derzeit die Phase II von 2010–2014. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) führt im Auftrag der Trägerkantone eine Begleituntersuchung durch.

Die Schweizer Krankenversicherer haben mit elf Spitälern im grenznahen südbadischen Raum Verträge abgeschlossen, die eine Abgeltung von Patientinnen und Patienten aus der Schweiz aus der Grundversicherung ermöglichen. In der Phase II ab dem Jahr 2010 ist die anfängliche Beschränkung auf bestimmte Behandlungspfade aufgehoben worden, sodass das ganze Leistungsspektrum der Projektkliniken für grenzüberschreitende Behandlungen genutzt werden kann. Im Hinblick auf die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz wurden die Verträge der deutschen Kliniken mit den Schweizer Krankenversicherern auf das Projektjahr 2012 angepasst. Im Hinblick auf die nunmehr verbindliche Finanzierungspflicht des Wohnkantons der Patienten/-innen ist die vormalige Budgetlimite von 250 000 Franken pro Jahr und Kanton aufgehoben worden. Administrativ gilt für die deutschen Kliniken wie in der Schweiz üblich eine geteilte Rechnungsstellung: 45% der Behandlungskosten begleichen die Versicherer, 55% die Wohnkantone. Es gilt der von den Regierungen festgelegte Vergütungsteiler gemäss Art. 49a KVG.

Auf deutscher Projektseite waren acht Schweizer Krankenhäuser und sechs deutsche Krankenversicherer durch Einzelverträge zu einigen spezifischen medizinischen Leistungen am Pilotprojekt beteiligt. Ausserhalb des Pilotprojektes nutzen viele Patientinnen und Patienten aus Deutschland die Spitäler in der Schweiz. Diese Behandlungen sind zumeist durch Privatversicherungen finanziert und daher statistisch schwer zu messen. Gegenwärtig wird eine Befragung aller Spitäler im Pilotprojekt durchgeführt, um den Gesamtumfang der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu erheben.

Ein wichtiger Ausgangspunkt für dieses, seit dem Jahr 2007 laufende Pilotprojekt war das zuweilen kontrovers diskutierte Preisgefälle zwischen den beiden Ländern. Aus diesem Grund haben die Projektpartner bei der Universität Basel (Prof. Dr. J. H. Sommer) eine vergleichende Studie in Auftrag gegeben, deren Ziel ist, die Gründe für diese Preisunterschiede zu untersuchen. Die Resultate der Studie wurden im Herbst 2012 veröffentlicht⁸⁹. Warum qualitativ gute Leistungen angeboten werden, die vor unterschiedlichen Entwicklungshintergründen ein grosses Preisgefälle aufweisen, vermochte die Studie nicht abschliessend zu erklären: *«Aus den verfügbaren Informationen lässt sich schliessen, dass die bestehenden länderspezifischen Personalbestandsunterschiede erhebliche Kostendifferenzen verursachen. Teilweise können diese Differenzen auf*

⁸⁹ www.gruez.ch, Reha-Vergleichsstudie

die – aggregiert betrachtet – höhere Behandlungsbedürftigkeit der Patienten in den Schweizer Kliniken zurückgeführt werden. Die grossen länderspezifischen Unterschiede in der Komponente des Verwaltungs- und sonstigen Personals weisen jedoch auch auf bestehende Effizienzunterschiede hin. Diese können unter anderem durch den hohen Wettbewerbsdruck auf dem deutschen Markt erklärt werden.»

Während in der Schweiz ein Tag stationäre Rehabilitation (orthopädisch oder kardial) zwischen rund 400 bis 600 Franken zu stehen kommt, bieten deutsche Kliniken eine vergleichbare Leistung zu einem Tagessatz von umgerechnet ungefähr 150 bis 170 Franken an.

Im Rahmen des Pilotprojekts nimmt eine stetig steigende Anzahl von Patienten aus der Schweiz diese neue Behandlungsmöglichkeit wahr. Alle bisherigen Erhebungen zeigen einen hohen Grad der Patientenzufriedenheit mit diesem Angebot. So gesehen bietet die vermehrte Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen im grenznahen Südbaden ein Entlastungspotenzial für die Krankenkassenprämien.

Fazit grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

- Der Kanton Basel-Stadt konnte eine kontrollierte Lockerung des Territorialitätsprinzips bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erreichen.
- Dies erhöht die Wahlmöglichkeit für Patientinnen und Patienten, fördert den Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Anbietern und vergrössert das Einzugsgebiet für die zentrumsmedizinische Versorgung des trinationalen Ballungsraumes.
- Eine im Projektverlauf stetig steigende Zahl von Patienten nimmt die Möglichkeit einer stationären Behandlung im grenznahen Südbaden wahr.

2.12 Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Basel-Stadt

Mit der Umsetzung von zwei grossen KVG-Revisionen erfolgt eine Neuordnung der Pflege- und Spitalfinanzierung. Vor allem Letztere hat weitreichende strukturelle Änderungen zur Folge (z. B. die Auslagerung der öffentlichen Spitäler). Lange bekannte Steuerungs- und Berichtsinstrumente werden obsolet. Dieses neue Informationsinstrument wurde geschaffen, um auch in Zeiten grosser Veränderungen eine ausführliche und umfassende Information über die Spital- und Langzeitpflege sicherzustellen.

Durch die Verselbstständigung der öffentlichen Spitäler werden die Rollen des Kantons als Eigentümer und Gesundheitsversorger klar getrennt. Der Gesundheitsversorgungsbericht (GSV-Bericht) fokussiert auf den Versorgungsaspekt aus der Perspektive des Kantons als Regulator und Finanzierer. Zentral in der Berichterstattung sind die quantitativen und qualitativen Versorgungsleistungen der eigenen Bevölkerung in den basel-städtischen und auch ausserkantonalen Spitälern und Pflegeeinrichtungen. Weiter legt der GSV-Bericht Rechenschaft über die Mittelverwendung in Spitalversorgung und Langzeitpflege ab. Durch die Neuordnung der Finanzierung in diesen Bereichen, aufgrund der entsprechenden KVG-Revisionen, werden die kantonalen Beiträge weitgehend zu bundesgesetzlich vorgeschriebenen Ausgaben. Die ausserkantonalen Patientenströme sowie die Finanzströme in die basel-städtischen Versorgungseinrichtungen sind Gegenstand der Eigner- und Unternehmensstrategien der einzelnen Anbieter.

Fazit Gesundheitsversorgungsbericht Basel-Stadt

- Der Gesundheitsversorgungsbericht stellt ein neues Instrument der Berichterstattung an den Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt dar, welches die ordentliche Finanzberichterstattung (Budget, Jahresrechnung) ergänzt.
- Gegenstand sind diejenigen Sektoren der Gesundheitsversorgung, in welchen dem Kanton Planungskompetenzen und Finanzierungsverpflichtungen gemäss KVG zugewiesen sind.
- Hauptziel des Gesundheitsversorgungsberichts ist die jährlich wiederkehrende, strukturierte Aufarbeitung von Informationen über Angebot, Leistungserstellung, Kosten und Finanzierung sowie die Qualitätssicherung in der Spitalversorgung und den Einrichtungen der Langzeitpflege (Pflegeheime, Tagespflegeheime, Spitex-Dienste).
- Der Bericht dient als Informationsgrundlage für die Diskussion der Spital- und Langzeitpflegepolitik. Im Herbst 2013 wird der dritte Gesundheitsversorgungsbericht über das Jahr 2012 erscheinen.

Kapitel 3:

Handlungsoptionen im Kanton Basel-Stadt

3. Handlungsoptionen im Kanton Basel-Stadt

Basel-Stadt weist zwar eine Dichte von medizinischen Leistungserbringern auf, die beinahe doppelt so hoch ist, wie der für die eigene Bevölkerung notwendige Bedarf, diese vermeintlichen «Überkapazitäten» werden jedoch von Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland abgebaut (46% aller Behandlungen in basel-städtischen Spitälern werden von ausserkantonalen Patienten in Anspruch genommen). Die dafür anfallenden Kosten werden aber nicht den Krankenkassenprämien von Basel-Stadt belastet, sondern den jeweiligen Heimatkantonen der Patienten, sodass in Basel-Stadt keine zusätzliche Prämienbelastung anfällt, sondern im Gegenteil Steuererträge aus den zusätzlichen Einkommen der Gesundheitsdienstleister generiert werden.

Die Prämienhöhe in Basel-Stadt ist ein Abbild der von der basel-städtischen Bevölkerung in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Die Kosten sind ein Produkt aus Menge \times Preis. Gemäss der aktuellen Studie von santésuisse hat Basel-Stadt nicht ein Preis-, sondern ein Mengenproblem, indem schweizweit überdurchschnittlich viele Leistungen von der basel-städtischen Bevölkerung in Anspruch genommen werden, was die Kosten und damit auch die Krankenkassenprämien so stark ansteigen lässt.

Das Gesundheitswesen ist einer der wichtigsten Wirtschaftsfaktoren in der Schweiz und ist der grösste Arbeitgeber. Rund 80% der Kosten des Gesundheitswesens sind Lohnkosten. «Einsparungen vornehmen» heisst somit immer auch direkt «Einkommen vernichten».

Der Handlungsspielraum der Kantone im Gesundheitswesen ist beschränkt, da der Umfang der Leistungen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG vom Bund her definiert wird und der Versicherte (ohne eine freiwillige Einschränkung) freien Zugang zu allen Leistungserbringern hat, die kantonale zugelassen oder auf einer Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind. Zudem muss beachtet werden, dass die Versicherten freien Zugang zu allen Dienstleistern in der ganzen Schweiz haben und eine zu restriktive Beschränkung von Leistungserbringern innerhalb des Kantons Basel-Stadt zu einem Ausweichen in die Nachbarkantone führen wird, wobei die Kosten, die zwar ausserhalb des Kantons Basel-Stadt anfallen, aber von basel-städtischen Versicherten ausgelöst werden, den Prämien von Basel-Stadt belastet werden.

In diesem dritten Kapitel sollen nun Handlungsoptionen aufgezeigt und angesprochen werden. Bei vielen Handlungsoptionen hat jedoch der Kanton selber keinen Handlungsspielraum und ist darauf angewiesen, dass auf Bundesebene entsprechende Anpassungen der aktuellen Gesetzgebung erfolgen. Zudem ziehen neue Massnahmen auch immer Initialisierungsaufwand und -kosten nach sich, welche wiederum zu finanzieren sind. Grössere Eingriffe in das historisch entstandene Gefüge des Gesundheitswesens benötigen zudem viel Zeit und die entsprechenden Resultate lassen lange auf sich warten.

Die Handlungsoptionen werden in drei Kategorien eingeteilt:

- Einfluss auf das **Angebot von Leistungen** -> z. B. Zulassung von ÄrztInnen, Spitalplanung, Managed-Care, Auflage zur Bildung von Behandlungsketten.
- Einfluss auf die **Nachfrage nach Leistungen** -> z. B. Förderung der integrierten Versorgung, Prävention, Palliative Care.
- Einfluss auf die **Finanzierungsstruktur der Leistungen** -> z. B. Spitaltarife, gemeinwirtschaftliche Leistungen, Kantonsanteil für spitalambulanten Bereich, Prämienbeiträge.

Die folgenden Handlungsoptionen zielen auf eine Senkung der Gesundheitskosten und eine Stabilisierung bzw. Senkung der Prämien ab, ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern. Der Vollständigkeit halber werden nicht nur die Handlungsoptionen erwähnt, welche alleine in der Kompetenz des Kantons Basel-Stadt liegen. Vielmehr geht es auch darum, die Wirkungsmechanismen der Massnahmen aufzuzeigen.

Bei jeder Handlungsoption werden am Schluss des jeweiligen Abschnitts die Aspekte Realisierbarkeit, schneller Wirkungseintritt, Initialisierungsaufwand und Einfluss auf die Prämien berücksichtigt.

Als letzter Faktor ist zu erwähnen, dass aus Sicht des Kantons bei jeder Massnahme nicht nur einseitig die Auswirkungen auf die Prämien relevant sind, sondern eine gesamtwirtschaftliche (volkswirtschaftliche) Sicht sinnvoll wäre. Höhere Gesundheitsausgaben können andererseits dazu führen, dass Arbeitnehmer wieder früher ihre Erwerbstätigkeit aufnehmen können.

3.1 Einfluss auf Angebot und Nachfrage

3.1.1 Ausgangslage

Folgende Faktoren beeinflussen das künftig notwendige Angebot im ambulanten Bereich:

- die demografische Entwicklung;
- der absehbare Mangel in den Gesundheitsberufen;
- der steigende Anteil an Frauen in der Medizin;
- der steigende Wunsch nach Teilzeitmodellen;
- der Ärzteüberfluss in lukrativen Disziplinen;
- der Ärztemangel in der Grundversorgung;
- die Ärztedichte in urbanen Zentren;
- der Ärztemangel in abgelegenen Regionen;
- der fehlende Qualitätswettbewerb.

Hinzu kommt, dass sich – auch aufgrund des medizinischen Fortschritts – immer mehr Dienstleistungen vom stationären in den ambulanten und insbesondere in den spitalambulanten Bereich verschieben, die beide ausschliesslich bzw. grösstenteils von den Krankenkassen finanziert werden, damit direkten Einfluss auf die Prämienhöhe haben und von den Kantonen nur rudimentär gesteuert werden können. Es findet also eine Verschiebung vom von Kantonen und Krankenkassen dual finanzierten, stationären in den von den Versicherern alleine finanzierten, ambulanten Bereich statt, die Kosten im ambulanten Bereich steigen dadurch überproportional an und die Belastung des einzelnen Versicherten nimmt somit überdurchschnittlich zu.

Schliesslich wollen die Kranken die beste (maximale) Behandlung ohne Rücksicht auf die Kosten, die Ärzte wiederum bieten die für sie lukrativste Behandlung ohne Rücksicht auf Kosten an und haben wenig Interesse an präventiver Medizin und die Versicherer offerieren die für sie lukrativsten Versicherungsmodelle ohne Rücksicht auf medizinische Notwendigkeiten und gesamtwirtschaftliche Kosten-/Nutzen-Verhältnisse.

Diese Anspruchshaltung der Bevölkerung im Bedarfsfall einerseits und der gleichzeitige Wunsch nach Stabilisierung der Prämien ohne Reformeinschnitte oder Anreizsysteme andererseits tragen dazu bei, dass sich die Prämienhöhe eher nach oben entwickelt oder in Teilgebieten auf hohem Niveau stabil bleibt, als dass sie sich nach unten bewegt oder künftig dorthin bewegen wird. Dies, weil der Wettbewerb im ambulanten Bereich heute falsche oder gar keine Anreize hat, die richtigen Anreize trotzdem gesucht werden, um dann – wenn gefunden – vom Volk als zu einschränkend abgelehnt zu werden. Dabei können notwendige Anreize nur im Spannungsfeld zwischen freiem Wettbewerb und staatlicher Regulation gefunden werden.

Einheitliche Finanzierungsregeln und integrierte Versorgungsnetze mit Anreizsystemen wären die Zukunft, gehen aber – weil als Änderung zu umfassend und einschneidend – im Reformstau des föderalen Gesundheitswesens unter und werden durch kleine Schritte ersetzt.

Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Grundversorgung

Im Kanton Basel-Stadt haben 279 Grundversorgerinnen und Grundversorger eine Berufsausübungsbewilligung. Diese Grundversorgerinnen und Grundversorger werden immer älter, wie folgende Zahlen zeigen:

Altersverteilung der Grundversorger/-innen im Kanton Basel-Stadt:

Alter der Grundversorger/-innen	Anzahl der Grundversorger/-innen	Anteil in Prozenten
70+	14	5%
50–69	184	66%
30–49	81	29%
Total	279	100%

Nur 29% der Grundversorger/-innen sind unter 50 Jahre und 71% über 50 Jahre alt.

Detaillierte Altersverteilung der Grundversorger/-innen im Kanton Basel-Stadt:

Alter der Grundversorger/-innen	Anzahl der Grundversorger/-innen	Anteil in Prozenten
70+	14	5,0%
60–69	82	29,4%
50–59	102	36,6%
40–49	70	25,1%
30–39	11	3,9%
Total	279	100%

Nur knapp 4% der Grundversorger/-innen sind unter 40 Jahre und knapp 96% über 40 Jahre alt.

Detaillierte Altersverteilung der Grundversorger/-innen im Kanton Basel-Stadt nach Fachrichtung:

Alter der Grundversorger/-innen	Allgemeine Innere Medizin	Praktische Ärztin Praktischer Arzt	Kinder- und Jugendmedizin
70+	7	1	6
60–69	68	7	7
50–59	78	14	10
40–49	46	11	13
30–39	9	1	1
Total	208	34	37

Prozentuale Altersverteilung der Grundversorger/-innen im Kanton Basel-Stadt nach Fachrichtung:

Alter der Grundversorger/-innen	Allgemeine Innere Medizin	Praktische Ärztin Praktischer Arzt	Kinder- und Jugendmedizin
70+	3,4%	2,9%	16,2%
60–69	32,7%	20,6%	18,9%
50–59	37,5%	41,2%	27,0%
40–49	22,1%	32,4%	35,2%
30–39	4,3%	2,9%	2,7%
Total	100%	100%	100%

Nur 26% der Allgemeinmediziner/-innen sind unter 50 Jahre und 74% über 50 Jahre alt. Zudem sind nur 4% der Allgemeinmediziner/-innen unter 40 Jahre und 96% über 40 Jahre alt.

35% der praktischen Ärzte/-innen sind unter 50 Jahre und 65% über 50 Jahre alt. Darüber hinaus sind nur 3% der praktischen Ärzte/-innen unter 40 Jahre und 97% über 40 Jahre alt.

38% der Kinder- und Jugendmediziner/-innen sind unter 50 Jahre und 62% über 50 Jahre alt. Des Weiteren sind nur 3% der Kinder- und Jugendmediziner/-innen unter 40 Jahre und 97% über 40 Jahre alt.

3.1.2 Zulassungsbeschränkung für ÄrztInnen

3.1.2.1 Versorgungs- und Ärztedichte als Bedarfsindikatoren

Als Indikator für Effizienz und Wirksamkeit der wachsenden ambulanten Gesundheitsversorgung werden immer wieder die Indikatoren «Versorgungs- und Ärztedichte» angeführt. In beiden Kategorien ist der Kanton Basel-Stadt schweizweit Spitzenreiter. Dabei erfolgt mit der kantonalen Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nicht automatisch eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). ÄrztInnen, die ihre Leistungen zulasten der OKP abrechnen wollen, benötigen dazu eine Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer). Zum Teil prämierelevant und damit Indikator für Versorgungs- und Ärztedichte ist deshalb die Anzahl kantonalen ZSR-Nummern. Diesem Indikator haften aber Mängel an. So müssten Stadtkantone wie Genf oder Basel-Stadt ohne grösseres Umland mit anderen Städten mit Zentrumsfunktionen wie zum Beispiel den Städten Bern oder Zürich verglichen werden und nicht mit Landkantonen wie zum Beispiel Aargau oder Graubünden. Zudem werden in Städten mit Zentrumsfunktionen viele ausserkantonale Patienten/-innen behandelt, die in Städten mit ländlichem kantonalem Umfeld wie zum Beispiel Zürich zu den kantonalen Patienten/-innen gezählt werden. Dabei werden die Kosten dieser ausserkantonalen Patienten/-innen dem Wohnortkanton zugerechnet und haben nur im Wohnortkanton Einfluss auf die Prämienhöhe. Schliesslich gibt die Anzahl ZSR-Nummern keine Auskunft darüber, wie viele der ZSR-Nr.-Inhaber/-innen zu 100% tätig sind und wie viele in Teilzeitpensen arbeiten. Gerade die Tendenz der ansteigenden Frauenquote in der Medizin – verbunden mit dem Wunsch von Frauen, in Teilzeitpensen zu arbeiten – zeigt, wie wenig aussagekräftig die Anzahl ZSR-Nummer isoliert betrachtet ist.

3.1.2.2 Zulassungsstopp im Kanton Basel-Stadt für ÄrztInnen in der Praxis und im spitalambulantem Bereich

Die Steuerung der Mengenentwicklung im ambulanten Bereich und speziell im spitalambulantem Bereich ist zurzeit nur sehr beschränkt möglich. Infolge des medizintechnischen Fortschritts können immer mehr Spitalleistungen ambulant erbracht werden, welche früher noch stationär durchgeführt werden mussten. Diese Entwicklung ist durchaus erwünscht und mit einer Zunahme des Patientennutzens, wie auch des volkswirtschaftlichen Nutzens verbunden, da die Krankheitskosten insgesamt reduziert werden (z.B. durch eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz). Mit der Verschiebung von Behandlungen aus dem vom Kanton mitfinanzierten stationären Bereich in den vom Kanton nicht mitfinanzierten spitalambulantem Bereich, kommt es heute zu einer grossen Mehrbelastung der Prämien. Der spitalambulante Bereich ist denn auch der heute am stärksten wachsende medizinische Bereich und stellt somit für die Krankenkassenprämien den grössten Kostentreiber dar.

Da seit der Aufhebung des Zulassungsstopps Anfang 2012 die Zahl der ÄrztInnen schweizweit und im Kanton Basel-Stadt drastisch zugenommen hat und dadurch ein erneuter Kostenanstieg im Gesundheitswesen befürchtet wird, können die Kantone seit dem 1. Juli 2013 die Neuzulassung von ÄrztInnen in der Praxis und neu im spitalambulantem Bereich wieder beschränken. Mit der auf drei Jahre befristeten Gesetzesvorlage will der Bundesrat den Kantonen ein Mittel in die Hand geben, um bei einer Überversorgung – aber auch bei einer Unterversorgung bestimmter Regionen – rasch reagieren zu können. Dabei ist es den Kantonen überlassen, ob sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen. Die Befristung auf drei Jahre soll es dem Bund erlauben, parallel weitere, längerfristige Massnahmen zu prüfen.

Mit der Bedürfnisklausel haben die Kantone die Möglichkeit, die Ärztedichte und -verteilung besser zu steuern und so auch benachteiligte Randregionen zu berücksichtigen. Während es vielerorts an AllgemeinmedizinerInnen mangelt, haben laut dem Bundesrat vor allem Schönheitschirurgen, Radiologen, Psychiater oder Psychotherapeuten Abrechnungsnummern beantragt. Besonders viele Gesuche sind in städtischen Gebieten wie Genf oder Zürich eingereicht worden.

Wie bereits unter 1.7.2.2 erwähnt, gehört der Kanton Basel-Stadt im interkantonalen Vergleich zu den Versorgungsregionen mit der höchsten Dichte an freipraktizierenden ÄrztInnen, weshalb die neue Zulassungseinschränkung als befristete Übergangslösung prinzipiell als sinnvoll erachtet wird. Einschränkend wirkt sich aber aus, dass alle ÄrztInnen, die bereits mehr als drei Jahre in der Schweiz tätig sind, von der Regelung ausgenommen sind.

Der Kanton Basel-Stadt setzt das Gesetz und die Verordnung gemäss der vom Bund gegebenen Möglichkeiten vollumfänglich um und kann somit mit der Beschränkung von neuen ÄrztInnen zumindest teilweise einer übermässigen Kostensteigerung entgegenwirken. Als längerfristiges Instrument zur Kosteneindämmung ist die Zulassungsbeschränkung jedoch nicht geeignet und auch nicht empfehlenswert, da dadurch auf lange Sicht die Nachwuchsförderung von jungen ÄrztInnen verhindert wird und der Kanton Basel-Stadt somit bei jungen ÄrztInnen an Attraktivität verliert. Es muss deshalb in den nächsten drei Jahren eine alternative, langfristige Lösung zwischen Bund und Kantonen gefunden werden.

Alternativen

Alternativen zur erneuten Einführung des Zulassungsstopps beständen in Tarifiedifferenzierungen oder aber einer Teilaufhebung des Vertragszwangs.

Mittels Tarifiedifferenzierungen würden ÄrztInnen in Fachgebieten mit hoher Versorgungs- und Ärztedichte tiefere Tarife erhalten.

Die Lockerung des Vertragszwangs wiederum, also die Möglichkeit für die Krankenkassen, nur mit ausgewählten ÄrztInnen zusammenzuarbeiten, würde dem Volkswillen widersprechen, weil das Volk die Managed-Care-Vorlage unter anderem wegen der Einschränkung der freien Arztwahl massiv abgelehnt hatte.

Künftige Alternativen könnten zudem sein:

- die Förderung integrierter Versorgungsnetzwerke durch Anreizsysteme;
- die Förderung integrierter Versorgungsnetzwerke durch kantonale Anschubfinanzierungen;
- die Einführung einheitlicher Finanzierungsregeln für den stationären und den ambulanten Bereich;
- die vollständige Aufhebung des Vertragszwangs.

Weil aber all diese Alternativen zu weit gehen und vom Volk als zu umfassend und einschneidend angesehen werden, haben sie im föderalen Gesundheitswesen keine Chance und müssen durch kleinere Schritte ersetzt werden, die weniger Potenzial zur Kosten- und Prämienstabilisierung aufweisen.

Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps für ÄrztInnen ist gut realisierbar und mit einem geringen Initialisierungsaufwand verbunden. Da die Bedürfnisklausel jedoch nur für die Zulassungsbeschränkung von neuen ÄrztInnen gilt und der Kanton Basel-Stadt somit auf die bereits bestehenden Zulassungen und die damit verbundene hohe Versorgungs- und Ärztedichte keinen Einfluss nehmen kann, ist erst mittel- bis längerfristig mit einem Wirkungseintritt und einem prämienstabilisierenden Effekt zu rechnen.

3.1.3 Förderung der Grundversorgung

Während der Kanton Basel-Stadt bei den Spezialärzten und in fast allen Fachgebieten eine überdurchschnittlich hohe Versorgungs- und Ärztedichte aufweist, zeichnet sich bei den Hausärzten gesamtschweizerisch eine Unterversorgung ab.

Der Bundesrat will deshalb gemeinsam mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und in Absprache mit anderen relevanten Partnern die bestehenden Probleme der Hausarztmedizin mit konkreten Massnahmen rasch und breit abgestützt angehen.

Aus diesem Grund wurde der Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» lanciert, mit dem gleichzeitig die wichtigsten Forderungen der im Parlament hängigen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» erfüllt werden sollen.

Mit dem Masterplan sollen anerkannte Probleme im Bereich der medizinischen Grundversorgung rasch angegangen und gelöst werden:

- Im Bereich Bildung und Forschung ist vorgesehen, kurzfristig Gelder bereitzustellen, um die Hausarztmedizin an den Universitäten zu fördern. Anpassungen im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe sollen die Stellung der Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung verbessern und ihr damit mehr Anerkennung verschaffen.
- Im Bereich der Labortarife wird bis Mitte 2013 eine bessere Abgeltung für Schnellanalysen angestrebt. Der heute geltende Übergangszuschlag für Praxislabors wird bis zu diesem Zeitpunkt verlängert.
- Schliesslich ist eine Gesamtrevision des Ärztetarifs TARMED geplant, wobei sich die Tarifpartner in Vorgesprächen darauf einigten, für die Grundversorger respektive die Hausarztmedizin ein separates Kapitel einzuführen.

3.1.4 Optimierung der Spitalambulatorien

Wenn vom spitalambulantem Bereich gesprochen wird, beinhaltet dies in der Regel folgendes Leistungsangebot:

- ambulante operative Eingriffe;
- diverse fachärztliche Behandlungen;
- ambulante Nachbehandlungen von Notfällen und stationären Fällen des jeweiligen Spitals;
- Durchführung von speziellen Behandlungen, wie z. B. Dialyse oder onkologische Behandlungen.

So finden wir in den Spitalambulatorien einen breiten «Behandlungsmix», d.h. sowohl ambulante, fachärztliche Behandlungen als auch chirurgische Eingriffe, welche noch vor Jahren nur stationär durchgeführt werden konnten. Die Spitalambulatorien benötigen daher eine breite und auch teure Infrastruktur (medizinisch-technische Geräte), welche jedoch idealerweise auch vom stationären Bereich mitgenutzt werden können (Schaffung von Synergien).

Dennoch vermögen die Tarife im spitalambulantem Bereich bis anhin die Kosten nicht zu decken. Es besteht eine Unterfinanzierung, welche aktuell mit der neuen Spitalfinanzierung zusätzlich verschärft wird.

Wie bereits im Kapitel 1.4. «Kosten- und Kostenentwicklung» aufgezeigt, verzeichnet der spital-ambulante Bereich seit Jahren die höchste Kostenentwicklung unter den OKP-Kostengruppen und ist für die Prämien somit der grösste Kostentreiber. Die Entwicklung ambulant vor stationär ist durchaus erwünscht und zu einem grossen Teil die Folge des medizintechnischen Fortschritts und mit einer Zunahme des Patientennutzens wie auch des volkswirtschaftlichen Nutzens verbunden, da die Krankheitskosten insgesamt reduziert werden, z. B. durch eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Die Problematik besteht nun aber darin, dass:

- alle spitalambulantem Leistungen zu 100% über die OKP finanziert werden;
- diese Kostengruppe im Kanton Basel-Stadt einen Kostenanteil von rund 17% hat (hinter dem stationären Bereich, den Arztleistungen und den Medikamenten die viertgrösste Kostengruppe);
- die Tarife im spitalambulantem Bereich nicht kostendeckend sind;
- gerade in städtischen Zentren im Bereich der fachärztlichen Behandlung sowie im freipraktizierenden und im spitalambulantem Bereich eine gewisse «Überlappung» des Leistungsangebots besteht;
- der Kanton nur im Rahmen des Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahrens und nur in sehr begrenztem Rahmen Einfluss auf die Tarife im spitalambulantem Bereich nehmen kann.

Direkte Steuerungsmöglichkeiten des Kantons sind im spitalambulantem Bereich nicht möglich, da sich die Planungskompetenz der Kantone gemäss KVG auf den stationären Bereich beschränkt. Die kantonale Spitalplanung muss jedoch bei planerischen Massnahmen die möglichen Auswirkungen auf den spitalambulantem Bereich in die Betrachtung miteinbeziehen.

Weitere Massnahmen

Nebst den ebenfalls bereits erwähnten Massnahmen im Kapitel 3.1.2 Tarife zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Art. 55 Abs. 2 Bst.c KVG) empfiehlt die GDK eine Mitfinanzierung des spital-ambulantem Bereichs durch die Kantone. Da sowohl unter einer volkswirtschaftlichen Betrachtung wie auch einer Vollkostenbetrachtung ein ambulanter, operativer Eingriff sinnvoller ist, wäre eine kantonale Mitfinanzierung dieses Bereichs eine Option, um die Prämienlast zu senken oder zumindest im Hinblick auf den weiteren medizinischen Fortschritt zu stabilisieren (siehe auch 3.1.11). Der Kanton Basel-Stadt ist bereit, eine Mitfinanzierung des spitalambulantem Bereichs zu prüfen, falls eine Bundeslösung zustandekommt und die Vorbedingung für eine kostenneutrale Umsetzung für den Kanton Basel-Stadt gegeben ist.

Fazit

- Der Kanton Basel-Stadt hat sich dazu entschlossen, vom Zulassungsstopp für ÄrztInnen Gebrauch zu machen und diesen als kurzfristiges Instrument zur Einflussnahme auf die Mengen- und Kostentwicklung auf kantonalter Ebene für ÄrztInnen in der Praxis und im spitalambulantem Bereich einzusetzen und somit das Überangebot an ärztlichen Leistungen zu beschränken. Als längerfristiges Instrument zur Kosteneindämmung ist die Zulassungsbeschränkung jedoch nicht geeignet und auch nicht empfehlenswert, da dadurch auf lange Sicht die Nachwuchsförderung von jungen ÄrztInnen verhindert wird und der Kanton Basel-Stadt somit bei jungen ÄrztInnen an Attraktivität verliert.
- Die kantonale Spitalplanung muss mögliche Auswirkungen auf den spitalambulantem Bereich miteinbeziehen.

3.1.5 Senkung der ambulanten Tarife

Können die Kantone im Bereich der ambulanten Tarife steuernd eingreifen, um die Kosten einzudämmen? Mit welchen allfälligen finanziellen Auswirkungen?

Beispiel:

Welches wären die finanziellen Auswirkungen einer allfälligen Senkung des Taxpunktwertes bei den ärztlichen Leistungen in freier Praxis von 91 auf 81 Rappen?

Gemäss Versichertenstatistik 2011 betrugen die Bruttoleistungen für ärztliche Leistungen im Kanton Basel-Stadt im Jahr 2011 162 Millionen Franken. Das bedeutet, dass bei einem Taxpunktwert von 91 Rappen rund 178 Millionen Taxpunkte verrechnet wurden. Eine Senkung des Taxpunktwertes auf 81 Rappen hätte, bei gleichem Leistungsbezug der Versicherten, eine Senkung der ärztlichen Bruttoleistungen pro Jahr von rund 18 Millionen Franken zur Folge. Für die Prämien pro Person und Monat entspräche dies einem Betrag von rund acht Franken und 40 Rappen.

3.1.5.1 Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren im ambulanten und spitalambulantem Bereich

Wie bereits in Kapitel 1.3.4. erwähnt, vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer (ÄrztInnen, Spitäler, Hebammen, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten) für die ambulante Behandlung die Tarife in Tarifverträgen. Diese Tarifverträge müssen von der zuständigen Kantonsregierung genehmigt werden. Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob die Verträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Bei Nichteinigung der Vertragspartner müssen die Tarife, nach Anhörung der Beteiligten, durch die Kantonsregierung im Festsetzungsverfahren nach Art. 47 KVG festgelegt werden.

In der Regel wird für den Grossteil der ambulanten Leistungen die Vergütung gemäss Einzelleistungstarif vereinbart. Nach Art. 43 Abs. 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Wenn sich die Tarifparteien nicht einigen können, muss der Bundesrat diese Struktur festlegen. Zudem müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG für die gesetzlichen Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).

Die Kantone haben somit im Rahmen des Festsetzungs- wie auch des Genehmigungsverfahrens die Möglichkeit, im ambulanten Bereich die Tarife zu senken. Eine Tarifsenkung muss jedoch im-

mer mit dem Ziel der Erhaltung der Versorgungssicherheit abgewogen werden. Die Einflussnahme der Kantonsregierung auf die Ausgestaltung bzw. Höhe der ambulanten Tarife im Rahmen der Vertragsgenehmigungs- oder Festsetzungsverfahren ist an bundesgesetzlichen Vorgaben gebunden. Es gilt, zu beachten, dass die Tarifbildung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom Grundsatz des Primats der Vertragsautonomie beherrscht wird. Die behördliche Tariffestsetzung ist als Ultima Ratio gegenüber den vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner zu betrachten.

Wie ausgeführt hat der Regierungsrat bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung diese auf ihre Übereinstimmung mit Gesetz, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit zu prüfen. Das Gebot der Billigkeit beinhaltet auch die Prüfung der wirtschaftlichen Tragbarkeit und der Sozialverträglichkeit von Tarifen, insbesondere auch ihre Auswirkung auf die Prämien. So kann die Kantonsregierung eine Tarifgenehmigung verweigern oder einen Tarif senken, wenn der Tarif in seiner Auswirkung auf die Prämien für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich nicht tragbar und somit nicht mehr sozialverträglich wäre.

Bedeutenden Senkungen von Tarifen aus Gründen der Sozialverträglichkeit steht aber der Anspruch der Leistungserbringer gegenüber, wonach die OKP gemäss Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen nach KVG übernehmen muss. Im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren kann eine Steuerung der Tarife unter dem Aspekt der wirtschaftliche Tragbarkeit und Sozialverträglichkeit in begrenztem Umfang vorgenommen werden. Die Kosteneindämmung im ambulanten Bereich kann aber nicht ausschliesslich im Rahmen der Tarifverfahren realisiert werden. Die Versorgungssicherheit muss in jedem Fall gewahrt bleiben. In diesem Zusammenhang ist auch auf Art. 44 Abs. 2 KVG hinzuweisen, wonach Leistungserbringer die Erbringungen von Leistungen nach KVG ablehnen können (Ausstand), zum Beispiel wenn die verfügbaren Tarife keinen Anreiz zur Erbringung der Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mehr bieten. Gefährdet der Ausstand der Leistungserbringer die Versorgungssicherheit, hat die Kantonsregierung für deren Sicherstellung zu sorgen (Art. 45 KVG).

3.1.5.2 TARMED

Der Bundesrat hat auf den 1. Januar 2013 im Bereich TARMED eine neue Kompetenz erhalten. So kann der Bund neu aktiv in dessen Tarifstruktur eingreifen und Korrekturen bei den Taxpunkten einzelner Positionen vornehmen. Der Bund hätte es somit in der Hand, z. B. die Hausarztmedizin zu fördern durch eine Verschiebung der Taxpunkte von den Fachärzten zugunsten der Hausärzte. Zu prüfen wäre insbesondere vom Bund, ob tiefere Arzttarife in den überversorgten städtischen Gebieten und höhere Tarife in den unterversorgten ländlichen Regionen Anreize zur Praktizierung in ländlichen Gebieten schaffen könnten. Dies könnte einzig in einer Anpassung der Tarifstruktur auf gesamtschweizerischer Ebene erfolgen. Unterschiedliche Festsetzung von Taxpunktwerten für dieselben Leistungserbringer durch die Kantonsregierung wäre jedoch nicht zulässig, da dies im Resultat einer Änderung der Tarifstruktur gleichkäme.

Die Kompetenz zur Änderung der gesamtschweizerischen, einheitlichen Tarifstruktur kommt einzig den Tarifpartnern auf nationaler Ebene sowie – wie eingangs ausgeführt – dem Bundesrat zu.

3.1.5.3 Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Gestützt auf Art. 55 Abs. 2 Bst.c KVG (Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde) kann die Kantonsregierung – sofern die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante und stationäre Behandlung doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung – verordnen, dass die Tarife oder Preise für sämtliche Leistungen oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50% gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

Eine Senkung der ambulanten Tarife wäre zwar mit einem positiven Effekt auf die Prämien und einem sehr raschen Wirkungseintritt verbunden, zieht jedoch einen hohen Initialisierungsaufwand nach sich (Vertragsverhandlungen, Scheitern der Verhandlungen und Einleitung eines Festsetzungsverfahrens durch den Kanton). Zudem ist im Anschluss an eine hoheitliche Senkung durch den Kanton mit langwierigen, juristischen Verfahren zu rechnen. Die Realisierbarkeit wird daher als sehr gering eingeschätzt.

Fazit

- Die ambulanten Tarife (Taxpunktweite = TPW) werden auf kantonaler Ebene, die Tarifstruktur (Anzahl Taxpunkte) hingegen auf nationaler Ebene festgelegt.
- Die Kantone haben im Rahmen des Genehmigungs- und Festsetzungsverfahrens die Möglichkeit, die TPW zu senken. Bei einer Senkung ist jedoch immer eine Abwägung zwischen den gesundheitspolitischen Zielen der wirtschaftlichen Tragbarkeit von Tarifen (Sozialverträglichkeit) und der Versorgungssicherheit vorzunehmen.
- Die Taxpunktweite für ärztliche Leistungen sind im Kanton Basel-Stadt im interkantonalen Vergleich durchschnittlich und können nicht alleine als kostentreibend bezeichnet werden.
- Der Bund kann seit 1. Januar 2013 aktiv in die Tarifstruktur TARMED eingreifen und somit selber Korrekturen vornehmen.
- Die Kantonsregierung kann als ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung unter den Voraussetzungen von Art. 55 KVG verordnen, dass Tarife und Preise nicht erhöht werden dürfen.

3.1.6 Förderung der integrierten Versorgung

Das Forum Managed Care (siehe Kapitel 1.7.3.) (FMC) hat für grossstädtische Agglomerationen wie Basel, Bern, Genf, Lausanne oder Zürich ein Szenario zur Umsetzung der integrierten Versorgung entwickelt. Dieses könnte mittelfristig auch im Kanton Basel-Stadt umgesetzt werden. Dieses Szenario sieht wie folgt aus:

Setting

Grossstädtische Agglomeration mit einem Einzugsgebiet von mehr als 300 000 Versicherten (Bevölkerungsdichte über 1000 Einwohner pro Quadratkilometer), einem Universitätsspital, vielen hochspezialisierten Einrichtungen wie Tumor- oder Transplantationszentren sowie weiteren Spitälern. Hohe Ärztedichte im ambulanten Sektor mit rund fünf Ärzten pro 1000 Einwohner (davon 0,7 Allgemeinpraktiker), Tendenz steigend. Es entwickeln sich zahlreiche und unterschiedliche Organisationen und Modelle der integrierten Versorgung, z. B. Ärztenetze mit Allgemeinmedizinerinnen und/oder Spezialisten, Ärztetherapiezentren, Chronic-Care-Modelle, Modelle für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen, für spezielle Kundensegmente (Frequent Flyers mit Versorgungsnetz im Ausland, Expats, für Lifestyle-Medizin mit Check-ups, Antiaging, ästhetische Eingriffe).

Gesundheits- und Patientenversorgung

Die Gesundheits- und Patientenversorgung zeichnet sich – als Folge der hohen Leistungserbringerdichte – durch ein vielfältiges Nebeneinander von integrierten ambulanten und stationären Organisationen aus:

- Mehrere und unterschiedlich positionierte Ärztenetze (reine Hausarztnetze, Netze mit ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten, Netze mit ärztlichen/nichtärztlichen Mitgliedern)

bieten ihre Leistungen allein oder in Kooperation mit anderen Organisationen wie Spitälern, Spitex, Pflegeheimen, Apotheken, Rehabilitations- und Physiotherapieeinrichtungen an. Innerhalb dieser Netze bzw. Kooperationen hat sich eine ausgeprägt interdisziplinäre Arbeitsteilung entwickelt, namentlich zwischen Hausärzten, Spezialisten, Apotheken sowie spezialisierten Medizinischen PraxisassistentInnen (MPA) und Pflegefachpersonen.

- In einem grossen Gesundheitszentrum, das von einem Spital und zwei Ärztenetzen realisiert wird, finden sich eine Notfallpraxis mit 365×24-Stunden-Zugang, mehrere Kompetenzzentren für bestimmte Patientengruppen (z. B. ein psychiatrisches Walk-in-Ambulatorium, ein Geriatriezentrum, ein Chronic-Care-Zentrum) sowie Spitex-Dienste mit einer kleinen Bettenstation für Kurzbetreuungen von älteren Patienten. Ausserdem ist das Gesundheitszentrum eine attraktive Aus- und Weiterbildungsstätte für Mediziner, Pflegende und MPA.
- Patientengruppen mit komplexen Betreuungsbedürfnissen werden in eigenen Netzstrukturen betreut wie beispielsweise einem Onkologienetz, in dem Patientenpfade, klinische Entscheidungsfindung, Konferenzen und Boards bis hin zu den Terminvereinbarungen vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Das Onkologienetz zeichnet sich durch innovative Betreuungsformen und eine ausgesprochen starke Patientenorientierung aus, beispielsweise indem die Patienten-Community in die Entwicklung von Patientenpfaden oder in ärztliche Weiterbildungen involviert wird.
- Das Universitätsspital betreibt ein grosses Patientenhotel, in dem Patienten – sobald sie nach einer Operation oder Geburt keine intensive Pflege mehr benötigen – untergebracht werden und wo bei Bedarf die zuständigen Ärzte beigezogen werden können. Ebenfalls in unmittelbarer Nähe führt das Universitätsspital ein intermediäres Pflegeheim, das geriatrische und palliative Patienten zwischen der Akuthospitalisation und dem Aufenthalt in einer Langzeitinstitution oder zu Hause betreut.
- Zwischen den verschiedenen Organisationen besteht ein Wettbewerb, der sich zum einen innovationsförderlich und zum anderen kooperationshinderlich zeigt (indem z. B. grosse Spitäler mit ihrer Tendenz, alles selber zu tun, Kooperationspartner vergrämen). Konfliktpotenzial besteht ausserdem zwischen dem integrierten Versorgungsbereich und Privatspitälern (bzw. den dort tätigen Belegärzten), die sich heftig und nicht nur um zusatzversicherte Patienten konkurrenzieren.
- Advanced Nurse Practitioners (ANP) werden gefördert. Arbeitsfelder von ANP sind vielfältig, jedoch immer mit einer erweiterten Pflege verbunden, d.h. mit Interventionen, die traditionellerweise nicht ins pflegerische Aufgabenspektrum und eher zu den einfachen ärztlichen Tätigkeiten gehören (z. B. klinisches Assessment, medizinische Diagnostik, Familieninterventionen). Die ANP können somit bereits eine Triage vornehmen, ob ein Patient dem Arzt vorgestellt werden muss oder nicht. Die ANP würden somit, im Hinblick auf einen Mangel an ärztlichen Grundversorgern, in Zukunft eine wichtige Rolle in der medizinischen Grundversorgung übernehmen.

Finanzierung

Verschiedene Kooperationspartner bilden eine Organisation, die mit den Krankenversicherern eine geeignete Form der Leistungsvergütung vereinbart (z. B. Capitation-basierte Budgetmitverantwortung, Mixed/Bundled Payment, Pay-for-Performance-Modelle). Ist diese von Spital und ambulanten Leistungserbringern getragen, werden dadurch eine kohärente Betreuung unterstützt und die Risiken von DRG-bedingten Verkürzungen der Hospitalisationsdauer reduziert.

Steuerung

Die Zusammenarbeit zwischen Institutionen und Leistungserbringern in einer Organisation ist in Kooperationsvereinbarungen geregelt.

Der Anbieterwettbewerb ist ein zusätzliches Steuerungselement. Voraussetzung dafür ist eine grössere Transparenz für die Patienten (z. B. Public Reportings, Zertifizierung), sodass sich diese

über die Qualität der Anbieter bzw. der Leistungen informieren können. Wenn notwendig müssen dafür die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Die Förderung der integrierten Versorgung ist sinnvoll, der Aufbau der entsprechenden Strukturen ist jedoch mit einem sehr hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Die Auswirkungen auf die Prämien werden, mit einem verzögerten Wirkungseintritt, positiv eingeschätzt.

3.1.6.1 Health Maintenance Organization (HMO): Förderung via Gesundheitsgutscheine

Wie weiter hinten in Kapitel 3.2.5 näher ausgeführt wird, ist die gezielte Förderung einer effektiven, qualitativ guten und gleichzeitig günstigen medizinischen Versorgung von Versicherten in benachteiligten Verhältnissen in Managed-Care-Systemen erstrebenswert.

Gerade Personen in finanziell und sozial ungünstigen Verhältnissen leiden statistisch betrachtet überdurchschnittlich stark unter gesundheitlichen, oftmals chronischen Beeinträchtigungen.

Mit der Abgabe von Gesundheitsgutscheinen durch die zuständigen Amtsstellen an Bezüger/-innen von Leistungen der Ergänzungsleistungen (EL), Sozialhilfe (SH) oder Prämienverbilligung (PV) könnte der Übertritt insbesondere von Personen, die regelmässiger medizinischer Behandlung bedürfen, in die entsprechenden Versicherungsformen gefördert werden.

Diese Gesundheitsgutscheine würden einen positiven Anreiz für einen Beitritt in ein Managed-Care-Modell darstellen, womit die bundesrechtlich verankerte, freie Kassenwahl für die Versicherten gemäss Art. 4 Abs. 1 KVG uneingeschränkt bliebe. Die freie Wahl des Versicherers und des Versicherungsmodells ist gemäss geltendem Bundesrecht nur für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung beschränkbar (Art. 82a Asylgesetz). Die Kantone können für diese Personen die Wahl des Versicherers wie auch der medizinischen Leistungserbringer einschränken, was auch im Kanton Basel-Stadt der Fall ist.

3.1.7 Ausbau der spitalexternen Krankenpflege (Spitex)

Im Kanton Basel-Stadt gilt gemäss den Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik, dass der ältere Mensch, bei Bedarf mit Unterstützung durch Angehörige und Spitex-Dienste, so lange wie möglich zu Hause leben soll. Ein Eintritt in eine mit öffentlichen Geldern unterstützte Institution erfolgt erst, wenn das Ausmass an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das soziale Netz inkl. Spitex-Leistungen überfordert bzw. das Verbleiben zu Hause aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte für das Gemeinwesen nicht mehr vertretbar ist.

Eine zentrale Stelle in der Verwaltung sorgt mittels einer zentralen Heimplatzvermittlung dafür, dass Pflegeheimplätze nur durch effektiv pflegebedürftige Menschen belegt werden.

Trotzdem besteht weiterhin ein gewisses Potenzial zur Substituierung von Pflegeheimplätzen durch ambulante Dienstleistungen.

Diese ambulanten Dienstleistungen sind jedoch in erster Linie im Bereich der Betreuung zu finden, welcher von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht mitgetragen wird.

3.1.7.1 Finanzierung Spitex vs. Pflegeheime

Eine Substitution von Heimaufenthalten durch ambulante Pflegeangebote hat auf die Finanzierung der Kosten der Krankenversicherer ähnliche Auswirkungen wie die Verschiebung von Leistungen aus dem spitalstationären in den spitalambulanten Sektor. Der Effekt wird jedoch

dadurch gedämpft, als die ambulante Pflege nicht wie im Spitalbereich voll durch die Krankenversicherung getragen, sondern durch das Gemeinwesen sowie die Kundinnen und Kunden mitfinanziert wird. Der Maximalbeitrag für die Krankenversicherung liegt jedoch im Pflegeheim aufgrund der Finanzierung über Tagespauschalen deutlich tiefer als im Spitex-Bereich über die Finanzierung mittels Stundentarif. Hingegen fallen in den Pflegeheimen Kosten wie für die Unterkunft, die Verpflegung oder die Betreuung an, welche voll zulasten der Bewohnerinnen und Bewohner verrechnet und durch das Gemeinwesen lediglich subsidiär über Ergänzungsleistungen mitgetragen werden.

Während die Vollkosten im Pflegeheim in der Regel deutlich höher liegen als diejenigen im Spitex-Bereich, ist dieses Verhältnis aus der Optik des Krankenversicherungsgesetzes oft umgekehrt.

Vorteile

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist eine Substitution von Heimaufenthalten durch Pflegearrangements in den eigenen vier Wänden mit Unterstützung durch Spitex-Dienste sinnvoll. Die Belastung für die Kundinnen und Kunden sowie für das Staatswesen sind in den meisten Fällen deutlich tiefer.

Nachteile

Aus der Optik des Krankenversicherungsgesetzes weist ein bedeutender Teil der Fälle mittels Unterstützung durch ambulante Spitex-Dienste höhere Kosten aus als bei analoger Pflege in einer stationären Einrichtung.

Eine Anpassung der Finanzierung im Bereich der Spitex und der Pflegeheime unter Vollkostenbetrachtung ist auf Ebene Kanton nicht realisierbar und nur auf Bundesebene möglich. Dies wäre zudem mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Mit einem schnellen Wirkungseintritt wäre nicht zu rechnen, die Auswirkungen auf die Prämien werden als stabilisierend eingeschätzt.

Fazit

Das Krankenversicherungsgesetz müsste dahingehend geändert werden, dass die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung im Pflegebereich die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten widerspiegeln. Dies könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass unabhängig vom Ort der Pflege, jedoch abhängig vom Grad des Pflegebedarfs, ein Beitrag ausgerichtet wird.

3.1.8 Förderung der Palliative Care

Am 19. April 2012 wurde vom «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», der gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen, beschlossen die Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 für die Jahre 2013–2015 weiterzuführen. Dabei wurde vor allem auf die Ergebnisse einer Befragung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) bei den Kantonen abgestellt, welche grossmehrheitlich zurückgemeldet haben, dass die Umsetzungsarbeiten in den Kantonen erst am Beginn sind und noch Handlungsbedarf in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Bildung und Sensibilisierung der Bevölkerung besteht. Folgende Bearbeitungsschwerpunkte haben sich herauskristallisiert:

- Eine integrierte Versorgung ist ein zentrales Element der Palliative Care. In vielen Kantonen stellt die Koordination und Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen (Spitex, Spitäler, Pflegeheime, Ärzteschaft) ein grosses Hindernis bei der Entwicklung von

Palliative-Care-Angeboten dar. Die Zuständigkeiten sind nicht klar geregelt. Ausserdem fehlt es an Finanzierungsmöglichkeiten für diese Koordinationsarbeiten. Dasselbe gilt für den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich.

- Die palliative Grundversorgung durch HausärztInnen, spitalexterne Dienste, Alters- und Pflegeheime sollte mehr in den Fokus gestellt werden.
- Zentral ist insbesondere die Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen, aber auch von Freiwilligen. Auch kontinuierliche Sensibilisierungsarbeit ist weiterhin notwendig.
- Zurzeit besteht noch keine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Palliative-Care-Angeboten in der Schweiz. Vor allem im Mittelland und in der Zentralschweiz gibt es erst vereinzelte Angebote. In der Westschweiz, im Tessin und in der Nordostschweiz dagegen bestehen gut ausgebauten Versorgungsstrukturen für Palliative Care.
- Die Qualität der Angebote und deren Standardisierung sind weiter zu verbessern, sodass eine Vergleichbarkeit möglich wird. Dies gilt vor allem auch für den Bereich der Grundversorgung.
- In der ganzen Schweiz mangelt es an Hospizen (mit Pflegeheimstatus) für jüngere schwerkranke Patientinnen und Patienten, die bislang in Alters- und Pflegeheimen betreut werden.
- Die Finanzierung von mobilen Palliativdiensten, insbesondere wenn sie als «2. Linie» tätig sind, ist nicht klar geregelt.
- Die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Kantonen ist zu intensivieren. Es braucht eine Plattform, um Erfahrungen und Best-Practice-Beispiele auszutauschen, gemeinsame Standards zu diskutieren und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu finden.

Die Umsetzungsschwerpunkte im Kanton Basel-Stadt

Aufgrund der zusammengetragenen Erkenntnisse auf Bundesebene und der eruierten Lücken bzw. Handlungsschwerpunkte im Kanton Basel-Stadt wurde eine Umsetzungsplanung erarbeitet und von der kantonalen Arbeitsgruppe Ende 2012 verabschiedet.

Dreh- und Angelpunkt für eine nachhaltige Implementierung von Palliative Care im Kanton Basel-Stadt ist die Etablierung einer Anlauf- und Koordinationsstelle, welche bereits im Kapitel 2.9 erläutert wurde.

Weitere Umsetzungsschwerpunkte

- Info-/Schulungsveranstaltung «Palliative Care in der Grundversorgung» vom 11. April 2013 für die Ärzteschaft durch die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und das Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel;
- Erarbeitung Grobkonzept für die Testung der Anlauf- und Koordinationsstelle mit dem Hildegard Hospiz;
- Etablierung zweiter Kurs des SBK mit dem Hospiz im Park «Palliative Care in der Grundversorgung» für Pflegende;
- Integration von Schulungsunterlagen Palliative Care in den Alters- und Pflegeheimen durch den VAP;
- Erstellung eines Informationskonzeptes für die basel-städtische Bevölkerung;
- bilaterale Gespräche zum Aufbau der mobilen Palliative-Care-Teams (Tumor, Neuro und Kinder).

Die aufgezeigten Umsetzungsschwerpunkte sind nicht zum «Nulltarif» zu haben. Dies bedeutet, dass – wo immer möglich – die Leistungserbringer eingebunden werden und diese auch die entsprechenden Vorleistungen finanzieren oder zumindest mitfinanzieren. Aber auch der Kanton Basel-Stadt, welcher sich eine verbesserte Versorgungsstruktur im Bereich Palliative Care von den eingeleiteten Massnahmen verspricht, finanziert mit. Es ist zum Beispiel geplant, das Pilotprojekt der Anlauf- und Koordinationsstelle mit einer Anschubfinanzierung zu unterstützen und

auch die eine oder andere Schulungsunterlage (Ärzeschaft, Pflege etc.) mitzufinanzieren, damit die Umsetzung von Palliative Care im Kanton Basel-Stadt rascher in den Courant normal überführt werden kann.

Dass es bei der Einführung bzw. Etablierung von neuen Versorgungsstrukturen, wie z. B. in der Palliative Care, kurzfristig zu Mehrkosten kommen kann, liegt in der Natur der Sache. Der Kanton Basel-Stadt ist aber darum besorgt, dass nach der Umstellung und Etablierung der neuen Versorgungsstruktur nicht Mehrkosten resultieren, sondern effektiv die festgestellten Defizite oder Versorgungslücken danach nicht mehr vorhanden sein werden. Die vor allem in der Koordination und Kommunikation unter den Leistungserbringern festgestellten Verbesserungs- und Synergiepotenziale sollten dies entsprechend ermöglichen.

Die Verbesserungs- und Synergiepotenziale können schlecht in Franken und Rappen ausgewiesen werden und würden eine Genauigkeit vortäuschen, welche schlicht selten bei der Ausschöpfung von Synergiepotenzialen gegeben ist. Auf der anderen Seite kann festgehalten werden, dass sämtliche in der Umsetzung von Palliative Care im Kanton Basel-Stadt involvierten Institutionen, wie auch die Arbeiten von Studentinnen und Studenten des Instituts für Pflegewissenschaften, darauf hinweisen, dass diese Verbesserungs- und Synergiepotenziale vor allem in der Koordination und Kommunikation bestehen und sicherlich auch einen immateriellen Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten beinhalten.

Die Förderung der Palliative Care ist gut realisierbar, aber mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Ein Wirkungseintritt ist eher verzögert zu erwarten, die Auswirkungen auf die Prämien dürften positiv ausfallen.

Fazit

- Verbesserungs- und Synergiepotenziale bei Koordination und Kommunikation bestehen und sollen ausgeschöpft werden.
- Patientinnen und Patienten, die Leistungserbringer und die gesamte kantonale Gesundheitsversorgung profitieren von einer engeren Vernetzung der Palliative-Care-Leistungserbringer.
- Anschubfinanzierung für Pilotprojekt Anlauf- und Koordinationsstelle wie auch für die Bereitstellung von Schulungs- und Informationsunterlagen (Ärzeschaft, Pflege, Patienten und Angehörige etc.) ist ein wichtiger Bestandteil für die erfolgreiche Umsetzung im Kanton Basel-Stadt.
- Einsparpotenzial ist schlecht in Franken bezifferbar, wird aber nebst dem immateriellen Nutzen (Patienten und Angehörige fühlen sich nicht alleingelassen) sicherlich auch Kosteneinsparungen im Gesamtsystem mit sich bringen, da Doppelspurigkeiten und Leerläufe vermieden werden können und Strukturen, Ansprechpartner, Abläufe und Zuständigkeiten etc. im Kanton klar definiert sind.

3.1.9 Optimierung der Spitalplanung

In der Spitalplanung gibt es einige Massnahmen, die eine kostendämpfende Wirkung haben könnten. Diese sind:

- strengeres Controlling der Leistungsaufträge;
- stärkere Konzentration medizinischer Leistungen;
- Mengenbeschränkungen;
- Senkung der Tarife (Baserates bzw. Tagespauschalen);
- eine kantonal einheitliche Baserate;
- regionale Spitalkooperationen.

Strengeres Controlling der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge im Kanton Basel-Stadt werden auf Basis der Zürcher Leistungsgruppensystematik vergeben. Die detaillierte Leistungsgruppensystematik erlaubt eine genaue Analyse des Leistungsangebots einer Klinik und einen darauf abgestimmten Leistungsauftrag.

Die detailliertere Systematik erlaubt auch eine bessere Kontrolle der Leistungsaufträge. Anhand der medizinischen Statistik und des Versorgungsmonitorings kann jährlich überprüft werden, ob die Spitäler den Leistungsauftrag einhalten oder nicht. Es kann jedoch kein absolut starres Controlling angewendet werden, da die Medizin keine exakte Wissenschaft ist und die Einteilung eines Eingriffs zu einer bestimmten Leistungsgruppe nicht immer schon vor dem Eingriff zweifelsfrei feststeht. Bei Spitälern mit einer Notfallaufnahme ist die Situation noch komplizierter, da Notfälle grundsätzlich unabhängig vom Leistungsauftrag behandelt werden müssen. Wenn nötig, kann nach der Stabilisierung des Patienten eine Verlegung erfolgen. Grundsätzlich kann das Gesundheitsdepartement aber bei einer groben Abweichung vom Leistungsauftrag die Zahlung des Kantonsanteils verweigern. Dies steht auch in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern.

Ein strengeres Controlling der Leistungsaufträge ist ohne grösseren, zusätzlichen Aufwand realisierbar und es wäre mit einem raschen Wirkungseintritt zu rechnen. Es ist mit positiven Auswirkungen auf die Prämien zu rechnen.

Stärkere Konzentration medizinischer Leistungen/Ausschreibungsverfahren für Leistungsaufträge

Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen hat das Gesundheitsdepartement einen gewissen Spielraum. Bei der Neukonzeption der Spitalliste im Jahre 2011 wurde weitgehend das bisherige Angebot der Spitäler berücksichtigt. Dies führte dazu, dass viele Leistungsgruppen von mehreren Spitälern angeboten werden, wobei gewisse Spitäler nur kleine Fallzahlen erbringen. Aus Qualitäts- und Kostengründen kann dieses Vorgehen hinterfragt werden. Das Gesundheitsdepartement könnte ein planwirtschaftlicheres Vorgehen wählen und Leistungen anhand von Qualitäts- und/oder Kostenkriterien konzentrieren. Mit der Einführung der Mindestfallzahlen der Gesundheitsdirektion Zürich wird per 1. Januar 2015 eine gewisse Konzentration stattfinden. Es ist jedoch eine weitaus stärkere Konzentration möglich, beispielsweise auch anhand von Preisen für medizinische Leistungen. Theoretisch wäre es möglich, ganze Leistungspakete, beispielsweise «Gelenkersatz», wie in einer öffentlichen Ausschreibung (Submission) an das beste (günstigste Preis mit guter Qualität) Spital zu vergeben. Dies würde zu einem Preiswettbewerb unter den Spitälern führen, was die Kosten senken könnte. Es würde auch dazu führen, dass pro Leistungspaket nur noch ein, maximal zwei Anbieter zugelassen wären. Dies würde bei gewissen Spitälern das Leistungsangebot drastisch reduzieren und hätte grosse Auswirkungen auf die Spitallandschaft im Kanton Basel-Stadt. Die Qualität der Leistungen müsste in diesem Preiswettbewerb stark monitorisiert werden.

Dieses Vorgehen wurde allerdings bis jetzt von keinem Kanton umgesetzt. In den Kantonen Zürich und Aargau wurde eine Art Ausschreibungsverfahren für die Spitalliste durchgeführt, jedoch wurden die Preise nur in groben Bandbreiten berücksichtigt und waren deshalb für die Zuteilung von Leistungen nur bedingt relevant. Ausserdem wurden die Leistungen nicht künstlich konzentriert, sondern es wurden nur die Mindestfallzahlen als Konzentrationskriterium herangezogen. Die Auswirkungen auf das Leistungsangebot der einzelnen Spitäler waren deshalb beschränkt.

Eine stärkere Konzentration medizinischer Leistungen ist zurzeit kaum realisierbar, obwohl dies mit einem raschen Wirkungseintritt und daher mit einem positiven Effekt auf die Prämien verbunden wäre.

Mengenbeschränkungen

Der Kanton hat die Möglichkeit, bei der Spitalplanung Mengenbeschränkungen pro Spital und/oder pro Eingriff festzulegen, insbesondere dann, wenn Überkapazitäten bestehen. Dies kann auf eine indirekte Art, durch eine sehr restriktive Vergabe von Leistungsaufträgen geschehen, dabei wird die Kapazität begrenzt, was sich auf die Menge auswirkt, oder auch auf

direktem Weg über eine zahlenmässige Beschränkung auf der Spitalliste selbst. Dies wäre eine direkte Form der Rationierung medizinischer Leistungen und ein grober Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit der Spitäler. Laut Bundesgericht ist dies aber zulässig und wird in den Kantonen Bern und Tessin auch durchgeführt.

Eine allfällige Mengenbeschränkung würde nur für Basler Patienten in Basler Spitälern gelten, weiter reichende Beschränkungen für ausserkantonale Spitäler kann der Kanton nicht verfügen. Dies würde wiederum dazu führen, dass Basler Patienten unweigerlich in ausserkantonale Spitäler ausweichen würden. Dies ist auch zulässig und der Kanton müsste in diesem Fall den Referenztarif, welcher im Wohnkanton der Patienten für die entsprechende Behandlung gilt, bezahlen. Ob mit dieser Massnahme Kosten gespart werden könnten, ist deshalb eher zu bezweifeln. Sicher ist, dass der Spitalstandort Basel-Stadt und vor allem die Zentrumsspitäler, das Universitäts-spital Basel (USB) und das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), geschwächt würden, was seinerseits negative volkswirtschaftliche Konsequenzen hätte (weniger Personal, weniger Steuereinnahmen, Schwächung der medizinischen Fakultät und des Life-Sciences-Standortes).

Eine Mengenbeschränkung wäre ohne zusätzlichen Initialisierungsaufwand, mit einem schnellen Wirkungseintritt und einem positiven Einfluss auf die Prämien verbunden. Die Realisierbarkeit wird jedoch, v.a. wegen der Auswirkungen einer Rationierung, als gering eingeschätzt.

Senkung der Spitaltarife (Baserates bzw. Tagespauschalen)

Die Spitaltarife werden zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern (verschiedene Verhandlungsgruppen) ausgehandelt. Es gilt das Verhandlungsprimat.

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen diese Tarifverträge der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn diese in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat. Der Regierungsrat hat zu prüfen, ob die Tarifverträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen. Falls die Verhandlungen im Sinne von Art. 47 Abs. 1 KVG gescheitert sind, so hat die Kantonsregierung die stationären Tarife im Rahmen eines Festsetzungsverfahrens hoheitlich festzulegen.

Gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG haben die Vertragspartner und die zuständige Behörde darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige, gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Dabei müssen sich die Spitaltarife an der Entschädigung für jene Spitäler orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbringen. Diese gesetzlichen Vorgaben werden in Art. 59c KVV präzisiert, wonach der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf (Abs. 1 Bst. a und b).

Die Spitaltarife müssen daher, sowohl im Fall eines Genehmigungs- wie auch eines Festsetzungsverfahrens, vom Gesundheitsdepartement eingehend überprüft und gerechnet werden. Erst danach werden die Tarife dem Preisüberwacher (PUE) zugestellt, welcher zuhanden der Regierung eine Empfehlung abgibt.

Das Gesundheitsdepartement prüft die eingereichten Kostenträgermodelle (ITAR_K) der Spitäler auf Vollständigkeit und Plausibilität und rechnet die Tarife anhand der eingereichten Unterlagen und gemäss den Empfehlungen von GDK, H+ und von PUE nach. Insbesondere prüft das Gesundheitsdepartement, ob für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten die Abzüge (Anlagenutzungskosten, universitäre Lehre und Forschung, gemeinwirtschaftliche Leistungen, Zusatzentgelte für Privatversicherte, Hotelleriemehrkosten) korrekt erfolgt sind.

Für die Berechnung des innerkantonalen kostenbasierten Benchmark-Tarifs (40. Perzentil) stützt sich der Kanton Basel-Stadt auf das GDK-Papier «Tarifgenehmigungsverfahren: Verhältnis zwischen kostenbasiertem Tarif (nach Benchmark) und verhandeltem Tarif» vom 12. April 2012. Darin werden die beiden sich teilweise widersprechenden Grundsätze des KVG, nämlich auf der einen Seite das Kostendeckungsprinzip und auf der anderen Seite das Verhandlungsprimat

sowie der Wechsel zur Leistungsabgeltung durch die neue Spitalfinanzierung, miteinander verbunden.

Zuerst wird ein kostenbasierter Tarif mittels ITAR_K-Modell und Benchmarking ermittelt und dann die zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelten Tarife, gewichtet nach Marktanteilen, in die Betrachtung einbezogen. Liegen die effektiv verhandelten Tarife innerhalb der Bandbreite zwischen kostenbasiertem und dem gewichteten Tarif, so genehmigt der Regierungsrat die ausgehandelten Verträge. Liegt der verhandelte Tarif über dem gewichteten Tarif, so wird dieser nur genehmigt, wenn prozessbezogene Gründe (Planungssicherheit beider Tarifpartner, Vermeidung aufwendiger Rückabwicklungsverfahren etc.) eine solche Abweichung rechtfertigen. Der verhandelte Tarif darf jedoch nicht mehr als 3% über dem kostenbasierten Tarif liegen. Liegt der effektiv verhandelte Tarif also innerhalb der Bandbreite zwischen dem kostenbasierten Tarif (40. Perzentil) und dem gewichteten Tarif, so genehmigt der Regierungsrat die ausgehandelten Verträge. Im Falle eines vertragslosen Zustands mit anschliessendem Festsetzungsverfahren wird der Tarif durch die Kantonsregierung in der Höhe des kostenbasierten Tarifs (40. Perzentil) festgesetzt.

Die Spitaltarife werden somit bereits im Rahmen des Genehmigungs- bzw. Festsetzungsverfahrens eingehend durch das Gesundheitsdepartement überprüft und die Differenzen mit den Leistungserbringern diskutiert.

Es besteht daher, wegen dem Verhandlungsprimat, ein geringer Spielraum für eine Senkung der Tarife, wenn sich die Parteien bereits auf einen Tarif geeinigt haben, welche die oben beschriebenen Kriterien erfüllen. Der Regierungsrat hätte jedoch die Möglichkeit die Tarife, welche über dem innerkantonalen 40. Perzentil liegen, nicht zu genehmigen. Die Verhandlungspartner müssten dann den Tarif neu aushandeln. Das Prinzip der Gleichbehandlung müsste jedoch strikt eingehalten werden.

Sowohl beim Genehmigungs- wie auch beim Festsetzungsverfahren wäre bei einer Senkung der Tarife mit Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht zu rechnen.

Eine Senkung der Tarife ist ohne zusätzlichen Aufwand möglich und wäre mit einem schnellen Wirkungseintritt verbunden. Der Einfluss auf die Prämien ist als positiv einzuschätzen wobei die Realisierbarkeit als gering eingeschätzt wird.

Kantonal einheitliche Baserate

Im Vorfeld der Einführung von SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups) wurde unter den Verbänden H+ Die Spitäler der Schweiz und santéSuisse, dem Verband der Schweizer Krankenkversicherer, auch über eine mögliche Konvergenzphase für die Zusammenführung der zu Beginn unterschiedlichen Baserates (Basisfallpreise) diskutiert. Dies wurde mangels Konsens zwischen den beiden Tarifpartnern aber nicht weiterverfolgt. Der Kanton Basel-Stadt könnte nun aber seinerseits die Vorgabe lancieren, dass z. B. nach einer Übergangsphase von drei Jahren nur noch eine Baserate für die Akutspitäler im Kanton Basel-Stadt massgebend sein würde. Diese kantonal einheitliche Baserate könnte z. B. beim 40. Perzentil aller kostenbasierten Baserates der baselstädtischen Akuthäuser definiert werden. Dies würde bedeuten, dass diejenigen Spitäler, deren Baserates über dem 40. Perzentil zu stehen kommen, auf den entsprechenden Wert herunterkorrigiert werden müssten, was für das eine oder andere Spital doch einen erheblichen Rationalisierungsdruck mit sich bringen würde. In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass mit der Version 1.0 von SwissDRG erst rund 60% der Kostenunterschiede erklärt werden können. Dies bedeutet, dass das System noch nicht optimal ausdifferenziert ist und vor allem Leistungen der Universitätsspitäler als Letzt- bzw. Maximalversorger mit hochspezialisierter Medizin noch ungenügend abbildet. Somit müsste für das USB und das UKBB bis auf Weiteres je eine separate Baserate berechnet werden.

Eine kantonal einheitliche Baserate wäre mit geringem Initialisierungsaufwand verbunden, wobei die Realisierbarkeit schwer einzuschätzen ist. Die Auswirkungen auf die Prämien dürften eher positiv ausfallen und es ist mit einem raschen Wirkungseintritt zu rechnen.

Regionale Spitalkooperationen

Mit der Versorgungsplanung Nordwestschweiz und dem gemeinsamen Versorgungsbericht sowie den Spitalplanungskriterien besteht bereits eine Kooperation zwischen den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn. Für die Datenjahre 2011 bis 2013 ist ein weiteres Monitoring geplant, das momentan noch im Ausschreibungsverfahren steht. In diesem Monitoring sollen die überregionalen Patientenströme im stationären wie auch im ambulanten Bereich ausgewertet und genau analysiert werden. Die Kantone sollen einen Überblick darüber erhalten, wo sich welche Kantonseinwohner behandeln lassen. Dies wird für die Spitalplanung der einzelnen Kantone für das Jahr 2015 eine wichtige Rolle bei der Vergabe von Leistungsaufträgen spielen. Diese Basis könnte den Kantonen auch dazu dienen, regionale Spitalkooperationen mit Leistungsaufträgen zu fördern und zu unterstützen, indem z. B. Zentrumsleistungen, wie sie das USB, das UKBB und die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) erbringen, mit entsprechenden Leistungserbringern in den anderen Nordwestschweizer Kantonen abgestimmt würden. Damit könnten echte überregional institutionalisierte Patientenpfade entstehen. Dies wiederum bedeutet, dass nicht jeder Kanton alles im eigenen Kanton in derselben Tiefe und Breite an medizinischen Leistungen anbieten sollte. Da dies aber nur möglich wird, wenn die Leistungserbringer Bereitschaft zeigen, auf einige ihrer bisherigen Angebotsstrukturen zu verzichten, ist damit zu rechnen, dass es sich zweifellos um einen längerfristigen und schwierigen Transformationsprozess handeln dürfte.

Eine Optimierung der Spitalplanung ist realisierbar, wäre jedoch mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Der Wirkungseintritt wäre verzögert, wobei die Auswirkungen auf die Prämien positiv einzuschätzen sind.

Fazit

- Die Spitalplanung verfügt grundsätzlich über einige Instrumente, um das stationäre Angebot zu beeinflussen.
- Die Einschränkung der Leistungsaufträge auf einen bzw. höchstens zwei Anbieter bringt sofort die politische Diskussion mit sich, ob der Staat bzw. der Kanton so stark in den Angebotsmarkt eingreifen soll, wenn die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung stimmen.
- Die Möglichkeit der Mengenbeschränkung wirft unweigerlich die Frage der Rationierung auf. Des Weiteren stellt die Mengenbeschränkung eher eine Scheinlösung dar, da die Patienten gemäss KVG das Recht besitzen, sich auch ausserkantonale behandeln zu lassen.
- Regionale Spitalkooperationen können echte institutionalisierte Behandlungspfade über Kantonsgrenzen hinweg bedeuten. Es bedarf aber einer offenen Haltung (möglicher Verzicht) aller involvierten Parteien, da nicht mehr alle alles in der gesamten medizinischen Tiefe und Breite anbieten können und sollten, um auch wirklich das Angebot beeinflussen zu können.

3.1.10 Globalbudget im stationären Bereich

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hält dazu in Art. 51 Abs.1 KVG Folgendes fest:

«Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten.»

Auf den ersten Blick scheint der Art. 51 Abs.1 KVG im Zusammenspiel mit der neuen Spitalfinanzierung, welche im akutsomatischen Bereich auf diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) basiert, völlig systemwidrig.

Im Bundesgerichtsentscheid BGE 2C_796/2011 vom 10. Juli 2012 kommt das Bundesgericht jedoch zu einem anderen Urteil. Im erwähnten Bundesgerichtsurteil ging es um eine Passage im Einführungsgesetz des Kantons Tessin. Das Einführungsgesetz sieht die Möglichkeit vor, dass der staatliche Anteil mittels eines Globalbeitrags des Kantons vergütet werden kann, anstatt den Kantonsanteil für jeden Fall einzeln auszurichten. Das Bundesgericht ergründete die Geschichte der Beratung zu Art. 51 KVG und kam dann zu dem Schluss, dass mit einem Pauschalbeitrag das Konzept der Leistungsfinanzierung nicht ganz konsequent umgesetzt werde. Der Bundesgesetzgeber habe aber diese Frage beraten und deshalb muss daraus gefolgert werden, dass er in Kauf genommen hat, dass kein völlig reines Konzept entstanden ist. Der Vorbehalt von Art. 49a KVG, der sich in Art. 51 KVG findet, kann nur so verstanden werden, dass der Globalbeitrag mindestens 55% der Kosten der Leistungen betragen muss, ohne dass er für jeden einzelnen Fall separat ausgerichtet werden muss.

Vorteile

- Der Kanton kann seine Ausgaben für den stationären Bereich besser planen, indem er einen im Voraus bekannten Finanzierungsbetrag für das Globalbudget definiert.
- Die Ausgaben für den stationären Bereich scheinen so steuerbar und sind nicht leistungs- bzw. mengenabhängig (je mehr Leistungen erbracht werden, desto höher die Ausgaben für den Kanton, um den Kantonsanteil zu finanzieren).

Nachteile

- Ein Globalbudget ist grundsätzlich systemwidrig, da die neue Spitalfinanzierung explizit eine Leistungsfinanzierung z. B. über Fallpauschalen vorsieht und somit sicherstellen will, dass notwendig und wirtschaftlich erbrachte Leistungen auch abgegolten werden.
- Ein Globalbudget birgt die Gefahr der Rationierung in sich, da möglicherweise notwendig erachtete Leistungen nicht mehr erbracht werden, wenn das Globalbudget ausgeschöpft ist.
- Das Globalbudget ist an die stationären Betriebe im Wohnkanton gebunden, was bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten – bei ausgeschöpftem Globalbudget – sich einfach ausserkantonale behandeln lassen könnten. Die Freizügigkeit für Patientinnen und Patienten wird durch das Globalbudget nicht tangiert. Es gilt hier der Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG, welcher bei freiwilligen, ausserkantonalen stationären Spitalbehandlungen vorsieht, dass der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig gemäss Art. 49a KVG, höchstens nach dem Tarif, welcher in einem Listenspital des Wohnkantons für die entsprechende Behandlung gilt, übernehmen müssen.

Die Realisierbarkeit eines Globalbudgets ist nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung als gering einzuschätzen. Der Initialisierungsaufwand ist eher hoch, der Wirkungseintritt jedoch rasch. Die Auswirkungen auf die Prämien sind als stabilisierend einzuschätzen.

Fazit

- Das Globalbudget ist systemfremd, da die neue Spitalfinanzierung eine Leistungsfinanzierung vorsieht und nicht mehr das Kostendeckungsprinzip.
- Das Globalbudget ist eine Scheinlösung, da es an die stationären Betriebe des Wohnkantons gebunden ist und aber die freiwilligen, ausserkantonalen, stationären Behandlungen nicht tangiert würden (freie Spitalwahl kann nicht eingeschränkt werden).
- Der ambulante Bereich, welcher in den letzten Jahren immer stärker als der stationäre Bereich wächst, wird vom Globalbudget gemäss KVG nicht erfasst.
- Das Verhandlungsprimat zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern wird ad absurdum geführt.

3.1.11 Kantonsanteil für spitalambulanten Bereich

Die medizinischen Bereiche ambulant (z. B. Konsultation beim Hausarzt oder im Spitalambulatorium) und stationär (z. B. Spitalaufenthalt während fünf Tagen) werden gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterschiedlich finanziert. Der ambulante Bereich wird zu 100% über die Krankenversicherer – also über Prämieinnahmen finanziert. Hingegen erfolgt die Finanzierung im stationären Bereich zu mindestens 55% durch den Wohnkanton (Steuergelder) eines Patienten und der Rest, maximal 45%, wird durch den Krankenversicherer beglichen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen besteht die Gefahr, dass Patienten nicht aufgrund ihrer medizinischen Diagnose ambulant oder stationär behandelt werden, sondern aufgrund der Finanzierung und deren Höhe. Da die medizinische Entwicklung in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte bei der Behandlung von Krankheiten machen konnte, können immer mehr Eingriffe auch ambulant durchgeführt werden. Diese für die Patienten an sich positive Entwicklung hat aber auch ihre Schattenseite. Denn durch die Möglichkeiten mehr ambulant – auch kleinere bis mittlere operative Eingriffe (Stichwort: «Tageschirurgie») – durchführen zu können, müssen die entsprechenden Kosten allein von den Krankenversicherern mit den Prämieinnahmen getragen werden. Dies führt unweigerlich zu einem erhöhten Druck auf die Krankenversicherungsprämien, welche – im Vergleich zu den Gesamtkosten – überproportional steigen. Dies bedeutet, dass die unterschiedliche Finanzierung auch eine sozialpolitische Komponente beinhaltet. Die Belastung über die Krankenversicherungsprämien – gerade bei Familien mit mehreren Kindern – wirkt sich dann negativ auf entsprechende Familienbudgets aus.

Um diese unbefriedigende Situation zu entschärfen bzw. beseitigen zu können, wird seit längerer Zeit darüber diskutiert, ob der ambulante Spitalbereich nicht auch dualfix – analog dem stationären Bereich – mit Steuergeldern und Prämieinnahmen finanziert werden sollte. Der Bundesrat hat in diesem Zusammenhang dem Parlament im Dezember 2010 einen Bericht⁹⁰ zu dieser Thematik vorgelegt.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat im Anschluss daran Herrn Markus Moser, juristischen Berater im Gesundheitswesen, beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in welchem die im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» bisher dargestellten Lösungsansätze und Argumente beurteilt werden, und vorzuschlagen, welche Lösungsansätze weiterzuverfolgen sind. Dabei sollte der Bericht insbesondere auf folgende Themenbereiche eingehen:

- monistische Finanzierung;
- duale Finanzierung der ambulant und stationär im Spital erbrachten Leistungen;
- Änderungen der Tarife im spitalambulantem Bereich.

⁹⁰ Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung vom 13. Dezember 2010

Der Bericht⁹¹ von Markus Moser hält unter anderem fest, dass die Einführung einer ausschliesslich monistischen Finanzierung (stationär und ambulant beides über den Krankenversicherer) der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wohl eine Entflechtung der Mehrfachrollen der Kantone (Finanzierer, Regulator, Spitalbesitzer etc.) mit sich bringen würde. Die Kantone aber aufgrund der Tatsache, dass diese die höheren Lasten der Grundversicherung tragen und es sich dabei um Steuergelder handelt, zu einer Lösung, welche als Monist die Krankenversicherer vorsieht, nicht Hand bieten werden (Stichwort: «fiskalische Äquivalenz»). Damit ambulante und stationäre Fälle gleich finanziert werden könnten, müsste das KVG geändert werden. Bevor dies aber in Angriff genommen werden sollte, wird im Bericht vorgeschlagen, dass zuerst die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen generell analysiert wird. Moser weist auf mehrere Überlappungen von Aufgaben und Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen hin, welche zuerst angegangen werden sollten.

Motion auf Bundesebene

Im März 2013 wurde im Bundesparlament eine Motion für die «gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen» eingereicht⁹². Der Bundesrat soll beauftragt werden, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, das für Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Dabei geht es um jene spitalambulant Leistungen, welche eine Nutzung der Spitalinfrastruktur (Operationssaal, Anästhesie) benötigen. Für die Kantone ist zudem eine kostenneutrale Lösung zu prüfen. Die Motion wird voraussichtlich im Herbst 2013 vom Parlament behandelt werden. Die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterstützt diese Stossrichtung grundsätzlich, aber nur unter der Prämisse der kostenneutralen Umsetzung für die Kantone. Der Kanton Basel-Stadt ist bereit, eine Mitfinanzierung des spitalambulant Bereichs zu prüfen, falls eine Bundeslösung zustandekommt und die Vorbedingung für eine kostenneutrale Umsetzung für den Kanton Basel-Stadt gegeben ist.

Die Mitfinanzierung des spitalambulant Bereichs durch den Kanton hätte einen starken prämiensenkenden Effekt. Der Initialisierungsaufwand wäre sehr hoch, der Wirkungseintritt sehr rasch. Die Realisierbarkeit wird eher als gering eingeschätzt (Prämien versus Steuerfinanzierung).

Fazit

- Ein Kantonsanteil für spitalambulant Leistungen, welche klar die Infrastruktur eines Spitals (Operationssaal, Anästhesie) benötigen, hätte einen prämiendämpfenden Effekt und würde dazu beitragen, dass, aufgrund des medizintechnischen Fortschritts, stationäre Behandlungen auch weiterhin in den spitalambulant Bereich verlagert werden, ohne dass daraus ein finanzieller Nachteil für die Patientinnen und Patienten entsteht. Aus Sicht des Kantons ist die Massnahme nur dann umsetzbar, wenn eine Bundeslösung zustandekommt und die Kostenneutralität für den Kanton Basel-Stadt gegeben ist.

3.1.12 Optimierung der Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege

Der Pflegeheimbereich zeichnet sich durch eine sehr hohe Personalintensität aus. Über 80% der Kosten betreffen den Personalbereich. Sämtliche Sparmassnahmen, welche auf den Gesamtumsatz eines Pflegeheims abzielen, wirken sich somit auch bedeutend auf die Löhne der Angestellten aus. Aufgrund der heute bereits sehr hohen Produktivität des Personals sowie auf-

⁹¹ Markus Moser, Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, vom 22. März 2012

⁹² Fraktion CVP-EVP. 21.03.2013. Motion 13.3213. Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen. URL: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20133213 [Zugriff: 04.07.2013].

grund der starken physischen und psychischen Belastung im Pflegebereich wäre ein mit Kosteneinsparungen einhergehender Personalabbau ohne qualitative Abstriche nicht machbar. Im Vordergrund stehen somit Handlungsoptionen, welche Einsparungen in den Bereichen «ärztliche Versorgung» sowie beim Einsatz von Medikamenten bringen, bzw. Massnahmen, welche einen Heimaufenthalt hinauszögern oder ganz verhindern.

3.1.12.1 Heimarztssystem

Für die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner im Kanton Basel-Stadt gilt die freie Arztwahl. Die vertraute Fachperson im ärztlichen Bereich kann somit auch bei einem Heimeintritt beibehalten werden. Dies führt dazu, dass die einzelnen Heime mit einem grossen organisatorischen Aufwand konfrontiert werden, da die Zusammenarbeit mit den Ärzten zentral ist, jedoch eine Vielzahl verschiedener Ansprechpersonen vorhanden ist. Die atomistische Struktur bei der ärztlichen Versorgung führt auch zu hohen Kosten, welche sich allerdings bei den Krankenversicherern nicht auf dem Konto Pflegeheime, sondern auf demjenigen der ambulanten Arztkosten bemerkbar machen. Die Zusammenarbeit des Pflegepersonals der Heime mit den Belegärzten ist angesichts der Zahl der ÄrztInnen kaum mehr zu bewältigen. Die Wochenend-, Ferien- und Notfallversorgung führt zu noch mehr ein- und ausgehenden Arztpersonen und erhöht die organisatorischen und koordinativen Probleme zusätzlich. Die ärztliche Versorgung und Betreuung durch das Belegarztsystem ist angesichts der medizinischen Komplexität nicht in der geforderten Qualität garantiert. Die Qualität ist von Arztperson zu Arztperson höchst unterschiedlich.

Im Unterschied zum herkömmlichen Belegarztsystem, wo jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner auf seinen Hausarzt bzw. ihre Hausärztin auch nach dem Pflegeheimeintritt zurückgreift, wird die medizinische Grundversorgung beim Heimarztssystem durch einen auf geriatrische Krankheitsbilder spezialisierten Arzt sichergestellt. Dadurch besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich. Der kostenintensive Zusammenarbeitsaufwand mit einer grossen Anzahl an ÄrztInnen fällt weg.

3.1.12.2 Capitation

In Ergänzung zum Heimarztssystem wäre es denkbar, die ärztliche Leistung über eine sogenannte Capitation abzugelten. Die Capitation bezeichnet eine im Voraus bestimmte Jahrespauschale für die medizinische Versorgung pro Heimbewohnerin bzw. Heimbewohner, die anhand verschiedener Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität etc. errechnet wird. Im Rahmen eines Budgetmitverantwortungsvertrages stellt die Kopfpauschale die Grundlage für das Budget des Heimarztes im Sinne einer Hintergrundsrechnung dar. Bei der Budgetmitverantwortung werden die mittels des Einzelleistungstarifes errechneten Kosten mit dem Budget, welches der Summe der Kopfpauschalen der Heimbewohnerinnen und -bewohner entspricht, verglichen. Der Arzt bzw. die Ärztin kann dabei nach wie vor mit dem Einzelleistungstarif entschädigt werden. Der entscheidende Vorteil dieser Vertragsart besteht darin, dass sich weder Anreize für die Mengenausweitung noch für die Unterversorgung einstellen.

3.1.12.3 Wohnen mit Serviceangebot

Seniorinnen und Senioren wollen möglichst lange am bisherigen Wohnort bleiben, möchten eine möglichst autonome Lebensgestaltung beibehalten und nicht in ein Heim umziehen. Die meisten Seniorinnen und Senioren leben aber nicht in einer geeigneten Alterswohnung. Mangels guter Alternativen bleiben viele betagte Menschen (zu) lange in ihren langjährig bewohnten, grossen Wohnungen oder Einfamilienhäusern, oder sie treten (zu früh) in ein Pflegeheim ein. Pflegeheimaufenthalte sind mit sehr hohen Kosten für die betagten Menschen wie auch für den Kanton verbunden.

Neben einem generellen Mangel an «seniorengerechten» oder «hindernisfreien» Wohnungen für ältere Menschen fehlen Alterswohnungen mit einem vielfältigen Serviceangebot. Die Notwendigkeit eines Eintrittes in ein Pflegeheim, welcher sowohl für die Krankenversicherung, als auch für die direkt Betroffenen mit hohen Kosten verbunden ist, kann so verzögert oder sogar verhindert

werden. Ein indirektes Ziel ist ausserdem, dass Familienwohnungen und Einfamilienhäuser für Familien mit Kindern und für Zuzügerinnen und Zuzüger frei werden.

Wohnen mit Serviceangebot soll die gewohnte Lebensführung und den Erhalt der Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen. Es richtet sich an ältere Menschen, die (noch) keine regelmässige Pflege benötigen, jedoch eine gewisse Sicherheit und Entlastung von Alltagsarbeiten suchen. Im Gegensatz zum Aufenthalt im Pflegeheim soll jedoch nicht ein umfassender Service geboten werden. Lediglich ein Grundangebot an Dienstleistungen, welches in erster Linie dem im Alter erhöhten Bedürfnis nach Sicherheit Rechnung trägt (24-h-Notruf, täglicher Kurzkontakt, Grundbetreuung, Wohnungsreinigung), soll pauschal abgedeckt sein. Zusätzliche Dienstleistungen sollen nur bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Als Ergänzung kann bei Auftreten eines Pflegebedarfs auf das gut ausgebaute Spitex-Netz zurückgegriffen werden.

Vorteile

Heimarztsystem:

Sämtliche Heimbewohnerinnen und -bewohner werden von erfahrenen, geriatrisch geschulten ÄrztInnen betreut. Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen wird deutlich vereinfacht. Die organisatorischen Aufwände seitens der Heime und die damit zusammenhängenden Kosten werden reduziert. In Verbindung mit einem Capitation-Abgeltungssystem können zusätzlich Arztkosten reduziert werden.

Wohnen mit Serviceangebot:

Mit dem niederschweligen Angebot können Pflegeheimeintritte verzögert oder verhindert werden. Aufgrund der altersgerechten Bauweise können Unfälle in der eigenen Wohnung und die damit in Zusammenhang stehenden Kosten vermieden werden.

Nachteile

Heimarztsystem:

Das Heimarztsystem kann als Einschränkung der freien Arztwahl verstanden werden. Die Einführung bedarf grosser Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung. Bei Freiwilligkeit sinkt der Nutzen des Systems. Ähnliche Vorbehalte bestehen in der breiten Öffentlichkeit auch gegen Capitation-Modelle.

Wohnen mit Serviceangebot:

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht können Serviceleistungen nur in Einheiten mit einer grossen Anzahl an Wohnungen bzw. in Einheiten in der Nähe einer Pflege-/Betreuungsinstitution (Pflegeheim, Spitex-Quartierzentrum etc.) erbracht werden. Aufgrund der Limiten für Wohnen und Serviceleistungen im Ergänzungsleistungsbereich können nicht alle Bevölkerungskreise von den Angeboten profitieren.

Eine Optimierung der Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege wäre mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Da kaum mit einem raschen Wirkungseintritt und positiven Auswirkungen auf die Prämien zu rechnen ist, ist auch die Realisierbarkeit als gering einzuschätzen.

Fazit

- Ein Heimarztsystem würde die Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen deutlich verbessern und die Kosten senken. Da es als Einschränkung der freien Arztwahl verstanden werden kann, ist es politisch schwer umsetzbar. Kostensenkende Capitation-Modelle dürften es politisch ebenfalls sehr schwer haben.
- Wohnen mit Serviceangebot stellt ein wichtiges Element in der Kette von Angeboten für ältere Menschen dar. Es können Pflegeheimeintritte hinausgezögert oder sogar ganz verhindert werden. Nebst der Schaffung neuer Angebote müssen auch die individuellen Finanzierungsmöglichkeiten verbessert werden.

3.1.13 Förderung von eHealth

Die Bedeutung von eHealth als Instrument zur Verbesserung der Vernetzung im Gesundheitswesen ist unbestritten. Durch die Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012, welche als Kernstück die Verankerung der integrierten Versorgung im KVG vorgesehen hätte, sind Bedeutung und Dringlichkeit eines raschen Aufbaus und einer schnellen Verbreitung von elektronischen Prozessen im Gesundheitswesen in den Fokus gerückt. Dies hat auch im Bericht «Gesundheit2020» vom 23. Januar 2013 des Bundesrates Eingang gefunden. Im Handlungsfeld 3 «Versorgungsqualität sichern und erhöhen» wird als eines von drei Zielen der stärkere Einsatz von eHealth gefordert.

Das elektronische Patientendossier ist ein Kernstück von eHealth. Es trägt zur Steigerung von Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens bei, womit auch ein nachhaltig dämpfender Effekt auf die Prämien der Krankenkassen erwartet wird. Zusätzlich zur Förderung der Behandlungsqualität hilft eHealth, Doppelspurigkeiten in der Behandlung zu vermeiden, und bietet so ein grosses Potenzial bei der Reduktion von unnötigem Aufwand im Gesundheitswesen.

Im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie hat der Kanton Basel-Stadt einen Modellversuch initiiert und in diesem Rahmen durch eine Private-Public Partnership (PPP) eine strategiekonforme Basisinfrastruktur für das elektronische Patientendossier aufgebaut. Im nächsten Schritt wird eine Ausbreitung des ePatientendossiers auf breiter Basis angestrebt. Dazu muss eine kritische Grenze erreicht werden, indem eine grosse Zahl von Leistungserbringern angeschlossen ist und die Informationen des Dossiers mit grosser Vollständigkeit abgerufen werden können.

Eine nationale Gesetzesgrundlage in Form des sich derzeit in der Vernehmlassungsphase befindenden Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier soll auch die Finanzierungsfrage regeln. Für die kantonale eHealth-Organisation muss bis dahin eine geeignete Organisationsform aufgebaut werden, in der Leistungserbringerverbände die notwendigen Angelegenheiten regeln. Die Rolle des Kantons ist die des Regulators, sein Ziel die Realisierung des grossen Nutzenpotenzials von eHealth. Bis zum Übergang in die Betriebsphase voraussichtlich im Jahr 2018 ist es notwendig, eine kantonale Übergangsfinanzierung sicherzustellen sowie die datenschutzrechtliche Grundlage für die Durchführung des Modellprojektes bereitzustellen.

Die Förderung von eHealth ist mit einem sehr hohen Initialisierungsaufwand verbunden, wobei die Realisierbarkeit als hoch einzuschätzen ist. Es ist nicht mit einem raschen Wirkungseintritt, dafür aber mit positiven Auswirkungen auf die Prämien zu rechnen.

Fazit

- Als ein Instrument zur Förderung der integrierten Versorgung ist das eHealth-Modellprojekt Basel-Stadt durch die Bereitstellung der finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen voranzubringen.

3.1.14 Förderung der Prävention

Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt Gesundheitsförderung und Prävention bei der Analyse und der daraus resultierenden Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotenziale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung umfasst daher alle Massnahmen, die auf Förderung und Veränderung, sowohl des individuellen wie auch des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebenswelten abzielen. Grundlage für eine wirksame, nachhaltige Gesundheitsförderung liefern die Gesundheitsziele der WHO Regionalbüro Europa für das 21. Jahrhundert sowie die davon abgeleiteten Gesundheitsziele für die Schweiz⁹³. Diese Ziele zeigen klar auf, wo Probleme im Bereich Gesundheit und ihrer Förderung bestehen, und dienen vor allem als Rahmen für Bund und Kantone. Prävention und Gesundheit

⁹³ vgl. dazu auch www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/PHS_Gesundheitsziele_2002.pdf

werden in der Schweiz hauptsächlich über das kantonale Recht geregelt. Die Kantone und Gemeinden sind schwergewichtig für die Planung von Massnahmen sowie die Steuerung und Umsetzung der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Die Zuständigkeit des Bundes beschränkt sich auf einige wenige Bereiche, wie z. B. die Schaffung von nationalen Rahmenbedingungen.

Der 2011 publizierte Bericht der Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über das schweizerische Gesundheitssystem zeigt auf, dass das schweizerische System sehr leistungsfähig, aber auch sehr teuer ist. Im Jahr 2009 lagen die Gesundheitsausgaben der Schweiz bei 11,4% des Bruttosozialproduktes, was über dem Durchschnitt von 9,5% der OECD-Länder lag. In der Zukunft, so der Bericht, stehe die Schweiz vor grösseren neuen Herausforderungen, damit die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechterhalten werden kann. So erreiche die Schweizer Bevölkerung im Vergleich zu den meisten anderen Ländern zwar ein höheres Alter, gleichzeitig werde die Zahl von chronischen Krankheiten aber auch stärker ansteigen. Ferner lasse der Lebensstil der Schweizer Bevölkerung gemäss dem Bericht eine Zunahme der Gesundheitsrisiken und deren Folgen erwarten. So sei zum Beispiel die Prävalenz der Fettleibigkeit bei erwachsenen Schweizerinnen und Schweizern aktuell zwar noch niedrig, weise jedoch eine steigende Tendenz auf.

Vor diesem Hintergrund weist der Bericht der OECD darauf hin, dass die Schweiz unterdurchschnittlich wenig Mittel (2,4%) im schweizerischen Gesundheitssystem für Gesundheitsförderung und Prävention ausgibt. Aufgrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung und der Zunahme der von chronischen Krankheiten und Multimorbidität Betroffenen empfehlen die OECD und die WHO in ihrem Bericht deshalb, das Gesundheitssystem künftig stärker als bisher auf Grundversorgung und Prävention auszurichten.

Dass dieser Ansatz sehr kosteneffizient ist, zeigt ein von der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz in Auftrag gegebener INFRAS-Bericht zur volkswirtschaftlichen Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Besonders gut schneiden zum Beispiel Diabetesinterventionen und Impfungen ab. Nichtmedizinische Interventionen sind eher besser als medizinische Interventionen, wobei die Masernimpfung am stärksten kostensparend ist. Die Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention erweisen sich als kostengünstige Intervention, um aktive Lebensjahre in der Bevölkerung zu schützen und zu erhöhen. Analog günstige Effekte finden sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung, wo bezüglich betriebswirtschaftlichen Nutzens ein Return of Investment von 250% und mehr in wissenschaftlichen Studien beschrieben wird.

In der kantonalen Verwaltung im Kanton Basel-Stadt wird der bestehende gesetzliche Auftrag für Gesundheitsförderung und Prävention heute primär von der Abteilung Prävention des Gesundheitsdepartements wahrgenommen. Hier erfolgten Planung, Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen, welche die Gesundheit der Basler Bevölkerung direkt oder indirekt unterstützen oder stärken. Die Präventionsarbeit erfolgt in Form von Präventionszielen, welche auf den 21 Gesundheitszielen der WHO Europa für das 21. Jahrhundert basieren. Bei der Entwicklung und Planung von Projekten und Programmen werden insbesondere auch die Ergebnisse der kantonalen Gesundheitsbefragung berücksichtigt⁹⁴. Die bisherigen Ergebnisse haben unter anderem einen Handlungsbedarf in den Themenfeldern «Alter und Gesundheit», «Psychische Gesundheit», «Gesundes Körpergewicht», «Migration und Gesundheit» sowie «Intervention im Suchtbereich» (Alkohol, Tabak und Verhaltenssüchte) gezeigt. Das Gesundheitsdepartement hat diese Themen aufgenommen und dazu verschiedene Programme entwickelt, die zum Teil nun schon seit einigen Jahre umgesetzt werden.

Um die vorhandenen Präventionspotenziale, aber auch ihre zweifelsfrei möglichen, kostendämpfenden Effekte im Gesundheitswesen voll ausnützen zu können, müssten jedoch die bestehenden Programme in Zukunft noch deutlich erweitert werden. Dabei sind integrale,

⁹⁴ Vgl. dazu auch www.gesundheit.bs.ch/fachkonzept_gesundheitsfoerderung.pdf

basisnahe Modelle anzustreben, welche direkt mit den Lebenswelten in Schule, Beruf und Freizeit in Verbindung stehen. Hier sind das Seniorenprojekt «Cafe Balance» in den Quartieren oder die direkte Arbeit der SchulärztInnen in den Kindergärten und Schulen gute Modellbeispiele, wie praxisnahe Prävention bedarfsgerecht umgesetzt werden kann. Solche Ansätze sind aber personalintensiv, weshalb mit den bestehenden Mitteln, welche nur einen Bruchteil der baselstädtischen Gesundheitsausgaben ausmachen, diese volle Ausschöpfung des Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenzials nicht erreicht werden kann.

In der Schweiz ist Krebs die Erkrankung, die bei Menschen unter 80 Jahren am häufigsten zum Tod führt. Neben individuellen präventiven Massnahmen wie Nichtrauchen, wenig Alkohol, viel Bewegung, gesunde Ernährung, Sonnenschutz und Vermeidung schädlicher Umwelteinflüsse, ist die Früherkennung ein wirksames Mittel. Zwar kann Früherkennung den Krebs nicht mehr verhindern, sie kann aber Veränderungen, die auf einen Tumor hindeuten, bereits in einem frühen Stadium aufzeigen. Je früher ein Krebs entdeckt wird, desto einfacher kann er behandelt werden und desto grösser sind im Allgemeinen die Heilungs- und Überlebenschancen. Neben der Eigenkontrolle wie zum Beispiel beim Hautkrebs, Impfprogrammen wie die HPV-Impfung und regelmässigen Arztbesuchen bei genetischer Vorbelastung oder ab einem gewissen Alter werden insbesondere kantonale oder regional organisierte Screening-Programme immer gefragter. Neben der im Kanton Basel-Stadt bereits beschlossenen Einführung eines Mammografie-Screening-Programms ist hier insbesondere die Einführung eines Kolon-Karzinom-Programms zur Früherkennung von Darmkrebs zu nennen.

Die Förderung der Prävention ist realisierbar, aber mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Ein Wirkungseintritt erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. Die Auswirkungen auf die Prämien sind als stabilisierend einzuschätzen.

Fazit

- Die Prävention birgt ein grosses Potenzial für kostendämpfende Effekte, v.a. im Hinblick auf die Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und Prävalenzen.

3.1.15 Bildung von Quartierzentren Gesundheit

Mit niederschweligen Angeboten einer Gesundheitsberatung und medizinischen Grundversorgung in über die Stadt verteilten Quartierzentren könnte der Zugang zu Beratung, Prävention und Behandlung erleichtert werden. Dies ist z. B. für Bevölkerungsgruppen wichtig, die aus verschiedenen Gründen, wie z. B. mangels Kenntnissen über das Gesundheitswesen, mangels Gesundheitsbewusstsein oder zufolge eingeschränkter Mobilität, nur eingeschränkt rechtzeitigen Zugang zu den bestehenden Angeboten finden oder sich im Krankheitsfall jeweils gleich in die Notfallstation eines Spitals begeben, ohne dass dies medizinisch geboten wäre.

Die Beratung sollte sich sowohl auf medizinische wie soziale Aspekte erstrecken. Es könnte zielführend sein, an gleicher Stelle auch bestimmte Dienstleistungen einer Anlaufstelle für die Abklärung von finanziellen Ansprüchen auf staatliche Sozialleistungen anzubieten («Guichet social»), was einer ganzheitlichen Betrachtung und möglicherweise Verbesserung der Lebensumstände der Ratsuchenden förderlich wäre.

Für die Planung und Organisation sowie die Koordination solcher Quartierzentren mit z. B. Managed-Care-Praxen sollte ein schrittweises Vorgehen in Betracht gezogen werden, um letztlich ein flächendeckendes, bedürfnisgerechtes Angebot ohne Doppelspurigkeiten mit bestehenden Angeboten von Quartiertreffpunkten zu erreichen bzw. allfällige Synergien auszuloten.

Die Bildung von Quartierzentren für Gesundheit ist mit einem sehr hohen Initialisierungsaufwand verbunden, ein rascher Wirkungseintritt ist nicht zu erwarten. Eine Realisierbarkeit wäre aber möglich, wobei mit positiven Auswirkungen auf die Prämien zu rechnen ist.

3.2 Einfluss auf die Finanzierungsstruktur

3.2.1 Optimierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Kanton Basel-Stadt

Die Thematik der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in Spitälern ist mit der neuen Spitalfinanzierung, welche mit einer dreijährigen Übergangsfrist auf den 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, aktuell geworden. Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden. Das Gesetz führt als Beispiele die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre an. Die gesetzliche Aufzählung ist nicht abschliessend, was bedeutet, dass sämtliche kantonsspezifischen Regelungen, wie z. B. die Abgeltung für die geschützten Operationsstellen (GOPS) oder die Finanzierung der Beschulung von Kindern bei ihrem Spitalaufenthalt, in die gemeinwirtschaftlichen Leistungen einzubeziehen sind und nicht in die anrechenbaren Kosten für die Tariffberechnung eingerechnet werden dürfen.

Der Kanton Basel-Stadt hat im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung zur Definition der zu finanzierenden, gemeinwirtschaftlichen Leistungen in erster Linie die Perspektive des KVG eingenommen und dem Grossen Rat 2011 eine Rahmenausgabenbewilligung für die Jahre 2012 und 2013 beantragt. Eine Bestandsaufnahme von Leistungen, die nicht zu den Grundleistungen nach KVG gehören, die die Spitäler zu diesem Zeitpunkt aber erbrachten, wurde vorgenommen. Daraus wurden diejenigen Leistungen selektiert, die der Kanton aufgrund gesetzlicher Vorgaben aufrechterhalten muss oder aus kantonalen, politischen bzw. gesellschaftlichen Überlegungen heraus weiterhin aufrechterhalten will.

In ihren Grundzügen haben gemeinwirtschaftliche Leistungen also keinen direkten Zusammenhang mit der Prämienhöhe. Bei genauerer Betrachtung der zurzeit finanzierten gemeinwirtschaftlichen Leistungen zeigt sich aber ein anderes Bild. Sie lassen sich in die folgenden drei Kategorien unterteilen:

1. keine Leistungen nach KVG, die bezüglich Kostenumfang und Leistungsstelle klar abgrenzbar sind,
2. keine Leistungen nach KVG, die bezüglich Kostenquantifizierung bzw. Zuordnung der Kosten zu einer Leistungsstelle nicht klar umrissen werden können,
3. Leistungen nach KVG, deren Tarif die Kosten nicht deckt.

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der ersten Kategorie, die klassischen gemeinwirtschaftlichen Leistungen im engeren Sinn, sind nicht prämienrelevant. Beispiele für diese Kategorie wären die Beschulung von Kindern während des Spitalaufenthalts oder die geschützten Spitalbereiche. Diese Leistungen sind politisch bzw. gesellschaftlich gewollt und müssen deshalb durch den Kanton separat über Leistungsvereinbarungen bei den Spitälern bestellt und dann auch bezahlt werden.

Die zweite Kategorie unterscheidet sich von der ersten dadurch, dass die Erbringung der gemeinwirtschaftlichen Leistung während der Erbringung einer Grundleistung nach KVG anfällt und in der Folge der Umfang der Kosten schwer zu messen bzw. auszuscheiden ist. Bei der Finanzierung dieser Leistungen muss deshalb den nicht quantifizierbaren, tatsächlichen Kosten durch eine Schätzung begegnet werden. Wird die Schätzung grosszügig angelegt, hat dies im stationären Bereich eine potenziell tarifsenkende Wirkung und damit indirekt eine prämienreduzierende Wirkung. Wird die Schätzung tief angelegt, hat dies indirekt eine prämien erhöhende Wirkung. Ein Beispiel hierfür ist die universitäre Lehre und Forschung beim Erbringen einer medizinischen Dienstleistung, welche über KVG abgerechnet werden kann.

Ein Grossteil der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (im Jahr 2012: 59,1 Millionen Franken) fliesst z. B. in die Finanzierungslücke bei der universitären Lehre und Forschung (nähere Ausführungen

dazu siehe im entsprechenden Kapitel). Bei den Tarifverhandlungen zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern wurde bis zum Jahr 2011 ein normativer Abzug (z. B. in Universitätsspitalern ein 25%-Abzug auf den Betriebskosten) auf die an den Tarif anrechenbaren Kosten vorgenommen. Etwa der Hälfte dieser vom Tarif nicht gedeckten Kosten standen Einnahmen aus Leistungsaufträgen der Universität gegenüber. Die andere Hälfte wurde bei den öffentlichen Spitälern vom Kanton Basel-Stadt (beim UKBB auch vom Kanton Basel-Landschaft) über eine Defizitdeckung (ONA = ordentlicher Nettoaufwand) finanziert.

Für die Jahre 2012 und 2013 hat der Kanton Basel-Stadt mit den einzelnen Spitälern Vereinbarungen zur Finanzierung dieser ungedeckten Kosten getroffen (gesamthaft für das Jahr 2012: 125 Millionen Franken und für das Jahr 2013: 115 Millionen Franken) und somit vermieden, dass die entsprechenden Aufwendungen direkt zu einer Erhöhung der Tarife und damit auch indirekt zu einem Anstieg der Krankenversicherungsprämien im Kanton Basel-Stadt führten.

Bei der dritten Kategorie ist der Tarif (z. B. TARMED) tiefer als die Kosten der entsprechenden Grundleistung nach KVG. Die nicht gedeckten Kosten werden vom Kanton, von der Spitalträger-schaft oder Dritten finanziert. Die Unterdeckung wirkt sich grundsätzlich stabilisierend auf die Prämienhöhe aus, ist aber längerfristig ein Problem für die entsprechenden Leistungserbringer, da eine länger anhaltende Unterfinanzierung nicht durch die Betriebe getragen werden kann.

Der Kanton Basel-Stadt als Eigner der öffentlichen Spitäler unterstützt seit dem Wegfall der ONA-Finanzierung die Spitalambulatorien mit einem degressiven Beitrag (im Jahr 2012: 26,9 Millionen Franken) zur Abgeltung der Unterdeckung im spitalambulantem Bereich. Die Degression gibt dabei Anreiz und Gelegenheit, die spitalinternen Behandlungsprozesse effizienter zu gestalten, und trägt zu einer Dämpfung der Kostensteigerung bei.

Aus den genannten drei Kategorien von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist also nur der Anteil für Lehre und Forschung aus der zweiten Kategorie als prämienrelevant einzustufen.

Neben den aktuell finanzierten gemeinwirtschaftlichen Leistungen könnten die Spitäler zur Erbringung weiterer Leistungen beauftragt werden. Diese müssten so konzipiert sein, dass sie als Instrument zur Senkung des Prämienvolumens eingesetzt werden können. Denkbar sind insbesondere Leistungen der folgenden Arten:

- keine Leistungen nach KVG, die die Nachfrage nach Grundleistungen nach KVG reduzieren (Mengenwirkung).
- keine Leistungen nach KVG, die die Effizienz bei der Erbringung von Grundleistungen nach KVG erhöhen (Preiswirkung).

Beispiele hierfür wären Leistungen der Prävention, die Triagierung von «vermeintlichen» Notfallpatienten, die Qualitätsoptimierung/evidenzbasierte Medizin oder Produktivitätsoptimierungen.

Diese beiden Kategorien von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wären durchaus als Instrument zur Stabilisierung bzw. Senkung der Prämienhöhe geeignet, wobei sich ihre Wirkung aber erst mittel- bis langfristig entfalten würde.

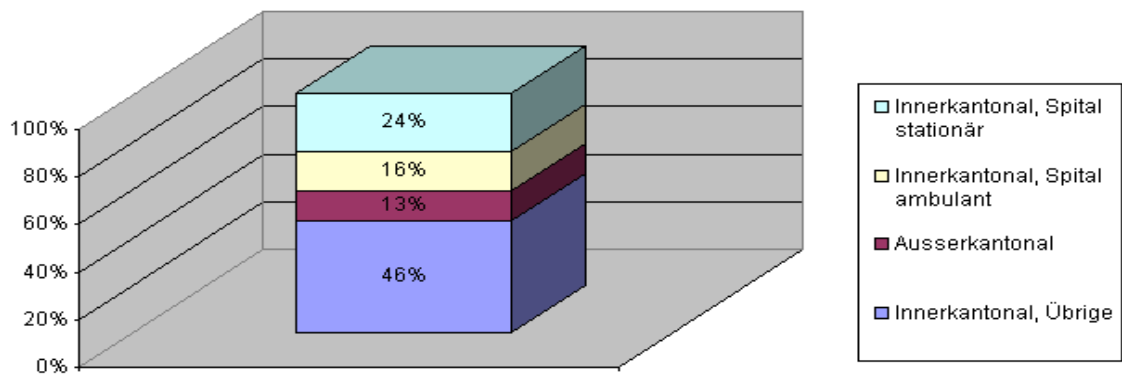
Der Wirksamkeit der Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen auf die Prämienhöhe im Kanton Basel-Stadt sind aber Grenzen gesetzt:

Zum einen sind für die Prämienhöhe nur Leistungen für die Kantonseinwohner relevant. Die Abgeltung der vorerwähnten, gemeinwirtschaftlichen Leistungen kommt aber auch teilweise ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zugute, sodass sich die Entlastung durch gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht eins zu eins auf die basel-städtischen Prämien auswirkt. Im Jahr 2011 betrug der Anteil von ausserkantonalen und ausländischen Patienten rund 46% der gesamten stationären Fälle in basel-städtischen Spitälern. Daher beabsichtigt der Kanton Basel-Stadt, bei der Ausarbeitung der nächsten Rahmenausgabenbewilligung die basel-städtischen Spitäler dazu zu verpflichten, dass die vom Kanton Basel-Stadt abgegoltene gemeinwirtschaftlichen Leistungen nur noch den basel-städtischen Patientinnen und Patienten

zugutekommen dürfen wie z. B. für die Beschulung von Kindern mit längerem Spitalaufenthalt. Da diese Leistungen aber auch weiterhin den ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten offenstehen sollen und gleichzeitig aber auch die weitere Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gesichert werden muss, ist es erforderlich, dass die basel-städtischen Spitäler mit der zuständigen Verwaltungsbehörde der jeweiligen Wohnregion der/des ausserkantonalen Patientin/Patienten eine entsprechende Vereinbarung über die Mitfinanzierung der erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen treffen.

Zum Zweiten sind fast ausschliesslich diejenigen Nettokosten, die durch die Inanspruchnahme von Spitalleistungen innerhalb des Kantons entstehen, zu beeinflussen. Die folgende Übersicht zeigt den Anteil der beeinflussbaren Kosten – in erster Linie Spital stationär, in zweiter Linie Spital ambulant:

Verteilung der Nettokosten OKP 2011 für Versicherte aus dem Kanton Basel-Stadt, nach Leistungserbringerkategorie und Ort der Behandlung:



Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung Obsan;
Datenstand: 23.05.2012

Durch die vorerwähnten Einschränkungen zur Wirkung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen würde sich eine Senkung der stationären OKP-Kosten im Kanton Basel-Stadt um einen bestimmten Betrag nur zu 13% (= 54% Anteil Baselstädter in basel-städtischen Spitälern × 24% Anteil stationäre Spitalkosten) auf das Prämienvolumen der Kantonseinwohner übertragen.

Fazit

- Der gezielte Einsatz von gemeinwirtschaftlichen Leistungen kann zu einer Stabilisierung der Prämienhöhe beitragen.
- Aus den genannten drei Kategorien von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist nur der Anteil für Lehre und Forschung aus der zweiten Kategorie als prämierelevant einzustufen.
- Ein Abbau der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen seitens des Kantons Basel-Stadt, der von den Spitälern nicht, oder nicht genügend schnell, kompensiert werden kann, könnte zumindest teilweise durch eine Umlagerung auf die anrechenbaren Kosten den Druck auf die Krankenkassenprämien erhöhen oder über den Abbau von Leistungen gar zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen.
- Die vom Kanton Basel-Stadt abgegoltenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen dürfen künftig nur noch den basel-städtischen Patientinnen und Patienten zugutekommen.
- Damit den ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten auch weiterhin

das Leistungsangebot, welches sich aus den vom Kanton Basel-Stadt abgegoltenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen ergibt, offensteht und gleichzeitig aber auch die weitere Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gesichert bleibt, ist es erforderlich, dass die basel-städtischen Spitäler mit der zuständigen Verwaltungsbehörde der jeweiligen Wohnregion der/des ausserkantonalen Patientin/Patienten eine entsprechende Vereinbarung über die Mitfinanzierung der erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen treffen.

3.2.2 Optimierung der Finanzierung für Lehre und Forschung

Die unterschiedliche Betrachtungsweise von universitärer Lehre und Forschung (L+F) durch Krankenversicherer, Universität und Spitäler hat zur Folge, dass die Finanzierung stark umstritten ist und ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen den potenziellen Finanzierungsträgern besteht, der dazu führt, dass gewisse Kosten nicht sachgerecht abgegolten werden. Zuständig für die Finanzierung der Ausbildung der universitären Medizinalpersonen (ÄrztInnen) sind in erster Linie die Kantone als Träger der Universitäten und der öffentlichen Spitäler. Die Weiterbildung der universitären Medizinalpersonen in den Spitälern erfolgt überwiegend in Form von Supervision und Teaching durch Kaderärzte, deren Leistungen durch die Spitäler abgegolten werden. Bis zur Umstellung auf die neue Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 wurden diese nicht vergüteten Kosten pauschal über die Defizitdeckung (Ordentlicher Nettoaufwand) des Kantons Basel-Stadt aufgefangen. Da mit der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr eine Defizitdeckung durch den Kanton, sondern eine leistungsorientierte Abgeltung vorgesehen ist, müssen die Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie für die Weiterbildung zum FMH-Facharzt/-ärztin getrennt ausgewiesen und durch die entsprechenden Träger finanziert werden. Damit den Spitälern durch diesen Umstand nicht von einem Tag auf den anderen riesige Finanzierungslücken entstanden, wurde vorerst für die Jahre 2012 und 2013 vorgesehen, dass die entstehenden finanziellen Lücken für die L+F über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert werden. Die nachfolgenden Ausführungen dienen dazu, die aktuelle Finanzierung für die Jahre 2012 und 2013 und die mögliche Finanzierung dieser beiden Bereiche ab dem Jahr 2014 aufzuzeigen.

Sicht Krankenversicherer

Die Spitaltarife nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) werden zwischen den Tarifpartnern (Spitäler und Krankenversicherer, respektive deren Verhandlungsorganisationen [tarifsuisse AG, Helsana-Sanitas-KPT-Gruppierung, Assura/Supra]) verhandelt und dürfen keine Kosten für L+F enthalten. Als Grundlage für die Tarifberechnung wird der anrechenbare, stationäre Betriebsaufwand ermittelt (ohne Einbezug von L+F). Weil die L+F-Aufwendungen (inkl. ärztliche Weiterbildung) in der Realität nur annähernd beziffert werden können, muss nach geltender Rechtslage und höchstrichterlicher Rechtsprechung ein normativer Abzug erfolgen.

Dabei werden folgende Ansätze angewandt:

- bei Universitätsspitälern 25% des stationären Gesamtaufwands;
- bei Spitälern mit mehr als 125 Betten..... 5% der stationären Personalkosten;
- bei Spitälern zwischen 75 und 125 Betten..... 2% der stationären Personalkosten;
- bei Spitälern mit weniger als 75 Betten..... 1% der stationären Personalkosten.

Eine Untersuchung des Bundesamtes für Statistik (BFS) aus dem Jahre 2010 kam zum Schluss, dass sich die effektiven Aufwendungen der schweizerischen Universitätsspitäler für die universitäre Lehre und Forschung eher auf 9% bis 12% und nicht etwa auf 25% (bis 2011) belaufen. Trotzdem hält die Bundesrechtsprechung nach wie vor an dem erhöhten Abzugssatz fest.

Sicht Universität

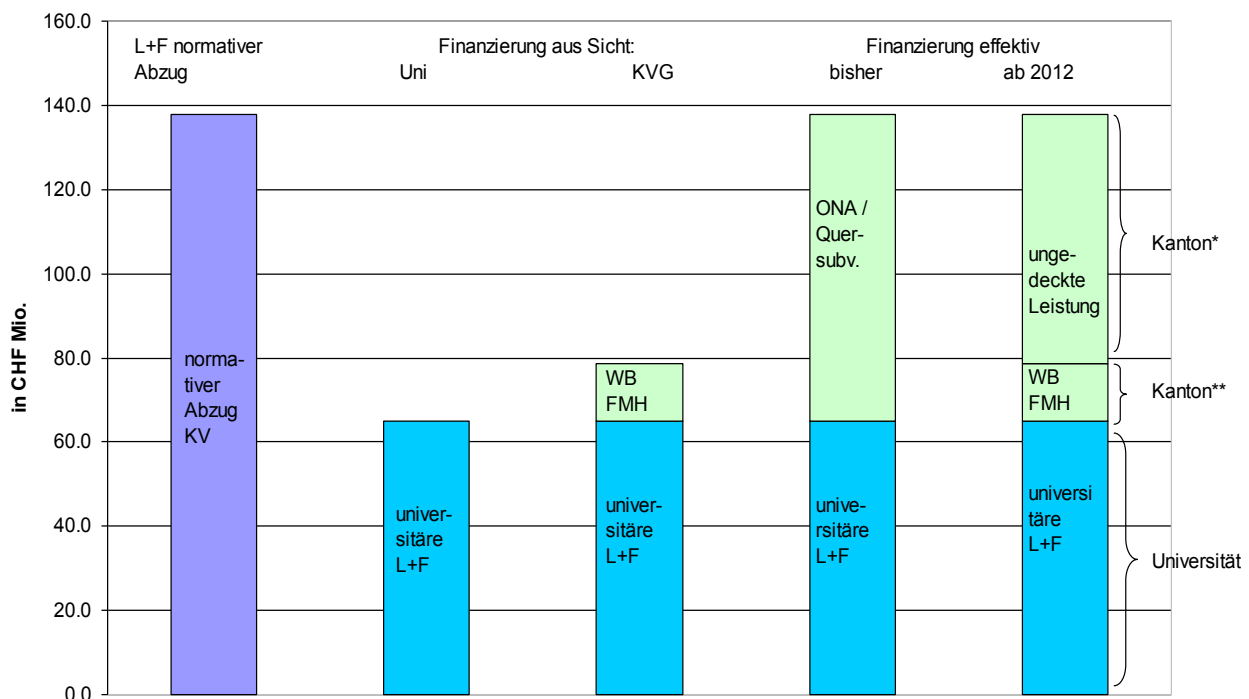
Die Universität finanziert die universitäre Lehre und Forschung im eigentlichen Sinn (universitäre Medizinalberufe), d.h. bis zum Universitätsabschluss (Staatsexamen Medizin). In den Spitälern entsteht jedoch ein Teil der Aufwendungen auch für die Lehre der ärztlichen Weiterbildung zum FMH-Facharzt (WB-FMH). Da die Weiterbildung zum FMH-Facharzt erst nach dem universitären Abschluss erfolgt, lehnen die schweizerischen Universitäten die Übernahme dieser Kosten ab.

Sicht Spitäler

Mit der neuen Spitalfinanzierung ist nicht mehr eine Defizitdeckung durch den Kanton, sondern eine leistungsorientierte Abgeltung vorgesehen. Aus diesem Grund müssen neu die Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie für die Weiterbildung zum FMH-Facharzt getrennt ausgewiesen und durch die entsprechenden Träger finanziert werden. Dazu fällt ins Gewicht, dass die geltenden normativen Abzüge der Krankenversicherer deutlich höher liegen als die effektiven Abgeltungen für L+F und WB-FMH.

Zur Verdeutlichung ist diese Ausgangslage für die Finanzierung der L+F/WB-FMH Kosten der Spitäler nachfolgend schematisch dargestellt.

Lehre und Forschung: Kosten und Finanzierung



*Leistungsvereinbarung mit der Universität

** Übergangslösung

In der nachstehenden Tabelle ist die finanzielle Situation für das Jahr 2010 dargestellt, wie dies dem Grossen Rat für die «Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in basel-städtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013» vom 21. September 2011 unterbreitet wurde.

Übersicht L+F-Kosten (Zahlen aus dem Jahr 2010):

in TCHF	Normabzüge L+F Kranken- versicherer	L+F Vergütung nach Leistungsantrag Universität	Finanzierungs- lücke (Zusatzversiche- rung / ONA)
FPS	3'536	611	2'925
UKBB	9'000	5'000	4'000
USB	108'000	56'000	52'000
UPK	20'300	8'300	12'000
Reha Chrischona	312	0	312
Adullam	109	0	109
Bethesda	748	0	748
Merian Iselin	711	0	711
St. Clara	3'546	0	3'546
Sonnenhalde	104	0	104
Schmerzklinik	100	0	100
Hildegard Hospiz	40	0	40
REHAB	216	0	216
Total	146'722	69'911	76'811

Die Normabzüge der Krankenversicherer unterscheiden nicht zwischen den Aufwendungen für die universitäre Lehre und Forschung und den Aufwendungen für die ärztliche Weiterbildung zum FMH-Facharzt/-ärztin und beliefen sich gesamthaft auf 146,7 Millionen Franken. Die Vergütung der Universität belief sich auf rund 70 Millionen Franken. Es bestand demnach eine Finanzierungslücke im Umfang von rund 76,8 Millionen Franken. Diese Finanzierungslücke wird für die Jahre 2012 und 2013 über die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) gedeckt. Wie in der Ausgangslage geschildert, ist die Trennung zwischen den Kosten der universitären Lehre und Forschung sowie den Kosten für die Weiterbildung zum FMH-Facharzt/-ärztin notwendig, um die Kosten den entsprechend zuständigen Kostenträgern zuordnen zu können. Aus diesem Grund wird nachfolgend auf die Ausscheidung der Aufwendungen für die Weiterbildung zum FMH-Facharzt/-ärztin aus den Gesamtbeträgen für die universitäre Lehre und Forschung vertieft eingegangen.

3.2.2.1 Weiterbildung Medizinalberufe zum FMH-Facharzt/-ärztin

Bei der ärztlichen Weiterbildung zum FMH-Facharzt/-ärztin handelt es sich um eine klassische gemeinwirtschaftliche Leistung (GWL), welche in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Art. 7 erwähnt ist. Grundsätzlich ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Weiterbildung der Medizinalberufe zum Facharzt/-ärztin über die Universitäten zu bezahlen sei, was aber von den Universitäten abgelehnt wurde. Die Finanzierung erfolgt heute weder über die Universitäten, die Versicherungen noch durch die angehenden FachärztInnen selber, sondern wird für die Jahre 2012 und 2013 vom Kanton mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen, welche auf dem PEP-Modell (PEP = pauschal, einfach, pragmatisch) von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) basieren, abgegolten.

Folgende normative und auf Erfahrungswerten basierende Beträge wurden vorgesehen:

- Nichtuniversitäre Spitäler: 20 000 Franken pro Assistenzarzt und Jahr;
- Universitätsspitäler : 30 000 Franken pro Assistenzarzt und Jahr.

Normative Kosten der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle in den basel-städtischen Spitälern (Zahlen aus dem Jahr 2010):

Spital	Anzahl Assistenzärzte Vollzeitäquivalent	normative Kosten der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle in CHF
FPS	20	400 000
UKBB*	25	750 000
USB	332	9 960 000
UPK	59	1 770 000
Reha Chrischona	6	120 000
Adullam	10	200 000
Bethesda	10	200 000
Merian Iselin	4	80 000
St. Clara	34	680 000
Sonnenhalde	12	240 000
Schmerzklinik	1	20 000
Hildegard Hospiz	0	0
REHAb	4	80 000
Total	517	14 500 000

*UKBB nur die Hälfte von 50 AA einberechnet

Aufgrund der vorgenannten Daten mit einem Abzug für L+F von 146,7 Millionen Franken durch die Krankenversicherer, einer Abgeltung für L+F durch die Universität von 69,9 Millionen Franken und der Abgeltung für die Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle von 14,5 Millionen Franken bleibt eine Finanzierungslücke von 62,3 Millionen Franken bestehen, welche der Kanton für die Jahre 2012 und 2013 über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausfinanziert (siehe nachfolgende Tabelle).

Ausfinanzierung der Deckungslücke L+F durch Pauschalabgeltung

Abzüge L+F santésuisse	Vergütung Universität	ONA-finanziert/ quersubventioniert	Normative Kosten L+F GDK pro Assistenzarzt	Ausfinanzierung L+F durch Pauschalabgeltung
146 722 000	69 911 000	76 811 000	14 500 000	62 311 000

Da die Problematik der Abgeltung der Leistungen für die Weiterbildungsstellen zum FMH-Facharzttitle alle Spitälern in der Schweiz betrifft, wurde eine Arbeitsgruppe der GDK vom GDK-Vorstand beauftragt, die normativ festgelegten Beträge nochmals zu hinterfragen und einen Vorschlag für den interkantonalen Ausgleich ab dem Jahr 2014 zu erarbeiten.

Vorschlag zum interkantonalen Ausgleich der Kosten für die Weiterbildungsstellen ab 2014

Aufgrund der äusserst unterschiedlichen Positionen der kantonalen Vertreter in der Arbeitsgruppe (Unispitalkantone, Zentrumsspitalkantone und übrige Spitalkantone) musste in intensiven Diskussionen eine Lösung gesucht werden, welcher schliesslich sämtliche 26 Kantone mit einer interkantonalen Vereinbarung zustimmen können. Die Arbeitsgruppe ist übereingekommen, dass die vorgeschlagenen Beträge nur die «strukturierte erteilte Weiterbildung» abdecken sollen und es den Kantonen überlassen bleibt, ob diese auch noch Beiträge an die «unstrukturierte (erteilte und/oder erhaltene) Weiterbildung» zahlen.

Lösungsvorschlag ärztliche Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel

24 000 Franken pro Weiterbildungsstelle und Jahr in einem Unispital;
 18 000 Franken pro Weiterbildungsstelle und Jahr in einem Zentrumsspital (AG, LU, SG, TI);
 15 000 Franken pro Weiterbildungsstelle und Jahr in allen übrigen Ausbildungsspitalen.
 Die Gesamtsumme beträgt 145,2 Millionen Franken.

Für den Lösungsvorschlag wurde die Gesamtbevölkerungszahl der Schweiz von 7 952 200 als Basis genommen. Die Gesamtsumme wurde aufgrund der Anzahl Weiterbildungsstellen gemäss den Angaben des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) mit den normativen Beträgen in den entsprechenden Kategorien (Uni-, Zentrums- oder übriges Ausbildungsspital) multipliziert und pro Kanton errechnet. Das Total über sämtliche Kantone wurde dann durch die Gesamtbevölkerungszahl der Schweiz dividiert, um so den entsprechenden Pro-Kopf-Beitrag zu erhalten. Danach wurde im Verhältnis der Kantonsbevölkerung berechnet, wie viel ein Kanton für die Weiterbildungsstellen zu bezahlen hat und wie viel er dafür erhält.

Nettoerträge für die Kantone Basel-Stadt und Baselland gemeinsam		Nettoerträge für den Kanton Basel-Stadt allein: (BS und BL getrennt)	
Kanton	Abstufung 24 000/18 000/15 000 in CHF	Kanton	Abstufung 24 000/18 000/15 000 in CHF
AG	-3 198 848	AG	-3 985 479
AI	-286 735	AI	-306 716
AR	-412 318	AR	-480 150
BE	2 870 021	BE	3 078 733
BL+BS	7 978 455	BL	-913 428
		BS	8 843 472
FR	-2 858 208	FR	-2 416 340
GE	4 799 971	GE	4 214 166
GL	-391 564	GL	-441 452
GR	-1 113 029	GR	-768 454
JU	-695 487	JU	-785 210
LU	-971 420	LU	-1 457 449
NE	-1 122 709	NE	-566 726
NW	-589 637	NW	-642 198
OW	-497 975	OW	-543 663
SG	-850 173	SG	-1 464 995
SH	-731 066	SH	-829 188
SO	-2 574 579	SO	-1 842 886
SZ	-2 096 352	SZ	-2 284 579
TG	-2 332 543	TG	-1 918 485
TI	-925 249	TI	-1 354 008
UR	-423 203	UR	-468 255
VD	5 514 967	VD	5 013 251
VS	-2 847 755	VS	-1 860 554
ZG	-1 407 914	ZG	-1 554 397
ZH	5 163 351	ZH	5 734 989

Negativer Betrag = Nettozahler, positiver Betrag = Nettoempfänger

Der Nettoertrag für den Kanton Basel-Stadt, welcher viel ausbildet und eine verhältnismässig kleine Kantonsbevölkerungszahl hat, wird deshalb – im Vergleich mit anderen Unispitalkantonen – relativ hoch. Aus diesem Grund wurden die Berechnungen einmal mit den Kantonen BS und BL zusammen und einmal BS und BL getrennt dargestellt. Es gibt durchaus auch Gründe, die beiden Kantonsbevölkerungen für die Berechnungen zusammenzuzählen (gemeinsame Trägerschaft UKBB, gemeinsame Trägerschaft Universität). Auf jeden Fall müssten die Beträge für eine transparente und sachgerechte Zuordnung zwischen den beiden Kantonen BS und BL zuerst nach der getrennten Methode betrachtet werden (siehe nachfolgende Tabellen).

Da die grosse Mehrheit der Kantone Nettozahler wären, muss mit Blick auf die allseits angespannten kantonalen Finanzhaushalte damit gerechnet werden, dass diese transparente und nachvollziehbare Lösung auf Widerstand stossen könnte. Auf der anderen Seite ist anzumerken, dass die GDK-Ost (Kantone Zürich, Thurgau, Glarus, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Graubünden und Schaffhausen) ein Zentrumsabgeltungsmodell an den Kanton Zürich kennt, sodass ein interkantonaler Ausgleich im Bereich der Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel nicht völlig neu wäre. Sollte die vorgeschlagene Regelung für den interkantonalen Ausgleich durch die Plenarversammlung der GDK angenommen werden, dann müsste ab 2014 die Finanzierung der Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel nicht mehr über die kantonalen GWL vorgesehen werden.

3.2.2.2 Neuregelung der Finanzierung der universitären Lehre und Forschung ab 2014

Die heutige Betrachtung und Finanzierung der universitären Lehre und Forschung im engeren Sinne, insbesondere die Finanzierung der universitären Medizinalberufe, führt dazu, dass zwischen der Finanzierung der L+F durch die Universität und dem Abzug der Krankenversicherer für L+F eine Finanzierungslücke besteht. Auch eine schweizweite Regelung der Finanzierung der Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel, wie sie von der GDK initiiert ist, würde nichts daran ändern, dass eine Finanzierungslücke weiterhin bestehen bleibt.

Diese Finanzierungslücke wird aktuell durch das Gesundheitsdepartement über gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgeglichen, sie müsste aus Kostentransparenzgründen richtigerweise jedoch durch die Universität bezahlt werden, da sie den engeren Kosten für L+F zuzuordnen ist.

Eine Finanzierung aus dem Universitätsbudget heraus wäre für den Kanton Basel-Stadt – nebst der inhaltlich korrekten Zuordnung – auch mit einer substanziellen Einsparung verbunden, da die Universität und damit auch die L+F-Ausgaben je hälftig durch die beiden Trägerkantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft getragen werden müssen. Somit würde sich der Betrag von heute 62,3 Millionen Franken, welcher über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch den Kanton BS getragen wird, auf 31,15 Millionen Franken reduzieren.

3.2.2.3 Auswirkungen auf die Krankenversicherungsprämie

Würde die Finanzierungslücke für universitäre Lehre und Forschung nicht mehr über gemeinwirtschaftliche Leistungen des Kantons – oder künftig vielleicht über beide Universitätsträgerkantone – geleistet, so müssten diese Kosten (zurzeit 62,3 Millionen Franken) direkt in die Fallpreispauschalen der Spitäler einfließen. Dies würde wiederum eine Erhöhung der Standard-Krankenversicherungsprämien (bisher Referenzprämie genannt) im Kanton Basel-Stadt von rund 5,5% nach sich ziehen. Aufgrund dieser Tatsache müsste darauf geachtet werden – will man den Druck auf die Prämien nicht weiter erhöhen –, dass die gemeinwirtschaftlichen Leistungen für die universitäre Lehre und Forschung nicht reduziert bzw. abgebaut werden.

Die Optimierung der Finanzierung für Lehre und Forschung ist mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden, hätte jedoch einen prämiestabilisierenden Effekt. Die Realisierbarkeit und ein schneller Wirkungseintritt sind als hoch einzuschätzen.

Fazit

- Solange die Krankenversicherer normative Abzüge für universitäre Lehre und Forschung vornehmen und nicht die ausgewiesenen Kosten der Spitäler berücksichtigen, wird eine Finanzierungslücke bestehen bleiben.
- Die Finanzierung der universitären Lehre und Forschung im engeren Sinne, sollte aus Transparenzgründen nur über die Universität erfolgen.
- Die Universität verfügt über eine bikantonale Trägerschaft BS und BL. Somit sollte die entsprechende Finanzierungslücke von heute 62,3 Millionen Franken durch beide Trägerkantone gemeinsam und nicht nur über den Kanton BS gedeckt werden.
- Soll der Druck auf die Krankenversicherungsprämien nicht weiter erhöht werden, dürfen die Gelder für gemeinwirtschaftliche Leistungen, um die Finanzierungslücke bei der universitären Lehre und Forschung zu decken, nicht weiter reduziert werden.
- Ein Abbau der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen seitens des Kantons Basel-Stadt, der von den Spitälern nicht, oder nicht genügend schnell, kompensiert werden kann, könnte zumindest teilweise durch eine Umlagerung auf die anrechenbaren Kosten den Druck auf die Krankenkassenprämien erhöhen oder über den Abbau von Leistungen gar zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen.

3.2.3 Optimierung der Finanzierung im Bereich der Pflegeheime

Die Kosten im Pflegeheimbereich sind verteilt auf die Träger Heimbewohnerin/Heimbewohner, Krankenversicherer sowie Kanton. Zu unterscheiden sind dabei die Kosten für die Pflege im engeren Sinne sowie die Kosten für Hotellerie und Betreuung. Letztere gehen voll zulasten der Heimbewohnerin bzw. des Heimbewohners, wobei der Kanton subsidiär über Ergänzungsleistungen mitfinanziert. Ein Effekt auf die Krankenversicherungsprämien ist somit lediglich im Bereich der Pflegekosten im engeren Sinn zu erzielen. Auch hier sei nochmals erwähnt, dass sich Massnahmen, welche auf die Gesamtkosten der Pflegeheime abzielen, aufgrund der hohen Personalintensität immer auch bedeutend auf die Löhne sowie die Anzahl der Stellen auswirken.

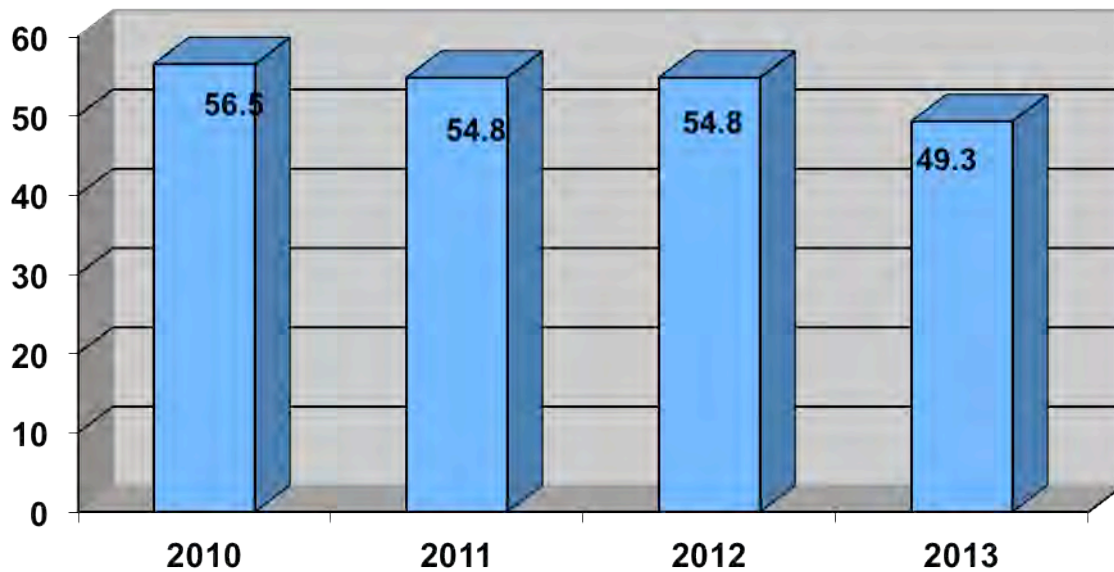
3.2.3.1 Pflegekosten im engeren Sinn

Die Pflegekosten im engeren Sinn, welche in der Krankenpflege-Leistungsverordnung in § 7 definiert sind, werden abgestuft nach dem Pflegebedarf mit einer vom Bundesrat verordneten Pauschale vergütet. Es besteht kein Verhandlungsprimat mehr zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Folglich fällt auch der kantonale Einfluss auf die Tarife über ein Genehmigungsverfahren weg.

Mit Einführung der neuen Pflegefinanzierung sind die Kosten für die Krankenversicherer im Kanton Basel-Stadt gesunken. Nach Abschluss der Übergangsfrist Ende 2013 werden diese rund zehn Prozent tiefer liegen als vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu Beginn des Jahres 2011.

Ausserdem ist davon auszugehen, dass der auf Bundesebene verordnete Tarif für den Beitrag der Krankenversicherer an die Pflege sowie der damit in Zusammenhang stehende Maximalbeitrag der Pflegeheimbewohnenden an die Kosten der Pflege lediglich in unregelmässigen Abständen angepasst wird. Dies wird sich positiv auf die Beiträge der Krankenversicherer auswirken, da diese verzögert auf die Kostenentwicklung reagieren werden. Umso stärker ist der Effekt auf die Leistungen der Kantone und Gemeinden.

Leistungen der Krankenversicherer im Pflegeheimbereich des Kantons Basel-Stadt:



Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

3.2.3.2 Systemänderungsmöglichkeiten

Bei der Finanzierung der Pflegeheimkosten sind im Kanton Basel-Stadt zwei Szenarien zur Systemänderung denkbar:

- Verzicht auf staatliche Zahlungen über Investitionsbeiträge an den Bau von Pflegeheimen und über Liegenschaftsbeiträge an den laufenden Kosten. An deren Stelle treten Vollkostentarife.
- Verschiebung von Kosten aus dem Pflege- in den Betreuungsbereich.

Vollkostentarife haben den Vorteil, dass der Aufwand verursachergerecht verteilt wird. Eine finanzielle Unterstützung seitens des Kantons würde nur noch subsidiär via Ergänzungsleistungen erfolgen. Diese Systemänderung hätte jedoch keinerlei Relevanz für die Beiträge der Krankenversicherer, da diese lediglich von der jeweiligen Pflegestufe abhängen.

Eine Verschiebung von Kosten aus dem durch die Krankenversicherung, die Bewohnenden sowie den Kanton getragenen Pflege- in den nur durch die Bewohnenden getragenen Betreuungsbereich ist nicht angezeigt. Die Pflegeleistungen sind gesetzlich klar definiert. Auch wenn eine Verschiebung möglich wäre, hätte dies keinen Einfluss auf die Beiträge der Krankenversicherer. Es würde analog der Umstellung auf Vollkostentarife lediglich eine Verschiebung von Kosten vom Kanton zu den Pflegeheimbewohnenden resultieren, da die Betreuungskosten vollumfänglich zulasten der Bewohnenden gehen und auf der Pflegeseite lediglich die durch den Kanton getragene Restfinanzierung betroffen wäre.

Vorteile

Systemänderungen in der Pflegeheimfinanzierung führen zu einer transparenteren und verursachergerechten Aufteilung der Kosten.

Nachteile

Die Beiträge der Krankenversicherer sind nach der Umstellung auf die neu geordnete Pflegefinanzierung seitens des Kantons nicht mehr beeinflussbar.

Eine Optimierung der Finanzierung im Bereich der Pflegeheime wäre gut realisierbar, ist jedoch mit einem hohen Initialisierungsaufwand verbunden. Es ist mit einem prämiestabilisierenden Effekt zu rechnen, wobei ein rascher Wirkungseintritt nicht zu erwarten ist.

Fazit

- Die Neuordnung der Pflegefinanzierung wirkt sich im Heimbereich des Kantons Basel-Stadt dämpfend auf die Kosten der Krankenversicherer aus. Mehrkosten gehen in erster Linie zulasten des Kantons.
- Systemänderungen, welche auf eine gerechtere Verteilung der Kosten abzielen, führen jeweils zu einer Verschiebung der finanziellen Belastung vom Kanton zu den Bewohnenden. Aufgrund der verordneten Beiträge hat der Kanton keinen Einfluss auf die finanzielle Belastung der Krankenversicherungen.

3.2.4 Optimierung der Prämienverbilligung

3.2.4.1 Grundlagen der Prämienverbilligung

Gemäss Art. 65 Abs. 1 Satz 1 KVG gewähren die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen.

Nach der Rechtsprechung geniessen die Kantone eine erhebliche Freiheit in der Ausgestaltung der Prämienverbilligung, indem sie autonom festlegen können, was unter «bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen» zu verstehen ist. Deshalb stellen die von den Kantonen erlassenen Bestimmungen bezüglich der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung grundsätzlich autonomes kantonales Ausführungsrecht zu Bundesrecht dar (BGE 136 I 220 E. 4.1 mit Hinweisen).

Der Kanton Basel-Stadt hat die Prämienverbilligung in §§ 17 ff. des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) sowie in §§ 14 ff. KVO geregelt. Für die Frage, ob einer bestimmten Person eine Prämienverbilligung zugesprochen wird, ist einerseits deren finanzielle Stellung, welche gemäss § 18 GKV basierend auf dem Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen (SoHaG) vom 25. Juni 2008 sowie der Verordnung über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (SoHaV) vom 25. November 2008 ermittelt wird, und andererseits die massgebende Prämie gemäss § 21 KVO ausschlaggebend.

3.2.4.2 Idee Gesundheitsgutscheine

Gemäss § 17 Abs. 2 GKV legt der Regierungsrat die Prämienbeiträge in Abhängigkeit vom massgeblichen Haushaltseinkommen degressiv fest und passt diese regelmässig der Prämienentwicklung an. Das Gesetz (§ 17 Abs. 3) sieht vor, dass die Prämienverbilligung so ausgestaltet wird, dass ein Anreiz zum Wechsel in kostendämpfende Versicherungsformen geschaffen wird. Bei der heutigen Ausgestaltung der Prämienbeiträge besteht dieser Anreiz darin, dass die mit dem Wechsel verbundene Einsparung dem beitragsbeziehenden Haushalt in vollem Umfang zugutekommt.

Es ist aber auch denkbar, die Prämienbeiträge so zu gestalten, dass – insbesondere für Bezüger/-innen von Leistungen wie Ergänzungsleistungen (EL), Sozialhilfe (SH) oder Prämienverbilligung (PV) – ein zusätzlicher Anreiz zum Wechsel in ein Managed-Care-Modell geboten wird. Die Einflussnahme sollte dabei eher durch ein positives Anreizsystem und nicht durch einen Beitrittszwang in ein Managed-Care-Modell erreicht werden, denn einer kantonalrechtlichen Auflage eines solchen Zwangsbeitritts stünde die bundesrechtlich verankerte, freie Kassenwahl gemäss Art. 4 Abs. 1 KVG grundsätzlich entgegen. Konkret soll eine Abgabe von «Gesundheitsgutscheinen» zur Behandlung in bestimmten Managed-Care/HMO-Praxen an BezügerInnen dieser

Sozialleistungen näher geprüft werden. Mit solchen, von den zuständigen Amtsstellen ausgestellten Gesundheitsgutscheinen könnte der Übertritt insbesondere von Personen, die regelmässiger medizinischer Behandlung bedürfen, in die entsprechenden Versicherungsformen gefördert werden.

Als Anreiz für diese Versicherten könnte dabei vorgesehen werden, dass die Managed-Care- bzw. HMO-Praxis bei Bezüger/-innen von EL oder SH diesen – gestützt auf die Gesundheitsgutscheine – die administrative Belastung mit Franchise und Selbstbehalt (Kostenbeteiligung) abnimmt, indem sie die Kostenbeteiligungsrechnungen direkt an das Amt für Sozialbeiträge (ASB) oder die SH in Rechnung stellt. Die Rückerstattung der ordentlichen Kostenbeteiligung nach KVG durch die EL oder SH würde dann entweder direkt an die Praxis oder an den zuständigen Versicherer erfolgen (je nach Ausgestaltung des Managed-Care-Modells in Bezug auf Budgetmitverantwortung etc.).

Bei PV-Bezüger/-innen (bei denen im geltenden Recht keine Übernahme der Kostenbeteiligung durch die PV erfolgt) könnte der Beitrittsanreiz mittels Gesundheitsgutschein mit einer neu zu schaffenden Verbilligung der Kostenbeteiligung durch öffentliche Mittel ausgestaltet werden, die wiederum direkt vom ASB an die Praxis oder den Versicherer ausgerichtet würde. Die Höhe der Verbilligung der Kostenbeteiligung könnte dabei einkommensabhängig nach Prämienbeitragsgruppen differenziert ausgestaltet werden. Zu prüfen wäre zusätzlich, ob und welche Angebote für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer es im Kanton Basel-Stadt gibt, bei denen der Versicherer ganz oder teilweise auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise verzichtet (wie es das Bundesrecht zulässt, vgl. Art. 64 Abs. 6 lit. C KVG und Art. 99 Abs. 2 KVV). Über diese Angebote könnten PV-Bezüger/-innen ebenfalls speziell informiert werden.

Eine kantonale Verbilligung der Kostenbeteiligung für PV-Bezüger/-innen würde eine gesetzliche Verankerung und die Bereitstellung entsprechender Mittel und Ressourcen bedingen.

Bei der detaillierten Ausgestaltung der Förderung des Beitritts in Managed-Care-Modelle hätte der Kanton zu beachten, die Versicherer rechtsgleich und nicht wettbewerbsverzerrend zu behandeln. Da, wie im Kapitel 1.5.3. beschrieben, mittels der Prämienbeiträge im Kanton Basel-Stadt jeweils gesamthaft (inkl. EL und Beiträge der SH an die Krankenkassenprämien) rund 20% des kantonalen Prämienvolumens durch die öffentliche Hand finanziert werden, ist eine aktive Steuerung der Gesundheitsversorgung dieser Leistungsbezüger/-innen durch den Kanton sachlich gerechtfertigt.

3.2.4.3 Förderung von Gatekeeping beim Bezug von Prämienverbilligung

Als eine weitere kostensenkende Massnahme im ambulanten Bereich soll vertieft geprüft werden, wie eine effektive, qualitativ gute und gleichzeitig günstige Steuerung der medizinischen Versorgung von Versicherten in benachteiligten Verhältnissen erreicht werden könnte. Gerade Personen in finanziell und sozial ungünstigen Verhältnissen leiden statistisch betrachtet überdurchschnittlich stark unter gesundheitlichen, oftmals chronischen Beeinträchtigungen. Eine individuell zugeschnittene optimale Behandlungskette der medizinischen Versorgung, unter gleichzeitiger Ausschaltung unnötiger doppelter Untersuchungen und Behandlungen in Managed-Care-Modellen ist für diese Patientengruppen besonders sinnvoll. Zu diesem Zweck kann eine Förderung des Beitritts dieses Personenkreises in Managed-Care-Modelle gemäss KVG ins Auge gefasst werden. Die zunehmende Verfeinerung des Risikoausgleichs im Bundesrecht schafft zudem die erforderliche Grundvoraussetzung, dass solche Versicherungsformen nicht zu einer für die Versicherung ungünstigen, prämienbelastenden Risikoselektion führen.

Eine Optimierung der Prämienverbilligung ist mit hohem Initialisierungsaufwand verbunden, jedoch realisierbar und es ist mit einem schnellen Wirkungseintritt zu rechnen. Die Auswirkungen auf die Prämien sind als positiv einzuschätzen.

Schlussfolgerungen

Aus dem Bericht lassen sich, bezugnehmend auf die kantonale Volksinitiative für bezahlbare Krankenkassenprämien in Basel-Stadt, zusammenfassend nachfolgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Der Kanton Basel-Stadt ist bezüglich der Höhe der Krankenkassenprämien nicht direkt vergleichbar mit anderen Kantonen (Kernstadtproblematik, schweizweite höchste Bevölkerungsdichte, soziodemografische Struktur).
- Der Kanton Basel-Stadt setzt sich, im Rahmen seiner Möglichkeiten, bereits für eine Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an wenigen Standorten ein.
- Im Kanton Basel-Stadt wurden bereits zahlreiche Projekte und Tätigkeiten eingeleitet.
- Weitere Handlungsoptionen zur Prämiensenkung sind aufgrund der aktuellen politischen Situation (Ablehnung der Managed-Care-Vorlage) nur sehr begrenzt realisierbar oder benötigen einen hohen Initialisierungsaufwand (inkl. Finanzierung).
- Der Kanton Basel-Stadt hat mit dem jährlichen Gesundheitsversorgungsbericht bereits ein umfassendes Reporting für das Parlament und die Öffentlichkeit geschaffen. Die Berichterstattung wird jährlich angepasst. Mit der zu erwartenden, verbesserten Datenlage, dank des Versorgungsmonitorings wie auch des eHealth-Projektes, wird es in Zukunft möglich sein, die Daten ergebnisorientierter auswerten zu können.
- Das Amt für Sozialbeiträge informiert die Bezüger von Prämienvverbilligungen wie auch die Neuzuzüger im Kanton bereits aktiv über kostengünstige Versicherungsmodelle.
- Die Patientinnen und Patienten verfügen über Eigenverantwortung in der Wahl des Versichers, verhalten sich aber im Hinblick auf einen Wechsel in ein kostengünstigeres Versicherungsmodell eher zurückhaltend, obwohl dies nicht mit einer Leistungseinschränkung verbunden wäre.

Nicht zuletzt muss nochmals betont werden, dass sich Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht durchaus lohnen können, wenn diese insgesamt zu einer Senkung der Krankheitskosten (Gesamtkosten) führen, z. B. durch eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz oder die Vermeidung einer Invalidität. Daher ist die alleinige Betrachtung der Ausgaben aus der OKP und der Prämienentwicklung im Kontext der volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben etwas zu kurzfristig.