



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

OBSAN BERICHT 53

53

# **Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflege- versicherung von 1998 bis 2010**

Maik Roth, Sacha Roth

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. 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 unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autorinnen/Autoren

- Maik Roth, Obsan
- Sacha Roth, Obsan

### Reviewboard

- Monika Diebold, Obsan
- Paul Camenzind, Obsan
- Isabelle Sturny, Obsan
- Claude Jeanrenaud, Université de Neuchâtel
- Herbert Känzig, Bundesamt für Gesundheit
- Oliver Grolimund, SASIS AG

### Projektleitung Obsan

Maik Roth

### Reihe und Nummer

Obsan Bericht 53

### Zitierweise

Roth, M. & Roth, S. (2012). *Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010* (Obsan Bericht 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Bundesamt für Statistik  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 032 713 60 45  
E-Mail: [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
Internet: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Originaltext

Französisch

### Übersetzung

Sprachdienste BFS

### Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

### Bestellungen

Tel. 032 713 60 60  
Fax 032 713 60 61  
E-Mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

### Bestellnummer

873-1203

### Preis

Fr. 10.– (exkl. MWST)

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 874-1202).

### Download PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Publikationen

### ISBN

978-3-907872-89-5

© Obsan 2012



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

# **Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflege- versicherung von 1998 bis 2010**

Maik Roth

Sacha Roth

Obsan Bericht 53

Neuchâtel, 2012



# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>11</b>
1.1 Ziel des Berichts .....	12
1.2 Aufbau des Berichts.....	12
1.3 Wichtigste Veränderungen mit Auswirkungen auf die Kostenentwicklung seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 .....	13
<b>2 Methode</b> .....	<b>15</b>
2.1 Datenquelle .....	15
2.2 Extrapolation der Daten .....	15
2.3 Definitionen .....	16
2.4 Anteile verschiedener Faktoren an der Entwicklung der Nettokosten .....	17
2.5 Standardisierung nach Alter.....	18
2.6 Preisentwicklung .....	18
2.7 Grenzen .....	18
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>19</b>
3.1 Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen.....	19
3.2 Entwicklung der Ausgaben der OKP nach Leistungskategorien .....	20
3.2.1 Nettokosten insgesamt .....	20
3.2.2 Stationäre Leistungen.....	21
3.2.3 Ambulante Leistungen.....	23
3.2.4 Medikamente und Material .....	24
3.2.5 Medizinische Analysen .....	25
3.2.6 Spezifische Therapien .....	26
3.2.7 Andere Leistungen .....	27
3.3 Entwicklung der Ausgaben der OKP nach Regionen / Kantonen.....	27
3.3.1 Einleitung .....	27
3.3.2 Stationäre Leistungen.....	29
3.3.3 Ambulante Leistungen.....	31
3.3.4 Medikamente und Material .....	33
3.3.5 Medizinische Analysen .....	34
3.3.6 Spezifische Therapien .....	35
3.3.7 Kommentar .....	36
3.4 Entwicklung der Ausgaben der OKP und der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht .....	37
3.4.1 Einleitung .....	37
3.4.2 Stationäre Leistungen.....	38
3.4.3 Ambulante Leistungen.....	42
3.4.4 Medikamente und Material .....	49
3.4.5 Medizinische Analysen .....	50
3.4.6 Spezifische Therapien .....	51
3.4.7 Komponenten der Kostenentwicklung in der OKP .....	52
<b>4 Ergebnisübersicht</b> .....	<b>55</b>
<b>5 Schlussfolgerungen</b> .....	<b>59</b>
<b>6 Literatur</b> .....	<b>61</b>

<b>7</b>	<b>Anhänge</b> .....	<b>63</b>
	Anhang 1 Abdeckungsgrad der Versicherten im Datenpool nach Kanton, 1998–2010 .....	63
	Anhang 2 Anzahl Versicherte pro Kanton, 1998–2010.....	64
	Anhang 3 Leistungskategorien.....	65
	Anhang 4 Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) .....	66
	Anhang 5 Nettokosten nach Leistungskategorie, in Millionen Franken, 1998–2010, zu laufenden Preisen.....	67
	Anhang 6 Nettokosten pro Versicherten und durchschnittliches jährliches Wachstum (in %) nach Leistungskategorie, nach Wohnkanton der Versicherten, 1998 und 2010, zu laufenden Preisen, in Franken.....	68
	Anhang 7 Nettokosten pro Versicherten, alle Leistungsarten insgesamt, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 bis 2010, zu laufenden Preisen, in Franken.....	69

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Gesundheitsausgaben in der Schweiz, nach Direktzahlern, 1998–2009, zu laufenden Preisen.....	19
Abbildung 2	Nettokosten OKP nach Leistungskategorie, Schweiz, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	20
Abbildung 3	Nettokosten OKP pro versicherte Person nach Leistungskategorie, Schweiz, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	21
Abbildung 4	Nettokosten der OKP nach Leistungskategorie: Stationäre Leistungen, 2001–2010, zu konstanten Preisen (1998=100).....	22
Abbildung 5	Nettokosten der OKP nach Leistungskategorie: ambulante Ambulante Leistungen, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100).....	24
Abbildung 6	Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: Medikamente und Material, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100).....	25
Abbildung 7	Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: medizinische Medizinische Analysen, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	26
Abbildung 8	Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: spezifische Spezifische Therapien, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	27
Abbildung 9	Nettokosten pro versicherte Person nach Leistungskategorie, nach Wohnkanton der Versicherten, 2010, zu laufenden Preisen .....	28
Abbildung 10	Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spital stationär, zu konstanten Preisen (1998=100).....	30
Abbildung 11	Indizes zu den Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, APH, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	31
Abbildung 12	Indizes der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Arztpraxen, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	32
Abbildung 13	Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spital ambulant, zu konstanten Preisen (1998=100).....	33
Abbildung 14	Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Medikamente und Material, zu konstanten Preisen (1998=100).....	34

Abbildung 15	Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Laboranalysen, zu konstanten Preisen (1998=100).....	35
Abbildung 16	Indizes der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spezifische Therapien, zu konstanten Preisen (1998=100).....	36
Abbildung 17	Nettokosten (in Franken) der OKP pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Leistungskategorien insgesamt, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	37
Abbildung 18	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital stationär, zu konstanten Preisen (1998=100).....	39
Abbildung 19	Spitaltage pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital stationär .....	40
Abbildung 20	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Alters- und Pflegeheime, zu konstanten Preisen (1998=100).....	41
Abbildung 21	Pflegetage pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Alters- und Pflegeheime .....	41
Abbildung 22	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Grundversorgung, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	42
Abbildung 23	Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Grundversorgung.....	43
Abbildung 24	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Fachmedizin ohne Psychiatrie, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	44
Abbildung 25	Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Fachmedizin ohne Psychiatrie.....	45
Abbildung 26	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Psychiatrie, zu konstanten Preisen (1998=100).....	46
Abbildung 27	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital ambulant, zu konstanten Preisen (1998=100).....	47
Abbildung 28	Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital ambulant.....	48
Abbildung 29	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spitex, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	49
Abbildung 30	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Medikamente und Material, zu konstanten Preisen (1998=100).....	50
Abbildung 31	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Laboranalysen, zu konstanten Preisen (1998=100).....	51
Abbildung 32	Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, spezifische Therapien, zu konstanten Preisen (1998=100) .....	52

## Liste der Abkürzungen

UV	Unfallversicherung
IV	Invalidenversicherung
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)
ASCA	Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin
DRG	Diagnostic Related Groups (Fallpauschalensystem)
APH	Alters- und Pflegeheime
KVG	Krankenversicherungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Observatoire suisse de la santé)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BFS	Bundesamt für Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
BIP	Bruttoinlandprodukt
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
EMR	ErfahrungsMedizinisches Register
SAP	Spezifische Betriebssoftware-Lösung ( <b>S</b> ystemanalyse und <b>P</b> rogrammierung)
SASIS	Tochtergesellschaft von santésuisse
Spitex	Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
TARMED	Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen



## Zusammenfassung

Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen sind zwischen 1998 und 2010 von 39,8 auf 61 Milliarden Franken gestiegen<sup>1</sup>. Das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug damit 4,0%, was bedeutet, dass die Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum stärker zunahmten als das BIP mit 2,8% (zu laufenden Preisen). Diese Entwicklung hat zur Folge, dass das Gesundheitswesen einen immer bedeutenderen Platz in der Volkswirtschaft einnimmt. Ein solcher Trend ist auch in den anderen Industrieländern zu beobachten (OECD 2011). Über höhere Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) überwälzt das schweizerische Krankenversicherungssystem einen Teil der steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung auf alle Versicherten. Während die Kosten des Gesundheitswesens durchschnittlich um 4,0% zunahmten, stiegen die Ausgaben der OKP<sup>2</sup> schneller. Von 1998 bis 2009 wuchsen die Ausgaben der OKP pro Jahr um durchschnittlich 4,8%, die übrigen Ausgaben um 3,5%. 2009 machten die OKP-Ausgaben 35,1% der gesamten Gesundheitsausgaben aus (1998: 32,1%).

Ausgehend von dieser Feststellung ist es interessant, die Ausgaben der OKP für die wichtigsten Leistungskategorien zu untersuchen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) verfügt über detaillierte Daten zur OKP, die aus dem SASIS-Datenpool stammen und für eine Längsschnittanalyse ab 1998 vorliegen. Der Datenpool ist eine statistische Grundlage, die der Versicherungsbranche als Informationssystem dient und es den Krankenversicherern ermöglicht, das Verhalten der Leistungserbringer sowie die Entwicklung der Prämien und der Kosten im Bereich der OKP zu verfolgen. Er wird auf freiwilliger Basis erhoben und deckte 2010 97,9% der Versicherten in der Schweiz ab. Die vorliegende Analyse bezieht sich auf die Nettokosten zulasten der OKP nach Rückerstattungsjahr, ohne Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Kostenentwicklung wird zu konstanten Preisen berechnet (LIK 1998=100). Es werden fünf Kategorien von Leistungen (stationäre Leistungen, ambulante Leistungen, Medikamente/Material, Analysen, spezifische Therapien) und die in Anhang 1 aufgeführten Leistungserbringer bzw. Kategorien von Leistungserbringern analysiert. In einer detaillierten Analyse werden für jede Leistungskategorie die Kostenentwicklung von 1998 bis 2010, die kantonalen Unterschiede und die Ausgaben nach Alter und Geschlecht beschrieben. Schliesslich wird für die Leistungskategorien, bei denen dies möglich ist, in Erfahrung gebracht, welchen Anteil an der Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2010 folgende vier Faktoren hatten: Bevölkerungswachstum, veränderte Altersstruktur der Bevölkerung, Inanspruchnahme von Leistungen und übrige Faktoren. Zur Ergänzung dieser Analyse ist eine weitere Publikation des Obsan geplant, die zusätzliche erklärende Faktoren für die Entwicklung und die regionalen Unterschiede der Kosten unter die Lupe nimmt.

Die Nettokosten der Krankenversicherer beliefen sich 1998 auf 11,8 und 2010 auf 18,7 Milliarden Franken, was zu konstanten Preisen einer absoluten Zunahme von 6,9 Milliarden oder 3,9% pro Jahr entspricht. Für 91,8% der Nettokosten sind drei Leistungskategorien verantwortlich: die stationären Leistungen (33,5%), die ambulanten Leistungen (35,7%) und die Kategorie Medikamente/Material (22,6%). Der Rest entfällt auf die medizinischen Analysen (3,2%), die spezifischen Therapien (3,1%) und die anderen Leistungen (1,9%). Die Nettokosten pro versicherte Person sind von 1641 Franken 1998 auf 2399 Franken 2010 gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 3,2% (zu konstanten Preisen) entspricht.

<sup>1</sup> Wert für 2009, die definitiven Daten für 2010 werden im Oktober 2012 veröffentlicht.

<sup>2</sup> Es handelt sich hier aus Sicht der Direktzahler um die Ausgaben der Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG) ohne die Kosten, die von den Versicherten und vom Staat (Spitalsubventionen) übernommen werden. Im Gegensatz zu den nachfolgend präsentierten Nettoausgaben beinhalten die OKP-Ausgaben nach Direktzahlern auch die Verwaltungskosten der Krankenversicherer.

## Stationäre Leistungen

Die Nettokosten für die stationären Leistungen – die von den Spitälern (Spitalaufenthalte) und den Alters- und Pflegeheimen (APH) erbracht werden – sind zwischen 1998 und 2010 pro Jahr durchschnittlich um 3,3% gewachsen. Bei den APH war eine Zunahme der Nettokosten um 2,8% zu verzeichnen. Ausgeprägter war das Wachstum bei den Universitätsspitalern (+4,0%) und den psychiatrischen Kliniken (+3,9%), während die Nettokosten in den übrigen Spitälern zurückgingen (-1,9%), in erster Linie aufgrund von statistischen Neueinteilungen. Die in dieser Kategorie beobachteten kantonalen Unterschiede sind bedeutend und zum Teil das Ergebnis unterschiedlicher politischer Entscheidungen (Spitalzusammenführungen, Förderung der Spitex usw.). In gewissen Kantonen sind die Nettokosten sogar gesunken (Neuenburg und Waadt), während andere ein starkes Wachstum verzeichnen (Bern und Aargau). Im Kanton Bern zum Beispiel spielt die Verlagerung von Leistungen der Zusatzversicherungen in die Grundversicherung eine wichtige Rolle bei dieser Zunahme. Allerdings ist aufgrund der unterschiedlich hohen kantonalen Subventionen eine Gegenüberstellung der OKP-Ausgaben der einzelnen Kantone für die stationären Leistungen schwieriger.

Zurückgegangen ist zwischen 1998 und 2010 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und folglich auch die Zahl der Spitaltage in den Spitälern. Diese Abnahme ging aber nicht mit einer Kostenreduktion einher, was bedeutet, dass die Kosten pro Spitaltag gestiegen sind. Verantwortlich für die höheren Kosten ist eine vermehrte Inanspruchnahme von teuren Leistungen und Behandlungen (beispielsweise aufgrund technischer und therapeutischer Fortschritte). 19% der Kostenausweitung sind auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen (Wachstum und Alterung der Bevölkerung), 81% auf andere Faktoren. Da die Zahl der Spitaltage im Beobachtungszeitraum zurückging, wirkte sich der Faktor der Inanspruchnahme von Leistungen bremsend auf die Kostenentwicklung aus. Bei den Alters- und Pflegeheimen haben die Zahl der Pflgetage und die Kosten pro versicherte Person bei allen Alterskategorien zugenommen. Ein Drittel dieser Zunahme (30%) ist auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, rund 56% sind einer vermehrten Inanspruchnahme zuzuschreiben. Bei dieser Kategorie von Leistungserbringern wirkt sich die Alterung am stärksten aus.

## Ambulante Leistungen

Bei den ambulanten Leistungen, die von Ärzteschaft, Spitälern (ambulanter Bereich), Spitex und Pflegefachpersonen erbracht werden, wuchsen die Nettokosten zwischen 1998 und 2010 pro Jahr um durchschnittlich 4,2% und damit nach der Leistungskategorie «Medikamente/Material» am zweitmeisten. Bedeutend im Vergleich mit den übrigen Leistungserbringern dieser Leistungskategorie ist der Anstieg bei den ambulanten Leistungen der Spitäler (durchschnittlich 5,8% pro Jahr), bei der Spitex (7,8%) und bei den Pflegefachpersonen (17,8%). Geringer fiel das Wachstum bei den ärztlichen Leistungen aus (2,8%), die nach den Fachgebieten Grundversorgung (1,3%), Fachmedizin (4,0%) und Psychiatrie (4,5%) aufgeschlüsselt werden.

Die kantonalen Unterschiede sind bei den Kosten für die Leistungen der Ärzteschaft konstant geblieben, wobei sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der Nettokosten zwischen 0,1% (BS) und 2,8% (BE) bewegte. Dagegen entwickelten sich die Kosten im ambulanten Spitalbereich je nach Kanton sehr unterschiedlich. Das durchschnittliche jährliche Wachstum lag hier zwischen 1,4% (JU) und 9,4% (GR). Die Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen, gemessen an der Zahl der Konsultationen, nahm zwischen 1998 und 2010 stark zu. Der demografische Effekt (Zunahme und Alterung der Bevölkerung) erklärt einen Teil dieser Entwicklung (12%), hauptverantwortlich (88%) ist aber eine vermehrte Inanspruchnahme (Zahl der Konsultationen pro versicherte Person).

Die Grundversorgung fällt durch ein sehr geringes Kostenwachstum im Zeitraum von 1998 bis 2010 auf. Die Zunahme ist hauptsächlich der Bevölkerungsentwicklung zuzuschreiben (66,1%). Kostendämpfend wirkte die geringere Inanspruchnahme von Leistungen der Grundversorgung (-5,4%), das restliche Kostenwachstum ist auf die Kategorie «übrige Faktoren» zurückzuführen. Bei der Fachmedizin und der Psychiatrie ist der Kostenanstieg nur zu einem kleinen Teil mit demografischen

Faktoren zu erklären. Die vermehrte Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen spielte bei dieser Entwicklung zwar eine untergeordnete Rolle, es besteht jedoch bei den unter bzw. über 60-Jährigen ein sehr unterschiedlicher Trend. Bei den über 60-Jährigen hatte die vermehrte Inanspruchnahme einen wesentlich grösseren Einfluss, bei den unter 60-Jährigen hingegen wirkte dieser Faktor mit Sicherheit kostendämpfend. Für den grössten Teil des Kostenwachstums (etwa 72%) sind die «übrigen Faktoren» verantwortlich. Bei den Leistungen der Spitex ist die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2010 zu mehr als 82% mit nicht-demografischen Faktoren zu erklären.

### **Medikamente/Material**

Die gesamten Nettokosten für Medikamente/Material stiegen zwischen 1998 und 2010 um durchschnittlich 4,9% pro Jahr. Damit wiesen Medikamente/Material das grösste Kostenwachstum der untersuchten Leistungskategorien auf. Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung entspricht dies einem Wachstum von durchschnittlich 3,7% pro Jahr.

Die 1998 beobachteten kantonalen Unterschiede waren auch 2010 vorhanden. Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Nettokosten pro versicherte Person von 1998 bis 2010 lag zwischen 2,4% (TI) und 4,9% (AR). In den Kantonen SO und BS wuchsen die Nettokosten pro versicherte Person deutlich stärker als in der Schweiz insgesamt (3,7%), im Kanton Bern dagegen langsamer.

Zwischen 1998 und 2010 verzeichneten die Kostenkurven nach Alter und Geschlecht eine vertikale Verschiebung. Gründe dafür sind der Einsatz teurerer bestehender Medikamente, die Markteinführung immer kostspieligerer neuer Medikamente und in geringerem Ausmass auch eine Mengenausweitung (Roth und Moreau-Gruet 2011). Die Analyse der verantwortlichen Faktoren zeigt ausserdem, dass die Bevölkerungsentwicklung beim Anstieg der Medikamentenkosten nur eine untergeordnete Rolle spielte (22%).

### **Medizinische Analysen**

Die medizinischen Analysen schlugen 2010 mit 3,2% der gesamten Nettokosten zu Buche. Auf die Analysen der Laboratorien entfielen dabei 1,9% der Kosten, auf die Analysen in Arztpraxen 1,3%. Die Analysen, die in Spitälern und Apotheken durchgeführt wurden, können nicht separat aufgeführt werden. Die Einführung der neuen Laborarife im Juli 2009 beeinflusste die Kostenentwicklung. Es ist festzustellen, dass sich die Ausgaben für Laboranalysen 2009 stabilisierten, 2010 aber erneut zunahm. Sehr markant ist hingegen der Kostenrückgang bei den Analysen in den Arztpraxen.

Die absoluten Kosten für Laboranalysen sind im Vergleich zu den übrigen Leistungskategorien gering, es bestehen allerdings beträchtliche kantonale Unterschiede. So beliefen sich die Nettokosten hierfür im Kanton Genf 2010 auf 111 Franken pro versicherte Person, was fünfmal mehr ist als im Kanton Appenzell Innerrhoden (24 Franken). In den lateinischen Kantonen (ausser im Jura) und im Kanton Zug lagen die Nettokosten für Laboranalysen 2010 über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Die Kostenkurven der beiden Geschlechter weisen ein unterschiedliches Profil auf: Bei den Frauen wird der Höchstbetrag im Alter von rund 30 Jahren im Zusammenhang mit Schwangerschaften erreicht. Bei den Männern liegt das Maximum bei 81 bis 85 Jahren. Zwischen 1998 und 2010 erhöhten sich die Nettokosten für alle Altersklassen insgesamt (mit Ausnahme der 19- bis 35-jährigen Männer), bei den älteren jedoch deutlicher. Das Kostenwachstum in diesem Zeitraum ist nur zu einem minimalen Teil der Bevölkerungsentwicklung zuzuschreiben (5%), hauptverantwortlich waren andere Faktoren (95%).

## Spezifische Therapien

Die spezifischen Therapien umfassen die Physiotherapie, auf die 75% der Nettokosten im Jahr 2010 entfielen, sowie die Bereiche Chiropraktik (8,2%), Hebammen (5,4%), Logopädie (0,7%), Ergotherapie (9,0%) und Ernährungsberatung (1,7%). Die Nettokosten für diese Leistungskategorie wuchsen durchschnittlich um 3,9% pro Jahr und damit im gleichen Tempo wie die Gesamtkosten in der Schweiz zwischen 1998 und 2010. Unterdurchschnittlich stiegen die Kosten für die Physiotherapie (3,3%) und die Chiropraktik (1,3%), überdurchschnittlich für die Kategorien Ernährungsberatung (6,3%), Logopädie (7,8%), Hebammen (9,0%) und Ergotherapie (10,9%).

Die kantonalen Unterschiede sind in dieser Kategorie weniger ausgeprägt. Die Nettokosten pro versicherte Person lagen 2010 zwischen 47 Franken (UR) und 105 Franken (GE). Die Kurve nach Alter und Geschlecht zwischen 1998 und 2010 zeigt, dass die Kostenentwicklung ab 50 Jahren aufwärts tendiert. Der demografisch bedingte Teil des Wachstums beläuft sich auf 27%, während die übrigen Faktoren den grössten Teil der Kostenentwicklung erklären (73%).

## Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick zur Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zwischen 1998 und 2010. Sie informiert über Unterschiede bei der Kostenentwicklung nach Leistungskategorien, Kantonen, Alter und Geschlecht der Versicherten.

Über 92 Prozent der Ausgaben der OKP entfallen auf die drei Kategorien stationäre Leistungen, ambulante Leistungen und Medikamente/Material. Die stationären Leistungen weisen eine der niedrigsten Kostenzunahmen auf, ein höheres Wachstum war dagegen bei den ambulanten Leistungen und in der Kategorie Medikamente/Material zu verzeichnen. Die meisten kantonalen Unterschiede aus dem Jahr 1998 bestanden 2010 nach wie vor. Verändert haben sich diese dagegen in den Leistungserbringerkategorien Alters- und Pflegeheime, Laboranalysen sowie ambulante Spitalleistungen,

Eine Analyse der Veränderung der Gesamtkosten nach vier Faktoren (Bevölkerung, Alter, Inanspruchnahme und übrige Faktoren) zeigt, dass der Einfluss der demografischen Faktoren auf die Kostenentwicklung zu relativieren ist: Diese sind lediglich für einen Fünftel des Kostenanstiegs verantwortlich. Hauptgründe für die Kostenzunahme sind eine vermehrte Inanspruchnahme, vor allem aber die Kategorie «übrige Faktoren». Zu diesen Faktoren gehört vermutlich die Verlagerung von stationären Spitalleistungen in den ambulanten Bereich sowie von Leistungen der Allgemeinpraxen in den ambulanten Spitalbereich. Der medizinische Fortschritt ist ebenfalls ein Faktor, der in der Entwicklung der Gesundheitskosten, aber auch in der Qualität der Leistungen für die Patienten und Patientinnen eine entscheidende Rolle spielt.

Demografische Faktoren werden künftig noch an Bedeutung gewinnen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen (Inanspruchnahme) wird weiter steigen, einerseits aus demografischen Gründen, andererseits aufgrund von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (GDK und BAG 2012). Auch das Verhalten der Patienten und Patientinnen bei der Inanspruchnahme von Leistungen verändert sich. Eine umfassende Betreuung (Care Management) zum Beispiel durch Gesundheitszentren gehört zu den immer vielfältigeren Erwartungen der Patienten und Patientinnen. Für die kommenden Jahrzehnte ist mit zahlreichen weiteren Innovationen im Behandlungs- und Diagnostikbereich zu rechnen. Diese werden mit Sicherheit ihren Preis haben, aber dazu beitragen, dass die Qualität der Behandlungen stetig weiter steigt.

# 1 Einleitung

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in der Öffentlichkeit vor allem deshalb ein Thema, weil sie kontinuierlich steigen. Seit der Schaffung eines Systems mit obligatorischer Krankenversicherung hat das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einen grossen Einfluss auf die Staatshaushalte. Verschiedene Publikationen der OECD (OECD 2010a; 2010b) befassen sich mit dieser Problematik und schlagen Lösungen zur Optimierung der Gesundheitsausgaben vor. In der Schweiz erhöhten sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen von 39,8 Milliarden im Jahr 1998 auf 61,0 Milliarden Franken im Jahr 2009<sup>3</sup>. Ihr Anteil am BIP stieg damit zwischen 1998 und 2009 von 10,1% auf 11,4%. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind somit stärker gewachsen als die Gesamtwirtschaft (gemessen am BIP). Rund 35% der Ausgaben wurden 2009 von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen. Die übrigen Ausgaben finanzierten die Privathaushalte (Kostenbeteiligung, Out-of-Pocket; 30,0%), der Staat (19,4%), die Privatversicherungen (8,8%), weitere Sozialversicherungen (IV, UV, MV; 5,8%) und andere private Finanzierer (BFS 2011). In der OKP steigen die Ausgaben schneller als im Gesundheitswesen insgesamt. Die Ausgaben der OKP wuchsen zwischen 1998 und 2009 pro Jahr um durchschnittlich 4,8%, die übrigen Gesundheitsausgaben um 3,5%.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist in der Schweiz seit der Einführung der OKP ein heftig diskutiertes Thema; vor allem deshalb, weil sich diese Kosten über die Prämien direkt auf das Budget der Haushalte auswirken. Der Kostenanstieg setzte jedoch nicht erst mit der Einführung des KVG ein, sondern ist seit vielen Jahren in allen Industrieländern zu beobachten (OECD 2011). Zu erklären sind die wachsenden Gesundheitskosten mit verschiedenen Faktoren. Eine aktuelle Arbeit (Kocher 2011) fasst die Gründe zusammen, die in den vergangenen zehn Jahren in wissenschaftlichen Arbeiten am häufigsten für die Erklärung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht wurden: «medizinisch-technische Fortschritte/Innovationen», «Alterung, steigende Lebenserwartung», «Ansprüche, Verhalten und Erwartungen der Bevölkerung/Patienten», «höhere Arzt- und Spitaldichte, umfangreiches und wachsendes Angebot», «zunehmender Wohlstand» und «fehlende Sparanreize».

Mehrere Studien (Dormont 2009; Dormont, Martins et al. 2010; Nöthen 2011) zeigen, dass die Alterung beim Wachstum der Gesundheitsausgaben eine untergeordnete Rolle spielt und andere Faktoren hauptverantwortlich sind, namentlich der medizinische Fortschritt. Allerdings hat die Alterung je nach Leistungskategorie einen unterschiedlich grossen Einfluss. Eine bedeutende Rolle spielt dieser Faktor zum Beispiel bei den steigenden Ausgaben für die Grundversorgung und die Alters- und Pflegeheime, während der Effekt in den anderen Leistungskategorien beschränkt ist.

Seit der Gründung 2001 erhält das Obsan Angaben aus dem SASIS-Datenpool zu den Ausgaben der OKP. Diese Daten wurden in mehreren Publikationen des Obsan verwendet, zum Beispiel über die Entwicklung der Gesundheitskosten (Sturny 2004), die psychische Gesundheit (Schuler, Rüesch et al. 2007), die medizinische Demografie (Jaccard Ruedin 2007) sowie für verschiedene Mandate von Kantonen (kantonale Berichte). Der SASIS-Datenpool enthält Daten der meisten Krankenversicherer und ist somit eine unumgängliche Informationsquelle für Analysen über die Ausgaben der OKP. Aus diesem Grund konzentriert sich der vorliegende Bericht auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Mit den detaillierten Informationen aus dieser Datenbank lassen sich Gründe für die Kostenentwicklung in der OKP in Erfahrung bringen. Diese Daten zeigen, wie sich Massnahmen zur Eindämmung der Ausgaben in der OKP auswirken, und wie sich die Kosten der wichtigsten OKP-Leistungskategorien entwickeln. Die retrospektive Analyse basiert auf Daten zur OKP von 1998 bis 2010. Zu 1996 liegen keine Daten vor, und die Daten für 1997 enthalten Leistungskategorien, die einen Bruch in der Zeitreihe zur Folge hätten. Die verschiedenen Leistungskategorien werden aus mehreren Blickwinkeln betrachtet: Kostenentwicklung im Beobachtungszeitraum, kantonale Unterschiede bei den Ausgaben und Kosten nach Alter und

<sup>3</sup> Siehe Fussnote 1, Seite 7

Geschlecht. Schliesslich wird versucht, mit einer Analyse der demografischen Einflüsse, der Altersstruktur der Bevölkerung und der Inanspruchnahme von Leistungen Gründe für die Kostenentwicklung von 1998 bis 2010 zu ermitteln.

Die hier präsentierten Ergebnisse beschreiben die beobachtete Entwicklung und basieren auf den Daten zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. 2007 hat das Obsan ein Forschungsprogramm lanciert, das die regionalen Unterschiede bei den Kosten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz beschreiben und erklären soll. Dieser Thematik widmen sich mehrere Publikationen (Camenzind 2008; Dreyer 2011; Camenzind 2012). Der nächste Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms wird sich mit den interkantonalen Kosten- und Mengenunterschieden bei den OKP-Leistungen befassen und die vorwiegend beschreibenden Ergebnisse des vorliegenden Berichts durch eine Panelökonometrische Analyse ergänzen. Die Kosten- und Mengenunterschiede nach Leistungserbringern werden dabei auf vier Kategorien von Faktoren zurückgeführt: Leistungsnachfrage, Leistungsangebot, Finanzierung und politisches System.

## **1.1 Ziel des Berichts**

Das Ziel des Berichts besteht darin, die Entwicklung der Gesundheitsausgaben der OKP im Zeitraum 1998 bis 2010 zu beschreiben. Analysiert werden dazu die Ausgaben nach Leistungserbringern (Ärzeschaft, Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitex, Apotheken, Laboratorien, spezifische Therapien), nach Leistungsarten (Behandlungen, Medikamente/Material, medizinische Analysen) und nach Merkmalen der Versicherten (Alter, Geschlecht, Wohnkanton).

Ausserdem geht es darum, die Auswirkungen der wichtigsten gesetzlichen Änderungen, die im Beobachtungszeitraum erfolgten, auf die Ausgabenentwicklung zu untersuchen. Die Analyse der Gesundheitsausgaben über einen langen Zeitraum (12 Jahre) ermöglicht eine Trendanalyse für die drei untersuchten Dimensionen (Leistungserbringer, Leistungen, Merkmale der Versicherten). Zum besseren Verständnis der vorherrschenden Trends werden die Auswirkungen der Veränderungen bei Preisen, Demografie und Verhalten (Inanspruchnahme) berücksichtigt.

## **1.2 Aufbau des Berichts**

Der Bericht ist in drei Teile gegliedert, die sich der Kostenentwicklung von 1998 bis 2010, den kantonalen Unterschieden und den Ausgaben nach Alter und Geschlecht widmen. Es werden systematisch fünf Kategorien von Leistungen analysiert: stationäre Leistungen, ambulante Leistungen, Medikamente/Material, medizinische Analysen und spezifische Therapien. Wenn möglich wird für die Ausgabenentwicklung der einzelnen Leistungskategorien der Einfluss der demografischen Effekte (Wachstum und Alterung der Bevölkerung), der Inanspruchnahme und der übrigen Faktoren präsentiert.

### 1.3 Wichtigste Veränderungen mit Auswirkungen auf die Kostenentwicklung seit der Einführung des KVG im Jahr 1996

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 erfolgten verschiedene gesetzliche Änderungen, die einen Einfluss auf die Kostenentwicklung hatten<sup>4</sup>. Zu den bedeutendsten Änderungen mit Auswirkungen auf die Kosten gehören die neu festgelegten Beträge für die Grund- und Wahlfranchisen. Die Grundfranchise für Erwachsene wurde 2004 neu auf 300 Franken festgelegt, seit 2005 gelten zudem Wahlfranchisen für Erwachsene und Jugendliche von 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken. Höhere Franchisen bewirken, dass die Krankenversicherer einen geringeren Teil der OKP-Ausgaben übernehmen. Mit dem Inkrafttreten der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde 2002 das Angebot an ambulanten Leistungen im Rahmen der OKP eingeschränkt. Diese Massnahme hatte möglicherweise zur Folge, dass eine Verlagerung von Leistungen zu Leistungserbringern stattfand, die von dieser Verordnung nicht betroffen waren (Spital ambulant, Spitex usw.), das Ausmass dieser Verlagerung lässt sich aber nicht bestimmen. 2012 wurde diese Massnahme ganz aufgehoben. 2004 bewirkte die Einführung des neuen Arzttarifs (TARMED) im ambulanten Bereich, dass die Spitäler Rechnungen für das Jahr 2004 aus vorwiegend buchhalterischen Gründen erst 2005 ausstellten. 2006 sorgte die Erhöhung des Selbstbehalts von 10% auf 20% für Originalpräparate mit einem mindestens 20% günstigeren Generikum auf der Spezialitätenliste dafür, dass in der OKP die Ausgaben für Medikamente zurückgingen (Roth und Moreau-Gruet, 2011). Der Katalog mit den von der OKP übernommenen Leistungen wird regelmässig angepasst, um neue Behandlungen aufzunehmen.

Die kantonalen Unterschiede bei den Ausgaben für die Spitalaufenthalte können zudem durch kantonal spezifische Bestimmungen zur Finanzierung der Spitäler bedingt sein. Durchschnittlich wird mindestens die Hälfte der Kosten eines Spitalaufenthalts vom Kanton übernommen, der Rest von der OKP (OECD, 2006). Die Kantone kommen jedoch für sehr unterschiedlich hohe Anteile auf, was bei der Interpretation der kantonalen Unterschiede im stationären Bereich zu berücksichtigen ist. Zwischen 2002 und 2010 führten mehrere Spitäler ein System mit Fallpauschalen ein (DRG, Diagnostic Related Groups). Gemäss einer Obsan-Studie (Widmer und Weaver 2011) beeinflusste die Einführung der APDRG zwischen 2001 und 2008 aber weder die Spitalaufenthaltsdauer noch die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass die Einführung der Fallpauschalen einen Einfluss auf die Kosten der Spitäler hatte.

---

<sup>4</sup> Alle wichtigen gesetzlichen Änderungen sind in der BAG-Publikation (2010) zur Statistik der obligatorischen Krankenversicherung aufgelistet.





## 2 Methode

### 2.1 Datenquelle

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) bezieht jährlich Daten aus dem SASIS-Datenpool zu allen Leistungen der OKP. Das Obsan führt auf der Grundlage dieser Daten zahlreiche Analysen und Mandate aus und hat sich in der Interpretation dieser Daten ein umfangreiches Know-how erarbeitet. Das Obsan nutzt auch andere Datenquellen, um die Gründe für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Erfahrung zu bringen, etwa die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlichte Statistik der obligatorischen Krankenversicherung und die vom Bundesamt für Statistik (BFS) erstellte Statistik zu den Kosten des Gesundheitswesens.

Es handelt sich beim Datenpool um eine statistische Grundlage, die ab 2001 von santésuisse und seit 2009 von der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft von santésuisse, bereitgestellt wird. Der Datenpool dient der Branche als Informationssystem und ermöglicht es den Krankenversicherern, das Verhalten der Leistungserbringer (namentlich mit Kontrollen zur Wirtschaftlichkeit) sowie die Entwicklung der Prämien und Kosten im Bereich der OKP zu verfolgen. Die Daten werden auf freiwilliger Basis erhoben und deckten 2010 97,9% der Versicherten in der Schweiz ab. Im Datenpool werden alle Rechnungen gesammelt, die bei den an der Statistik beteiligten Versicherern erfasst wurden, einschliesslich Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten). Die nachfolgenden Ergebnisse enthalten ausschliesslich diejenigen Leistungen, die den Versicherten von der OKP rückvergütet wurden (Nettoleistungen). Berücksichtigt sind somit nur Leistungen, für die den Krankenversicherern von den Versicherten eine Rechnung eingereicht wurde, oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt wurden. Die von den Versicherten einbehaltenen Rechnungen sowie die Leistungen, die von den Versicherungen nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen nach VVG) werden im Datenpool nicht erfasst. Der Datenpool enthält somit auch keine Angaben zu den öffentlichen Subventionen (z.B. Finanzierung des stationären Bereichs). Er liefert auch keine Informationen zu den Diagnosen und zu einzelnen Versicherten. Es ist somit nicht möglich, einen bestimmten Fall oder bestimmte Behandlungen zu analysieren. Das Obsan erhält jedes Jahr eine neue Version des Datenpools mit den letzten fünf verfügbaren und neu aktualisierten Jahren. Die Erscheinungsdaten der aktualisierten Daten, die in diesem Bericht vorkommen, sind im Anhang angegeben. Die dem Obsan zur Verfügung gestellte Version liefert im Übrigen auch keine Einzeldaten zu den Leistungserbringern. Die Analyse basiert somit ausschliesslich auf aggregierten Daten, d.h. auf Gruppen von Versicherten und Gruppen von Leistungserbringern. Seit 2010 wird diese Version vom BAG ergänzt. Die Versicherer, die ihre Daten nicht direkt der SASIS AG einreichen, liefern sie direkt dem BAG, das diese zusätzlichen Informationen in einem «ergänzten» Datenpool konsolidiert. Die gesamtschweizerische Abdeckungsquote für die Versicherten erreicht so gegen 100%.

Die vorliegenden Analysen basieren auf den jährlichen Daten der Krankenversicherer nach Buchungsdatum und nicht nach Datum, an dem die Leistungen für die Patienten und Patientinnen erbracht wurden (Behandlungsdatum). Die Ergebnisse des regionalen Vergleichs (Teil 3.3) werden nach Wohnkanton der Versicherten präsentiert.

### 2.2 Extrapolation der Daten

Zur Schätzung der Gesamtkosten der OKP und zur besseren Vergleichbarkeit der verschiedenen jährlichen Informationen werden die Daten auf der Grundlage des Versichertenbestands im Risikoausgleichssystem der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Die Kosten des Datenpools werden dazu durch die Zahl der Versicherten im Datenpool geteilt und anschliessend mit der Zahl der Versicherten im Risikoausgleichssystem multipliziert. Mit dieser Extrapolation lassen

sich die Kosten schätzen, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer dem Datenpool angeschlossen wären. Es handelt sich jedoch nur um eine Schätzung, da die Annahme getroffen wird, dass die fehlenden Versicherten, die im Datenpool nicht erfasst sind, eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die Versicherten, die im Datenpool erfasst sind. Diese Schätzung kann Schwankungen in den Zeitreihen zur Folge haben. 2004 zum Beispiel lieferten fünf neue Versicherer Daten an santésuisse, womit die Abdeckungsquote höher war als in den Vorjahren. Die Versicherten, die bei diesen Krankenversicherern versichert waren, sind jedoch jünger und verursachen weniger Kosten als die Versicherten, die bereits im Datenpool erfasst waren. Bei der für 2003 durchgeführten Extrapolation wurden somit die Kosten zu hoch geschätzt, was bedeutet, dass das reale Wachstum der Kosten zwischen 2003 und 2004 unterschätzt wurde. Weil die neuen Versicherer keine rückwirkenden Daten liefern können, muss diese zu hohe Schätzung bei der Interpretation der chronologischen Daten berücksichtigt werden. Die Leistungserbringer, die von älteren Personen häufiger in Anspruch genommen werden (Spital stationär, Spitex und APH), sind von dieser verzerrten Schätzung besonders betroffen.

Seit dem 1. Januar 2007 gehören Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, die sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen (Asylprozess), nicht mehr zum Versichertenbestand im Risikoausgleich, sie werden aber im Datenpool von santésuisse nach wie vor erfasst. Diese unterschiedliche Definition für die Versicherten wird korrigiert, indem zur Berechnung der Abdeckungsquote die Versichertenzahl im Risikoausgleich mit der Zahl der Personen im «Asylprozess» ergänzt wird. Die Abdeckungsquote und die Zahl der Versicherten nach Kanton und für die ganze Schweiz werden in den Anhängen 3 und 4 präsentiert.

## 2.3 Definitionen

Bei der Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich spielen mehrere Begrifflichkeiten eine Rolle. Wenn die Leistungserbringer betrachtet werden, besteht der stationäre Bereich aus den beiden Kategorien «Spitäler» sowie «Alters- und Pflegeheime (APH)»; die übrigen Leistungserbringer bilden den ambulanten Bereich. Im vorliegenden Bericht wurde der ambulante Bereich zudem in fünf Unterkategorien unterteilt: ambulante Leistungen, Medikamente/Material, medizinische Analysen, spezifische Therapien und andere Leistungen. Die Kategorie «stationäre Leistungen» deckt sich mit dem Begriff «stationärer Bereich». Die Leistungskategorien werden nachfolgend kurz vorgestellt und im Anhang detaillierter beschrieben.

**Stationäre Leistungen:** Leistungserbringer sind die Spitäler (nur «Spital stationär») und die Alters- und Pflegeheime (APH).

**Ambulante Leistungen:** Leistungserbringer sind die Ärzteschaft (ohne in der Praxis abgegebene Medikamente und Materialien), die Spitäler (nur «Spital ambulant»), die Spitex sowie die (ambulant tätigen) Pflegefachpersonen.

**Medikamente/Material:** Medikamente und Materialien, die von den Leistungserbringern Ärzteschaft, Spitäler (nur «Spital ambulant»<sup>5</sup>), Apotheken, Spitex und MiGeL-Abgabestellen abgegeben werden.

**Analysen:** Leistungserbringer sind die Laboratorien. Zum Vergleich werden auch die in den Arztpraxen durchgeführten Analysen berücksichtigt.

**Spezifische Therapien:** Leistungserbringer sind Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Chiropraktiker und Chiropraktikerinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Hebammen, Logopäden und Logopädinnen, Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen.

**Andere Leistungen:** Diese Kategorie wird im vorliegenden Bericht nicht im Detail analysiert.

<sup>5</sup> Medikamente und Materialien, die von den stationären Leistungserbringern abgegeben werden, können nicht separat ausgewiesen werden.

**Nettokosten:**

Unter diesen Begriff fallen alle Kosten, die von den Versicherten an die Krankenversicherer weitergegeben und im Rahmen der OKP übernommen werden. Es handelt sich somit um die für Leistungen in Rechnung gestellte Kosten nach Abzug der nicht versicherten und nicht rückvergüteten Kosten. Nicht Bestandteil der Nettokosten sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten). Die Nettokosten entsprechen somit dem Kostenanteil, der von den Krankenversicherungen übernommen wird.

Die Ergebnisse beziehen sich ausschliesslich auf die Kosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Nettokosten) übernommen werden, ohne öffentliche Spitalsubventionen und Verwaltungskosten der Krankenversicherer.

**Nettokosten pro versicherte Person:**

Die Nettokosten werden durch die Zahl der Versicherten geteilt. Die Zahl der Versicherten ergibt sich aus den jährlich zum Risikoausgleich berechneten Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG, hinzu kommen die Personen im Asylprozess (siehe Teil 2.2).

**Konsultationen (ambulanter Bereich):**

Für die Kategorie «Ärzterschaft» der Leistungserbringer wird auf die Konsultationen in Arztpraxen und die Hausbesuche abgestellt. Dazu werden die Behandlungen auf der Grundlage des Arzttarifs herangezogen (TARMED-Positionen, die auf eine Konsultation oder einen Hausbesuch schliessen lassen). Für die Kategorie ambulante Spitäler wird ausschliesslich die Zahl der Konsultationen für ambulant durchgeführte Behandlungen auf der Basis des Arzttarifs berücksichtigt.

**Pflegetag/Spitaltag (stationärer Bereich):**

Die Pflegetage (APH) bzw. Spitaltage (Spitäler) werden aufgrund der bei den Krankenversicherern eingegangenen Belege berechnet.

## 2.4 Anteile verschiedener Faktoren an der Entwicklung der Nettokosten

Zur Erklärung der Kostenentwicklung wird der Einfluss verschiedener Faktoren auf das Ausgabenwachstum untersucht. Analysiert werden im vorliegenden Bericht vier Hauptfaktoren und ihr Einfluss auf die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2010.

Die verwendete Methode stammt aus der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens und Demografie» (Gerber 2005). Damit nicht ein bestimmtes Jahr zu viel Gewicht erhält, wurden für die vorliegende Arbeit auf der Grundlage der Datenreihen von 1998 bis 2010 die ersten drei Jahre ( $A_1$ ) und die letzten drei Jahre ( $A_2$ ) zusammengefasst. Anschliessend wurden die Durchschnittskosten für  $A_1$  ( $C_1^m$ ) und  $A_2$  ( $C_2^m$ ) berechnet. Die reale Veränderung in Schweizer Franken (CHF) zwischen  $C_1^m$  und  $C_2^m$  wurde dann auf vier Faktoren aufgeteilt: «Bevölkerung», «Altersstruktur», «Inanspruchnahme» und «übrige Faktoren». Der Faktor «Bevölkerung» entspricht der Kostenzunahme aufgrund des Bevölkerungswachstums. Er ergibt sich durch die Multiplikation der durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person in  $A_1$  mit der durchschnittlichen Zahl der Versicherten in  $A_2$ . Indem für jede Altersklasse das Ergebnis der Multiplikation der Kosten pro versicherte Person mit dem Gesamtbestand der Versicherten addiert wird, resultiert ein Wert, der sowohl den Faktor «Bevölkerung» als auch den Faktor «Altersstruktur» beinhaltet. Wenn für jede Altersklasse das Ergebnis der Multiplikation der Kosten pro Konsultation mit der Inanspruchnahme addiert wird, resultiert ein Wert, der die Faktoren «Bevölkerung», «Altersstruktur» und «Inanspruchnahme» beinhaltet. Die Werte für die Faktoren «Altersstruktur» und «Inanspruchnahme» lassen sich durch Subtraktion berechnen. Der Faktor «übrige Faktoren» entspricht dem Teil der Veränderung, der nicht mit den Faktoren «Bevölkerung», «Altersstruktur» und «Inanspruchnahme» zu erklären ist.

## 2.5 Standardisierung nach Alter

Beim interkantonalen Vergleich ist es wichtig, kantonale Unterschiede im Zusammenhang mit der Altersstruktur der Bevölkerung zu berücksichtigen. Zur Beseitigung der Ausgabenunterschiede, die durch die Altersstruktur bedingt sein könnten, werden die kantonalen Daten nach Alter standardisiert. Dabei wird die Bevölkerungsstruktur der einzelnen Kantone derjenigen der Schweiz mittels einer Standardbevölkerung angeglichen. Für die Struktur der Standardbevölkerung wird auf den Durchschnitt der Zahl der Versicherten über zehn Jahre abgestellt (2001–2010). Die Daten werden anschliessend in Form eines Indexes präsentiert, der direkte Vergleiche zwischen den Kantonen ermöglicht.

## 2.6 Preisentwicklung

Wenn eine auf CHF lautende Datenreihe über längere Zeit beobachtet wird, ist es für die Berechnung des realen Kostenwachstums wichtig, der allgemeinen Preisentwicklung Rechnung zu tragen. Dazu wird eine Deflationierung vorgenommen, die darin besteht, für einen bestimmten Nominalwert den entsprechenden Realwert zu berechnen, d.h. den Wert nach Abzug der Preisänderung (teuerungsbereinigter Wert) zu ermitteln. Die Kosten werden mit dem Index der Konsumentenpreise deflationiert (Anhang 4). Nachfolgend wird bei den (nicht teuerungsbereinigten) Nominalkosten von Kosten «zu laufenden Preisen» gesprochen. Darunter sind die Kosten zu verstehen, die im entsprechenden Jahr tatsächlich registriert wurden. Die realen (teuerungsbereinigten) Kosten hingegen werden als Kosten «zu konstanten Preisen» bezeichnet. Die Kosten werden damit um die Preisentwicklung korrigiert. Bei den resultierenden Kosten handelt es sich also um Kosten, die angefallen wären, wenn die Preise auf dem Niveau von 1998 (Referenzjahr des Berichts) geblieben wären. Mit dieser Methode kann das Preiswachstum etwas überschätzt werden, da ein Teil der Preisentwicklung auf eine verbesserte Qualität der Produkte (z.B. Medikamente) zurückzuführen ist.

## 2.7 Grenzen

Die für den vorliegenden Bericht verwendeten Daten beziehen sich auf alle Leistungen, die von den Krankenversicherern rückvergütet werden (Nettokosten). Nicht enthalten sind die Kostenbeteiligungen der Versicherten und kantonale Subventionen. Die Leistungen für Unfälle, die von den Krankenversicherungen gedeckt sind, beispielsweise für Versicherte ohne Arbeitgeber, sind Teil dieser Nettokosten. Ausgeklammert sind dagegen Leistungen, die durch Zusatzversicherungen oder die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungen finanziert werden. Ebenfalls nicht enthalten sind die Verwaltungskosten der Krankenversicherer. Dasselbe gilt für alle Rechnungen, die nicht an die Krankenversicherer weitergeleitet wurden. Die Verwendung der Nettokosten hat den Vorteil, dass Effekte wegfallen, die zum Beispiel von unterschiedlichen Versicherungs- oder Franchisemodellen herrühren und dass sich eine Verbindung zwischen Nettokosten und Krankenversichererprämien herstellen lässt. Diese Ergebnisse beziehen sich also ausschliesslich auf die Ausgaben der Krankenversicherer im Rahmen der OKP.

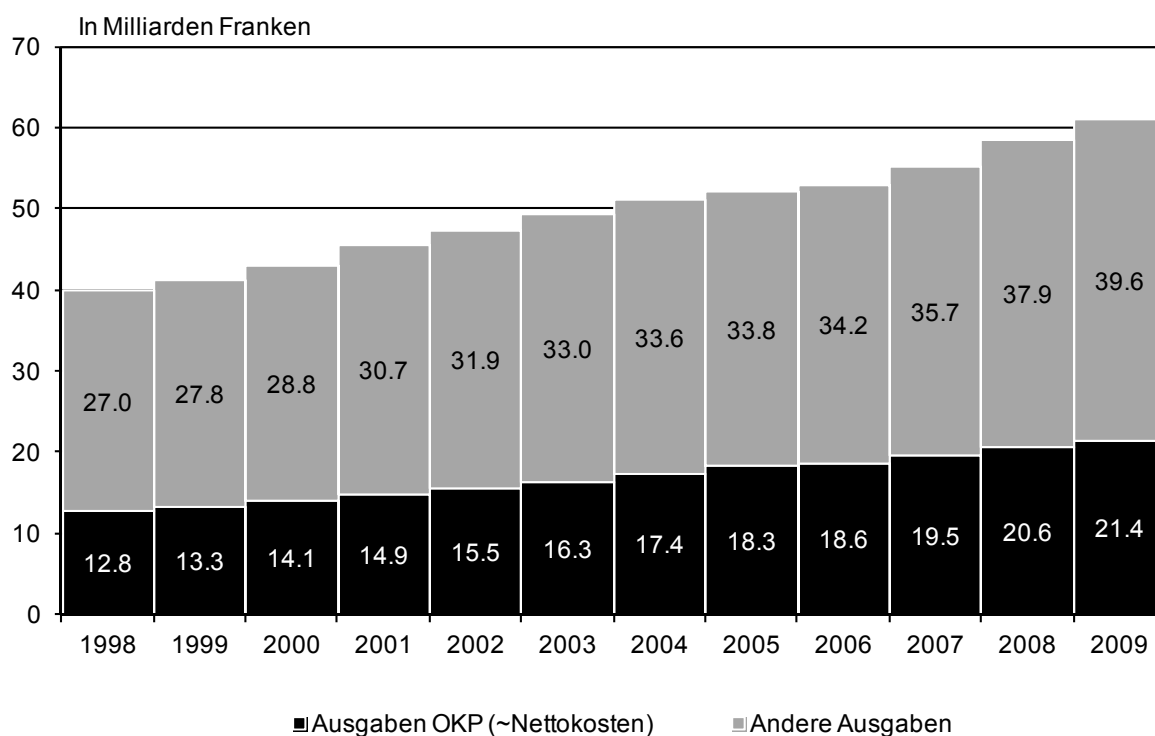
### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen stiegen im Beobachtungszeitraum kontinuierlich bis auf 61 Milliarden Franken im Jahr 2009<sup>6</sup> (Abbildung 1). Sie wuchsen somit um durchschnittlich 4,0% pro Jahr und damit stärker als das BIP (zu laufenden Preisen) mit 2,8% im gleichen Zeitraum. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass das Gesundheitswesen in der Volkswirtschaft einen immer bedeutenderen Platz einnimmt. Ein solcher Trend ist auch in anderen Industrieländern zu beobachten (OECD 2011).

Über höhere Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) überwälzt das schweizerische Krankenversicherungssystem einen Teil der steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung unmittelbar auf alle Grundversicherten. Während die Gesundheitsausgaben zwischen 1998 und 2009 durchschnittlich um 4,0% zunahm, stiegen die Ausgaben der OKP<sup>7</sup> schneller. Von 1998 bis 2009 wuchsen die Ausgaben der OKP pro Jahr um durchschnittlich 4,8%, die übrigen Ausgaben um 3,5%. 2009 machten die OKP-Ausgaben 35,1% der Gesundheitsausgaben aus (1998: 32,1%).

**Abbildung 1 Gesundheitsausgaben in der Schweiz, nach Direktzahlern, 1998–2009, zu laufenden Preisen**



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2011

© Obsan

<sup>6</sup> Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen beliefen sich 2010 auf 62,5 Milliarden Franken gemäss den provisorischen Daten des BFS (2012). Knapp ein Drittel dieser Ausgaben – 22 Milliarden Franken – wurde durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt. Zwischen 1998 und 2010 haben die Ausgaben im Rahmen der OKP um jährlich 4,6% zugenommen, stärker als die Gesamtausgaben (3,8%). Die definitiven Daten für 2010 werden im Oktober 2012 veröffentlicht.

<sup>7</sup> Es handelt sich hier aus Sicht der Direktzahler um die Ausgaben der Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG) ohne die Kosten, die von den Versicherten direkt und vom Staat (Spitalsubventionen) übernommen werden. Im Gegensatz zu den nachfolgend präsentierten Nettoausgaben beinhalten die OKP-Ausgaben nach Direktzahler auch die Verwaltungskosten der Krankenversicherer.

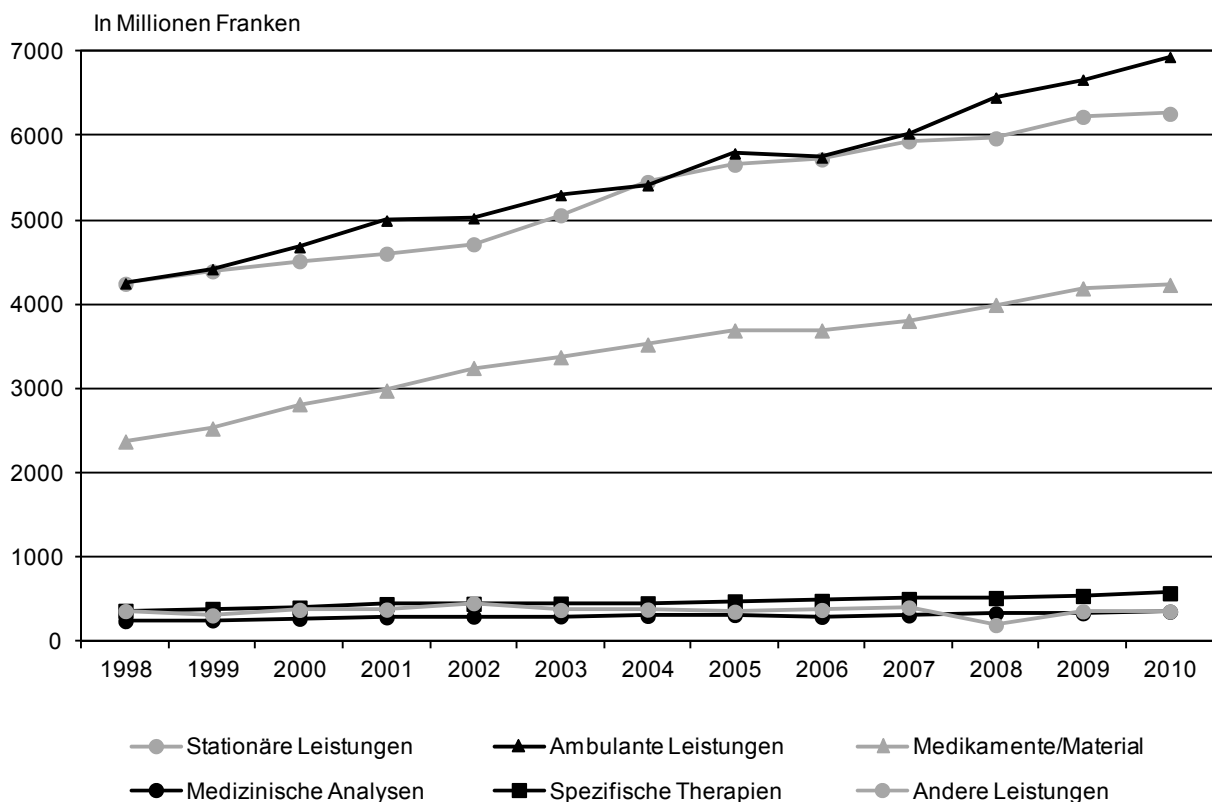
## 3.2 Entwicklung der Ausgaben der OKP nach Leistungskategorien

### 3.2.1 Nettokosten insgesamt

Die vorliegende Analyse bezieht sich auf die Nettokosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Rückerstattungsjahr. Die hier präsentierten Nettokosten entsprechen den Ausgaben der Krankenversicherer für die OKP ohne Verwaltungskosten.

Die Nettokosten der Krankenversicherer beliefen sich 1998 auf 11,8 Milliarden Franken und 2010 auf 18,7 Milliarden Franken, was einer absoluten Zunahme von 6,9 Milliarden Franken insgesamt oder von 3,9% pro Jahr entspricht. Die Daten werden zu konstanten Preisen berechnet (LIK 1998=100), womit das Wachstum nicht der Teuerung zuzuschreiben ist, die durchschnittlich 0,9% pro Jahr betrug<sup>8</sup> (BFS 2011). Für 91,8% der Nettokosten sind drei Leistungskategorien verantwortlich: die stationären Leistungen (33,5%), die ambulanten Leistungen (35,7%) und die Kategorie Medikamente/Material (22,6%). Der Rest entfällt auf die medizinischen Analysen (3,2%), die spezifischen Therapien (3,1%) und die anderen Leistungen (1,9%). Die Gesundheitsausgaben werden im vorliegenden Bericht nach diesen Kategorien aufgeschlüsselt. Die Nettokosten stiegen bei allen Leistungen, ausser in der Kategorie «Andere Leistungen» (-0,1%), aber in unterschiedlichem Ausmass (Abbildung 2). Am stärksten wuchsen die durchschnittlichen Kosten pro Jahr für Medikamente/Material (4,9%), gefolgt von den ambulanten Leistungen (4,2%), den spezifischen Therapien (3,9%), den stationären Leistungen (3,3%) und den Laboranalysen (3,2%).

**Abbildung 2 Nettokosten OKP nach Leistungskategorie, Schweiz, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)**



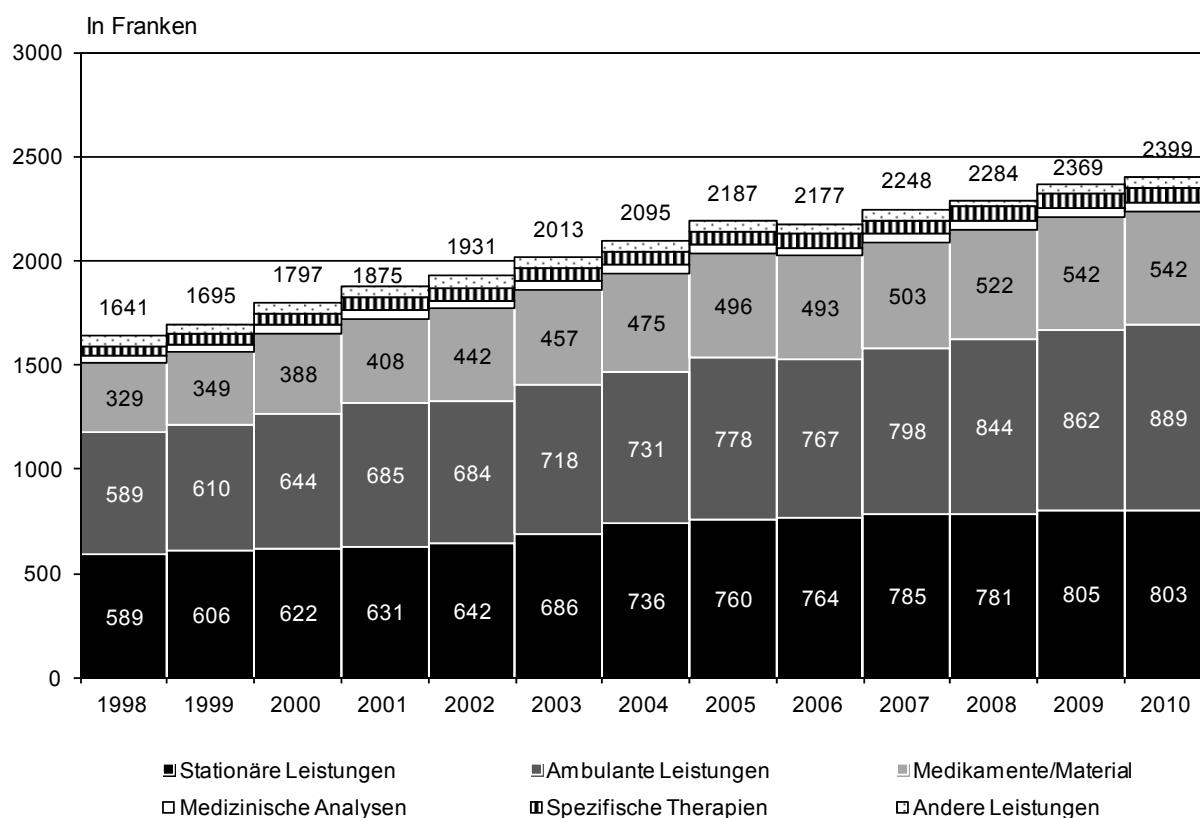
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

<sup>8</sup> Die in diesem Teil analysierten Nettokosten werden zu konstanten Preisen präsentiert. Die Nettokosten zu laufenden Preisen sind in Anhang 5 zu finden.

Die Nettokosten pro versicherte Person sind von 1641 Franken 1998 auf 2399 Franken 2010 gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 3,2% entspricht (Abbildung 3). Wie bereits erwähnt verursachen die drei Kategorien ambulante Leistungen, stationäre Leistungen und Medikamente/Material über 90% der Kosten. 2006 sanken die Nettokosten pro versicherte Person gegenüber 2005 von 2187 auf 2177 Franken. Dieser Rückgang ist hauptsächlich mit der Einführung von TARMED im Jahr 2004 zu erklären. Ein grosser Teil der Rechnungen für Leistungen von 2004 im ambulanten Bereich wurden nämlich erst 2005 ausgestellt. Das Kostenwachstum zwischen 2004 und 2005 wäre geringer ausgefallen, wenn alle 2004 erbrachten Leistungen auch im Behandlungsjahr fakturiert worden wären.

**Abbildung 3 Nettokosten OKP pro versicherte Person nach Leistungskategorie, Schweiz, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.2.2 Stationäre Leistungen

Zu den stationären Leistungen werden die Spitäler (Spitalaufenthalte) sowie die Alters- und Pflegeheime (APH) gezählt. Die Spitäler werden nachfolgend in vier Kategorien eingeteilt: Universitätsspitäler, allgemeine Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und übrige Spitäler. Eine detaillierte Analyse nach Spitaltyp ist erst ab 2001 möglich.<sup>9</sup>

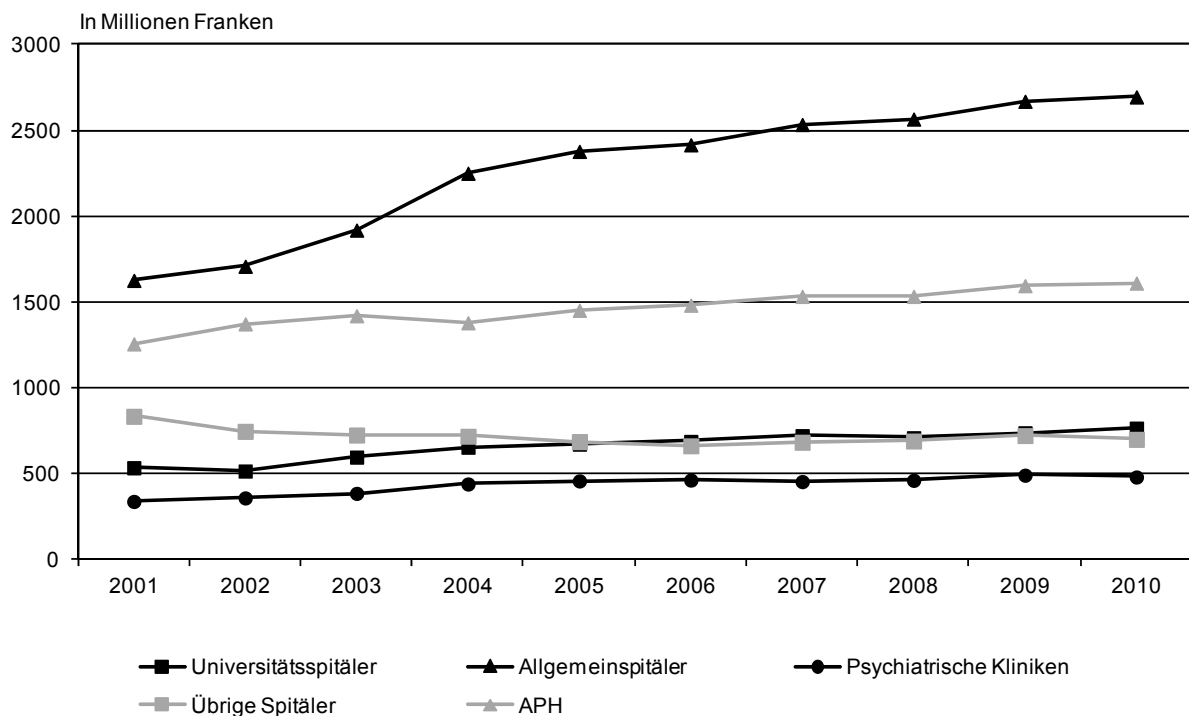
Ein Grossteil des Kostenwachstums in den allgemeinen Krankenhäusern zwischen 2001 und 2004 ist auf eine Neueinteilung in der Krankenhaustypologie des BFS zurückzuführen (Abbildung 4). Die Revision des Zahlstellenregisters erfolgte 2004 mit einer rückwirkenden Anpassung der Daten bis 2000. Trotzdem ist die Klassifikation der Spitäler gemäss BFS-Typologie erst ab 2001 verwendbar, da

<sup>9</sup> Vor 2001 verwendete santésuisse für die Spitäler eine eigene Einteilung, die sich nicht mit der Krankenhaustypologie des BFS deckte.

ein Grossteil der Spitäler (vor allem die allgemeinen Krankenhäuser) damals noch keine BUR-Nummer hatte und deshalb der Kategorie «unbekannt» zugeteilt wurde. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren stiegen die Ausgaben in den allgemeinen Krankenhäusern im Beobachtungszeitraum durchschnittlich am stärksten (5,8%).

Das hohe Kostenwachstum der Spitäler im Jahr 2003 war teilweise dadurch bedingt, dass 2002 erbrachte Leistungen erst im Folgejahr in Rechnung gestellt wurden. Die Erwartung verschiedener kantonaler Entscheidungen zur Leistungsfinanzierung in 2002 wirkten sich auf die Kosten aus: Mehrere Spitäler behielten Rechnungen zurück (insbesondere Rechnungen zulasten der Zusatzversicherungen, z.B. in den Kantonen BS, SO, AG), oder die Krankenversicherer schickten die Rechnungen an die Spitäler zurück (vor allem in der Westschweiz). Ausserdem fakturierten die Kantone Genf, Neuenburg, Freiburg und Jura keinerlei Leistungen für die allgemeine Spitalabteilung. Auch Veränderungen in der Infrastruktur der Spitäler beeinflussten die Rechnungsstellung, etwa die Einführung von SAP in den Kantonen St. Gallen, Bern und Schaffhausen oder die Einführung von AP-DRG im Kanton Waadt.

**Abbildung 4 Nettokosten der OKP nach Leistungskategorie: Stationäre Leistungen, 2001–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Die Universitätsspitäler verzeichneten ein moderates Kostenwachstum (4,0%), ebenso die psychiatrischen Kliniken (3,9%). Weniger stark stiegen die OKP-Kosten in den APH (2,8%), in den übrigen Spitälern gingen die Ausgaben sogar leicht zurück (-1,9%). Grund für diese Abnahme ist die genauere Einteilung der Spitäler in der BFS-Krankenhaustypologie, die dafür sorgte, dass weniger Spitäler in der Kategorie «unbekannt» eingeteilt wurden.

2004 führten mehr Spitaltage in den Universitätsspitälern, allgemeinen Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken sowie höhere Tarife zu einem markanteren Kostenwachstum. Zudem wurde ein Teil der zuvor kantonal finanzierten Leistungen der Spitäler neu der obligatorischen Krankenpflegeversicherung belastet. Eine weitere Erklärung ist, dass während der Phase der



auferlegten Kostenneutralität im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Arzttarifs (TARMED) ein Teil der Kosten für die ambulanten Leistungen in den stationären Spitalbereich verlagert wurde.

Der Kostenanstieg in den APH zwischen 2001 und 2002 ist hauptsächlich auf einen Kategorisierungswechsel zurückzuführen. Bis 2001 waren die Leistungen der APH unter der Kategorie «Spitäler» verbucht worden, ab 2002 wurden die Krankenversicherer angewiesen, diese Leistungen in der Kategorie «APH» zu erfassen.

### 3.2.3 Ambulante Leistungen

Bei den ambulanten Leistungen werden vier Leistungserbringer unterschieden: Ärzteschaft, Spitäler («Spital ambulant»), Spitex und Pflegefachpersonen. Die Ärzteschaft wird zusätzlich in die Kategorien Grundversorgung, Fachmedizin und Psychiatrie unterteilt. Zur Grundversorgung gehören folgende eidgenössischen Facharztstitel: «Allgemeinmedizin», «Innere Medizin», «Praktische Ärztin oder praktischer Arzt ohne Spezialisierung», «Gruppenpraxis», «Kinder- und Jugendmedizin». Bestandteil der Psychiatrie sind die eidgenössischen Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» und «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie».

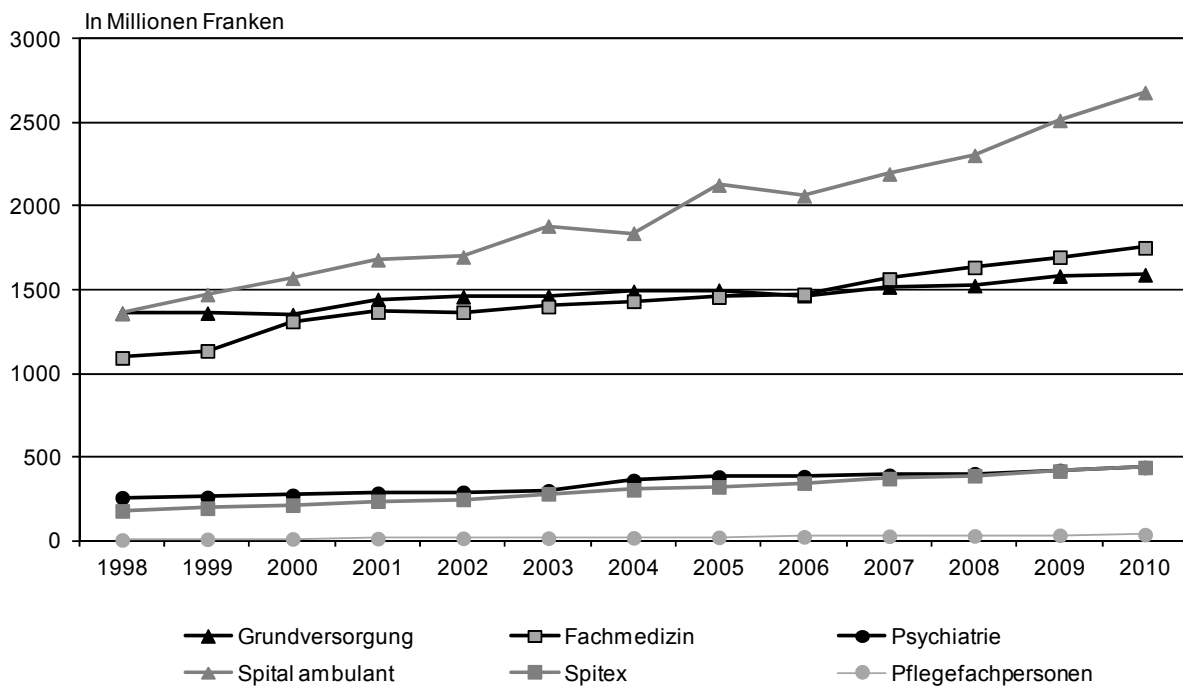
Die Kosten für die ambulanten Leistungen wachsen seit 1998 kontinuierlich und mit durchschnittlich 4,2% pro Jahr. Der Anteil der von den Krankenversicherern rückvergüteten ambulanten Leistungen ist von 35,9% im Jahr 1998 auf 37,1% im Jahr 2010 gestiegen.

Bei den ambulanten Leistungen verzeichnete der ambulante Spitalbereich mit 5,8% pro Jahr ein bedeutendes Wachstum. Das Wachstum im ambulanten Spitalbereich ist grafisch dargestellt (Grafik 5). Die Nettokosten der ambulanten Spitalleistungen allein belaufen sich auf 38,6% der Gesamtkosten dieser Kategorie (1998: 32,0%). Die übrigen Leistungserbringer dieser Kategorie verzeichneten ebenfalls hohe Wachstumsraten (Spitex: 7,8%, Pflegefachpersonen: 17,2%), ihr Leistungsvolumen ist aber geringer (6,9%).

Schliesslich entwickelten sich die Kosten für die Grundversorgung, die Fachmedizin und die Psychiatrie sehr unterschiedlich: Die durchschnittliche jährliche Kostenzunahme fiel in der Grundversorgung (1,3%) deutlich niedriger aus als in der Fachmedizin (4,0%) und in der Psychiatrie (4,5%). Diese drei Leistungserbringer-Kategorien enthalten 54,5% der Leistungskategorie «ambulante Leistungen».

Die Kostenentwicklung zwischen 2004 und 2006 ist mit verschiedenen Faktoren zu erklären. Einerseits wurden im Zusammenhang mit der Einführung des TARMED 2004 sehr viele Leistungen im ambulanten Spitalbereich mit Verzögerung verrechnet. Dieser Aufschub bewirkte eine starke Zunahme der ambulanten Spitalleistungen zwischen 2004 und 2005, hauptsächlich aus buchhalterischen Überlegungen. Ein Teil der höheren Kosten im ambulanten Spitalbereich ist auch darauf zurückzuführen, dass die Belegärzteschaft der Spitäler ihre Leistungen nicht mehr unter einer eigenen Zahlstelle verrechnet, sondern unter der Zahlstelle des Spitals. Schliesslich bewirkte die Einführung höherer Franchisen ab 2005, dass seither ein grösserer Teil der OKP-Leistungen durch die Privathaushalte finanziert wird.

**Abbildung 5 Nettokosten der OKP nach Leistungskategorie: ambulante Ambulante Leistungen, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.2.4 Medikamente und Material

Anhand des Datenpools lässt sich in Erfahrung bringen, welche Leistungserbringer die von der OKP rückvergüteten Medikamente und Materialien abgeben. Es handelt sich dabei um die Ärzteschaft (Grundversorgung, Fachmedizin, Psychiatrie), den ambulanten Spitalbereich, die Apotheken, die Spitex (seit 2002) und die MiGeL-Abgabestellen. Nicht bestimmbar sind hingegen die Gesamtkosten für alle Medikamente, da es nicht möglich ist, bei allen Leistungserbringern zwischen Medikamenten, Material und medizinischen Leistungen zu unterscheiden, insbesondere nicht im stationären Spitalbereich und in den APH.

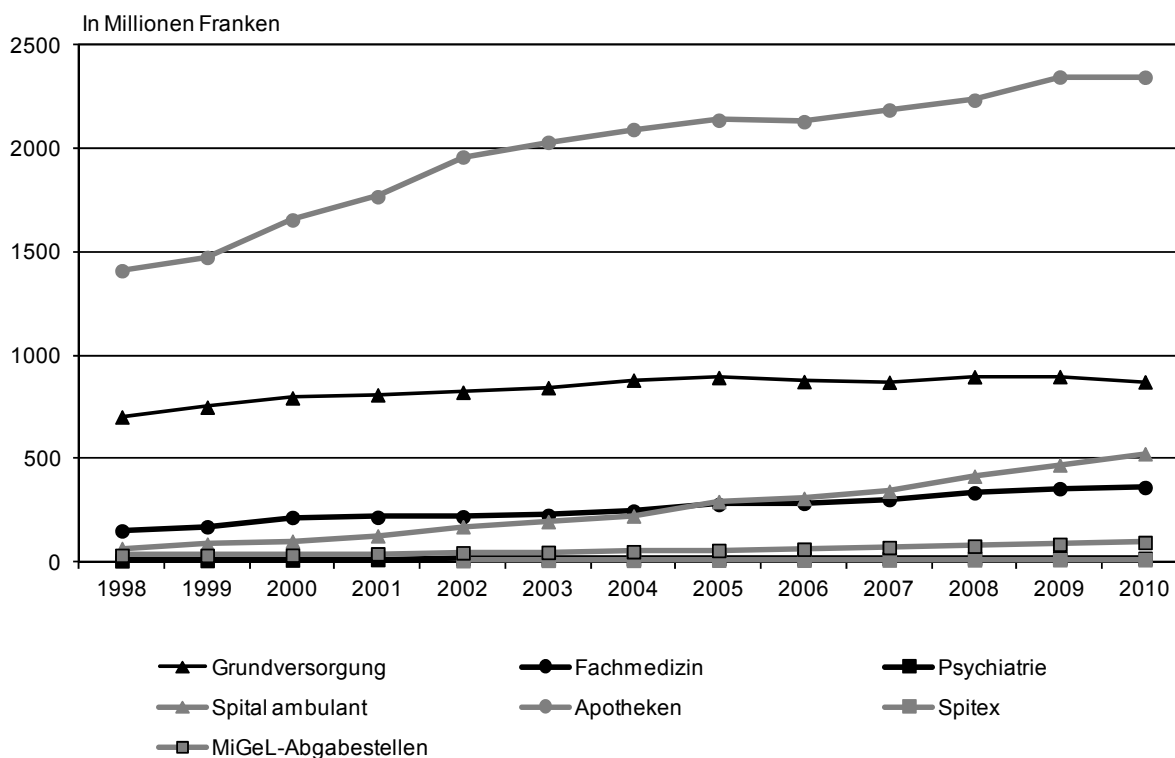
Gemäss dem Obsan-Bericht 50 zum Konsum und den Kosten der Medikamente (Roth und Moreau-Gruet 2011) sind die Medikamentenkosten in den vergangenen Jahren weiter gestiegen, obwohl in diesem Bereich mit verschiedenen Massnahmen versucht wurde, den Aufwärtstrend zu bremsen. Die Nettokosten für Medikamente und Material stiegen von 1998 bis 2010 im Durchschnitt um 5,9% pro Jahr (Abbildung 6). Dabei wuchsen die durchschnittlichen jährlichen Kosten je nach Leistungserbringer, der die Medikamente abgibt, unterschiedlich stark: Die grösste Zunahme war im ambulanten Spitalbereich (18,8%) zu beobachten, danach folgen die MiGeL-Abgabestellen (9,1%), die Psychiatrie (8,6%), die Fachmedizin (7,5%), die Spitex (zwischen 2002 und 2010: 6,4%), die Apotheken (4,3%) und die Grundversorgung (1,8%).

Der Anteil der Nettokosten für Medikamente und Materialien, die in Apotheken abgegeben wurden, belief sich auf 55,4%, danach folgen die Grundversorgung (20,6%), der ambulante Spitalbereich (12,4%), die Fachmedizin (8,6%), die MiGeL-Abgabestellen (2,3%), die Psychiatrie (0,5%) und die Spitex (0,3%). Dabei ist festzustellen, dass die Kostenanteile der Medikamente und Materialien, die in Apotheken und in der Grundversorgung abgegeben wurden, im Gegensatz zu den Kosten der übrigen Leistungserbringer seit 1998 zurückgegangen sind.

Nach der Einführung einer abgestuften Kostenbeteiligung für gewisse Medikamente im Januar 2006 (BAG 2011) nahm der Anteil der verkauften Generika zu, gleichzeitig sanken die Preise für

Originalpräparate (santésuisse 2007). Zwei Effekte kompensierten sich teilweise: ein Preisrückgang für Medikamente mit ausgelaufenem Patent und ein Preisanstieg für Medikamente mit Patentschutz.

**Abbildung 6 Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: Medikamente und Material, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

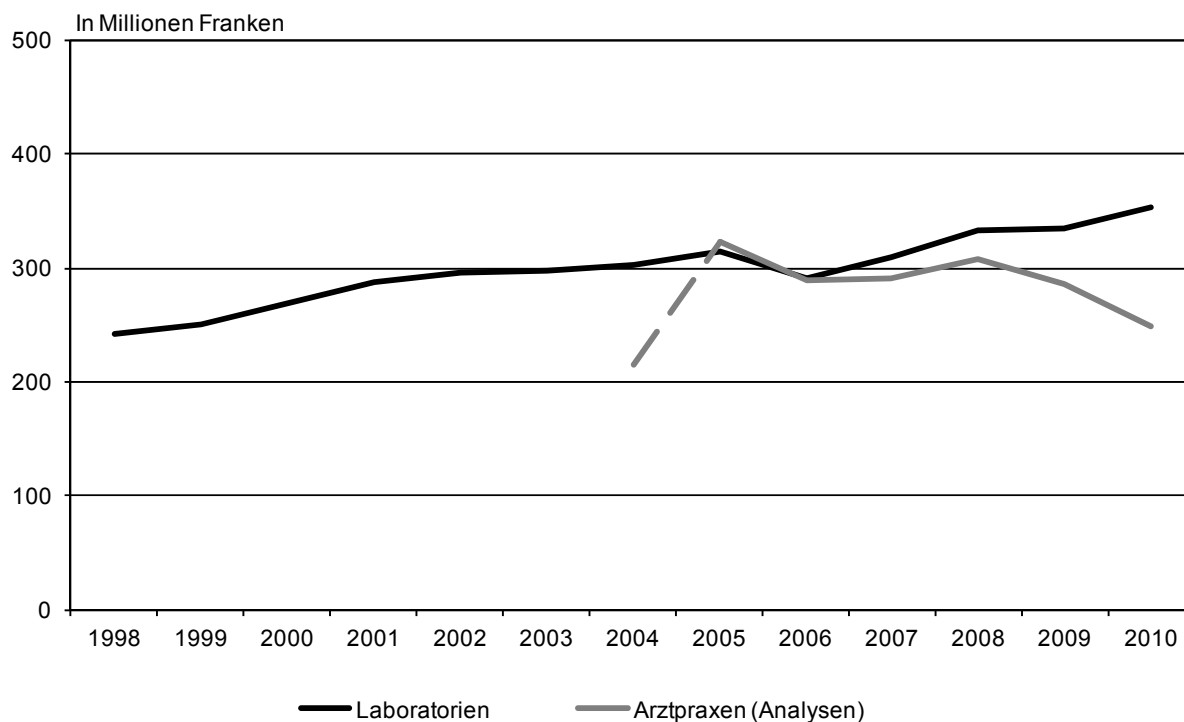
© Obsan

### 3.2.5 Medizinische Analysen

Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Kosten für die Laboratorien und ab 2004 für die Kosten der Analysen in Arztpraxen (ein Teil der Analysen in Arztpraxen wurde 2003 und 2004 nicht in dieser Kategorie verbucht). Die medizinischen Analysen, die in Spitälern und Apotheken durchgeführt wurden, können nicht separat aufgeführt werden. In diesem Teil werden die Analysen der Arztpraxen zum Vergleich separat dargestellt. Die Analysen der Arztpraxen sind wie erwähnt auch in den ambulanten Leistungen der Allgemein- und Fachmedizin enthalten (Teil 3.2.3).

Der Kostenrückgang für medizinische Analysen im Jahr 2006 ist damit zu erklären, dass der Taxpunktwert für Analysen von 1 Franken auf 90 Rappen gesenkt wurde (Abbildung 7). Diese Kostenabnahme ist in beiden präsentierten Kategorien (Laboratorien und Arztpraxen) festzustellen. Im Juli 2009 wurden die neuen Tarife für Laboranalysen eingeführt, was sich teilweise bereits in den Kosten von 2009 und vollumfänglich in den Kosten von 2010 niederschlug, vor allem bei den Arztpraxen. In den Laboratorien hingegen führte dies 2010 nicht zu einer Kostensenkung.

**Abbildung 7** Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: medizinische Medizinische Analysen, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

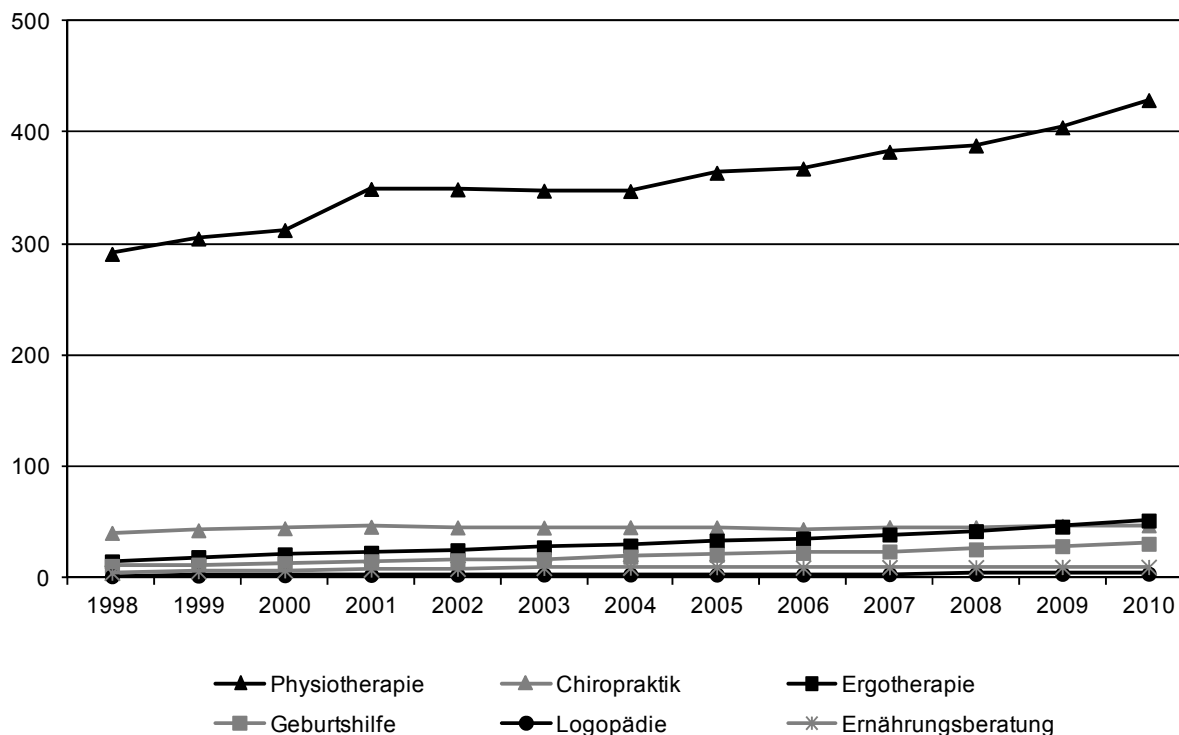
© Obsan

### 3.2.6 Spezifische Therapien

In der Kategorie «spezifische Spezifische Therapien» werden die übrigen Leistungserbringer zusammengefasst, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen in Rechnung stellen können. Es handelt sich dabei um Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Chiropraktiker und Chiropraktikerinnen, Hebammen, Logopäden und Logopädinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen. Auf die Physiotherapie entfallen rund 75% der Ausgaben für diese Kategorie.

Das durchschnittliche jährliche Wachstum ist je nach Leistungserbringer sehr unterschiedlich hoch (Abbildung 8). Relativ geringe Wachstumsraten weisen die Physiotherapie (3,3%) und die Chiropraktik (1,3%) auf, höher sind die Werte bei der Ernährungsberatung (6,3%), der Logopädie (7,8%), den Hebammen (9,0%) und der Ergotherapie (10,9%).

**Abbildung 8** Nettokosten OKP nach Leistungskategorie: spezifische Spezifische Therapien, 1998–2010, zu konstanten Preisen (1998=100)



Quelle: Datenpool santésuisse, / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.2.7 Andere Leistungen

Die Kategorie «Andere Leistungen» verursachte 2010 1,9% der Nettokosten der OKP. Zwischen 1998 und 2010 gingen diese Ausgaben pro Jahr um durchschnittlich 0,1% zurück. Aufgrund der hohen Zahl von Leistungserbringern in der Kategorie «Andere Leistungen» (Anhang 1) ist es schwierig, die Kostenentwicklung in diesem Kategorie Bereich zu interpretieren. Aus diesem Grund wird diese Kategorie im vorliegenden Bericht nicht im Detail analysiert.

## 3.3 Entwicklung der Ausgaben der OKP nach Regionen / Kantonen

### 3.3.1 Einleitung

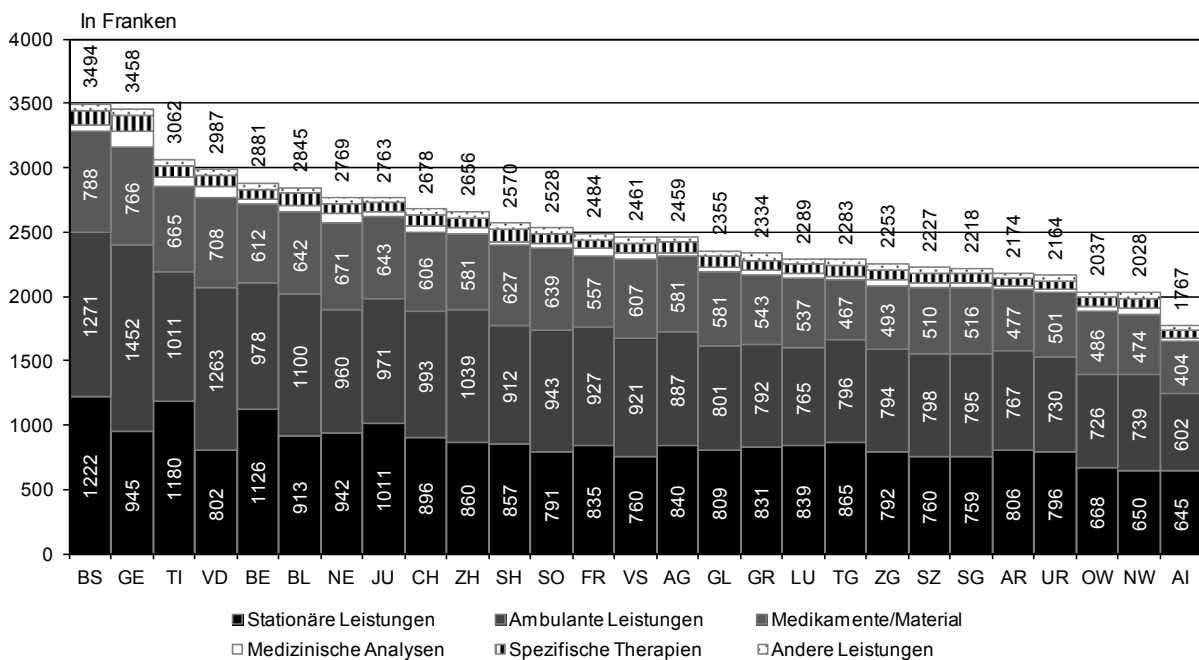
Die unterschiedlich hohen Gesundheitskosten der Kantone gehören zu den Themen, mit denen sich das Obsan seit mehreren Jahren befasst. Eine Literaturrecherche des Obsan (Camenzind 2008) hat ergeben, dass gemäss Studien folgende Faktoren für die kantonale unterschiedliche Entwicklung der Gesundheitskosten verantwortlich sind: Ärztedichte, Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Arbeitslosenquote, Urbanisierungsgrad, Zugehörigkeit zu lateinischer Sprache und Kultur, Apothekendichte, technischer Fortschritt. Erwähnt werden auch Faktoren wie die Sterblichkeitsrate, das nominale Lohnwachstum, die Dichte an Spitalbetten, der Anteil von Spezialkliniken, der Anteil sozial randständiger Personen, die Abgabe von Medikamenten in den Arztpraxen, der Ausländeranteil sowie die Preise für Gesundheitsgüter und -leistungen.

Die interkantonalen Unterschiede sind das Ergebnis unterschiedlich funktionierender Gesundheitssysteme und blieben im Beobachtungszeitraum tendenziell konstant. Die Daten aus dem

Datenpool geben einen Überblick zur Kostenentwicklung in den Kantonen und nach Leistungskategorien. Ein Blick zurück auf die Kostenentwicklung zeigt, dass in der Organisation der kantonalen Gesundheitssysteme gewisse Änderungen vorgenommen wurden, etwa die Förderung der Spitex gegenüber der Betreuung in Alters- und Pflegeheimen oder eine Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Spitalbereich.

Die hier präsentierten Ergebnisse verdeutlichen, dass die kantonalen Unterschiede bereits bestanden, als die obligatorische Krankenpflegeversicherung eingeführt wurde, und dass sie, mit wenigen Ausnahmen, in den vergangenen zwölf Jahren relativ konstant blieben. Nach wie vor sind in Kantonen mit hohen Kosten pro versicherte Person, z.B. Genf und Basel-Stadt, am teuersten und kleine Kantone wie Nidwalden und Appenzell Innerrhoden am günstigsten. Einige Kantone lagen 2010 in einem anderen Bereich der Rangliste als 1998: Der Kanton Bern ist zum Beispiel aufgrund des höchsten Wachstums der OKP-Nettokosten pro versicherte Person vom 10. auf den 5. Rang vorgerückt (die Daten von 1998 sind im Anhang 6 zu finden). 2010 lagen die Nettokosten pro versicherte Person zu laufenden Preisen zwischen 1767 Franken (AI) und 3494 Franken (BS), was fast dem Doppelten entspricht (Abbildung 9).

**Abbildung 9 Nettokosten pro versicherte Person nach Leistungskategorie, nach Wohnkanton der Versicherten, 2010, zu laufenden Preisen**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Je nach Leistungskategorie bestehen bedeutende regionale Unterschiede. Diese Abweichungen sind teilweise auf unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen zurückzuführen (zum Beispiel bei der Medikamentenabgabe oder den Spitalsubventionen). In den Kantonen mit überdurchschnittlich hohen Nettokosten bestehen substantielle Unterschiede, was die Anteile der stationären und der ambulanten Leistungen betrifft. Die Nettokosten pro versicherte Person für stationäre Leistungen liegen zum Beispiel im Kanton Waadt unter dem schweizerischen Durchschnitt. Hingegen verursachen die Versicherten in den Kantonen Waadt und Genf, nach Basel-Stadt, die höchsten Kosten für ambulante Leistungen. Im Kanton Basel-Stadt ist ein Teil der hohen Nettokosten mit der Altersstruktur der Bevölkerung zu erklären. Zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur werden die Ergebnisse nachfolgend standardisiert.

In diesem Teil werden die unterschiedlichen Entwicklungen der kantonalen Nettokosten kurz zusammengefasst. Die Daten sind altersstandardisiert und teuerungsbereinigt (1998=100). Dadurch wird erkennbar, welchen Einfluss Faktoren haben, die nicht in Zusammenhang mit der Altersstruktur der Bevölkerung und mit der Teuerung stehen. Wie in der Einführung dieses Berichts erwähnt, wird sich eine spätere Publikation des Obsan eingehender den Faktoren widmen, die für die kantonalen Kostenunterschiede verantwortlich sind.

### 3.3.2 Stationäre Leistungen

Mit einem Index lässt sich die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2010 in den verschiedenen Kantonen analysieren. Die Kantone werden nach dem Index für das Jahr 2010 in absteigender Reihenfolge klassiert. Die Werte von 1998 werden ebenfalls angegeben, damit sich die Kostenentwicklung zwischen diesen beiden Jahren vergleichen lässt. Die durchschnittliche jährliche Veränderung zwischen 1998 und 2010 ist grafisch in Prozent dargestellt.

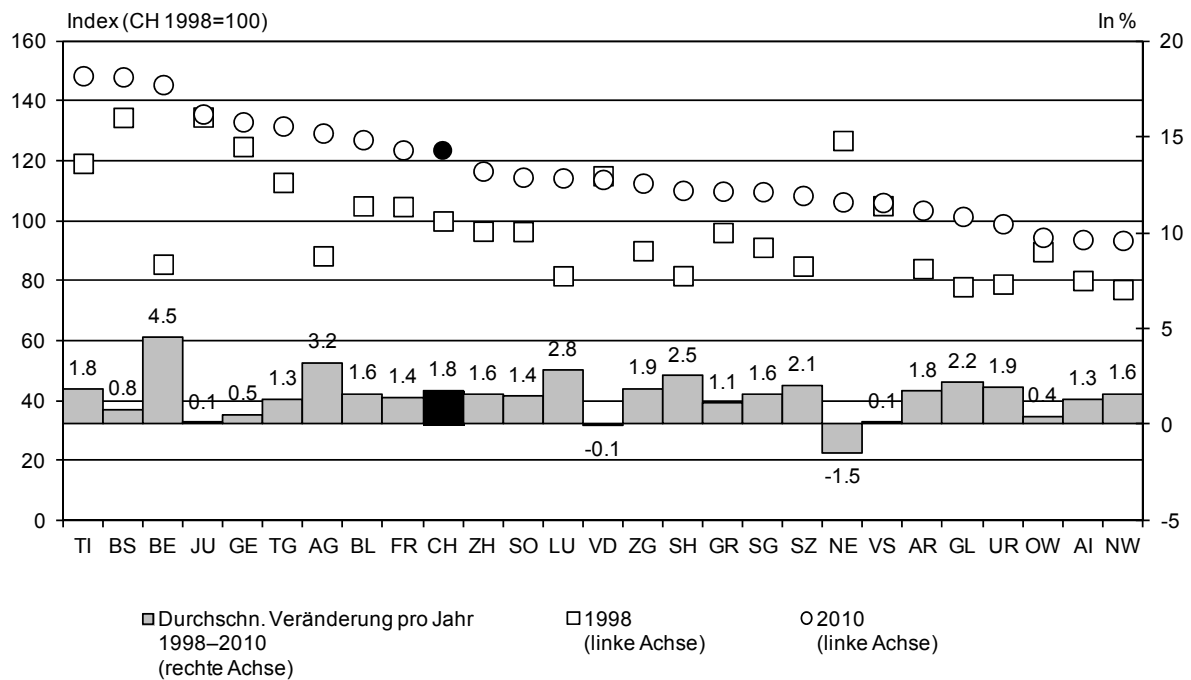
1998 beliefen sich die altersstandardisierten Nettokosten für den **stationären Spitalbereich** in der Schweiz auf 473 Franken pro versicherte Person (Abbildung 10). Dieser Wert wird als Referenzindex (100) verwendet. 2012 betragen diese Kosten 584 Franken. Der Indexwert beträgt damit 123, was einer Zunahme von 23% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Daraus resultiert ein durchschnittliches Kostenwachstum von 1,8% pro Jahr (rechte Achse). Das durchschnittliche jährliche Wachstum lag dabei zwischen -1,5% (NE) und 4,5% (BE). Allgemein ist der durchschnittliche jährliche Kostenanstieg im stationären Spitalbereich im Vergleich zu den übrigen analysierten Leistungskategorien moderat.

In den Kantonen BE und AG lagen die Nettokosten pro versicherte Person 1998 unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt, nach einem markanten Wachstum bis 2010 hingegen darüber. *santésuisse* (2005) führt das teilweise bedeutende Kostenwachstum in gewissen Kantonen nicht nur auf höhere Tarife und Mengen zurück, sondern auch auf eine Verlagerung kantonaler Ausgaben in die Krankenversicherung und auf eine Verschiebung von ambulanten zu stationären Leistungen im Jahr 2004 mit dem Ziel der Kostenneutralität nach der Einführung von TARMED (*santésuisse* 2005). Im Kanton Bern spielte die Verlagerung von Leistungen der Zusatzversicherungen in die Grundversicherung eine wichtige Rolle beim Kostenwachstum in dieser Kategorie. Bis 2004 wurden nämlich die Ausgaben für Spitalaufenthalte in der allgemeinen Abteilung von Privatspitälern nicht durch die Grundversicherung getragen.

Die einzigen Kantone mit rückläufigen stationären Spitalkosten sind Neuenburg und Waadt. Allgemein sind in den französischsprachigen Kantonen die Kosten weniger stark gestiegen als in der Schweiz insgesamt.

In den vergangenen Jahren kam es in diesen Kantonen zu bedeutenden Zusammenschlüssen von Spitälern zu grösseren Verwaltungseinheiten (Hôpital neuchâtelois, Spital Wallis usw.). Diese Restrukturierungen sowie die kürzere Aufenthaltsdauer in den Spitälern – die von 8,4 Tagen im Jahr 2000 auf 7 Tage im Jahr 2009 zurückging (Obsan 2011) – trugen wahrscheinlich zu einem geringeren Kostenwachstum im stationären Spitalbereich bei.

**Abbildung 10 Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spital stationär, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

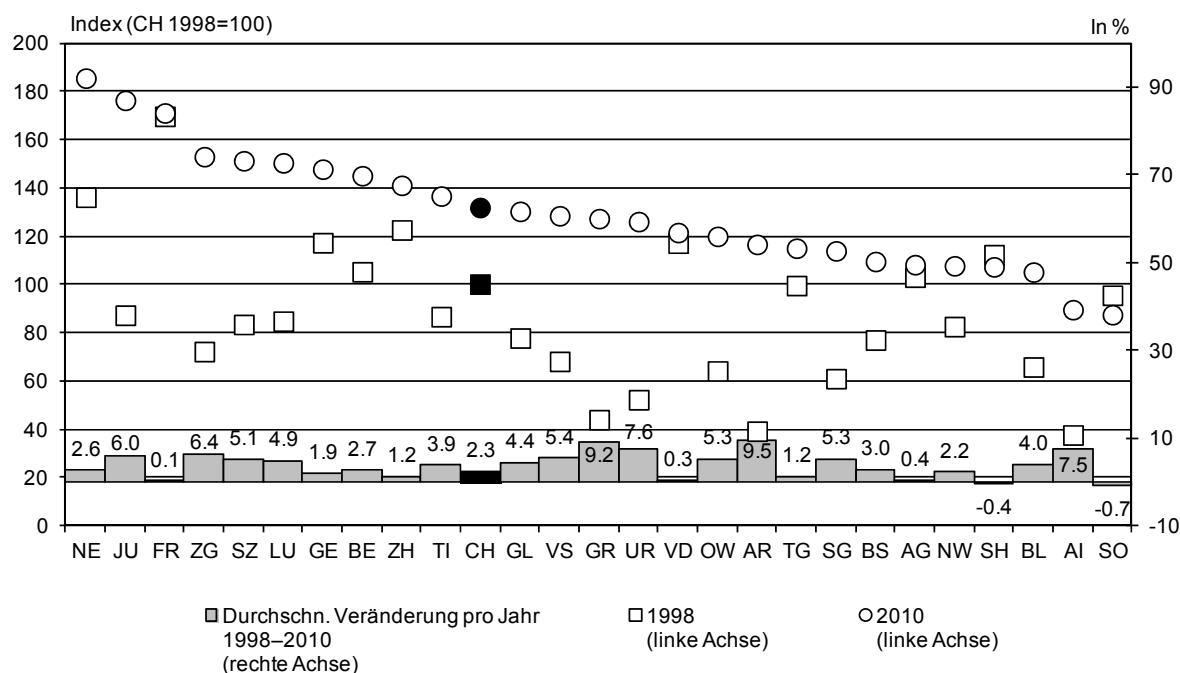
© Obsan

Dazu gilt es anzumerken, dass es sich hier nur um den Teil der Ausgaben für den stationären Spitalbereich handelt, den die Krankenversicherer rückvergüten. Die kantonalen Subventionen sind je nach Kanton sehr unterschiedlich hoch. Mindestens die Hälfte der Kosten übernimmt der Kanton, für den Rest kommt die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf (OECD 2006). Die individuelle Spitalfinanzierung der Kantone erschwert einen Vergleich der OKP-Ausgaben. Dieser Anteil reicht von 41% (TI) bis 74% (GE) und kann die Interpretation der Ergebnisse in Abbildung 10 verändern.

Die Leistungen der **Alters- und Pflegeheime** sind in der Leistungserbringerkategorie «APH» enthalten, können aber auch durch Spitäler erbracht werden. 1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für die Alters- und Pflegeheime auf 151 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 11). 2010 betrug die Nettokosten pro versicherte Person für die APH 199 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 2,3% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Die kantonalen Unterschiede sind bei diesen Leistungserbringern bedeutend, das durchschnittliche Wachstum pro Jahr reicht von -0,7% (SO) bis 9,5% (AR). Auch die absoluten Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind ausgeprägt: Die Nettokosten pro versicherte Person betragen im Kanton Neuenburg 280 Franken, im Kanton Solothurn hingegen 132 Franken.



**Abbildung 11 Indizes zu den Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, APH, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

In den Kantonen JU, ZG, SZ, LU und TI, deren Kosten 1998 unter dem schweizerischen Durchschnitt lagen, sind die Ausgaben nach einem markanten Wachstum in 2010 höher als im schweizerischen Durchschnitt. Diese Entwicklung ist nicht auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen, da die Indizes altersstandardisiert sind. In dieser Leistungskategorie bestehen bedeutende kantonale Unterschiede. Die Bevölkerung ab 65 Jahren wächst in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich schnell, und der Bettenbedarf ist unter anderem von diesem Faktor abhängig. Diese Unterschiede widerspiegeln auch die unterschiedliche Infrastruktur (Bettenzahl usw.) in den Kantonen. Die Bettenzahl pro Einwohnerin bzw. Einwohner ab 65 Jahren reicht beispielsweise von 50 auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Genf bis zu 120 auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Appenzell Ausserrhoden (Höpflinger und Bayer-Oglesby 2010). Die Rate der Inanspruchnahme in den APH variiert auch nach Wohnkanton (Obsan 2011d).

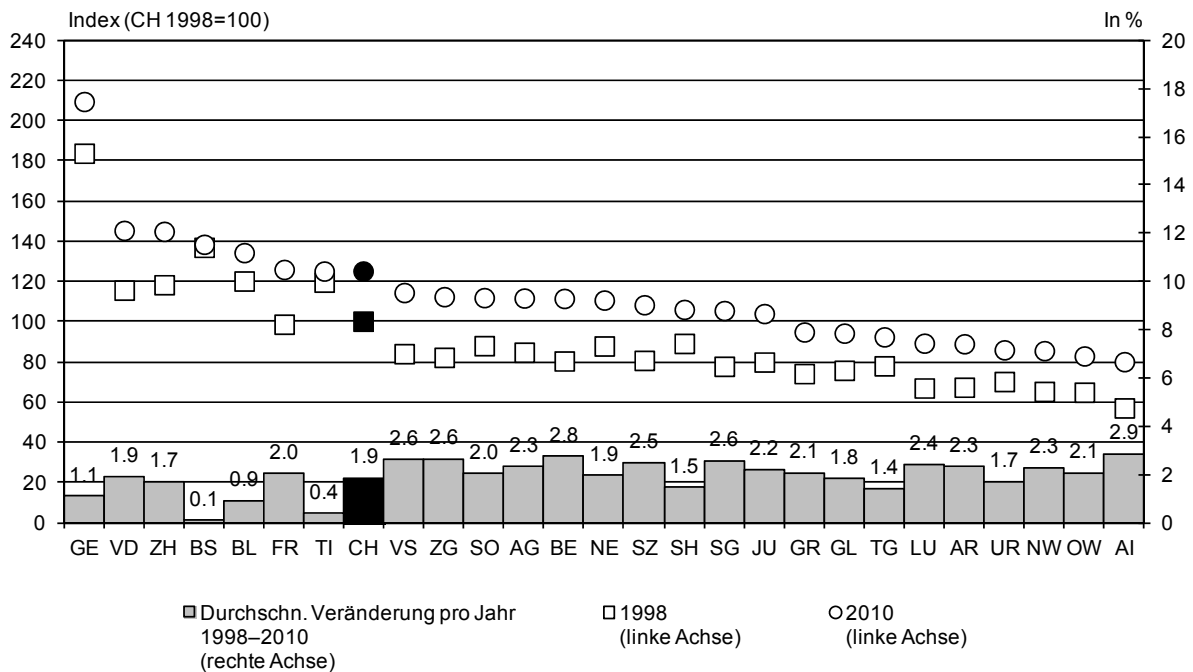
### 3.3.3 Ambulante Leistungen

Bei den ambulanten Leistungen war zwischen 1998 und 2010 nach der Kategorie Medikamente/Material das zweithöchste Kostenwachstum zu verzeichnen (Teil 3.2.3). Wichtigste Leistungserbringer dieser Kategorie sind die Ärzteschaft, der ambulante Spitalbereich und die Spitex. Für die Spitex wird kein kantonaler Vergleich vorgenommen.

1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für die Leistungen in Arztpraxen auf 383 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 12). 2010 betrug die Nettokosten pro versicherte Person für die Ärzteschaft 478 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 1,9% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Besonders hoch waren die Kosten pro versicherte Person 2010 in Genf mit 803 Franken, besonders tief in Appenzell Innerrhoden mit 307 Franken.

Einzig im Kanton Freiburg, dessen Aufwendungen für die Leistungen der Arztpraxen 1998 unter dem schweizerischen Durchschnitt lagen, stiegen die Kosten so stark, dass sie 2010 höher als in der Schweiz insgesamt waren. In den Kantonen Tessin (+0,4%) und Basel-Stadt (+0,1%) stiegen die Nettokosten (im Jahresdurchschnitt) für die Leistungen in Arztpraxen in diesem Zeitraum nur wenig, sie lagen damit aber 2010 nach wie vor über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

**Abbildung 12 Indizes der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Arztpraxen, zu konstanten Preisen (1998=100)**



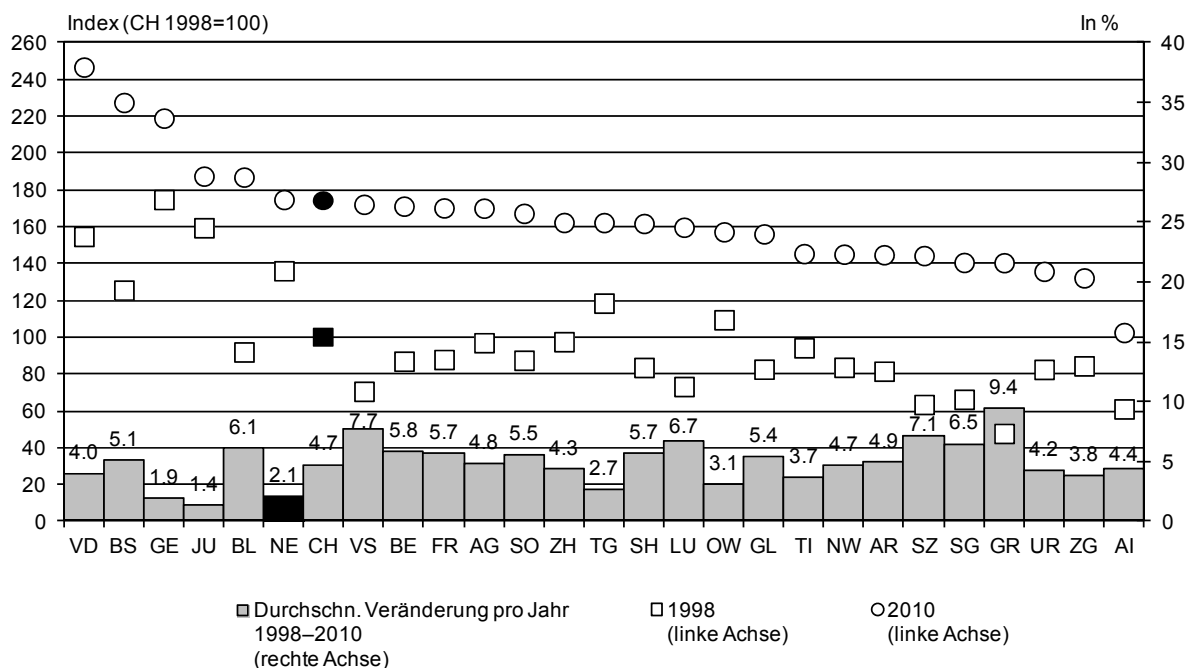
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Im ambulanten Spitalbereich gab es im zwölfjährigen Beobachtungszeitraum verschiedene Reformen, wie die Einführung von TARMED, die Schaffung integrierter Strukturen (Spitäler und Arztpraxen), die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Spitalbereich, der technologische Fortschritt z.B. in der medizinischen Bildgebung, usw.

Diese Änderungen hatten eine Zunahme der Nettokosten pro versicherte Person in diesem Bereich (Teil 3.2.3) zur Folge. 1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für den ambulanten Spitalbereich auf 195 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 13). 2010 betrug sie 339 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 4,7% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Das Spektrum reichte dabei von 1,4% (JU) bis 9,4% (GR). Die kantonalen Unterschiede sind bedeutend, die Nettokosten pro versicherte Person betrug 2010 im Kanton Waadt 481 Franken und im Kanton Appenzell Innerrhoden 97 Franken.

**Abbildung 13 Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spital ambulant, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Einzig im Kanton Basel-Landschaft lagen die Kosten 1998 noch unter dem schweizerischen Durchschnitt, 2010 hingegen darüber. In mehreren Kantonen wuchsen die Nettokosten im ambulanten Spitalbereich unterdurchschnittlich stark (VD, GE, JU, NE, ZH, TG, OW, TI, UR, ZG, AI). In den Kantonen Thurgau und Obwalden sanken die spitalambulanten Kosten im landesweiten Vergleich von einem überdurchschnittlichen auf einen unterdurchschnittlichen Betrag.

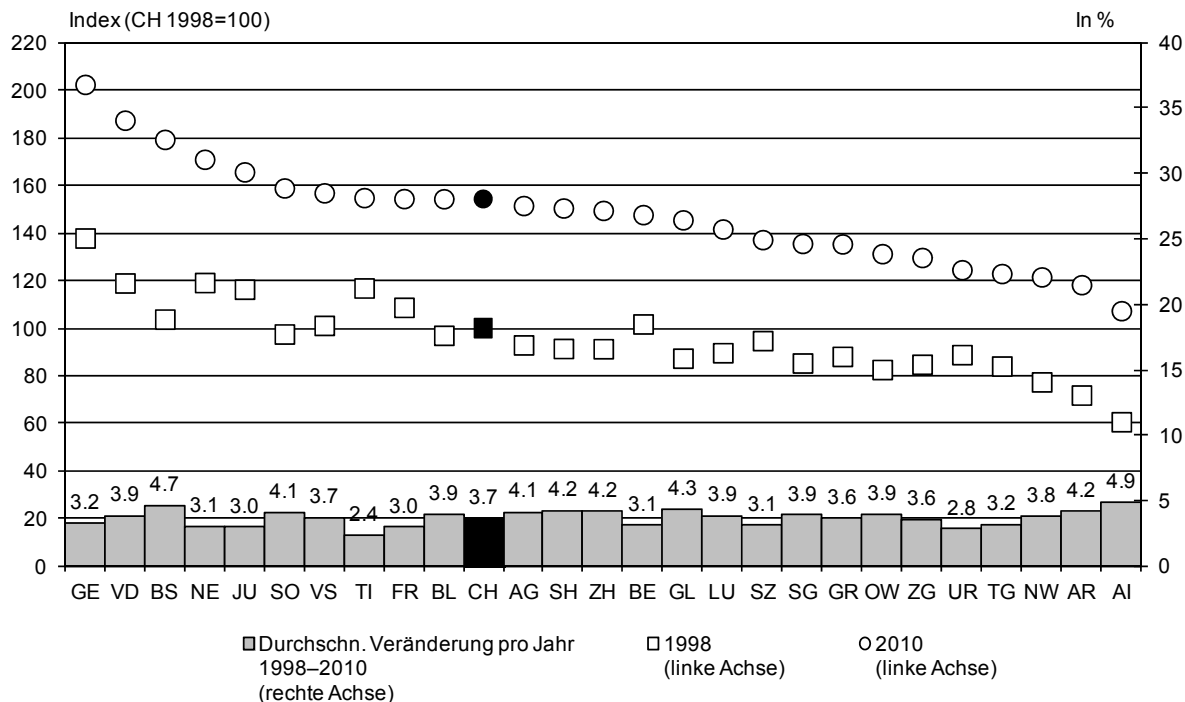
Die Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen, gemessen an der Zahl der Konsultationen, hat im Beobachtungszeitraum stark zugenommen. Verhaltensänderungen (Inanspruchnahme pro Person) sowie die Art der erbrachten Leistungen (Inhalt der Konsultationen) erklären einen Grossteil der Kostenentwicklung in dieser Kategorie. Demografische Faktoren (Bevölkerungszuwachs und Alterung) haben nur einen geringen Anteil an dieser Entwicklung (Teil 3.4.7).

### 3.3.4 Medikamente und Material

1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für die Leistungskategorie Medikamente und Material auf 344 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 14). 2010 betrug die Nettokosten pro versicherte Person für Medikamente und Material 530 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,7% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Die Bandbreite reichte dabei von 2,4% (TI) bis 4,9% (AI). Die Nettokosten pro versicherte Person betrug 2010 im Kanton Waadt 696 Franken und im Kanton Appenzell Innerrhoden 369 Franken.

In den Kantonen SO und BS sind die Nettokosten pro versicherte Person für Medikamente/Material so gestiegen, sodass sie 2010 über dem schweizerischen Durchschnitt lagen, was 1998 noch nicht der Fall gewesen war. Der Kanton Bern gab 2010 dank eines moderaten Kostenwachstums weniger für Medikamente/Material aus als der Durchschnitt der Schweiz Kantone, während diese Ausgaben 1998 noch über dem schweizerischen Mittel gelegen hatten.

**Abbildung 14 Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Medikamente und Material, zu konstanten Preisen (1998=100)**



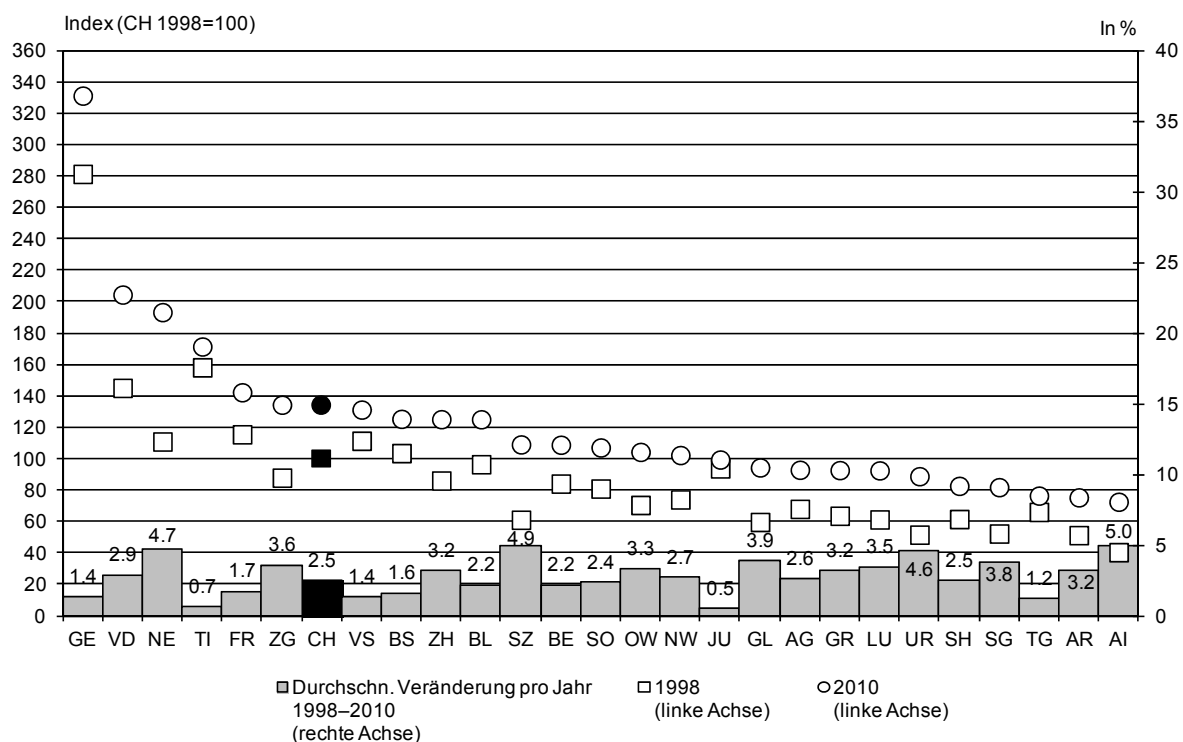
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.3.5 Medizinische Analysen

1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für die medizinische Analysen in Laboratorien auf 34 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 15). 2010 betrug diese 45 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 2,5% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Die Bandbreite reichte dabei von 0,5% (JU) bis 5,0% (AI). Die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind beträchtlich: Im Kanton Genf waren die Nettokosten 2010 mit 111 Franken pro versicherte Person fünfmal höher als im Kanton Appenzell Innerrhoden (24 Franken). Mit Ausnahme des Kantons Jura sind die Nettokosten für Laboranalysen in den lateinischen Kantonen (französischsprachige Kantone und Tessin) höher als im schweizerischen Durchschnitt. Nicht berücksichtigt sind bei diesen Ergebnissen die in Arztpraxen durchgeführten Analysen.

**Abbildung 15 Index der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Laboranalysen, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Einzig im Kanton Zug sind die Nettokosten von einem unterdurchschnittlichen Wert 1998 inzwischen auf ein im schweizerischen Vergleich überdurchschnittliches Niveau gestiegen. Der Kostenzuwachs fiel aber geringer aus als die durchschnittlichen jährlichen Zunahmen in verschiedenen anderen Kantonen wie NE, SZ, GL UR, SG und AI.

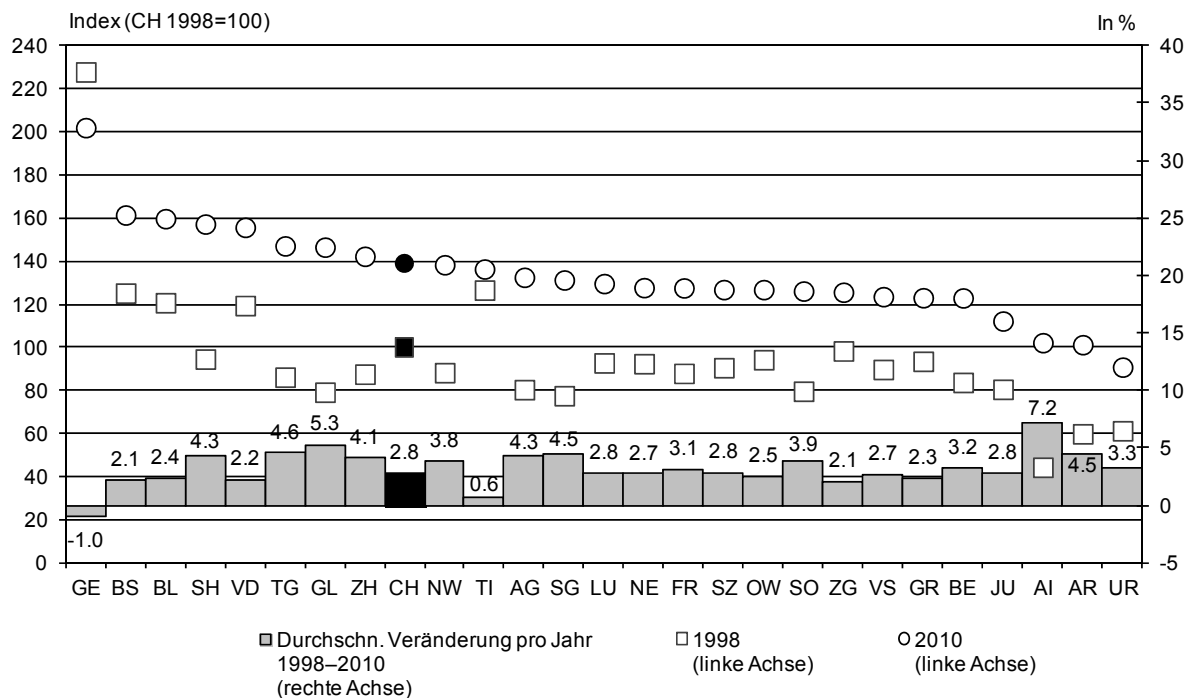
### 3.3.6 Spezifische Therapien

Die spezifischen Therapien beinhalten die Leistungserbringer Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Chiropraktiker und Chiropraktikerinnen, Hebammen, Logopäden und Logopädinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen. Wie in Teil 3.2.6 erwähnt, entfallen 75% der Kosten für diese Leistungskategorie auf die Physiotherapie.

1998 beliefen sich die durchschnittlichen Nettokosten für spezifische Therapien auf 52 Franken pro versicherte Person (Indexwert 100, Abbildung 16). 2010 betrug die Nettokosten pro versicherte Person für die spezifischen Therapien 72 Franken, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 2,8% zwischen 1998 und 2010 entspricht. Die Bandbreite reichte dabei von -1,0% (GE) bis 7,2% (AI). Der Kanton Genf war der einzige Kanton, in dem die Ausgaben für diese Kategorie zurückgingen, die Nettokosten pro versicherte Person sind aber in diesem Kanton noch immer am höchsten (Indexwert 202). Die Kosten lagen 2010 zwischen 105 Franken pro versicherte Person im Kanton Genf und 47 Franken im Kanton Uri.

In den Kantonen SH, TG, GL und ZH sind die Nettokosten in dieser Kategorie deutlich gestiegen (>4%), was zur Folge hatte, dass sie 2010 über dem schweizerischen Durchschnitt lagen, während diese Kantone 1998 noch weniger ausgegeben hatten als der Durchschnitt der Kantone.

**Abbildung 16** Indizes der Nettokosten pro versicherte Person und durchschnittliche Veränderung pro Jahr (in %), altersstandardisiert, nach Kanton, 1998 und 2010, Spezifische Therapien, zu konstanten Preisen (1998=100)



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.3.7 Kommentar

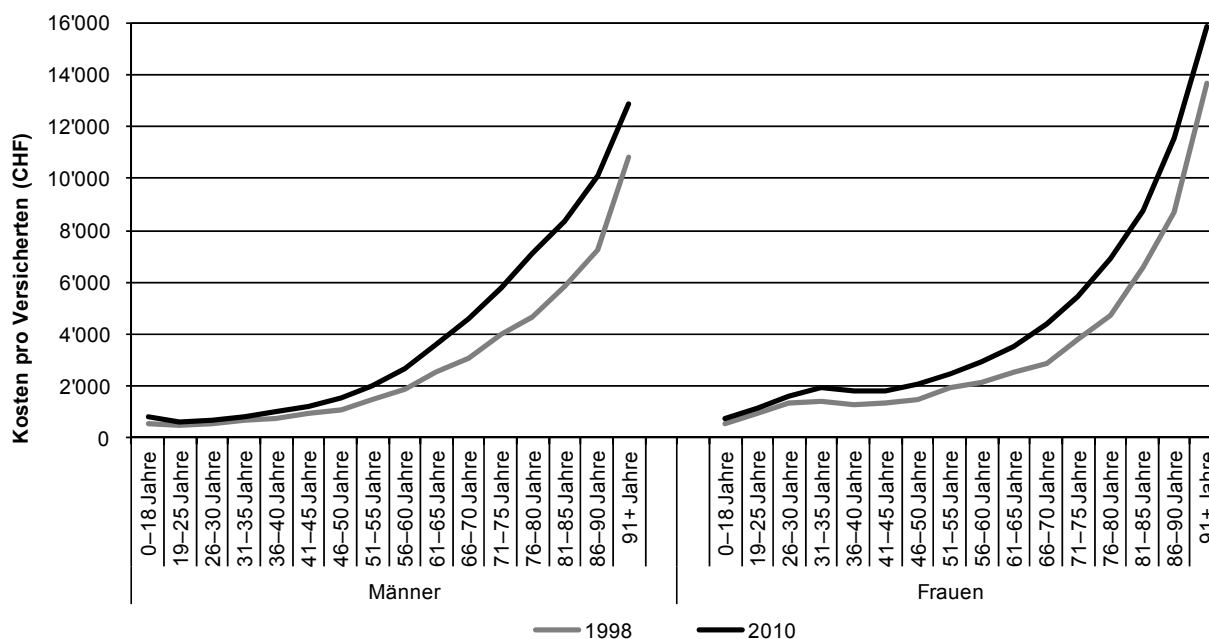
Die in diesem Teil präsentierten Abbildungen geben lediglich einen Überblick zu den kantonalen Unterschieden bei den Ausgaben der OKP. Innerhalb der meisten Leistungsarten blieben die 1998 beobachteten Unterschiede während des gesamten Beobachtungszeitraums bestehen. Die Leistungsarten «APH» und «Spital ambulant» entwickelten sich je nach Kanton aus zwei Gründen sehr unterschiedlich: Erstens passen die Kantone ihre Infrastruktur zur Beherbergung und Pflege älterer Menschen der jeweiligen Bevölkerungsentwicklung und deren Verhaltensmuster an (Alterung, Inanspruchnahme von APH-Leistungen, Spitex usw.). Zweitens ist die Entwicklung bei den ambulanten Spitalleistungen auf Verhaltensänderungen bei der Inanspruchnahme, aber auch auf veränderte ambulante Leistungen der Spitäler zurückzuführen (Anteile der stationären bzw. ambulanten Leistungen, höhere Zahl erbrachter Leistungen: MRT, CT usw.).

### 3.4 Entwicklung der Ausgaben der OKP und der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

#### 3.4.1 Einleitung

Dieser Teil widmet sich der Kostenentwicklung der OKP von 1998 bis 2010 für gewisse Leistungskategorien nach Alter und Geschlecht. Es ist wichtig, diese beiden demografischen Variablen zu berücksichtigen, da sie die Kosten direkt beeinflussen. Abbildung 17 zeigt die Nettokosten pro versicherte Person der OKP für alle Leistungskategorien insgesamt<sup>10</sup> in den Jahren 1998 und 2010 nach Geschlecht und Alter. Es besteht dabei ein klarer positiver Zusammenhang zwischen Alter und Kosten pro versicherte Person. In allen Alterskategorien und für beide Geschlechter sind die Kosten pro versicherte Person 2010 höher als 1998. Diese Verschiebung ist nicht demografisch bedingt, da die Kosten pro Altersklasse und pro versicherte Person analysiert werden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert hat. Dies ist jedoch in der Schweiz nicht der Fall. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung hat sich der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand zwischen 1997 und 2007 leicht verbessert<sup>11</sup> (BFS 2011). Ein Teil der Entwicklung könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Art der Erkrankungen verändert hat und zum Beispiel mehr chronische Krankheiten auftreten, die langwierige Behandlungen erfordern. Weitere Faktoren, welche einen Einfluss auf diese Kostenentwicklung haben, werden nachfolgend zitiert.

**Abbildung 17 Nettokosten (in Franken) der OKP pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Leistungskategorien insgesamt, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Die Kostenentwicklung hängt von zahlreichen Faktoren ab. So haben Gerdtham und Jönsson (Gerdtham and Jönsson 2000) eine Studie verfasst, die einen umfassenden Überblick zur Fachliteratur über dieses Thema gibt. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich darauf, einige

<sup>10</sup> Die Kosten pro versicherte Person von 1998 bis 2010 sind in Anhang 7 zu finden.

<sup>11</sup> Auf die Frage: «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?» antworteten 1997 83,2% der Befragten mit «gut bis sehr gut». Dieser Anteil stieg 2002 auf 85,8% und 2007 auf 86,8%.

grundlegende Trends zu benennen. Eine spätere Obsan-Publikation wird sich dann mit diesen Einflussfaktoren noch eingehender beschäftigen.

Die Struktur der Versicherten (Alter und Geschlecht) und die Zahl der Versicherten sind zwei exogene Faktoren, die sich auf die Gesamtkosten der OKP auswirken (Gerber 2005). In der Schweiz stieg die Lebenserwartung zwischen 1998 und 2010 um 2,1 Jahre für die Frauen und um 3,9 Jahre für die Männer (BFS 2011), und auch die Überlebenswahrscheinlichkeit im fortgeschrittenen Alter hat deutlich zugenommen (BFS 2009). Gleichzeitig stiegen die Nettokosten pro versicherte Person (zu konstanten Preisen, 1998=100) der OKP zwischen 1998 und 2010 von 1'641 Franken auf 2'399 Franken an, was einem Wachstum von 46% entspricht (Abbildung 3). Angesichts dieser Entwicklung scheint die Frage naheliegend, wie sich die Alterung der Bevölkerung auf die Gesundheitskosten auswirkt. In der Fachliteratur ist umstritten, welche Rolle die Alterung für das Kostenwachstum spielt. Sicher ist, dass die letzten Lebensjahre vor dem Tod die Kosten stärker beeinflussen als die Alterung der Bevölkerung (Zweifel, Felder et al. 1999; Beck und Käser-Meier 2003; Dormont 2009; Nöthen 2011). Medizinische Innovationen sind ein weiterer bedeutender Faktor in der Entwicklung der Gesundheitskosten (Dormont 2009; Lamiraud und Lhuillery 2010). Auch veränderte Gewohnheiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen können die Kostenentwicklung der OKP beeinflussen. Dies kann sich zum Beispiel darin äussern, dass sich die Patientinnen und Patienten oder die Ärztinnen und Ärzte anders verhalten. Es ist auch festzustellen, dass die Kosten pro versicherte Person bei den Frauen höher sind, und dass das Kostenprofil von Frauen und Männern insbesondere in den unteren Altersklassen unterschiedlich aussieht. Frauen nehmen häufiger medizinische Leistungen in Anspruch und verursachen höhere Gesundheitskosten als Männer. Verantwortlich für die Unterschiede sind zu einem grossen Teil die höhere Lebenserwartung und die Kosten von Schwangerschaften und Geburten (Camenzind, Meier et al. 2005). Dafür pflegen Frauen häufiger als Männer Familienmitglieder oder Angehörige (Camenzind, Meier et al. 2005).

Grafische Analysen zur Kostenentwicklung nach Leistungskategorien veranschaulichen die geschlechts- und altersspezifischen Verhaltensunterschiede. Der Vergleich zwischen den Geschlechtern wird hier auf die wesentlichen Punkte beschränkt. Interessierte finden detailliertere Informationen zu diesem Thema in der Studie von Camenzind und Meier (2005). Ergänzt werden unsere Interpretationen durch eine Schätzung zur Inanspruchnahme der Leistungen für die Leistungskategorien, zu denen Daten vorliegen<sup>12</sup>. Den Schluss des Kapitels bildet eine Kostenaufteilung gemäss der in Abschnitt 2.4 beschriebenen Methode auf vier Faktoren: Bevölkerung, Altersstruktur, Inanspruchnahme und übrige Faktoren.

### 3.4.2 Stationäre Leistungen

Stationäre Leistungen werden vom stationären Bereich in Spitälern sowie von Alters- und Pflegeheimen erbracht (Anhang 1).

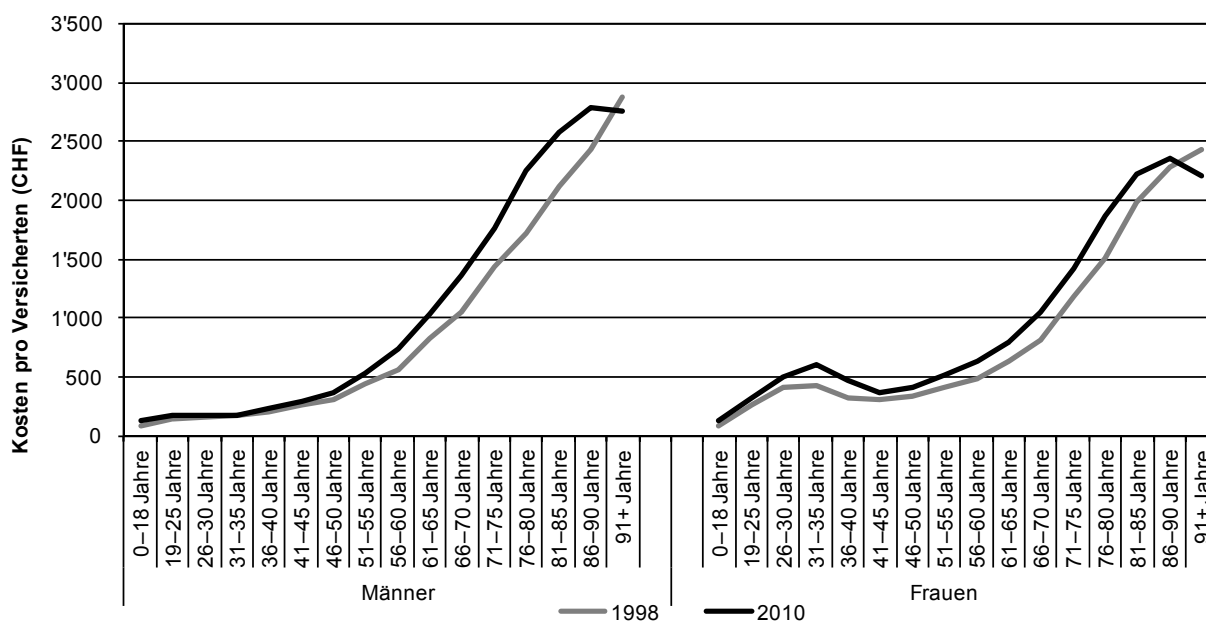
Die Kosten pro Person für den Leistungserbringer **Spital stationär** waren 2010 für alle Altersklassen und beide Geschlechter höher als 1998, ausser für die Gruppe der Personen ab 91 Jahren (Abbildung 18). Diese Ausnahme entfällt, wenn die Kosten 2010 mit einem anderen Jahr vor 1998 verglichen werden. Bei den Männern ist die Differenz ab einem Alter von 46 Jahren ausgeprägter. Bei den Frauen verlief die Entwicklung zwischen 1998 und 2010 für alle Altersklassen homogener. Der leichte Kostenrückgang in der höchsten Altersklasse im Jahr 2010 ist damit zu erklären, dass die Zahl der Spitaltage pro versicherte Person in dieser Altersklasse besonders stark zurückging (Abbildung 19). Diese Abnahme kann zum Beispiel daher rühren, dass der stationäre Spitalbereich zuvor vermehrt als Übergangslösung vor dem Eintritt in ein APH diente.

<sup>12</sup> Die Schätzung zur Inanspruchnahme basiert auf den gesamten Daten des Datenpools. Nicht möglich ist eine Schätzung zur Inanspruchnahme auf der Basis der Nettokosten.



Für beide Geschlechter ist ein ähnlicher Grundtrend festzustellen (Abbildung 18). Die Kosten für die Männer steigen bis zum Alter von 50 Jahren langsam und danach stark an. Die Kurve zu den Kosten für die Frauen weicht in zwei Punkten ab: Die Ausgaben nehmen bis zum Alter von 35 Jahren zu, gehen dann zurück und steigen ab 45 Jahren wieder an. Der erste Kostenanstieg bei den Frauen steht im Zusammenhang mit Mutterschaft. Diese Spitze ist auch in den Leistungskategorien Fachmedizin ohne Psychiatrie, ambulanter Spitalbereich, medizinische Analysen und spezifische Therapien vorhanden. Auf diesen Punkt wird im Bericht nicht mehr näher eingegangen. Ab der Altersklasse der 51- bis 55-Jährigen verursachen die Männer höhere Kosten als die Frauen. Der Grund dafür könnte in einer vermehrten Inanspruchnahme liegen, da die Zahl der Spitaltage bei den Männern ab dieser Altersklasse höher ist, ausser bei den 81- bis 85-Jährigen und bei den 86- bis 90-Jährigen (Abbildung 19). Camenzind und Meier (2005, S. 80) vermuten, dass die Männer ab 50 Jahren im Spital häufiger in teureren Abteilungen behandelt werden als die Frauen.

**Abbildung 18 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital stationär, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

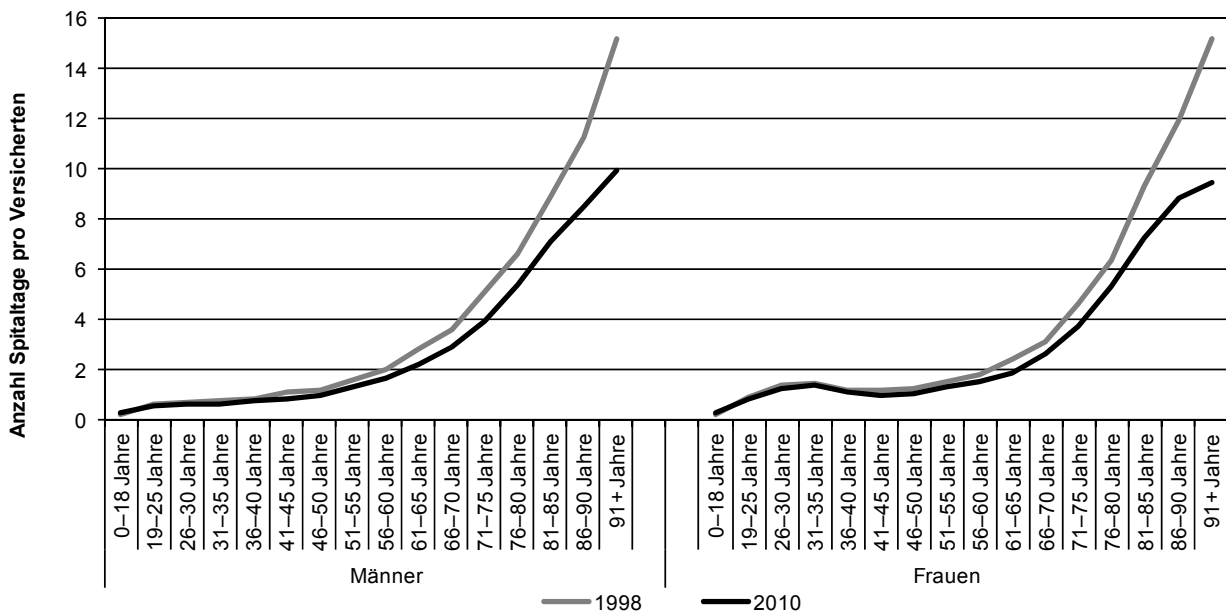
© Obsan

Die Schätzung zur Inanspruchnahme beruht auf der Zahl der Spitaltage pro versicherte Person im stationären Spitalbereich (Abbildung 19). Zwischen 1998 und 2010 ging die Inanspruchnahme in allen Altersklassen mit Ausnahme der jüngsten zurück. Besonders ausgeprägt war dieser Trend bei den beiden höchsten Altersklassen (siehe Kommentar Abbildung 18). Dieser Rückgang (für alle Altersklassen mit Ausnahme der untersten) zwischen 1998 und 2010 könnte die Folge einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Spitalbereich und in die Fachmedizin sein. In diesem Fall wäre ein Rückgang der Hospitalisierungsrate<sup>13</sup> zu erwarten, gemäss den Indikatoren des Obsan ist diese jedoch zwischen 2000 und 2009 tendenziell gestiegen (Obsan 2011). Allerdings ist auch bei einer steigenden Hospitalisierungsrate eine Verlagerung nicht ausgeschlossen. Denn ohne eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Spitalbereich und in die Fachmedizin wäre die Hospitalisierungsrate möglicherweise noch mehr gestiegen. Neben der Zahl der Spitaltage pro Person ist aber auch die durchschnittliche Dauer der Spitalaufenthalte gesunken (Obsan 2011). Diese kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital kann ein Hinweis auf verbesserte Behandlungen sein (technischer Fortschritt), aber auch auf eine veränderte medizinische Praxis.

<sup>13</sup> Die Hospitalisierungsrate entspricht der Zahl der stationären Spitalaufenthalte pro Einwohner/in.

Schliesslich ist interessant, dass die niedrigere Zahl der Spittage pro versicherte Person nicht mit einem Kostenrückgang verbunden war. Diese Kosten sind zwischen 1998 und 2010 sogar gestiegen (Abbildung 18). Somit war ein Spittag 2010 klar teurer als 1998. Mögliche Gründe sind eine grössere Zahl von Behandlungen und/oder kostspieligere Behandlungen. Die Erklärung, dass die einzelnen Behandlungen teurer geworden sind, steht in direktem Zusammenhang mit dem technischen Fortschritt (Dormont 2009).

**Abbildung 19 Spittage pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital stationär**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

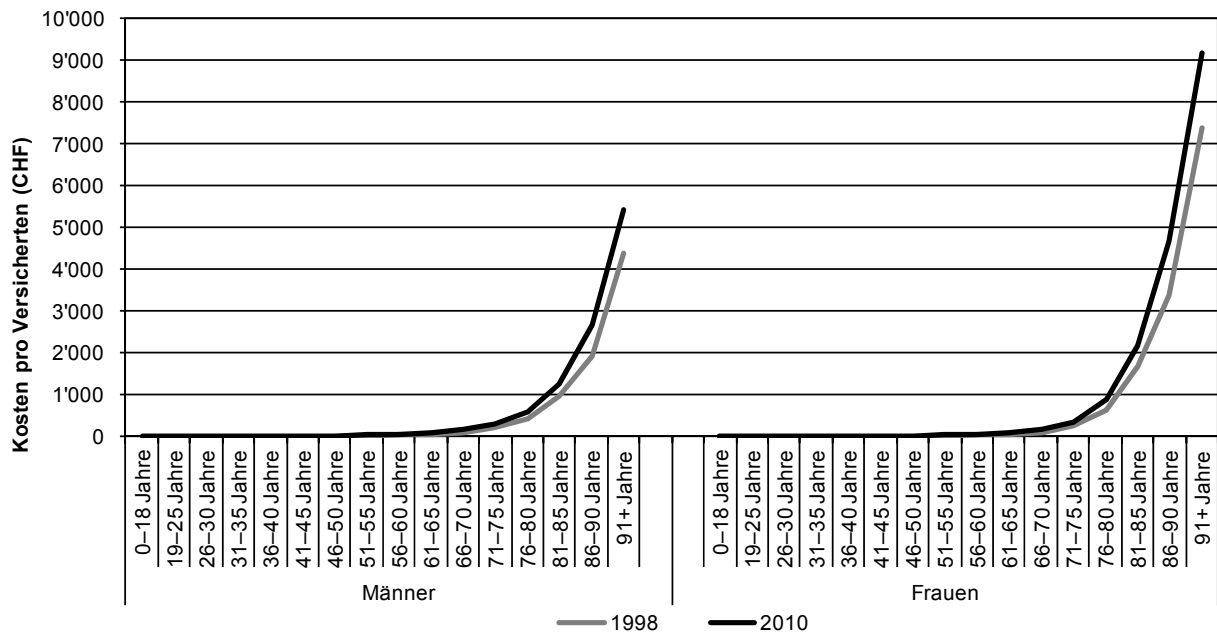
© Obsan

Beim Leistungserbringer **Alters- und Pflegeheime (APH)** waren die Kosten pro Person 2010 für alle Altersklassen ab 61 Jahren höher als 1998 (Abbildung 20). Bei beiden Geschlechtern sind die Kosten in der höchsten Altersklasse am wenigsten gewachsen (+24%). Am grössten war die Zunahme in der Altersklasse der 66- bis 70-Jährigen mit +50% bei den Männern und +58% bei den Frauen.

Das Verhältnis zwischen den Kosten pro versicherte Person und dem Alter ist bei beiden Geschlechtern ähnlich (Abbildung 20). Die Kosten sind bis zur Kategorie der 61- bis 65-Jährigen vernachlässigbar, dann nehmen sie bis zur höchsten Altersklasse rasch zu. In den höheren Altersklassen verursachen die Frauen grössere Kosten als die Männer. Dies hängt mit dem unterschiedlichen Verhalten der beiden Geschlechter zusammen: Frauen pflegen ihre Ehepartner häufig zu Hause. Sie selber hingegen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung auf Leistungen der APH angewiesen (Sturny 2004).

Die Zahl der Pflage Tage pro versicherte Person hat sich ähnlich entwickelt wie die damit verbundenen Kosten (Abbildung 21). Somit sind die Kosten für einen Pflage Tag zwischen 1998 und 2010 relativ stabil geblieben.

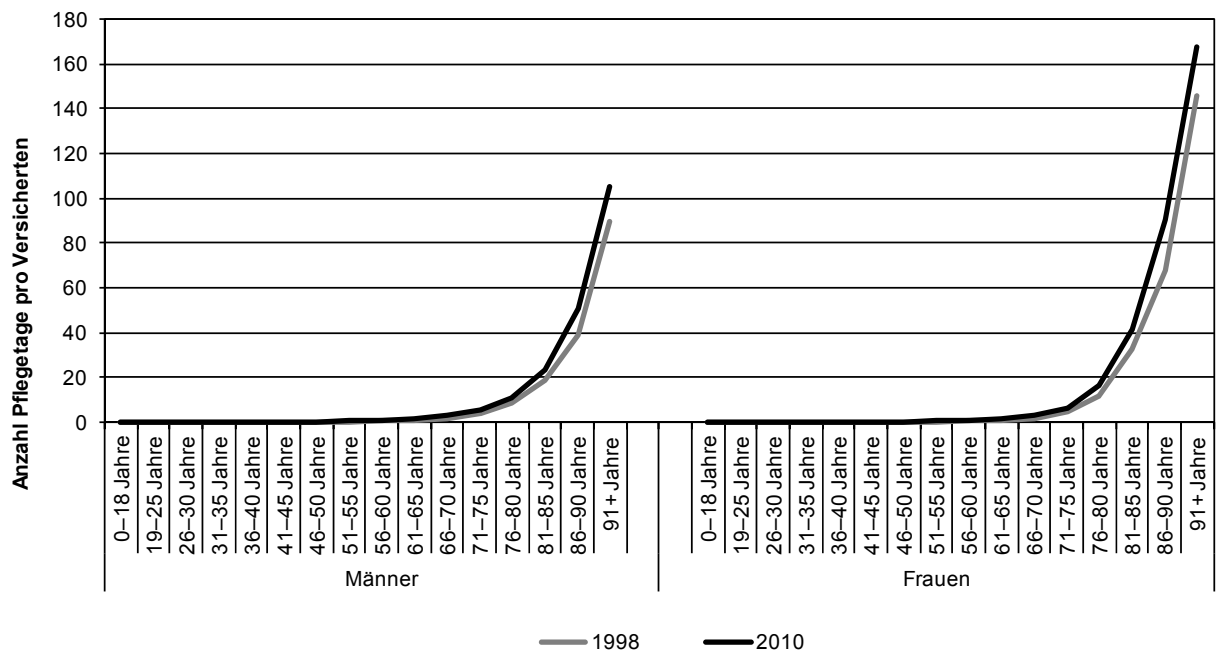
**Abbildung 20 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Alters- und Pflegeheime, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

**Abbildung 21 Pflegetage pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Alters- und Pflegeheime**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

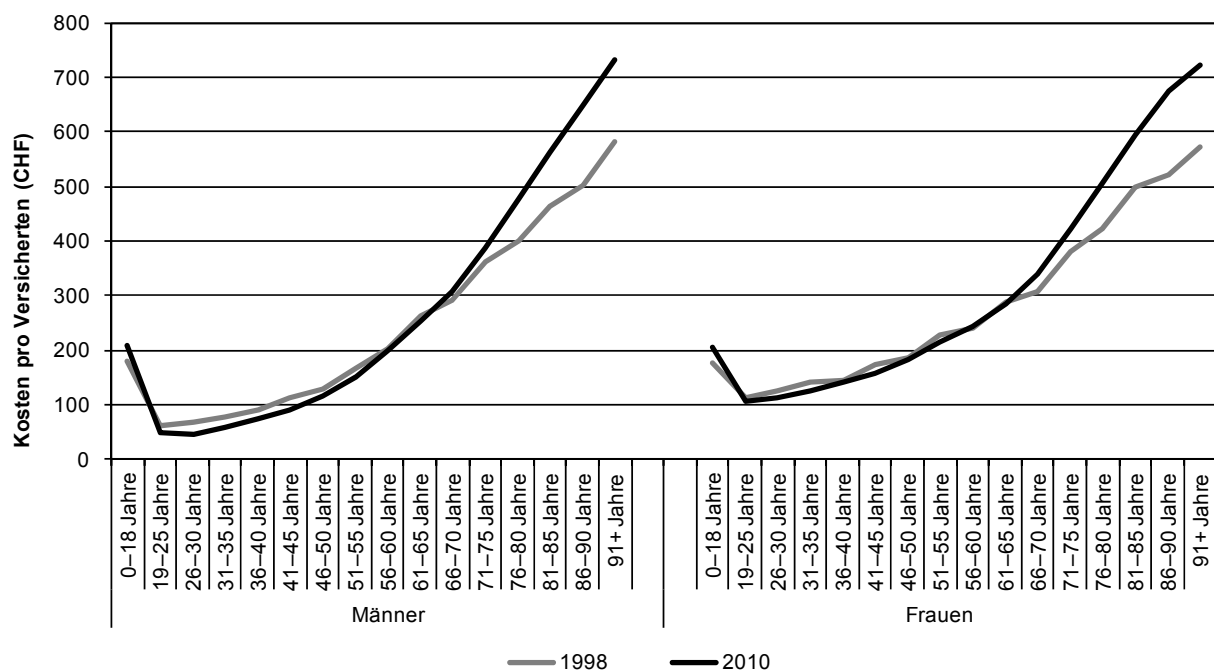
### 3.4.3 Ambulante Leistungen

Bei den ambulanten Leistungen werden folgende Leistungserbringer-Kategorien unterschieden: Grundversorgung, Fachmedizin ohne Psychiatrie, Psychiatrie, Spital ambulant, Spitex und Pflegefachpersonen (werden in diesem Teil des Berichtes nicht weiter analysiert; vgl. Anhang 3).

Die Kosten pro Person für die Kategorie Grundversorgung waren 2010 in der untersten Altersklasse höher als 1998, in den folgenden Klassen dagegen niedriger (Abbildung 22). Gestiegen sind die Kosten bei den Frauen auch für die Altersklassen ab 60 Jahren, bei den Männern ab 66 Jahren. Die Erhöhung der Grundfranchise und die Einführung höherer Wahlfranchisen<sup>14</sup> sind mögliche Erklärungen für die geringeren Kosten zulasten der OKP in 2010. Dafür spricht auch, dass die Grundfranchise für Kinder (0–18 Jahre) weiterhin 0 Franken beträgt. Wichtig ist der Hinweis, dass dieser Franchiseneffekt nicht die Gesundheitskosten insgesamt eindämmt, sondern nur die Kosten, die von der OKP getragen werden. Diese Entwicklung ist nur für die Grundversorgung festzustellen.

Das Verhältnis zwischen Alter und Kosten pro versicherte Person ist bei beiden Geschlechtern ähnlich (Abbildung 22). Von der ersten zur zweiten Altersklasse gehen die Kosten pro versicherte Person zurück, dann steigen sie kontinuierlich an bis zur höchsten Klasse. Die Abnahme der Kosten pro versicherte Person nach der ersten Altersklasse ist damit zu erklären, dass hier die Kinderarztpraxen zur Grundversorgung gezählt werden. Die Kosten für die Pädiatrie fallen deshalb vor allem in der Kategorie Grundversorgung an. Ausser in der ersten und der letzten Altersklasse sind die Kosten pro versicherte Person bei den Frauen durchwegs höher. Als Erklärung für die höheren Kosten der Männer in der untersten Altersklasse ist denkbar, dass Männer in jungen Jahren eher Unfälle erleiden als Frauen (HealthCanada 2001) und dass sie auch häufiger wegen Krankheiten behandelt werden (Camenzind, Meier et al. 2005). Bestätigt wird diese Hypothese durch eine Analyse der Kosten im ambulanten Spitalbereich (Abbildung 27); sie wird dort nicht nochmals erwähnt werden.

**Abbildung 22 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Grundversorgung, zu konstanten Preisen (1998=100)**



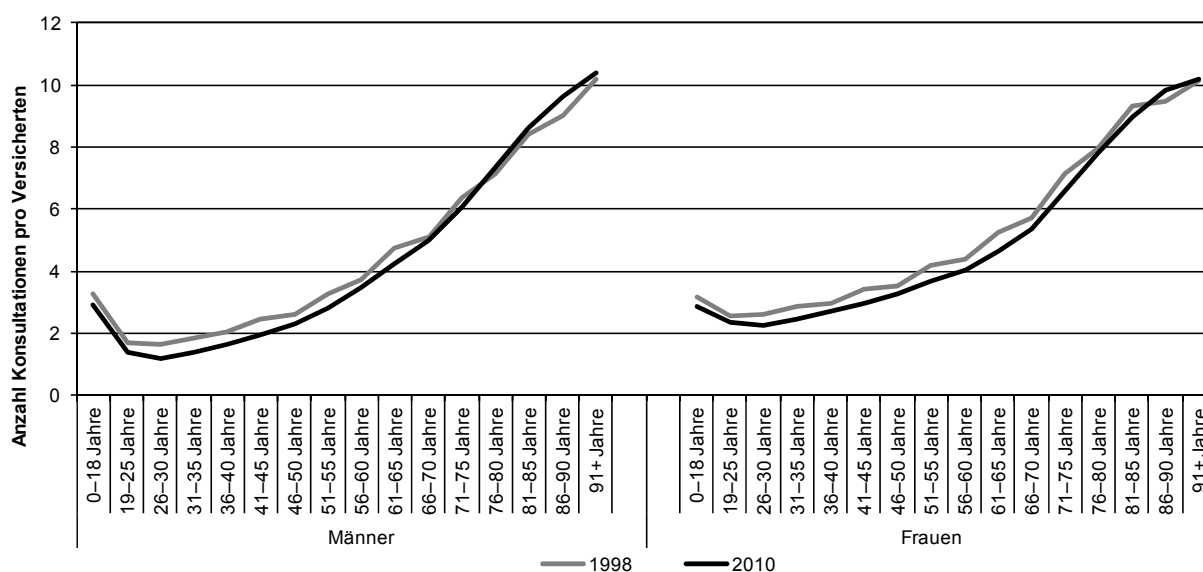
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

<sup>14</sup> Die Grundfranchise wurde 2004 von 230 Franken auf 300 Franken erhöht. 2005 wurden hohe Franchisen (2000 und 2500 Franken) neu eingeführt (BAG 2011).

Die Zahl der Konsultationen pro versicherte Person für die Kategorie Grundversorgung nimmt mit dem Alter zu, ausser zwischen den beiden untersten Altersklassen (Abbildung 23). Von 1998 bis 2010 war eine rückläufige Inanspruchnahme für alle Altersklassen von 0 bis 76 Jahren bei den Männern und von 0 bis 85 Jahren bei den Frauen zu beobachten. Frauen nehmen jedoch mehr Leistungen in Anspruch als Männer. Das Kostenwachstum pro versicherte Person zwischen 1998 und 2010 bei den über 60 jährigen Personen (Abbildung 22) ist somit nicht mit einer grösseren Inanspruchnahme dieser Altersklassen zu erklären, sondern eher mit Veränderungen im Leistungsangebot (medizinischer Fortschritt, mehr Leistungen pro Konsultation).

**Abbildung 23 Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Grundversorgung**



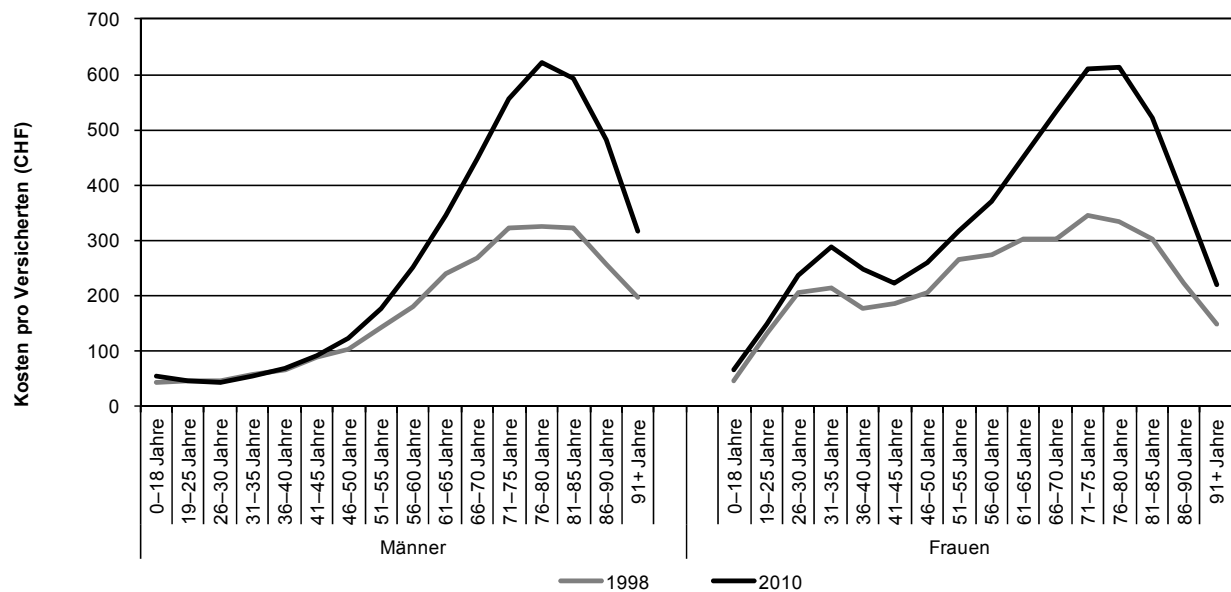
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Für den Leistungserbringer **Fachmedizin ohne Psychiatrie** sind die Kosten zwischen 1998 und 2010 in allen Altersklassen gestiegen, mit einer besonders ausgeprägten Zunahme in den Altersklassen von 66 bis 80 Jahren (ca. +75%) bei den Frauen und von 76 bis 90 Jahren bei den Männern (ca. +85%) (Abbildung 24). Dieses hohe Wachstum kann die Folge einer Leistungsverlagerung vom stationären Spitalbereich in die Fachmedizin sein, die durch neue medizinische Methoden wie eine immer weniger invasive Chirurgie ermöglicht wurde. Die stärkere Inanspruchnahme des Leistungserbringers Fachmedizin ohne Psychiatrie in den betroffenen Altersklassen (Abbildung 25) bestätigt diese Hypothese.

Bei beiden Geschlechtern nehmen die Kosten von der Altersklasse der 41- bis 45-Jährigen bis zu den 76- bis 80-Jährigen stark zu, danach gehen sie zurück (Abbildung 24). Dieser Kostenrückgang ist damit zu erklären, dass gewisse Behandlungen, insbesondere gewisse Operationen im hohen Alter nicht mehr durchgeführt werden. Es ist auch möglich, dass ältere Personen weniger gut über neue Behandlungsmethoden informiert sind oder dass Fachärzte gewisse Operationen bei Patienten und Patientinnen in sehr fortgeschrittenem Alter nicht vornehmen (Schellhorn, Stuck et al. 2000).

**Abbildung 24 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Fachmedizin ohne Psychiatrie, zu konstanten Preisen (1998=100)**



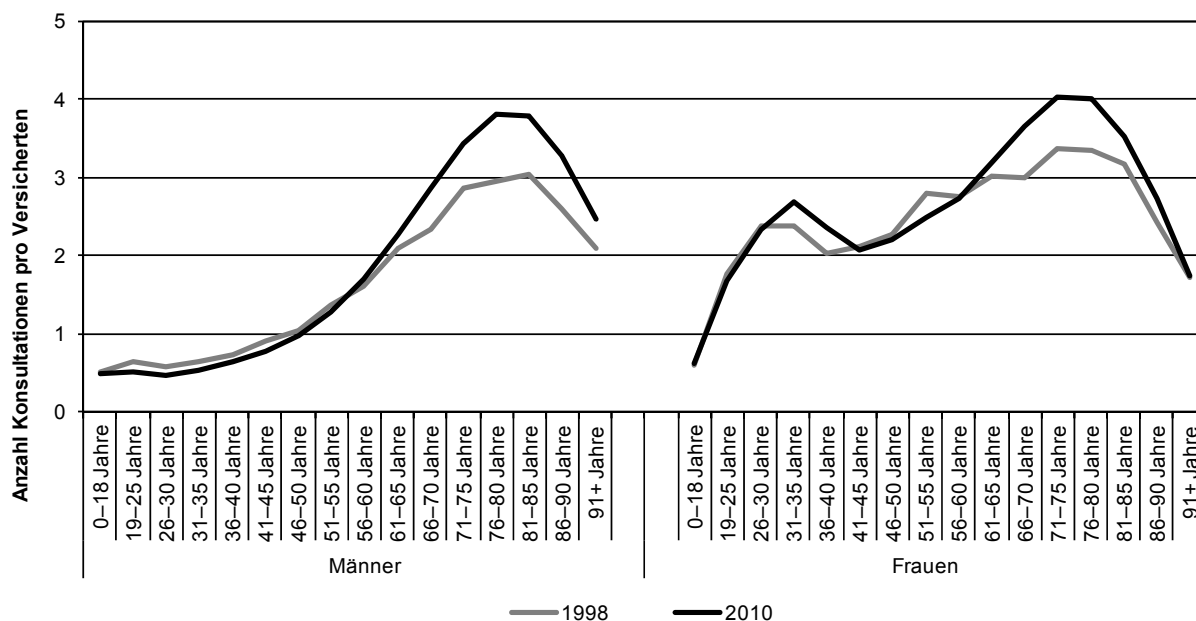
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Die Entwicklung der Inanspruchnahme zwischen 1998 und 2010 ist von der betrachteten Altersklasse abhängig (Abbildung 25). Bei den Männern war die Inanspruchnahme 2010 bis zur Altersklasse der 56- bis 60-Jährigen geringer. Bei den Frauen hat sie sich in den untersten beiden Altersklassen nur wenig verändert. Bei den 31- bis 40-jährigen Frauen war die Inanspruchnahme 2010 grösser (+12% zwischen 31 und 35 Jahren und +16% zwischen 36 und 40 Jahren). Zwei mögliche Gründe sind die Zunahme der «zusammengefassten Geburtenziffer»<sup>15</sup> (BFS 2011) und eine Verhaltensänderung bei der Häufigkeit von Konsultationen dieser Altersklassen. Bei den 41- bis 60-jährigen Frauen war die Inanspruchnahme 2010 geringer als 1998. Eine Rolle spielten dabei die neuen, höheren Franchisen (siehe Kommentare zu Abbildungen 22 und 23), die dafür sorgten, dass der Kostenanteil zulasten der OKP bei Versicherten mit hohen Franchisen zurückging. Für Leistungen im Zusammenhang mit einer Mutterschaft gilt keine Franchise. Der Franchiseneffekt hat deshalb nur einen beschränkten Einfluss, nämlich nur auf jenen Teil der Inanspruchnahme bei der Altersklasse der 31- bis 40-jährigen Frauen, der nicht im Zusammenhang mit einer Mutterschaft steht. In allen nachfolgenden Altersklassen war die Inanspruchnahme 2010 ebenfalls höher als 1998, am ausgeprägtesten bei den Altersklassen zwischen 66 und 80 Jahren bei den Frauen (+22%, +19%, +20%) und zwischen 76 und 90 Jahren bei den Männern (+30%, +25%, +27%). Diese vermehrte Inanspruchnahme ist somit nicht allein für das Kostenwachstum in diesen Altersklassen verantwortlich. Daher ist die vermutete Verlagerung von stationären Leistungen zur Fachmedizin nicht der einzige Grund für den Kostenanstieg. Eine detaillierte Analyse nach Facharzttiteln würde genauer Aufschluss über diese Entwicklung geben.

<sup>15</sup> Die «zusammengefasste Geburtenziffer» entspricht der durchschnittlichen Anzahl Kinder, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn die altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern eines bestimmten Kalenderjahres konstant blieben.

Abbildung 25 Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Fachmedizin ohne Psychiatrie



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

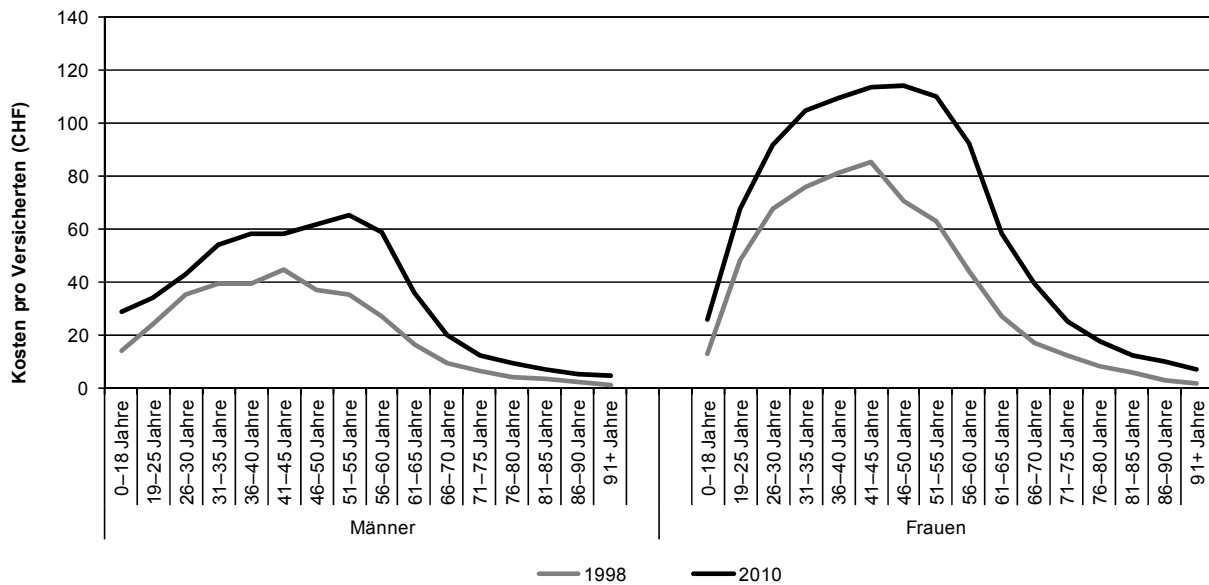
© Obsan

Beim Leistungserbringer **Psychiatrie** waren die Kosten 2010 für alle Altersklassen höher als 1998 (Abbildung 26). Die Altersklassen mit den höchsten Kosten waren 2010 nicht mehr dieselben wie 1998. Die Kostenspitze hat sich bei den Männern von den 41- bis 45-Jährigen zu den 51- bis 55-Jährigen und bei den Frauen von den 41- bis 45-Jährigen zu den 46- bis 50-Jährigen verschoben.

Die Kurven der Nettokosten pro versicherte Person verlaufen bei beiden Geschlechtern analog. Bis zum Alter von etwa 50 Jahren steigen die Kosten pro Person an, dann gehen sie kontinuierlich zurück. Abgesehen von der ersten Altersklasse sind die Kosten pro Person für die Frauen höher als für die Männer.

Für diesen Leistungserbringer sind keine Schätzungen zur Inanspruchnahme möglich. Dazu sind die verfügbaren Daten nicht vollständig genug.

**Abbildung 26 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Psychiatrie, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Beim Leistungserbringer **Spital ambulant** hat sich die Kostenkurve zwischen 1998 und 2010 klar nach oben verschoben, ausser bei den höchsten Altersklassen (Abbildung 27). Es ist schwierig, die Veränderung im Profil der Kostenkurve dieser Altersklassen zwischen 1998 und 2010 zu erklären. Das 1998 beobachtete hohe Kostenwachstum ab einem Alter von 80 Jahren ist nicht durch eine vermehrte Inanspruchnahme bedingt (Abbildung 28). Dieser Trend beschränkt sich auf 1998 und 1999, während die folgenden Jahre ein ähnliches Profil aufweisen wie 2010. Die relativ abrupte Veränderung kann neue Aspekte bei den Daten und/oder in der Marktstruktur widerspiegeln (z.B. Ausweitung der Spitex). Das höchste Kostenwachstum betrifft die 66- bis 80-Jährigen (rund 100%). Bei der Inanspruchnahme war das grössere Wachstum zu beobachten als bei den Kosten. Somit sind die Kosten pro Konsultation zurückgegangen. Eine Erklärung für den Aufwärtstrend bei den Kosten und der Inanspruchnahme ist eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Spitalleistungen. Es kann auch die Hypothese aufgestellt werden, dass Leistungen des ambulanten Spitalbereichs solche in Privatpraxen ersetzen, als 2002 die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (Zulassungsstopp) in Kraft trat. Es besteht die Tendenz, dass Patienten und Patientinnen direkt den Notfalldienst eines Spitals und nicht zuerst den zuständigen Notarzt oder ihren Hausarzt konsultieren (Flaig, Zehnder et al. 2002; Guntensperger, Pinzello-Hurlimann et al. 2010).

Die Kurven der beiden Geschlechter für die Kosten pro versicherte Person unterscheiden sich in mehreren Punkten. Von der ersten zur zweiten Altersklasse gehen die Kosten nur bei den Männern zurück. Bei den Frauen nehmen sie bis zum Alter von 35 Jahren zu, dann sinken sie leicht<sup>16</sup>. Dies steht in Zusammenhang mit den Kosten für das reproduktive Gesundheitsgeschehen. In der untersten Altersklasse verursachen die Männer grössere Kosten als die Frauen<sup>17</sup>. Höher sind die Kosten bei den Männern auch wieder ab rund 60 Jahren. Dieser Unterschied ist teilweise darauf zurückzuführen, dass nicht beide Geschlechter auf dieselben Leistungen angewiesen sind. Häufig wohnen betagte Männer zu Hause und werden von ihrer Ehefrau gepflegt, die in der Regel (aufgrund des Altersunterschieds bei der Heirat) jünger und bei besserer Gesundheit ist. Bei gesundheitlichen Problemen nehmen sie eher ambulante Spitalleistungen in Anspruch. Frauen hingegen beanspruchen

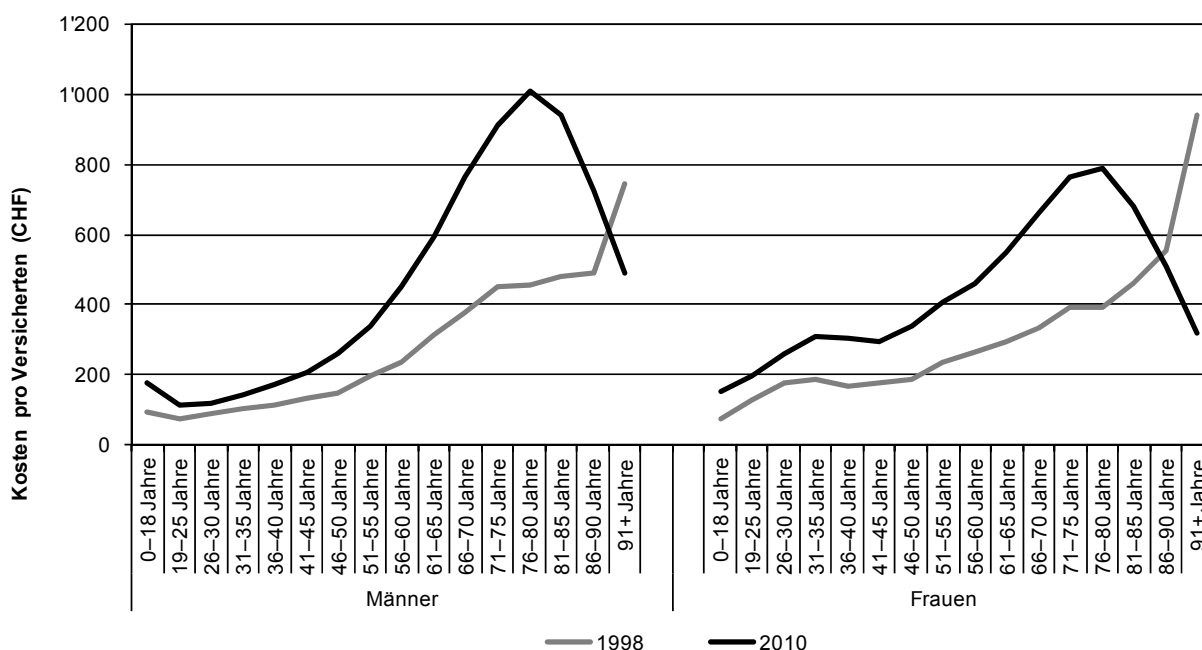
<sup>16</sup> Nähere Erklärungen dazu liefert der Kommentar zu Abbildung 19.

<sup>17</sup> Nähere Erklärungen dazu liefert der Kommentar zu Abbildung 23.



häufiger Spitex-Leistungen oder ziehen in ein Alters- und Pflegeheim, weil sie vermehrt alleinstehend oder verwitwet sind, wenn sie einen Teil ihrer Selbständigkeit einbüßen. Dass die Kosten 2010 ab der Altersklasse der 76- bis 80-Jährigen zurückgingen, ist damit zu erklären, dass häufiger Spitex-Leistungen in Anspruch genommen werden und dass gewisse Leistungen bei Betagten gar nicht mehr oder aber dann im Rahmen eines stationären Spitalaufenthalts erbracht werden.

**Abbildung 27 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital ambulant, zu konstanten Preisen (1998=100)**

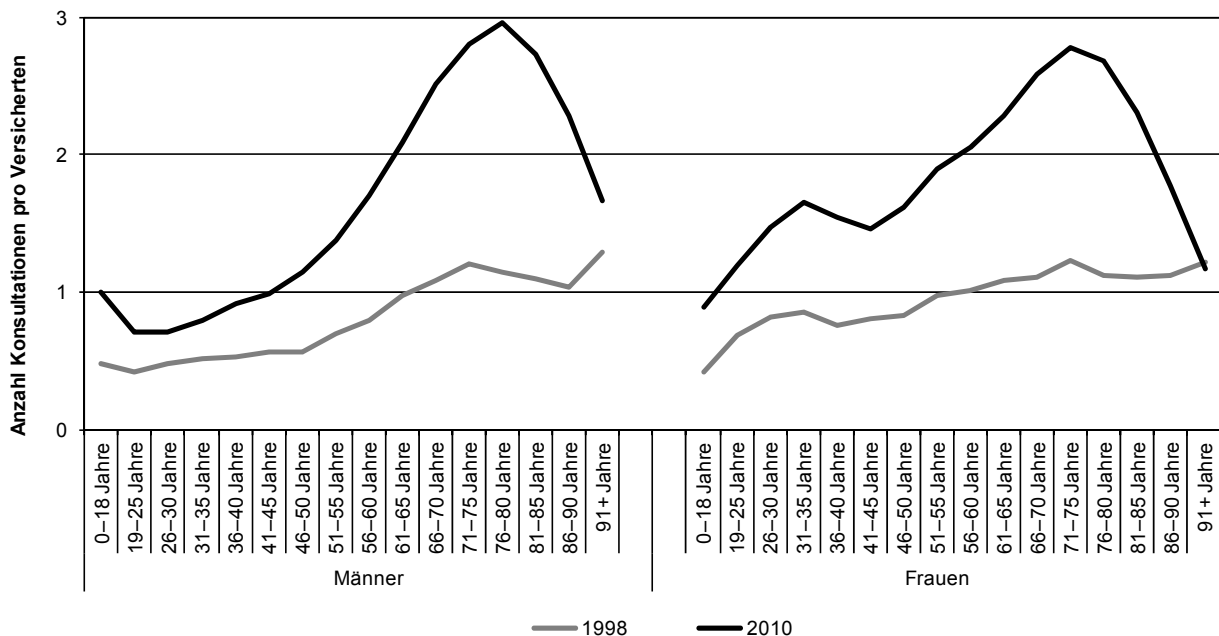


Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Die Inanspruchnahme hat zwischen 1998 und 2010 im ambulanten Spitalbereich stark zugenommen, insbesondere bei den 60- bis 85-Jährigen (Abbildung 28). Das grösste Wachstum war bei beiden Geschlechtern in der Altersklasse der 76- bis 80-Jährigen zu beobachten (+139% bei den Frauen und +160% bei den Männern). Am meisten Leistungen nimmt bei den Frauen die Altersklasse der 71- bis 75-Jährigen und bei den Männern die Altersklasse der 76- bis 80-Jährigen in Anspruch. Diese stark gewachsene Inanspruchnahme ist mit den Hypothesen zu erklären, die bereits für die Kostenentwicklung angeführt wurden.

**Abbildung 28 Konsultationen pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spital ambulant**



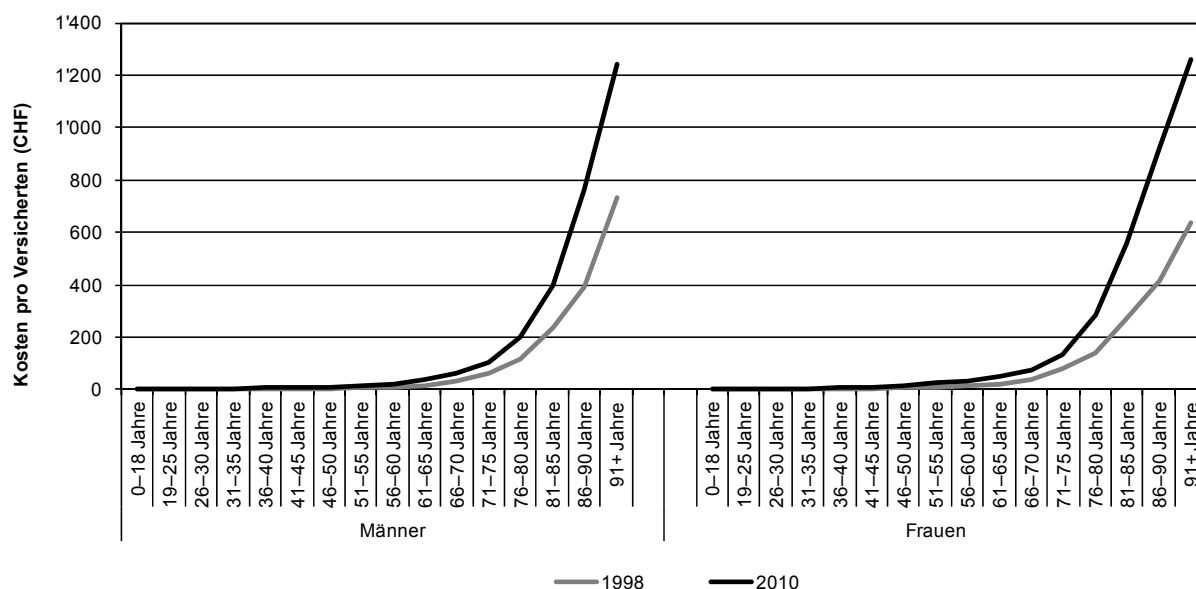
Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

Beim Leistungserbringer **Spitex** erhöhten sich die Kosten pro versicherte Person in allen Altersklassen unabhängig vom Geschlecht zwischen 1998 und 2010 (Abbildung 29). Ab einem Alter von 61 Jahren liegt das Wachstum je nach Altersklasse und Geschlecht zwischen 70% und 140%. Leider ist es mit den verfügbaren Daten nicht möglich, die Inanspruchnahme für diesen Leistungserbringer zu berechnen. Hingegen zeigt das Obsan-Monitoring nach Indikatoren, dass die Zahl der Fälle und die Zahl der Stunden pro Patient bzw. Patientin zwischen 2000 und 2010 um 33% bzw. 43% gestiegen ist (Obsan 2011).

Die Kostenkurven pro versicherte Person sehen bei den Frauen und den Männern sehr ähnlich aus, mit einer relativ geringen Zunahme bis zur Altersklasse der 66- bis 70-Jährigen und einem nachfolgenden steilen Anstieg. Die Frauen verursachten höhere Kosten als die Männer, mit Ausnahme der höchsten Altersklasse im Jahr 1998. Dieser Unterschied ist wiederum damit zu erklären, dass die Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ihren Ehepartner häufig zu Hause pflegen. Männer sind deshalb weniger häufig auf Spitex-Leistungen angewiesen.

**Abbildung 29 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Spitex, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

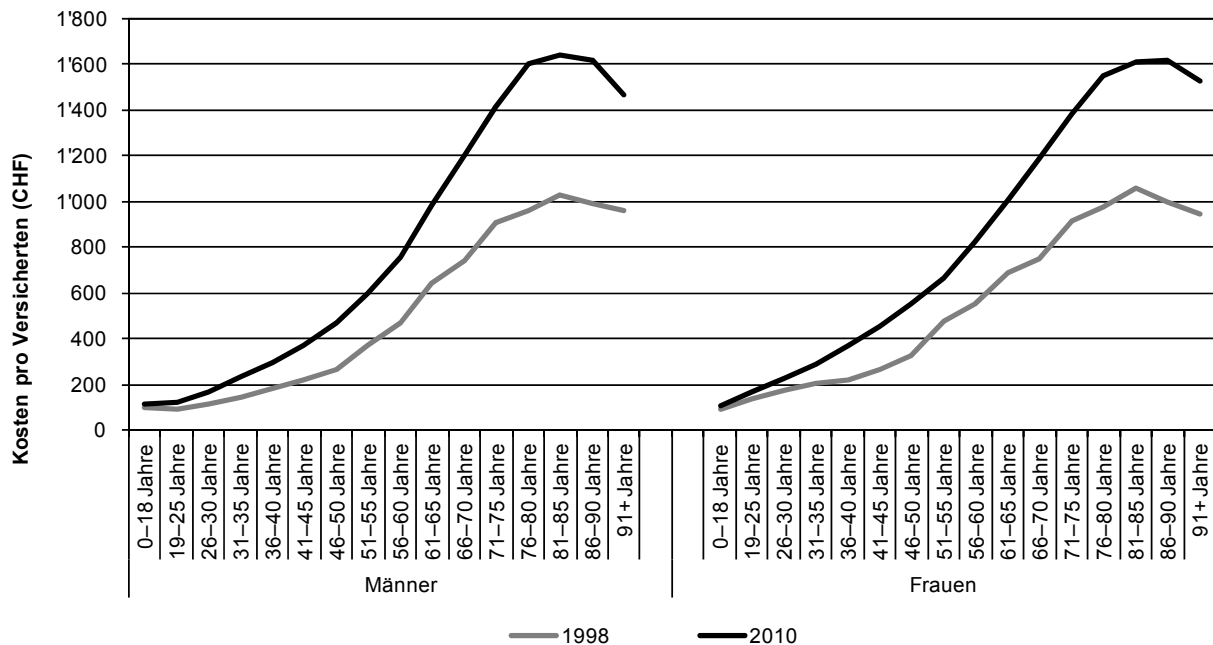
### 3.4.4 Medikamente und Material

Beim Leistungserbringer Medikamente und Material waren die Kosten 2010 für alle Altersklassen höher als 1998 (Abbildung 30). Das Wachstum ist in allen Altersklassen bedeutend, besonders gilt dies aber für die Altersklassen von 36 bis 50 Jahren bei den Frauen (+70%) und von 41 bis 50 Jahren bei den Männern (+73%). Roth und Moreau-Gruet (2011) erklären den markanten Kostenanstieg damit, dass teurere bestehende Medikamente eingesetzt werden, dass immer kostspieligere neue Medikamente auf den Markt kommen (EVD 2003) und dass, dies in einem geringeren Ausmass, auch der Medikamentenkonsum gestiegen ist.

Die Kurven für die Kosten von Frauen bzw. Männern weisen einen sehr ähnlichen Verlauf auf, mit einem Anstieg bis zur Altersklasse der 81- bis 85-Jährigen und einer leichten Abflachung danach. Der Kostenunterschied zwischen Männern und Frauen tritt ab der Altersgruppe der 19- bis 25-Jährigen auf und nimmt ab 60 Jahren wieder ab<sup>18</sup>. Dieser Unterschied ist mit Kosten im Zusammenhang mit dem reproduktiven Gesundheitsgeschehen zu erklären (Camenzind, Meier et al. 2005).

<sup>18</sup> Die Bruttokosten für Medikamente pro versicherte Person nach Altersklasse und Geschlecht wurden im «Rapport 50» des Obsan analysiert (Roth und Moreau-Gruet, 2011).

**Abbildung 30 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Medikamente und Material, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

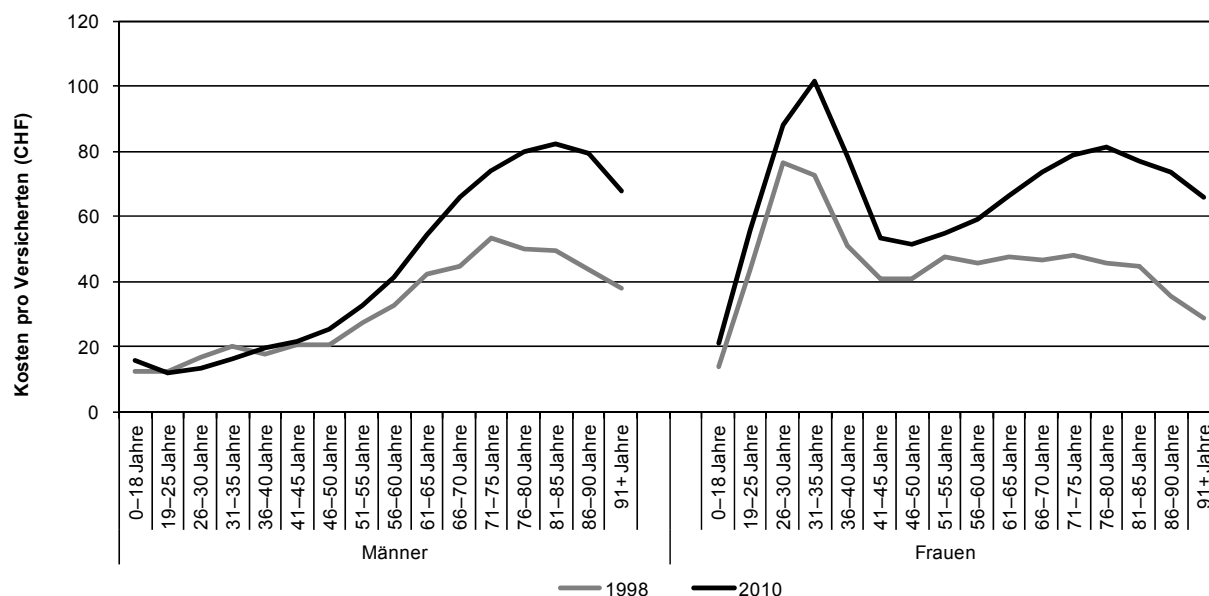
© Obsan

### 3.4.5 Medizinische Analysen

Ausser bei den Männern zwischen 19 und 35 Jahren waren die Kosten für Laboranalysen in 2010 höher als in 1998. In den oberen Altersgruppen fiel das Wachstum dabei deutlicher aus (Abbildung 31). Die stärksten Zunahmen betreffen die obersten beiden Altersklassen mit +81% bzw. +80% bei den Männern und +107% bzw. +127% bei den Frauen. Eine Schätzung zur Inanspruchnahme ist anhand der verfügbaren Daten nicht möglich.

Die Kostenkurven der beiden Geschlechter sehen unterschiedlich aus. Während die Kostenkurve der Frauen aufgrund der Ausgaben im Zusammenhang mit Mutterschaft im Alter von knapp 30 Jahren das Maximum erreicht, verläuft die Kurve bei den Männern einheitlicher bis zum Höchststand in fortgeschrittenen Altersklassen und einem anschliessenden leichten Rückgang.

Abbildung 31 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, Laboranalysen<sup>19</sup>, zu konstanten Preisen (1998=100)



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

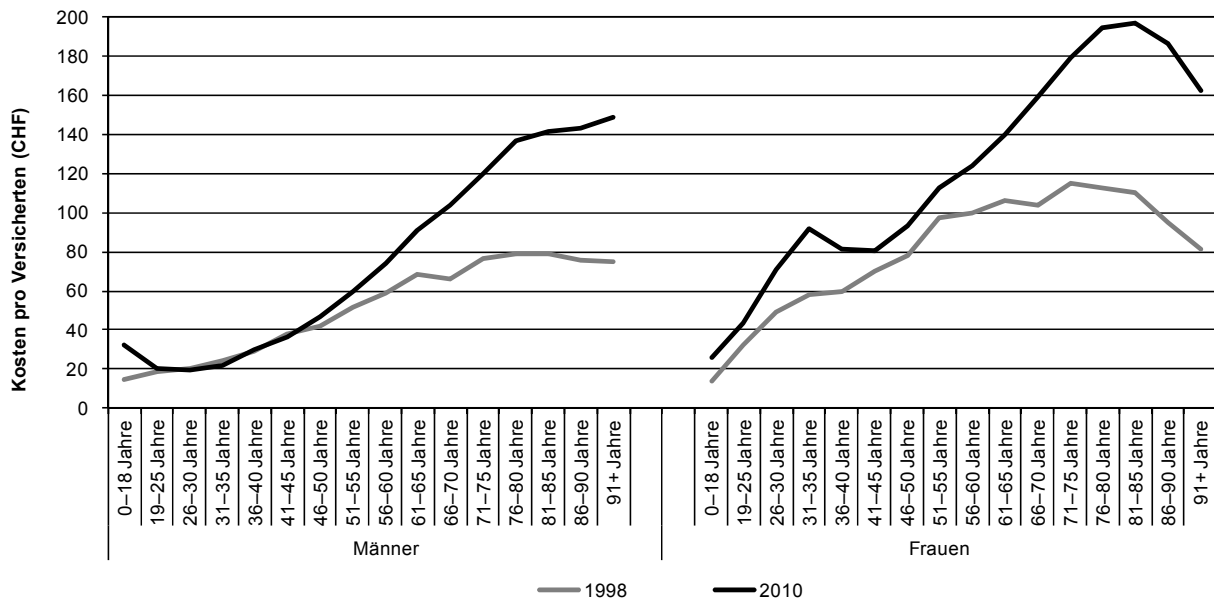
### 3.4.6 Spezifische Therapien

Ausser bei den Männern zwischen 26 und 35 Jahren und zwischen 41 und 45 Jahren waren die Kosten 2010 höher als 1998 (Abbildung 32). Dieser Unterschied nimmt ab 50 Jahren stark zu. Die markantesten Zunahmen betreffen die beiden höchsten Altersklassen mit +89% bzw. +100% bei den Männern und +96% bzw. +101% bei den Frauen.

Die Kosten pro versicherte Person steigen bei den Männern mit dem Alter relativ kontinuierlich. Bei den Frauen liegt ein erster Spitzenwert bei rund 30 Jahren. Dieser höhere Wert ist auf den Leistungserbringer Hebammen mit einer Kostenkonzentration im Bereich um 30 Jahre zurückzuführen. Ausser in der ersten Altersklasse sind die Kosten pro versicherte Person bei den Frauen höher als bei den Männern. Diese Kluft wird mit dem Alter tendenziell schmaler.

<sup>19</sup> Entspricht dem Anteil der Laboratorien in Punkt 3.2.5

**Abbildung 32 Nettokosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 und 2010, spezifische Therapien, zu konstanten Preisen (1998=100)**



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### 3.4.7 Komponenten der Kostenentwicklung in der OKP

In den vorangehenden Kapiteln wurde gezeigt, wie sich die Kosten und die Inanspruchnahme von Leistungen in der OKP entwickelt haben. Die Inanspruchnahme ist ebenso ein Faktor für den Kostenanstieg wie das Bevölkerungswachstum und die Altersstruktur. Natürlich haben noch weitere Aspekte einen Einfluss auf diese Ausgaben, und eine spätere Publikation des Obsan wird die verschiedenen Faktoren und ihren Einfluss auf die Kosten der OKP im Detail analysieren.

Die gesamten Nettokosten der OKP zu konstanten Preisen sind für die zehn Kategorien von Leistungserbringern und Leistungen gestiegen<sup>20</sup> (Tabelle 1). Die geringste Veränderung zwischen den durchschnittlichen Gesamtnettokosten von 1998–2000 und von 2008–2010 besteht beim Leistungserbringer Grundversorgung (+ 15,4%), die grösste Veränderung betrifft die Leistungskategorie Analysen (+ 144,5%). In einem weiteren Schritt wurde der Einfluss folgender Faktoren auf das Kostenwachstum separat betrachtet: 1) Bevölkerungswachstum, 2) Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung, 3) Entwicklung der Inanspruchnahme und 4) übrige Faktoren.

Das **Bevölkerungswachstum** zwischen 1998 und 2010 bewirkte eine Kostenzunahme um 6,7%. **Die veränderte Altersstruktur** (Alterung der Bevölkerung) spielte für das Kostenwachstum in allen Leistungskategorien eine untergeordnete Rolle. Wenn die übrigen Faktoren konstant gehalten werden, verursachte die Alterung einen Rückgang von 0,9% bei den Kosten des Leistungserbringers «Psychiatrie» und einen Anstieg von 15,0% für den Leistungserbringer «Alters- und Pflegeheime» (APH). Diese Zahlen überraschen insofern nicht, als die Kosten für den Leistungserbringer «Psychiatrie» im fortgeschritteneren Alter relativ gering sind (Abbildung 26), die Kosten für den Leistungserbringer APH hingegen sehr hoch (Abbildung 20). Zudem bestätigen diese Ergebnisse die Hypothese, dass die Alterung der Bevölkerung keinen grossen Einfluss auf die Kostenentwicklung hat (Zweifel, Felder et al. 1999; Beck und Käser-Meier 2003; Dormont 2009; Nöthen 2011).

Die Entwicklung der Inanspruchnahme (die nur für fünf Leistungskategorien berechnet werden kann) bewirkt einen Kostenrückgang von 16,3% im stationären Spitalbereich und 5,4% in der Grundversorgung sowie eine Kostenzunahme von 82,4% im ambulanten Spitalbereich, wenn alle

<sup>20</sup> Für diese Leistungskategorien wurde eine Analyse nach Geschlecht und Alter durchgeführt.

anderen Faktoren konstant gehalten werden. Diese Zahlen stehen in Einklang mit den grafischen Analysen (Abbildungen 19, 23 und 28). Wie stark sich die Inanspruchnahme auf das Kostenwachstum des Leistungserbringers «Spital ambulant» auswirkt, ist erstaunlich, denn der Wert liegt über der realen Veränderung. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass dieser Effekt auch einen Teil der medizinischen Innovation beinhaltet, da durch medizinische Fortschritte gewisse Krankheiten besser als früher oder überhaupt erst behandelt werden können, womit dann die Inanspruchnahme steigt. In der Leistungskategorie Fachmedizin ohne Psychiatrie ist die Entwicklung der Inanspruchnahme für einen Kostenanstieg von 1,4% verantwortlich. Bei diesem Ergebnis drängt sich insofern eine Differenzierung auf, als grosse Unterschiede zwischen den unter und den über 60-Jährigen bestehen (Abbildung 25). Bei den über 60-Jährigen ist der Einfluss der Inanspruchnahme wesentlich grösser, bei den unter 60-Jährigen hingegen hat dieser Faktor mit Sicherheit ein negatives Vorzeichen.

Der Einfluss der **«übrigen Faktoren»** beinhaltet Elemente, die das Modell nicht berücksichtigt, und die Inanspruchnahme bei denjenigen Kategorien, für die keine entsprechende Schätzung möglich war. Es handelt sich dabei beispielsweise um den medizinischen Fortschritt, Verhaltensänderungen von Ärzteschaft sowie Patienten und Patientinnen, Veränderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung oder neue medizinische Tarife. Gemäss Fachliteratur zu diesem Thema (Dormont 2009; Lamiraud und Lhuillery 2010) spielt der technische Fortschritt (medizinische Innovation) eine bedeutende Rolle. Wie in Punkt 3.4.1 erwähnt hätte der Gesundheitszustand der Bevölkerung (in der Schweiz hat sich dieser tendenziell verbessert) das Kostenwachstum bremsen oder die Kosten sogar dämpfen müssen, wenn die übrigen Komponenten gleich geblieben wären. Es ist im Übrigen nicht möglich, diesen Effekt zwischen den Leistungskategorien, für die die Inanspruchnahme geschätzt wurde, und den Kategorien, für die dies nicht möglich war, zu vergleichen, da bei den Bereichen ohne entsprechende Schätzung in den «übrigen Faktoren» auch die Inanspruchnahme enthalten ist.

In den Leistungskategorien, für die die Inanspruchnahme geschätzt werden konnte, bewirkten die «übrigen Faktoren» einen Kostenrückgang: von -22,9% beim Leistungserbringer «Spital ambulant» und von -4,2% bei den «APH». Das negative Vorzeichen beim Leistungserbringer «Spital ambulant» ist schwierig zu interpretieren. Es wäre eher ein positives Vorzeichen zu erwarten gewesen, vor allem angesichts des technischen Fortschritts. Dies bestätigt die erwähnte Hypothese, wonach im Faktor der Inanspruchnahme bereits ein Teil der medizinischen Innovation berücksichtigt ist. Bei den drei anderen Leistungserbringern sorgte der Einfluss der «übrigen Faktoren» für einen Kostenanstieg. Bei den Leistungskategorien, für die keine Schätzung zur Inanspruchnahme durchgeführt werden konnte, bewirkte dieser Effekt durchwegs eine Zunahme der Kosten.

**Tabelle 1 Einfluss verschiedener Faktoren auf das Wachstum der GesamtkostenNettokosten, nach Leistungskategorien, Schweiz, 1998–2000 bis 2008–2010, in Millionen Franken und in Prozent, zu konstanten Preisen (1998=100)**

	Spital stationär		APH		Grundversorgung		Fachmedizin, ohne Psychiatrie		Psychiatrie		Spital ambulant		Spitex		Medikamente und Material		Medizinische Analysen		Spezifische Therapien		
	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	1998–2000	2008–2010	
Reale Werte	3'331	5'087	1'086	1'581	1'359	1'568	1'181	1'696	264	421	1'469	2'501	196	416	2'571	4'139	254	621	384	542	
Einfluss Bevölkerung	(2)	3'331	3'554	1'159	1'359	1'450	1'181	1'260	264	281	1'469	1'567	196	209	2'571	2'743	254	271	384	409	
Einfluss Bevölkerung/Alter	(3)	3'331	3'764	1'086	1'322	1'359	1'497	1'181	1'310	264	279	1'469	1'628	196	235	2'571	2'909	254	273	384	426
Einfluss Bevölk./Alter/Inal	(4)	3'331	3'220	1'086	1'626	1'359	1'424	1'181	1'326	-	-	1'469	2'838	-	-	-	-	-	-	-	-
Reale Veränderung	(5)	52.7		45.5		15.4		43.6		59.6		70.3		112.0		61.0		144.5		41.4	
Veränderung durch Bevölk	(6)	6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7	
Veränderung durch Alter	(7)	6.3		15.0		3.5		4.2		-0.9		4.1		13.0		6.5		0.9		4.4	
Veränd. durch Inanspruch	(8)	-16.3		28.0		-5.4		1.4		-		82.4		-		-		-		-	
Veränd. durch übrige Fakt	(9)	56.1		-4.2		10.6		31.3		53.8		-22.9		92.3		47.8		136.9		30.3	
Anteil Einfluss Bevölkerung	(10)	9.7		13.5		32.3		15.4		11.1		7.2		6.0		11.0		4.6		16.2	
Anteil Einfluss Alter	(11)	9.1		30.2		16.7		9.6		*		4.4		11.6		10.6		0.6		10.6	
Anteil Einfluss Inanspruch	(12)	*		56.3		*		3.2		-		88.4		-		-		-		-	
Anteil Einfluss übrige Fakt	(13)	81.2		*		51.0		71.8		88.9		*		82.4		78.4		94.8		73.2	

Anmerkung: - bedeutet, dass keine Daten verfügbar sind. \* bedeutet, dass die Veränderung des entsprechenden Effektes negativ ist und der Anteil dieses Effektes wird als Null betrachtet. In den Zeilen (1), (2), (3) und (4) sind die Kosten nicht berücksichtigt, die keiner bestimmten Altersklasse oder keinem Geschlecht zuzuweisen sind, weshalb leichte Abweichungen gegenüber den Zahlen unter Punkt 3.2. möglich sind. In den Zeilen (1), (2), (3) und (4) sind die Werte in Millionen Franken angegeben, in den Zeilen (5) bis (13) in Prozent. Die Zeilen (10) bis (13) beinhalten die Anteile der Effekte der absoluten Abweichung zwischen einer negativen (\*) und der realen Veränderung (5). Falls keine negativen Effekte (\*) vorkommen, beinhalten die Zeilen (10) bis (13) den Anteil der realen Veränderung (5).



## 4 Ergebnisübersicht

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick zur Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zwischen 1998 und 2010. Sie beschreibt Unterschiede bei der Kostenentwicklung nach Leistungskategorien, Kantonen sowie Alter und Geschlecht der Versicherten. Untersucht wurde der Einfluss der demografischen Faktoren (Bevölkerungswachstum und Alterung) und der Inanspruchnahme. Wie eingangs erwähnt ist zur Ergänzung dieser beschreibenden Analyse eine Publikation des Obsan geplant, die weitere erklärende Faktoren für die Kostenentwicklung und die regionalen Unterschiede unter die Lupe nimmt.

In der Fachliteratur wird die Frage des Kostenwachstums im Gesundheitswesen häufig besprochen, ohne dabei nach Leistungskategorien zu unterscheiden. Für eine treffende Interpretation der Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist jedoch eine separate Betrachtung der einzelnen Leistungskategorien wesentlich. So sind die Ausgaben in der Leistungskategorie «Stationäre Leistungen» weniger stark gewachsen als in der Kategorie «Ambulante Leistungen» und «Medikamente/Material», die kantonalen Unterschiede sind bei den Ausgaben für die Alters- und Pflegeheime (APH) grösser als bei den Ausgaben für die Arztpraxen, und die Verteilung der Ausgaben nach Alter und Geschlecht sieht je nach Leistungskategorie sehr unterschiedlich aus.

Die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind im 12-jährigen Berichtszeitraum bedeutend geblieben. Die Kantone mit den höchsten Kosten im Jahr 1998 (Genf, Basel-Stadt) wiesen auch 2010 die höchsten Kosten auf. Analog sind die Ausgaben in den Kantonen Appenzell Innerrhoden und Nidwalden am niedrigsten geblieben. Gewisse Kantone sind hingegen heute in einem anderen Bereich der Rangliste der OKP-Ausgaben pro versicherte Person zu finden. Die kantonalen Unterschiede im Zusammenhang mit dem Kostenwachstum sind zum Teil das Ergebnis einer unterschiedlichen Politik. So ist der Anstieg der Ausgaben der OKP im Kanton Bern teilweise auf die Verlagerung von Leistungen der Zusatzversicherungen in die Grundversicherung zurückzuführen. Grundsätzlich steigen die Gesundheitskosten mit dem Alter der Versicherten, dieser Trend ist aber nach Leistungskategorie zu differenzieren. Zum Beispiel gehen die Ausgaben für die Fachmedizin und den ambulanten Spitalbereich im fortgeschrittenen Alter zurück, während die Kosten für Alters- und Pflegeheime und die Spitex weiter zunehmen. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse nach Leistungskategorie präsentiert.

### **Stationäre Leistungen**

Die Nettokosten für die stationären Leistungen, die die Betreuung in Spitälern (Spitalaufenthalte) und in Alters- und Pflegeheimen (APH) beinhalten, sind zwischen 1998 und 2010 pro Jahr um durchschnittlich 3,3% gewachsen. Im Vergleich zu den übrigen Leistungskategorien ist dieser Anstieg moderat und weniger gross als das Wachstum der gesamten Ausgaben der OKP im Berichtszeitraum. Die in dieser Kategorie beobachteten kantonalen Unterschiede sind bedeutend und zum Teil das Ergebnis einer unterschiedlichen Politik (Spitalzusammenführungen, Förderung der Spitex usw.). In gewissen Kantonen (Neuenburg und Waadt) sind die Nettokosten sogar gesunken, während andere ein starkes Wachstum der Nettokosten verzeichneten (Bern und Aargau). Die Nettokosten pro versicherte Person in der Kategorie APH sind in gewissen Kantonen, die 1998 noch unterdurchschnittlich hohe Nettokosten aufwiesen, stark gestiegen. Im Vergleich zum Kostenwachstum der übrigen Leistungskategorien war für die stationären Leistungen nur ein geringes Wachstum zu beobachten, in gewissen Kantonen sind die Kosten sogar zurückgegangen.

Beim stationären Spitalbereich war als Besonderheit zwischen 1998 und 2010 ein Rückgang der Spitaltage auszumachen. Dies ist das Ergebnis einer kürzeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, schlug sich aber nicht in einer Kostenreduktion nieder. Die höheren Kosten für einen Spitaltag sind darauf zurückzuführen, dass pro Tag mehr und/oder teurere Leistungen erbracht wurden (zum Beispiel als Folge des technischen Fortschritts). Bei den APH besteht bei allen Alterskategorien ein

Aufwärtstrend für die Zahl der Pflgetage und die Kosten pro versicherte Person. Fast ein Drittel dieses Trends ist auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen (30%), rund 56% auf eine vermehrte Inanspruchnahme. Bei dieser Kategorie von Leistungserbringern wirkt sich die Alterung am stärksten aus.

### **Ambulante Leistungen**

Die Nettokosten der Kategorie «ambulante Leistungen» sind zwischen 1998 und 2010 kontinuierlich und pro Jahr um durchschnittlich 4,2% gewachsen. Dies entspricht der grössten Kostenzunahme nach der Kategorie Medikamente/Material. Das Wachstum für «ambulante Leistungen» ist grösstenteils auf Mehrleistungen im ambulanten Spitalbereich zurückzuführen (Inanspruchnahme), in einem geringeren Ausmass auf demografische Effekte (Alterung, Bevölkerungswachstum). In dieser Leistungskategorie gab es in den vergangenen Jahren verschiedene Änderungen. Die einschneidendste Änderung war die Einführung des neuen Arzttarifs TARMED. Auch die Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalbereich und der technische Fortschritt trugen dazu bei, dass die Inanspruchnahme in dieser Leistungskategorie stark gestiegen ist. Es kann auch die Hypothese aufgestellt werden, dass Leistungen im ambulanten Spitalbereich solche in Privatpraxen ersetzen, als 2002 die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP in Kraft trat. Alle Kantone verzeichneten ein hohes Wachstum bei ihren ambulanten Spitalleistungen, wobei die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten bis zu 9,4% reichten (Graubünden).

Die Grundversorgung fällt durch ein sehr geringes Kostenwachstum im Zeitraum von 1998 bis 2010 auf. Die Zunahme ist zur Hälfte der Bevölkerungsentwicklung zuzuschreiben (49%). Kostendämpfend wirkte die geringere Inanspruchnahme von Leistungen der Grundversorgung (-5,4%), das restliche Kostenwachstum ist auf die Kategorie «übrige Faktoren» zurückzuführen. Bei der Fachmedizin und der Psychiatrie ist der Kostenanstieg nur zu einem kleinen Teil mit demografischen Faktoren zu erklären. Die vermehrte Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen spielte bei dieser Entwicklung zwar eine untergeordnete Rolle, es besteht jedoch bei den unter bzw. über 60-Jährigen ein sehr unterschiedlicher Trend. Bei den über 60-Jährigen ist der Einfluss der Inanspruchnahme wesentlich grösser, bei den unter 60-Jährigen; hingegen hat dieser Faktor mit Sicherheit ein negatives Vorzeichen. Für den grössten Teil des Kostenwachstums (mehr als 70%) sind die «übrigen Faktoren» verantwortlich. Ein Teil der höheren Inanspruchnahme fachmedizinischer Leistungen der Altersklassen ab 60 Jahren ist beispielsweise auf den technischen Fortschritt und die damit verbundene, immer weniger invasive Chirurgie zurückzuführen. Bei den Leistungen der Spitex ist die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2010 zu mehr als 82% mit nicht-demografischen Faktoren zu erklären.

### **Medikamente/Material**

In der Kategorie «Medikamente und Material» war zwischen 1998 und 2010 mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 4,9% der grösste Kostenanstieg zu verzeichnen. Für diese Mehrausgaben sind zu rund 22% demografische Einflüsse (Alterung und Wachstum der Bevölkerung) verantwortlich, das restliche Wachstum geht auf das Konto der Kategorie «übrige Faktoren». Es bestehen sowohl bei der Menge der abgegebenen Medikamente als auch bei der Verschreibungspraxis grosse kantonale Unterschiede. In sämtlichen Altersklassen waren die Kosten 2010 höher als 1998. Gründe dafür sind der Einsatz teurerer bestehender Medikamente, immer kostspieligere neue Medikamente und in geringerem Ausmass auch eine Mengenausweitung zwischen 1992 und 2007 (Roth und Moreau-Gruet 2011).

### **Medizinische Analysen**

Die medizinischen Analysen machen nur einen kleinen Teil der Ausgaben der OKP aus (2010: 1,9%). Zwischen 1998 und 2010 sind die Nettokosten pro Jahr um durchschnittlich 3,2% gewachsen, obwohl der Taxpunktтариф 2006 von 1 Franken auf 90 Rappen gesenkt wurde. Es bestehen bedeutende Unterschiede zwischen den Kantonen, so weist beispielsweise der Kanton Genf fünfmal höhere Kosten pro versicherte Person auf als der Kanton Appenzell Innerrhoden. In den höheren Altersklassen sind die Kosten pro versicherte Person stärker gestiegen.

### **Spezifische Therapien**

Die Kosten für die spezifischen Therapien stiegen im Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 3,9% pro Jahr. Die Physiotherapie, auf die 75% der Leistungen dieser Kategorie entfallen, verzeichnete ein moderates Kostenwachstum (3,3%). Für den Kostenanstieg seit 1998 sind zu 27% demografische Einflüsse verantwortlich. In den Altersklassen ab 50 Jahren sind die Kosten pro versicherte Person zwischen 1998 und 2010 stärker gewachsen.



## 5 Schlussfolgerungen

Über 90 Prozent der Ausgaben der OKP entfallen auf die drei Kategorien stationäre Leistungen, ambulante Leistungen und Medikamente/Material. Die Kategorie «stationäre Leistungen» weist eine der niedrigsten Kostenzunahmen auf, ein höheres Wachstum war dagegen bei den ambulanten Leistungen und in der Kategorie «Medikamente/Material» zu verzeichnen.

Die meisten kantonalen Unterschiede aus dem Jahr 1998 bestanden 2010 nach wie vor. Die Kategorien «APH» und «Spital ambulant» entwickelten sich je nach Kanton aus zwei Gründen sehr unterschiedlich: Zuerst einmal passen die Kantone ihre Infrastruktur zur Beherrschung und Pflege älterer Menschen der Entwicklung und den Gewohnheiten ihrer Bevölkerung an (Alterung, Inanspruchnahme von APH-Leistungen, Spitex usw.). Zweitens ist die Entwicklung bei den ambulanten Spitalleistungen auf Verhaltensänderungen bei der Inanspruchnahme, aber auch auf veränderte ambulante Leistungen der Spitäler zurückzuführen, vor allem auch im Hinblick auf die Aufteilung in stationäre und ambulante Leistungen.

Eine Analyse des Wachstums für die Nettokosten OKP nach vier Faktoren (Bevölkerung, Alter, Inanspruchnahme und übrige Faktoren) zeigt, dass der Einfluss der demografischen Faktoren auf die Kostenentwicklung je nach Kategorie unterschiedlich gross ist. In der Grundversorgung und den APH ist ein wesentlicher Teil der Kostenentwicklung auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen. Auch bei den stationären Spitalleistungen gab es im Beobachtungszeitraum Veränderungen, namentlich eine beträchtliche Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und somit der Anzahl Spitaltage. Die Kosten sind jedoch gestiegen, teilweise aus demografischen Gründen, in erster Linie aber aufgrund anderer Faktoren (technischer Fortschritt, neue diagnostische Möglichkeiten, usw.). Die vorgesehenen Änderungen in der Spitalfinanzierung (Einführung der SwissDRG 2012) werden sich zudem auf die Verrechnung der Behandlungen auswirken. Es wird interessant sein, den Einfluss dieses Systemwechsels auf die Ausgabenentwicklung zu messen.

In den übrigen Leistungskategorien hatten die demografischen Faktoren einen begrenzteren Einfluss, und die Kostenentwicklung ist mehrheitlich mit dem Einfluss der «übrigen Faktoren» zu erklären. Zu diesen Faktoren gehört vermutlich die Verlagerung von stationären Spitalleistungen in den ambulanten Bereich sowie von Leistungen der Allgemeinpraxen in den ambulanten Spitalbereich. Der medizinische Fortschritt ist ebenfalls ein Faktor, der bei der Entwicklung der Gesundheitskosten, aber auch bei der Qualität der Leistungen für die Patienten und Patientinnen eine entscheidende Rolle spielt.

Die demografischen Faktoren dürften künftig noch an Bedeutung gewinnen. Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Anteil chronischer Erkrankungen in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen (Inanspruchnahme) wird weiter steigen, einerseits aus demografischen Gründen, andererseits aufgrund von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (GDK und BAG 2012). Auch das Verhalten der Patienten und Patientinnen bei der Inanspruchnahme von Leistungen verändert sich. Eine umfassende Betreuung (Care Management) zum Beispiel durch Gesundheitszentren ist Bestandteil der immer höheren Erwartungen der Patienten und Patientinnen. Für die kommenden Jahrzehnte ist mit zahlreichen weiteren Innovationen im Behandlungs- und Diagnostikbereich zu rechnen. Diese werden mit Sicherheit ihren Preis haben, aber auch dazu beitragen, dass die Qualität der Behandlungen stetig weiter steigt.



## 6 Literatur

- Beck, K. und U. Käser-Meier (2003). «Die Krankheitskosten im Todesfall - Eine deskriptive statistische Analyse». *Managed Care* (2/2003): S. 24-26.
- Camenzind, P. (2008). Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen: Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur - mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Camenzind, P. (2012). «Explaining regional variations in health care utilization between Swiss cantons using panel econometric models». *BMC Health Services Research* 12(1): 62.
- Camenzind, P., C. Meier, et al. (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz Bern, H. Huber.
- GDK und BAG (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern.
- EVD. (2003). «Preisüberwachung. Explosion der Medikamentenkosten: Kein Mengenproblem.» Retrieved 30.05.2012, von <http://www.preisueberwacher.admin.ch/dokumentation/00050/00051/00134/00135/index.html?lang=de>.
- Dormont, B. (2009). *Les dépenses de santé : une augmentation salubre?* Paris, Ed. rue d'Ulm: 80 S.
- Dormont, B., J. O. Martins, et al. (2010). Health expenditures, longevity and growth.
- Dreyer, G. (2011). «Jährliche Belastung einer gesunden Familie durch obligatorische Gesundheitsauslagen.» *Soziale Sicherheit CHSS*(2): 91-95.
- Flaig, C., K. Zehnder, et al. (2002). «Selbsteinweisungen ins Spital.» *Primary care* 2: 280-283.
- Gerber, Y.-A. (2005). Kosten des Gesundheitswesens und Demografie. *Soziale Sicherheit: CHSS*(6): 365-369.
- Gerdtham, U.-G. und B. Jönsson (2000). Chapter 1 International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis. *Handbook of Health Economics*. J. C. Anthony and P. N. Joseph, Elsevier. Volume 1, Part A: 11-53.
- Guntensperger, U., R. Pinzello-Hurlimann, et al. (2010). «Primary care emergency services utilization in German-speaking Switzerland: a population-based cross-sectional study.» *Swiss Med Wkly* 140: w13111.
- HealthCanada (2001). *Health Expenditures in Canada by Age and Sex, 1980-81 to 2000-01*, Health Policy and Communications Branch.
- Höpfinger, F. und L. Bayer-Oglesby (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz: Methodik und kantonale Kennzahlen*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 73 S.
- Jaccard Ruedin, H. (2007). *Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Kocher, G. (2011). «Die Gründe der <Kostenexplosion> im Gesundheitswesen.» *SÄZ* 92(38): 1466-1468.
- Lamiraud, K. und S. Lhuillery (2010). *New Technologies and Medical Costs*: 44.
- Nöthen, M. (2011). «Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?» *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik* (Juli 2011).
- Obsan. (2011). «Monitoring nach Indikatoren: Ambulante Versorgung - Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Spitex». Retrieved 30.05.2012, from <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind37.indicator.149035.370101.html>.

- Obsan. (2011). «Monitoring nach Indikatoren: Stationäre Versorgung - Aufenthaltsdauer in Akutspitälern». Retrieved 30.05.2012, from <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind37.indicator.149038.370102.html>.
- Obsan. (2011). «Monitoring nach Indikatoren: Stationäre Versorgung - Stationäre Versorgung - Hospitalisationsraten in Akutspitälern». Retrieved 30.05.2012, from <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind37.indicator.149037.370102.html>.
- OECD (2010). Health care systems: Getting more value for money. O. E. D. P. Notes.
- OCDE (2010). Optimiser les dépenses de santé. Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): 228.
- OECD (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing.
- BFS (2009). La mortalité par génération en Suisse. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- BFS. (2011). «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2009». Retrieved 30.03.2012, 2012, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05.html>.
- BFS. (2011). «Gesundheitszustand und Krankheiten.» Retrieved 30.05.12, 2012, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>.
- BFS. (2011). «Bevölkerungsbewegung.» Retrieved 30.05.12, 2012, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>.
- BFS. (2011). «Indikatoren der Fruchtbarkeit in der Schweiz». Retrieved 30.05.12, 2012, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/data/01.html>.
- BFS. (2011). «Landesindex der Konsumentenpreise». Retrieved 30.03.2012, 2012, from [www.LIK.bfs.admin.ch](http://www.LIK.bfs.admin.ch).
- BAG (2011). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009. Bern, BAG: 219.
- Roth, S. und F. Moreau-Gruet (2011). Consommation et coût des médicaments en Suisse: analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Santésuisse (2005). Kommentar zur Branchen-CD, Jahresdaten 2000-2004. Solothurn, santésuisse.
- Santésuisse (2007). Newsletter BIS Nr. 4.
- Schellhorn, M., A. E. Stuck, et al. (2000). «Health services utilization of elderly Swiss: evidence from panel data». Health Econ 9(6): 533-545.
- Schuler, D., P. Rüesch, et al. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitorage. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Sturny, I. (2004). 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz: Analyse der Ausgaben der Krankensicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Widmer, M. und F. Weaver (2011). Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen: Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zweifel, P., S. Felder, et al. (1999). «Ageing of population and health care expenditure: a red herring?» Health Econ 8(6): 485-496.



## 7 Anhänge

### Anhang 1 Abdeckungsgrad der Versicherten im Datenpool nach Kanton, 1998–2010

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ZH	92.6	92.3	91.6	91.1	94.8	94.1	97.2	97.0	96.8	96.9	96.6	96.7	97.4
BE	93.9	92.7	92.1	93.2	94.0	92.3	95.8	95.9	95.6	96.8	96.9	97.5	97.6
LU	95.7	95.7	95.4	96.0	96.5	95.8	98.4	97.5	99.1	98.9	97.3	98.0	97.3
UR	93.8	93.8	93.4	94.9	95.4	94.9	99.1	98.9	98.9	98.9	98.9	99.0	99.3
SZ	92.9	92.9	91.2	93.7	95.4	94.9	98.5	98.4	98.3	97.8	97.9	98.4	98.6
OW	91.7	92.0	91.7	94.7	95.3	94.7	97.9	98.2	98.0	97.7	98.1	98.4	98.5
NW	92.9	92.9	92.5	95.0	95.8	95.1	97.8	97.8	97.4	97.3	97.7	98.1	97.7
GL	89.6	84.4	82.2	93.6	95.0	94.3	96.8	96.4	96.9	97.6	96.4	96.8	96.6
ZG	90.8	91.1	90.8	92.2	93.2	93.0	98.2	98.2	97.9	97.2	96.9	96.2	95.5
FR	97.1	97.0	96.4	96.1	94.3	97.4	99.1	98.7	97.8	97.6	97.6	97.5	97.4
SO	92.5	92.5	92.4	95.0	95.1	94.9	97.1	96.8	96.4	96.2	95.3	97.0	96.9
BS	96.3	95.6	95.3	94.7	95.1	96.6	96.8	96.9	98.1	97.8	97.1	96.9	96.8
BL	92.5	93.0	92.8	93.9	94.0	93.5	96.3	96.5	96.6	96.4	96.4	96.5	96.6
SH	90.8	90.3	89.9	90.3	91.1	89.4	95.1	95.7	95.6	95.1	94.7	94.5	94.4
AR	91.6	90.1	88.8	88.8	90.5	89.1	96.1	95.8	95.2	94.9	95.2	95.3	94.4
AI	93.1	92.9	92.1	93.3	93.1	91.0	97.9	97.7	97.2	97.5	98.2	97.7	97.8
SG	93.6	94.2	93.5	93.8	95.3	94.5	97.6	97.5	96.9	96.5	95.1	95.5	95.4
GR	87.3	88.2	89.0	90.8	99.0	96.4	98.5	97.8	97.4	97.2	97.5	97.4	96.9
AG	94.5	92.8	92.0	92.3	95.1	94.5	97.0	96.8	96.4	96.5	96.2	96.3	94.9
TG	86.9	90.8	92.7	92.9	93.4	92.1	96.9	96.9	97.1	97.0	96.7	96.6	96.5
TI	95.2	95.0	94.2	95.5	95.8	96.3	97.2	97.7	97.7	97.5	97.1	96.9	96.6
VD	84.0	83.7	83.8	82.4	85.9	93.0	96.4	96.9	97.4	98.1	97.9	98.6	98.7
VS	88.9	88.3	87.1	90.8	92.4	94.0	96.2	96.7	99.5	97.5	96.2	96.5	97.1
NE	95.2	92.1	93.7	92.2	93.1	97.3	97.8	99.0	99.1	99.3	97.7	95.7	95.5
GE	93.6	93.7	92.5	91.4	86.3	91.9	95.7	96.8	99.2	98.6	98.4	98.1	98.6
JU	94.7	94.0	94.2	90.5	88.6	91.9	96.6	94.6	92.4	93.7	93.4	91.3	92.7
<b>CH</b>	<b>93.0</b>	<b>92.8</b>	<b>92.2</b>	<b>92.9</b>	<b>94.1</b>	<b>94.3</b>	<b>97.4</b>	<b>97.4</b>	<b>97.7</b>	<b>97.7</b>	<b>97.6</b>	<b>98.0</b>	<b>97.9</b>
Stand der Daten	24.04.2003	28.04.2004	04.06.2005	16.05.2006	25.04.2007	25.04.2008	25.04.2008	25.04.2008	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011

Quellen: Gemeinsame Einrichtung KVG: Daten Risikoausgleich; Bundesamt für Migration: Asylstatistik; Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan © Obsan

**Anhang 2 Anzahl Versicherte pro Kanton, 1998–2010**

Kanton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*	2009*	2010*
ZH	1207'074	1216'832	1223'231	1239'626	1250'672	1258'383	1266'164	1274'554	1284'816	1302'316	1324'391	1343'279	1358'292
BE	956'167	958'239	954'481	952'850	954'625	957'292	958'362	958'483	959'959	963'181	967'354	973'125	977'172
LU	350'066	352'411	353'150	354'158	355'977	357'264	357'850	359'132	360'566	364'788	369'474	373'929	377'573
UR	36'099	35'979	35'867	35'615	35'513	35'411	35'371	35'235	35'198	35'117	35'292	35'551	35'448
SZ	126'860	128'810	129'663	131'005	132'847	134'743	136'280	137'241	138'615	140'667	143'217	145'110	146'250
OW	32'813	33'084	33'305	33'408	33'605	33'810	33'920	33'914	34'132	34'531	34'930	35'425	35'888
NW	37'060	37'383	37'727	38'102	38'570	38'757	39'061	39'344	39'613	39'908	40'198	40'490	40'620
GL	39'434	39'328	38'896	38'710	38'902	38'852	38'762	38'530	38'358	38'343	38'535	38'622	38'806
ZG	96'434	97'800	98'813	99'870	101'169	102'210	103'786	105'400	106'727	108'311	109'966	110'915	111'921
FR	234'692	237'166	238'928	240'349	243'904	247'296	250'415	253'935	259'531	263'605	268'781	274'685	279'469
SO	247'476	247'216	247'092	246'813	247'749	248'856	249'403	249'668	250'441	251'868	253'696	255'277	256'498
BS	191'469	189'389	186'785	185'795	185'300	183'865	183'321	182'306	179'208	178'964	179'621	180'960	182'454
BL	259'180	260'991	261'590	262'416	263'713	265'193	265'849	266'108	267'054	268'991	271'417	273'434	274'773
SH	75'146	75'437	75'234	74'863	75'317	75'383	75'372	75'081	75'346	75'834	76'415	77'110	77'362
AR	55'002	54'867	54'450	54'062	53'828	53'734	53'587	53'421	53'225	53'373	53'592	53'759	53'649
AI	14'902	14'929	14'948	14'947	14'945	15'003	14'996	15'144	15'295	15'387	15'503	15'633	15'707
SG	451'858	453'888	454'754	456'132	459'049	460'671	461'893	463'163	464'718	467'497	471'379	475'390	477'865
GR	196'638	195'317	194'374	193'686	193'352	193'339	194'100	193'436	193'599	194'226	195'101	196'540	197'002
AG	550'461	554'573	557'728	562'728	562'630	566'228	569'894	574'063	579'036	585'574	594'355	603'661	611'677
TG	228'940	229'971	230'224	230'393	231'392	232'795	234'138	235'444	237'234	239'600	242'376	245'482	248'391
TI	307'848	309'990	311'148	312'570	314'114	315'386	316'266	317'718	319'352	321'719	325'160	328'622	331'361
VD	614'370	619'575	622'421	627'444	632'399	637'651	641'826	647'249	652'992	660'992	672'085	683'822	693'426
VS	281'107	282'572	283'197	283'835	286'911	290'527	293'163	296'261	298'852	302'846	306'427	310'599	313'986
NE	168'590	168'818	168'330	167'990	168'668	168'948	168'943	168'895	169'613	170'121	171'044	172'179	172'644
GE	381'583	383'693	385'672	388'760	395'952	396'321	399'343	401'463	405'673	410'367	412'964	418'401	422'379
JU	70'323	70'447	70'241	69'931	70'011	69'854	69'667	69'551	69'577	69'750	70'053	70'426	70'657
CH	7'211'592	7'248'704	7'262'247	7'296'059	7'341'111	7'377'772	7'411'732	7'444'739	7'488'730	7'558'129	7'643'662	7'732'768	7'801'547

\* Ab 2007 wurden die Versicherten im Asylprozess aufgrund der Änderung vom 16. Dezember 2005 am Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (Artikel 82a des Asylgesetzes) sowie aufgrund des KVG (Artikel 105a) beim Versichertenbestand gemäss Risikoausgleich ausgeklammert. Diese Versicherten werden hier zum Bestand des Risikoausgleichs wieder hinzugefügt, weil sie im Versichertenbestand des Datenpools von santésuisse enthalten sind.

Quellen: Gemeinsame Einrichtung KVG: Daten Risikoausgleich, Bundesamt für Migration: Asylstatistik

### Anhang 3 Leistungskategorien

#### Stationäre Leistungen

Leistungserbringer	Leistungserbringer-Kategorie	Leistungserbringer-Unterkategorie
Spitäler	Universitätsspitäler	Zentrumsversorgung, Niveau 1
		Allgemeinspitäler
	Allgemeinspitäler, Niveau 2	
	Allgemeinspitäler, Niveau 3	
	Allgemeinspitäler, Niveau 4	
	Allgemeinspitäler, Niveau 5	
	Psychiatrische Kliniken	Psychiatrische Kliniken, Niveau 1
		Psychiatrische Kliniken, Niveau 2
	Andere	Spezialklinik: Chirurgie
		Spezialklinik: Pädiatrie
		Spezialklinik: Geriatrie
		Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie
		Geburtshäuser
Rehabilitationskliniken		
Andere Spezialkliniken		
Andere Spitäler		
APH <sup>1</sup>	Institutionen für Betagte und Sondereinrichtungen	Pflegeheime
		Altersheime
		Institutionen für Menschen mit Behinderungen
		Institutionen für Menschen mit psychosozialen Problemen
		Alters- und Pflegeheime, Sonderfälle

1. Die APH bilden seit 2002 eine neue Kategorie von Leistungserbringern. Diese Kategorie beinhaltet auch die APH-Leistungen der Spitäler.

#### Ambulante Leistungen

Leistungserbringer	Leistungserbringer-Kategorie	Leistungserbringer-Unterkategorie
Ärztinnen und Ärzte	Grundversorgung	Allgemeinmedizin
		Innere Medizin
		Praktische Ärztin oder praktischer Arzt ohne Spezialisierung
		Gruppenpraxis
		Pädiatrie
	Fachmedizin	Alle anderen Fachrichtungen
Psychiatrie	Psychiatrie und Psychotherapie	
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
Spitäler	Siehe oben aufgeführte Kategorien	
Spitex		
Pflegfachpersonen		

#### Medikamente/Material

Leistungserbringer	Leistungserbringer-Kategorie	Leistungserbringer-Unterkategorie
Ärztinnen und Ärzte	Grundversorgung	Siehe oben aufgeführte Unterkategorien
	Fachmedizin	
	Psychiatrie	Siehe oben aufgeführte Unterkategorien
Apotheken		
Spitäler	Im ambulanten Spitalbereich abgegebene Medikamente	
MiGeL-Abgabestellen		

**Medizinische Analysen**

<b>Leistungserbringer</b>	<b>Leistungserbringer-Kategorie</b>
Laboratorien	Privatlaboratorien
	Blutspendezentren
	Mikrobiologische Laboratorien
	Genetik-Laboratorien
	Mikrobiologie- und Genetik-Laboratorien
	Laboratorien, Sonderfälle
Ärzeschaft	Laboratorien der Arztpraxen

**Spezifische Therapien**

<b>Leistungserbringer</b>	<b>Leistungserbringer-Kategorie</b>
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen	Physiotherapiezentrum
	Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen
Chiropraktoren und Chiropraktorinnen	
Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen	Ergotherapiezentrum
	Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen
Hebammen	
Logopäden und Logopädinnen	
Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen	

**Andere Leistungen**

<b>Leistungserbringer</b>	<b>Leistungserbringer-Kategorie</b>
Zahnärzte und Zahnärztinnen	
Transport / Rettung	
Spa	
Empirische Medizin (EMR)	
Qualitop	
Komplementärmedizin (ASCA)	
Andere Leistungserbringer	Ausland
	Gemeinsame Einrichtung KVG
	Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK)
	Kurhäuser
	Andere Leistungserbringer
Unbekannt	

**Anhang 4 Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)**

<b>Jahr</b>	<b>LIK</b>
1998	100.0
1999	100.8
2000	102.3
2001	103.4
2002	104.1
2003	104.7
2004	105.5
2005	106.8
2006	108.0
2007	108.7
2008	111.3
2009	110.8
2010	111.6

Quelle: BFS, LIK

**Anhang 5 Nettokosten nach Leistungskategorie, in Millionen Franken, 1998–2010, zu laufenden Preisen**

Leistungskategorie	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Stationäre Leistungen <sup>1</sup>													
Universitätsspitaler	-	-	-	555'685	539'530	627'724	693'324	72'1046	745'542	786'767	792'912	820'948	857'508
Allgemeinspitäler	-	-	-	1682'760	1779'318	2'010'672	2'375'339	2'540'837	2'608'821	2'754'704	2'857'255	2'958'695	3'009'263
Psychiatrische Kliniken	-	-	-	353'087	376'881	406'685	467'647	492'544	503'024	496'920	517'245	547'674	539'872
Andere Spitäler	-	-	-	865'036	780'036	762'059	760'786	737'056	718'099	745'474	771'395	802'983	784'579
Total Spitäler stationär	3'267'817	3'346'340	3'382'982	3'456'567	3'475'763	3'807'150	4'297'096	4'491'483	4'575'487	4'763'884	4'938'797	5'100'301	5'191'222
APH	977'205	1'082'686	1'236'540	1'300'532	1'430'593	1'488'676	1'456'979	1'553'402	1'601'161	1'667'367	1'708'431	1'769'417	1'799'182
Total stationäre Leistungen	<b>4'245'022</b>	<b>4'429'026</b>	<b>4'619'522</b>	<b>4'757'099</b>	<b>4'906'357</b>	<b>5'295'826</b>	<b>5'754'075</b>	<b>6'044'885</b>	<b>6'176'648</b>	<b>6'451'271</b>	<b>6'647'228</b>	<b>6'899'718</b>	<b>6'990'404</b>
Grundversorgung	136'186	137'347	138'543	149'317	159'856	154'543	157'426	160'187	158'358	165'026	169'950	175'379	177'674
Fachmedizin	1'094'661	1'459'25	1'343'373	1'44'963	1'423'894	1'467'504	1'521'615	1'558'429	1'592'161	1'702'388	1'821'383	1'880'939	1'957'027
Psychiatrie	258'281	262'224	278'970	294'384	302'566	313'837	381'384	408'083	414'764	426'348	447'239	466'788	490'314
Spital ambulant	1'362'435	1'486'083	1'607'962	1'738'030	1'767'849	1'971'875	1'941'891	2'273'976	2'228'296	2'385'572	2'567'608	2'787'601	2'994'411
Spitex	179'175	166'803	219'045	245'322	257'925	294'771	322'209	344'655	373'536	405'118	433'866	462'972	490'342
Pflegfachpersonen	5'541	9'478	11'985	14'270	16'373	17'359	19'163	22'638	26'194	30'188	33'005	37'022	41'723
Total ambulante Leistungen	<b>4'261'288</b>	<b>4'473'983</b>	<b>4'846'769</b>	<b>5'200'116</b>	<b>5'288'464</b>	<b>5'599'889</b>	<b>5'751'530</b>	<b>6'209'556</b>	<b>6'218'490</b>	<b>6'599'639</b>	<b>7'003'050</b>	<b>7'390'702</b>	<b>7'750'560</b>
Grundversorgung	702'896	756'417	813'823	836'816	855'828	884'311	929'536	954'575	943'470	945'877	999'015	994'826	973'831
Fachmedizin	521'32	713'227	222'274	225'104	229'354	237'958	261'405	298'929	307'947	329'703	374'202	394'731	404'103
Psychiatrie	7'183	9'187	11'110	13'587	17'983	16'080	16'965	19'050	18'837	19'803	21'704	22'097	21'483
Spital ambulant	66'702	88'760	104'436	132'001	179'197	206'249	236'420	313'737	333'782	373'312	463'395	521'787	585'529
Apotheken	1409'825	1486'146	1694'321	1827'219	2'039'819	2'126'171	2'207'889	2'283'709	2'376'743	2'487'566	2'599'940	2'618'011	2'618'011
Spitex <sup>2</sup>	-	-	-	-	7'977	17'521	10'301	10'411	113'17	118'97	13'023	13'656	10'043
MiGeL-Abgabestellen	33'899	33'808	35'312	42'435	48'107	50'472	54'363	61'649	68'564	77'901	87'233	96'557	107'095
Total Medikamente / Material	<b>2'372'636</b>	<b>2'547'556</b>	<b>2'881'276</b>	<b>3'077'162</b>	<b>3'378'265</b>	<b>3'530'992</b>	<b>3'716'878</b>	<b>3'942'588</b>	<b>3'983'917</b>	<b>4'135'236</b>	<b>4'446'139</b>	<b>4'643'574</b>	<b>4'724'095</b>
Laboratorien	241'498	252'736	276'103	296'448	307'157	312'382	320'087	335'519	347'511	336'663	370'011	37'003	394'439
Analysen A/zlpraxen <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	227'828	344'294	312'963	315'540	342'471	316'703	277'260
Total Medizinische Analysen	<b>241'498</b>	<b>252'736</b>	<b>276'103</b>	<b>296'448</b>	<b>307'157</b>	<b>312'382</b>	<b>547'916</b>	<b>679'814</b>	<b>627'714</b>	<b>652'223</b>	<b>712'572</b>	<b>687'706</b>	<b>671'700</b>
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen	291'027	307'343	319'785	361'097	363'272	364'144	366'621	388'744	396'987	415'942	432'412	448'445	479'182
Chiropraktoren und Chiropraktorinnen	40'425	43'128	45'637	47'528	47'208	47'372	48'045	48'521	47'330	49'663	50'636	51'899	52'662
Ergo-therapeuten und Ergo-therapeutinnen	14'848	18'863	21'675	23'344	25'914	28'755	30'713	35'786	38'261	42'361	46'806	51'081	57'520
Hebammen	10'895	12'088	13'576	15'540	16'595	17'668	20'179	22'151	24'324	25'887	28'580	31'655	34'332
Logo-päden und Logo-pädinnen	1'546	2'064	2'502	2'824	3'062	3'171	3'253	3'231	3'265	3'726	4'012	4'084	4'253
Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen	4'712	6'200	6'976	7'820	8'612	9'361	9'730	10'402	10'046	10'477	10'676	10'929	10'951
Total spezifische Therapien	<b>363'453</b>	<b>389'685</b>	<b>410'151</b>	<b>458'154</b>	<b>464'664</b>	<b>470'470</b>	<b>478'541</b>	<b>508'835</b>	<b>520'213</b>	<b>548'065</b>	<b>573'131</b>	<b>598'093</b>	<b>638'880</b>
Andere Leistungen	347'294	292'707	325'850	353'714	411'273	337'248	360'678	354'687	385'866	315'540	398'807	393'419	390'439
<b>Total</b>	<b>11'831'191</b>	<b>12'385'693</b>	<b>13'359'671</b>	<b>14'142'693</b>	<b>14'756'178</b>	<b>15'546'808</b>	<b>16'381'789</b>	<b>17'396'171</b>	<b>17'599'884</b>	<b>18'461'788</b>	<b>19'438'456</b>	<b>20'296'509</b>	<b>20'888'818</b>

Hochrechnung der Daten auf 100% gemäss Versichertenbestand im Risikoausgleich

1. Die Daten sind ab 2004 und rückwirkend bis 2000 gemäss Krankenhaustypologie aufgeschlüsselt. Im Jahr 2000 ist es aufgrund der Datenqualität nicht möglich, die Spitäler ohne BUR-Nummer den einzelnen Kategorien zuzuweisen.

2. Medikamente/Material im Rahmen der Spitex liegen seit 2002 separat vor. Davor beinhaltet die Kategorie Spitex auch Medikamente/Materialien, die abgegeben wurden.

3. Diese Leistungen sind bereits in den ambulanten Leistungen der Allgemein- und Fachmedizin enthalten. Sie können erst seit 2004 separat ausgewiesen werden.

Stand der Daten: 1998: 24.4.2003, 1999: 28.4.2004, 2000: 4.6.2005, 2001: 16.05.2006, 2002: 25.4.2007, 2003-2005: 25.4.2008, 2006-2010: 17.6.2011

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

**Anhang 6 Nettokosten pro Versicherten und durchschnittliches jährliches Wachstum (in %) nach Leistungskategorie, nach Wohnkanton der Versicherten, 1998 und 2010, zu laufenden Preisen, in Franken**

Kanton	Stationäre Leistungen			Ambulante Leistungen			Medikamente / Material			Medizinische Analysen			Spezifische Therapien			Andere Leistungen			Total		
	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%
ZH	622	860	2.7	666	1039	3.8	309	581	5.4	29	48	4.1	45	83	5.2	41	45	0.7	1712	2656	3.7
BE	578	126	5.7	513	978	5.5	353	612	4.7	29	42	3.3	44	75	4.6	39	48	16	1556	2881	5.3
LU	459	839	5.2	412	765	5.3	280	537	5.6	20	34	4.6	45	74	4.3	32	40	19	1247	2289	5.2
UR	426	796	5.3	437	730	4.4	291	501	4.6	17	34	5.8	30	54	4.9	24	50	6.3	1226	2164	4.8
SZ	423	760	5.0	417	798	5.6	277	510	5.2	20	40	6.1	43	73	4.4	40	46	12	1220	2227	5.1
OW	463	668	3.1	453	726	4.0	251	486	5.7	23	38	4.5	46	72	3.9	28	45	4.1	1264	2037	4.1
NW	402	650	4.1	390	739	5.5	234	474	6.1	24	38	4.0	43	81	5.3	36	46	2.0	1129	2028	5.0
GL	489	809	4.3	465	801	4.6	296	581	5.8	20	35	4.9	40	87	6.6	30	42	3.0	1340	2355	4.8
ZG	418	792	5.5	451	794	4.8	250	493	5.8	29	50	4.6	48	73	3.6	33	51	3.7	1230	2253	5.2
FR	613	835	2.6	526	927	4.8	328	557	4.5	38	51	2.6	42	71	4.5	29	43	3.5	1575	2484	3.9
SO	544	791	3.2	518	943	5.1	315	639	6.1	27	41	3.5	40	75	5.4	38	40	0.3	1482	2528	4.5
BS	941	1222	2.2	883	1271	3.1	419	788	5.4	39	50	2.3	75	106	3.0	122	57	-6.2	2478	3494	2.9
BL	516	913	4.9	624	1100	4.8	308	642	6.3	31	48	3.7	59	98	4.4	38	43	10	1576	2845	5.0
SH	574	857	3.4	534	912	4.6	319	627	5.8	21	32	3.6	49	96	5.7	37	45	18	1534	2570	4.4
AR	458	806	4.8	427	767	5.0	242	477	5.8	17	28	4.4	30	60	5.8	27	35	2.1	1201	2174	5.1
AI	399	645	4.1	329	602	5.2	190	404	6.5	13	27	6.2	21	59	9.0	29	32	0.8	980	1767	5.0
SG	477	759	3.9	431	795	5.2	271	516	5.5	17	31	4.9	38	76	5.9	34	42	18	1269	2218	4.8
GR	489	831	4.5	382	792	6.3	286	543	5.5	21	35	4.3	46	73	3.9	49	58	15	1274	2334	5.2
AG	487	840	4.7	501	887	4.9	289	581	6.0	22	35	3.7	40	77	5.7	29	39	2.5	1368	2459	5.0
TG	601	865	3.1	523	796	3.6	260	467	5.0	22	28	2.3	41	84	6.1	43	42	-0.2	1490	2283	3.6
TI	728	1180	4.1	672	1011	3.5	416	665	4.0	54	66	16	67	86	2.1	47	54	11	1985	3062	3.7
VD	696	802	1.2	768	1263	4.2	394	708	5.0	49	76	3.7	60	89	3.4	92	49	-5.2	2059	2987	3.1
VS	518	760	3.2	451	921	6.1	315	607	5.6	37	49	2.5	44	72	4.2	27	52	5.4	1392	2461	4.9
NE	789	942	1.5	634	960	3.5	400	671	4.4	38	72	5.6	47	75	3.9	95	49	-5.3	2003	2769	2.7
GE	737	945	2.1	1047	1452	2.8	459	766	4.4	94	123	2.2	116	116	0.0	117	57	-5.8	2570	3458	2.5
JU	700	1011	3.1	651	971	3.4	371	643	4.7	31	37	16	39	66	4.4	34	35	0.3	1826	2763	3.5
CH	589	896	3.6	589	993	4.4	329	606	5.2	33	51	3.5	50	82	4.1	50	51	0.2	1641	2678	4.2

Stand der Daten: 1998 : 24.4.2003, 2010 : 17.06.2011

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan

### Anhang 7 Nettokosten pro Versicherten, alle Leistungsarten insgesamt, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 1998 bis 2010, zu laufenden Preisen, in Franken

Geschlecht	Altersklasse	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Männer	0-18 Jahre	569	577	597	622	631	649	677	719	719	761	767	799	793
	19-25 Jahre	513	518	547	573	578	598	602	597	577	577	574	605	611
	26-30 Jahre	564	584	592	611	629	650	656	677	637	633	641	666	668
	31-35 Jahre	667	685	716	731	745	773	786	813	772	773	767	799	799
	36-40 Jahre	773	786	830	841	864	929	946	984	933	937	943	982	1'004
	41-45 Jahre	975	999	1'048	1'075	1'111	1'128	1'158	1'192	1'153	1'161	1'165	1'206	1'227
	46-50 Jahre	1'099	1'138	1'207	1'265	1'319	1'406	1'442	1'500	1'454	1'462	1'470	1'511	1'541
	51-55 Jahre	1'502	1'548	1'654	1'719	1'767	1'800	1'873	1'940	1'903	1'933	1'961	2'026	2'036
	56-60 Jahre	1'857	1'918	2'046	2'123	2'220	2'343	2'474	2'566	2'540	2'576	2'603	2'696	2'704
	61-65 Jahre	2'551	2'643	2'780	2'883	2'931	2'978	3'139	3'303	3'261	3'403	3'429	3'545	3'590
	66-70 Jahre	3'059	3'223	3'407	3'484	3'579	3'870	4'052	4'217	4'159	4'302	4'377	4'509	4'575
	71-75 Jahre	3'985	4'195	4'406	4'576	4'749	4'807	5'084	5'365	5'311	5'476	5'490	5'666	5'762
	76-80 Jahre	4'655	4'839	5'115	5'289	5'320	5'782	6'086	6'466	6'460	6'686	6'787	7'024	7'126
	81-85 Jahre	5'878	6'080	6'419	6'652	6'762	6'942	7'280	7'564	7'612	7'902	8'001	8'145	8'348
	86-90 Jahre	7'249	7'176	7'494	7'706	7'872	8'468	9'038	9'213	9'261	9'472	9'535	9'810	10'070
	91+ Jahre	10'795	10'433	10'565	11'043	11'153	11'307	11'908	11'921	11'998	12'284	12'387	12'262	12'843
Männer		1'336	1'393	1'502	1'587	1'656	1'763	1'847	1'971	1'981	2'063	2'146	2'216	2'269
Frauen	0-18 Jahre	536	547	572	591	600	621	653	695	694	730	736	772	760
	19-25 Jahre	925	939	984	1'009	1'019	1'038	1'062	1'084	1'032	1'046	1'073	1'129	1'139
	26-30 Jahre	1'332	1'355	1'410	1'405	1'427	1'455	1'522	1'583	1'510	1'517	1'537	1'617	1'632
	31-35 Jahre	1'425	1'465	1'539	1'566	1'588	1'645	1'732	1'799	1'778	1'815	1'864	1'923	1'951
	36-40 Jahre	1'266	1'284	1'365	1'428	1'450	1'522	1'606	1'678	1'645	1'693	1'742	1'823	1'850
	41-45 Jahre	1'362	1'413	1'482	1'529	1'567	1'545	1'603	1'661	1'638	1'684	1'710	1'783	1'799
	46-50 Jahre	1'493	1'529	1'640	1'704	1'751	1'818	1'900	1'964	1'926	1'941	1'986	2'046	2'079
	51-55 Jahre	1'917	1'983	2'127	2'213	2'232	2'214	2'290	2'350	2'303	2'383	2'411	2'471	2'501
	56-60 Jahre	2'120	2'195	2'343	2'453	2'508	2'621	2'716	2'788	2'741	2'772	2'818	2'915	2'941
	61-65 Jahre	2'546	2'677	2'854	3'003	3'057	3'053	3'198	3'343	3'308	3'407	3'440	3'562	3'555
	66-70 Jahre	2'893	3'012	3'192	3'344	3'432	3'649	3'866	4'005	3'980	4'106	4'194	4'346	4'368
	71-75 Jahre	3'816	3'968	4'194	4'340	4'466	4'494	4'794	4'961	4'970	5'158	5'204	5'437	5'466
	76-80 Jahre	4'696	4'849	5'070	5'238	5'355	5'700	6'000	6'215	6'216	6'426	6'517	6'782	6'884
	81-85 Jahre	6'555	6'776	7'127	7'303	7'457	7'484	7'866	8'051	8'056	8'284	8'386	8'664	8'779
	86-90 Jahre	8'721	8'910	9'081	9'472	9'671	10'181	10'757	10'807	10'813	11'007	11'051	11'159	11'535
	91+ Jahre	13'694	13'626	13'873	14'307	14'797	14'555	15'074	14'915	15'147	15'529	15'321	15'478	15'833
Frauen		1'930	2'010	2'158	2'270	2'345	2'440	2'560	2'689	2'706	2'809	2'927	3'022	3'074
<b>Total</b>		1'641	1'709	1'840	1'938	2'010	2'107	2'210	2'337	2'350	2'443	2'543	2'625	2'678

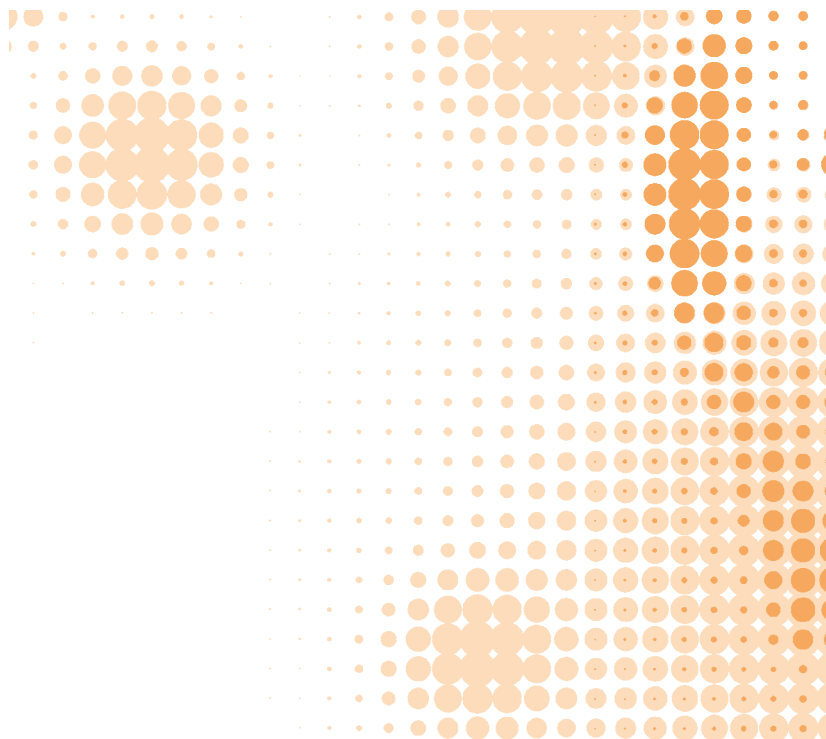
Stand der Daten: 17.06.2011

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

© Obsan







**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.