

# Jahresbericht 2012



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



**Carlo Conti**  
Präsident GDK  
Regierungsrat Kanton Basel-Stadt

Grosse konzeptionelle Reformwürfe sind im Gesundheitswesen nicht möglich – man mag es drehen und wenden, wie man will. Weder ist eine rein marktorientierte Gesundheitspolitik zielführend, noch sind dies Lösungen, die auf rein staatlich planwirtschaftlichen Grundsätzen beruhen. Dafür werden sich bei der Bevölkerung, wie die Vergangenheit gezeigt hat, keine Mehrheiten finden lassen. Gefragt ist vielmehr harte Knochenarbeit, um das bestehende Mischsystem zu optimieren. Bund und Kantone müssen dabei ihre Rolle als Regulatoren koordiniert und untereinander abgesprochen in ihren jeweiligen Zuständigkeiten wahrnehmen. Sie müssen auf die divergierenden Partikularinteressen der Akteure ausgleichend einwirken. Aufgrund des mangelnden Willens eines Teils der Tarifpartner, ihre vom Gesetz vorgesehene Marktrolle zu übernehmen, müssen die Kantone beispielsweise die Tarife festsetzen oder muss der Bund allenfalls die Tarifstruktur des TARMED subsidiär der längst fälligen Revision unterziehen. Bund und Kantone haben auch beschlossen, ihre Zusammenarbeit zu intensivieren und im Dialog Nationale Gesundheitspolitik das Gespräch mit allen kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zu führen. In diesem Rahmen sind auch die Antworten auf die strategischen Herausforderungen an die Gesundheitspolitik zu erörtern:

- das Richtige am richtigen Ort tun: Leistungskoordination und Leistungskonzentration anstreben;
- das Richtige besser und günstiger tun: HTA-Überprüfungen und Guidelines entwickeln, integrierte Versorgung fördern, eHealth-Instrumente nutzen, Behandlungsprozesse neu gestalten;

- das Richtige (und das Falsche) besser dokumentieren: Qualitätsindikatoren, Register und epidemiologische Auswertungen sicherstellen;
- die richtigen Fachkräfte am richtigen Ort in genügender Zahl ausbilden und einsetzen: Ausbildungsoffensive verstärken, Interprofessionalität fördern;
- die Richtigen finanzieren, anreizkonform und sozial abgedeckt: Steuer- und Prämienfinanzierung nicht auseinanderdriften lassen, betriebswirtschaftlich gerechnete Tarifstrukturen aktualisieren.

Auch die Kantone untereinander sind gefordert. Die Kompetenzen und die Verantwortung der Kantone in der Gesundheitsversorgung sind auch eine Herausforderung für die interkantonalen Beziehungen. Die Spezialisierung der Medizin, die zunehmende Mobilität der Bevölkerung und eine besser ausgebaute Patientenfreizügigkeit müssen die Kantone auch zu regionalen Lösungsansätzen über die Kantongrenzen hinweg anregen. Zwei zentrale Fragen – durch ungenügend regulierte Entwicklungen verursacht – setzten hier zwischenzeitlich die föderale Kohäsion auch einer Bewährungsprobe aus: die Rückerstattung zu viel und zu wenig bezahlter Prämien und die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Spezialärzte. Hier nimmt die GDK eine wichtige Aufgabe wahr. Es müssen in gut eidgenössischer Manier Kompromisse gesucht werden, welche den Solidaritätsgedanken unter den Kantonen aufrechterhalten und den richtigen Mix zwischen Zusammengehen und Selbstständigkeit immer wieder finden.



Seit 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Die Kosten der stationären Behandlungen in einem Akutspital wurden 2012 erstmals gesamtschweizerisch durch Fallpauschalen nach der Tarifstruktur SwissDRG abgegolten (bei Leistungen der Rehabilitation und der Psychiatrie wird vorläufig noch auf Basis von Tagespauschalen abgerechnet). Die effektive Abgeltung im Jahr 2012 erfolgte in allen Kantonen auf der Basis von provisorischen Tarifen. Diese wurden von den Kantonen infolge erheblicher Verzögerungen bei den Tarifverhandlungen zwischen den Spitälern und den Krankenversicherungen festgelegt. Das Bundesverwaltungsgericht bestätigte die Kompetenz der Kantone, den Übergang zur neuen Spitalfinanzierung durch eine solche Massnahme sicherzustellen. Auch nach Ablauf des Jahres 2012 war ein Grossteil der Tarife noch nicht definitiv bestimmt. Die Gründe dafür lagen in der noch fehlenden konsolidierten Praxis der Tariffindung und Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Tarifpartner, den Preisüberwacher, die Kantone und das Bundesverwaltungsgericht.

Die GDK hat sich im Jahr 2012 für die Klärung von Grundsätzen der Tariffindung und der Abgeltung von Spitalleistungen eingesetzt und dabei Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erarbeitet. Sie forderte zudem in verschiedenen Gesprächen die Preisüberwachung und das Bundesverwaltungsgericht auf, diese Empfehlungen zu berücksichtigen. Die GDK hat des Weiteren in verschiedenen Fachgremien sowie durch eine Internetplattform den Fachaustausch unter den Kantonen gefördert. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich betreffend Tariffindung in den nächsten Jahren eine gewisse

Rechtspraxis entwickeln und eine Konsolidierung eintreten wird, was dann auch dazu führen wird, dass die Tarife rechtzeitig durch die Kantone genehmigt oder festgesetzt werden können.

#### **Weiterentwicklung Tarifstruktur SwissDRG**

Wie im Jahr 2012 ist auch in den nächsten Jahren weiterhin mit der

Notwendigkeit von nach Spitalkategorien differenzierten Tarifen zu rechnen. Da die Tarifstruktur bisher noch nicht restlos alle Kostenunterschiede zwischen den Spitälern erklären kann, braucht es gemäss VR der SwissDRG AG vorläufig zwingend noch differenzierte Basispreise.

Die GDK hat sich im Jahr 2012 für die Festlegung eines Normkostenzuschlags zur Abgeltung der Anlage- und Nutzungskosten als Teil der Tarifstruktur SwissDRG eingesetzt. Ein entsprechender, von allen Partnern der SwissDRG AG getragener Antrag an den Bundesrat kam jedoch nicht zustande. Dieser Umstand hat Fragen nach der rechtlichen Stellung von Entscheidungen der SwissDRG AG, die nicht von allen Parteien mitgetragen werden, aufgeworfen. Eine Klärung dieser Fragen ist für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG und das diesbezügliche Engagement der Kantone sehr wichtig.

#### **Spitalplanung**

Betreffend Spitalplanung wurden im Jahr 2012 bei der GDK Vorarbeiten für den Vertrieb der vom Kanton Zürich entwickelten Gruppierungssoftware (SPLG-Grouper) zur Umsetzung des Leistungsgruppenkonzepts geleistet. Diese teilt jeden Behandlungsfall eines Spitals eindeutig einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe zu. Die Leistungsgruppen wiederum erleichtern den Kantonen die Vergabe und Kontrolle ihrer Leistungsaufträge. Bei einem Grossteil der Kantone wird das Spitalleistungsgruppenkonzept umgesetzt.

## 4 ÄRZTLICHES PERSONAL UND PFLEGE EINE LANGFRISTIGE HERAUSFORDERUNG

Wir mögen es drehen und wenden, wie wir wollen: Ein gutes Gesundheitswesen braucht genügend ausgebildete Fachkräfte. Bessere Versorgungsmodelle und Qualitätsverbesserungen in unserem Gesundheitssystem können sicher erreicht werden mit besser abgestimmten Arbeitsprozessen, der klareren Dokumentation der Leistungen, der schnelleren und genaueren Informationsübermittlung mit eHealth-Instrumenten. Die beste Strategie ist aber von Anfang an zum Scheitern verurteilt, wenn die nötigen gut ausgebildeten Fachkräfte fehlen, die sie umsetzen. Die GDK setzte sich auch im Berichtsjahr für Massnahmen gegen den zukünftigen Mangel ein.

### Masterplan Hausarztmedizin

Zusammen mit den Bundesbehörden beteiligte sich die GDK am Masterplan Hausarztmedizin zur Förderung der Grundversorgung mit Massnahmen auf tarifarischer Ebene sowie auf der Bildungs- und Forschungsebene. Das Jahr 2013 wird weisen, ob die Aktivitäten zum Rückzug der Volksinitiative der Hausärzte führen. Die GDK spürte zudem verschiedene wegweisende Versorgungsmodelle auf, stellte diese in einschlägigen Medien dar und setzt auf Nachahmereffekte. Den Gemeinden kommt in Bezug auf Anreize zur Ansiedelung von ärztlichen Grundversorgerstrukturen insbesondere in ländlichen Regionen eine wichtige Rolle zu. Unter Beteiligung der GDK sind im Rahmen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» auch verschiedene Arbeitsgruppen tätig, welche Wege aufzeigen, um die ärztliche Ausbildung strukturell und qualitativ besser auf die Anforderungen der Zukunft abzustimmen. Aber auch quantitativ müssen die Abschlusszahlen in der Humanmedizin erhöht werden. Die GDK ergreift zusammen mit der Schweizerischen Universitätskonferenz, der EDK und den Bundesbehörden die Initiative, die Abschlusszahlen bis ins Jahr 2019 um ein knappes Drittel zu erhöhen. Unter dem Titel «Ambulante Gesundheitsversorgung der Zukunft» fand schliesslich die gut besuchte Arbeitstagung des Dialog Nationale Gesundheitspolitik statt.



### Dort wenig, hier zu viel

Die GDK setzt sich aufgrund der sprunghaft ansteigenden Zulassungsgesuche für Praxisbewilligungen ab 2012 bei Bundesrat und Parlament für eine gesetzliche, differenzierte Steuerungskompetenz der Kantone ein. Ein Modell wurde zusammen mit der FMH entwickelt. Eine kurzfristige Übergangslösung soll besonders betroffenen Kantonen für Spezialärzte ein Regulierungsinstrument in die Hand geben.

### Interkantonale Vereinbarung

In Bezug auf die Sicherung der ärztlichen Weiterbildung beschloss die GDK-Plenarversammlung, eine interkantonale Vereinbarung zu erarbeiten. Diese regelt die Beiträge, die die Standortkantone den Spitälern an die Kosten der strukturierten Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten gewähren, sowie den interkantonalen Lastenausgleich. Mit dem interkantonalen Lastenausgleich wird der durch die Gewährung der Beiträge unterschiedliche Kostenaufwand der Kantone ausgeglichen. Zudem gab der Vorstand Empfehlungen ab, die Assistenten von angehenden Hausärzten in privatärztlichen Praxen vermehrt und mit einheitlichen Beiträgen zu fördern.

### Auch Pflegeberufe im Fokus

Aber auch beim Pflegepersonal gibt es grossen Handlungsbedarf. Im Rahmen des «Masterplans Bildung Pflegeberufe» werden die verschiedenen Massnahmen auf allen Bildungsebenen aufeinander abgestimmt. Die GDK beteiligt sich deshalb schwerpunktmässig auch an der Erarbeitung des Gesundheitsberufegesetzes und erarbeitet ein Modell zur Abgeltung der Berufspraktika in den Pflegeausbildungen.

## QUALITÄT, PATIENTENSICHERHEIT UND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) **ZUSAMMENARBEIT FÜR EINE HOCHWERTIGE GESUNDHEITSVERSORGUNG**



Unter der Prämisse, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen hohe Priorität haben müssen, haben die Kantone diesem Thema auch im Berichtsjahr grosse Aufmerksamkeit geschenkt.

### **Qualität im Spital und im Pflegeheim**

Im Rahmen der GDK-Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» wurden verschiedene Themen der Versorgungsqualität und Patientensicherheit bearbeitet. Beispielsweise wurden die Arbeiten und die Entwicklung des ANQ begleitet sowie die Qualitätsindikatoren des Bundes kritisch diskutiert.

Im Oktober hat der GDK-Vorstand zuhanden der Kantone die Empfehlung ausgesprochen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten. Die GDK erachtet es als sinnvoll, schweizweit möglichst grosse Vergleichbarkeit der veröffentlichten Daten anzustreben. Sie empfiehlt den Kantonen deshalb, den Spitälern die Verwendung der H+-Berichtsvorlage für die Berichterstattung über die Behandlungsqualität nahezulegen.

Die GDK konnte im Berichtsjahr die Vorbereitung der ersten nationalen Pilotprogramme «progress! Patientensicherheit Schweiz» begleiten, die Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes sind. Seit 2012 beteiligen sich alle Kantone an der Mitfinanzierung der Stiftung für Patientensicherheit.

Um im Bereich der Pflegeheime die Entwicklung von gesamtschweizerischen Qualitätsindikatoren voranzutrei-

ben, wirkt die GDK in einem entsprechenden Projekt unter der Leitung des Heimverbands CURAVIVA mit.

### **Nutzen und Kosten neuer Technologien bewerten**

Mit dem Ziel, dass die Patientinnen und Patienten in der Schweiz eine möglichst sinnvolle Behandlung erhalten, für die ein grosser Nutzen nachgewiesen ist und deren von der

Gemeinschaft aufgebraachte Kosten diesem Nutzen entsprechen, engagiert sich die GDK seit 2010 im Swiss Medical Board. Der 2011 gegründete Trägerverein unter Mitbeteiligung von FMH, SAMW und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein hat 2012 drei Fachberichte erarbeiten lassen. Über die in Vorjahren ausgesprochenen Empfehlungen des unabhängigen Expertenrates zur Behandlung von Kreuzbandverletzungen und zum Prostata-Screening zur Krebsvorsorge hat die Trägerschaft Patientenmerkmblätter herausgegeben und damit die Diskussion in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit neu angestossen.

Es ist der GDK ein Anliegen, Aktivitäten, welche auf die Entwicklung einer nationalen, unter Federführung des Bundes stehenden HTA-Struktur hinarbeiten, zu fördern und mitzutragen. Im Sinne einer Bündelung der bisher bestehenden Aktivitäten und der konstruktiven Zusammenarbeit aller beteiligten Partner hat die GDK in diesem Jahr auch im Projekt SwissHTA in einem Beobachterstatus mitgewirkt.

### **Ausblick: Strategie und Konvergenz**

Damit die verschiedenen Aktivitäten im Bereich von Qualitätssicherung und HTA gebündelt werden und möglichst grosse Wirkung erzielen können, erwarten die Kantone im Jahr 2013 Fortschritte in der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Für den Aufbau eines nationalen HTA-Instituts schlägt die Trägerschaft des Swiss Medical Board vor, auf dessen Strukturen und Erfahrungen aufzubauen. Die GDK wird mit dem Bundesrat im Rahmen des Dialog Nationale Gesundheitspolitik konsensfähige Lösungsvorschläge für die Umsetzung der Qualitätsstrategie diskutieren.

## SCHRITTWEISE UMSETZUNG DER GESAMTSCHWEIZERISCHEN PLANUNG

Das HSM-Beschlussorgan richtete ein verstärktes Augenmerk auf das Monitoring und den Vollzug der verabschiedeten HSM-Leistungszuteilungen und die Erarbeitung der notwendigen Datengrundlagen. Es verabschiedete ein Monitoringkonzept, welches die Grundlagen für einen einheitlichen Vollzug schafft und die Aufgaben der Kantone, insbesondere der Standortkantone der HSM-Leistungserbringer, präzisiert. Damit wurden auch die konzeptionellen Grundlagen für die im Jahr 2013 anstehende Reevaluation der ersten fünf HSM-Leistungsbereiche geschaffen. Die Kantone haben damit ihren Willen für einen effizienten und konsequenten Vollzug der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) deutlich zum Ausdruck gebracht.

Materiell befasste sich das HSM-Beschlussorgan mit den Anhörungen zur verstärkten Leistungskoordination und -konzentration im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie, der Kinder-Onkologie und für die Behandlung seltener Krebserkrankungen beim Erwachsenen. In diesem Zusammenhang wurden inhaltliche und konzeptionelle Fragen geklärt und die Grundlagen für eine Leistungszuteilung im Jahr 2013 gelegt.

### **Beschwerden gegen IVHSM-Entscheide: Erstes Urteil wurde gefällt**

Im April 2012 fiel das erste Urteil in einer IVHSM-Beschwerdesache. Das Bundesverwaltungsgericht trat nicht auf die Beschwerde des Inselspitals zur Leistungszuteilung im Bereich der Herztransplantationen ein und stützte damit den Beschluss der Kantone. Der Entscheid schafft Klarheit über die Kompetenzen des HSM-Beschlussorgans und das Ausmass der Beschwerdeberechtigung von Spitälern.

Das Herz-Neuro-Zentrum Bodensee zog seine beiden Beschwerden gegen die Entscheide im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen und der Behandlung von Schwerverletzten zurück. Insgesamt sind



noch acht Beschwerden zu Leistungszuteilungen des HSM-Beschlussorgans vor dem Bundesverwaltungsgericht hängig.

### **Ausblick 2013**

Für das laufende Jahr ist die Verabschiedung der definitiven Leistungszuteilungen im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie, der Kinder-Onkologie und der hochspezialisierten Behandlung seltener Krebserkrankungen vorgesehen. Einen weiteren Themenschwerpunkt bildet die Reevaluation der Leistungszuteilungen für die HSM-Bereiche Cochlea-Implantation, schwere Verbrennungen, Stammzell- und Organtransplantationen sowie Protonentherapie. Auf deren Grundlage wird das HSM-Beschlussorgan per Ende Jahr die neuen IVHSM-Leistungszuteilungen verabschieden.

Für die Jahre 2013 bis 2015 ist die Erarbeitung einer Planungsvorschau vorgesehen, um die Kantone, Spitäler, Fachgesellschaften und weitere Partner im Gesundheitswesen über die Themenschwerpunkte der kommenden Jahre zu informieren.

Im Sinne einer Standortbestimmung und Beurteilung der bisher geleisteten Arbeiten ist das HSM-Beschlussorgan in Zusammenarbeit mit dem BAG an der Vorbereitung einer Gesamtevaluation für die erste Projektphase (2009–2012).



abgaben mitfinanziert. 2012 starteten fünf Kantone mit Tabakpräventionsprogrammen, 20 Kantone führten ihre Programme zum gesunden Körpergewicht weiter.

Im Rahmen des Alkoholprogramms wurde ein standardisiertes Instrument eingesetzt für den Bericht zur Verwendung des Alkoholzehntels. Es wird zurzeit von 20 Kantonen benutzt.

Am 27. September 2012 lehnte es der Ständerat ab, die Ausgabenbremse für das Präventionsgesetz zu lösen. Damit scheiterte der Gesetzesentwurf, der 2005 mit den Vorschlägen der Fachkommission «Prävention und Gesundheitsförderung 2010» seinen Anfang genommen hatte und eine bessere Koordination zwischen Bund und Kantonen anstrebte. Die GDK und die grosse Mehrheit der Kantone hatten sich klar für dieses Gesetz ausgesprochen.

Anlässlich der Sitzung des Dialogs am 22. November diskutierten Bund und Kantone das weitere Vorgehen. Sie teilten die Auffassung, dass weiterhin die Notwendigkeit zur verstärkten Zusammenarbeit und Koordination der Arbeiten von Bund, Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich Prävention besteht. An der Dialogsitzung vom April 2013 werden die Rollen der beteiligten Akteure sowie die Stossrichtung für die weiteren Arbeiten diskutiert.

### Nationale Präventionsprogramme

Im Mai verlängerte der Bundesrat die drei nationalen Präventionsprogramme Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung für vier Jahre. Sein Ziel ist es, einen gesunden Lebensstil zu fördern und die Häufigkeit nicht übertragbarer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen oder Diabetes zu verringern. Die GDK ist mit Stefan Leutwyler in der strategischen Leitung aller drei Programme vertreten.

Die Kantone engagieren sich mit kantonalen Programmen. Diese Programme orientieren sich an den nationalen Aktivitäten und werden mit Mitteln aus den Präventions-

Weiter wurden unter Federführung der GDK Richtlinien für den Jugendschutz an öffentlichen Veranstaltungen erarbeitet. Im Rahmen der Totalrevision des Alkoholgesetzes unterstrich die GDK gegenüber den vorberatenden Kommissionen des Ständerates, dass die Stärkung des Jugendschutzes ein grosses Anliegen der Kantone ist.

### Weitere Themen

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat die Oncosuisse beauftragt, eine nationale Krebsstrategie zu erarbeiten. Die Definition der strategischen Achsen erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der GDK und den Kantonen. Die Strategie wird im Frühjahr 2013 zur Vernehmlassung vorgelegt.

Die GDK wünscht, dass der Bund die Federführung bei der Definition der strategischen Achsen und Ziele im Bereich der Impfungen übernimmt und so Epidemien vorbeugt. Der GDK-Präsident präzisierte gegenüber der SGK, dass die Kantone jedoch die Kompetenz beibehalten wollen, bestimmte Impfungen in ihrem Gebiet als obligatorisch zu erklären. Bei der Bekämpfung der Masernepest hat sich die GDK 2012 für eine Verstärkung der Massnahmen ausgesprochen und ihre Beteiligung an der Informationskampagne des Bundes zugesagt, die 2013 starten soll.

Im Bereich Psychische Gesundheit fand im Juni das erste Treffen des Netzwerks statt, das die GDK gemeinsam mit seco, BSV, BAG und Gesundheitsförderung Schweiz lanciert hat. Das Netzwerk versteht sich als Plattform für Akteure und ihre Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit, insbesondere ihrer Förderung sowie der Prävention psychischer Erkrankungen.

### **Datenaustauschprojekte**

- Zusammen mit santésuisse hat die GDK die Umsetzung des Datenaustausches über die Prämienverbilligung vorangetrieben. Die Kantone und Krankenversicherer sind nun in der Pflicht, auf Basis des Datenaustauschkonzepts und des Test- und Einführungskonzepts die Realisierung, die Tests und die Einführung rasch abzuschliessen, sodass der Datenaustausch und somit die Ausrichtung der Prämienverbilligung via die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2014 funktioniert, wie es Art. 65 KVG vorschreibt.
- Auch die neuen gesetzlichen Bestimmungen über die unbezahlten Prämien (Art. 64a KVG) erfordern einen Datenaustausch zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Für die erste Schlussabrechnung der im Jahr 2012 eingefahrenen Verlustscheine konnte eine provisorische Lösung gefunden werden.

### **Umsetzung Pflegefinanzierung**

- Die GDK hat 2012 einer Empfehlung zur Kalibrierung der Pflegebedarfserhebungsinstrumente BESA und RAI zugestimmt. Mit dieser wird sichergestellt, dass die Instrumente bei der gleichen Person den gleich hohen Pflegebedarf ausweisen. Die Empfehlung wird in den meisten Kantonen, in welchen diese Instrumente zur Anwendung kommen, umgesetzt. Offen ist, ob in einem weiteren Schritt auch das Instrument PLAISIR in die Kalibrierung einbezogen werden soll. Betreffend Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten konnte in der GDK keine einheitliche Regelung herbeigeführt werden. Aufgrund von parlamentarischen Vorstössen haben sich nun Bundesrat und Parlament mit dieser Frage zu befassen.

### **Gesundheitsberuferegister NAREG**

- Die GDK ist bestrebt, für die nichtuniversitären Gesundheitsberufe (v.a. höhere Fachschule) ein aktives, personenbasiertes Register zu schaffen. Dieses soll – analog zum Medizinalberuferegister MedReg – unter anderem Angaben über erteilte Berufsausübungsbewilligungen enthalten. Es wird das gegenwärtig im Auftrag der GDK vom SRK geführte passive Register ablösen. Personen mit Fachhochschulabschluss werden voraussichtlich im geplanten Gesundheitsberuferegister des Bundes erfasst.

- Die Konzeptphase NAREG wurde Ende 2012 abgeschlossen. In einem nächsten Schritt wird das Register aufgebaut; es soll voraussichtlich im Laufe des Jahres 2014 in Betrieb genommen werden.

### **Nationale Strategien Palliative Care und Demenz**

- Im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care wurden 2012 unter Federführung der GDK Bestandes- und Bedarfsanalysen zu den Versorgungsstrukturen und zur Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen erarbeitet. In der 2012 um drei Jahre verlängerten nationalen Strategie befasst sich die GDK weiterhin mit der Optimierung der Versorgung und der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen in der Grundversorgung und in spezialisierten Institutionen.
- Im Vordergrund der 2012 von GDK und BAG in Angriff genommenen Erarbeitung einer nationalen Strategie Demenz stand die Analyse des Bedarfs aus Sicht der Patientinnen und Patienten, der Leistungserbringer, der Fachverbände und der Kantone. Bis im Herbst 2013 sollen konkrete Massnahmen zur Optimierung der Unterstützung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen formuliert werden.

### **eHealth**

- Das Engagement der Kantone zur Verbreitung von eHealth nimmt stetig zu. Neben dem bereits Ende 2011 zertifizierten Projekt «e-toile» aus dem Kanton Genf sind inzwischen das Projekt «Rete Sanitaria» im Kanton Tessin und die «Stratégie eHealth VD» des Kantons Waadt erfolgreich einer ersten Evaluation unterzogen worden. Durch regelmässige Treffen der eHealth-Verantwortlichen der aktiven Kantone kann von den Erfahrungen aus regionalen Projekten gemeinsam profitiert werden.
- Wichtigste Arbeiten auf nationaler Ebene waren die Erarbeitung des Entwurfs eines Bundesgesetzes zum elektronischen Patientendossier (EPDG), die Formulierung von Empfehlungen zur Kommunikation zwischen Gemeinschaften und von Empfehlungen zu Semantik und Metadaten.





Viele Hände führen das Steuer mit Bedacht.

**BILANZ PER 31. DEZEMBER**

	2012	2011
<b>AKTIVEN</b>		
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	2 047 119	1 933 394
Debitoren	24 270	13 943
Debitoren (Kantone) Darlehen Swiss DRG	116 408	193 259
Darlehen CMO Swiss DRG	1 333 333	1 733 344
Transitorische Aktiven	12 634	12 654
<b>Total Umlaufvermögen</b>	<b>3 533 764</b>	<b>3 886 594</b>
Anlagevermögen		
<b>Total Anlagevermögen</b>	<b>53 001</b>	<b>23 001</b>
<b>Total Aktiven vor Reinverlust</b>	<b>3 586 765</b>	<b>3 909 595</b>
Reinverlust	143 058	75 385
<b>Total Aktiven</b>	<b>3 729 823</b>	<b>3 984 980</b>
<b>PASSIVEN</b>		
Fremdkapital		
Kreditoren	201 678	330 351
Kreditoren (Kantone) Swiss DRG	0	6 426
Kreditor CMO Swiss DRG	87 306	87 306
Darlehen Kantone Swiss DRG	1 333 333	1 733 333
Rückstellung HSM	322 891	174 804
Rückstellung NAREG	590 965	677 594
Rückstellung Versorgungsqualität	21 190	144 045
Rückstellung «eHealth»	55 000	55 000
Rückstellung Netzwerk psychische Gesundheit	6 991	0
Rückstellung Umsetzung Krebsstrategie	80 000	0
Weitere Rückstellungen	49 941	55 339
Transitorische Passiven	335 130	0
<b>Total Fremdkapital</b>	<b>3 084 426</b>	<b>3 264 199</b>
Eigenkapital		
<b>Total Eigenkapital</b>	<b>645 397</b>	<b>720 781</b>
<b>Total Passiven</b>	<b>3 729 823</b>	<b>3 984 980</b>

**JAHRESRECHNUNG**

	2012	2011
<b>ERTRAG</b>		
Kantonsbeiträge	4 200 000	3 987 000
Bankzinsen	9 604	28 561
Übrige Erträge	297 867	600
<b>Total Ertrag</b>	<b>4 507 472</b>	<b>4 016 161</b>
<b>AUFWAND</b>		
Zentralsekretariat ZS GDK		
Personal	1 443 338	1 396 628
Aufträge	271 968	175 584
Räume	138 000	138 956
Verwaltung	128 928	161 814
Spesen Konferenz	38 833	35 476
Spesen Kommissionen	11 585	24 054
Spesen Sekretariat	8 270	12 289
<b>Total Zentralsekretariat ZS GDK</b>	<b>2 040 923</b>	<b>1 944 802</b>
Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	389 640	383 072
Mandate HSM	253 831	138 525
Spesen BO HSM	11 474	11 322
Spesen FO HSM	92 226	94 267
Spesen Sekretariat HSM	2 829	5 475
<b>Total HSM</b>	<b>750 000</b>	<b>632 662</b>
<b>Total Aufwand ZS GDK und HSM</b>	<b>2 790 923</b>	<b>2 577 463</b>
Aufwand für Projekte	1 859 606	1 514 083
<b>Total Aufwand</b>	<b>4 650 529</b>	<b>4 091 546</b>
Ausgabenüberschuss (Ertrag minus Aufwand)	-143 058	-75 385

**BEITRÄGE AN PROJEKTE UND INSTITUTIONEN\***

	2012	2011
OdASanté	300 000	268 000
eHealth	300 000	305 000
Swiss Medical Board	300 000	350 000
Palliativbetreuung	60 000	45 000
ANRESIS (Antibiotikaresistenzprogramm)	183 000	183 000
Kinderkrebsregister	150 000	50 000
Swisstransplant / CNDO	180 104	375 983
Orphanet	180 000	180 000
Krebsstrategie	80 000	0

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

## MITGLIEDER VORSTAND, PLENARVERSAMMLUNG, BESCHLUSSORGAN HSM UND MITARBEITENDE ZENTRALSEKRETARIAT



### Vorstand

von links:

Regierungsrat Bernhard Koch, TG  
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD  
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG  
Regierungsrat Guido Graf, LU  
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE  
(Vizepräsident)  
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident)  
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG  
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI  
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH

### Mitglieder

Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident)  
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE (Vizepräsident)  
Regierungsrätin Barbara Bär, UR (ab 1.6.2012)  
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI  
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR (Rechnungsrevisorin)  
Regierungsrat Joachim Eder, ZG (bis 31.1.2012)  
Regierungsrat Stefan Fryberg, UR (bis 31.5.2012)  
Frau Statthalter Antonia Fässler, AI  
Regierungsrat Peter Gomm, SO  
Regierungsrat Guido Graf, LU  
Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf, SH (Rechnungsrevisorin)  
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG  
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG  
Regierungsrat Armin Hüppin, SZ (bis 30.6.2012)  
Regierungsrat Urs Hürlimann, ZG (ab 1.2.2012)  
Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, GR (bis 29.2.2012)  
Regierungsrat Bernhard Koch, TG  
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD  
Staatsrätin Gisèle Ory, NE  
Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb, GR (ab 1.3.2012)  
Regierungsrätin Petra Steimen-Rickenbacher, SZ (ab 1.7.2012)  
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 (verstorben am 23.2.2013)

### Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Präsidentin)  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Vizepräsidentin)  
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI (ab 1.6.2012)  
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 8.3.2012)

### Zentralsekretariat

Michael Jordi, Zentralsekretär  
Stefan Leutwyler, stv. Zentralsekretär  
Pierre Bernasconi, Übersetzer (90%)  
Sibylle Christen, Projektassistentin (60%, 1.5.–31.12.2012)  
Pia Coppex, Projektleiterin  
Christine Friedli, Sekretärin/Projektassistentin (90%)  
Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (50%)  
Kathrin Huber, Projektleiterin (80%)  
Ewa Mariéthoz, Dr. ès sc., Projektleiterin  
Daniela Schibli, Dr. phil., Projektleiterin (60%)  
Georg Schielke, Projektleiter (90%)  
Jacqueline Strahm, Sekretärin/Sachbearbeiterin (80%)  
Georg von Below, Dr. med., Projektleiter  
Bettina Wapf, Projektleiterin  
Nina Wyss, Dokumentation (30%)

### Hinweis

Eine umfassende und aktuelle Liste von Delegierten und Mitgliedern der GDK in eigenen oder externen Gremien und Arbeitsgruppen finden Sie auf unserer Website unter [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Die GDK > GDK-Gremien.