



Bei gleichbleibenden Kosten pro Person in der Altersklasse 65+, aber einer Patienten-Zunahme um 12%, steigen die Gesamtkosten unweigerlich.

Alles unter Kontrolle?

Gesundheitskosten Der Bedarf nach medizinischen Leistungen steht in direktem Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung. Mit zunehmendem Alter steigt in der Regel dieser Bedarf. Die Zunahme der Gesundheitskosten aufgrund der Alterung der Gesellschaft ist daher eine Tatsache.



Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife

Den Prämienanstieg für 2024 hat der Bundesrat in der letzten Woche verkündet. Die Entwicklung nach oben hat verschiedene Gründe und ist spätestens seit Sessionsbeginn das Thema von unzähligen Schlagzeilen. Verena Nold, Direktorin des Krankenkassenverbandes, betont es immer wieder: Die Prämien folgen den Kosten. Ganz so einfach lässt sich die Prämien-erhöhung in diesem Jahr aber nicht erklären. Leider wachsen die Prämien deutlich stärker als die Kosten. Die Gesundheitskosten sind seit 1996 um 82% gestiegen – die Prämien aber um 146%. Dies liegt daran, dass wir einen immer grösseren Teil der Gesundheitsversorgung aus Prämiegeldern bezahlen.

Die Gesundheitskosten wachsen, sie explodieren aber nicht. Im Gegenteil: Obwohl die Gesundheitsversorgung immer leistungsfähiger ist und immer mehr Menschen versorgt werden, wachsen die Gesundheitskosten in fast allen Industrieländern seit 15 Jahren

immer langsamer, das Kostenwachstum flacht also ab. In der Schweiz betrug das Kostenwachstum in den letzten 15 Jahren durchschnittlich 2,6%.

Die Menge an Einflussfaktoren macht die Schätzung von Kostenentwicklungen komplex. Eine Möglichkeit ist aber, anhand der Vergangenheit einen Blick in die Zukunft zu wagen. Für eine vorsichtige Quantifizierung des Einflusses der Alterung der Bevölkerung haben wir versucht, die Alterung der Bevölkerung der Kostenentwicklung gegenüberzustellen.

Die Kosten

Die Kostenentwicklung publizieren und interpretieren alle Stakeholder der Gesundheitsbranche, wobei Kostenträger und Leistungserbringer diese Entwicklungen naturgemäss mit einer anderen Perspektive interpretieren.

Die Krankenkassen verfügen über die Rechnungsdaten mit der höchsten Abdeckung. Diese

Zahlen werden im Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert. Eine Kostengruppe sind die ärztlichen Behandlungen (ohne Laboranalysen). Die Messgrösse in MOKKE sind die Bruttoleistungen hochgerechnet pro versicherte Person. Bruttoleistungen sind alle Leistungen unabhängig von Franchise und Selbstbehalt, die von Krankenkassen in einer Periode bezahlt worden sind. Aus den gesamten Bruttoleistungen werden dann die Durchschnittskosten pro versicherte Person berechnet. Für den Blick in die Vergangenheit haben wir das letzte verfügbare 5-Jahresfenster gewählt und uns daher auf die Entwicklung der Jahre 2016 bis 2021 fokussiert. Anlehnend an die Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) wurde die Altersgruppe 65+ als Altersklasse gewählt.

Die Alterung der Bevölkerung begründet rund ein Viertel der Kostenentwicklung pro versicherte Person zwischen 2016 und 2021.

Die Kosten für ambulante Behandlungen stiegen von 2016 bis 2021 um 5,5% pro versicherte Person. Im Durchschnitt sind das zwischen 2016 bis 2021 knapp 90 CHF pro versicherte Person oder 18 CHF pro Jahr.

Die Leistungserbringer verfügen über eine ärzteigene Datensammlung. Diese besteht ebenfalls aus Rechnungsdaten, wie bei den Krankenkassen. Ein Grossteil der Daten sind identisch. Unterschiede bestehen einerseits im Abdeckungsgrad und die Datenlieferung ist nicht flächendeckend obligatorisch. Die ärzteigene Datensammlung enthält ausserdem Rechnungen, die durch Patienten nicht an die Krankenkassen gesendet worden sind. Der Abdeckungsgrad der ärztlichen Datensammlung ist regional unterschiedlich und liegt im Mittel bei 60%. Das Departement Ambulante Versorgung und Tarife darf diese Daten, vollständig anonymisiert und aggregiert, für Analysen im FMH-Tarifmonitoring verwenden.

Eine Messgrösse sind auch hier die aufgeschlüsselten TARMED-Kosten, aber pro effektiver Patientin, pro effektivem Patient, nicht aufgerechnet auf die versicherten Personen. Da auch der TARMED den grössten Kostenblock bei der MOKKE-Kategorie «Ärztlichen Behandlungen» bildet, liegt es nahe, die beiden Kennzahlen zu vergleichen.

Die TARMED-Kosten pro Patient (65+) für ambulante ärztliche Behandlungen liegen 2021 um einen Prozentpunkt höher als 2016, was in etwa 5 CHF entspricht.

Der Bedarf

Warum liegen die beiden Werte so weit auseinander, wenn jeweils die TARMED-Kosten die Hauptrolle spielen und es sich um Rechnungsdaten handelt, über die Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen verfügen? Der Grund dafür ist der Bedarf ausgedrückt in der Anzahl Patientinnen und Patienten, welche im selben Zeitraum in der Altersklasse 65+ um 12% zunahm. Ein Patient ist definiert als versicherte Person, die in einer Zeitperiode, zum Beispiel einem Jahr, eine Arztpraxis aussucht. Die Anzahl Sitzungen, also wie häufig ein Patient oder eine Patientin eine Arztpraxis pro Jahr aufsucht, blieb dabei nahezu stabil.

Einfluss auf die Gesamtkosten

Wenn sich die TARMED-Kosten pro Patient in der Periode 2016 bis 2021 pro Jahr nicht verändern, warum steigen dann die Kosten pro versicherte Person in der gleichen Zeit um mehr als 5%?

Der Hauptgrund ist die Veränderung der Alterszusammensetzung in der Bevölkerung. Zwischen 2016 und 2021 nehmen die über 65 Jahre alten Personen in der Schweiz um 9% [1] zu.

Im Bereich Allgemeine Innere Medizin deckt sich das Wachstum der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit der Bevölkerungsveränderung. In einigen Fachbereichen sehen wir ein höheres Wachstum, beispielsweise in der Kardiologie, Gastroenterologie und auch Oto-Rhino-Laryngologie, bei diesen ist die Patientenentwicklung in der Altersklasse 75+ und 85+ im Vergleich zu anderen Fachbereichen um bis zu 20% höher.

Blick in die Zukunft

Mit den zur Verfügung stehenden Daten der MOKKE können wir den Teil der Kostensteigerung, der allein durch die Alterung der Bevölkerung verursacht wird, quantifizieren. Ausgehend von unveränderten Behandlungskosten beträgt die mittlere Kostenzunahme für ambulante ärztliche Behandlungen allein aufgrund der Zunahme der Personen über 65 Jahre 0,23% pro Jahr. In der beobachteten Zeitperiode von 2016 – 2021 entspricht das 1,37% pro versicherte Person.

Insgesamt sehen wir bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen ein Kostenwachstum von 5,5% in den Jahren 2016 – 2021. Damit ist rund ein Viertel der Kostenentwicklung pro versicherte Person zwischen 2016 und 2021 allein durch die Alterung der Bevölkerung begründet. Dabei sind aber noch keine anderen externen Effekte wie zum Beispiel die Coronapandemie, das gewollte Shifting vom stationären in den ambulanten Sektor oder andere ausser-

gewöhnliche Ereignisse wie medizinische Innovationen berücksichtigt.

Das BFS hat verschiedene Szenarien für die Bevölkerungsentwicklung in den kommenden Jahren erstellt [2]. Nehmen wir das moderate Szenario A als Basis für eine Prognose des Alterungseffektes steigt dieser voraussichtlich von durchschnittlich 0,23% auf 0,30% pro versicherte Person an (siehe Tabelle 2, nur online).

Die Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen pro Patient über 65 liegen 2021 nur um einen Prozentpunkt höher als 2016.

Kontrolle?

Eine Kostenkontrolle ist aufgrund der vielen Effekte, welche die Gesundheitskosten beeinflussen, äusserst komplex. Dass die Bevölkerung sich verändert und älter wird, ist eine Tatsache – auch bei gleichbleibenden Behandlungskosten wird es damit zu einem Kostenwachstum kommen. Auch diese Entwicklungen sind zwar nicht exakt plan-, aber abschätzbar. Wenn wir über Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums nachdenken, so müssen diese Effekte Eingang finden in die Überlegungen. An einer Kostensteigerung aufgrund der Altersentwicklung führt vermutlich kein Weg vorbei.

Dies sollte auch im Zusammenhang mit den Vorgaben des BAG für eine Kostenneutralitätsphase bei der Einführung eines neuen ambulanten Tarifs berücksichtigt werden. Die Alterung der Bevölkerung hat sicher nichts zu tun mit einem Modellwechsel des Tarifs (KVV, Art. 59c, Abs. 1c), ebenso politische Eingriffe wie beispielsweise die gewollte Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code