



# **Bevölkerungsrat 2025: Politikfeldanalyse «steigende Gesundheitskosten»**

**Politikfeldanalyse zuhanden des Zentrums für Demokratie Aarau  
ZDA**

Luzern, den 2. August 2024

**I Autorinnen und Autoren**

Dr. Tamara Bischof (Projektleitung)  
Dr. des. Zora Föhn (Projektmitarbeit)  
Nils Brun (Projektmitarbeit)  
Andreas Balthasar (Qualitätssicherung)

INTERFACE Politikstudien  
Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12  
CH-6003 Luzern  
Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27  
CH-1003 Lausanne  
Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**I Auftraggeber**

Bevölkerungsrat 2025 / Zentrum für Demokratie Aarau ZDA

**I Zitiervorschlag**

Bischof, Tamara; Föhn, Zora; Brun, Nils, Balthasar, Andreas (2024): Bevölkerungsrat 2025: Politikfeldanalyse «steigende Gesundheitskosten». Politikfeldanalyse zuhanden des Zentrums für Demokratie Aarau ZDA. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

**I Laufzeit**

Mai 2024 bis August 2024

**I Projektreferenz**

Projektnummer: 24-055

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1 Ausgangslage und Ziel	5
1.2 Vorgehen	5
1.3 Aufbau des Berichts	5
1.4 Grenzen des Berichts	6
<b>2. Facts &amp; Figures</b>	<b>7</b>
2.1 Kosten des Gesundheitswesens	8
2.1.1 Kosten nach Setting	8
2.1.2 Kosten nach Leistungserbringer	9
2.1.3 Kosten nach Leistungen	11
2.1.4 Kosten nach soziodemografischen Merkmalen	12
2.1.5 Kosten nach Finanzierungsregime	13
2.2 Finanzierung des Gesundheitswesens	14
2.3 OKP-Prämien und Belastung der Haushalte	15
2.4 Exkurs: Wie funktioniert die OKP?	17
<b>3. Mehr Behandlungen und Eingriffe (Mengenausweitung)</b>	<b>20</b>
3.1 Hintergrund	20
3.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten	20
3.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte	22
3.4 Rahmenbedingungen	23
3.4.1 Wichtige Akteure	23
3.4.2 Regulierung und nationale Strategien	25
3.4.3 Laufende politische Geschäfte	25
<b>4. Komplexe Grundversicherung (Ausgestaltung OKP)</b>	<b>27</b>
4.1 Hintergrund	27
4.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten	28
4.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte	29
4.4 Rahmenbedingungen	31
4.4.1 Wichtige Akteure	31
4.4.2 Regulierung und nationale Strategien	32
4.4.3 Laufende politische Geschäfte	32
<b>5. Viele Spitäler</b>	<b>33</b>
5.1 Hintergrund	33
5.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten	34
5.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte	35
5.4 Rahmenbedingungen	36

5.4.1 Wichtige Akteure	36
5.4.2 Regulierung und nationale Strategien	36
5.4.3 Laufende politische Geschäfte	36
<b>6. Mangelnde Koordination der Versorgung</b>	<b>38</b>
6.1 Hintergrund	38
6.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten	39
6.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte	40
6.4 Rahmenbedingungen	42
6.4.1 Wichtige Akteure	42
6.4.2 Regulierung und nationale Strategien	42
6.4.3 Laufende politische Geschäfte	43
<b>7. Ungenutztes Potenzial der Prävention und Gesundheitsförderung</b>	<b>45</b>
7.1 Hintergrund	45
7.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten	46
7.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte	46
7.4 Rahmenbedingungen	48
7.4.1 Wichtige Akteure	48
7.4.2 Regulierung und nationale Strategien	49
7.4.3 Laufende politische Geschäfte	50

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Ziel

Von November 2024 bis März 2025 findet der Bevölkerungsrat 2025 statt. Dabei werden 100 zufällig ausgeloste Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz über das Thema «steigende Gesundheitskosten» diskutieren. Dieses Thema wurde durch die Schweizer Wohnbevölkerung ausgewählt.

Als Grundlage für die thematische Vorbereitung des Bevölkerungsrats erstellt Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern und Lausanne im Auftrag der Verantwortlichen des Zentrums für Demokratie Aarau (ZDA) eine Politikfeldanalyse des Themas. Die Absicht der vorliegenden Politikfeldanalyse ist es, relevante Themen und Fragen zum Thema «steigende Gesundheitskosten» zu identifizieren und Fakten dazu zu vermitteln. Im Mittelpunkt stehen die Zusammensetzung der aktuellen Gesundheitskosten, mögliche Treiber steigender Gesundheitskosten, relevante Rahmenbedingungen, Regulierungen, Akteure, diskutierte Lösungsvorschläge und Zielkonflikte.

## 1.2 Vorgehen

Grundlage für die Beschreibung der Zusammensetzung der aktuellen Gesundheitskosten basieren auf den Zahlen des Bundesamts für Statistik (BFS; Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens», 2022). Vereinzelt ergänzt mit Zahlen des Bundesamts für Gesundheit (BAG; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2022). Weitere Informationen werden aus den folgenden Unterlagen gezogen: Bericht der Expertengruppe zu Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BAG, 2017)<sup>1</sup>, Studie zum Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen (INFRAS/ZHAW 2019)<sup>2</sup> und zum Effizienzpotential der OKP (INFRAS/ZHAW 2018)<sup>3</sup>, Bericht zu Sparpotentialen im Gesundheitswesen (ZHAW 2017)<sup>4</sup> und ein Rahmendokument zur Analyse der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung (Wieser/Stucki 2023)<sup>5</sup>. Diese Berichte wurden punktuell durch zusätzliche Recherche ergänzt.

## 1.3 Aufbau des Berichts

Nach diesem einführenden Kapitel folgt eine Beschreibung der Zusammensetzung der Gesundheitskosten (Kapitel 2). Vertieft wird dabei auf Hintergrundinformationen zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eingegangen.

- 
- <sup>1</sup> BAG (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
  - <sup>2</sup> INFRAS/ZHAW (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Winterthur, Zürich.
  - <sup>3</sup> INFRAS/ZHAW (2018). Effizienzpotential in der OKP. Bericht zur Literaturanalyse. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Winterthur, Zürich.
  - <sup>4</sup> ZHAW (2017): Sparpotentiale im Gesundheitswesen. Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich. Eine Studie des WIG – Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie – im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
  - <sup>5</sup> Wieser, Simon und Stucki, Michael (2023): Rahmendokument zur Analyse der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht des Bundesamts für Gesundheit. Winterthur, Zürich.

Anschliessend werden fünf Themen, welche mit den steigenden Gesundheitskosten zusammenhängen, erläutert. Das erste Kapitel beschäftigt sich mit der *Mengenausweitung*, welche alle Bereiche der medizinischen Grundversorgung betreffen kann (Kapitel 3). Danach gliedern sich die Kapitel grob entlang des Patientenpfads: Versicherte sind verpflichtet, eine Grundversicherung abzuschliessen und können dazu aus verschiedenen Krankenversicherungs-Modellen auswählen. In diesem Kapitel werden die *Komplexität der Grundversicherung* und die damit zusammenhängenden Kosten vertieft (Kapitel 4). Bei einem akuten Gesundheitsproblem, das nicht ambulant gelöst werden kann, ist ein Spitalaufenthalt notwendig. In Kapitel 5 werden die hohe *Spitaldichte* und die damit verbundenen Kosten beleuchtet. Nach dem Spitalaufenthalt sind die Patienten/-innen oft auf ambulante Versorgung angewiesen, wobei ihre Besuche bei verschiedenen Leistungserbringern koordiniert werden müssen. Die *mangelnde Koordination der Versorgung* ist ein Kostentreiber und wird in Kapitel 6 skizziert. Schliesslich folgt ein übergeordnetes Thema – die Prävention, um Krankheiten zu verhindern, abzuschwächen oder einer Chronifizierung vorzubeugen. Das *Potential der Prävention und Gesundheitsförderung* wird aktuell noch nicht ausgeschöpft, damit beschäftigt sich das Kapitel 7.

Diese Kapitel sind wiederum wie folgt gegliedert:

- Hintergrund
- Ursachen für steigende Gesundheitskosten
- Lösungsvorschläge und Zielkonflikte
- Rahmenbedingungen (Wichtige Akteure, Regulierung und nationale Gesundheitsstrategien sowie laufende politische Geschäfte)

#### 1.4 Grenzen des Berichts

Die Thematiken Höhe der Vergütung, deren Festlegung sowie Überprüfung für medizinische Leistungen, Medikamente, Laboranalysen und medizinische Mittel und Gegenstände wurden in Absprache mit dem ZDA im Sinne der Vereinfachung nicht vertieft. Ebenfalls nicht diskutiert wird das Thema der Alterung und des demografischen Wandels und die damit zusammenhängende Kostenentwicklung, weil diese Themen als gegeben betrachtet werden und wenig Spielraum für Veränderungen bieten. Zudem werden folgende Aspekte im Bericht nicht abgedeckt:

- Es werden keine eigenen Kostenschätzungen vorgenommen.
- Bei den behandelten Themen handelt es sich um eine Auswahl und nicht um eine abschliessende Aufzählung. **Es gibt verschiedene Meinungen und Evidenz zu den Ursachen der Kosten, der Umfang des Berichts erlaubt es nicht, diese abschliessend abzuhandeln.**
- Bei den Kapiteln 3-7 wird nicht im Detail auf andere Sozialversicherungen als die OKP eingegangen.
- Der Fokus des Berichts liegt auf der nationalen Ebene, punktuell wird die Rolle der Kantone diskutiert. Auf die kommunale Ebene wird nicht eingegangen.

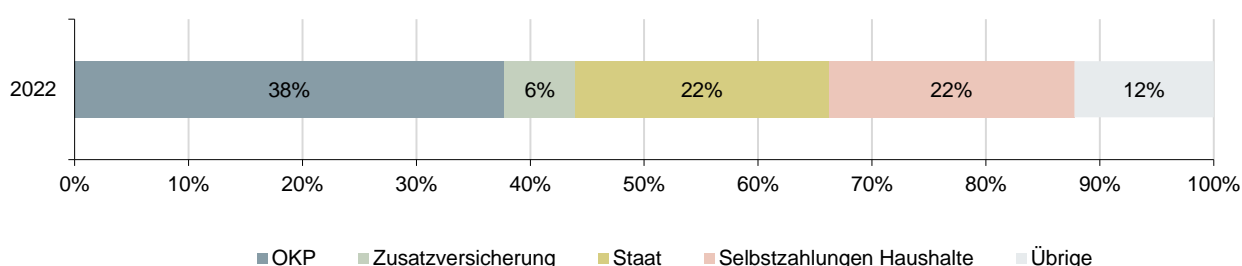
## 2. Facts & Figures

Diese Kapitel beschreibt, wie sich die Gesundheitskosten 2022 zusammensetzen und zeigt die Entwicklung seit 2012 auf. Die Basis dazu ist die neuste verfügbare Version der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des BfS. Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Zahlen auf das Jahr 2022. Abschnitt 0 zeigt, wie sich die Gesundheitskosten zusammensetzen, und Abschnitt 2.2 beschreibt, wie diese finanziert werden. Abschnitt 2.3 vertieft einige Aspekte für die OKP-Kosten. Dazu ziehen wir ergänzend vereinzelt Daten aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG bei. Zudem enthält Abschnitt 2.4 einen Exkurs mit Grundlagen zur OKP.

### Gesundheitskosten 2022

- 2022 lagen die Gesundheitskosten bei **91,5 Milliarden Franken**. Dies entspricht 10'428 Franken pro Kopf<sup>6</sup> beziehungsweise 11,7 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP)<sup>7</sup>. Damit gehört die Schweiz zusammen mit den USA (16,6 %), Deutschland (12,7 %) und Frankreich (12,1 %), zu den OECD-Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben gemessen am BIP.<sup>8</sup> Der OECD-Durchschnitt betrug 2022 9,2 Prozent.<sup>9</sup>
- Seit 2012 stiegen die Gesundheitskosten um 24,9 Milliarden Franken. Dies entspricht einer **Zunahme um 37 Prozent**. Die Gesundheitskosten pro Kopf stiegen um 25 % (2012: 8'328 CHF). Da gleichzeitig aber auch das BIP gestiegen ist, hat sich der Anteil der Gesundheitskosten am BIP seit 2012 nur um 1,4 Prozentpunkte erhöht (2012: 10,3 %).

### D 2.1: Gesundheitskosten nach Finanzierungsregime 2022



Legende: Darstellung Interface. Quelle: COU 2022.

<sup>6</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung.assetdetail.31225864.html>, Zugriff: 19.06.2024.

<sup>7</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.31225829.html>, Zugriff: 19.06.2024.

<sup>8</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.31225825.html>, Zugriff: 19.06.2024.

<sup>9</sup> <https://www.swissinfo.ch/ger/bundespolitik/krankenkassenpr%C3%A4mien-belasten-schweizer-haushalte-immer-st%C3%A4rker/78893692>, Zugriff: 19.06.2024.

### Wichtigste Finanzierungsregimes: OKP, Staat und Selbstzahlungen der Haushalte

Die Gesundheitskosten werden über sogenannte Finanzierungsregimes getragen (vgl. Abschnitt 2.1.5). Für den Grossteil der Bevölkerung sind Folgende am wichtigsten:

- Die *OKP* deckt einen Grossteil der medizinischen Leistungen für die Behandlung der Krankheit und ihrer Folgen.
- Freiwillig können Versicherte ergänzend zur OKP eine *Zusatzversicherung* abschliessen. Es können beispielsweise zusätzliche Leistungen (z.B. Heilpraktiker/-innen), eine höhere Kostenbeteiligung oder Kosten für Prävention abgedeckt sein. Die Versicherungsabdeckung variiert je nach Versicherungsvertrag.
- Zudem trägt der *Staat* einen Teil der Gesundheitskosten. Dies insbesondere im Rahmen der Pflegefinanzierung und der Beteiligung an den Spitalkosten durch die Kantone. Zudem entlasten Bund und Kantone die Haushalte mit der individuellen Prämienverbilligung (IPV).
- Die Haushalte beteiligen sich – neben den Prämien für OKP und Zusatzversicherung – über selbst getragene Kosten (sogenannte *Selbstzahlungen*) sowie Kostenbeteiligungen bei den jeweiligen Versicherungen (Franchise, Selbstbehalt).

## 2.1 Kosten des Gesundheitswesens

Nachfolgend legen wir die Gesundheitskosten 2022 dar und zeigen bedeutende Veränderungen seit 2012 auf. Die Kosten sind aufgeschlüsselt nach verschiedenen Aspekten:

- Ort der Versorgung (Setting, z.B. ambulant, stationär)
- Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis Apotheke, Physiotherapeuten/-innen, Spital)
- Leistungen (z.B. Kurativpflege, Rehabilitationspflege, Langzeitpflege)
- Soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht)
- Finanzierungsregime (z.B. OKP, Staat, Privat)

Zu Beginn jedes Abschnitts sind die grössten Kostengruppen und jene mit überdurchschnittlichen Wachstumsraten in einer Box hervorgehoben

### 2.1.1 Kosten nach Setting

Das Setting bezeichnet *wo* eine medizinische Leistung erbracht wird.

#### Aufgefallen

*Settings mit grossem Anteil der Gesamtkosten:*

- Ambulante Versorgung: Arztpraxen (33 %), ambulante Versorgung im Spital (21 %) und Detailhandel (20 %)
- Stationäre Versorgung: Spitäler (60%), Pflegeheime (31%)

*Settings mit grossem Wachstum der Kosten:*

- Ambulante Versorgung (+42 %), vor allem in Spitälern (+54 %) und medizinischen Labors (+127 %)
- Stationäre Versorgung (+20%), vor allem in Geburtskliniken (+135 %), Rehabilitationskliniken (+71 %) und Spezialkliniken (+42 %)

- **46 % der Gesundheitskosten im ambulanten Bereich** (41'799 Mio. CHF). Die ambulanten Kosten verteilen sich auf verschiedene Leistungserbringer. Die grössten Anteile entfallen auf Arztpraxen (33 % der ambulanten Kosten), ambulante Versorgung im Spital (21 %), den Detailhandel (20 %, vor allem Apotheken), Zahnarztpraxen



(10 %), medizinische Labors (6 %) und weitere ambulante Leistungserbringer<sup>10</sup> (8 %). Die restlichen 3 Prozent verteilen sich auf Übrige.<sup>11</sup> Die Kosten im ambulanten Bereich sind zwischen 2012 und 2022 um 42 Prozent gestiegen und liegen damit über dem allgemeinen Kostenanstieg von 37 Prozent. Besonders stark gestiegen sind in diesem Zeitraum die Gesundheitskosten für ambulante Leistungen in Spitälern (+54 %) und die Kosten von medizinischen Labors (+127 %).

- **39 % im stationären Bereich** (35'804 Mio. CHF). Die Kosten im stationären Bereich fallen hauptsächlich in Spitälern (21'379 Mio. CHF, 60 % der stationären Kosten) und in Pflegeheimen an (11'209 Mio. CHF, 31 %). Die restlichen Kosten verteilen sich auf sozialmedizinische Institutionen.<sup>12</sup> Die Kosten im stationären Bereich sind zwischen 2012 und 2022 um 20 Prozent gestiegen. Die Kosten für Spitäler und Pflegeheime stiegen in ähnlichem Ausmass.
- Vergleichsweise stark gestiegen sind die Kosten für Geburtskliniken (+135 %), Rehabilitationskliniken (+71 %) und Spezialkliniken (+42 %). Der im Vergleich zum ambulanten Bereich geringere Kostenanstieg im stationären Bereich ist auf die ab 2019 geltende Regelung «ambulant vor stationär» zurückzuführen (mehr Informationen dazu findet sich im Abschnitt 5.1).
- **15 % in anderen Bereichen.** Die restlichen 15 Prozent verteilen sich auf Leistungen zu Hause (4 %, 3'880 Mio. CHF), in der Tagesbetreuung (<1 %, 65 Mio. CHF), oder in einem nicht definierten Setting (11 %, 9'933 Mio. CHF).

### 2.1.2 Kosten nach Leistungserbringer

Die Differenzierung nach Leistungserbringern beschreibt, *wer* die medizinische Leistung erbracht hat. Dies können Personen oder Institutionen sein.

#### I Aufgefallen

*Leistungserbringer mit grossem Anteil der Gesamtkosten:*

Spitäler (36 %), Arztpraxen (15 %), sozialmedizinische Institutionen (16 %), Apotheken (7 %)

*Leistungserbringer mit grossem Wachstum der Kosten:*

Arztpraxen (+47 %), psychosoziale Institutionen (+39 %), nichtärztliche Leistungserbringer (+55% (Logopäden) bis +203 % (Hebammen)).

- **36 % der Gesamtkosten in Spitälern** (32'639 Mio. CHF). Davon entfallen 25'692 Mio. CHF (28 % der Gesamtkosten) auf allgemeine Spitäler, 2'655 Mio. CHF (3 %) auf psychiatrische Kliniken und 1'510 Mio. CHF (2 %) auf Rehabilitationskliniken. Weitere 27 Mio. CHF (<1 %) auf Geburtshäuser und 2'754 Mio. CHF (3 %) auf andere Spezialkliniken. Die jährlichen Kosten der Spitäler sind seit 2012 um rund 33 Prozent gestiegen und liegen damit leicht unter dem allgemeinen Kostenanstieg von 37 Prozent.

<sup>10</sup> Darin zusammengefasst sind Physiotherapeuten/innen (1'617 Mio. CHF, 4 %), Psychotherapeuten/-innen (817 Mio. CHF, 2 %), Ergotherapeuten/-innen (246 Mio. CHF, 1 %), Logopäden/-innen (28 Mio. CHF, <1 %), Chiropraktiker/-innen (108 Mio. CHF, <1 %), Ernährungsberater/-innen (33 Mio. CHF, <1 %), Hebammen (131 Mio. CHF, <1 %) und andere (276 Mio. CHF, 1 %)

<sup>11</sup> Gemeinnützige Organisationen, NGOs (292 Mio. CHF, 1 %), Transport- und Rettungsdienste (356 Mio. CHF, 1 %) und Importe aus dem Rest der Welt (420 Mio. CHF, 1 %).

<sup>12</sup> Sozialmedizinische Institutionen umfassen Institutionen für Menschen mit Behinderungen (2'749 Mio. CHF, 8 %), für Personen mit psychosozialen Problemen (240 Mio. CHF, 1 %) und für Suchtkranke (209 Mio. CHF, 1 %) sowie Altersheime (14 Mio. CHF, <1 %). Zudem werden Leistungen importiert (4 Mio. CHF, <1 %).

- **15 % in Arztpraxen** (13'654 Mio. CHF). Rund 40 Prozent der Kosten in Arztpraxen fallen in Hausarztpraxen und anderen Arztpraxen der Grundversorgung an (5'294 Mio. CHF, 6 % der Gesamtkosten). Die restlichen 60 Prozent entfallen auf Spezialisten/-innen, das heisst auf nichtchirurgische Fachmedizin (3'720 Mio. CHF, 4 %), chirurgische Fachmedizin (2'784 Mio. CHF, 3 %), Psychiatrie (1'293 Mio. CHF, 1 %) und Radiologie (562 Mio. CHF, 1 %). Die jährlichen Kosten der Arztpraxen sind seit 2012 um rund 47 Prozent gestiegen. Sie sind damit weniger stark gewachsen als die Gesamtkosten (37 %)
- **16 % in sozialmedizinischen Institutionen** (14'487 Mio. CHF). Die in sozialmedizinischen Institutionen angefallenen Kosten teilen sich vor allem auf Pflegeheime (11'275 Mio. CHF, 12 % der Gesamtkosten) und Institutionen für Menschen mit Behinderungen (24'813 Mio. CHF, 3 %) auf. Die restlichen Kosten entstehen in Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen (240 Mio. CHF, <1 %), Institutionen für Suchtkranke (209 Mio. CHF, <1 %) und Altersheimen (14 Mio. CHF, <1 %). Die Zunahme der jährlichen Kosten der sozialmedizinischen Institutionen seit 2022 beträgt rund 22 Prozent und liegt damit unter der allgemeinen Kostensteigerung. Innerhalb dieser Kategorie sind die Kosten für Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen überdurchschnittlich gestiegen (+39 %).
- **9 % im Detailhandel** (8'509 Mio. CHF). Die Kosten entstehen hauptsächlich in den Apotheken (6'410 Mio. CHF, 7 % der Gesamtkosten). Weitere Leistungserbringer sind Hörgeräteakustiker/-innen, Optiker/-innen (1'495 Mio. CHF, <1 %), Detailhandel medizinischer und orthopädischer Geräte (320 Mio. CHF, <1 %) und Drogerien (283 Mio. CHF, <1 %). Die Kosten im Detailhandel sind gegenüber 2012 um 25 Prozent gestiegen und liegen damit unter der allgemeinen Kostensteigerung. Die Kosten, die in Apotheken entstehen sind um 30 Prozent gestiegen.
- **Übrige Leistungserbringer.** Die übrigen Kosten teilen sich auf folgende Leistungserbringer: Weitere Anbieter ambulanter und häuslicher Leistungen<sup>13</sup> (ohne Arztpraxen, 11'159 Mio. CHF, 12 % der Gesamtkosten), Bund/Kantone/Gemeinden als Leistungserbringer<sup>14</sup> (3'254 Mio. CHF, 4 %), Versicherer (3'426 Mio. CHF, 4 %), unterstützende Leistungserbringer (2'668 Mio. CHF, 3 %), gemeinnützige Organisationen und NGOs (1'260 Mio. CHF, 1 %) sowie Importe (424 Mio. CHF, <1 %). Innerhalb dieser Kategorie sind seit 2012 insbesondere die Kosten für Hebammen (+203 %), Pflege und Hilfe zu Hause (+197 %), Psychotherapeutinnen und -therapeuten (+101 %), Physiotherapeutinnen und -therapeuten (+101 %), Ergotherapeutinnen und -therapeuten (+78 %) und Logopäden/-innen (+55 %) überdurchschnittlich gestiegen.

<sup>13</sup> Zahnarztpraxen (4 %), Physiotherapeuten/-innen (2 %), Psychotherapeuten/-innen (1 %), Spitex (3 %), Personen die häusliche Pflege leisten (1 %) sowie (jeweils <1 %): Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Chiropraktiker/-innen, Ernährungsberater/-innen, Hebammen, selbstständige Pflegefachpersonen und andere Anbieter ambulanter Leistungen.

<sup>14</sup> Diese Kosten umfassen vor allem Leistungen der Prävention, wie kantonale Aktionspläne (2'472 Mio. CHF) zudem Verwaltungskosten (783 Mio. CHF).

### 2.1.3 Kosten nach Leistungen

#### I Aufgefallen

*Leistungen mit grossem Anteil der Gesamtkosten:*

Kurativpflege<sup>15</sup> (42 %), Langzeitpflege (15 %), Medikamente (12 %)

*Leistungen mit grossem Wachstum der Kosten:*

Rehabilitative Pflege (+78 %), Laboranalysen (+94 %), Radiologie (+61 %), Medikamente (+42 %), besonders Medikamente in Spitalambulatorien (+134 %) und Medikamente in Arztpraxen (+30 %)

- **61 % der Gesamtkosten für Pflegeleistungen** (55'445 Mio. CHF).<sup>16</sup> Die grösste Kostenkategorie umfasst Konsultationen mit verschiedenen Leistungserbringern wie beispielsweise Arztbesuche, Spital- und Rehabilitationsaufenthalte oder die Langzeitpflege. Die Pflegeleistungen sind zusammengesetzt aus Kurativbehandlungen (42 % der Gesamtkosten, 38'828 Mio. CHF), Langzeitpflege (15 %, 13'951 Mio. CHF), rehabilitativer Pflege (2 %, 2'190 Mio. CHF) und anderen Behandlungen (<1 %, 426 Mio. CHF). Die Gesamtkosten für Pflegeleistungen sind seit 2012 um 28 Prozent gestiegen. Der Kostenanstieg liegt damit unter dem durchschnittlichen Kostenanstieg von 37 Prozent. Innerhalb der Pflegeleistungen sind die Kosten für die rehabilitative Pflege im Betrachtungszeitraum überdurchschnittlich gestiegen (+78 %).
- **12 % für Medikamente** (10'772 Mio. CHF), dies hauptsächlich im ambulanten Bereich (10'140 Mio. CHF, 11 % der Gesamtkosten).<sup>17</sup> Die Kosten für Medikamente, welche im ambulanten Bereich verschrieben werden, entstehen hauptsächlich in Apotheken (5'635 Mio. CHF, 56 % der ambulanten Medikamentenkosten), Arztpraxen (2'780 Mio. CHF, 27 %) und Spitälern (1'442 Mio. CHF, 14 %). Die übrigen Kosten verteilen sich auf Drogerien (145 Mio. CHF, 1 %), andere Anbieter ambulanter Leistungen (0.13 Mio. CHF, <1 %) und Importe (282 Mio. CHF, 2.8 %). Die Kosten für Medikamente im ambulanten Bereich sind seit 2012 um 42 Prozent gestiegen und damit stärker als die gesamten Gesundheitskosten. Besonders stark war der Anstieg in den Spitälern (+134 %). Auch in den Arztpraxen betrug der Anstieg 50 Prozent, in den Apotheken hingegen nur 26 Prozent.
- **Übrige Leistungen.** Weitere 8 % der Gesamtkosten entfallen auf unterstützende Dienstleistungen, hauptsächlich auf Radiologie/bildgebende Verfahren (3 %, 2'678 Mio. CHF) und Laboranalysen (4 %, 3'624 CHF). Weitere Leistungskategorien sind: Hilfe und Betreuung (5 %, 4'409 Mio. CHF), Therapeutische Apparate (3 %, 3'062 Mio. CHF), Verbrauchsmaterial (1 %, 725 Mio. CHF) und Prävention (4 %, 3'682 Mio. CHF). Die Verwaltungskosten belaufen sich auf 4 Prozent der Gesamtkosten (3'967 Mio. CHF): 2 Prozent für Sozialversicherungen (2'272 Mio. CHF) und je 1 Prozent für Privatversicherungen (912 Mio. CHF) und das öffentliche

<sup>15</sup> Pflege mit dem Ziel, bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie mitzuwirken sowie Krankheiten und Beschwerden zu heilen.

<sup>16</sup> Die Unterkategorien sind Kurativpflege (somatisch und psychiatrisch, beispielsweise Arztbesuche und Operationen), Rehabilitative Pflege (somatisch und psychiatrisch, beispielsweise Physiotherapie oder Aufenthalte in Rehabilitationskliniken), Langzeitpflege (somatisch und psychiatrisch, beispielsweise Pflegeleistungen in einem Altersheim oder durch die Spitex), Akut- und Übergangspflege AÜP (somatisch) und andere Pflege.

<sup>17</sup> *Stationäre Medikamentenkosten nach Leistungserbringer:* Die Kosten für Medikamente sind bereits in den Fallpauschalen enthalten (vgl. Leistung «stationäre Pflege»). Zusätzlich belaufen sich Medikamentenkosten im stationären Bereich auf 632 Mio. CHF (<1 % der Gesamtkosten). Dies hauptsächlich in Spitälern (589 Mio. CHF, 93 % der stationären Medikamentenkosten), und sozialmedizinischen Institutionen (42 Mio. CHF, 7 %).

Gesundheitswesen (783 Mio. CHF). Der Kostenanstieg gegenüber 2012 ist bei diesen Leistungen besonders hoch bei den Impfprogrammen (+1'300 %), den Laboranalysen (+94 %) und der Radiologie (+61 %), wobei die Kosten der Laboranalysen bereits vor der Corona-Pandemie angestiegen sind, der Anstieg aber durch die Corona-Pandemie verstärkt wurde und der Kostenanstieg bei den Impfprogrammen fast vollständig durch die Corona-Pandemie erklärt werden kann.

#### 2.1.4 Kosten nach soziodemografischen Merkmalen

Darstellung D 2.2 zeigt die Kosten nach Geschlecht und Alter.

##### I Aufgefallen

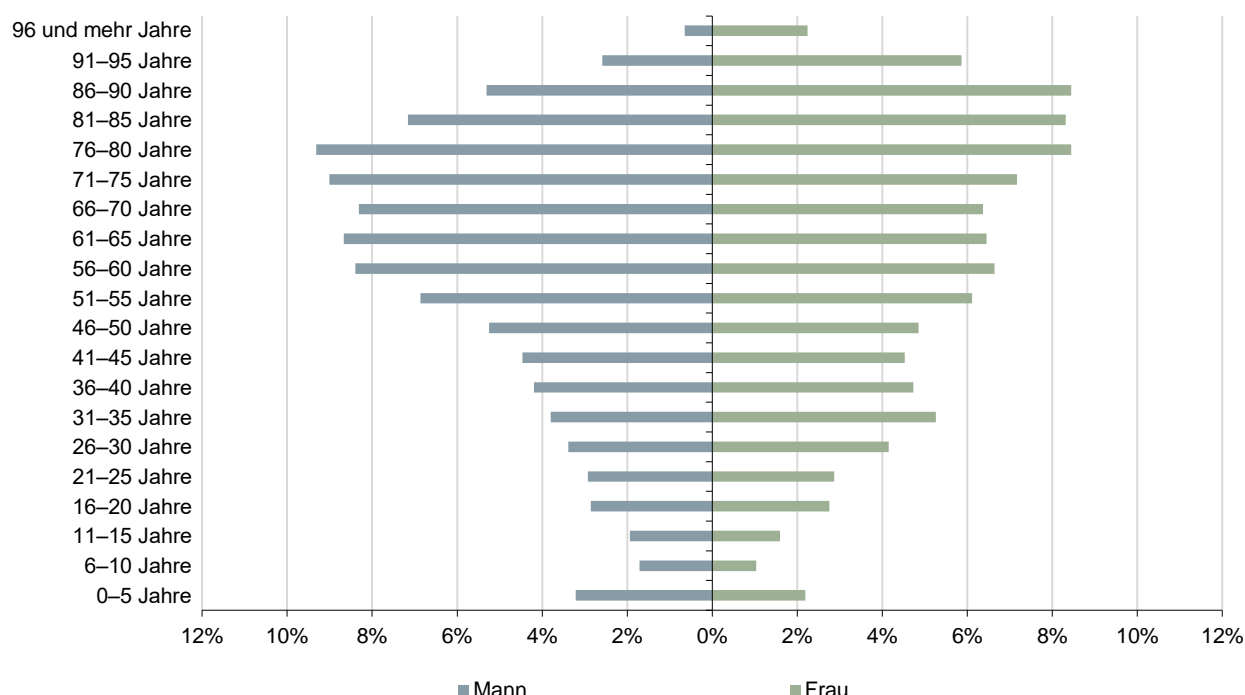
*Gruppen mit grossem Anteil der Gesamtkosten:*

Frauen (55%), über 50-Jährige (66%)

- **55 % der Gesamtkosten für Frauen** (50'462 Mio. CHF). Das sind 10 Prozentpunkte mehr als bei Männern (41'020 Mio. CHF, 45 %). Die Kosten der Frauen sind in allen Altersgruppen grösser mit Ausnahme der Kinder unter 10 Jahren und zwischen 56 und 75.
- **66 % der Gesamtkosten für über 50-Jährige** (60'509 Mio. CHF). Die Kosten nehmen mit steigendem Alter zu, verteilen sich aber aufgrund der Lebenserwartung auf weniger Personen, weshalb der Anteil an den Gesamtkosten bei den Männern ab 80, bei den Frauen ab 90 Jahren wieder sinkt. Bei den Kosten nach Alter gibt es einzelne Ausschläge, beispielsweise bei Kleinkindern oder bei Frauen im gebärfähigen Alter. Im Jahr 2022 hat eine versicherte Person im Alter von 19 bis 20 Jahren im Durchschnitt Bruttoleistungen von 1'907 Franken bezogen, während es bei 91- bis 95-Jährigen im Durchschnitt Bruttoleistungen von 19'621 Franken waren.<sup>18</sup> Aufgrund der demografischen Veränderung wird der Anteil der Gesamtkosten der über 50-Jährigen in Zukunft voraussichtlich zunehmen. Im Vergleich zu 2012 ist der Anteil jedoch erst um ein Prozent gestiegen.

<sup>18</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle: KV206N\_STATKV2022\_N

D 2.2: Gesundheitskosten 2022 nach Geschlecht und Alterskategorie (in %)



Quelle: Eigene Darstellung Interface, COU BfS.

### 2.1.5 Kosten nach Finanzierungsregime

Die Gesundheitskosten werden über verschiedene sogenannte *Finanzierungsregimes* getragen.

#### Aufgefallen

*Gruppen mit grossem Anteil der Gesamtfinanzierung:*

OKP (38 %), Staat (22 %), Selbstzahlungen Haushalte (22 %)

*Gruppen mit grossem Wachstum der Finanzierung:*

OKP (+47 %), Bund (+742%)

Gemäss dem BfS entfällt der grösste Teil (46 %) auf die Sozialversicherungen, insbesondere die **OKP (38 %)**<sup>19</sup>, sowie zu gleichen Teilen auf den Staat (22 %, vor allem Kantone 17 %)<sup>20</sup> und Selbstzahlungen der Haushalte (22 %)<sup>21</sup>. Weitere 8 % werden privat finanziert, das heisst von Zusatzversicherungen (6 %), Stiftungen und Spenden (1 %) oder durch Leistungserbringer (1 %). Für 1 % ist das Finanzierungsregime unbekannt. Im Vergleich zu 2012 übernehmen alle Finanzierungsregimes mehr Kosten, um den Kostenanstieg von 37 % zu decken. Die Kostenanteile der Finanzierungsregimes sind in etwa gleichgeblieben. Der Staat übernimmt seit 2012 22 % (gegenüber 21 % im Jahr 2012) die

<sup>19</sup> Weitere Sozialversicherungen: Invalidenversicherung (IV, 2.3 % der Gesamtkosten), Unfallversicherung (UV, 2.6 %), Militärversicherung (MV, 0.1 %), Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV, 0.8 %), sowie Ergänzungsleistungen (EL) zu AHV (1.9 %) und IV (0.9 %).

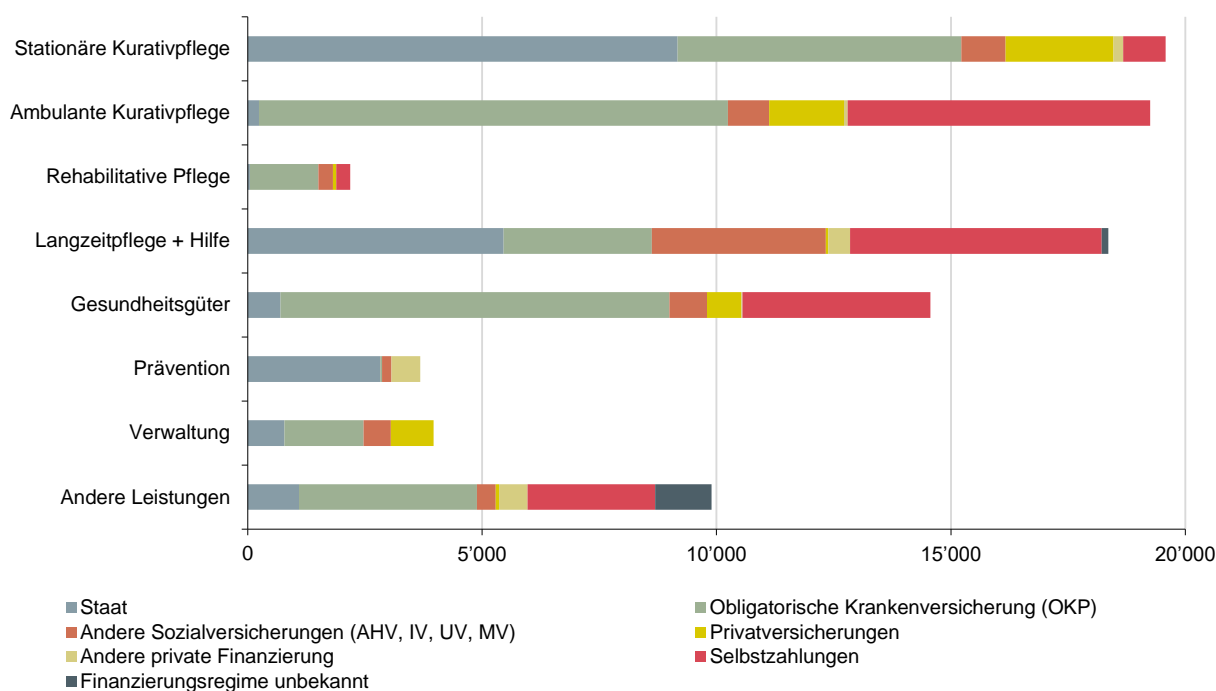
<sup>20</sup> Kantone: 17 %, Bund: 2 %, Gemeinden: 3 %.

<sup>21</sup> Selbstzahlungen, Kostenbeteiligung Sozial (6 %), Selbstzahlungen, Kostenbeteiligung Privat (<1 %), Selbstzahlungen ohne Kostenbeteiligung (16 %).

Sozialversicherungen 46 % (gegenüber 45 % im Jahr 2012), wobei der Anteil der OKP am stärksten zugenommen hat (38 % gegenüber 35 % im Jahr 2012). Die Kostenübernahme durch Zusatzversicherungen (-1 %) und durch Selbstzahlungen ohne Kostenbeteiligung (-2 %) hat hingegen abgenommen.

Darstellung D 2.3 zeigt die Gesundheitskosten nach Leistung und Finanzierungsregime. Es ist ersichtlich, dass die Bedeutung der verschiedenen Finanzierungsregimes je nach Leistung unterschiedlich ist. Dies ist eine direkte Folge der Regulierung – so werden die im KVG abgedeckten ambulanten Leistungen über das Finanzierungsregime OKP getragen, während die stationären Leistungen zu mindestens 55 % über das Finanzierungsregime Kantone abgerechnet werden. Dies zeigt sich in der Grafik am unterschiedlichen Anteil der jeweiligen Finanzierungsregimes in der stationären und ambulanten Kurativpflege. Je nach dem, für welche Leistungen sich die Kosten verändern sind entsprechend auch die Wirkungen auf die Finanzregimes unterschiedlich.

**D 2.3: Gesundheitskosten nach Leistung und Finanzierungsregime (in Millionen Franken)**



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU).

## 2.2 Finanzierung des Gesundheitswesens

Dieser Abschnitt beschreibt, wie das Gesundheitswesen finanziert wird.

Für das Gesundheitswesen wurden 2022 insgesamt 92.9 Milliarden aufgewendet.<sup>22</sup> Die Finanzierung erfolgte grösstenteils durch die **Haushalte** (55'386 Mio. CHF, **60 %**) und die **Kantone** (20'288 Mio. CHF, **22 %**). Kleinere Anteile tragen der Bund (6'854 Mio. CHF, 7 %), Unternehmen<sup>23</sup> (4'895 Mio. CHF, 5 %), Gemeinden (2'709 Mio. CHF,

<sup>22</sup> Die Zahlen zur Finanzierung stützen sich auf eine andere Datengrundlage als die Zahlen zur Finanzierung in Abschnitt 0. Deshalb entsprechen die Gesamtkosten nicht der Gesamtfinanzierung.

<sup>23</sup> Sozialversicherungsbeiträge AHV/IV/UV (3'638 Mio. CHF) und Finanzierung durch Leistungserbringer (1'257 Mio. CHF).

3 %) und unbekannte Quellen (2'739 Mio. CHF, 3 %). Damit finanzieren die Schweizer Haushalte einen grösseren Anteil direkt als in den meisten anderen OECD-Staaten.<sup>24</sup> Die Finanzierungsanteile sind gegenüber 2012 in etwa gleichgeblieben, Private Haushalte übernahmen 2022 gegenüber 2012 3 Prozent weniger, der gegenüber 2012 2 Prozent mehr (Bund und Kantone je +1 %).

#### I Finanzierung der OKP

Die OKP als bedeutendstes Finanzierungsregime wird hauptsächlich durch die Haushalte finanziert, die 80 % tragen (27'220 Mio. CHF). Der Rest verteilt sich auf die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) durch Bund (2'866 Mio. CHF, 8 %) und Kantone (2'479 Mio. CHF, 7 %). Ein Restbetrag stammt aus unbekannten Finanzierungsquellen (1'389 Mio. CHF, 4 %). 2012 wurde 85 Prozent der OKP durch die Haushalte finanziert, damals entfiel keine Finanzierung auf unbekannte Finanzierungsquellen.

#### I Belastung der Haushalte

Die Haushalte geben 50 % ihrer Ausgaben im Gesundheitswesen für die OKP-Prämien aus (27'770 Mio. CHF). Dazu kommen Zusatzversicherungsprämien (7'872 Mio. CHF, 14 % der Finanzierung durch die Haushalte) und verschiedene selbst getragene Kosten (Selbstzahlungen, 19'744 Mio. CHF, 36 %).<sup>25</sup> Die Gesamtausgaben der privaten Haushalte für das Gesundheitswesen stiegen von 44'350 Mio. CHF 2012 auf 55'386 Mio. CHF 2022, was einer Zunahme von 25 Prozent entspricht. Die Zusammensetzung der Ausgaben blieb hingegen fast gleich: 2012 gaben die Haushalte 49 % ihrer Ausgaben für die OKP, 26 % für die selbst getragenen Kosten und 14 % für Zusatzversicherungen aus.

### 2.3 OKP-Prämien und Belastung der Haushalte

Dieser Abschnitt beschreibt die Zusammensetzung und Entwicklung der OKP-Prämien und der IPV seit 2012. Grundlage dafür ist die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG.

#### I OKP-Prämien

Die Krankenversicherungsprämien sind regional abgestuft und folgen den Kosten. Entsprechend sind die Krankenkassenprämien in Regionen mit einem hohen durchschnittlichen Leistungsbezug höher. So lag die mittlere Prämie je versicherte Person<sup>26</sup> im Jahr 2022 schweizweit bei 3'766 CHF, in Basel bei 4'917 CHF und in Appenzell Innerrhoden bei 2'563 CHF.<sup>27</sup>

- *Regionale Kostenunterschiede:* Schweizweit bestehen regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Im Jahr 2022 bezogen die Versicherten pro Kopf durchschnittlich 4'294 CHF an OKP-Leistungen (Bruttoleistungen). Dabei

<sup>24</sup> Die Steuerbelastung der Haushalte ist in diesem Vergleich nicht berücksichtigt.  
<https://www.swissinfo.ch/ger/bundespolitik/krankenkassenpr%C3%A4mien-belasten-schweizer-haushalte-immer-st%C3%A4rker/78893692>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>25</sup> Die selbst getragenen Kosten umfassen Selbstzahlungen ohne Kostenbeteiligung (14'512 Mio. CHF, 26 %), Selbstzahlungen mit Kostenbeteiligung der Sozialversicherung (5'114 Mio. CHF, 9 %) und Selbstzahlungen mit Kostenbeteiligung in der Zusatzversicherung (118 Mio. CHF, <1 %). Übrig bleiben noch kleinere Stiftungs- und Spendenbeiträge (749 Mio. CHF, 1 %)

<sup>26</sup> Für alle Versicherten für alle Versicherungsformen. Die Werte der mittleren Prämien werden auf der Basis des Prämienetrags und des durchschnittlichen Versicherungsbestandes berechnet. Der Prämienetrag entspricht den in Rechnung gestellten Prämien

<sup>27</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV301N\_STATKV2022\_N.



bezogen Personen mit Wohnsitz in Basel-Stadt mit durchschnittlich 5'318 CHF Bruttoleistungen schweizweit die höchsten und Personen mit Wohnsitz in Appenzell Innerrhoden mit 3'046 CHF Bruttoleistungen die tiefsten Leistungen.<sup>28</sup> Kantonale Merkmale, die mit höheren Leistungsbezügen einhergehen, sind der Urbanisierungsgrad und der Anteil der älteren Bevölkerung.

- *Unterschiede nach Finanzstärke:* Die Finanzierung der Krankenversicherungsprämien erfolgt einkommensunabhängig. Dies hat zur Folge, dass einkommensschwächere Haushalte einen höheren Anteil ihres Haushaltsbudgets für Gesundheitsausgaben aufwenden als einkommensstärkere Haushalte. Dies wird als regressive Gesundheitsfinanzierung bezeichnet. Diese regressive Gesundheitsfinanzierung wird nur zum Teil durch steuerfinanzierte Spitalbeiträge, Prämienverbilligungen und Ergänzungsleistungen kompensiert.<sup>29</sup> Gemäss der Haushaltsbudgeterhebung 2015–2017 betrug der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben eines Haushalts durchschnittlich 10,5 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens. Dabei gab der am stärksten belastete Haushaltstyp mit 29,9 Prozent des Bruttoeinkommens 2,8-mal mehr für Gesundheitskosten aus als der Durchschnitt. Der am wenigsten belastete Haushaltstyp gab dagegen mit 5 Prozent weniger als die Hälfte des Durchschnittshaushalts aus.<sup>30</sup>
- *Mittlere Prämie stieg um 22%:* Die mittlere Prämie je versicherte Person ist in den letzten Jahren sukzessive angestiegen. Die mittlere Prämie pro versicherte Person lag 2012 im schweizerischen Durchschnitt bei 3'075 Franken und 2022 bei 3'766 Franken, was einer Zunahme von 691 Franken oder rund 22 Prozent entspricht.<sup>31</sup>
- *Abfederung des Prämienwachstums durch Versicherungswahl:* Gleichzeitig hat der Anteil der Versicherten im Standardvertrag (vgl. Abschnitt 2.4) deutlich abgenommen. Während 2012 noch 25 Prozent der Bevölkerung die **ordentliche Franchise** wählten, waren es 2022 nur noch 15 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Wahl anderer Versicherungsmodelle<sup>32</sup> von 58 Prozent auf 77 Prozent.<sup>33</sup> Eine höhere Wahlfranchise und alternative Versicherungsmodelle sind mit einer Prämienreduktion verbunden.<sup>34</sup> Ohne den hohen Anteil an Versicherten, die das Versicherungsmodell gewechselt haben, wäre der Anstieg der Durchschnittsprämie entsprechend höher ausgefallen.

### I Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

In der Schweiz haben Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Anspruch auf IPV. Die IPV vermindert die Belastung durch die OKP-Prämien. Im Jahr 2022 bezog rund ein Viertel der Bevölkerung (26 %) IPV. Damit ist der Anteil der Bezüger/-innen gegenüber 2012 (29 %) leicht gesunken. Gleichzeitig ist der durchschnittliche Beitrag pro Bezüger/-in von 1'808 Franken im Jahr 2012 auf 2'368 Franken im Jahr 2022 angestiegen.<sup>35</sup> Die IPV ist kantonale geregelt. Der Bund beteiligt sich an der Finanzierung der IPV mit einem Bundesbetrag in der Höhe von 7,5 Prozent der OKP-Bruttokosten. Dieser

<sup>28</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV205N\_STATKV2022\_N.

<sup>29</sup> Sax, Anna (2020): Gesundheitsausgaben. In Bonvin, Jean-Michel; Hugentobler, Valérie; Knöpfel, Carlo, Maeder, Pascal; Tecklenburg, Ueli (Hrsg.) Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik. Zürich: Seismo Verlag.

<sup>30</sup> Graff, Michael (2022): Vor allem ärmere Haushalte von steigenden Gesundheitskosten betroffen. KOF Bulletin Nr. 161/2022, S. 14 – 16.

<sup>31</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV301N\_STATKV2022\_N.

<sup>32</sup> Darunter fallen das Hausarzt-Modell, das HMO-Modell und das Telmed-Modell.

<sup>33</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle: KV707N\_STATKV2022.

<sup>34</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV303N\_STATKV2022\_N.

<sup>35</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV401N\_STATKV2022.



Betrag wird gemäss Bevölkerungsanteil auf die Kantone verteilt. Der Kanton legt den Kreis der Berechtigten, die Höhe der Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten fest. Dementsprechend ist die Ausgestaltung sehr unterschiedlich. Die durchschnittlichen Beiträge pro Bezüger/-in in Prozent der Durchschnittsprämie variieren zwischen 42 Prozent im Kanton Uri und 86 Prozent im Kanton Neuenburg.<sup>36</sup>

#### 2.4 Exkurs: Wie funktioniert die OKP?

Die folgende Erläuterung basiert auf Schmid et al. (2018)<sup>37</sup> und der Website des BAG<sup>38</sup>.

- In der Schweiz besteht ein *Versicherungsobligatorium* mit *Aufnahmepflicht*. Das heisst, alle Einwohner/-innen sind verpflichtet, eine Versicherung abzuschliessen und die Versicherer dürfen keine Versicherten in der Grundversorgung ablehnen.
- Die OKP deckt einen *umfassenden Leistungskatalog* ab. Grundsätzlich übernimmt sie die Kosten für Leistungen, die der *Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen* dienen (KVG Art. 25). Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen *wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich* sind (sogenannte WZW-Kriterien). Die abgedeckten Leistungen sind im KVG festgelegt und in den dazugehörigen Verordnungen in Anhängen und Listen festgelegt. Für ärztliche und chiropraktische Leistungen gilt das Vertrauensprinzip, es gibt eine sogenannte *Negativliste*, diese umfasst explizit medizinische Leistungen, die nicht gedeckt werden. Für alle anderen Leistungen gibt es *Positivlisten*, welche die vergüteten Leistungen abschliessend charakterisieren (z.B.: Anhänge Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Spezialitätenliste SL für Medikamente, Mittel- und Gegenständeliste MiGeL, Analyseliste AL).

#### Welche Kosten tragen die Versicherten?

Die Versicherten bezahlen ihre monatliche *Prämie*. Ausserdem beteiligen sie sich über die *Kostenbeteiligung* an ihren Krankheitskosten:

- Sie tragen alle Kosten bis zum Erreichen der *Franchise* vollumfänglich selbst.
- Zusätzlich entfällt ein *Selbstbehalt* (10%) auf alle Kosten<sup>39</sup> über der Franchise bis zu einem *Maximum* von 700 Franken für Erwachsene.
- Zudem beteiligen sich Versicherte pro Spitaltag mit einem *Spitalbeitrag* von 15 Franken. Der Spitalbeitrag zählt nicht zur Franchise und es gibt keine Obergrenze.<sup>40</sup>

*Ein Beispiel:* Das heisst bei jährlichen Gesundheitskosten von 2'000 Franken und einer Franchise von 300 Franken zahlt die Versicherte neben ihrer Prämie eine

<sup>36</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, BAG. Tabelle KV408N\_STATKV2022.

<sup>37</sup> Schmid, Christian PR, Beck, Konstantin und Kauer, Lukas (2018): Health plan payment in Switzerland. Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets. Academic Press, 2018. 453-489.

<sup>38</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>, Zugriff: 18.07.2024.

<sup>39</sup> Seit 1. Dezember 2023 beträgt der Selbstbehalt für Medikamente der Spezialitätenliste 40 Prozent, falls ein günstigeres Generika besteht. Seit 1. Januar 2024 gilt dasselbe falls bei biologischen Arzneimitteln günstigere *Biosimilars* verfügbar sind. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel/Differenzierter-Selbstbehalt-bei-Arzneimitteln.html>, Zugriff: 22.07.2024.

<sup>40</sup> Ausnahme: Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene bis 25 Jahre in Ausbildung, Leistungen für Mutterschaft, siehe <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.pdf.download.pdf/broschuere-sie-fragen-wir-antworten-d.pdf>, Zugriff: 24.07.2024.

Selbstbeteiligung in Höhe der gewählten Franchise (300 CHF) sowie einen Selbstbehalt in der Höhe von 10 Prozent der darüberliegenden Gesundheitskosten ( $10\% \cdot (2'000 - 300) = 170 \text{ CHF.}$ ), insgesamt 470 Franken. Die verbleibenden 1'530 Franken trägt die Krankenversicherung.

- Die Prämien sind nicht nach Einkommen abgestuft, das heisst alle Versicherten bezahlen eine *Kopfprämie*. Da die Prämienausgaben für Haushalte mit tiefem Einkommen eine grössere Belastung darstellen, werden diese durch die IPV entlastet. Die Ausgestaltung der IPV ist kantonale geregelt. Die Prämien unterscheiden sich zudem nach *Wohnort* der Person und dem gewählten *Versicherer*. Zudem werden *Prämienrabatte* gewährt für *Kinder und junge Erwachsene* (19-25 Jahre) für eine höhere *Wahlfranchise* und ein alternatives *Versicherungsmodell*.
- Alle Versicherer sind verpflichtet, den *Standardvertrag* anzubieten. Dieser umfasst die ordentliche Franchise (300 CHF pro Jahr für Erwachsene) und freie Arztwahl. Zudem können die Versicherer weitere Verträge anbieten, welche mit einem Rabatt verbunden sind: höhere Wahlfranchisen (500, 1'000, 1'500, 2'000, 2'500 CHF für Erwachsene<sup>41</sup>) oder andere Versicherungsmodelle (Hausarztmodell, TelMed, HMO). Die Höhe der Rabatte ist reglementiert.
- Die Prämien werden einmal jährlich angepasst. Dazu unterbreitet jeder Versicherer dem BAG einen Vorschlag, welchen das BAG genehmigt und im Oktober veröffentlicht. Anschliessend können alle Versicherten den Versicherungsvertrag per Ende Kalenderjahr *wechseln* (siehe unten).<sup>42</sup> Dazu ist eine Kündigung bis Ende November nötig.

#### Was kann ich als Versicherte/-r wählen?

- *Versicherer*: Auswahl aus 39 unterschiedlichen Krankenversicherern<sup>43</sup>
  - *Versicherungsmodell*: Freie Arztwahl oder alternatives Versicherungsmodell, welches mit einer Prämienreduktion verbunden ist (z.B. ein Hausarztmodell, ein TelMed-Modell oder ein HMO).
  - *Franchise*: Ordentliche Franchise (300 CHF) oder höhere Wahlfranchise (500, 1'000, 1'500, 2'000, 2'500 CHF für Erwachsene), welche mit Prämienrabatten verbunden sind.
- Die OKP basiert auf *Risikosolidarität*. Da Gesunde und Kranke für denselben Versicherungsvertrag dieselbe Prämie zahlen, finanzieren gesunde Personen die Behandlung von kranken Personen mit. Unterschiede zwischen der Risikostruktur der Versicherten werden über den *Risikoaussgleich* zwischen den Kassen ausgeglichen. Ziel des Risikoaussgleichs ist es, Anreize zur *Risikoselektion* zu verhindern. Risikoselektion bedeutet, dass Versicherer «gute Risiken» (Versicherte mit tiefen erwarteten Kosten, z.B. junge Gesunde) gegenüber «schlechten Risiken» (Versicherte mit hohen erwarteten Kosten, z.B. ältere chronisch Kranke) bevorzugen. Im Risikoaussgleich berücksichtigt werden Alter, Geschlecht, Spital- und Pflegeheimaufenthalte im Vorjahr und gewisse chronische Krankheiten (approximativ über sogenannte pharmazeutische Kostengruppen, PCG). Basierend auf diesen Kriterien wird die Bevölkerung in risikobasierte Kostengruppen eingeteilt. Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Versicherten mit

<sup>41</sup> Für Kinder bis 18 Jahre beträgt die ordentliche Franchise 0 CHF. Zudem sind folgende Wahlfranchisen möglich: 100, 200, 300, 400, 500, 600 CHF.

<sup>42</sup> Versicherte im Standardvertrag können zudem den Vertrag auf Ende Juni künden (Kündigungsfrist 3 Monate).

<sup>43</sup> Stand 1. Januar 2024, vgl. BAG (2024a): Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer, 01.01.2024.

einem hohen Kostenrisiko werden entlastet durch Ausgleichszahlungen von Versicherern mit einer günstigen Risikostruktur.

- Die *OKP-Prämien bilden die Kosten ab*. Die Prämien eines Versicherers müssen kostendeckend sein. Das heisst die Versicherer müssen mit den Prämieinnahmen die (erwarteten) Kosten der jeweiligen Prämienregion und Altersgruppe finanzieren können.<sup>44</sup> Da die Prämien insgesamt die Kosten reflektieren, haben höhere Gesundheitsausgaben somit höhere Prämien zur Folge. Hinzu kommen weitere Faktoren, welche die Höhe der Prämien bestimmen: die Verwaltungskosten der Versicherer (relativ konstant bei rund 5 %) und die Reserven<sup>45</sup> der Versicherer.

---

<sup>44</sup> Die Altersgruppen und die Prämienregionen (bis zu drei Prämienregionen pro Kanton) werden vom Bund festgelegt. Die gewährten Rabatte für Jüngere, höhere Wahlfranchisen und alternative Versicherungsmodelle sind national reguliert.

<sup>45</sup> Die Versicherer legen ihre Prämien basierend auf einer Prognose der Entwicklung der Leistungskosten fest. Die effektive Kostenentwicklung kann sich naturgemäss von der Prognose unterscheiden. Um diese Abweichung abzufedern, bilden die Versicherer *Reserven*. Die Reserven dienen ebenfalls dazu, finanzielle Risiken zu bewältigen und die Solvenz langfristig zu gewährleisten. Die Verwendung der Reserven ist in der KVAV reguliert. Versicherer dürfen überschüssige Reserven nutzen, um die Prämien zu reduzieren, wie es beispielsweise im Jahr 2021 30 Versicherer gemacht haben. Siehe dazu [https://www.priminfo.admin.ch/de/zahlen-und-fakten/instrumente\\_reserveabbau](https://www.priminfo.admin.ch/de/zahlen-und-fakten/instrumente_reserveabbau), Zugriff: 23.07.2024.

## 3. Mehr Behandlungen und Eingriffe (Mengenausweitung)

### 3.1 Hintergrund

Im Durchschnitt nehmen die Versicherten jährlich immer mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch. Während eine versicherte Person 2012 durchschnittlich Bruttoleistungen<sup>46</sup> von 3'257 CHF bezog, waren es 2022 Bruttoleistungen von 4'294 CHF. Dies entspricht in dieser Zeitspanne einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 2,8 Prozent.<sup>47</sup> Diese Zunahme der Leistungsmenge kann nur zum Teil auf die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme der einzelnen Krankheiten (Zunahme der Krankheitsprävalenz) zurückgeführt werden. Gemäss Schätzung von Wieser/Stucki (2023) sind rund zwei Drittel des Anstiegs der Gesundheitskosten pro erkrankte Person auf die Zunahme der Leistungen zurückzuführen.

### 3.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten

Mehr Leistungen führen zu zusätzlichen Kosten. Gründe für diese Mengenausweitung können sowohl auf der *Angebotsseite* als auch der *Nachfrageseite* gefunden werden. Zudem im *Umfang des Leistungskatalogs*.

- *Angebotsinduzierte Mengenausweitungen:* In der Schweiz wird im *ambulanten Bereich* ein Grossteil der medizinischen Leistungen über eine Einzelleistungsvergütung vergütet, beispielsweise die ambulanten ärztlichen Leistungen (TARMED). In Einzelleistungsvergütungssystemen besteht für Leistungserbringer ein wirtschaftliches Interesse, möglichst viele Leistungen zu erbringen, auch über den tatsächlichen Bedarf hinaus. Da Patienten/-innen nicht über die gleichen Informationen wie Leistungserbringer verfügen und die notwendige Anzahl schwerer einschätzen können (*Informationsasymmetrie*), sind Leistungserbringer in der Lage, mehr Leistungen anzubieten, als unter idealen Informationsbedingungen erforderlich wäre (*allokative Ineffizienz*). Auch im Bereich der ambulanten Pflege gibt es prinzipiell Anreize für angebotsinduzierte Nachfrage, da Leistungen pro 5-Minuten-Einheit vergütet werden (INFRAS/ZHAW 2018). Ein weiteres Beispiel für Anreize zur angebotsinduzierten Mengenausweitung im ambulanten Bereich ist die Möglichkeit zur Abgabe von Medikamenten durch Ärzte/-innen in mehreren Kantonen (*Selbstdispensation*). Da Ärzte/-innen Medikamente direkt an Patienten abgeben können, besteht ein Anreiz, das Einkommen durch die Verschreibung von mehr oder teureren Medikamenten zu steigern. Im *stationären Bereich* in der Schweiz bestehen ebenfalls Anreize für angebotsinduzierte Mengenausweitung. Seit der Revision der Spitalfinanzierung durch das KVG, das seit 2009 in Kraft ist, werden Akutmedizinleistungen der Spitäler durch leistungsbezogene Fallpauschalen vergütet. Dabei können Spitäler nicht notwendige Leistungen generieren, indem sie Patienten/-innen kränker erscheinen lassen, als sie tatsächlich sind (*upcoding*). In Pflegeheimen richtet sich die Höhe der OKP-Beiträge pro Tag nach der Pflegebedarfsstufe, was dazu führen kann, dass Mengenausweitungen über höhere Einstufungen erfolgen (INFRAS/ZHAW 2018). Einen Hinweis auf eine angebotsinduzierte Mengenausweitung besteht zudem bei stationären Leistungen in der Zusatzversicherung. Für Versicherte mit (halb-)privaten Spitalzusatzversicherungen besteht ein Überhang an medizinischen Leistungen. Dies werten Haslebacher et al.

<sup>46</sup> Bruttoleistungen: Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

<sup>47</sup> BFS Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, Tabelle KV218N\_STATKV2022\_N.

(2023) als Hinweis auf Angebotsinduzierte Mengenausweitung.<sup>48</sup> Hinzu kommen gemäss dem Bericht der Expertengruppe, welche zuhanden des EDI Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP erarbeitet hat, weitere Fehlanreize, welche die Mengenausweitung fördern können. Beispielhaft werden folgende Faktoren genannt: mengenbezogene Kompensationen und Bonuszahlungen innerhalb der Ärzteschaft, das Erreichen von geforderten Fallzahlen und das Erreichen von Umsatzzielen oder Auslastungszielen im Rahmen getätigter Investitionen (BAG 2017).

- *Nachfrageinduzierte Mengenausweitung* beschreibt ein unerwünschtes Verhalten von Versicherten, wenn sie eigentlich unnötige Leistungen nachfragen (Wieser/Stucki 2023). Einen wichtigen Grund beschreibt das Konzept des *Moral Hazard*. Dieses Phänomen tritt in Gesundheitssystemen auf, in denen die Krankenversicherung umfassend und solidarisch finanziert ist. Es gibt zwei Arten von *Moral Hazard*: *Ex-ante Moral Hazard* bedeutet, dass Versicherte in einem solidarischen System weniger Anreize haben, ungesunde Lebensweisen und risikoreiche Aktivitäten zu vermeiden, da die Versicherung im Krankheitsfall die Kosten übernimmt (vgl. Kapitel 7). Wenn eine Person jedoch erkrankt, möchte sie, dass alles Erforderliche für ihre Genesung getan wird. *Ex-post Moral Hazard* bezeichnet ein Verhalten, das sich daraus ergibt, dass die Kosten für medizinische Leistungen ab einem bestimmten Punkt – in der Schweiz nach Erreichen der Franchise – keine grosse Rolle mehr spielen, da sie mehrheitlich durch die Versicherung gedeckt sind. Dadurch besteht die Gefahr, dass Patienten/-innen mehr Leistungen in Anspruch nehmen, als sie tatsächlich benötigen, einschliesslich solcher mit keinem oder minimalen Zusatznutzen gegenüber günstigeren Alternativen (*low-value care*). Dabei entstehen Ineffizienzen durch unnötige Behandlungen. Diese zusätzlichen Kosten werden in der OKP von der Gemeinschaft getragen und erhöhen die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems<sup>49</sup>(INFRAS/ZHAW 2018).
- Hinzu kommt der *Ausbau des Leistungskatalogs*. Der (mögliche) Leistungskatalog vergrössert sich erstens durch Verbesserungen der Dienstleistungen und Technologien im Gesundheitsmarkt, wie zum Beispiel neue Medikamente, Techniken und Geräte. Während verbesserte und neue Technologien einen Mehrwert bieten, sind sie in der Regel teurer als bereits bestehende Produkte und Dienstleistungen (CSS Institut 2024).<sup>50</sup> Zweitens erweitert sich der Leistungskatalog durch Aufnahme zusätzlicher Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Als Beispiel dient hier die Spezialitätenliste, welche Medikamente enthält, die von der Grundversorgung übernommen wird. Die Anzahl der Leistungspositionen in der Spezialitätenliste ist gemäss Zahlen der CSS zwischen 2019 und 2023 um 7 Prozent gestiegen (CSS Institut 2024). Beispiele für den Ausbau der Leistungen durch systemische Anpassungen sind die Aufwertung des Pflegeberufs und der Hausarztmedizin (Pflegeinitiative und Ja zur Hausarztmedizin), die Befreiung werdender Mütter von der Kostenbeteiligung, die Reduktion des Spitalbeitrags für versicherte Personen und die teilweise Aufnahme der Podologie in die Grundversicherung. Während Leistungsausbau von der Stimmbevölkerung eher angenommen wird, sind Bemühungen zum Leistungsabbau weniger beliebt. So wurde beispielsweise die Managed-Care-Vorlage 2012 abgelehnt (CSS Institut 2024).

<sup>48</sup> Haslebach, Kris, Maillard-Bjedov Tjaša, Vuffray Claude (2023): Zusatzversicherungen tragen zu mehr Spitalaufenthalt bei. BAG, Bern.

<sup>49</sup> Ökonomisch gesehen ist das *Moral Hazard*-Verhalten nicht als unmoralisch anzusehen, sondern als Ergebnis rationaler Überlegungen der Versicherten. Individuell rationales Handeln kann aber zu kollektiv irrationalen Verhalten führen (INFRAS 2018).

<sup>50</sup> CSS Institut (2024). Entwicklung der Gesundheitskosten 2012–2021.

### 3.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte

#### I Ablösung der Einzelleistungsvergütung

Eine Ablösung oder Ergänzung der Einzelleistungsvergütung durch andere Vergütungsmechanismen könnte die Anreizwirkung zur Mengenausweitung reduzieren. Vorgeschlagen werden beispielsweise ambulante Fallpauschalen, Komplexpauschalen (*bundled payment*) oder qualitätsabhängige Pauschalen (*Pay-for-Performance*<sup>51</sup>), siehe beispielsweise ZHAW (2017, Massnahme P2), Expertenbericht BAG (2017, Massnahme M15) oder INF-RAS/ZHAW (2019, Massnahme M2). Komplexpauschalen bedeuten, dass alle Leistungen, die im Rahmen einer definierten Krankheitsperiode erbracht werden, pauschal vergütet werden. Dazu muss festgelegt werden, welche Leistungen und welche Leistungserbringer für die jeweilige Krankheitsperiode oder Patientengruppe relevant sind. Damit soll der Anreiz zur angebotsinduzierten Nachfrage reduziert werden. Zudem können Komplexpauschalen die Koordination der medizinischen Behandlung verbessern (siehe Kapitel 6). ZHAW (2017) schlägt vor, Komplexpauschalen für die ambulante Versorgung von chronischen Krankheiten einzuführen. Eine weitere Möglichkeit ist die Einführung von komplexen Fallpauschalen als Ergänzung der Fallpauschalen in der akutmedizinischen stationären Versorgung (z.B. Vorabklärungen, Nachsorge). Mit den komplexen Fallpauschalen haben Leistungserbringer einen stärkeren Anreiz, medizinisch sinnvolle Leistungen und Konsultationen einzusetzen, wodurch Kosten für medizinisch unnötige Leistungen sinken würden. Je nach Ausgestaltung kann die Gefahr steigen, dass gewisse Patientengruppen bevorzugt/benachteiligt werden (z.B. chronisch Kranke), zudem reduziert sich die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten gegebenenfalls, falls ihnen (unnötige) Leistungen verweigert werden. Gegebenenfalls können Komplexpauschalen zu einer verstärkten Fragmentierung der Gesundheitsversorgung beitragen (ZHAW 2017). Schliesslich fehlen für qualitätsabhängige Pauschalen derzeit grösstenteils Daten und Möglichkeiten zur Messung der Qualität (siehe auch Qualitätsstrategie in Abschnitt 3.4.3).

#### I Höhere Selbstbeteiligung

Eine stärkere Eigenbeteiligung der Patient/-innen, z.B. durch einen höheren Selbstbehalt oder eine Erhöhung der tiefsten Franchisen, würde dem beschriebenen Moral-Hazard-Problem entgegenwirken und könnte die OKP-Prämien senken. Diese Lösung würde die Kostenwahrheit bei den Patienten/-innen fördern. Gleichzeitig würde die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken minimiert und die betroffenen Haushalte zusätzlich belastet (siehe auch Kapitel 4). Die finanzielle Unsicherheit für Versicherte steigt. Ausserdem könnten eine höhere Selbstbeteiligung dazu führen, dass Patienten/-innen mit akuten Anliegen später einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen und durch eine Verschleppung ihrer Krankheit höhere Folgekosten entstehen.

#### I Beschränkung OKP-Leistungskatalog

Der umfassende Leistungskatalog der OKP könnte auf eine geringere Anzahl von Pflichtleistungen reduziert werden. Weitere Leistungen könnten stattdessen über Zusatzversicherungen oder Selbstzahlungen abgedeckt werden. Durch diese Beschränkung reduziert sich die Versicherungsabdeckung, wodurch die OKP-Kosten voraussichtlich sinken würden. Dies würde zu tieferen Prämien führen. Falls die nicht abgedeckten Leistungen nach wie vor nachgefragt werden, stiege dadurch allerdings die Belastung einzelner oder aller Haushalte (siehe dazu auch ZHAW 2017). Somit besteht dadurch der Zielkonflikt, dass Haushalte einerseits durch tiefere Prämienbelastung in der Grundversicherung einerseits entlastet würden. Andererseits könnte dadurch die Bedeutung der Zusatzversicherung steigen, zunehmendes finanzielles Risiko durch reduzierte Versicherungsdeckung bestehen, die Chancengleichheit durch höherer Anteil Selbstfinanzierung abnehmen, die Wahlfreiheit

<sup>51</sup> Bei Pay-for-Performance hängt die Vergütung der Leistungserbringer von vordefinierten Qualitätsindikatoren ab. Pay-for-Performance entspricht somit einem variablen Leistungslohn.



eingeschränkt werden und die Versorgungsqualität durch Rationierung in der OKP abnehmen.

### 3.4 Rahmenbedingungen

Dieser Abschnitt beschreibt wichtige Akteure für Finanzierung, Regulierung und Leistungserbringung, zeigt die relevante Regulierung auf und nennt laufende politische Geschäfte.

#### 3.4.1 Wichtige Akteure

##### I Akteure der Regulierung

*Definition OKP-Leistungskatalog:*

- *Parlament und Volk:* Festlegung der gesetzlichen Grundlagen für die OKP durch das Parlament, mit der Möglichkeit für das Volk, Änderungen durch direktdemokratische Instrumente zu beeinflussen.
- *Bundesrat:* Erlass der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), welche die Rahmenbedingungen für die OKP festlegt.
- *Eidgenössisches Departement des Inneren (EDI):* Bezeichnung der von der OKP vergüteten Leistungen (offener geschlossener Leistungskatalog).<sup>52</sup>
- *BAG:* Bezeichnung der leistungspflichtigen Arzneimittel.<sup>53</sup>
- *Eidgenössische Kommissionen:* Beratung von EDI und BAG bezüglich Leistungskatalog durch zuständige Expertenkommissionen (z.B. ELGK, EAMGK, EAK).<sup>54</sup>
- *Eidgenössische Qualitätskommission (EQK):* Die EQK unterstützt den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des KVG und auf Basis der Qualitätsstrategie.<sup>55</sup>
- *Kantone:* Seit 2022 Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer zur Abrechnung über die OKP auf Basis der Kriterien in KVG und KVV. Zusätzlich sind die Kantone verpflichtet, die Anzahl der Ärzte/-innen in bestimmten medizinischen Fachgebieten oder Regionen zu begrenzen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP-Leistungen erbringen dürfen. Die Kriterien und methodischen Grundsätze dafür wurden vom Bundesrat festgelegt.<sup>56</sup>
- *Leistungserbringer und Versicherer:* Antragstellung für Kostenübernahme zu Lasten der OKP.<sup>57</sup>

<sup>52</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>53</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>54</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>55</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-qualitaetskommission-egk.htm>, Zugriff: 26.07.2024. I

<sup>56</sup> <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/zulassung-von-leistungserbringern>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>57</sup> Grundsätzlich können alle interessierten Personen und Organisationen einen Antrag auf Kostenübernahme für eine neue Leistung stellen oder die Vergütung einer bestehenden Leistung in Frage stellen. In der Regel erfolgen solche Anträge von Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Versicherungen. Diese Vorschläge werden dann von der ELGK geprüft und gegebenenfalls dem EDI/BAG zur Entscheidung vorgelegt. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/antragsprozesse/Antragsprozesse-Allgemeine-Leistungen.html>, Zugriff: 26.07.2024.

### *Tarifsetzung für OKP-Leistungen:*<sup>58</sup>

Nachfolgend werden die Akteure am Beispiel der ärztlichen ambulanten Leistungen beschrieben.

- *Bundesrat*: Der Bundesrat genehmigt die von den Tarifpartnern erarbeiteten gesamtschweizerisch gültigen Tarifstrukturen. Der Bundesrat übernimmt subsidiär die Festlegung und/oder Anpassung der Tarifstrukturen, falls keine Einigung zwischen den Tarifpartnern erzielt wird.
- *EDI*: Der Bundesrat ist für die Genehmigung der Tarifstrukturen verantwortlich. Vor seiner Entscheidung prüft er, ob der Tarifvertrag den gesetzlichen Anforderungen sowie den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entspricht. Diese Aufgabe wird üblicherweise an das EDI delegiert, das wiederum das BAG mit den notwendigen Analysen beauftragt.
- *Tarifpartner*: Die Tarifpartner handeln Tarife aus und halten diese in Tarifverträgen fest. Zu den Tarifpartnern gehören die Verbände der Leistungserbringer (FMH, H+) und die Dachverbände der Krankenversicherer (Santésuisse und Curafutura<sup>59</sup>).
- *Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG)*: Die Tarifpartner sind neu gemäss KVG verpflichtet, eine gemeinsame Tariforganisation für den ambulanten Bereich einzusetzen. Zu diesem Zweck wurde 2022 die Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) gegründet. Die OAAT AG ist verantwortlich für die Erstellung, Entwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen.
- *SwissDRG AG*: Diese Organisation ist verantwortlich für die Erstellung und jährliche Weiterentwicklung der Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen. Sie besteht aus Vertretern der Leistungserbringer, der Versicherer, der Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV und der Kantone (GDK).
- *Kantone*: Die Kantone sind für die Genehmigung von Verträgen über kantonal festgelegte Tarife zuständig. Sie entscheiden über die Genehmigung oder Ablehnung der vorgelegten Tarifverträge. Zusätzlich können die Kantone Tarife festlegen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (z.B. Taxpunktwerte).

### **I** Akteure der Leistungserbringung

Diese Thematik betrifft alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

### **I** Weitere Akteure

- *Smarter medicine/Choosing Wisely Switzerland*: Die gemeinnützige Organisation Smarter Medicine hat das Ziel, dass medizinische Massnahmen nur dann angewendet werden, wenn sie tatsächlich wirksam sind. Dafür fördert der Verein Diskussionen und Forschungen zu unnötigen Behandlungen und stellt entsprechendes Informationsmaterial bereit. *Smarter medicine* knüpft damit an die amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an.<sup>60</sup> In diesem Rahmen gibt es auch die Online-Plattform «Guidelines Schweiz» mit medizinischen Guidelines, die den Fachpersonen helfen sollen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen.<sup>61</sup>

<sup>58</sup> BAG (2024b): Ambulanter Arzttarif. Funktionsweise und Hauptakteure. Faktenblatt vom 19. Juni 2024.

<sup>59</sup> Ab 2025 wollen sich die 13 grössten Versicherer zu einem neuen Verband zusammenschliessen.

<sup>60</sup> <https://www.smartermedicine.ch>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>61</sup> <https://www.guidelines.fmh.ch>, Zugriff: 26.07.2024.



### 3.4.2 Regulierung und nationale Strategien

- *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*: Das KVG regelt unter anderem die Leistungen der Krankenkassen, die Zulassung von Leistungserbringern sowie die Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Es enthält Bestimmungen zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von medizinischen Leistungen, die eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der Mengenausweitung spielen.
- *Krankenversicherungsverordnung (KVV)*: Die KVV konkretisiert die Bestimmungen des KVG und enthält detaillierte Regelungen zur Durchführung der Krankenversicherung, einschliesslich der Tarifstrukturen und der Abrechnungsmodalitäten für Leistungen, die ebenfalls die Mengenausweitung beeinflussen können.
- *Versicherungsvertragsgesetz (VVG)*: Das VVG reguliert die Beziehungen zwischen Versicherungen und ihren Kundinnen und Kunden. Es ist damit die Grundlage für die Zusatzversicherungen und die OKP. Das Gesetz legt die Grundzüge der Versicherung fest, nicht aber die einzelnen Leistungen. Diese werden im Versicherungsvertrag festgelegt.
- *Tarifverträge*: Die zwischen den Tarifpartnern abgeschlossenen Tarifverträge legen die Vergütungsbemessung der einzelnen Leistungen fest. Zudem gibt es behördlich festgelegte Tarife, Preise und Listen (Analyseliste, Arzneimittelliste, Mittel- und Gegenständelliste MiGeL, Spezialitätenliste SL).<sup>62</sup>
- *Qualitätsverträge*: Seit 2022 sind die Tarifpartner verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer zu erstellen. Der erste Qualitätsvertrag wurde 2024 vom Bundesrat genehmigt.<sup>63</sup>
- *Gesundheit2030*: Der Bundesrat beschloss Ende 2019 eine gesundheitspolitische Strategie 2020-2030. Diese soll neue Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik setzen. In der Strategie wird eine Vision, vier Herausforderungen, acht Ziele und 16 Stossrichtungen formuliert. Im Ziel fünf wird festgehalten: «Bund, Kantone und medizinische Leistungserbringer reduzieren Über-, Unter- und Fehlversorgung». Als Massnahme wird u.a. formuliert, dass sich die Behandlungen vermehrt an der Evidenz orientieren sollen.<sup>64</sup>
- *Qualitätsstrategie*: Die Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung stützt sich auf die Gesamtstrategie Gesundheit2030 und ergänzt die bestehenden nationalen Strategien. Damit soll die Qualität der Leistungen verbessert werden, indem sie wirksam, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient und anhand einer koordinierten Versorgung erbracht werden. Zudem soll ein chancengleicher Zugang für alle bestehen. Mit diesen Zieldimensionen gibt er zugleich die relevanten Messdimensionen für Qualitätsindikatoren vor.<sup>65</sup>

### 3.4.3 Laufende politische Geschäfte

- *TARDOC/ambulante Fallpauschalen*: Die seit 2004 gültige Tarifstruktur TARMED für ambulante ärztliche Leistungen wird ab 2026 durch die neue Einzelleistungstarifstruktur TARDOC sowie eine Tarifstruktur für ambulante Fallpauschalen ersetzt. TARDOC soll eine präzisere Abrechnung der Konsultationsdauer ermöglichen und die

<sup>62</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>63</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-101094.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>64</sup> Gesundheit2030 (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

<sup>65</sup> Bundesrat (2022): Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

speziellen Anforderungen der Hausarztmedizin besser berücksichtigen. Die Pauschalen sollen die Abrechnung vereinfachen und die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge verringern. Der Bundesrat hat am 19. Juni 2024 beide neuen Tarifstrukturen teilweise genehmigt und Vorgaben für deren Einführung festgelegt. Es sind jedoch noch Anpassungen notwendig.<sup>66</sup>

- *Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1a)*: Es gibt zwei Pakete zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen (1a, 1b und 2), die auf den Vorschlägen der Expertenkommission in BAG (2017) beruhen. Die eidgenössischen Räte haben das Paket 1a 2021 verabschiedet. Die darin enthaltenen Massnahmen sind in Kraft. Leistungserbringer werden unter anderem neu verpflichtet, den Versicherten unaufgefordert eine *Rechnungskopie* zuzustellen. Bei einem Verstoß gegen gesetzliche Anforderungen, vertragliche Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen oder Bestimmungen zur Rechnungsstellung wird die maximale Höhe der Busse bei 20'000 Franken festgelegt und *Patientenpauschaltarife* für ambulante Behandlungen müssen neu auf einer landesweit einheitlich vereinbarten Tarifstruktur basieren. Diese haben Vorrang vor Einzelleistungstarifen.<sup>67</sup>
- *Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1b)*: Das Kostendämpfungspaket 1b wurde am 2022 durch die Eidgenössischen Räte verabschiedet. Alle Massnahmen des Pakets 1b sind per 2024 in Kraft getreten. Es enthält vier Massnahmen, von denen die Folgenden für die Mengenausweitung relevant sind:<sup>68</sup> Die Tarifpartner sind dazu verpflichtet, *Massnahmen zur Kostenüberwachung* zu vereinbaren. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung legt fest, dass Apotheker/-innen ein *preisgünstigeres Arzneimittel* abgeben können, wenn mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind.
- *Umsetzung Pflegeinitiative (selbständige Abrechnung)*: Seit 1. Juli 2024 können Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen im Bereich Abklärung, Beratung und Koordination ohne ärztlichen Auftrag oder ohne ärztliche Anordnung direkt zulasten der Sozialversicherungen abrechnen.<sup>69</sup>

<sup>66</sup> <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-101498.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>67</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv/massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1a.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>68</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv/massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1b.html>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>69</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/direkte-abrechnung-der-pflegeleistungen.html>, Zugriff: 26.07.2024.

## 4. Komplexe Grundversicherung (Ausgestaltung OKP)

### 4.1 Hintergrund

- Die OKP trägt den grössten Teil der Gesundheitskosten. Aufgrund der Versicherungspflicht betreffen höhere OKP-Kosten *alle Einwohnerinnen und Einwohner* der Schweiz. Wie in Kapitel 2 erläutert, sind die OKP-Kosten seit 2012 stetig gewachsen. Als Folge davon steigen auch die Versicherungsprämien, was zu einer stärkeren Belastung der Haushalte führt. Die Höhe der Versicherungsprämien rangiert in Sorgenbarometern seit Jahren hoch.<sup>70</sup>
- Verschiedene Haushaltstypen sind unterschiedlich von den OKP-Kosten betroffen. Durch die Ausgestaltung der OKP besteht eine Risikosolidariät zwischen Kranken und Gesunden. Gleichzeitig belastet die *Kopfprämie* Haushalte mit geringem Einkommen und Familien mit Kindern stärker, da ein grösserer Anteil des Haushaltseinkommens für die Krankenkassenprämien eingesetzt werden muss. Zwar besteht mit der IPV ein Instrument zur Entlastung von Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Ausgestaltung ist aber Sache der Kantone und Höhe wie auch Anspruchsberechtigung unterscheiden sich stark. Der Bund finanziert die IPV mit. Der Bundesbeitrag ist auf 7,5 Prozent der OKP-Bruttokosten festgelegt – wächst also bei steigenden OKP-Kosten.
- Die Versicherten können den Krankenversicherer wie auch die Franchise und das Versicherungsmodell jährlich wechseln. Die Prämien werden öffentlich publiziert und es gibt Vergleichsportale.<sup>71</sup> Obwohl die steigenden Krankenkassenprämien als wichtige Sorge genannt werden, *wechseln* jährlich nur relativ *wenige* Personen ihren Versicherungsvertrag. 2022 wechselten nur 4,5 Prozent den Versicherer. Weitere 4,4 Prozent wechselten das Versicherungsmodell beim selben Versicherer.<sup>72</sup>
- Vielen Personen fällt es schwer, sich im komplexen Gesundheits- und Versicherungsmodell zurechtzufinden. Ursache dafür sind in erster Linie eine fehlende *Gesundheitskompetenz*<sup>73</sup> und/oder eine tiefe Versicherungskompetenz (*health insurance literacy*<sup>74</sup>). Die Ausgestaltung der Versicherungsverträge und die Zusammensetzung der Prämien(-rabatte) ist relativ komplex. Die Versicherten können zwischen vielen verschiedenen Optionen wählen. Diese grosse Auswahl kann zu einer Überforderung

<sup>70</sup> gfs.bern (2023). Sorgen um Kosten. Perspektivenwechsel in der Stimmbevölkerung der Schweiz. Credit Suisse Sorgenbarometer 2023. <https://www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2023/11/credit-suisse-sorgenbarometer-2023.pdf>, Zugriff: 26.07.2024.

<sup>71</sup> [www.comparis.ch](http://www.comparis.ch) sowie ein Angebot des Bundes, [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch).

<sup>72</sup> BAG (2023): Versichererwechsel am 31.12.2021. Bern.

<sup>73</sup> Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit einer Person, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu nutzen, um angemessene Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen. In der Schweiz berichten knapp die Hälfte der Bevölkerung von häufigen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten, was auf eine niedrige Gesundheitskompetenz hinweist. Diese Schwierigkeiten haben von 2025 bis 2020 leicht zugenommen, was zu einem leichten Rückgang der Gesundheitskompetenz geführt hat. Siehe De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht (V2) im Auftrag des BAG. Zürich, Careum Stiftung.

<sup>74</sup> Quiroga, Ana; Mantwill, Sarah (2022): How to improve individual decision-making within the Swiss insurance system? Policy Brief. Swiss Learning Health System.

führen. Beispielsweise ist nicht allen Versicherten bekannt, dass sie Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Versicherern abschliessen können.

#### 4.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten

Insgesamt werden die OKP-Prämien hauptsächlich durch die Höhe der Gesundheitskosten bestimmt, welche in der OKP anfallen. Steigende OKP-Gesundheitskosten führen in der Regel zu steigenden OKP-Prämien, siehe Kapitel 3. Bei den steigenden OKP-Kosten muss unterschieden werden zwischen den *individuellen Kosten*, welche die Belastung einzelner Personen oder Haushalte betreffen, und den *Gesamtkosten*, also den Kosten, welche die *Gesellschaft als Ganze* tragen muss:

- *Aus individueller Perspektive*, also aus Sicht der einzelnen Versicherten können die hohen OKP-Ausgaben verschiedene Gründe haben. Ein wichtiger Grund kann eine *suboptimale Versicherungswahl* sein: Beispielsweise eine suboptimale Wahl des Versicherers, da andere Versicherer günstigere Angebote hätten, die wenig reflektierte Wahl der Franchise, weil eine vor dem Hintergrund der zu erwartenden Kosten zu tiefe Franchise ausgewählt wurde, oder den Verzicht auf ein alternatives Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahlfreiheit, aber tieferer Prämie. Dadurch werden die Möglichkeiten für individuelle Prämieneinsparungen zu wenig genutzt. Diese Entscheide können eine rationale Entscheidung der Versicherten darstellen (beispielsweise Kosten-Nutzen-Abwägung, Präferenz für freie Arztwahl, fehlende Liquidität für höhere Franchise). Falls diese Entscheide allerdings beispielsweise aufgrund fehlenden Wissens (*health insurance literacy*) geschehen, stellt dies eine Ineffizienz dar und hat unnötige Mehrausgaben der Haushalte zur Folge. Es wird beispielsweise immer wieder kritisiert, dass die mittleren Franchisen die Wahl komplexer machen, aber praktisch nie die optimale Wahl für die Versicherten darstellen, da fast alle Versicherten Geld sparen würden, indem sie in eine höhere oder tiefere Franchise wechseln würden. Diese Ineffizienzen werden verstärkt, wenn Versicherte zu selten wechseln. Zudem sind die Kantone nicht dazu verpflichtet, die IPV-Mittel bei steigenden Gesundheitskosten zu erhöhen. In den letzten Jahren belassen viele Kantone die eingesetzten Mittel unverändert, weshalb die Haushalte weniger stark entlastet werden.<sup>75</sup> In einigen Kantonen muss die IPV beantragt werden, was aufgrund Unwissenheit oder Scham zu einem Nichtbezug trotz Anspruchsberechtigung führen kann.<sup>76</sup>
- *Gesellschaftlich gesehen* tragen verschiedene Aspekte der OKP zu höheren Kosten bei. Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass Versicherungen aus ökonomischer Sicht tendenziell zu höheren Kosten führen, wie in Kapitel 3 beschrieben. Die Anreize werden durch die Instrumente zur Kostenbeteiligung abgeschwächt (Franchise, Selbstbehalt), können aber nicht vollständig beseitigt werden, siehe beispielsweise Wieser/Stucki (2023). Die Versicherer haben ausserdem einen gesetzlichen *Vertragszwang*, das heisst sie sind verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Sie haben deshalb kaum Möglichkeit, um beispielsweise Ärztinnen oder Ärzte aufgrund ungenügender Qualität oder Wirtschaftlichkeit von ihrer Leistungsabdeckung auszuschliessen. Dies kann zu höheren Kosten führen und reduziert den Wettbewerb unter den Leistungserbringern (vgl. ZHAW 2017, Massnahme M11). Zudem wird immer wieder kritisiert, dass durch die jährlich möglichen Versicherungsvertragswechsel und damit verbundenen Marketingausgaben der Versicherer unnötige

<sup>75</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>76</sup> Ecoplan (2022). Wirksamkeit der Prämienvverbilligung – Monitoring 2020. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), BFH (2021), Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe, Bericht im Auftrag des Amtes für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt.

Ausgaben entstehen. Insgesamt bewegen sich die *Verwaltungskosten* der Versicherer bei durchschnittlich rund fünf Prozent.<sup>77</sup> Im Vergleich zu den Leistungskosten fallen diese Kosten also weniger ins Gewicht.<sup>78</sup> Schliesslich fallen neben den Kosten, welche die Individuen direkt tragen müssen, Kosten an, welche über Steuern finanziert werden. Dazu gehören zum Beispiel die Kosten für die IPV oder die Spitalfinanzierung durch die Kantone.

### 4.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte

#### I Einkommensabhängige Versicherungsprämien/Gesundheitssteuer

Heute werden Haushalte mit tiefem Einkommen die IPV entlastet. Eine andere Möglichkeit wäre die Einführung einkommensabhängiger Versicherungsprämien oder eine Abkehr von der Kopfprämie. Möglich wäre beispielsweise eine Gesundheitssteuer. Die Einführung einkommensabhängiger Versicherungsprämien und eine Abkehr von der Kopfprämie würden zu einer gegenüber heute stärkeren Umverteilung führen und könnten gewisse Haushalte deutlicher entlasten. Gleichzeitig würden die Instrumente der Kostenbeteiligung geschwächt, wodurch aufgrund *moral hazard* mit höheren Kosten zu rechnen ist. Einkommensabhängige Prämien sind zudem mit einem grösseren Vollzugsaufwand verbunden, da beispielsweise das relevante Einkommen für alle Versicherten geprüft und festgelegt werden muss. Es ist festzuhalten, dass mit beiden Lösungsvorschlägen die *Finanzierung* geändert wird, die gesamtgesellschaftliche Kosten aber nicht reduziert werden. Es ergeben sich verschiedene Zielkonflikte: Die Umverteilung stellt Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen besser, führt aber zu einer höheren Belastung von finanziell besser gestellten Haushalten, welche diese mitfinanzieren. Es ist anzunehmen, dass die Einführung einkommensabhängiger Versicherungsprämien und eine Abkehr von der Kopfprämie die Staatsquote erhöhen würde. Die Entlastung der tiefen Einkommen könnte zudem zu einer Ausdehnung der Inanspruchnahme führen und den politischen Druck reduzieren, die Gesundheitskosten zu dämpfen.

#### I Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten

Mit gezielten Massnahmen könnte die Gesundheitskompetenz der Versicherten gestärkt werden. Dies würde erstens dazu beitragen, dass die Versicherten informiertere Entscheide treffen. Zudem könnte auf diese Weise die Notwendigkeit der Prävention aufgezeigt werden, welche zu einer Kostensenkung beitragen kann (vgl. Kapitel 7). Eine höhere Gesundheitskompetenz korreliert mit einer tieferen Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. BAG 2017; Massnahme M06). Zweitens könnte eine Erhöhung der *health insurance literacy* dazu beitragen, dass die Versicherten bessere Entscheidungen in der Versicherungswahl treffen und dadurch das Haushaltsbudget entlasten können. Beide Ziele könnten mit Informationskampagnen, Schulungen oder gezielter Informationen ausgewählter Zielgruppen (z.B. Nudging) erreicht werden. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Zielgruppen nicht erreicht werden oder die Wirkung ausbleibt, was zu einer Vergeudung der eingesetzten Mittel und damit zu unnötigen Ausgaben führen kann. Zudem stellt sich die Frage, wer diese Massnahmen finanzieren soll. Die Förderung von Gesundheitskompetenz und *health insurance literacy* ist somit mit Zielkonflikten verbunden. Sie könnte zu besseren Entscheidungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen und der Wahl der Versicherung führen. Fördermassnahmen sind aber mit finanziellen Aufwendungen verbunden, wobei die Erreichung der Zielgruppen, bei der die Wirkung am grössten sind, mit

<sup>77</sup> Die Verwaltungskosten der SUVA betragen je nach Nettajahresprämie zwischen 6,75 % und 12,50% der Nettoprämien, siehe SUVA (2024): Variable Verwaltungskosten. Eine für den Markt attraktive Lösung sozial verträglich umgesetzt. Gültig ab 1. Januar 2024.

<sup>78</sup> <https://www.handelszeitung.ch/insurance/so-viel-kostet-die-verwaltung-der-grundversicherung-642775>, <https://www.nzz.ch/finanzen/krankenkassen-und-grundversicherung-hohe-verwaltungskosten-treiben-praemien-id.1761200>, Zugriff: 31.07.2024.

besonderen Herausforderungen verbunden ist. Zudem würden allfällige Effekte dieser Förderungen erst mit einer grossen zeitlichen Verzögerung eintreten.

#### I Erhöhung der Mindestfranchise

Durch eine Erhöhung der Mindestfranchise von heute 300 Franken würde das *moral hazard*-Problem abgeschwächt. Da sich alle Haushalte stärker an den Gesundheitskosten beteiligen müssen, besteht ein Anreiz, auf unnötige Leistungen zu verzichten. Diese könnte zu einer Reduktion der Gesundheitskosten und dadurch der Prämien beitragen. INF-RAS/ZHAW (2019) schätzen das Potenzial einer Erhöhung der Mindestfranchise auf 500 Franken auf bis zu 1'952 Mio. Franken. Gleichzeitig steigt dadurch die finanzielle Unsicherheit für Haushalte und je nach Höhe der Mindestfranchise besteht die Gefahr, dass Versicherte aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische Leistungen verzichten. Eine höhere Mindestfranchise führt zu steigender Selbstverantwortung und dadurch vermutlich zu weniger unnötigen Leistungen. Zu erwarten sind tiefere Kosten und Prämien. Auf der anderen Seite steigen die finanziellen Unsicherheit für Versicherte und es besteht die Gefahr der Unterversorgung aufgrund Leistungsverzichts.

#### I Gesundheitssparkonto verbunden mit OKP als Hochkostenversicherung

Eine weitere Möglichkeit stellt die Einführung eines Gesundheitssparkontos dar. Dabei würden die Kontoinhaber/-innen regelmässig auf ihr persönliches Gesundheitssparkonto einzahlen. Im Krankheitsfall würden die Kosten damit gedeckt (ZHAW 2017). Ergänzend könnte eine Hochkostenversicherung eingeführt werden, um ganz teure Behandlungen abzudecken, so dass das Gesundheitssparkonto nicht überlastet würde. Dadurch ergeben sich verschiedene Zielkonflikte. Einerseits führt die Massnahme zu einer Stärkung des Kostenbewusstseins und Erhöhung der Selbstverantwortung und dadurch vermutlich mehr Prävention und weniger unnötigen kurativen Leistungen. Damit wären tiefere Gesundheitskosten zu erwarten. Gleichzeitig würde die finanzielle Unsicherheit für die Versicherten zu- und die Risikosolidarität abnehmen.

#### I Aufhebung oder Lockerung des Vertragszwangs

Eine Lockerung des Vertragszwangs gäbe den Versicherern die Möglichkeit, nur mit Leistungserbringern einen Vertrag einzugehen, die Anforderungen an Qualität oder Wirtschaftlichkeit erfüllen. Dies würde die Verhandlungsposition der Versicherer stärken (ZHAW 2017, M11). Die Gesundheitskosten und dadurch die Prämien könnten beispielsweise durch den Verzicht auf Vertragsabschlüsse mit Arztpraxen, die bekannterweise unnötige Leistungen erbringen, gesenkt werden. Eine Lockerung des Vertragszwangs würde eine Kompetenzverschiebung von den Kantonen zu den Versicherern bedeuten, da die Kantone heute für die Zulassung von Leistungserbringern zuständig sind. Aus Sicht der Versicherten würde die Komplexität der Versicherungswahl zunehmen, da sich die unterschiedlichen Versicherungsverträge zusätzlich aufgrund der berücksichtigten Leistungserbringer unterscheiden würden (siehe auch Motion Hegglin im Abschnitt 4.4.3). Es ergeben sich daraus auch Zielkonflikte: Die Gesundheitskosten und Prämien könnten durch Verzicht auf einen Vertragsabschluss mit Leistungserbringern mit tiefer Qualität und Wirtschaftlichkeit gesenkt werden. Gleichzeitig würde dadurch die Wahl der Versicherungsverträge für die Versicherten anspruchsvoller werden. Zudem ist die Beurteilung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern eine schwierige Aufgabe, welche zu vielen zusätzlichen Konflikten führen würde.

#### I Einheitskasse

Politisch wird immer wieder gefordert, dass die vielen privaten Versicherer durch eine (staatliche) Einheitskasse abgelöst werden. In diesem Fall wären alle Versicherten bei derselben nationalen oder kantonalen Kasse versichert. Die Einführung einer Einheitskasse war Gegenstand verschiedener politischer Vorstösse. Zuletzt wurde 2014 eine



Volksinitiative mit diesem Ziel abgelehnt.<sup>79</sup> Die Einführung einer Einheitskasse hätte möglicherweise zur Folge, dass die Verwaltungskosten und der Marketingaufwand der Versicherer sinken würden. Zudem würde sich die Komplexität der Versicherung für die Versicherten drastisch reduzieren, da nicht mehr zwischen vielen konkurrierenden Versicherern ausgewählt werden muss. Möglicherweise könnte die Einheitskasse zudem zu einer stärkeren Verhandlungsposition bei Tarifverhandlungen führen. Gleichzeitig fällt das Wettbewerbselement weg, das ein zentrales Element des heutigen Systems der *managed competition* ist, wonach die Versicherer über Qualität und Preise konkurrieren sollten. Dies würde möglicherweise zu höheren Prämien und einer sinkenden Qualität führen. Schliesslich müssten neue Strukturen aufgebaut werden, was deutliche Übergangskosten mit sich bringt, deren Finanzierung geklärt werden müsste. Aus Sicht der Versicherten ergibt sich also eine Vereinfachung der Versicherungswahl, die andererseits auch eine Beschränkung der Wahlfreiheit darstellt. Die Wirkung auf die Kosten ist unklar und die Qualität könnte sich verschlechtern.

#### 4.4 Rahmenbedingungen

##### 4.4.1 Wichtige Akteure

###### | Akteure der Regulierung

- *Parlament und Volk*: Festlegung der gesetzlichen Grundlagen für die OKP durch das Parlament, mit der Möglichkeit für das Volk, Änderungen durch direktdemokratische Instrumente zu beeinflussen.
- *Bund (BAG/EDI)*: Regulierung der Versicherer, Prämien, Definition Leistungskatalog inkl. Prüfung WZW-Kriterien (Arzneimittel: BAG, sonst EDI), Genehmigung Tarifstrukturen
- *Kantone*: Ausgestaltung IPV, kantonale Taxpunktwerte
- *Ausserparlamentarische Kommissionen*: Definition Leistungskatalog (Beratung EDI/BAG) inkl. Prüfung WZW-Kriterien
- *Tarifpartner* (Verbände der Leistungserbringer und Versicherer)

###### | Akteure der Leistungserbringung

Alle vom KVG zugelassenen Leistungserbringer.

###### | Weitere Akteure

- *Krankenkassen*
- *Krankenkassenverbände* (Santésuisse, Curafutura, neuer Verband)
- *Leistungserbringerverbände* (z.B. Ärzte/-innen: FMH; Spitäler: H+; Zahnärzte/-innen: SSO; Chiropraktiker/-innen: ChiroSuisse; Physiotherapie: physioswiss, ASPI; Pflegefachpersonen: SBK; Apotheken: pharmasuisse; medizinische Labors: FAMH; Hebammen: SHV; Geburtshäuser: IGGH-CH; Ergotherapie: evs; Psychologische Psychotherapie: ASP, SBAP; Neuropsychologie: SVNP/ASNP; Podologie: SPV; Logopädie: DLV; Ernährungsberatung: SVDE)
- *Verbände der Pharma- und Medizintechnikindustrie* (Interpharma, Swiss-Medtech)
- *Swiss Health Network for Equity*: Gemeinnützige Organisation, die sich dafür einsetzt, Gesundheit und Chancengerechtigkeit in der Schweiz zu fördern.
- *Allianz Gesundheitskompetenz*: Die Allianz Gesundheitskompetenz vernetzt als Plattform Akteure aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz.

<sup>79</sup> Siehe dazu <https://anneepolitique.swiss/dossiers/800-dossier-vorstosse-zur-ermoglichung-von-einheitskrankenkassen-seit-1998>, Zugriff: 24.07.2024.

#### 4.4.2 Regulierung und nationale Strategien

- *Nationale Rechtsgrundlagen OKP*: Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), KVG, KVV, KLV, Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG) regulieren die OKP.
- *Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK)* reglementiert die Bundesbeiträge der IPV
- *Kantonale Gesetzgebung* zur Ausgestaltung der IPV, zur Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten der OKP<sup>80</sup>
- *Experimentierartikel*: Mit der Einführung der Massnahmen des Kostendämpfungspakets 1a wurde im KVG die Möglichkeit verankert, dass das EDI Pilotprojekte bewilligen kann, die neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung erproben. Kann mit einem solchen Projekt die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt, die Qualität gestärkt oder die Digitalisierung gefördert werden, kann der Bundesrat vorsehen, dass die entsprechenden Bestimmungen weiterhin anwendbar bleiben.<sup>81</sup>
- *Gesundheit2030*: Die Stärkung der Gesundheitskompetenzen ist eines von acht Zielen in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates

#### 4.4.3 Laufende politische Geschäfte

- Mit dem *indirekten Gegenvorschlag* zur am 9. Juni 2024 verworfenen *Prämien-Entlastungs-Initiative* («Prämienverbilligungsinitiative») werden die Kantone verpflichtet, künftig einen Mindestbeitrag zur Finanzierung der IPV zu leisten. Zudem müssen die Kantone festsetzen, welchen Betrag am Einkommen die Prämie maximal ausmachen darf. Derzeit läuft die Referendumsfrist (Stand: Juli 2024).<sup>82</sup>
- Mit dem *indirekten Gegenvorschlag* zur «*Kostenbremseinitiative*» werden Ziele für das maximale Kostenwachstum und die Qualität in der OKP eingeführt. Derzeit läuft die Referendumsfrist (Stand: Juli 2024).<sup>83</sup>
- Die *Motion 23.4008* (Lockerung des Vertragszwangs im KVG) von Peter Hegglin fordert, dass der Vertragszwang in der OKP gelockert wird. Die Beratung in der Kommission des Ständerates ist abgeschlossen.<sup>84</sup>
- Die *Motion 23.3857* von Philippe Nantermod fordert, dass die rechtlichen Grundlagen so geändert werden, dass Versicherungsmodelle mit sehr niedrigen Prämien geschaffen werden können, beispielsweise durch höhere Franchisen, mehrjährige Versicherungsverträge, die Vertragsfreiheit im ambulanten und stationären Bereich oder eine Beschränkung des Leistungskatalogs. Der Bundesrat beantragt eine Ablehnung.<sup>85</sup>
- Laut Medienberichten plant die SP eine weitere Initiative zum Thema Einheitskasse.<sup>86</sup>

<sup>80</sup> Siehe dazu die Übersicht der GDK: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/krankenversicherung/paemienverbilligung/TB\\_IPV\\_Synopsis\\_2024.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/krankenversicherung/paemienverbilligung/TB_IPV_Synopsis_2024.pdf), Zugriff: 29.07.2024.

<sup>81</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv/massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1a.html#858504047>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>82</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/contreprojet-initiative-ps-reduction-primes.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>83</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-vorgabe-von-kostenzielen.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>84</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234088>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>85</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20233857>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>86</sup> <https://www.srf.ch/news/schweiz/neuer-vorstoss-der-sp-eine-einzige-krankenkasse-fuer-alte-idee-in-neuem-gewand>, Zugriff: 25.07.2024.



## 5. Viele Spitäler

Dieser Abschnitt fokussiert sich auf Spitäler, welche in erster Linie Behandlungen in der stationären Akutsomatik, beispielsweise Operationen, durchführen. Nicht eingegangen wird auf die Entwicklung von Spitälern, welche auf Rehabilitation oder auf Psychiatrie spezialisiert sind.

### 5.1 Hintergrund

- Stationäre Leistungen sind *teuer* und machen mit über einem Drittel einen grossen Teil der jährlichen Gesundheitskosten aus (vgl. Kapitel 2).
- Seit 2012 werden stationäre Spitalaufenthalte mit schweizweit einheitlichen *Fallpauschalen* mit der Tarifstruktur Swiss DRG vergütet. In diesem System wird jeder Spitalaufenthalt anhand bestimmter Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und weiteren Faktoren einer spezifischen Fallgruppe zugeordnet. Diese Fallgruppen und die dazugehörigen Kostengewichte sind schweizweit einheitlich und bilden die Tarifstruktur des Vergütungssystems.<sup>87</sup> Die Höhe der Vergütung ergibt sich durch die Multiplikation des Kostengewichtes pro Fallpauschale mit einem für das Spital geltenden Spitaltarife. Spitaltarife zu Lasten der OKP werden auf Kantonsebene zwischen Spital- und Versichererverbänden ausgehandelt. Danach werden sie von den zuständigen Kantonsregierungen genehmigt respektive im Nichteinigungsfall festgesetzt.<sup>88</sup> Die Spitaltarife, welche in Multiplikation mit dem Kostengewicht die Höhe der Vergütung bestimmt, variieren entsprechend von Kanton zu Kanton, bzw. auch von Spital zu Spital. Die Spitaltarife müssen sich an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Ziel dieser Form der Finanzierung ist es, den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu stärken und so zu einer Verbesserung der Qualität und Effizienz zu führen.<sup>89</sup>
- Für OKP-pflichtige stationäre Behandlungen muss der *Wohnkanton* aktuell mindestens 55 Prozent der Kosten übernehmen. Die restlichen maximal 45 Prozent trägt die die OKP (Art. 49a KVG).<sup>90</sup> Dies im Unterschied zu ambulanten Leistungen, die vollumfänglich von der OKP finanziert sind. Zusatzversicherungen übernehmen, falls vorhanden, zusätzliche Leistungen (wie beispielsweise freie Arztwahl im Spital) und Aspekte der Hotellerie.
- Die Kantone sind gemäss Art. 39 KVG *für die Spitalplanung zuständig*. Sie müssen sicherstellen, dass ausreichend Betten für ihre Bevölkerung zur Verfügung stehen. Dazu vergeben sie Leistungsaufträge und erstellen Spitallisten. Die auf diesen Listen aufgeführten Spitäler erhalten Kantonsbeiträge für stationäre Behandlungen.
- Seit dem 1. Januar 2019 ist gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 3c und Anhang 1a KLV) die Regelung «*ambulant vor stationär*» in Kraft. Diese Regelung betrifft bestimmte Gruppen von planbaren, nicht dringenden Eingriffen bei grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patienten. Ausnahmen bestehen für spezielle

<sup>87</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsystem-SwissDRG.html>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>88</sup> Siehe z.B. <https://blog.preisueberwacher.ch/post/2023/08/07/die-unheilvolle-doppelrolle-der-kantone-als-spitaleigner-und-tarif-genehmigungsbehorde>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>89</sup> <https://www.santesuisse.ch/tarife-leistungen/spitalfinanzierung/spitaeler>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>90</sup> Die GDK publiziert jährlich eine Liste mit den kantonalen Beteiligungen. Seit 2017 ist der einzige Kanton mit einem abweichenden Anteil Basel-Stadt (56%), [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB\\_Zusammenstellung\\_Kostenteiler\\_2024.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_2024.pdf), Zugriff: 28.07.2024.

Umstände, die eine stationäre Durchführung der Eingriffe notwendig machen. Darunter fallen bestehende Begleiterkrankungen oder fehlende Betreuungspersonen zu Hause nach der Operation. Der Grundsatz zielt darauf ab, eine angemessene ambulante Versorgung zu fördern, wenn diese medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist.<sup>91</sup>

## 5.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten

- Ein Grund für die hohen Spitalkosten ist die *hohe Spitaldichte* mit landesweit 278 Spitälern.<sup>92</sup> Damit hat die Schweiz im internationalen Vergleich eine sehr hohe Spitaldichte mit vergleichsweise eher kleinen Spitälern.<sup>93</sup> In der Schweiz hört man daher oft den Ausdruck «jedem Täli sein Spitali».
- Die hohe Spitaldichte ist darauf zurückzuführen, dass die Kantone für die Spitalplanung zuständig sind. Da die Verantwortung auf Kantonsebene liegt, gibt es 26 verschiedene Spitalplanungen. Diese Planung soll in erster Linie die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Teilen eines Kantons sicherstellen. Zudem hat sie aber auch die Aufgabe, Leistungen zu koordinieren und Überkapazitäten zu vermeiden. Bisher erreichen die *kantonalen Spitalplanungen* jedoch diese Ziele nur unzureichend. Laut dem Expertenbericht (BAG 2017) haben sich regionale politische Überlegungen als einflussreich auf die Spitalplanung erwiesen, was dem Ziel der Kostensenkung entgegensteht. Überregionale Planung und Koordination fehlen weitgehend. Es gibt viele Kantone mit mehreren Spitälern in engem Raum, die ähnliche Leistungen anbieten.<sup>94</sup>
- Die grosse Zahl an Spitälern führt dazu, dass *der Grössenvorteil und Skaleneffekte zu wenig genutzt* werden können (De Pietro et al. 2015). Weniger Spitäler und die Konzentration von Eingriffen an Orten mit der höchsten Qualität könnte die Versorgungsqualität verbessern und die Kosten senken.<sup>95</sup> Spitalschliessungen gelten jedoch als politisch heikel und sind schwer durchzusetzen (ZHAW 2017).
- Dazu kommt die häufige *Mehrfachrolle der Kantone* in der Spitalpolitik. Kantone planen nicht nur die Versorgung, sie sind oft auch Eigentümer von Spitälern und sie legen in einer gemeinsamen Organisation mit Leistungserbringer und Versicherern die Tarifstruktur fest.<sup>96</sup>
- Trotz der Regelung «ambulant vor stationär» werden in der Schweiz weniger Eingriffe ambulant durchgeführt, als dies möglich wäre und in anderen Ländern der Fall ist. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass ambulante Eingriffe zwar günstiger sind, *verschiedene Akteure aber wenig Anreiz haben, Eingriffe in den ambulanten Bereich zu verlagern*: Zum einen bedeuten günstigere Eingriffe weniger Umsatz für die Spitäler. Gleichzeitig erachten die Spitäler die Tarife im ambulanten Bereich als weniger kostendeckend. Laut Spitalverband H+ beträgt die Unterdeckung bei ambulanten Eingriffen durchschnittlich 30 Prozent, bei stationären Behandlungen 10 Prozent. Aufgrund der finanziellen Anreize besteht für die Spitäler ein Anreiz, Patienten/-innen nach

<sup>91</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>92</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler.html>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>93</sup> De Pietro, Carlo; Camenzind, Paul; Sturny, Isabelle; Crivelli, Luca; Edwards-Garavoglia Suzanne; Spranger, Anne; Wittenbecher, Friedrich; Quentin Wilm (2015): Switzerland: Health system review. Health Systems in Transition, 17(4):1–288.

<sup>94</sup> <https://www.swica.ch/de/ueber-swica/news/kostentreiber-spitaldichte>, Zugriff: 23.07.2024.

<sup>95</sup> Akademie der Wissenschaften Schweiz (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, Zürich.

<sup>96</sup> <https://www.medinside.ch/eine-entmachtung-der-kantone-schoen-waers-20230927>, Zugriff: 19.07.2024.

einem Eingriff länger stationär zu behalten, um höhere Einnahmen zu generieren – auch bei Eingriffen, die eigentlich auf der verpflichtenden Liste für ambulante Operationen stehen.<sup>97</sup> Hinzu kommt, dass ambulante und stationäre Eingriffe unterschiedlich finanziert werden. Aus diesem Grund haben auch Patienten/-innen und Versicherer wenig Interesse an ambulanten Eingriffen (Wieser/Stucki 2023), denn sie müssen ambulante Eingriffe vollumfänglich bezahlen, während die Kosten stationärer Behandlungen teilweise von den Kantonen übernommen werden.

- Gemäss dem Preisüberwacher wird die *Orientierung an den Tarifen von effizienten und günstigen Spitälern in den Tarifverhandlungen vielfach übergangen*, womit auch die angestrebte Kostendämpfung ausbleibt. Er erklärt dies mit der Haltung der Kantone, die durch ihre Rolle als Spitaleigner ein Interesse haben Tarife zu genehmigen, die über den Benchmarkwerten liegen.<sup>98</sup>

### 5.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte

#### I Regionale Versorgungsgebiete

Für eine sinnvolle Steuerung der Spitalkapazitäten aus gesamtschweizerischer Sicht bietet sich die Bildung von regionalen Versorgungsgebieten an. Dies kann durch eine Verlagerung der Spitalplanungskompetenz auf die nationale Ebene oder durch interkantonale Vereinbarungen (Konkordate) erreicht werden. Da dies einen Kompetenzverlust der Kantone bedeutet, dürfte dies nicht in deren Interesse liegen. Zudem dürfte es dadurch zu Spitalschliessungen kommen, deren Zielkonflikt im nächsten Abschnitt beschrieben wird (ZHAW 2017).

#### I Spitalschliessungen

Die Schliessung von Regionalspitälern zugunsten von spezialisierten Zentrumsspitälern könnte die Behandlungsqualität verbessern und durch Skaleneffekte die Kosten senken. Eine Möglichkeit dazu wäre die *Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste*. Damit würde die Anzahl der Spitäler, die zu Lasten der Grundversicherung abrechnen können, reduziert. Die Schliessung von Spitälern würde für einige Patienten/-innen längere Anfahrtswege und in betroffenen Regionen den Verlust von Arbeitsplätzen bedeuten. Spitalschliessungen sind zudem unpopulär und mit entsprechenden politischen Risiken verbunden (ZHAW 2017).

#### I Entflechtung Mehrfachrollen der Kantone

Die Kantone haben (oft) mehrere Rollen im Gesundheitswesen: Sie sind (Mit-)Finanzierer, Regulatoren und Leistungserbringer (als Eigentümer und Betreiber von Spitälern). Während die Rolle der Kantone als Regulatoren allgemein akzeptiert ist, werden ihre Rollen als Finanzierer und Leistungserbringer, insbesondere in Kombination, kritisch gesehen. Die Trennung dieser Mehrfachrollen könnte Interessenkonflikte reduzieren und den Wettbewerb unter den Spitälern fördern (ZHAW 2017, G1). Dieser Umsetzungsvorschlag kann je nach Ausgestaltung zu einer Kompetenzverschiebung von den Kantonen hin zum Bund führen. Die Kantone sind wahrscheinlich nicht daran interessiert, da ihre Kompetenzen eingeschränkt würden. Aus Sicht der Versicherten könnten sich die Kosten reduzieren, gleichzeitig werden möglicherweise regionale Bedürfnisse weniger stark gewichtet (z.B.: kurze Anfahrtswege).

<sup>97</sup> <https://www.nzz.ch/schweiz/ambulante-operationen-sind-klar-guenstiger-doch-ein-exklusiver-blick-in-die-rechnungsbuecher-zeigt-warum-sie-sich-fuer-die-kliniken-ueberhaupt-nicht-lohnen-ld.1836700>, Zugriff: 19.07.2024.

<sup>98</sup> <https://blog.preisueberwacher.ch/post/2023/08/07/die-unheilvolle-doppelrolle-der-kantone-als-spitaleigner-und-tarif-genehmigungsbehorde>, Zugriff: 29.07.2024.

## 5.4 Rahmenbedingungen

### 5.4.1 Wichtige Akteure

#### | Akteure der Regulierung

- *Volk, Parlament*: Festlegung der gesetzlichen Grundlagen durch das Parlament, mit der Möglichkeit für das Volk, Änderungen durch direktdemokratische Instrumente zu beeinflussen.
- *Bund*: Spitalversorgung ist in der Kompetenz der Kantone. Bund verpflichtet Kantone zu verschiedenen Aspekten bezüglich Spitäler (z.B. bedarfsgerechte Spitalversorgung, Erstellen von Spitallisten, zu gemeinsamer Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin).<sup>99</sup>
- *Kantone*: Versorgung, Planung, Steuerung (inkl. Erteilung Leistungsaufträge) und Mitfinanzierung.
- *Krankenversicherer*: Finanzierung, verhandeln mit Leistungserbringern über Tarife und Verträge.
- *H+*: Dachverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, Tarifpartner.
- *SwissDRG AG*: Entwickelt und pflegt das Fallpauschalensystem, das für die Abrechnung der stationären Leistungen verwendet wird.

#### | Akteure der Leistungserbringung

- Leistungserbringer der stationären Akutsomatik

#### | Weitere Akteure

- *Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)*: Politisches Koordinationsorgan der Kantone in der Gesundheitspolitik.
- *Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) / HSM-Beschlussorgan*: Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2<sup>bis</sup> KVG). Dies wird basierend auf der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) durch eine gemeinsame, national koordinierte Planung vorgenommen.<sup>100</sup>

### 5.4.2 Regulierung und nationale Strategien

- *KVG*: Art. 39 KVG regelt die Zulassung von Spitälern, sieht vor, dass die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam planen und der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlässt.
- *KVV*: Die KVV konkretisiert die Bestimmungen des KVG und enthält detaillierte Regelungen zur Bedarfsermittlung, Angebotsbestimmung, den Spitallisten, Überprüfung der Planung und Interkantonalen Koordination.
- *Tarifverträge SwissDRG*
- *Kantonale Gesundheitsgesetzgebung*

### 5.4.3 Laufende politische Geschäfte

- *Zentralisierte Spitalplanung*: Mit der Motion 24.3505 «Kosten einsparen und Qualität verbessern. Die Spitalplanung muss gemeinsam vom Bund und den Kantonen durchgeführt werden» beauftragt GLP-Nationalrat Patrick Hässig den Bundesrat, die Gesetzes- und Verfassungsgrundlagen so zu ändern, dass die Spitalplanung künftig vom

<sup>99</sup> [https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/rf/ruetsche/dok/Gutachten\\_HJB\\_2016\\_Ruetsche.pdf](https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/rf/ruetsche/dok/Gutachten_HJB_2016_Ruetsche.pdf), Zugriff: 02.08.2024.

<sup>100</sup> <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin>, Zugriff: 02.08.2024.

Bund in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen und unter grösstmöglicher Einflussnahme der Kantone erfolgt. Die Entscheidungskompetenz soll dabei neu beim Bund liegen.<sup>101</sup>

- *Einheitliche Finanzierung der Leistungen (EFAS/Monismus)*: Ab dem Jahr 2028 sollen stationäre als auch ambulante Behandlungen gemeinsam von den Kantonen und den Krankenversicherungen finanziert werden.<sup>102</sup> Dabei übernehmen die Kantone etwa ein Viertel und die Krankenversicherer etwa drei Viertel der Kosten. Das Parlament hat am 22. Dezember 2023 eine Änderung des KVG zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen verabschiedet. Damit würde es für die Versicherer attraktiver, ambulante Versorgung zu fördern. Diese Gesetzesänderung unterliegt dem fakultativen Referendum, welches zustande gekommen ist. Die Volksabstimmung wird am 24. November 2024 stattfinden. Die Gegner der EFAS kritisieren, dass dadurch die Steuerung der öffentlichen Hand geschwächt wird.

---

<sup>101</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20243505>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>102</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus/efas-fragen-und-antworten.html>, Zugriff: 02.08.2024.

## 6. Mangelnde Koordination der Versorgung

### 6.1 Hintergrund

- In den letzten Jahren wird die Bedeutung der *koordinierten Versorgung* (auch integrierte Versorgung genannt) zunehmend betont. Das BAG definiert koordinierte Versorgung als «die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung».<sup>103</sup> Eine gut koordinierte und abgestimmte Versorgung ist besonders bei älteren Menschen mit mehrfachen chronischen Krankheiten wichtig, in deren Behandlung und Pflege meistens mehrere Fachpersonen involviert sind.
- Die Funktion als Koordinator/-in und *Gatekeeper* übernehmen im Schweizer System hauptsächlich die Hausärzte/-innen (Trageser et al. 2018). Der Anteil der Menschen, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin mehr haben, nimmt aber zu. Gerade bei in der Schweiz wohnhaften Ausländern/-innen ist dieser Anteil besonders hoch.<sup>104</sup> Dieser Anteil dürfte weiter zunehmen, auch wegen des sich abzeichnenden Hausärztemangels.<sup>105</sup> Durch fehlende Hausärzte/-innen gibt es eine mangelnde Triage der Patienten/-innen, was regelmässig dazu führt, dass diese ohne Notwendigkeit eine Notfallstation oder einen Spezialisten aufsuchen, was zusätzliche Kosten verursacht (Trageser et al. 2018).
- Der Anteil der Bevölkerung, die jährlich mindestens einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin (*Spezialisten/-innen*) in der ambulanten Versorgung aufgesucht hat, nimmt zu. Zwischen 2011 und 2016 ist dieser Anteil um 7 Prozent gestiegen (von 36 % auf 43 %).<sup>106</sup> Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Bevölkerung, der jährlich mindestens ein Mal eine Hausarztpraxis konsultiert hat, nur um 4 Prozent gestiegen (von 67 % auf 71 %).<sup>107</sup> Die Behandlung durch Spezialisten/-innen ist teurer als die Behandlung in der Hausarztpraxis.<sup>108</sup>

<sup>103</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, Zugriff: 18.07.2024.

<sup>104</sup> Aus einer Studie der Walk-in-Patienten/-innen der Spital-Notfallstation des Inselspitals 2010 geht hervor, dass 17 Prozent der Schweizer/-innen, welche als nicht dringliche Fälle diagnostiziert wurden, keinen Hausarzt haben. Dieser Anteil ist deutlich höher bei in der Schweiz wohnhaften Ausländern/-innen (43 %). <https://www.derbund.ch/in-den-notfall-statt-zum-hausarzt-144650063174>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>105</sup> [https://www.fmh.ch/files/pdf/29/2023\\_03-22-medienmitteilung-aerzttestatistik-2022.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf/29/2023_03-22-medienmitteilung-aerzttestatistik-2022.pdf), Zugriff: 29.07.2024.

<sup>106</sup> <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/spezialarztkonsultationen>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>107</sup> Unter Hausarztpraxis sind hier Besuche bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin oder einer/einem Allgemeinmediziner/-in gemeint, siehe <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/konsultationen-in-hausarzt-oder-allgemeinarztpraxen>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>108</sup> Dies zeigt sich auch daran, dass die Kosten für Behandlungen bei Ärzten/-innen in freier Praxis zwischen 2010 und 2015 um rund einen Drittel angestiegen ist (32%), während die Anzahl Konsultationen stabil geblieben ist. Entsprechend stiegen die Kosten pro Konsultation. Dies weil vermehrt Spezialisten/-innen statt Hausärzte/-innen aufgesucht und immer teurere Leistungen abgerechnet werden (BAG 2017).



## 6.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten

- Die Anzahl berufstätige Ärzte/-innen nahm zwischen 2012 und 2022 zu, von 31'858 auf 40'002. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl berufstätiger Ärzte/-innen in der Grundversorgung nur leicht angestiegen (von 5'869 auf 6'078).<sup>109</sup> Die Anzahl der Hausärzte/-innen bleibt also relativ stabil, während es immer mehr Spezialisten/-innen gibt.<sup>110</sup> Durch die Spezialisierung wird die *angebotsinduzierte Nachfrage* gefördert. Dies führt zu höheren Kosten.
- Die Möglichkeit der Spezialisierung hängt auch damit zusammen, dass es im Schweizer System im Standardmodell der OKP *keine verpflichtende Koordinationsperson* gibt. Das bedeutet, dass Versicherte einen Spezialisten oder eine Spezialistin aufsuchen können, selbst wenn ihr Problem in der Grundversorgung behandelt werden könnte (freie Arztwahl). Zudem können sie auch mehrere verschiedene Arztpraxen besuchen, ihre Behandlung wird nicht zwangsläufig koordiniert. Allerdings entscheiden sich in jüngster Zeit immer mehr Versicherte alternative Versicherungsmodelle von Krankenversicherern (INFRAS/ZHAW 2019). Alternative Versicherungsmodelle umfassen Hausarzt-, Telemedizin- und HMO-Modelle mit und ohne Budgetmitverantwortung. Budgetmitverantwortung bedeutet, dass eine Gruppe von Ärzten/-innen die Verantwortung für die Einhaltung eines vereinbarten Kostenziels für die Behandlung einer bestimmten Gruppe von Versicherten übernimmt. In einem Vertrag wird der maximale Anteil des Netzwerks am Gewinn oder Verlust festgelegt. Laut Statistik der obligatorischen Krankenversicherung waren 2022 etwa 80 Prozent der Versicherten in einem alternativen Versicherungsmodell versichert, die Hälfte davon in einem Hausarztmodell (39 %). Nur 12 Prozent entschieden sich für ein HMO-Modell mit Budgetverantwortung, welches das höchste Effizienzpotential hat.<sup>111</sup> INFRAS und die ZHAW schätzen in ihrer Studie das Effizienzpotential bei der Abschaffung des Standardmodells auf bis zu 1'110 Mio. CHF (INFRAS/ZHAW 2019).
- In einem fragmentierten Gesundheitssystem wie dem der Schweiz ist es wahrscheinlich, dass *Ineffizienzen aufgrund mangelnder Koordination* zwischen den an einer Behandlung beteiligten Leistungserbringern entstehen. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass Leistungen doppelt erbracht werden und dass die Qualität der Versorgung leidet, wenn der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringenden nicht optimal funktioniert (Akademie der Wissenschaften Schweiz 2012). Einzelleistungstarife ermuntern eher dazu, Untersuchungen nochmals durchzuführen als auf die Einschätzung anderer Leistungserbringer zu vertrauen (siehe Kapitel 3).
- Aktuell ist die koordinierte Versorgung durch *fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für die interprofessionelle Zusammenarbeit*<sup>112</sup> (z.B. für einen fallbezogenen Austausch) und eine *fehlende einheitliche Plattform für den elektronischen Datenaustausch* erschwert (Gurtner und Wettstein, 2019).<sup>113</sup> In dieser Hinsicht würde die neue

<sup>109</sup> Grundversorgung: Allgemeine Inneren Medizin im Praxissektor, <https://aerztestatistik.fmh.ch/>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>110</sup> <https://www.srf.ch/news/schweiz/allgemeinmedizin-deshalb-gehen-der-schweiz-die-hausaerztinnen-und-hausaerzte-aus>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>111</sup> BAG (2024c): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Ausgabe 2022. Publikation: Juni/2024. BAG. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/statkv2022pdf.pdf.download.pdf/STATKV2022\\_DE\\_20240626f.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/statkv2022pdf.pdf.download.pdf/STATKV2022_DE_20240626f.pdf), Zugriff: 10.07.2024.

<sup>112</sup> Interprofessionelle Zusammenarbeit meint die Zusammenarbeit von mehreren Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund.

<sup>113</sup> Einrichtungen mit stationären Behandlungen müssen seit 2022 das EPD einsetzen können. Auch neu zugelassene Arztpraxen sind seit 2022 verpflichtet, das EPD anzubieten. Für alle anderen Gesundheitsfachpersonen ist die Teilnahme fakultativ (<https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/aktueller-stand>, Zugriff: 18.07.2024)

Einzelleistungstarifstruktur TARDOC die Situation gegenüber TARMED verbessern. Zudem erfolgt die Vergütung der ambulanten Versorgung über Leistungserbringer-spezifische Tarife, was eine Herausforderung für die Abrechnung der interprofessionellen Zusammenarbeit darstellen kann.

- Aktuell kommt Hausärzten/-innen für verschiedene vorwiegend nicht-medizinische Leistungen eine *Gate-Keeper-Funktion* zu. Dies bedeutet, dass sie Leistungen beispielsweise der Physiotherapie, der Ergotherapie oder der Spitex verordnen müssen. Auch können medizinische Praxisassistenten/-innen nur beschränkt unterstützende Leistungen, z.B. zur Förderung der Prävention, übernehmen, weil diese nicht abgerechnet werden können. Dies führt zu Ineffizienzen. Wichtig Aufgaben, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Betreuung von chronisch kranken Patienten/-innen könnten auch andere qualifizierte Fachpersonen übernehmen, wie beispielsweise Advanced Practice Nurses (APN)<sup>114</sup>. In diesem Zusammenhang spricht man von Task Sharing oder Taks Shifting.<sup>115</sup> Durch die Umsetzung der Pflegeinitiative können Pflegefachpersonen seit dem 1. Juli 2024 gewisse Leistungen im Bereich der Koordination ohne ärztliche Anordnung direkt zulasten der OKP abrechnen.<sup>116</sup> Abgesehen davon fehlen aber in der OKP die gesetzlichen Grundlagen für die selbständige Leistungserbringung sowie für die Abrechnung von erbrachten klinischen Tätigkeiten.<sup>117</sup>

### 6.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte

#### I Standardmodell mit verpflichtendem Gatekeeping

Im OKP-Standardvertrag profitieren Versicherte von der freien Arztwahl. Diese führt zu Ineffizienzen. Das Problem könnte durch eine Abkehr von diesem Modell reduziert werden. So könnten in der Grundversicherung beispielsweise nur noch Modelle zur Auswahl stehen, die eine stärkere Steuerung des Behandlungspfads voraussetzen, wie beispielsweise das Hausarztmodell (siehe auch BAG 2017, Massnahme M27). Ein für die Versicherten verpflichtendes alternatives Versorgungsmodell zum Standardmodell der freien Arztwahl mit verpflichtendem Gatekeeping (insbesondere HMO-Modell) würde die Koordination der Versorgung verbessern und die Qualität erhöhen. Da die wirtschaftlichen Interessen von Leistungserbringern und Versicherern besser aufeinander abgestimmt sind, dürfte dadurch der Anreiz zur Mengenausweitung abnehmen und damit die Gesundheitskosten sinken (BSS 2024).<sup>118</sup> Diesen Aspekten steht im Zielkonflikt die Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten gegenüber.

#### I Finanzierung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Für die Finanzierung der Koordination zwischen den Leistungserbringern (z.B. für Austausch oder runde Tische) müssten zusätzliche Gelder aufgewendet werden. Gleichzeitig könnten dadurch Doppelspurigkeiten vermieden, die Qualität der Versorgung verbessert und damit die Gesundheitskosten potenziell gesenkt werden.

<sup>114</sup> APN sind Pflegefachpersonen, die sich durch akademische Ausbildung auf Master-Stufe Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet haben.

<sup>115</sup> Die Übergabe von bestimmten Aufgaben einer höher qualifizierten Berufsgruppe an eine tiefer qualifiziertere Berufsgruppe.

<sup>116</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/direkte-abrechnung-der-pflegeleistungen.html>, Zugriff: 16.07.2024.

<sup>117</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/direkte-abrechnung-der-pflegeleistungen.html>, Zugriff: 16.07.2024.

<sup>118</sup> BSS (2024). Bedeutung von Spitalzusatzversicherungen in der Schweiz. Studie im Auftrag von santésuisse.



### I Ambulante Pauschalen

Eine Möglichkeit dazu wären ambulante Pauschalen, wie sie von Spitalverband H+, dem Krankenversicherungsverband Santésuisse und dem Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Spezialärztinnen und -ärzte vorgeschlagen werden. Dabei werden alle Leistungen, die im Rahmen einer definierten Krankheitsperiode erbracht werden, pauschal vergütet.<sup>119</sup> Die ambulanten Pauschalen könnten potenziell auch auf andere Berufsgruppen als Ärzte/-innen, wie beispielsweise Physiotherapeuten/-innen, übertragen werden. Ambulante Pauschalen können die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern fördern, da alle Beteiligten an einer koordinierten und effizienten Versorgung interessiert sind (insbesondere Komplexpauschalen, siehe Kapitel 3). Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer Patienten/-innen mit komplexeren oder teureren Gesundheitsproblemen meiden, um innerhalb der Pauschalen zu bleiben. Zudem besteht die Gefahr, dass die Qualität der Versorgung unter der Fokussierung auf Kosteneffizienz leidet oder nicht mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten/-innen eingegangen werden kann.

### I Einsetzen von koordinierenden Gesundheitsfachpersonen

Koordinierende Gesundheitsberufe könnten die Navigation der Patienten/-innen durch die Gesundheitsversorgung übernehmen. Diese Rolle haben heute oft von Hausärzten/-innen. Task-Sharing im Bereich der Koordination könnte im Hinblick auf die Kosten und den Hausärztemangel sinnvoll sein (INFRAS/ZHAW 2019). Gleichzeitig birgt der Einbezug neuer Leistungserbringer potenziell die Gefahr einer Mengenausweitung. Der Einsatz von Pflegefachpersonen für Aufgaben, die heute vor allem von Hausärzten/-innen wahrgenommen werden, könnte die Folgen des Hausärztemangels mildern, gleichzeitig stellt der Fachkräftemangel bei den Pflegefachpersonen auch ein Problem dar. Aus Sicht der Patienten/-innen bedeutet dies, dass sie weniger mit Ärztinnen und Ärzten und dafür vermehrt mit anderen Gesundheitsfachpersonen interagieren würden, dies kann aus individueller Sicht Vor- und Nachteile aufweisen. Eine Studie von Kaufmann et al. (2021) zeigt, dass die Patienten/-innen durchaus offen sind für die Übernahme von Aufgaben durch andere Gesundheitsfachpersonen.<sup>120</sup>

### I Obligatorisches Elektronisches Patientendossier

Derzeit nutzen nur wenige Patienten/-innen und nicht alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich ein EPD. Es gilt das Prinzip der doppelten Freiwilligkeit. Aktuell sind Akutspitäler, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Geburtshäuser und ab 2022 neu zugelassene Arztpraxen verpflichtet, sich dem EPD anzuschliessen. Zudem sind diese Gesundheitsfachpersonen verpflichtet, wichtige Informationen zur Gesundheit im EPD zu speichern, sobald ihre Patienten/-innen ein EPD eröffnet haben. Für alle anderen Gesundheitsfachpersonen ist die Teilnahme am EPD freiwillig.<sup>121</sup> Es wird diskutiert, das Führen eines EPD für alle Leistungserbringer obligatorisch zu machen und ein EPD für alle Patienten/-innen zu öffnen, mit der Möglichkeit, darauf zu verzichten. Durch diesen Lösungsvorschlag würde folgender Zielkonflikt entstehen: Einerseits würde dadurch der interprofessionelle Austausch von Patienteninformationen und die Koordination zwischen den Leistungserbringern erleichtert werden. Demgegenüber stehen

<sup>119</sup> <https://www.fmh.ch/dienstleistungen/ambulante-tarife/infoletter-ambulante-tarife/04012022-ambulante-pauschalen.cfm>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>120</sup> Kaufmann, Cornel; Föhn, Zora; Balthasar, Andreas (2021): Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung. Obsan Bericht 04/2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

<sup>121</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/das-epd>, Zugriff: 17.07.2024.

Argumente wie der zusätzliche bürokratische Aufwand bei einer flächendeckenden Etablierung von EPD und Sicherheitsrisiken bei der elektronischen Speicherung sensibler Daten.<sup>122</sup>

## 6.4 Rahmenbedingungen

### 6.4.1 Wichtige Akteure

#### | Akteure der Regulierung

- *Parlament und Volk*: Festlegung der gesetzlichen Grundlagen für Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit durch das Parlament, mit der Möglichkeit für das Volk, Änderungen durch direktdemokratische Instrumente zu beeinflussen.
- *Bund*: Erlässt den Leistungskatalog und definiert die Leistungserbringer mit KLV und KVV.
- *EQK*: Die EQK unterstützt den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des KVG.
- *Kantone*: Sind zuständig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Schaffen Rahmenbedingungen für die Umsetzung und Finanzierung der integrierten Versorgung in der kantonalen Gesetzgebung, in gesundheitspolitischen Gesamtplanungen und in Leistungsverträgen.
- *Versicherer*: Können im Rahmen der alternativen Versicherungsmodellen gemeinsam mit den Leistungserbringern Modelle der integrierten Versorgung umsetzen.

#### | Akteure der Leistungserbringung

Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

#### | Weitere Akteure

- *fmc*: Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc) fördert den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur besseren Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung.
- *eHealth Suisse*: eHealth Suisse ist die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen für die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen. Sie begleitet die Einführung des EPD fachlich und kommunikativ.
- *Diverse private Anbieter von EPD* (z.B. Post)

### 6.4.2 Regulierung und nationale Strategien

- *KVG*: Reguliert die Möglichkeiten für alternative Versicherungsmodelle. Gemäss neuem Recht (Art. 55a KVG), das die Kantone bis zum 30. Juni 2023 in ihre kantonalen Regelungen umgesetzt haben müssen, legen die Kantone Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich fest. Damit verfügen sie über ein neues Instrument zur Steuerung der Verteilung von Spezial- und Grundversorgerpraxen.
- *Gesetzgebung Elektronisches Patientendossier (EPDG)*<sup>123</sup> und die entsprechenden Verordnungen (EPDV)<sup>124</sup> regeln die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz.
- *Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege*: Das Parlament hat am 16. Dezember 2022 das Bundesgesetz zur Förderung der Ausbildung im Bereich Pflege verabschiedet. Das Gesetz ist am 1. Juli 2024 in Kraft getreten. Es

<sup>122</sup> <https://www.srf.ch/news/schweiz/digitales-gesundheitswesen-das-elektronische-patientendossier-was-sie-wissen-muessen>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>123</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/de>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>124</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/204/de>, Zugriff: 17.07.2024.

- enthält unter anderem die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen direkt, sprich ohne ärztliche Anordnung, zulasten der OKP abrechnen können.<sup>125</sup>
- *Gesundheit2030*: Die Stossrichtung 5.1 zum Ziel «Qualität der Versorgung erhöhen» sieht eine Verstärkung der koordinierten Versorgung vor. Mittels gezielter Anreize soll sich die Koordination unter den Leistungserbringern verbessern und die Entschädigungssysteme sollen soweit möglich auf dem Erfolg der Behandlungen und nicht auf der Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte beruhen.
  - *DigiSanté*: Das DigiSanté ist ein Programm zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Mit dem Programm DigiSanté soll bis 2034 der Rückstand der Schweiz in der Digitalisierung des Gesundheitswesens aufgeholt werden. Das DigiSanté wird vom BAG und dem BFS bis Ende 2024 formuliert und bis Ende 2034 umgesetzt.<sup>126</sup>
  - *Qualitätsstrategie*: Gemäss Ziel PZ2 im Rahmen des Handlungsfelds «Patientenzentriertheit PZ» soll die Interaktion zwischen Patienten/-innen und Gesundheitsfachpersonen patientenzentriert erfolgen. Dazu soll die EQK die Erarbeitung von nationalen Programmen zur Qualitätsentwicklung veranlassen, beispielsweise zum Thema Schnittstellen.<sup>127</sup>
  - *Kantonale Gesetzgebungen*: Umsetzung und Mitfinanzierung der integrierten Versorgung.

#### 6.4.3 Laufende politische Geschäfte

- *Förderprogramm «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung»*: Der Bund unterstützt Projekte in der Berufsausübung und Bildung, die der Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGv) und insbesondere der Interprofessionalität dienen mit knapp 8 Millionen Franken. Gefördert werden Projekte, die einen Beitrag leisten, die Grundversorgung von Langzeitpatientinnen und -patienten zu optimieren und effizient auszurichten.
- *Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2)*: Es wurde vorgeschlagen, dass Netzwerke künftig als Leistungserbringer anerkannt werden. Dies beinhaltete die Einführung einer neuen Kategorie von Leistungserbringern, den Netzwerken zur koordinierten Versorgung, die die Behandlung einer Person über verschiedene Leistungserbringer hinweg koordinieren und dafür Koordinationsleistungen abrechnen könnten. Dieser Vorschlag wurde vom Nationalrat abgelehnt. Stattdessen möchte er die bestehenden Regelungen anpassen, um eine bessere Koordination zu ermöglichen. Insbesondere sollen Krankenversicherern erlaubt werden, die Daten ihrer Versicherten zu nutzen, um diese individuell über mögliche Einsparungen oder passendere Versorgungsmodelle zu informieren. Zusätzlich sollen Motionen der SGK-N alternative Versicherungsmodelle langfristig attraktiver machen, beispielsweise indem Mehrjahresverträge ermöglicht werden.<sup>128</sup>
- *Elektronische Patienten/-innen Dossier*: Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) wird in den nächsten Jahren einer umfassenden Revision unterzogen. Der Bundesrat will das EPD mit verschiedenen Massnahmen weiterentwickeln. Dabei geht es unter anderem um die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen. Der Bund soll künftig die Weiterentwicklung des EPD inhaltlich koordinieren und finanzieren. Für alle in der Schweiz wohnhaften Personen

<sup>125</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2022/3205/de>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>126</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/digisante.html#110591506>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>127</sup> Bundesrat (2022).

<sup>128</sup> Motion 23.3504 (Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG), <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20233504>, Zugriff: 29.07.2024.

soll automatisch ein EPD eröffnet werden, mit der Möglichkeit, aktiv darauf zu verzichten (Opt-out-Modell). Und alle ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen sollen verpflichtet werden, ein EPD zu führen. Die Revision wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen, die Vernehmlassung ist seit dem Oktober 2023 abgeschlossen.<sup>129</sup>

- Am 8. Mai 2024 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zu den folgenden neuen gesetzlichen Regelungen eröffnet: Vorentwurf zum Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP). Vorentwurf zur Revision des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG).<sup>130</sup>

---

<sup>129</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/umsetzung-vollzug/weiterentwicklung-epd.html#749790968>, Zugriff: 17.07.2024.

<sup>130</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>, Zugriff: 17.07.2024.

## 7. Ungenutztes Potenzial der Prävention und Gesundheitsförderung

### 7.1 Hintergrund

- In der Schweiz sind rund ein Drittel der über 15-Jährigen von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) betroffen. Zu den fünf häufigsten NCD zählen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Aufgrund der demografischen Alterung wird davon ausgegangen, dass die Krankheitslast durch NCD ansteigt. Während 2012 noch 27 Prozent der über 15-Jährigen betroffen war, waren es 2017 bereits 32 Prozent. Rund 80 Prozent der schweizerischen Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht, 40 Prozent durch die fünf häufigsten NCD. Mit dem Anstieg der Krankheitslast durch NCD in der Bevölkerung nehmen auch die Gesundheitskosten für die Behandlung von NCD-Erkrankungen zu.<sup>131</sup>
- *Gesundheitsförderung* hat das Ziel, Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren zu identifizieren und zu stärken. *Prävention* fokussiert sich darauf, die Entwicklung von Risikofaktoren und das Auftreten von Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern. Prävention zielt darauf ab, Krankheiten vorzubeugen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, Gesundheitskompetenzen zu stärken und Risikofaktoren zu minimieren (*Primärprävention*), Gefährdungen von Risikogruppen frühzeitig zu erkennen und zu minimieren (*Sekundärprävention*) und bei bereits Erkrankten Chronifizierungen und Folgeschäden zu vermeiden und die Lebensqualität zu verbessern (*Tertiärprävention*).<sup>132</sup>
- Historisch bedingt ist das Schweizer Gesundheitssystem auf die Behandlung von akuten Erkrankungen ausgelegt. Der Vorbeugung von Krankheiten durch Gesundheitsförderung und Prävention wird hingegen wenig Gewicht beigemessen (BAG und GFCH 2019)<sup>133</sup>. Im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben ist der Anteil der Ausgaben für Prävention mit rund 4 Prozent im Jahr 2022 relativ gering. Entsprechend gross ist das Ausbaupotenzial und das ungenutzte Potential. Bund (27 %), Kantone (14 %) und Gemeinden (4 %) tragen 2021 fast die Hälfte der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention, wobei die Unterschiede zwischen den Kantonen beträchtlich sind (12,4 % der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen im Kanton Neuenburg und 2,4 % im Kanton Appenzell Innerrhoden). Ein weiterer Anteil von 39,0 Prozent wird privat finanziert, entweder durch die Haushalte oder über andere private Träger wie das Schweizerische Rote Kreuz oder die Gesundheitsligen. Die Sozialversicherungen deckten schliesslich einen Anteil von 16,5 Prozent der Ausgaben.<sup>134</sup>
- Die Finanzierungsquellen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen setzen sich zusammen aus allgemeinen Bundesmitteln und Steuern, Zwecksteuern wie

<sup>131</sup> Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>, Zugriff: 18.07.2024.

<sup>132</sup> BAG und GDK (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024.

<sup>133</sup> BAG und GFCH (2019): Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) und Konzept Projektförderung PGV. Bern.

<sup>134</sup> <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-finanzierungsregime>, Zugriff: 18.07.2024.

Tabak-, Alkohol- oder Biersteuer, Lenkungsabgaben (z.B. Abgabe pro Zigarette zugunsten des Tabakpräventionsfonds) und Abgaben mit engem Bezug zwischen Abgabepflicht und Verwendungszweck (z.B. Beitrag von 4.80 CHF pro OKP-Versicherte/-m an die Stiftung GFCH, Zuschlag von 6,5 % auf die Nettoprämie für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten).<sup>135</sup>

## 7.2 Ursachen für steigende Gesundheitskosten

In diesem Abschnitt werden – im Unterschied zu den anderen Kapiteln – die potenziell kostensenkenden Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt.

- Durch gezielte und evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention könnte gemäss Schätzungen des BAG mehr als die Hälfte der NCD-Erkrankungen vermieden, abgeschwächt oder verzögert werden und entsprechend *spätere Behandlungskosten gespart* werden.<sup>136</sup>
- Die Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen verursacht zunächst Kosten. Im Idealfall sind diese Massnahmen jedoch *kosteneffektiv*, da sie Gesundheitsausgaben in ähnlichem Masse verhindern, oder sogar kostensparend, da sie mehr Gesundheitskosten vermeiden, als ursprünglich investiert wurde. Eine von INFRAS ausgewertete Übersicht zur Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz zeigt, dass diese gemäss gängiger Bewertungskriterien als kosteneffektiv und teilweise kostensparend eingestuft werden können. Die Durchführung beider Gruppen von Massnahmen ist aus volkswirtschaftlicher Sicht lohnend: Die kostensparenden Massnahmen führen zu einer Erhöhung der Lebensqualität ohne zusätzliche Kosten. Die kosteneffektiven Massnahmen verursachen zwar netto Kosten für die Erhöhung der Lebensqualität, jedoch liegen diese zusätzlichen Kosten unter der üblicherweise angenommenen gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft für diese Verbesserung. Insgesamt ergibt sich ein positiver gesamtwirtschaftlicher Effekt, da die volkswirtschaftliche Produktivität durch die Umsetzung der Präventionsmassnahmen gesteigert werden kann.<sup>137</sup>
- Heute bestehen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung über die OKP *kaum finanzielle Anreize* für Gesundheitsförderung und Prävention, da diese beispielsweise in der ambulanten Versorgung nur vereinzelt durch die OKP vergütet wird.
- Gleichzeitig ist auch der Anreiz für die Patienten/-innen abgeschwächt, individuell in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren, durch den obligatorischen Versicherungsschutz und damit die abgeschwächten finanziellen Konsequenzen im Krankheitsfall (*ex ante moral hazard*). Selbstbehalt und Franchise dienen dazu, diese Effekte zu mildern. Dennoch bleibt die Steuerungsfunktion der Preise stark eingeschränkt (BAG 2017).

## 7.3 Lösungsvorschläge und Zielkonflikte

### I Zusätzliche Finanzierung der Prävention durch die OKP

Bestimmte präventive Leistungen sind heute durch die OKP gedeckt (bestimmte Vorsorgeuntersuchungen, Screenings und Impfungen). Andere präventive oder gesundheitsfördernde Massnahmen sind nur über Zusatzversicherungen abgedeckt. Eine Integration von mehr Prävention in die OKP bedeutet eine Erweiterung des Leistungskatalogs, wodurch

<sup>135</sup> <https://www.santesuisse.ch/it/details/content/gesundheitsförderung-und-prävention>, Zugriff: 18:07.2024.

<sup>136</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>, Zugriff: 18:07.2024.

<sup>137</sup> INFRAS (2009): Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung. Schlussbericht im Auftrag von vips – Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz.

zunächst zusätzliche Kosten für die OKP entstehen. Die Aufnahme neuer Leistungen in den OKP führt tendenziell zu einer Zunahme der nachgefragten Leistungen, kann aber auch bestehende Leistungen ersetzen (Wieser/Stucki 2023). Deshalb besteht gleichzeitig das Potenzial, durch evidenzbasierte Präventionsmassnahmen den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und damit wiederum Gesundheitskosten einzusparen. Aus Sicht der Versicherten würde zudem mehr Leistungen vergütet werden.

#### I Globalbudgets für Gesundheitsnetzwerke

Heute können die Kantone im stationären Bereich Globalbudgets vorsehen. Diese Möglichkeit könnte auch im ambulanten Bereich eingeräumt werden. So könnte den Kantonen auch für den ambulanten Bereich ein entsprechendes Instrument zur Verfügung gestellt werden, mit dem sie einen jährlich maximal zur Verfügung stehenden Betrag festlegen und Mechanismen bei dessen Überschreitung vorsehen können. Dieser Vorschlag wird teilweise durch den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative adressiert. Die Grundidee dieses Gegenvorschlags besteht in der Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen in der OKP. Damit soll das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass beschränkt werden.<sup>138</sup> Durch Globalbudgets hätten die Leistungserbringer eines Gesundheitsnetzwerks einen stärkeren Anreiz, durch gezielte Prävention für ihre Patienten/-innen dafür zu sorgen, dass die Globalbudgets nicht überschritten werden.<sup>139</sup> Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer Leistungen vermeiden, um im Budget zu bleiben. Gerade langfristige Präventionsmassnahmen, die keinen unmittelbaren finanziellen Nutzen bringen, könnten dadurch gestrichen werden.

#### I Anreiz für Prävention für Versicherte

In verschiedenen Zusatzversicherungen wird gesundheitsbewusstes Verhalten bereits belohnt. Verschiedene Krankenkassen honorieren den Einsatz von Fitnessarmbändern und Gesundheits-Apps mit Gutschriften oder Wertgutscheinen oder finanzieren beispielsweise Fitness und Massage. Eine Ausweitung auf den OKP-Bereich könnte die Gesundheitsförderung und Prävention in der Bevölkerung einerseits weiter stärken. Dagegen spricht, dass dadurch ohnehin im Interesse der Individuen liegendes Verhalten zusätzlich belohnt wird, und es gibt Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und dass das Auftreten von Krankheiten nur zum Teil mit dem eigenen Verhalten im Zusammenhang steht.

#### I Höhere Selbstbeteiligung

Eine stärkere Eigenbeteiligung der Patient/-innen, z.B. durch einen höheren Selbstbehalt oder eine Erhöhung der tiefsten Franchisen, würde dem beschriebenen Moral-Hazard-Problem (*ex ante moral hazard*) entgegenwirken und könnte den Anreiz für gesundheitsförderliches Verhalten stärken. Durch diesen Lösungsvorschlag entsteht folgender Zielkonflikt: Einerseits würde diese Lösung die Kostenwahrheit bei den Patienten/-innen fördern. Gleichzeitig würde die Umverteilung zwischen gesunden und kranken minimiert und die betroffenen Haushalte zusätzlich belastet. Es steigen die finanzielle Unsicherheit für Versicherte und es besteht die Gefahr der Unterversorgung aufgrund des Leistungsverzichts (siehe auch Kapitel 3).

#### I Umsetzung regulatorischer Präventionsmassnahmen

Bei der von Präventionsmassnahmen schneidet die Schweiz derzeit schlechter ab als der Durchschnitt europäischer Vergleichsländer. Dies wird insbesondere bei der Umsetzung regulatorischer Massnahmen im Bereich Tabak und Alkohol deutlich. Preisliche

<sup>138</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-vorgabe-von-kostenzielen.html>, Zugriff: 02.08.2024.

<sup>139</sup> Mehr Informationen dazu finden sich in M37 beim Expertenbericht zur Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP und M4 in ZHAW 2017



Massnahmen sowie die Einschränkung der Erhältlichkeit und der Werbung, sogenannte «Best Buys», die von der WHO als die effizientesten Massnahmen ausgewiesen sind, sind in der Schweiz grösstenteils nicht umgesetzt.<sup>140</sup> Hinter diesem Lösungsvorschlag steht ein Zielkonflikt zwischen einerseits der Verbesserung der Gesundheit und damit der Einsparung von Behandlungskosten bei substanzinduzierten Krankheiten sowie insbesondere dem Schutz von Kindern und Jugendlichen und andererseits der Einschränkung der persönlichen Freiheit, den wirtschaftlichen Folgen für die betroffenen Unternehmen und – bei strenger Einschränkung der Erhältlichkeit – der Verdrängung in illegale, unregulierte Märkte.

## 7.4 Rahmenbedingungen

### 7.4.1 Wichtige Akteure

#### I Akteure der Regulierung

- *Parlament und Volk*: Festlegung der gesetzlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung durch das Parlament, mit der Möglichkeit für das Volk, Änderungen durch direktdemokratische Instrumente zu beeinflussen.
- *Bund*: Hauptsächlich Aufgabe der Kantone. Erlässt gesetzliche Rahmenbedingungen, finanziert Präventionskampagnen. Nationale Koordination. Erhebt Finanzierungsquellen für die Gesundheitsförderung und Prävention.
- *Kantone*: Fördern in Zusammenarbeit mit den Versicherern die Verhütung von Krankheit (Kantonale Aktionsprogramme, Suchtprävention und Finanzierung von präventiven Angeboten von Pflegeheimen, Spitälern und Spitex im Rahmen von gemeinwirtschaftlichen Leistung der Spitalfinanzierung)
- *Versicherer*: Bieten Leistungen mit Präventionscharakter an

#### I Akteure der Leistungserbringung

Grundsätzlich können fast alle Leistungserbringer Präventionsleistungen erbringen. Die Finanzierung gestaltet sich allerdings sehr heterogen. Ausserhalb der OKP sind verschiedene Gesundheitsberufe (z.B. Pflegefachpersonen) und auch Personen aus nichtmedizinischen Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter/-innen, Psychologen/-innen, Suchtfachpersonen) teilweise auch präventiv tätig.

#### I Weitere Akteure

- *GFCH*: Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) ist eine privatrechtliche Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten. Die *Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)* ist ein zentrales Element der NCD-Strategie. Durch die Förderung von Projekten durch GFCH sollen Modelle der Prävention in der Gesundheitsversorgung erprobt werden, beispielsweise durch nichtärztliche Berufsgruppen.<sup>141</sup>
- Stiftungen, Fonds und private Organisation (z.B. Schweizerisches Rotes Kreuz SRK, Gesundheitsligen) bieten teilweise selbst gewisse Präventionsleistungen an.

<sup>140</sup> Interface (2024): Evaluation der Nationalen Strategien «Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD)» und «Sucht» (2017–2024), Bericht zuhanden des BAG, Luzern.

<sup>141</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>, Zugriff: 29.07.2024.

#### 7.4.2 Regulierung und nationale Strategien

- Ende 2012 scheiterte die Vorlage für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) im Ständerat.<sup>142</sup>
- *KVG und KLV*: Art. 19 KVG bestimmt, dass die Versicherer in Zusammenarbeit mit den Kantonen die Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten fördern (Gesundheitsförderung Schweiz GFCH). Art. 20 KVG sieht vor, dass von jeder versicherten Person ein jährlicher Beitrag für die Verhütung von Krankheiten erhoben wird, der Beitrag wird durch das EDI festgelegt. Art. 26 KVG und Art. 12 definieren zudem Präventionsleistungen der OKP (z.B. Impfungen).
- *Spezialgesetzgebungen zur Suchtprävention* (z.B. Betäubungsmittelgesetz (BetmG; SR 812.121), Alkoholgesetz (AlkG; SR 680) und Tabaksteuergesetz (TStG; SR 641.31), Verordnung über den Tabakpräventionsfonds regeln beispielsweise den Alkoholzehntel).
- *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und Massnahmenplan (NCD-Strategie)*: Wurde gemeinsam vom Bund, den Kantonen und GFCH für die Jahre 2017-2024 ausgearbeitet. Sie zielt darauf ab, nichtübertragbare Krankheiten zu verhindern, deren Auftreten zu verzögern oder die Folgen solcher Krankheiten zu mildern. Der Bundesrat hat die NCD-Strategie zu einer der Prioritäten seiner Agenda Gesundheit2030 erklärt.
- *Nationale Strategie Sucht und Massnahmenplan (Sucht-Strategie)*: Wurde vom BAG und seinen Partnern im Zuge der Strategie Gesundheit2020 entwickelt. Sie zielt darauf ab, Suchterkrankungen vorzubeugen, Betroffenen Unterstützung zu bieten und die negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Gesellschaft zu minimieren.
- *Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2020*: Die Nationale Strategie ist 2020 ausgearbeitet. Nach Annahme der Motion «Nationaler Krebsplan» (23.3014) im Februar 2024 wird als Anschlusslösung ein Nationaler Krebsplan geschaffen.<sup>143</sup>
- *Nationales Programm (NAPS) Stopp HIV, Hepatitis B-, Hepatitis C- Virus und sexuell übertragene Infektionen*: Ziel des NAPS-Programms ist es, bis 2030 die Übertragung von HIV und Hepatitis B- und C-Viren zu verhindern und die Zahl der anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu senken.<sup>144</sup>
- *Gesundheit2030*: Die Stossrichtung 4.1 zum Ziel «Gesund älter werden» sieht eine verstärkte Prävention nichtübertragbarer Krankheiten vor. Dafür sollen Anstrengungen zur Prävention von NCD-Erkrankungen über die gesamte Lebensdauer und in allen sozialen Gruppen verstärkt werden. Dies gilt für somatische und psychische Krankheiten.
- *Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)* ist ein zentrales Element der NCD-Strategie. Durch die Förderung von Projekten durch GFCH sollen Modelle der Prävention in der Gesundheitsversorgung erprobt werden, beispielsweise durch nichtärztliche Berufsgruppen.<sup>145</sup>
- *Kantonale Gesetzgebung*: Kantone haben in den Bereichen Gesundheitsförderung (KAP), Suchtprävention (Finanzierung von Suchtberatung/-prävention/-behandlung

<sup>142</sup> Mattig, Thomas (2013): Das gescheiterte Präventionsgesetz: ein Lehrstück. Arbeitspapier 9, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, [https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier\\_009\\_GFCH\\_2013-10\\_-\\_Praeventionsgesetz.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier_009_GFCH_2013-10_-_Praeventionsgesetz.pdf), Zugriff: 29.07.2024.

<sup>143</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20233014>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>144</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-hep-sti-naps.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>145</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>, Zugriff: 29.07.2024.

ausserhalb des Bereichs der obligatorischen Krankenversicherung) und Gesundheitsversorgung (können präventive Angebote von Pflegeheimen, Spitälern und der Spitex unterstützen, die nicht durch die OKP abgedeckt werden).<sup>146</sup>

- *Kantonale Aktionsprogramme*: Bereitstellung von finanziellen Mitteln für Angebote in den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit. Je die Hälfte der Kosten werden durch die Kantone sowie von GFCH übernommen.<sup>147</sup>

#### 7.4.3 Laufende politische Geschäfte

- Mit dem *indirekten Gegenvorschlag* zur «Kostenbremseinitiative» werden Ziele für das maximale Kostenwachstum und die Qualität in der OKP eingeführt. Damit würden gewisse Aspekte des Globalbudgets umgesetzt. Derzeit läuft die Referendumsfrist (Stand: Juli 2024).<sup>148</sup>
- Im *Postulat* 22.3671 «Wirksame Prävention in der Gesundheitsversorgung» von Flavia Wasserfallen wird der Bundesrat beauftragt, einen Bericht auszuarbeiten, in dem die notwendigen Massnahmen zur Verstetigung wirksamer Präventionsprogramme in der Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden. Die Motion wurde an den Bundesrat überwiesen.<sup>149</sup>
- Die *Motion* «Nationale Präventionsstrategie 2040» von Bettina Balmer beauftragt den Bundesrat, eine gesamtheitliche Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention bis ins Jahr 2040 zu erarbeiten. Die Motion wurde im Rat noch nicht behandelt.<sup>150</sup>

<sup>146</sup> Interface (2022). Handbuch zur Finanzierung von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung. Herausgeber: BAG.

<sup>147</sup> Interface (2022).

<sup>148</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-vorgabe-von-kostenzielen.html>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>149</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20223671>, Zugriff: 29.07.2024.

<sup>150</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20243736>, Zugriff: 29.07.2024.