

Jahresbericht 2011



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

GESUNDHEITSWESEN IM DIENSTE DES MENSCHEN

«Das Gesundheitswesen hat sich in den Dienst des Menschen zu stellen.» Diese etwas lapidare Feststellung, welcher Sie wohl alle zustimmen werden, öffnet ihren Kern aber erst, wenn wir sie drehen und wenden. Ist mit dem Menschen der einzelne Patient mit seinen Leiden gemeint, welche wir mit bestmöglicher medizinischer Versorgung beheben oder lindern sollen? Oder wird vielmehr gesagt, dass sich die Gesundheitspolitik primär in den Dienst der Menschen als Gesamtheit stellen soll? Soll nun primär die nötige Pflege dem kranken Menschen zukommen oder soll vielmehr der Gesunde mit allen möglichen Mitteln gesund gehalten werden? Soll man den Menschen als Versicherten schützen oder vielmehr jenen als Steuerzahler? Die vielen Fragen zeigen, dass eine Interessenabwägung gemacht werden muss. Ich bin überzeugt, dass diese Gewichtung durch demokratisch legitimierte Instanzen, also vor allem durch die Kantone, vertreten durch die kantonalen Regierungen, vorgenommen werden muss, und – wo verfassungsmässig vorgesehen – durch die Bundesbehörden. Selbstverständlich haben für die Erfüllung der konkreten Aufgaben in den Bereichen der Leistungserbringung, der sozialen Krankenversicherung oder der Erstellung von Medizinalprodukten die privaten Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen eine traditionell starke Stellung und das wird auch so bleiben. Um aber auch in Zukunft diesem Generalauftrag, im Dienste des Menschen zu handeln, in all seinen Facetten besser gerecht zu werden, sehe ich mich mit der GDK zusammen verpflichtet, mich in der kommenden Zeit für folgende Schwerpunkte einzusetzen:

Bund und Kantone müssen ihre Aufgabenfelder im Rahmen einer Gesamtstrategie besser aufeinander abstimmen und sich gezielter in die Hände spielen. Sie müssen ihre Rolle als Regulatoren und ihre subsidiäre Funktion, dort einzuspringen, wo die Marktakteure keine guten Lösungen zustande bringen, schneller und wirkungsvoller wahrnehmen können.



Carlo Conti

Präsident GDK

Regierungsrat Kanton Basel-Stadt

Die durch Krankenkassenprämien und durch Steuern finanzierten Anteile an den Gesundheitskosten sind in ein auch für den Mittelstand erträglicheres Verhältnis zu bringen. Im Vordergrund steht eine Mitfinanzierung des äusserst kostendynamischen spitalambulanten Bereichs durch die öffentliche Hand. Finanzierung und

Kostensteuerung können damit besser in Einklang gebracht werden. Im Übergang muss eine solche Umstellung für die Kantone aber kostenneutral sein.

Im Dienste des Menschen steht vor allem unser Gesundheitspersonal. Hier haben wir noch Hausaufgaben zu machen: Der Nachwuchs an Gesundheitspersonal ist zu sichern. Bestimmt werden wir auch in Zukunft auf die Unterstützung von ausländischem Fachpersonal angewiesen sein. Doch müssen auch in der Schweiz mehr Ausbildungs- und Praktikumsplätze geschaffen und finanziert werden.

Die GDK hat bei der Entwicklung und Umsetzung dieser Aufgaben eine wichtige Drehscheibenfunktion, sei es zwischen den Kantonen oder sei es zwischen Kantonen, Bund und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens.



Die Leistungen der Psychiatrie und der Rehabilitation können mit einem Tarifsystem mit diagnosebezogenen Fallpauschalen nicht adäquat abgebildet werden. Die SwissDRG AG hat mit den Trägern der Projekte STM Reha MTK und TARPSY Mandatsverträge zur Erarbeitung entsprechender Tarifsysteme abgeschlossen.

Das Jahr 2011 stand ganz im Zeichen der Vorbereitung der Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012. Es galt, den kantonalen Finanzierungsanteil festzulegen, die Spitalplanung respektive die Spitallisten zu überarbeiten und diverse noch offene Fragen zur konkreten Umsetzung so weit wie möglich zu klären.

Spitalplanung

Einige Kantone haben ihre Spitalplanung bereits 2011, also vor der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von Ende 2014, gemäss den Anforderungen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung überarbeitet. Die GDK hat die Kantone koordinierend unterstützt und entsprechende Instrumente erarbeitet und diskutiert. So wurde anfangs 2011 das von den Kantonen Zürich und Bern entwickelte Leistungsgruppenkonzept zur Vergabe der Leistungen an die Spitäler und zur Definition von leistungsbezogenen Anforderungen online zur Verfügung gestellt und zur Anwendung empfohlen.

Spitaltarife und weitere Umsetzungsfragen

Die GDK hat wie bereits in den Vorjahren massgeblich bei der Erarbeitung der Einführungsversion der SwissDRG-Tarifstruktur mitgewirkt und durch die Übernahme des Verwaltungsratspräsidiums und des VR-Sekretariats auch entsprechend Verantwortung übernommen. Die Version 1.0 der Tarifstruktur ist am 6. Juli 2011 vom Bundesrat genehmigt worden. Die Qualität der Tarifstruktur konnte im Vergleich zur Vorversion stark verbessert werden. Eine weitere Differenzierung des Tarifsystems setzt eine Verbesserung der Datenlage voraus. Es gilt nun, die Leistungskodierung und die Anlagebuchhaltung in den Spitälern weiter zu verbessern.

Die GDK hat Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erarbeitet, welche den Kantonen als Unterstützung bei der Tarifgenehmigung oder -festsetzung dienen. In den Empfehlungen werden insbesondere Fragen der Ausscheidung von nicht anrechenbaren Kosten in der OKP sowie Methoden des Tarifvergleichs zwischen Spitälern (Benchmarking) thematisiert. Weiter hat die GDK die Empfehlungen für die ausserkantonale Hospitalisation an die neuen Bestimmungen über die freie Spitalwahl angepasst.

Gegen Ende des Jahres 2011 hat sich gezeigt, dass in den Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern nur in wenigen Fällen eine Einigung herbeigeführt werden konnte. Damit bestanden kurz vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung für alle Beteiligten grosse Unsicherheiten bezüglich der im 2012 geltenden Spitaltarife. Die GDK hat daraufhin den Kantonen empfohlen, zur Sicherstellung eines geordneten Übergangs zur neuen Spitalfinanzierung provisorische Tarife («Arbeitstarife») festzulegen, auf deren Basis in den ersten Monaten des Jahres 2012 abgerechnet und die Liquidität der Spitäler gesichert werden kann.

Fazit und Ausblick

Das Jahr vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat gezeigt, dass den Kantonen eine wichtige Rolle bei der Sicherstellung eines ordnungsgemässen Übergangs zur neuen Spitalfinanzierung zukommt und diese die entsprechende Verantwortung wahrnehmen. Auch im 2012 wird sich die GDK weiterhin intensiv mit noch ungeklärten Fragen der Spitalfinanzierung auseinandersetzen.

4 QUALITÄT UND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) **INTENSIVES ENGAGEMENT FÜR QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN**

Nicht zuletzt im Hinblick auf die Einführung der neuen, leistungsbezogenen Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen haben die Kantone ihr Engagement für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren intensiviert. An der 13. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik hat die GDK im November 2011 zusammen mit dem Bund die Akteure des Gesundheitswesens eingeladen, anhand konkreter Massnahmen zu diskutieren, wie die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung gemeinsam gestärkt werden können.

Ergebnisqualität und Patientensicherheit

In der Schweiz besteht bezüglich der Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung noch Nachholbedarf. Durch die Messung und Publikation von Ergebnisqualität in den Spitälern sollen die Patientinnen und Patienten und die Finanziierer einen einfacheren Überblick über die Qualität der Leistungserbringung erhalten und die Spitäler dazu motiviert werden, ihr Verbesserungspotenzial im Bereich der Qualitätssicherung auszuschöpfen. Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung ANQ engagieren sich Kantone, Spitäler und Versicherer gemeinsam für sinnvolle und aussagekräftige Qualitätsmessungen. Die GDK hat 2011 den Nationalen Qualitätsvertrag über die Finanzierung und Umsetzung mitunterzeichnet. In der GDK-Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» wurden die Arbeiten des ANQ begleitet und diskutiert.

Auch im Bereich der Patientensicherheit wurden weitere Schritte beschlossen. Die Stiftung für Patientensicherheit leistet mit ihren Projekten, Kursen und Publikationen einen massgeblichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Schweiz. Die GDK unterstützt die Stiftung ideell und finanziell und hat sich anfangs 2011 erneut für eine Mitfinanzierung der Kantone in den Jahren 2012-2014 ausgesprochen. Ab 2012 beteiligen sich nun alle Kantone an der finanziellen Unterstützung der Stiftung für Patientensicherheit.



Swiss Medical Board

Im Bereich von Health Technology Assessment (HTA) wurden die politischen Diskussionen in der Schweiz im 2011 intensiviert. Die GDK hat mit der Gründung des Trägervereins zusammen mit der FMH und der SAMW das seit 2009 produktiv tätige Swiss Medical Board auf einer noch breiteren Basis auf nationaler Ebene abgestützt.

Die GDK will sich im Rahmen des Swiss Medical Board für eine leistungsfähige, qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung einsetzen. Die Kantone leisten mit diesem Engagement einen wichtigen und konkreten Beitrag zum Vorantreiben von HTA. Eine der Empfehlungen des Swiss Medical Board im 2011 lautete, dass für die Früherkennung von Prostatakrebs der PSA-Test bei symptomlosen Männern ohne Risikofaktoren nicht mehr durchgeführt werden soll. Dies hat erfreulicherweise sowohl in der Ärzteschaft wie auch in der Öffentlichkeit zu regen Diskussionen geführt. Über die Umsetzung der Empfehlungen des Medical Board entscheidet die Trägerschaft. Ende 2011 hat sich diese erstmals dafür entschieden, beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Auslösung eines Umstrittenheitsverfahrens zu beantragen. Konkret soll die katheterbasierte Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz künftig nur noch unter bestimmten Bedingungen durch die Grundversicherung vergütet werden.

Weitere Informationen zum Swiss Medical Board gibt es unter www.swissmedicalboard.ch.



Hirnschlagabteilung. Die Versorgung dieser Hirnschlagpatienten wird zukünftig in acht Hirnschlagzentren erfolgen. Zusätzlich wird mit einer flächendeckenden Netzwerkbildung die wohnortnahe Versorgung sichergestellt. Von dieser Qualitätsverbesserung profitieren letztendlich alle Hirnschlagpatienten in der Schweiz.

Die Kantone haben starke Akzente in der Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) gesetzt und wichtige Entscheide zu einer verstärkten Koordination und Konzentration gefällt. Gestützt auf Zuteilungsempfehlungen des HSM-Fachorgans, welches für die medizinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der HSM-Bereiche zuständig ist, verabschiedete das HSM-Beschlussorgan im 2011 insgesamt 19 Leistungszuteilungen. Damit haben die Kantone ihren Willen zur Konzentration der HSM deutlich zum Ausdruck gebracht.

Konzentration von Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin

In der Schweiz verunfallen jährlich rund 800 Personen so schwer, dass sie in akuter Lebensgefahr schweben und eine hochspezialisierte medizinische Versorgung benötigen. Ein umgehender Transport dieser schwerverletzten Personen in ein dafür spezialisiertes Zentrum führt zu einer Verbesserung der Überlebenschancen und zu einer Verminderung von Langzeitschäden und Invalidität. Zukünftig werden 12 Zentren die flächendeckende Versorgung von Schwerverletzten sicherstellen.

In fünf Teilbereichen der hochspezialisierten Neurochirurgie schränkte das HSM-Beschlussorgan die Erbringung dieser Leistungen auf einige wenige Kompetenzzentren ein und legte die von den Leistungserbringern zu erfüllenden Auflagen zur Qualitätssicherung fest.

Rund 800 Patientinnen und Patienten benötigen jährlich aufgrund der Schwere des Schlaganfalls eine komplexe, hochspezialisierte Behandlung in einer spezialisierten

In insgesamt zehn Teilbereichen der hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie wurde die bereits von den Kinderärztinnen und -ärzten initiierte Schaffung von wenigen Kompetenzzentren in der Schweiz unterstützt. Für die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten sind zukünftig jeweils jene Spitäler zuständig, welche besonders hohe Kompetenzen in den einzelnen Bereichen aufweisen.

Gegen sieben Leistungszuteilungen wurde vor Bundesverwaltungsgericht von einem oder mehreren Leistungserbringern Beschwerde eingereicht. Der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts ist in allen laufenden Beschwerdeverfahren noch ausstehend.

Ausblick 2012

Im laufenden Jahr wird das HSM-Beschlussorgan über eine verstärkte Koordination und Konzentration von komplexen viszeralkirurgischen Eingriffen und der Behandlung seltener Krebsarten beim Erwachsenen beraten. Im Bereich der Kindermedizin wird ein Schwerpunkt auf den Themenbereichen pädiatrische Onkologie und pädiatrische Kardiologie liegen.

Die Vereinheitlichung von Vollzug und Monitoring der Leistungszuteilungen und die Schaffung der für die Reevaluation der Zuteilungsentscheide notwendigen Datengrundlagen in Form von HSM-Registern sind weitere wichtige Themenschwerpunkte der HSM-Gremien im Jahr 2012.

Im Jahr 2011 konnte die Zusammenarbeit zwischen dem Zentralsekretariat und der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung VBGF sowie der Vereinigung der Kantonsärzte gestärkt werden. Eine enge Zusammenarbeit in den Dossiers Tabak, Alkohol, Psychische Gesundheit und Ernährung/Bewegung erfolgte mit der Geschäftsstelle der VBGF. Enge Verbindungen mit der Vereinigung der Kantonsärzte ergeben sich durch die wissenschaftliche und administrative Unterstützung der Vereinigung durch das Zentralsekretariat. Mit diesen direkten und häufigen Kontakten zu den Verantwortlichen der kantonalen Fachkonferenzen können die Erfahrungen und Anregungen aus der Praxis rasch und unkompliziert aufgenommen werden.

Gesetzesrevisionen

Die GDK hat sich im Jahr 2011 auf verschiedenen Ebenen für das zur Zeit in den eidgenössischen Räten diskutierte Präventionsgesetz eingesetzt. Sie erachtet den vorliegenden Gesetzesentwurf als ausgewogen. Er trägt den verschiedenen gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Interessen Rechnung. Die Prävention ist aus Sicht der GDK zentral, um die Krankheitskosten zu stabilisieren und die Auswirkungen der chronischen Krankheiten zu mildern. Dies soll primär durch die Sensibilisierung für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen erfolgen.

Im Rahmen der Totalrevision des Alkoholgesetzes hat sich die GDK für eine Verstärkung der Jugendschutzmassnahmen ausgesprochen und dabei auch Massnahmen mit Einfluss auf den Preis alkoholischer Getränke gefordert. Die Beratung des Gesetzes in den eidgenössischen Räten erfolgt im Jahr 2012.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Gesetzes zum Schutz vor Passivrauch hat die GDK zusammen mit dem BAG 2011 einen Workshop für die Kantone organisiert. Ziel war der Erfahrungsaustausch und die Klärung von Unsicherheiten im Vollzug.



Nationale Kampagnen

Staatsrat P.-Y. Maillard, Regierungsrat Dr. C. Conti und Regierungsrat B. Koch haben sich an der im Jahr 2011 vom BAG organisierten Dialogwoche «Ich spreche über Alkohol» engagiert. Das Zentralsekretariat hat sich aktiv an den Vorbereitungen der Dialogwoche beteiligt. Ebenso beteiligte sich das Zentralsekretariat bei der Umsetzung der nationalen Tabakpräventionskampagne «Smoke free». Die GDK war zudem in der Trägerschaft der 2. Nationalen Konferenz zur Tabakprävention im November in Bern vertreten.

Nationale Präventionsprogramme

Die GDK hat ihre Zusammenarbeit mit dem Bund und den NGOs im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme Tabak, Alkohol und Ernährung/Bewegung im Jahr 2011 fortgeführt, die Federführung bei der Umsetzung einzelner Massnahmen (Alkohol) übernommen und im Rahmen der strategischen Leitung der Programme die Anliegen der Kantone vertreten.

Übertragbare Krankheiten

Die GDK hat das BAG bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Totalrevision des Epidemiengesetzes, der Tuberkulosestrategie und der Masernbekämpfung unterstützt.

Weiteres

Die GDK hat die Aktivitäten zur Formulierung einer nationalen Strategie der Krebsbekämpfung 2011–2015 unterstützt und beteiligte sich an der Finanzierung des Schweizer Kinderkrebsregisters (SKKR).



Koordinieren

Weitergeführt wird zusammen mit den Bundesbehörden auch der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» als ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Die GDK strebt im Rahmen des Projektes «Nationale Gesundheitsstrategie» eine Klärung und Entflechtung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen an. Die Rollenteilungen und die Verbundaufgaben sind zu schärfen. Im Vordergrund stehen Themen wie die zukünftige Finanzierung und Steuerung der ambulanten und stationären Spitalleistungen, die Klärung der Rahmenbedingungen für die Tarife und die Verbesserung der Grundlagen zur Erfassung und Verwertung gesundheitspolitisch relevanter Daten.

Im Vordergrund der Aktivitäten standen auch im Berichtsjahr die kollektive Wahrung der Interessen der Kantone in Bezug auf Dienstleistungen, Absprachen, Informationsaustausch, Politikkoordination, gemeinsame Finanzierung von Projekten in kantonaler Kompetenz, aber von nationaler Bedeutung. Beispielhaft sei die Umsetzung der neuen Anforderungen an die Ausrichtung von Prämienverbilligungen hervorgehoben. Hier erarbeitete die GDK zusammen mit santésuisse ein technisches Konzept für die einheitliche Datenübermittlung zwischen den kantonalen Durchführungsstellen und den Versicherern. Dieses wird nun in weiteren Schritten zusammen mit allen Partnern umgesetzt. Damit hofft die GDK, zu einem geordneten Vollzug beizutragen.

Vernetzen

Zu dieser Netzwerkfunktion gehört auch das Erarbeiten von Grundlagen, um die Finanzierung der Bildungskosten für die Berufe des Gesundheitswesens sicherzustellen. Dies bedingt Absprachen mit den verschiedensten Akteuren, dem BBT, dem BAG, interkantonalen Organisationen wie der EDK oder der Schweizerischen Universitätskonferenz, aber natürlich auch den Tarifpartnern und der OdASanté. In zwei grösseren Projekten wird versucht, einerseits die Abgeltung für die Kosten der ärztlichen Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistungen und andererseits der praktischen Ausbildungskosten der nicht-universitären Gesundheitsberufe als tarifrelevante Kosten interkantonal zu harmonisieren.

Verknüpfen

Zudem werden weitere, mit dem Bund gemeinsam geführte Projekte weitergetrieben. Mit der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» soll sichergestellt werden, dass in Zukunft nicht am Bedarf vorbei medizinisches Fachpersonal ausgebildet wird. Mit dem Projekt «Palliative Care» werden gesamtschweizerische Grundlagen erarbeitet, damit sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die einer Palliativpflege bedürfen, besser entwickelt, gezielter finanziert und wirkungsvoller koordiniert werden kann. Schon weiter fortgeschritten ist das Projekt eHealth. Eine Bundesgesetzgrundlage soll noch im 2012 in die Vernehmlassung geschickt werden. Schliesslich baute die GDK, der Bund (BAG, Seco, BSV) sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam als Trägerorganisationen ein Netzwerk Psychische Gesundheit auf. Das Netzwerk dient der Vernetzung von Akteuren und Massnahmen in den Bereichen psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung.

Medizinische Grundversorgung

- Die von Bund und Kantonen eingesetzte Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» erarbeitete unter Einbezug von Ärzteschaft und Pflegefachpersonen einen gleichnamigen Bericht, der im Frühjahr 2012 dem Vorstand der GDK und dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik vorgelegt wird.
- Im November 2011 hat die GDK eine Austauschtagung zum Thema Praxisassistenten organisiert.
- Im November 2011 fand die Fachveranstaltung der GDK zur Psychiatrieplanung statt. Dabei wurden neue Entwicklungen in der Planung und Umsetzung psychiatrischer Leistungserbringung aufgezeigt und diskutiert, insbesondere in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, psychiatrische Pflege sowie in der Zusammenarbeit der institutionellen Psychiatrie mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Prämien und Aufsicht über die Krankenversicherung

- Die GDK hat sich für die Verstärkung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ausgesprochen und das entsprechende geplante Krankenversicherungsaufsichtsgesetz grundsätzlich unterstützt. Im Zusammenhang mit der Prämienhebung unterstützt die GDK insbesondere auch den im Gesetz geplanten zukünftigen Ausgleichsmechanismus, wenn sich die Prämien der Krankenkassen im Nachhinein als zu hoch oder zu tief erweisen.
- Die GDK hat sich im Jahr 2011 für den Grundsatz ausgesprochen, dass sich zukünftig das Verhältnis zwischen dem prämiertenfinanzierten und dem steuerfinanzierten Anteil der Kosten im Gesundheitswesen nicht weiter zu Lasten des prämiertenfinanzierten Anteils verschieben soll. Mögliche Ansätze zur Verfolgung dieser Zielsetzung werden im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik zusammen mit dem Bund diskutiert.

Langzeitpflege

- Die neue Pflegefinanzierung trat per 1. Januar 2011 in Kraft. Die GDK unterstützte die Kantone weiterhin bei der Umsetzung des Gesetzes. Betreffend Kalibrierung resp. Harmonisierung der Pflegebedarfsinstrumente BESA und RAI konnten erste Ergebnisse erzielt und kommuniziert werden. Der Einbezug von PLAISIR in

die Arbeiten steht an. Noch nicht abschliessend geklärt werden konnten Fragen zur Beschränkung der Kostenbeteiligung der HeimbewohnerInnen und zur Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten. Diese sind Gegenstand der weiteren Arbeiten im 2012.

- Am 29. August 2011 fand eine von BAG und GDK gemeinsam organisierte Impulsveranstaltung zur gesundheitspolitischen Bedeutung von Demenzerkrankungen statt. Im Rahmen der Tagung wurde aufgezeigt, dass in den letzten Jahren bereits zahlreiche Massnahmen in den Kantonen umgesetzt werden konnten, allerdings betreffend Forschung, Bildung, Versorgungsmodellen und Finanzierung noch hohes Entwicklungs- und Verbesserungspotential besteht. Die Notwendigkeit einer nationalen Demenzstrategie ist Gegenstand von zwei parlamentarischen Vorstössen auf Bundesebene, welche im 2012 abschliessend behandelt werden.

eHealth

- Bis zum Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) wird die Entwicklung von eHealth in der Schweiz weiterhin primär auf die Vernetzung regionaler Projekte abstellen. Die GDK setzte sich für die Unterstützung dieses dezentralen Entwicklungsansatzes ein. In mehreren Teilen der Schweiz bahnt sich inzwischen bereits eine regionale Vernetzung der kantonalen Projekte an.
- Die Rahmenvereinbarung mit dem EDI über die Zusammenarbeit im Bereich eHealth konnte bis Ende 2015 verlängert werden. Wichtigste Arbeiten auf nationaler Ebene waren die Formulierung der Empfehlungen III des Teilprojekts Standard & Architektur (Personenidentifikation und Berechtigungssystem) und die Erarbeitung eines Konzepts und Handbuchs für die Evaluation von eHealth-Projekten im Rahmen des Teilprojekts Aufbau & Vernetzung. Durch die Evaluation von «e-toile» in Genf konnte bereits ein erstes Projekt mit einem Label ausgezeichnet werden. Ein regelmässiger Austausch unter den eHealth-Verantwortlichen der aktiven Kantone trägt dazu bei, dass von den Erfahrungen in lokalen und regionalen Projekten gemeinsam profitiert werden kann.



Aus ungelegten Eiern schlüpfen keine Hühner.

BILANZ PER 31. DEZEMBER

	2011	2010
AKTIVEN		
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	1 933 394	2 612 620
Debitoren	13 943	8 926
Debitoren (Kantone) Darlehen Swiss DRG	193 259	296 371
Darlehen CMO Swiss DRG	1 733 344	2 333 333
Transitorische Aktiven	12 654	13 458
Total Umlaufvermögen	3 886 594	5 264 708
 Anlagevermögen		
Total Anlagevermögen	23 001	20 001
 Total Aktiven vor Reinverlust	3 909 595	5 284 709
Reinverlust	75 385	184 322
Total Aktiven	3 984 980	5 469 032
 PASSIVEN		
Fremdkapital		
Kreditoren	330 351	454 395
Kreditoren (Kantone) Swiss DRG	6 426	6 426
Kreditor CMO Swiss DRG	87 306	87 306
Darlehen Kantone Swiss DRG	1 733 333	2 333 333
Rückstellung HSM	174 804	174 804
Rückstellung Bildung	677 594	681 319
Rückstellung Versorgungsqualität	144 045	454 805
Rückstellung «eHealth»	55 000	130 000
Übrige Rückstellungen	55 339	241 539
Total Fremdkapital	3 264 199	4 563 928
 Eigenkapital		
Total Eigenkapital	720 781	905 104
Total Passiven	3 984 980	5 469 032

JAHRESRECHNUNG

	2011	2010
ERTRAG		
Kantonsbeiträge	3 987 000	2 599 999
Bankzinsen	28 561	35 672
Übrige Erträge	600	0
Total Ertrag	4 016 161	2 635 671
AUFWAND		
Zentralsekretariat ZS GDK		
Personal	1 396 628	1 516 790
Aufträge	175 584	61 206
Räume	138 956	136 452
Verwaltung	161 814	123 603
Spesen Konferenz	35 476	37 526
Spesen Kommissionen	24 054	21 729
Spesen Sekretariat	12 289	10 782
Total Zentralsekretariat ZS GDK	1 944 802	1 908 088
Projekt Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	383 072	272 288
Mandate HSM	138 525	76 828
Spesen BO HSM	11 322	12 545
Spesen FO HSM	94 267	111 366
Spesen Sekretariat HSM	5 475	754
Total Projekt HSM	632 662	473 781
Total Aufwand ZS GDK und Projekt HSM	2 577 463	2 381 869
Aufwand für Projekte	1 514 083	438 125
Total Aufwand	4 091 546	2 819 994
Ausgabenüberschuss (Ertrag minus Aufwand)	-75 385	-184 322

BEITRÄGE AN PROJEKTE UND INSTITUTIONEN*

	2011	2010
OdASanté	268 000	256 032
eHealth	305 000	340 000
Medical Board	350 000	200 000
Palliativbetreuung	45 000	50 000
ANRESIS (Antibiotikaresistenzprogramm)	183 000	0
Kinderkrebsregister	50 000	150 000
Swisstransplant / CNDO	375 983	344 832
Orphanet	180 000	0
Total Projektaufwand	1 756 983	1 340 864

* Die Projektbeiträge wurden teilweise über die laufende Rechnung, teilweise aus Reserven finanziert.

MITGLIEDER VORSTAND, PLENARVERSAMMLUNG, BESCHLUSSORGAN HSM UND MITARBEITENDE ZENTRALESEKRETARIAT



Vorstand

von links:

Regierungsrat Bernhard Koch, TG
 Regierungsrat Guido Graf, LU
 Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
 (Vizepräsident ab 1.1.2012)
 Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS
 (Präsident ab 1.1.2012)
 Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
 (Präsident bis 31.12.2011)
 Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
 Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG
 (ab 19.5.2011)
 Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI (ab 19.5.2011)

Auf dem Bild fehlen:

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
 Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE

Mitglieder

Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident ab 1.1.2012)
 Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
 (Vizepräsident ab 1.1.2012)
 Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI (ab 10.4.2011)
 Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
 (Rechnungsrevisorin ab 2011)
 Regierungsrat Joachim Eder, ZG (bis 1.2.2012)
 Regierungsrat Stefan Fryberg, UR
 Frau Statthalter Antonia Fässler, AI
 Regierungsrat Peter Gomm, SO
 Regierungsrat Guido Graf, LU
 Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf, SH
 (Rechnungsrevisorin ab Nov. 2011)
 Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
 Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
 Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG
 (Rechnungsrevisorin bis Nov. 2011)
 Regierungsrat Armin Hüppin, SZ
 Regierungsrat Urs Hürlimann, ZG (ab 1.2.2012)
 Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, GR (bis 1.3.2012)
 Regierungsrat Bernhard Koch, TG
 Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD (Präsident bis Ende 2011)
 Staatsrätin Gisèle Ory, NE
 Staatsrätin Patrizia Pesenti, TI (bis 10.4.2011)
 Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb, GR (ab 1.3.2012)
 Minister Michel Thentz, JU
 Staatsrat Maurice Tornay, VS
 Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE
 Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden, NW
 Regierungsrat Hans Wallimann, OW
 Regierungsrat Dr. Matthias Weishaupt, AR
 Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL
 Regierungsrat Peter Zwick, BL

Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Präsidentin)
 Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Vizepräsidentin)
 Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS
 Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
 Regierungsrat Guido Graf, LU
 Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
 Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
 Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
 Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE
 Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, GR (bis 18.3.2012)

Zentralesekretariat

Michael Jordi, Zentralesekretär
 Semya Ayoubi, stv. Zentralesekretärin (bis 31.3.2011)
 Stefan Leutwyler, stv. Zentralesekretär (ab 1.4.2011)
 Pierre Bernasconi, Übersetzer (90%)
 Pia Coppex, Projektleiterin (ab 1.6.2011)
 Christine Friedli, Sekretärin/Projektassistentin
 (90%, ab 1.3.2011)
 Annette Grünig, Projektleiterin (bis 31.3.2011)
 Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (50%)
 Kathrin Huber, Projektleiterin
 Ewa Mariéthoz, Dr. ès sc., Projektleiterin (80%)
 Elisabeth Marty-Tschumi, MPH, Projektleiterin (bis 30.10.2011)
 Daniela Schibli, Dr. phil., Projektleiterin (60%)
 Georg Schielke, Projektleiter (80%)
 Jacqueline Strahm, Sekretärin/Sachbearbeiterin (80%)
 Georg von Bellow, Dr. med., Projektleiter (ab 1.11.2011)
 Bettina Wapf, Projektleiterin
 Nina Wyss, Dokumentation (20%, ab 1.2.2011)

Hinweis

Eine umfassende und aktuelle Liste von Delegierten und Mitgliedern der GDK in eigenen oder externen Gremien und Arbeitsgruppen finden Sie auf unserer Webseite unter www.gdk-cds.ch > Die GDK > Weitere Gremien