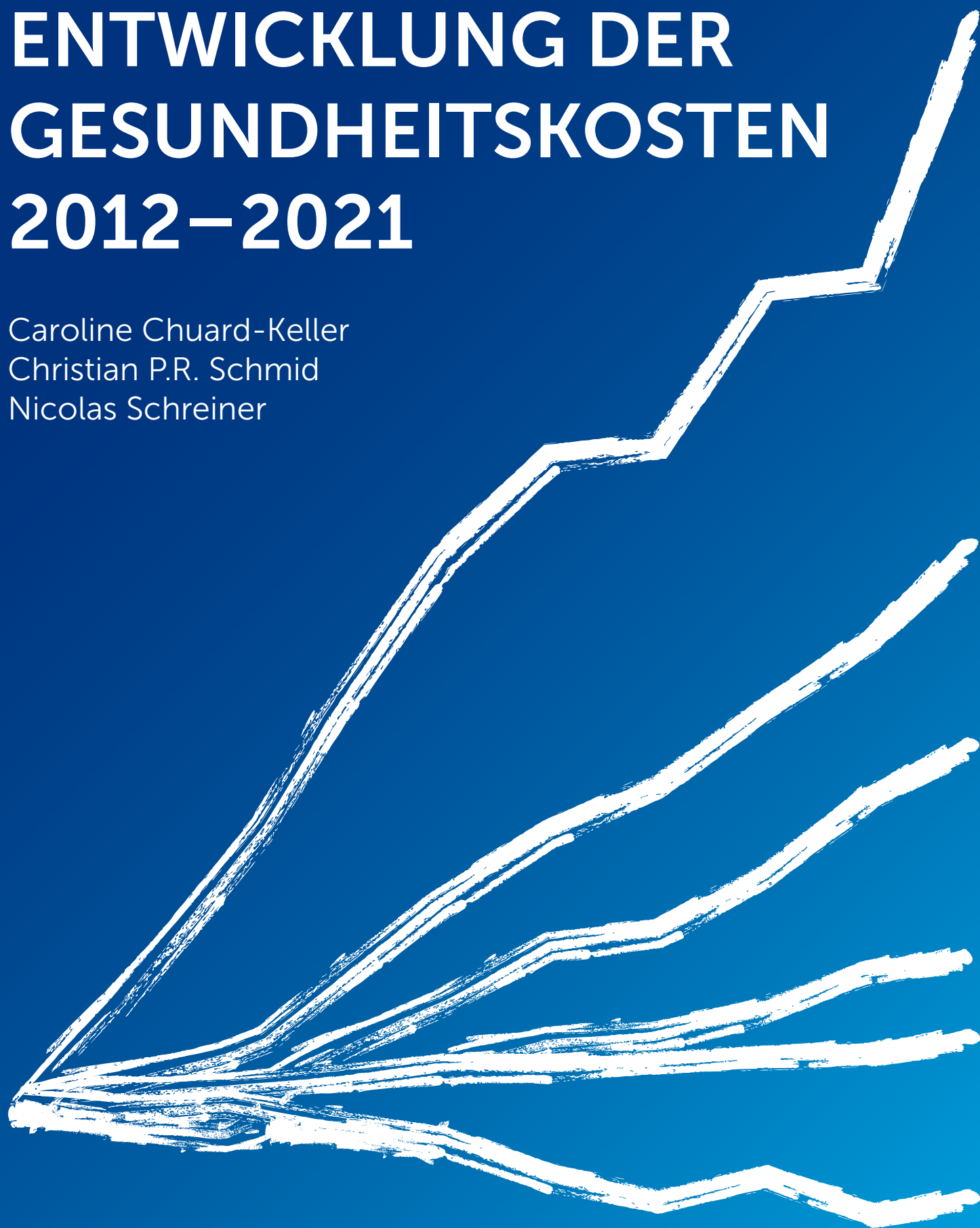


ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN 2012–2021

Caroline Chuard-Keller
Christian P.R. Schmid
Nicolas Schreiner



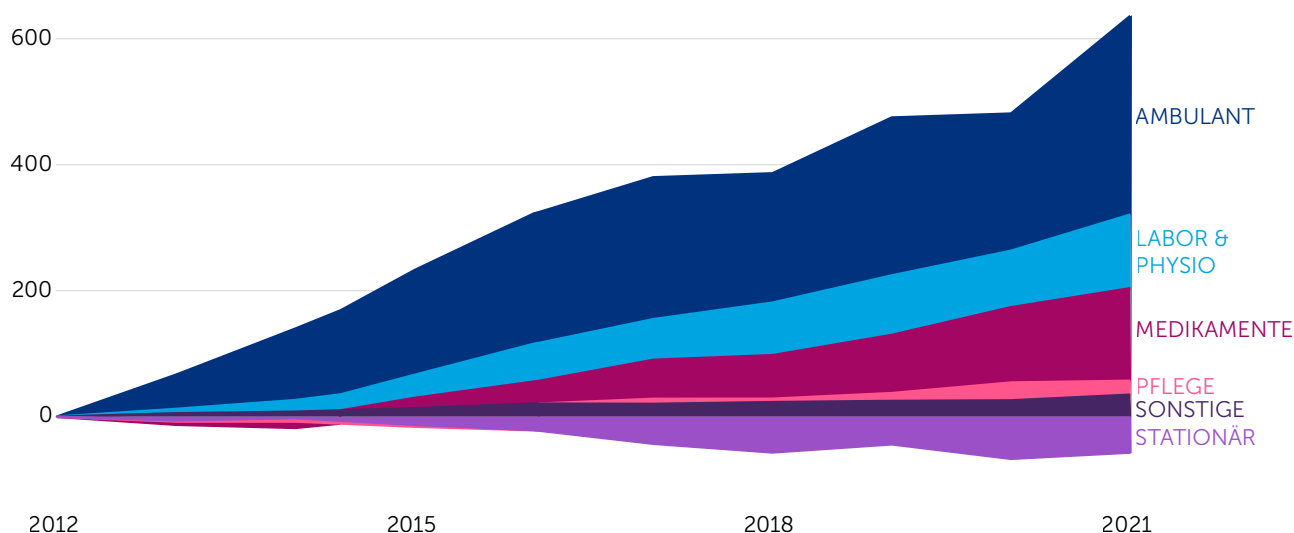
CSSINSTITUT

EINLEITUNG

Seit Jahren beschäftigt der anhaltende Anstieg der Gesundheitskosten die Schweiz, die steigende Prämienlast stellt in Umfragen regelmässig eine der grössten Sorgen der Bevölkerung dar. So sind auch 2023 das Gesundheitswesen sowie die Krankenkassen und Prämien gemäss Sorgenbarometer der Credit Suisse die Sorge Nummer 1 der Schweizer Bevölkerung. Im öffentlichen Fokus stehen dabei meistens die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Der stetige Anstieg der OKP-Prämien belastet die Budgets der Haushalte, und diese können sich dieser Entwicklung aufgrund des Obligatoriums in der Grundversicherung nicht entziehen. Die hervorgebrachten Lösungen variieren, je nach politischer Couleur, deutlich: Sie reichen von der Abschaffung des Versicherungsobligatoriums bis hin zur Schaffung einer staatlichen Einheitskasse. Wie diese Lösungen allerdings das Kostenwachstum bremsen sollen, bleibt in der Regel offen. Die wachsenden Gesundheitskosten waren in der Schweiz schon ein Thema, als es noch gar kein Versicherungsobligatorium gab; und auch Staaten, die eine Einheitskasse haben, sehen sich mit steigenden Gesundheitskosten konfrontiert. Es scheint also Wachstumstreiber zu geben, die unabhängig von der Art und Weise sind, wie wir die Grundversicherung organisieren. Damit sind wir beim Ziel dieses Berichts angelangt: Er soll zu einem besseren Verständnis des Kostenwachstums in der Schweizer Grundversicherung beitragen. Denn erst wenn wir die Wachstumstreiber verstehen, können wir, sofern wir denn wollen, auch wirksame Mittel gegen das Kostenwachstum entwickeln und ergreifen.

Unser Fokus liegt dabei also nicht auf der *absoluten Höhe* der Gesundheitskosten, sondern auf den Gründen für die *Veränderung* der Kosten pro Kopf. Wenn ein bestimmter Faktor im Jahr 2012 zwar

ABBILDUNG 1: KOSTENENTWICKLUNG PRO VERSICHERTEN 2012–2021 NACH KATEGORIEN



einen grossen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben hatte, aber seitdem keine Veränderung erfahren hat, kann er unmöglich erklären, warum die Kosten bis im Jahr 2021 gestiegen sind. Die Kosten wachsen demnach nur, wenn eine grundlegende Veränderung passiert. Eine solche Veränderung *könnte* beispielsweise der demografische Wandel sein, also die Alterung der Gesellschaft, oder eine Zunahme der Leistungen aufgrund einer Ausweitung der Versicherungsdeckung, des technologischen Fortschritts oder einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Dabei ist es letztlich eine empirische Frage, was die Treiber der Gesundheitsausgaben sind. Deshalb schauen wir uns diese und deren Veränderung basierend auf den Daten der CSS genauer an.

Die Krankheitskosten pro Versicherten sind bei der CSS in der Grundversicherung von 3396 Franken im Jahr 2012 auf 3975 Franken im Jahr 2021 gestiegen (Kosten umfassen im Folgenden die von der Versicherung bezahlten Leistungen plus die Kostenbeteiligung der Patienten). Innerhalb von nur 10 Jahren haben die durchschnittlichen Kosten pro Kopf also um 579 Franken zugenommen. Wie Abbildung 1 zeigt, teilen sich diese 579 Franken unterschiedlich auf die verschiedenen Kostenarten auf. Der ambulante Bereich alleine trug zu über der Hälfte dieses Anstiegs bei, während Medikamente und Laboranalysen jeweils für rund einen Fünftel verantwortlich waren. Währenddessen wiesen die Pflege und der stationäre Bereich am Ende der betrachteten 10 Jahren nur marginal gestiegene bzw. sogar gesunkene Kosten pro Versicherten auf.

In diesem Bericht zeigen wir auf, welche Faktoren für den Kostenanstieg relevant sind – und welche nicht. Unsere Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der demografische Wandel spielt lediglich eine geringfügige Rolle, denn nur etwa ein Siebtel des Anstiegs der Kosten lässt sich durch die Alterung der Bevölkerung erklären.
- Der technologische Fortschritt führt zu höheren Kosten. Am Beispiel der Medikamentenkosten zeigen wir auf, dass neue Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben) beinahe einen Drittel der Kostensteigerung ausmachen.
- Es gibt zwar anteilmässig mehr Menschen, die medizinische Leistungen nachfragen, diese Zunahme erklärt aber nur einen Fünftel des Kostenwachstums.
- Folglich nehmen die Leistungen pro Patient zu und die Leistungsausweitung führt zu höheren Kosten: Versicherte, welche mit dem Gesundheitswesen in Kontakt kommen (Patienten im Folgenden), fragen letztlich mehr nach.

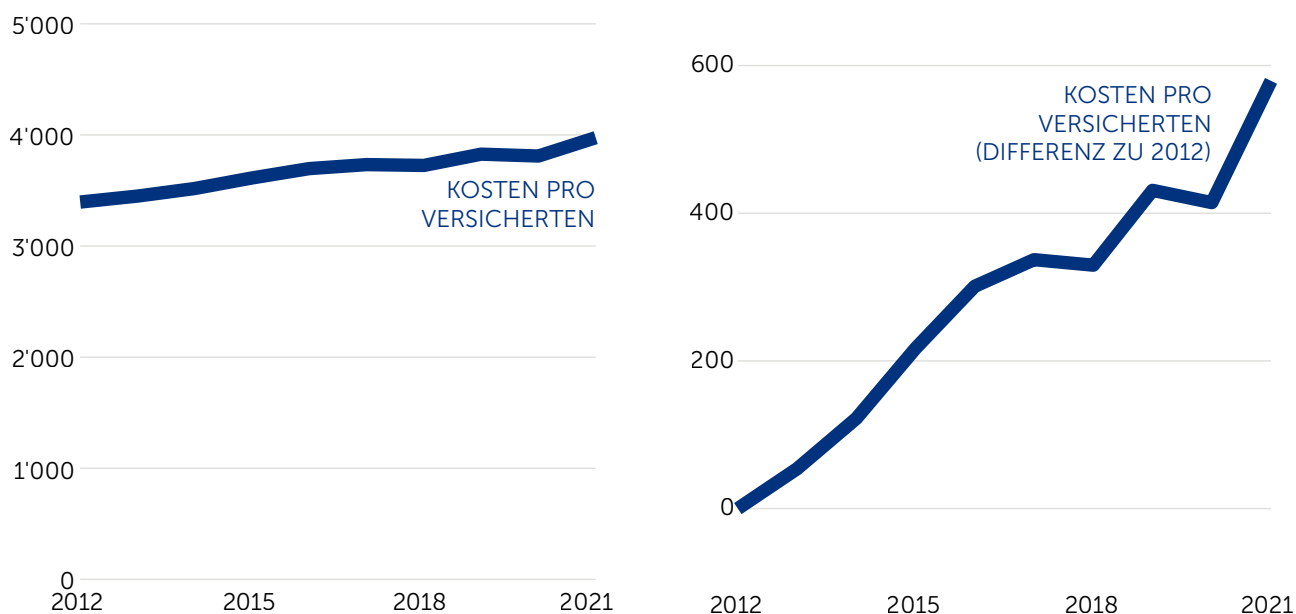
Diese Punkte ergeben sich aus einer beschreibenden Analyse der Kostenentwicklung in der CSS,

die wir auf den kommenden Seiten aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Zum Schluss gehen wir auch noch darauf ein, was wir aus den vorhandenen Daten (noch) nicht lernen können und weshalb das problematisch ist. Wichtig dabei ist, dass wir gewisse Punkte und Themen ausklammern, die für den vorliegenden Bericht nicht relevant sind. Uns ist beispielsweise bewusst, dass die individuelle Prämie auch vom Alter (Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene), vom Wohnkanton, dem gewählten Versicherungsmodell, usw. abhängen. In einer Analyse der Wachstumstreiber sind diese Faktoren hingegen kaum von Bedeutung. Wir haben also versucht, den Text so einfach und verständlich wie möglich zu gestalten, damit er einer breiten Leserschaft zugänglich ist.

GESAMTENTWICKLUNG

Die in der Schweiz steigenden OKP-Kosten sind auch beim Versichertenkollektiv der CSS ersichtlich. Während des in diesem Bericht betrachteten Zeitraums von 2012 bis 2021 stiegen die jährlichen Kosten für medizinische Leistungen in der Grundversicherung insgesamt von 4.2 Milliarden Franken auf 6.0 Milliarden Franken. Das entspricht einem Anstieg von 43 Prozent. Diese Zahl an sich ist jedoch nicht sehr aussagekräftig, da in diesem Zeitraum nicht nur die Schweizer Bevölkerung gewachsen ist, sondern auch die CSS. Das Versichertenkollektiv der CSS wuchs sogar schneller, d.h., der Marktanteil der CSS hat sich zwischen 2012 und 2021 vergrössert. Der Zuwachs betrug insgesamt rund 272,000 Versicherte, wodurch der Gesamtbestand bis 2021 auf 1.5 Millionen anstieg. Relativ ausgedrückt, repräsentiert dies ein Wachstum von 22 Prozent. Für die Höhe der Prämie ist es entscheidend, wie viele Versicherte gemeinsam die Kosten tragen. Ein

ABBILDUNG 2: KOSTENENTWICKLUNG PRO VERSICHERTEN 2012–2021



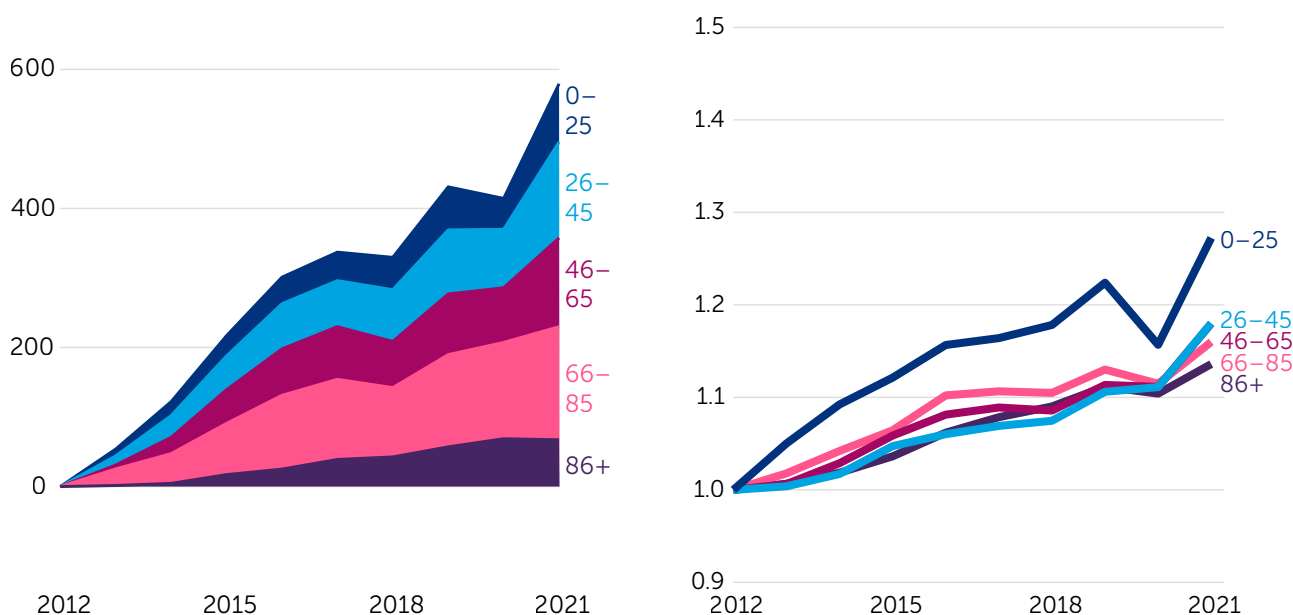
Anstieg der Prämien der einzelnen Versicherten kann daher nur dann resultieren, wenn auch die Kosten pro Versicherten ansteigen, weswegen wir uns in diesem Bericht nun vor allem auf die Leistungen «pro Kopf» fokussieren.

Hätten sich die Gesamtkosten und die Anzahl der Versicherten im Gleichklang entwickelt, wären die Kosten pro Versicherten unverändert geblieben. Da jedoch erstere deutlich schneller stiegen als letztere, sind als logische Konsequenz die Kosten pro Versicherten gestiegen. Dies verdeutlicht Abbildung 2: die Kosten pro Versicherten stiegen von 3396 Franken im Jahr 2012 auf 3975 Franken zehn Jahre später. Wir beobachten 2021 also im Durchschnitt einen zusätzlichen Bezug medizinischer Leistungen im Umfang von jährlich 579 Franken pro Versicherten. Im Folgenden geht es darum herauszufinden, wie dieser Anstieg zu Stande kommt.

DEMOGRAFISCHER WANDEL

Die Schweizer Bevölkerung wird aufgrund der gesunkenen Geburtenrate und der gestiegenen Lebenserwartung immer älter. So nahm das Durchschnittsalter zwischen 2012 und 2021 um 1 Jahr zu, der Anteil der über 65-Jährigen stieg von 17 auf 19 Prozent. Da ältere Menschen durchschnittlich höhere Gesundheitskosten aufweisen, steigen die Kosten, wenn die Bevölkerung altert. Die Alterung der Bevölkerung führt also – rein mechanisch und einfach nachvollziehbar – zu einem Anstieg der Kosten. Es erstaunt daher wenig, dass der demografische Wandel oft als einer der (Haupt-)Treiber des Kostenwachstums genannt wird. Im Folgenden analysieren wir deshalb die Kostenentwicklung mit Blick auf den demografischen Wandel.

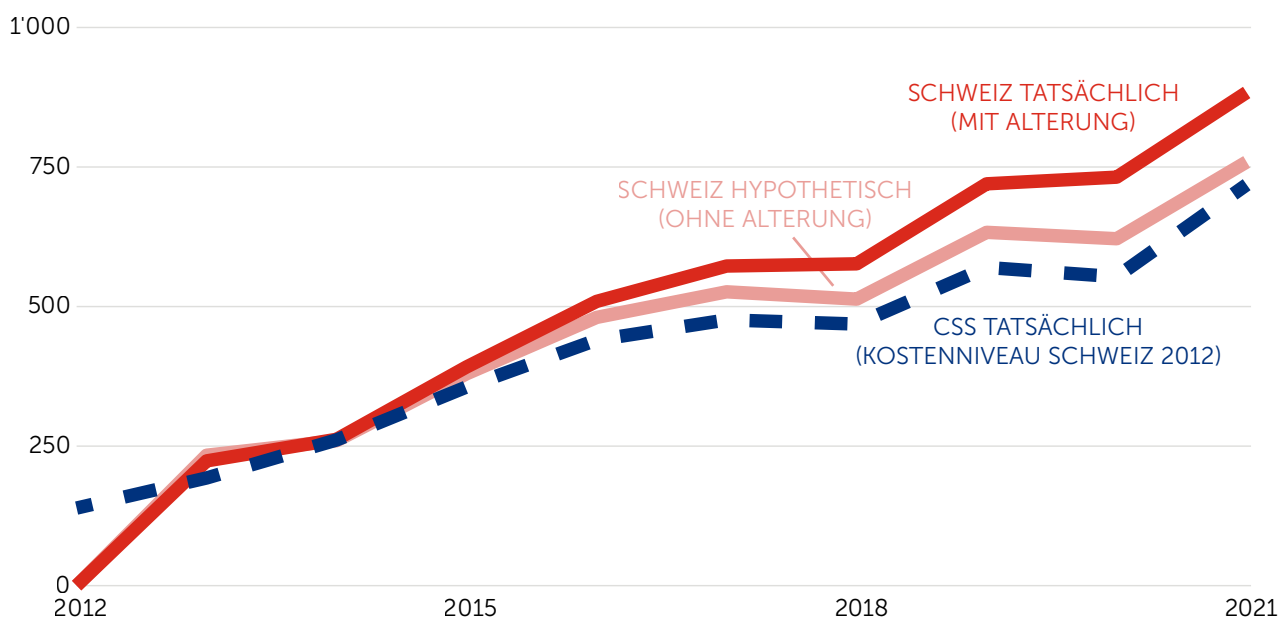
ABBILDUNG 3: KOSTENENTWICKLUNG PRO VERSICHERTEN UND KOPF IN ALTERSGRUPPE



Betrachten wir zuerst fünf Alterskategorien: 0–25, 26–45, 46–65, 66–85 und 85+ Jahre. Die Abbildung 3 zeigt den Beitrag zum totalen Kostenwachstum von 579 Franken aufgeteilt nach diesen fünf Altersgruppen. Pro versicherte Person ist das Wachstum in der Gruppe der 66–85-Jährigen mit 163 Franken am grössten, gefolgt von den 26–45- und 46–65-Jährigen mit 138 beziehungsweise 128 Franken. Bei Kindern und jungen Erwachsenen sowie bei den Hochbetagten fällt das Wachstum pro versicherte Person frankenmässig am geringsten aus. Betrachtet man hingegen den relativen Anstieg (in Prozent), haben sich die Kosten bei den Jüngsten mit 27 Prozent am stärksten nach oben entwickelt. Allgemein sieht man, je älter desto geringer das relative Wachstum. Dass der Beitrag der 66–85-Jährigen an das Gesamtwachstum mit 163 Franken pro Versichertem gross ausfällt, bei den über 85-Jährigen hingegen klein, liegt an der jeweiligen Gruppengrösse. Es gibt einfach deutlich mehr Menschen im Alter von 66–85 Jahren als über 85 Jahre. Die beiden Abbildungen zeigen jedoch, dass alle Altersgruppen zum Kostenwachstum beigetragen haben, wenn auch mit unterschiedlichem Gewicht.

Wie gross ist nun der Effekt der Alterung, also der Tatsache, dass sich die Altersstruktur der Versicherten über die Zeit verändert? Diese Frage lässt sich mit den Daten der CSS nicht abschliessend beantworten, denn das Versichertenkollektiv der CSS ist in diesem Zeitraum faktisch nicht gealtert. Verantwortlich dafür ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der dazu führen kann, dass nicht jede Kasse die Bevölkerung perfekt abbildet. Das bedeutet nichts anderes, dass das Kostenwachstum von 579 Franken im gesamten Versichertenkollektiv der CSS *ohne* die Auswirkungen der Alterung erklärt werden muss. Damit wir die Alterung trotzdem analysieren können, weichen wir hier – und nur hier – auf die Risikoausgleichsstatistik als zusätzliche Datenquelle aus. Um den

ABBILDUNG 4: KOSTENENTWICKLUNG PRO VERSICHERTEN MIT & OHNE ALTERUNG



Effekt des demografischen Wandels zu isolieren, nehmen wir an, dass die Bevölkerung nicht älter geworden ist, unterstellen aber das beobachtete Kostenwachstum. Wir fragen uns also, wie hoch die Kosten heute wären, wenn die Schweiz 2021 die gleiche Altersstruktur hätte wie 2012. Die Abbildung 4 stellt diesen hypothetischen dem tatsächlichen Kostenanstieg entgegen. Sie zeigt, dass die Alterung für rund 14 Prozent also rund ein Siebtel des gesamten Kostenwachstums verantwortlich ist.

Der demografische Wandel hat zwar einen kleinen, mechanischen Effekt auf das Kostenwachstum, er ist aber kein relevanter Kostentreiber.

AUSWEITUNG DER LEISTUNG

TECHNOLOGISCHER FORTSCHRITT

Die Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsmarkt werden laufend verbessert, teilweise kommen auch völlig neue Technologien hinzu. Dieser technologische Fortschritt führt unter anderem dazu, dass wir effektiver behandeln, rascher gesund werden und länger leben. Während verbesserte und neue Technologien einen Mehrnutzen stiften, sind sie in der Regel teurer als bereits bestehende Produkte und Dienstleistungen. Dabei gilt es zu beachten, dass Technologie ein weit gefasster Begriff ist. Es kann sich beispielsweise um ein neues Medikament, eine neue Operationstechnik, ein verbessertes Ultraschallgerät, oder ähnlichem handeln. Da der technische Fortschritt in der Regel nicht disruptiv ist, neue Technologien im Durchschnitt also kleine, stetige Verbesserungen bringen statt alte komplett zu ersetzen, ist eine Messung der dadurch bedingten Kostensteigerung schwierig. Wir fokussieren uns deshalb auf Medikamente, denn neu zugelassene Produkte sind hier vergleichsweise einfach zu erkennen.

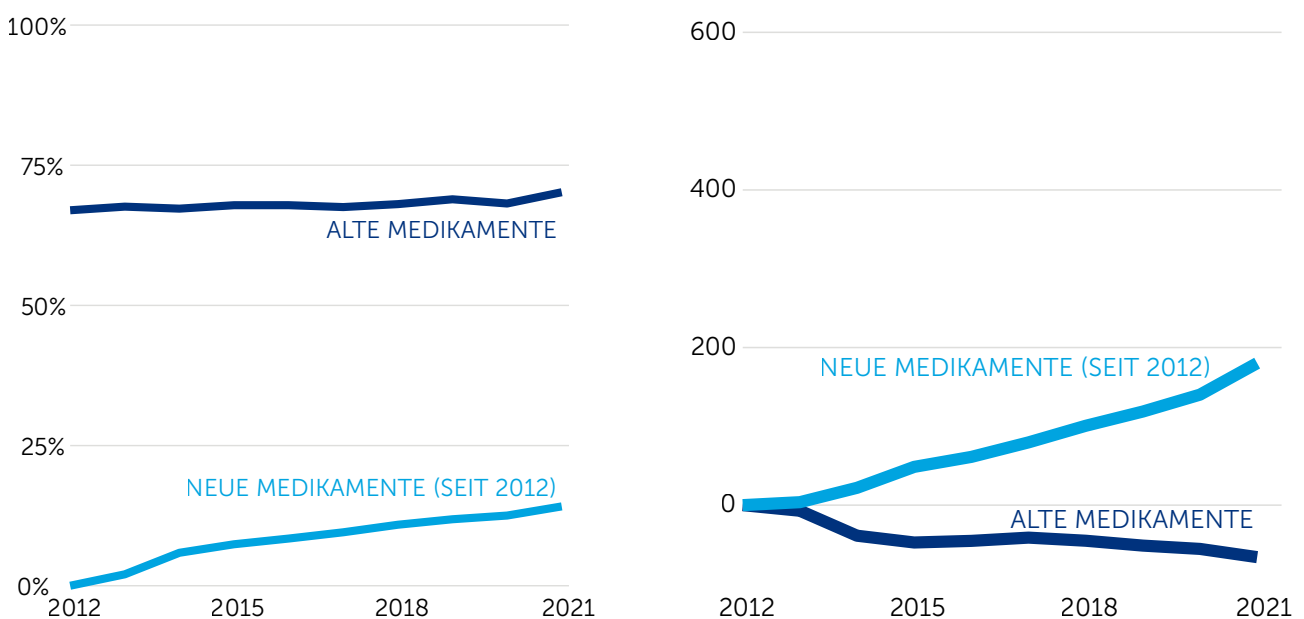
Die gemessenen Medikamentenkosten haben pro versicherter Person im betrachteten Zeitraum um 147 Franken zugenommen. Diese Zahl ist allerdings nicht ganz einfach zu interpretieren, da insbesondere der ambulante Spitalbereich ein starkes Wachstum verzeichnet hat. Dieser ist jedoch zu einem grossen Teil ein statistisches Artefakt aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung; während die Medikamentenkosten im stationären Bereich in den Fallkostenpauschalen enthalten sind, werden sie im ambulanten Bereich einzeln ausgewiesen. Betrachten wir anhand der CSS Daten deshalb nur die Entwicklung der Medikamentenkosten in Apotheken und bei Ärzten, so liegt das Wachstum bei 97 Franken (oder 15.5 Prozent). Der relative Anstieg entspricht in

etwa dem allgemeinen Kostenanstieg pro Versicherten.

Aufgrund der Ambulantisierung konzentrieren wir uns auch im nächsten Schritt nur auf die Medikamentenkosten in Apotheken und bei Ärzten. Interessant dabei ist, dass der Anteil der CSS Versicherten mit Medikamentenbezügen von 2012 bis 2021 lediglich von 68.0 auf 70.9 Prozent zugenommen hat. Dieser Zunahme von 2.9 Prozentpunkten (oder 4.3 Prozent) steht ein Kostenwachstum von 99.2 Franken (oder 10.8 Prozent) gegenüber. Relevant für die Zunahme der Medikamentenkosten sind also vor allem höhere Durchschnittskosten, nicht eine Zunahme der Bezüger. Hätte nur der Anteil der CSS Versicherten mit Medikamentenbezügen zugenommen, so wären die Medikamentenkosten lediglich um 26.4 Franken pro Versicherten gestiegen. Wenn wir ausserdem berücksichtigen, dass die Preise der 2012 bereits verfügbaren Medikamente seither sogar gesunken sind, wären die Medikamentenkosten entsprechend leicht gefallen. Verantwortlich für den Anstieg der Medikamentenkosten sind somit Medikamente, die nach 2012 neu durch die Grundversicherung übernommen wurden. Dies ist gut ersichtlich in Abbildung 5. So steigt der Anteil von Patienten mit Bezügen von neuen Medikamenten kontinuierlich über die Zeit. Die Medikamentenkosten pro Versicherten von neuen Medikamenten machen entsprechend mit 180 Franken fast ein Drittel des totalen Kostenwachstums von 579 Franken aus. Es ist also der technische Fortschritt, der die Kosten nach oben getrieben hat – und das, was wir hier exemplarisch anhand der Medikamente gezeigt haben, passiert in vielen anderen Bereichen auch.

Im Zusammenhang mit dem technologischen Fortschritt wird oft von einer Ausweitung des Leistungskatalogs gesprochen, den es so aber eigentlich gar nicht gibt. Die Leistungen, die von

ABBILDUNG 5: ANTEIL UND KOSTEN PRO VERSICHERTEN NEUE & ALTE MEDIKAMENTE



der Grundversicherung bezahlt werden, sind im Gesetz grundsätzlich festgelegt und werden in einer Vielzahl von Verordnungen, in Anhängen und Listen weiter spezifiziert. Wird beispielsweise ein neues Medikament auf die sogenannte Spezialitätenliste aufgenommen, entspricht dies einer Ausweitung der Leistungen. Der technologische Fortschritt kann also nur dann eine kostensteigernde Wirkung entfalten, wenn neue Technologien explizit oder implizit in den Leistungsumfang der Grundversicherung aufgenommen werden.

Während sich beim aufgeführten Beispiel der Medikamente Neuaufnahmen in den «Leistungskatalog» über Änderungen in der monatlichen Spezialitätenliste noch indirekt finden lassen, ist dieser Prozess im Allgemeinen allerdings sehr intransparent und es gibt für andere Leistungsarten keine wirkliche Übersicht, ab wann diese von der Grundversicherung übernommen wurden. Auch ist oft nicht erkennbar, ob es sich um zusätzliche Leistungen handelt oder dadurch bereits existierende Leistungen ersetzt oder ergänzt werden. Heute ist es daher schwierig bis unmöglich, die Kostenfolge von Änderungen des «Leistungskatalogs» isoliert zu betrachten.

Der technologische Fortschritt schafft grossen Mehrwert, ist aber auch einer der Haupttreiber des Kostenwachstums. Im hier betrachteten Beispiel der Medikamente gehen fast 100 Prozent des Kostenwachstums auf den technologischen Fortschritt zurück. Aufgrund des intransparenten Prozesses und fehlender Dokumentation lässt sich aber ansonsten nicht verlässlich messen, wie sehr neue Technologien im medizinischen Bereich nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Kosten erhöhen.

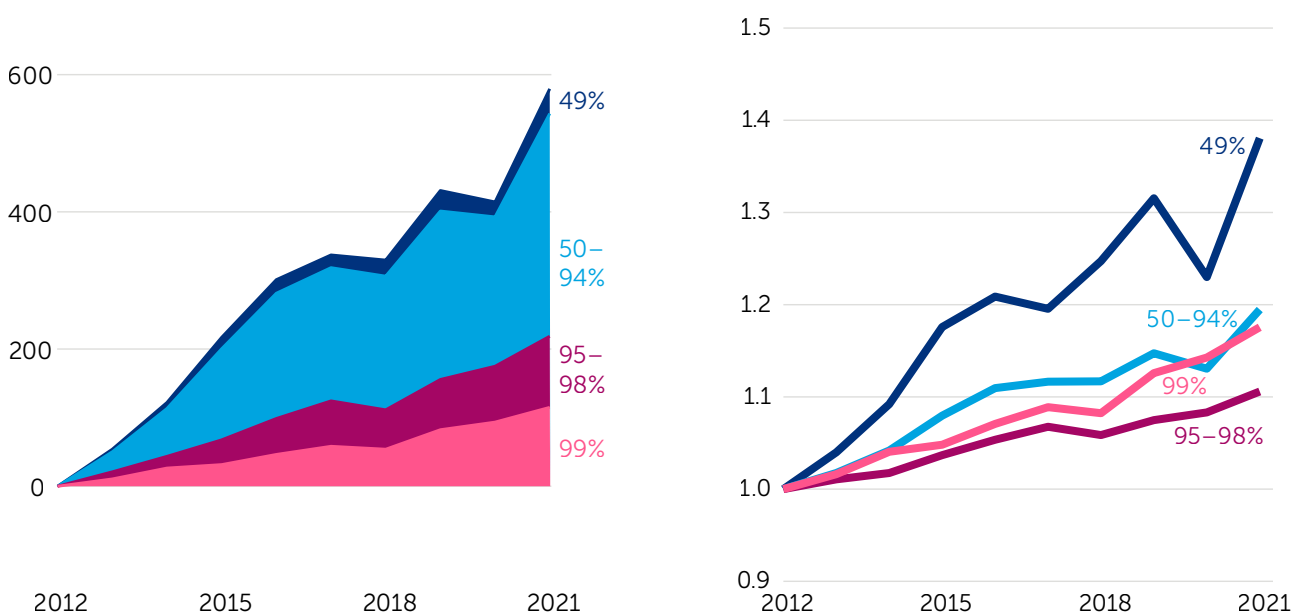
NACHFRAGE UND ANGEBOT

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Gütern kann zunehmen, weil es mehr Patienten gibt - die Menschen also durchschnittlich kränker geworden sind - oder weil Patienten mehr nachfragen. Letzteres kann beispielsweise durch eine Ausweitung der Versicherungsdeckung begünstigt werden; aber auch der technische Fortschritt spielt eine Rolle, weil dadurch medizinische Güter und Leistungen besser werden, wodurch der Patientennutzen steigt. Allerdings muss das Angebot die Nachfrage auch befriedigen können. Und anders als in vielen Märkten wird der Leistungsumfang zu einem Teil durch Patienten und Leistungserbringer gemeinsam festgelegt. Es ist daher höchstens in Einzelfällen nachvollziehbar, ob ein Leistungszuwachs durch eine Veränderung der Nachfrage oder des Angebots getrieben wurde. Wir fokussieren uns im Folgenden deshalb auf die Anzahl Patienten sowie das Ergebnis von Angebot und Nachfrage, also die Leis-

tungen in Franken pro Kopf und Patient.

Wenden wir uns zuerst der Anzahl Patienten zu. Der Anteil der Versicherten, die im Jahr mindestens eine Leistung nachgefragt haben, stieg von 79 Prozent auf 82 Prozent. Wären die Leistungen pro erkrankter Person konstant geblieben, hätten die Kosten pro versicherter Person unter Berücksichtigung der Zunahme von Patienten um 3 Prozentpunkte zwischen 2012 und 2021 um 136 Franken zugenommen – tatsächlich haben die Kosten aber um 579 Franken zugenommen. Das heisst, es gibt heute zwar mehr Patienten als 2012, aber diese Zunahme trägt nur etwa rund ein Fünftel zum Kostenwachstum bei. Das Kostenwachstum wird also hauptsächlich durch eine Zunahme der Leistungen pro Patient getrieben. Damit stellt sich die Frage, welche Patienten teurer geworden sind, die breite Masse oder die Patienten mit besonders kostspieligen Behandlungen? Um diese Frage zu beantworten, müssen wir die Kostenverteilung betrachten. Hierfür ordnen wir die Versicherten anhand ihrer Kosten und teilen sie dann in Gruppen ein. Die erste Gruppe enthält die günstigere Hälfte der Versicherten, die zweite Gruppe besteht aus der teureren Hälfte aber ohne die teuersten fünf Prozent (50-94 Prozent). Weiter haben wir die Gruppe der teuersten fünf Prozent (95-98 Prozent), ohne das teuerste Prozent, und dann das teuerste Prozent (99 Prozent). Anhand dieser Gruppen können wir bestimmen, welche Patienten das Kostenwachstum hauptsächlich treiben. Tatsächlich wurde das teuerste Prozent von 2012 bis 2021 um durchschnittlich 11,291 Franken teurer, die zweit teuerste Gruppe immerhin noch um 2,442 Franken. Allerdings sind diese Gruppen sehr klein, sie bestehen per Definition der Perzentile nur aus 1 respektive 4 Prozent der Versicherten. Diese sehr hohen Kosten verteilen sich – ganz im Sinne einer Versicherung – auf das komplette Versichertenkollektiv der CSS von 1.2 Mio. beziehungsweise 1.5 Mio. Versicherten in

ABBILDUNG 6: KOSTENENTWICKLUNG GÜNSTIGSTE & TEUERSTE VERSICHERTE



den Jahren 2012 und 2021. Sie machen deshalb zusammen 211 Franken (36 Prozent) des Kostenwachstums aus (siehe Abbildung 6). Im Gegensatz dazu ist die günstigere Hälfte zwar sehr gross, aber eben auch nicht teuer. Obwohl der relative Kostenanstieg pro Versicherten mit über 30 Prozent in dieser Gruppe am stärksten war, tragen sie nur gerade einmal 35 Franken an das gesamte Kostenwachstum von 579 Franken bei. Wirklich ins Gewicht fallen hingegen die mittelteuren Patienten. Ihre Kosten stiegen zwischen 2021 bis 2012 um durchschnittlich 664 Franken; das ist zwar viel weniger als bei den teuren und sehr teuren Patienten, aber weil diese Gruppe mit 46 Prozent der Versicherten gross ist, fällt ihr Effekt auf das totale Kostenwachstum pro Versicherten entsprechend hoch aus. Interessanterweise ist das relative Kostenwachstum ähnlich hoch wie bei den sehr teuren Patienten. Insgesamt entfallen somit 299 Franken von 579 Franken (entspricht knapp 52 Prozent) auf die Gruppe der mittelteuren Patienten.

Die Anzahl Patienten hat zwar zugenommen, das Kostenwachstum ist aber hauptsächlich durch die steigenden Kosten der Patienten getrieben, wobei die mittelteuren viel stärker ins Gewicht fallen als die (sehr) teuren Patienten.

FAZIT

Die Schweiz ist zwischen 2012 und 2021 älter geworden. In der gleichen Zeit sind relativ auch mehr Leute mit dem Gesundheitswesen in Kontakt gekommen, denn der Anteil der Bevölkerung mit einer positiven Nachfrage nach medizinischen Leistungen hat über die Zeit zugenommen. Diese beiden Faktoren machen allerdings lediglich einen Siebtel beziehungsweise einen Fünftel des beobachteten Kostenwachstums aus. Der weitaus grösste Teil des Kostenwachstums lässt sich mit den nachgefragten Leistungen erklären. Anhand der Medikamente zeigen wir exemplarisch, dass der technologische Wandel in Kombination mit der Aufnahme in den «Leistungskatalog» die Medikamentenkosten massgeblich erhöht. Das dürfte in anderen Bereichen zu qualitativ ähnlichen Kosteneffekten führen, zumal eine verbesserte Medizin nicht nur die bestehenden Therapien teurer macht, sondern oft auch neue Therapiemöglichkeiten schafft. Eine verbesserte Medizin erhöht die Nachfrage daher grundsätzlich, da sie für Patienten im Durchschnitt einen Mehrnutzen stiftet. Eine fundierte Auswertung wird hier nun schwierig. Wir kennen die Kosten der Leistungen, nicht aber deren Gesundheitseffekte. Auch wenn es mehr Patienten gibt, wissen wir nicht ob Krankheiten zugenommen haben oder diese besser behandelt wurden. Wir gehen davon aus, dass die Grundversicherung heute viel mehr Leistungen deckt als noch vor zehn Jahren, dies

lässt sich aber weder quantifizieren noch verifizieren. Und schliesslich ist uns auch bewusst, dass all das, was wir zu kennen und zu wissen glauben, immer nur einen kleinen Ausschnitt der Realität zeigt (hier: die CSS).

Fakt ist, dass der Leistungsumfang der Grundversicherung seit 2012 insgesamt zugenommen hat. Diese Entwicklung ist vom Bundesrat, vom Parlament und insbesondere von der Bevölkerung offensichtlich gewollt. So hat das Stimmvolk in der Regel den Leistungsausbau befürwortet, neuestes Beispiel dafür ist die mit 61 Prozent angenommene Pflegeinitiative. Leistungsabbau hingegen wie beispielsweise die Managed-Care-Vorlage wurde mit 76 Prozent verworfen (auch bei kantonalen Vorlagen zeigt die Bevölkerung kaum den Willen, das Leistungsangebot einzuschränken). Bei Bundesrat und Parlament zeigt sich ein ähnliches Bild. So wurden unter anderem werdende Mütter grösstenteils von der Kostenbeteiligung befreit, die Aufwertung der Hausarztmedizin beschlossen, der Spitalbeitrag der versicherten Personen reduziert und Leistungen im Bereich der Podologie teilweise in die Grundversicherung mit aufgenommen. Jeder dieser Entscheide hat zu Mehrleistungen in der Grundversicherung und damit zu höheren Prämien geführt.

Wir leisten uns eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt, aber über seine Leistung wissen wir eigentlich nichts. Einerseits liegt das daran, dass die hierfür notwendigen Daten fraktioniert und unstandardisiert sind; andererseits werden gewisse Daten gar nicht erst erfasst, wie beispielsweise ambulante Diagnosen, Therapieerfolg und Qualität der Leistungserbringung. Um zu überprüfen, ob den gestiegenen Kosten ein Mehrwert gegenübersteht, und um das Gesundheitswesen zu entwickeln, müssen die Datengrundlagen deutlich verbessert werden:

- Um Veränderungen im «Leistungskatalog» nachvollziehen zu können, müssen die entsprechenden Daten und Grundlagen standardisiert und maschinenlesbar vorliegen.
- Um die Krankheitslast und die Kosten je Krankheit abschätzen zu können, müssen auch im ambulanten Bereich aussagekräftige Diagnosen erfasst werden.
- Um unwirksame oder unzweckmässige Leistungen zu identifizieren, müssen Therapieerfolge und -misserfolge erfasst werden.
- Um verlässliche Aussagen zur Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und zur Leitung des Gesundheitswesens machen zu können, müssen die Daten der verschiedenen Akteure zusammengeführt und der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden.

Derzeit dreht sich die öffentliche Diskussion vor allem um die Prämienhöhe und die damit ver-

bundene Belastung der Haushalte. Das ist verständlich, denn über die Leistung des Gesundheitswesens wissen wir praktisch nichts. Würden diese Punkte umgesetzt, könnte man die Leistung aufzeigen und auch darüber diskutieren, wie viel die Bevölkerung zu zahlen bereit ist, wenn sie dafür eine messbare Mehrleistung bekommt. Ferner wäre es möglich, unwirksame oder unzweckmässige Leistungen zu streichen und so die Prämienzahler zu entlasten. Eine Umsetzung dieser Punkte würde es also ermöglichen, das Schweizer Gesundheitswesen evidenzbasiert weiterzuentwickeln und sicherzustellen, dass Gesundheit auch in Zukunft bezahlbar und zugänglich bleibt.

IMPRESSUM

AUTOREN:

Caroline Chuard-Keller
Christian P.R. Schmid
Nicolas Schreiner

HERAUSGEBER:

CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern

Juli 2024

Das CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (kurz CSS Institut) wurde 2007 von der CSS Versicherung AG ins Leben gerufen. Das CSS Institut dient der wissenschaftlichen Forschung und Lehre im Bereich der angewandten Gesundheitsökonomie. Es erstellt, diskutiert und publiziert empirische Analysen zum Schweizer Gesundheitsmarkt und vermittelt allgemeines sowie erworbenes gesundheitsökonomisches Wissen. Ferner unterstützt es die universitäre Forschung im Bereich der Gesundheitsökonomie und führt an Hochschulen regelmässig eigene Lehrveranstaltungen durch. Das CSS Institut hat seinen Sitz in Luzern.

