Helsana

Engagiert für das Leben.

Helsana-Report

Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung

Dezember 2016, Mathias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich

Gestaltung: Eigelb – Atelier für Gestaltung, Cyril Brühlmann
Druck: Stämpfli AG Bern

Inhalt

Vorwort	**2 - 3**
Methodik	**4 - 5**
Datenanalyse	
Gesundheitswesen Schweiz	6
– Finanzierung des Gesundheitswesens	6 - 7
– Prämien und Gesundheitskosten pro Kopf	8 - 9
– Haushaltsbudgets	10 - 11
– Entwicklung der Gesundheitskosten	12 - 13
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	14
– Perspektive Kosten	15 - 25
– Perspektive Tarife	26 - 47
Diskussion	
Gesundheitswesen Schweiz: Explosiv oder tragbar?	48 - 49
OKP: Tarife und Kosten	50 - 53
Einfluss der Gesundheitspolitik	54 - 55
Fazit	**56**

Vorwort

Die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen von Jahr zu Jahr und sind ein häufig diskutiertes Thema. Diese neue Publikation nimmt dieses Thema auf und zeigt ausgewählte Zahlen und Fakten zu den Gesamtausgaben und zu ausgewählten Leistungsbereichen auf.

Neben öffentlich zugänglichen Quellen werden anonymisierte Daten von mehr als 1.2 Millionen Helsana-Versicherten verwendet. So lassen sich spezifische Aspekte der Ausgaben- und Mengenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Alter, Geschlecht, Region und Versorgungssektor differenziert betrachten.

Die Publikation zeigt, dass die Demografie – das Bevölkerungswachstum und der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung – eine wichtige Rolle spielt. Weitere wesentliche Gründe für das Kostenwachstum sind aber das Mengenwachstum und die Ausweitung des Leistungskatalogs. Falsche Systemanreize dürften auch ihren Beitrag leisten, sind aber schwierig zu quantifizieren. Auch wollen die Patienten stets die beste Behandlung, ohne dafür bezahlen zu müssen.

Die derzeitige politische Diskussion dreht sich hauptsächlich um die steigenden Gesundheitskosten. Nutzen und Qualität der Leistungen werden kaum in Relation dazu betrachtet, und über den vielfach behaupteten «waste» gibt es kaum verlässliche Zahlen. Obwohl wir in der Schweiz die Kosten als Volkswirtschaft gut tragen können, agieren die bestimmenden Akteure und insbesondere die Gesundheitspolitik

aber in erster Linie als Reaktion auf die Ausgabenentwicklung, welche als Sündenbock für Verteilungsprobleme herhalten muss. Wir glauben, dass sich das Versorgungssystem und die gestaltende Politik neben den Ausgaben vermehrt zusätzlich an der Verbesserung des Patientennutzens und der Behandlungsqualität orientieren sollten. Nur so kann eine bessere Versorgung bei gleichzeitiger Effizienzverbesserung erreicht werden.

Wir möchten mit diesem Engagement einen Beitrag für die Gesundheit unserer Kundinnen und Kunden leisten – im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung.

Wir hoffen auf reges Interesse und freuen uns über konstruktive Rückmeldungen.

Daniel H. Schmutz
CEO

Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik

Methodik

Die vorliegenden Analysen basieren einerseits auf Leistungsdaten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Helsana-Gruppe aus den Jahren 2012 bis 2015. 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 Helsana-Stichprobe sowohl bezüglich Grössenordnung als auch Verteilung nach Alter und Geschlecht eine repräsentative Datenbasis für die nachfolgenden Statistiken.

Andererseits verwenden wir in dieser Publikation auch öffentlich zugängliche Datenquellen. Diese umfassen:

- Bundesamt für Statistik (BFS), 2016,
  Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Bundesamt für Statistik (BFS), 2016,
  Haushaltsbudgeterhebung (HABE)
- Bundesamt für Statistik (BFS), 2016,
  Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- Bundesamt für Statistik (BFS), 2016,
  Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2016,
  Statistik der obligatorischen Krankenversicherung
- FMH, 2016, Schweizerische Ärztestatistik
- Helsana-Arzneimittelreport, 2016

Beim verfügbaren Datenbestand handelt es sich um so genannte Sekundärdaten, die nicht speziell für die vorliegenden Analysen erhoben wurden. Es sind zum Teil Abrechnungsdaten, die im Rahmen der regulären Durchführung der Krankenversicherung anfallen. Diese Daten verlangen bei der Auswertung und Interpretation grosse Sorgfalt. Für eine zeitnahe und verzerrungsfreie Darstellung der Versorgungssituation in der Schweiz sind sie aber sehr gut geeignet.

Datenanalyse

Finanzierung des Gesundheitswesens

Im Zeitraum von 2008 bis 2014 sind die gesamten Gesundheitskosten um über 10 Milliarden CHF auf gut 71 Milliarden CHF angewachsen.

Der Finanzierungsanteil der OKP ist seit 2008 um rund 1.5 % auf 36,6 % angestiegen. Das entspricht rund einer Milliarde der insgesamt 5.5 Milliarden CHF Mehrbelastung zulasten der Grundversicherung. Wäre der Anteil gleich geblieben, wären den Prämienzahlern also 1 Milliarde CHF weniger aufgebürdet worden.

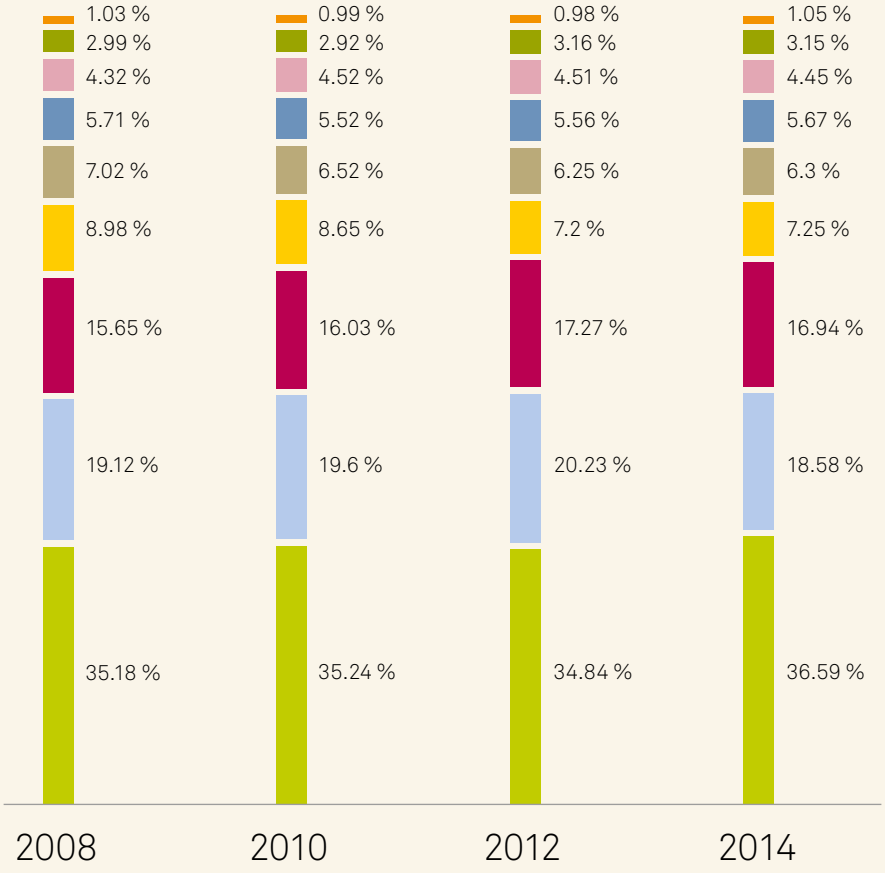
Auch der Anteil der Kantone ist um 1.5 % gestiegen, was rund 3 Milliarden CHF entspricht. Leicht abgenommen (ca. 90 Millionen) hat die Finanzierung aus Privatversicherungen. Diese Verschiebungen sind zum einen wohl auf die Einführung der Subjektfinanzierung und die Gleichbehandlung der privaten und öffentlichen Spitäler im Kontext der neuen Spitalfinanzierung 2012 zurückzuführen. Zum anderen dürften auch die Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich ihren Beitrag leisten.

Mit der Mehrbelastung der Grundversicherung ist gleichzeitig der Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen um rund 1.75 % zurückgegangen, absolut aber um über 2 Milliarden CHF gestiegen.

Die Hauptlast der Kostensteigerung tragen also die OKP (5.5 Milliarden) und die Kantone (3 Milliarden). Entlastet wurden die Unfallversicherung und die AHV/IV. Letzteres kann vermutlich auf die Reform der IV zurückgeführt werden.

Die solidarischen Finanzierungsformen verdrängen zunehmend die privaten Finanzierungsformen.

Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes



- Krankenversicherungen KVG
- Out-of-Pocket
- Kantone
- Privatversicherungen (KVG und Private)
- übrige Sozialversicherungen (UVG, AHV, IV)
- Kostenbeteiligungen Versicherte
- bedarfsabhängige Sozialleistungen
- übrige Staat (Bund, Gemeinden, etc.)
- andere Private

Grafik 1 / Quelle: BFS

Prämien und Gesundheitskosten pro Kopf

Die Gesundheitskosten machten 1996 gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) 9.2 % aus. Dieser Anteil ist bis 2014 auf 11.1 % angestiegen. Welche Relationen pro Kopf der Bevölkerung bestehen, sagt diese Kennzahl nicht aus.

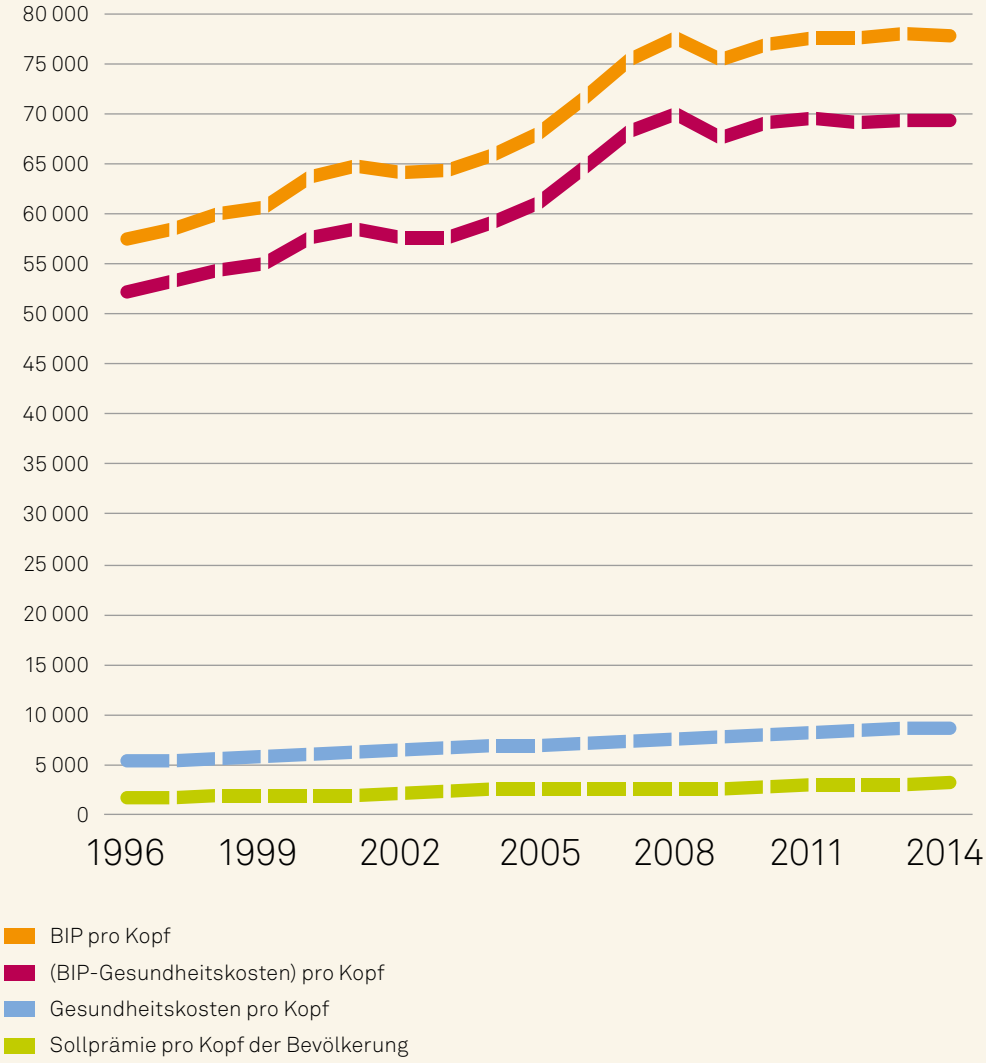
Das um die Gesundheitskosten bereinigte BIP pro Kopf zeigt, wieviel die Produktionstätigkeit einer Volkswirtschaft ohne die Aufwendungen für das Gesundheitswesen pro Kopf ausmacht. Es ist seit 1996 von rund 52'000 CHF um 17'000 CHF auf 69'000 CHF pro Kopf gestiegen. Das ist so zu interpretieren, dass trotz wachsendem Anteil der Gesundheitskosten am BIP der um die Gesundheitskosten bereinigte Wohlstand um ein Drittel gestiegen ist.

Die Prämienbelastung (Sollprämie = geschuldete Prämie) ist in diesem Zeitraum um rund 1'600 auf 3'100 CHF pro Kopf gestiegen. Die gesamten Gesundheitskosten pro Kopf sind indessen um 3'300 CHF auf 8'600 CHF pro Kopf gestiegen. Die Steigerung des BIP pro Kopf seit 1996 um rund 20'300 CHF geht demnach zu 16 % auf die Gesundheitskosten zurück, die übrigen 84 % sind Produktionssteigerungen in anderen Bereichen. Trotz höheren Wachstumsraten steigt das um die Gesundheitskosten bereinigte BIP absolut betrachtet 10 mal mehr als die Gesundheitskosten.

Die Gesundheitskosten mindern das BIP-Wachstum nur zu einem kleinen Teil und lassen weiterhin Wohlstandsgewinne zu. Als Volkswirtschaft kann die Schweiz die steigenden Gesundheitskosten gut verkraften.

Prämien und Gesundheitskosten pro Kopf im Verhältnis

(BIP abzüglich Gesundheitskosten)



Grafik 2 / Quelle: BFS

Haushaltsbudgets

Seit 2006 wird das Bruttoeinkommen pro Haushalt, das sich mittlerweile auf etwas über 10'000 CHF pro Monat beläuft, in erster Linie für Konsum sowie Steuern ausgegeben und ein bedeutender Teil wird gespart.

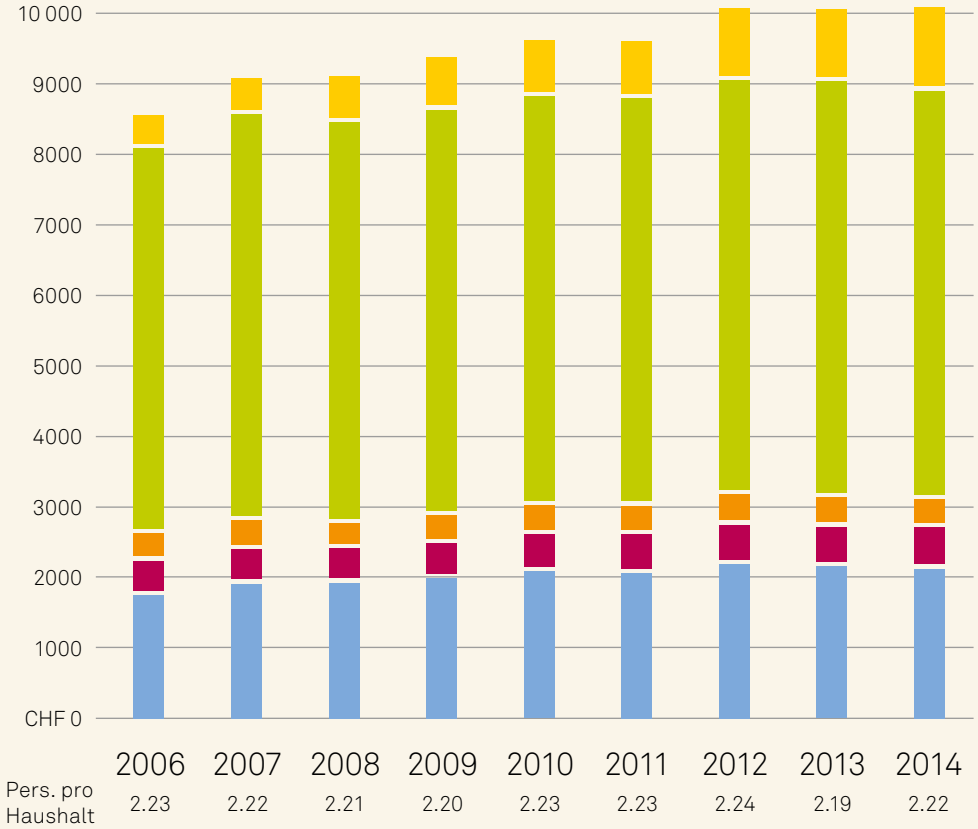
Die Belastung des Durchschnittshaushalts durch die Grundversicherung betrug 2014 585 CHF pro Monat also 7'020 CHF im Jahr. Der Anstieg der monatlichen Belastung seit 2006 bis 2014 beträgt total rund 100 CHF. Im selben Zeitraum ist die Steuerbelastung um 370 CHF pro Monat, also um das 4-fache der Grundversicherungsprämien, gestiegen.

Die monatlichen Ersparnisse sind um 715 CHF – also rund das 7-fache der OKP-Prämienbelastung – und der Konsum um 325 CHF gestiegen.

Stellt man die monatlichen Ausgaben für Grundversicherung, Zusatzversicherungen und Gesundheitsausgaben ins Verhältnis zur Bevölkerungszahl 2014 (8'139'600) ergibt das rund 44.5 Mia für Gesundheitskosten.

Die Haushaltsbudgeterhebung bestätigt, dass sich die Schweizer Volkswirtschaft die gesundheitsbezogenen Ausgabensteigerungen aggregiert betrachtet gut leisten kann. Natürlich weicht die Belastung einzelner Bevölkerungsteile erheblich davon ab. Es besteht daher kein Zweifel, dass die Ausgaben vor allem aus Gründen der unterschiedlichen Lastenverteilung im Zentrum der Diskussionen stehen.

Verwendung des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnittshaushalt



- Ersparnis (ohne zusätzliches sporadisches Einkommen)
- Konsum und übrige Ausgaben
- Prämien Zusatzversicherungen und Gesundheitsausgaben
- Grundversicherung
- Steuern und Sozialversicherungsbeiträge

Grafik 3 / Quelle: BfS

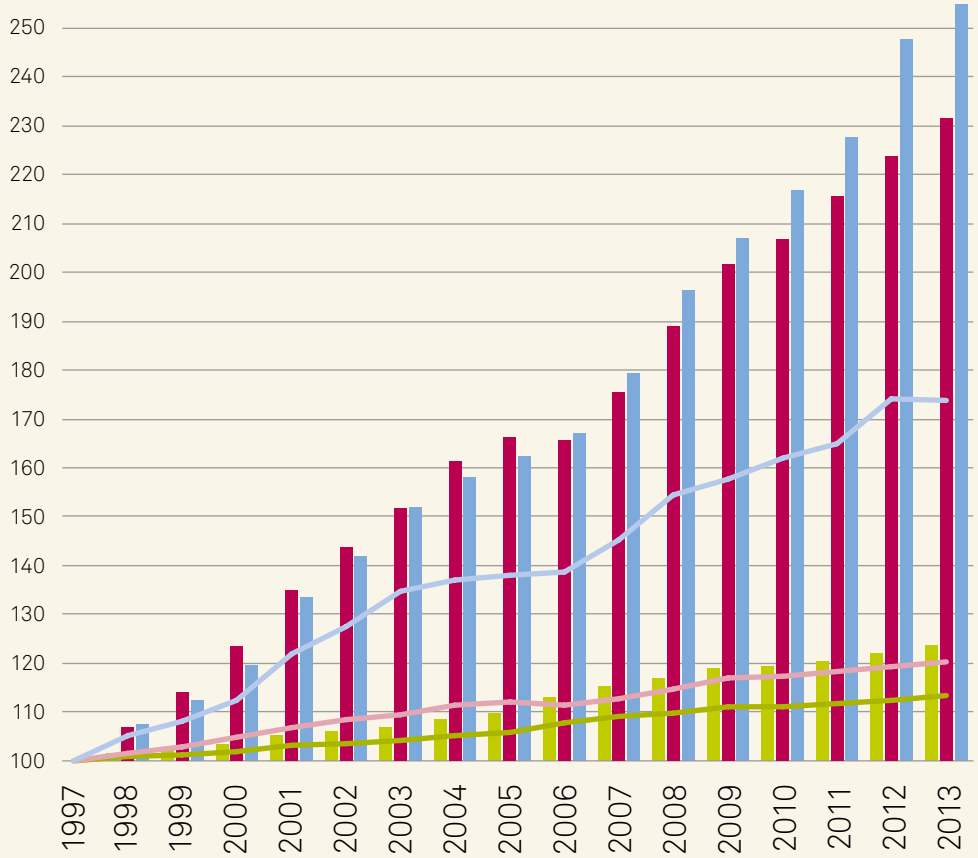
Entwicklung der Gesundheitskosten

Das Wachstum der Gesundheitskosten beträgt bei den Altersklassen 21-65 seit 1997 rund 130 % und bei der Altersklasse 65+ rund 155 %. Pro Kopf jedoch sind es rund 20 % respektive 72 %. Die Kosten für Kinder und Jugendliche haben in diesem 15-jährigen Zeitraum lediglich um gut 10 % zugenommen.

Bei der älteren Bevölkerung (65+) ist rund die Hälfte des Kostenwachstums demnach demografiebedingt: Der Anteil der älteren Bevölkerung steigt durch Zuwanderung und die längere Lebenserwartung. In der Altersklasse 21-65 sind rund 85 % des absoluten Kostenwachstums auf die Zusammensetzung der Bevölkerung zurückzuführen, was vornehmlich zuwanderungsbedingt sein dürfte.

Der grösste Teil des absoluten Kostenwachstums ist auf das Bevölkerungswachstum und Änderungen der Bevölkerungsstruktur zurückzuführen.

Entwicklung der Gesundheitskosten total und pro Kopf der Bevölkerung indexiert



Gesundheitskosten total indexiert

- 0 - 20
- 21 - 65
- 66+

Gesundheitskosten pro Kopf indexiert

- 0 - 20
- 21 - 65
- 66+

Grafik 4 / Quelle: BfS

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Grundversicherungsprämien finanzieren etwas mehr als ein Drittel der Gesundheitskosten und sind damit das grösste Finanzierungsgefäss. In diesem Abschnitt werden ausgewählte Trends und Indikatoren dargestellt, welche mit den öffentlich zugänglichen Statistiken allein nicht aufgezeigt werden können.

Perspektive Kosten

Kosten OKP nach Kostengruppen

Die OKP-Bruttoleistungen sind von 2008 bis 2015 um 33 % gestiegen. Die höchste Wachstumsrate weisen die Labor- und Spitexleistungen sowie die Spital ambulanten Leistungen aus.

Der grosse Anstieg der Laborleistungen passt zum Trend von intensiveren Behandlungen, die mit einer Ausweitung der Diagnostik einhergehen.

Bei den Pflegeheimen verhindern einerseits die staatlich festgesetzten Beiträge der OKP den Kostenanstieg. Ganz offensichtlich steigen aber Menge und Grad der Pflegebedürftigkeit in den Pflegeheimen ebenfalls nicht erheblich an. Kostenerhöhungen in den Pflegeheimen werden also von Bewohnern und der öffentlichen Hand alleine getragen. Es scheint, dass die Spitex den gesamten Mehrbedarf an Pflege abfängt und damit vermehrt Einweisungen in Pflegeheime verhindert.

Die Kosten ambulanter Behandlungen in Spitälern und in der ärztlichen Versorgung wachsen überdurchschnittlich. Politische Massnahmen wie Zulassungsstopp und Kostensteuerung Tarmed bei den Ärzten scheinen nicht sonderlich wirksam zu sein. Im Spital ambulanten Bereich existieren sie nicht einmal. Vielleicht erklärt dies die hohe Wachstumsrate in diesem Bereich ein Stück weit.

Gut erkennbar ist der Kostensprung 2012/2013 von fast 900 Millionen CHF nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung und des neuen Tarifsystems SwissDRG im Spital stationären Bereich. Seither scheinen sich die Kosten tendenziell zu stabilisieren.

Die Entwicklung der Medikamentenkosten bei den Apotheken ist in der Erhöhung der durchschnittlichen Herstellerpreise und in der Mengenentwicklung begründet, die Apothekenstruktur verändert sich kaum. Ebenso im Spital ambulanten Setting: Mit der Entwicklung der Kosten bei Spital ambulanten Behandlungen geht eine noch stärkere Steigerung der Medikamentenkosten einher. Offensichtlich bauen die Spitäler ihre Marktanteile sowohl bei den Medikamenten sowie in der ambulanten Versorgung generell stetig aus. Die Tarifierungssysteme bremsen die Expansion in diesem Bereich offensichtlich nicht, sie dürften sie eher begünstigen.

Kosten in Millionen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**Änderung seit 2008**
Total	22'722	23'656	24'292	24'932	25'901	27'926	28'639	30'122	**+33 %**
Kostengruppen									
Arzt ambulant	5'104	5'227	5'325	5'566	5'806	6'242	6'633	7'007	**+37 %**
Spital stationär	5'258	5'481	5'593	5'696	5'937	6'816	6'662	6'880	**+31 %**
Spital ambulant	2'762	2'919	3'214	3'557	3'672	4'003	4'190	4'186	**+52 %**
Medikamente Arzt	1'619	1'697	1'620	1'621	1'663	1'727	1'762	1'863	**+15 %**
Medikamente Spital ambulant	493	555	611	555	732	800	813	857	**+74 %**
Medikamente Apotheke	3'020	3'136	3'164	3'169	3'253	3'299	3'274	3'461	**+15 %**
Pflegeheim	1'784	1'858	1'894	1'847	1'846	1'838	1'796	1'799	**+1 %**
Spitex	496	531	563	583	628	671	736	794	**+60 %**
Physiotherapie	573	592	623	636	655	698	787	897	**+57 %**
Labor	687	692	697	749	794	846	913	1'122	**+63 %**
übrige Leistungen	926	967	990	953	915	988	1'073	1'257	**+36 %**

Tabelle 1
Quelle: BAG - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Haupttreiber der Kostensteigerung in der OKP ist die Expansion des ambulanten Spitalbereiches.

Kosten OKP pro Patienten

In dieser Tabelle sind Patienten als jene Versicherten definiert, welche jährlich mindestens einen Leistungsbezug zulasten der Grundversicherung aufweisen.

Kosten Total und Kosten pro Patient	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Änderung seit 2008
Kosten Total	**22'722**	**23'656**	**24'292**	**24'932**	**25'901**	**27'926**	**28'639**	**30'122**	**+33 %**
Kosten pro Patient	3'744	3'841	4'008	4'127	4'296	4'373	4'479	4'585	**+22 %**
Geschlecht									
Bruttoleistungen (in Millionen)									
Männer	9'458	9'879	10'179	10'496	10'955	11'908	12'244	12'971	**+37 %**
Frauen	13'264	13'777	14'114	14'435	14'946	16'019	16'395	17'151	**+29 %**
Bruttoleistungen pro Patient									
Männer	3'479	3'573	3'765	3'877	4'078	4'161	4'259	4'362	**+25 %**
Frauen	3'961	4'062	4'208	4'333	4'476	4'550	4'666	4'775	**+21 %**
Altersgruppen									
Bruttoleistungen (in Millionen)									
0 bis 18	1'395	1'449	1'448	1'477	1'549	1'691	1'739	1'827	**+31 %**
19 bis 65	11'565	12'022	12'271	12'550	13'041	14'038	14'332	15'035	**+30 %**
66 und mehr	9'761	10'185	10'574	10'904	11'311	12'197	12'568	13'261	**+36 %**
Bruttoleistungen pro Patient									
0 bis 18	1'007	1'035	1'089	1'108	1'170	1'216	1'260	1'279	**+27 %**
19 bis 65	3'269	3'363	3'575	3'652	3'792	3'847	3'914	4'003	**+22 %**
66 und mehr	8'117	8'268	8'318	8'561	8'832	8'971	9'167	9'360	**+15 %**

Tabelle 2
Quelle: BAG - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung / Helsana

Der grösste Teil des Wachstums der Versicherungsleistungen von 2008 bis 2015 ist auf die gestiegenen Kosten pro Patient zurückzuführen. Haben die gesamten Bruttoleistungen um ingesamt 33 % zugenommen, so sind sie pro Patient um 22 % gestiegen. Das macht 2/3 des gesamten Wachstums aus. Da diese Zunahme nicht auf Bevölkerungsänderungen basieren können, müssen sie bedingt sein durch höhere Tarife, eine Änderung der Behandlungsintensität, Änderungen des Leistungskataloges (z.B. neue teure Medikamente) und/oder neue Abrechnungsgewohnheiten.

Ein Drittel des OKP-Kostenwachstums ist in einer höheren Patientenzahl begründet, vornehmlich durch das Wachstum der Bevölkerung. Diesen Effekt sieht man besonders in der Altersklasse 66+, wo die Leistungen pro Patient auf hohem Niveau «nur» um 15 % steigen, während die totalen Kosten um 33 % zunehmen. Der gleiche Bevölkerungseffekt, der in Grafik 4 für die gesamten Gesundheitskosten beobachtbar ist, gilt in abgeschwächter Form also auch für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In der Altersgruppe bis 18 Jahre scheint der bevölkerungsbedingte Kosteneffekt viel kleiner zu sein. Fast das gesamte Wachstum dieser Klasse auf tiefem Niveau ist bedingt durch die Teuerung in der Patientenbehandlung (Preis mal geleistete Menge pro Patient). Auch in der Gruppe 19-65 Jahre ist dieser Effekt vorherrschend.

Die geschlechterspezifische Differenz der Kosten pro Patient von rund 500 CHF ist von 2008 bis 2015 auf rund 400 CHF gesunken. Es scheint ein Trend zur Angleichung vorzuliegen.

Als Gründe für die Teuerung der Behandlungen pro Patient kommen die Tarife und Preise, die Menge der verrichteten Leistungen, die Ausweitung des Leistungskatalogs und Verrechnungspraktiken in Frage.

Bei den Patienten über 65 ist die Differenz zwischen dem Wachstum pro Patient und dem totalen Wachstum viel grösser als bei den anderen Altersklassen. Der Bevölkerungseffekt ist dort offensichtlich am grössten. In den anderen Altersklassen überwiegen die anderen Gründe.

Weit über die Hälfte des Gesamtkostenwachstums ist bedingt durch die Veränderung der Bevölkerungszahl und der -struktur. In der obligatorischen Grundversicherung ist es weniger als ein Viertel.

Häufigkeit und Intensität der Patientenbehandlung sowie die Änderung des Leistungskataloges sind die Haupttreiber der Kostensteigerung pro Kopf. Das Phänomen des Mengenwachstums pro Patient ist bei der Bevölkerung ab 65 Jahre viel geringer als bei den jüngeren Patienten.

Kosten pro Patient pro Kanton

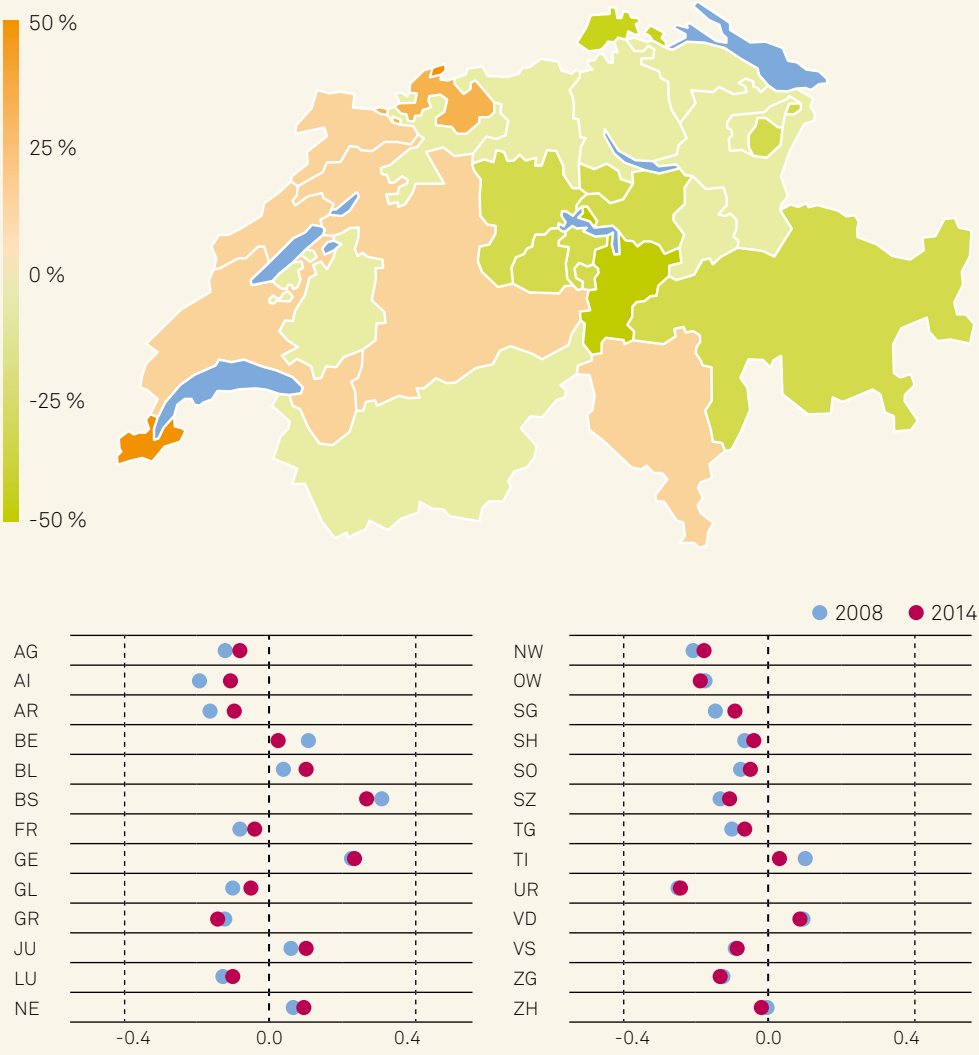
Die OKP-Kosten pro Patient streuen in einer Bandbreite von +/- 30 % vom Durchschnitt. Die Kosten in den frankofonen und eher städtischen Kantonen sind höher als jene in der Ost- und Innerschweiz. Erklärbar sind diese grossen Kostenunterschiede vor allem mit der Zusammensetzung der Bevölkerung, mit kulturellen Unterschieden, unterschiedlichen Anspruchshaltungen, aber auch mit der Angebotsdichte. Das Zusammenspiel dieser Faktoren und deren Einfluss bleibt aber letztlich rätselhaft.

Die Kantone, die nach unten und oben abweichen, bleiben über die Zeitspanne von 2008 bis 2015 dieselben. Es ist weder eine bedeutende Zu- noch eine deutliche Abnahme der Abweichungen feststellbar. Die Abweichungen der Kosten pro Patient sind konstant. Mit dem Kostenwachstum insgesamt verändern sich die regionalen Disparitäten nicht.

Das deutet darauf hin, dass es eher kantonale und weniger gesamtschweizerische Einflussfaktoren (z.B. das Krankenversicherungsgesetz) sind, welche für diese Differenzen verantwortlich sind.

Die kantonalen Abweichungen der OKP-Kosten pro Versicherten und Patienten sind im Zeitverlauf stabil. Deren Ausmass und Zusammensetzung sind rätselhaft. Neue gesamtschweizerisch geltende Rahmenbedingungen ändern diese Differenzen jedenfalls nicht.

Relative Abweichungen Kosten pro Patient zum CH-Mittel (2014)
Schweizer Mittelwert 4479 CHF



Grafik 5 / Quelle: BfS/Helsana

Ärztedichte

Die Ärztedichte wird regelmässig als der zentrale Kostenfaktor genannt.

Die kantonalen Differenzen in der Ärztedichte sowie die Unterschiede in der Entwicklung sind enorm. Basel-Stadt liegt unangefochten vor dem Kanton Genf an der Spitze, sowohl bei den Spezialisten wie bei den Grundversorgern. Die Ärztedichte entspricht einem Mehrfachen der Werte im Kanton Uri und weiteren Kantonen. Während die Dichte bei den Spezialisten gesamtschweizerisch von 2008 bis 2015 um 4 % gestiegen ist, hat sie bei den Grundversorgern sogar um 20 % zugenommen.

Diese Daten sind schwierig in einen Zusammenhang mit den Diskussionen über Ärztemangel und Zulassungsstopp zu bringen. Sie lassen es nicht zu, Ärztemangel oder ein Überangebot genauer zu orten oder eine Wirkung von Steuerungsmassnahmen zu erkennen. Konkrete Zusammenhänge mit der Angebotsstruktur (Gruppenpraxen, Ambulatorien, Relation zur Bevölkerungsstruktur etc.) lassen sich ebenfalls nicht erkennen.

In praktisch allen Kantonen nimmt die Ärztedichte zu. Die Ärztedichte ist als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet.

Ärztedichte pro 100’000 Einwohner pro Kanton

	2008			2015			Änderung seit 2008		
	Total	**GV**	**SA**	**Total**	**GV**	**SA**	**Total**	**GV**	**SA**
CH	**196**	**79**	**117**	**218**	**95**	**122**	**+11 %**	**+20 %**	**+4 %**
AG	148	63	86	165	77	88	**+11 %**	**+22 %**	**+2 %**
AI	103	71	32	125	69	56	**+21 %**	**-3 %**	**+75 %**
AR	149	74	75	167	97	70	**+12 %**	**+31 %**	**-7 %**
BE	197	87	110	217	98	120	**+10 %**	**+13 %**	**+9 %**
BL	202	88	114	236	108	128	**+17 %**	**+23 %**	**+12 %**
BS	366	109	257	423	146	277	**+16 %**	**+34 %**	**+8 %**
FR	142	60	82	135	64	71	**-5 %**	**+7 %**	**+-13 %**
GE	330	96	234	371	127	243	**+12 %**	**+32 %**	**+4 %**
GL	138	73	65	152	90	62	**+10 %**	**+23 %**	**-5 %**
GR	162	88	74	174	101	74	**+7 %**	**+15 %**	**+0 %**
JU	148	70	77	142	73	69	**-4 %**	**+4 %**	**-10 %**
LU	141	68	73	166	86	80	**+18 %**	**+26 %**	**+10 %**
NE	187	82	104	207	101	106	**+11 %**	**+23 %**	**+2 %**
NW	115	69	47	123	66	57	**+7 %**	**-4 %**	**+21 %**
OW	113	76	38	119	84	35	**+5 %**	**+11 %**	**-8 %**
SG	157	68	89	191	91	99	**+22 %**	**+34 %**	**+11 %**
SH	189	88	101	189	93	96	**+0 %**	**+6 %**	**-5 %**
SO	158	84	74	168	92	76	**+6 %**	**+10 %**	**+3 %**
SZ	125	65	59	144	79	66	**+15 %**	**+22 %**	**+12 %**
TG	130	67	63	161	81	80	**+24 %**	**+21 %**	**+27 %**
TI	193	77	116	215	100	114	**+11 %**	**+30 %**	**-2 %**
UR	105	71	34	86	58	28	**-18 %**	**-18 %**	**-18 %**
VD	228	78	150	243	99	144	**+7 %**	**+27 %**	**-4 %**
VS	152	64	88	156	83	73	**+3 %**	**+30 %**	**-17 %**
ZG	188	77	111	201	93	108	**+7 %**	**+21 %**	**-3 %**
ZH	228	87	141	257	99	157	**+13 %**	**+14 %**	**+11 %**

Tabelle 3
Quelle: Ärztestatistik (FMH) – Ärztedichte nach Hauptfachgebiet, ambulanter Sektor.
GV = Allgemeinmed. + Allgemeine Innere Med. + Kinder- und Jugendmed. + Praktischer Arzt + Innere Med.
SA = Spezialisten

Kosten pro Patient nach Leistungserbringer

Die Arztkosten pro Patient liegen in Basel-Stadt praktisch im schweizerischen Durchschnitt. Hingegen liegen dort die Spitalkosten mit grossem Vorsprung an der Spitze. Die Spitalkosten pro Patient sind in den übrigen Kantonen viel homogener verteilt als die Arztkosten. In Genf hingegen liegen die Arztkosten am höchsten während die Spitalkosten pro Patient dort einigermassen moderat sind. In den beiden teuersten Kantone unterscheiden sich die Hauptkomponenten diametral: Einmal sind es die Arztkosten, einmal die Spitalkosten.

Die unterschiedliche Ressourcenausstattung bzw. Infrastrukturen haben massgeblichen Einfluss auf die kantonalen Kostenunterschiede. Der direkte Zusammenhang zwischen Arztdichte sowie Spital- und Arztkosten pro Patient ist schwach. Für hohe Kosten gibt es kantonal offensichtlich sehr unterschiedliche Gründe.

	Kosten pro Patient 2008			Kosten pro Patient 2015			Veränderung seit 2008		
	Arzt	**Spital**	**Apotheke**	**Arzt**	**Spital**	**Apotheke**	**Arzt**	**Spital**	**Apotheke**
CH	**1'237**	**3'532**	**924**	**1'501**	**3'983**	**1'002**	**+21 %**	**+13 %**	**+8 %**
AG	955	3'477	827	1'175	3'880	881	**+23 %**	**+12 %**	**+7 %**
AI	1'158	3'449	985	1'328	4'859	1'716	**+15 %**	**+41 %**	**+74 %**
AR	1'230	3'306	652	1'448	4'035	1'265	**+18 %**	**+22 %**	**+94 %**
BE	1'258	4'447	955	1'509	4'237	999	**+20 %**	**+-5 %**	**+5 %**
BL	1'449	3'756	795	1'744	4'312	1'153	**+20 %**	**+15 %**	**+45 %**
BS	1'340	4'054	1'177	1'560	4'959	1'194	**+16 %**	**+22 %**	**+1 %**
FR	955	3'354	859	1'212	3'796	942	**+27 %**	**+13 %**	**+10 %**
GE	1'442	3'300	1'081	1'904	3'767	1'150	**+32 %**	**+14 %**	**+6 %**
GL	1'324	3'234	1'106	1'520	3'946	1'097	**+15 %**	**+22 %**	**+-1 %**
GR	1'018	3'234	851	1'186	3'643	927	**+17 %**	**+13 %**	**+9 %**
JU	917	3'367	1'005	1'238	4'136	1'009	**+35 %**	**+23 %**	**+0 %**
LU	1'296	3'466	634	1'466	4'035	745	**+13 %**	**+16 %**	**+18 %**
NE	977	3'239	1'049	1'267	3'957	1'232	**+30 %**	**+22 %**	**+18 %**
NW	1'217	3'025	790	1'270	3'721	802	**+4 %**	**+23 %**	**+2 %**
OW	1'233	2'957	712	1'349	3'786	776	**+9 %**	**+28 %**	**+9 %**
SG	1'325	3'377	729	1'602	4'223	875	**+21 %**	**+25 %**	**+20 %**
SH	1'191	3'199	790	1'406	3'750	912	**+18 %**	**+17 %**	**+16 %**
SO	1'372	3'394	728	1'544	3'764	914	**+12 %**	**+11 %**	**+26 %**
SZ	1'371	3'572	744	1'648	4'438	798	**+20 %**	**+24 %**	**+7 %**
TG	1'246	3'693	720	1'505	4'166	877	**+21 %**	**+13 %**	**+22 %**
TI	1'045	3'339	977	1'329	3'265	1'154	**+27 %**	**+-2 %**	**+18 %**
UR	1'126	3'350	618	1'151	4'411	718	**+2 %**	**+32 %**	**+16 %**
VD	1'164	3'189	1'063	1'406	3'798	1'061	**+21 %**	**+19 %**	**+0 %**
VS	882	3'075	906	1'141	3'379	959	**+29 %**	**+10 %**	**+6 %**
ZG	1'337	3'667	707	1'568	4'151	767	**+17 %**	**+13 %**	**+8 %**
ZH	1'427	3'492	843	1'723	4'149	922	**+21 %**	**+19 %**	**+9 %**

Tabelle 4
Quelle: Helsana

Perspektive Tarife

Tarmed

Über 40 % aller Tarmed-Leistungen (3.99 Milliarden Taxpunkte) stammen aus dem Kapitel Grundleistungen. Der grösste Teil davon sind Konsultationsleistungen. Rund 15 % der Tarmed-Leistungen sind bildgebende Verfahren. Weitere 12 % bzw. über 1 Milliarde CHF der insgesamt rund 11 Milliarden stammen aus dem Fachbereich Psychiatrie. Die drei Bereiche Konsultationen, bildgebende Verfahren und Psychiatrie vereinen demnach um die 7.4 Milliarden CHF der rund 11 Milliarden CHF Tarmed-Leistungen auf sich.

Dass die Grundleistungen von 2012 auf 2015 um 24 % angewachsen sind, ist schwierig zu erklären. Der Bedarf ist zwar vermutlich bevölkerungsbedingt etwas gestiegen. Allerdings sind die Taxpunkte pro Patient gleichzeitig um 10 % gestiegen. Das deutet darauf hin, dass trotz des Tarifeingriffs des Bundesrates zugunsten der Grundversorger im Jahr 2014 von 200 Millionen CHF ein erheblicher Teil der Kostensteigerung einerseits durch neue Verhaltensweisen bei der Verrechnung und anderseits durch ausgedehntere Abklärungen und Behandlungen bedingt ist.

Pro Patient werden zunehmend mehr ärztliche Tätigkeiten verrichtet und verrechnet.

Top 10 Anzahl Taxpunkte pro Kapitel (in Millionen Taxpunkten)

Kapitel	2012	2015	Änderung seit 2012
Total Taxpunkte	**9'584**	**11'540**	**+20 %**
00-Grundleistungen	3'987	4'943	+24 %
39-Bildgebende Verfahren	1'523	1'753	+15 %
02-Psychiatrie	1'182	1'403	+19 %
08-Auge	535	683	+28 %
17-Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	321	375	+17 %
35-Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik	222	270	+22 %
32-Radioonkologie, Strahlentherapie	243	270	+11 %
19-Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes	219	264	+20 %
37-Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin	197	237	+20 %
04-Haut, Weichteile	184	213	+16 %

Tabelle 5
Quelle: Helsana

Top 10 Positionen nach Taxpunkten 2015 absteigend

Die wichtigsten Tarmed-Positionen fallen bei fast jedem Arztkontakt an. Es sind zumeist Zeitleistungen. Sie sind von 2012 bis 2015 fast ausnahmslos zweistellig gewachsen. Einzig die Konsultationen (erste, weitere und letzte 5 Minuten) bei den Grundversorgern weichen davon ab.

Auffallend ist, dass nach 12 Jahren Tarmed die ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten bei den Spitälern von 2012 bis 2015 um 70 %, bei den Spezialisten um 48 % und bei den Grundversorgern um 27 % angestiegen ist. Dabei geht es um immerhin rund 200 Millionen CHF. Es ist schwer vorstellbar, dass sich die ärztliche Tätigkeit in dieser kurzen Zeit derart massiv verändert hat; diese Zahlen indizieren vielmehr, dass die Abrechnungspraxis angepasst wurde. Doch der Befund lässt nicht den Schluss zu, dass dies zu Unrecht geschehen wäre. Denn die Tarif- und Vertragskonstrukte ermöglichen keine solche Überprüfung in der Leistungskontrolle. Die Zunahme der verrechneten ärztlichen Leistungen in Abwesenheit kann aber durchaus ein Indiz dafür sein, dass bei diesen Zeitleistungen per se Ausweitungsanreize bestehen.

Gut ersichtlich ist, dass die neue Position «Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis» den Grundversorgern wie geplant jährlich etwas mehr als 200 Millionen CHF Einnahmen generiert hat.

Ein erheblicher Teil der Kostenveränderungen im Tarmed-Anwendungsbereich ist auf unkontrollierbare Änderungen in der Verrechnungspraxis zurückzuführen, die nichts mit Veränderungen in der Gesundheitsversorgung zu tun haben.

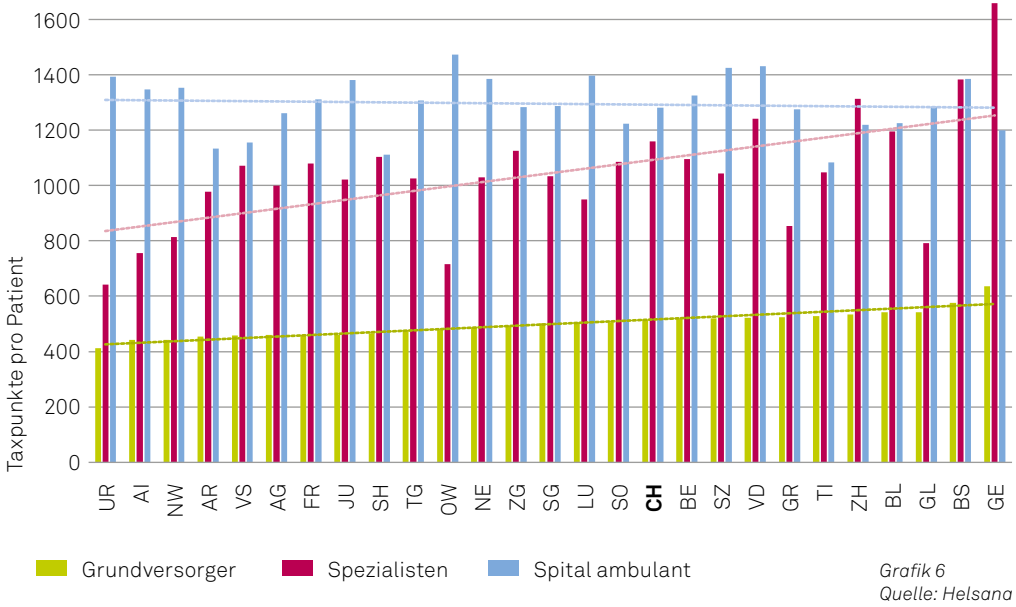
Lerbkategorie	Taxpunkte 2015	Änderung seit 2012
Arzt-Grundversorger		
00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag))	448’360’581	**+9 %**
00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation))	396’807’715	**+3 %**
00.0410 (Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung)	223’052’780	**+14 %**
00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Pat. (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.)	219’868’785	**+27 %**
00.0015 (Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis)	206’600’634	**neu**
00.0030 (Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag))	167’704’261	**+3 %**
00.0510 (Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.)	154’718’506	**+16 %**
00.0420 (Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung)	50’194’241	**+11 %**
00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text)	48’895’856	**+17 %**
00.0520 (Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung)	48’498’250	**+–3 %**
Spezialarzt		
02.0020 (Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, jede weitere Sitzung)	607’177’460	**+13 %**
00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation))	229’901’378	**+14 %**
02.0210 (Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Einzelsetting)	223’003’026	**+39 %**
00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag))	188’185’685	**+35 %**
00.2110 (Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.)	139’299’334	**+19 %**
00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.)	119’436’556	**+48 %**
00.0030 (Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag))	93’913’702	**+22 %**
00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text)	86’941’037	**+31 %**
17.0210 (Echokardiografie, transthorakal, qualitative und quantitative Untersuchung beim Erwachsenen)	85’691’442	**+23 %**
08.0040 (Refraktionsbestimmung, subjektiv, durch Facharzt, beidseitig)	81’728’302	**+11 %**
Spital ambulant		
00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag))	226’528’416	**+30 %**
00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.)	147’713’784	**+70 %**
39.0015 (Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Spital, {KVG})	110’348’444	**+5 %**
00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation))	110’131’268	**+13 %**
00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text)	103’856’186	**+35 %**
32.0510 (Beschleunigertherapie, erstes Volumen)	77’558’783	**+–9 %**
00.0410 (Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung)	75’302’821	**+30 %**
00.2110 (Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.)	54’561’016	**+16 %**
00.1440 (nichtärztliche Behandlung und Betreuung, onkologischer/ hämatologischer/diabetologischer Patienten)	52’992’159	**+23 %**

Tabelle 6
Quelle: Helsana

Taxpunkte pro Patient

Schweizweit sind die Taxpunkte pro Patient im Spital von 2012 auf 2015 um 7 %, bei den Grundversorgern um 10 % und bei den Spezialisten um 14 % angestiegen. Die Kostenausweitung im Spital ambulanten Bereich ist vergleichsweise weniger auf die Intensivierung der Patientenbehandlung als auf die Zunahme der Patientenzahlen zurückzuführen.

Der Kanton Genf liegt sowohl bei den Spezialisten als auch bei den Grundversorgern mit den verrechneten Taxpunkten pro Patienten 2015 weit abgelegen an der Spitze. Im ambulanten Spitalbereich hingegen liegt er unter dem schweizerischen Durchschnitt.



Grafik 6
Quelle: Helsana

	Taxpunkte pro Patient 2015			Veränderung seit 2012		
	ArztGV	**ArztSpez**	**Spital amb**	**ArztGV**	**ArztSpez**	**Spital amb**
CH	**515**	**1160**	**1280**	**+10 %**	**+14 %**	**+7 %**
AG	460	999	1261	**+10 %**	**+13 %**	**+6 %**
AI	443	756	1347	**+21 %**	**+-18 %**	**+25 %**
AR	454	978	1133	**+15 %**	**+17 %**	**+1 %**
BE	519	1096	1325	**+10 %**	**+12 %**	**+11 %**
BL	543	1196	1225	**+13 %**	**+14 %**	**+8 %**
BS	575	1383	1385	**+11 %**	**+9 %**	**+11 %**
FR	460	1079	1310	**+10 %**	**+13 %**	**+7 %**
GE	636	1659	1199	**+9 %**	**+17 %**	**+7 %**
GL	543	791	1284	**+11 %**	**+17 %**	**+7 %**
GR	524	853	1275	**+11 %**	**+12 %**	**+3 %**
JU	461	1021	1381	**+9 %**	**+14 %**	**+21 %**
LU	505	950	1397	**+16 %**	**+9 %**	**+9 %**
NE	487	1029	1384	**+12 %**	**+17 %**	**+16 %**
NW	443	813	1352	**+11 %**	**+4 %**	**+0 %**
OW	482	716	1472	**+7 %**	**+3 %**	**+15 %**
SG	503	1034	1287	**+11 %**	**+17 %**	**+4 %**
SH	466	1103	1112	**+6 %**	**+17 %**	**+4 %**
SO	506	1086	1223	**+12 %**	**+14 %**	**+8 %**
SZ	520	1043	1425	**+6 %**	**+16 %**	**+4 %**
TG	479	1025	1307	**+12 %**	**+16 %**	**+4 %**
TI	528	1048	1083	**+15 %**	**+20 %**	**+8 %**
UR	413	641	1392	**+8 %**	**+-12 %**	**+2 %**
VD	522	1242	1431	**+9 %**	**+14 %**	**+8 %**
VS	459	1072	1155	**+9 %**	**+11 %**	**+13 %**
ZG	492	1126	1282	**+9 %**	**+15 %**	**+1 %**
ZH	535	1313	1219	**+8 %**	**+16 %**	**+0 %**

Tabelle 7
Quelle: Helsana

Der Streubereich ist zwar recht gross, aber die Kantone mit hoher Ärztedichte bei den Spezialisten weisen tendenziell höhere Taxpunkte pro Patient bei Spezialisten auf. Hingegen ist dieser Trend bei den Grundversorgern nicht erkennbar: Es scheint keinen Zusammenhang zwischen Hausärztedichte und den verrechneten Taxpunkten pro Patient bei Hausärzten zu geben.

Die Ärztedichte bei den Grundversogern ist schweizweit in Baselland die tiefste. Pro Patient werden dort relativ viele Leistungen der Grundversorgung erbracht. Die höchste Dichte ist im Kanton Schwyz mit einem mehr als zweieinhalbmal höheren Dichtewert zu beobachten. Erstaunlicherweise sind die Leistungen pro Patient ähnlich hoch wie in Baselland.

Ob die Taxpunkte pro Patient im ambulanten Spitalbereich im Zusammenhang mit der Intensität von Patientenbehandlungen bei Grundversorgern und/oder Spezialisten steht, ist schwierig abzuschätzen. Die Datenlage verleitet zur Vermutung, je mehr Leistungen die Ärzte am Patienten erbringen, desto weniger Leistungen erbringen die Spitäler am ambulanten Patienten.

Zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen am Patienten besteht keine Korrelation.

DRG

In der Schweiz werden in Akutspitälern über 1.2 Millionen stationäre Fälle verzeichnet. Sie sind von 2012 bis 2015 um 7 % gestiegen. Der CaseMix, d.h. die mit dem Krankheitsgrad gewichteten Fälle, haben sogar um 10 % zugenommen.

Fast ein Viertel des CaseMix geht auf Eingriffe im muskuloskelettalen System (Hüft-Knieeingriffe etc.) zurück. Die nächsthäufigen Behandlungen betreffen das Kreislaufsystem, die Verdauungsorgane sowie die Geburten.

Der grösste Teil der Fälle wird in Zentrumsspitälern Versorgungsniveau 2 behandelt. Von 2012 auf 2015 ist der CaseMix bei den Spitälern Versorgungsniveau 3 und 5 am stärksten gewachsen und in der Zentrumsversorgung gleichzeitig viel weniger angestiegen. Mit der Einführung von SwissDRG erhoffte man sich eine stärkere Spezialisierung und Konzentration. Die vorliegenden Daten können diesen Trend allerdings auf keinem Versorgungsniveaus bestätigen.

Dass bei den kleineren Spitälern auch gleichzeitig der CaseMix-Index, d.h. der Schweregrad der Fälle, am stärksten zugenommen hat, weist nicht darauf hin, dass die schwereren Fälle tendenziell in Zentrumsspitäler verlagert werden.

Das lässt auch ein Blick auf die Top-Ten-Listen differenziert nach Versorgungsstufe vermuten. Während in den Unispitälern die Fälle mit sehr hohen CMI die Patientenstruktur prägen, liegen Hüft- und Kniegelenkoperationen sowie die Geburten in den übrigen Versorgungsstufen praktisch ausnahmslos an der Spitze der CaseMix-Rangliste.

Kleinere Spitäler gewinnen Marktanteile zulasten der grösseren. Der Schweregrad ihrer Fälle steigt stärker an als in Zentrumsspitälern.

Top Ten nach Hauptdiagnosegruppe (MDC)

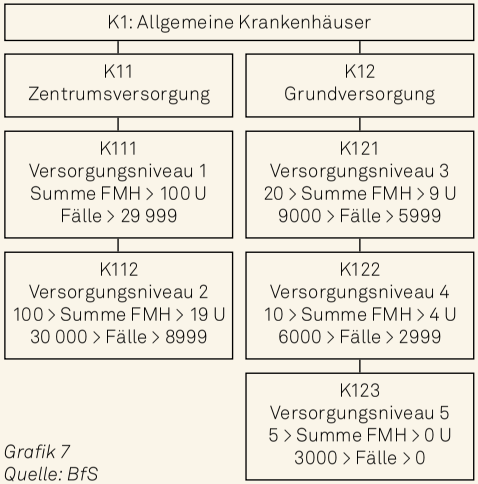
	2012			2015			Änderung seit 2015		
MDC	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**
Total	**1'130'322**	**1'182'734**	**1.05**	**1'210'328**	**1'296'879**	**1.07**	**+7%**	**+10%**	**+2%**
08 - Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	241'274	279'378	1.16	256'819	298'737	1.16	+6%	+7%	0%
06 - Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	114'801	104'912	0.91	124'776	119'727	0.96	+9%	+14%	+5%
05 - Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	115'308	161'949	1.4	122'635	179'728	1.47	+6%	+11%	+5%
14 - Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	93'842	62'502	0.67	99'918	69'100	0.69	+6%	+11%	+3%
15 - Neugeborene	83'300	40'821	0.49	89'616	41'611	0.46	+8%	+2%	-6%
01 - Krankheiten und Störungen des Nervensystems	76'621	81'924	1.07	82'341	95'926	1.16	+7%	+17%	+8%
04 - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	62'951	61'519	0.98	70'676	70'584	1	+12%	+15%	+2%
11 - Krankheiten und Störungen der Harnorgane	46'734	37'754	0.81	57'110	47'090	0.82	+22%	+25%	+1%
03 - Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	41'939	29'633	0.71	47'111	33'336	0.71	+12%	+12%	0%
09 - Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	43'517	36'951	0.85	40'183	35'953	0.89	-8%	-3%	+5%

Tabelle 8
Quelle: BfS

Nach Versorgungsniveau

	2012			2015			Änderung seit 2015		
MDC	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**
Total	**1'130'322**	**1'182'733**	**1.05**	**1'210'328**	**1'296'879**	**1.07**	**+7%**	**+10%**	**+2%**
K112 (Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 2)	391'337	401'086	1.02	411'424	436'829	1.06	+5%	+9%	+4%
K121 (Grundversorgung Versorgungsniveau 3)	198'253	184'513	0.93	218'144	206'777	0.95	+10%	+12%	+2%
K111 (Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1)	199'198	285'943	1.44	210'323	303'645	1.44	+6%	+6%	0%
K122 (Grundversorgung Versorgungsniveau 4)	195'196	163'067	0.84	205'868	182'062	0.88	+5%	+12%	+5%
K123 (Grundversorgung Versorgungsniveau 5)	72'619	64'306	0.89	81'421	76'598	0.94	+12%	+19%	+6%

Tabelle 9
Quelle: BfS



Grafik 7
Quelle: BfS

Top 10 DRG nach BfS-Typ

Alle Leistungserbringer

DRG-Code	Fälle	CaseMix	CaseMix-Index
Total	**1'210'328**	**1'296'880**	**1.07**
I47Z - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	19'543	32'877	1.68
I43B - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	13'697	27'295	1.99
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	38'236	21'663	0.57
I53Z - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	14'592	16'245	1.11
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	71'909	14'872	0.21
O01F - Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	16'892	14'753	0.87
G18B - Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagn.	6'896	13'729	1.99
I29Z - Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	10'952	10'813	0.99
I18B - Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre	20'261	10'257	0.51
G23C - Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre	15'160	10'193	0.67

Tabelle 10
Quelle: BfS

K111 (Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1)

DRG-Code	Fälle	CaseMix	CaseMix-Index
F98Z - Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes	861	5433	6.31
A11A - Beatmung > 249 und < 500 Std. mit hochkompl. Eingr. od. Beatm. > 95 Std. mit intensivmed. KB. > 1470 / 1656 P. od. mit Eingr. bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. od. mit best. OR-Proz. u. kompliz. Proz., mit int. med. KB. > 1470 / 1656 P. od. Alter < 16 J.	250	4672	18.69
A18Z - Beatmung > 999 Stunden oder Beatmung > 499 Stunden mit hochkomplexer Prozedur oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4410 / 4600 Aufwandspunkte	89	3584	40.27
A13A - Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexen Konstellationen	287	3382	11.78
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	5853	3319	0.57
B20B - Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	1037	2868	2.77
P61A - Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 1000 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden	167	2745	16.44
U61Z - Schizophrene, wahnhafte und akut psychotische Störungen	886	2469	2.79
A13B - Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit sehr komplexen Konstellationen	275	2408	8.76
F24B - Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. Intervent. od. mit PTA, ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre	1331	2378	1.79

Tabelle 11
Quelle: BfS

K112 (Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 2)

DRG-Code	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**
I47Z - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	5283	8910	1.69
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	11600	6563	0.57
G18B - Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagn.	2758	5571	2.02
I43B - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	2730	5448	2
I53Z - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	4421	5007	1.13
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	22363	4612	0.21
O01F - Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	4848	4232	0.87
E77D - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation oder äusserst schweren CC, ohne kompliz. Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 360 Punkte, Alter > 15 Jahre	3028	4060	1.34
F62C - Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC	4485	4051	0.9
A95C - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ab 14 Behandlungstagen, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte	1753	3912	2.23

Tabelle 12
Quelle: BfS

K121 (Grundversorgung Versorgungsniveau 3)

DRG-Code	Fälle	CaseMix	CaseMix-Index
I47Z - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	4118	6930	1.68
I43B - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	2679	5340	1.99
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	8441	4781	0.57
I53Z - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	3402	3739	1.1
O01F - Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	4079	3556	0.87
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	16290	3376	0.21
G18B - Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagn.	1636	3230	1.97
G19B - Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, ausser bei bösartiger Neubildung, ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre	1473	2512	1.71
I09C - Wirbelkörperfusion ohne äusserst schwere oder schwere CC	1206	2491	2.07
H08B - Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose, ohne ERCP	2981	2438	0.82

Tabelle 13
Quelle: BfS

K122 (Grundversorgung Versorgungsniveau 4)

DRG-Code	**Fälle**	**CaseMix**	**CaseMix-Index**
I47Z - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	3633	6111	1.68
I43B - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	2712	5409	1.99
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	7910	4499	0.57
O01F - Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	4070	3555	0.87
A95C - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ab 14 Behandlungstagen, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte	1434	3222	2.25
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	14968	3114	0.21
I53Z - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	2331	2591	1.11
G18B - Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagn.	1246	2427	1.95
I18B - Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre	4529	2269	0.5
G23C - Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre	3275	2199	0.67

Tabelle 14
Quelle: BfS

K123 (Grundversorgung Versorgungsniveau 5)

DRG-Code	Fälle	CaseMix	CaseMix-Index
I43B - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	1532	3041	1.98
I47Z - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	1740	2916	1.68
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	3024	1710	0.57
A95C - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ab 14 Behandlungstagen, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte	709	1573	2.22
I18B - Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre	2643	1298	0.49
I29Z - Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	1301	1290	0.99
O01F - Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	1354	1177	0.87
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	5507	1141	0.21
I30Z - Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	981	954	0.97
I05Z - Anderer grosser Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äusserst schweren CC	425	859	2.02

Tabelle 15
Quelle: BfS

Medikamente

Bei Medikamentenbezügen werden die Pro-Kopf-Ausgaben betrachtet, die beim jeweiligen Leistungserbringer pro Tag und je Medikamentenmarke (Pharmacode) anfallen. Werden zwei Packungen des identischen Medikaments gleichzeitig bezogen, wird das als ein Bezug erfasst. Nicht enthalten in den nachfolgenden Zahlen sind die abgegebenen Medikamente in Pflegeheimen, Spitex und jene von Chiropraktoren.

Während die Kosten der Medikamentenbezüge pro Patient zwischen 2012 und 2015 sowohl im Arzt- wie im Apothekenkanal um 4 % gestiegen sind, sind sie im ambulanten Spitalbereich um 4 % gesunken. Das 13 %-ige Wachstum der Kosten im Spitalkanal hat sein Ursprung im Wachstum der Anzahl Bezüge. Dies einerseits wegen höherer Patientenzahlen, anderseits aber auch auf Grund höherer Bezüge pro Patient. Damit gewinnen die Spitäler Marktanteile zulasten der Apotheken und Ärzte. Dies steht im Einklang mit der generellen Mengen- und Kostenentwicklung im Spital ambulanten Bereich. Total ist die Anzahl Bezüge Spital ambulant mehr als doppelt so stark angestiegen als beim Apotheker und beim Arzt.

Dass die Kosten pro Patient im Apothekenkanal fast doppelt so hoch sind wie im Arztkanal, hat mit den höheren Bezügen pro Patient und mit den unterschiedlichen Versorgungsauflagen zu tun. Während selbstdispensierende Ärzte (SD-Ärzte) vor allem die häufig gebrauchten, eher günstigeren Medikamente an Lager nehmen, verfügen die Apotheken über ein grösseres Sortiment und eine grössere Abgabebereitschaft. Auch nehmen sie mit den hochpreisigen Medikamenten grössere Risiken und tiefere Margen in Kauf.

Seit der Einführung von DRG im stationären Bereich sind die Medikamentenbezüge Spital ambulant um fast 30 % gestiegen. Der Spital ambulante Bereich gewinnt zulasten der SD-Ärzte und Apotheken Marktanteile.

	Total	Änderung seit 2012	Ärzte	Änderung seit 2012
Kosten				
Total	6'596'911'849	+12%	1'956'173'646	+13%
pro Versicherten	792	+8%	235	+8%
pro Patient	1'066	+6%	478	+4%
Bezüge				
Total	106'272'935	+13%	38'699'015	+11%
pro Versicherten	12.8	+8%	4.6	+7%
pro Patient	17.2	+6%	9.5	+2%

	Apotheken	Änderung seit 2012	Spitäler	Änderung seit 2012
Kosten				
Total	3'737'456'717	+11%	903'281'486	+13%
pro Versicherten	449	+7%	108	+8%
pro Patient	889	+4%	649	-4%
Bezüge				
Total	56'742'546	+11%	10'831'374	+28%
pro Versicherten	6.8	+7%	1.3	+23%
pro Patient	13.5	+4%	7.8	+9%

Tabelle 16
Quelle: Helsana Arzneimittelreport (Ausgabe 2016)
Anmerkung: 1.1% der Gesamtkosten von CHF 6'666 Millionen und 0.5% der 106.8 Millionen Gesamtbezüge betrafen weitere Bezugsquellen wie Pflegeheime ohne Pauschalabrechnung, Chiropraktoren, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Hebammen, Spitexorganisationen.

Vier der 15 teuersten kostenintensivsten Medikamente (ohne Spital stationär) werden bei 5 Patienten von 10'000 oder häufiger eingesetzt. Die restlichen werden seltener eingesetzt. Bei 11 der 15 höchsten Ausgabenposten sind also die hohen Preise der ausschlaggebende Kostenfaktor. Diese Konstellation zeigt, dass die erwarteten Weiterentwicklungen im Arzneimittelbereich (neue teure Biologika etc.) unter den gegenwärtigen Preisbildungsbestimmungen zu beträchtlichen Kostensteigerungen führen werden.

Die Ranglistenspitze erobert haben die neuen Medikamente gegen Hepatitis C (Harvoni, Sovaldi). Sie sind in ähnlichen Indikationsbereichen anwendbar. Die heutigen Preisregeln führen dazu, dass Folgeprodukte jeweils in die gleich hohe Preiskategorie eingestuft werden. Ist der Preis eines neuen Präparates einmal festgesetzt, erhalten Nachfolge- oder ähnliche Präparate einen ähnlich hohen Preis. Das zeigt auch das Beispiel von Lucentis und Eylea.

Die Immunsuppressiva – Medikamente, welche die Funktionen des Immunsystems beeinflussen, z.B. bei Krebstherapien – sind ebenfalls sehr teuer und werden relativ selten eingesetzt. Auch in diesem Bereich wird die Entwicklung in den nächsten Jahren rasant weitergehen, mit entsprechenden Kostenfolgen.

Selten angewendete, aber teure Medikamente stehen an der Spitze der Kostenrangliste. Die Preisregeln führen zu einer Preisspirale nach oben.

Übersicht der Präparate sortiert nach Kosten, 2015, Hochrechnung für die gesamte Schweiz

Präparat	Bezeichnung der Ebene 2	Rang Kosten	Kosten [CHF] (Anteil an Totalkosten in %)	Anzahl Personen
Harvoni®	Antiviralia	1	119’179’624 (1.8)	1’819
Remicade®	Immunsuppressiva	2	115’811’784 (1.7)	6’283
Humira®	Immunsuppressiva	3	111’115’768 (1.7)	8’453
Gilenya®	Immunsuppressiva	4	89’272’592 (1.3)	4’109
Xarelto®	Mittel zur Hemmung der Blutgerinnung	5	79’167’144 (1.2)	152’973
Sovaldi®	Antiviralia	6	77’200’136 (1.2)	1’212
Eylea®	Augenmedikamente	7	71’815’768 (1.1)	12’959
Lucentis®	Augenmedikamente	8	71’243’720 (1.1)	15’114
Enbrel®	Immunsuppressiva	9	67’226’776 (1.0)	5’512
Crestor®	Lipidsenker	10	64’951’444 (1.0)	158’774
Herceptin®	Krebsmedikamente	11	53’104’044 (0.8)	2’471
Simponi®	Immunsuppressiva	12	52’006’208 (0.8)	4’290
Truvada®	Antiviralia	13	50’118’784 (0.8)	6’639
Ferinject®	Mittel gegen Blutarmut	14	50’107’508 (0.8)	175’844
Dafalgan®	Schmerzmittel	15	48’835’820 (0.7)	1’778’514

Tabelle 17
Quelle: Helsana Arzneimittelreport (Ausgabe 2016)

Pflege

Bei durchschnittlich nahezu konstanter Aufenthaltsdauer von 2008 bis 2015 hat die Anzahl Bewohner und die Anzahl verrechneter Tage in Pflegeheimen um 10 % bzw. 6 % zugenommen. Gleichzeitig sind die Kosten zulasten der Grundversicherung stabil geblieben. Dieser Umstand ist auf die Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahre 2011 zurückzuführen. Die vom Bundesrat festgelegten Beitragssätze haben einen Kostenanstieg verhindert. Für die Anpassung der Vergütung der OKP an die Pflegekosten galt von 2011 bis 2013 eine Übergangsphase. Die neuen Beiträge sind erst 2014 definitiv in allen Kantonen in Kraft getreten. Dies kann die leichten Kostensenkungen ab 2014 erklären.

Demgegenüber haben sich die Anzahl der Spitex-Patienten und die verrechneten Spitex-Stunden stark erhöht. Die Stunden pro Klient sind ebenfalls gestiegen. Diese sind ein Indikator für eine zunehmende Pflegeintensität der Spitex-Klienten. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern sowie die Förderung der ambulanten Pflege («ambulant vor stationär») haben möglicherweise zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen durch stärker pflegebedürftige Menschen geführt.

Die Pflegekosten zulasten OKP (Spitex plus Pflegeheim) sind durch die Neuregelung der Pflegefinanzierung zwischen 2010 und 2015 nur leicht angestiegen. Das Ziel der Entlastung der OKP wurde erreicht.

Auffällig ist die stark wachsende Inanspruchnahme der ambulanten Pflegeleistungen.

Langzeitpflege	2008	2015	Änderung seit 2008
Pflegeheim			
Anzahl Klient/innen	114'922	126'043	**+10%**
Verrechnete Tage	30'476'760	32'285'237	**+6%**
Tage pro Klient/in	265	256	**-3%**
Spitex			
Anzahl Klient/innen	158'560	253'823	**+60%**
Verrechnete Stunden	7'842'965	13'700'641	**+75%**
Stunden pro Klient/in	49	54	**+10%**

Tabelle 18
Quelle: BfS

Diskussion

Gesundheitswesen Schweiz: Explosiv oder tragbar?

Die gesamten Gesundheitskosten sind bis 2014 auf 71 Milliarden CHF angewachsen. Hauptgründe für die Kostensteigerungen sind die Bevölkerungsentwicklung (Bevölkerungszunahme und Alterung), die Ausweitung und Verteuerung des Leistungskatalogs der Grundversicherung sowie die intensiveren Behandlungen der Patienten. Die steigende Anspruchshaltung der Versicherten dürfte auch eine Rolle spielen.

Regelmässig ist sowohl in den Medien als auch von Exponenten des Gesundheitswesens zu hören, dass sich die Schweiz dieses teure Gesundheitswesen nicht mehr leisten könne. Die Zahlen zeigen das Gegenteil. Trotz steigenden Gesundheitskosten wächst das BIP bereinigt um die Gesundheitskosten – quasi der um den Gesundheitsanteil korrigierte Wohlstandsanteil – weiterhin an, seit 1996 um über 17'000 CHF pro Kopf. Das BIP-Wachstum pro Kopf inkl. Gesundheitsbranche seit 1996 beträgt 20'300 CHF pro Kopf. Angesichts dieses Wachstums ist die seither um 1'500 CHF pro Kopf erhöhte Prämienbelastung im Durchschnitt problemlos tragbar. Die vielbehauptete Kostenexplosion existiert nicht, die Entwicklung der Gesamtkosten verläuft stetig.

Das bestätigen auch die Zahlen der Haushaltsbudgeterhebung. Der durchschnittliche Haushalt kann von 2006 bis 2014 dank des Anstiegs des BIP und des Einkommens einen 7-fach über der Steigerung der Grundversicherung liegenden Anstieg der Ersparnisse finanzieren. Und zusätzlich ermöglicht die Wohlstandssteigerung seit 2006 Mehrausgaben für Konsum von rund 325 CHF pro Monat in jedem Haushalt.

Es ist ein Trend zur Entlastung der rein privaten Zahlungen (Out-of-Pocket) zu erkennen, zugunsten der öffentlichen organisierten Finanzierungsformen der Grundversicherung und der kantonalen Steuerfinanzierung. Die solidarischen Finanzierungsformen gewinnen gegenüber den privaten an Gewicht.

Diese Zahlen legen nahe, dass wir im Gesundheitswesen neben einem Kostenwachstum vor allem ein Problem bei der Lastenverteilung haben. Anstatt «Wir können uns das nicht mehr leisten!» sollte es heissen: «Immer mehr von uns können sich das nicht mehr leisten!».

Dann zeigt sich aber auch, woran die Gesundheitspolitik krankt: Sie ist vor allem auf Kostenmassnahmen ausgerichtet. Das verteilungspolitische Problem wird aber nur kosmetisch und wenn, nur isoliert auf das Gesundheitswesen angegangen (z.B. kantonale Prämienverbilligungen, Franchisenrabatte). Gleichzeitig vernachlässigt die Politik aber die Nutzenseite des Gesundheitswesens. Statt aus Verteilungsgründen die Kosten um jeden Preis bewirtschaften zu wollen, sollten Massnahmen verstärkt auf Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkte ausgerichtet werden. Nicht punktuell, sondern umfassend.

OKP: Tarife und Kosten

Kosten

Gesundheitspolitische Massnahmen konzentrieren sich in erster Linie auf den Bereich der Grundversicherung. 2015 finanzierte diese 37 % der gesamten Gesundheitskosten. Rechnet man den kantonalen Finanzierungsanteil im Spitalbereich dazu, sind es allerdings bereits über 50 %.

Wenn auch in etwas geringerem Ausmass als bei den Gesamtkosten: Auch in der Grundversicherung ist ein massgeblicher Teil der Kostenentwicklung demografiebedingt, nämlich rund 33 % seit 2008. Die restlichen 67 % des Wachstums machen in erster Linie Häufigkeit und Intensität der Patientenbehandlungen sowie die Änderung des Leistungskataloges aus. Die Kosten pro Patient steigen seit 2008 denn auch jährlich durchschnittlich um 3.2 %. Der beobachtete Mengeneffekt pro Patient ist bei der älteren Bevölkerung (über 65 Jahre) viel geringer als bei der jüngeren Bevölkerung.

Den Trend zu intensiveren Behandlungen am Patienten bestätigen auch die Kostenentwicklungen nach Kostengruppen. Zum Beispiel zeigt der massive Anstieg der Laborleistungen um 63 % die ausgedehntere Diagnostik. Auch die Medikamentenbezüge oder die Tarmed-Taxpunkte pro Patient in allen Kanälen deuten ebenfalls auf Intensitätssteigerungen der Therapien hin.

Es ist bezeichnend für das Gesundheitswesen, dass diesen Kosten- und Mengendaten nicht systematisch Outcome- und Qualitätsdaten gegenübergestellt werden können. Das verhindert Aussagen zur Frage, ob diese Entwicklungen in besserer Versorgung begründet sind oder nicht. Diese Intransparenz erlaubt es auch kaum, Erkenntnisse zur Frage der Effizienz- und Produktivitätsentwicklung im Gesundheitswesen zu ge-

winnen. Dieser Mangel ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Vertragstarife in den allermeisten Fällen unabhängig von der Wirksamkeit der Leistungen oder dem Outcome der medizinischen Versorgung vereinbart werden. So können auch die entsprechenden Daten nicht anfallen, gesammelt werden und gegenübergestellt werden.

Für die grossen regionalen Disparitäten – sei das bei den Kosten pro Patient, bei den Ärztedichten oder den Spitalkosten – mag es zwar demografische und sozioökonomische Begründungen geben. Es ist aber sehr plausibel, dass auch Outcome- bzw. Effektivitätsunterschiede und daher unterschiedliche Niveaus der Versorgungseffizienz existieren. Ebenso deuten sie darauf hin, dass die Kostenentwicklung nicht nur nachfragebedingt ist, sondern massgeblich von der Ausstattung mit Infrastruktur und vom Medizinalpersonal abhängt.

In praktisch allen Kantonen ist die Ärztedichte von 2008 bis 2015 angestiegen. Ganz allgemein scheint die Ärztedichte allerdings kein wirklich guter Erklärungsfaktor für die Kosten zu sein. Dass zwischen Grundversorgerdichte und Taxpunkten pro Patient im interkantonalen Vergleich kein Zusammenhang erkennbar ist, bestätigt diese Vermutung.

Der Hauptkostentreiber ist letztlich der Spital ambulante Bereich. Angebot (Infrastruktur, Leistungen am Patienten) und Nachfrage (Anzahl Patienten) dehnen sich kontinuierlich aus. Ginge man von der Grundannahme aus, die Versorgungsqualität habe zu jedem Zeitpunkt der letzten Jahre in einem optimalen Verhältnis zu den Kosten gestanden, würde dies bedeuten, dass die Kostenentwicklung allein auf den anfallenden Mehrnutzen in der Versorgung zurückzuführen ist. Betrachtet man die verschiedenen Komponenten der Kostenentwicklung und die regionalen Disparitäten, ist diese Schlussfolgerung wohl nicht zu halten. Es besteht offensichtlich Potenzial für eine höhere Effizienz.

Tarife

Rund 11 Milliarden CHF oder über ein Drittel der Grundversicherungskosten wird mit dem Tarif Tarmed generiert. Der wichtigste Kostenverursacher – der Spital ambulante Bereich – wendet den Tarmed an, ebenso der ärztliche Bereich. Offensichtlich sind es hier auch angebotsinduzierte Faktoren, welche die Kostenentwicklung mitprägen. Und ein massgeblicher Teil der Kostensteigerungen ist auf unkontrollierbare Änderungen in der Verrechnungspraxis – also auf das Tarifkonstrukt selbst – zurückzuführen. Der Vorwurf der Ineffizienz wird gleich dreifach geschürt:

1. Der Tarif lässt viele unkontrollierbare Veränderungen der Verrechnungspraxis zu.
2. Die Abgeltung ist nicht an den Outcome der medizinischen Versorgung oder die Wirksamkeit der Leistung geknüpft.
3. Die Zunahme der Leistungsintensität am Patienten ist kaum nachvollziehbar (Indikationsqualität). Quasi «naturgemäss» sind die Möglichkeiten dafür bei den Spezialisten grösser, da sie neben der ärztlichen Leistung einen grösseren Anteil an technischen Leistungen nutzen können. Das widerspiegeln auch die viel höheren Wachstumsraten der Taxpunkte bei den technischen Leistungen von Spezialisten im Vergleich zu den Grundversorgern.

Trotz dieser offensichtlichen Mängel gelingt es den Stakeholdern nicht, den Tarif partnerschaftlich weiterzuentwickeln. Inwiefern hier Kostensteuerungsvereinbarungen, bundesrätliche Eingriffe oder das Gezänk um Kostenneutralität der Gesundheitsversorgung etwas nützen, bleibe dahingestellt. Die grundsätzlichen Mängel des Tarifes werden so jedenfalls nicht behoben.

2012 wurden die Regeln der Spitalfinanzierung geändert und der leistungsorientierte Pauschaltarif SwissDRG eingeführt. Das führte zwar zu einer einmaligen Kostenverschiebung zulasten der Kantone und der Grundversicherung, seither scheinen sich die Kosten aber eher zu stabilisieren. Ob sich die erhofften Wirkungen des beabsichtigten Tarifwettbewerbs einstellen, ist noch nicht klar.
Mit der Einführung von SwissDRG war die Hoffnung verbunden, dass der durch Benchmarking erzeugte Wettbewerb Effizienzsteigerungen hervorbringt. Die präsentierten Daten können das nicht nachweisen. Ersichtlich ist lediglich, dass kleinere Spitäler seit 2012 zulasten der grösseren Häuser Marktanteile gewonnen haben und deren Fallschweregrad stärker gestiegen ist als in Zentrumsspitälern. Ist diese Entwicklung nicht erwünscht, könnte mit der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems Gegensteuer gegeben werden.

Im Pflegebereich findet offensichtlich die vielerorts erhoffte Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich statt. Im ambulanten Medikamentenbereich sind ebenfalls auffällige Verschiebungen zu beobachten. Dies im Gleichklang mit der Zunahme der Patienten im ambulanten Spitalbereich. Unabhängig davon machen wenige, aber sehr teure Medikamente einen beträchtlichen Anteil der Medikamentenkosten aus. Ein Trend, der vermutlich anhalten wird.

Einfluss der Gesundheitspolitik

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie diese Daten im Kontext regulatorischer Eingriffe zu interpretieren sind.

Der Bund legt in allen Bereichen der Grundversicherung das Leistungsspektrum – den Leistungskatalog – fest bzw. hat es der Hand, ihn zu bestimmen. Wie untenstehende Tabelle zeigt, kommen je nach Kostengruppe weitere staatliche Massnahmen auf Bundes- oder kantonaler Ebene dazu:

Kostengruppen	Wachstum 2008 bis 2015	Tarif	Wer	Staatliches Mengen/Preis-Instrument
Arzt ambulant	37 %	Tarmed	Vertrag	Kant. Angebotsregulierung: Zulassungsstopp
Spital stationär	31 %	DRG ab 2012	Vertrag	Kant. Angebotsregulierung: Spitalplanung
Spital ambulant	52 %	Tarmed	Vertrag	-
Medikamente Spital ambulant	74 %	Spezialitätenliste	BAG	Höchstpreise
Medikamente Arzt und Apotheke	15 %	Spezialitätenliste	BAG	Höchstpreise
Pflegeheime	1 %	Beiträge	Bundesrat	Kantonale Planung, Beitrag durch Bundesrat festgelegt
Spitex	60 %	Stundentarif	Bundesrat	Preise
Labor	63 %	Analysenliste	EDI	Höchstpreise

Tabelle 19
Quelle: BAG-Statistik der obligatorischen Krankenversicherung/Helsana

Es wäre vermessen, diesen staatlichen Massnahmen anhand der vorliegenden Informationen generell ihre Wirksamkeit abzusprechen. Im Gegenteil, sie bleiben garantiert nicht ohne Einfluss. Offensichtlich aber mit sehr unterschiedlichen Resultaten. Allen ist gemeinsam, dass sie auf eine Kostenregulierung abzielen – aber eben fast ausschliesslich auf Kostenregulierung.

Sollte die Zielsetzung regulatorischer Eingriffe darin bestehen, das Kosten-Nutzen-Verhältnis unserer Gesundheitsversorgung zu verbessern, ist allerdings keine Wirkung erkennbar. Denn ohne Nutzenbetrachtung (Outcome, Qualität etc.) ist die Auswirkung regulatorischer Massnahmen auf die Effizienz der Versorgung nicht feststellbar. Und zu vielschichtig sind neben den staatlichen Steuerungseingriffen weitere Einflussfaktoren: strukturelle Verschiebungen des Angebots, neue Versorgungsformen, Veränderung der Bevölkerungsstruktur, neue Bedürfnisse, Veränderungen in der Tarifgestaltung, technologische Entwicklungen, etc.

Zu begrüssen sind daher in diesem Zusammenhang die verstärkten Aktivitäten im Bereich der Health Technology Assessments, also die Überprüfung der Leistungen, die aus der Grundversicherung zu finanzieren sind. Da steht man zur Zeit aber noch am Anfang. Zentral wird sein, die entsprechenden Erkenntnisse auch effektiv mit Tarifverträgen und Preisen oder anderen regulatorischen Massnahmen zu verknüpfen. Nur so wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis weitflächig sichtbar werden.

Fazit

Unsere Gesellschaft als Ganzes kann sich die anfallenden Gesundheitsausgaben tendenziell immer besser leisten. Dies bedeutet aber nicht, dass ihre absolute Höhe kein Problem darstellt. Entscheidend ist die Lastenverteilung auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Sie ist das eigentliche Problem. Regulatorische Massnahmen, die allein das Gesundheitswesen im Auge haben, greifen daher zu kurz.

Für die Grundversicherung legen die Zahlen nahe, dass es verschiedene Kostentreiber gibt. An erster Stelle ist natürlich die Demografie zu nennen. Ihr Einfluss wird aber überschätzt. Gesamthaft wichtiger sind folgende Faktoren:

- Finanzierungsumschichtungen wie die neue Spitalfinanzierung und Leistungsverschiebungen zwischen stationären und ambulanten Sektor
- Ausweitung des Leistungsspektrums
- Neues Bezugsverhalten von Leistungen wie angebotsinduziertes Verhalten, eingesetzte Infrastruktur und Ausstattung mit Medizinalpersonal
- Unkontrollierbare Änderungen in der Anwendung von Tarifen.

Im Gesundheitswesen – wie in diesem Ausgabenreport auch – sind in erster Linie Leistungs- und Kostendaten verfügbar. Sie lassen Aussagen zu Effizienz, Produktivität und Bedürfnisorientierung unseres Gesundheitswesens nur beschränkt zu. Es muss daher gelingen, Klarheit über das zu bekommen, was hinten rauskommt, den Outcome. Politische Massnahmen sollten verstärkt auf Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkte ausgerichtet werden. Nur so lässt sich eine reine Kostendiskussion überwinden, denn das Gesundheitswesen ist weit mehr als nur ein Kostenfaktor.

Helsana-Gruppe
Postfach
8081 Zürich
www.helsana.ch