



An den Grossen Rat

14.5685.02

GD/P P145685

Basel, 15. März 2017

Regierungsratsbeschluss vom 14. März 2017

## **Anzug Salome Hofer und Konsorten betreffend „Information der Bevölkerung bezüglich Hausarztmodelle“**

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 11. März 2015 den nachstehenden Anzug Salome Hofer und Konsorten dem Regierungsrat zur Stellungnahme überwiesen:

„Im Grundlagenbericht schreibt das Gesundheitsdepartement, dass alternative Versicherungsmodelle (darunter u.a. HMO-Modelle, Hausarztmodelle, etc.) in der Lage wären, 30% der Gesundheitskosten ohne Qualitätseinbussen einzusparen (Quelle: Grundlagebericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt, S. 65).

Es wird somit ersichtlich, dass die Grundversorger stark dazu beitragen, die Qualität des Gesundheitswesens in Basel zu einem bezahlbaren Preis sicherzustellen. Die HausärztInnen in einem urbanen Zentrum wie Basel, in dem ein Facharztbesuch oder ein Notfallbesuch im Spital häufiger vorkommen als in ländlicheren Gebieten, zu stärken, erscheint deshalb wünschenswert und notwendig. Diverse Massnahmen zur Förderung der Hausarztpraxen und -modelle wurden in Basel-Stadt bereits umgesetzt oder in Angriff genommen. Jegliche Förderung der Hausarztmodelle auf der Angebotsseite zielt jedoch ins Leere, wenn die Nachfrage sich nicht entsprechend mitentwickelt. Die Bevölkerung von Basel-Stadt muss dementsprechend transparent und neutral über das Gesundheitssystem und die tragende Funktion der Hausärzte sowie deren Rolle als Gatekeeper informiert werden. Eine solche Information trägt zu mehr Verständnis für das System und die unterschiedlichen Funktionen der Institutionen der Gesundheitsversorgung bei und setzt gleichzeitig Anreize, sich freiwillig für ein alternatives Versicherungsmodell bei der jeweiligen Krankenkasse zu entscheiden. Dies wiederum trägt zu tieferen Gesundheitskosten, ohne Nachteile für die Versicherten und die Gesundheitsversorger, bei.

Die Anzugsstellenden bitten den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten, inwiefern eine solche Information der Bevölkerung umgesetzt werden kann.

Salome Hofer, Beatriz Greuter, Sarah Wyss, Atilla Toptas, Stephan Luethi-Brüderlin, Philippe P. Macherel“

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

### **1. Ausgangslage**

Die Schweiz verfügt heute über eine sehr solide medizinische Grundversorgung, wobei der Begriff der Grundversorgung im Allgemeinen nicht einheitlich definiert wird. Im vorliegenden Bericht ist die Grundversorgung im Sinne der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin gemeint.

Jede in der Schweiz verunfallte oder erkrankte Person findet rasch Zugang zu medizinischen Leistungen. Die medizinische Grundversorgung stellt diese Versorgung bei Krankheit und Unfall sowie bei häufig vorgenommenen medizinischen Behandlungen und unkomplizierten Eingriffen rasch, niederschwellig und in hoher Qualität sicher. Üblicherweise erfolgt der medizinische Erstkontakt im Rahmen der medizinischen Grundversorgung. Diese gewährleistet einen offenen und niederschweligen Zugang für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Art des Gesundheitsproblems und stellt somit eine umfassende und angemessene Behandlung sicher.

Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz über eines der leistungsfähigsten, aber auch eines der teuersten Gesundheitssysteme.

Die Kosten im schweizerischen Gesundheitssystem steigen, trotz einer gewissen Stabilisierung in den letzten Jahren, stetig an. Als Hauptgründe für die steigenden Gesundheitskosten können unter anderem die folgenden Punkte genannt werden:

- vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten (u.a. indiziert durch die Höhe der Ärztedichte, insbesondere der Spezialärztinnen und -ärzte);
- teilweise Fehlanreize in der Finanzierung durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) mit wenig Anreiz für ein kostengünstiges Verhalten der Leistungserbringer;
- wenig ausgeprägte Anreize für die Versicherten, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen;<sup>1</sup>
- Demographische Faktoren wie Alters- und Geschlechter-Verhältnis, Anzahl chronisch Kranker, Anzahl Einpersonenhaushalte, Bevölkerungsdichte sowie Ausländeranteil und Bildungsniveau.

Ein möglicher Grund für den überdurchschnittlich hohen Konsum von Gesundheitsleistungen im stark durch städtische Merkmale geprägten Kanton Basel-Stadt liegt in der überdurchschnittlich hohen Ärztedichte. Gemäss Bundesamt für Statistik wies der Kanton Basel-Stadt nebst Zürich, Waadt und Genf im Jahr 2014 die höchste Dichte an Ärztinnen und Ärzten auf (>240 Ärztinnen und Ärzte pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner).<sup>2</sup> Dazu kommt die Bevölkerungsdichte im Kanton Basel-Stadt, welche mit über 2'000 Personen pro Quadratkilometer so hoch ist wie in keinem anderen Kanton der Schweiz.<sup>3</sup> Ferner wies der Kanton Basel-Stadt im Jahr 2015 mit 47.3% die meisten Einpersonenhaushalte<sup>4</sup> sowie den zweithöchsten Anteil an ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern in der Schweiz auf<sup>5</sup>. Mit diesen strukturellen Einflussfaktoren lässt sich die überdurchschnittlich grosse Menge an konsumierten Gesundheitsleistungen im Kanton Basel-Stadt erklären.

Der Kanton Basel-Stadt versucht, die sich aus dieser Situation ergebenden Chancen eines Stadtkantons zu nutzen. Mit dem dichten medizinischen Angebot kann eine wichtige Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone und das Ausland wahrgenommen werden. So kommen rund 48% der im Kanton Basel-Stadt behandelten Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland. Diese ausserkantonalen Patientinnen und Patienten belasten die Prämienkosten im Kanton Basel-Stadt nicht. Sie führen vielmehr zu einer höheren Auslastung der vorhandenen medizinischen Einrichtungen und tragen indirekt auch zur Weiterentwicklung des Life Sciences-Standorts Basel-Stadt bei.

---

<sup>1</sup> Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt, Zugriff unter [http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2013/BAU\\_1\\_6165631.pdf](http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2013/BAU_1_6165631.pdf)

<sup>2</sup> Zugriff unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraets-kennzahlen/kantone.html>

<sup>3</sup> Siehe Fn. 5

<sup>4</sup> Zugriff unter [https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/12091\\_3033\\_3032\\_70/19996.html](https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/12091_3033_3032_70/19996.html)

<sup>5</sup> Zugriff unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.html>

## **2. Bedeutung der medizinischen Grundversorgung**

Die demografische Bevölkerungsentwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Anzahl chronisch Kranker sind Faktoren, die für ein auch in Zukunft funktionierendes Gesundheitssystem zu berücksichtigen sind. So führt die demografische Alterung der Bevölkerung und des Gesundheitspersonals einerseits zu einer Zunahme an besonders verletzlichen sowie chronisch und mehrfach erkrankten Menschen im höheren Alter und andererseits zu einer Abnahme des für die Versorgung, Betreuung und Pflege notwendigen Gesundheitspersonals. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach ärztlichen Leistungen infolge des wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung, der veränderten Work-Life-Balance, der zunehmenden Feminisierung des Arztberufs und des Trends zu früheren Pensionierungen auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte beginnen sich in diesem Bereich Engpässe abzuzeichnen. Denn obwohl die Schweiz, und insbesondere der Kanton Basel-Stadt, eine hohe Ärztedichte aufweist, ist im Bereich der Grundversorgung ein zukünftiger Fachkräftemangel bei den Ärztinnen und Ärzten möglich und Versorgungslücken sind nicht auszuschliessen, während es im Bereich der Spezialistinnen und Spezialisten Hinweise auf Überversorgung gibt. Steigende Anforderungen an den Hausarztberuf werfen Fragen nach angemessenen Rahmenbedingungen in Aus- und Weiterbildung sowie Berufsausübung auf. Aufgrund dieser Entwicklung ist die Umsetzung verschiedener Massnahmen und gesundheitspolitischer Strategien auf Bundes- sowie auf kantonaler Ebene im Gang. Diese sollen dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung besser am zukünftigen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und die vorhandenen Ressourcen gezielter eingesetzt werden.

### **2.1 Massnahmen auf Bundesebene**

Im Jahr 2012 wurde der Masterplan „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ in Absprache mit dem Initiativkomitee der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der Schweizerischen Universitätskonferenz, dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie dem Verband „Hausärzte Schweiz“ lanciert. Langfristiges Ziel ist es, die Hausarztmedizin und die medizinische Grundversorgung schweizweit zu stärken, um überall eine allen zugängliche Grundversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten.

Im Jahr 2015 wurde der Masterplan „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ in das Forum medizinische Grundversorgung überführt. Hintergrund ist die Annahme des Verfassungsartikels 117a zur Förderung der medizinischen Grundversorgung am 18. Mai 2014. Der neue Verfassungsartikel gibt Bund und Kantonen den erweiterten Handlungsauftrag, künftig gemeinsam die Förderung der medizinischen Grundversorgung sicherzustellen und für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Die etablierte und erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Vertreterinnen und Vertretern der Hausarztmedizin wird damit fest implementiert.

Eine weitere Massnahme auf Bundesebene ist die Ausbildung von mehr und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal. Diese Massnahme ist Teil der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates („Gesundheit2020“). Der Bund hat dafür ein Sonderprogramm zur Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin beschlossen. Zudem werden die Rahmenbedingungen in der Weiterbildung sowie in der Berufspraxis geprüft und entsprechend angepasst.

### **2.2 Massnahmen auf kantonaler Ebene**

Auf kantonaler Ebene soll die qualitativ hochstehende Grundversorgung gesichert werden, indem durch das Modell der Praxisassistenz in Hausarztpraxen fehlende Ausbildungsstellen kompensiert werden. Das Modell der Praxisassistenz ermöglicht den Assistenzärztinnen und -ärzten spezifische Fähigkeiten vor Ort in einer Hausarztpraxis zu erwerben.

Das aktuell im Kanton Basel-Stadt praktizierte Modell der Praxisassistenzen in Hausarztpraxen sieht unter anderem vor, dass

- im Kanton Basel-Stadt jährlich 300 Stellenprozent für Praxisassistenzen in Hausarztpraxen zur Verfügung stehen;
- die Dauer der Weiterbildung in einer Hausarztpraxis dem jeweils gewünschten Arbeitspensum angepasst werden kann;
- das minimale Arbeitspensum 50% beträgt;
- die Praxisassistentenärztinnen und -ärzte während der Dauer der Weiterbildung direkt bei der Hausarztpraxis angestellt werden;
- zur Weiterbildung in einer Hausarztpraxis nur Ärztinnen und Ärzte zugelassen werden, die bereits während mindestens einem Jahr in einem Schweizer Spital gearbeitet haben;
- der Kanton Basel-Stadt 75% des dem Dienstalter entsprechenden Lohnes auf Vollkostenbasis finanziert und die verbleibenden 25% des Lohns der Praxisassistentenärztinnen und -ärzte von der Inhaberin oder dem Inhaber der Weiterbildungspraxis entrichtet werden.

Im Weiteren hat der Kanton Basel-Stadt die Zulassungsvoraussetzungen für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für frei praktizierende Grundversorgerinnen und Grundversorger seit dem 3. Juli 2016 erleichtert. Es wird neben den erforderlichen fachlichen Qualifikationen lediglich der Nachweis einer einjährigen Berufstätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungseinrichtung vorausgesetzt. Letzteres wird für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP benötigt, stellt jedoch keine Voraussetzung für die Bewilligung zur selbstständigen Tätigkeit als Ärztin oder Arzt dar. Im Unterschied zu den Grundversorgerinnen und Grundversorgern müssen die Spezialistinnen und Spezialisten weiterhin den Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte erbringen.

### **3. Krankenversicherung (KVG) und alternative Versicherungsformen**

Die OKP übernimmt die Kosten von Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des KVG. Die Leistungen der Grundversicherung sind durch das KVG und seine Verordnung genau festgelegt. Da die Leistungen aller Krankenversicherer im Bereich der Grundversicherung ohnehin identisch sind, treten die Krankenversicherer untereinander in einen Preis- und Qualitätswettbewerb. Die Grundversicherung bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang und kann bei einer von rund 60 in der Schweiz niedergelassenen und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannten Krankenkassen abgeschlossen werden. Die Versicherer müssen alle Antragstellenden vorbehaltlos in die Versicherung aufnehmen. Ein Wechsel der Versicherung ist jährlich möglich, wobei eine Kündigung der Grundversicherung bis spätestens Ende November des Vorjahres erfolgen muss.

Mit der Einführung des KVG per 1. Januar 1996 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden verschiedene besondere Versicherungsformen. Die Versicherten haben demnach die Möglichkeit, sich für die obligatorische Grundversicherung mit gewissen Einschränkungen zu entscheiden. Dies wird unter „alternative Versicherungsmodelle“ zusammengefasst. Der Leistungsumfang bleibt identisch, beim Arztkontakt gibt es jedoch zusätzlich bestimmte Richtlinien, welche verbindlich sind und sich im Gegenzug positiv auf die Prämien auswirken. Zu den häufigsten alternativen Versicherungsmodellen gehören die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO) und die Hausarztmodelle.

In seiner Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care-Vorlage)<sup>6</sup> hielt der Bundesrat fest, dass eine aus einer

---

<sup>6</sup> BBI 2004 5599

Hand gesteuerte medizinische Versorgung aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte, was wissenschaftlich belegt sei. Mit der Managed Care-Vorlage hätten die Versicherer verpflichtet werden sollen, besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Damit wäre faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden gewesen, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Der Bundesrat wollte im Rahmen der Managed Care-Vorlage die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern. Mit einer Mehrheit von 76% lehnten aber die Stimmberechtigten diese Managed Care-Vorlage am 17. Juni 2012 ab. Im Kanton Basel-Stadt wurde die Vorlage mit 79.31% der Stimmen sogar noch deutlicher abgelehnt.

Unabhängig vom erwähnten politischen Entscheid setzt sich die Entwicklung von Managed Care-Modellen in der Schweiz weiter fort. Diese Entwicklung der integrierten Versorgung wurde in den vergangenen Jahrzehnten massgeblich durch Initiativen der Akteure, 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.

### 3.1 Alternative Versicherungsmodelle

Alternative Versicherungsmodelle sind Varianten der OKP. Je nach Angebot und Modell reduziert sich die Prämie um 5-25% gegenüber der normalen Grundversicherungsprämie bei gleich guter Qualität der medizinischen Versorgung. Gemäss den aktuellsten Zahlen des FMC<sup>7</sup> etabliert sich die integrierte Versorgung in der Schweiz zusehends. Im Jahr 2015 wählten über zwei Millionen Versicherte ein entsprechendes Modell.

Zu den alternativen Versicherungsmodellen zählen:

- HMO-Modelle;
- Hausarzt-Modelle;
- Telmed-Modelle;
- weitere Modelle.

Die verschiedenen Modelle werden nachfolgend kurz erklärt.

#### **HMO-Modelle**

Beim Modell der Health Maintenance Organization verpflichten sich die Versicherten, im Krankheitsfall immer zuerst eine Ärztin bzw. einen Arzt eines HMO-Centers aufzusuchen. Diese Ärztinnen bzw. Ärzte werden als „Gatekeeper“ bezeichnet. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen bei der Augenärztin bzw. beim Augenarzt. Der Gatekeeper erhält für die medizinische Versorgung der bei ihm eingeschriebenen Versicherten von deren Versicherung eine monatliche Pauschale ausbezahlt. Aus dieser Pauschale werden alle Leistungen bezahlt, welche die HMO-Versicherten intern bei diesem oder extern bei Spezialärztinnen bzw. Spezialärzten oder bei Spitalaufenthalten in Anspruch nehmen. Das Gatekeeper-Prinzip ermöglicht eine koordinierte Behandlung. Die pauschale Entschädigung der ärztlichen Leistungen erlaubt es dem Gatekeeper, sich auf das Erbringen der für seine Patientinnen und 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.

---

<sup>7</sup> Zugriff unter <http://fmc.ch/infothek/erhebung-aerztenetze>

### **Hausarzt-Modelle**

Versicherte im Hausarztmodell verzichten auf die freie Arztwahl und verpflichten sich im Krankheitsfall immer ihren festen Hausarzt bzw. ihre feste Hausärztin (Gatekeeper) aufzusuchen. Ausgenommen von dieser Pflicht sind ebenfalls Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen bei der Augenärztin bzw. beim Augenarzt. Die Krankenkassen definieren, welche Ärztinnen und Ärzte von den Versicherten als Hausärztin oder als Hausarzt in einem Hausarztmodell ausgewählt werden können. Diese sind entweder in Hausarzt-Netzwerken eingebunden oder freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte. Während einige Krankenkassen explizite Auflistungen von Ärztinnen und Ärzten führen, ermöglichen andere die Arztwahl aus allen Internistinnen und Internisten, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Pädiaterinnen und Pädiatern innerhalb eines kassenspezifischen Einzugsgebiets. Die gewählte Hausärztin bzw. der gewählte Hausarzt ist für die medizinische Betreuung der Versicherten zuständig. Wenn es medizinisch notwendig ist, werden die Versicherten an eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten überwiesen.

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

### **Telmed-Modelle**

Bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem wenden sich die Versicherten gemäss diesem Modell vor dem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische Beratungsstelle. Dort erteilen medizinische Fachpersonen Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten die Patientin bzw. den Patienten an eine Ärztin/einen Arzt, ein Spital oder eine Therapeutin/einen Therapeuten weiter. Von der Pflicht der telefonischen Kontaktaufnahme vor einem Arztbesuch ausgenommen sind auch bei diesem Modell Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Kontrolluntersuchungen bei der Augenärztin bzw. beim Augenarzt (teilweise nur für Kinder) und andere je nach Krankenkasse unterschiedliche Leistungen. Durch die telefonische Beratung und Triage der Patientinnen und Patienten vor dem Aufsuchen der Ärztin bzw. 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.

### **Weitere Modelle**

Der Markt der alternativen Versicherungsmodelle entwickelt sich laufend. So stehen bei einigen Kassen auch Modelle mit Apotheken und Spitälern zur Auswahl.

## **4. Verstärkte Gesundheitsinformation für die Bevölkerung**

Aus Sicht des Regierungsrates kann eine gut informierte Bevölkerung medizinische Dienstleistungen bewusst und somit kostengünstiger in Anspruch nehmen. Dabei bildet das nötige Wissen die Grundlage dafür, dass die Bevölkerung die verschiedenen Wahlmöglichkeiten wahrnehmen und eine fundierte Entscheidung treffen kann. Im Vordergrund steht dabei nicht die Empfehlung eines bestimmten Modells, sondern vielmehr sollen die nötigen Kompetenzen vermittelt werden. Dazu hat das Gesundheitsdepartement im Jahr 2016 neu eine eigene Informationsreihe – den „Gesundheitskompass“ – lanciert. Ziel des Projektes „Gesundheitskompass“ ist es, einfache und anschauliche fachkundige Auskunft zu medizinischen Themen und aktuellen Fragen zum schweizerischen und baselstädtischen Gesundheitssystem zu geben. Durch eine Sensibilisierung und Wissensvermittlung soll die Gesundheitskompetenz dahingehend gesteigert werden, dass sich die Bevölkerung effizienter im Gesundheitssystem bewegt, Krankheiten besser vorbeugt und mit ihrer Gesundheit sorgsamer umgehen kann.

Die erste Ausgabe des Gesundheitskompasses widmete sich dem Thema „Umgang mit Gesundheitsinformationen aus dem Internet“. In Gesundheitsfragen suchen heute viele Menschen zuerst

Rat im Internet. Doch das Netz birgt nicht nur unzählige Gesundheitsinformationen, sondern auch die grosse Gefahr von Fehlinformationen. Diese können stark verunsichern und Ängste erzeugen. Denn schnell finden sich zu alltäglichen Beschwerden wie einfachen Kopfschmerzen oder Blähungen schwerste Krankheiten, unter denen die ratsuchenden Personen leiden könnten. Zudem besteht die Gefahr, dass sich Gesundheitssurferinnen und -surfer auf Basis von falschen Informationen selbst diagnostizieren und behandeln. Um durch Internetrecherchen erzeugte Verunsicherungen und Ängste zu verhindern, gibt der Flyer „Damit die eigenständige Internetrecherche keine Quelle der Verunsicherung darstellt“ hilfreiche Tipps.

Die zweite Ausgabe des Gesundheitskompasses wird das Thema „alternative Versicherungsmodelle“ aufarbeiten. Mit dem Flyer soll das Verständnis für die verschiedenen Versicherungsmodelle und die unterschiedlichen Funktionen der Institutionen in der Gesundheitsversorgung gefördert werden. Gleichzeitig sollen über die Wissensvermittlung Anreize geschaffen werden, sich freiwillig für ein alternatives Versicherungsmodell bei der jeweiligen Krankenkasse zu entscheiden. Langfristig wird darin Potenzial für tiefere Gesundheitskosten, ohne Nachteile für die Versicherten und die Gesundheitsversorgerinnen und -versorger, gesehen. Die Veröffentlichung des Flyers und gegebenenfalls weiterer Informationstools ist auf den Spätsommer 2017 angesetzt. Zu diesem Zeitpunkt muss sich die Bevölkerung über einen Wechsel der Krankenkasse Gedanken machen und kann eine allfällige Kündigung der Grundversicherung bis spätestens Ende November einreichen. Geprüft wird, ob ergänzend zum Flyer auf Deutsch auch eine Videoerklärung erstellt werden kann und ob eine Übersetzung in mehrere Sprachen sinnvoll wäre.

Ergänzend ist noch auf den vom Eidgenössischen Departement des Innern EDI zur Verfügung gestellten Prämienrechner [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) hinzuweisen, dessen Datengrundlage die vom BAG genehmigten Prämien der Grundversicherung aller Krankenversicherer fürs Jahr 2017 sind. Die Versicherten finden auf [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) die Versicherungsangebote aller Krankenversicherer. Sie können die Prämien nach ihrer Höhe sortieren und damit ihr Einsparpotenzial berechnen. Dazu genügt die Angabe von Wohnort, Alter, Versicherungsmodell, Franchise und der aktuellen Krankenversicherung. Wer ein passendes Angebot gefunden hat, kann bei der entsprechenden Krankenkasse online eine Offerte für die Grundversicherung einholen oder ein entsprechendes Formular ausdrucken und an die Krankenkasse senden. Den Krankenversicherern entstehen dabei keine Vermittlungskosten und die Plattform des Bundes bietet damit eine Alternative zu den kommerziellen Vergleichsportalen.

## **5. Fazit**

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt unterstützt die Anliegen der Anzugstellerin und beabsichtigt – wie oben geschildert – die Bevölkerung über die Attraktivität von alternativen Versicherungsmodellen, so auch der Hausarztmodelle, mit Veröffentlichung einer Publikation der Reihe „Gesundheitskompass“ zu informieren. Dabei ist festzuhalten, dass es nicht Aufgabe des Kantons ist, Angebote einzelner Versicherer hervorzuheben. Vielmehr will der Kanton laufende und künftige Aktivitäten zur Aufklärung und Wissensvermittlung über alternative Versicherungsmodelle verstärkt unterstützen.

## 6. Antrag

Aufgrund dieses Berichts beantragen wir, den Anzug Salome Hofer und Konsorten betreffend „Information der Bevölkerung bezüglich Hausarztmodelle“ abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann  
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin