



Helsana

Engagiert für das Leben.

Helsana-Report

Mengenentwicklungen in der Grundversicherung

Autor:

Pius Gyger, Gesundheitsökonom

**Unter Mitarbeit von:**

Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Wolfram Strüwe,
Manuel Elmiger, Can Arikan, Dragana Glavic-Johansen

Gestaltung: Eigelb – Atelier für Gestaltung

Bilder: iStock (Sohl/B&M Noskowski)

Druck: Stämpfli AG

September 2019

Inhalt

Vorwort	2-3
Zielsetzung	4-5
Mengenentwicklung	6-83
Erkrankte	6-9
Behandlung in Spitälern	10-19
Ambulante Behandlungen Spital und Arzt	20-45
– TARMED-Konsultationen	20-29
– Konsultationszeiten	30-37
– TARMED-Leistung	38-43
– Anteil unterschiedliche Ärzte	44-45
Medikamentenbezüge	46-51
Pflege	52-55
Psychiatrie	56-73
– Konsultationen ambulant	56-63
– Psychopharmaka ambulant	64-71
– Psychiatrie stationär	72-73
Technische Leistungen/Diagnostik	74-81
– Bildgebung	74-79
– Labor	80-81
Bagatelldnotfälle im Spital ambulant	82-83
Diskussion	84-88
Nachfrage- und Angebotsinduzierung	84-85
Herausforderung Mengenentwicklung	85-86
Rolle der Versicherer	86-88
Fazit	90-91
Methodik	92-93

Vorwort

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kennt nur eine Richtung: nach oben. Die Prämien folgen dieser Entwicklung und jeden Herbst verkündet der Bundesrat deshalb wieder eine Erhöhung. Im politischen Diskurs ist der Begriff der Mengenausweitung schon länger ein Thema. Doch welche Treiber sorgen für eine zunehmende Inanspruchnahme von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)? Diese Publikation widmet sich dieser Frage und zeigt Zahlen und Fakten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf.

Neben öffentlich zugänglichen Quellen der beiden Bundesämter für Statistik und Gesundheit werden anonymisierte Daten von mehr als 1.2 Millionen Helsana-Versicherten verwendet. So lassen sich spezifische Aspekte der Inanspruchnahme und der Mengenentwicklung in der OKP aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten.

Die Mengenentwicklung bleibt eine enorme Herausforderung. Es zeigt sich, dass die Patienten immer häufiger, intensiver und durch immer mehr Leistungserbringer behandelt werden. Den Grundversorgern steht immer weniger Zeit zur Verfügung und die Patienten wenden sich vermehrt direkt an Spezialisten und Spitäler. Die Zunahme der ambulanten Notfallkonsultationen oder der diagnostischen Massnahmen zeigen einleuchtend auf, dass auch im Prozess der Leistungserbringung erhebliches Verbesserungs- und Sparpotenzial vorhanden ist. Die Bewältigung dieser Entwicklung wird künftig eine der zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens sein. Die Koordination und Steuerung der medizinischen Leistungserbringung wird zunehmend wichtiger.

In der Regel entscheiden Patienten und Leistungserbringer, wann welche medizinischen Massnahmen durchzuführen sind. Diese Entscheide werden von unserem kleinräumig organisierten und stark fragmentierten Gesundheitswesen mitgeprägt und hängen auch von verschiedenen, teils individuellen Faktoren ab.

Politische Schnellschüsse führen nicht zum gewünschten Ziel. Weiterentwicklungen sollten mit ruhiger Hand und der nötigen Weitsicht erfolgen. Zuallererst sind die konkret handelnden Akteure gefordert, denn sie sind Teil dieser Veränderungsprozesse und näher am Geschehen.

Ganz im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung leistet der vorliegende Mengenreport von Helsana einen Transparenzbeitrag, gerade auch für unsere Kundinnen und Kunden. Wir hoffen auf reges Interesse, wünschen eine spannende Lektüre und freuen uns über konstruktive Rückmeldungen – ganz im Sinne eines zielführenden Diskurses.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik

Zielsetzung

Wieso werden die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zunehmend in Anspruch genommen? Was sind die Gründe dafür? In der gesundheitspolitischen Diskussion herrscht dazu alles andere als Einigkeit. So verwundert es auch nicht, dass unterschiedlichste Rezepte gegen diese Entwicklung ins Feld geführt werden. Einigkeit herrscht in einem Punkt: Mehr Menge bedeutet allzu häufig ein Mehr an Kosten.

Zahlreiche Debattenbeiträge zielen insbesondere darauf ab, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu regulieren. Wann welche medizinischen Massnahmen durchzuführen sind, wird indes in nicht exakt beobachtbaren und nur schwer standardisierbaren Situationen zwischen Patienten und Leistungserbringer entschieden.

Verschiedenen Faktoren beeinflussen die Entscheidung:

- Psychisch induzierte Faktoren wie Angst des Patienten oder Sicherheitsdenken des Arztes
- persönliche Einstellungen wie beispielsweise Technologieglaube oder Medikamentenaversion
- finanzielle Umstände wie Kosten bzw. Umsatz bei Leistungserbringern oder die Kostenbeteiligung der Patienten
- Wissensstand der Leistungserbringer wie auch der Patienten (Evidenzbasierung, health literacy)
- persönliches Umfeld der Betroffenen (Familien- oder Verwandten-situation)

Diese Vielfalt möglicher Einflussgrössen widerspiegelt auch die rechtlich und ökonomisch unterschiedlichen Sichtweisen auf das Rollenverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient.

So gilt das zivilrechtliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient als Auftragsverhältnis, definiert also den Patienten als Auftraggeber und somit Entscheider. Gleichzeitig geht das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom Prinzip aus, dass alles, was der Arzt zusammen mit dem Patienten entscheidet, grundsätzlich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Vertrauensprinzip). Aus ökonomischer Sicht wird schliesslich davon ausgegangen, dass der Arzt entscheidet (angebotsinduzierte Nachfrage) und der Patient aufgrund der Versicherungsdeckung keine Nachfragegrenze hat (moral hazard).

Es prallen also höchst unterschiedliche individuelle Umstände der Arzt-Patienten-Beziehung auf unterschiedlich aggregierte Systemsichten. Entsprechend erstaunt es denn auch wenig, dass sich die konkrete Operationalisierung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) im KVG-Bereich als enorme Herausforderung darstellt.

Der Mengenreport von Helsana fokussiert auf die Darstellung von Fakten und Trends, die sich mit Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen und Abrechnungsdaten abbilden lassen. Im Grundsatz kann auf dieser Basis weder zwischen «gerechtfertigten» und «ungerechtfertigten» Leistungen unterschieden, noch festgestellt werden, ob die medizinische Versorgung «besser» oder «schlechter» geworden ist.

Schliesslich soll das Wissen über die tatsächlichen Geschehnisse gefördert, die Transparenz erhöht und eine gezieltere Hinterfragung der Realität ermöglicht werden. Bestenfalls verringert sich das Gewicht rein vermutungsbasierter gesundheitspolitischer Entscheidungen.

Mengenentwicklung

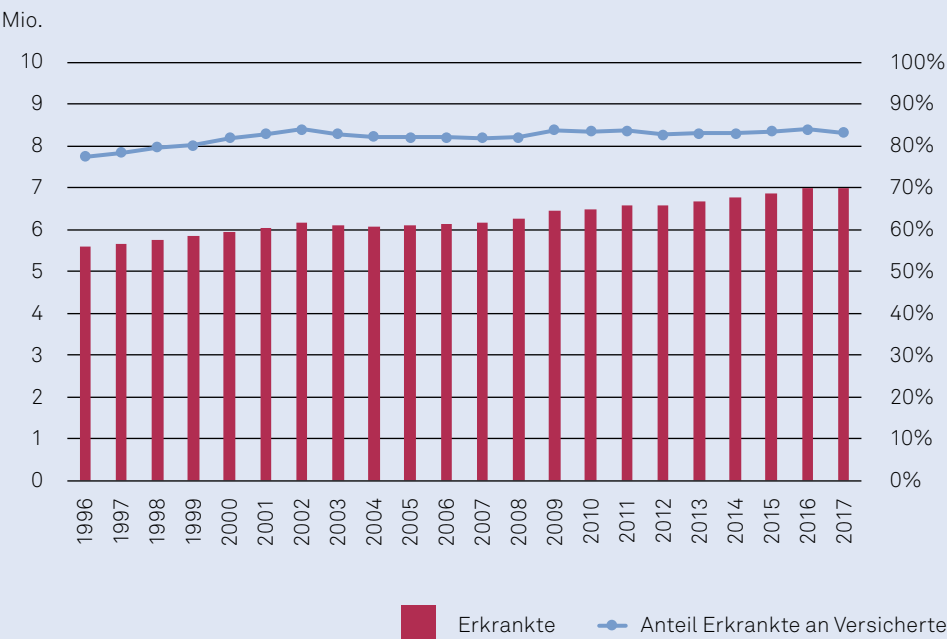
Erkrankte

Bei Erkrankten gemäss der Krankenversicherungsstatistik des BAG handelt es sich um die Anzahl versicherter Personen, die im Berichtsjahr mindestens einmal ambulante oder stationäre Leistungen in Anspruch genommen haben.

Während die Anzahl Erkrankter von 1996 bis 2017 von rund 5.6 Millionen um 25% auf 7 Millionen angestiegen ist, hat sich ihr Anteil an der Bevölkerung zwischen 1996 bis 2002 von 79% auf knapp 83% erhöht. Seither ist der Wert stabil geblieben.

Der Anteil Erkrankter an der Gesamtbevölkerung ist in der Schweiz stabil geblieben.

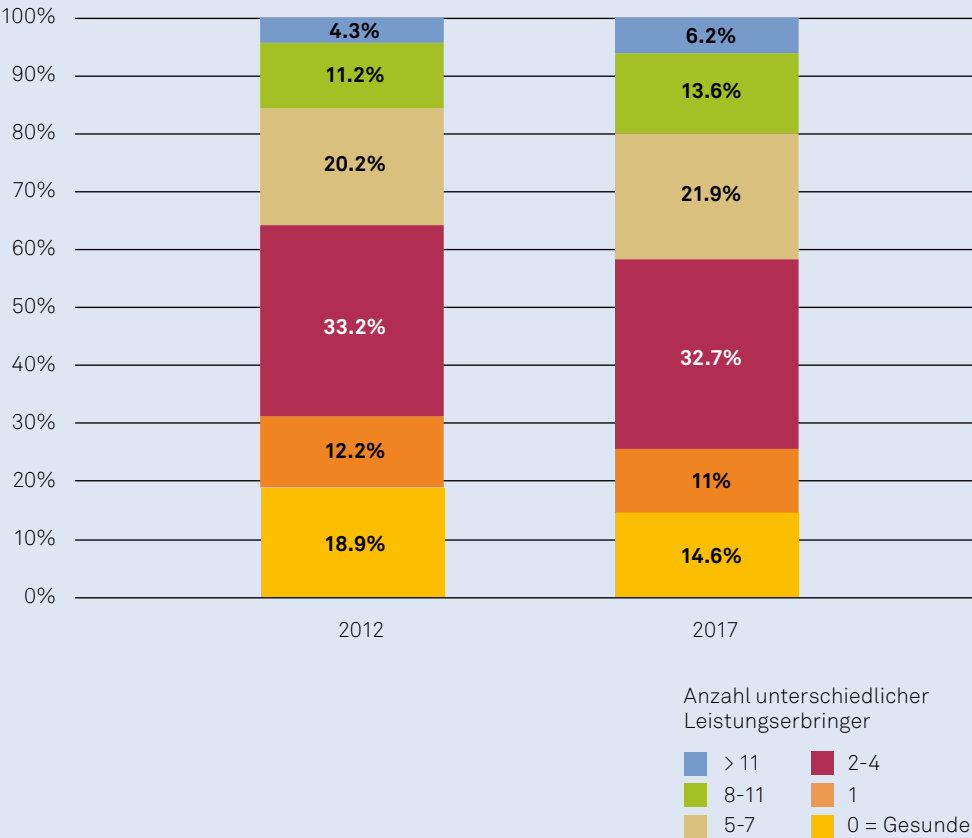
1 | Entwicklung der Anzahl Erkrankter an Versicherten



Demgegenüber hat die Anzahl unterschiedlicher Leistungserbringer pro Versicherten im Zeitverlauf zugenommen. Der Anteil der Versicherten mit keinem Kontakt zu einem Leistungserbringer ist von rund 19% auf 14,6% gesunken. Die Anzahl Versicherter mit Behandlungen bei mehr als elf unterschiedlichen Leistungserbringern ist um fast 50% gestiegen.

Versicherte suchen zunehmend unterschiedliche Leistungserbringer auf.

2 | Aufgesuchte unterschiedliche Leistungserbringer pro Versicherten



Behandlungen in Spitälern

Die Fallzahl im stationären Bereich einschliesslich Unfall ist seit 2013 um rund 65'000 gestiegen, was einer Zunahme von rund 5% entspricht. Die Pflage tage bei stationären Aufenthalten sind hingegen um rund eine Million zurückgegangen. Dafür hat sich die Anzahl ambulanter Konsultationen in Spitälern um fast 3 Millionen erhöht, was einem markanten Anstieg von 18% entspricht.

Der Anteil stationärer Fälle ist pro Kopf konstant geblieben. Die ambulanten Konsultationen im Spital sind hingegen kontinuierlich angestiegen. Das könnte mitunter mit dem technischen Fortschritt bei den ambulanten Behandlungsmethoden zusammenhängen. Mit der Einführung des SwissDRG-Systems ist für die Spitäler zudem der Anreiz gestiegen, vermehrt auf kürzere Aufenthaltsdauer und Fallzahlen zu achten. In jüngster Vergangenheit waren Bund und Kantone bestrebt, mit sogenannten «ambulanten Listen» vorzuschreiben, welche Behandlungen ambulant statt stationär durchzuführen sind. Diese Listen sollen vordergründig die ohnehin stattfindende Verschiebung in den ambulanten Sektor verstärken. Hintergrund ist aber ein rein finanzieller: Da die Versicherer und Versicherten bei ambulanten Eingriffen die vollen Kosten finanzieren, bei stationären Eingriffen jedoch die Kantone mindestens 55% übernehmen, entlasten sie sich mit solchen Zwangsvorschriften finanziell zu Lasten anderer. Die Verbesserung der Gesamtkostensituation spielt keine Rolle.

3 | Mengenentwicklungen in Spitälern



Bei den Konsultationen handelt es sich nicht nur um solche im TAR-MED-Bereich, sondern um sämtliche ambulanten Diagnostik- und Behandlungskontakte einschliesslich Tageschirurgie, Bestrahlungen, Endoskopien, Bildgebungen, etc. In absoluten Zahlen sind Pflgetage, stationäre Fälle und Konsultationen nicht vergleichbar. Die Abbildung zeigt jedoch deutlich die Unterschiedlichkeit der einzelnen Trends.

Der Trend zur «Ambulantisierung» widerspiegelt sich auch in der gestiegenen Anzahl ambulanter Spitalkonsultationen pro Versicherten, während die stationären Fälle pro Versicherten nahezu konstant geblieben sind. Dieser Trend dürfte mit dem technischen Fortschritt sowie den damit zusammenhängenden Annehmlichkeiten für die Patienten zu erklären sein.

	ambulante Konsultationen pro Versicherten	stationäre Fälle pro Versicherten
2013	1.957	0.171
2014	2.061	0.171
2015	2.090	0.170
2016	2.194	0.173
2017	2.209	0.172

Tabelle 1: Ambulanten Konsultationen und stationären Fällen pro Versicherten

Es werden immer mehr Patienten spitalambulant behandelt. Der Trend zur «Ambulantisierung» im Spitalbereich hat sich bisher auch ohne spezifische Finanzierungsmassnahmen oder Anpassungen in den Tarifsyste­men durchgesetzt.

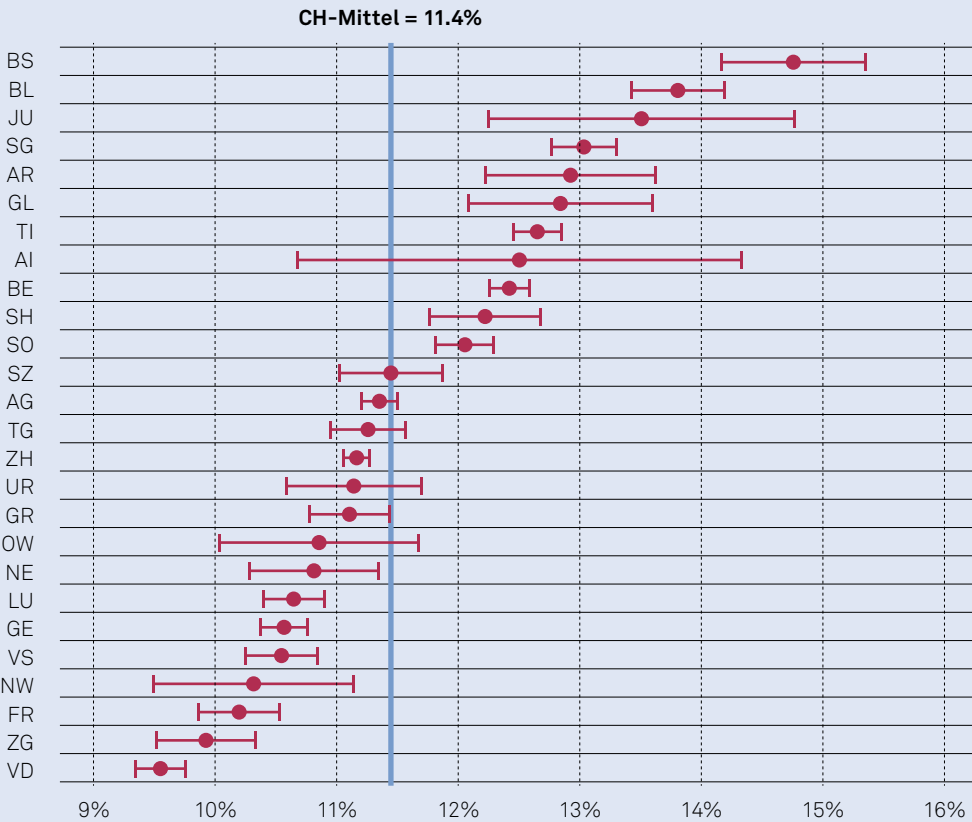


Gesamtschweizerisch ist die Wahrscheinlichkeit eines stationären Aufenthaltes pro versicherter Person von 10.5% im Jahr 2012 auf 11.4% im Jahr 2017 gestiegen.

Der Anteil der Bevölkerung mit mindestens einem Spitalaufenthalt pro Jahr ist kantonal sehr unterschiedlich – er schwankt zwischen 9% und 15%.

Die Kantone Waadt, Zug und Freiburg weisen den kleinsten Anteil stationärer Aufenthalte pro Versicherten aus. Den grössten Anteil verzeichnen die beiden Basel. In allen Kantonen ist die Wahrscheinlichkeit für einen stationären Aufenthalt – trotz Tendenz zur «Ambulantisierung» – leicht angestiegen. Tendenziell ist die altersbereinigte Hospitalisierungshäufigkeit in der Westschweiz tiefer als in der übrigen Schweiz. Mögliche Erklärungen dafür sind die stationären und ambulanten Angebotsstrukturen, die Bevölkerungsstruktur und/oder kulturell zu begründende Unterschiede. Beispielsweise überrascht das Ergebnis für den Kanton Genf nicht: Genf ist ein Kanton mit ausgeprägten ambulanten Strukturen. Das schlägt sich in den OKP-Kosten nieder, da sie im Gegensatz zum stationären Bereich vollständig von den Versicherern zu übernehmen sind. Genf ist bei ambulanten Behandlungen hinsichtlich Intensität und Häufigkeit Spitzenreiter.

4 | Hospitalisierungshäufigkeiten nach Kanton (2017)

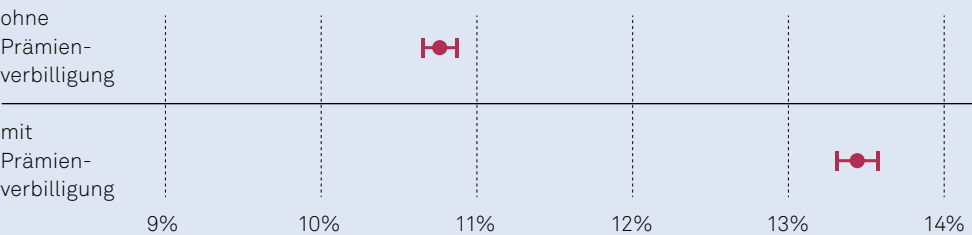


Viele, auch internationale Studien zeigen, dass die Morbidität mit Bildung, Einkommen und Vermögen korreliert. Ausserdem wählen Vermögende häufiger höhere Wahlfranchisen (<https://epaper.helsana.ch/praemienreport/de/56/>). Versicherte mit Prämienverbilligungsbezug werden denn auch signifikant häufiger hospitalisiert (vgl. Abbildung 5).

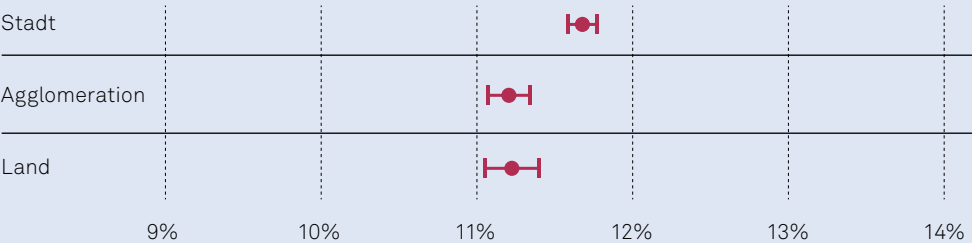
Die Häufigkeitsunterschiede zwischen der städtischen und nicht-städtischen Bevölkerung sind relativ gering.

Die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit ist bei Versicherten mit Prämienverbilligung höher als bei den übrigen Versicherten.

5 | Hospitalisierungshäufigkeit mit bzw. ohne Prämienverbilligungsbezug

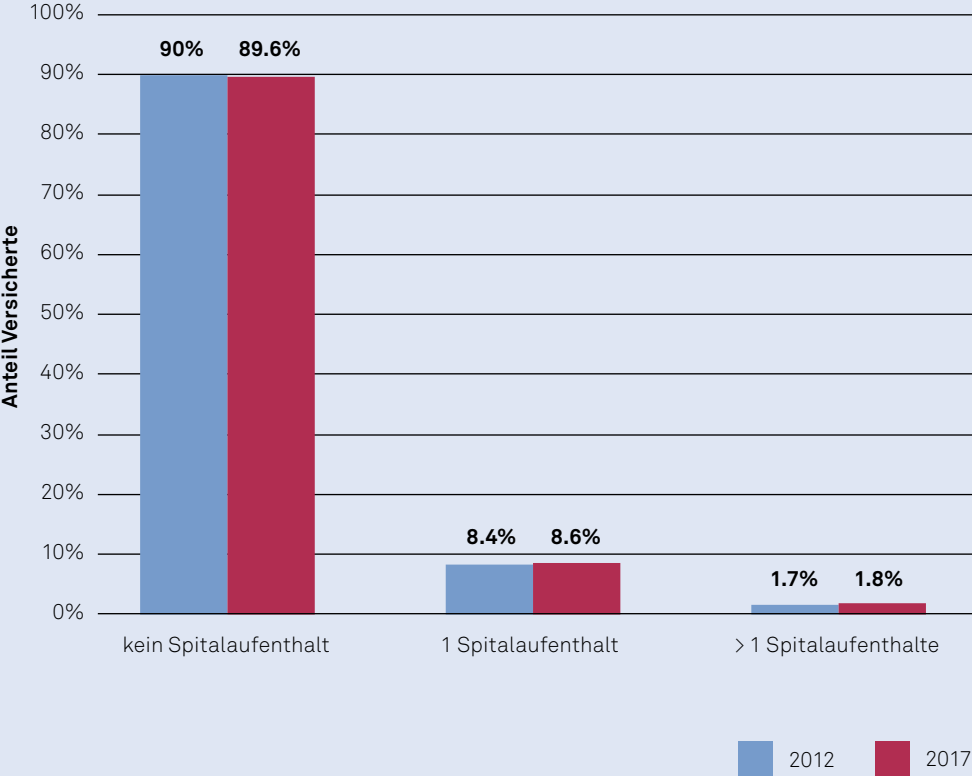


6 | Hospitalisierungshäufigkeit bei städtischer und nicht-städtischer Bevölkerung



Im Zeitverlauf ist nur ein leichter Anstieg des Versichertenanteils mit einem oder mehreren Aufenthalten in unterschiedlichen Spitälern zu beobachten. Die Inanspruchnahme unterschiedlicher Spitäler entwickelt sich linear mit dem Bevölkerungswachstum.

7 | Aufenthalte in unterschiedlichen Spitälern



Ambulante Behandlungen Spital und Arzt

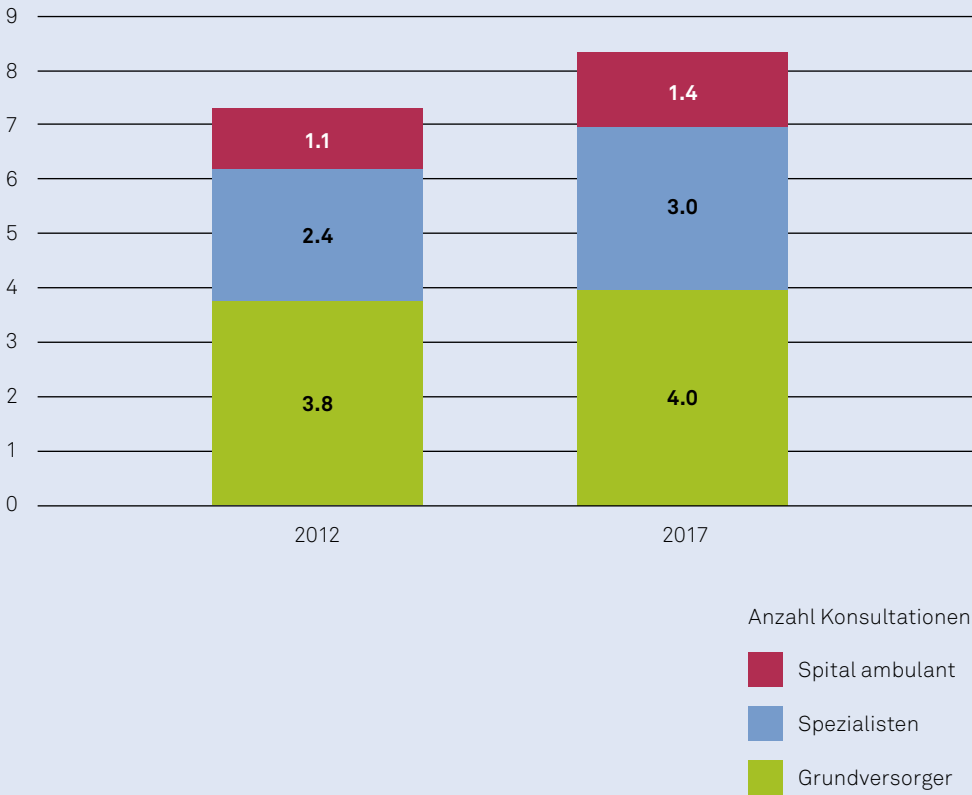
TARMED ist der gesamtschweizerisch einheitliche Tarif, der in der ambulanten ärztlichen Praxis und im ambulanten Spitalbereich bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen angewendet wird. Er umfasst mehr als 4'600 Positionen und nahezu alle Leistungen in Arztpraxen sowie im ambulanten Spitalbereich. Jeder Leistung ist je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl an Taxpunkten zugeordnet. Dabei unterscheidet TARMED zwischen ärztlichen und technischen Leistungen. Auf dieser Grundlage lassen sich mittels der Abrechnungsdaten verschiedene Kennzahlen generieren.

Die Anzahl Taxpunkte, die Konsultationen, aber auch die Dauer der am Patienten erbrachten Minutenleistungen können so bestimmt werden. Berechnet mit der Anzahl der im Tarif mit den Zeiten hinterlegten Positionen kann zudem so die Behandlungsdauer wie auch die Zeit pro Konsultation und Patient oder pro Spezialität berechnet werden. Die im TARMED tarifierten Zeiten unterscheiden sich gegebenenfalls von den tatsächlich angefallenen Zeiten. Da die Tarifstruktur aber zwischen 2012 und 2017 praktisch unverändert blieb, lässt sich – trotz Fehler in der Tarifstruktur – zumindest sehr gut darstellen, wie sich die Konsultationszeiten und Konsultationen im Zeitverlauf verändert haben.

TARMED - Konsultationen

Die Schweizer Bevölkerung konsultiert Ärzte und Spitalambulatorien immer häufiger. Die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro versicherte Person bei Spezialisten ist zwischen 2012 und 2017 von 2.4 auf 3.0 (+23.3%) gestiegen und bei den Spitalambulatorien von 1.1 auf 1.4 (+22.4%). Das sind enorme Wachstumsraten. Geringer ist die Zunahme der durchschnittlichen Konsultationen pro Versicherten bei Grundversorgern (GV); sie stieg lediglich von 3.8. auf 4.0 (+5.6%).

8 | Anzahl Konsultationen pro Versicherten bei Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien

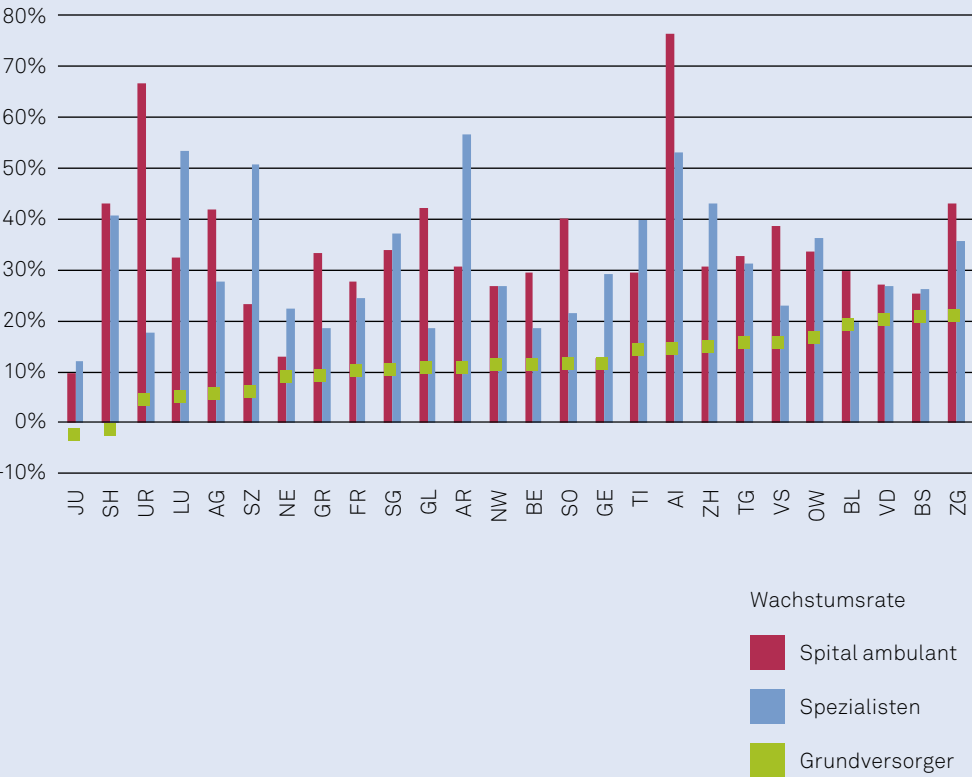


Die absolute Zahl an Konsultationen wächst bei allen drei Gruppen von Versorgern an. Kantonal sind die Entwicklungen sehr unterschiedlich. In den Kantonen Jura und Schaffhausen findet sich zum Beispiel ein Rückgang bei den Grundversorgern, obwohl in sämtlichen anderen Kantonen und Gruppen überall ein Wachstum zu verzeichnen ist. Die tiefste Wachstumsrate bei den Spezialisten weist der Kanton Jura auf. In anderen Kantonen erreichen die Spezialisten Wachstumsraten bis zu über 50%. Ein Zusammenhang zwischen dem Wachstum der Konsultationen bei Grundversorgern und Spezialisten oder Spitalambulatorien scheint nicht vorzuliegen. Ebenso wenig zeigen sich klare Unterschiede zwischen Stadt und Land oder zwischen der Westschweiz und den übrigen Landesteilen.

Das Wachstum der Anzahl ambulanter Konsultationen bei Spezialisten und Spitalambulatorien ist teilweise mit Werten von bis zu über 70% geradezu exorbitant. Besonders im Vergleich zu jenem bei den Grundversorgern von 20%.

Sowohl bei Grundversorgern, Spezialisten wie auch Spitalambulatorien steigt die Anzahl Konsultationen erheblich an. Bei den Grundversorgern ist dieses Wachstum erheblich tiefer.

9 | Wachstum von Konsultationen nach Leistungserbringer und Kanton (2017 gegenüber 2012)

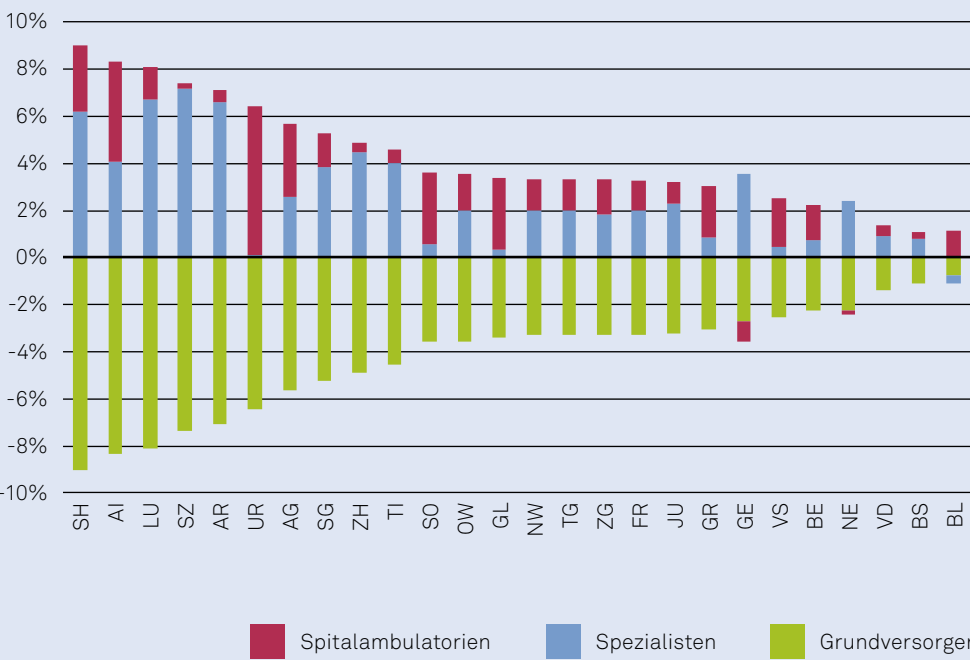


Aus diesem Grund ist der Anteil ambulanter TARMED-Konsultationen bei Hausärzten gemessen an der Summe aller TARMED-Konsultationen bei Grundversorgern, Spezialisten und im Spital in diesem Zeitraum gesunken; und zwar in allen Kantonen. Am stärksten jedoch in vorwiegend ländlich geprägten Deutschschweizer Kantonen. Einzig in Genf und Neuenburg ist der Anteil auch im Spital gesunken.

Die Abdeckung mit Grundversorgern ist seit längerer Zeit rückläufig. Zudem ist die Zugänglichkeit zu Spitalambulatorien sehr hoch und Spezialisten sind oft einfacher verfügbar als überbuchte Grundversorger. Dies könnten mögliche Gründe für diese Verschiebung weg von den Grundversorgern und hin zu Spitalambulatorien und Spezialisten sein.

Patienten werden vermehrt bei Spezialisten und in Spitalambulatorien behandelt. Entsprechend hat die Bedeutung dieser beiden Versorgungsbereiche zugenommen.

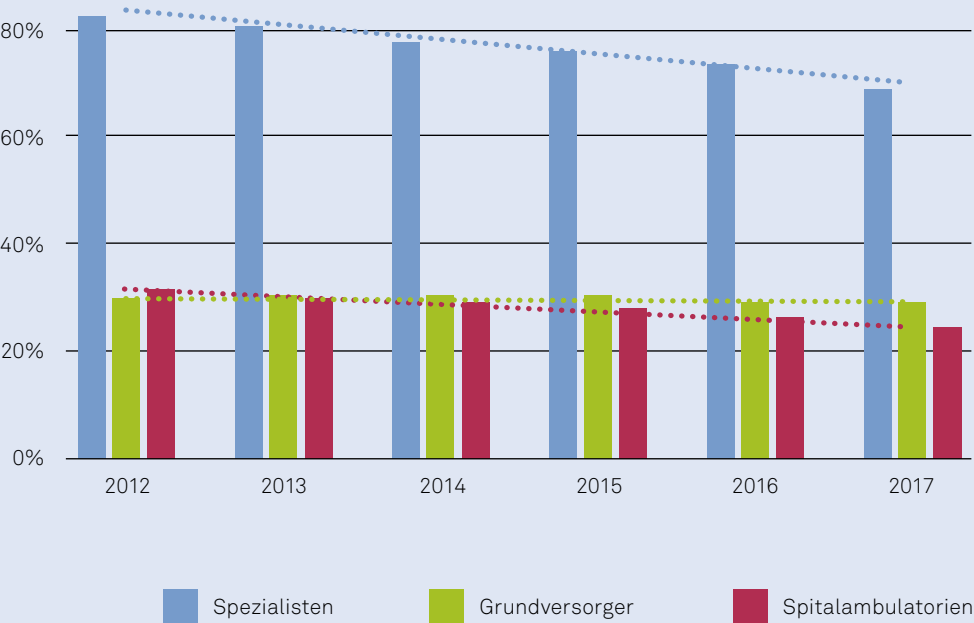
10 | Veränderung der Konsultationsanteile zwischen Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien nach Kanton (2017 zu 2012)



Die Konsultationen unterscheiden sich auch massgeblich nach Geschlechtern. Frauen sind häufiger in ambulanter Behandlung als Männer. 2012 beanspruchten Frauen pro Kopf 83% häufiger Konsultationen bei Spezialisten als Männer. 2017 lag dieser Wert noch bei 70%. In den Spitalambulatorien ging dieser Wert von 31% auf 24% zurück. Bei Grundversorgern liegt der Häufigkeitsunterschied konstant bei 30%. Es ist zu vermuten, dass mindestens ein Teil dieses Unterschieds durch gynäkologische Untersuchungen zu erklären ist.

Die Unterschiede der Konsultationshäufigkeiten pro Person nach Geschlecht nehmen ab.

11 | Verhältnis der Konsultationshäufigkeiten
von Frauen gegenüber Männern nach Anbieter



Auch nach Altersklassen zeigen sich markante Unterschiede bei den Konsultationen pro Versicherten. Je älter jemand ist, desto häufiger werden medizinische Behandlungen in Anspruch genommen. Im Zeitraum von 2012 bis 2017 ist in jeder Altersklasse die durchschnittliche Zahl an Konsultationen pro Versicherten gestiegen – grossmehrheitlich um etwa eine Konsultation. Diese Veränderung mit einer höheren Morbidität der Gesamtbevölkerung oder veränderten Präferenzen der Patienten zu erklären, greift zu kurz. Die Gründe dürften vielmehr in den angebotsinduzierten Marktverhältnissen des Gesundheitswesens zu finden sein.

In jeder Altersklasse ist die durchschnittliche Konsultationshäufigkeit zwischen 2012 und 2017 angestiegen – am stärksten jedoch bei den über 70-Jährigen.

12 | Konsultationen nach Altersklasse (in Minuten)



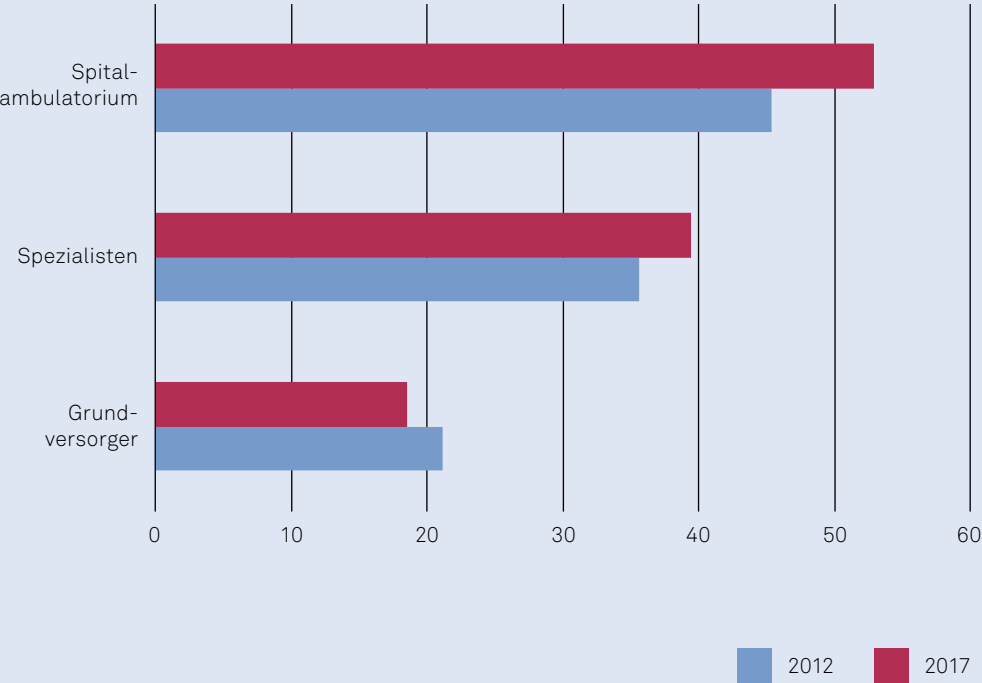
Konsultationszeiten

Auch die Konsultationszeiten pro Konsultation unterscheiden sich erheblich danach, ob sie bei einem Grundversorger, Spezialisten oder in einem Spitalambulatorium durchgeführt wurden. Die Entwicklung von 2012 bis 2017 ist jedoch unterschiedlich: Während die durchschnittliche Konsultationszeit bei Grundversorgern im gesamtschweizerischen Durchschnitt 2012 bis 2017 um zwei Minuten zurückgegangen ist, ist sie bei den Spezialisten durchschnittlich von 36 auf 39 Minuten und im Spital von 45 auf 53 Minuten, also um bis zu 18%, gestiegen.

Allenfalls verlagern sich die Behandlungen der Patienten von der sprechenden Medizin in vorwiegend technisch-interventionistische Bereiche. Es ist, wie bereits erwähnt denkbar, dass Spitäler und Spezialisten einfacher zugänglich sind oder dass es von den Patienten geschätzt wird, wenn mehr Zeit für Abklärungen, Diagnostik und Aufklärung zur Verfügung steht. Soweit diese Bedürfnisse vorhanden sind, schaffen es jedenfalls die Spezialisten und Spitalambulatorien eher, diese zu bedienen. Allenfalls sind auch einfach die Angebotskapazitäten bei Spezialisten und in Spitalambulatorien für eine Ausdehnung der Konsultationszeiten überhaupt vorhanden.

In der ärztlichen, ambulanten Grundversorgung wurde 2017 für die Arbeit mit Patienten pro Konsultation weniger Zeit aufgewendet als 2012. Im Spitalbereich und bei den Spezialisten verhält es hingegen umgekehrt.

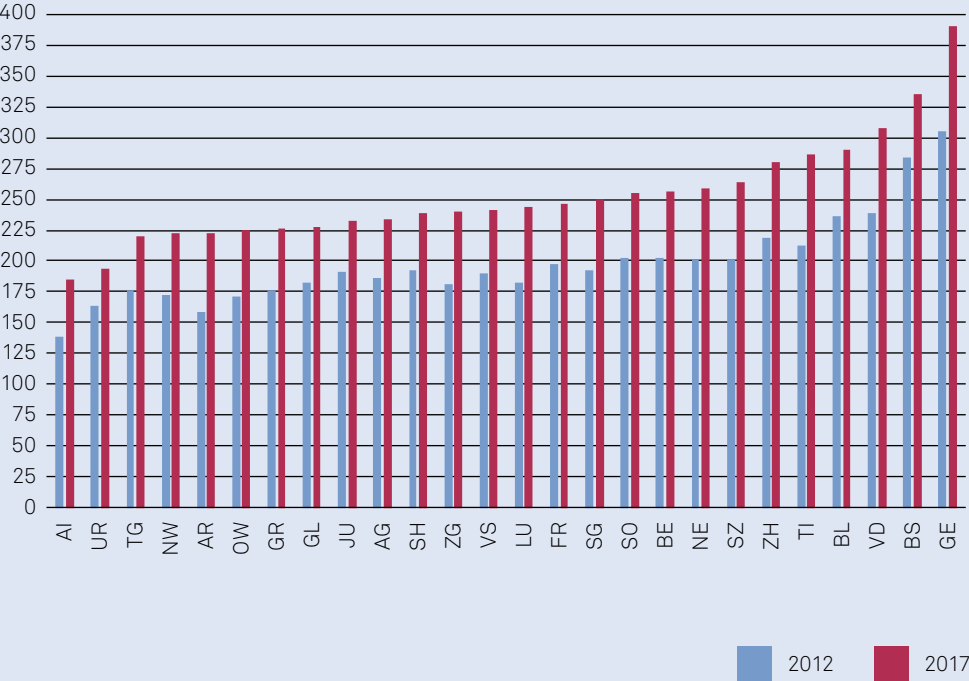
13 | Entwicklung der Konsultationsdauer



Verbrachten Patienten 2012 im Spitalambulatorium oder beim Arzt ambulant 223 Minuten, waren es 2017 bereits 288 Minuten – das sind fast fünf Stunden. Die Zeit, welche die Versicherten bei einem ambulanten TARMED-Leistungserbringer zwischen 2012 und 2017 durchschnittlich und jährlich in Anspruch nahmen, stieg im gesamtschweizerisch um knapp 29%.

Die ambulante Behandlungsdauer pro Kopf der Bevölkerung hat sich in allen Kantonen ausgedehnt. An der Spitze liegen die Kantone Genf, Basel-Stadt und Waadt. In den Kantonen Genf und Waadt sind die Zeitleistungen pro versicherte Person vergleichsweise lang, während sie tiefe Hospitalisierungsraten ausweisen (siehe Kapitel „Behandlungen in Spitälern“). Im Kanton Basel-Stadt hingegen ist ein solcher Trade-Off nicht zu beobachten.

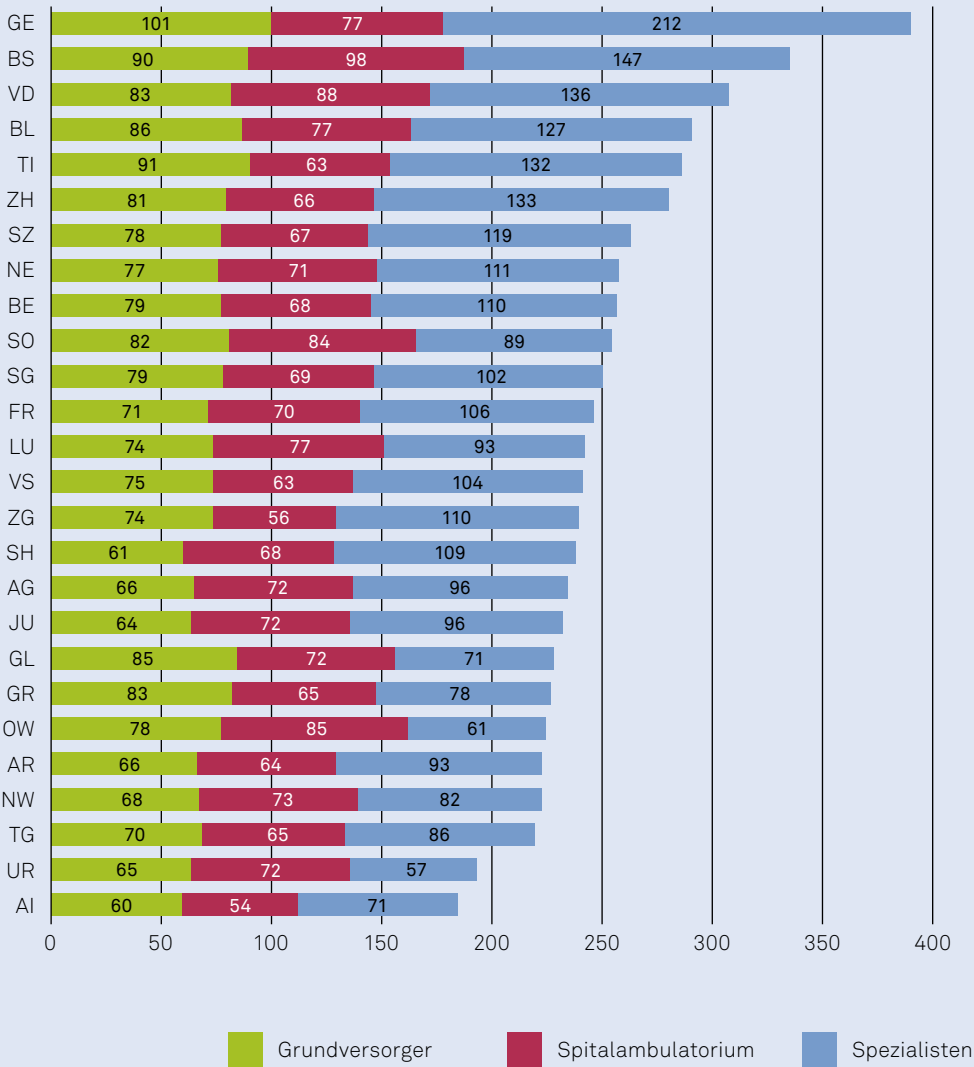
14 | Konsultationsdauer (in Minuten)
bei Ärzten und Spitalambulatorien nach Kanälen



Unterschieden nach Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien zeigt sich für 2017 folgendes Bild: Während die Zeiten bei Grundversorgern und Spitälern schweizweit vergleichsweise homogen verteilt sind, sind die kantonalen Unterschiede bei den Spezialisten viel grösser.

Insbesondere in den hauptsächlich städtisch geprägten und Westschweizer Kantonen sind die Konsultationszeiten der Patienten bei den Spezialisten überdurchschnittlich hoch. Besonders ausgeprägt ist dies im Kanton Genf. Es ist durchaus denkbar, dass ein Zusammenhang mit der Tendenz zur «Ambulantisierung» besteht. Unter Umständen müssen Patienten aufwendiger behandelt werden. Naheliegender ist jedoch, dass ein Zusammenhang zwischen dem vorhandenen Angebot und dem Willen der Leistungserbringer, die Kapazitäten auszulasten besteht (Angebotsinduzierung).

15 | Konsultationsdauer (in Minuten) bei Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien nach Kanälen (2017)

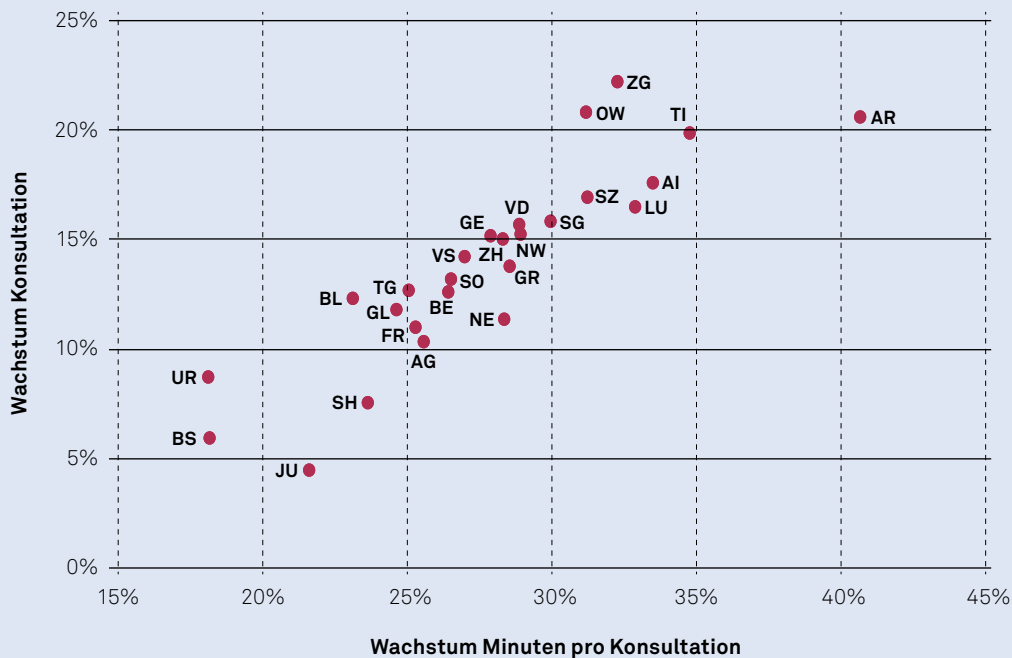


Ein erstaunliches Bild zeigt sich, wenn man zwischen 2012 und 2017 das Wachstum der Anzahl Konsultationen pro Kanton mit dem Anstieg der durchschnittlichen Konsultationsdauer pro Kanton darstellt. Es zeigt sich, dass in Kantonen mit hohem Wachstum der Konsultationsdauer auch das Wachstum der Konsultationshäufigkeit höher ist.

Der Zusammenhang könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Leistungserbringer in Gebieten mit relativ grosszügigen Angebotskapazitäten selber Konsultationen vorantreiben und zeitlich ausdehnen (Angebotsinduzierung). Andererseits suchen vielleicht auch die Versicherten vermehrt nach ambulanter Diagnostik und Behandlung. Oder die Morbidität verändert sich kantonale unterschiedlich stark. Gerade in kleinen Kantonen ist es zudem möglich, dass relativ kleine Veränderungen bei der Anzahl Kranken einen relativ grossen prozentualen Effekt haben.

In allen Kantonen wird im ambulanten Bereich seit 2012 erheblich häufiger und intensiver behandelt.

16 | Wachstum von Konsultationen und Konsultationsdauer nach Kanälen (2017 zu 2012)



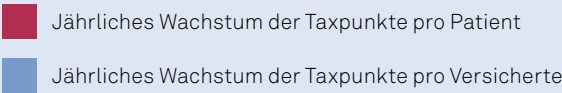
TARMED - Leistungen

Der Einzelleistungstarif TARMED wird in verschiedenen Kapiteln geführt. Das Kapitel 00 bildet zum Beispiel Grundleistungen ab, das Kapitel 08 beinhaltet Leistungen im Zusammenhang mit dem Auge. Den einzelnen Leistungen im TARMED sind Taxpunktzahlen zugeordnet. Beispielsweise sind der Leistung Konsultation erste 5 Min im Kapitel 00 18.61 Taxpunkte zugewiesen. Die Abrechnungsdaten erlauben es, die anfallenden Taxpunkte auszuweisen.

In den folgenden Darstellungen gilt als Patient, wer mindestens einmal im Jahr eine Behandlung in Anspruch genommen hat und über das Krankenversicherungssystem erfasst worden ist.

Das jährliche Wachstum der Taxpunkte pro Versicherten und pro Patienten ist enorm, liegt bei den Versicherten aber über jenem des Wachstums pro Patienten. Somit bestätigt sich, dass medizinische Leistungen im Bereich TARMED von den Patienten immer intensiver und gleichzeitig von den Versicherten immer häufiger in Anspruch genommen werden. Die Häufigkeiten steigen allerdings stärker als die Behandlungsintensitäten.

17 | Wachstum der TARMED-Taxpunkte bei Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien (2017 – 2012)



In allen Anbietergruppen sind die erbrachten Leistungen in den Jahren 2012 bis 2017 praktisch linear angestiegen und zwar massiv. Bei den ärztlichen Spezialisten von 3.7 auf 5.6 Milliarden (+ 51%), im Spitalambulatorium 3.1 auf 4.3 Milliarden (+39%) und bei den Grundversorgern 2.4 auf 2.9 Milliarden (+ 21%). Die den Versicherern von Spezialisten und Spitalambulatorien verrechneten Taxpunkte steigen von 2012 bis 2017 also massiv stärker als jene von Grundversorgern.

Betrachtet man die Entwicklung der Taxpunkte nach ausgewählten TARMED-Kapiteln, ergibt sich folgendes Bild:

	Wachstum 2012-2017
Bildgebende Verfahren	30.8%
Grundleistungen	39.8%
Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	40.5%
Psychiatrie	40.8%
Ops, Aufwachraum, Tagesklinik	51.8%
Auge	53.9%
TOTAL	38.8%

Tabelle 2: Wachstum von TARMED-Taxpunkten nach TARMED-Kapiteln

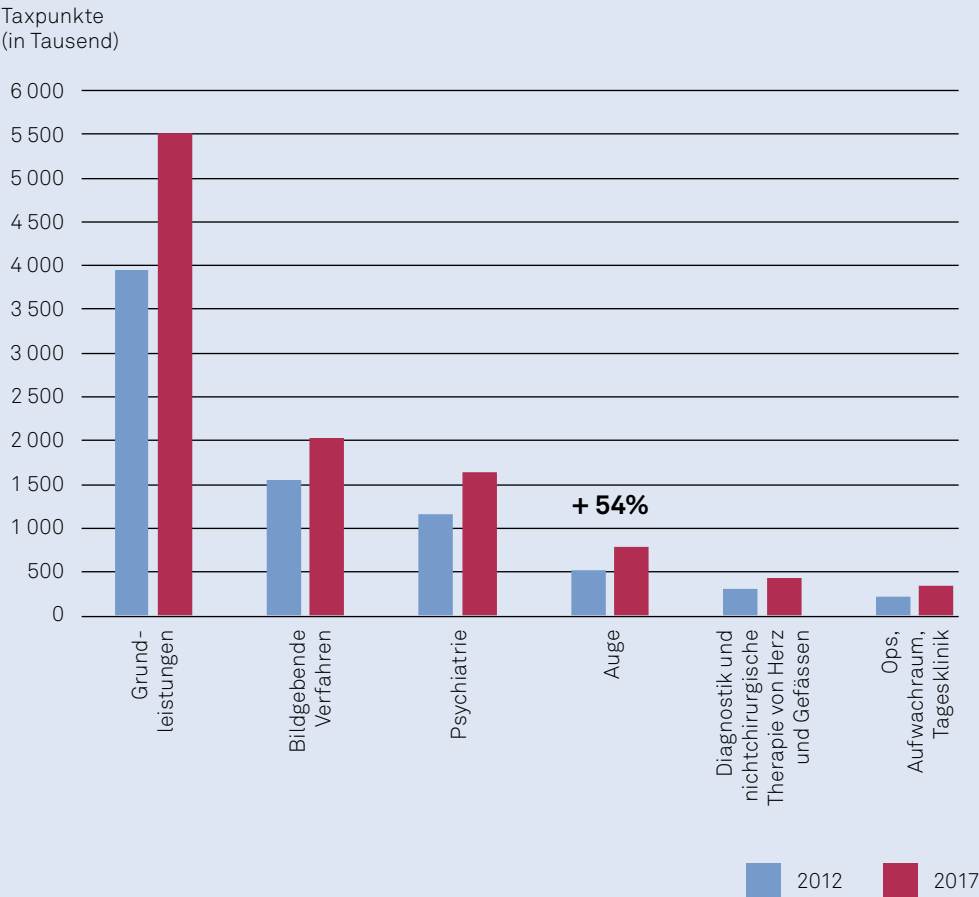
18 | Entwicklung der TARMED-Taxpunkte bei Grundversorgern, Spezialisten und Spitalambulatorien



Die insgesamt abgerechneten Taxpunkte sind von 2012 bis 2017 um rund 39% gestiegen. Von den sechs mengenmässig gewichtigsten Kapiteln war der Anstieg bei Kapitel 8 «Auge» mit 54% besonders markant.

Diese Entwicklung dürfte zu einem gewissen Teil mit dem anhaltenden Trend zur «Ambulantisierung», aber auch mit der demographischen Entwicklung zusammenhängen. Ausserdem sind in diesem Zeitraum auch die Anzahl der Konsultationen und die durchschnittliche Konsultationsdauer angestiegen.

19 | Entwicklung der TARMED-Taxpunkte nach TARMED-Kapiteln



Anteil Versicherter bei unterschiedlichen Ärzten

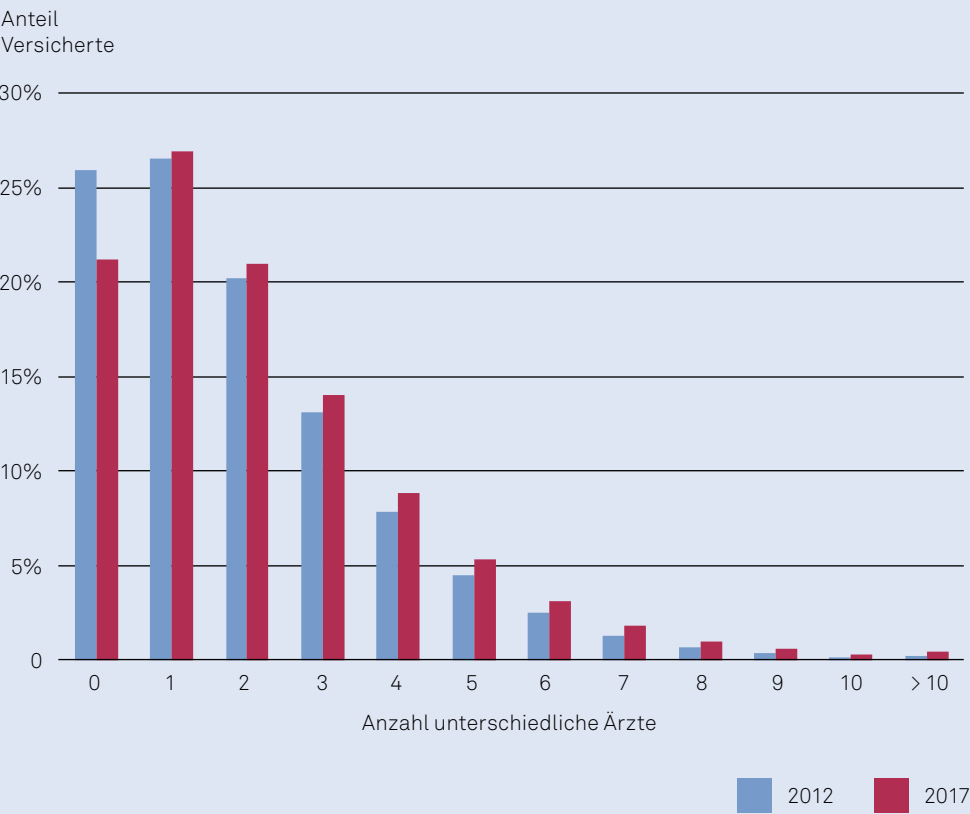
Ein Fokusthema der Gesundheitspolitik in den letzten Jahren war der Koordinationsbedarf unter den Leistungserbringern. Dazu gehören Themen wie Managed Care, elektronisches Patientendossier oder auch die Interprofessionalität. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse zu wissen, wie sich die Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungserbringern entwickelte.

Folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil Versicherte, welche im Jahr keinen Arzt in Anspruch nehmen, von rund 26% auf 21% gesunken ist. Nicht miteingeschlossen in diesen Zahlen sind die Spitäler, es handelt sich allein um freipraktizierende Ärzte mit eigener Zahlstellennummer. Der Anteil Versicherte, welche einen oder mehrere Ärzte in Anspruch nehmen, ist hingegen in allen Gruppen angestiegen.

Mit jedem weiteren zusätzlich aufgesuchten Leistungserbringer steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Leistungen erbracht werden, die bei guter Koordination vermeidbar wären (Labor, bildgebende Verfahren, Rezepte etc.). Der Koordinationsbedarf wird zunehmend dringender. Doch mit der Zunahme der Spezialisierung wird die Koordination laufend komplexer und das Schnittstellenmanagement schwieriger. Gleichzeitig haben die Grundversorger immer weniger Zeit für die Behandlung der Patienten. Sodann scheint noch weniger Zeit für eine Koordination zur Verfügung zu stehen

Angesichts der Zunahme von Konsultationen bei unterschiedlichen Leistungserbringern und dem gestiegenen Behandlungsbedarf wird der Koordinationsbedarf immer grösser. Die Grundversorger haben dafür immer weniger Zeit.

20 | Anteil von Versicherten bei unterschiedlichen Ärzten



Medikamentenbezüge

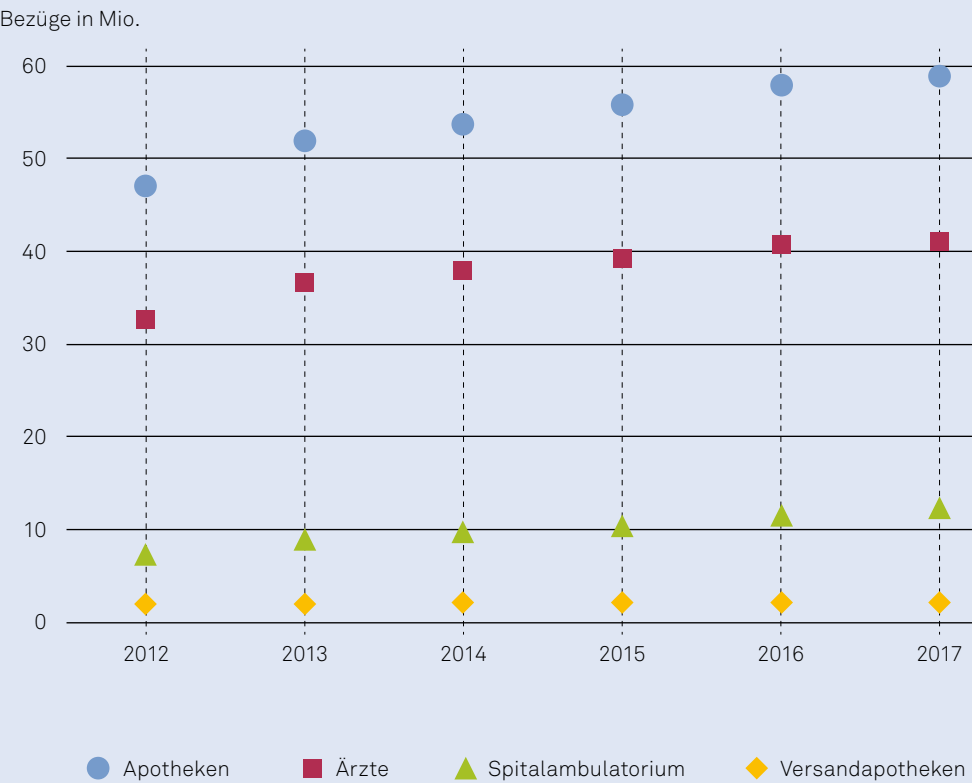
Rund 47 Millionen Medikamentenbezüge wurden 2012 in Schweizer Apotheken getätigt, die von der Grundversicherung getragen wurden. 2017 waren dies bereits rund 60 Millionen. Die Bezüge bei Ärzten stiegen von 32 auf rund 41 Millionen an und bei ambulanten Spitalbehandlungen von rund 8 auf 12 Millionen. Den Versandhandel nutzt die schweizerische Bevölkerung in einem vergleichsweise eher bescheidenen Ausmass.

Die jährlichen Wachstumsraten der Bezüge unterscheiden sich erheblich und entwickeln sich je nach Kanal wie folgt:

durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 2012-2017	
Apotheken	4.6%
Ärzte	4.8%
Spitäler	10.9%
Versand	1.5%

Tabelle 3: Wachstumsraten bei Medikamenten-Bezugskanal

21 | Entwicklung der Medikamentenbezüge nach Kanal

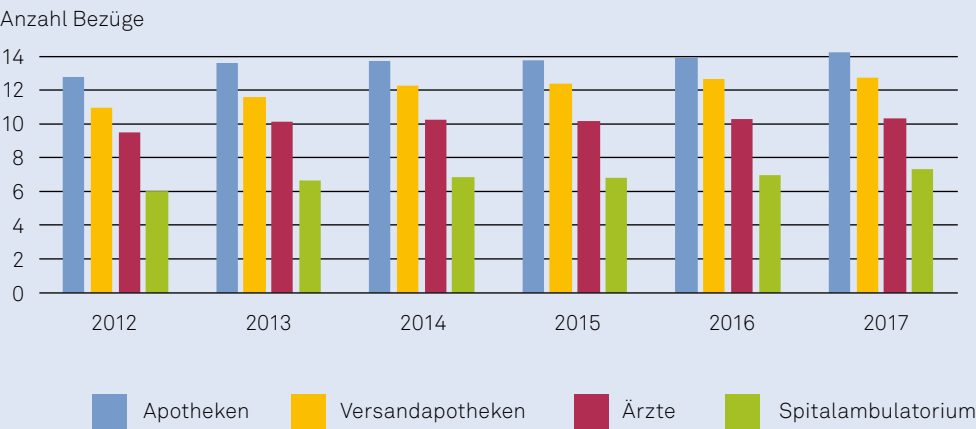


Die durchschnittliche Anzahl Bezüge jener Personen, welche mindestens einmal im Jahr mit der Versicherung abgerechnete Medikamente beziehen, steigt ebenfalls im Zeitverlauf an. Dies gilt für alle Bezugskanäle. Die grösste Zahl Bezüge pro Person fällt in den Offizin-Apotheken an. Die wenigen Personen, welche den Versandhandel in Anspruch nehmen, haben durchschnittlich am zweitmeisten Bezüge. Gemäss Arzneimittelreport 2018 werden über diesen Kanal vorzugsweise teure Präparate bezogen (epaper.helsana.ch/arzneimittelreport/2018).

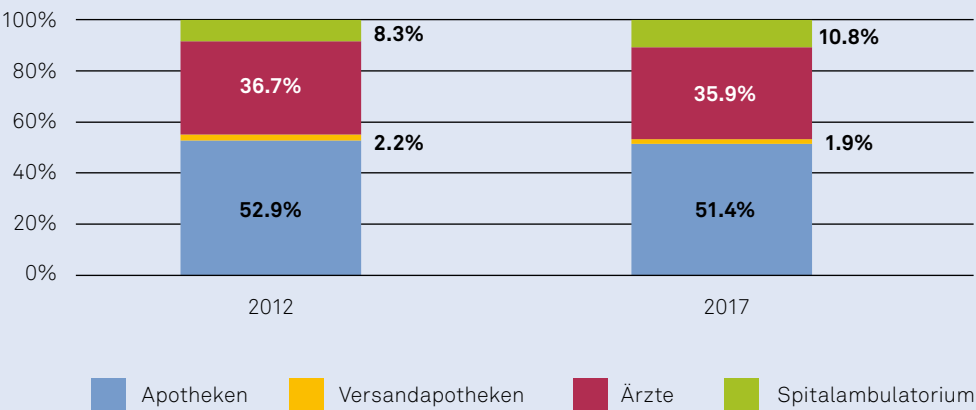
Mit der Zunahme ambulanter Spitalbehandlungen steigt auch der Bezugsanteil in diesem Bereich an den gesamten Medikamentenbezügen. Von den übrigen Abgabestellen beziehen die Patientinnen und Patienten 2017 geringere Anteile als 2012.

Die Apotheke ist nach wie vor Bezugskanal Nummer Eins. Mit der Verlagerung der Behandlungen in den ambulanten Spitalbereich steigt auch hier die Anzahl Medikamentenbezüge entsprechend stark an.

22 | Medikamentenbezüge pro Bezüger nach Kanal



23 | Marktanteile in Bezügen nach Kanal

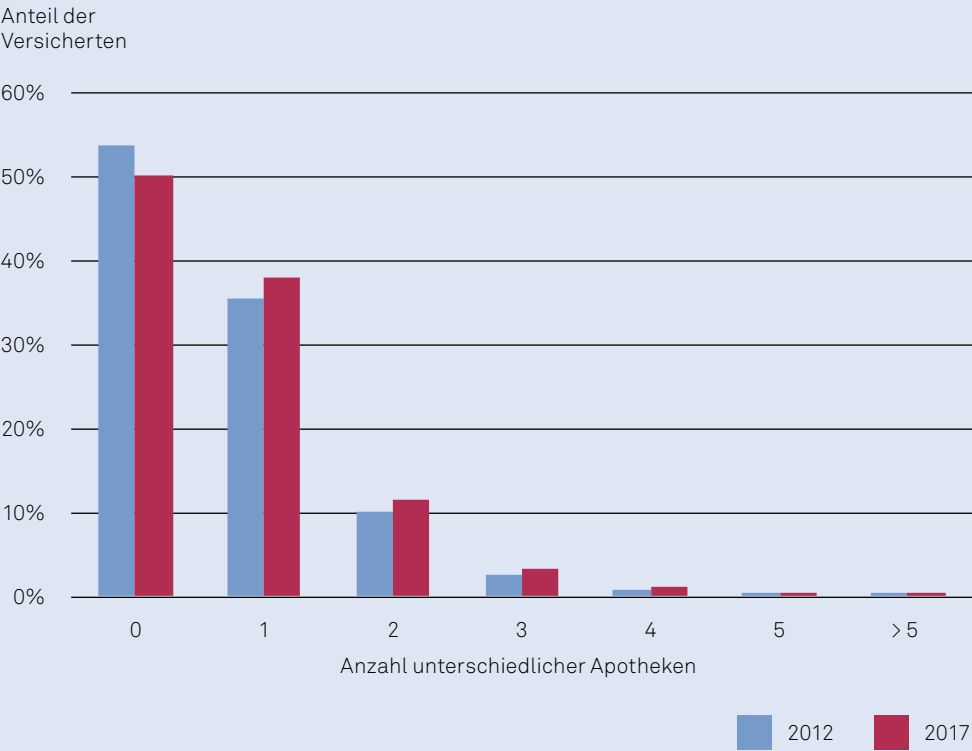


Im Vergleich zu den Arztkonsultationen ist der Anteil Versicherter, welche mehrere Apotheken für ihre Bezüge nutzen, eher klein. Der Anteil an Personen, die über ein Kalenderjahr nie Medikamente über die Grundversicherung bezogen und über die Krankenversicherer abgerechnet haben, ist von rund 54% auf 50% gesunken.

Die Versicherten suchen aber immer noch seltener mehrere unterschiedliche Apotheken als unterschiedliche Ärzte auf. Zwar ist der Zugang zu Apotheken sehr niederschwellig, was es leicht machen würde, die Arzneimittel einfach in einer beliebigen Apotheke zu beziehen. Für die Kunden scheint es indes vorteilhaft zu sein, die ihnen bekannten Apotheken im Umfeld aufzusuchen. Welches Potenzial sich in diesem Zusammenhang zur Übernahme einer Koordinationsfunktion der Apotheken ergibt, ist schwierig abzuschätzen und müsste daher zunächst geprüft werden. Die vergleichsweise hohe Bindung und Treue zur Stammapotheke deutet zumindest auf ein grosses Potenzial hin.

Dank Kundentreue könnten die Apotheken künftig eine neue Rolle in der Koordination der Grundversorgung spielen.

24 | Versicherte mit Medikamentenbezügen bei mehreren Apotheken



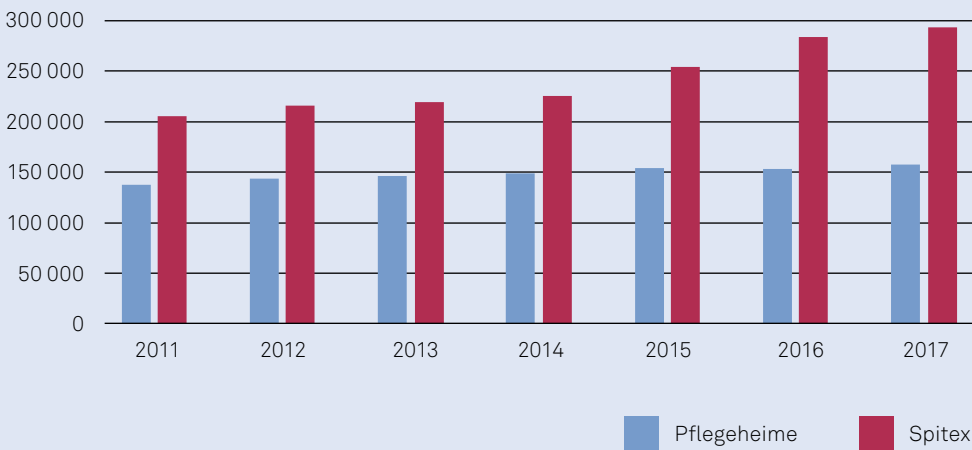
Pflege

Im Pflegebereich steht das Motto «ambulant vor stationär» seit vielen Jahren im Rahmen verschiedener Initiativen im Vordergrund. 2011 ist die gegenwärtig gültige Pflegefinanzierung in Kraft getreten: Die Krankenversicherung übernimmt dabei einen gesetzlich festgelegten Höchstbetrag, die pflegebedürftige Person bezahlt einen maximalen Beitrag pro Pflegetag. Den Rest der Pflegekosten übernehmen Kantone und/oder Gemeinden.

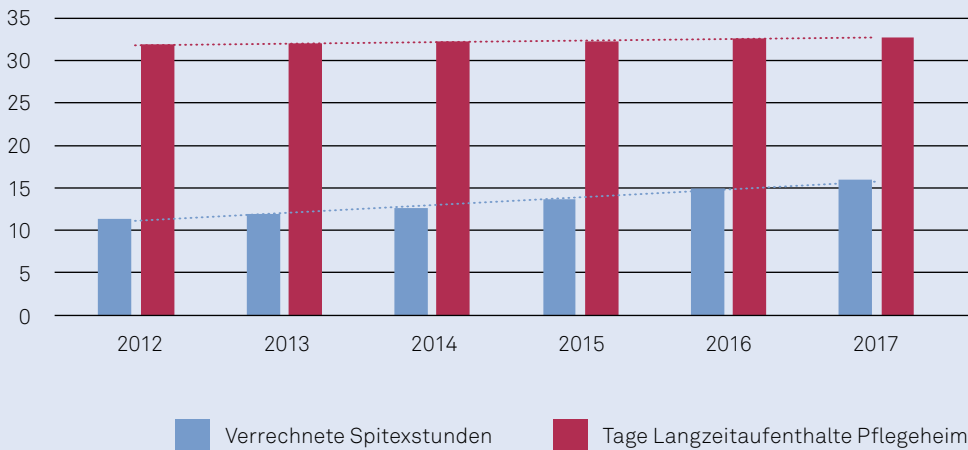
Seither ist die Entwicklung der Anzahl Klienten in der Langzeitpflege – also Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen – nur leicht angestiegen, währenddessen die Zahl der Spitex-Bezüger um fast 30% zugenommen hat. Der Anteil durch Spitex-Organisationen betreute Menschen wächst rasant.

Naheliegenderweise ist auch die Anzahl Spitex-Stunden entsprechend angestiegen. Die Anzahl Aufenthaltstage in der Langzeitpflege sind hingegen praktisch konstant geblieben.

25 | Entwicklung von Klienten in Spitex, Pflegeheimen und Langzeitpflege



26 | Spitexstunden und Langzeitaufenthalte im Pflegeheim



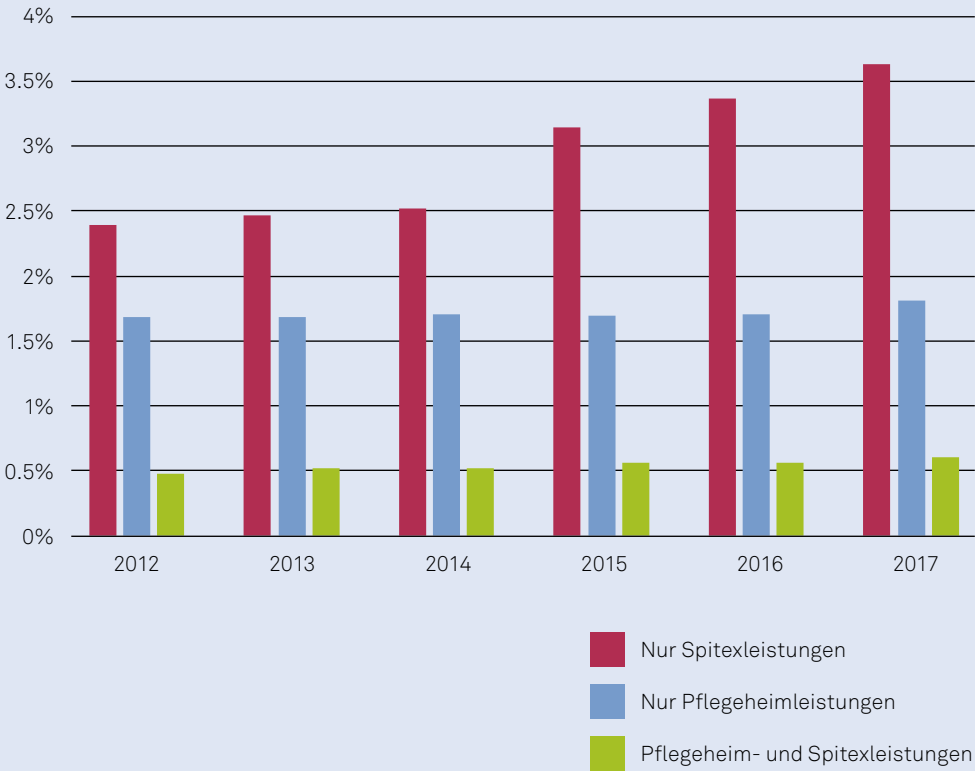
Dieser Trend zeigt sich auch in den Zahlen der Versicherer: Der Anteil Versicherte mit Spitex-Bezügen ist zwischen 2012 und 2017 von rund 2.5% auf 3.5% gestiegen. Bei Pflegeheimleistungen ist der Wert mit rund 1.7% fast konstant geblieben.

Diese Entwicklungen können ein Indiz dafür sein, dass eine zunehmende Verlagerung der Leistungserbringung von den Pflegeheimen hin zur Spitex stattfindet, sich also das Prinzip „ambulant vor stationär“ voll in Umsetzung befindet.

Zugenommen hat der Anteil jener Personen, welche sowohl Spitex- als auch Pflegeheimleistungen in einem Jahr bezogen haben. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass Aufenthalte zwecks Entlastung von pflegenden Angehörigen zu Hause zunehmen. Gemäss Hochrechnung auf Basis der Zahlen von Helsana ist die Zahl dieser Personen gesamtschweizerisch von 38'000 im Jahr 2014 auf 51'000 im Jahr 2017 gestiegen. Eine Zunahme um mehr als 30%.

Sowohl der Spitex-Anteil im Pflegebereich als auch die Anzahl Personen, die sowohl Spitex- als auch Pflegeheimleistungen in Anspruch nehmen, steigen stark an.

27 | Anteil Versicherte mit Pflegeleistungen im Zeitverlauf

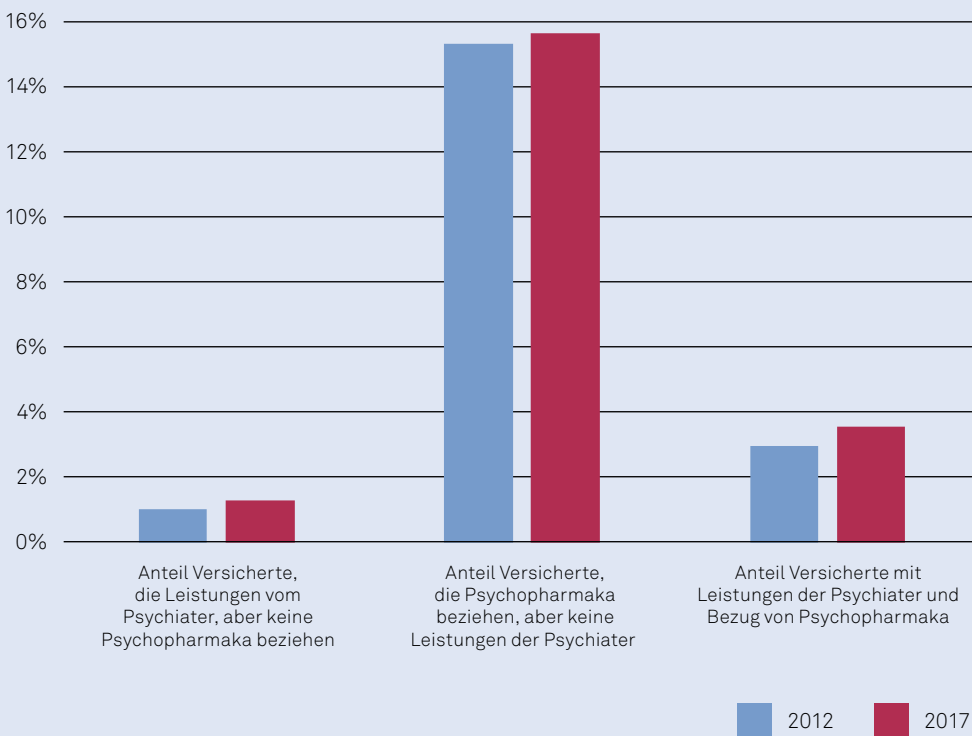


Psychiatrie

Konsultationen ambulant

Generell können auf Basis von Leistungsdaten von Versicherern Fragen zum Ausmass psychiatrischer Behandlungen mit verschiedenen Parametern dargestellt werden. Beispielsweise werden bei über 15% aller Versicherten Psychopharmaka (ATC No5 = Psycholeptika und No6 = Psychostimulanzien) verrechnet, die nicht von einem Facharzt für Psychiatrie abgegeben wurden. Der Anteil Versicherte mit Behandlung beim Psychiater und Verrechnung von Psychopharmaka belief sich 2017 auf knapp 4%. Der Anteil Versicherte mit psychiatrischer Behandlung ohne Medikamentenverschreibung betrug rund 1%. Als psychiatrischer Patient gelten im Folgenden jene Personen, die mindestens einmal jährlich psychiatrische Leistungen einschliesslich Medikamente in Anspruch genommen haben, die über das Krankenversicherungssystem erfasst wurden.

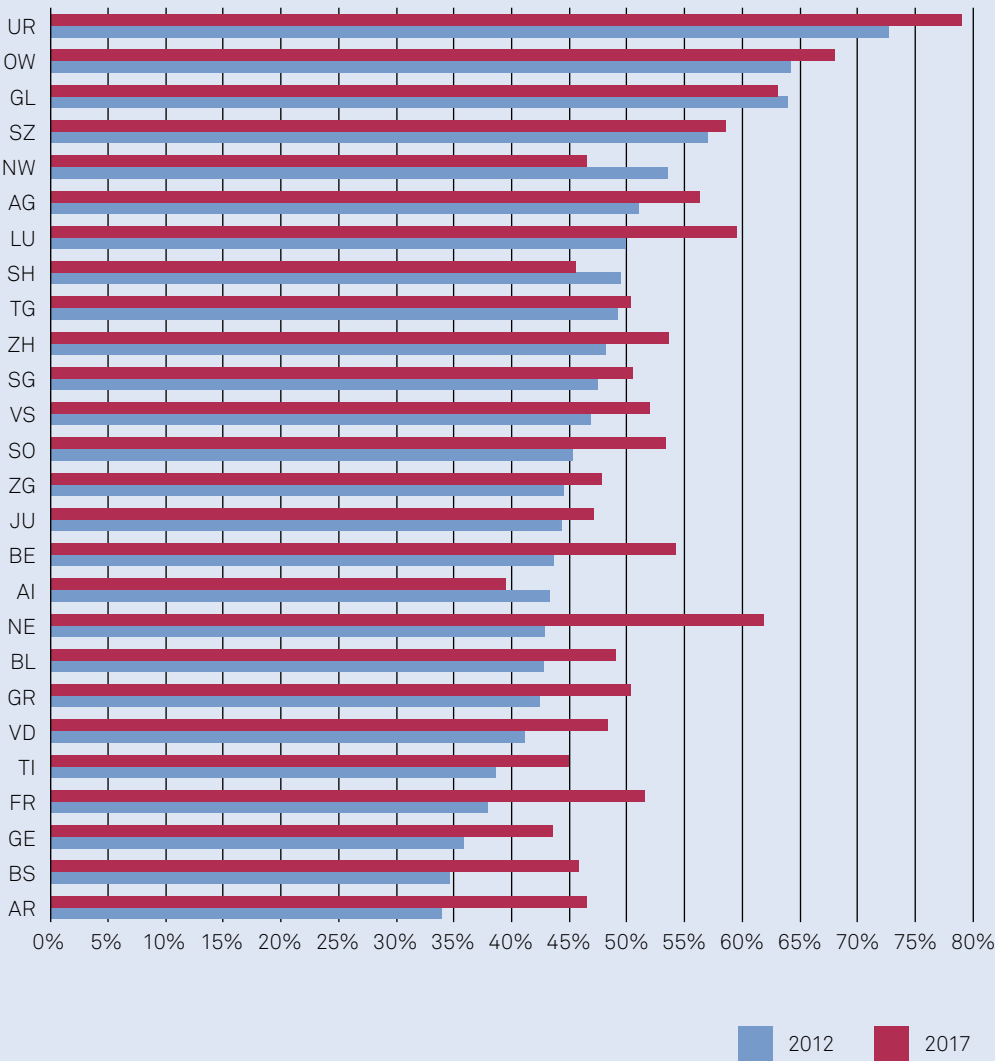
28 | Anteil Versicherte mit ambulanten psychiatrischen Leistungen



Viele Betroffene suchen aber auch Psychologen auf, welche delegiert von den Psychiatern Behandlungen durchführen. In praktisch allen Kantonen ist dieser Anteil von 2012 bis 2017 zum Teil massiv angestiegen und liegt nun in vielen Kantonen bei über 50%.

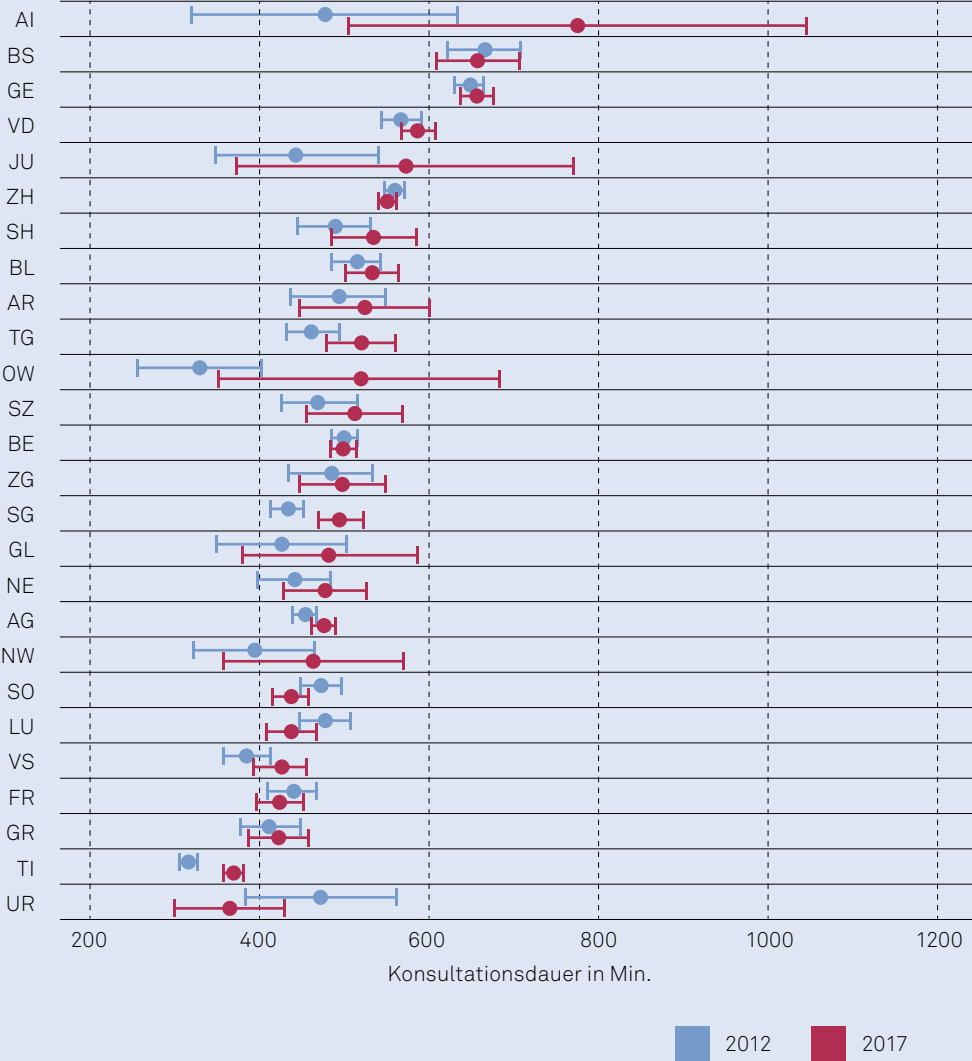
Der Anteil delegierter psychotherapeutischer Konsultationen an allen psychotherapeutischen Konsultationen nimmt generell stark, kantonal aber sehr unterschiedlich zu.

29 | Anteil von Konsultationen in delegierter Psychotherapien nach Kanton



Auch die Zeit, die Patienten in aktivem Austausch mit ihrem Psychiater stehen, ist kantonal unterschiedlich. Am meisten Zeit brauchen die Patienten in den Kantonen Basel-Stadt, Genf und Waadt. Weniger in den eher ländlich geprägten Kantonen sowie im Kanton Tessin. In einigen Kantonen nahm der zeitliche Aufwand etwas zu. In den meisten anderen Kantonen änderte sich der Zeitaufwand pro Patient beim Psychiater allerdings nicht statistisch signifikant. Offen ist, inwiefern das mit der Bevölkerungsstruktur und/oder der Ärztedichte zusammenhängt.

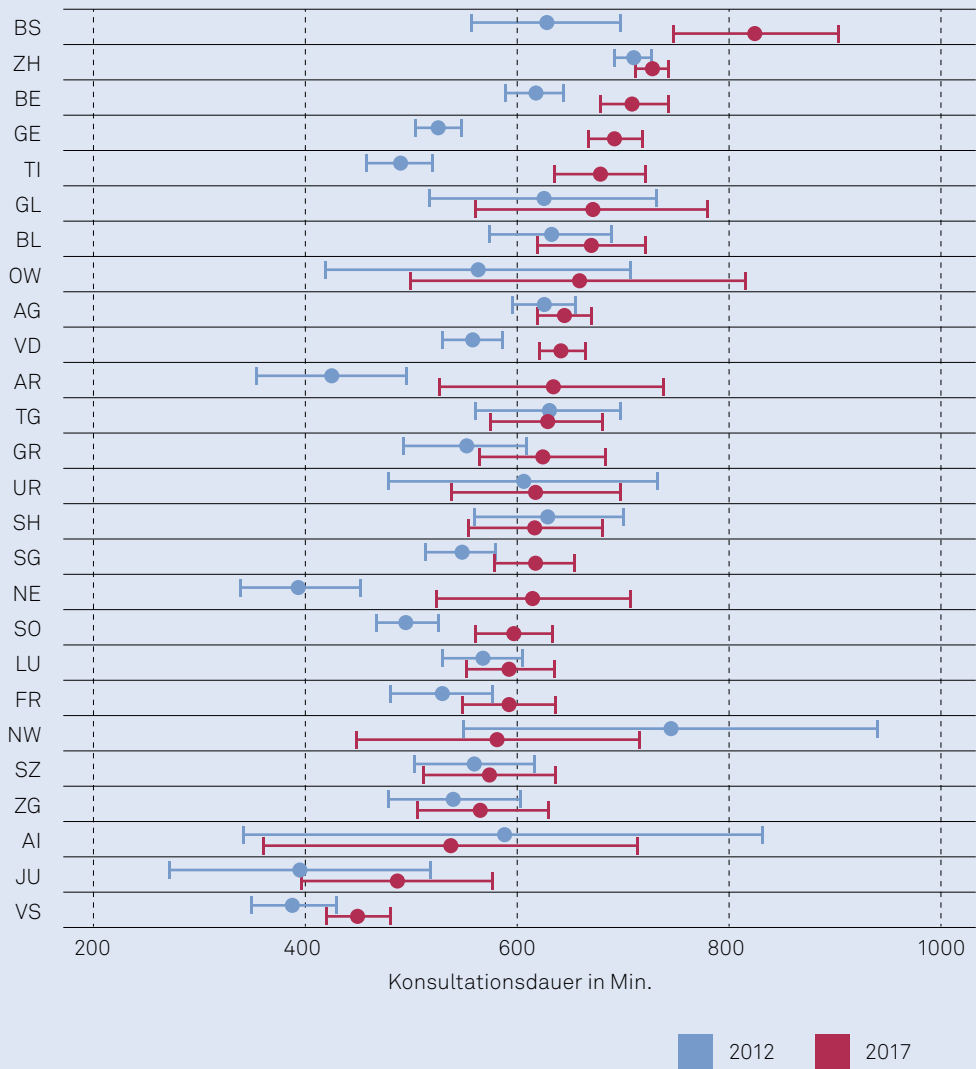
30 | Konsultationsdauer beim Psychiater (in Minuten)



Die zeitliche Beanspruchung der Patienten ist in der delegierten Psychotherapie deutlich länger als beim psychiatrischen Facharzt. Die kantonalen Unterschiede sind hier im Vergleich zu den Psychiatern aber viel ausgeprägter. Auch hier stechen die drei Kantone Basel-Stadt, Genf und Waadt heraus.

In der delegierten Psychotherapie wird länger therapiert als beim Psychiater.

31 | Konsultationsdauer in delegierter Psychotherapie (in Minuten)

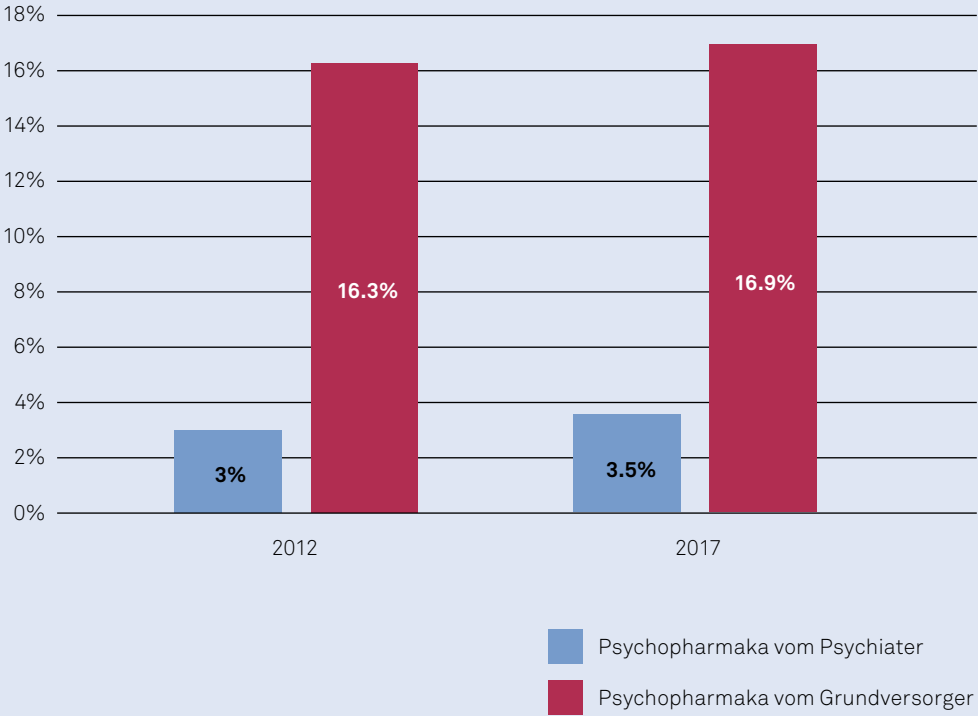


Psychopharmaka ambulant

Die medikamentöse Therapie ist zentraler Bestandteil psychiatrischer Behandlungen. Weitaus am häufigsten lassen sich die Patienten Psychopharmaka (Psycholeptika, Psychostimulanzien) allerdings vom Grundversorger verschreiben. Rund 17% aller Versicherten erhalten auf diesem Weg mindestens einmal jährlich Psychopharmaka. Etwas weniger als 4% der Versicherten erhalten sie vom Psychiater verschrieben. Über die Zeit sind diese Werte nahezu stabil.

32 | Versicherte mit Bezug von Psychopharmaka

Anteil
Versicherte

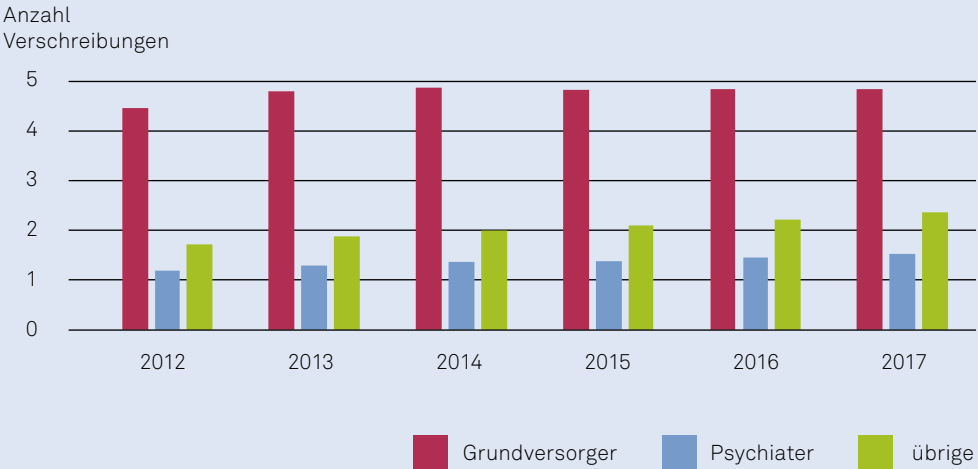


Aus welchen Gründen der grösste Teil der Psychopharmaka durch die Grundversorger verschrieben wird, lässt sich den Daten nicht direkt entnehmen. Es ist zu vermuten, dass in der Grundversorgung keine eigentliche therapeutische Begleitung in Form von Gesprächstherapie stattfindet. Wahrscheinlich werden den meisten betroffenen Personen in Kombination mit anderen Therapien Mittel mit beruhigender Wirkung verschrieben.

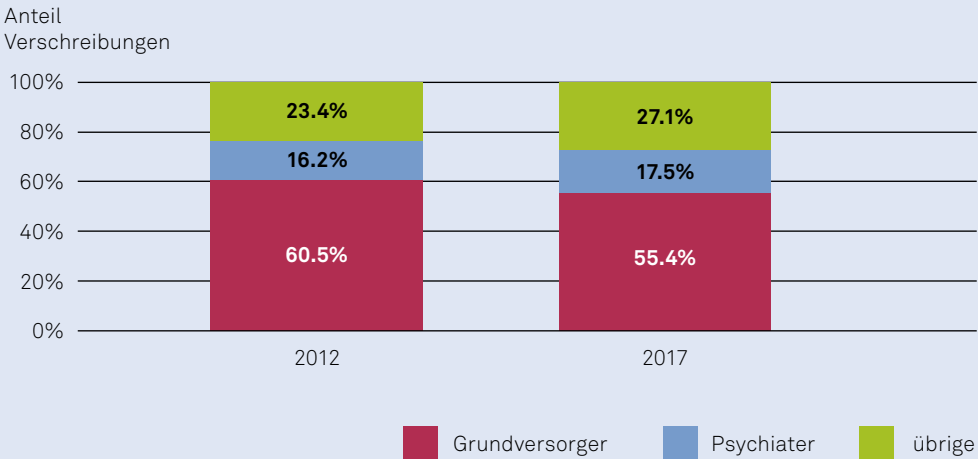
Neben den Grundversorgern und den Psychiatern verschreiben auch andere Ärzte Psychopharmaka. Auf diesem Vertriebsweg ist die absolute Anzahl der Verschreibungen von 2012 bis 2017 um 40% emporgeschneit und zwar von rund 1.7 Millionen auf rund 2.4 Millionen.

Entsprechend ist der Anteil der Verschreibungen ausserhalb der Psychiater und Grundversorger von 23.4% auf 27.1% angestiegen.

33 | Verschreibungen von Psychopharmaka nach Kanal

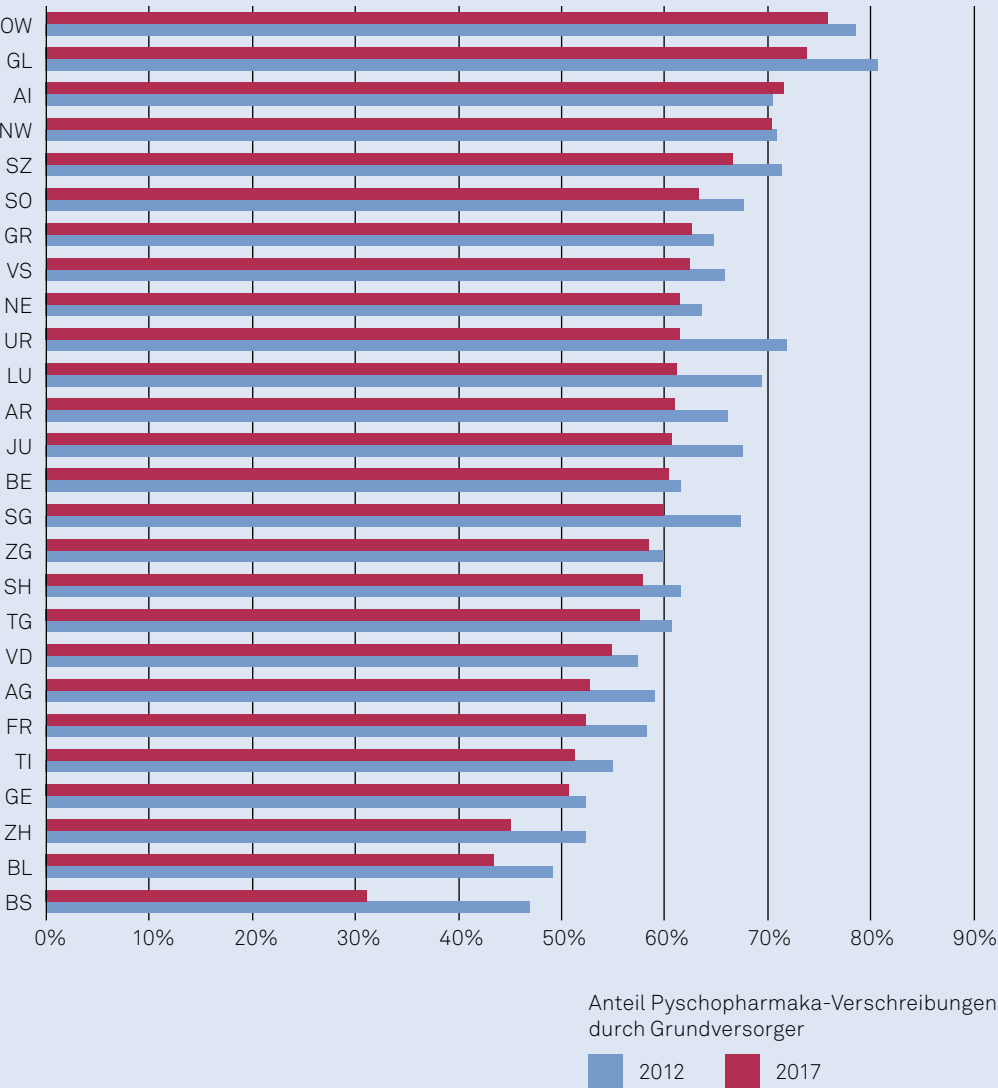


34 | Verschreibungen von Psychopharmaka nach Kanal



Dieses Bild bestätigt sich, wenn man den Anteil der Verschreibungen von Psychopharmaka durch Grundversorger nach Kanton betrachtet. Er ist in praktisch allen Kantonen zurückgegangen. In den vorwiegend ländlich geprägten Deutschschweizer Kantonen ist er am höchsten. In Basel-Stadt, Basel-Land, Zürich und Genf ist er am tiefsten. Es ist stark zu vermuten, dass ein Zusammenhang zur Ärztedichte besteht.

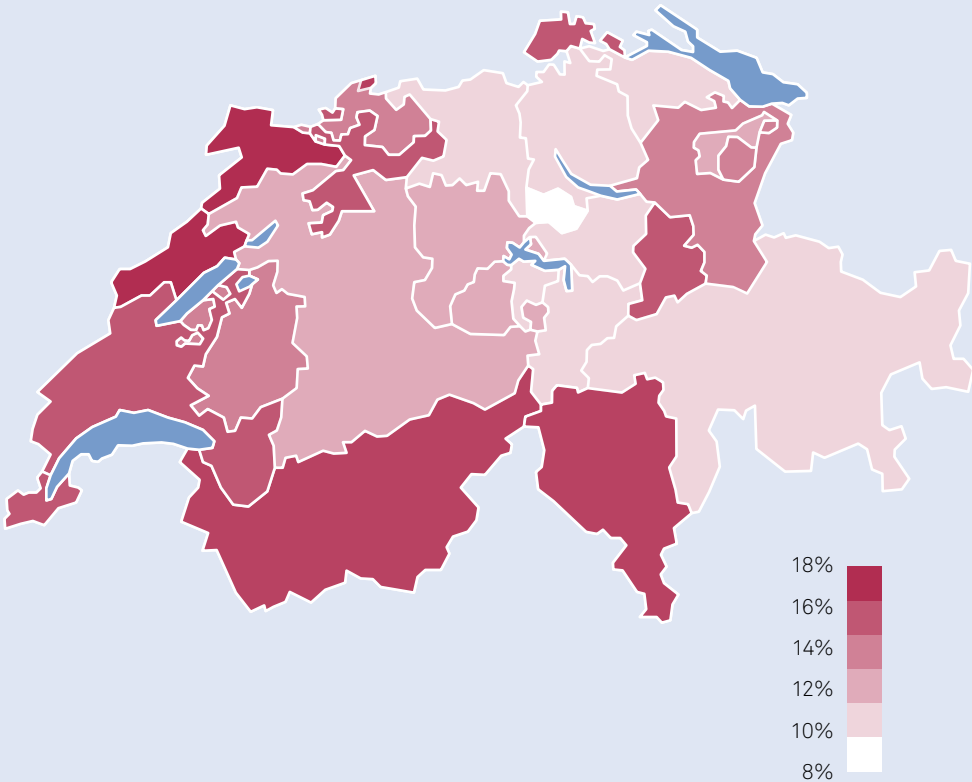
35 | Psychopharmaka-Verschreibungen durch Grundversorger nach Kanton



Als Patienten mit Bezug von Psychopharmaka gelten in der folgenden Darstellung jene Patienten, die mindestens einmal jährlich einen entsprechenden Bezug hatten. Der Anteil jener Patienten in der Grundversorgung, die von ihrem Arzt 2017 Psychopharmaka verschrieben erhielten, schwankt erheblich. Spitzenreiter ist Neuenburg mit 18%, Schlusslicht ist Zug mit 8%. Insgesamt finden sich im Vordergrund insbesondere Westschweizer Kantone wieder.

Behandlungen mit Psychopharmaka werden mehrheitlich nicht von den Fachärzten ausgelöst. Sie finden ausserhalb einer psychotherapeutischen Begleitungen statt.

36 | Anteil Patienten mit Psychopharmaka-Verschreibung durch Grundversorger nach Kanton

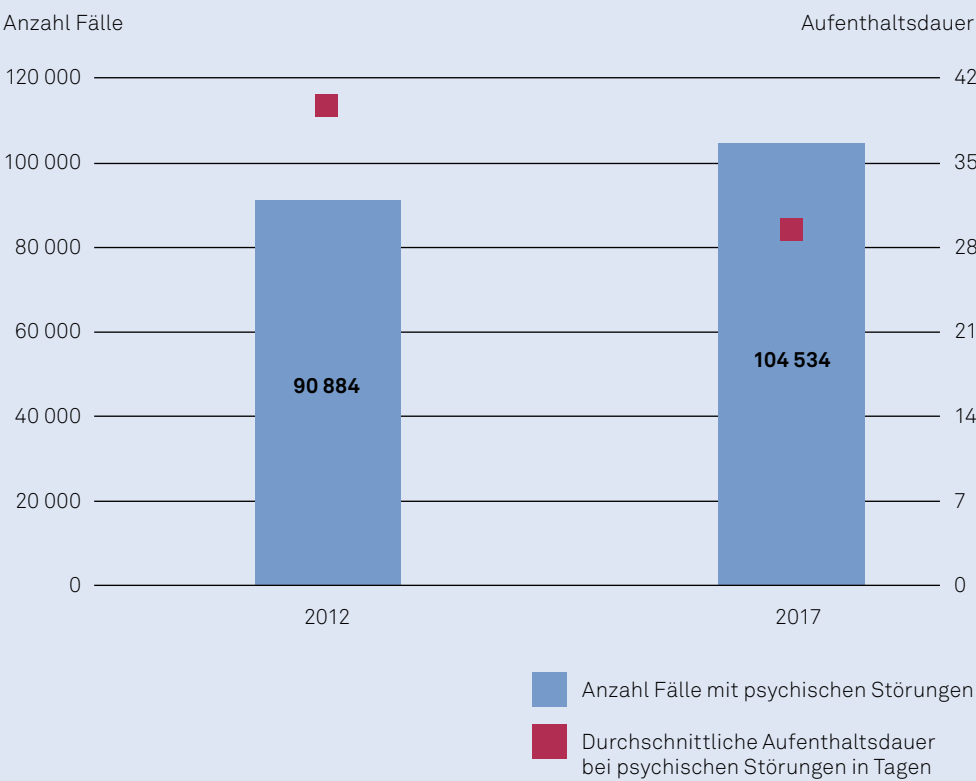


Psychiatrie stationär

Die Zahl der psychiatrischen Aufenthaltstage in Spitälern ist zwischen 2012 und 2017 gesunken und zwar von rund 3.6 Millionen auf rund 3.1 Millionen. Gleichzeitig ist aber die Fallzahl um über 10% auf 105.000 gestiegen. Diese Zunahme ist mit kürzeren Aufenthaltsdauern verbunden, denn die Anzahl Aufenthaltstage ist durchschnittlich von rund 40 auf 29 gesunken. Gemessen an der Bevölkerungszahl ist der Anteil stationäre Fälle von 1.15% auf 1.24% ganz leicht gestiegen.

Der Anteil stationärer Fälle in der Psychiatrie ist, gemessen an der Bevölkerung, in den letzten fünf Jahren leicht angestiegen. Die Aufenthaltsdauer hingegen ist stark gesunken.

37 | Stationäre Fälle und durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei psychiatrischen Diagnosen

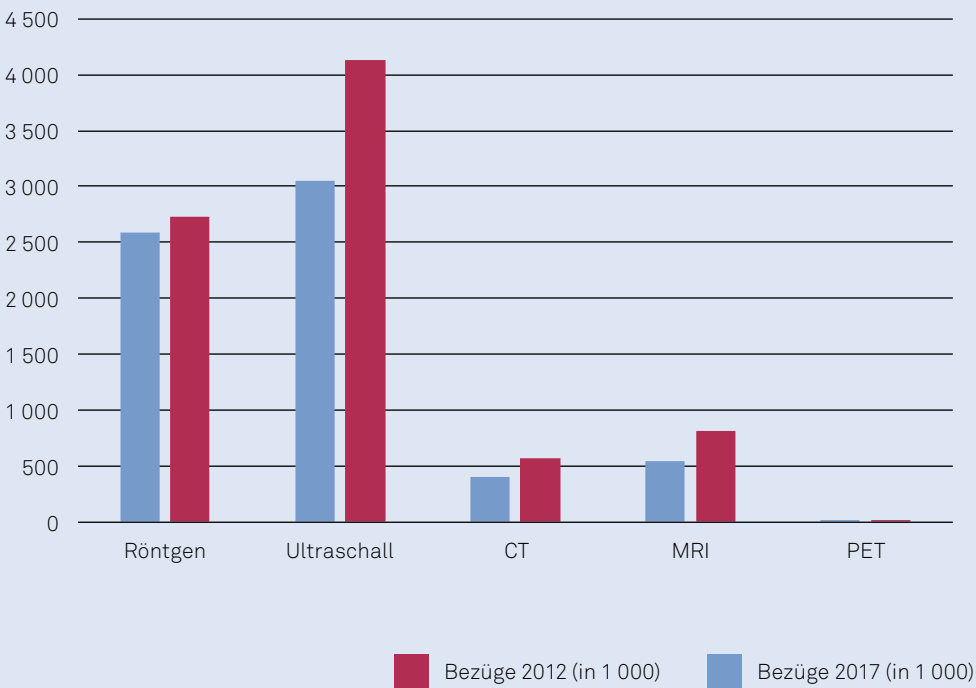


Technische Leistungen / Diagnostik

Bildgebung

Die am häufigsten eingesetzten bildgebenden Verfahren in der Schweiz sind Röntgen und Ultraschalltechnik. Zwischen 2012 und 2017 sind Anwendungen der Röntgenapparate von rund 2.6 auf 2.7 Millionen relativ gering gestiegen. Die Ultraschallverfahren sind hingegen 2017 mit 4.1 Millionen über 1 Million mal häufiger eingesetzt worden als noch fünf Jahre zuvor (2012: 3 Millionen). Das ist ein Plus von 37%. Auf tieferem Niveau, aber mit hohen Wachstumsraten werden die Computertomographie (CT, plus 45%) und Magnetresonanztomographie (MRI, plus 49%) eingesetzt. In viel kleinerer Zahl findet die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Anwendung.

38 | Bezüge von bildgebenden Verfahren



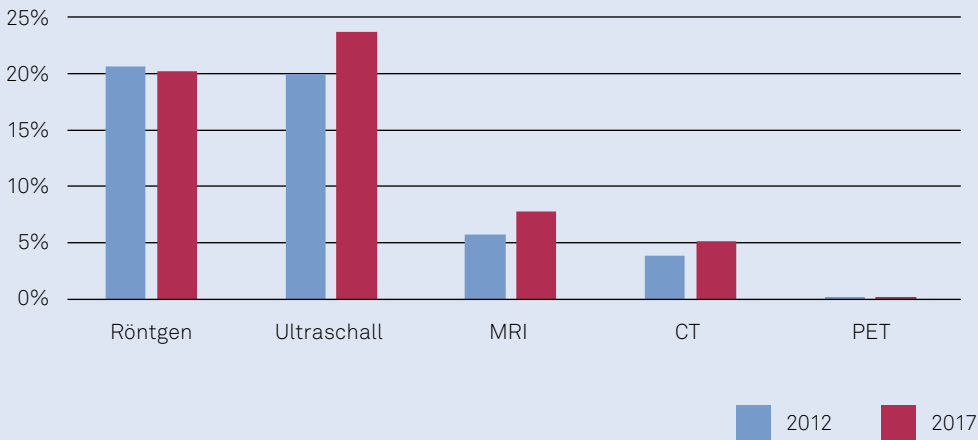
In Relation zur Bevölkerungszahl wird der Ultraschall mittlerweile am häufigsten eingesetzt. 2012 kam er noch bei rund jeder fünften Person zur Anwendung, 2017 lag dieser Wert bei fast jeder vierten Person.

MRI-Untersuchungen werden am häufigsten nur einmal pro Bezüger gemacht. Demgegenüber kommt die Ultraschalltechnik pro Bezüger rund 2 Mal jährlich zur Anwendung.

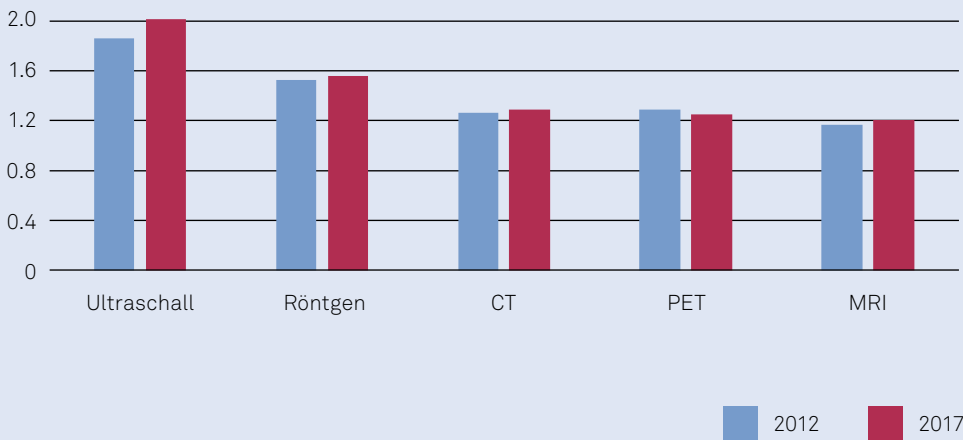
Der Einsatz zuverlässiger diagnostischer Mittel erlaubt grundsätzlich vermutlich bessere Diagnosen. Das beobachtete Wachstum könnte mit einem steigenden Bedürfnis von Patienten und Leistungserbringer nach Absicherung zusammenhängen. Eine Rolle dürfte auch die technische Weiterentwicklung und eine bessere, sprich einfachere Verfügbarkeit spielen.

Bildgebende Verfahren werden insgesamt, wie auch pro Person immer häufiger eingesetzt.

39 | Bevölkerungsanteil mit Bezug von bildgebenden Verfahren



40 | Anzahl bildgebender Verfahren pro Bezüger



Oftmals werden in den Debatten zu unserem fragmentierten Gesundheitssystem unnötige Mehrfachuntersuchungen thematisiert. Das kommt insbesondere dann vor, wenn z.B. ein Leistungserbringer ein Röntgenbild erstellt, aufgrund dessen er eine Überweisung anordnet und dort anschliessend zur gleichen Abklärung nochmals ein Röntgenbild erstellt wird.

Was aus den Abrechnungsdaten der Versicherer nicht hergeleitet werden kann, ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Zweitdiagnostik. Um eine Grössenordnung der Thematik zu bekommen, wird relativ zur Gesamtzahl jener Anteil von bildgebenden Bezügen untersucht, der innerhalb von sieben Tagen ein weiteres Mal stattfanden.

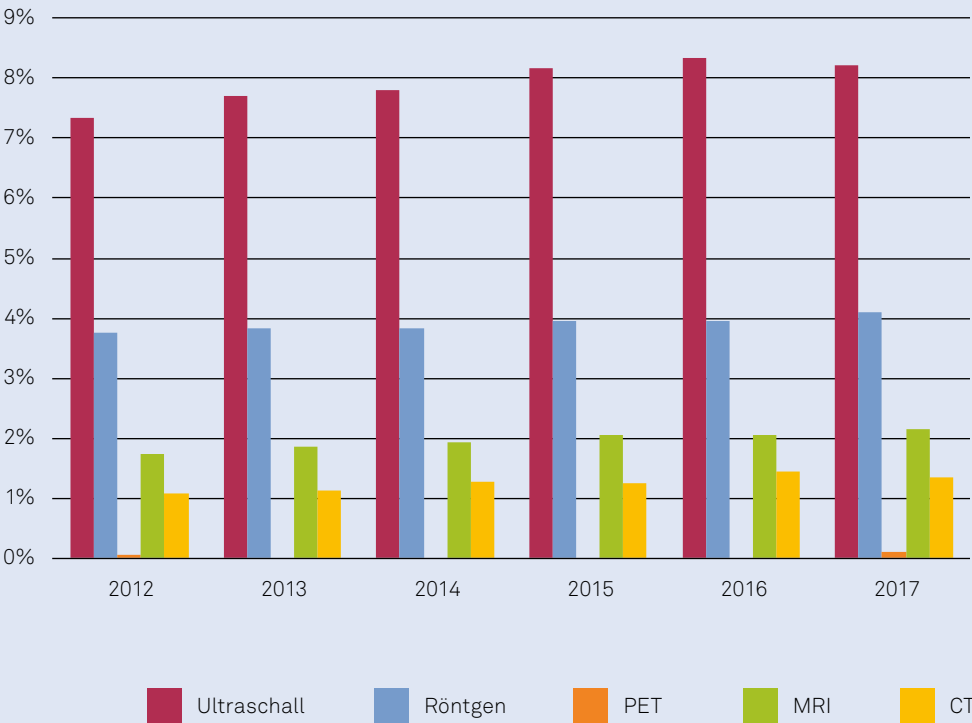
Dabei zeigt sich, dass bei allen bildgebenden Verfahren der Anteil der Zweitdiagnostik innerhalb von sieben Tagen im ambulanten Bereich in der letzten fünf Jahren angestiegen ist. Den höchsten Anteil erreicht die Ultraschalluntersuchung, bei der 7% der Bezüge dieses Kriterium erfüllt. Beim Röntgen sind es 4% und beim MRI 2%.

Dass dieser Anteil steigt, ist nur sehr schwer mit der medizinischen Indikationsstellung zu erklären. Vielleicht besteht ein Zusammenhang mit der Qualität oder der schwierigen Interpretation der ersten Diagnostik. Sehr wohl möglich ist aber auch, dass mindestens ein Teil der diagnostischen Massnahmen bei optimalen Prozessen vermeidbar wären und nicht wiederholt werden müssten.

Schliesslich dürfte es auch öfter vorkommen, dass zunächst ein bildgebendes Verfahren (z.B. Röntgen) und anschliessend ein weiteres Verfahren zur Anwendung kommt.

Der Anteil von Doppeluntersuchungen innerhalb Wochenfrist hat zugenommen.

41 | Anteil von zweiten bildgebenden Verfahren innert Wochenfrist



Labor

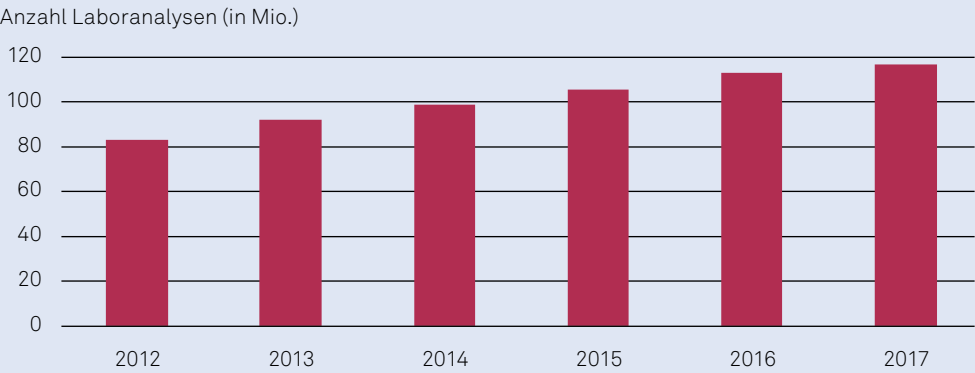
Bei den verrechneten Laborpositionen hat in den letzten Jahren ein starkes Wachstum stattgefunden. Die Anzahl Analysen ist zwischen 2012 und 2017 von 83 Millionen auf 117 Millionen gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 41%. In dieser Zeit ist aber die Anzahl verfügbarer Analysen von 1280 leicht auf 1260 gesunken.

Gleichzeitig ist die verrechnete Anzahl pro Bezüger von 2012 bis 2017 um rund 23% gestiegen.

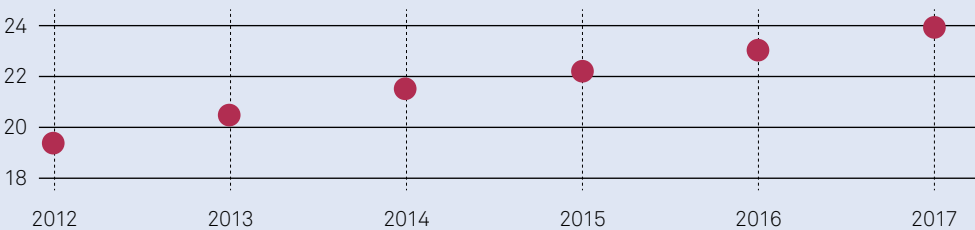
Die sich ständig ausweitenden diagnostischen Möglichkeiten werden zunehmend auch in Anspruch genommen. Dieser Trend dürfte den Abklärungsbedürfnissen von Patienten und Ärzten entsprechen. Hinzu kommt, dass die notwendige Infrastruktur relativ einfach zugänglich ist, so dass Zugangsschwellen kaum Hindernisse darstellen. Allenfalls spielt in vielen Fällen auch eine Rolle, dass klare Empfehlungen zur Diagnostik fehlen.

Die Anzahl durchgeführter Labortests pro Bezüger steigt kontinuierlich und massiv an.

42 | Entwicklung von Laboranalysen



43 | Verrechnete Laborpositionen pro Bezüger



Bagatellnotfälle im Spital ambulant

Über die Frage der «unnötigen» Notfälle im Spitalbereich wird seit Jahren regelmässig debattiert. Mit den entsprechenden TARMED-Tarifpositionen lässt sich die Mengenentwicklung von Notfallkonsultationen im Spital darstellen. Von 2012 bis 2017 ist diese Zahl um 37% gestiegen.

Jahr	Notfallkonsultationen Spital ambulant
2012	1,18 Mio.
2013	1,31 Mio.
2014	1,42 Mio.
2015	1,55 Mio.
2016	1,64 Mio.
2017	1,62 Mio.

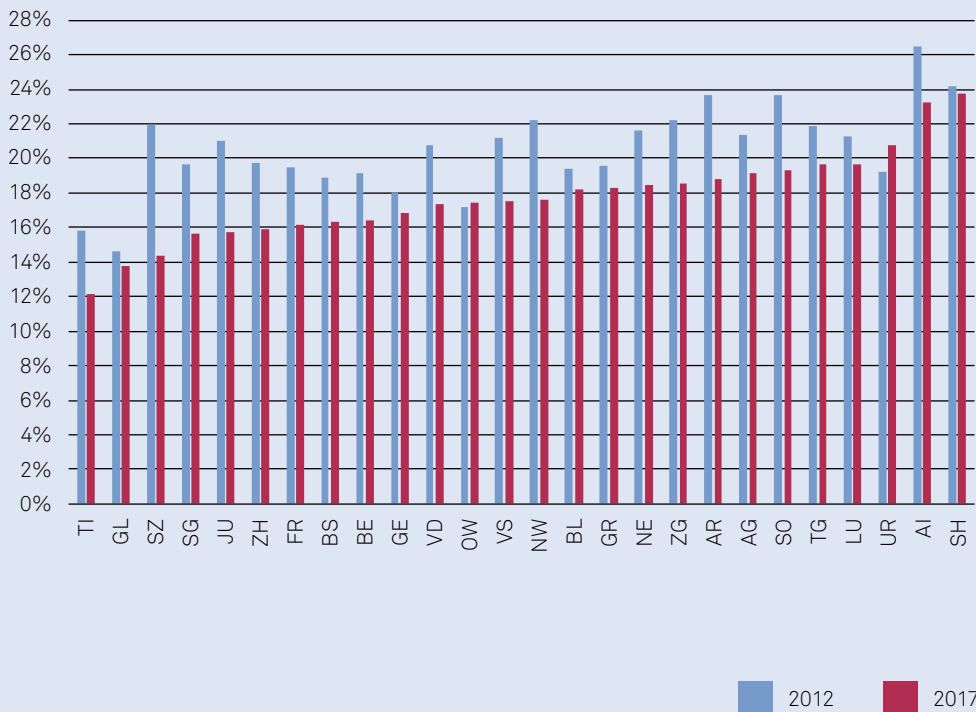
Tabelle 4: Notfallkonsultationen in Spitalambulatorien

In welchem Ausmass es sich dabei um unnötige, vermeidbare Fälle und daher um Bagatellen, also Fälle von geringer Bedeutung handelt, kann aus diesen Daten nicht direkt hergeleitet werden.

Als versuchsweises Surrogat der «Geringfügigkeit» wird herangezogen, welcher Anteil dieser Patienten mit einer Notfalltarifposition bis 30 Tage nach dieser Konsultation keinerlei weitere Kosten zulasten der OKP aufweist. D.h. weder Medikamente, noch Folgekonsultationen beim Arzt noch irgend eine andere Pflichtleistung. Seit 2012 ist dieser Anteil in praktisch allen Kantonen gesunken. 2017 schwankte dieser Anteil je nach Kanton zwischen 12% und 24%. Die Vermutung liegt nahe, dass es sich bei dem Grossteil dieser Notfallkonsultationen letztlich vorwiegend um medizinisch geringfügige Probleme gehandelt haben dürfte.

Weshalb dieser Anteil kantonale so unterschiedlich ist, ist schwierig zu erklären. Es könnte mit der Zugänglichkeit zu alternativen Behandlungssettings oder mit den Angebotsstrukturen zusammenhängen.

44 | Notfallkonsultationen in Spitalambulatorien ohne Nachbehandlung innerhalb von 30 Tagen



Die Zahl der ambulanten Notfälle im Spital ist zwischen 2012 und 2017 um 37% gestiegen. Der Anteil Bagatellfälle ist dabei leicht gesunken. Es sind schweizweit hochgerechnet vermutlich mehr als 200'000 Fälle, welche nicht zwingend in einem Spitalsetting hätten behandelt werden müssen.

Diskussion

Nachfrage – und Angebotsinduzierung

Gemeinhin werden Mengenverläufe auf Märkten mit Entwicklungen von Angebot, Nachfrage und Preisbildung beschrieben. Bei den von der OKP abgedeckten Leistungen wird der freie Preisbildungsmechanismus aus verschiedenen Gründen beeinträchtigt. Die Kostenbeteiligungsregeln (Franchise und Selbstbehalt), welche nachfrageseitige Anreize zum Kostenbewusstsein setzen sollen sowie angebotsseitige Massnahmen wie zum Beispiel der Zulassungsstopp oder die Spitalplanung, können dies nur bedingt korrigieren.

So stellt sich die Frage, welche Mechanismen in welchem Ausmass effektiv hinter den beobachteten Mengenentwicklungen stehen. In erster Linie steuern im Schweizer Gesundheitssystem Patienten und Leistungserbringer – insbesondere Ärzte – den Leistungsbezug. Die Preismechanismen wirken sowohl auf der Angebots- als auch der Nachfrageseite nur sehr beschränkt mengenlimitierend. Ein solches System läuft Gefahr, dass Leistungserbringer und Patienten die Mengenbezüge quasi gegenseitig ankurbeln und die Mengenausweitung ungebremsst ansteigt.

Zunehmend versuchen Krankenversicherer und Behörden dem entgegenzuwirken. Beispielsweise über:

- das Kostengutspracheverfahren der Versicherer, insbesondere vor stationären Behandlungen;
- die Ausgestaltung des Leistungskatalogs, mittels Listen der Kantone und des Bundes, die vorgeben, welche Leistungen primär ambulant statt stationär zu erbringen sind;

- Zeitlimitationen in den Tarifstrukturen sowie nachgelagerte Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätskontrollen.

Solche Interventionen stellen sich dem im KVG verankerten Vertrauensprinzip entgegen, wonach ärztliche Leistungen im Grundsatz per se wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Leistungen seien nur in Ausnahmefällen auf diese Kriterien hin zu überprüfen.

Herausforderung Mengenentwicklung

Patienten werden wohl auch künftig immer häufiger, intensiver und von immer mehr verschiedenen Leistungserbringern behandelt. Die Patientenfade werden laufend komplexer gestaltet.

Gleichzeitig wird das Angebot möglicher Massnahmen immer breiter und die Bewältigung des medizinischen Wissenszuwachses zunehmend schwieriger. Der Umgang mit den verfügbaren Technologien wird anforderungsreicher und Patienten dürften künftig immer anspruchsvoller werden. Die Spezialisierung schreitet weiter voran, die Koordination gestaltet sich zu einer aufwendigen Herausforderung und das Schnittstellenmanagement wird stetig komplexer. Entsprechend fragmentiert sich das Gesamtsystem immer mehr.

Zwar versuchen Managed-Care-Aktivitäten solchen Entwicklungen entgegenzuwirken. Und obwohl sich bereits mehr als zwei Drittel der Versicherten in der Schweiz alternativen Versicherungsmodellen angeschlossen haben, sind die Herausforderungen noch längst nicht bewältigt. Gerade jene Modelle, die die Hausarztmedizin ins Zentrum rücken,

scheinen an Grenzen zu stossen. Diesen Grundversorgern steht immer weniger Zeit zur Verfügung und die Patienten wenden sich vermehrt an Spezialisten oder direkt an ein Spital.

Die Eindämmung dieser Entwicklungen ist eine der zentralen zukünftigen Herausforderungen. Wichtig ist letztlich, dass die Patienten die für sie erforderlichen Leistungen zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und im richtigen Mass erhalten. Es stellen sich dabei zum Beispiel Fragen zur Entwicklung der entsprechenden Kapazitäten, zur Weiterentwicklung des erforderlichen Wissens oder etwa zur Finanzierung.

Die beobachteten Mengenentwicklungen weisen darauf hin, dass alle im Versorgungsprozess Beteiligten gut aufeinander abgestimmt sein müssen. Die Dringlichkeit ist hoch. Interprofessionelle Prozesse müssen funktionieren, Koordinationsaktivitäten umfassend etabliert sein, keine unnötigen Hürden dürfen das Schnittstellenmanagement erschweren und die Patienten sollen in die Prozesse möglichst sinnvoll eingebunden werden. Es ist notwendig, dass die heutigen Kompetenzzuteilungen zu den verschiedenen Medizinalberufen grundlegend überdacht werden. Beispielsweise die Zunahme der ambulanten Notfallkonsultationen im Spital von 1.18 Millionen auf 1.62 Millionen (+ 440'000), oder die Zunahme der diagnostischen Massnahmen zeigen auf eindrückliche Weise, dass im Bereich der Prozesse erhebliches Verbesserungs- und Sparpotenzial vorhanden ist.

Rolle der Versicherer

Welche Rolle spielen angesichts dieser Entwicklungen die Krankenversicherer? Angesichts der komplexen Fragen zur Kausalität zwischen den Ursachen und den in Anspruch genommenen Leistungen ist eine undifferenzierte «Schlacht gegen die Mengenausweitung» nicht der richtige Weg.

Im Grundsatz können die Versicherer folgende zwei Stränge verfolgen, um darauf adäquat zu reagieren:

1. Die Versicherer greifen in den individuellen Entscheidungsprozess zwischen Patient und Leistungserbringer ein, um fehlerhafte, unnötige oder gar missbräuchliche Leistungen besser identifizieren und folglich die Finanzierung verhindern zu können.

Im Rahmen der individuellen Leistungsprüfungen werden in erster Linie die vom Gesetzgeber vorgegebenen Prüfungen vorgenommen. Dazu gehören beispielsweise die Abwicklung von Fällen im «Off-Label-Use» (Verordnung eines Medikaments außerhalb des durch die Arzneimittelbehörden zugelassenen Gebrauchs) des Medikamentenbereichs oder auch das Kostengutspracheverfahren im Bereich der Rehabilitation. Im weitergefassten Bereich der Leistungsprüfungen werden bei offensichtlichem Verdacht in vereinzelt Fällen individuelle Prüfungen zwecks Verhinderung von Missbrauch durchgeführt. Dabei muss sich die Branche aber der zentralen Bedeutung des Verhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer bewusst sein.

2. Die Versicherer kümmern sich um die Gestaltung sinngemässer Rahmenbedingungen, (über-)arbeiten die Tarifierungs- und Versicherungsmodelle und kooperieren zwecks Etablierung guter Prozesse mit den Leistungserbringern. Das gehört eigentlich zum Grundauftrag der Krankenversicherer. Es sind denn auch zahlreiche Aktivitäten im Gange, die letztlich darauf abzielen, ein bedarfsorientiertes und innovationsfreundliches Umfeld für die medizinische Versorgung zu schaffen. Gleichzeitig braucht es die richtigen Anreize, um die «Mittelverschwendung» zu verhindern. Dazu gehören etwa die Bekämpfung undifferenzierter politischer Massnahmen wie Globalbudgets oder einer ausschliesslichen Mengenkontingentierung sowie die Ausarbeitung und Unterstützung von zielführenden Rah-

menbedingungen wie der Verbesserung des Risikoausgleichs, einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen, etc. Neben solchen Aktivitäten sind konkrete Eigeninitiativen gefragt – dies insbesondere in Bereichen, in denen die Versicherungen Spielraum zur Produktgestaltung haben. Dies sind die Bereiche der alternativen Versicherungsmodelle, innovative Kooperationsformen wie z.B. die Anwendung von Technologien für die Arzneimitteltherapiesicherheit oder auch kooperative Qualitätsmessungen auf Basis eigener Routinedaten.

Und dazu gehört auch die Schaffung von mehr Transparenz über das medizinische Geschehen. Dieser Report liefert einen Beitrag dazu.

Fazit

„Menge ohne Ende“ ist die zentrale Botschaft des vorliegenden Reports. Dies ist umso beunruhigender, als dass diese Erkenntnis auf Daten beruht, die das Bevölkerungswachstum bereits berücksichtigen.

Mehr Menge bei gleichbleibenden Preisen bedeutet automatisch höhere Kosten. Dies lässt die Politik aufhorchen, nicht selten folgt hektische Betriebsamkeit. Man meint auf gesetzlicher Ebene handeln zu müssen. Die Anzahl Vorstösse in den Räten hat aber mittlerweile ein Ausmass erreicht, dass angesichts der Komplexität der Materie die Gefahr von Fehlregulierung wächst. Angesagt ist aber vielmehr, dass die Akteure zunächst bestehenden Spielraum nutzen.

Ein Beispiel ist die Mengenentwicklung bei den ärztlichen Leistungen: Der bundesrätliche Eingriff in den TARMED 2018 war ein Schuss vor den Bug der Tarifpartner, endlich die notwendige Aktualisierung und Überarbeitung vorzunehmen. Das hat gewirkt, haben sich doch Ärzteschaft und ein Teil der Krankenversicherer auf die neue Tarifstruktur TARDOC verständigt.

Auch bei den vom Bundesrat festzulegenden Preisen besteht Handlungsbedarf, ohne das Gesetz anpassen zu müssen. Der Report zeigt eine fast unbändige Mengenzunahme bei den Laboranalysen auf. Die allermeisten Leistungen werden heute noch als Einzelposition vergütet. Schaut man sich die technische Entwicklung an, wieviel Analysen in den

Grosslaboratorien quasi in einem Aufguss durchgeführt werden, ist das ein Anachronismus.

Eine Binsenweisheit im Gesundheitswesen ist, dass die Förderung der Qualität das beste Kostenmanagement ist. Mehr Qualität bedeutet tiefere Kosten, da Behandlungen unterbleiben, die nichts bringen oder gar schädlich sind, und sinnvolle besser gelingen, also weniger Nebenwirkungen zeitigen. Die alleinige Fixierung der Diskussion auf die Kosten wird dem nicht gerecht.

Mengenzunahmen sind eben nicht per se schlecht, man muss genau hinschauen. Soll „ambulant vor stationär“ im Pflegebereich gelingen, ist eine Zunahme der Spitexleistungen sogar wünschenswert. Da passt es schlecht ins Bild, wenn der Bundesrat die entsprechenden Beiträge kürzt. Die Kompetenz, anderes zu tun, hätte er.

Zudem zeigt der Report, dass die kantonalen Unterschiede bei den Mengenentwicklungen enorm sind. Die Schweiz ist ein föderalistisch organisierter Staat, entsprechend sind die Versorgungsstrukturen kleinräumig und fragmentiert. Reformbemühungen haben das zu berücksichtigen, nationale Detaillösungen verbieten sich.

Handlungsbedarf ortet der Report insbesondere bei der Koordination der Versorgung. Die ärztlichen Grundversorger haben immer weniger Zeit, diese Aufgabe auszufüllen. Damit werden die tradierten Rollenmuster durcheinander geraten, denn neue Formen der Koordination sind zu finden. Es ist zu prüfen, ob anderen Leistungserbringer wie zum Beispiel Apotheker entsprechende Kompetenzen zu übertragen sind oder neue Berufsgruppen zulasten der Grundversicherung tätig werden müssen, um dies zu bewerkstelligen. Die Ausschliesslichkeit des Arztmonopols wird keinen Bestand haben.

Methodik

Die vorliegenden Analysen basieren zum einen auf Leistungsdaten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Helsana-Gruppe aus den Jahren 2012 bis 2017. Für die Auswertungen konnte auf anonymisierte Daten von rund 1.2 Millionen Versicherten zurückgegriffen werden. Beim Versichertenbestand der Helsana-Gruppe ist im Vergleich zur Gesamtpopulation in der Schweiz das Geschlechterverhältnis zugunsten der Frauen verschoben. Weil die weiblichen Versicherten im Vergleich älter sind als die männlichen, liegt das Durchschnittsalter der Stichprobe über dem Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. In unseren Auswertungen wurde die Helsana-Versichertenpopulation deshalb mit den entsprechenden Korrekturen auf die Gesamtpopulation standardisiert. Ferner wurden die einzelnen Werte entsprechend auf die Gesamtpopulation hochgerechnet. So bildet die Stichprobe von Helsana sowohl bezüglich Grössenordnung als auch Verteilung nach Alter und Geschlecht eine repräsentative Datenbasis für die nachfolgenden Auswertungen.

Die Helsana-Daten erfassen jedoch lediglich jene Informationen, welche auch über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Gerade im ärztlichen ambulanten Bereich werden Rechnungen noch im sogenannten Tiers garant abgewickelt, wonach der Arzt die Rechnung direkt dem Patienten schickt. Ein Teil der Patienten schickt die Rechnung aber hernach nicht dem Versicherer weiter, weil seine Franchise eine Rückerstattung ausschliesst. Dies beeinflusst die Aussagekraft der Analysen aber nicht (Vgl. Standpunkt Helsana 1/2016). Anders ist es in jenen Fällen, in

denen die Leistungserbringer die Rechnung direkt dem Versicherer schicken – in der Regel mit Kopie an den Patienten (Tiers payant). Sie werden alle in den Systemen der Versicherer erfasst.

Zum anderen werden nebst den Helsana-Daten auch öffentlich zugängliche Datenquellen des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) genutzt (vgl. Box).

- Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS);
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS);
- Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS);
- Spitexstatistik (BFS)
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG);

Beim verfügbaren Datenbestand handelt es sich um sogenannte Sekundärdaten, die nicht spezifisch für die vorliegenden Analysen erhoben wurden. Beim BAG sind es beispielsweise vorwiegend Abrechnungsdaten, die im Rahmen der regulären Durchführung der Krankenversicherung anfallen. Diese Daten verlangen bei der Auswertung und Interpretation entsprechend grosse Sorgfalt. Für eine zeitnahe und weitestgehend nicht verzerrte Darstellung der Versorgungssituation in der Schweiz sind sie hingegen sehr gut geeignet.

