



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

5-Jahres-Vergleich 1998–2002 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP
mit dem Datenpool von santésuisse

Forschungsprotokoll 1
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Surny Isabelle

Juni 2004

Neuchâtel

Inhalt

Zusammenfassung	4
Résumé	7
1 Einleitung	10
2 Methodische Aspekte	12
2.1 Kurzportrait des Datenpools	12
2.2 Definitionen.....	14
2.3 Aufteilung ambulant vs. stationär.....	15
3 Ergebnisse.....	16
3.1 Entwicklung 1998 bis 2002 nach ambulanten und stationären Leistungsarten.....	16
3.1.1 Entwicklung nach Grobkategorien	16
3.1.2 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der stationären Leistungsarten.....	19
3.1.3 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der ambulanten Leistungsarten.....	20
3.2 Kosten für stationäre und ambulante Leistungen in verschiedenen Spitälern.....	24
3.3 Regionale Unterschiede	26
3.3.1 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 im stationären und ambulanten Bereich.....	26
3.3.2 Zusammenhang zwischen dem Anteil an Spezialisten und der Kostenhöhe in den Grossregionen	29
3.4 Alters- und Geschlechterunterschiede	32
3.4.1 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 nach Alter der versicherten Personen.....	32
3.4.2 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 nach Geschlecht	35
4 Literatur	38
Anhang	39

Zusammenfassung

Aufgrund des starken öffentlichen Interesses bezüglich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wurde für vorliegendes Forschungsprotokoll ein 5-Jahres-Vergleich der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung vorgenommen. Dabei wurde der Datenpool von santésuisse analysiert, welcher Informationen über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beinhaltet. Es können somit Aussagen über rund einen Drittel der im Schweizer Gesundheitswesen anfallenden Kosten gemacht werden. Das Forschungsprotokoll wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in Zusammenarbeit mit santésuisse und dem Institut de recherches économiques et régionales (IRER) der Universität Neuchâtel erarbeitet.

Deutlichere Kostenzunahme im ambulanten als im stationären Bereich

Die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind von 13.9 Milliarden Franken im Jahr 1998 auf 17.3 Milliarden Franken im Jahr 2002 gestiegen. Pro versicherte Person wurden dabei 2354 Franken ausgegeben, 717 Franken für stationäre und 1637 Franken für ambulante Leistungen. Zwischen 1998 und 2002 haben die Kosten für stationäre Leistungen um 13 % zugenommen, während der Kostenanstieg im ambulanten Bereich mit 26 % deutlich höher ausfiel. Es gibt somit ein Indiz einer möglichen Verschiebung der Kosten von stationär zu ambulant.

Im stationären Bereich sind in den beobachteten fünf Jahren vor allem die Pflegeheimkosten mit einer Wachstumsrate von über 38 % stark angestiegen. Die stationären Spitalkosten hingegen haben in derselben Periode nur um 5 % auf 519 Franken zugenommen. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags von Zusatzversicherten haben einige Spitäler ihre Rechnungen für das Jahr 2002 zurückbehalten. Deshalb muss bei den Spitalleistungen von einer Unterschätzung der Kosten im Jahr 2002 und somit auch der Wachstumsrate ausgegangen werden. Die grösste absolute Zunahme bei den stationären Spitalkosten ist in den Allgemeinspitälern zu verzeichnen, und auch in den psychiatrischen Kliniken ist mit einer Wachstumsrate von 13 % eine nicht unbedeutende Erhöhung der Kosten zu beobachten.

Im ambulanten Bereich haben sich in den fünf Jahren die Kosten um 341 Franken auf 1637 Franken pro versicherte Person erhöht. In absoluten Beträgen betrachtet sind dafür vor allem die Medikamente (+149 Franken) sowie die Arztleistungen (+126 Franken) verantwortlich. Stark zugenommen haben zwischen 1998 und 2002 auch die „anderen Leistungsarten“ (Sammelkategorie), welche in dieser Zeitperiode um 59 % auf 76 Franken gestiegen sind. Auch bei der ambulanten Pflege (vorwiegend Spitex) ist eine markante Zunahme der Kosten über die letzten fünf Jahre zu beobachten, es handelt sich dabei aber um relativ geringe Kosten pro versicherte Person (41 Franken im Jahr 2002). Die deutliche Zunahme bei den Medikamenten ist vor allem auf den Verkauf von Medikamenten in Apotheken zurückzuführen, während bei den Arztleistungen eine grössere prozentuale Zunahme im Spital (31 %) als in privater Praxis (13 %) beobachtet werden kann.

Klare regionale Unterschiede

Die Grossregion Tessin und die Genferseeregion weisen die höchsten Pro-Kopf-Kosten auf (2934 Franken bzw. 2899 Franken), während sich die Ausgaben von Zürich, der Nordwestschweiz sowie dem Espace Mittelland um das Schweizer Mittel von 2354 Franken belaufen. Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Kosten fallen in der Ost- (1965 Franken) und vor allem in der Zentralschweiz (1846 Franken) an. Zwischen 1998 und 2002 ist die deutlichste Kostenzunahme mit 26 % in der Zentralschweiz zu verzeichnen, wo die Kosten im ambulanten Bereich deutlich zugelegt haben. In der Grossregion Zürich ist demgegenüber die niedrigste Wachstumsrate von 17 % zu beobachten. Die bereits oben erwähnte – verglichen mit dem stationären – deutlichere Kostenzunahme im ambulanten Bereich kann in allen Grossregionen beobachtet werden. Die Wachstumsraten im ambulanten Kostenbereich fallen in den verschiedenen Regionen jedoch homogener aus als die Wachstumsraten der stationären Leistungen.

In den Regionen mit hohen Pro-Kopf-Kosten (Genferseeregion, Regionen Tessin und Zürich) ist auch eine hohe Ärztedichte zu verzeichnen, während in Regionen mit niedrigen Kosten eine tiefere Ärztedichte zu beobachten ist. Dieser Zusammenhang zwischen Kostenhöhe und Ärztedichte ist sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten zu beobachten. In allen Grossregionen fallen bei den Spezialisten deutlich höhere Kosten pro Grundleistung (Summe der Konsultationen und Hausbesuche) an als bei den Grundversorgern. Ebenfalls gehen in allen Grossregionen die versicherten Personen häufiger zu den Grundversorgern als zu den Spezialisten. Die Patienten aus der Genferseeregion und der Grossregion Tessin gehen aber häufiger zu den Spezialisten als die versicherten Personen aus der Ost- und Zentralschweiz.

Einfluss von Alter und Geschlecht

Sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Leistungen nehmen die Kosten pro versicherte Person mit dem Alter zu. Stationäre Kosten hängen jedoch deutlicher als die ambulanten mit dem Alter zusammen. Während bei den Erwachsenen die ambulanten im Vergleich zu den stationären Kosten zwischen 1998 und 2002 deutlich stärker gestiegen sind, fällt bei den Kindern die Wachstumsrate in beiden Bereichen gleich hoch aus. Im ambulanten Bereich sind bei den Erwachsenen die höchsten absoluten Zunahmen bei den Medikamenten zu verzeichnen. Bei den Kindern sind hauptsächlich die Arztleistungen für die Kostenzunahme verantwortlich.

In den fünf beobachteten Jahren und bei allen Leistungsarten weisen Frauen jeweils die höheren Pro-Kopf-Kosten auf als Männer. Die Kosten der Frauen und Männer haben sich in den letzten fünf Jahren jedoch sehr ähnlich entwickelt. In der ersten Hälfte des Lebens sind die Geschlechterunterschiede im stationären und ambulanten Bereich ähnlich: Jungen weisen bis 15 Jahre höhere Pro-Kopf-Kosten auf, und zwischen 16 und 45 Jahren sind bei Frauen deutlich höhere Kosten zu verzeichnen. In der zweiten Hälfte des Lebens unterscheiden sich die Geschlechterdifferenzen bei den stationären und ambulanten Kosten. So weisen die Frauen im ambulanten Bereich zwischen 46 und 65 Jahren höhere Kosten auf als Männer, und ab 66 Jahren sind die Kosten von Frauen und Männern ungefähr gleich hoch. Im stationären Bereich hingegen sind die

Kosten der Männer zwischen 51 und 75 Jahren höher als jene der Frauen, und bei den ältesten versicherten Personen sind es wiederum die Frauen, die deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten aufweisen.

Résumé

Compte tenu de l'intérêt marqué du public pour l'évolution des coûts de la santé, une comparaison sur cinq ans des coûts de la prise en charge intra-muros et ambulatoire a été réalisée pour les besoins du présent protocole de recherche. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse du pool de données de santésuisse qui contient des informations sur les prestations fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Près d'un tiers des coûts occasionnés dans le secteur de la santé en Suisse ont pu ainsi être étudiés sous la loupe. Ce protocole de recherche a été élaboré par l'Observatoire Suisse de la Santé en collaboration avec santésuisse et l'Institut de recherches économiques et régionales (IRER) de l'Université de Neuchâtel.

Augmentation des coûts plus sensible dans le domaine des soins ambulatoires

Entre 1998 et 2002, les coûts occasionnés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sont passés de 13,9 à 17,3 milliards de francs suisses. En 2002, 2354 francs ont ainsi été dépensés par personne assurée, dont 717 francs pour les prestations intra-muros et 1637 francs pour les soins ambulatoires. De 1998 à 2002, les frais facturés pour les prestations intra-muros ont augmenté de 13%, alors que la hausse enregistrée dans le domaine ambulatoire était nettement plus forte avec 26%. Il y a donc un indice d'un éventuel transfert des coûts du secteur intra-muros vers le secteur ambulatoire.

En ce qui concerne les prestations intra-muros, ce sont surtout les coûts de la prise en charge dans les homes médicalisés qui ont fortement progressé pendant les cinq années sous revue avec un taux de croissance de plus de 38%. Pendant la même période, les coûts hospitaliers ne se sont en revanche accrus que de 5% pour s'établir à 519 francs. Compte tenu des incertitudes régnant quant à la facturation de la contribution de base des assurés ayant souscrit une assurance complémentaire, quelques hôpitaux ont retenu leurs factures pour l'année 2002. Il nous faut pour cela partir du principe que les coûts des prestations hospitalières en 2002, et donc le taux de croissance correspondant, ont été sous-estimés. En termes absolus, la plus forte progression des coûts hospitaliers a été enregistrée dans les hôpitaux généraux. Avec un taux de croissance de 13%, on note aussi une augmentation des coûts non négligeable dans les cliniques psychiatriques.

Dans le secteur ambulatoire, les coûts ont progressé de 341 francs pendant les cinq années considérées pour atteindre 1637 francs par personne assurée. En chiffres absolus, cette hausse est surtout imputable aux médicaments (+149 francs) et aux prestations fournies par les médecins (+126 francs). Entre 1998 et 2002, les « autres genres de prestations » (catégorie collective) ont augmenté de 59% pour se chiffrer à 76 francs. Même en ce qui concerne les soins ambulatoires (surtout Spitex), on constate une élévation notable des coûts sur les cinq dernières années. Signalons toutefois qu'il s'agit de montants relativement faibles par personne assurée (41 francs en 2002). La hausse sensible des coûts observée pour les médicaments s'explique notamment par la vente de médicaments dans les pharmacies. Dans le cas des prestations fournies par les

médecins, on observe une progression plus forte dans les hôpitaux (31%) que dans les cabinets médicaux privés (13%).

De nettes disparités au niveau régional

La grande région du Tessin et la Région lémanique affichent les coûts par tête les plus élevés (respectivement 2934 francs et 2899 francs), alors que les régions de Zurich, de la Suisse du Nord-Ouest et de l'Espace Mitteland se situent dans la moyenne suisse qui est de 2354 francs. C'est en Suisse orientale, et surtout en Suisse centrale, que l'on enregistre des coûts par tête inférieurs à la moyenne avec respectivement 1965 francs et 1846 francs. Entre 1998 et 2002, la plus forte hausse (26%) a été observée en Suisse centrale, où les coûts ont progressé sensiblement dans le secteur ambulatoire. La grande région de Zurich affiche le taux de croissance le plus faible avec 17%. Dans toutes les grandes régions, on constate une augmentation des coûts plus importante dans le secteur ambulatoire que dans le domaine intra-muros, ainsi que nous l'avons évoqué plus haut. Les taux de croissance concernant les soins ambulatoires apparaissent cependant plus homogènes dans les différentes régions que ceux des prestations intra-muros.

Dans les grandes régions où les coûts par tête sont élevés (Région lémanique, Tessin et Zurich), on enregistre également une forte densité de médecins, tandis que dans celles affichant de faibles coûts cette densité s'avère moindre. Cette corrélation se vérifie aussi bien avec les médecins généralistes qu'avec les médecins spécialistes. Dans toutes les grandes régions, les coûts par prestation de base (somme des consultations et des visites à domicile) sont nettement plus élevés chez les médecins spécialistes que chez les médecins généralistes. On note également dans toutes les grandes régions que les assurés consultent plus souvent un généraliste qu'un spécialiste. Les patients résidant dans la Région lémanique et dans la grande région du Tessin se rendent toutefois plus fréquemment chez un spécialiste que les assurés de Suisse orientale ou de Suisse centrale.

L'influence de l'âge et du sexe

Pour les soins ambulatoires comme pour les soins intra-muros, les coûts par personne assurée augmentent avec l'âge. A noter toutefois que le facteur de l'âge joue un rôle sensiblement plus important pour les coûts intra-muros. Si, entre 1998 et 2002, les coûts imputables aux adultes ont nettement plus augmenté dans le secteur ambulatoire que dans celui des prestations intra-muros, le taux de croissance enregistré pour les enfants est resté aussi élevé dans l'un et l'autre domaine. S'agissant des prestations ambulatoires, les hausses les plus manifestes enregistrées en chiffres absolus pour les adultes se rapportent aux médicaments. Pour les enfants, ce sont les prestations fournies par les médecins qui sont pour l'essentiel à l'origine de la hausse des coûts.

Sur l'ensemble des cinq années sous revue, les coûts par tête engendrés par les femmes s'avèrent toujours supérieurs à ceux des hommes, et ce toutes prestations confondues. Durant les cinq dernières années, on a néanmoins constaté que les coûts occasionnés par les hommes et les

femmes avaient évolué de façon très similaire. Dans la première moitié de la vie, les différences observées selon le sexe sont les mêmes dans les secteurs intra-muros et ambulatoire: les garçons occasionnent plus de coûts par personne jusqu'à l'âge de 15 ans, et l'on note des coûts sensiblement plus élevés chez les femmes entre 16 et 45 ans. Pendant la deuxième moitié de la vie, on constate en revanche des différences selon le sexe entre les deux types de prestations. Dans le secteur ambulatoire, les femmes occasionnent ainsi des coûts plus importants que les hommes dans la tranche d'âge 46 à 65 ans. Et à partir de 66 ans, les coûts calculés pour l'un et l'autre sexe s'équilibrent à peu près. En ce qui concerne les soins intra-muros, les coûts occasionnés par les hommes entre 51 et 75 ans sont, par contre, plus élevés que ceux des femmes. Et parmi les assurés les plus âgés, ce sont à nouveau les femmes qui occasionnent le plus de coûts par tête.

1 Einleitung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im Jahr 2003 aufgezeigt, wie sich die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen seit 1960 entwickelt haben. Die Ergebnisse weisen auf einen stetigen Kostenanstieg hin, der das Resultat komplexer Mechanismen wie der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (veränderte soziale und individuelle Ansprüche an die Lebensqualität, Alterung), dem Angebot an Gesundheitsleistungen, dem technologischen Fortschritt in der Medizin sowie der veränderten Finanzierung von Gesundheitsausgaben ist. Die Kostensteigerung kann gemäss BFS (2003a) jedoch nicht als „explosiv“ eingestuft werden. Stark diskutiert wurde in den letzten Jahren ebenfalls immer wieder die unterschiedliche Kostenentwicklung im ambulanten bzw. stationären Bereich. Einiges weist auf eine Kostenverschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich hin, was unter anderem auf den starken Spardruck im stationären Bereich zurückgeführt werden kann. Dieser Spardruck führte in den letzten Jahren zu einem Ausweichen auf ambulante Behandlungen, was in den Augen von vielen Experten eine Kostensenkung bewirkt.

In dieser Arbeit soll versucht werden, die Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen zwischen 1998 und 2002 detailliert zu analysieren und die Unterschiede zwischen einzelnen Leistungserbringer- und Leistungsartengruppen aufzuzeigen. Insbesondere soll auf die unterschiedliche Entwicklung der ambulanten und der stationären Kosten näher eingegangen werden. Für die Analyse wird die Datenbank „Datenpool“ von santésuisse herangezogen, welche umfassende Informationen über die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) enthält. Aussagen über die gesamten Kosten im Schweizer Gesundheitswesen, also inklusive die von Staat, privaten Haushalten und anderen Sozialversicherungen übernommenen Leistungen, sind mit einer Analyse dieser Datenbank zwar nicht möglich, aber der Datenpool ermöglicht mit seiner Unterteilung in verschiedene Kategorien von Leistungserbringern und Leistungsarten eine detaillierte Untersuchung der Kostenentwicklung im stationären und ambulanten OKP-Bereich, der rund einen Drittel der Gesundheitsausgaben in der Schweiz einnimmt.

Das vorliegende Forschungsprotokoll ist die erste Fassung einer jährlichen Publikation, welche die Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich der OKP behandelt. Es wurde in Zusammenarbeit mit santésuisse und dem Institut de recherches économiques et régionales (IRER) der Universität Neuchâtel erarbeitet. Weitere, über diese Arbeit hinausgehende Analysen können von Bund, Kantonen und weiteren Gesundheitsinstitutionen von nationaler Bedeutung an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium in Auftrag gegeben werden, andere Interessierte können sich an santésuisse wenden.

Im ersten Teil des vorliegenden Forschungsprotokolls wird auf methodische Aspekte eingegangen. Dabei wird einerseits der Datenpool von santésuisse kurz vorgestellt und andererseits die in dieser Arbeit verwendeten Begriffe definiert sowie die Kategorisierung in stationär und ambulant näher beschrieben. Im Hauptteil der Arbeit werden die verschiedenen Ergebnisse der Datenanalyse präsentiert. Dabei wird in einem ersten Schritt die Kostenentwicklung nach einzelnen stationären und ambulanten Leistungsarten näher betrachtet, während in einem zweiten

Schritt das Augenmerk auf den Spitalbereich gerichtet wird. Im dritten Bereich der Ergebnisdarstellung wird auf regionale Unterschiede eingegangen, bevor in einem vierten Teil Alters- und Geschlechterunterschiede bei der Kostenentwicklung beschrieben werden.

2 Methodische Aspekte

2.1 Kurzportrait des Datenpools

Mit der Einführung des santésuisse-Datenpools im Jahr 2001 haben die Krankenversicherer eine einheitliche Statistikbasis geschaffen. In der schweizerischen Krankenversicherungsbranche besteht somit erstmals eine umfassende Übersicht zur Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die bis ins Jahr 1997 zurückreicht. Unter anderem werden mit dem santésuisse-Datenpool die Zahlengrundlagen bereitgestellt, um die Kostenneutralität bei der Einführung von TARMED¹ zu berechnen. Der Datenpool dient in erster Linie jedoch als Brancheninformationssystem für die verschiedenen Krankenversicherer, um also Aussagen über das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern sowie über die Kosten- und Prämienentwicklung zu machen. Die einzelnen Versicherer können ihre eigene OKP-Kostenstruktur somit mit derjenigen der ganzen Branche vergleichen.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt. Es sind allerdings nur diejenigen Leistungen enthalten, welche die Versicherten an die Krankenversicherung einsenden oder durch die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise), sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen), sind nicht im Datenpool erfasst. Ebenfalls sind auch keine Angaben über staatliche Beiträge (z.B. Finanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Der Datenpool basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit liefern 82 Versicherer ihre Daten an den Datenpool, welche eine Marktabdeckung von gut 94 % der in der Schweiz versicherten Personen haben. Die offiziellen santésuisse-Statistiken werden anhand der Bestandeszahlen des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100 % hochgerechnet.² Auch in dieser Arbeit werden die absoluten Kosten anhand des jeweiligen Abdeckungsgrades gegenüber dem Risikoausgleich hochgerechnet. Zur Vereinfachung der Analysen werden aber vorwiegend die Pro-Kopf-Kosten berechnet und dargestellt.

Die Daten werden in einer speziellen Software (Cognos-PowerPlay) aufbereitet. Diese erlaubt die Ansicht in mehreren Dimensionen. Es bestehen folgende Differenzierungsmöglichkeiten:

¹ TARMED: (tarif medical) ist der gesamtschweizerische Ärztetarif (wird auch für die ambulanten Spitalbehandlungen angewendet).

² Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP und bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend „schlechten Risiken“ (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend „guten Risiken“ (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Damit soll verhindert werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektion unterlaufen wird.

Periode:	Abrechnungsjahr des Versicherers, Behandlungsbeginnjahr
Geogr. Gliederung:	Schweiz, Kantone, BSV-Prämienregion (ab 2004)
Versicherte:	Alterskategorien nach Risikoausgleich, Geschlecht
Leistungsgruppen:	Leistungserbringergruppen, Leistungsarten Datenpool, med. Abteilungen nach BFS
Leistungen:	Bruttoleistung, Nettoleistung, Kostenbeteiligung, Grundleistungen
Produkte:	Franchisestufen, alternative Modelle

Bei den Zielsetzungen des Datenpool-Aufbaus stand die Kostenentwicklung der Branche im Vordergrund, weshalb die Umsetzung auf der Basis von aggregierten Daten realisiert wurde. Für den Datenpool bestehen darum Grenzen in der Aussagefähigkeit: Es gibt keine Daten von einzelnen Versicherten, weshalb keine individuellen Krankheitsfälle und Behandlungsverläufe verfolgt werden können. Ausserdem gibt es im Datenpool keine Informationen bezüglich Diagnosen sowie keine Aussagen über einzelne Krankenversicherer.

Die Daten der Versicherer werden monatlich aufbereitet. Damit stehen periodisch aktuelle Zahlen zum Trend der Kostenentwicklung zur Verfügung. Zusätzlich zu den Monatsdaten werden einmal pro Jahr die definitiven Jahresdaten aufbereitet. Quartalsdaten stehen dem Obsan ab April 2004 zur Verfügung.

Für die wichtigsten Verwendungszwecke sind die Auswertungen des Datenpools in drei Statistik-Bereiche gegliedert:

Rechnungssteller: In diesem Bereich steht primär die Betrachtung der Leistungserbringer (Ärzte und Ärztinnen, Apotheker, Spitäler etc.) im Vordergrund. Die Kosten werden aus der Optik des Standortkantons des Leistungserbringers (Rechnungsstellers) betrachtet. Dieser Bereich erlaubt auch die Analyse der Kosten der einzelnen Leistungserbringer. Deshalb konzentriert sich der Verwendungszweck einerseits auf die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer durch den Krankenversicherer und andererseits auf die Bereitstellung der Grundlagen für die Berechnungen im TARMED. Mit der dem Gesundheitsobservatorium zur Verfügung gestellten Version des Datenpools ist eine Analyse der einzelnen Leistungserbringer und somit deren Vergleich allerdings nicht möglich.

Versicherten-Leistungen: Die Daten in diesem Statistikbereich sind nach dem Wohnkanton der Versicherten gruppiert. Der einzelne Leistungserbringer kann in diesem Bereich nicht betrachtet werden. Diese Zahlen werden hauptsächlich zur Beobachtung der Kostenentwicklung analysiert und von den Krankenversicherern als Vergleichswert bei der Berechnung der Prämien herangezogen.

Versicherten-Ergebnis: Die Anwendung dieses Bereiches liegt in der Betrachtung des Versicherungsergebnisses nach Altersgruppen, Geschlecht der Versicherten, Versicherungsprodukten und Franchisestufen. Es können neben den Bruttoleistungen (erbrachte Leistungen) auch die Kostenbeteiligung (von den Versicherten zu bezahlende Leistungen) und die Nettoleistungen (von den Krankenversicherern zu bezahlende Leistungen) betrachtet werden. Verwaltungskosten, Prämienausstände, Reservenbestände, Rückstellungen etc. sind auch hier nicht erfasst.

2.2 Definitionen

Für das vorliegende Forschungsprotokoll gelten folgende Definitionen:

- Altersgruppen:** Im Datenpool werden die Versicherten in Altersgruppen gemäss Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) oder gemäss Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG zusammengefasst. Es handelt sich dabei um 5-Jahres-Klassen. Um zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Erwachsenen unterscheiden zu können, werden zusätzlich die Altersgruppen 16 bis 18 Jahre sowie 19 bis 20 Jahre ausgewiesen.
- Behandlungsperiode:** Zeitpunkt des Behandlungsbeginns.
- Bruttoleistungen:** Darunter fallen alle von der OKP gedeckten sowie von den Versicherten gemeldeten Kosten, d.h. der jeweilige Rechnungsbetrag abzüglich nicht-versicherter und nicht-pflichtiger Kosten. In den Bruttoleistungen enthalten sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also die Franchise, der Selbstbehalt sowie der Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts.³
- Geschäftsperiode:** Zeitpunkt, dem der Geschäftsfall finanziell zugeordnet wird. Bei den Leistungen wird auf das Datum der Abrechnung und Verarbeitung der Leistungen durch den Krankenversicherer zurückgegriffen, bei den Prämien auf den versicherten Monat.
- Geschlecht:** Unterteilung in weiblich, männlich und unbekannt.
- Grundleistungen:** Mit Grundleistungen wird im ambulanten Bereich die Summe der Konsultationen und Hausbesuche bezeichnet. In den Spitälern werden unter Grundleistungen Konsultationen im ambulanten Bereich und Spitaltage im stationären Bereich verstanden.
- Kanton VEG:** Kanton, in welchem der Versicherte seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für Gastarbeiter, Grenzgänger und Auswanderer gilt der Firmenstandort des Arbeitgebers als Wohnkanton. Neben den 26 Kantonen bestehen zwei weitere Kategorien. Einerseits die Kategorie „Ausland“, welche Versicherte aus anderen Ländern beinhaltet, andererseits die Kategorie „Sonstiges“, bei welcher eine Zuordnung zu einer der anderen Kategorien nicht möglich ist. In dieser Arbeit werden die Kantone gemäss den sieben Grossregionen des BFS zusammengefasst.
- Kanton ZSR:** Standortkanton des Leistungserbringers gemäss Zahlstellenregister von santésuisse. In dieser Arbeit werden die Kantone gemäss den sieben Grossregionen des BFS zusammengefasst. Analyseschwerpunkt bilden jedoch die Daten bezüglich des Wohnortkantons der versicherten

³ Im vorliegenden Forschungsprotokoll werden die Begriffe „Kosten“ und „Leistung“ gleichwertig benutzt.

Personen. Dort wo Daten zum Standortkanton der Leistungserbringer herangezogen wurden, wird dies explizit erwähnt.

Kostenbeteiligung: Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts.

Leistungsarten: Art der bezahlten Leistungen, welche im Datenpool in folgende Kategorien unterteilt werden: 1. Behandlungsart (z.B. Spital ambulant, Spital stationär), 2. Medizinische Abteilung (z.B. Chirurgie Spital, Arztpraxis etc.), 3. Tarifkategorie (Einzelleistungen, Tages-, Abteilungs- und Fallpauschalen), 4. Kostenart (Arztleistungen, Medikamente, Pauschale Kostenarten etc.).

Leistungserbringer: Gruppen von verschiedenen Leistungsanbietern wie Apotheken, Ärzte und Ärztinnen, Spitäler etc.

2.3 Aufteilung ambulant vs. stationär

Im Datenpool sind detaillierte Informationen über verschiedene Leistungserbringergruppen sowie über die bezahlten Leistungsarten erfasst. Um die für diese Arbeit relevante Frage der Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich des Gesundheitswesens zu beantworten, wurden die Leistungserbringer wie auch die Leistungsarten in stationäre bzw. ambulante Bereiche unterteilt. Zusätzlich wurden die diversen Kategorien im Datenpool nach inhaltlichen Kriterien zusammengefasst, um bei gewissen Analysen die Anzahl der auszuwertenden Variablen zu verringern. Im Anhang befindet sich die Aufteilung der Kategorien in stationäre und ambulante Bereiche sowie die gebildeten Gruppen von Kategorien.

Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf die Analyse der Leistungsarten gesetzt. Bei der Wahl von Daten bezüglich Leistungserbringer wird explizit darauf hingewiesen sowie eine Kombination mit den Leistungsarten angestrebt. Dies aus dem Grund, da gewisse Leistungserbringer (z.B. Spitäler) sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen anbieten. Da im Datenpool die teilstationären Behandlungen in Spitälern den ambulanten Behandlungen zugeordnet werden, ist die Entwicklung des Teilbereichs „Spital ambulant / teilstationär“ durch die Entwicklung des teilstationären Leistungsbereichs beeinflusst.

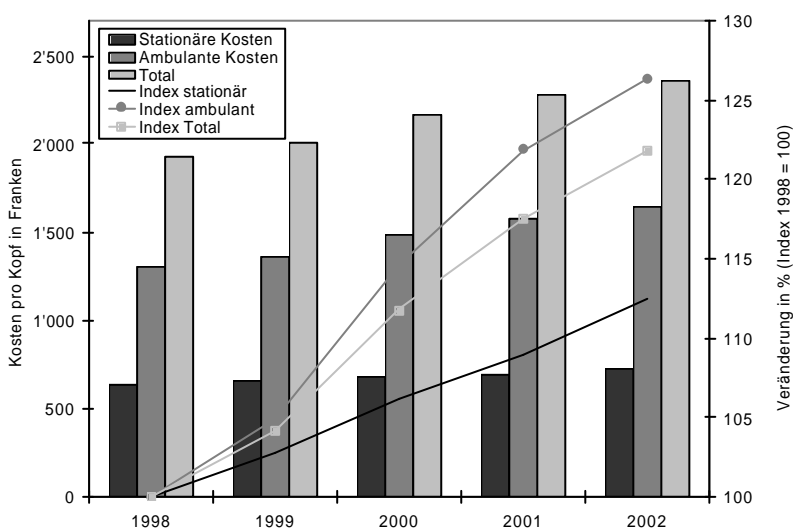
Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden die Leistungen in Pflegeheimen als ambulant bezeichnet, da durch die Grundversicherung nur die mit der ambulanten Krankenpflege zu Hause (Spitex) vergleichbaren Leistungen zu decken sind, nicht aber die Hotellerie. Im vorliegenden Forschungsprotokoll werden die Pflegeheimleistungen dennoch zum stationären Bereich gezählt, da die Kosten in einer stationären Umgebung anfallen.

3 Ergebnisse

3.1 Entwicklung 1998 bis 2002 nach ambulanten und stationären Leistungsarten

3.1.1 Entwicklung nach Grobkategorien

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind die Kosten von 13.9 Milliarden Franken im Jahr 1998 auf 17.3 Milliarden Franken im Jahr 2002 angestiegen. Dabei fallen gut zwei Drittel der Kosten im ambulanten Bereich an, wo zwischen 1998 und 2002 ein Wachstum von 29 % zu beobachten ist. Ein Drittel der Kosten betrifft die stationären Leistungen, welche in den beobachteten fünf Jahren um 15 % gestiegen sind. Betrachtet man die Ausgaben pro versicherte Person, so sind die Leistungen der OKP in den Jahren 1998 bis 2002 um 22 % auf 2354 Franken pro versicherte Person gestiegen. Mit der Zunahme von 4 % kann im Jahr 2002 dabei das geringste Wachstum beobachtet werden, während im Jahr 2000 der höchste Anstieg von 7 % erfolgte. Für die Zunahme der Leistungen in den letzten fünf Jahren ist vor allem der ambulante Bereich mit einem Kostenanstieg von 26 % verantwortlich. Demgegenüber weist der stationäre Bereich ein geringeres Wachstum von 13 % auf (vgl. Abbildung 1). Es kann aufgrund unterschiedlicher Finanzierung (die ambulanten Kosten werden vollständig durch die Krankenkversicherer abgedeckt, bei den stationären Kosten übernehmen die Versicherer maximal 50 %) von einer möglichen Verschiebung der Kosten von stationär zu ambulant ausgegangen werden. Da zahlreiche Spitäler ihre Rechnungen für das Jahr 2002 aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags von Zusatzversicherten verspätet oder gar nicht eingereicht haben, muss aber von einer Unterschätzung der stationären Kosten im Jahr 2002 sowie der Wachstumsrate in diesem Jahr ausgegangen werden.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 1: Kostenverlauf und prozentuale Veränderung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz 1998 bis 2002: ambulante, stationäre und gesamte Pro-Kopf-Kosten

Die stationären Kosten setzen sich aus den Pflegeheimleistungen sowie den stationären Spitalkosten zusammen und haben in den beobachteten fünf Jahren von 637 Franken auf 717 Franken pro versicherte Person zugenommen. Die Pflegeheimleistungen sind um 55 Franken (+38 %) auf 197 Franken pro versicherte Person gestiegen. Dabei war das Wachstum im Jahr 2002 mit 12 % am höchsten. Die stationären Spitalkosten weisen demgegenüber mit einer Erhöhung um 25 Franken (+5 %) auf 519 Franken in der beobachteten 5-Jahres-Periode eine geringere Zuwachsrate auf. Dabei kann die höchste Zunahme (2 %) im Jahr 2000 verzeichnet werden. Seither ist das Wachstum im stationären Spitalbereich auf unter 1 % im Jahr 2002 zurückgegangen (vgl. Tabelle 1). Die grössere Kostenzunahme für Pflegeheimleistungen im Vergleich zu den stationären Spitalleistungen kann unter anderem auch auf eine Änderung in der Datenerlieferung zurückgeführt werden. Ab dem Jahr 2001 wurden die Krankenversicherer nämlich gebeten, die Leistungsart Pflegeheim neu zu codieren. Es ist deshalb möglich, dass die ausgewiesenen Wachstumsraten ab 2001 ausser durch eine tatsächliche Kostenzunahme auch noch durch eine Umcodierung beeinflusst sind.

Tabelle 1: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für Hauptkategorien der stationären und ambulanten Leistungen, in Franken

		1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 1998 bis 2002 in %
Stationäre Leistungen	Spital stationär	494	499	510	517	519	5.1
	Krankenpflege Heim	143	156	165	176	197	38.4
	Total stationäre Leistungen	637	655	676	693	717	12.5
Ambulante Leistungen	Leistungen Arzt/ Ärztin	712	739	796	840	838	17.8
	Medikamente	393	420	475	501	541	37.9
	Ambulante Pflege	30	32	34	38	41	37.4
	Spezifische Therapien	65	69	72	79	80	23.6
	Laboranalysen	50	52	55	59	61	22.4
	Andere Leistungsarten ⁴	48	47	54	61	76	59.3
	Total ambulante Leistungen	1'296	1'359	1'485	1'579	1'637	26.3
Total	1'933	2'014	2'161	2'272	2'354	21.8	

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

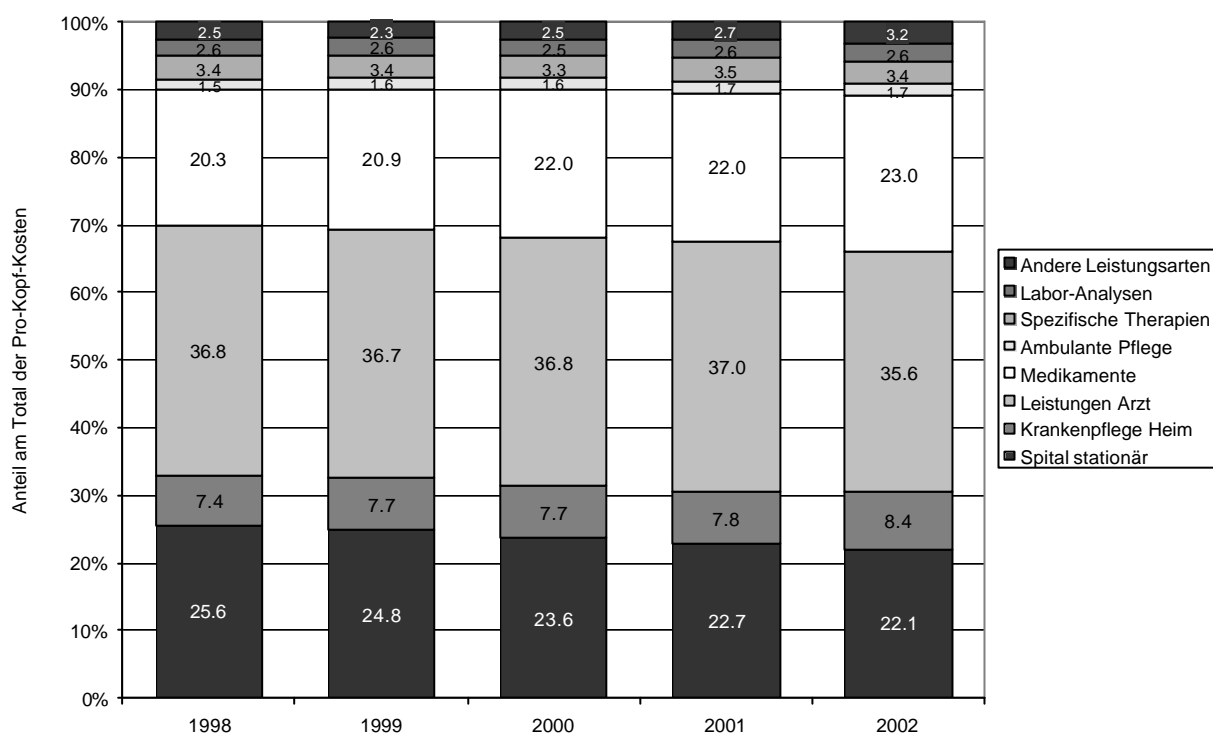
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Im ambulanten Bereich haben sich in den fünf Jahren die Kosten um 341 Franken auf 1637 Franken pro versicherte Person erhöht. In absoluten Beträgen betrachtet sind dafür vor allem die Medikamente (+149 Franken) sowie die Arztleistungen (+126 Franken) verantwortlich. Stark zugenommen haben zwischen 1998 und 2002 auch die „anderen Leistungsarten“ (vgl. Fussnote 4), welche in dieser Zeitperiode um 59 % auf 76 Franken gestiegen sind. Auch bei der ambulanten Pflege ist eine markante Zunahme der Kosten über die letzten fünf Jahre zu beobachten, es handelt sich dabei aber um relativ geringe Kosten pro versicherte Person (41 Franken im Jahr 2002).

⁴ Unter die Kategorie „andere“ fallen folgende Leistungsarten: Ernährungsberatung, Mittel und Gegenstände (inkl. Sehhilfen), Transport- und Rettungskosten, Zahnbehandlung, Kosten für übrige Rechnungssteller und unbekanntes Behandlungsart.

Die Kosten für Arztleistungen, bei welchen zwischen 1998 und 2001 eine Zunahme zwischen 4 % und 8 % zu verzeichnen ist, sind im Jahr 2002 um 0.3 % geringfügig zurückgegangen. Auch bei den spezifischen Therapien bzw. bei den Laboranalysen kann im aktuellsten Geschäftsjahr die niedrigste Wachstumsrate der letzten fünf Jahre beobachtet werden. Demgegenüber weist die Kategorie „andere Leistungsarten“ mit einer Zunahme von über 25 % im Jahr 2002 das höchste Wachstum auf.

Abbildung 2 zeigt die Struktur der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. überdurchschnittliche sowie unterdurchschnittliche Kostenzunahmen für die oben dargestellten stationären und ambulanten Leistungsarten auf.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 2: Prozentualer Anteil der verschiedenen Leistungsarten an den Gesamtkosten OKP 1998 bis 2002

Den grössten Anteil an den OKP-Gesamtkosten machen die Arztleistungen aus. Bis ins Jahr 2001 folgen an zweiter Stelle die stationären Spitalkosten, welche seit 2002 von den Medikamenten auf den dritten Platz verdrängt wurden. Der viertgrösste Anteil an den Gesamtkosten ist auf die Krankenpflege in Heimen zurückzuführen. Bei der Veränderung über die Jahre hinweg fallen vor allem vier Sachverhalte auf: 1) Die stationären Spitalleistungen haben in den letzten fünf Jahren deutlich an Anteil an den Gesamtkosten verloren (-3.5 Prozentpunkte), 2) der Anteil der Medikamente an den Totalkosten hat um 27 Prozentpunkte deutlich zugenommen, 3) der Anteil der Arztleistungen ging im Jahr 2002 zurück sowie 4) während der Anteil der Pflege-

heimleistungen sowie der „anderen Leistungsarten“ geringfügig zugenommen hat, sind die Anteile der restlichen Kostengruppen stabil geblieben.

3.1.2 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der stationären Leistungsarten

Während im oberen Abschnitt die Veränderungen der OKP-Kosten in einzelnen Gruppen von Leistungsarten betrachtet wurden, sollen in diesem Teil der Arbeit diese Gruppen detailliert analysiert werden. Im stationären Bereich können dazu beispielsweise die einzelnen Spitaltypen (Leistungserbringerdaten) hinzugezogen werden, um zu überprüfen, in welchen Krankenhäusern welche Kostenentwicklung zu verzeichnen ist. Auch hier soll dabei die Unterscheidung in stationäre Spitalkosten und in Pflegeheimleistungen berücksichtigt werden.

Der grösste Kostenblock für die stationären Spitalkosten fällt in den Allgemeinspitälern an, in welchen im Jahr 2002 gut 55 % aller stationären Spitalleistungen erbracht werden (vgl. Tabelle 2). Dahinter folgen die übrigen Spezialkliniken und anderen Leistungserbringer mit einem Anteil von 17 %, die Universitätsspitäler (16 %) sowie die psychiatrischen Kliniken (11 %).

Tabelle 2: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für stationäre Spitalleistungen in verschiedenen Spitälern, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Allgemeinspitäler	274	277	282	287	286	4.5
Universitätsspitäler	80	83	87	88	85	6.0
Psychiatrische Kliniken	53	55	56	58	60	13.4
Übrige Spezialkliniken und andere ⁵	88	83	86	84	89	1.0
Total stationäre Spitalkosten	494	499	510	517	519	5.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Die grösste absolute Zunahme bei den stationären Spitalkosten ist in den Allgemeinspitälern zu verzeichnen. Dort haben die Pro-Kopf-Kosten um knapp 5 % auf 286 Franken im Jahr 2002 zugenommen. Mit einer Wachstumsrate von 13 % kann in den psychiatrischen Kliniken die grösste relative Zunahme der Kosten beobachtet werden. Etwas geringer fallen demgegenüber die prozentualen Veränderungen in den Universitätsspitalern (+6 %) sowie bei den übrigen Spezialkliniken und anderen Leistungserbringern (+1 %) aus. Ob der in den meisten Spitälern vorkommende Kostenrückgang im Jahr 2002 auf einen tatsächlichen Kostenrückgang oder auf die Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung in Krankenhäusern zurückzuführen ist, kann hier nicht beurteilt werden.

⁵ Unter diese Kategorie fallen folgende Spitaltypen: Frauenspitäler, Gemischte Betriebe für Kranke und Gesunde, Geriatrische Kliniken, Kinderspitäler, Krankenhäuser für Alters- und Chronischkranke, Neurologische Spezialkliniken, Präventoren, Rheuma- und Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken für Lungenkrankheiten, andere Spezialkliniken, Spital offen. Ausserdem werden Leistungen von anderen Leistungserbringern ebenfalls zu dieser Kategorie hinzugezählt.

Die Mehrzahl der Pflegeheimleistungen, nämlich 93 % im Jahr 2002, wird in Heimen für Alters- und Chronischkranke erbracht. In den Heimen für Alters- und Chronischkranke sind die Kosten um 35 % (47 Franken) gestiegen.

3.1.3 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der ambulanten Leistungsarten

Leistungen Arzt / Ärztin

Diese Kategorie setzt sich aus den Behandlungen in den privaten Arztpraxen sowie aus den ambulanten Arztleistungen in den Spitälern zusammen. Dabei nehmen die Leistungen in den Arztpraxen in allen fünf Jahren gut zwei Drittel dieser Kategorie ein (vgl. Tabelle 3). Zwischen 1998 und 2000 kann eine deutliche Zunahme von über 26 % bei den ambulanten Arztleistungen in Spitälern beobachtet werden. Nach einem um fast die Hälfte niedrigeren Wachstum im Jahr 2001 sind diese Leistungen im Jahr 2002 sogar um 3 % zurückgegangen. Bei den Behandlungen in privaten Arztpraxen kann demgegenüber die grösste Zunahme in den Jahren 2000 und 2001 beobachtet werden, in welchen eine Wachstumsrate von je 5 % registriert werden kann. In den Jahren 1999 sowie 2002 fällt die Zunahme in dieser Kategorie mit 1 % niedriger aus. Über die fünf analysierten Jahre kann also eine erheblich grössere prozentuale Zunahme bei den Arztleistungen in Spitälern gegenüber jenen in privaten Arztpraxen beobachtet werden.

Tabelle 3: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für Arztleistungen, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Arztbehandlungen in privater Praxis	506	509	536	563	569	12.5
Arztleistungen ambulant Spital	206	230	260	277	269	30.7
Total Arztleistungen	712	739	796	840	838	17.8

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Um zu überprüfen, ob sich die Kostenentwicklung für Behandlungen in privaten Arztpraxen zwischen verschiedenen Arztgruppen unterscheiden, sollen im Folgenden die Leistungen der Grundversorger und jene der Spezialisten dargestellt werden.⁶ Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2002 für diese zwei Arztgruppen sowie für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer (vgl. Fussnote 7).

Es wird ersichtlich, dass in den Jahren 1998 bis 2001 die Kosten der Grundversorger und Spezialisten stetig zugenommen haben und dass die Wachstumsrate für das Jahr 2002 deutlich niedriger ausfällt als für die vorangegangenen Jahre. Die Kosten der Spezialisten haben mit einem Wachstum von 16 % deutlicher zugenommen als die Kosten der Grundversorger (+13 %).

⁶ Unter „Grundversorger“ wurden Allgemeinpraktiker, Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin sowie Pädiater subsumiert. Alle anderen Facharzttrichtungen machen die Kategorie „Spezialisten“ aus.

Der Kostenrückgang von 48 % bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern⁷ ist eher auf eine Verbesserung der Codierung im Datenpool als auf einen tatsächlichen Kostenrückgang zurückzuführen.

Tabelle 4: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für ambulante Behandlungen in privater Arztpraxis, für Grundversorger und Spezialisten in Franken

		1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Ärzte / Ärztinnen	Grundversorger	251	253	266	281	282	12.5
	Spezialisten	241	248	263	277	279	16.1
	Total aller Ärzte / Ärztinnen	491	501	528	558	561	14.3
Nicht-ärztliche Leistungserbringer ⁷		14	8	8	5	7	-48.0
Total ambulante Arztbehandlungen		506	509	536	563	569	12.5

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Medikamente

Über 63 % der Medikamente werden im Jahr 2002 in Apotheken abgegeben, rund 32 % bei selbstdispensierenden Ärzten bzw. Ärztinnen und die restlichen 5 % werden in Spitälern verrechnet.⁸ Bei den Medikamenten aus Apotheken kann zwischen 1998 und 2002 eine Kostenzunahme von über 41 % beobachtet werden (vgl. Tabelle 5). Vor allem seit 1999 erhöhen sich die Kosten in dieser Kategorie beachtlich. Demgegenüber ist bei den Medikamenten aus Arztpraxen nach einer grossen Kostenzunahme zwischen 1998 und 2000 in den zwei darauf folgenden Jahren ein geringer Rückgang der Kosten zu verzeichnen. Diese unterschiedliche Kostenentwicklung bei den Medikamenten aus Apotheken und jenen von selbstdispensierenden Ärzten und Ärztinnen kann unter anderem vor dem Hintergrund der Einführung der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) per Juli 2001 betrachtet werden.⁹

⁷ Darunter fallen alle Leistungserbringer, welche im Zahlstellenregister nicht in der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen aufgeführt sind, aber dennoch ambulante Arztbehandlungen verrechnet haben (vorwiegend Spitäler, übrige und unbekannte Rechnungssteller).

⁸ Es muss hier darauf hingewiesen werden, dass Medikamente, welche unter stationären Leistungsarten verordnet wurden, nicht erfasst sind.

⁹ Bei dieser Einführung wurden die Medikamentenpreise durchschnittlich um 10 % gesenkt, um Spielraum für die ertragsneutrale Einführung der Apotheker- und Patiententaxe zu schaffen. Da Ärzte und Ärztinnen, welche selber Medikamente abgeben, keine Taxen verrechnen, hat die Einführung der LOA vor allem bei der Ärzteschaft eine Kostensenkung bewirkt.

Tabelle 5: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für Medikamente, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Medikamente Apotheken	243	256	283	308	343	41.2
Medikamente Arzt/ Ärztin	139	150	174	172	171	23.1
Medikamente Spital ambulant	10	14	18	21	27	158.0
Total Medikamente	393	420	475	501	541	37.9

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Bei den Medikamenten aus Spitälern, welche zwar nur einen geringen Anteil an der gesamten Medikamentenabgabe einnehmen, werden im Jahr 2002 die über zweieinhalbfachen Beträge als im Jahr 1998 ausgewiesen. Es kann somit auch in dieser Kategorie von einer erheblichen Kostenzunahme gesprochen werden.

Ambulante Pflege

Unter die ambulante Pflege werden die Leistungen von selbstständigen Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen sowie die Spitexleistungen subsumiert. Wie aus Tabelle 6 ersichtlich ist, wird die ambulante Pflege zwischen 1998 und 2002 hauptsächlich, d.h. mit einem Kostenanteil von 94 %, von der Spitex verrichtet. Während die Spitexleistungen pro versicherte Person von 28 Franken im Jahr 1998 auf 38 Franken im Jahr 2002 gestiegen sind (+36 %), ist die prozentuale Zunahme bei der ambulanten Krankenpflege mit 78 % noch deutlicher. Diese muss aber aufgrund der geringen Beträge wiederum relativiert werden.

Tabelle 6: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für ambulante Pflege, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Spitexleistungen	28	30	32	36	38	35.5
Krankenpflege	1	2	2	2	2	77.9
Total ambulante Pflege	30	32	34	38	41	37.4

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Spezifische Therapien

80 % der Kosten in dieser Gruppe gehen auf das Konto der Physiotherapie. Im Jahr 2002 folgen die Kosten für Chiropraktik mit einem Anteil von 11 %, die Ergotherapie (5 %), Hebammen-Verrichtungen (3 %) sowie die Logopädie (1 %). Wie aus Tabelle 7 zu entnehmen ist, haben die Pro-Kopf-Kosten für Physiotherapie zwischen 1998 und 2002 um 22 % zugenommen. Dabei ist nach der eher mässigen Zunahme in den Jahren 1999 und 2000 im Jahr 2001 die grösste Wachstumsrate von 12 % zu verzeichnen. Im Jahr 2002 sind die Kosten für Physiotherapie auf

dem Niveau von 2001 stagniert. Eine eher bescheidene Zunahme zwischen 1998 und 2002 ist bei der Chiropraktik zu registrieren, bei welcher die Kosten insgesamt um 15 % gestiegen sind – im Jahr 2002 kann in dieser Kategorie sogar ein Kostenrückgang festgestellt werden.

Die Pro-Kopf-Kosten für Ergotherapie haben zwischen 1998 und 2002 um 75 % zugenommen. Dies kann vor allem auf die Wachstumsrate von 29 % im Jahr 1999 zurückgeführt werden. Bei den Hebammen-Verrichtungen und vor allem der Logopädie können in den beobachteten fünf Jahren ebenfalls grössere prozentuale Veränderungen beobachtet werden (+48 % für Hebammen-Verrichtungen und +105 % für Logopädie). Diese hohen Wachstumsraten müssen allerdings relativiert werden, da es sich bei diesen beiden Kostengruppen nur um relativ geringe Beträge handelt.

Tabelle 7: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für spezifische Therapien, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung in % Total
Physiotherapie	53	56	57	64	64	21.5
Chiropraktik	8	8	9	9	9	14.7
Ergotherapie	2	3	3	4	4	75.1
Hebammen-Verrichtungen	2	2	2	2	2	48.4
Logopädie	0	0	0	0	1	105.3
Total spezifische Therapien	65	69	72	79	80	23.6

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Andere Leistungsarten

Aufgrund der Restkategorien, die unter diese Kostengruppe subsumiert wurden, ist eine Interpretation der Kostenentwicklung nur schwer möglich. Kommt hinzu, dass mit den Leistungsarten „Kosten übrige Rechnungssteller“ sowie „Unbekannte Behandlungsart“ zwei Kategorien enthalten sind, die nicht wirklich spezifischen Leistungen zugeordnet werden können. Es soll deshalb darauf verzichtet werden, die Kostenentwicklung in diesen zwei Kategorien zu interpretieren. In Tabelle 8 werden die Kosten pro versicherte Person der restlichen Leistungsarten dargestellt. Bei fast allen Kategorien sind grosse prozentuale Zunahmen zwischen 1998 und 2002 zu verzeichnen, die Pro-Kopf-Kosten fallen in diesen Kategorien gemessen mit anderen Leistungsarten aber relativ niedrig aus. Auffallend ist die entsprechend hohe prozentuale Kostenzunahme bei den Mittel und Gegenständen.¹⁰ Diese haben von 9 Franken im Jahr 1998 auf 22 Franken im Jahr 2002 zugenommen. Ebenfalls frappant ist die Verdreifachung der Transport- und Rettungskosten bzw. die Verdoppelung der Kosten für Ernährungsberatung zwischen 1998 und 2002. Für Zahnarztbehandlungen erscheint die

¹⁰ Gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. B KVG zählen Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Einzelne Produktgruppen sind zum Beispiel Bandagen, Bestrahlungsgeräte, Geh-, Hör- und Sehhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Prothesen, usw. (Eidgenössisches Departement des Innern, 2003).

Zunahme um 39 % im Vergleich dazu geradezu unbedeutend.

Tabelle 8: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für andere Leistungsarten, in Franken

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung in % Total
Kosten übrige Rechnungssteller	22	20	25	24	24	6.8
Mittel und Gegenstände	9	9	11	16	22	133.7
Unbekannte Behandlungsart	8	8	6	8	16	107.7
Zahnarztbehandlung	6	7	7	8	8	39.2
Transport-/Rettungskosten	1	2	2	3	4	198.1
Ernährungsberatung	1	1	1	1	1	95.2
Total andere Leistungsarten	48	47	54	61	76	59.3

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

3.2 Kosten für stationäre und ambulante Leistungen in verschiedenen Spitälern

Beim Vergleich der stationären und ambulanten Leistungen wird oftmals nur der Spitalbereich betrachtet. Im Folgenden sollen deshalb die oben aufgezeigten Unterschiede zwischen der Entwicklung des stationären und des ambulanten Bereiches auf die Spitalleistungen bezogen werden. Dabei konzentriert sich die Analyse auf verschiedene Spitaltypen. Unter die Kategorie „stationär“ wurden die stationären Spitalleistungen sowie die Pflegeheimleistungen subsumiert, unter die Kategorie „ambulant“ alle anderen Leistungsarten. Es ist hier darauf hinzuweisen, dass im Folgenden nur die Leistungen der verschiedenen Spitäler analysiert werden. Ambulante und stationäre Spitalkosten, welche bei anderen Leistungserbringern verursacht werden bzw. durch andere Rechnungssteller als die Spitäler fakturiert werden, sind hier nicht Bestandteil der Analyse. Aufgrund dessen kann es zu den anderen, bereits dargestellten Daten gewisse Abweichungen geben. Ebenfalls soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass sich die vorliegenden Daten nur auf den OKP-Bereich beziehen. Die kantonale Finanzierung des stationären Bereichs ist somit nicht erfasst.

In den verschiedenen Schweizer Spitälern belaufen sich die stationären Leistungen im Jahr 2002 auf 710 Franken pro versicherte Person. Die ambulanten Leistungen sind mit 311 Franken pro versicherte Person demgegenüber deutlich niedriger. Während im stationären Spitalbereich die Kosten zwischen 1998 und 2002 um insgesamt 13 % stetig zugenommen haben, ist bei den ambulanten Leistungen mit einer Wachstumsrate von 35 % eine erhebliche Zunahme zu beobachten. Dabei fallen vor allem die Jahre 1998 bis 2001 ins Gewicht; die Zunahme von unter 2 % im Jahr 2002 ist demgegenüber deutlich geringer und kann möglicherweise auf die oben bereits erwähnten Unsicherheiten bezüglich Fakturierung bei den Spitälern zurückgeführt werden.

Tabelle 9 zeigt die Kosten für stationäre und ambulante Leistungen zwischen 1998 und 2002 in den einzelnen Spitaltypen auf.

Tabelle 9: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für stationäre und ambulante Leistungen in verschiedenen Spitalern, in Franken

		1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Allgemeinspitäler	Stationär	276	280	284	288	292	5.7
	Ambulant	130	143	166	179	188	44.5
Heime für Alters- und Chronischkranke	Stationär	144	158	165	176	188	29.9
	Ambulant	10	10	9	7	3	-68.3
Universitätsspitäler	Stationär	80	83	87	88	85	6.1
	Ambulant	51	57	62	68	68	32.6
Psychiatrische Kliniken	Stationär	54	56	57	58	63	16.3
	Ambulant	13	13	14	16	15	14.5
Übrige Spezialkliniken	Stationär	74	74	79	79	83	11.8
	Ambulant	26	28	32	37	38	43.0
Total Spitäler	Stationär	629	652	672	689	710	12.9
	Ambulant	230	252	284	306	311	35.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

In den Allgemeinspitälern fallen sowohl die höchsten stationären als auch die höchsten ambulanten Kosten an. So können im Jahr 2002 rund 292 Franken pro versicherte Person auf stationäre und 188 Franken auf ambulante Leistungen zurückgeführt werden. Die prozentuale Zunahme der Kosten zwischen 1998 und 2002 fällt auch in den Allgemeinspitälern für die stationären Leistungen (+6 %) deutlich niedriger aus als für die ambulanten (+45 %). Umgekehrt verhält es sich bei den Heimen für Alters- und Chronischkranke. Während hier die stationären Kosten zwischen 1998 und 2002 um 30 % zugenommen haben, sind die ambulanten Kosten um 68 % zurückgegangen und fallen in allen analysierten Jahren deutlich niedriger aus als die stationären Kosten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in dieser Kategorie von Spitalern meist Pflegeheimleistungen und nur wenige stationäre bzw. ambulante und teilstationäre Spitalleistungen erbracht werden. Der Rückgang der ambulanten Leistungen in dieser Leistungserbringergruppe ist somit auch im Zusammenhang mit einer verbesserten Codierung zu sehen.

Mit 85 Franken für stationäre und 68 Franken für ambulante Leistungen ist bei den Universitätsspitalern der Unterschied stationär-ambulant deutlich weniger ausgeprägt als bei den Allgemeinspitälern und den Heimen für Alters- und Chronischkranke. Auch bei den Universitätsspitalern ist die Wachstumsrate bei den ambulanten Kosten mit 33 % deutlich höher als jene der stationären Leistungen (6 %), bei beiden Leistungsarten ist im Jahr 2002 jedoch ein Kostenrückgang zu verzeichnen.

81 % der Kosten 2002 in den psychiatrischen Kliniken sind auf stationäre Leistungen zurückzuführen (63 Franken pro versicherte Person), und nur 19 % (15 Franken pro versicherte Person) betreffen die ambulanten Leistungen. Zwar sind die ambulanten Kosten zwischen 1998 und 2001 deutlich angestiegen, aufgrund eines Kostenrückganges von über 9 % bzw. einer grossen

Zunahme von 8 % im Jahr 2002 bei den stationären Kosten fällt die Gesamtzunahme zwischen 1998 und 2002 für die stationären Leistungen höher aus als für die ambulanten. Falls der Kostenrückgang für die ambulanten Leistungen im Jahr 2002 nicht auf zurückbehaltene Rechnungen der Spitäler zurückgeführt werden kann, so weisen die psychiatrischen Kliniken zusammen mit den Heimen für Alters- und Chronischkranke eine gegenüber den anderen Krankenhäusern spezielle Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich auf. Denn auch bei den übrigen Spezialkliniken ist ein deutlicher Anstieg der ambulanten im Vergleich mit den stationären Kosten zu beobachten (+43 % bei den ambulanten Leistungen, +12 % bei den stationären).

Es fällt weiter auf, dass die prozentualen Veränderungen der stationären Leistungen deutlich homogener ausfallen als die Veränderungen bei den ambulanten Kosten. So kann ausser in den Heimen für Alters- und Chronischkranke, wo die stationären Kosten zwischen 1998 und 2002 um 30 % zugenommen haben (was vor allem auf die Pflegeheimleistungen zurückgeführt werden kann), eine Wachstumsrate zwischen 6 % und 16 % beobachtet werden. Bei den ambulanten Leistungen haben die Kosten zwischen 15 % und 45 % zugenommen bzw. für die Heime für Alters- und Chronischkranke um 68 % abgenommen.

3.3 Regionale Unterschiede

3.3.1 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 im stationären und ambulanten Bereich

Im Folgenden wird eine Analyse der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Datenpool santésuisse mit spezieller Beachtung von regionalen Aspekten durchgeführt. Dazu werden die Wohnregionen der versicherten Personen betrachtet. Die Analyse verwendet mit den sieben Grossregionen des Bundesamtes für Statistik (BFS) eine relativ hoch aggregierte regionale Gliederung. Entsprechende Analysen auf dem Niveau der einzelnen Kantone wären möglich, werden hier aber nicht weiter verfolgt.

Die Grossregionen wurden im Zuge der europäischen Integration, der wirtschaftlichen Konzentration und der Globalisierung durch die Statistik geschaffen. Sie sollen Regionalvergleichen im Land selber und in Europa dienen und sind zu diesem Zweck auch mit der europäischen Statistik abgestimmt. Die Gliederung des Landes in sieben Grossregionen ergab sich in einem mehrjährigen Prozess, welcher eine Vernehmlassung bei den Kantonsregierungen einschloss. Sie ist seit 1997 für die Schweizer Statistik verbindlich (BFS, 2003b). Tabelle 10 weist neben den je Grossregion enthaltenen Kantonen auch die Anzahl der zugehörigen Versicherten im Datenpool von santésuisse sowie den Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG aus. Die ausgewiesenen Grossregionen sind bezüglich ihrer relativen Grösse doch recht uneinheitlich. Aus diesem Grund werden im Folgenden die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person dargestellt.

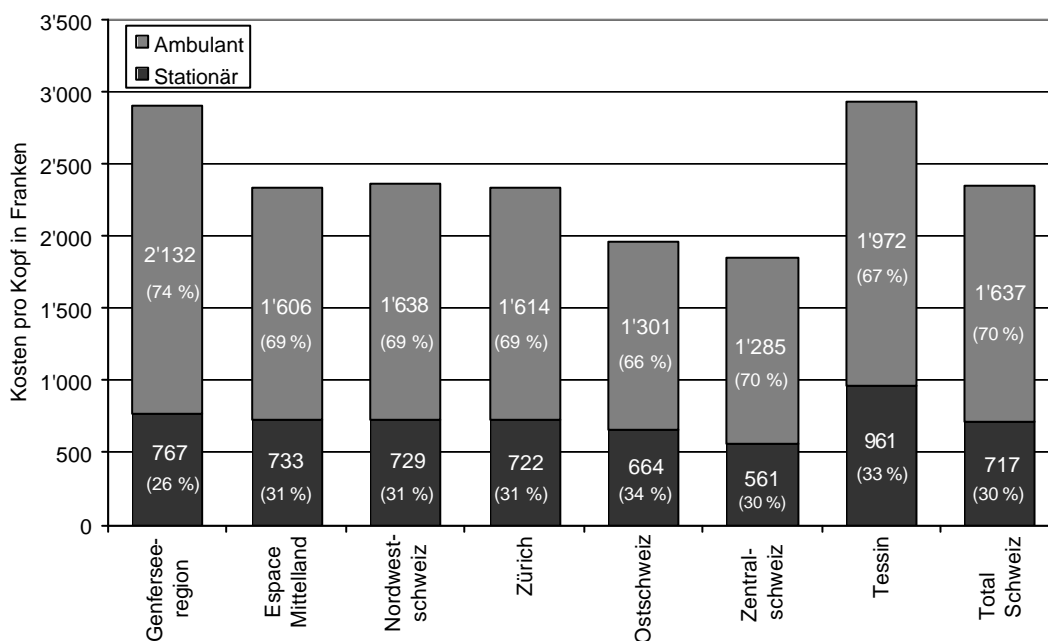
Tabelle 10: Kantone in den Grossregionen BFS, Anzahl versicherter Personen sowie Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich 2002

Grossregion BFS	Enthaltene Kantone	Anzahl versicherter Personen	Abdeckungsgrad in %
Genferseeregion	Genf GE, Waadt VD, Wallis VS	1'149'710	87.4
Espace Mittelland	Bern BE, Freiburg FR, Jura JU, Neuenburg NE, Solothurn SO	1'581'843	93.9
Nordwestschweiz	Aargau AG, Basel-Landschaft BL, Basel-Stadt BS	959'055	94.8
Zürich	Zürich ZH	1'185'183	94.8
Ostschweiz	Appenzell I. Rh. AI, Appenzell A. Rh. AR, Glarus GL, Graubünden GR, Sankt Gallen SG, Schaffhausen SH, Thurgau TG	1'013'247	95.0
Zentralschweiz	Luzern LU, Nidwalden NW, Obwalden OW, Schwyz SZ, Uri UR, Zug ZG	667'262	95.6
Tessin	Tessin TI	300'765	95.7
Total CH ¹¹		6'907'677	94.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse, Risikoausgleich Gemeinsame Einrichtung KVG / Auswertung Obsan

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich ist, weisen die Grossregion Tessin sowie die Genferseeregion mit 2934 Franken bzw. 2899 Franken die höchsten Pro-Kopf-Kosten auf. Um das Schweizer Mittel von 2354 Franken belaufen sich die Ausgaben von Zürich, der Nordwestschweiz sowie dem Espace Mittelland, unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Kosten fallen in der Ost- und vor allem in der Zentralschweiz an (1965 bzw. 1845 Franken).



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 3: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten 2002 nach Grossregionen BFS¹¹ Inkl. die Kategorien „Ausland“ und „Sonstiges“, welche keiner der Grossregionen zugerechnet wurden.

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben eigentlich in den Kantonen Genf und Basel-Stadt ausgewiesen werden. Die Kosten in der Grossregion Tessin sind hier am höchsten, da der Kanton Tessin selber eine Grossregion bildet, während die Daten der Kantone Genf und Basel-Stadt mit anderen Kantonen zusammenaddiert und deren Mittelwert angegeben wird. Auch der Kanton Zürich ist bei der regionalen Auswertung des BFS selber eine Grossregion. Dieser Sachverhalt, der somit teilweise zu Verzerrungen führen kann, sollte bei der Interpretation der nachfolgenden Daten immer miteinbezogen werden.

Die Genferseeregion weist bei den sieben Grossregionen mit 2132 Franken die höchsten Pro-Kopf-Kosten für ambulante Leistungen auf, gefolgt vom Tessin mit 1972 Franken pro versicherte Person. Demgegenüber liegen die Kosten für stationäre Leistungen in der Genferseeregion mit 767 Franken deutlich unter jenen im Tessin (961 Franken). Es ist auch die Genferseeregion, welche im Jahr 2002 mit fast 74 % den höchsten Anteil an ambulanten Leistungen zu verzeichnen hat. In der Ostschweiz hingegen beträgt der Anteil der ambulanten Kosten nur gerade 66 %, und in den anderen Regionen bzw. der Gesamtschweiz belaufen sich die Werte zwischen 67 % und 70 %. Zwischen der Zusammensetzung der Kosten nach ambulanten und stationärem Bereich sowie der Kostenhöhe konnte allerdings kein Zusammenhang gefunden werden. In Tabelle 11 werden die Kosten für ambulante und stationäre Leistungen für die Jahre 1998 bis 2002 nach den sieben Grossregionen aufgliedert.

Tabelle 11: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für stationäre und ambulante Leistungen in den sieben Grossregionen, in Franken

		1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Genferseeregion	stationär	734	718	755	794	767	4.5
	ambulant	1'697	1'756	1'888	2'032	2'132	25.6
	Total	2'431	2'474	2'643	2'826	2'899	19.3
Espace Mittelland	stationär	654	651	686	693	733	12.0
	ambulant	1'246	1'318	1'474	1'554	1'606	29.0
	Total	1'900	1'970	2'160	2'247	2'339	23.1
Nordwestschweiz	stationär	626	677	707	708	729	16.4
	ambulant	1'294	1'368	1'469	1'590	1'638	26.6
	Total	1'920	2'044	2'176	2'298	2'367	23.3
Zürich	stationär	667	696	674	701	722	8.3
	ambulant	1'337	1'372	1'498	1'576	1'614	20.7
	Total	2'004	2'068	2'172	2'277	2'336	16.6
Ostschweiz	stationär	552	593	606	613	664	20.4
	ambulant	1'023	1'107	1'200	1'263	1'301	27.1
	Total	1'575	1'700	1'806	1'876	1'965	24.7
Zentralschweiz	stationär	479	519	529	560	561	17.0
	ambulant	983	1'029	1'140	1'243	1'285	30.7
	Total	1'462	1'548	1'670	1'803	1'845	26.2
Tessin	stationär	780	790	852	886	961	23.3
	ambulant	1'560	1'636	1'790	1'883	1'972	26.4
	Total	2'340	2'426	2'642	2'768	2'934	25.4
Total Schweiz	stationär	637	655	676	693	717	12.5
	ambulant	1'296	1'359	1'485	1'579	1'637	26.3
	Total	1'933	2'014	2'161	2'272	2'354	21.8

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Die deutlichste Kostenzunahme ist in der Zentralschweiz zu verzeichnen, wo die Gesamtkosten zwischen 1998 und 2002 um 26 % zugenommen haben. Diese hohe Wachstumsrate ist vor allem auf den Ausbau der Kosten im ambulanten Bereich zurückzuführen. Dort ist eine Zunahme von 31 % zu beobachten, während die Kosten im stationären Bereich um 17 % gestiegen sind. Trotz der hohen Kostenzunahme in den letzten fünf Jahren sind in der Zentralschweiz immer noch die niedrigsten Pro-Kopf-Kosten der Schweiz zu verzeichnen. In der Grossregion Zürich andererseits ist die niedrigste Kostenzunahme von 17 % zu beobachten. Dabei kann bei den ambulanten Kosten die niedrigste (21 %) und bei den stationären die zweitniedrigste Wachstumsrate (8 %) registriert werden.

Es lässt sich weiter festhalten, dass in allen Grossregionen wie für die Gesamtschweiz bei den ambulanten Kosten grössere prozentuale Zunahmen zu beobachten sind als bei den stationären. Jedoch fallen die Differenzen der Kostenentwicklung in den verschiedenen Grossregionen unterschiedlich aus. So weist die Genferseeregion beispielsweise bei den stationären Leistungen eine Zunahme von 5 % auf (für 1999 und 2002 ist jeweils ein Kostenrückgang zu verzeichnen), während diese für die ambulanten Kosten 26 % beträgt. Es kann somit in der Genferseeregion von einem grossen Unterschied der Kostenzunahme zwischen dem stationären und ambulanten Bereich ausgegangen werden. In der Grossregion Tessin hingegen ist dieser Unterschied deutlich geringer, da bei den stationären Kosten die höchste Wachstumsrate von 23 % beobachtet werden kann, während die ambulanten Leistungen um 26 % zugenommen haben.

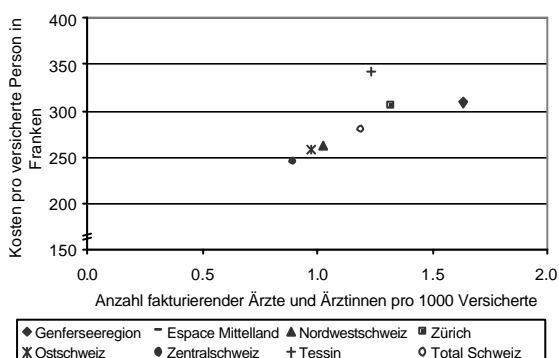
Insgesamt scheinen die prozentualen Veränderungen der ambulanten Kosten zwischen 1998 und 2002 in den verschiedenen Grossregionen viel homogener zu verlaufen als die Veränderungen der stationären Kosten. So kann bei der Mehrzahl der Grossregionen im ambulanten Bereich die stärkste Zunahme in den Jahren 2000 und 2001 registriert werden, und die niedrigste Zunahme (mit Ausnahme der Genferseeregion) erfolgt im 2002. Die ambulanten Kosten sind in den Grossregionen somit zwischen 21 % und 31 % gestiegen. Bei den stationären Leistungen hingegen verändern sich die Kosten in den sieben Grossregionen deutlich unterschiedlich. So kann in einigen Regionen (Genferseeregion im 1999 und 2002, Espace Mittelland im 1999, Zürich im 2000) ein Kostenrückgang verzeichnet werden, während in den anderen Regionen und Jahren zum Teil deutliche Kostenzunahmen beobachtet werden können. In den letzten fünf Jahren sind im stationären Bereich die Kosten somit zwischen 5 % und 23 % gestiegen, was eine deutlich grössere Spannbreite als im ambulanten Bereich bedeutet.

3.3.2 Zusammenhang zwischen dem Anteil an Spezialisten und der Kostenhöhe in den Grossregionen

Oft wird in der Diskussion über die Gründe der hohen Gesundheitskosten unter anderem die Schweizer Ärztestruktur herangezogen. So gebe es viele Spezialisten, die ihre Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen bzw. werden zu viele Leistungen anstatt von Allgemeinpraktikern von teureren Spezialisten durchgeführt. Da es im Datenpool möglich ist, im ambulanten Bereich Informationen bezüglich Spezialisten zu analysieren, sollen in diesem Abschnitt die Grossregionen und deren unterschiedlichen Kostenstruktur mit dieser Ärztestruktur

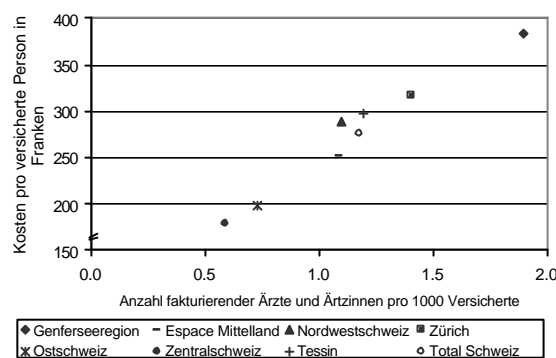
verglichen werden. Die Analysen beziehen sich jeweils auf die Standortregionen der Leistungserbringer (Statistik-Bereich Rechnungssteller).

Abbildungen 4 und 5 zeigen jeweils für die Grundversorger und für die Spezialisten die Kosten pro versicherte Person für ambulante Behandlungen sowie die Ärztedichte in den jeweiligen Grossregionen auf. Es muss hier festgehalten werden, dass die verschiedenen Facharztrichtungen im Datenpool nicht exakt denjenigen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) entsprechen. Ausserdem werden bei der Anzahl Ärzte und Ärztinnen in einer Grossregion nicht die aktuell praktizierenden Mediziner und Medizinerinnen angegeben, sondern die Anzahl der Zahlstellenregisternummern, mit welchen in einer Geschäftsperiode Leistungen abgerechnet wurden. Die Anzahl der Leistungserbringer im Datenpool übersteigt jene der FMH, da durch die Krankenversicherer auch noch ausstehende Rechnungen von nicht mehr aktiven Medizinerinnen und Medizinerinnen beglichen werden. Ebenso kann es Unterschiede bei der Auszählung von Gemeinschaftspraxen, Teilpensen, delegierte Psychotherapie etc. geben. Die angegebenen Daten müssen somit vorsichtig interpretiert werden.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 4: Kosten 2002 für ambulante Behandlungen und Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen für Grundversorger



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 5: Kosten 2002 für ambulante Behandlungen und Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen für Spezialisten

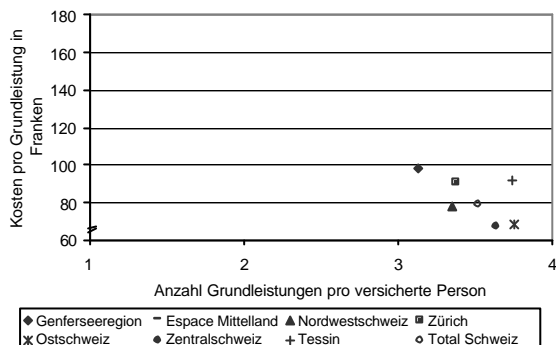
Die höchsten Kosten für ambulante Behandlungen in Arztpraxen fallen bei den Grundversorgern mit 343 Franken pro versicherte Person in der Grossregion Tessin an. Mit 309 Franken bzw. 305 Franken folgen die Genferseeregion und Zürich. Bei den Spezialisten weist die Genferseeregion mit 383 Franken pro versicherte Person die höchsten Kosten auf, während Zürich und Tessin mit 316 Franken bzw. 297 Franken an zweiter bzw. dritter Stelle folgen. Die niedrigsten Kosten sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten können in den Grossregionen Ost- und Zentralschweiz beobachtet werden. Vergleicht man die Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen in den verschiedenen Grossregionen mit den Kosten pro versicherte Person, so fällt auf, dass die Ärztedichte unter anderem einen gewissen Effekt auf die Kosten hat. In Regionen mit hoher Ärztedichte (z.B. Genferseeregion, Tessin, Zürich) können auch die höchsten Pro-Kopf-Kosten beobachtet werden, während in Regionen mit niedriger Ärztedichte (z.B. Ost- und

Zentralschweiz) tiefere Kosten ausgewiesen werden. Ausserdem ist dieser Zusammenhang sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten zu beobachten, d.h. die Kostenzusammensetzung nach Grundversorgern und Spezialisten entspricht nahezu der Ärztedichte für diese zwei Kategorien.

Abbildungen 6 und 7 zeigen, dass in allen Grossregionen sowie für die Gesamtschweiz bei den Spezialisten deutlich höhere Kosten pro Grundleistung¹² anfallen als bei den Grundversorgern. Behandlungen von Spezialisten kosten also mehr als jene der Grundversorger. Es können diesbezüglich jedoch Unterschiede zwischen den Grossregionen beobachtet werden. Während die Spezialisten in Zürich (163 Franken) und in der Genferseeregion (156 Franken) am teuersten sind, liegen die Kosten pro Grundleistung bei den Spezialisten in der Zentralschweiz und in der Nordwestschweiz um das Schweizer Mittel (143 Franken), und die Ostschweiz, das Tessin und vor allem das Espace Mittelland weisen die günstigsten Grundleistungen bei den Spezialisten auf (136 Franken in der Ostschweiz, 135 Franken im Tessin und 124 Franken im Espace Mittelland). Bei den Grundversorgern kostet eine Grundleistung 99 Franken in der Genferseeregion, 92 Franken im Tessin und 90 Franken in der Grossregion Zürich. Wie im Schweizer Mittel kostet eine Grundleistung bei einem Grundversorger in der Nordwestschweiz um 78 Franken, und die tiefsten Kosten pro Grundleistung fallen in den Grossregionen Espace Mittelland (70 Franken), Ostschweiz (69 Franken) und Zentralschweiz (67 Franken) an. Die deutlichsten Kostenunterschiede zwischen den Spezialisten und den Grundversorgern sind in den Grossregionen Ost- und Zentralschweiz zu verzeichnen, wo die Spezialisten fast bzw. über doppelt so hohe Kosten pro Grundleistung verrechnen als die Grundversorger. In der Genferseeregion liegen die Kosten der Spezialisten pro Grundleistung demgegenüber nur 59 %, in der Grossregion Tessin sogar um nur 48 % über jenen der Grundversorger.

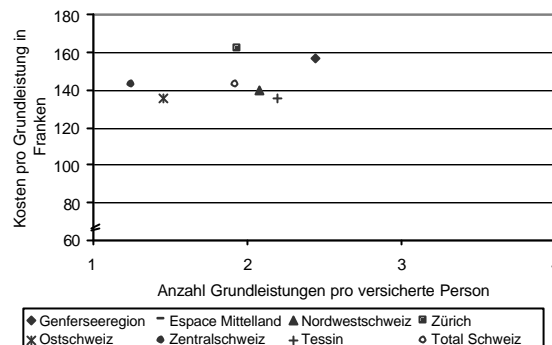
Zusätzlich werden in Abbildungen 6 und 7 auch die Anzahl Grundleistungen pro versicherte Person angegeben. In allen Grossregionen gehen die Versicherten häufiger zu den Grundversorgern als zu den Spezialisten in Behandlung, die Unterschiede zwischen den Grossregionen sind jedoch zum Teil sehr ausgeprägt. Während bei den Grundversorgern ähnlich viele Grundleistungen in den einzelnen Grossregionen durchgeführt werden (3.1 Grundleistungen in der Genferseeregion und zwischen 3.4 und 3.8 Grundleistungen pro versicherte Person und Jahr in den restlichen Grossregionen), sind die Unterschiede bei den Spezialisten ausgeprägter. So gehen die Versicherten in der Genferseeregion mit 2.5 Grundleistungen pro Jahr am häufigsten zu den Spezialisten, im Tessin sind es 2.2 Grundleistungen pro Jahr, und die versicherten Personen aus der Nordwestschweiz weisen 2.1 Grundleistungen pro Jahr auf. Während das Espace Mittelland und die Grossregion Zürich um das Schweizer Mittel liegen, gehen die Versicherten aus der Ostschweiz nur 1.5 Mal und jene aus der Zentralschweiz bloss 1.3 Mal pro Jahr zu einem Spezialisten. Man kann also festhalten, dass die versicherten Personen in der Ost- und Zentralschweiz deutlich häufiger zu den Grundversorgern als zu den Spezialisten gehen. Dieser Unterschied ist bei den Versicherten aus der Genferseeregion jedoch nicht mehr so ausgeprägt.

¹² Als Grundleistung wird die Summe der ärztlichen Konsultationen und der Hausbesuche definiert.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 6: Anzahl Grundleistungen 2002 und Kosten pro Grundleistung für Grundversorger



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 7: Anzahl Grundleistungen 2002 und Kosten pro Grundleistung für Spezialisten

3.4 Alters- und Geschlechterunterschiede

3.4.1 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 nach Alter der versicherten Personen

Sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Leistungen nehmen die Kosten pro versicherte Person mit dem Alter zu. So kann aus Tabelle 12 entnommen werden, dass die über 66-Jährigen in allen Kategorien und in den fünf beobachteten Jahren jeweils die höchsten Pro-Kopf-Kosten aufweisen, gefolgt von den 19- bis 65-Jährigen sowie zum Schluss den 0- bis 18-Jährigen. Am meisten durch das Alter beeinflusst sind die Pflegeheimleistungen sowie die ambulanten Pflegeleistungen, welche deutlich häufiger durch über 66-Jährige in Anspruch genommen werden. Bei den Arztleistungen hingegen sind die Kosten bei den älteren Versicherten zwar immer noch höher als bei den jüngeren, die Unterschiede sind jedoch weit weniger ausgeprägt als in den anderen Kategorien. Zusammengefasst hängen stationäre Kosten deutlich mehr mit dem Alter zusammen als die ambulanten Kosten.

Betrachtet man die Entwicklung der ambulanten und stationären Pro-Kopf-Kosten, so fällt auf, dass in den letzten fünf Jahren die ambulanten Kosten der Erwachsenen deutlich zugenommen haben (+27 % für die über 66-Jährigen und +25 % für die 19- bis 65-Jährigen). Die Zunahme bei den stationären Kosten fiel demgegenüber in diesen beiden Altersgruppen deutlich tiefer aus (+10 % bzw. +9 %). Bei den Kindern beläuft sich die Wachstumsrate der ambulanten sowie der stationären Kosten für die fünf Jahre auf gut 15 %. Bei den Kindern ist somit die bis hierhin beobachtete grössere Zunahme bei den ambulanten Kosten nicht vorhanden.

Auffallend bei den über 66-Jährigen ist im stationären Bereich über die fünf Jahre der Rückgang der Spalkosten um 2 % und die hohe Zunahme der Pflegeheimkosten um 32 %. Auch bei den anderen Altersgruppen sind die Ausgaben für Pflegeheimleistungen deutlich angestiegen. Aufgrund der nur geringen Pro-Kopf-Kosten in diesem Bereich ist diese Zunahme jedoch weit weniger bedeutend. Bei den stationären Spalkosten weisen die 19- bis 65-Jährigen mit einer

Zunahme von über 7 % und vor allem die 0- bis 18-Jährigen mit einer Wachstumsrate von 15 % eine deutliche Kostensteigerung auf. Während die stationären Spitalkosten somit bei der ältesten Gruppe zurückgegangen sind, weisen die zwei jüngeren Altersgruppen eine Kostensteigerung auf.

Im ambulanten Bereich sind bei den 19- bis 65-Jährigen sowie bei den über 66-Jährigen die höchsten absoluten Zunahmen bei den Medikamenten zu verzeichnen. So sind die Kosten für Medikamente bei den 19- bis 65-Jährigen um 128 Franken (38 %) auf 469 Franken gestiegen, bei den über 66-Jährigen um 385 Franken (37 %) auf 1424 Franken. Dahinter folgen die Arztleistungen, welche bei diesen beiden Altersgruppen je 17 % gestiegen sind. Bei den 0- bis 18-Jährigen sind es umgekehrt hauptsächlich die Arztleistungen, die für die Kostenzunahme verantwortlich sind. Diese haben um 43 Franken (12 %) pro versicherte Person auf 407 Franken im Jahr 2002 zugenommen. Auch bei den „anderen Leistungsarten“ (+52 %) sowie den Medikamenten (+13 %) sind bei der jüngsten Altersgruppe grössere absolute Kostenzunahmen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen zu beobachten. Die Zunahme in der Kategorie der Medikamente fällt bei den Kindern jedoch weit geringer aus als bei den Erwachsenen, was auch in der ambulanten Pflege beobachtet werden kann, wo die Kosten der Kinder sogar um 15 % zurückgegangen sind. Umgekehrt kann bei den spezifischen Therapien eine deutlich höhere Wachstumsrate bei den Kindern (+49 %) als bei den Erwachsenen (+20 % für die 19- bis 65-Jährigen, +25 % bei den über 66-Jährigen) beobachtet werden.

Tabelle 12: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für stationäre und ambulante Leistungen nach Altersklassen, in Franken

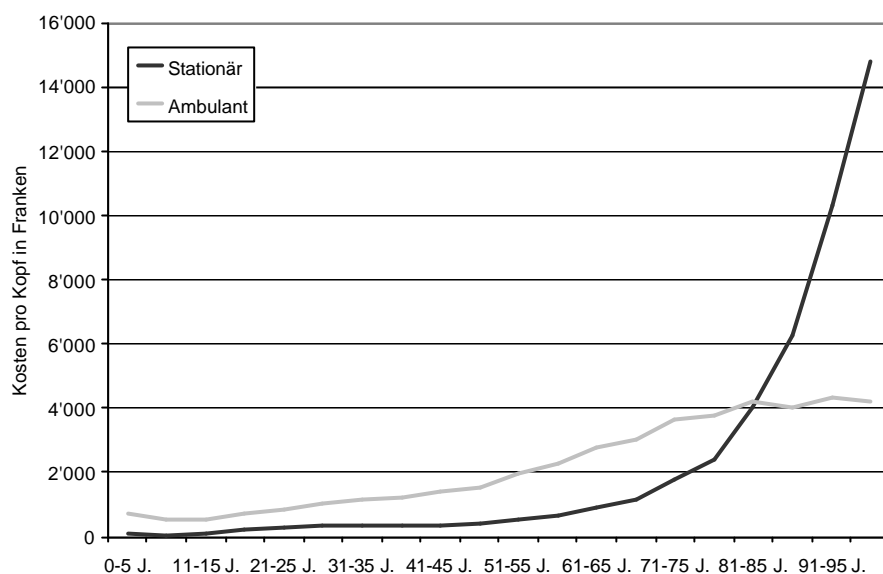
			1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Stationäre Leistungen	Spital stationär	0-18	90	91	96	102	104	15.5
		19-65	379	386	398	404	406	7.4
		66+	1'591	1'583	1'584	1'575	1'562	-1.8
		Total	494	499	510	517	519	5.1
	Krankenpflege Heim	0-18	0	0	0	0	1	136.9
		19-65	15	15	16	17	24	57.0
		66+	908	994	1'043	1'099	1'195	31.5
		Total	143	156	165	176	197	38.4
	Total stationär	0-18	91	91	97	102	105	15.8
		19-65	394	402	414	421	430	9.3
		66+	2'499	2'577	2'627	2'673	2'757	10.3
		Total	637	655	676	693	717	12.5
Ambulante Leistungen	Leistungen Arzt/ Ärztin	0-18	364	375	394	411	407	11.7
		19-65	680	708	761	797	798	17.2
		66+	1'355	1'405	1'523	1'624	1'597	17.9
		Total	712	739	796	840	838	17.8
	Medikamente	0-18	104	103	108	109	117	13.4
		19-65	341	367	414	434	469	37.6
		66+	1'039	1'114	1'259	1'328	1'424	37.0
		Total	393	420	475	501	541	37.9
	Ambulante Pflege	0-18	1	1	1	1	1	-14.9
		19-65	7	8	8	9	10	49.1
		66+	172	181	194	213	225	30.6
		Total	30	32	34	38	41	37.4
	Spezifische Therapien	0-18	16	19	20	23	23	49.0
		19-65	70	74	76	83	84	19.7
		66+	114	121	127	142	142	25.0
		Total	65	69	72	79	80	23.6
	Labor- Analysen	0-18	16	16	16	18	17	11.0
		19-65	57	59	62	67	69	20.5
		66+	68	71	78	85	88	29.8
		Total	50	52	55	59	61	22.4
	Andere Leistungsarten	0-18	30	32	36	39	45	52.1
		19-65	44	43	49	54	68	56.3
		66+	94	88	99	109	144	52.9
		Total	48	47	54	61	76	59.3
	Total ambulant	0-18	530	545	575	600	611	15.3
		19-65	1'199	1'258	1'370	1'445	1'498	24.9
		66+	2'842	2'980	3'279	3'501	3'620	27.4
		Total	1'296	1'359	1'485	1'579	1'637	26.3
	Total	0-18	621	636	672	703	716	15.4
		19-65	1'593	1'660	1'785	1'866	1'928	21.1
		66+	5'341	5'557	5'906	6'175	6'377	19.4
		Total	1'933	2'014	2'161	2'272	2'354	21.8

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Betrachtet man die stationären und ambulanten Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen für das Jahr 2002, so verteilen sich die Kosten über das Alter wie in Abbildung 8 dargestellt. Es ist hier anzufügen, dass es sich nicht um die biographische Kostenentwicklung handelt, welche Aussagen über die altersbezogene Kostenveränderung bei den einzelnen versicherten Personen

zulässt. Es geht hier vielmehr um die aktuelle Struktur der Kosten in den einzelnen Altersgruppen.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 8: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten in Franken nach 5-Jahres-Altersgruppen 2002

Bei den 0- bis 25-Jährigen verlaufen die ambulanten Kosten parallel zu den stationären Kosten, fallen aber pro versicherte Person circa 500 Franken höher aus. Danach scheren die zwei Kostengruppen auseinander: Während die ambulanten Kosten konstant zunehmen, steigen die stationären Kosten langsamer an, bis sie ab der Altersgruppe der 56- bis 60-Jährigen stark ansteigen. Ab der Altersklasse 81 bis 85 Jahre steigen die stationären Kosten über die ambulanten Kosten hinaus. Man kann also für beide Bereiche eine Zunahme der Kosten mit dem Alter beobachten. Während diese Zunahme im ambulanten Bereich fast linear verläuft, ist sie im stationären Bereich exponentiell, was vor allem auf die Pflegeheimleistungen zurückzuführen ist, die erst im hohen Alter zentral werden.

3.4.2 Kostenentwicklung 1998 bis 2002 nach Geschlecht

Neben dem Alter hat auch das Geschlecht Einfluss auf die Höhe der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In Tabelle 13 sind die Kosten in den verschiedenen Gruppen von Leistungsarten nach Geschlecht aufgegliedert. Es kann festgehalten werden, dass über die fünf beobachteten Jahre hinweg und bei allen Leistungsarten die Frauen jeweils die höheren Pro-Kopf-Kosten aufweisen als die Männer. Die deutlichsten Unterschiede sind dabei bei den Kosten im Pflegeheim zu finden, wo Frauen fast dreimal so hohe Kosten in Anspruch nehmen als Männer. Dies kann möglicherweise auf unterschiedliches Pflegeverhalten zurück-

geführt werden. Während Frauen häufig ihre Männer pflegen, sind sie selber aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung eher auf Pflegeheime angewiesen. Doppelt so hohe Kosten als bei Männern fallen bei Frauen in der ambulanten Pflege an, gefolgt von den Laboranalysen (Ratio von 1.8) und den spezifischen Therapien (Ratio von 1.7). Die geringsten Geschlechterunterschiede findet man bei den stationären Spitalleistungen (Ratio von 1.2) sowie bei den „anderen Leistungsarten“ (Ratio von 1.1).

Tabelle 13: Pro-Kopf-Kosten 1998 bis 2002 für Hauptkategorien der stationären und ambulanten Leistungen nach Geschlecht, in Franken

		1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 98-02 in %
Krankenpflege Heim	männlich	71	76	81	86	101	41.8
	weiblich	210	232	246	262	289	37.5
Spital stationär	männlich	438	443	456	464	471	7.5
	weiblich	548	552	561	567	566	3.3
Total stationär	männlich	509	519	537	550	571	12.3
	weiblich	759	783	807	829	856	12.8
Leistungen Arzt/ Ärztin	männlich	588	616	664	704	708	20.4
	weiblich	829	857	921	971	962	16.0
Medikamente	männlich	341	366	414	439	475	39.1
	weiblich	441	472	533	559	605	37.1
Ambulante Pflege	männlich	20	21	22	25	27	36.5
	weiblich	39	42	46	51	54	38.0
Spezifische Therapien	männlich	48	51	53	59	59	23.7
	weiblich	81	87	90	99	100	23.6
Labor-Analysen	männlich	36	37	39	42	44	22.4
	weiblich	63	66	69	75	77	22.5
Andere Leistungsarten	männlich	45	44	50	57	71	60.1
	weiblich	51	50	57	62	78	52.6
Total ambulant	männlich	1'076	1'135	1'242	1'326	1'383	28.5
	weiblich	1'505	1'572	1'715	1'817	1'877	24.7
Total	männlich	1'585	1'655	1'779	1'876	1'955	23.3
	weiblich	2'264	2'356	2'521	2'646	2'733	20.7

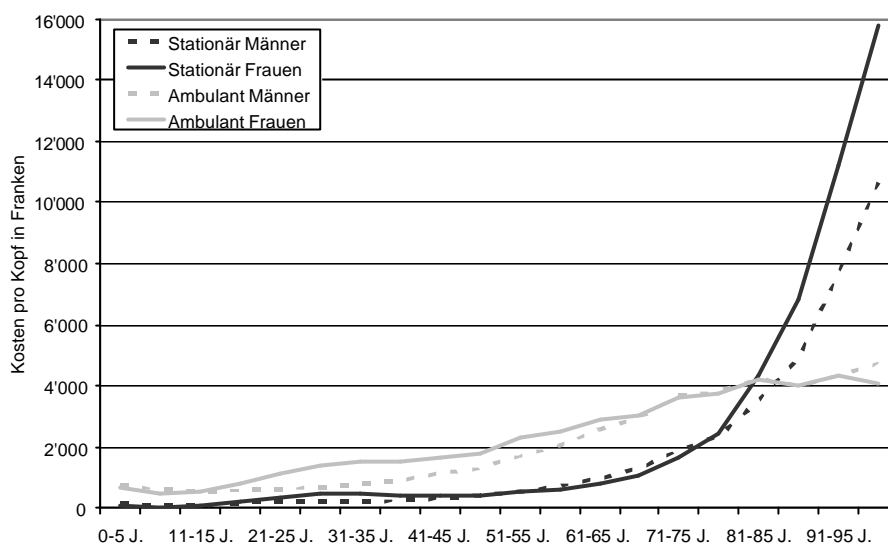
Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Die Kosten von Frauen und Männern haben sich in den letzten fünf Jahren sehr ähnlich entwickelt. Bei einigen Leistungsarten kann die Tendenz einer höheren Wachstumsrate bei den Männern beobachtet werden, was dazu führt, dass die Geschlechterunterschiede in diesen Gruppen von Leistungsarten zwischen 1998 und 2002 abgenommen haben. Es handelt sich dabei aber lediglich um geringe Veränderungen.

Geschlechterunterschiede hängen meist mit dem Alter der versicherten Personen zusammen. Es soll im Folgenden deshalb versucht werden, die Kosten für ambulante und stationäre Leistungen nach Geschlecht und Alter aufzuschlüsseln. Abbildung 9 zeigt den Verlauf der Pro-Kopf-Kosten für ambulante und stationäre Leistungen nach Alter und Geschlecht. Sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Leistungen weisen die Jungen in den ersten 15 Lebensjahren höhere Pro-Kopf-Kosten auf als die Mädchen. Im Alter zwischen 16 und 45 Jahren sind demgegenüber die Kosten der Frauen höher als jene der Männer. Vor allem zwischen dem 26. und dem 35.

Lebensjahr, also während der Gebärfähigkeit der Frauen, weisen Frauen doppelt so hohe stationäre und ambulante Kosten auf als Männer. Die Geschlechterunterschiede nehmen ab dem 46. Altersjahr ab. Während sich im ambulanten Bereich die Kosten der Frauen und Männer ab dem 66. Lebensjahr angleichen, weisen Männer zwischen 51 und 75 Jahren die höheren stationären Pro-Kopf-Kosten auf als Frauen. Umgekehrt steigen die stationären Kosten der Frauen ab dem 76. Lebensjahr deutlich über jene der Männer.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 9: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht 2002

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Geschlechterunterschiede in der ersten Hälfte des Lebens im stationären und ambulanten Bereich ähnlich sind: Jungen weisen bis 15 Jahre höhere Pro-Kopf-Kosten auf, zwischen 16 und 45 Jahren sind bei Frauen deutlich höhere Kosten zu verzeichnen. In der zweiten Hälfte des Lebens unterscheiden sich die Geschlechterdifferenzen bei den stationären und ambulanten Kosten. So weisen die Frauen im ambulanten Bereich zwischen 46 und 65 Jahren höhere Kosten auf als Männer, und ab 66 Jahren sind die Kosten von Frauen und Männern ungefähr gleich hoch. Im stationären Bereich hingegen sind die Kosten der Männer zwischen 51 und 75 Jahren höher als jene der Frauen, und bei den ältesten versicherten Personen sind es wiederum die Frauen, die deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten aufweisen.

4 Literatur

Bundesamt für Statistik (2003a). Kosten des Gesundheitswesens von 1960 bis 2000: Der Kostenanstieg ist ein Gesellschaftsphänomen. Pressemitteilung. Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik (2003b). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2003. Zürich: Verlag Neue Züricher Zeitung.

Eidgenössisches Departement des Innern (2003). Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL). Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995. Bern.

Gemeinsame Einrichtung KVG (2003). Statistik definitiver Risikoausgleich: Jahre 1998 bis 2002. Solothurn.

santésuisse (2003). Datenbank Datenpool: Berichtsjahre 1998 bis 2002. Solothurn.

Anhang

1. Leistungserbringer

a) Stationäre Leistungserbringer

Leistungserbringer	Kategorie	Unterkategorien
Spitäler	Allgemeinspitäler	Allgemeinspitäler mit 1-74 Betten
		Allgemeinspitäler mit 75-124 Betten
		Allgemeinspitäler mit 124-249 Betten
		Allgemeinspitäler mit 250-499 Betten
		Allgemeinspitäler mit 500 und mehr Betten
		Total Allgemeinspitäler
	Heime für Alters- und Chronischkranke	Gemischte Betriebe für Kranke und Gesunde
		Geriatrische Kliniken
		Krankenheime für Alters- und Chronischkranke
		Total Heime für Alters- und Chronischkranke
	Universitätsspitäler	Total Universitätsspitäler
	Psychiatrische Kliniken	Psychiatrische Universitätskliniken
		Andere psychiatrische Kliniken
		Total psychiatrische Kliniken
	Übrige Spezialkliniken	Frauenspitäler
		Kinderspitäler
		Neurologische Spezialkliniken, Epilepsiekliniken
		Präventoren, andere Kuranstalten
		Rheuma- und Rehabilitationskliniken
		Spezialkliniken für Lungenkrankheiten, Allergie und med. Rehabilitation
Andere Spezialkliniken		
Spital offen		
Total übrige Spezialkliniken		

Stand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

b) Ambulante Leistungserbringer

Leistungserbringer	Kategorie	Unterkategorien
Ärzte / Ärztinnen	Grundversorger	Allgemeine innere Medizin
		Allgemeinpraktiker
		Pädiatrie
		Total Grundversorger
	Spezialisten / Spezialistinnen	Anästhesiologie
		Beinleiden
		Besondere Spezialitäten
		Chirurgie
		Dermatologie und Venerologie
		Gemeinschaftspraxen
		Gynäkologie und Geburtshilfe
		Innere Medizin, spez. Endokrinologie
		Innere Medizin, spez. Hämatologie
		Innere Medizin, spez. Herzkrankheiten
		Innere Medizin, spez. Lungenkrankheiten
		Innere Medizin, spez. Magen-Darm-Krankheiten
		Innere Medizin, spez. Stoffwechselkrankheiten
		Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie

		Neurochirurgie
		Neurologie und Psychiatrie
		Neurologie
		Nichtvertragsärzte und -ärztinnen
		Ophthalmologie
		Orthopädische Chirurgie
		Otorhinolaryngologie
		Physikalische Medizin und Rheumatologie
		Psychiatrie und Psychotherapie
		Radiologie und Nuklearmedizin
		Tropenkrankheiten
		Urologie
		Total Spezialisten
	Total Ärzte / Ärztinnen	
Apotheken und Abgabestellen	Apotheken	
	Abgabestellen MiGeL	
	Total Apotheken und Abgabestellen	
Ambulante Pflege	Krankenpfleger / Krankenpflegerinnen	
	SPITEX-Organisationen	
	Total ambulante Pflege	
Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten	Chiropraktoren	
	Ergotherapeuten / Ergotherapeutinnen	
	Hebammen	
	Logopäden / Logopädinnen	
	Physiotherapeuten / Physiotherapeutinnen	
	Total spezifische nicht-ärztliche Therapeuten	
Laboratorien	Total Laboratorien	
Spitäler	vgl. Aufteilung oben	
Andere Leistungserbringer	Ernährungsberater / Ernährungsberaterinnen	
	Fürsorge	
	Heilbäder	
	Teilstationäre Einrichtungen	
	Transport- und Rettungsunternehmen	
	Zahnärzte und -ärztinnen	
	Übrige Rechnungssteller	
	Unbekannt	
	Total andere Leistungserbringer	
Total nicht-stationäre Leistungserbringer		

Stand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

2. Leistungsarten

a) Stationäre Leistungsarten

Leistungsart	Kategorie
Spital stationär	Chirurgie
	Dermatologie
	Geriatric
	Gynäkologie
	Innere Medizin
	Intensivmedizin
	Medizinische Radiologie
	ORL
	Ophthalmologie
	Psychiatrie
	Pädiatrie
	Rehabilitation
	Übrige Fachgebiete
	Total Spital stationär
Krankenpflege Heim	Total Krankenpflege Heim
Total stationäre Leistungsarten	

Stand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

b) Ambulante Leistungsarten

Leistungsart	Kategorie
Leistungen Arzt / Ärztin	Arzt / Ärztin ambulant Behandlung
	Arztleistungen Spital ambulant
	Total Leistungen Arzt / Ärztin
Medikamente ¹³	Medikamente Apotheken
	Medikamente Arzt / Ärztin
	Medikamente Spital ambulant
	Total Medikamente
Ambulante Pflege	Krankenpflege
	SPITEX-Leistungen
	Total ambulante Pflege
Spezifische Therapien	Chiropraktik
	Ergotherapie
	Hebammen-Verrichtungen
	Logopädie
	Physiotherapie
	Total spezifische Therapien
Labor-Analysen	Total Labor-Analysen
Andere Leistungsarten	Ernährungsberatung
	MiGeL: Mittel und Gegenstände
	MiGeL: Sehhilfen
	Transport- und Rettungskosten
	Zahnbehandlung
	Kosten übrige Rechnungssteller
	Unbekannte Behandlungsart
	Total andere Leistungsarten
Total nicht-stationäre Leistungsarten	

Stand: Jahresaufbereitung 24.04.2003

¹³ Ohne Medikamente, welche unter stationären Leistungsarten verordnet wurden.