



# **Rahmendokument zur Analyse der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

## **Bericht**

**Aktualisierte Version vom April 2025**

Simon Wieser, Michael Stucki

### **zu Händen von**

Esther Schütz, Sektionsleiterin  
Sektion Prämien und Solvenzaufsicht  
Kranken- und Unfallversicherung  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern  
[esther.schuetz@bag.admin.ch](mailto:esther.schuetz@bag.admin.ch)

### **Korrespondenzadresse**

Simon Wieser  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Gertrudstrasse 15  
8401 Winterthur  
[wiso@zhaw.ch](mailto:wiso@zhaw.ch)

April 2025

## Inhalt

Inhalt .....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Zusammenfassung.....	4
1 Ausgangslage und Fragestellung .....	5
2 Mögliche Treiber der Kostenentwicklung in der OKP .....	6
2.1 Mögliche Ursachen für steigende und sinkende Preise .....	6
2.2 Mögliche Ursachen für steigende und sinkende Mengen .....	7
3 Erkenntnisse zum Beitrag einzelner Treiber der Gesundheitskosten.....	11
4 Weiterführende Analysen für ein vertieftes Verständnis der Kostentreiber in der OKP ..	14
5 Literatur.....	16

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

## Zusammenfassung

Die steigenden Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind eine grosse und zunehmende finanzielle Belastung für viele Haushalte. In der gesundheitspolitischen Diskussion werden eine Vielzahl von Kostentreibern genannt, fundierte Erkenntnisse zum Beitrag einzelner Kostentreiber fehlen aber weitgehend.

Das vorliegende Rahmendokument soll aufzeigen, 1) welche Treiber für das Wachstum der Gesundheitskosten in der Schweiz verantwortlich sein könnten, 2) welcher Anteil des Wachstums auf demographische Faktoren zurückzuführen ist, 3) welche Erkenntnisse eine aktuelle Studie zum Wachstumsbeitrag einzelner Kostentreiber liefert und 4) welche zukünftigen Analysen zu einem besserem Verständnis der Kostentreiber in der OKP beitragen könnten.

Grundsätzlich können sowohl steigende Preise als auch steigende Mengen von Gesundheitsleistungen zu steigenden OKP-Kosten führen. Die meisten Preise ergeben sich aus einer Kombination nationaler Tarifstrukturen und kantonal oder lokal ausgehandelter Preise pro Tarifeinheit. Die Tarifstrukturen legen die relativen Gewichte der Gesundheitsleistungen fest – beispielsweise die Anzahl Taxpunkte für bestimmte ärztliche Leistungen. Die Preise der Tarifeinheiten werden in Franken pro Einheit angegeben, etwa als Taxpunktwert in Franken pro Taxpunkt. Sowohl die Tarifstrukturen als auch die Tarifeinheiten werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt. Dabei sollten die Preise den durchschnittlichen Kosten bei effizienter Produktion entsprechen. Daneben spielen Bund und Kantone eine wichtige Rolle, da sie die Tarife genehmigen oder – bei Ausbleiben einer Verhandlungslösung – festsetzen müssen. Zudem werden die Preise vieler Gesundheitsgüter direkt vom Bund festgelegt. Die Menge der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt, wie der Demographie, der Gesundheit der Bevölkerung, dem Stand der Medizin, dem Einkommen, dem Zugang zu Gesundheitsleistungen und den (Fehl-)Anreizen für die Leistungserbringer, Patientinnen und Versicherten.

Die neue Studie zum Wachstumsbeitrag einzelner Kostentreiber in der Schweiz basiert auf einer detaillierten Zerlegung der gesamten Gesundheitsausgaben nach Krankheiten, Leistungen, Kostenträger, Alter und Geschlecht in den Jahren 2012, 2017 und 2022. Die wichtigsten Erkenntnisse zur Zunahme der Kosten pro Kopf sind: 1) Die Preise hatten keinen Einfluss, da sie tendenziell sogar gesunken sind. 2) Etwas weniger als ein Drittel der Zunahme lässt sich durch die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme von Erkrankungen erklären. 3) Die verbleibenden zwei Drittel der Zunahme sind auf eine Zunahme der Leistungen pro Erkrankten zurückzuführen.

Zukünftige Analysen sollten vor allem untersuchen, welche Ursachen für die Zunahme der Leistungen pro Erkrankten verantwortlich sind. Es geht darum zu verstehen, wie gross der Beitrag des medizinischen Fortschritts ist, da dieser wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit beitragen kann, und wie gross der Beitrag von eigentlich unnötigen Leistungen ist.

## 1 Ausgangslage und Fragestellung

Die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist von grosser gesellschaftlicher Bedeutung. Sie bestimmt die Höhe der Krankenversicherungsprämien, welche für viele private Haushalte eine grosse und zunehmende finanzielle Belastung darstellt. Die Entwicklung erhöht ausserdem den Druck auf Bund und Kantone, die Prämienverbilligungen zu erhöhen. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird eine Vielzahl von Treibern der Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen genannt. Robuste und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zum Beitrag einzelner Kostentreiber fehlen aber weitgehend.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften mit der Erstellung des vorliegenden Rahmendokuments zu den Gründen für den laufenden Kostenanstieg in der OKP beauftragt. Es handelt sich um eine aktualisierte Version des Rahmendokuments vom September 2023. Das Rahmendokument soll folgende Fragen kurz und klar beantworten:

- 1) Welche Treiber der Gesundheitskosten gibt es grundsätzlich in der Schweiz?
- 2) Welcher Teil der Kostenentwicklung ist auf die demographische Veränderung zurückzuführen und welches Gewicht hat dieser Kostentreiber?
- 3) Was sind die wesentlichen Schlussfolgerungen einer aktuellen Studie zu den Treibern der Gesundheitskosten zwischen 2012 und 2022 [1] und welche Erkenntnisse ergeben sich daraus für die OKP?
- 4) Welche weiterführenden Analysen werden in Zukunft helfen, die Ursachen für den Kostenanstieg in der OKP zu verstehen?

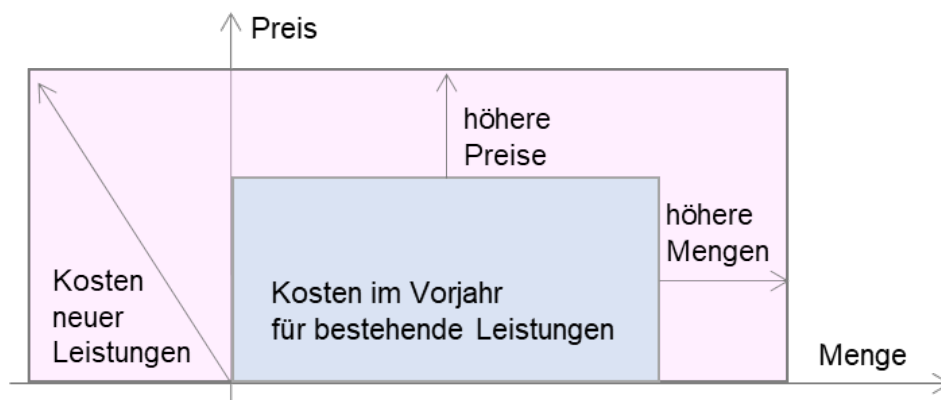
Die Höhe der OKP-Prämien wird neben den Kosten der Gesundheitsleistungen auch von anderen Faktoren beeinflusst, wie etwa den Verwaltungskosten und Reserven der Versicherer. Diese Faktoren werden hier explizit *nicht* untersucht.

## 2 Mögliche Treiber der Kostenentwicklung in der OKP

Die Kosten in der OKP ergeben sich im Wesentlichen aus den Kosten der Leistungen, die über die Versicherer abgerechnet werden. Wenn die Ausgaben der Versicherer für die von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen steigen, steigen die Kosten in der OKP.

Da sich die Kosten einer Leistung aus ihrem Preis mal der in Anspruch genommenen Menge ergeben, können die Kosten sowohl wegen steigender Preise als auch wegen steigender Mengen wachsen. Abbildung 1 stellt diese Kostenzunahme grafisch dar. Dabei werden die Kosten neu eingeführter Leistungen, wie etwa von neu in den Leistungskatalog aufgenommenen Medikamenten, separat dargestellt. Dies ist notwendig, da diese Leistungen im Vorjahr noch nicht verfügbar waren und ihre Preise so gar nicht steigen können.

Abbildung 1: Die Kosten steigen wegen steigender Preise und/oder steigender Mengen



Eigene Darstellung

### 2.1 Mögliche Ursachen für steigende und sinkende Preise

Kurzfristig wird der Preis einer Leistung im freien Wettbewerb von Angebot und Nachfrage bestimmt. Langfristig wird sich der Preis durch den Wettbewerb aber bei den durchschnittlichen Kosten bei effizienter Produktion einpendeln, welche auch ein angemessenes Einkommen für die Anbieter umfassen. Diese Produktionskosten werden ihrerseits von den Input-Preisen und der Effizienz der Unternehmen bestimmt. Der Preis einer Leistung sollte also steigen, wenn die Löhne und andere Kostenfaktoren steigen, und sinken, wenn der technische Fortschritt, effizientere Prozesse und Strukturen und ein besseres Management die Kosten senken.

Die Märkte für die von der OKP vergüteten Leistungen sind zwar keine freien Märkte, die Regulierung zielt aber implizit darauf, die Preise für diese Leistungen wie auf einem Markt bei den durchschnittlichen effizienten Produktionskosten festzulegen. So sollen die Leistungen *wirtschaftlich* und die Preise *nachvollziehbar* sein. Die zwischen den Leistungserbringern und

Versicherern vereinbarten Tarife sind Preislisten für ambulante und stationäre Leistungen. Sie ergeben sich aus national einheitlichen Tarifsystemen (Tarmed, SwissDRG, etc.), welche die relativen Kostengewichte für die einzelnen Leistungen festlegen, und kantonal oder mit einzelnen Leistungserbringern vereinbarten Preisen pro Tarifeinheit (Taxpunktwerte, Baserates, etc.). Die Bestandteile dieser Tarife müssen jeweils von nationalen oder kantonalen Behörden bewilligt werden. Bei steigenden oder sinkenden durchschnittlichen Kosten bei effizienter Produktion der Leistungen sollten sich die Tarife entsprechend anpassen.

Die Preise der Laboranalysen und der Gesundheitsgüter wie Medikamente und Hörgeräte werden direkt vom Bund festgelegt – auch hier auf der Grundlage von nachvollziehbaren Kosten. Wichtigste Ausnahme sind die Medikamentenpreise, die sich an den Preisen im Ausland und vergleichbaren Medikamenten orientieren. Nach dem Auslaufen von Patenten kann es durch den Wettbewerb durch neue Anbieter zusätzlich zu deutlichen Preissenkungen kommen.

## 2.2 Mögliche Ursachen für steigende und sinkende Mengen

Es gibt zahlreiche mögliche Ursachen für steigende Mengen von Gesundheitsleistungen. Für eine bessere Übersicht ordnen wir diese Ursachen unterschiedlichen Bereichen zu, wie etwa der *Demographie* oder der *Gesundheit der Bevölkerung*.

Folgende Aspekte sind bei der Interpretation der Ursachen für Mengenveränderungen zu beachten: 1) Für die steigenden Prämien sind allein die Mengen pro Kopf und nicht die Gesamtmengen relevant. 2) Ursachen für hohe Mengen sind nicht automatisch auch Ursachen für steigende Mengen. Nur wenn die durchschnittliche Inanspruchnahme dieser Leistungen pro Kopf steigt, führt dies zu steigenden Prämien.

### Demographie

- Die zunehmende *Grösse der Bevölkerung* führt zwar insgesamt zu höheren Gesundheitsausgaben, nicht aber zwingend zu einer grösseren Leistungs-Inanspruchnahme pro Kopf.
- Mit der deutlichen *Zunahme der Lebenserwartung* steigt der Anteil der Bevölkerung in höherem Alter stetig an. Da die Gesundheit in höherem Alter tendenziell abnimmt, steigt der Bedarf nach Gesundheitsleistungen.
- Die *Immigration* ist der treibende Faktor für das Bevölkerungswachstum in der Schweiz. Falls die Neuzuzüger<sup>1</sup> gesünder oder kränker als die bestehende Bevölkerung sind oder

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwenden wir abwechselnd die weibliche oder männliche Form. Gemeint sind immer beide.

ein anderes Verhalten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben, kann dies zu einer Leistungszu- oder abnahme führen.

### **Gesundheit der Bevölkerung**

- Eine *altersunabhängige* Veränderung des Gesundheitszustands der Bevölkerung sollte den Leistungsbedarf beeinflussen. Mögliche Ursachen für eine Verbesserung des Gesundheitszustands sind gesündere Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen und erfolgreiche Präventionsmassnahmen und Behandlungen. Mögliche Ursache für eine Verschlechterung ist das Auftreten neuer Erkrankungen.
- Ein vermehrtes *Screening* der Bevölkerung auf eine Erkrankung kann zu deren zunehmender Diagnose und Behandlung führen. Ähnliches gilt bei einer zunehmenden Entstigmatisierung einer Erkrankung, da die Betroffenen dann eher nach medizinischer Hilfe suchen.

### **Medizin**

- Der *medizinische Fortschritt* führt zur Entwicklung verbesserter Diagnose- und Behandlungsmethoden (Produktinnovationen), also den zusätzlichen Behandlungen in Abbildung 1. Falls sie bestehende Leistungen nicht nur ergänzen, sondern auch ersetzen, können sie gleichzeitig zur Abnahme bestehender Leistungen führen. Dies gilt auch für die Verschiebungen von Behandlungen von stationären in ambulante Strukturen.
- Die *Medikalisierung* von Lebenserfahrungen, die zuvor ausserhalb der Domäne der Medizin lagen, kann zu einer Leistungszunahme führen.

### **Einkommen**

- Bei steigendem *Einkommen* steigt die Bereitschaft mehr Gesundheitsleistungen nachzufragen. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass diese Bereitschaft mit steigenden persönlichen Einkommen steigt – und bei steigenden Nationaleinkommen sogar überproportional [2]. So geben Länder mit einem höheren Einkommen tendenziell einen grösseren Teil ihres Bruttoinlandprodukts für Gesundheit aus. Dieser Zusammenhang wird damit erklärt, dass dies dem Wunsch der Bevölkerung nach einem grosszügigeren solidarisch finanzierten Gesundheitssystem entspricht. Der Effekt eines steigenden Einkommens könnte also vor allem auch indirekt über einen besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen wirken.

### **Zugang zu Gesundheitsleistungen**

- Die *Krankenversicherung* erhöht die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, da die Versicherten im Bedarfsfall, im Vergleich zu einer Situation ohne Versicherungsdeckung, nicht

durch die Kosten der Behandlungen in ihrer Nachfrage eingeschränkt sind. Dieser Zusammenhang wurde in zahlreichen Studien belegt [3, 4].

- Die Aufnahme zusätzlicher Leistungen auf den *Leistungskatalog* der sozialen Krankenversicherung führt tendenziell zu einer Leistungszunahme, kann aber gleichzeitig andere Leistungen ersetzen.
- Der *Ausbau der Gesundheitsversorgung* in einem zuvor unterversorgten Behandlungsbereich oder in einer zuvor unterversorgten Region kann zu einer Leistungszunahme führen. Umgekehrt kann ein Mangel an Fachpersonal zu weniger Leistungen führen.

### **(Fehl-)Anreize und Verhalten auf Seiten der Leistungserbringer**

- Bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen spricht man von *angebotsinduzierter Übernachfrage* oder *Überversorgung*, wenn die Anbieter (Ärztinnen, Spitäler, etc.) ihren Patientinnen Leistungen verschreiben oder verabreichen, die gemäss gegenwärtigem Stand der Medizin unnötig sind. Mögliche Ursachen umfassen die mengenbasierte Vergütung, dank der mehr Leistungen zu einem höheren Einkommen führen, oder das Bedürfnis, Apparate und Personal besser auszulasten. In einer Situation mit stagnierenden Preisen und steigenden Kosten argumentieren manche Anbieter auch, dass sie ihre Kosten nur durch höhere Mengen decken können. Auch Mindestfallzahlen, also die Vorgabe jährlich eine bestimmte Zahl von Behandlungen durchzuführen, um den entsprechenden Leistungsauftrag zu erhalten, könnten zu unnötigen Behandlungen führen.
- Die *mangelnde Koordination zwischen Leistungserbringern* kann zu unnötigen Leistungen führen, z.B. zu doppelt durchgeführten Untersuchungen.
- Bei der sogenannten *defensiven Medizin* werden eigentlich unnötige Untersuchungen und Behandlungen nur durchgeführt, damit später kein Patient und keine Anwältin sagen kann, man hätte nicht alles Notwendige getan.
- Anreize gegen die *Verlagerung* von Leistungen in einen Versorgungsbereich, in dem sie bei gleicher Qualität zu niedrigeren Kosten durchgeführt werden könnten, führen zu übermässigen Leistungen im teureren Versorgungsbereich. So etwa die mangelnde Substitution von stationären mit ambulanten Leistungen. Der Fehlanreiz liegt hier bei der höheren Vergütung im stationären Bereich aus Sicht des Leistungserbringers, oder unterschiedlichen Finanzierungsschlüsseln zwischen Kostenträgern aus Sicht der Versicherung (z.B., wenn der Versicherer bei stationären Leistungen 45% und bei ambulanten 100% der Kosten trägt, und die stationäre Leistung nicht deutlich teurer ist).

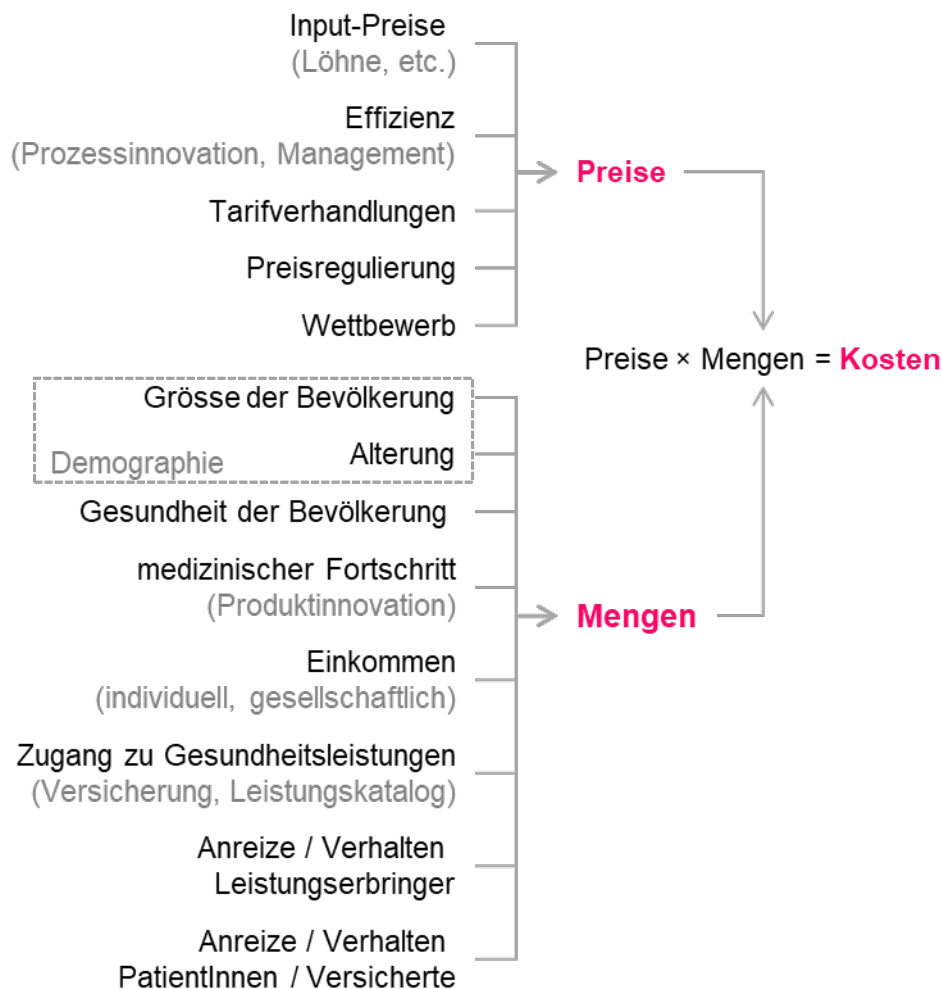
### **(Fehl-)Anreize und Verhalten auf Seiten der Patientinnen / Versicherten**

- Bei den NachfragerInnen von Gesundheitsleistungen spricht man von *nachfrageinduzierter Übernachfrage*, wenn sie eigentlich unnötige Leistungen nachfragen. Ein wichtiger

Grund dafür kann die Versicherungsdeckung sein, da die Versicherten, nachdem sie ihre Kostenbeteiligung über Franchise und Selbstbehalt geleistet haben, einen kostenlosen Zugang zu allen Leistungen haben. In diesem Zusammenhang werden oft auch andere Fehlverhalten von Patientinnen / Versicherten genannt, wie der Anspruch unnötige Leistungen zu erhalten, die mangelnde Therapietreue oder die Wahl der falschen Anlaufstelle (z.B. Spital-Notfall statt Hausärztin).

Abbildung 2 gibt eine Übersicht der möglichen Treiber der Gesundheitskosten über steigende Preise und Mengen. Geeignete Veränderungen dieser Faktoren können auch zu sinkenden Kosten führen.

Abbildung 2: Übersicht möglicher Kostentreiber bei den Preisen und Mengen



Quelle: eigene Darstellung

### 3 Erkenntnisse zum Beitrag einzelner Treiber der Gesundheitskosten

Seit einigen Jahren verfolgen Forschende der ZHAW gemeinsam mit Forschenden anderer Organisationen einen neuen Ansatz zur Analyse der Struktur und Treiber der Gesundheitskosten. Dabei werden die gesamten Gesundheitsausgaben gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) [5] zuerst nach verschiedenen Dimensionen zerlegt, wie etwa dem Alter und der Art der Krankheiten und Leistungen. Diese sehr detaillierten Informationen zu den Gesundheitsausgaben in einzelnen Jahren ermöglichen dann die Identifikation einzelner Kostentreiber und ihres Beitrags zum Kostenwachstum. Dieser Ansatz wird auch von Forschungsgruppen in den USA, Norwegen und anderen Ländern verfolgt, mit denen die Forschenden der ZHAW in Austausch stehen [6-12].

Ausgangspunkt dieser Arbeiten für die Schweiz war die vom BAG in Auftrag gegebene Studie zu den Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten im Jahr 2011 [13, 14]. Darauf aufbauend wurden die Methoden in einem von swissuniversities und der ZHAW finanzierten Projekt weiterentwickelt [15-18].

Für die Fragestellungen dieses Rahmendokuments sind vor allem die Ergebnisse der Studie zu den Treibern des Kostenwachstums der gesamten Gesundheitskosten zwischen 2012 und 2022 von Interesse [1]. Die Studie zerlegt diese Kosten in den drei Jahren 2012, 2017 und 2022 nach 66 Krankheiten und anderen Ursachen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, 17 Kostenträgern, 20 Leistungen, 20 Altersgruppen und 2 Geschlechtern. Sie baut methodisch weitgehend auf einer früheren Studie mit Ergebnissen für die Jahre 2012 und 2017 auf [18]. Ein wichtiger Beitrag ist die Schätzung krankheitsspezifischer Gesundheitskosten nach Kostenträger (z.B. OKP). Die Zerlegung basiert auf zahlreichen Datenquellen wie den Abrechnungsdaten von Kranken- und Unfallversicherungen, detaillierten Daten zu den stationären Behandlungen, Patienten-Assessments in der Langzeitpflege und öffentlichen Statistiken.

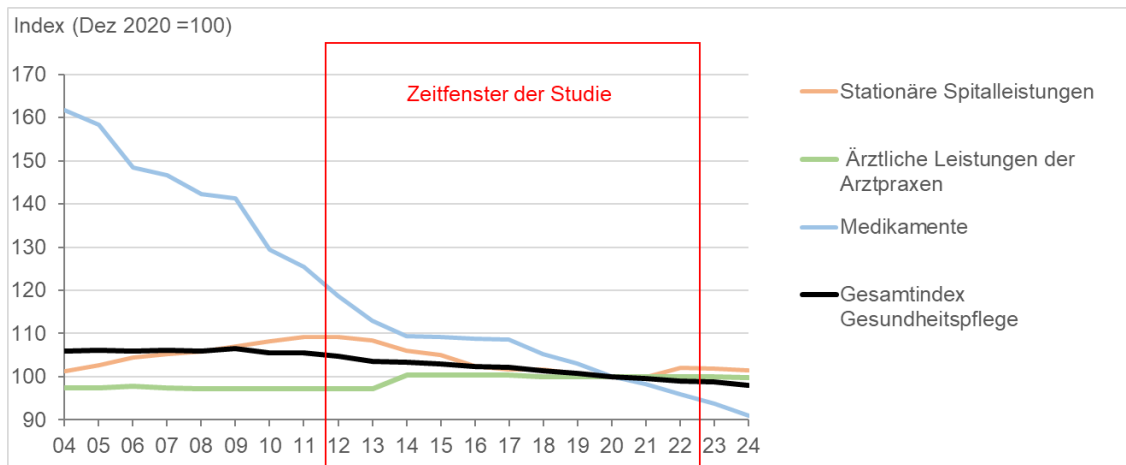
Die wichtigsten Ergebnisse der Studie zum Kostenwachstum der OKP-Kosten in der Schweiz zwischen 2012 und 2022 lassen sich so zusammenfassen:

- 1) Im Durchschnitt sind die OKP-finanzierten Kosten jährlich um 4.0% gestiegen. Das Wachstum lag damit über dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der gesamten Gesundheitskosten von 3.2%.
- 2) Die *Preise hatten keinen Einfluss* auf das Wachstum der Gesundheitskosten, da sie im Beobachtungszeitraum sogar gesunken sind. Obwohl die Preise der Gesundheitsleistungen nicht in den Berechnungen berücksichtigt wurden, lässt sich dies aus der BFS-Statistik

zur Teuerung ablesen. So ist der Preisindex der Gesundheitsgüter zwischen 2012 und 2022 von 104.8 auf 99.1 gesunken (siehe Abbildung 3) [19]. Die Statistik bestätigt damit, dass die Taxpunktwerte stagniert haben und die Preise der bestehenden Medikamente gesunken sind.<sup>2</sup> Bei den stationären Leistungen gab es einen leichten Anstieg zum Ende des Zeitfensters (Index 2021: 100.0, 2022: 102.0), aber einen Rückgang über die ganze 10-Jahres-Periode (Index 2012: 109.3).

Daraus folgt, dass die Kosten allein *aufgrund von steigenden Mengen* gestiegen sind.

Abbildung 3: Entwicklung der Preise im Gesundheitswesen



Quelle: BFS, Landesindex der Konsumentenpreise [19], eigene Darstellung (jeweils Wert für Dezember)

- 3) Der durchschnittliche jährliche *Beitrag des Bevölkerungswachstums zum OKP-Kostenwachstum lag bei 1.0 Prozentpunkten* und lag damit fast gleichauf mit dem durchschnittlichen Bevölkerungswachstum von 0.9%. Wenn wir diesen Beitrag vom Gesamtwachstum von 4.0% abziehen, erhalten wir ein durchschnittliches *Wachstum der OKP-Kosten pro Kopf von 3.0%*. Im Vergleich lag das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Kosten pro Kopf zwischen 2012 und 2022 bei 2.7% [5, 20].
- 4) Der durchschnittliche jährliche *Beitrag der Alterung der Bevölkerung zum Kostenwachstum lag bei 0.6 Prozentpunkten*.
- 5) Der durchschnittliche jährliche *Beitrag der Veränderung der Krankheitsprävalenz lag bei 0.01 Prozentpunkten*. Bei vielen Krankheiten hat die altersadjustierte Prävalenz über den Zeitraum abgenommen (z.B. Krebs), bei einigen gab es jedoch eine Zunahme der Zahl der Erkrankten (z.B. psychische Krankheiten).

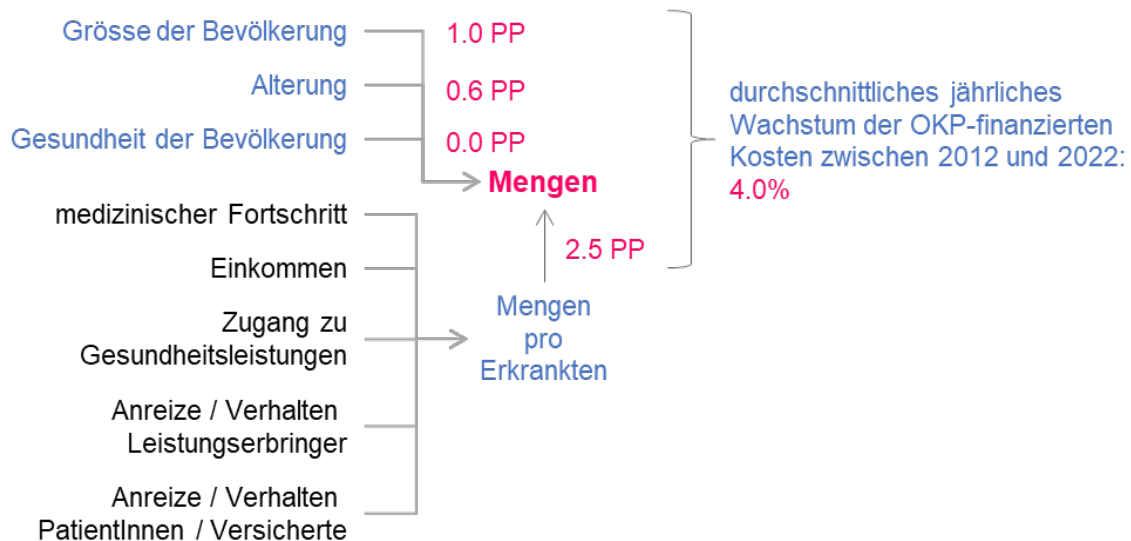
<sup>2</sup> Aufgrund neuer, teurerer Medikamente und zunehmender Medikamentenbezüge sind die OKP-Medikamentenkosten zwischen 2012 und 2022 dennoch überdurchschnittlich gestiegen – im Schnitt um 5,0 % pro Jahr (eigenen Berechnung basierend auf BFS [5]).

- 6) Der durchschnittliche jährliche *Beitrag der Veränderung der Ausgaben pro Erkrankten lag bei 2.5 Prozentpunkten* und entsprach damit über 80% der Zunahme der OKP-Kosten pro Kopf. Die Mengen pro Erkrankten werden durch eine Reihe von möglichen Mengen-Treibern bestimmt, die in der bisherigen Analyse noch nicht explizit berücksichtigt sind (siehe Abbildung 4).

Zusammengefasst: Nicht die Preise, sondern allein die zunehmenden Leistungsmengen sind für das Kostenwachstum verantwortlich. Das OKP-Kostenwachstum pro Kopf ist zu etwa 20% auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen und zu etwa 80% auf die Zunahme der Leistungen pro Erkrankten.

Ein prioritäres Ziel bei der Weiterentwicklung dieses neuen Ansatzes zur Bestimmung der Treiber der Gesundheitskosten ist eine Identifikation der Wachstumsbeiträge der Treiber, die sich hier noch in den Mengen pro Erkrankten «verstecken». Besonders wichtig wäre ein besseres Verständnis des Beitrags des medizinischen Fortschritts und der Fehlanreize bei den Leistungserbringern und Patientinnen / Versicherten.

Abbildung 4: Wachstumsbeiträge einzelner OKP-Kostentreiber mit Bezug zu weiteren Treibern



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

PP: Prozentpunkte. Rundungsbedingte Abweichungen zwischen Einzelwerten und Summen möglich

## 4 Weiterführende Analysen für ein vertieftes Verständnis der Kostentreiber in der OKP

Der neue Ansatz zur Analyse der Struktur und Treiber der Gesundheitskosten kann in verschiedene Richtungen weiterentwickelt werden. Eine wichtige Richtung ist die Analyse nach Kostenträgern für ein besseres Verständnis der Kostentreiber in der OKP. Die aktuelle Studie zu den Kosten der nicht-übertragbaren und übertragbaren Krankheiten weist die Schätzungen für 17 Kostenträger gemäss Klassifikation des BFS aus [1]. So kann beispielsweise gezeigt werden, dass die OKP-Prämien und OKP-Kostenbeteiligungen der Versicherten über alle Krankheiten im Jahr 2022 rund 43% der Ausgaben finanziert haben, aber der Finanzierungsanteil bei neurologischen Krankheiten (inkl. Demenzerkrankungen) nur bei rund 26% und bei Diabetes bei rund 72% lag. Nebst dieser Aufschlüsselung nach Kostenträger liefert die Studie ausserdem eine Schätzung zu den Kosten aller Leistungen, die gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG in den Leistungskatalog der OKP fallen. Diese Kosten umfassen nebst den OKP-Prämien- und OKP-Kostenbeteiligung-finanzierten Leistungen auch Beiträge der Kantone und Gemeinden und weitere Selbstzahlungen der Versicherten.

Die Studie hat die Kostentreiber nicht für alle Kostenträger einzeln analysiert. Dies könnte aber auf Basis der detaillierten Ergebnisse untersucht werden.

Wir sehen weitere Möglichkeiten für weiterführende Analysen:

- Die Berechnung der Kosten pro behandelte Patientin und nicht allein pro Erkrankte, bzw. prävalenten Fall. Die Differenzierung zwischen behandelten Patientinnen und erkrankten Personen würde die Unterscheidung ermöglichen, ob die steigenden Kosten bei der Behandlung einer Krankheit auf die intensivere Behandlung der bisherigen Patientinnen oder die Behandlung von zusätzlichen bisher unbehandelten Erkrankten zurückzuführen sind.
- Die Berechnung der Anzahl in Anspruch genommener Mengen von Gesundheitsleistungen nach Krankheit. Bislang wird nur die Entwicklung der Kosten pro Patientin in einem Jahr ausgewiesen. Eine Ergänzung der Kosten durch die Mengen (z.B. Anzahl ärztliche Konsultationen oder Anzahl Bettentage) würde eine Differenzierung zwischen der Entwicklung der in Anspruch genommenen Mengen und der Kosten pro Einheit der in Anspruch genommenen Mengen ermöglichen.
- Die schon seit längerem stattfindende Verschiebung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich könnte Auswirkungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten haben. Diese Auswirkungen könnten durch die Analyse der Entwicklung der Anteile stationärer und ambulanter Leistungen auf der Ebene einzelner Krankheiten untersucht werden.

Mit dem bisherigen Ansatz scheint es vor allem schwierig den Beitrag des medizinischen Fortschritts, des Zugangs zu den Gesundheitsleitungen und der Anreize bzw. des Verhaltens der Leistungserbringer, Patientinnen und Versicherten zu identifizieren. Hier müssten neue Ansätze entwickelt werden. Vielversprechend scheinen uns zurzeit vor allen eine gezielte Identifikation der neuen Behandlungen in den Leistungsdaten sowie eine zusätzliche Zerlegung der Gesundheitskosten nach Kantonen. So könnte ein besseres Verständnis der grossen kantonalen Unterschiede in den OKP-Kosten pro Kopf auch zu einem besseren Verständnis der Kostentreiber beitragen.

## 5 Literatur

1. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften - BFH Berner Fachhochschule - Universität Luzern, *Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz*. 2025: Schlussbericht im Auftrag des BAG.
2. Getzen, T.E., *Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures*. Journal of Health Economics, 2000. **19**(2): p. 259-270.
3. Smith, S., J.P. Newhouse, and M.S. Freeland, *Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?* Health Aff (Millwood), 2009. **28**(5): p. 1276-84.
4. Finkelstein, A., S. Taubman, B. Wright, M. Bernstein, J. Gruber, J.P. Newhouse, H. Allen, K. Baicker, and O.H.S. Group, *The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year\**. The Quarterly Journal of Economics, 2012. **127**(3): p. 1057-1106.
5. BFS, *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. 2023, Bundesamt für Statistik: Neuchâtel.
6. Dieleman, J.L., J. Cao, A. Chapin, C. Chen, Z. Li, A. Liu, C. Horst, A. Kaldjian, T. Matyas, and K.W. Scott, *US health care spending by payer and health condition, 1996-2016*. JAMA, 2020. **323**(9): p. 863-884.
7. Dieleman, J.L., E. Squires, A.L. Bui, M. Campbell, A. Chapin, H. Hamavid, C. Horst, Z. Li, T. Matyas, and A. Reynolds, *Factors associated with increases in US health care spending, 1996-2013*. JAMA, 2017. **318**(17): p. 1668-1678.
8. Kinge, J.M., J.L. Dieleman, Ø. Karlstad, A.K. Knudsen, S.T. Klitkou, S.I. Hay, T. Vos, C.J. Murray, and S.E. Vollset, *Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study*. BMC medicine, 2023. **21**(1): p. 201.
9. Weaver, M.R., J. Joffe, M. Ciarametaro, R.W. Dubois, A. Dunn, A. Singh, G.W. Sparks, L. Stafford, C.J. Murray, and J.L. Dieleman, *Health Care Spending Effectiveness: Estimates Suggest That Spending Improved US Health From 1996 To 2016*. Health Affairs, 2022. **41**(7): p. 994-1004.
10. Rosen, A.B., A. Aizcorbe, T. Highfill, M.E. Chernew, E. Liebman, K. Ghosh, and D.M. Cutler, *Attribution of health care costs to diseases: does the method matter?*, in *Measuring and Modeling Health Care Costs*, A. Aizcorbe, et al., Editors. 2016, University of Chicago Press. p. 173-210.
11. Cutler, D.M., K. Ghosh, K.L. Messer, T. Raghunathan, A.B. Rosen, and S.T. Stewart, *A Satellite Account for Health in the United States*. American Economic Review, 2022. **112**(2): p. 494-533.
12. Dieleman, J.L., M. Beauchamp, S.W. Crosby, D. DeJarnatt, E.K. Johnson, H. Lescinsky, T. McHugh, I. Pollock, M. Sahu, and V. Swart, *Tracking US health care spending by health condition and county*. JAMA, 2025.

13. Wieser, S., M. Riguzzi, M. Pletscher, C.A. Huber, H. Telser, and M. Schwenkglenks, *How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts*. The European Journal of Health Economics, 2018. **19**(8): p. 1149-1161.
14. Wieser, S., Y. Tomonaga, M. Riguzzi, B. Fischer, H. Telser, M. Pletscher, K. Eichler, M. Trost, and M. Schwenkglenks, *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz - Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. 2014, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Winterthur.
15. Stucki, M., *Factors related to the change in Swiss inpatient costs by disease: a 6-factor decomposition*. The European Journal of Health Economics, 2021. **22**(2): p. 195-221.
16. Stucki, M., J. Nemitz, M. Trottmann, and S. Wieser, *Decomposition of outpatient health care spending by disease - a novel approach using insurance claims data*. BMC Health Serv Res, 2021. **21**(1): p. 1264.
17. Stucki, M., A. Kohler, and S. Boes. *Identifying diseases in claims data using a machine learning approach: a case from Switzerland*. in *14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ), Hamburg, Deutschland, 28.-29. März 2022*. 2022.
18. Stucki, M., X. Schärer, M. Trottmann, S. Scholz-Odermatt, and S. Wieser, *What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age*. BMC Health Services Research, 2023. **23**(1): p. 1149.
19. BFS. *Konsumentenpreise*. 2025 Februar 2025; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/preise/landesindex-konsumentenpreise.html>.
20. BAG, *Dashboard Krankenversicherung OKP*. 2025, Bundesamt für Gesundheit: Bern.