



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

5-Jahres-Vergleich 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Analyse der Ausgaben der
Krankenversicherer OKP mit dem
Datenpool von santésuisse

Isabelle Sturny

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheit.ch

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitern erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Isabelle Sturny:
5-Jahres-Vergleich 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Arbeitsdokument des Obsan 10
September 2004

Bestellung:
obsan.versand@gewa.ch
oder Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 12.– plus Versandkosten
ISBN Nr. 3-907872-13-4

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Herausgeber der Arbeitsdokumente des Obsan:
Paul Camenzind, Hélène Jaccard Ruedin, Katharina Meyer, Peter C. Meyer, Andrea Zumbrunn

Anschrift der Autorin:
Isabelle Sturny
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel



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 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP
mit dem Datenpool von santésuisse

Arbeitsdokument 10
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Sturny Isabelle

September 2004

Neuchâtel

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	7
2 Methodische Aspekte	9
2.1 Kurzportrait des Datenpools.....	9
2.2 Stellenwert der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP im Schweizer Gesundheitswesen	11
2.3 Definitionen.....	12
2.4 Aufteilung ambulant vs. stationär.....	14
3 Ergebnisse.....	15
3.1 Entwicklung 1999 bis 2003 nach ambulanten und stationären Leistungsarten.....	15
3.1.1 Entwicklung nach Grobkategorien.....	15
3.1.2 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der stationären Leistungsarten	18
3.1.3 Detaillierte Betrachtung der Entwicklung der ambulanten Leistungsarten	20
3.2 Kosten für stationäre und ambulante Leistungen in verschiedenen Spitälern.....	25
3.3 Regionale Unterschiede.....	27
3.3.1 Kostenentwicklung 1999 bis 2003 im stationären und ambulanten Bereich	27
3.3.2 Zusammenhang zwischen dem Anteil an Spezialisten und der Kostenhöhe in den Grossregionen.....	32
3.4 Alters- und Geschlechterunterschiede.....	35
3.4.1 Kostenentwicklung 1999 bis 2003 nach Alter der versicherten Personen.....	35
3.4.2 Kostenentwicklung 1999 bis 2003 nach Geschlecht.....	38
4 Schlussfolgerungen.....	42
5 Literatur	44
Anhang	45

Zusammenfassung

Aufgrund des starken öffentlichen Interesses bezüglich der Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich wurde für vorliegendes Arbeitsdokument 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. Obwohl die obligatorische Grundversicherung nur ungefähr einen Drittel der Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitswesens finanziert, ist eine gewisse Übereinstimmung der jährlichen Kostenerhöhungen in der Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen sehr wahrscheinlich. Allerdings muss festgehalten werden, dass in den letzten fünf Jahren die durchschnittliche Erhöhung der Gesundheitskosten pro Einwohner 3.7 % beträgt (1998–2002), während die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro versicherte Person um 5.1 % gestiegen sind (1999–2003). Das Arbeitsdokument wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in Zusammenarbeit mit santésuisse und dem Institut de recherches économiques et régionales (IRER) der Universität Neuchâtel erarbeitet.

Höhere Kostenzunahme im ambulanten als im stationären Bereich

Die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind von 14.6 Milliarden Franken im Jahr 1999 auf 18.2 Milliarden Franken im Jahr 2003 gestiegen. Pro versicherte Person wurden dabei 2462 Franken ausgegeben, 764 Franken für stationäre und 1698 Franken für ambulante Leistungen. Zwischen 1999 und 2003 haben die Kosten für stationäre Leistungen um 17 % zugenommen, während der Kostenanstieg im ambulanten Bereich mit 25 % höher ausfiel. Im ambulanten Bereich ist zwischen 1999 und 2002 eine grössere Kostenzunahme als im stationären Bereich zu beobachten. Umgekehrt weisen die stationären Leistungen im Jahr 2003 eine deutlich höhere Wachstumsrate auf als die ambulanten Kosten. Dies ist vorwiegend darauf zurückzuführen, dass zahlreiche Spitäler ihre Rechnungen für das Jahr 2002 aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags von Zusatzversicherten verspätet oder gar nicht eingereicht haben, und die Rechnungen deshalb erst im darauf folgenden Jahr durch die Krankenversicherer beglichen wurden.

Im stationären Bereich sind in den beobachteten fünf Jahren vor allem die Pflegeheimkosten mit einer Wachstumsrate von jährlich rund 7 % stark angestiegen. Die stationären Spitalkosten hingegen haben in derselben Periode nur um durchschnittlich 3 % auf 563 Franken zugenommen. Die grösste absolute Zunahme bei den stationären Spitalkosten ist in den Allgemeinspitälern zu verzeichnen, während in den Universitätsspitälern mit einer jährlichen Wachstumsrate von 4 % die grösste relative Erhöhung der Kosten zu beobachten ist. In den Spitälern kann eine Verschiebung vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich festgestellt werden.

Im ambulanten Bereich haben sich in den fünf Jahren die Kosten um 339 Franken auf 1698 Franken pro versicherte Person erhöht. In absoluten Beträgen betrachtet sind dafür vor allem die Medikamente sowie die Arztleistungen (Zunahme von je 144 Franken) verantwortlich. Stark

zugenommen haben zwischen 1999 und 2003 auch die Kosten für ambulante Pflege (vorwiegend Spitex), welche in dieser Zeitperiode um jährlich über 10 % gestiegen sind. Es handelt sich bei der ambulanten Pflege allerdings um relativ geringe Kosten pro versicherte Person (46 Franken im Jahr 2003). 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 (durchschnittlich 8 %) als in privater Praxis (3 %) beobachtet werden kann.

Klare regionale Unterschiede

Die Grossregion Tessin und die Genferseeregion weisen die höchsten Pro-Kopf-Kosten auf (3077 Franken bzw. 2926 Franken), während die Ausgaben in Zürich, in der Nordwestschweiz sowie im Espace Mittelland im Bereich des Schweizer Mittels von 2462 Franken liegen. Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Kosten fallen in der Ost- (2106 Franken) und vor allem in der Zentralschweiz (1960 Franken) an. Zwischen 1999 und 2003 ist die deutlichste Kostenzunahme mit durchschnittlich 6 % in der Grossregion Tessin und in der Zentralschweiz zu verzeichnen. Während im Tessin die hohe Wachstumsrate vor allem auf den Ausbau der Kosten im stationären Bereich zurückgeführt werden kann, sind in der Zentralschweiz die ambulanten Leistungen deutlicher gestiegen als die stationären. In der Grossregion Zürich ist die niedrigste Wachstumsrate von jährlich 4 % zu beobachten, welche vor allem auf die geringe Kostenzunahme im stationären Bereich zurückgeführt werden kann. Die bereits oben erwähnte – verglichen mit dem stationären – deutlichere Kostenzunahme im ambulanten Bereich kann in fast allen Grossregionen beobachtet werden. Ausnahme bildet die Grossregion Tessin, in welcher die Kosten für stationäre Behandlungen stärker angestiegen sind als jene für ambulante Behandlungen. Die Wachstumsraten im ambulanten Kostenbereich fallen in den verschiedenen Regionen homogener aus als die Wachstumsraten der stationären Leistungen.

In den Regionen mit hohen Pro-Kopf-Kosten für ärztliche Behandlungen (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. Ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Ärztedichte und der Entwicklung der Kosten zwischen 1999 und 2003 konnte jedoch nur bei den Spezialisten gefunden werden. Ausserdem muss angenommen werden, dass neben der Ärztedichte weitere Faktoren auf Nachfrageseite (z.B. hohe Altersquote, hoher Urbanitätsgrad etc.), auf Angebotsseite (hoher medizinischer Versorgungsgrad, wenig Selbstdispensation etc.) sowie auf Seite von Staat und Politik die Kosten beeinflussen.

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 1999 und 2003 deutlich stärker gestiegen sind, fällt bei den Kindern die Wachstumsrate bei den Kosten für stationäre Behandlungen höher aus als jene für ambulante. Im ambulanten Bereich sind bei den über 66-Jährigen die höchsten absoluten Zunahmen bei den Medikamenten zu verzeichnen. Bei den 19- bis 65-Jährigen sowie 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: Bis zum Alter von 15 Jahren weisen Jungen infolge vermehrter Gesundheitsprobleme wegen Reifungsprozessen höhere Pro-Kopf-Kosten auf als Mädchen. Zwischen 16 und 45 Jahren sind bei Frauen deutlich höhere Kosten zu verzeichnen. Vor allem zwischen dem 26. und 35. Lebensjahr weisen Frauen aufgrund von Schwangerschaft und Geburt doppelt so hohe stationäre und ambulante Kosten auf als Männer. In der zweiten Hälfte des Lebens unterscheiden sich die Geschlechterdifferenzen bei den stationären und ambulanten Kosten wie folgt: Frauen weisen im ambulanten Bereich zwischen dem 46. und 65. Lebensjahr höhere Kosten auf als Männer, und ab 66 Jahren liegen die Kosten von Frauen und Männern auf etwa gleichem Niveau. Im stationären Bereich hingegen sind die Kosten der Männer zwischen dem 51. und 75. Lebensjahr höher als jene der Frauen, und bei den ältesten versicherten Personen sind es wiederum die Frauen, die deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten aufweisen.

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. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen kann auf der Basis der Zeitreihe von 1960 bis 2000 keinesfalls als „explosiv“ eingestuft werden. „Im Gegenteil, er ist stetig und entspricht eindeutig der Entwicklung der sozialen und individuellen Ansprüche an die Lebensqualität, zu der die Gesundheit ganz wesentlich beiträgt“ (Bundesamt für Statistik, 2003a).

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 Spar- druck im stationären Bereich zurückgeführt werden kann. Dieser Spar- druck führte in den letzten Jahren zu einem Ausweichen auf ambulante Behandlungen, was in den Augen vieler Experten eine Kostensenkung bewirkt.

In dieser Arbeit soll versucht werden, die Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich zwischen 1999 und 2003 detailliert zu analysieren und die Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten 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. Der Datenpool erlaubt jedoch eine differenzierte Analyse der Kostenentwicklung nach Leistungsarten, Leistungserbringern, Kanton, Alter und Geschlecht der versicherten Personen. Unter Berücksichtigung von möglichen Jahresschwankungen sollen mit der Analyse der Daten aus den letzten fünf Jahren gewisse Tendenzen sichtbar gemacht werden.

Das vorliegende Arbeitsdokument baut auf dem Forschungsprotokoll Nr. 1 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums auf, in welchem die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2002 analysiert wurde (Sturny, 2004). 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, Interessierte aus anderen Institutionen können sich an santésuisse wenden.

Im ersten Teil des vorliegenden Arbeitsdokuments wird auf methodische Aspekte eingegangen. Dabei wird einerseits der Datenpool von santésuisse bzw. sein Stellenwert im Gesamtbereich der

Gesundheitskosten 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, BAG-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 zu Diagnosen sowie keine Aussagen über einzelne Krankenversicherer.

Der Datenpool produziert monatlich aktuelle Zahlen zum Trend der Kostenentwicklung. Zusätzlich zu den Monatsdaten werden einmal pro Jahr die definitiven Jahresdaten aufbereitet. Quartalsdaten stehen dem Gesundheitsobservatorium ab April 2004 zur Verfügung.

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

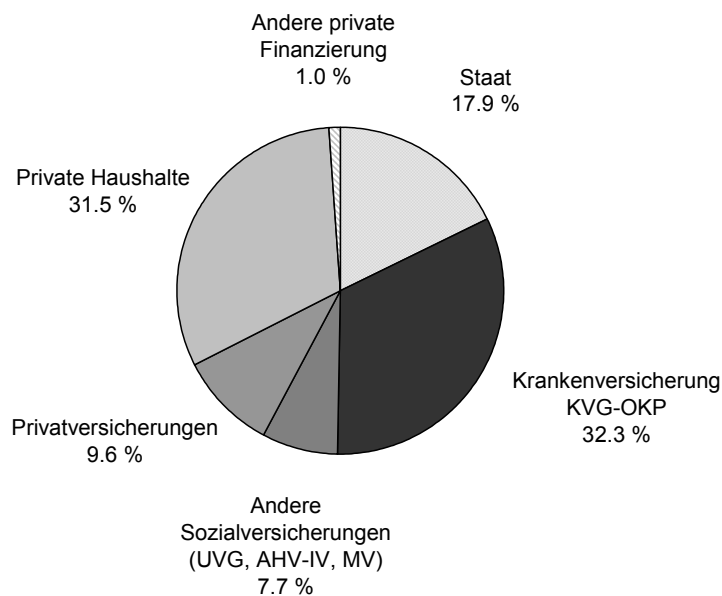
Rechnungssteller: In diesem Bereich steht primär die Betrachtung der Leistungserbringer (Ärzte und Ärztinnen, Apotheker, Spitäler etc.) im Vordergrund. Die Kosten werden aus der Optik des Standortkantons des Leistungserbringers (Rechnungsstellers) betrachtet. Dieser Bereich erlaubt auch die Analyse der Kosten einzelner Leistungserbringer. Deshalb konzentriert sich der Verwendungszweck einerseits auf die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer durch die 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. Neben den Bruttoleistungen (erbrachte Leistungen) können auch die Kostenbeteiligung (von den Versicherten zu bezahlende Leistungen) und die Nettoleistungen (von den Krankenversicherern zu bezahlende Leistungen) eingesehen werden. Verwaltungskosten, Prämienausstände, Reservenbestände, Rückstellungen etc. sind auch hier nicht erfasst.

2.2 Stellenwert der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP im Schweizer Gesundheitswesen

Der Datenpool von santésuisse deckt nur einen Teilbereich der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz ab, nämlich die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP übernommenen Kosten inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen. Nach dem Ansatz der Gesundheitskonten gemäss internationaler Methodik der OECD (2000) werden die Ausgaben im Schweizer Gesundheitswesen auf der Grundlage einer funktionalen Gliederung definiert und geschätzt. Die Leistungen werden durch mehrere Direktzahler finanziert (Staat, Sozialversicherungen, private Haushalte etc.). Das Bundesamt für Statistik erstellt entsprechend dieses konzeptuellen Rahmens jedes Jahr die „Kosten des Gesundheitswesens“ in der Schweiz. In Abbildung 1 wird die Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens nach Direktzahler für das Jahr 2002 beschrieben.



Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens (2004)

Abbildung 1: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahler im Jahr 2002

Insgesamt wurden im Jahr 2002 48 Milliarden Franken für das Schweizer Gesundheitswesen ausgegeben. Die Sozialversicherungen waren in diesem Jahr mit einem Anteil von 40 % der wichtigste Direktzahler von Leistungen des Gesundheitswesens. Dabei entfallen 32.3 % der Leistungen im Jahr 2002 auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung und 7.7 % auf andere Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung (UVG), die Invaliden- sowie Alters- und Hinterlassenenversicherung (IV-AHV) sowie die Militärversicherung. Der Staat, d.h. Bund, Kantone sowie Gemeinden, beteiligt sich 2002 mit 17.9 % der gesamten Kosten an der Finanzierung des Gesundheitswesens. Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte beläuft sich im Jahr 2002 auf 15.1 Milliarden Franken, was einem Anteil von 31.5 % der Gesamtkosten entspricht.

Dieser Teil besteht einerseits aus den Zahlungen für Leistungen, die nicht von Versicherungen abgedeckt werden (out of pocket 26.2 %), andererseits aus den Kostenbeteiligungen der Privathaushalte an den Sozial- und Privatversicherungen (5.3 %). Auf die Privatversicherungen und deren Krankenzusatzversicherungsgeschäft gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) entfallen im Jahr 2002 9.6 % der Totalkosten des Gesundheitswesens. Schliesslich übernehmen andere private Direktzahler mit Spenden und Vermächtnissen an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheime, Institutionen für Behinderte, Spitexorganisationen usw.) den restlichen Anteil von 1 % der Gesundheitskosten.

Der Umfang der Abdeckung des Datenpools lässt sich in der oben erwähnten Systematik des Bundesamtes für Statistik darstellen. Dazu schliesst man aus dem in Abbildung 1 dunkel eingefärbten Teil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Verwaltungskosten der OKP (835 Millionen Franken bzw. 1.7 %) aus und fügt die Kostenbeteiligung der versicherten Personen in der OKP (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts; 2.5 Milliarden Franken bzw. 5.2 %) hinzu. Daraus resultiert eine Summe von 17.2 Milliarden Franken, was einem Anteil von 35.8 % der Gesamtkosten entspricht. Damit erfasst der Datenpool gut einen Drittel der im Schweizer Gesundheitswesen anfallenden Kosten.

Es sei hier darauf hingewiesen, dass die Kostenentwicklung im ambulanten und stationären OKP-Bereich nicht deckungsgleich mit der Entwicklung der gesamten ambulanten und stationären Gesundheitskosten sein muss, da es sich bei der Grundversicherung um einen gesonderten Teilbereich des Gesundheitswesens handelt. Ausserdem können sich die Finanzierungsanteile zwischen den verschiedenen Direktzahlern verschieben. So hält das Bundesamt für Statistik (2004) beispielsweise fest, dass die Kostenerhöhung zurzeit hauptsächlich vom Staat getragen wird, während es Ende der 90er-Jahre hauptsächlich die Krankenversicherung gewesen war. Es gilt klar zwischen Kosten des Gesundheitswesens und Ausgaben der Krankenversicherer zu trennen. Die Analysen im vorliegenden Arbeitsdokument konzentrieren sich auf die Ausgaben der Krankenversicherer, was bei der Interpretation der Daten mitberücksichtigt werden muss.

2.3 Definitionen

Für das vorliegende Arbeitsdokument gelten folgende Definitionen:

Altersgruppen: Im Datenpool werden die Versicherten in Altersgruppen gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) 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 Spitalbereich 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 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.

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

2.4 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. Die für dieses Arbeitsdokument geltende Aufteilung in ambulante und stationäre Bereiche entspricht nicht der Aufteilung der Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“ (BFS). Während das Bundesamt für Statistik zwischen stationären Behandlungen, ambulanten Behandlungen, Verkauf von Gesundheitsgütern, Prävention, Verwaltung und anderen Leistungen unterscheidet, sind in diesem Bericht unter den ambulanten Bereich all jene Leistungen subsumiert, welche nicht stationär sind (also beispielsweise auch Medikamentenverkäufe und Laboruntersuchungen). Zudem können im Datenpool von santésuisse die Kosten für Prävention und Verwaltung nicht ausgewiesen werden.

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 Arbeitsdokument werden die Pflegeheimleistungen dennoch zum stationären Bereich gezählt, weil die Kosten in einer stationären Umgebung anfallen.

3 Ergebnisse

3.1 Entwicklung 1999 bis 2003 nach ambulanten und stationären Leistungsarten

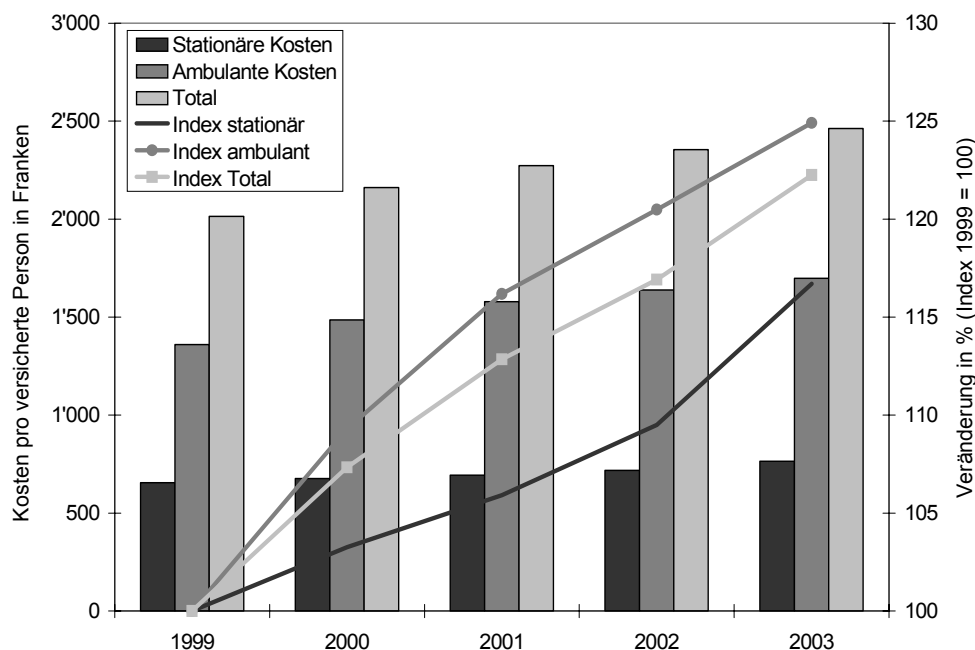
3.1.1 Entwicklung nach Grobkategorien

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind die Kosten von 14.6 Milliarden Franken im Jahr 1999 auf 18.2 Milliarden Franken im Jahr 2003 angestiegen. Dabei fallen gut zwei Drittel der Kosten im ambulanten Bereich an, wo zwischen 1999 und 2003 ein Wachstum von insgesamt 27 % zu beobachten ist. Ein Drittel der Kosten betrifft die stationären Leistungen, welche in den beobachteten fünf Jahren um 19 % gestiegen sind.⁴ Betrachtet man die Ausgaben pro versicherte Person, so sind die Leistungen der OKP in den Jahren 1999 bis 2003 um 22 % auf 2462 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 25 % verantwortlich. Demgegenüber weist der stationäre Bereich ein geringeres Wachstum von 17 % auf (vgl. Abbildung 2). Die bei Sturny (2004) aufgrund unterschiedlicher Finanzierung (die ambulanten Kosten werden vollständig durch die Krankenversicherer abgedeckt, bei den stationären Kosten übernehmen die Versicherer maximal 50 %) angenommene Verschiebung der Kosten von stationär zu ambulant muss hier relativiert werden. Zwar kann zwischen 1999 und 2002 eine grössere Zunahme der ambulanten Leistungen beobachtet werden, doch im Jahr 2003 weisen die stationären Leistungen eine deutlich höhere Wachstumsrate auf als die ambulanten Kosten. Dies ist vorwiegend darauf zurückzuführen, dass zahlreiche Spitäler ihre Rechnungen für das Jahr 2002 aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags von Zusatzversicherten verspätet oder gar nicht eingereicht haben, und die Rechnungen deshalb erst im darauf folgenden Jahr durch die Krankenversicherer beglichen wurden. Die stationären Kosten für das Jahr 2002 werden somit unterschätzt.

Die stationären Kosten setzen sich aus den Pflegeheimleistungen sowie den stationären Spitalkosten zusammen und haben in den beobachteten fünf Jahren von 655 Franken auf 764 Franken pro versicherte Person zugenommen. Die Pflegeheimleistungen sind um 45 Franken (durchschnittlich 7 %) auf 201 Franken pro versicherte Person gestiegen. Dabei war das Wachstum im Jahr 2002 mit 12 % am höchsten, jenes im Jahr 2003 mit 2 % am niedrigsten. Die stationären Spitalkosten weisen mit einer Erhöhung um 64 Franken (jährlich 3 %) auf 563 Franken in der beobachteten 5-Jahres-Periode eine geringere Zuwachsrate auf. Dabei kann die höchste Zunahme (8 %) im Jahr 2003 verzeichnet werden. Im Jahr 2002 belief sich das Wachstum im stationären Spitalbereich auf unter 1 % (vgl. Tabelle 1). Die grössere Kostenzunahme für Pflegeheim-

⁴ Die Anteile in der OKP von einem Drittel für stationäre und zwei Dritteln für ambulante Leistungen unterscheiden sich von den Anteilen bei den Gesamtkosten, da z.B. die staatlichen Subventionen der Spitäler nicht im Datenpool erfasst sind. Gemäss BFS (2004) fallen rund 48 % der gesamten Kosten des Schweizer Gesundheitswesens auf stationäre Behandlungen, 45 % auf ambulante Behandlungen, den Verkauf von Gesundheitsgütern und andere Leistungen und 7 % auf Prävention und Verwaltung.

leistungen im Vergleich zu den stationären Spitalleistungen kann unter anderem auch auf eine Änderung in der Datenlieferung zurückgeführt werden. Ab dem Jahr 2001 wurden die Krankenkversicherer nämlich aufgefordert, 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.



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 2: Kostenverlauf und prozentuale Veränderung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz 1999 bis 2003: ambulante, stationäre und gesamte Pro-Kopf-Kosten

Im ambulanten Bereich haben sich in den fünf Jahren die Kosten um 339 Franken auf 1698 Franken pro versicherte Person erhöht. In absoluten Beträgen betrachtet sind dafür vor allem die Medikamente sowie die Arztleistungen (Zunahme von je 144 Franken) verantwortlich. Stark zugenommen haben zwischen 1999 und 2003 auch die Kosten der ambulanten Pflege, welche in dieser Zeitperiode pro Jahr um rund 10 % gestiegen sind. Die grösste Zunahme ist dabei im aktuellsten Geschäftsjahr zu verzeichnen. Bei den ambulanten Pflegeleistungen handelt es sich aber um relativ geringe Kosten pro versicherte Person (46 Franken im Jahr 2003). Während bei den „anderen Leistungsarten“⁵ zwischen 1999 und 2002 eine markante Zunahme der Kosten beobachtet werden kann (durchschnittliche Zunahme von 18 % pro Jahr), sind diese Kosten im

⁵ Unter die Kategorie „andere“ fallen folgende Leistungsarten: Ernährungsberatung, Mittel und Gegenstände (inkl. Sehhilfen), Transport- und Rettungskosten, Zahnbehandlung, Kosten für übrige Rechnungssteller und unbekannte Behandlungsart.

Jahr 2003 mit 18 % deutlich zurückgegangen. Dies kann vorwiegend auf eine Verbesserung der Zuteilung von unbekanntem Leistungen zurückgeführt werden.

Die Kosten für Arztleistungen sind nach einer Zunahme von 8 % bzw. 6 % in den Jahren 2000 bzw. 2001 im Jahr 2002 um 0.3 % geringfügig zurückgegangen. Im aktuellsten Geschäftsjahr kann wiederum eine Zuwachsrate von 5 % festgestellt werden. Bei den Medikamenten und den Laboranalysen ist im Jahr 2003 demgegenüber die geringste Wachstumsrate zu verzeichnen. In den Kategorien „spezifische Therapien“ und „andere Leistungsarten“ sind 2003 sogar Kostenrückgänge von 0.1 % bzw. 18 % festzustellen.

Tabelle 1: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für Hauptkategorien der stationären und ambulanten Leistungen, in Franken

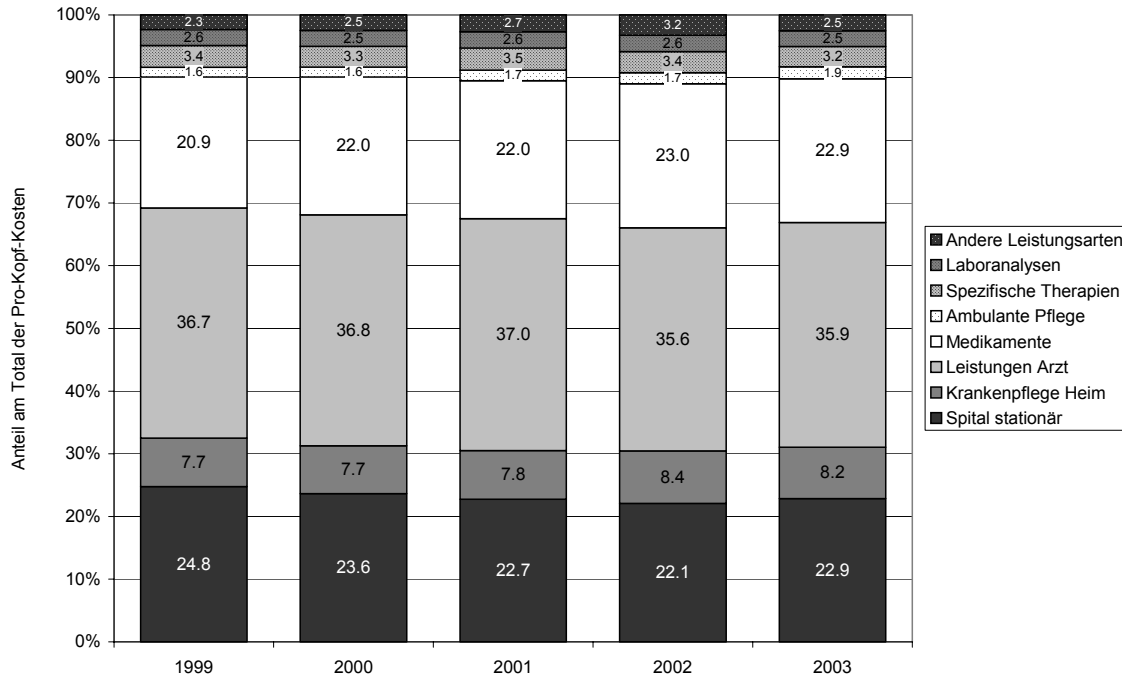
		1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Stationäre Leistungen	Spital stationär	499	510	517	519	563	3.0
	Krankenpflege Heim	156	165	176	197	201	6.6
	Total stationäre Leistungen	655	676	693	717	764	3.9
Ambulante Leistungen	Leistungen Arzt	739	796	840	838	883	4.5
	Medikamente	420	475	501	541	564	7.6
	Ambulante Pflege	32	34	38	41	46	10.1
	Spezifische Therapien	69	72	79	80	80	3.7
	Laboranalysen	52	55	59	61	62	4.5
	Andere Leistungsarten	47	54	61	76	63	7.4
	Total ambulante Leistungen	1'359	1'485	1'579	1'637	1'698	5.7
Total	2'014	2'161	2'272	2'354	2'462	5.1	

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 3 zeigt die Struktur der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. überdurchschnittliche sowie unterdurchschnittliche Kostenzunahmen für die oben dargestellten stationären und ambulanten Leistungsarten auf.

Im Jahr 2003 machen die Arztleistungen mit rund 36 % den grössten Anteil an den OKP-Gesamtkosten aus. Bis ins Jahr 2001 folgen an zweiter Stelle die stationären Spitalkosten, welche im 2002 von den Medikamenten auf den dritten Platz verdrängt wurden. Im 2003 kann bei den Medikamenten und den stationären Spitalkosten ein gleicher Anteil von je 23 % beobachtet werden. Der viertgrösste Anteil (8 %) an den Gesamtkosten ist auf die Krankenpflege in Heimen zurückzuführen. Bei der Veränderung über die Jahre hinweg fallen vor allem fünf Sachverhalte auf: 1) Die stationären Spitalleistungen haben in den letzten fünf Jahren an Anteil an den Gesamtkosten verloren (-1.9 Prozentpunkte), 2) der Anteil der Medikamente an den Totalkosten hat um 2 Prozentpunkte zugenommen, 3) der Anteil der Arztleistungen ging im Jahr 2002 zurück, 4) der Anteil der Pflegeleistungen (sowohl ambulant als auch in Heimen) hat zugenommen sowie 5) im Jahr 2003 haben die „anderen Leistungsarten“ an Anteil verloren.



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
 Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 3: Prozentualer Anteil der verschiedenen Leistungsarten an den Gesamtkosten OKP 1999 bis 2003

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, werden im Folgenden diese Gruppen detailliert analysiert. Im stationären Bereich können beispielsweise die einzelnen Spitaltypen (Leistungserbringerdaten) hinzugezogen werden, um zu überprüfen, in welchen Krankenhäusern welche Kostenentwicklung zu verzeichnen ist. Auch hierbei soll 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 2003 gut 57 % aller stationären Spitalleistungen erbracht werden (vgl. Tabelle 2). Es folgen die Universitätsspitäler mit einem Anteil von 17 %, die übrigen Spezialkliniken und anderen Leistungserbringer (15 %) sowie die psychiatrischen Kliniken (10 %).

Tabelle 2: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für stationäre Spitalleistungen in verschiedenen Spitälern, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Allgemeinspitäler	284	289	296	295	321	3.1
Universitätsspitäler	83	87	88	85	97	3.9
Psychiatrische Kliniken	54	55	57	59	58	1.8
Übrige Spezialkliniken und andere ⁶	77	80	76	81	86	2.7
Total stationäre Spitalkosten	499	510	517	519	563	3.0

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Die grösste absolute Zunahme in Bezug auf stationäre Spitalkosten ist in den Allgemeinspitälern zu verzeichnen. Dort haben die Pro-Kopf-Kosten pro Jahr um durchschnittlich 3 % auf 321 Franken im Jahr 2003 zugenommen. Mit einer jährlichen Wachstumsrate von 4 % kann die grösste relative Zunahme der Kosten in den Universitätsspitälern beobachtet werden. Vor allem im Jahr 2003 sind die Kosten in diesen Spitälern mit einer Wachstumsrate von über 14 % deutlich angestiegen. Etwas geringer fallen zwischen 1999 und 2003 die prozentualen Veränderungen in den übrigen Spezialkliniken und bei den anderen Leistungserbringern (+3 %) aus. In den psychiatrischen Kliniken ist in den fünf Jahren mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 2 % die geringste Kostenzunahme zu beobachten. Dies ist vorwiegend auf den Kostenrückgang im Jahr 2003 zurückzuführen, denn in den Jahren 2001 und 2002 waren in diesen Spitälern grosse Zunahmen zu verzeichnen. Auffallend bei der Entwicklung der stationären Spitalkosten sind der stetige Rückgang der Kostenzunahmen zwischen 1999 und 2002 (Kostenzunahme von 2 % im 2000, 1 % im 2001 und 0.5 % im 2002) und die erhöhte Wachstumsrate von über 8 % im Jahr 2003. Es muss angenommen werden, dass die geringe Kostenzunahme im Jahr 2002 auf Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung in Krankenhäusern zurückzuführen ist. Rechnungen wurden aufgrund dieser Unsicherheiten zurückbehalten und erst im 2003 verrechnet, was sicherlich einen Teil der hohen Wachstumsrate für das Jahr 2003 erklären kann.

In Tabelle 3 sind die Kosten pro versicherte Person, die Anzahl Spitaltage pro versicherte Person sowie die Kosten pro Spitaltag für das Total der stationären Spitalleistungen für die Jahre 1999 bis 2003 aufgelistet. Es wird ersichtlich, dass sich sowohl die Preise pro Spitaltag als auch die Anzahl Spitaltage pro versicherte Person in den Jahren 1999 bis 2003 erhöht haben. Die Pro-Kopf-Kosten werden aber stärker durch den Mengenausbau als durch die Preiserhöhung erklärt.

⁶ 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 stationäre Leistungen von anderen Leistungserbringern ebenfalls zu dieser Kategorie hinzugezählt.

Tabelle 3: Pro-Kopf-Kosten, Pro-Kopf-Spittaltage und Kosten pro Spittaltag 1999 bis 2003 für stationäre Spitalleistungen

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Kosten pro versicherte Person	499	510	517	519	563	3.0
Anzahl Spittaltage pro versicherte Person	2	2	2	2	2	1.9
Kosten pro Spittaltag	284	293	287	285	298	1.2

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Im Jahr 2003 wird die Mehrzahl der Pflegeheimleistungen, nämlich 93 %, in Heimen für Alters- und Chronischkranke erbracht. In den Heimen für Alters- und Chronischkranke sind die Kosten um 6 % pro Jahr auf 187 Franken pro versicherte Person im Jahr 2003 (+37 Franken) gestiegen (vgl. Tabelle 4). Die Anzahl Pflgetage pro versicherte Person und die Kosten pro Pflgetag sind in den beobachteten fünf Jahren mit 4 % bzw. 2 % ebenfalls gestiegen. Somit kann die Kostenzunahme in den Pflegeheimen einerseits auf eine geringe Preiserhöhung, aber vorwiegend auf einen aufgrund der demographischen Veränderung resultierenden Mengeneffekt zurückgeführt werden.

Tabelle 4: Pro-Kopf-Kosten für Pflegeheimleistungen in Heimen für Alters- und Chronischkranke, Anzahl Pflgetage pro versicherte Person und Kosten pro Pflgetag 1999 bis 2003

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Kosten pro versicherte Person	150	159	173	183	187	5.6
Anzahl Pflgetage pro versicherte Person	3	3	3	3	3	3.6
Kosten pro Pflgetag	57	59	62	57	62	1.9

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

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 rund zwei Drittel dieser Kategorie ein (vgl. Tabelle 5). Zwischen 1999 und 2001 kann eine deutliche Zunahme von jährlich rund 10 % bei den ambulanten Arztleistungen in Spitälern beobachtet werden. Im Jahr 2002 sind diese Leistungen um 3 % zurückgegangen, und im 2003 ist bei dieser Leistungsart eine grosse Wachstumsrate von fast 15 % zu verzeichnen. 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 2002 sowie 2003 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 5: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für Arztleistungen, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Arztbehandlungen in privater Praxis	509	536	563	569	574	3.0
Arztleistungen ambulant Spital	230	260	277	269	309	7.7
Total Arztleistungen	739	796	840	838	883	4.5

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

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.⁷ Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Kostenentwicklung zwischen 1999 und 2003 für diese zwei Arztgruppen sowie für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer⁸.

Es wird ersichtlich, dass in den Jahren 1999 bis 2001 die Kosten der Grundversorger und Spezialisten stetig zugenommen haben und dass die Wachstumsraten für die Jahre 2002 und 2003 deutlich niedriger ausfallen als für die vorangegangenen Jahre. Die Kosten der Spezialisten haben mit einem Wachstum von durchschnittlich 4 % deutlicher zugenommen als die Kosten der Grundversorger (+3 %). Der Kostenrückgang von jährlich 19 % bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern ist eher auf eine Verbesserung der Codierung im Datenpool als auf einen tatsächlichen Kostenrückgang zurückzuführen.

⁷ Unter „Grundversorger“ wurden Allgemeinpraktiker, Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin sowie Pädiater subsumiert. Alle anderen Facharzttrichtungen machen die Kategorie „Spezialisten“ aus.

⁸ 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).

Tabelle 6: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für ambulante Behandlungen in privater Arztpraxis, für Grundversorger und Spezialisten in Franken

		1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Ärzte / Ärztinnen	Grundversorger	252	264	279	280	281	2.7
	Spezialisten	249	264	279	281	289	3.8
	Total aller Ärzte / Ärztinnen	501	528	558	561	570	3.3
Nicht-ärztliche Leistungserbringer ⁸		8	8	5	7	3	-19.4
Total ambulante Arztbehandlungen		509	536	563	569	574	3.0

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Medikamente

Über 63 % der Medikamente werden im Jahr 2003 in Apotheken abgegeben, rund 31 % bei selbstdispensierenden Ärzten bzw. Ärztinnen und die restlichen 6 % werden in Spitälern verrechnet.⁹ Insgesamt ist bei den Medikamenten im Jahr 2003 das geringste Wachstum der letzten fünf Jahre zu verzeichnen. Bei den Medikamenten aus Apotheken kann zwischen 1999 und 2003 eine Kostenzunahme von durchschnittlich fast 9 % beobachtet werden (vgl. Tabelle 7). Vor allem zwischen 1999 und 2002 haben sich die Kosten in dieser Kategorie beachtlich erhöht. Demgegenüber ist bei den Medikamenten aus Arztpraxen nach einer grossen Kostenzunahme zwischen 1999 und 2000 in den zwei darauf folgenden Jahren ein geringer Rückgang der Kosten und im Jahr 2003 eine Erhöhung um 3 % 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.¹⁰

Tabelle 7: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für Medikamente, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Medikamente Apotheken	256	283	308	343	357	8.6
Medikamente Arzt / Ärztin	150	174	172	171	176	4.0
Medikamente Spital ambulant	14	18	21	27	31	22.7
Total Medikamente	420	475	501	541	564	7.6

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

⁹ Es muss hier darauf hingewiesen werden, dass eine korrekte Erfassung der Medikamentenkosten im Spital ambulant nicht mit Bestimmtheit garantiert werden kann. Zudem sind Medikamente, welche unter stationären Leistungsarten verordnet wurden, nicht erfasst.

¹⁰ 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.

Bei den Medikamenten aus Spitälern, welche zwar nur einen geringen Anteil an der gesamten Medikamentenabgabe einnehmen, werden im Jahr 2003 die über zweifachen Beträge als im Jahr 1999 ausgewiesen. Es kann somit auch in dieser Kategorie von einer erheblichen Kostenzunahme ausgegangen werden.

Ambulante Pflege

Unter die ambulante Pflege werden die Leistungen von selbstständigen Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen sowie die Spitexleistungen subsumiert. Wie aus Tabelle 8 ersichtlich ist, wird die ambulante Pflege zwischen 1999 und 2003 hauptsächlich, d.h. mit einem Kostenanteil von zwischen 94 % und 95 %, von der Spitex verrichtet. Während die Spitexleistungen pro versicherte Person von 30 Franken im Jahr 1999 auf 44 Franken im Jahr 2003 gestiegen sind (jährlich +10 %), ist die jährliche prozentuale Zunahme bei der ambulanten Krankenpflege mit 8 % geringer. Vor allem im Jahr 2003 sind die Leistungen der selbstständigen Krankenpfleger und -pflegerinnen mit einer Wachstumsrate von unter 2 % deutlich weniger gestiegen als die Spitexleistungen (+ 14 %).

Tabelle 8: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für ambulante Pflege, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Spitexleistungen	30	32	36	38	44	10.2
Krankenpflege	2	2	2	2	2	8.3
Total ambulante Pflege	32	34	38	41	46	10.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Spezifische Therapien

80 % der Kosten in dieser Gruppe gehen auf das Konto der Physiotherapie. Im Jahr 2003 folgen die Kosten für Chiropraktik mit einem Anteil von 11 %, die Ergotherapie (5 %), Hebammen-Verrichtungen (3 %) sowie die Logopädie (1 %). Wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist, haben die Pro-Kopf-Kosten für Physiotherapie zwischen 1999 und 2003 um jährlich 3 % zugenommen. Dabei ist nach der eher mässigen Zunahme in den Jahren 2000 und 2002 bzw. der geringfügigen Kostenabnahme von 2003 im Jahr 2001 die grösste Wachstumsrate von fast 12 % zu verzeichnen. Eine eher bescheidene Zunahme zwischen 1999 und 2003 ist bei der Chiropraktik zu registrieren, bei welcher die Kosten insgesamt jährlich um 2 % gestiegen sind – im Jahr 2002 kann in dieser Kategorie sogar ein Kostenrückgang festgestellt werden. Die Pro-Kopf-Kosten für Ergotherapie haben zwischen 1999 und 2003 um durchschnittlich 10 % zugenommen. Dies kann vor allem auf die Wachstumsrate von 15 % im Jahr 2000 zurückgeführt werden. Bei den Hebammen-Verrichtungen und vor allem der Logopädie können in den beobachteten fünf Jahren ebenfalls grössere prozentuale Veränderungen beobachtet werden (+9 % für Hebammen-

Verrichtungen und +12 % für Logopädie). Diese hohen Wachstumsraten müssen allerdings relativiert werden, da es sich bei diesen beiden Kostengruppen um relativ geringe Beträge handelt.

Tabelle 9: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für spezifische Therapien, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Physiotherapie	56	57	64	64	64	3.3
Chiropraktik	8	9	9	9	9	2.0
Ergotherapie	3	3	4	4	4	9.8
Hebammen-Verrichtungen	2	2	2	2	2	9.2
Logopädie	0	0	0	1	1	11.7
Total spezifische Therapien	69	72	79	80	80	3.7

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

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 10 werden die Kosten pro versicherte Person der restlichen Leistungsarten dargestellt. Bei fast allen Kategorien sind grosse prozentuale Zunahmen zwischen 1999 und 2003 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 Mitteln und Gegenständen.¹¹ Diese haben von 5 Franken im Jahr 1999 auf 11 Franken im Jahr 2003 zugenommen. Ebenfalls frappant sind die Verdoppelung der Transport- und Rettungskosten bzw. die eineinhalbfachen Kosten für Ernährungsberatung zwischen 1999 und 2003. Für Zahnarztbehandlungen erscheint die Zunahme von durchschnittlich rund 7 % im Vergleich dazu geradezu unbedeutend. Der deutliche Kostenrückgang bei der unbekanntem Behandlungsart ist wohl auf die Verbesserung der Codierung im Datenpool zurückzuführen.

¹¹ 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).

Tabelle 10: Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für andere Leistungsarten, in Franken

	1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Kosten übrige Rechnungssteller	24	31	31	36	35	9.5
Mittel und Gegenstände	5	5	9	10	11	25.1
Zahnarztbehandlung	7	7	8	8	9	7.1
Transport-/Rettungskosten	2	2	3	4	4	26.0
Ernährungsberatung	1	1	1	2	2	11.0
Unbekannte Behandlungsart	8	6	8	16	1	-38.2
Total andere Leistungsarten	47	54	61	76	63	7.4

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

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 2003 auf 762 Franken pro versicherte Person. Die ambulanten Leistungen sind mit 343 Franken pro versicherte Person demgegenüber deutlich niedriger. Während im stationären Spitalbereich die Kosten zwischen 1999 und 2003 jährlich um 4 % stetig zugenommen haben, ist bei den ambulanten Leistungen mit einer Wachstumsrate von über 8 % eine erhebliche Zunahme zu beobachten. Dabei fallen vor allem die Jahre 1999 bis 2001 sowie 2003 ins Gewicht; die Zunahme von unter 2 % im Jahr 2002 ist demgegenüber relativ gering, was möglicherweise auf die oben erwähnten Unsicherheiten bezüglich Fakturierung bei den Spitälern zurückgeführt werden kann. Im Spitalsektor kann in den letzten Jahren eine gewisse Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angenommen werden: Während im Jahr 1999 der Anteil der ambulanten Kosten noch 28 % betrug, entfallen mittlerweile rund 31 % der Spitalkosten auf ambulante Behandlungen. Tabelle 11 zeigt die Kosten für stationäre und ambulante Leistungen zwischen 1999 und 2003 in den einzelnen Spitaltypen auf.

Tabelle 11: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für stationäre und ambulante Leistungen in verschiedenen Spitälern, in Franken

		1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Allgemeinspitäler	Stationär	286	291	296	301	328	3.5
	Ambulant	146	170	183	192	210	9.4
Heime für Alters- und Chronischkranke	Stationär	159	166	177	188	197	5.6
	Ambulant	10	9	7	3	3	-26.3
Universitätsspitäler	Stationär	83	87	88	85	98	4.0
	Ambulant	57	62	68	68	78	8.1
Psychiatrische Kliniken	Stationär	57	57	58	63	62	2.4
	Ambulant	13	14	16	15	17	6.9
Übrige Spezialkliniken	Stationär	67	72	70	73	77	3.7
	Ambulant	25	28	32	33	35	9.1
Total Spitäler	Stationär	652	672	689	710	762	4.0
	Ambulant	252	284	306	311	343	8.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

In den Allgemeinspitälern fallen sowohl die höchsten stationären als auch die höchsten ambulanten Kosten an. So gehen im Jahr 2003 rund 328 Franken pro versicherte Person zulasten stationärer und 210 Franken zulasten ambulanten Leistungen. Die jährliche prozentuale Zunahme der Kosten zwischen 1999 und 2003 fällt auch in den Allgemeinspitälern für die stationären Leistungen (+4 %) deutlich niedriger aus als für die ambulanten Leistungen (+9 %). Umgekehrt verhält es sich bei den Heimen für Alters- und Chronischkranke. Während hier die stationären Kosten zwischen 1999 und 2003 um durchschnittlich 6 % zugenommen haben, sind die ambulanten Kosten um jährlich 26 % zurückgegangen und fallen in allen analysierten Jahren deutlich niedriger aus als die stationären Kosten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in Heimen für Alters- und Chronischkranke 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 98 Franken für stationäre und 78 Franken für ambulante Leistungen zeigt sich 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 jahresdurchschnittliche Wachstumsrate bei den ambulanten Kosten mit 8 % deutlich höher als jene der stationären Leistungen (4 %). Für beide Leistungsarten ist im Jahr 2002 jedoch ein Kostenrückgang und im Jahr 2003 eine deutliche Kostenzunahme um 15 % zu verzeichnen.

78 % der Kosten 2003 in den psychiatrischen Kliniken sind auf stationäre Leistungen zurückzuführen (62 Franken pro versicherte Person), und nur 22 % (17 Franken pro versicherte Person) betreffen die ambulanten Leistungen. Die ambulanten Kosten sind zwischen 1999 und 2001 und vor allem im Jahr 2003 (+17 %) deutlich angestiegen, während im Jahr 2002 ein Kostenrückgang von über 7 % beobachtet werden kann. Der Kostenrückgang für die ambulanten

Leistungen im Jahr 2002 kann wohl auf zurückbehaltene Rechnungen der psychiatrischen Kliniken zurückgeführt werden, da im 2003 eine deutliche Kostenzunahme zu verzeichnen ist. Demgegenüber ist bei den stationären Leistungen in psychiatrischen Kliniken die grösste Wachstumsrate von über 8 % im Jahr 2002 zu beobachten, und im Jahr 2003 ist sogar ein Kostenrückgang zu verzeichnen. Auch bei den übrigen Spezialkliniken ist ein deutlicher Anstieg der ambulanten im Vergleich mit den stationären Kosten zu beobachten (jährlich +9 % für ambulante Leistungen, +4 % für stationäre Leistungen).

Mit Ausnahme der Heime für Alters- und Chronischkranke ist bei den analysierten Spitaltypen eine deutlichere Zunahme der ambulanten als der stationären Leistungen zu verzeichnen. Es fällt weiter auf, dass die prozentualen Veränderungen der stationären Leistungen homogener ausfallen als die Veränderungen bei den ambulanten Kosten. So kann ausser in den Heimen für Alters- und Chronischkranke, wo die stationären Kosten zwischen 1999 und 2003 um jährlich 6 % zugenommen haben (was vor allem auf die Pflegeheimleistungen zurückgeführt werden kann), eine Wachstumsrate zwischen 2.4 % und 4 % beobachtet werden. Bei den ambulanten Leistungen haben die Kosten zwischen 6.9 % und 9.4 % zugenommen bzw. für die Heime für Alters- und Chronischkranke um durchschnittlich 26 % abgenommen.

3.3 Regionale Unterschiede

3.3.1 Kostenentwicklung 1999 bis 2003 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 12 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 recht uneinheitlich. Aus diesem Grund werden im Folgenden die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person dargestellt.

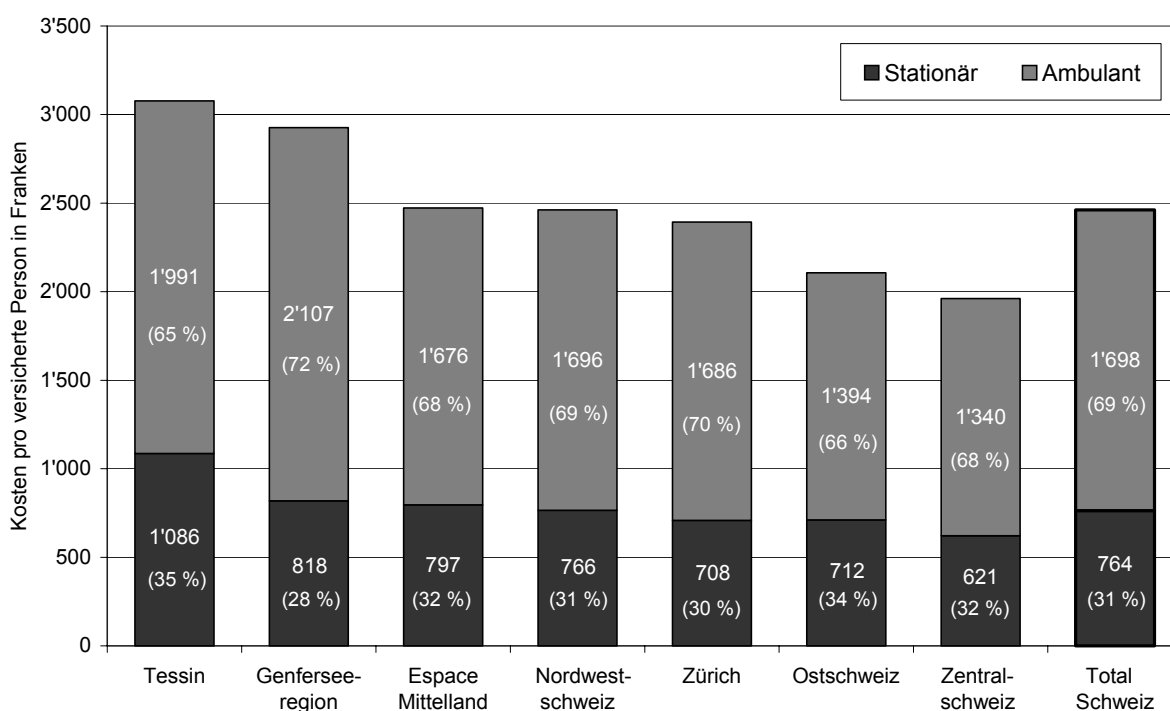
Tabelle 12: Kantone in den Grossregionen BFS, Anzahl versicherter Personen sowie Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich 2003

Grossregion BFS	Enthaltene Kantone	Anzahl versicherter Personen	Abdeckungsgrad in %
Genferseeregion	Genf GE, Waadt VD, Wallis VS	1'230'137	92.9
Espace Mittelland	Bern BE, Freiburg FR, Jura JU, Neuenburg NE, Solothurn SO	1'589'140	93.9
Nordwestschweiz	Aargau AG, Basel-Landschaft BL, Basel-Stadt BS	960'442	94.6
Zürich	Zürich ZH	1'184'027	94.1
Ostschweiz	Appenzell Innerrhoden AI, Appenzell Ausserrhoden AR, Glarus GL, Graubünden GR, St. Gallen SG, Schaffhausen SH, Thurgau TG	1'001'474	93.6
Zentralschweiz	Luzern LU, Nidwalden NW, Obwalden OW, Schwyz SZ, Uri UR, Zug ZG	667'669	95.1
Tessin	Tessin TI	303'628	96.3
Total CH ¹²		6'959'032	94.3

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

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

Wie aus Abbildung 4 ersichtlich ist, weisen die Grossregion Tessin sowie die Genferseeregion mit 3077 Franken bzw. 2926 Franken die höchsten Pro-Kopf-Kosten auf. Die Ausgaben in der Nordwestschweiz, im Espace Mittelland sowie in Zürich liegen im Bereich des Schweizer Mittels von 2462 Franken, unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Kosten fallen in der Ost- und vor allem in der Zentralschweiz an (2106 Franken bzw. 1960 Franken).



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 4: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten 2003 nach Grossregionen BFS¹² Inkl. die Kategorien „Ausland“ und „Sonstiges“, welche keiner der Grossregionen zugerechnet wurden.

Es ist 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, weil der Kanton Tessin selber eine Grossregion bildet, während die Daten der Kantone Genf und Basel-Stadt mit anderen Kantonen addiert und als Mittelwert angegeben werden. Auch der Kanton Zürich gilt bei der regionalen Auswertung des BFS als Grossregion. Dieser Sachverhalt kann zu Verzerrungen führen und sollte bei der Interpretation der nachfolgenden Daten immer berücksichtigt werden. Ebenfalls muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den stationären Kosten lediglich um den OKP-Anteil handelt. Da in den verschiedenen Regionen die kantonale Subventionierung unterschiedlich gehandhabt wird, kann sich dies auch auf die Anteile der stationären Leistungen auswirken. Beispielsweise weist die Grossregion Tessin zwar höhere Kosten im stationären Bereich auf als die Genferseeregion, im Kanton Genf werden die Spitäler jedoch über dem gesetzlich vorgeschriebenen Minimum vom Kanton subventioniert.

Inwieweit für die Kostenunterschiede zwischen den Grossregionen auch die Altersstruktur der versicherten Personen verantwortlich sein kann, wird im Folgenden untersucht. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass Frauen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mehr Kosten verursachen als Männer, und dass die Kosten mit dem Alter der versicherten Personen zunehmen. Tabelle 13 zeigt den Anteil der einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen in der jeweiligen Region am Total der versicherten Personen der Region.

Tabelle 13: Versichertenstruktur in den Grossregionen: Verteilung nach Alter und Geschlecht 2003, in %

Alter	Männer					Frauen				
	0-20	21-40	41-65	66+	Total	0-20	21-40	41-65	66+	Total
Genferseeregion	11.99	14.20	16.00	6.01	48.20	11.46	14.61	16.78	8.94	51.80
Espace Mittelland	11.75	13.86	16.60	6.60	48.81	11.25	13.78	16.53	9.63	51.19
Nordwestschweiz	11.43	14.03	17.20	6.43	49.09	10.82	13.93	17.02	9.13	50.91
Zürich	10.79	15.23	16.71	6.23	48.96	10.21	14.89	16.88	9.06	51.04
Ostschweiz	12.59	14.04	16.41	6.09	49.42	11.96	13.77	15.86	8.85	50.58
Zentralschweiz	12.52	14.89	16.36	5.86	49.64	11.98	14.65	15.63	8.10	50.36
Tessin	10.17	13.95	16.68	7.06	47.85	9.66	14.14	17.43	10.91	52.15
Total Schweiz	11.70	14.32	16.57	6.28	48.91	11.15	14.24	16.56	9.12	51.09

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Für die Schweiz zeigt sich insgesamt, dass die Anzahl der männlichen Versicherten unter 20 Jahren mit 11.7 % jene der weiblichen mit 11.2 % leicht übersteigt. Die Anteile bei den beiden mittleren Altersklassen im Erwerbsalter sind für beide Geschlechter relativ ähnlich. Deutlich weichen jedoch die Werte für die Versicherten im Rentenalter ab: Während lediglich 6.3 % der Datenpool-Versicherten Männer älter als 65 Jahren sind, beträgt der Anteil Frauen im Rentenalter immerhin 9.1 %. Dieses Muster für die gesamt Schweiz zeigt sich auch über alle betrachteten Regionen hinweg: Es gibt in allen sieben Regionen etwas mehr junge männliche Versicherte als weibliche, relativ ausgeglichene Klassen im Erwerbsalter und deutlich höhere Anteile an Frauen im Rentenalter.

Einige regionale Abweichungen von den gesamtschweizerischen Werten können unter anderem Kostenunterschiede zwischen den Grossregionen erklären. So fällt beispielsweise auf, dass die Grossregion Tessin und die Genferseeregion den höchsten Anteil an weiblichen Versicherten aufweisen, während in der Zentral- und Ostschweiz anteilmässig am wenigsten Frauen versichert sind. Die kostengünstigen Grossregionen Ost- und Zentralschweiz weisen relativ hohe Anteile an jungen versicherten Personen aus. Demgegenüber fällt die Grossregion Tessin mit dem höchsten Anteil an versicherten Personen in der Klasse der über 65-Jährigen auf. Vor allem der Anteil an Frauen im Rentenalter ist in dieser Grossregion mit 10.9 % deutlich über den anderen regionalen Werten. Es muss angenommen werden, dass sich ein Teil der hohen Kosten im Tessin mit dem hohen Anteil an älteren versicherten Personen bzw. mit dem geringen Anteil an Kindern und Jugendlichen erklären lässt. Demgegenüber führt der hohe Anteil an jungen Versicherten bzw. der geringe Anteil an älteren Versicherten in der Zentral- und Ostschweiz teilweise zu relativ niedrigen Pro-Kopf-Kosten.

In Tabelle 14 werden die Kosten für ambulante und stationäre Leistungen für die Jahre 1999 bis 2003 nach den sieben Grossregionen aufgliedert.

Die Genferseeregion weist bei den sieben Grossregionen mit 2107 Franken die höchsten Pro-Kopf-Kosten für ambulante Leistungen auf, gefolgt vom Tessin mit 1991 Franken pro versicherte Person. Demgegenüber liegen die Kosten für stationäre Leistungen in der Genferseeregion mit 818 Franken deutlich unter jenen im Tessin (1086 Franken). Es ist auch die Genferseeregion, welche im Jahr 2003 mit über 72 % den höchsten Anteil an ambulanten Leistungen zu verzeichnen hat. Im Tessin und in der Ostschweiz hingegen beträgt der Anteil der ambulanten Kosten nur 65 % bzw. 66 %, und in den anderen Regionen bzw. der Gesamtschweiz belaufen sich die Anteile zwischen 67 % und 70 %. Zwischen der Zusammensetzung der Kosten nach ambulante und stationärem Bereich sowie der Kostenhöhe konnte allerdings kein Zusammenhang gefunden werden.

Die deutlichste Kostenzunahme zeigt sich in der Grossregion Tessin, wo die Gesamtkosten zwischen 1999 und 2003 um durchschnittlich über 6 % zugenommen haben. Diese hohe Wachstumsrate ist vor allem auf den Ausbau der Kosten im stationären Bereich zurückzuführen. Dort ist eine Zunahme von durchschnittlich 8 % zu beobachten, während die Kosten im ambulanten Bereich um 5 % pro Jahr gestiegen sind. Mit ebenfalls 6 % jährlicher Wachstumsrate ist auch in der Zentralschweiz eine grosse Kostenzunahme zu verzeichnen. Dort haben jedoch die ambulanten Leistungen mit 7 % deutlicher zugenommen als die stationären Leistungen (+5 %). Trotz der hohen Kostenzunahme in den letzten fünf Jahren sind in der Zentralschweiz die niedrigsten Pro-Kopf-Kosten der Schweiz zu verzeichnen. In der Grossregion Zürich ist die niedrigste durchschnittliche Kostenzunahme von 4 % zu beobachten, welche vor allem auf die geringe Kostenzunahme im stationären Bereich zurückgeführt werden kann.

Tabelle 14: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für stationäre und ambulante Leistungen in den sieben Grossregionen, in Franken

		1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Genferseeregion	Stationär	718	755	794	767	818	3.3
	Ambulant	1'756	1'888	2'032	2'132	2'107	4.7
	Total	2'474	2'643	2'826	2'899	2'926	4.3
Espace Mittelland	Stationär	651	686	693	733	797	5.2
	Ambulant	1'318	1'474	1'554	1'606	1'676	6.2
	Total	1'970	2'160	2'247	2'339	2'473	5.9
Nordwestschweiz	Stationär	677	707	708	729	766	3.1
	Ambulant	1'368	1'469	1'590	1'638	1'696	5.5
	Total	2'044	2'176	2'298	2'367	2'461	4.8
Zürich	Stationär	696	674	701	722	708	0.4
	Ambulant	1'372	1'498	1'576	1'614	1'686	5.3
	Total	2'068	2'172	2'277	2'336	2'393	3.7
Ostschweiz	Stationär	593	606	613	664	712	4.7
	Ambulant	1'107	1'200	1'263	1'301	1'394	5.9
	Total	1'700	1'806	1'876	1'965	2'106	5.5
Zentralschweiz	Stationär	519	529	560	561	621	4.6
	Ambulant	1'029	1'140	1'243	1'285	1'340	6.8
	Total	1'548	1'670	1'803	1'845	1'960	6.1
Tessin	Stationär	790	852	886	961	1'086	8.3
	Ambulant	1'636	1'790	1'883	1'972	1'991	5.0
	Total	2'426	2'642	2'768	2'934	3'077	6.1
Total Schweiz	Stationär	655	676	693	717	764	3.9
	Ambulant	1'359	1'485	1'579	1'637	1'698	5.7
	Total	2'014	2'161	2'272	2'354	2'462	5.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Es lässt sich weiter festhalten, dass in allen Grossregionen (mit Ausnahme des Tessins) wie für die Gesamtschweiz bei den ambulanten Kosten grössere prozentuale Zunahmen zu beobachten sind als bei den stationären. Auffallend ist der grosse Unterschied der Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich in der Grossregion Zürich: Während die Kosten im stationären Bereich mit durchschnittlich 0.4 % geringfügig zugenommen haben, ist die jährliche Wachstumsrate im ambulanten Bereich mit über 5 % deutlich höher. Die niedrige Wachstumsrate im stationären Bereich ist vorwiegend auf den Kostenrückgang in den Jahren 2000 und 2003 zurückzuführen. Wie bereits oben erwähnt weist das Tessin als einzige Grossregion eine höhere prozentuale Zunahme im stationären gegenüber dem ambulanten Bereich auf. Dies ist hauptsächlich auf das Jahr 2003 zurückzuführen, in welchem sich die stationären Kosten um 13 % und die ambulanten Kosten um lediglich 1 % erhöht haben.

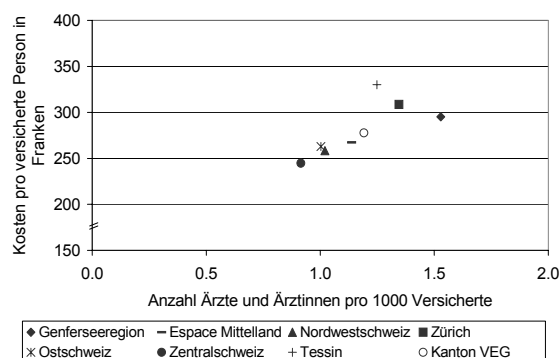
Insgesamt scheinen die prozentualen Veränderungen der ambulanten Kosten zwischen 1999 und 2003 in den verschiedenen Grossregionen homogener zu verlaufen als die Veränderungen der stationären Kosten. So kann bei der Mehrzahl der Grossregionen im ambulanten Bereich die stärkste Zunahme in den Jahren 2000 und 2001 registriert werden, die niedrigste Zunahme (mit Ausnahme der Genferseeregion und Tessin) erfolgt im 2002. Die ambulanten Kosten sind in den Grossregionen somit zwischen jährlich 5 % und 7 % gestiegen. Bei den stationären Leistungen hingegen verändern sich die Kosten in den sieben Grossregionen deutlich unterschiedlich. So kann in einigen Regionen (Genferseeregion im 2002, Zürich im 2000 und 2003) ein Kostenrück-

gang verzeichnet werden, während in den anderen Regionen und Jahren zum Teil deutliche Kostenzunahmen beobachtet werden können. Die stationären Kosten weisen im Jahr 2003 in den meisten Grossregionen die höchste Wachstumsrate auf. In den letzten fünf Jahren sind im stationären Bereich die Kosten zwischen durchschnittlich 0.4 % und 8 % 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

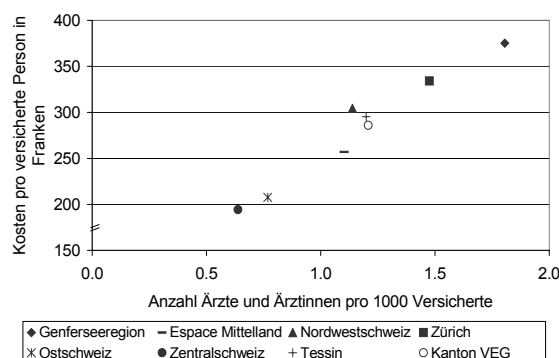
Oft wird in der Diskussion über die Gründe der hohen Gesundheitskosten unter anderem die Schweizer Ärztestruktur herangezogen. So gebe es viele Spezialisten, die ihre Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen bzw. werden zu viele Leistungen anstatt von Allgemeinpraktikern von 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 auch hier auf die Wohnregionen der versicherten Personen. Für die Berechnung der Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen wurden jedoch die Standortregionen der Leistungserbringer (Statistik-Bereich Rechnungssteller) hinzugezogen.

Abbildungen 5 und 6 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 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 5: Kosten 2003 für ambulante Behandlungen und Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen für Grundversorger



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 6: Kosten 2003 für ambulante Behandlungen und Anzahl fakturierender Ärzte und Ärztinnen für Spezialisten

Die höchsten Kosten für ambulante Behandlungen in Arztpraxen fallen bei den Grundversorgern mit 330 Franken pro versicherte Person in der Grossregion Tessin an. Mit 309 Franken bzw. 295 Franken folgen Zürich und die Genferseeregion. Bei den Spezialisten weist die Genferseeregion mit 375 Franken pro versicherte Person die höchsten Kosten auf, während Zürich und die Nordwestschweiz mit 334 Franken bzw. 304 Franken an zweiter bzw. dritter Stelle folgen. Die niedrigsten Kosten sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten können in der Grossregion 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 für ambulante Behandlungen 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.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Kosten und Ärztedichte auf kantonaler Ebene (mittels Pearson-Korrelation) hat sowohl für die Grundversorger als auch für die Spezialisten hoch signifikante Werte ergeben. Der Zusammenhang zwischen Kosten und Ärztedichte ist bei den Spezialisten ($r=0.907$, $p<.01$) noch ausgeprägter als bei den Grundversorgern ($r=0.683$, $p<.01$). Eine hohe positive Korrelation zwischen den Kosten für Arztbehandlungen und der Ärztedichte wurde ebenfalls in einer Studie von Horisberger und Schmid (2004) nachgewiesen. Die Autoren kommen jedoch zum Ergebnis, dass zwischen dem Anstieg der Kosten von 1999 bis 2002 und den Veränderungen der Ärztedichten in derselben Periode kein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Bei der Analyse der vorliegenden Daten konnte zwischen der prozentuellen Veränderung 1999–2003 der Pro-Kopf-Kosten für ambulante Arztbehandlungen und der prozentuellen Veränderung 1999–2003 der Anzahl fakturierender Ärzte für Grund-

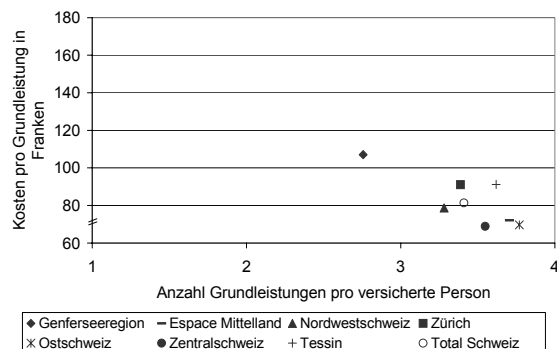
versorger ebenfalls kein Zusammenhang festgestellt werden. Bei den Spezialisten besteht jedoch ein gewisser Zusammenhang ($r=0.488$, $p<.05$). Kostendifferenzen zwischen Kantonen bzw. Regionen sind allerdings nicht nur aufgrund unterschiedlicher Ärztedichten zu erklären, sondern werden von diversen Faktoren beeinflusst. So konnten Rüefli und Vatter (2001) in ihrer Studie Schubkräfte der Kostensteigerung im Gesundheitswesen auf Nachfrageseite (z.B. hohe Altersquote, hoher Urbanitätsgrad etc.), auf Angebotsseite (hohe Ärztedichte, hoher medizinischer Versorgungsgrad, wenig Selbstdispensation etc.) sowie auf Seite von Staat und Politik finden.

Abbildungen 7 und 8 zeigen, dass in allen Grossregionen sowie für die Gesamtschweiz bei den Spezialisten deutlich höhere Kosten pro Grundleistung¹³ 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 der Genferseeregion (172 Franken) und in Zürich (166 Franken) am teuersten sind, liegen die Kosten pro Grundleistung bei den Spezialisten in der Zentralschweiz, in der Nordwestschweiz und im Tessin um das Schweizer Mittel (150 Franken), und die Ostschweiz und vor allem das Espace Mittelland weisen die günstigsten Grundleistungen bei den Spezialisten auf (138 Franken in der Ostschweiz und 130 Franken im Espace Mittelland). Bei den Grundversorgern kostet eine Grundleistung 107 Franken in der Genferseeregion und 91 Franken im Tessin sowie in der Grossregion Zürich. Wie im Schweizer Mittel kostet eine Grundleistung bei einem Grundversorger in der Nordwestschweiz um 80 Franken, und die tiefsten Kosten pro Grundleistung fallen in den Grossregionen Espace Mittelland (72 Franken), Ostschweiz (70 Franken) und Zentralschweiz (69 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 61 %, in der Grossregion Tessin sogar um nur 55 % über jenen der Grundversorger.

Zusätzlich werden in Abbildungen 7 und 8 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. So gehen die Versicherten aus der Ostschweiz mit 3.8 Grundleistungen pro Jahr am häufigsten zu den Grundversorgern, gefolgt vom Espace Mittelland (3.7 Grundleistungen) und dem Tessin (3.6 Grundleistungen). Die deutlich niedrigste Anzahl an Grundleistungen bei Grundversorgern ist bei den versicherten Personen der Genferseeregion zu beobachten (2.8 Grundleistungen pro Jahr). Dafür muss bei diesen Versicherten die höchste Anzahl an Grundleistungen bei den Spezialisten und Spezialistinnen verzeichnet werden. Die Nordwestschweiz und das Tessin weisen 2.1 Grundleistungen pro Jahr und pro versicherte Person auf und in Zürich gehen die versicherten Personen rund zweimal pro Jahr zu einem Spezialisten. Die Versicherten aus der Ostschweiz und der Zentralschweiz weisen mit 1.5 bzw. 1.3 Grundleistungen pro Jahr die niedrigste Inanspruchnahmerate bei den Spezialisten und

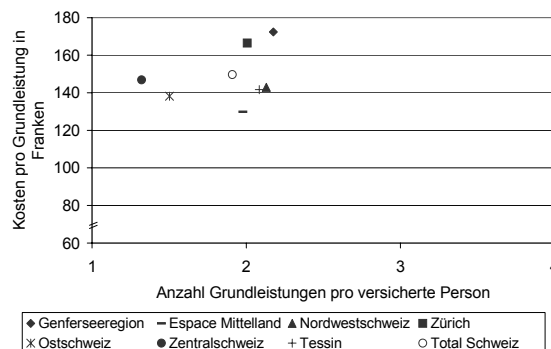
¹³ Als Grundleistung wird die Summe der ärztlichen Konsultationen und der Hausbesuche definiert.

Spezialistinnen auf. 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.



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 7: Anzahl Grundleistungen 2003 und Kosten pro Grundleistung für Grundversorger



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 8: Anzahl Grundleistungen 2003 und Kosten pro Grundleistung für Spezialisten

3.4 Alters- und Geschlechterunterschiede

3.4.1 Kostenentwicklung 1999 bis 2003 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 15 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, den Labor-Analysen sowie den „anderen Leistungsarten“ 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 (durchschnittlich +6 % für die über 66-Jährigen und +5 % für die 19- bis 65-Jährigen). Die Zunahme bei den stationären Kosten fiel demgegenüber in diesen beiden Altersgruppen tiefer aus (+3 % bzw. +4 % pro Jahr). Bei den Kindern beläuft sich die jährliche Wachstumsrate der ambulanten Kosten auf 4 %, diejenige der stationären Kosten auf 6 %. Bei den Kindern ist somit die bis hierhin beobachtete grössere Zunahme bei den ambulanten Kosten nicht vorhanden.

Es kann im Gegenteil eine höhere Wachstumsrate für den stationären Bereich beobachtet werden.

Bei den über 66-Jährigen ist im stationären Bereich über die fünf Jahre die geringe Zunahme der Spitalkosten um 2 % und die höhere Zunahme der Pflegeheimkosten um durchschnittlich über 5 % auffallend. 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 Spitalkosten weisen die 19- bis 65-Jährigen mit einer Zunahme von jährlich über 3 % und vor allem die 0- bis 18-Jährigen mit einer jahresdurchschnittlichen Veränderung von 6 % eine deutliche Kostensteigerung auf. Die stationären Spitalkosten sind somit bei der ältesten Gruppe am wenigsten gestiegen.

Im ambulanten Bereich sind bei den über 66-Jährigen die höchsten absoluten Zunahmen bei den Medikamenten zu verzeichnen. Diese Kosten sind in dieser Altersgruppe um jährlich 8 % auf 1497 Franken gestiegen. Es folgen die Arztleistungen, welche bei den über 66-Jährigen durchschnittlich um 5 % zugenommen haben. Bei den 19- bis 65-Jährigen sowie den 0- bis 18-Jährigen sind es umgekehrt hauptsächlich die Arztleistungen, die für die Kostenzunahme verantwortlich sind. Diese haben bei den 19- bis 65-Jährigen um 129 Franken (jährlich 4 %) pro versicherte Person auf 837 Franken im Jahr 2003 zugenommen, die jüngste Altersgruppe weist bei den Arztleistungen eine durchschnittliche Wachstumsrate von 3 % auf (+52 Franken). Die Kosten für Medikamente sind auch bei den beiden jüngeren Alterskategorien angestiegen, bei den Kindern jedoch geringer (durchschnittlich 4 %) als bei den 19- bis 65-Jährigen (jährlich 7 %). Auch in der ambulanten Pflege und bei den Laboranalysen sind die Kosten der Kinder im Vergleich mit den beiden anderen Altersgruppen in den beobachteten fünf Jahren weniger stark angestiegen. Umgekehrt kann bei den spezifischen Therapien eine höhere Wachstumsrate bei den Kindern (+5 %) als bei den Erwachsenen (+3 % für die 19- bis 65-Jährigen, +4 % bei den über 66-Jährigen) beobachtet werden.

Tabelle 15: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für stationäre und ambulante Leistungen nach Altersklassen, in Franken

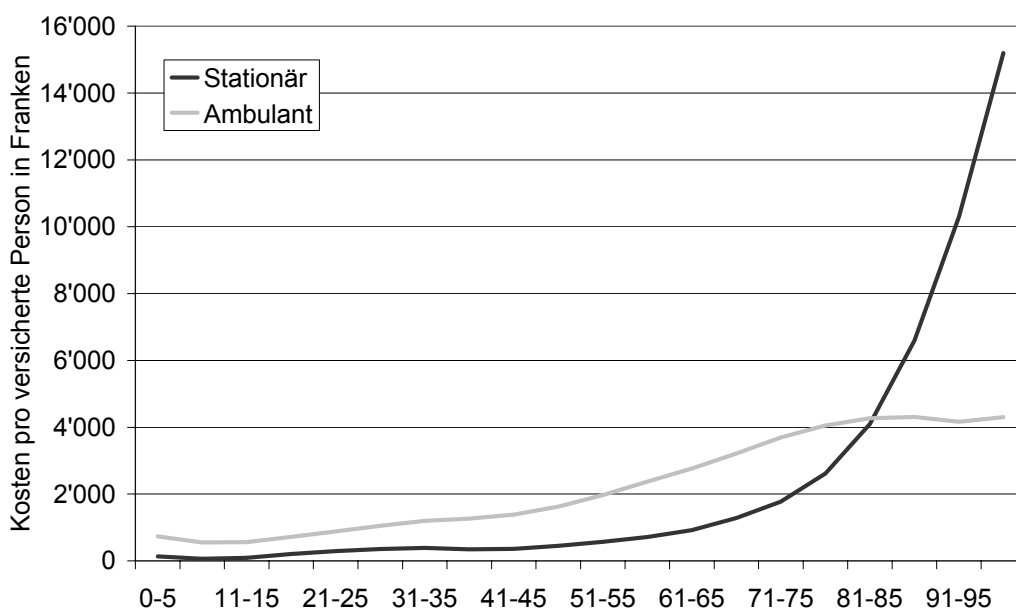
			1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Stationäre Leistungen	Spital stationär	0-18	91	96	102	104	113	5.6
		19-65	386	398	404	406	438	3.2
		66+	1'583	1'584	1'575	1'562	1'681	1.5
		Total	499	510	517	519	563	3.0
	Krankenpflege Heim	0-18	0	0	0	1	1	33.9
		19-65	15	16	17	24	23	10.4
		66+	994	1'043	1'099	1'195	1'211	5.1
		Total	156	165	176	197	201	6.6
	Total stationär	0-18	91	97	102	105	114	5.7
		19-65	402	414	421	430	461	3.5
		66+	2'577	2'627	2'673	2'757	2'892	2.9
		Total	655	676	693	717	764	3.9
Ambulante Leistungen	Leistungen Arzt	0-18	375	394	411	407	427	3.3
		19-65	708	761	797	798	837	4.3
		66+	1'405	1'523	1'624	1'597	1'686	4.7
		Total	739	796	840	838	883	4.5
	Medikamente	0-18	103	108	109	117	119	3.7
		19-65	367	414	434	469	484	7.1
		66+	1'114	1'259	1'328	1'424	1'497	7.7
		Total	420	475	501	541	564	7.6
	Ambulante Pflege	0-18	1	1	1	1	1	4.3
		19-65	8	8	9	10	11	10.6
		66+	181	194	213	225	252	8.7
		Total	32	34	38	41	46	10.1
	Spezifische Therapien	0-18	19	20	23	23	23	5.3
		19-65	74	76	83	84	83	2.9
		66+	121	127	142	142	144	4.4
		Total	69	72	79	80	80	3.7
	Labor-Analysen	0-18	16	16	18	17	18	2.4
		19-65	59	62	67	69	69	3.8
		66+	71	78	85	88	90	6.3
		Total	52	55	59	61	62	4.5
	Andere Leistungsarten	0-18	32	36	39	45	42	7.4
		19-65	43	49	54	68	57	7.5
		66+	88	99	109	144	113	6.5
		Total	47	54	61	76	63	7.4
	Total ambulant	0-18	545	575	600	611	629	3.7
		19-65	1'258	1'370	1'445	1'498	1'541	5.2
		66+	2'980	3'279	3'501	3'620	3'783	6.1
		Total	1'359	1'485	1'579	1'637	1'698	5.7
	Total	0-18	636	672	703	716	743	4.0
		19-65	1'660	1'785	1'866	1'928	2'002	4.8
		66+	5'557	5'906	6'175	6'377	6'675	4.7
		Total	2'014	2'161	2'272	2'354	2'462	5.1

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Betrachtet man die stationären und ambulanten Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen für das Jahr 2003, so verteilen sich die Kosten über das Alter wie in Abbildung 9 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 28.04.2004
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 9: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten in Franken nach 5-Jahres-Altersgruppen 2003

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 1999 bis 2003 nach Geschlecht

Neben dem Alter hat auch das Geschlecht Einfluss auf die Höhe der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In Tabelle 16 sind die Kosten in den verschiedenen Gruppen von Leistungsarten nach Geschlecht aufgliedert. Es kann festgehalten werden, dass über die fünf beobachteten Jahre hinweg und bei allen Leistungsarten – mit Ausnahme der „anderen Leistungsarten“ für das Jahr 2003 – die Frauen jeweils die höheren Pro-Kopf-Kosten aufweisen als die Männer. Die deutlichsten Unterschiede sind dabei bei den Kosten im Pflege-

heim zu finden, wo Frauen fast dreimal so hohe Kosten in Anspruch nehmen als Männer. Dies kann möglicherweise auf unterschiedliches Pflegeverhalten zurückgeführt 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“, bei welchen Frauen gleichviel kosten wie Männer.

Tabelle 16: Pro-Kopf-Kosten 1999 bis 2003 für Hauptkategorien der stationären und ambulanten Leistungen nach Geschlecht, in Franken

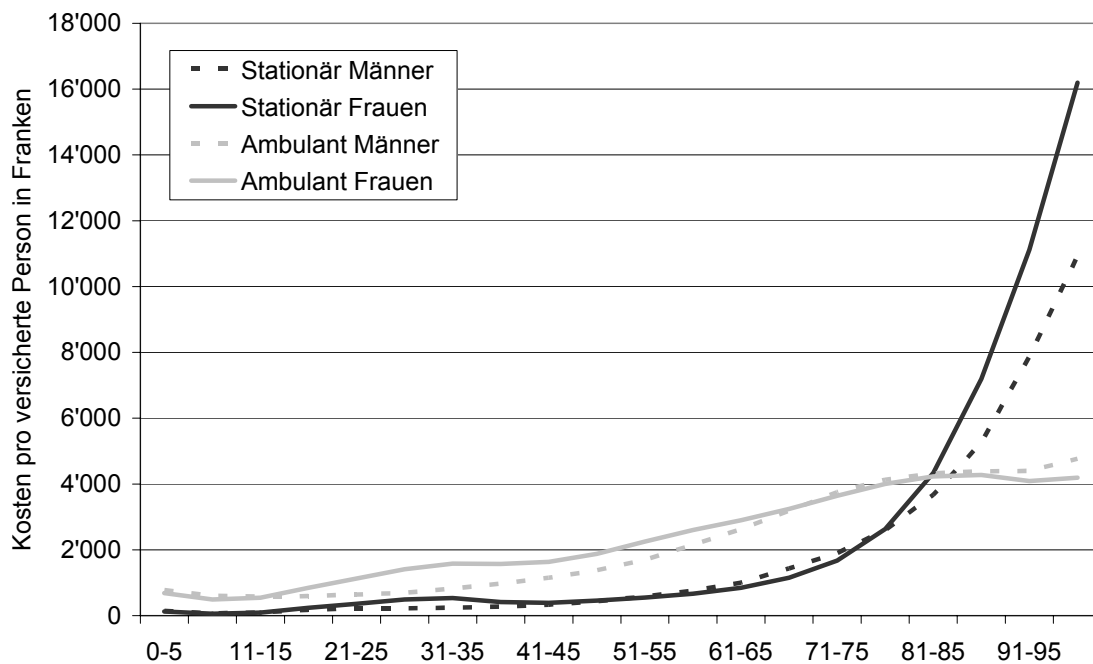
			1999	2000	2001	2002	2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
Stationäre Leistungen	Krankenpflege Heim	Männer	76	81	86	101	103	7.9
		Frauen	232	246	262	289	295	6.3
		Total	156	165	176	197	201	6.6
	Spital stationär	Männer	443	456	464	471	513	3.7
		Frauen	552	561	567	566	610	2.5
		Total	499	510	517	519	563	3.0
	Total stationär	Männer	519	537	550	571	617	4.4
		Frauen	783	807	829	856	905	3.7
		Total	655	676	693	717	764	3.9
Ambulante Leistungen	Leistungen Arzt	Männer	616	664	704	708	757	5.3
		Frauen	857	921	971	962	1'003	4.0
		Total	739	796	840	838	883	4.5
	Medikamente	Männer	366	414	439	475	500	8.1
		Frauen	472	533	559	605	626	7.3
		Total	420	475	501	541	564	7.6
	Ambulante Pflege	Männer	21	22	25	27	31	9.8
		Frauen	42	46	51	54	61	10.2
		Total	32	34	38	41	46	10.1
	Spezifische Therapien	Männer	51	53	59	59	59	3.6
		Frauen	87	90	99	100	100	3.8
		Total	69	72	79	80	80	3.7
	Labor-Analysen	Männer	37	39	42	44	44	4.2
		Frauen	66	69	75	77	79	4.6
		Total	52	55	59	61	62	4.5
	Andere Leistungsarten	Männer	44	50	57	71	63	9.4
		Frauen	50	57	62	78	62	5.7
		Total	47	54	61	76	63	7.4
	Total ambulant	Männer	1'135	1'242	1'326	1'383	1'454	6.4
		Frauen	1'572	1'715	1'817	1'877	1'931	5.3
		Total	1'359	1'485	1'579	1'637	1'698	5.7
Total	Männer	1'655	1'779	1'876	1'955	2'070	5.8	
	Frauen	2'356	2'521	2'646	2'733	2'836	4.7	
	Total	2'014	2'161	2'272	2'354	2'462	5.1	

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Die Kosten von Frauen und Männern haben sich in den letzten fünf Jahren sehr ähnlich entwickelt. Im Total und bei den meisten Leistungsarten kann die Tendenz einer höheren Wachstumsrate bei den Männern beobachtet werden, was dazu führt, dass die Geschlechterunterschiede zwischen 1999 und 2003 geringfügig abgenommen haben.

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 10 zeigt den Verlauf der Pro-Kopf-Kosten für ambulante und stationäre Leistungen nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2003.



Datenstand: Jahresaufbereitung 24.04.2003
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Abbildung 10: Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht 2003

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, da Jungen aufgrund von Reifungsprozessen mehr Gesundheitsprobleme haben als 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. Diese höheren Kosten der Männer fallen in einem Alter an, in welchem sich bei Männern vergleichsweise viele Todesfälle ereignen. Einige

Untersuchungen zeigen, dass nicht das Alter, sondern die Nähe zum Tod für den Kostenanstieg bei älteren Personen verantwortlich ist (Zweifel et al., 1995; Beck und Käser-Meier, 2003). Ab dem 76. Lebensjahr steigen umgekehrt die stationären Kosten der Frauen deutlich über jene der Männer, dies vor allem wegen den Pflegeheimleistungen und den Kosten in den geriatrischen Abteilungen der Spitäler.

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.

Bei einer detaillierten Analyse der geschlechterspezifischen Gesundheitskosten (vgl. Camenzind und Meier, 2004) konnte festgestellt werden, dass ein nicht unbedeutender Teil der höheren OKP-Kosten der Frauen durch die längere Lebenserwartung der Frauen, durch Kosten für Schwangerschaft und Geburt und aufgrund unterschiedlicher Unfallversicherung von Frauen und Männern erklärt werden kann. Während die Krankenversicherer höhere Ausgaben für Frauen ausweisen, sieht es bei den übrigen Sozialversicherungen genau umgekehrt aus: Männer verursachen deutlich mehr Kosten in der Unfallversicherung, bei der Invaliden-, Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie in der Militärversicherung. Betrachtet man zudem nicht nur die Kosten, sondern auch die Leistungen, so wird deutlich, dass Frauen mehr zur Entlastung des Gesundheitswesens beitragen als Männer. Sie übernehmen einen wesentlich grösseren Teil der unbezahlten Pflegeleistung zu Hause als Männer.

4 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurde die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen 1999 und 2003 detailliert dargelegt. Schwerpunkt der Analyse bildete dabei die Untersuchung der unterschiedlichen Kostenentwicklung im stationären und im ambulanten Bereich. Die Resultate weisen darauf hin, dass in den beobachteten fünf Jahren die Pro-Kopf-Kosten im ambulanten Bereich mit insgesamt 25 % zwar stärker angestiegen sind als im stationären Bereich (17 %), jedoch im letzten Geschäftsjahr höhere Wachstumsraten bei den stationären Kosten zu verzeichnen sind. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass zahlreiche Spitäler ihre Rechnungen für das Jahr 2002 aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags von Zusatzversicherten verspätet oder gar nicht eingereicht haben, und die Rechnungen deshalb erst im darauf folgenden Jahr durch die Krankenversicherer beglichen wurden. Die dargestellten Resultate weisen zwar auf eine höhere Wachstumsrate im ambulanten Bereich hin, von einer nachhaltigen Verschiebung der Gesamtkosten vom stationären in den ambulanten Bereich kann in den beobachteten Jahren jedoch nicht gesprochen werden. Im Spitalsektor hingegen gibt es Hinweise auf eine gewisse Verlagerung vom stationären in den ambulanten / teilstationären Spitalbereich: Während im Jahr 1999 der Anteil der ambulanten Kosten in Spitälern noch 28 % betrug, entfallen mittlerweile rund 31 % der gesamten Kosten im Spitalsektor auf ambulante Leistungen.

Mit der Analyse der fünf Geschäftsjahre 1999 bis 2003 können zwar gewisse Trends beschrieben werden. Für eine gezielte Analyse der Kostenentwicklung müssten jedoch längere Zeitreihen betrachtet werden, zumal grössere Jahresschwankungen durchaus möglich sind, da Regelungen im Krankenversicherungsbereich häufig ändern.

Weiter sollte in Betracht gezogen werden, dass sich vorliegende Daten auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP beschränken. Die erwähnte Kostenentwicklung im ambulanten und stationären Bereich bezieht sich also lediglich auf die Kosten, welche von den Krankenversicherern übernommen wurden (inkl. Kostenbeteiligung der versicherten Personen). Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse lassen sich also keine Rückschlüsse auf die Kostenentwicklung des gesamten Gesundheitswesens ziehen, da neben den Krankenversicherern auch noch andere Direktzahler beteiligt sind. Der Staat übernimmt bei den Gesundheitskosten beispielsweise vorwiegend Leistungen im stationären Bereich, was zu anderen Kostenanteilen als in der OKP führen kann. So erreichte der stationäre Bereich im gesamten Gesundheitswesen 2002 einen Höchststand des Ausgabenanteils von 48 %, wobei die Kantone mehr als die Kostensteigerung tragen mussten. Demgegenüber ist der Anteil der Aufwendungen für ambulante Leistungen bei den Kosten des Gesundheitswesens seit 2000 leicht rückläufig (Bundesamt für Statistik, 2004). Diese Resultate weichen von der vorliegenden Datenanalyse ab, da der Drittel, welcher sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezieht, nicht einfach hochgerechnet werden kann.

Die den Analysen zugrunde liegenden Daten berücksichtigen nur rund einen Drittel der Kosten des Schweizer Gesundheitswesens, da der Datenpool lediglich Informationen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung enthält. Im Vergleich zu der Statistik „Kosten des

Gesundheitswesens“ des Bundesamtes für Statistik ist es mit dem Datenpool jedoch möglich, die Kosten der Leistungserbringer nach Leistungsarten, Regionen, Kantonen, Alter und Geschlecht aufzuschlüsseln und somit interessante und detaillierte Ergebnisse zur aktuellen öffentlichen Diskussion der Kosten im Krankenversicherungsbereich zu liefern. Vorliegende Ergebnisse gehen in diese Richtung und identifizieren auf der Basis von verschiedenen Dimensionen überdurchschnittliche Kosten bzw. Kostenentwicklungen. Wo von den Entscheidungsträgern ein entsprechender Bedarf gesehen wird, sollten die jeweiligen Bereiche noch detaillierter und mit den weiteren verfügbaren Quellen analysiert werden. Erst dann lassen sich konkrete Handlungsoptionen definieren. In diesem Sinne wünschenswert wären umfassende Daten, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen und somit Aussagen über die gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz ermöglichen würden. Gerade im Bereich der ambulanten Statistik ist diesbezüglich noch viel zu tun.

5 Literatur

- Beck, Konstantin und Käser-Meier, Urs (2003). Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv statistische Analyse. *Managed Care*, 2, S. 24–26.
- 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.
- Bundesamt für Statistik (2003c). Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2001 und Entwicklung seit 1996. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2004). Kosten des Gesundheitswesens: Steigerung um 4 % im Jahr 2002. Pressemitteilung. Neuchâtel.
- Camenzind, Paul und Meier, Claudia (2004) (Hrsg.). Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Mit Beiträgen von Paola Coda Berteau, Isabelle Sturny, Fabienne Peter und Elisabeth Zemp Stutz. Bern: Hans Huber.
- 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 1999 bis 2003. Solothurn.
- Horisberger, Bruno und Schmid, Olivier (2004). Ärztstopp als Kostenbremse – Warum es Zeit ist umzudenken. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(17), S. 887–894.
- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD.
- Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2001). Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen: statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- santésuisse (2003). Datenbank Datenpool: Berichtsjahre 1999 bis 2003. Solothurn.
- Sturny, Isabelle (2004). 5-Jahres-Vergleich 1998–2002 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Forschungsprotokoll 1. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan und Meier, Markus (1996). Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: Peter O. Oberender (Hrsg.), *Gesundheit und Alter*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

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 28.04.2004

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 und Therapeutinnen	Chiropraktoren	
	Ergotherapeuten / Ergotherapeutinnen	
	Hebammen	
	Logopäden / Logopädinnen	
	Physiotherapeuten / Physiotherapeutinnen	
	Total spezifische nicht-ärztliche Therapeuten und Therapeutinnen	
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 ambulante Leistungserbringer		

Stand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

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 28.04.2004

b) Ambulante Leistungsarten

Leistungsart	Kategorie
Leistungen Arzt / Ärztin	Arzt / Ärztin ambulant Behandlung
	Arztleistungen Spital ambulant
	Total Leistungen Arzt / Ärztin
Medikamente ¹⁴	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 ambulante Leistungsarten	

Stand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

¹⁴ Ohne Medikamente, welche unter stationären Leistungsarten verordnet wurden.



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



OFS BFS UST

Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.