



**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

# Jahresbericht 2014



### **Philippe Perrenoud**

Präsident GDK

Regierungsrat Kanton Bern

Die Gesundheitspolitik wird in der Schweiz oft als allzu unbeweglich angesehen. Das ist an sich nichts Schlimmes, wenn alles gut läuft, also eine breite Versorgung zu vernünftigen Kosten und in guter Qualität sichergestellt wird. Zudem scheint der Mensch wohl grundsätzlich eher an Beständigkeit als an Aufbruch und viel Bewegung Gefallen zu finden. Dabei gäbe es ein paar gute Gründe für gewisse Richtungsänderungen. Das bedeutet nicht, dass wir gleich eine Spitzkehre machen müssen. Aber die eine oder andere Steuerungskorrektur wäre wichtig: im Bereich Qualitätsverbesserungen, für kostengerechtere Tarife und Tarifstrukturen, in der besseren Vernetzung von Leistungserbringern, bei der Ausbildung von Gesundheitspersonal oder in der Dokumentation und Übertragung von Gesundheitsinformationen.

Auf der nationalen Ebene ist deshalb eine stattliche Zahl von «Strategien» und «Masterplänen» in Erarbeitung, welche in «Plattformen» und «Steuerungsorganen» diskutiert werden. Es sind zurzeit rund zwanzig. Sie wurden vom Bundesparlament gefordert, durch den Bundesrat angeregt oder im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen beschlossen. Dieses Vorgehen ist zu begrüßen. Es macht durchaus Sinn, sich in die Höhe zu schwingen und die Gesundheitskarte Schweiz thematisch fokussiert aus der Vogelperspektive zu betrachten, bevor man irgendwo einen Kurswechsel vollzieht. Damit werden auch die Kantonsgrenzen etwas verschwommener und man erkennt die eigenen Probleme in einem grösseren Zusammenhang. Nur diese Gesamtsicht erlaubt es festzustellen, ob eine neue Richtung auch zum Ziel führt. Insofern sind die GDK und die Kan-

tone auch an vielen dieser Projekte massgeblich bei der Entwicklung und Umsetzung gefordert und mitbeteiligt. Zur Illustration seien einige hier aufgeführt: Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten, Strategie nosokomiale Infektionen, Antibiotikastrategie, Strategie gegen Krebs, Demenzstrategie, Strategie seltene Krankheiten, nationale Impfstrategie, Masernstrategie, Plattform Zukunft ärztliche Bildung, Masterplan Bildung Pflegeberufe, Masterplan Förderung biomedizinische Forschung und Technologie.

Drei Dinge sind bei all diesen Arbeiten allerdings zu beachten: Erstens sollten die Strategien, aufeinander gelegt, eine stimmige Gesamtkarte ergeben, welche uns nicht in verschiedene Richtungen weist oder doppelte Wege zurücklegen lässt. Zweitens ist es nützlich, Prioritäten zu setzen. Es kann nicht alles auf einmal umgesetzt und finanziert werden, weil dadurch einige Akteure – Kantone eingeschlossen – an ihre Grenzen stossen. Und drittens sollte bei aller Vogelperspektive die Bodenhaftung nicht verloren gehen. Oder noch bildlicher gesagt: Vergessen wir die Frösche nicht! Jene Wesen, welche sich unten durch das Dickicht kämpfen und wissen, wie warm oder kalt das Wasser ist. Auch die Froschperspektive führt zu Erkenntnissen. Die GDK ist als Vertretung der Kantone geeignet, auch im Jahr 2015 beide Blickwinkel in die Diskussionen und Arbeiten aktiv einzubringen.



### **Austausch und Zusammen- arbeit für Qualität in allen Versorgungsbereichen**

Nebst der politischen Bühne arbeitet die GDK weiterhin mit verschiedenen Partnern zusammen, um Projekte und Massnahmen für die Qualitätsentwicklung in den Spitälern voranzutreiben, sei dies mit dem ANQ, mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, mit H+ oder der FMH.

Die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie des Bundes ist im Jahr 2014 wieder in Bewegung gekommen und hat das Themenfeld stark politisch geprägt: Der Bund hat seinen Entwurf für das «Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» in die Vernehmlassung gegeben. Im Mittelpunkt stand und steht weiterhin die politische Auseinandersetzung mit der Frage, wie stark die heutigen Strukturen angepasst werden müssen, um die Qualitätsverbesserungen im schweizerischen Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken, die heute bestehenden Aktivitäten zu bündeln und mehr finanzielle Mittel für Massnahmen einsetzen zu können.

In ihrer Stellungnahme hat sich die GDK positiv zur Absicht des Bundesrats geäussert, auf nationaler Ebene und umfassend mehr für die Qualitätssicherung, die Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) zu tun. Damit flächendeckende Massnahmen über die Spitäler hinaus auch für die ambulante Versorgung, Spitex und Pflegeheime möglich werden, unterstützte der GDK-Vorstand auch die Schaffung eines nationalen Zentrums für Qualität. Aus Sicht der Kantone ist jedoch zentral, dass der Bund dabei auf die Tätigkeiten des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), von Patientensicherheit Schweiz und des Swiss Medical Board aufbaut und der Einbezug der Stakeholder in den Steuerorganen eines solchen Zentrums gewährleistet wird.

Um die Koordination der Qualitätsmassnahmen der Kantone zu fördern, bietet die GDK auch eine Austauschplattform. Im Jahr 2014 wurde für die Kantone in Zusammenarbeit mit dem ANQ ein Workshop über die Auswertungen der ANQ-Messungen durchgeführt.

Im Bereich der Pflegeheime ist die GDK am Projekt «Medizinische Qualitätsindikatoren in den Pflegeinstitutionen», unter der Federführung von CURAVIVA, beteiligt. Die für den Bereich der Spitex geplanten Qualitätsindikatoren werden von der GDK ebenfalls mitverfolgt und unterstützt.

### **Weiterentwicklung des Swiss Medical Board**

Das von GDK, Fürstentum Liechtenstein, FMH, SAMW und ab 2015 auch von santésuisse, curafutura und interpharma getragene Swiss Medical Board (SMB) wurde 2014 in methodischer und organisatorischer Hinsicht intensiv weiterentwickelt. Diese Schritte sind wichtig, um weiterhin fachlich einwandfreie, evidenzbasierte sowie interdisziplinär und unabhängig verfasste HTA-Berichte mit Empfehlungen veröffentlichen zu können. Mit dem SMB wollen die GDK und ihre Partner die Entwicklung zu einer breit getragenen und anerkannten nationalen HTA-Institution vorantreiben.

## 4 GESUNDHEITSBERUFE INLÄNDISCHES POTENZIAL AUSSCHÖPFEN

Keine Gesundheitsversorgung ohne genügend bedarfsgerecht ausgebildetes Personal: Die Förderung des beruflichen Nachwuchses in den Gesundheitsberufen gehört seit jeher zu den zentralen Anliegen der GDK. Dazu bearbeitet die GDK Projekte zur Finanzierung der Aus- und Weiterbildung oder zum Monitoring der Gesundheitsberufe und bringt sich in die nationalen Strategien und Gremien ein.

### Ärztlichen Nachwuchs sicherstellen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die GDK hatten im Juni 2012 den Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» lanciert. Im Rahmen des Masterplans wurde der Verfassungsartikel «Medizinische Grundversorgung» ausgearbeitet, der im Mai 2014 vom Schweizer Stimmvolk klar gutgeheissen wurde. Der Verfassungsartikel bezweckt eine Stärkung der medizinischen Grundversorgung allgemein. Ausserdem setzte der Bundesrat per Juli 2014 eine Erhöhung der Tarife für die Haus- und Kinderärzte durch. Mit Unterstützung der Kantone werden spezifische Weiterbildungs-Curricula entwickelt, die unter anderem eine Praxisassistenten in Hausarztpraxen umfassen. Diese Praxisassistenten wurden weiter ausgebaut, und in vielen Kantonen konnte eine unbefristete Finanzierungslösung geschaffen werden.

Im November 2014 verabschiedete die Plenarversammlung der GDK die Interkantonale Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Mit der Vereinbarung wird eine einheitliche Mindestabgeltung der ärztlichen Weiterbildungskosten an die Spitäler erreicht. Gleichzeitig bezweckt die Vereinbarung einen interkantonalen Lastenausgleich. Damit die Vereinbarung in Kraft treten kann, müssen ihr 18 Kantone beitreten. Das Ratifikationsverfahren in den Kantonen wurde eingeleitet.

Auch bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen setzte sich die GDK für die Förderung des beruflichen Nach-



wuchses ein, etwa über ein Projekt zur Ermittlung der Nettonormkosten der betrieblichen Ausbildung oder über die Unterstützung der Dachkommunikation zu den Gesundheitsberufen der OdASanté. Sie liess beim Obsan eine Bestandesaufnahme zum Personalbestand und den Ausbildungsabschlüssen beim Pflegepersonal erstellen. Weiter beteiligte sich die GDK im Rahmen der festgelegten Zuständigkeiten am «Masterplan Bildung Pflegeberufe» des SBFI. Schliesslich stimmte die EDK im Rahmen der Höheren Fachschulvereinbarung (HFSV) dem Antrag der GDK zu, den Beitrag der Wohnkantone an die Standardkosten der Bildungsgänge im Bereich Gesundheit aufgrund des erhöhten öffentlichen Interesses auf 90 Prozent festzulegen.

### Gesundheitsberuferegister NAREG

Im Berichtsjahr konnten die Projektarbeiten für das Nationale Gesundheitsberuferegister NAREG unter der Leitung der GDK erfolgreich abgeschlossen werden. Seit dem 1. Januar 2015 ist das NAREG unter [www.nareg.ch](http://www.nareg.ch) online. Das NAREG ist ein personenbasiertes, nationales Register analog dem Medizinalberuferegister MedReg. Es enthält Daten zu den Gesundheitsfachpersonen in nicht-universitären Gesundheitsberufen und wird vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) im Auftrag der GDK geführt. Das Register dient dem Schutz und der Information von Patientinnen und Patienten und der Information von in- und ausländischen Stellen. Es vereinfacht ausserdem für die Kantone die Prozesse der Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen.



### Spitalfinanzierung und Spitalplanung

Das Bundesverwaltungsgericht hat im Jahr 2014 erste wichtige Leitentscheide zu den Spitaltarifen nach neuer Spitalfinanzierung gefällt. Es hat dabei die von der GDK erarbeiteten Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung mitberücksichtigt und sah in vielen Punkten keinen Anlass, von diesen abzuweichen. Es zeigt sich, dass die Erarbeitung gemeinsamer Sichtweisen und Empfehlungen auf Ebene GDK in diesem Bereich Wirkung entfalten kann. Die GDK-Kommission «Vollzug KVG» ist zurzeit daran, die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu überarbeiten und zu aktualisieren.

Im Jahr 2014 wurde das von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept zur Spitalplanung weiter verbreitet. Es ermittelt zweckmässige medizinische Auftragspakete an die Spitäler und vereinfacht den Kantonen die Prüfung der Auftrageinhaltung sowie die Koordination der Spitalplanungen. Mittlerweile wird das Konzept in 24 Kantonen verwendet oder dessen Anwendung ist für die nächste Spitalplanung vorgesehen.

Die GD Zürich hat im Jahr 2014 eine erste grössere Überarbeitung des Konzepts vorgenommen und dabei die Kantone mittels Vernehmlassungsverfahren einbezogen (in Kraft ab 1. Januar 2015). Das Zentralsekretariat übernimmt die Information und Koordination sowie den Vertrieb der entsprechenden Gruppierungssoftware an die Kantone. Die Arbeitsgruppe Spitalplanung der GDK bietet eine Austauschplattform für die Kantone zu bestehenden Problemstellungen im Bereich der Spitalplanung.

### Pflegefinanzierung

Die Plenarversammlung der GDK hat sich im November 2014 für eine Gesetzesänderung in Bezug auf die Regelung der Finanzierungszuständigkeit bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten ausgesprochen. Zurzeit sind auf eidgenössischer Ebene verschiedene parlamentarische Vorstösse zu offenen Fragen im Bereich der Umsetzung der Pflegefinanzierung

hängig. Einen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht die GDK zurzeit nicht, allerdings soll in Bezug auf die Methodik zur Herleitung der Tarife/Normkosten bei Pflegeheimen und Spitex der interkantonale Austausch gepflegt respektive intensiviert werden.

### Umsetzung Datenaustausch Prämienverbilligung und Zahlungsausstände

Die GDK hat im Auftrag der Kantone zusammen mit santéuisse von 2011 bis 2014 das Projekt zur Umsetzung des einheitlichen Datenaustauschs nach Art. 65 Abs. 2 KVG geführt. Der Datenaustausch – Voraussetzung für die Ausrichtung der Prämienverbilligung via die Krankenversicherer – ist Anfang 2014 erfolgreich in die Betriebsphase überführt worden. 2014 hat die GDK-Plenarversammlung beschlossen, darauf aufbauend auch ein Projekt zur Umsetzung des Datenaustauschs nach dem per 1. Januar 2012 revidierten Art. 64a KVG zu starten. Dieser Datenaustausch ist unter anderem nötig für die teilweise Übernahme der Ausstände aus der obligatorischen Krankenversicherung durch die Kantone.

### Gesetzgebung: Neues Aufsichtsgesetz in der Krankenversicherung

Die GDK hat sich im Jahr 2014 für das nunmehr verabschiedete neue Krankenversicherungsaufsichtsgesetz eingesetzt. Entscheidend sind aus Optik der Kantone dabei die Artikel zur Prämien genehmigung. Sie regeln, dass kantonale Prämien den kantonalen Kosten folgen und übermässige Reserven eines Krankenversicherers zugunsten einer niedrigeren Prämie/Prämiensteigerung eingesetzt werden müssen.

### **Verfahren angepasst**

In den letzten vier Jahren verabschiedete das HSM-Beschlussorgan Leistungszuteilungen in insgesamt 39 Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin. Ein Grossteil dieser Entscheide war unbestritten. Im Dezember 2013 und März 2014 trafen die Urteile der angefochtenen Entscheide ein. Mit der teilweisen Gutheissung der Beschwerden klärte das Bundesverwaltungsgericht offene Verfahrensfragen und machte Vorgaben zur zukünftigen Ausgestaltung des HSM-Planungsverfahrens.

Die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts hatten eine Standortbestimmung der HSM-Organe zur Folge, in deren Rahmen die bisherigen Prozesse kritisch hinterfragt wurden und eine Neugestaltung der Prozesse und Verfahren vorgenommen wurde. Erklärtes Ziel war, die Entscheidungsprozesse weiter zu verbessern, die Transparenz zu erhöhen und das Vertrauen in die Prozesse und die Arbeit der HSM-Organe weiter zu stärken.

Die Planung der hochspezialisierten Medizin wird zukünftig in zwei Verfahrensschritten durchgeführt. In einem ersten Schritt wird jeweils festgelegt, welche Behandlungen und Eingriffe der hochspezialisierten Medizin zuzurechnen sind. Erst in einem zweiten Schritt wird die eigentliche Leistungszuteilung vorgenommen. Mit dieser formellen Zuteilung der Verfahren werden die Mitwirkungsrechte der Kantone und Spitäler gestärkt. Die vom Bundesverwaltungsgericht geforderten Anpassungen beinhalten auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler.

Die Neugestaltung des HSM-Verfahrens führt zu einer längeren Verfahrensdauer. Dies betrifft auch die Neubeurteilung (Reevaluation) von bestehenden HSM-Bereichen. Bei der Neubeurteilung der komplexen Hirnschlagbehandlung kommt erstmals das neue zweistufige Verfahren zur Anwendung.



### **Kantonale Kompetenz**

Im Sinne einer internen Standortbestimmung bekräftigten die Kantone ihren Willen, den ihnen übertragenen Gesetzesauftrag zur Planung der HSM weiterhin wahrzunehmen. Sie sprachen sich damit gegen eine Übergabe der HSM an den Bund aus, welcher in diesem Bereich eine subsidiäre Planungskompetenz besitzt.

### **Ausblick 2015**

Anhand der Reevaluationen werden das neue Planungsverfahren und die Umsetzung der gestellten Anforderungen erprobt sowie eine laufende Standortbestimmung und Neubeurteilung der bereits geplanten HSM-Bereiche vorgenommen. Der Fokus der Planung liegt im kommenden Berichtsjahr auf der Neubeurteilung der bis Ende 2014 beziehungsweise Ende 2015 befristeten Leistungszuteilungen. Damit sollen Regulierungslücken vermieden und die Rechtssicherheit gewahrt werden. Nebst der HSM-Viszeralchirurgie werden auch die Bereiche komplexe Hirnschlagbehandlung, Behandlung von Schwerverletzten, HSM-Neurochirurgie, die Kinderonkologie und die HSM-Pädiatrie und -Kinderchirurgie einer Neubeurteilung unterzogen.



abgabe), mit welchen heute auch das Engagement der Kantone unterstützt wird, aufrechterhalten und den kantonalen Gegebenheiten entsprechend für Präventionszwecke eingesetzt werden können. Andererseits soll im Rahmen der NCD-Strategie das Augenmerk auch noch verstärkt auf die Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsversorgung (z.B. Arztpraxis) gelegt werden.

Die GDK hat sich im Jahr 2014 im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention schwergewichtig in folgenden Kontexten engagiert:

#### **Strategie nichtübertragbare Krankheiten**

Im November 2013 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die Erarbeitung einer Nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) bis Ende 2016 beschlossen. Die NCD-Strategie soll die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung stärken und die Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesundheitsförderndes Verhalten stützen und vereinfachen.

Das Zentralsekretariat der GDK ist zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz in der Leitung dieser Strategieformulierung vertreten. Im Jahr 2014 wurden unter Einbezug aller beteiligten Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung Grundlagen für die Festlegung von strategischen Stossrichtungen, welche allen Akteuren einen Orientierungsrahmen für zukünftige Aktivitäten geben sollen, erarbeitet. Die konkrete Ausformulierung der Strategie erfolgt im Jahr 2015. Dabei werden die beteiligten Akteure mittels einer Konsultation wiederum eng in die Arbeiten einbezogen. Inhaltlich werden einerseits Präventionsmassnahmen, die sich an die ganze Bevölkerung oder an spezifische Bevölkerungsgruppen richten, thematisiert. In diesem Zusammenhang haben etliche Kantone in den letzten Jahren kantonale Präventionsprogramme (in den Bereichen Alkohol, Tabak, Ernährung/Bewegung) initiiert und etabliert. Für die Kantone ist es wichtig, dass spezifische finanzielle Mittel (aus Alkoholzehntel, Tabakpräventionsfonds und KVG-Präventions-

#### **Tabakprävention**

Die Kantone spielen eine zentrale Rolle in der Umsetzung des Nationalen Programms Tabak: Sie koordinieren, entwickeln und steuern aktiv Projekte und Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums und arbeiten eng mit Nichtregierungsorganisationen zusammen. Die GDK und ihre Fachkonferenz der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung VBGf unterstützen die Kantone bei diesen Umsetzungsarbeiten. Ende 2014 bestanden in 12 Kantonen entsprechende – vom Tabakpräventionsfonds mitfinanzierte – kantonale Programme. Weitere kantonale Programme sollen im Jahr 2015 starten.

Die GDK hat im Juli 2014 im Rahmen der Vernehmlassung zum Entwurf eines Tabakproduktegesetzes Stellung genommen. Sie begrüsst eine entsprechende gesetzliche Regelung auf Bundesebene, weil dadurch die laufenden Bestrebungen der Kantone im Bereich Tabakprävention und in der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten unterstützt werden können.

#### **Alkoholprävention**

Die GDK hat sich 2014 im Rahmen der laufenden Revision der Alkoholgesetzgebung zusammen mit der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren sowie mit dem Schweizerischen Städteverband für die Sicherung der finanziellen Mittel für die Alkoholprävention (Alkoholzehntel) und für adäquate Massnahmen beim Jugendschutz (z.B. Nachtverkaufsverbot) eingesetzt.

Im Zentrum der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen in der Gesundheitspolitik steht der Dialog Nationale Gesundheitspolitik. Er ist die ständige Plattform, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. Unter diesem Dach setzen Bund und Kantone auch zahlreiche gemeinsam lancierte Strategien um. Auf einzelne sei hier kurz hingewiesen:

#### **Nationale Demenzstrategie**

Die GDK analysiert im Rahmen der nationalen Demenzstrategie die Abbildung und Abgeltung von Leistungen für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen in den heutigen Finanzierungssystemen. Es sollen Schwierigkeiten und Lücken, welche die erforderliche Unterstützung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen in allen Phasen der Krankheit erschweren, identifiziert und Lösungsansätze vorgeschlagen werden. In einem ersten Schritt liegt der Fokus auf den Angeboten zur Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen. Diese Arbeiten stehen auch in Zusammenhang mit dem vom Bundesrat im Jahr 2014 verabschiedeten Bericht zur Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen. Erste Ergebnisse über den Handlungsbedarf sollen im zweiten Halbjahr 2015 vorliegen.

#### **Nationale Strategie Palliative Care**

Die GDK hat im Jahr 2014 im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care die SwissDRG AG, die Leistungserbringer und palliative.ch bei den in Angriff genommenen Arbeiten zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich Palliative Care unterstützt. Im Bereich der Pflegeheime wurden Grundlagen für die Überprüfung der Pflegebedarfserhebungsinstrumente in Bezug auf palliative Pflegesituationen erarbeitet. Das Projekt wird im Jahr 2015 mit einer konkreten Aufwandsmessung in Pflegeheimen fortgesetzt. Je nach Ergebnis sollen die Erhebungsinstrumente angepasst und damit die entsprechenden Leistungen gezielter abgegolten werden. Auf der Basis



eines im Jahr 2014 mit Kantonsvertretungen diskutierten Berichts zu mobilen Palliative-Care-Equipen analysiert die GDK die Finanzierungssituation dieser für die Versorgung wichtigen Angebote. Im Zentrum steht dabei die Umsetzung der neu in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgenommenen Regelung zur Abgeltung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen.

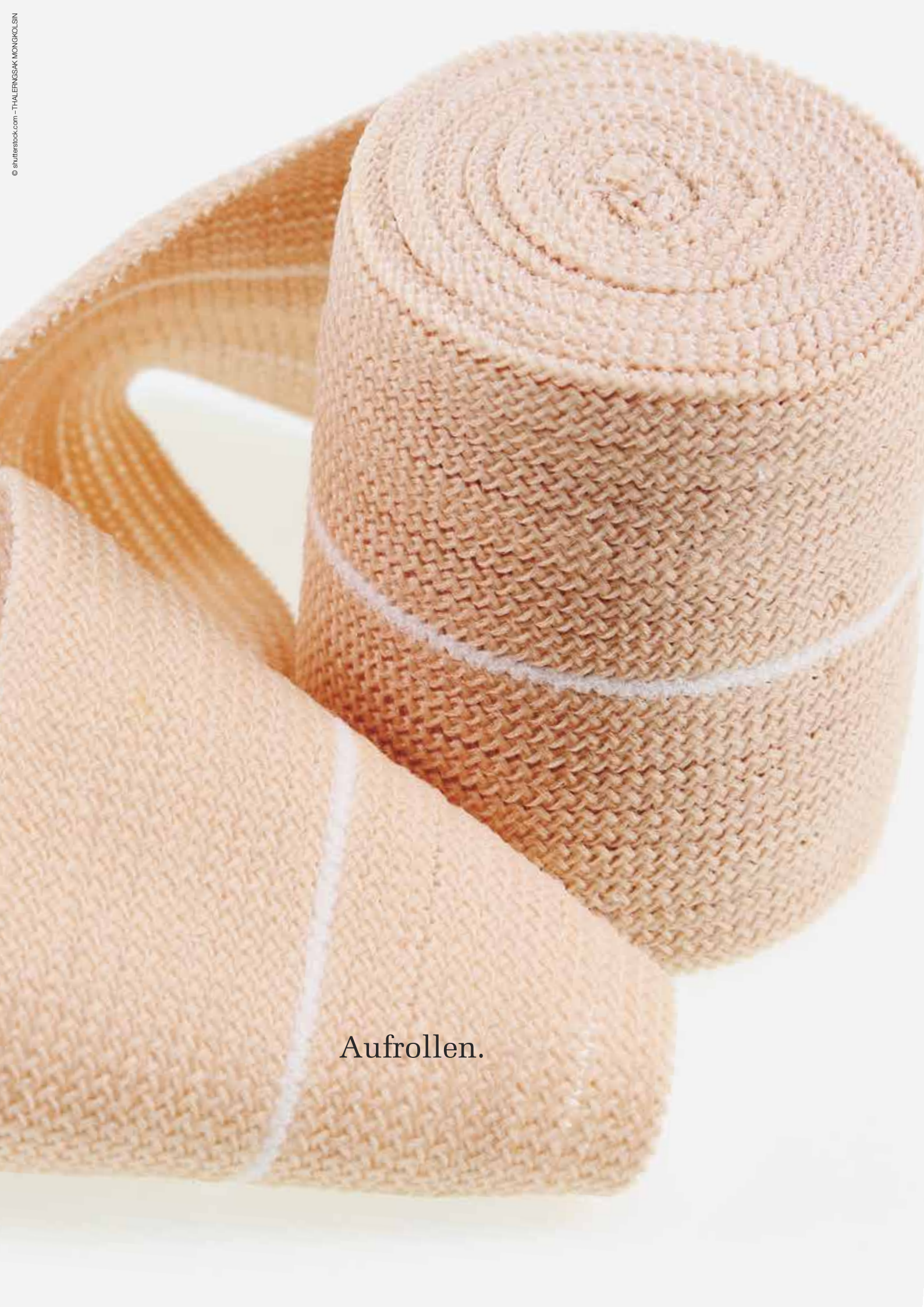
#### **Strategie gegen Antibiotikaresistenzen (StAR)**

Die GDK unterstützt die Strategie des Bundes gegen die Antibiotikaresistenzen (StAR), deren definitive Fassung voraussichtlich im Jahr 2015 durch den Bundesrat verabschiedet wird. In diesem Zusammenhang hat die GDK auch zur Teilrevision der Verordnung über die Tierarzneimittel, welche Massnahmen zur Reduktion der Verwendung von Antibiotika in der Tiermedizin vorsieht, zustimmend Stellung genommen.

#### **Nationale Strategie gegen Krebs**

Die Strategie gliedert sich in drei Bereiche: Vorsorge, Betreuung und Forschung. Bund, Kantone und beteiligte Organisationen werden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten einen Beitrag zur Umsetzung der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014–2017 leisten, sei es mit der Weiterführung nationaler oder kantonaler Präventionsprogramme, der Vernetzung der kantonalen Versorgungsstrukturen oder der Erarbeitung des Bundesgesetzes über die Registrierung von Krebserkrankungen. Die Struktur zur Koordination der Umsetzung, in welche alle beteiligten Organisationen und Institutionen eingebunden werden, ist noch im Aufbau.





Aufrollen.

**JAHRESRECHNUNG**

	2014	2013
<b>ERTRAG</b>		
Kantonsbeiträge	4 546 550	4 474 298
Bankzinsen	9 423	11 892
Auflösung Rückstellung HSM	90 392	0
Übrige Erträge (insb. Beiträge Kantone Umsetzung Art. 65 KVG)	257 818	367 159
<b>Total Ertrag</b>	<b>4 904 184</b>	<b>4 853 349</b>
<b>AUFWAND</b>		
Zentralsekretariat GDK		
Personal	1 573 124	1 497 002
Aufträge	80 728	182 777
Räume	150 290	146 874
Verwaltung	132 475	127 641
Spesen Konferenz	35 927	43 528
Spesen Kommissionen	20 023	13 249
Spesen Sekretariat	17 136	8 425
<b>Total Zentralsekretariat GDK</b>	<b>2 009 703</b>	<b>2 019 495</b>
<b>Beiträge an Projekte</b>	<b>1 860 042</b>	<b>1 863 492</b>
Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	446 412	452 101
Mandate HSM	470 056	376 062
Spesen BO HSM	9 867	10 598
Spesen FO HSM	104 744	100 393
Spesen Sekretariat HSM	3 313	4 846
<b>Total HSM</b>	<b>1 034 392</b>	<b>944 000</b>
<b>Total Aufwand ZS GDK und HSM</b>	<b>4 904 138</b>	<b>4 826 987</b>
Ausserordentlicher Aufwand	8 673	0
Ausserordentlicher Ertrag	-9 243	-1 961
<b>Ertragsüberschuss</b>	<b>615</b>	<b>24 401</b>

ZAHLEN 2014  
**BILANZ PER 31. DEZEMBER**

	2014	2013
<b>AKTIVEN</b>		
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	1 804 116	2 119 715
Debitoren	19 435	27 147
Debitoren (Kantone) Darlehen SwissDRG	29 102	72 755
Darlehen CMO SwissDRG	0	833 333
Debitoren Kantone Art. 65a KVG	9 491	112 869
Transitorische Aktiven	13 186	88 508
Forderungen Verrechnung	931	1 274
<b>Total Umlaufvermögen</b>	<b>1 876 261</b>	<b>3 255 601</b>
Anlagevermögen		
<b>Total Anlagevermögen</b>	<b>38 657</b>	<b>49 301</b>
<b>Total Aktiven vor Reinverlust</b>	<b>1 914 918</b>	<b>3 304 902</b>
Reinverlust	0	0
<b>Total Aktiven</b>	<b>1 914 918</b>	<b>3 304 902</b>
<b>PASSIVEN</b>		
Fremdkapital		
Kreditoren	263 111	234 059
Kreditor CMO SwissDRG	0	43 653
Darlehen Kantone SwissDRG	0	833 333
Rückstellung HSM	257 082	438 464
Rückstellung NAREG	120 969	348 536
Rückstellung Versorgungsqualität	0	21 190
Rückstellung eHealth	0	25 000
Rückstellung Netzwerk Psychische Gesundheit	0	5 491
Rückstellung Umsetzung Krebsstrategie	50 000	80 000
Rückstellung Palliative Care/ Demenz	67 413	42 413
Rückstellung Umsetzung Art. 64a KVG	64 724	0
Rückstellung Ferien-/Überzeitguthaben	45 000	43 512
Transitorische Passiven	500 079	662 511
<b>Total Fremdkapital</b>	<b>1 368 377</b>	<b>2 778 162</b>
Eigenkapital		
<b>Total Eigenkapital</b>	<b>545 926</b>	<b>502 338</b>
<b>Total Passiven vor Reingewinn</b>	<b>1 914 303</b>	<b>3 280 500</b>
Reingewinn	615	24 401
<b>Total Passiven</b>	<b>1 914 918</b>	<b>3 304 902</b>

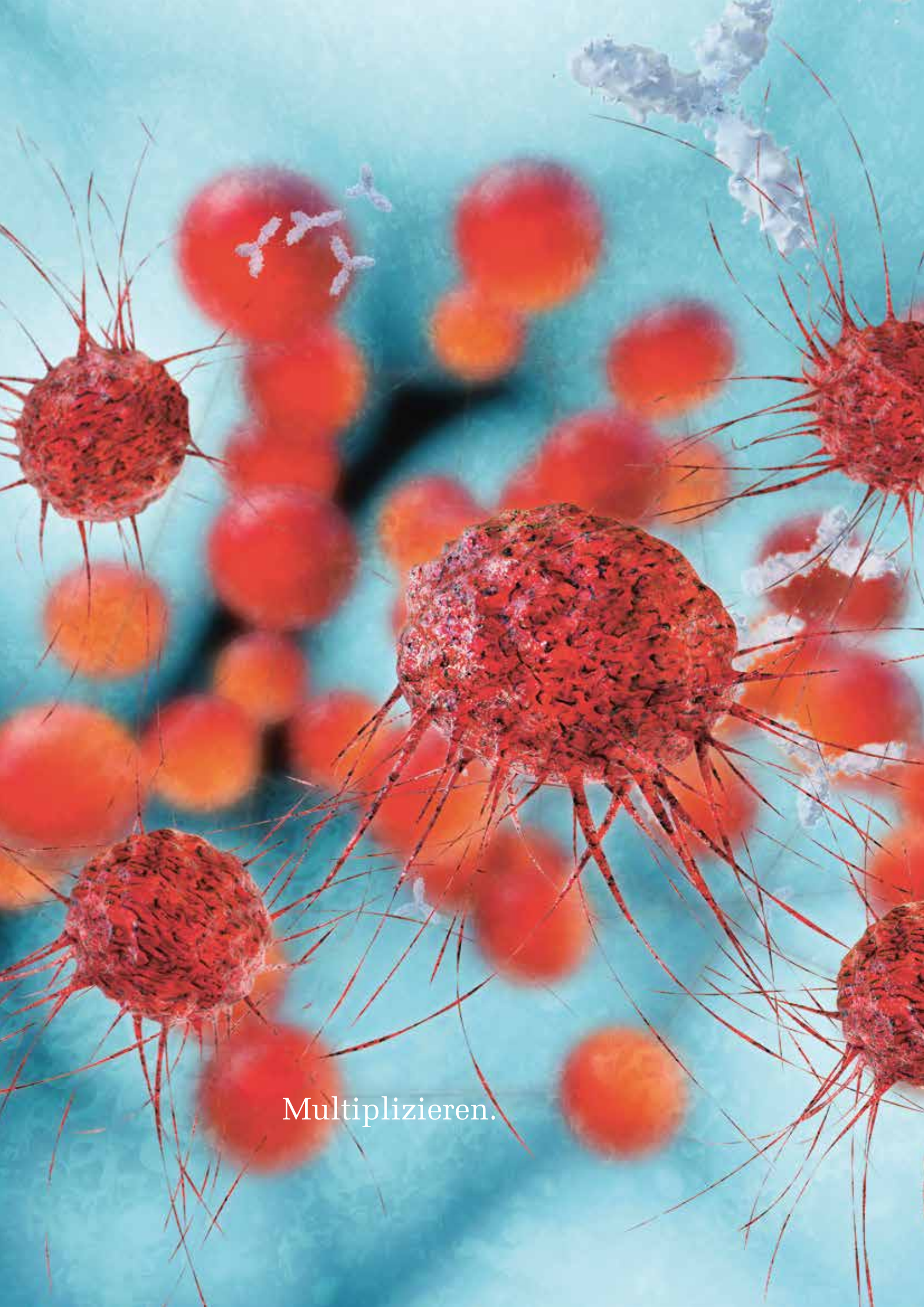
**PROJEKTBEITRÄGE**

Die GDK richtet im Auftrag der Kantone Projektbeiträge an Institutionen und Organisationen aus. Sie dienen einerseits der Anschubfinanzierung für Innovationen im Bereich der Gesundheitsversorgung, andererseits der Sicherstellung von wichtigen Angeboten, welche in der Regel gemeinsam durch den Bund, die Kantone und private Organisationen ausserhalb der üblichen Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen getragen werden. Mit der Finanzierung dieser Angebote durch die GDK wird der administrative Aufwand für die betreffenden Institutionen und die Kantone vermindert, separate Vereinbarungen mit den einzelnen Kantonen entfallen. Die aufgeführten



Projektbeiträge wurden teilweise über die laufende Rechnung, teilweise aus noch bestehenden Rückstellungen finanziert. Die GDK entscheidet jeweils im Rahmen des ordentlichen Budgetprozesses über die Ausrichtung von Projektbeiträgen.

	2014	2013
OdASanté	210 000	210 000
NAREG	227 568	242 429
eHealth	300 000	300 000
Swiss Medical Board	300 000	300 000
Palliative-Care- / Demenzprojekte	10 000	50 000
ANRESIS (Antibiotikaresistenzprogramm)	183 000	183 000
Kinderkrebsregister	150 000	150 000
Orphanet	180 000	180 000
Osteopathieprüfungen	125 716	0
Krebsstrategie	80 000	80 000
Netzwerk Psychische Gesundheit	39 509	33 333
Arzneimitteldatenbank Pädiatrie	100 000	100 000



Multiplizieren.

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



### Vorstand

*stehend von links:*

Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD  
Staatsrat Mauro Poggia, GE  
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE  
(Präsident ab 1.7.2014)  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG  
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH  
(Vizepräsident ab 1.7.2014)  
Regierungsrat Urs Hürlimann, ZG (ab 1.6.2014)

*sitzend von links:*

Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, BS (ab 1.8.2014)  
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG  
Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL (ab 1.6.2014)

*auf dem Bild fehlen:*

Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI  
Regierungsrat Guido Graf, LU

### Mitglieder

Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE  
(Präsident ab 1.7.2014)  
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH  
(Vizepräsident ab 1.7.2014)  
Frau Regierungsrätin Barbara Bär, UR  
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI  
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident bis 30.6.2014)  
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR  
Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, BS (ab 1.8.2014)  
Frau Statthalter Antonia Fässler, AI  
Regierungsrat Peter Gomm, SO  
Regierungsrat Guido Graf, LU  
Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf, SH  
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG  
Regierungsrat Urs Hürlimann, ZG  
Regierungsrat Bernhard Koch, TG (bis 31.5.2014)  
Staatsrat Laurent Kurth, NE  
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD  
Staatsrat Mauro Poggia, GE  
Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb, GR  
Regierungsrat Dr. Jakob Stark, TG (ab 1.6.2014)  
Regierungsrätin Petra Steimen-Rickenbacher, SZ  
Minister Michel Thentz, JU  
Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden, NW  
Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, VS  
Regierungsrat Hans Wallimann, OW  
Regierungsrat Thomas Weber, BL  
Regierungsrat Dr. Matthias Weishaupt, AR  
Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL

### Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Präsidentin)  
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Vizepräsidentin)  
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI  
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (bis 31.7.2014)  
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR (bis 31.5.2014)  
Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, BS (ab 1.8.2014)  
Regierungsrat Guido Graf, LU  
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH  
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD  
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE  
Staatsrat Mauro Poggia, GE  
Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL (ab 1.6.2014)

### Zentralsekretariat

Michael Jordi, Zentralsekretär  
Stefan Leutwyler, stv. Zentralsekretär  
Pierre Bernasconi, Übersetzer (90%)  
Pia Coppex, Projektleiterin (bis 31.8.2014)  
Christine Friedli, Sekretärin/Projektassistentin (90%)  
Matthias Fügi, wissenschaftl. Mitarbeiter, Praktikum (ab 1.11.2014)  
Silvia Graf, Sachbearbeiterin/Projektassistentin (60%)  
Eva Greganova, Projektleiterin  
Annette Grünig, Projektleiterin (80%, ab 15.8.2014)  
Adriana Haas, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Praktikum  
(90%, ab 1.11.2014)  
Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (50%)  
Kathrin Huber, Projektleiterin (80%)  
Salomé Kaeslin, Projektassistenz (25%, ab 1.5.2014)  
Markus Kaufmann, Projektleiter (50%)  
Stéphane Luyet, Projektleiter  
Daniela Schibli, Projektleiterin (60%)  
Georg Schielke, Projektleiter (90%)  
Jacqueline Strahm, Sekretariat/Sachbearbeiterin (90%)  
Bettina Wapf, Projektleiterin

### 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.