



Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von TARMED

Teilbericht zu Modul 4 der Evaluation TARMED



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 3 |
| 1.1 | Zielsetzung von Modul 4 | 3 |
| 1.2 | Vorgehen | 3 |
| 2 | Vorliegende Statistische Quellen | 4 |
| 2.1 | Übersicht | 4 |
| 2.2 | Aggregierte offizielle Statistiken | 5 |
| 2.2.1 | Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) | 5 |
| 2.2.2 | Weitere Statistiken (BAG, BSV, OECD) | 5 |
| 2.3 | Individualdatensätze | 6 |
| 2.3.1 | Datenpool Santésuisse | 6 |
| 2.3.2 | Tarifpool Santésuisse | 7 |
| 2.3.3 | Datenpool NewIndex FMH | 9 |
| 2.3.4 | Daten der Ärztekasse | 9 |
| 2.3.5 | Statistik der Ärzteneinkommen | 10 |
| 2.4 | Problematik der Jahresabgrenzungen | 11 |
| 2.5 | Einschätzung zu den Evaluationsfragen | 12 |
| 3 | Aggregierte Entwicklungen | 13 |
| 3.1 | Gesamte Kosten des Gesundheitswesens | 13 |
| 3.2 | Leistungen von Ärzten und Spitälern | 15 |
| 3.3 | OKP-finanzierte ambulante Leistungen | 17 |
| 3.4 | OKP-finanzierte Leistungen nach Leistungserbringern | 18 |
| 3.5 | OKP-finanzierte ambulante ärztliche Leistungen nach Ärzteguppen | 26 |
| 3.6 | Entwicklung der Taxpunktwerte | 30 |
| 3.7 | Bestimmungsfaktoren der kantonalen Taxpunktwerte | 33 |
| 3.8 | Umsatz pro Sitzung nach Ärzteguppen | 36 |
| 3.9 | Einschätzungen zu den Evaluationsfragen | 37 |
| 4 | Auswertung nach Tarifpositionen | 39 |
| 4.1 | TARMED-Kapitel und Fallbeispiel-Tarifpositionen | 39 |
| 4.2 | Anteil einzelner Kapitel an gesamten TARMED-Leistungen | 40 |
| 4.3 | Wichtige einzelne TARMED-Positionen für Fallbeispiele | 43 |



| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.4 | Weitere wichtige TARMED-Positionen | 51 |
| 4.5 | Einschätzungen zu den Evaluationsfragen | 51 |
| 5 | Preis- und Mengenentwicklungen | 53 |
| 5.1 | Entwicklungen für Arztpraxen über sämtliche TARMED-Positionen | 53 |
| 5.2 | Entwicklung für Spitäler ambulant im Vergleich | 53 |
| 5.3 | Entwicklungen für Arztpraxen nach Kapiteln und einzelnen Positionen | 55 |
| 5.4 | Einschätzungen zu den Evaluationsfragen | 57 |
| 6 | Auswertung Ärzteteinkommen 2003/2005 | 58 |
| 6.1 | Entwicklung des Niveaus | 58 |
| 6.2 | Entwicklung der Streuung | 61 |
| 6.3 | Einschätzungen zu den Evaluationsfragen | 61 |
| 7 | Zusammenfassung: Ergebnisse und offene Punkte | 63 |
| 8 | Anhänge | 67 |
| 8.1 | Anhang 1: Methodisches Vorgehen für Ermittlung Preis-/Mengeneffekt | 67 |
| 8.2 | Anhang 2: Vergleich der Ärztekassen-Daten mit den Tarifpool-Daten | 67 |
| 8.3 | Anhang 3: Ausführliche Tabellen aus Datenauswertungen | 68 |
| 8.4 | Anhang 4: Quellen | 71 |
| 8.5 | Anhang 5: Abkürzungen | 73 |
| 8.6 | Anhang 6: Analyse der Bestimmungsfaktoren der kantonalen Taxpunktwerte - Dokumentation der verwendeten Daten | 73 |



1 Einleitung

1.1 Zielsetzung von Modul 4

Im Rahmen von Modul 4 sind die statistischen Quellen zur Entwicklung von TARMED zu analysieren. Aufgrund dieser Analyse sollten Antwortelemente zu folgenden Fragen gefunden werden:

- Welche Begrenzungen haben die vorliegenden (statistischen) Quellen in Bezug auf die Messung der Zielerreichung? (Frage 1.4)
- Gibt es statistisch nachweisbare Auswirkungen des TARMED auf Preise und Mengen? (Frage 1.5)
- In welchem Ausmass wurden die Ziele des TARMED erreicht? (Frage 1.1)
 - a) Aufwertung der intellektuellen Leistungen¹;
 - b) Verbesserung der Transparenz;
 - c) Einhaltung der Kostenneutralität
- Welche Wirkungen haben eventuelle Fehlbewertungen (TARMED-Wert ist im Vergleich zu den Kosten zu hoch oder zu tief)? (Frage 3.1)
 - a) Vergütungen der Sozialversicherungen
 - b) Umsätze der Arztpraxen (Ärzteeinkommen)
 - c) Umsätze der Spitäler
 - d) Verschiebungen der Umsätze zwischen Arztpraxen und Spitälern
 - e) Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung innerhalb der Spitäler
 - f) Andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation)

1.2 Vorgehen

In Abschnitt 2 werden die wichtigsten statistischen Quellen skizziert und es wird dargestellt, in welcher Weise sie beigezogen werden und in welchem Umfang schon wichtige Auswertungen vorliegen. Abschnitt 3 dient der Darstellung und Interpretation der aggregierten Entwicklungen. Die Entwicklungen nach einzelnen TARMED-Positionen und Kapiteln werden in Abschnitt 4 analysiert. In Abschnitt 5 werden die Preis-/Mengenentwicklungen eingehender untersucht. Abschnitt 6 befasst sich mit der Entwicklung der Ärzteeinkommen. Im abschliessenden Abschnitt 7 werden die Ergebnisse und die offenen Punkte zusammengefasst.

¹ In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, in wie weit die Reduktion der Einkommensunterschiede nach Kantonen und Spezialitäten auch ein (implizites) Ziel von Tarmed ist. Eine entsprechende Position wird von Hasler/Reichert (2008) vertreten: „Bei der Erarbeitung des Tarmed-Tarifs wurden politisch und standespolitisch unter anderem folgende Ziele vorgegeben (...) Reduktion der Einkommensunterschiede zwischen Spezialitäten und Kantonen“ (S. 208).



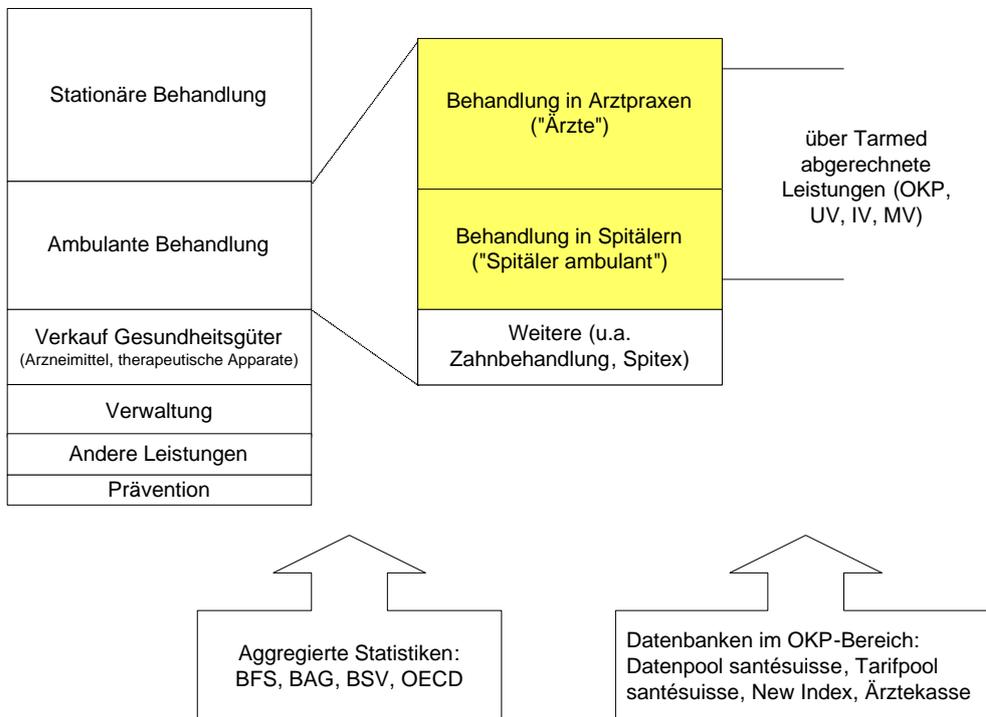
2 Vorliegende Statistische Quellen

2.1 Übersicht

Wie **Abbildung 1** zeigt, sind für die Analyse von TARMED primär zwei Typen von statistischen Quellen von Bedeutung:

- Verschiedene Statistiken über das Gesundheitswesen weisen aggregierte Angaben über die Leistungen des Gesundheitswesens aus. Die über TARMED abgerechneten Leistungen stellen davon einen Teil dar. Die entsprechenden Statistiken erlauben es somit, die TARMED-Leistungen im Zusammenhang mit den gesamten Leistungen des Gesundheitswesens zu sehen.
- Der TARMED-Bereich umfasst die ambulante Behandlung in Arztpraxen und Spitälern. Differenziertere Analysen über diesen Bereich lassen sich aufgrund von Datenbanken, welche entweder die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) oder die weiter betroffenen Unfallversicherung (UV), Invalidenversicherung (IV) und Militärversicherung (MV) umfassen. Bei diesen Versicherungen ist jeweils der Bereich der ambulanten Behandlung auszuscheiden. Zudem sind Rechnungen, welche die Versicherten bei der Versicherung gar nicht einreichen (z.B. aufgrund einer hohen Franchise bei der OKP) nicht in den über TARMED abgerechneten Leistungen enthalten („Out of pocket-Leistungen“).

Abbildung 1: Leistungen des Gesundheitswesens und Datenquellen im Überblick



Eigene Darstellung



2.2 Aggregierte offizielle Statistiken

Im Zentrum steht die Synthesestatistik des BFS (Abschnitt 2.2.1), verschiedenen weiteren Statistiken können ergänzende Angaben entnommen werden (Abschnitt 2.2.2). Eine kurze Beschreibung der Statistiken / Datenbanken findet sich im Inventar der Gesundheitsdatenbanken des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, auf welches sich die nachfolgenden Beschreibungen grossenteils stützen.²

2.2.1 Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine Synthesestatistik aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme rund um die Kosten, die Ausgaben und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres.³

Es handelt sich grösstenteils um gesamtschweizerische Angaben, teilweise auch um Angaben nach Kanton (Öffentliche Finanzen). Zeitreihen ab 1995 (die definitiven Berechnungen für das Referenzjahr liegen jeweils nach rund zwei Jahren vor).

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens wird im Folgenden für die Darstellung des Gesamtsystems der Leistungen verwendet (Abschnitt 3.1).

2.2.2 Weitere Statistiken (BAG, BSV, OECD)

Weitere offizielle Datenbanken und Statistiken können ergänzend beigezogen werden. Diese stützen sich letztlich zum Teil wiederum auf gleiche Datenquellen (insbesondere den Datenpool von Santésuisse). Als solche Statistiken sind zu nennen:

- BAG: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Zeitreihen ab 1996, jährliche Aktualisierung (die Zahlen für das Referenzjahr liegen nach rund einem halben Jahr vor).⁴
- BSV: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik (betroffene Sozialversicherungszweige KV, UV, IV), unterschiedlicher Beginn der Zeitreihen, die Zahlen für das Referenzjahr liegen nach rund einem Jahr vor.⁵
- OECD: Gesundheitsdaten (OECD Health Data) Aggregierte Daten auf Ebene der OECD-Mitgliedsstaaten. Es handelt sich um eine Faktendatenbank, die Indikatoren verschiedenster Provenienz für die einzelnen Länder enthält, Beginn der Zeitreihen ab 1960, oft liegen nur die Jahre ab 1980 oder 1990 vor.⁶
- Gemeinsame Einrichtung KVG: Daten Risikoausgleich. Die Datenbank enthält Versichertenmonate, Kosten und Kostenbeteiligungen der in der Schweiz tätigen Krankenpflegeversicherer

² In einer Publikation des obsan (Strub/Roth 2006) ist das Inventar auf dem Stand von 2006 dokumentiert. Die Beschreibungen sind zudem verfügbar unter: www.obsan.admin.ch → Monitoring und Daten → Datenbanken

³ Letzt verfügbares Jahr: BFS (2008a). Die zugrunde liegende Konzeption findet sich in: BFS (2008b). Weitere Angaben unter: www.health-stat.admin.ch.

⁴ Verfügbar unter: www.bag.admin.ch/kvstat.

⁵ Verfügbar unter: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Zahlen und Fakten → Statistiken.

⁶ Verfügbar unter www.oecd.org/health/healthdata.



(OKP-Daten). Die Daten dienen der Berechnung des Risikoausgleichs. Zeitreihen ab 1991 (die Zahlen für das Referenzjahr liegen nach rund einem Jahr vor).⁷

2.3 Individualdatensätze

Spezifischere Aussagen über den TARMED-Bereich lassen sich aufgrund verschiedener Datensätze machen. Es handelt sich dabei um Datensätze aus Abrechnungen von Arztpraxen und Spitälern, die auf einer oder mehrerer Ebenen individualisiert vorliegen. Teilweise bestehen Auswertungen, die auf diesen Daten beruhen, zudem hat die EFK im Hinblick auf die TARMED-Evaluation spezifische Auswertungen erhalten.

Im Folgenden werden die Daten nur hinsichtlich des TARMED-Bereichs bei der OKP dargestellt. Im Rahmen der TARMED-Evaluation werden auch die Daten der Invalidenversicherung bezüglich TARMED ausgewertet (Auswertung von Daten der Zentralen Ausgleichsstelle zum Fallbeispiel 11, diese werden im vorliegende n Teilbericht nicht dargestellt).

2.3.1 Datenpool Santésuisse

Der Datenpool stellt eine Datenbank dar, welche von Santésuisse, dem Verband der schweizerischen Krankenversicherer, unterhalten wird.⁸ Im Datenpool sind aggregierte Daten über die Leistungs- und Prämienabrechnungen von Versicherten in der Grundversicherung (OKP) enthalten.⁹ Eingeführt wurde diese Datenbank 2001, wobei die erfassten Daten bis ins Jahr 1997 zurück reichen. Sie stützt sich auf die freiwillige Lieferung von monatlichen und jährlichen Daten (definitive Jahresabschlüsse) durch die Krankenversicherer. Im letzten verfügbaren Jahr 2007 lag die Abdeckung bei 98.3% (bezogen auf die gesamten OKP-Leistungs- und Prämienabrechnungen aller Krankenversicherer). Sie ist in den Jahren seit der Einführung des Datenpools kontinuierlich gestiegen (1999 lag sie bei 92.8%).

Der Datenpool dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung zu machen. Für die wichtigsten Verwendungszwecke sind die Auswertungen des Datenpools in drei Statistikbereiche gegliedert:

- **Rechnungssteller-Statistik:** In diesem Bereich steht primär die Betrachtung der Leistungserbringer (Ärzte, Apotheker, Spitäler etc.) im Vordergrund. Die Kosten werden aus der Optik des Standortkantons des Leistungserbringers (Rechnungsstellers) betrachtet. Dieser Bereich erlaubt auch die Analyse der Kosten der einzelnen Leistungserbringer.
- **Versicherten-Leistungen:** Die Daten in diesem Statistikbereich sind nach dem Wohnkanton der Versicherten gruppiert. Der einzelne Leistungserbringer kann in diesem Bereich nicht betrachtet werden. Diese Zahlen werden hauptsächlich zur Beobachtung der Kostenentwicklung herange-

⁷ Verfügbar unter: www.kvg.org

⁸ Der nachfolgende *Beschrieb* stützt sich vor allem auf Santésuisse (o.J. a) und BASS (2008).

⁹ *Ärztliche Leistungen, die anderen Sozialversicherungen (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) oder auch Privat- resp. Zusatzversicherungen verrechnet werden, sind somit nicht vorhanden. Ebenfalls fehlen im Datenpool die Arztrechnungen, welche die Versicherten z.B. auf Grund einer hohen Franchise gar nicht an die Versicherer einreichen («Out of pocket-Leistungen»).*



zogen und von den Krankenversicherern als Vergleichswert bei der Berechnung der Prämien herangezogen.

- Versicherten-Ergebnis: Die Anwendung dieses Bereiches liegt in der Betrachtung des Versicherungsergebnisses nach Altersgruppen, Geschlecht der Versicherten, Versicherungsprodukten und Franchisestufen.

Im Hinblick auf die Evaluationsfragen erlauben es die Daten des Datenpools insbesondere, die Entwicklung der Bruttoleistungen im ambulanten Bereich nach den interessierenden Leistungserbringern (Ärzte/Ärztinnen und wichtige Ärzteguppen sowie Spitäler) im Zeitraum 1997-2008 nachzuzeichnen. Die zeitliche Zuordnung kann dabei entweder nach dem Behandlungsbeginn der Leistungen oder dem Abrechnungszeitpunkt der Versicherer vorgenommen werden. Üblich ist die Zuordnung nach Abrechnungszeitpunkt, welche aus Gründen der Vergleichbarkeit auch bei den nachfolgenden Analysen verwendet wird. Es ist auch eine Aufteilung nach Kantonen (Standort der Leistungserbringer oder Wohnsitz der Versicherten) und Art der Leistung (Behandlung¹⁰, Medikamente, Analyse¹¹, Mittel und Gegenstände¹², Physiotherapie und andere Leistungen) möglich. Der Datenpool enthält aber keine Angaben zu einzelnen Tarifpositionen und erlaubt somit auch keine Aussagen zu einzelnen aus verschiedenen Tarifpositionen zusammengesetzten Leistungspaketen (Fallbeispiele).

Die Analysen in den Abschnitten 3.3 bis 3.5 bauen im Wesentlichen auf den Daten des Datenpools auf. Im Allgemeinen wird dabei auf die Werte pro versicherte Person abgestellt. Diese können unabhängig vom Abdeckungsgrad, der sich im Beobachtungszeitraum änderte, berechnet werden und sind somit von allfälligen Fehlern des unterstellten Abdeckungsgrads unabhängig.

2.3.2 Tarifpool Santésuisse

Der Tarifpool entstand im Zuge der TARMED-Einführung ab 2004 zusätzlich zum Santésuisse-Datenpool.¹³ Wie der Datenpool beschränkt sich der Tarifpool ebenfalls auf den OKP-Bereich. Der Tarifpool ergänzt die Leistungserbringer-Statistik des Datenpools mit detaillierten Zahlen zu den einzelnen Gruppen von medizinischen Leistungsanbietern pro TARMED-Position. Damit liefert er einerseits eine wichtige Grundlage für die Kontrolle und Weiterentwicklung des TARMED, andererseits erlaubt er verbesserte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Kostenkontrollen.

Wie beim Datenpool ist eine zeitliche Zuordnung nach Behandlungsbeginn oder Abrechnungszeitpunkt möglich. Dem üblichen Vorgehen folgend wird aus Vergleichsgründen bei den folgenden Analysen jeweils nach Abrechnungszeitpunkt abgegrenzt.

Während der Datenpool eine Makrosicht auf die Kostenentwicklung bietet, ermöglicht es der Tarifpool, die Anwendung einzelner Tarifpositionen zu analysieren. Basis bildet dabei das einheitliche Rechnungsformular. Sämtliche Informationen des Rechnungsformulars werden in Form von definierten Tabellen an den Tarifpool geliefert. Die einzelnen Rechnungen sind in der Datenbankstruktur nicht abgebildet. Vielmehr liefern die Versicherer summierte Daten pro Monat, Leistungserbringer und Tariftyp. Der Blick auf die einzelne versicherte Person ist damit nicht möglich. Analysen zu

¹⁰ Abgerechnet über Tarmed (respektive die entsprechenden kantonalen Tarife vor Tarmed).

¹¹ Abgerechnet über die Analyseliste (=Labortarif).

¹² Abgerechnet über MiGel (Mittel- und Gegenstände-Liste).

¹³ Der nachfolgende Beschrieb stützt sich vor allem auf Santésuisse (o.J. b) und BASS (2008).



den Patienten/Patientinnen können nur nach Kriterien des Risikoausgleichs – Alter und Geschlecht – erstellt werden.

Basis für die Erfassung der Leistungserbringer bildet das Zahlstellenregister (ZSR), welches alle zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer enthält. Genau genommen verzeichnet das Zahlstellenregister nicht Personen oder Organisationen, sondern Rechnungssteller. Das hat zur Folge, dass mehrere Personen sich eine einzelne ZSR-Nummer teilen oder einzelne Leistungserbringer je nach Tätigkeit über mehrere Nummern abrechnen können. Auch haben Ärzte/Ärztinnen, die in zwei Kantonen tätig sind, zwei ZSR-Nummern, weil die Zulassung über den Kanton erfolgt.

Der im Zahlstellenregister verzeichnete Titel entspricht in der Regel dem Facharzttitel der FMH, der bei der Vergabe der ZSR-Nummer verzeichnet wird. Im Normalfall wird davon ausgegangen, dass der letzte erworbene Facharzttitel dem tatsächlichen Arbeitsgebiet am besten entspricht.

Den Versicherern ist es freigestellt, ob sie Daten in den Tarifpool liefern. Ein Anreiz besteht für sie darin, dass der Tarifpool ihnen die konsolidierten Daten zurückspielt und sie ihre Werte mit der Gesamtpopulation vergleichen können. Der Abdeckungsgrad des Tarifpools lag im Jahr 2007 bei den Ärzten/Ärztinnen bei gut 60% und bei den Spitälern ambulant bei gut 40% (**Tabelle 1**).¹⁴ Damit liegt er deutlich tiefer als jener des Datenpools. In den letzten Jahren ist er deutlich angestiegen (seit 2005 um rund 8 Prozentpunkte bei den Arztpraxen und um rund 19 Prozentpunkte bei den Spitälern). Nach einzelnen Ärztegruppen differiert der Abdeckungsgrad wenig.

Tabelle 1: Abdeckungsgrad Tarifpool, 2005-2007

| | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Arztpraxen | 54.7% | 61.4% | 62.2% |
| <i>Allgemeinmedizin</i> | 56.7% | 62.8% | 63.5% |
| <i>Innere Medizin</i> | 55.5% | 62.7% | 63.2% |
| <i>Ophthalmologie</i> | 58.6% | 64.2% | 63.4% |
| <i>Gynäkologie</i> | 51.1% | 59.2% | 60.3% |
| Krankenhäuser | 24.0% | 38.9% | 42.7% |

Quelle: Santésuisse

Der Abdeckungsgrad nach Arztpraxen variiert recht stark nach Kantonen, beträgt aber überall mindestens 30%. Relativ niedrig ist er in der Romandie, während in der Ostschweiz ein Abdeckungsgrad von nahezu 90% erreicht ist. Tendenziell sind die Allgemeinpraktiker/innen (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) etwas besser vertreten als die spezialisierten Arztpraxen, weil sie als häufig Rechnung stellen und somit eher auf elektronische Rechnungssysteme umgestellt haben.

Santésuisse betreibt den Tarifpool im Auftrag der Krankenversicherer, ist jedoch auch offen für Anfragen von Dritten wie Bundesämtern oder Forschenden. Aus Gründen des Datenschutzes werden Informationen einzig in anonymisierter Form weiter gegeben, so dass kein Rückschluss auf einzelne Leistungserbringer möglich ist. Aufgrund der Struktur des Tarifpools sind grundsätzlich keine Detaillierungen nach einzelnen Rechnungen oder Versicherten möglich.

¹⁴ Der Abdeckungsgrad wird ermittelt, indem die im Tarifpool ermittelten Bruttoleistungen in Bezug gesetzt werden zu den gesamten ambulanten Bruttoleistungen gemäss Risikoausgleich.



Die EFK hat von Santésuisse Daten für 2005-2007 bezogen (die Daten des Jahres 2004 werden von Santésuisse als zu wenig zuverlässig erachtet, um sie in die Analysen einzubeziehen). Die Daten umfassen die in Tabelle 1 angegebenen Gruppen von Leistungsanbietern und sind nach Tarifpositionen des Kapitels 00 und Kantonen differenziert. Die entsprechenden Auswertungen finden sich in Abschnitt 4.

2.3.3 Datenpool NewIndex FMH

Im Rahmen der TARMED-Einführung entstanden in der Schweiz so genannte Trust Center als kantonale oder regionale Sammelstellen für Rechnungsdaten der angeschlossenen Arztpraxen (keine Angaben aus dem Bereich Spital ambulant). Aktuell bestehen insgesamt elf Trust Center, die die gesammelten Daten an die nationale Konsolidierungsstelle (NAKO) weiter leiten. Die NAKO wird von der Firma NewIndex betrieben, deren Trägerschaft in erster Linie aus den Kantonalen Ärztengesellschaften besteht.¹⁵

Der Datenpool NewIndex FMH dient der Schweizer Ärzteschaft heute als Grundlage zur Überwachung der Tarifierung und zur Monitorisierung der Entwicklungen in der Leistungserbringung sowie deren Kosten. Aktuell sind rund 9'000 der gesamthaft rund 15'000 Arztpraxen angeschlossen, d.h. ca. 60% aller Praxen in allen Landesregionen und Kantonen. Die Vertretung der unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen ist je nach Fachgebiet und Region unterschiedlich. Bei den Grundversorgern liegt die Abdeckung bei ca. 80%. Die im Datenpool NewIndex erfassten Daten beginnen per Januar 2004.

Die Newindex-Daten unterscheiden sich darin vom Santésuisse-Tarifpool, dass sie grundsätzlich sämtliche ärztliche Leistungen erfassen, also auch solche, die für andere Versicherungen wie SUVA, IV oder MV erbracht werden. Ebenfalls sind diejenigen Leistungen verzeichnet, welche die Patienten auf Grund der Franchise aus der eigenen Tasche bezahlen.

Die EFK verzichtete darauf, Daten des Datenpools NewIndex beizuziehen. Dies begründet sich aus dem Umstand, dass die von NewIndex restriktiv gehandhabten Daten gleich wie der Tarifpool der Santésuisse nur den Zeitraum nach Einführung von TARMED abbilden und somit gegenüber den Tarifpooldaten keine substantiellen zusätzlichen Erkenntnisse erlauben würden.

2.3.4 Daten der Ärztekasse

Die 1964 gegründete Ärztekasse ist eine standeseigene Genossenschaft mit dem Ziel, den Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis die Möglichkeit zu geben, die Administration auszulagern und zu professionalisieren.¹⁶ Sie ist heute Marktleaderin in der Praxisadministration.

Grundsätzlich lagert die Ärztekasse die Rechnungen während 10 Jahren. Für Auswertungsbedürfnisse stehen die Jahre 2001 bis 2009 in verdichteter Form zur Verfügung. Die aus der Tätigkeit der Ärztekasse anfallenden Daten können auch für statistische Zwecke ausgewertet werden. Die Ärztekasse erklärte sich bereit, spezifische Auswertungen vorzunehmen und diese der EFK gratis zur

¹⁵ Der nachfolgende Beschrieb stützt sich vor allem auf die Website von NewIndex (www.newindex.ch) sowie Strub/Roth (2006) und BASS (2008).

¹⁶ Die nachfolgende Darstellung basiert auf einen von der Ärztekasse zuhanden der EFK verfassten Beschrieb (EFK_A_Datenlage Ärztekasse) und der Website der Ärztekasse (www.aerztekasse.ch).



Verfügung zu stellen.¹⁷ Im Gegensatz zum Tarifpool sind dabei neben der OKP auch weitere Sozialversicherungen (SUVA, IV, MV) wie auch Out-of-pocket-Leistungen einbezogen. Die Daten der Ärztekasse weisen den grossen Vorteil auf, dass die im Rahmen der EFK-Evaluation entwickelten Fallbeispiele rekonstruiert und deren Verlauf über eine längere Phase vor und nach TARMED verfolgt werden können (die entsprechenden „Compare“-Auswertungen der Fallbeispiele werden im Bericht des INFRAS-Mandats dargestellt).

Nach Ärztegruppen ergeben sich die in **Tabelle 2** ersichtlichen Abdeckungsgrade (Anzahl Konti bei Ärztekasse in % der Arztpraxen gemäss FMH-Statistik). Diese sind zwar tiefer als beim Tarifpool, die entsprechenden Vergleiche zeigen aber, dass die relativen Verhältnisse sehr ähnlich wie bei den Tarifpool-Daten ausfallen (vgl. auch Anhang 2).

Tabelle 2: Abdeckungsgrad Ärztekasse, 2004-2008

| | Allgemein- medizin | Innere Medizin | Gynä- kologie | Ophthal- mologie | Gesamt |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------|--------|
| Praktizierende Ärzte/Ärztinnen | | | | | |
| 2004 | 3'503 | 3'327 | 915 | 535 | 8'280 |
| 2005 | 3'476 | 3'335 | 918 | 544 | 8'273 |
| 2006 | 3'491 | 3'378 | 934 | 554 | 8'357 |
| 2007 | 3'512 | 3'380 | 946 | 560 | 8'398 |
| 2008* | 3'507 | 2'448 | 882 | 574 | 7'411 |
| Mit Konto bei Ärztekasse | | | | | |
| 2004 | 33% | 25% | 25% | 33% | 29% |
| 2005 | 35% | 26% | 26% | 35% | 30% |
| 2006 | 36% | 27% | 27% | 37% | 31% |
| 2007 | 37% | 27% | 28% | 39% | 32% |
| 2008 | 36% | 37% | 30% | 36% | 36% |

* Das Jahr 2008 ist infolge einer veränderten konzeptionellen Aufbereitung nicht durchgehend vergleichbar (Innere Medizin)

Quelle: Ärztekasse, FMH-Mitgliederstatistik, eigene Berechnungen

Die entsprechenden von der Ärztekasse erhaltenen Auswertungen sind primär in Abschnitt 4 dargestellt.

2.3.5 Statistik der Ärzteneinkommen

Die Statistik der Ärzteneinkommen basiert auf der in St. Gallen domizilierten „AHV-Ausgleichskasse der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte“, bei welcher der grösste Teil der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis der Schweiz für die Abrechnung der persönlichen AHV-Beiträge angeschlossen ist.¹⁸ 1981 waren rund 80% der Ärzte/Ärztinnen in freier Praxis angeschlossen, 1992 knapp 90%, 2003 rund 81%. Im Auftrag der FMH werden seit den 1970er Jahren Gutachten über die Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz erstellt.¹⁹

Ausgewiesen wird insbesondere das AHV-pflichtige Einkommen der in freier Praxis tätigen Ärzte und Ärztinnen. Die AHV-Ausgleichskasse berechnet das AHV-pflichtige Einkommen aufgrund der

¹⁷ Ein besonderer Dank für diese Auswertungen und die Unterstützung bei deren Interpretation geht an Herrn Anton Prantl, Direktor der Ärztekasse.

¹⁸ Die nachfolgende Darstellung basiert auf Hasler/Reichert (2007).

¹⁹ Diese Auswertungen werden von Niklaus Hasler (Sophistic Soft) erstellt. Die letzt verfügbare Auswertung findet sich bei Hasler/Reichert (2008a und 2009).



Meldungen der kantonalen Wehrsteuerverwaltungen, welche ihrerseits diese Meldung aufgrund der von ihr genehmigten und allenfalls korrigierten Steuererklärung des Arztes erstellt. Dazu werden zum selbständigen Berufseinkommen die im betreffenden Jahr bezahlten persönlichen AHV-Beiträge addiert und ein bestimmter Prozentsatz (2.5% im Jahr 2004) des im Betrieb investierten Eigenkapitals abgezogen. Das AHV-pflichtige Einkommen entspricht konzeptionell nicht dem Bruttoeinkommen von Angestellten. Gemäss Popp (1997) ist als Folge der zusätzlichen Sozialleistungen des Arbeitgebers ein Aufwertungssatz von 17.8% nötig, um vom Bruttoeinkommen eines unselbständig Erwerbenden zum äquivalenten AHV-pflichtigen Einkommen eines selbständig Erwerbenden zu kommen.²⁰ Wird dieser Aufwertungssatz verwendet, so entspricht das für TARMED zugrunde gelegte Referenzeinkommen von 207'000 Franken einem Bruttoeinkommen eines unselbständig Erwerbenden von 175'700 Franken (= 207'000 / 1.178).

Die Statistik der Ärztteeinkommen kann nicht nach dem Beschäftigungsgrad der Ärzte unterscheiden. Dies führt zum einen dazu, dass die Analysen im Allgemeinen auf die Ärzte unter 66 Jahren beschränkt werden (da die Ärzte ab 66 Jahren grösstenteils Teilzeit arbeiten). Zum anderen wird die zeitliche Entwicklung der Ärztteeinkommen systematisch unterschätzt, da der Anteil an Teilzeit arbeitenden Ärzten im Lauf der Jahre zugenommen hat. Differenziert werden kann insbesondere nach Kanton und nach Spezialisierung (wobei die verwendete Codierung der Spezialisierungen sich nicht genau nach den FMH-Facharzt-Titeln richtet).

Die Resultate für das Referenzjahr liegen mit rund dreijähriger Verzögerung vor, wobei die Resultate für das Referenzjahr jeweils im Folgejahr re-evaluiert werden (da sich die Angaben aufgrund der Wehrsteuerveranlagungen zum Teil noch deutlich verändern können). Die letzte verfügbare Publikation (Hasler/Reichert 2008 und 2009) weist die Einkommensverhältnisse in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation) aus.

Die Analysen der Ärztteeinkommen sind in Abschnitt 6 dargestellt.

2.4 Problematik der Jahresabgrenzungen

Die Abgrenzung zwischen der Phase vor TARMED und der Phase mit TARMED ist aus folgenden Gründen nicht trennscharf vorzunehmen. Zwar erfolgte die Einführung von TARMED im OKP-Bereich eindeutig per 1.1.2004, trotzdem ergeben sich bei der Abgrenzung zwischen 2003 und 2004, sowie den Folgejahren einige Unschärfen:

- In den Bereichen UV/IV/MV galt TARMED schon ab 2003, im Jahr 2003 wurde somit ein kleiner Bruchteil (rund ein Zehntel) der Abrechnungen über TARMED vorgenommen.
- Der TARMED-Start per 1.1.2004 bei der OKP stellte auch einen buchhalterischen Eingriff dar, der dazu führte, dass per 31.12.2003 alle Behandlungen abgeschlossen werden mussten (und in der Folge 2004 verrechnet wurden). Um nicht kurz vor Jahresende das Risiko einzugehen, nochmals eine Rechnung eröffnen zu müssen, liessen viele Arztpraxen die letzten Rechnungen überlang offen. In der Folge wurde Abrechnungsvolumen aus 2003 ins 2004 verlagert. Die Ärztekasse beispielsweise verarbeitete im Januar 2004 rund 20% mehr Dossiers als im Januar der anderen Jahre.

²⁰ Die Preisüberwachung (1999) stellte fest, dass dieser Satz etwas zu hoch sei, akzeptierte ihn in der Folge aber auch für die eigenen Berechnungen.



- Nach dem im Folgenden verwendeten Abrechnungsdatum entfallen auch Leistungen aus dem Jahr 2003, welche noch zu alten Tarifen verrechnet wurden, auf das Jahr 2004. Die Ärztekasse schätzt, dass dies mindestens 25% der nach Abrechnungsdatum dem Jahr 2004 zugerechneten Leistungen betrifft.
- Das TARMED-Einführungsjahr 2004 war bei den Spitälern mit grossen Abrechnungsproblemen verbunden. In der Folge wurde ein erheblicher Teil der Behandlungen von 2004 erst 2005 verrechnet.

Die angeführten Zurechnungs- und Abgrenzungsprobleme können minimiert werden, wenn sich die Analyse nicht auf einzelne Jahre sondern auf die durchschnittlichen Entwicklungen über mehrere Jahre umfassende Perioden bezieht. In diesem Sinn werden im Folgenden vor allem die Perioden der Jahre 2001-2003 und der Jahre 2004-2007 miteinander verglichen werden. Trotz der Unschärfe der TARMED-Abgrenzung zwischen 2003 und 2004 können die Jahre 2001-2003 klar als vor-TARMED-Periode und die Jahre 2004-2007 als TARMED-Periode verstanden werden. Insbesondere werden damit auch allfällige Zuordnungsprobleme zwischen 2004 und 2005 aufgefangen.

2.5 Einschätzung zu den Evaluationsfragen

Aufgrund der Sichtung der einzelnen statistischen Quellen lässt sich die Evaluationsfrage 1.4 („Welche Begrenzungen haben die vorliegenden (statistischen) Quellen in Bezug auf die Messung der Zielerreichung?“) wie folgt beantworten:

- Eine insbesondere auf TARMED ausgerichtete Statistik besteht nicht. Die vorhandenen statistischen Quellen mit Bezug zu TARMED weisen starke Begrenzungen auf.
- Es existiert keine einzelne Quelle, mit welcher die Entwicklung über eine längere Periode vor und nach Einführung von TARMED differenziert für den gesamten TARMED-Bereich verfolgt werden könnte.
- In der Folge sind verschiedene statistische Quellen beizuziehen, die bezüglich Definitionen und Abgrenzungen aber erheblich voneinander abweichen können und nur bedingt miteinander kompatibel sind.
- Für die statistische Analyse stützt sich die EFK im Folgenden primär auf die Datenquellen des Santésuisse-Datenpools und der Ärztekasse.



3 Aggregierte Entwicklungen

3.1 Gesamte Kosten des Gesundheitswesens

Die gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens betragen gemäss der „Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens“ des BFS (BFS 2008, BFS 2009) im Jahr 2006 rund 53 Mrd. Franken (**Tabelle 3** und **Abbildung 2**). 24 Mrd. (45.6%) entfielen dabei auf die stationäre Behandlung, welche neben der Akutbehandlung (in Spitälern) auch Rehabilitation, Langzeitbehandlung und andere stationäre Behandlung umfasst. Knapp 17 Mrd. (31.4%) betrifft ambulante Behandlung. Die Kategorie „ambulante Behandlung Weitere“ umfasst dabei Zahnbehandlung, Physiotherapie, Psychotherapie, Spitex und andere paramedizinische Leistungen. Die verbleibenden Leistungen machten 12 Mrd. (23.0%) aus. Sie umfassen „andere Leistungen“ (medizinische Laboruntersuchungen, Radiologie, Transport und Rettung, Andere), Verkauf von Gesundheitsgütern (Arzneimittel durch Detailhandel, Arzneimittel durch Ärzte, therapeutische Apparate), Prävention und Verwaltung.

Tabelle 3: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen, 1995-2007

| | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| In Mio. Franken | | | | | | | | | |
| Total | 35'759 | 42'825 | 45'573 | 47'389 | 49'265 | 51'008 | 52'043 | 52'773 | 55'336 |
| Stationäre Behandlung | 16'932 | 19'787 | 21'248 | 22'419 | 23'242 | 23'945 | 23'688 | 24'063 | 25'398 |
| Ambulante Behandlung Ärzte | 5'118 | 6'183 | 6'476 | 6'619 | 6'744 | 7'071 | 7'320 | 7'538 | 7'856 |
| Ambulante Behandlung Spitäler | 1'306 | 2'150 | 2'431 | 2'632 | 2'845 | 2'897 | 3'507 | 3'469 | 3'710 |
| Ambulante Behandlung Weitere | 4'054 | 4'593 | 4'784 | 4'913 | 5'058 | 5'225 | 5'376 | 5'581 | 5'752 |
| Andere Leistungen | 1'295 | 1'430 | 1'471 | 1'526 | 1'547 | 1'705 | 1'810 | 1'788 | 1'820 |
| Verkauf Gesundheitsgüter | 4'304 | 5'475 | 5'830 | 5'899 | 6'307 | 6'531 | 6'681 | 6'561 | 6'761 |
| Prävention | 938 | 1'014 | 1'063 | 1'053 | 1'123 | 1'123 | 1'134 | 1'141 | 1'283 |
| Verwaltung | 1'812 | 2'210 | 2'270 | 2'328 | 2'400 | 2'510 | 2'528 | 2'631 | 2'756 |
| In % von Total | | | | | | | | | |
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| Stationäre Behandlung | 47.4% | 46.2% | 46.6% | 47.3% | 47.2% | 46.9% | 45.5% | 45.6% | 45.9% |
| Ambulante Behandlung Ärzte | 14.3% | 14.4% | 14.2% | 14.0% | 13.7% | 13.9% | 14.1% | 14.3% | 14.2% |
| Ambulante Behandlung Spitäler | 3.7% | 5.0% | 5.3% | 5.6% | 5.8% | 5.7% | 6.7% | 6.6% | 6.7% |
| Ambulante Behandlung Weitere | 11.3% | 10.7% | 10.5% | 10.4% | 10.3% | 10.2% | 10.3% | 10.6% | 10.4% |
| Andere Leistungen | 3.6% | 3.3% | 3.2% | 3.2% | 3.1% | 3.3% | 3.5% | 3.4% | 3.3% |
| Verkauf Gesundheitsgüter | 12.0% | 12.8% | 12.8% | 12.4% | 12.8% | 12.8% | 12.8% | 12.4% | 12.2% |
| Prävention | 2.6% | 2.4% | 2.3% | 2.2% | 2.3% | 2.2% | 2.2% | 2.2% | 2.3% |
| Verwaltung | 5.1% | 5.2% | 5.0% | 4.9% | 4.9% | 4.9% | 4.9% | 5.0% | 5.0% |

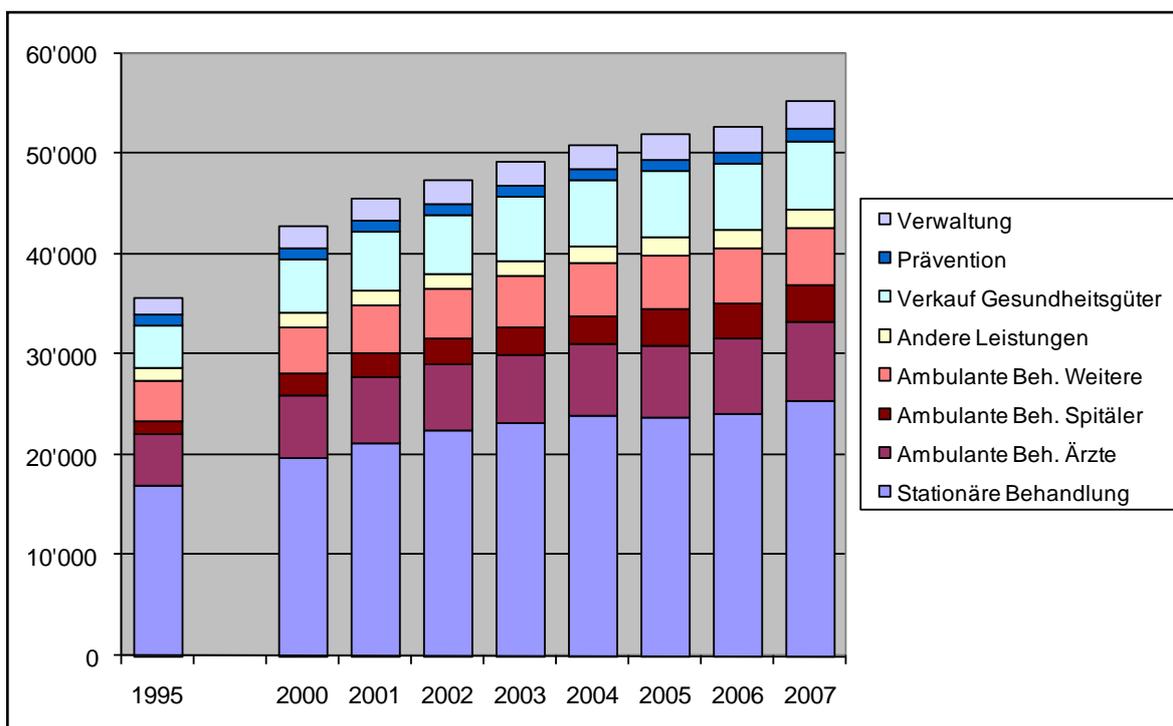
Quelle: BFS 2008 (Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens)

TARMED kommt bei der ambulanten Behandlung durch Arztpraxen und Spitäler zum Einsatz, wobei diese Leistungen nicht durchwegs über TARMED verrechnet werden. Die gesamten ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern belaufen sich im Jahr 2007 auf 11.6 Mrd. Fr. oder 20.9% der Totalkosten des Gesundheitswesens. Über TARMED abgerechnet werden die bei den Versicherern der OKP, sowie bei UV, IV und MV eingereichten Kosten. Leistungen von Zusatzversicherungen sind nicht zwangsläufig über TARMED abzurechnen. Betragsmässig bedeutender ist der Umstand, dass ein bedeutender Teil der Kosten von den Versicherten direkt bezahlt wird (so genannte „Out of Pocket“-Leistungen). Dies ist insbesondere der Fall, wenn Versicherte Rechnungen nicht bei der Krankenkasse einreichen, weil sie unterhalb der Franchise liegen. „Out of Pocket“-Leistungen ergeben sich zudem auch bei ambulanten Leistungen, welche die Versicherung nicht übernimmt. Obwohl TARMED in diesen Fällen von „Out of Pocket“-Leistungen meistens auch



zur Anwendung kommt, werden sie im Folgenden nicht zu den TARMED-Leistungen gezählt (weil sie auch anders verrechnet werden könnten). In Einzelfällen können auch Pauschalen verrechnet werden, die von der Versicherung zwar übernommen, nicht aber nach TARMED abgerechnet werden. Schliesslich werden die Laborleistungen von Arztpraxen und Spitalambulatorien über einen eigenen Labortarif (Analyseliste) abgerechnet. Genaue Angaben zu diesen spezifischen Bereichen fehlen. Im Sinn einer groben Annäherung können die nicht oder nicht zwangsläufig über TARMED abgerechneten Leistungen auf rund 4.5 Mrd. Fr. veranschlagt werden.²¹ Der über TARMED abzurechnende jährliche Gesamtbetrag machte 2007 somit rund 7 Mrd. Franken aus.

Abbildung 2: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen, 1995-2007 (in Mio. Fr.)



Quelle: BFS 2008 (Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens), vgl. Tabelle 3.

²¹ Im Jahr 2007 wurden 42.5 Mrd. Franken an Kosten des Gesundheitswesens von Versicherungen und privaten Haushalten (als Direktzahlende) getragen (BFS 2009, S.11). Davon entfielen 13.7 Mrd. auf „Out of Pocket“-Leistungen der privaten Haushalte und 5.1 Mrd. auf Leistungen der Privatversicherungen. Die „Out of Pocket“-Leistungen und die Leistungen der Privatversicherungen machen zusammen 44% aus. Bei den ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern liegt der Anteil tiefer (die Privatversicherungen spielen vor allem im stationären Bereiche eine Rolle). Wird unter Einbezug von Pauschalen und Laboranalysen von einem Anteil von 40% ausgegangen, so ergibt sich ein Betrag von 4.6 Mrd. Fr., der nicht oder nicht zwangsläufig über Tarmed abgerechnet werden muss. Es verbleiben gesamte Tarmed-Leistungen im engeren Sinn von 7 Mrd. Franken.

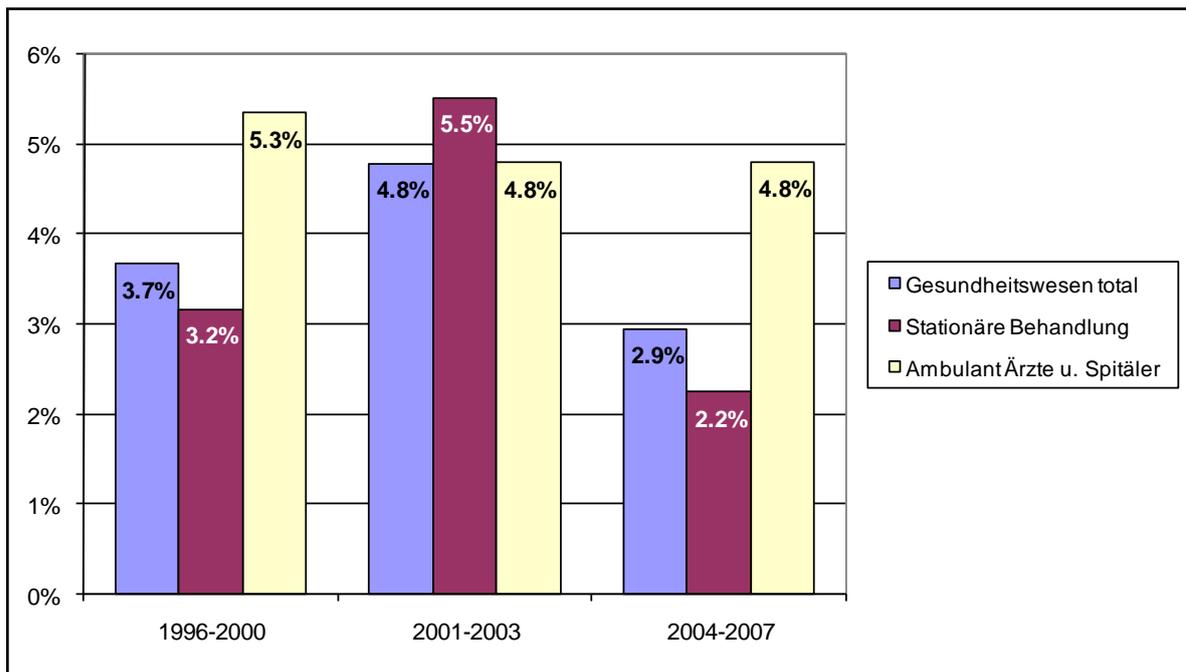


3.2 Leistungen von Ärzten und Spitälern

Der Anteil des Totals aus stationären Leistungen und ambulanten Leistungen von Ärzten und Spitälern an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens blieb bemerkenswert konstant. Von 1995 bis 2006 stieg er von 65.3% auf 66.5% an, seit 2001 bewegt er sich immer zwischen 66 und 67%. Dabei haben sich die Gewichte innerhalb der drei Leistungen verändert. Tendenziell rückläufig ist der Anteil der stationären Behandlung, der von 47.4% 1995 auf 45.6% 2006 zurück ging. Der Anteil der ambulanten Behandlung durch Ärzte und Spitälern stieg im gleichen Zeitraum von 18.0% auf 20.9% an. Der Anteil der ambulanten Behandlung durch Ärzte blieb zwischen 1995 und 2006 unverändert bei 14.3% (bis 2003 ging er leicht zurück und stieg dann wieder an). Der Anteil der ambulanten Leistungen durch Spitälern stieg von 3.7% 1995 auf 6.6% 2006 an.

In **Abbildung 3** sind die jährlichen Zuwachsraten der Kosten des Gesundheitswesens ausgewiesen. Dabei werden die Perioden 1996-2000, 2001-2003 und 2004-2007 unterschieden. Die Periode 2004-2007 bildet die Phase mit Inkrafttreten (2004 für OKP, 2003 für UV/IV/MV) und Geltung von TARMED ab.²² Die Perioden 1996-2000 und 2001-2003 erlauben die Abbildung der Verhältnisse vor TARMED, wobei aus dem Vergleich von 2001-2003 mit 1996-2000 Rückschlüsse auf die längerfristige Entwicklung ohne Einfluss von TARMED gezogen werden können.

Abbildung 3: Jährliche Zuwachsraten der Kosten des Gesundheitswesens, 1996-2007



Quelle: BFS 2008 (Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens)

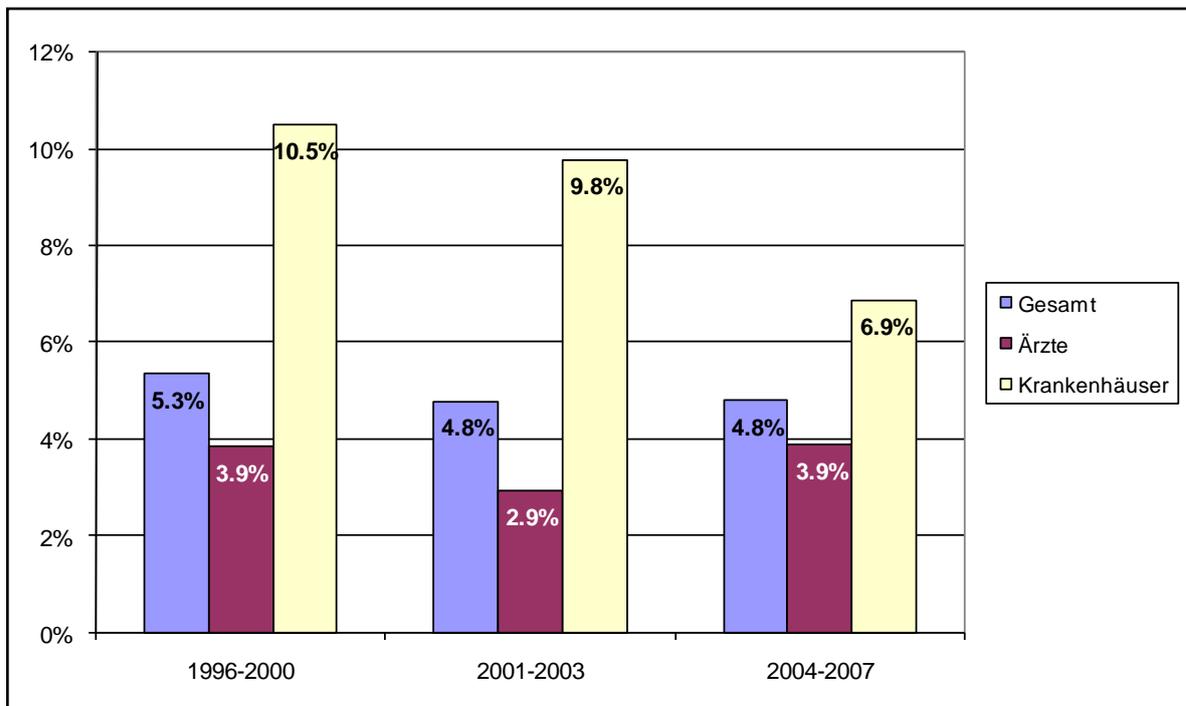
Die gesamten Kosten des Gesundheitswesens stiegen in den Jahren 1996-2000 im Jahresdurchschnitt um 3.7% an. Von 2001-2003 lag das Wachstum bei durchschnittlich 4.8%, von 2004-2007 bei 2.9%.

²² Für den Bereich OKP trat Tarmed am 1.1.2004 in Kraft. In den Bereichen UV/IV/MV galt Tarmed schon ab 2003, im Jahr 2003 wurde somit ein kleiner Bruchteil (rund ein Zehntel) der Abrechnungen über Tarmed vorgenommen.



Diese Entwicklung wird massgeblich durch die Entwicklung bei den Kosten für die **stationäre Behandlung** beeinflusst (1996-2000: 3.2%, 2001-2003: 5.5%, 2004-2007: 2.2%). In den Perioden 1996-2000 und 2004-2007 liegt der Kostenanstieg für die stationäre Behandlung deutlich unter jenem der ambulanten Behandlung von Ärzten und Spitälern. Dies weist auf eine Umlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich hin. Diese Tendenz ist zum Teil durch die medizinisch-technische Entwicklung zu erklären, welche dazu führt, dass vermehrt Leistungen, die vorher nur stationär möglich waren auch ambulant erbracht werden können. Zudem dürfte eine Rolle spielen, dass die für die Steuerung des Gesundheitswesens massgeblichen Kantone bei einer solchen Umlagerung finanziell tendenziell besser fahren, da sie den ambulanten Bereich im Gegensatz zum stationären nicht direkt mitfinanzieren.²³ Erklärungsbedürftig ist insbesondere der starke Rückgang der Zuwachsraten bei der stationären Behandlung von 2001-2003 zu 2004-2007 (ein unmittelbarer Einfluss von TARMED scheint dabei nicht wahrscheinlich).

Abbildung 4: Jährliche Zuwachsraten der Kosten der ambulanten Behandlung von Spitälern und Ärzten , 1996-2007



Quelle: BFS 2008 (Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens)

Wie **Abbildung 4** zeigt, nahmen bei den **ambulanten Leistungen** jene der Spitäler über die gesamte Periode 1996-2007 deutlich stärker zu als jene der Arztpraxen. Wie weit diese Entwicklung auf das Angebotsverhalten der Spitäler oder auf ein allfällig verändertes Verhalten der Nachfrager (vermehrte Inanspruchnahme von Spitalambulatorien anstelle von Hausarztpraxen) zurückzuführen ist, kann aufgrund der vorhandenen Analysen nicht schlüssig gesagt werden. In den Phasen 1996-2000 und 2001-2003 lag der jahresdurchschnittliche Anstieg bei den Krankenhäusern im

²³ Über die Subventionierung von Investitionskosten der öffentlichen Spitäler und die Übernahme von Defiziten der Spitalambulatorien kann es trotzdem zu einer indirekten Mitfinanzierung des ambulanten Spitalbereichs durch den Kanton kommen.



Bereich von 10%, bei den Ärzten im Bereich von 3-4%. In der TARMED-Phase 2004-2007 verringerte sich der Abstand zwischen den Zuwachsraten etwas: Bei den Krankenhäusern liegt er bei knapp 7%, bei den Ärzten bei knapp 4%. Über die gesamte Periode stieg der Anteil der Krankenhäuser am Total der ambulanten Behandlung (durch Ärzte und Krankenhäuser) von rund einen Fünftel (20.3%) 1995 auf knapp ein Drittel (32.1%) 2007 an. Unter TARMED wurde die Tendenz des steigenden Anteils der Spitäler bei den ambulanten Leistungen etwas vermindert, der allfällige Wirkungszusammenhang bleibt allerdings unklar.

3.3 OKP-finanzierte ambulante Leistungen

Aus Gründen der Datenverfügbarkeit werden sich die folgenden Analysen primär auf die **OKP-finanzierten ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern** konzentrieren. Diese Leistungen lassen sich mit dem Datenpool von Santésuisse nachzeichnen (**Tabelle 4**). Im Jahr 2007 machen sie gesamt rund 8 Mrd. Franken (knapp 5 für Arztpraxen, gut 3 für Spitäler) aus. Diese Leistungen enthalten aber auch einige Leistungen ausserhalb von TARMED (Labor, Paramedizin, Pauschalvergütungen). Unter Abzug dieser Leistungen ist mit einem Kern von ambulanten TARMED-Leistungen innerhalb der OKP von rund 6 Mrd. Franken zu rechnen.²⁴ Diese Zahl ist mit der Schätzung der gesamten ambulanten TARMED-Leistungen von rund 7 Mrd. Franken kompatibel. Die Differenz von rund 1 Mrd. Franken oder 15% entfällt auf die anderen Sozialversicherungen UV, IV und MV.

Tabelle 4: OKP-finanzierte ambulante Bruttoleistungen (Mio. Fr.), 2000-2007

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2001-2003 | 2004-2007 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|
| Beträge in Mio. Fr. | | | | | | | | | | |
| Total | 5'928 | 6'330 | 6'485 | 6'687 | 6'867 | 7'652 | 7'673 | 8'045 | | |
| Ärzte* | 3'865 | 4'096 | 4'201 | 4'276 | 4'519 | 4'685 | 4'734 | 4'883 | | |
| Spitäler | 2'063 | 2'234 | 2'284 | 2'411 | 2'348 | 2'967 | 2'939 | 3'162 | | |
| <i>Anteil Spitäler an Total</i> | <i>34.8%</i> | <i>35.3%</i> | <i>35.2%</i> | <i>36.1%</i> | <i>34.2%</i> | <i>38.8%</i> | <i>38.3%</i> | <i>39.3%</i> | | |
| Veränderungsraten | | | | | | | | | | |
| Total | .. | 6.8% | 2.5% | 3.1% | 2.7% | 11.4% | 0.3% | 4.9% | 4.1% | 4.7% |
| Ärzte | .. | 6.0% | 2.6% | 1.8% | 5.7% | 3.7% | 1.1% | 3.2% | 3.4% | 3.4% |
| Spitäler | .. | 8.3% | 2.2% | 5.5% | -2.6% | 26.4% | -0.9% | 7.6% | 5.3% | 7.0% |

Quelle: Datenpool Santésuisse (Grafik-Datenbank auf www.santesuisse.ch, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

Der Anteil der Spitäler an den gesamten OKP-finanzierten ambulanten Leistungen stieg von knapp 35% im Jahr 2000 auf gut 39% im Jahr 2007. In den Jahren 2001-2003 macht die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate der OKP-finanzierten ambulanten Leistungen im Total 4.1%, für die Ärzte 3.4% und für die Spitäler 5.3% aus. Für die Jahre 2004-2007 liegen die entsprechenden Werte bei 4.7%, 3.4% und 7.0%. Die grösste Abweichung zu den Entwicklungen der gesamten ambulanten Leistungen (Abbildung 4) ergibt sich für die Krankenhäuser für die Jahre 2001-2003 (Zuwachsrate von 9.8% bei den gesamten ambulanten Leistungen und von 5.3% bei den OKP-finanzierten am-

²⁴ Entsprechend resultiert aus den Daten des Tarifpools, welche genau die Tarmed-Leistungen umfassen, für 2007 ein gesamter hochgerechneter Betrag von 6.1 Mrd. Franken (4.0 Mrd. für Arztpraxen und 2.1 Mrd. für Spitäler ambulant).



bulanten Leistungen). Die Differenz kann sich allenfalls erklären, wenn der Zuwachs der gesamten ambulanten auf überdurchschnittliche Steigerungen der Übernahme durch andere Versicherungen und Eigenfinanzierungen zurückzuführen ist.

Wenn das TARMED-Einführungsjahr 2004 genauer angeschaut wird, so zeigt sich bei den ambulanten Leistungen der Ärzte eine plausible Entwicklung. Nachdem die Leistungen im Zeitraum von 2001-2003 jährlich um durchschnittlich 3.4% angestiegen waren, war die TARMED-Einführung mit einer höheren Zuwachsrate von 5.7% verbunden. In den Jahren 2005-2007 lag die durchschnittliche Zuwachsrate bei 2.1%, also etwas tiefer als in den Jahren 2001-2003. Bei den Spitälern hingegen gingen die Bruttoleistungen des ambulanten Bereichs im TARMED-Einführungsjahr 2004 zurück. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die TARMED-Einführung in den Spitälern mit grossen Abrechnungsproblemen verbunden war, so dass ein erheblicher Teil der Behandlungen von 2004 erst 2005 verrechnet wurde. Der ausserordentlich starke Anstieg von gut 26% des Jahres 2005 ist zu einem guten Teil dem Jahr 2004 zuzurechnen.

3.4 OKP-finanzierte Leistungen nach Leistungserbringern

Für eine eingehendere Analyse der Entwicklung der OKP-finanzierten ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern werden im Folgenden die Werte pro versicherte Person verwendet. Diese Werte können unabhängig vom Abdeckungsgrad berechnet werden und sind somit von allfälligen Fehlern des unterstellten Abdeckungsgrads unabhängig.²⁵ Das BAG nahm die entsprechenden Auswertungen aufgrund des Datenpools Santésuisse zuhanden der EFK vor.

In einem ersten Schritt betrachten wir die Entwicklung der gesamten OKP-finanzierten Leistungen nach einzelnen Leistungserbringern. Die Zurechnung zu den Jahren erfolgt nach Abrechnungsdatum. Dies entspricht der üblicherweise vorgenommenen Zurechnung, den möglichen Verzerrungen ist bei der Interpretation aber Rechnung zu tragen.²⁶

Die für TARMED relevanten Leistungserbringer Arztpraxen und Spital ambulant stellen dabei zwei von gesamthaft sieben Leistungserbringern dar (**Tabelle 5**). Es ist daran zu erinnern, dass in den ambulanten Leistungen in geringerem Ausmass Leistungen enthalten, die nicht über TARMED abgerechnet werden (Labor, Paramedizin, Pauschalvergütungen). Der Anteil von Arztpraxen und Spital ambulant an den gesamten OKP-finanzierten Leistungen lag von 1997-2007 ziemlich konstant bei gut 45%.

Zwischen den beiden Leistungen ist im betrachteten Zeitraum eine deutliche Verschiebung festzustellen. 1997 machten die Leistungen von Spital ambulant knapp 14% der gesamten OKP-finanzierten Leistungen aus, bis 2007 stieg ihr Anteil auf knapp 18%. Der Anteil der Leistungen von Arztpraxen (ohne Medikamente) ging demgegenüber spiegelbildlich von 33% auf 29% zurück.

²⁵ *Allerdings können sich aufgrund von zwei Umständen dennoch gewisse Verzerrungen ergeben. Erstens wird das Niveau der Kosten für die Gesamtheit der Kassen überschätzt, wenn die nicht einbezogenen Kassen systematisch günstiger sind. In der Tendenz dürfte dies der Fall sein, weil insbesondere Billigkassen ihre Daten nicht in den Datenpool einspeisen. Während der Effekt für das Niveau der Kosten von Bedeutung ist, kann er bei der Analyse der Veränderungen als marginal erachtet werden. Zweitens stammen die Angaben über die Kosten und die Versicherten aus zwei unterschiedlichen Meldesystemen, die adäquate Angabe der Anzahl der Versicherten wird durch einige Faktoren (insbesondere Grenzgänger/innen) erschwert. Auch hier ist die Verzerrung bei der Analyse der Veränderungen von untergeordneter Bedeutung.*

²⁶ *Wie schon ausgeführt wurde (Abschnitt 3.3), werden die Bruttoleistungen der Spitäler ambulant für das Tarmed-Einführungsjahr 2004 mit dieser Abgrenzung unterschätzt.*



Tabelle 5: OKP-finanzierte Bruttoleistungen pro versicherte Person, 1997-2007 (in Franken)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | ZWR |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Medi_Ärzte | 123 | 140 | 151 | 175 | 174 | 172 | 176 | 185 | 191 | 190 | 194 | 4.6% |
| Spitex | 24 | 29 | 30 | 33 | 37 | 39 | 44 | 49 | 51 | 55 | 62 | 9.9% |
| Spit_stat | 482 | 497 | 502 | 512 | 520 | 521 | 563 | 629 | 651 | 661 | 682 | 3.5% |
| Spit_amb | 201 | 218 | 245 | 279 | 300 | 297 | 341 | 345 | 391 | 384 | 405 | 7.3% |
| Ärzte_oM | 488 | 508 | 512 | 538 | 567 | 571 | 574 | 610 | 627 | 636 | 656 | 3.0% |
| Heime | 115 | 144 | 157 | 167 | 178 | 198 | 202 | 198 | 217 | 225 | 231 | 7.3% |
| Physio | 51 | 53 | 56 | 58 | 65 | 65 | 64 | 64 | 67 | 68 | 70 | 3.2% |
| Total | 1'485 | 1'587 | 1'654 | 1'761 | 1'840 | 1'863 | 1'964 | 2'079 | 2'195 | 2'218 | 2'299 | 4.5% |
| „TARMED“ | 689 | 725 | 757 | 817 | 867 | 868 | 915 | 955 | 1'018 | 1'020 | 1'061 | 4.4% |
| „Nicht-TARMED“ | 795 | 862 | 896 | 943 | 973 | 995 | 1'049 | 1'124 | 1'177 | 1'198 | 1'238 | 4.5% |

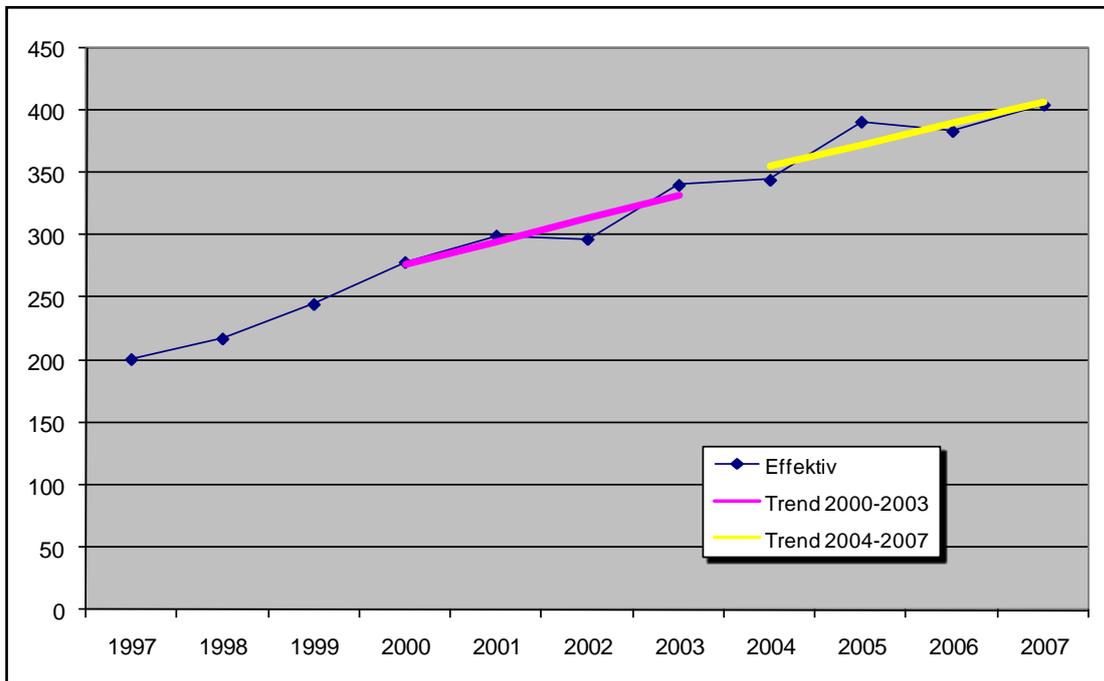
Medi_Ärzte: Medikamentenabgabe durch Ärzte, Spit_stat: Spital stationär, Spit_amb: Spital ambulant, Ärzte_oM: Behandlung Arztpraxen ohne Medikamentenabgabe;
 „TARMED“: Leistungen, die ab 2003/4 nach TARMED verrechnet werden (Spit_amb + Ärzte_oM)
 „Nicht TARMED“: Leistungen ab 2003/4 nicht nach TARMED abgerechnet werden (Total ./ „TARMED“)
 ZWR: durchschnittliche jährliche Zuwachsrate 1998-2007
 Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

In den folgenden Abbildungen wird die Entwicklung für die in Tabelle 5 besonders interessierenden Leistungen grafisch dargestellt, wobei immer der durch eine lineare Regression ermittelte Trend der Jahre 2000-2003 (Periode vorn TARMED) und der Jahre 2004-2007 (Periode mit TARMED) eingezeichnet wird.

Die Bruttoleistungen im Bereich **Spital ambulant (Abbildung 5)** nahmen im Jahresdurchschnitt von 1997-2007 um 7.3% zu. Zwischen den Perioden 2000-2003 (ZWR 6.3%) und 2004-2007 (ZWR 4.7%) ist eine Rückgang des Zuwachses festzustellen. Auffällig ist die Zackenform der Entwicklung ab 2001: Auf ein Jahr mit geringem Anstieg (2002, 2004, 2006) folgt jeweils ein Jahr mit markantem Anstieg (2003, 2004, 2007). Dieses Muster entstand mit der Einführung der jährlichen Steuerbemessung und ist auf die Optimierung der Jahresabgrenzung zurückzuführen. Gegenüber der Phase 1997-2000, als die jährliche Zuwachsrate 11.5% betrug, hat sich das trendmässige Wachstum verlangsamt.



Abbildung 5: Spital ambulant: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person (Fr./Jahr)



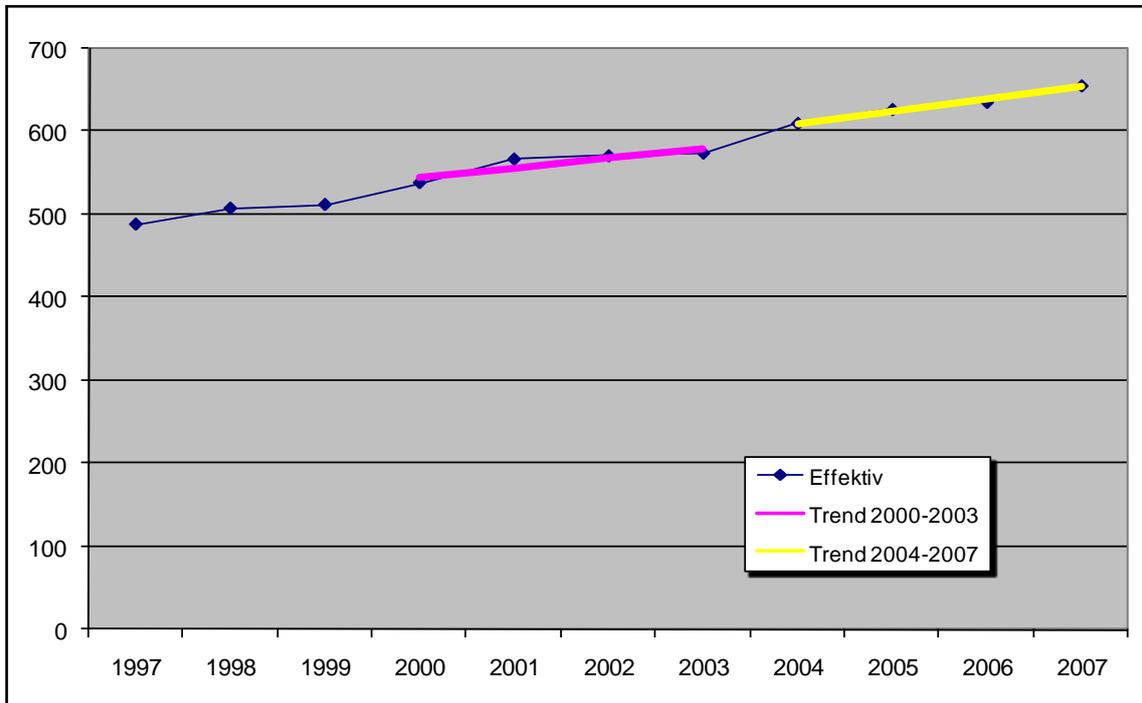
Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

Die (ambulanten) Bruttoleistungen der **Arztpraxen (Abbildung 6)** stiegen zwischen 1997 und 2007 im Jahresdurchschnitt um 3.0% an. Die jährliche Zuwachsraten der Perioden 2000-2003 (2.0%) und 2004-2007 (2.3%) sind vergleichbar, zwischen 2003 und 2004 nahmen die Leistungen mit 5.3% stärker zu. Die Einführung von TARMED hat offensichtlich zu einem einmaligen (kleinen) Sprung geführt, die langfristige Tendenz des Leistungswachstums aber nicht wesentlich beeinflusst.²⁷ Gegenüber der Phase 1997-2000, als die jährliche Zuwachsrate 2.9% betrug, hat sich das trendmässige Wachstum etwas verlangsamt.

²⁷ Der kleine Sprung ist allfällig sogar lediglich mit der Jahresabgrenzung 2003/2004 zur erklären. Wie in Abschnitt 2.4. erläutert, wurde Abrechnungsvolumen von 2003 ins 2004 verlagert.



Abbildung 6: Arztpraxen: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person (Fr./Jahr)



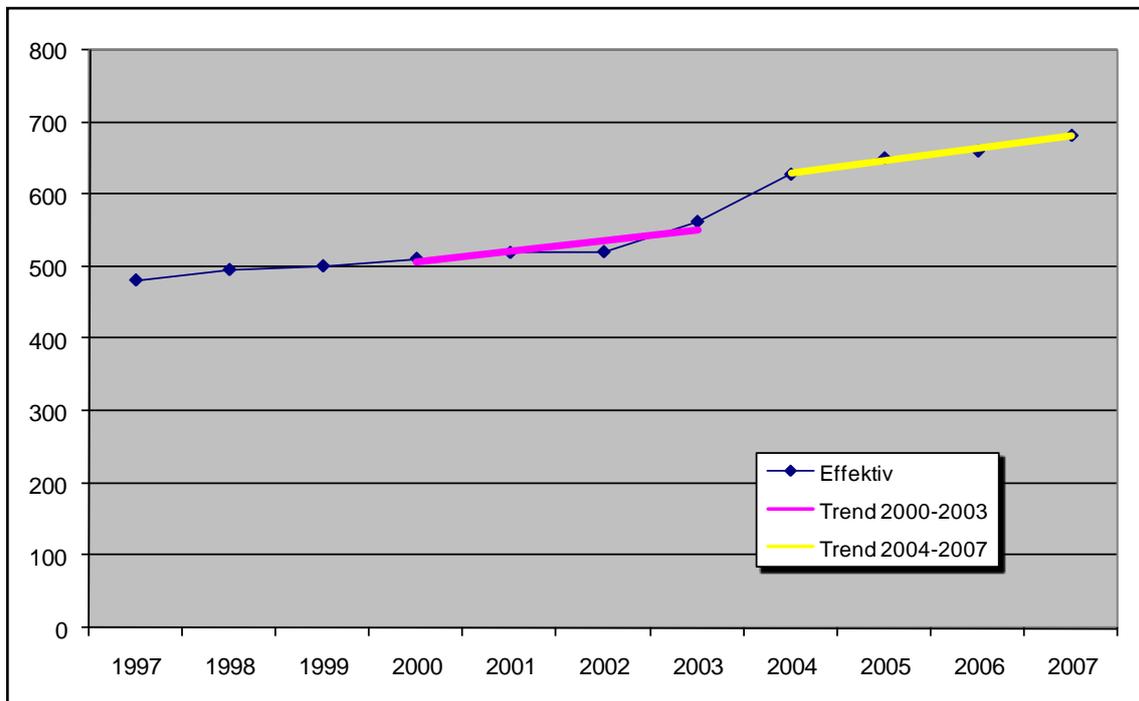
* ohne Medikamente

Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

Die Bruttoleistungen im Bereich **Spital stationär (Abbildung 7)** stiegen zwischen 1997 und 2007 im Jahresdurchschnitt um 3.5% an. Zwischen den Perioden 2000-2003 (ZWR 3.0%) und 2004-2007 (2.6%) ist das Wachstumstempo leicht zurückgegangen, zwischen 2003 und 2004 nahmen die Leistungen mit 11.6% sehr stark zu. Gegenüber der Phase 1997-2000, als die jährliche Zuwachsrate 2.0% betrug, hat sich das trendmässige Wachstum erhöht.



Abbildung 7: Spital stationär: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person (Fr./Jahr)



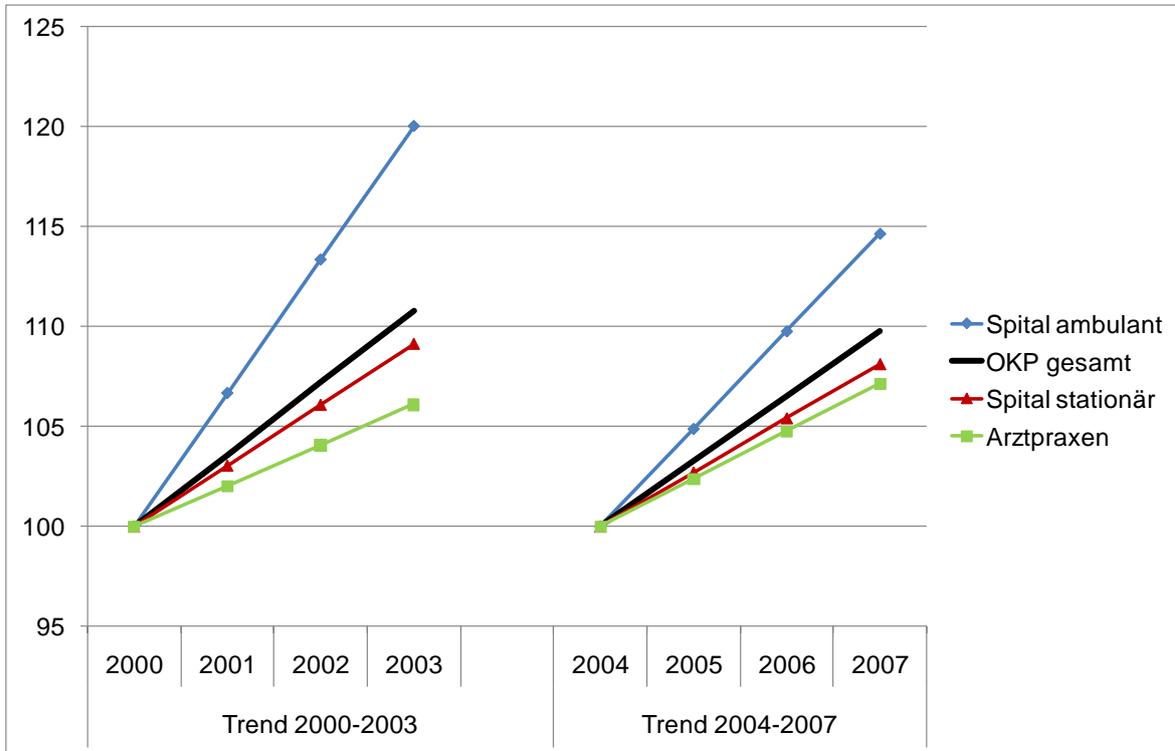
Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

Aufgrund der unterschiedlichen Skalierungen ist das trendmässige Wachstum für die drei Bereiche Spital stationär, Spital ambulant und Arztpraxen nicht ganz unmittelbar zu vergleichen. In **Abbildung 8** ist das trendmässige Wachstum der drei Bereiche darum für die indextierten Werte (Bruttoleistung 2000 = 100 für die Periode 2000-2003 und Bruttoleistung 2004 = 100 für die Periode 2004-2007) dargestellt. Zudem ist auch das trendmässige Wachstum des gesamten OKP-Bereichs ersichtlich.

Das trendmässige Wachstum des gesamten OKP-Bereichs ist in beiden Perioden vergleichbar (knapp 10% für die Jahre 2001-2003), knapp 11% für die Jahre 2005-2007). In beiden Perioden ist das Wachstum im spitalambulanten Bereich klar am höchsten (rund 20% in den Jahren 2001-2003, rund 15% in den Jahren 2005-2007). Demgegenüber wachsen der spitalstationäre Bereich und der Bereich der Arztpraxen mit einem vergleichbaren, unter der Gesamtentwicklung Wachstumstrend. In beiden Perioden ist das Wachstum für den spitalstationären Bereich gegenüber dem ärztlichen Bereich etwas stärker ausgeprägt: 9% gegenüber 6% in der Periode 2000-2003, 8% gegenüber 7% in der Periode 2004-2007.



Abbildung 8: Trend 2000-2003 und 2004-2007 für Spitäler stationär, Spitäler ambulant und Arztpraxen im Vergleich (Index=100 für 2000 und 2004)



Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

Bei den übrigen Leistungen aus Tabelle 5, die nicht über TARMED abgerechnet werden, zeigen sich folgende Entwicklungen (auf eine grafische Abbildung wird verzichtet):

- Die Bruttoleistungen der **Medikamentenabgabe durch Ärzte** stiegen zwischen 1997 und 2007 im Jahresdurchschnitt um 4.6% an. Zwischen 2000 und 2003 blieben die Bruttoleistungen nahezu konstant (ZWR 0.2%), zwischen 2004 bis 2007 stiegen sie leicht an (ZWR 1.3%). Von 2003 auf 2004 ergab sich ein Zuwachs von 5.0%. Gegenüber der Phase 1997-2000, als die jährliche Zuwachsrate 12.2% betrug, hat sich das trendmässige Wachstum vermindert.
- Die Bruttoleistungen der **Spitex** nahmen von 1997 bis 2007 jahresdurchschnittlich um 9.9% zu, wobei die Zuwachsrate in allen Jahren in einem ähnlichen Bereich lag (zwischen 2003 und 2004 betrug sie 10.2%).
- Die Bruttoleistungen der **Heime** stiegen zwischen 1997 und 2007 jahresdurchschnittlich um 7.3%. In den einzelnen Teilperioden lagen die Zuwachsraten in ähnlicher Grössenordnung, von 2003 auf 2004 ergab sich ein Rückgang um 2.1%.
- Die Bruttoleistungen der **Physiotherapie** nahmen von 1997-2007 jahresdurchschnittlich um 3.2% zu. Nach einem starken Anstieg von 1997-2001 blieben die Bruttoleistungen zwischen 2001 und 2004 konstant. Von 2004-2007 lag die jährliche Zuwachsrate bei 2.6%

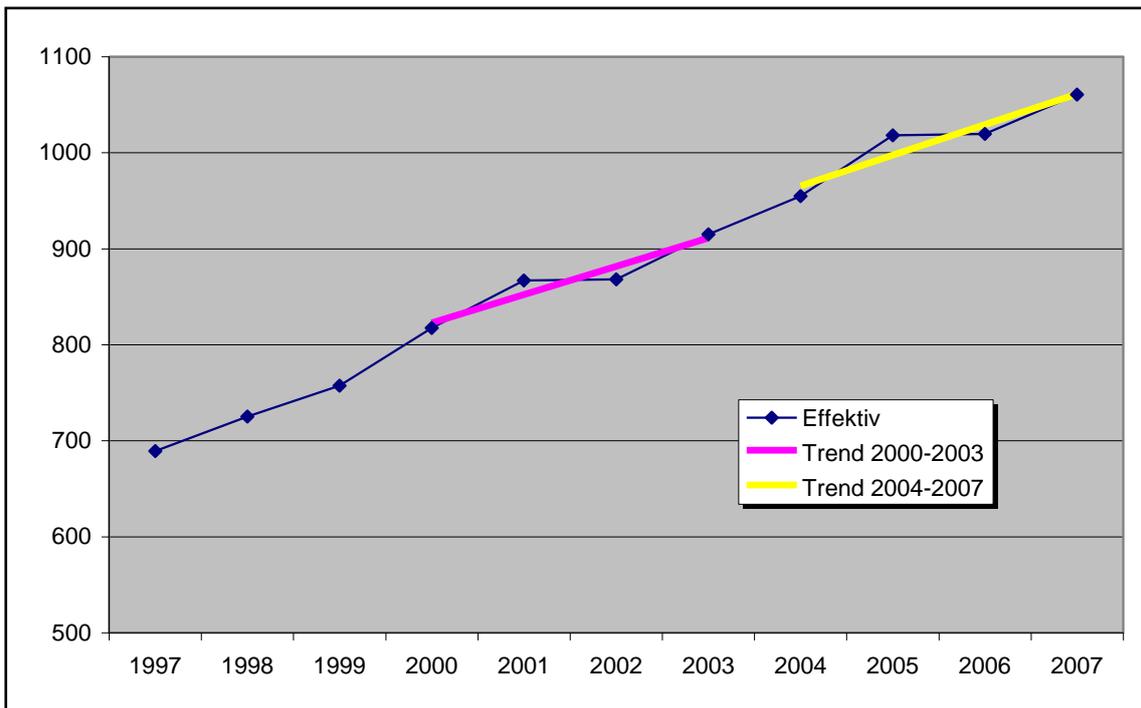


Werden der TARMED-Bereich und der Nicht-TARMED-Bereich gesamthaft betrachtet, ergeben sich folgende sehr vergleichbare Entwicklungen:

- Die Bruttoleistungen pro versicherte Person im **TARMED-Bereich (Abbildung 9)** von 1997 bis 2007 jahresdurchschnittlich um 4.4% an. Zwischen 2000 und 2003 lag die jährliche Zuwachsrate bei 3.5%, zwischen 2004 und 2007 bei 3.2%. Im TARMED-Einführungsjahr 2004 lag der Anstieg bei 4.3%.
- Im **Nicht-TARMED-Bereich (Abbildung 10)** machte die jährliche Zuwachsrate von 1997 bis 2007 4.5% aus. Zwischen 2000 und 2003 lag die jährliche Zuwachsrate bei 3.5%, zwischen 2004 und 2007 bei 3.1%. Im TARMED-Einführungsjahr 2004 lag der Anstieg bei 7.1%.
- Für den **gesamten OKP-Bereich (Abbildung 11)** resultieren nochmals fast dieselben jährlichen Zuwachsraten: 4.5% für die gesamte Periode 1997-2007, 3.4% für die Periode 2000-2003, 3.2% für die Periode 2004-2007 und 5.8% für das Jahr 2004.

Es lässt sich somit feststellen, dass die Kostenentwicklung im TARMED-Bereich und im Nicht-TARMED-Bereich beinahe identisch ausfällt. Dies dürfte wesentlich mit den Vereinbarungen zur Kostenneutralität bei TARMED zusammenhängen. Der Trend wurde dadurch sozusagen eingefroren.

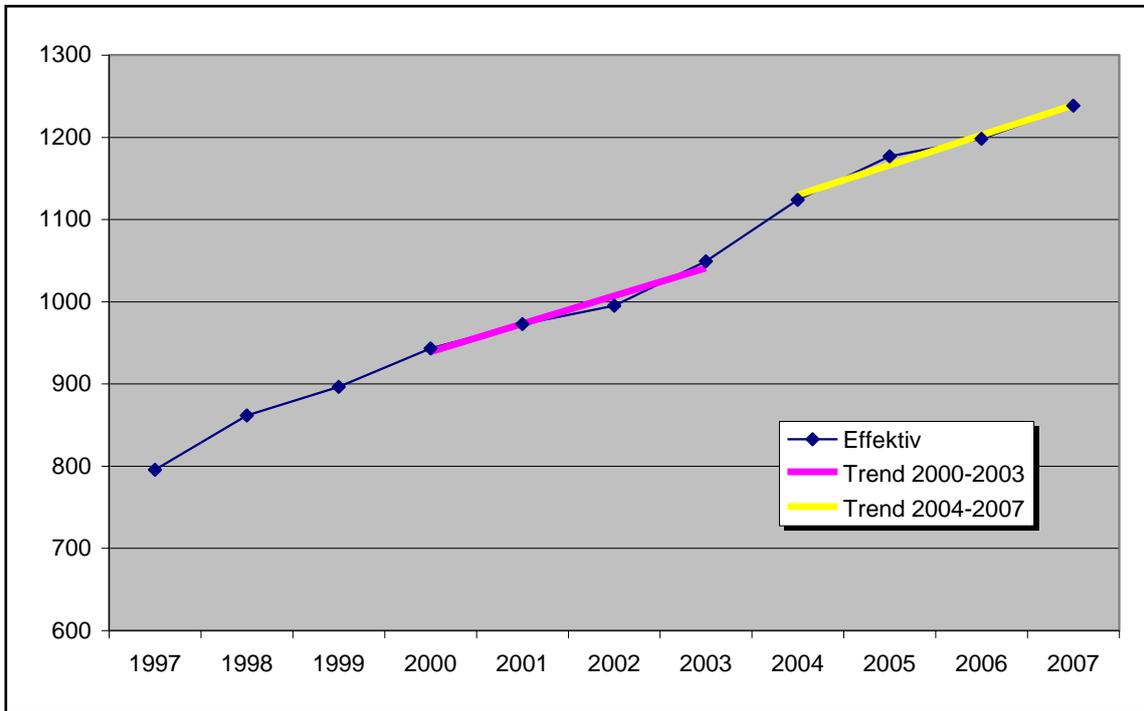
Abbildung 9: Gesamt „TARMED“: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person (Fr./Jahr)



Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen



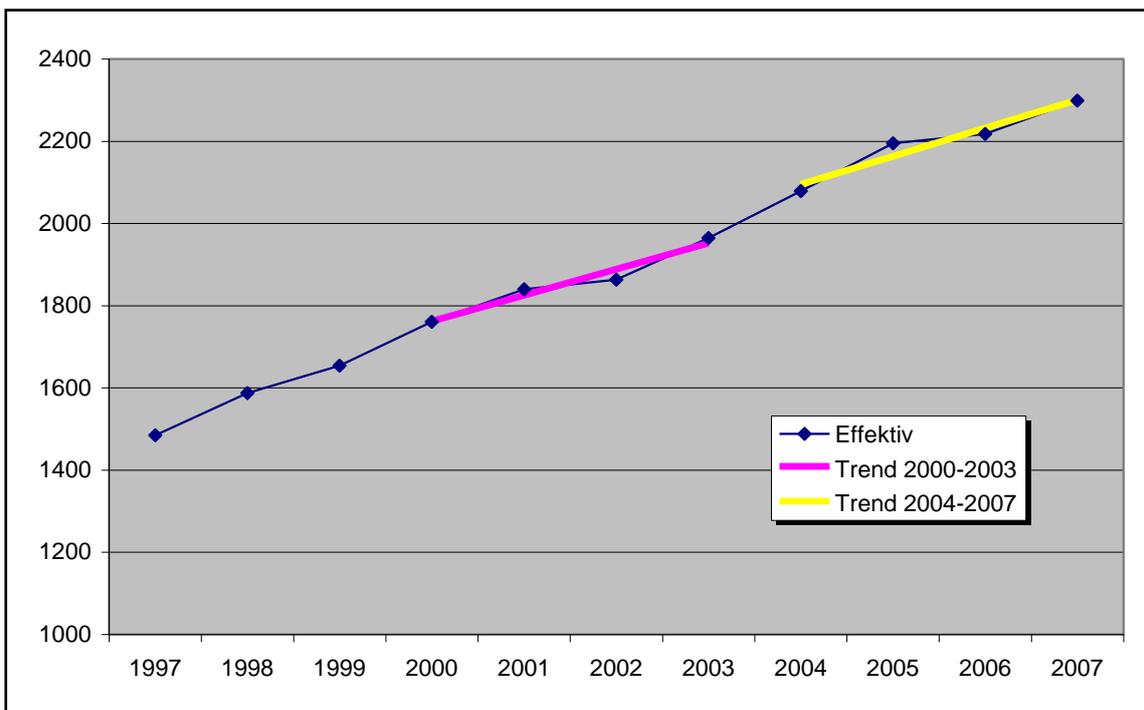
Abbildung 10: Gesamt „Nicht-TARMED“: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person



(Fr./Jahr)

Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

Abbildung 11: Gesamt: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person (Fr./Jahr)





Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, vgl. Tabelle 5), eigene Berechnungen

3.5 OKP-finanzierte ambulante ärztliche Leistungen nach Ärzteguppen

Aus dem Datenpool Santésuisse lässt sich ermitteln, wie sich die ambulanten ärztlichen Bruttoleistungen pro versicherte Person im Zeitraum 2000-2007 nach einzelnen Ärzteguppen entwickelten (Auswertung vom BAG zur Verfügung gestellt). Wie **Tabelle 6** zeigt, weisen die einzelnen Ärzteguppen ein sehr unterschiedliches Gewicht und unterschiedliche Entwicklungsstrukturen auf.

Tabelle 6: Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Ärzteguppen (Fr./Jahr)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2007% |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Allgemeinmedizin | 132.4 | 140.2 | 143.4 | 142.6 | 147.6 | 147.0 | 145.0 | 146.3 | 22.5% |
| Innere Medizin | 68.8 | 74.0 | 75.7 | 74.9 | 76.4 | 76.4 | 74.5 | 75.2 | 11.6% |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 40.6 | 42.7 | 43.4 | 44.9 | 54.1 | 57.0 | 57.7 | 58.7 | 9.0% |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 36.9 | 38.8 | 39.7 | 40.0 | 42.6 | 44.0 | 43.4 | 44.3 | 6.8% |
| Ophthalmologie | 30.5 | 32.5 | 34.1 | 35.5 | 37.3 | 38.4 | 40.1 | 42.5 | 6.5% |
| Kinder- und Jugendmedizin | 26.2 | 27.6 | 27.3 | 27.7 | 29.2 | 30.3 | 31.4 | 33.6 | 5.2% |
| Radiologie | 20.0 | 22.6 | 23.6 | 25.6 | 24.5 | 25.1 | 25.5 | 28.1 | 4.3% |
| Praktische Arzt / Ärztin | 24.8 | 25.2 | 25.5 | 25.0 | 25.3 | 25.1 | 24.4 | 24.9 | 3.8% |
| Gruppenpraxen | 5.7 | 6.0 | 5.5 | 6.0 | 9.0 | 13.1 | 17.3 | 20.7 | 3.2% |
| Gastroenterologie | 14.1 | 15.3 | 15.6 | 15.8 | 16.5 | 17.1 | 17.4 | 19.1 | 2.9% |
| Kardiologie | 14.3 | 15.5 | 16.0 | 16.3 | 17.0 | 17.5 | 18.1 | 18.7 | 2.9% |
| Dermatologie und Venerologie | 13.1 | 13.5 | 13.9 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.4 | 16.4 | 2.5% |
| Rheumatologie | 14.8 | 15.2 | 15.3 | 15.2 | 15.6 | 15.5 | 14.9 | 14.8 | 2.3% |
| Oto-Rhino-Laryngologie | 11.6 | 12.0 | 12.0 | 11.7 | 12.6 | 12.6 | 12.7 | 13.0 | 2.0% |
| Orthopäd. Chirurgie / Traumatologie | 8.3 | 8.8 | 9.0 | 9.2 | 10.1 | 9.8 | 9.6 | 10.1 | 1.6% |
| Chirurgie | 10.2 | 10.3 | 10.1 | 10.0 | 9.8 | 10.0 | 9.8 | 10.0 | 1.5% |
| Neurologie | 6.4 | 7.0 | 7.2 | 7.1 | 7.9 | 7.9 | 8.0 | 8.3 | 1.3% |
| Medizinische Onkologie | 4.7 | 5.1 | 5.8 | 5.9 | 6.4 | 6.8 | 7.4 | 7.7 | 1.2% |
| Pneumologie | 6.4 | 7.0 | 7.0 | 7.1 | 7.0 | 7.2 | 7.4 | 7.7 | 1.2% |
| Urologie | 5.4 | 5.7 | 6.2 | 6.4 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.6 | 1.2% |
| Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychother. | 4.5 | 4.8 | 5.0 | 5.2 | 6.4 | 7.0 | 7.1 | 7.0 | 1.1% |
| Angiologie | 4.2 | 4.8 | 4.7 | 4.7 | 4.9 | 5.1 | 5.3 | 5.6 | 0.9% |
| Nephrologie | 3.4 | 3.7 | 3.9 | 4.1 | 4.4 | 4.7 | 4.9 | 5.4 | 0.8% |
| Endokrinologie und Diabetologie | 3.9 | 4.2 | 4.3 | 4.3 | 4.4 | 4.6 | 4.7 | 4.7 | 0.7% |
| Pathologie | 1.4 | 1.6 | 1.6 | 1.6 | 2.3 | 3.2 | 3.6 | 3.8 | 0.6% |
| Allergologie und klinische Immunologie | 1.9 | 2.4 | 2.6 | 2.6 | 2.9 | 3.0 | 3.0 | 3.1 | 0.5% |
| Anästhesiologie | 1.8 | 2.3 | 2.6 | 2.8 | 2.3 | 2.7 | 2.7 | 2.9 | 0.4% |
| Physikalische Medizin, Rehabilitation | 1.6 | 2.0 | 1.8 | 1.9 | 2.0 | 2.1 | 2.2 | 2.4 | 0.4% |
| Plastische, Rekonstruktive Chirurgie | 1.7 | 1.7 | 1.8 | 1.8 | 1.9 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 0.4% |
| Hämatologie | 1.9 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.3 | 2.3 | 2.2 | 2.3 | 0.4% |
| Radio-Onkologie und Strahlentherapie | 0.0 | 0.3 | 0.4 | 0.7 | 0.9 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 0.2% |
| Tropen- und Reisemedizin | 0.7 | 1.2 | 1.0 | 1.1 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 0.2% |
| Gesamt | 522 | 556 | 568 | 574 | 606 | 622 | 627 | 649 | 100% |

Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

Bei den Entwicklungen lassen sich vereinfacht drei Muster erkennen (**Tabelle 7**, die sehr kleinen Ärzteguppen mit einem Anteil von weniger als 1% im Jahr 2007 werden nicht einbezogen):

- Als „**Verlierer**“ der TARMED-Einführung von 2004 werden Gruppen klassiert, bei denen die jährliche Zuwachsrate in den Jahren 2004-2007 unter jener der Jahre 2001-2003 lag und für die Jahre 2005-2007 negativ war. Dieses Muster trifft auf die Ärzteguppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Rheumatologie, Praktische Arzt / Ärztin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates zu (umfassen 2007 gesamthaft knapp 42% der gesamten ambu-



lanten Bruttoleistungen pro versicherte Person). In den Jahren 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 2.3%. 2004 war der Anstieg (infolge der Einführung von TAR-MED) mit 3.0% etwas grösser. In den Jahren 2005-2007 gingen die Bruttoleistungen pro versicherte Person jahresdurchschnittlich um 0.4% zurück.²⁸

Tabelle 7: Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Ärztesgruppen, jährliche Zuwachsraten

| | 2001-2003 | 2004-2007 | 2004 | 2005-2007 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Verlierer | | | | |
| Allgemeinmedizin | 2.5% | 0.6% | 3.5% | -0.3% |
| Innere Medizin | 2.9% | 0.1% | 1.9% | -0.5% |
| Praktische Arzt / Ärztin | 0.3% | -0.2% | 1.2% | -0.6% |
| Rheumatologie | 0.8% | -0.6% | 2.7% | -1.7% |
| Orthopäd. Chirurgie / Traumatologie | 3.3% | 2.4% | 10.3% | -0.1% |
| Verlierer gesamt | 2.3% | 0.4% | 3.0% | -0.4% |
| Gewinner | | | | |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 3.4% | 6.9% | 20.5% | 2.8% |
| Kinder- und Jugendmedizin | 1.9% | 4.9% | 5.6% | 4.7% |
| Gruppenpraxen | 1.8% | 36.3% | 49.3% | 32.2% |
| Gastroenterologie | 4.0% | 4.8% | 4.2% | 5.0% |
| Dermatologie und Venerologie | 2.7% | 3.7% | 2.2% | 4.2% |
| Oto-Rhino-Laryngologie | 0.3% | 2.6% | 8.0% | 0.9% |
| Chirurgie | -0.6% | 0.2% | -1.5% | 0.7% |
| Gewinner gesamt | 2.4% | 7.1% | 11.9% | 5.6% |
| Gebremster Anstieg | | | | |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 2.7% | 2.6% | 6.6% | 1.3% |
| Ophthalmologie | 5.2% | 4.6% | 4.8% | 4.5% |
| Radiologie | 8.5% | 2.4% | -4.5% | 4.8% |
| Kardiologie | 4.5% | 3.5% | 4.4% | 3.2% |
| Gebremster Anstieg gesamt | 4.9% | 3.3% | 3.4% | 3.3% |

Verlierer: negativer ZWR 2005-2007, ZWR 2004-2007 < ZWR 2001-2003

Gewinner: ZWR 2004-2007 > ZWR 2001-2003

Gebremster Anstieg: positive ZWR 2005-2007, ZWR 2004-2007 < ZWR 2001-2003

Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

- Zu den „**Gewinnern**“ werden die Ärztesgruppen gezählt, bei denen der jahresdurchschnittliche Anstieg in den Jahren 2004-2007 höher lag als in den Jahren 2001-2003. Dazu zählen: Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin, Gruppenpraxen, Gastroenterologie, Dermatologie und Venerologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Chirurgie (umfassen 2007 gesamthaft 26% der gesamten ambulanten Bruttoleistungen pro versicherte Person). Von 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 1.9%, von 2004-2007 stieg sie auf 7.1%, im TAR-MED-Einführungsjahr 2004 lag sie bei 11.9%.
- Zur Kategorie „**Gebremster Anstieg**“ zählen Ärztesgruppen, bei denen der jahresdurchschnittliche Anstieg in den Jahren 2004-2007 tiefer lag als in den Jahren 2001-2003 und zugleich in den Jahren 2005-2007 positiv war (andernfalls ergäbe sich eine Zuordnung zu den Verlierern).

²⁸ Der Verlust in den Jahren 2005-2007 wird tendenziell vermindert, wenn berücksichtigt wird, dass der Tarif für Laborleistungen, welche in den verwendeten Zahlen nicht ausgegliedert werden können, 2006 gesenkt wurde und dass es eine gewisse Umlagerung zu den Gruppenpraxen gegeben haben dürfte, welche zu den starken Gewinnern zählen.



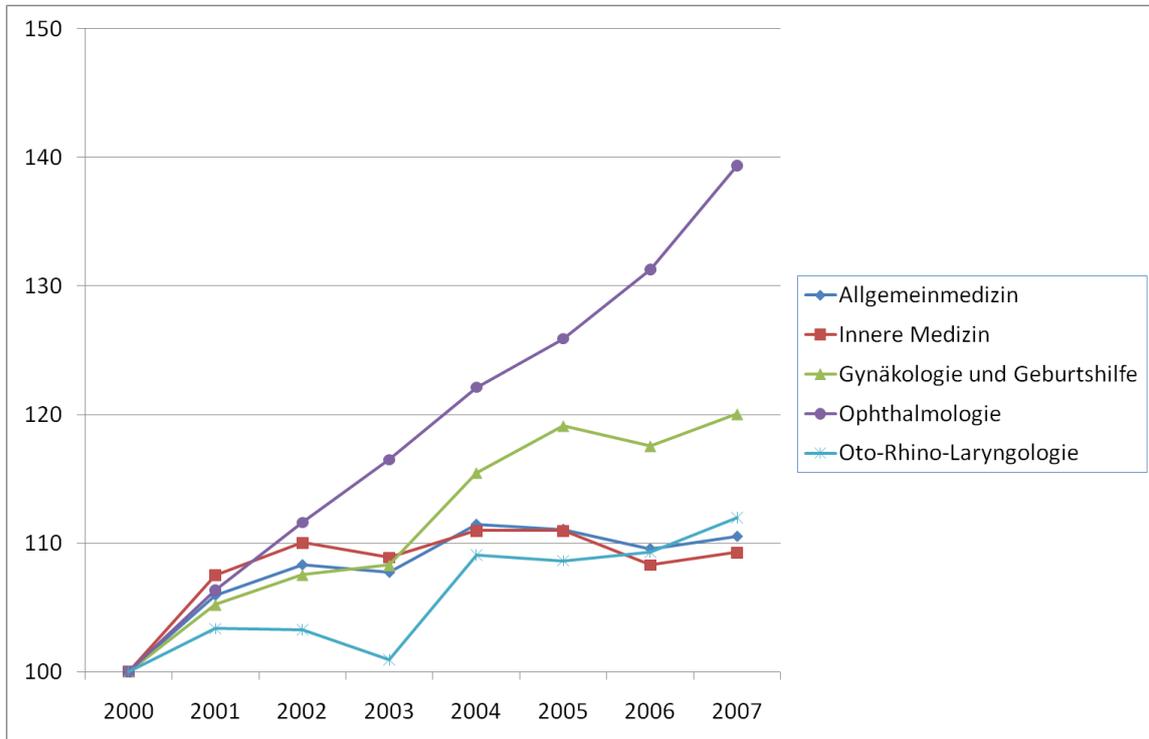
Dazu zählen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Ophthalmologie, Radiologie, Kardiologie (umfassen 2007 gesamthaft 21% der gesamten ambulanten Bruttoleistungen pro versicherte Person). Von 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 4.9%, von 2004-2007 lag sie bei 3.3% und im TARMED-Einführungsjahr 2004 bei 3.4%.

Anzumerken bleibt, dass sich die Einteilung auf den Vergleich der Jahre 2004-2007 gegenüber den Jahren 2001-2003 bezieht. Dies führt dazu, dass es bei den „Gewinnern“ auch Ärztegruppen mit einem sehr geringen Wachstum in den Jahren 2004-2007 hat (wie beispielweise die Chirurgie mit einer jährlichen Zuwachsrate von 0.2%). Auf der anderen Seite zählt beispielsweise die Ophthalmologie zur Gruppe mit gebremstem Anstieg“, obwohl die jährliche Wachstumsrate in den Jahren 2004-2007 satte 4.6% betrug.

Gesamthaft bleibt festzustellen, dass sich je nach Ärztegruppen sehr unterschiedliche Entwicklungen ergeben. Dies zeigt sich auch, wenn die vier Ärztegruppen betrachtet werden, die bei den Fallbeispielen von besonderer Bedeutung sind. Wie **Abbildung 12** mit einem Indexvergleich zeigt, liegt die Entwicklung für die Grundversorger Allgemeinmedizin und Innere Medizin nahe beieinander. Nachdem die Bruttoleistungen pro versicherte Person zwischen 2000 und 2004 noch um rund 10 Indexpunkte angestiegen waren, gingen sie von 2004 bis 2007 um rund einen Indexpunkt zurück. Für die Gruppen Gynäkologie/Geburtshilfe und Ophthalmologie (die der Gruppe „gebremster Anstieg“ zugerechnet werden) ist der Anstieg generell viel ausgeprägter. Zudem ist Zuwachsrate in der TARMED-Phase ab 2004 nur ganz geringfügig tiefer als vor 2004. Zwischen den Gruppen der Gynäkologie/Geburtshilfe und der Ophthalmologie zeigen sich aber auch klare Differenzen. Für die Gynäkologie/Geburtshilfe ist das Muster der Entwicklung mit jener der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin vergleichbar (Stagnation nach 2004). Demgegenüber zeigt sich bei der Ophthalmologie ein abgekoppeltes kontinuierliches starkes Wachstum.



Abbildung 12: Bruttoleistungen pro versicherte Person für die fünf Ärzteguppen der Fallbeispiele EFK (Index 2000=100)

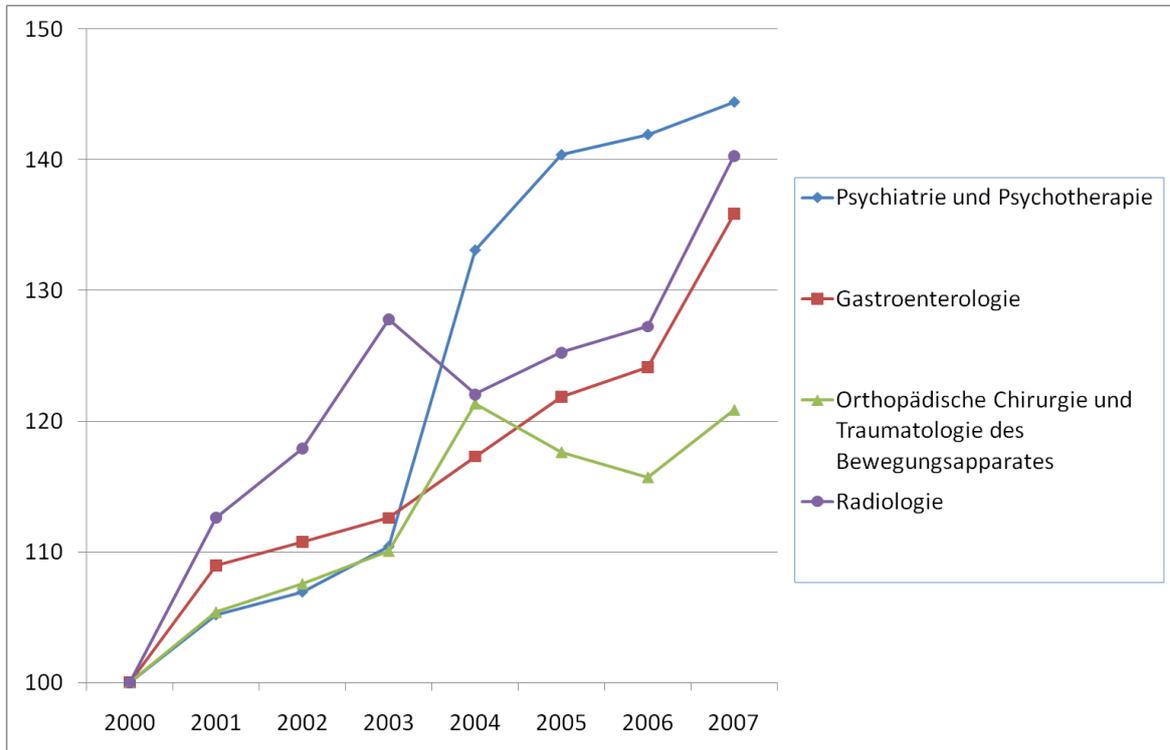


Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

In **Abbildung 13** sind die entsprechenden Zahlen für vier weitere grössere Ärzteguppen aufgezeichnet. Auffallend ist vor Allem die Entwicklung in der Psychiatrie und Psychotherapie 2003-2004. Die Zunahme der Bruttoleistungen pro versicherte Person beläuft sich auf über 15 Basispunkte, und die Fachspezialität hat in den Jahren seit 2005 den höchsten Indexwert der vier Fachspezialitäten. Hier ist eine beabsichtigte Wirkung des TARMED sichtbar - Aufwertung der psychiatrischen Konsultation mit TARMED. Der Abstand zur Gastroenterologie und zur Radiologie ist nach 2004 jedoch am schwinden. Die orthopädische Chirurgie zeigt nach 2004, im Gegensatz zu den drei anderen Spezialitäten, eine Rückwärts- bzw. Seitwärtsbewegung.



Abbildung 13: Bruttoleistungen pro versicherte Person für vier weitere, grössere Ärztegropen (Index 2000=100)



Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen

3.6 Entwicklung der Taxpunktwerte

Tabelle 8 zeigt, wie sich die kantonalen Taxpunktwerte für die Arztpraxen und die (öffentlichen) Spitäler zwischen 2004 und 2008 entwickelten.

Tabelle 8: Kantonale Taxpunktewerte, 2004-2009

| | Arztpraxen | | | | | Spitäler | | | | |
|----|------------|------|------|------|------|----------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| AG | 0.89 | 0.90 | 0.90 | 0.89 | 0.89 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.90 | 0.90 |
| AI | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 0.82 | 0.82 | 0.97 | 0.98 | 0.92 |
| AR | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 1.00 | 0.95 | 0.90 | 0.90 | 0.90 |
| BE | 0.88 | 0.85 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.92 | 0.90 | 0.89 | 0.91 | 0.91 |
| BL | 0.96 | 0.94 | 0.96 | 0.93 | 0.94 | 0.94 | 0.92 | 0.92 | 0.94 | 0.94 |
| BS | 0.93 | 0.88 | 0.88 | 0.89 | 0.89 | 0.95 | 0.93 | 0.92 | 0.94 | 0.94 |
| FR | 0.91 | 0.87 | 0.92 | 0.92 | 0.91 | 0.97 | 0.94 | 0.75 | 0.85 | 0.85 |
| GE | 0.98 | 0.98 | 0.96 | 0.96 | 0.96 | 0.88 | 0.88 | 0.96 | 0.96 | 0.96 |
| GL | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 1.00 | 1.00 | 0.97 | 0.98 | 0.95 |
| GR | 0.82 | 0.78 | 0.78 | 0.80 | 0.80 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.85 |
| JU | 0.95 | 0.99 | 0.99 | 0.99 | 0.99 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.86 | 0.86 |
| LU | 0.85 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.89 | 0.89 | 0.84 | 0.84 | 0.84 |
| NE | 0.92 | 0.89 | 0.93 | 0.92 | 0.92 | 0.91 | 0.93 | 0.95 | 0.95 | 0.95 |
| NW | 0.85 | 0.80 | 0.83 | 0.86 | 0.86 | 0.89 | 0.89 | 0.88 | 0.87 | 0.87 |
| OW | 0.85 | 0.80 | 0.83 | 0.86 | 0.86 | 0.89 | 0.89 | 0.88 | 0.87 | 0.87 |
| SG | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 0.78 | 0.77 | 0.76 | 0.78 | 0.80 |



| | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| SH | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 0.92 | 0.91 | 0.89 | 0.86 | 0.86 |
| SO | 0.86 | 0.83 | 0.84 | 0.84 | 0.84 | 0.95 | 0.95 | 0.95 | 0.95 | 0.94 |
| SZ | 0.85 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.97 | 0.97 | 0.97 | 0.95 | 0.92 |
| TG | 0.84 | 0.83 | 0.84 | 0.82 | 0.82 | 0.92 | 0.92 | 0.92 | 0.92 | 0.92 |
| TI | 0.93 | 0.97 | 0.97 | 0.97 | 0.96 | 0.83 | 0.81 | 0.75 | 0.75 | 0.75 |
| UR | 0.85 | 0.80 | 0.83 | 0.86 | 0.86 | 0.89 | 0.89 | 0.88 | 0.87 | 0.87 |
| VD | 0.94 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | 0.99 | 0.99 | 0.98 | 0.97 | 0.98 | 0.97 |
| VS | 0.78 | 0.78 | 0.79 | 0.80 | 0.81 | 0.72 | 0.76 | 0.89 | 0.90 | 0.90 |
| ZG | 0.85 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.97 | 0.94 | 0.90 | 0.90 | 0.88 |
| ZH | 0.96 | 0.91 | 0.90 | 0.90 | 0.89 | 0.96 | 0.93 | 0.93 | 0.92 | 0.92 |
| Ungew. DS | 0.88 | 0.86 | 0.87 | 0.87 | 0.87 | 0.91 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.89 |
| Gewicht. DS | 0.90 | 0.88 | 0.89 | 0.88 | 0.88 | 0.91 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 |
| Stabw | 0.053 | 0.066 | 0.064 | 0.062 | 0.061 | 0.068 | 0.061 | 0.065 | 0.058 | 0.052 |
| Minimum | 0.78 | 0.78 | 0.78 | 0.80 | 0.80 | 0.72 | 0.76 | 0.75 | 0.75 | 0.75 |
| Maximum | 0.98 | 0.99 | 0.99 | 0.99 | 0.99 | 1.00 | 1.00 | 0.97 | 0.98 | 0.97 |
| Spanne | 0.20 | 0.21 | 0.21 | 0.19 | 0.19 | 0.28 | 0.25 | 0.22 | 0.23 | 0.22 |

Für 2004 und 2005 wurden die Jahreswerte aus monatlichen Werten berechnet

Spitäler umfassen nur öffentliche Spitäler

Für die Berechnung des gewichteten Durchschnitts wurde als Gewicht die Anzahl an Versicherten in der OKP im Jahre 2007 gemäss Statistik des Risikoausgleichs verwendet

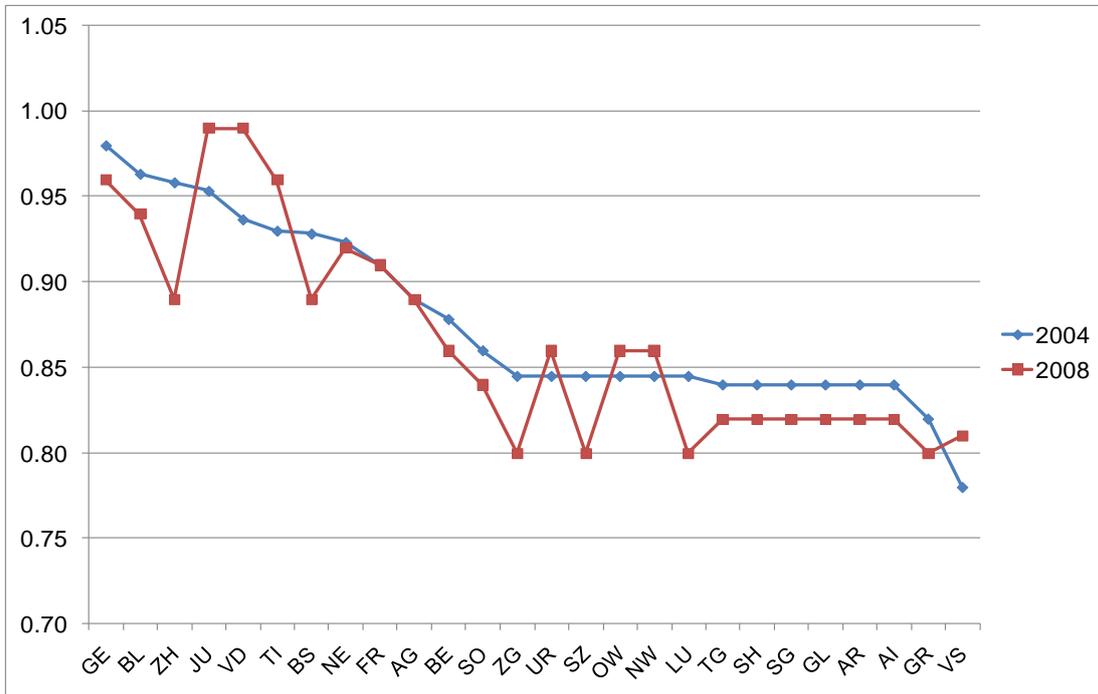
DS: Durchschnitt, Stabw: Standardabweichung

Quelle: BAG, eigene Berechnungen

Nachdem ursprünglich von einem einheitlichen Taxpunktwert von 1 Franken ausgegangen worden war, ergeben sich bei der konkreten TARMED-Einführung erhebliche Anpassungen. Einerseits musste der durchschnittliche Taxpunktwert deutlich tiefer angesetzt werden, um die Kostenneutralität einzuhalten, andererseits wurden die Taxpunktwerte kantonal unterschiedlich angesetzt (so dass kantonal jeweils die Kostenneutralität eingehalten wurde).



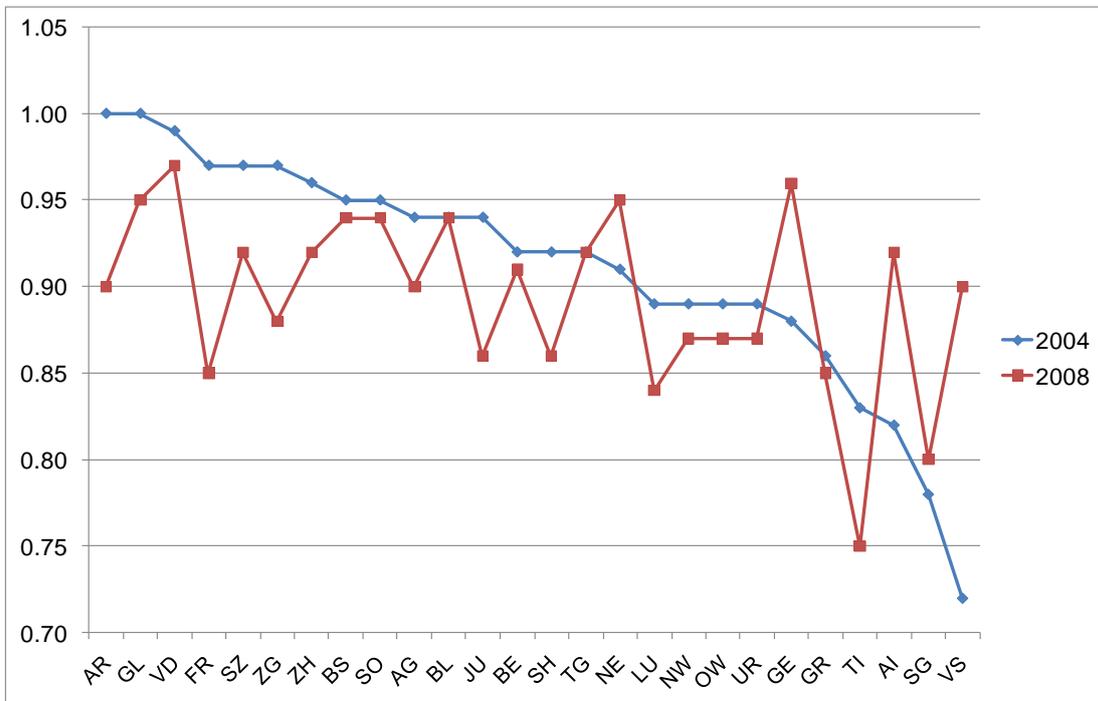
Abbildung 14: Taxpunktwerte für Arztpraxen nach Kantonen, 2004/2008



Die Kantone sind nach Höhe des Taxpunktwertes 2004 geordnet

Quelle: Tabelle 8

Abbildung 15: Taxpunktwerte für Spitäler nach Kantonen, 2004/2008



Die Kantone sind nach Höhe des Taxpunktwertes 2004 geordnet

Quelle: Tabelle 8



Somit wurden die historisch gewachsenen Unterschiede in den kantonalen Kosten der ambulanten Behandlung in den TARMED eingebaut. In gleicher Weise wurden unterschiedliche Taxpunktwerte für Arztpraxen und Spitäler eingeführt.

Bei den Arztpraxen sind folgende Entwicklungen ersichtlich (**Abbildung 14** und Tabelle 8):

- In der Mehrzahl der Kantone kam es zu Taxpunktwerstsenkungen. In den Kantonen JU, NW, OW, TI, VD stieg der Taxpunktwert an. Der durchschnittliche Taxpunktwert ging von 2004 bis 2008 gewichtet von 0.90 auf 0.88 Franken und ungewichtet von 0.88 auf 0.87 Franken zurück.
- Die Variabilität nach Kantonen blieb zwischen 2004 und 2008 in einem vergleichbaren Rahmen (die Standardabweichung stieg an, die Spanne zwischen Minimum und Maximum ging leicht zurück).

Bei den Spitälern (einbezogen sind nur die öffentlichen Spitäler) ergeben sich folgende Entwicklungen (**Abbildung 15** und Tabelle 8):

- In der Mehrzahl der Kantone kam es zu Taxpunktwerstsenkungen. In den Kantonen NE, GE, AI, SG, VS stieg der Taxpunktwert an. Der durchschnittliche Taxpunktwert ging von 2004 bis 2008 gewichtet von 0.91 auf 0.90 Franken und ungewichtet von 0.91 auf 0.89 Franken zurück.
- Die Variabilität nach Kantonen ging zwischen 2004 und 2008 zurück (sowohl die Standardabweichung wie die Spanne zwischen Minimum und Maximum reduzierten sich).

Der Vergleich von **Abbildung 14** und **Abbildung 15** lässt vermuten, dass nur ein geringer Zusammenhang zwischen der Höhe des Taxpunktwertes der Arztpraxen und des Taxpunktwertes der Spitäler nach Kantonen besteht (die kantonale Reihenfolge fällt je nach Bereich sehr unterschiedlich aus). Dies wird durch die Korrelationskoeffizienten zwischen den Taxpunktwerten von Arztpraxen und Spitälern in den Kantonen bestätigt. Für 2004 beträgt der Korrelationskoeffizient 0.34, für 2005 0.18, für 2006 0.07, für 2007 0.00 und für 2008 0.12. Es besteht nahezu keine Korrelation in dem Sinn, dass ein Kanton mit einem hohen Taxpunktwert bei den Arztpraxen auch einen hohen Taxpunktwert bei den Spitälern aufweisen würde. Offensichtlich kommt den kantonalen Kostenfaktoren (Preis-, Lohn-, Mietkostenniveau) keine entscheidende Rolle für die Festlegung der Taxpunktwerte zu, da andernfalls eine Korrelation festgestellt werden müsste.

3.7 Bestimmungsfaktoren der kantonalen Taxpunktwerte

Die kantonalen Taxpunktwerte liegen in einer erheblichen Spannbreite. In wie weit lassen sich die kantonalen Unterschiede durch mögliche Einflussfaktoren erklären? Diese Frage wird im Folgenden geprüft.

Die Analyse beschränkt sich dabei auf die Taxpunktwerte für die Arztpraxen und konzentriert sich auf die Taxpunktwerte des TARMED-Einführungsjahrs 2004. Es werden folgende Einflussfaktoren einbezogen:

- Kostenindikatoren:
 1. Mietpreisniveau 2003
 2. Lohnniveau 2004
- Ärzteindikatoren:
 3. Ärztedichte 2004
 4. Anteil Selbstdispensation 2004



5. Anteil Allgemeinpraktiker/innen 2004

■ Historische Unterschiede

6. Bruttoleistungen pro Versicherten 2003²⁹

Die Herkunft und Aussagekraft der verwendeten Daten wird im Anhang (Kapitel 8.6) dokumentiert. Nicht einbezogen werden Bevölkerungsindikatoren.³⁰ Diese sollten sich zum einen auf die in Anspruch genommenen Mengen, nicht aber auf die Preise auswirken. Andererseits fliessen diese Faktoren in die historischen Unterschiede (Bruttoleistungen pro Versicherten) ein.

Zwischen den einzelnen Variablen ergeben sich die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ausgewiesenen Korrelationen. Daraus lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

- Die Kostenindikatoren (Mietniveau, Lohnniveau) weisen keinerlei nennenswerte Korrelation mit dem Taxpunktwert auf, es besteht kein systematischer Einfluss zwischen diesen Kostenindikatoren und der Höhe des Taxpunktwertes. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da sich im Taxpunktwert die Kostenrealität der Leistungserbringer spiegeln sollte. Die Kostenindikatoren sind auch mit den anderen Variablen nicht nennenswert korreliert.
- Bei den Ärzteindikatoren ist der Indikator der Selbstdispensation, wie zu erwarten, negativ mit dem Taxpunktwert korreliert. Je grösser die Bedeutung der Selbstdispensation (und somit die Generierung von nicht über TARMED verrechneten Einkommen) in einem Kanton ist, desto geringer fällt tendenziell der Taxpunktwert aus. Diese Korrelation ist allerdings nicht signifikant. Die Ärztedichte ist hochsignifikant positiv (0.624), der Anteil an Allgemeinpraktikern hochsignifikant negativ (-0.638) mit dem Taxpunktwert korreliert. Diese Zusammenhänge sind nicht einfach zu interpretieren. Zum einen ist anzumerken, dass die Ärztedichte und der Anteil an Allgemeinpraktikern untereinander in starkem Ausmass negativ korreliert sind (-0.779). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Ärztedichte umso höher und der Anteil an Allgemeinpraktikern umso tiefer ausfallen, je mehr Spezialisten vorhanden sind. Warum der Taxpunktwert bei einem höheren Anteil von Spezialisten höher sein soll, lässt sich nicht sachlich begründen. Vielmehr scheinen sich hier historische Unterschiede fortzusetzen, wonach in Kantonen mit einer hohen Ärzte- und Spezialistendichte höhere kantonale Tarife festgelegt wurden als in Kantonen mit tiefer Ärzte- und Spezialistendichte. Möglicherweise spiegelt sich darin die bessere Verhandlungsposition der Ärzteseite bei der Festlegung der kantonalen Tarife.
- Als Indikator der historischen Unterschiede würden idealerweise die kantonalen Preise vor 2004 verwendet. Solche stehen leider nicht in vergleichbarer Form zur Verfügung, da die kantonalen Tarife nicht mit vernünftigem Aufwand in Preise für gleiche Leistungspakete umgesetzt werden können. Deshalb muss auf Leistungen abgestellt werden, welche neben der Preis- auch eine Mengenkomponekte enthalten. Die Bruttoleistungen pro Versicherten (0.710) weisen eine deutlich positive Korrelation mit dem Taxpunktwert auf. Diese Korrelation dürfte auf den schon an-

²⁹ Es wurden auch die Bruttoleistungen pro Versicherten der Allgemeinpraktiker getestet, ohne dass damit bessere Resultate erreicht wurden.

³⁰ Schleiningen/Slembeck/Blöchlinger beziehen bei der Analyse der kantonalen Mengenindizes folgende Bevölkerungsindikatoren ein: Alterszusammensetzung, Geschlechtszusammensetzung, Bevölkerungsdichte, Deprivation (Schleiningen Reto, Slembeck Tilman, Blöchlinger Jonas: Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, Zentrum für Wirtschaftspolitik zhaw, September 2007).



geführten Umstand zurückzuführen sein, dass eine höhere Ärzte- und Spezialistendichte auch mit einem höheren Preisniveau des Angebots verbunden ist.³¹

Tabelle 9: Korrelationen

| | Taxpunkt 2004 | Mietniveau | Lohnniveau | Ärztedichte | Selbstdispensation | Allgemeinpraktiker |
|---------------------|---------------|------------|------------|-------------|--------------------|--------------------|
| Mietniveau | -0.019 | | | | | |
| Lohnniveau | 0.241 | 0.343 | | | | |
| Ärztedichte | 0.624 ** | -0.071 | 0.121 | | | |
| Selbstdispensation | -0.299 | 0.487 * | 0.031 | -0.445 * | | |
| Allgemeinpraktiker | -0.638 ** | -0.001 | -0.090 | -0.779 ** | 0.442 * | |
| Bruttoleistungen pV | 0.710 ** | 0.103 | 0.163 | 0.827 ** | -0.245 | -0.710 ** |

*Signifikant mit Irrtumswahrscheinlichkeit 5%, ** signifikant mit Irrtumswahrscheinlichkeit 1%. Quelle: eigene Berechnungen

Unter Einbezug der beschriebenen Einflussfaktoren verbleibt bei der sog. Stepwise Regression einzig der Einflussfaktor der Bruttoleistungen pro Versicherten. Die entsprechende Regressionsgleichung ist in Tabelle 10 ersichtlich (Gleichung 1). Der R²-Wert beträgt 0.504, was bedeutet, dass mit der Gleichung rund die Hälfte der Variation des Taxpunktwertes erklärt werden kann. Wenn statt der Bruttoleistungen die Ärztedichte als Erklärungsfaktor verwendet wird, so macht der R²-Wert 0.390 aus (knapp 40% der Variation des Taxpunktwertes wird erklärt).

Tabelle 10: Regressionsgleichungen zur Erklärung des kantonalen Taxpunktwertes

| | Gleichung 1 | Gleichung 2 |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| Bruttoleistungen (t-Wert) | 0.00179 (4.935) | - |
| Ärztedichte (t-Wert) | - | 0.00053 (3.917) |
| Konstante (t-Wert) | 0.71508 (21.039) | 0.78223 (30.112) |
| R ² | 0.504 | 0.390 |

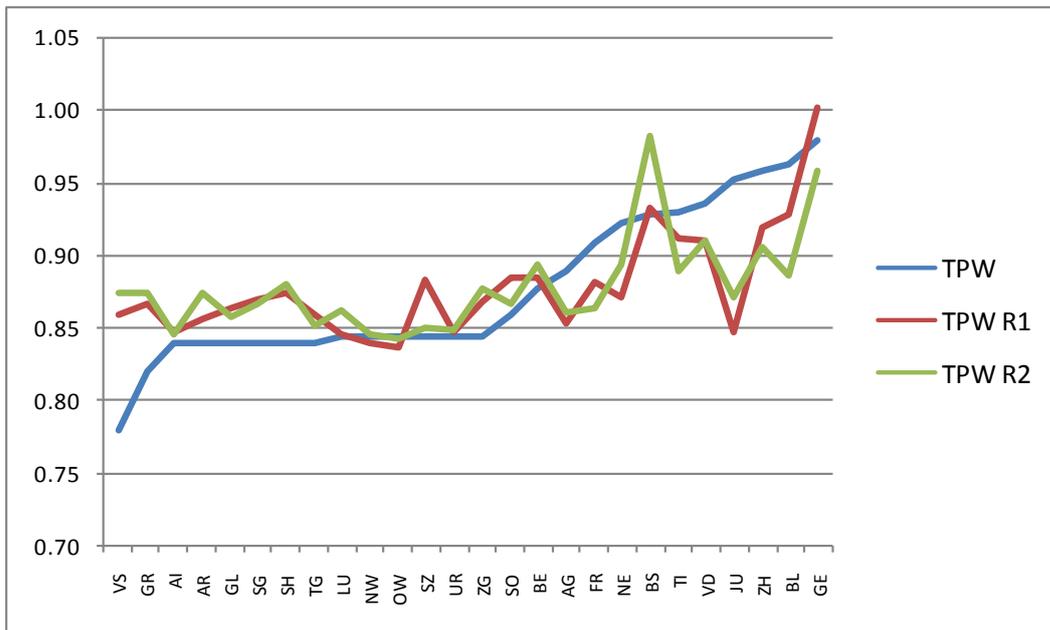
Quelle: eigene Berechnungen

Wie Abbildung 16 zeigt, ist die Erklärungskraft der beiden Gleichungen begrenzt. Bei folgenden vier Kantonen weichen die Prognosen in Gleichung 1 stark (um mehr als 0.05) ab: VS (Prognose um 0.08 Punkte über dem effektiven Taxpunktwert), GR (+0.05), NE (-0.05), JU (-0.11). In Gleichung 2 ergeben sich bei sechs Kantonen starke Abweichungen der Prognosen von den effektiven Werten: VS (+0.09), GR (+0.06), FR (-0.05), JU (-0.08), ZH (-0.05), BL (-0.08).

³¹ Die sehr starke Korrelation zwischen der Ärztedichte und den Bruttoleistungen pro Versicherten (0.827) dürfte allerdings primär auf einen entsprechenden Mengeneffekt zurückzuführen sein (bekannter Zusammenhang, dass sich im Gesundheitswesen ein zusätzliches Angebot die entsprechende Nachfrage schafft).



Abbildung 16: Mit Regressionsgleichungen prognostizierte Taxpunktwerte



Taxpunktwert: beobachtete Taxpunktwert, Taxpunktwert R1: mit Regressionsgleichung 1 berechnete Taxpunktwert, Taxpunktwert R2: mit Regressionsgleichung 2 berechnete Taxpunktwert. Quelle: eigene Berechnungen

Die Analyse der Bestimmungsfaktoren für die Taxpunktwerte des Jahres 2004 ergibt folgende

Hauptresultate:

- Kantonale Kostenunterschiede (bei Mieten und Löhnen) spielen für die kantonalen Taxpunkt- werte keine Rolle.
- Bei den zur Verfügung stehenden Faktoren stellen die Bruttoleistungen pro Versicherten des Vorjahres den besten Bestimmungsfaktor dar. In ähnlicher Art kann die Ärztedichte den Tax- punkt- wert erklären. Darin dürfte sich primär der Umstand spiegeln, dass höhere Bruttoleistung und eine höhere Ärztedichte vor TARMED offenbar mit höheren Preisen verbunden waren und die Preisunterschiede mit TARMED übernommen wurden.
- Mit der Anwendung der Kostenneutralität von TARMED auf kantonaler Ebene wurden die kan- tonalen Unterschiede in der Folge weitgehend weiter geführt.
- In der übernommenen historischen Struktur spielen offensichtlich auch andere Faktoren eine Rolle. Bei VS und GR führen diese Faktoren dazu, dass der effektive Taxpunkt- wert stark unter dem aufgrund von Bruttoleistungen und Ärztedichte zu erwartenden Wert liegt. Bei NE, FR, JU, ZH, BL führen die Faktoren dazu, dass der effektive Taxpunkt- wert stark über dem aufgrund von Bruttoleistungen und Ärztedichte zu erwartenden Wert liegt. Welche Faktoren dies sein können, kann ohne vertiefte Abklärungen nicht gesagt werden.

3.8 Umsatz pro Sitzung nach Ärzteguppen

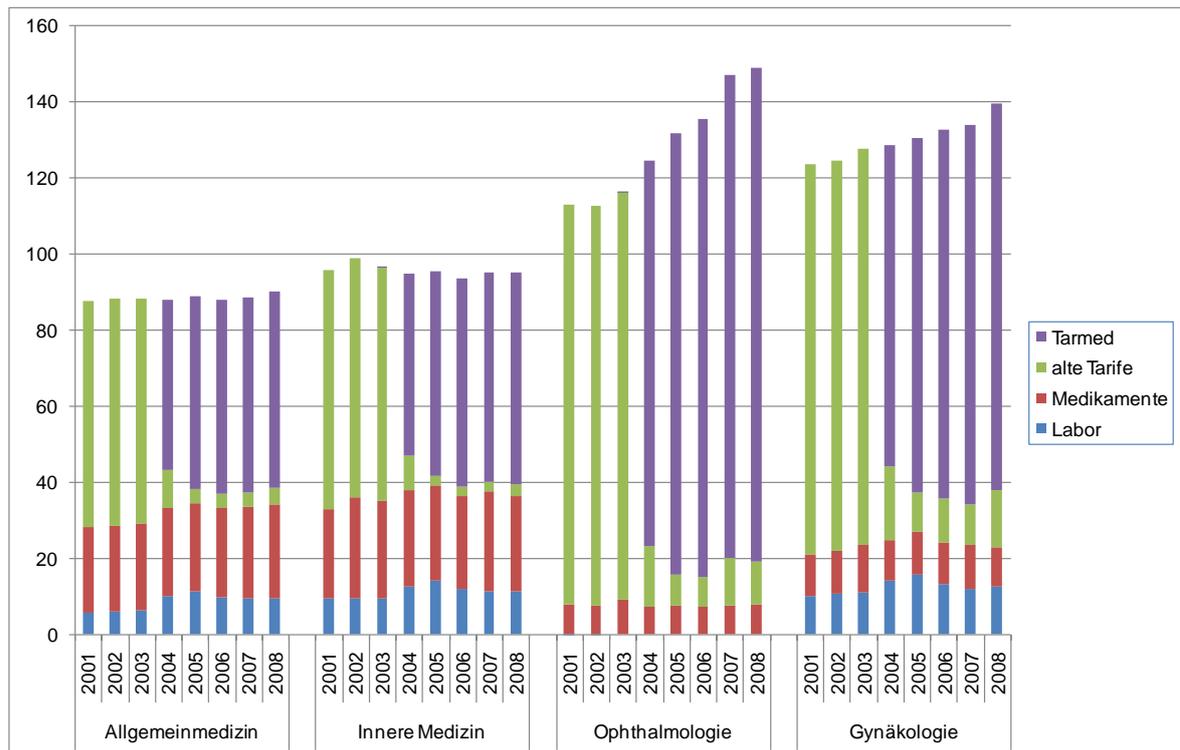
Aufgrund der Daten der Ärztekasse kann ersehen werden, wie sich der Umsatz pro Sitzung zwi- schen 2001 und 2008 nach einzelnen Ärzteguppen entwickelt hat. Für die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin ist der Umsatz pro Sitzung nahezu konstant geblieben. Bei den spezialisierten Ärzteguppen zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei der



Ophthalmologie, wo er nach Einführung von TARMED zudem stärker ausfällt als vor TARMED. Für die Interpretation dieser Entwicklung sind die Fallbeispiele 5-7 aus dem Bereich der Ophthalmologie von besonderem Interesse.

Ob es mit TARMED zu einer Mengenausweitung infolge einer Erhöhung der Anzahl Sitzungen pro Patient/in gekommen ist, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht beantworten. Allfällig können die Daten der Ärztekasse zu dieser Frage noch spezifisch ausgewertet werden.

Abbildung 17: Umsatz pro Sitzung nach Spezialität und Tariftyp (in Franken), 2001-2008



Quelle: Ärztekasse (Tabelle 31 in Anhang 3)

3.9 Einschätzungen zu den Evaluationsfragen

Aus der Analyse der aggregierten Entwicklungen können folgende vorläufigen Einschätzungen zu den Evaluationsfragen vorgenommen werden:

- Begrenzung der statistische Quellen (1.4): Das schon angesprochene Problem der unterschiedlichen Abgrenzungen zeigte sich mehrfach. In der Folge lassen sich die Resultate oftmals nicht ganz genau angeben, Angaben mit einem vertretbaren Unschärfbereich sind aber möglich. Die statistischen Quellen erlauben keinen umfassenden Vergleich der Situation vor und nach Einführung von TARMED.³² Der Grossteil der Analysen muss sich deshalb auf die Phase ab 2004 (Einführung TARMED) konzentrieren. Die unmittelbaren Wirkungen von TARMED sind somit nur beschränkt ersichtlich, abgebildet werden primär die mittelbaren Wirkungen.

³² Für die Behandlung der Fallbeispiele (Mandat INFRAS) konnten mit den Daten der Ärztekasse für ausgewählte Kantone „Compare“-Auswertungen vorgenommen werden, welche bedingten, dass Analogiepositionen in den früheren kantonalen Tarifen ermittelt werden mussten.



- Ziele des TARMED (1.1), a) Aufwertung der intellektuellen Leistungen: Die Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Ärztegruppen zeigt, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde. Zwar gibt es einzelne gewünschte Effekte. So zählen etwa Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin zur Gruppe der Gewinner. Die Allgemeine Medizin und die Innere Medizin (sowie die Praktischen Ärzte/Ärztinnen) gehören aber zu Gruppe der Verlierer, in der Gruppe der Gewinner sind auch technisch stark spezialisierte Ärztegruppen wie Oto-Rhino-Laryngologie und Chirurgie zu finden.
- Ziele des TARMED (1.1), c) Einhaltung der Kostenneutralität: In einem allgemeinen statistischen Sinn kann die Kostenneutralität als eingehalten betrachtet werden: Nach Einführung des TARMED ergibt sich gesamthaft ein vergleichbarer Kostentrend wie vorher. Bei den Arztpraxen stiegen die Kosten im Einführungsjahr 2004 überdurchschnittlich stark an, was in der Folge zu einer Senkung bei den Taxpunktwerten führte. In diesem Zusammenhang zeigt sich ein grundsätzliches Problem der Steuerung über einen Einzelleistungstarif. Die Preisseite kann durch die Festsetzung der Taxpunktwerte unmittelbar bestimmt werden. Solche preisseitigen Massnahmen können durch eine Mengenausweitung aber wieder unterlaufen werden. Bei den spezialisierten Ärztegruppen ist eine Ausweitung des Umsatzes pro Sitzung in den letzten Jahren zu beobachten.
- Wirkungen von eventuellen Fehlbewertungen (3.1): Grundsätzlich ist festzustellen, dass es mit der Analyse der aggregierten Entwicklungen möglich ist, verschiedene der in Evaluationsfrage 3.1. angesprochenen Wirkungen zu quantifizieren. Insbesondere lassen sich Aussagen zur Entwicklung der Umsätze der Arztpraxen (b) der Spitäler (c), der Umsatzverschiebung zwischen Arztpraxen und Spitälern (d) und der Umsatzverschiebung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in den Spitälern (e) machen. Es lässt sich aber anhand der aggregierten Entwicklungen nicht empirisch beurteilen, in wie weit solche Entwicklungen eine Wirkung der Einführung von TARMED seien. Für die Beurteilung der Frage, ob es mit TARMED zu einer Mengenausweitung infolge einer Erhöhung der Anzahl Sitzungen pro Patient/in gekommen ist, wären weitere Auswertungen der Ärztekasse nötig. EFK-Hochrechnungen aufgrund der Tarifpool-Daten der Anzahl verrechneten Pos. 00.0010, Konsultation, erste 5 Min., zeigen für die Jahre 2005-2007 einen Rückgang von 2.1% bei den Ärzten, und eine Zunahme von 10.4% in den Spitälern (EFK 2010: Fallbeispiel 1, Konsultation).



4 Auswertung nach Tarifpositionen

Die Datenquellen der Ärztekasse und des Tarifpools erlauben eine Auswertung nach einzelnen Tarifpositionen. Im Folgenden werden primär die Auswertungen der Ärztekasse dargestellt, wobei diese je nach Fragestellung mit Auswertungen des Tarifpools ergänzt werden.³³ Ausführlichere Tarifpoolauswertungen finden sich in Anhang 2 (Abschnitt 8.2). Dort wird auch dargestellt, dass sich die Ergebnisse der beiden Datenquellen weitgehend entsprechen.

4.1 TARMED-Kapitel und Fallbeispiel-Tarifpositionen

Für die Analyse von einzelnen TARMED-Positionen spielen einerseits einzelne TARMEDkapitel eine besondere Rolle:

- Kapitel 00: Grundleistungen (insbesondere 00.01 Allgemeine Grundleistungen, 00.02 Leistungspakete, 00.03 Spezielle Grundleistungen). Bei den Grundleistungen handelt es sich zu einem guten Teil um Leistungen, die im Zeittarif abgerechnet werden.
- Kapitel 08: Auge
- Kapitel 17: Herz und Gefässe (nichtchirurgisch)
- Kapitel 22/23; Gynäkologie / Mamma
- Kapitel 30/39: Bildgebende Verfahren (ab 2008 ersetzte Kapitel 39 das Kapitel 30)

Bei den Fallbeispielen spielen ausgesuchte TARMED-Positionen aus diesen Kapiteln wiederum eine besondere Rolle. Die **Fallbeispiele 1-4** umfassen in TARMED-Kapitel 00 enthaltene Konsultationen, welche als Grundleistungen bei allen Spezialitäten³⁴ vorkommen, vor allem aber für die Allgemeinmedizin und Innere Medizin von grosser Bedeutung sind:

- Fallbeispiel 1: Basiskonsultation
- Fallbeispiel 2: Konsultation mit Inkonvenienzpauschale für Dringlichkeit oder Notfall
- Fallbeispiel 3: Konsultation mit EKG
- Fallbeispiel 4: Besuch

Das Fallbeispiel 1 ist auch für die Spezialitäten Ophthalmologie und Gynäkologie von Bedeutung und wird deshalb im Folgenden auch für diese Spezialitäten ausgewiesen.

Die **Fallbeispiele 5-7** enthalten Leistungen, welche fast ausschliesslich nur für die Ophthalmologie von Bedeutung sind:

- Fallbeispiel 5: Konsultation mit Refraktionsbestimmung
- Fallbeispiel 6: Konsultation mit Applanationstonometrie
- Fallbeispiel 7: Kataraktoperation

Die **Fallbeispiele 8-10** enthalten Leistungen, welche fast ausschliesslich nur für die Gynäkologie von Bedeutung sind:

- Fallbeispiel 8: Gynäkologische präventive Untersuchung
- Fallbeispiel 9: Konsultation mit Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft
- Fallbeispiel 10: Abortbehandlung bis und mit 12. Schwangerschaftswoche

³³ Dies betrifft insbesondere die Spitäler, welche bei der Ärztekasse nicht enthalten sind, sowie kantonsvergleichende Auswertungen, da der Tarifpool eine höhere Abdeckung hat.

³⁴ Dies gilt nicht für die Psychiatrie, deren Grundleistungen in Kapitel 02 enthalten sind.



Im Folgenden werden die Fallbeispiele und deren einzelne Schlüsselpositionen jeweils einheitlich als Anteil an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen dargestellt. Zum Teil resultieren dabei sehr kleine Prozentzahlen. Da die gesamten TARMED-Bruttoleistungen aber einen Milliardenbetrag (rund 7 Mrd. Franken im Jahr 2007) ausmachen, stellen auch sehr kleine Prozentanteile noch bedeutende Beträge dar. Die prozentualen Veränderungen werden aufgrund der genauen Absolutzahlen (und nicht der gerundeten Prozentzahlen) berechnet.

4.2 Anteil einzelner Kapitel an gesamten TARMED-Leistungen

Tabelle 11 zeigt, wie sich die Anteile der ausgewählten Kapitel an den gesamten TARMED-Leistungen zwischen 2004 und 2008 entwickelten.

Tabelle 11: Anteil einzelner TARMEDkapitel an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008

| | Arztpraxen gesamt * | Allgemein- medizin | Innere Medizin | Ophthal- mologie | Gynäko- logie |
|---|------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Anteil 2004 | | | | | |
| Kapitel 00: Grundleistungen | 65.67% | 87.61% | 86.29% | 21.95% | 32.75% |
| Kapitel 08: Auge | 6.99% | 0.00% | 0.02% | 75.54% | 0.00% |
| Kapitel 17: Herz und Gefässe (nichtchirurgisch) | 2.51% | 1.39% | 2.91% | 0.00% | 0.00% |
| Kapitel 22/23: Gynäkologie / Mamma | 3.32% | 0.82% | 0.10% | 0.00% | 40.05% |
| Kapitel 30/39: Bildgebende Verfahren | 7.86% | 6.31% | 7.03% | 1.80% | 25.80% |
| Übrige Kapitel | 13.65% | 3.86% | 3.65% | 0.71% | 1.39% |
| Gesamt | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Anteil 2008 | | | | | |
| Kapitel 00: Grundleistungen | 64.90% | 88.86% | 86.69% | 20.39% | 33.03% |
| Kapitel 08: Auge | 7.22% | 0.00% | 0.01% | 73.66% | 0.00% |
| Kapitel 17: Herz und Gefässe (nichtchirurgisch) | 2.68% | 1.29% | 2.92% | 0.00% | 0.00% |
| Kapitel 22/23: Gynäkologie / Mamma | 3.23% | 0.63% | 0.08% | 0.00% | 37.30% |
| Kapitel 30/39: Bildgebende Verfahren | 7.72% | 5.53% | 6.48% | 2.24% | 28.52% |
| Übrige Kapitel | 14.25% | 3.69% | 3.82% | 3.71% | 1.15% |
| Gesamt | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| Veränderung 2004-2008 in Prozentpunkten | | | | | |
| Kapitel 00: Grundleistungen | -0.76 | 1.25 | 0.40 | -1.55 | 0.28 |
| Kapitel 08: Auge | 0.22 | 0.00 | 0.00 | -1.89 | 0.00 |
| Kapitel 17: Herz und Gefässe (nichtchirurgisch) | 0.17 | -0.10 | 0.01 | 0.00 | 0.00 |
| Kapitel 22/23: Gynäkologie / Mamma | -0.08 | -0.20 | -0.02 | 0.00 | -2.75 |
| Kapitel 30/39: Bildgebende Verfahren | -0.14 | -0.78 | -0.55 | 0.44 | 2.71 |
| Übrige Kapitel | 0.60 | -0.17 | 0.17 | 3.00 | -0.24 |
| Relative Veränderung 2004-2008 in % | | | | | |
| Kapitel 00: Grundleistungen | -1.16% | 1.42% | 0.46% | -7.07% | 0.86% |
| Kapitel 08: Auge | 3.21% | -37.10% | -26.26% | -2.50% | .. |
| Kapitel 17: Herz und Gefässe (nichtchirurgisch) | 6.59% | -7.01% | 0.26% | .. | .. |
| Kapitel 22/23: Gynäkologie / Mamma | -2.48% | -23.83% | -24.12% | .. | -6.87% |
| Kapitel 30/39: Bildgebende Verfahren | -1.83% | -12.38% | -7.80% | 24.39% | 10.51% |
| Übrige Kapitel | 4.39% | -4.43% | 4.64% | 421.05% | -17.53% |

* Arztpraxen gesamt: ohne Psychiatrie

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 20% sind fett-kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse

Knapp zwei Drittel aller TARMED-Leistungen der Arztpraxen (ohne Psychiatrie) werden als allgemeine Grundleistungen (Kapitel 00) abgerechnet.³⁵ Wie zu erwarten, stellen die die Grundleistungen bei den Generalisten-Praxen (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) den überwiegenden Anteil der Leistungen dar (über 85%), bei den Spezialisten-Praxen machen sie einen kleineren Teil

³⁵ Wenn die Psychiatrie miteinbezogen wird (wo die Grundleistungen über Kapitel 02 abgerechnet werden), so sinkt der Anteil des Kapitels 00 auf rund die Hälfte.



der gesamten Leistungen aus: rund einen Fünftel bei der Ophthalmologie und rund einen Drittel bei der Gynäkologie.

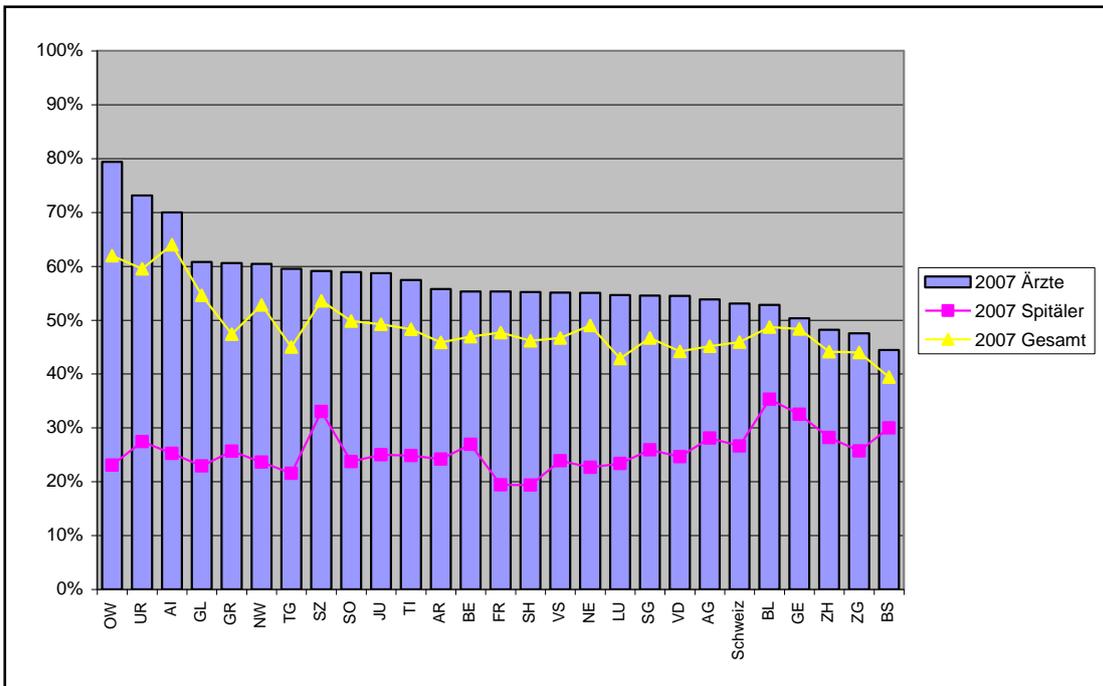
Wie sich der Anteil der Grundleistungen bei den Spitälern ambulant entwickelte, kann für die Jahre 2005-2007 aus den Tarifpooldaten ersehen werden (**Tabelle 30** in Anhang 2). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Grundleistung im Spitalbereich mit rund einem Viertel deutlich tiefer liegt als bei den Arztpraxen mit rund der Hälfte (bei den Arztpraxen mit Psychiatrie) oder rund zwei Dritteln (bei den Arztpraxen ohne Psychiatrie). Während der Anteil bei den Arztpraxen tendenziell aber sinkt, steigt er bei den Spitälern deutlich an: zwischen 2005 und 2007 nahm der Anteil um 2.5 Prozentpunkte (was einem relativen Anstieg von 10.4% entspricht) zu.

Wie der Anteil der Grundleistungen nach Kantonen 2007 variiert, ist aus **Abbildung 18** für Arztpraxen und Spitäler ersichtlich (die Kantone sind nach Anteil bei den Arztpraxen geordnet). Bei den Arztpraxen liegt der Anteil zwischen 45% (BS) und 79% (OW), die Standardabweichung liegt bei 7.5 Prozentpunkten. Die starke Streuung ist primär mit einem Stadt-Land-Gefälle zu erklären. In kleinen ländlichen Kantonen (OW, UR, AI, GL am oberen Ende der Anteilswerte) umfassen die Arztpraxen vor allem Grundanbieter (mit einem hohen Anteil von Grundleistungen), in städtischen Kantonen (BS, ZG, ZH, GE am untern Ende der Anteilswerte) ist der Anteil von Spezialisten (mit einem geringen Anteil an Grundleistungen) viel höher. Bei den Spitälern liegt der Anteil der Grundleistungen je nach Kanton zwischen 20 bis 35% (Standardabweichung 3.9 Prozentpunkte), für Arztpraxen und Spitäler zusammen zwischen 40 bis 64% (Standardabweichung 5.8 Prozentpunkte).

Für die Facharztgruppen ist die Variation nach Kantonen 2007 geringer als bei den Arztpraxen gesamthaft (**Abbildung 19**). Bei der Allgemeinmedizin liegt der Anteil der Grundleistungen zwischen 84% und 96% (Standardabweichung 3.1 PP), bei der Inneren Medizin zwischen 77% und 96% (Standardabweichung 4.6 PP). Für die Ophthalmologie liegen die Anteile zwischen 16% und 26% (Standardabweichung 2.3 PP), für die Gynäkologie zwischen 26% und 48% (Standardabweichung 4.0 PP).

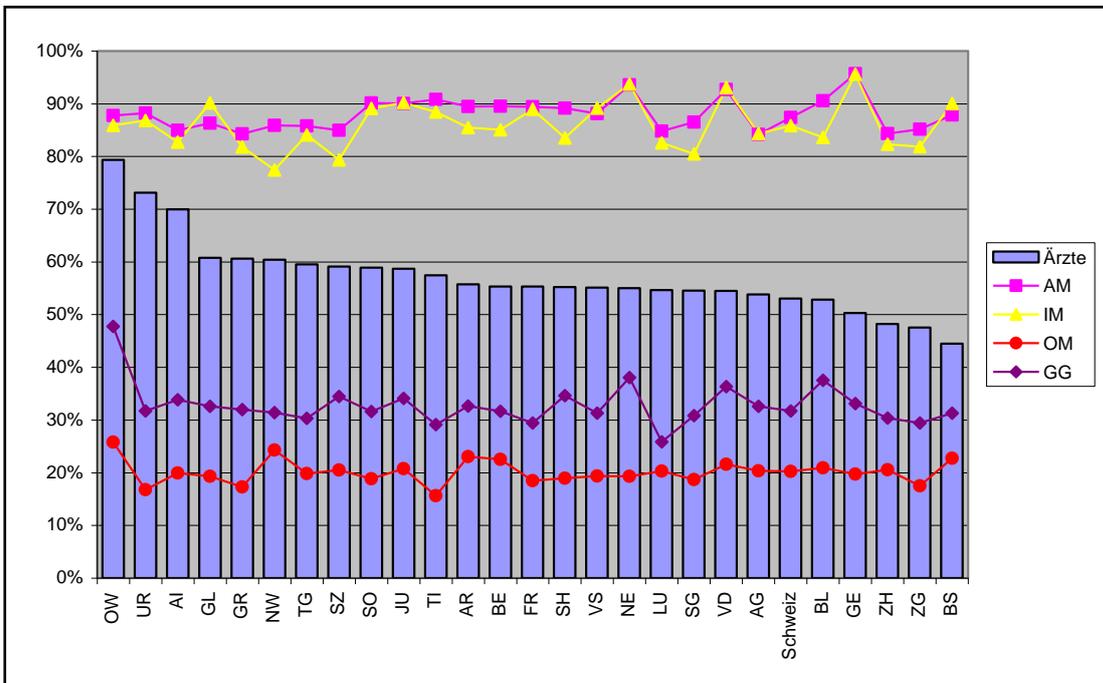


Abbildung 18: Anteil der Grundleistungen an gesamten TARMED-Bruttotoleistungen nach Kantonen (Arztpraxen und Spitäler, 2007)



Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen (vgl. Anhang Tabelle 31 in Anhang 3)

Abbildung 19: Anteil der Grundleistungen an gesamten TARMED-Bruttotoleistungen nach Kantonen (Arztpraxen nach Spezialisierungen, 2007)



AM: Allgemeinmedizin, IM: Innere Medizin, OM: Ophthalmologie, GG: Gynäkologie/Geburtshilfe
 Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen (vgl. Anhang Tabelle 33)



Wie **Tabelle 12** zeigt ist die Streuung des Anteils der Grundleistungen an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen nach Kantonen im Zeitraum von 2005 bis 2006 in vergleichbarer Grössenordnung geblieben. Als Mass der Streuung wird dabei die Standardabweichung verwendet. Für die Ärzte gesamthaft sowie die Ärztegruppen Ophthalmologie und Gynäkologie stieg die Standardabweichung an, für die Ärztegruppen Allgemeinmedizin und Innere Medizin sowie die Spitäler ging sie zurück.

Tabelle 12: Streuung des Anteils der Grundleistungen an gesamten TARMED-Bruttoleistungen nach Kantonen (Standardabweichung in Prozentpunkten)

| | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------|------|------|------|
| Arztpraxen gesamt | 5.9 | 6.6 | 7.5 |
| Allgemeinmedizin | 3.3 | 3.1 | 3.1 |
| Innere Medizin | 5.2 | 4.8 | 4.6 |
| Ophthalmologie | 2.1 | 2.2 | 2.3 |
| Gynäkologie | 2.7 | 2.8 | 4.0 |
| Spitäler | 8.7 | 4.3 | 3.9 |

Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen (vgl. Anhang Tabelle 32 / Tabelle 33)

4.3 Wichtige einzelne TARMED-Positionen für Fallbeispiele

Die Fallbeispiele werden im Rahmen des Mandats von INFRAS eingehender analysiert. Im Folgenden werden lediglich wichtigste Entwicklungen der Anteile von TARMED-Schlüsselpositionen dargestellt. Als markante Veränderungen können Veränderungen von mindestens 0.5 Prozentpunkten („absolute Veränderungen“) oder mindestens 30% („relative Veränderungen“) erachtet werden.

Für die Gesamtheit der Arztpraxen (ohne Psychiatrie) sind bei den **Fallbeispielen 1-4** folgende Entwicklungen ersichtlich (**Tabelle 13**):

- Der Anteil der vier Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 1 ging um 1.23 Prozentpunkte (von gut 37% auf 36%) zurück. Dabei ergab sich eine veränderte Struktur: der Anteil der ersten und letzten 5 Minuten ging in vergleichbarem Umfang zurück, der Anteil der weiteren Minuten stieg an, der Anteil der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten nahm relativ am deutlichsten zu (um 15%). Dies lässt zum einen auf eine Verlängerung der durchschnittlichen Konsultationsdauer und zum anderen eine Zunahme der Leistungen in Abwesenheit des Patienten schliessen.
- Der Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 2 ging um 0.84 Prozentpunkte (von rund 2.4% auf rund 1.6%) zurück. Dies entspricht einer relativen Abnahme um 35%. Nach einzelnen Schlüsselpositionen liegt der relative Rückgang zwischen 11% bis 47%. Dies lässt sich weitgehend mit der Einführung von neuen Tarifpositionen ab 2007 (00.2505) erklären. Die absoluten Zahlen für Notfälle A/B/C verändern sich sonst recht wenig.
- Der Anteil der Schlüsselposition des Fallbeispiels 3 ging um 0.07 Prozentpunkte oder 11% zurück, die einzelnen Positionen waren in ähnlichem Umfang betroffen. Die absoluten Zahlen verändern sich auch hier wenig.
- Der Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 4 ging um 0.33 Prozentpunkte oder 10% zurück, die einzelnen Positionen waren in ähnlichem Umfang betroffen. Wiederum verändern sich die absoluten Zahlen wenig.



Für die **Fallbeispiele 5-7** ergibt sich für die Gesamtheit der Arztpraxen (ohne Psychiatrie) folgendes Bild:

- Der Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 5 ging um 0.17 Prozentpunkte oder 8% zurück, die einzelnen Positionen waren in ähnlichem Umfang betroffen.
- Der Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 6 blieb nahezu konstant (Rückgang um 0.01 Prozentpunkte oder 1%).
- Der Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 7 nahm um 0.28 Prozentpunkte zu. Dies entspricht einer markanten relativen Zunahme um 301%. Sämtliche einzelnen Positionen legten relativ um mehrere hundert Prozent zu.

Für die **Fallbeispiele 8-10** zeigt sich für die Gesamtheit der Arztpraxen (ohne Psychiatrie) Folgendes:

- Der Anteil der Schlüsselposition des Fallbeispiels 8 ging um 0.07 Prozentpunkte oder 26% zurück.
- Der Anteil der Schlüsselposition des Fallbeispiels 9 ging um 0.02 Prozentpunkte oder 7% zurück.
- Der Anteil der Schlüsselposition des Fallbeispiels 10 ging minim zurück (um 0.0004 Prozentpunkte), relativ sank er um 10%.

Tabelle 13: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1-10 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008 (Arztpraxen ohne Psychiatrie)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 15.39% | 15.03% | 14.48% | 14.09% | 13.68% | -1.70 | -11% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 11.79% | 12.23% | 12.39% | 12.32% | 12.40% | 0.60 | 5% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 6.56% | 6.41% | 6.21% | 6.05% | 5.90% | -0.65 | -10% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 3.52% | 3.51% | 3.71% | 3.91% | 4.04% | 0.52 | 15% |
| Gesamt | 37.25% | 37.19% | 36.79% | 36.38% | 36.02% | -1.23 | -3% |
| Fallbeispiel 2: Konsultation mit Inkonvenienzpauschale für Dringlichkeit oder Notfall | | | | | | | |
| 00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A | 1.08% | 1.02% | 1.05% | 0.83% | 0.75% | -0.33 | -30% |
| 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B | 0.79% | 0.75% | 0.75% | 0.55% | 0.42% | -0.37 | -47% |
| 00.2530 (+) %-Zuschlag für Notfall B | 0.10% | 0.09% | 0.09% | 0.08% | 0.08% | -0.01 | -14% |
| 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C | 0.36% | 0.39% | 0.37% | 0.28% | 0.24% | -0.12 | -33% |
| 00.2550 (+) %-Zuschlag für Notfall C | 0.07% | 0.07% | 0.07% | 0.07% | 0.07% | -0.01 | -11% |
| Gesamt | 2.40% | 2.32% | 2.33% | 1.82% | 1.56% | -0.84 | -35% |
| Fallbeispiel 3: Konsultation mit EKG | | | | | | | |
| 17.0010 Elektrokardiogramm (EKG) | 0.62% | 0.62% | 0.60% | 0.58% | 0.56% | -0.07 | -11% |
| Fallbeispiel 4: Besuch | | | | | | | |
| 00.0060 Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch) | 0.63% | 0.63% | 0.59% | 0.56% | 0.53% | -0.10 | -16% |
| 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. | 0.94% | 0.94% | 0.93% | 0.88% | 0.87% | -0.07 | -8% |
| 00.0080 + Besuch, letzte 5 Min. | 0.30% | 0.30% | 0.28% | 0.26% | 0.25% | -0.05 | -16% |
| 00.0090/95 + Wegentschädigung, pro 5 Min. | 1.43% | 1.46% | 1.40% | 1.32% | 1.32% | -0.11 | -8% |
| Gesamt | 3.31% | 3.33% | 3.20% | 3.03% | 2.98% | -0.33 | -10% |
| Fallbeispiel 5 : Konsultation mit Refraktionsbestimmung | | | | | | | |
| 08.0040 Refraktionsbestimmung, subjektiv | 1.82% | 1.75% | 1.73% | 1.66% | 1.67% | -0.15 | -8% |
| 08.0050 + Erweiterte Refraktionsbestimmung | 0.40% | 0.38% | 0.38% | 0.37% | 0.37% | -0.03 | -7% |
| Gesamt | 2.22% | 2.13% | 2.11% | 2.03% | 2.05% | -0.17 | -8% |
| Fallbeispiel 6 : Konsultation mit Applanationstonometrie | | | | | | | |
| 08.0220 Applanationstonometrie | 1.36% | 1.32% | 1.34% | 1.33% | 1.34% | -0.01 | -1% |



| Fallbeispiel 7 : Kataraktoperation | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation | 0.06% | 0.12% | 0.15% | 0.26% | 0.25% | 0.19 | 299% |
| 08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse | 0.03% | 0.05% | 0.07% | 0.12% | 0.11% | 0.08 | 303% |
| 08.2810 + Pupillotomien | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00 | 812% |
| 08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings | 0.00% | 0.00% | 0.01% | 0.02% | 0.01% | 0.01 | 292% |
| Gesamt | 0.09% | 0.18% | 0.23% | 0.40% | 0.37% | 0.28 | 301% |
| Fallbeispiel 8 : Gynäkologische präventive Untersuchung | | | | | | | |
| 22.0020 Gynäkologische präv. Untersuchung | 0.28% | 0.25% | 0.23% | 0.23% | 0.21% | -0.07 | -26% |
| Fallbeispiel 9 : Konsultation mit US-Untersuchung bei Schwangerschaft | | | | | | | |
| 30.2510/39.3000 1. Screening-US-Untersuchung | 0.11% | 0.11% | 0.11% | 0.11% | 0.10% | 0.00 | -5% |
| 30.2530/39.3005 2. Screening-US-Untersuchung | 0.14% | 0.13% | 0.13% | 0.14% | 0.13% | -0.01 | -9% |
| Gesamt | 0.25% | 0.24% | 0.24% | 0.25% | 0.24% | -0.02 | -7% |
| Fallbeispiel 10 : Abortbehandlung bis und mit 12. SS-Woche | | | | | | | |
| 22.1250 Abortbehandlung | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00 | -10% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett-kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

Die entsprechenden Entwicklungen für die **Spitäler ambulant** können anhand der Tarifpooldaten nur für die Jahre 2005-2007 nachgezeichnet werden (**Tabelle 14**). Für die Fallbeispiele 8-10 sind die Tarifpooldaten derzeit bei der EFK nicht oder nur teilweise verfügbar (könnten noch nachbestellt werden).



Tabelle 14: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1-10 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2005-2007 (Spitäler ambulant)

| | 2005 | 2006 | 2007 | V 05-07 in PP | V 57-07 in % |
|--|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 3.42% | 3.30% | 3.52% | 0.11% | 3% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 4.76% | 4.86% | 5.57% | 0.81% | 17% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 1.53% | 1.50% | 1.61% | 0.09% | 6% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 1.89% | 1.84% | 1.94% | 0.05% | 3% |
| Gesamt | 11.60% | 11.49% | 12.64% | 1.05% | 9% |
| Fallbeispiel 2: Konsultation mit Inkonvenienzpauschale für Dringlichkeit oder Notfall | | | | | |
| 00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A | 0.02% | 0.01% | 0.01% | -0.01% | -33% |
| 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B | 0.03% | 0.02% | 0.02% | -0.01% | -38% |
| 00.2530 (+) %-Zuschlag für Notfall B | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | -49% |
| 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.00% | -39% |
| 00.2550 (+) %-Zuschlag für Notfall C | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | -58% |
| Gesamt | 0.06% | 0.05% | 0.04% | -0.02% | -38% |
| Fallbeispiel 3: Konsultation mit EKG | | | | | |
| 17.0010 Elektrokardiogramm ({EKG}) | 0.30% | 0.29% | 0.30% | 0.00% | 0% |
| Fallbeispiel 4: Besuch | | | | | |
| 00.0060 Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch) | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.00% | -4% |
| 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. | 0.04% | 0.03% | 0.03% | 0.00% | -7% |
| 00.0080 + Besuch, letzte 5 Min. | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | -14% |
| 00.0090/95 + Wegentschädigung, pro 5 Min. | 0.05% | 0.01% | 0.00% | -0.05% | -100% |
| Gesamt | 0.10% | 0.06% | 0.05% | -0.05% | -51% |
| Fallbeispiel 5 : Konsultation mit Refraktionsbestimmung | | | | | |
| 08.0040 Refraktionsbestimmung, subjektiv | 0.30% | 0.29% | 0.31% | 0.01% | 2% |
| 08.0050 + Erweiterte Refraktionsbestimmung | 0.03% | 0.03% | 0.03% | -0.01% | -16% |
| Gesamt | 0.33% | 0.32% | 0.34% | 0.00% | 1% |
| Fallbeispiel 6 : Konsultation mit Applanationstonometrie | | | | | |
| 08.0220 Applanationstonometrie | 0.29% | 0.28% | 0.29% | 0.00% | -1% |
| Fallbeispiel 7 : Kataraktoperation | | | | | |
| 08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation | 0.58% | 0.72% | 0.66% | 0.09% | 15% |
| 08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse | 0.26% | 0.32% | 0.30% | 0.04% | 15% |
| 08.2810 + Pupillotomien | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 20% |
| 08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.00% | -32% |
| Gesamt | 0.85% | 1.05% | 0.97% | 0.12% | 14% |
| Fallbeispiel 8 : Gynäkologische präventive Untersuchung | | | | | |
| 22.0020 Gynäkologische präv. Untersuchung | .. | .. | .. | .. | .. |
| Fallbeispiel 9 : Konsultation mit US-Untersuchung bei Schwangerschaft | | | | | |
| 30.2510/39.3000 1. Screening-US-Untersuchung | .. | .. | .. | .. | .. |
| 30.2530/39.3005 2. Screening-US-Untersuchung | 0.07% | 0.07% | 0.07% | 0.00% | -3% |
| Gesamt | .. | .. | .. | .. | .. |
| Fallbeispiel 10 : Abortbehandlung bis und mit 12. SS-Woche | | | | | |
| 22.1250 Abortbehandlung | .. | .. | .. | .. | .. |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett-kursiv dargestellt

Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen

Im Vergleich mit der Gesamtheit der Arztpraxen sind die Anteilsveränderungen generell geringer. Im Einzelnen zeigen sich folgende wesentlichsten Entwicklungen:

- Der Anteil der vier Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 1 stieg um 1.05 Prozentpunkte (von 11.6% auf 12.6%) an. Vom Anstieg sind alle vier Positionen betroffen. Besonders stark ist der Anstieg bei den weiteren 5 Minuten, was auf eine Verlängerung der Dauer der Konsultationen



schliessen lässt. Im Gegensatz zu den Arztpraxen nahm der Anteil der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten nur geringfügig zu.

- Die Fallbeispiele 2 und 4 haben in den Spitalambulatorien nur eine sehr geringe Bedeutung, die noch weiter zurückgegangen ist (im Jahr 2007 betrug der Anteil der vier Schlüsselpositionen von Fallbeispiel 2 0.04% und von Fallbeispiel 4 0.05%).
- Die Anteile der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 3, 5, 6 und 9 (hier nur Position 2. Screening-US-Untersuchung verfügbar) blieben nahezu konstant.
- Bei Fallbeispiel 7 ergibt sich analog zur den Arztpraxen ein Anstieg des Anteils der Schlüsselpositionen. Ausgehend von einem höheren Niveau fällt dieser aber geringer aus als bei den Arztpraxen.
- Bei den Fallbeispielen 8 und 10 lassen sich mangels Daten keine Aussagen treffen.

Bei den **Praxen der Allgemeinmedizin** zeigen sich für die **Fallbeispiele 1-4** folgende wichtigsten Abweichungen zu den Entwicklungen bei den Arztpraxen ohne Psychiatrie generell (**Tabelle 15**):

- Der Anteil der vier Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 1 nahm gesamthaft um 0.52 Prozentpunkte zu. Dies ist auf stärkere Zunahme bei den Positionen der „weiteren 5 Minuten“ und der „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ zurückzuführen. Die Struktur der Verschiebungen innerhalb der Positionen ist mit jener aller Arztpraxen vergleichbar.
- Die Entwicklungen bei den Fallbeispielen 2-4 liegt in einem ähnlichen Rahmen wie bei den Arztpraxen generell.

Tabelle 15: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1-4 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008 (AM-Praxen)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 20.59% | 20.12% | 19.67% | 19.37% | 19.02% | -1.57 | -8% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 18.42% | 19.37% | 19.89% | 20.15% | 20.33% | 1.91 | 10% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 9.42% | 9.22% | 9.02% | 8.84% | 8.69% | -0.73 | -8% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 4.71% | 4.69% | 5.07% | 5.36% | 5.61% | 0.90 | 19% |
| Gesamt | 53.13% | 53.40% | 53.65% | 53.72% | 53.65% | 0.52 | 1% |
| Fallbeispiel 2: Konsultation mit Inkonvenienzpauschale für Dringlichkeit oder Notfall | | | | | | | |
| 00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A | 1.55% | 1.60% | 1.66% | 1.31% | 1.16% | -0.39 | -25% |
| 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B | 1.31% | 1.20% | 1.18% | 0.92% | 0.71% | -0.60 | -46% |
| 00.2530 (+) %-Zuschlag für Notfall B | 0.14% | 0.14% | 0.14% | 0.13% | 0.13% | -0.01 | -9% |
| 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C | 0.50% | 0.46% | 0.41% | 0.35% | 0.29% | -0.21 | -42% |
| 00.2550 (+) %-Zuschlag für Notfall C | 0.09% | 0.09% | 0.08% | 0.08% | 0.08% | -0.01 | -13% |
| Gesamt | 3.59% | 3.48% | 3.47% | 2.80% | 2.37% | -1.23 | -34% |
| Fallbeispiel 3: Konsultation mit EKG | | | | | | | |
| 17.0010 Elektrokardiogramm ((EKG)) | 1.00% | 1.01% | 0.97% | 0.97% | 0.95% | -0.05 | -5% |
| Fallbeispiel 4: Besuch | | | | | | | |
| 00.0060 Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch) | 1.13% | 1.14% | 1.08% | 1.04% | 1.00% | -0.13 | -12% |
| 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. | 1.35% | 1.44% | 1.43% | 1.39% | 1.36% | 0.01 | 0% |
| 00.0080 + Besuch, letzte 5 Min. | 0.53% | 0.54% | 0.51% | 0.49% | 0.47% | -0.07 | -12% |
| 00.0090/95 + Wegentschädigung, pro 5 Min. | 2.43% | 2.57% | 2.43% | 2.31% | 2.24% | -0.19 | -8% |
| Gesamt | 5.45% | 5.69% | 5.44% | 5.23% | 5.07% | -0.39 | -7% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett/kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen



Die Entwicklungen bei den Praxen der **Inneren Medizin** bei den **Fallbeispielen 1-4** liegen in ähnlichem Rahmen wie bei den Arztpraxen ohne Psychiatrie generell (**Tabelle 16**).

Tabelle 16: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1-4 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008 (IM-Praxen)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 19.55% | 19.17% | 18.43% | 17.90% | 17.35% | -2.21% | -11% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 18.68% | 19.58% | 19.58% | 19.35% | 19.70% | 1.02% | 5% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 9.00% | 8.86% | 8.61% | 8.32% | 8.10% | -0.90% | -10% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 4.96% | 4.83% | 5.19% | 5.53% | 5.76% | 0.80% | 16% |
| Gesamt | 52.19% | 52.44% | 51.81% | 51.11% | 50.91% | -1.29% | -2% |
| Fallbeispiel 2: Konsultation mit Inkonvenienzpauschale für Dringlichkeit oder Notfall | | | | | | | |
| 00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A | 1.37% | 1.24% | 1.39% | 1.14% | 1.10% | -0.26% | -19% |
| 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B | 0.85% | 0.77% | 0.86% | 0.64% | 0.48% | -0.36% | -43% |
| 00.2530 (+) %-Zuschlag für Notfall B | 0.10% | 0.09% | 0.10% | 0.09% | 0.09% | -0.01% | -9% |
| 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C | 0.29% | 0.26% | 0.26% | 0.21% | 0.17% | -0.12% | -41% |
| 00.2550 (+) %-Zuschlag für Notfall C | 0.05% | 0.05% | 0.05% | 0.05% | 0.05% | -0.01% | -11% |
| Gesamt | 2.65% | 2.39% | 2.66% | 2.14% | 1.89% | -0.76% | -29% |
| Fallbeispiel 3: Konsultation mit EKG | | | | | | | |
| 17.0010 Elektrokardiogramm ((EKG)) | 1.40% | 1.40% | 1.33% | 1.27% | 1.22% | -0.18% | -13% |
| Fallbeispiel 4: Besuch | | | | | | | |
| 00.0060 Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch) | 1.05% | 1.04% | 1.04% | 0.98% | 0.96% | -0.09% | -9% |
| 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. | 1.47% | 1.54% | 1.56% | 1.50% | 1.49% | 0.03% | 2% |
| 00.0080 + Besuch, letzte 5 Min. | 0.51% | 0.50% | 0.49% | 0.47% | 0.46% | -0.04% | -9% |
| 00.0090/95 + Wegentschädigung, pro 5 Min. | 2.36% | 2.37% | 2.37% | 2.24% | 2.20% | -0.16% | -7% |
| Gesamt | 5.39% | 5.44% | 5.46% | 5.19% | 5.12% | -0.27% | -5% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett/kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

Für die Praxen der **Ophthalmologie** sind folgende Entwicklungen hervorzuheben (**Tabelle 17**):

- Der Anteil der vier Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 1 nahm gesamthaft um 1.70 Prozentpunkte ab, was den stärksten Rückgang der vier betrachteten Ärzteguppen darstellt. Wie es dazu kommen kann, dass die Position „erste 5 Min.“ viel stärker zurückgehen kann als die Position „letzte 5 Min.“ (relativer Rückgang von 15% gegenüber 1%) ist erklärungsbedürftig.
- Bei den Schlüsselpositionen von Fallbeispiel 5 ergibt sich ein ausgeprägter Rückgang des Anteils von 3.11 Prozentpunkten, was einer relativen Abnahme um 13% entspricht.
- Ein etwas weniger ausgeprägter Rückgang des Anteils zeigt sich bei Fallbeispiel 6: minus 0.82 Prozentpunkte (relativer Rückgang von 5%).
- Ausgeprägt ist der Anstieg des Anteils der Schlüsselpositionen von Fallbeispiel 7. Gesamthaft stieg der Anteil um 2.66 Prozentpunkte (der relative Anstieg um 264% liegt im Bereich des Wertes bei den Arztpraxen gesamt).



Tabelle 17: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1 und 5-7 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008 (Ophthalmologie)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 13.04% | 12.49% | 12.07% | 11.40% | 11.13% | -1.91% | -15% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 1.37% | 1.50% | 1.57% | 1.61% | 1.61% | 0.24% | 18% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 2.91% | 2.92% | 3.02% | 2.88% | 2.87% | -0.03% | -1% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 0.88% | 0.80% | 0.80% | 0.91% | 0.88% | 0.00% | 0% |
| Gesamt | 18.19% | 17.71% | 17.46% | 16.80% | 16.49% | -1.70% | -9% |
| Fallbeispiel 5 : Konsultation mit Refraktionsbestimmung | | | | | | | |
| 08.0040 Refraktionsbestimmung, subjektiv | 19.67% | 19.05% | 18.56% | 17.27% | 17.08% | -2.59% | -13% |
| 08.0050 + Erweiterte Refraktionsbestimmung | 4.23% | 3.96% | 3.91% | 3.73% | 3.70% | -0.53% | -12% |
| Gesamt | 23.90% | 23.01% | 22.47% | 21.00% | 20.79% | -3.11% | -13% |
| Fallbeispiel 6 : Konsultation mit Applanationsstonometrie | | | | | | | |
| 08.0220 Applanationsstonometrie | 14.97% | 14.89% | 14.88% | 14.27% | 14.15% | -0.82% | -5% |
| Fallbeispiel 7 : Kataraktoperation | | | | | | | |
| 08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation | 0.68% | 1.34% | 1.69% | 2.78% | 2.46% | 1.78% | 261% |
| 08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse | 0.30% | 0.61% | 0.76% | 1.26% | 1.11% | 0.81% | 265% |
| 08.2810 + Pupillotomien | 0.00% | 0.00% | 0.01% | 0.00% | 0.01% | 0.01% | 788% |
| 08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings | 0.02% | 0.03% | 0.07% | 0.20% | 0.09% | 0.06% | 282% |
| Gesamt | 1.01% | 1.98% | 2.52% | 4.24% | 3.67% | 2.66% | 264% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett/kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

Der markante Anstieg bei der Kataraktoperation (Fallbeispiel 7) legt die Vermutung nahe, dass sich innerhalb der Ophthalmologie eine Verschiebung von einfacheren Untersuchungen zu spezialisierten Operationen ergeben hat. Allerdings besteht für die im Normalfall im Spital stattfindenden Kataraktoperationen ein gewisser Spielraum, was der Arzt/die Ärztin über die Arztpraxis und was über das Spital abrechnet. Falls im Lauf des Beobachtungszeitraums weniger über das Spital und mehr über die Arztpraxis abgerechnet wurde, spiegelt sich im Anstieg vor allem ein verändertes Abrechnungsverhalten. Die in Tabelle 14 ersichtliche Entwicklung des Fallbeispiels 7 im Bereich Spital ambulant belegt aber, dass ein verändertes Abrechnungsverhalten nur eine untergeordnete Rolle spielen kann. Auch hier ergibt sich nämlich ein klarer Anstieg des Anteils des Fallbeispiels 7 im Spital.

Der Anstieg kann möglicherweise aber auch dadurch mit verursacht sein, dass sich die bei der Ärztekasse vertretene Gruppe der Ophthalmologie im Lauf der betrachteten Jahre in der Zusammensetzung verändert hat (Erhöhung des Anteils von Ophthalmologenpraxen mit spezialisierter Ausrichtung). Wie **Tabelle 18** belegt, dürfte dieser Effekt eine gewisse Rolle spielen, da bei einer Verwendung der Tarifpool-Daten der Anstieg geringer ausfällt. Er ist aber auch in diesem Fall noch sehr markant (gesamthaft Anstieg um 40% innert zwei Jahren), so dass die Vermutung einer Verhaltensänderung der Ophthalmologiepraxen in Richtung einer Verschiebung von einfacheren Untersuchungen zu spezialisierten Operationen durch die Quervergleiche bestärkt wird.

Das Wachstum findet wahrscheinlich vor allem bei grösseren Ophthalmologiepraxen mit OP-Raum oder privaten Augenkliniken statt. Diese dürfen im Allgemeinen nicht mit den (höheren) Taxpunkt-werten der Spitäler abrechnen (wobei es kantonal unterschiedliche Handhabungen gibt).



Tabelle 18: Anteil der Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 7 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2005-2007 (Ophthalmologie nach Tarifpool)

| | 2005 | 2006 | 2007 | V 05-07 in PP | V 05-07 in % |
|--|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| 08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation | 1.66% | 1.94% | 2.31% | 0.65% | 39% |
| 08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse | 0.75% | 0.88% | 1.04% | 0.29% | 39% |
| 08.2810 + Pupillotomien | 0.00% | 0.01% | 0.01% | 0.00% | 19% |
| 08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings | 0.04% | 0.06% | 0.08% | 0.05% | 115% |
| Gesamt | 2.45% | 2.88% | 3.44% | 0.98% | 40% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett/kursiv dargestellt

Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen

Für die Praxen der **Gynäkologie** sind folgende Entwicklungen hervorzuheben (**Tabelle 19**):

- Der Anteil der vier Schlüsselpositionen des Fallbeispiels 1 blieb nahezu konstant (Abnahme um 0.05 Prozentpunkte, was einem relativen Rückgang um 0.2% entspricht). Wie bei der Ophthalmologie geht der Anteil der Position „erste 5 Min.“ viel stärker zurück als jener der Position „letzte 5 Min.“ (relativer Rückgang von 9% gegenüber 1%).
- Der Anteil der Schlüsselposition von Fallbeispiel 8 geht ausgeprägt zurück: um 0.82 Prozentpunkte (relativer Rückgang um 31%).
- Bei den Fallbeispielen 9 und 10 gehen die Anteile der Schlüsselpositionen relativ in ähnlichem Rahmen zurück (zwischen 10-19%). minus 0.82 Prozentpunkte (relativer Rückgang von 5%).
- Ausgeprägt ist der Anstieg des Anteils der Schlüsselpositionen von Fallbeispiel 7. Gesamthaft stieg der Anteil um 2.66 Prozentpunkte (der relative Anstieg liegt im Bereich der Werte bei den Arztpraxen gesamt).

Tabelle 19: Anteil der Schlüsselpositionen der Fallbeispiele 1 und 8-10, an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008 (Gynäkologie)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|-----------------|
| Fallbeispiel 1: Basiskonsultation | | | | | | | |
| 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. | 13.17% | 12.96% | 12.53% | 12.24% | 11.93% | -1.24% | -9% |
| 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. | 5.04% | 4.90% | 5.30% | 5.60% | 5.93% | 0.90% | 18% |
| 00.0030 + Konsultation, letzte 5 Min. | 5.00% | 4.91% | 4.91% | 4.94% | 4.97% | -0.04% | -1% |
| 00.0140 Ärztliche Leistung in Abw. d. Patienten | 3.33% | 3.36% | 3.50% | 3.62% | 3.65% | 0.32% | 10% |
| Gesamt | 26.53% | 26.13% | 26.24% | 26.40% | 26.48% | -0.05% | 0% |
| Fallbeispiel 8 : Gynäkologische präventive Untersuchung | | | | | | | |
| 22.0020 Gynäkologische präv. Untersuchung | 2.89% | 2.47% | 2.16% | 2.24% | 2.00% | -0.89% | -31% |
| Fallbeispiel 9 : Konsultation mit US-Untersuchung bei Schwangerschaft | | | | | | | |
| 30.2510/39.3000 1. Screening-US-Untersuchung | 1.41% | 1.36% | 1.35% | 1.33% | 1.27% | -0.14% | -10% |
| 30.2530/39.3005 2. Screening-US-Untersuchung | 1.88% | 1.70% | 1.69% | 1.71% | 1.59% | -0.28% | -15% |
| Gesamt | 3.29% | 3.07% | 3.04% | 3.04% | 2.86% | -0.43% | -13% |
| Fallbeispiel 10 : Abortbehandlung bis und mit 12. SS-Woche | | | | | | | |
| 22.1250 Abortbehandlung | 0.05% | 0.05% | 0.05% | 0.03% | 0.04% | 0.01% | -19% |

Veränderungen um mindestens 0.5 Prozentpunkte oder 30% sind fett-kursiv dargestellt

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen



4.4 Weitere wichtige TARMED-Positionen

Der Anteil der „grossen“ TARMED-Positionen (mit einem Betrag von mindestens 200 Franken pro Verrechnung) hat von 2004 bis 2008 von 3.6% auf 4.6% oder um mehr als ein Viertel zugenommen (**Tabelle 20**). Auch bei den „grösseren“ TARMED-Positionen (mit einem Betrag von mindestens 50 Franken pro Verrechnung) war die Zunahme des Anteils von 19.4% auf 20.5% deutlich (relative Zunahme um knapp 6%). Diese Entwicklungen lassen vermuten, dass es zu einer Ausweitung der verrechnungsmässig besonders interessanten Positionen gekommen ist.

Eine eingehendere Analyse der Verlagerung zu den grossen und grösseren TARMED-Positionen bleibt noch vorzunehmen (Bedeutung des Effekts nach einzelnen Ärztgruppen und mögliche Erklärungen).

Der Anteil der TARMED-Positionen mit Zeittarif aus den Kapiteln 00 und 02 ging von 65.2% auf 63.6% zurück. TARMED hat also offensichtlich nicht dazu geführt, dass die über Zeittarif abgerechneten Positionen generell ausgeweitet worden wären.

Leider kann eine entsprechende Auswertung für den Bereich Spital ambulant nicht vorgenommen werden, da der EFK die Entwicklung nach Einzelpositionen aus dem Tarifpoll nur für das Kapitel 00 zur Verfügung stand.

Tabelle 20: Anteil einzelner Positionstypen an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, 2004-2008

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | V 04-08 in PP | V 04-08 in % |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| Positionen ab 200 Fr. pro Verrechnung | 3.6% | 3.6% | 4.0% | 4.3% | 4.6% | 0.9 | 25.8% |
| Positionen ab 50 Fr. pro Verrechnung | 19.4% | 19.8% | 20.5% | 20.6% | 20.5% | 1.1 | 5.9% |
| Positionen mit Zeittarif (aus Kapitel 00 und 02) | 65.2% | 64.8% | 64.0% | 63.5% | 63.6% | -1.6 | -2.5% |

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

4.5 Einschätzungen zu den Evaluationsfragen

Die Auswertungen zu den einzelnen Tarifpositionen geben wichtige Hinweise auf die Beantwortung der Evaluationsfragen.

- Zwischen den einzelnen Kapiteln des TARMED ergeben sich einige Veränderungen. Diese Verschiebungen folgen keinem einfachen Muster. Durch die Analyse der Fallbeispiele im Mandat von INFRAS lassen sich möglicherweise vermehrt Erklärungen für die Verschiebungen finden.
- Bei den Arztpraxen (ohne Psychiatrie) machen die weitgehend im Zeittarif abgerechneten Grundleistungen gesamthaft einen Anteil von rund zwei Dritteln aus, bei den Generalistenpraxen liegt der Anteil über 85%. Für die Arztpraxen gesamthaft nahm der Anteil der Grundleistungen (Kapitel 00) an den gesamten TARMED-Leistungen von 2004 bis 2008 um knapp 0.8 Prozentpunkte ab, bei den Gruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie stieg der Anteil der Grundleistungen aber an.
- Der Anteil der Grundleistungen an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen ist je nach Kanton sehr unterschiedlich, was primär ein Stadt-Land-Gefälle widerspiegelt (je städtischer, desto höher der Anteil an Spezialistenpraxen mit tieferem Anteil an Grundleistungen).



- Bei den Fallbeispielen ergibt sich ein gemischtes Bild. Die Interpretation der Anteilsveränderungen einzelner Positionen bleibt im Zusammenhang mit den Ergebnissen des Mandats INFRAS vorzunehmen.
- Besonders auffällig ist der markante Anstieg des Anteils der Kataraktoperation (Fallbeispiel 7), der die Vermutung nahe legt, dass sich innerhalb der Ophthalmologie eine Verschiebung von einfacheren Untersuchungen zu spezialisierten Operationen ergeben hat.
- Die Struktur der Schlüsselpositionen der Basiskonsultation hat sich über alle untersuchten Gruppen hinweg ähnlich verändert. Der Anteil der ersten und letzten 5 Minuten ging zurück, der Anteil der weiteren Minuten stieg an, der Anteil der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten nahm relativ am deutlichsten zu, Dies lässt zum einen auf eine Verlängerung der durchschnittlichen Konsultationsdauer und zum anderen eine Zunahme der Leistungen in Abwesenheit des Patienten schliessen.
- Interessante Tendenzen zeigen sich bei der Zusammenfassung einzelner Positionen. Für die betragsmässig „grossen“ und „grösseren“ TARMED-Positionen hat der Anteil von 2004 bis 2008 deutlich zugenommen. Diese Entwicklungen lassen vermuten, dass es zu einer Ausweitung der verrechnungsmässig besonders interessanten Positionen gekommen ist.
- Der Anteil der TARMED-Positionen mit Zeittarif aus den Kapiteln 00 und 02 ging deutlich zurück. TARMED hat also offensichtlich nicht dazu geführt, dass die über Zeittarif abgerechneten Positionen generell ausgeweitet worden wären.



5 Preis- und Mengenentwicklungen

Die Daten der Ärztekasse erlauben es, für den Zeitraum von 2004-2008 die Entwicklung der TARMED-Leistungen der Arztpraxen in eine Mengenentwicklung und eine Preisentwicklung aufzuteilen. Das methodische Vorgehen dazu wird in Anhang 1 (Abschnitt 8.1) dargestellt. In gleicher Art können auch die Daten des Tarifpools, hier allerdings nur für das Kapitel 00 und die Jahre 2006-2007 nach Mengen- und Preisentwicklung aufgeteilt werden. Diese Ergebnisse werden ergänzend dargestellt und erlauben auch einen beschränkten Einblick in die Entwicklung bei den Spitalambulatorien.

5.1 Entwicklungen für Arztpraxen über sämtliche TARMED-Positionen

Aus **Tabelle 21** sind die Preis-/Mengen-Entwicklungen für die Arztpraxen über sämtliche TARMED-Positionen hinweg ersichtlich. Über die gesamte Periode 2005-2008 zeigt sich ein leicht negativer Preiseffekt (im Jahresdurchschnitt -0.1% bis -0.2%). Einzig im Jahr 2005 ergaben sich infolge der Taxpunktwerterhöhungen stärkere Preiseffekte von -0.3% bis -0.6%.

Die Mengenentwicklung macht im Durchschnitt der Jahre 2005-2008 3% aus. Für die Innere Medizin liegt sie mit jahresdurchschnittlich 0.5% am tiefsten. Für die Allgemeinmedizin beträgt sie 2.6%, für die Arztpraxen gesamt (ohne Psychiatrie) 3.2%. Für die Ophthalmologie macht der jährliche Mengenzuwachs 3.9%, für die Gynäkologie 5.0% aus.

Tabelle 21: Durchschnittliche Veränderungsdaten der TARMED-Bruttoleistungen nach Spezialitäten, Preis-/Mengeneffekt

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | DS 05-08 |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Arztpraxen (ohne Psychiatrie) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 3.7% | 1.0% | 3.1% | 4.3% | 3.0% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.2% | -0.1% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 4.1% | 1.0% | 3.3% | 4.4% | 3.2% |
| Allgemeinmedizin | | | | | |
| Veränderung gesamt | 6.5% | -0.1% | 1.8% | 2.0% | 2.5% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.2% | -0.1% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 6.9% | -0.2% | 2.0% | 2.1% | 2.6% |
| Innere Medizin | | | | | |
| Veränderung gesamt | 3.5% | -2.3% | -0.7% | 0.9% | 0.4% |
| davon Preiseffekt | -0.6% | 0.0% | -0.2% | 0.0% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 4.1% | -2.3% | -0.4% | 1.0% | 0.5% |
| Gynäkologie | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.8% | 2.0% | 9.4% | 3.8% | 5.0% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.1% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 5.2% | 1.9% | 9.5% | 3.8% | 5.1% |
| Ophthalmologie | | | | | |
| Veränderung gesamt | 2.2% | 3.3% | 6.0% | 4.1% | 3.9% |
| davon Preiseffekt | -0.3% | 0.1% | -0.2% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 2.5% | 3.2% | 6.1% | 4.1% | 4.0% |

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

5.2 Entwicklung für Spitäler ambulant im Vergleich

Aufgrund der Daten der Ärztekasse lassen sich keine Aussagen über die Preis-/Mengen-Entwicklungen bei den Spitälern ambulant machen. Für die Jahre 2006 und 2007 und beschränkt auf das



Kapitel 00 kann aber eine entsprechende Berechnung aufgrund der Tarifpooldaten vorgenommen werden. Die entsprechenden Ergebnisse sind in **Tabelle 22** ersichtlich.

Tabelle 22: Durchschnittliche Veränderung der TARMED-Bruttoleistungen in Kapitel 00 nach Ärztekasse und Tarifpool im Vergleich, Preis-/Mengeneffekt

| | 2006 | | | 2007 | | |
|----------------------|--------|-------------|-----------|--------|-------------|-----------|
| | Gesamt | Preiseffekt | Mengen-E. | Gesamt | Preiseffekt | Mengen-E. |
| Arztpraxen | | | | | | |
| Ärztekasse | 1.1% | 0.1% | 1.1% | 2.6% | -0.2% | 2.8% |
| Tarifpool Variante A | 1.1% | -0.7% | 1.8% | 2.6% | -0.4% | 3.0% |
| Tarifpool Variante B | 3.2% | -0.8% | 4.0% | 0.5% | -0.5% | 1.0% |
| Allgemeinmedizin | | | | | | |
| Ärztekasse | 0.1% | 0.1% | 0.0% | 2.2% | -0.2% | 2.4% |
| Tarifpool Variante A | 0.1% | -0.4% | 0.6% | 2.2% | -0.5% | 2.8% |
| Tarifpool Variante B | 2.9% | -0.5% | 3.5% | -0.5% | -0.7% | 0.1% |
| Innere Medizin | | | | | | |
| Ärztekasse | -1.8% | 0.0% | -1.9% | -1.2% | -0.3% | -1.0% |
| Tarifpool Variante A | -1.8% | 0.0% | -1.9% | -1.2% | -0.1% | -1.1% |
| Tarifpool Variante B | 2.6% | 0.0% | 2.6% | -0.9% | -0.1% | -0.8% |
| Gynäkologie | | | | | | |
| Ärztekasse | 3.5% | 0.1% | 3.4% | 11.5% | -0.1% | 11.6% |
| Tarifpool Variante A | 3.5% | -0.1% | 3.5% | 11.5% | -0.2% | 11.7% |
| Tarifpool Variante B | 3.3% | -0.1% | 3.3% | 2.0% | -0.2% | 2.2% |
| Ophthalmologie | | | | | | |
| Ärztekasse | 2.9% | 0.1% | 2.8% | 2.9% | -0.2% | 3.1% |
| Tarifpool Variante A | 2.9% | 0.1% | 2.7% | 2.9% | -0.5% | 3.4% |
| Tarifpool Variante B | 6.4% | 0.2% | 6.2% | 3.8% | -0.5% | 4.3% |
| Spitäler ambulant | | | | | | |
| Ärztekasse | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Tarifpool Variante A | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Tarifpool Variante B | 3.1% | 0.0% | 3.1% | 15.2% | -0.1% | 15.2% |

Variante A: Es werden die Zuwachsraten zugrundegelegt, wie sie sich bei der Berechnung der Ärztekasse für das Total aus Preis- und Mengeneffekt ergeben haben.

Variante B: Es werden die Zuwachsraten zugrundegelegt, die sich bei der Hochrechnung der Tarifpooldaten unter Verwendung der in Tabelle 1 enthaltenen Abdeckungsgrade ergeben.

Quelle: Ärztekasse und Tarifpool

Für die Tarifpooldaten werden dabei zwei Aufarbeitungen vorgenommen. Bei Variante A werden die gleichen Zuwachsraten zugrundegelegt, wie sie sich bei der Berechnung der Ärztekasse für das Total aus Preis- und Mengeneffekt ergeben haben. Bei Variante B werden die Zuwachsraten verwendet, die sich bei der Hochrechnung der Tarifpooldaten unter Verwendung der in Tabelle 1 enthaltenen Abdeckungsgrade ergeben. Bei der Variante A sind die Ergebnisse aus den beiden Datenquellen sehr vergleichbar. In der Tendenz fällt der Preiseffekt bei den Tarifpool-Daten etwas stärker negativ aus. Bei der Variante 2 weichen die Gesamtentwicklungen aus den Tarifpool-Daten zum Teil sehr deutlich von den Werten der Ärztekasse ab. Dies dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass die erfassten Perioden faktisch differieren, weil der Timelag bis zur Erfassung beim Tarifpool viel länger ist. In der Tendenz gleichen sich die Differenzen zwischen den Ergebnissen der Ärztekasse und den der Variante B des Tarifpools auch bezüglich der gesamten Entwicklungen aus, wenn längere Perioden miteinander verglichen werden.

Für die Spitäler ambulant lässt sich nur die Variante B berechnen (da keine entsprechenden Zuwachsraten aus den Berechnungen der Ärztekasse vorliegen). Die gesamte Zunahme fällt hier über die zwei betrachteten Jahre 2006/2007 hinweg mit fast 19% markant stärker aus als bei den Arztpraxen mit rund 4%. Der Preiseffekt liegt nahezu bei 0, während die Arztpraxen über die zwei



Jahre hinweg einen Preisrückgang von 1.3% hatten. Der Mengeneffekt beträgt fast 19% und liegt somit weit über den Werten der Arztpraxen von rund 5%.

5.3 Entwicklungen für Arztpraxen nach Kapiteln und einzelnen Positionen

Nach den für die Fallbeispiele im Vordergrund stehenden Kapiteln ergibt sich für die Arztpraxen gesamthaft folgendes Bild (**Tabelle 23**). Der Mengeneffekt liegt durchwegs in ähnlichem Bereich wie für die Gesamtheit der TARMED-Positionen (leicht negativ, ausgeprägter negativ im Jahr 2005). Der jahresdurchschnittliche Mengeneffekt in Kapitel 00 ist mit 3.1% nahezu gleich gross wie für die Gesamtheit der TARMED-Positionen. Tiefer fällt er mit 2.6% in Kapitel 22/23 aus, höher in Kapitel 30/39 (4.1%) und in Kapitel 08 (5.0%).

Tabelle 23: Durchschnittliche Veränderungsraten der TARMED-Bruttoleistungen nach Kapiteln, Preis-/Mengeneffekt (Arztpraxen gesamt ohne Psychiatrie)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | DS 05-08 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Kapitel 00 | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.6% | 1.1% | 2.6% | 3.4% | 2.9% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.2% | -0.1% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 5.0% | 1.1% | 2.8% | 3.4% | 3.1% |
| Kapitel 08 | | | | | |
| Veränderung gesamt | 2.0% | 4.0% | 2.5% | 10.8% | 4.8% |
| davon Preiseffekt | -0.6% | 0.1% | -0.1% | -0.1% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 2.6% | 3.9% | 2.6% | 10.9% | 5.0% |
| Kapitel 22/23 | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.2% | -1.4% | 5.7% | 1.6% | 2.5% |
| davon Preiseffekt | -0.5% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 4.7% | -1.5% | 5.8% | 1.6% | 2.6% |
| Kapitel 30/39 | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.5% | 1.4% | 3.2% | 6.9% | 4.0% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.1% | -0.2% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 4.9% | 1.3% | 3.3% | 7.1% | 4.1% |

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

Bei den Schlüsselpositionen der Fallbeispiele können folgende wichtigsten Entwicklungen unterschieden werden (**Tabelle 24**):

- Die Entwicklungen bei Fallbeispiel 1 (Basiskonsultation) sind vergleichbar mit der Entwicklung von Kapitel 00. Dies ist insofern zu erwarten, als die Basiskonsultation die wichtigsten Positionen von Kapitel 00 umfasst. In der Grössenordnung ebenfalls vergleichbar ist die Entwicklung von Fallbeispiel 6 (Konsultation mit Applanationstonometrie).
- Mit Ausnahme von Fallbeispiel 2 (Konsultation mit Inkonvenienzpauschale) liegen die jahresdurchschnittlichen Preiseffekte durchgehend zwischen -0.2% bis 0.2%. Bei Fallbeispiel 2 ist der negative Preiseffekt mit jahresdurchschnittlich -1.5% sehr viel ausgeprägter. Der Mengeneffekt ist mit -5.5% zudem am stärksten negativ ausgeprägt. Ein deutlich negativer Mengeneffekt ist zudem bei Fallbeispiel 8 (gynäkologisch präventive Untersuchung) mit einem Wert von -4.2% ersichtlich.
- Die Fallbeispiele 3 (Konsultation mit EKG), 4 (Besuch), 5 (Konsultation mit Refraktionsbestimmung), 9 (Konsultation mit US-Untersuchung bei Schwangerschaft) und 10 (Abortbehandlung) liegen in einem vergleichbaren Bereich der Entwicklung. Der Preiseffekt liegt zwischen -0.2 % und 0.0%, der Mengenzuwachs beträgt zwischen 0.4% bis 1.5%.



- Die bei weitem stärkste Mengenentwicklung ist bei Fallbeispiel 7 (Kataraktoperation) ersichtlich. Der jahresdurchschnittliche Mengenanstieg beträgt fast 39%. Anzumerken bleibt hier der schon erwähnte Umstand, dass die abgebildeten Entwicklungen allfällig auch auf veränderte Abrechnungsverhalten (vermehrte Abrechnung über Arztpraxis statt über Spital) zurückzuführen sind.

Tabelle 24: Durchschnittliche Veränderungsraten der TARMED-Bruttoleistungen nach einzelnen Fallbeispielen, Preis-/Mengeneffekt

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | DS 05-08 |
|---|-------|-------|--------|--------|----------|
| FB1 (00: 0010+0020+0030+0140) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.3% | 0.4% | 2.2% | 2.2% | 2.3% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | -0.1% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 4.7% | 0.3% | 2.4% | 2.2% | 2.4% |
| FB2 (00: 2510+2520+2530+2540+2550) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 0.6% | 2.0% | -18.9% | -10.7% | -7.1% |
| davon Preiseffekt | -0.6% | 0.0% | -3.1% | -2.4% | -1.5% |
| davon Mengeneffekt | 1.1% | 2.0% | -15.8% | -8.3% | -5.5% |
| FB3 (17: 0010) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 4.1% | -2.5% | 0.8% | -1.0% | 0.3% |
| davon Preiseffekt | -0.3% | 0.1% | -0.1% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 4.4% | -2.6% | 0.9% | -1.1% | 0.4% |
| FB4 (00: 0060+0070+0080+0090+0095) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 5.2% | -2.1% | -2.0% | 2.5% | 0.9% |
| davon Preiseffekt | -0.3% | 0.0% | -0.1% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 5.5% | -2.1% | -1.8% | 2.5% | 1.0% |
| FB5 (08: 0040+0050) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 0.3% | 0.6% | -0.7% | 4.2% | 1.1% |
| davon Preiseffekt | -0.2% | 0.1% | -0.1% | 0.0% | 0.0% |
| davon Mengeneffekt | 0.6% | 0.5% | -0.6% | 4.2% | 1.1% |
| FB6 (08: 0220) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 1.7% | 3.2% | 2.0% | 4.6% | 2.9% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 2.2% | 3.1% | 2.0% | 4.6% | 3.0% |
| FB7 (08: 2760+2780+2810+2820) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 76.9% | 26.9% | 65.7% | -1.4% | 38.4% |
| davon Preiseffekt | 1.6% | -1.3% | -1.0% | -0.2% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 75.3% | 28.2% | 66.6% | -1.2% | 38.7% |
| FB8 (22: 0020) | | | | | |
| Veränderung gesamt | -8.4% | -8.1% | 7.1% | -7.2% | -4.4% |
| davon Preiseffekt | -0.6% | 0.2% | -0.1% | -0.1% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | -7.8% | -8.3% | 7.1% | -7.1% | -4.2% |
| FB9 (30: 2510+2530; 39: 3000+3005) | | | | | |
| Veränderung gesamt | -2.8% | 1.6% | 8.7% | -2.0% | 1.3% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.2% | -0.1% | -0.3% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | -2.3% | 1.4% | 8.8% | -1.7% | 1.5% |
| FB10 (22: 1250) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 5.1% | 10.3% | -28.7% | 23.9% | 0.6% |
| davon Preiseffekt | -0.1% | -1.7% | -0.9% | 1.7% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 5.2% | 12.1% | -27.9% | 22.2% | 1.0% |

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

In **Tabelle 25** ist ersichtlich, wie sich die „grossen“ und „grösseren“ TARMED-Positionen sowie die im Zeittarif verrechneten Positionen³⁶ entwickelten. Der Zuwachs der grossen Positionen (200 Franken und mehr) liegt im Jahresdurchschnitt gesamthaft bei 9.3%, jener der grösseren Positio-

³⁶ Einbezogen wurden dabei die im Zeittarif verrechneten Positionen der Kapitel 00 und 02. In den übrigen Kapiteln sind ganz vereinzelt weitere im Zeittarif verrechnete Positionen enthalten.



nen (50 Franken und mehr) bei 4.8%. In beiden Fällen macht der Preiseffekt jahresdurchschnittlich -0.2% aus, die Gesamtentwicklung wird somit fast vollumfänglich durch den starken Mengenzuwachs bestimmt. Die Entwicklung der nach Zeittarif abgerechneten Positionen entspricht weitgehend jener des Kapitels 00.

Tabelle 25: Durchschnittliche Veränderungsraten der TARMED-Bruttoleistungen nach speziellen Gruppen von TARMED-Positionen, Preis-/Mengeneffekt

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | DS 05-08 |
|--|-------|-------|-------|-------|----------|
| Grosse Positionen (200 Fr. und mehr) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 3.0% | 11.2% | 12.9% | 9.5% | 9.1% |
| davon Preiseffekt | -0.5% | 0.0% | -0.2% | -0.1% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 3.6% | 11.2% | 13.2% | 9.7% | 9.3% |
| Grössere Positionen (50 Fr. und mehr) | | | | | |
| Veränderung gesamt | 6.0% | 4.4% | 4.0% | 3.7% | 4.5% |
| davon Preiseffekt | -0.4% | 0.0% | -0.4% | -0.2% | -0.2% |
| davon Mengeneffekt | 6.3% | 4.4% | 4.5% | 3.9% | 4.8% |
| Zeittarif | | | | | |
| Veränderung gesamt | 3.1% | -0.3% | 2.5% | 4.3% | 2.4% |
| davon Preiseffekt | -0.5% | 0.1% | -0.1% | 0.0% | -0.1% |
| davon Mengeneffekt | 3.6% | -0.3% | 2.6% | 4.3% | 2.5% |

Quelle: Ärztekasse, eigene Berechnungen

5.4 Einschätzungen zu den Evaluationsfragen

Die Analysen der Preis-/Mengenentwicklungen geben einige Hinweise auf die Beantwortung der Evaluationsfragen.

- Bei den Arztpraxen sind die Preise mit TARMED in der Tendenz leicht zurückgegangen sind, wie dies aufgrund der Entwicklung der Taxpunktwerte (Tabelle 8) zu erwarten ist. Gleichzeitig haben die Mengen mit wenigen Ausnahmen zugenommen.
- Bei den Spitalambulatorien lässt sich die Entwicklung nur für Kapitel 00 analysieren. Hier sind die Preise praktisch konstant geblieben, die Mengen haben weit stärker zugenommen als bei den Arztpraxen.
- Einige Indizien sprechen für die Vermutung, dass dabei auch Optimierungsüberlegungen innerhalb von TARMED eine Rolle spielen. So wurden die Tarifpositionen mit einer grossen Verrechnungssumme überdurchschnittlich ausgeweitet. Diese Entwicklungen bleiben nach einzelnen Ärzteguppen noch weiter zu analysieren und zu interpretieren.
- Die Entwicklung der Fallbeispiele lässt in Einzelfällen eine besondere Mengenausweitung von tarifmässig besonders interessanten Positionen vermuten, was im Rahmen der Analyse von INFRAS näher zu untersuchen bleibt (interessant ist in diesem Zusammenhang insbesondere das Fallbeispiel der Kataraktoperation).



6 Auswertung Ärzteteinkommen 2003/2005

Um den Einfluss von TARMED auf die Einkommen der Ärzte zu ersehen, kann auf die Statistik der Ärzteteinkommen der Jahre 2003 und 2005 abgestellt werden.³⁷ Das Jahr 2003 kann dabei als letztes Jahr vor Einführung des TARMED betrachtet werden. Dabei sind die in Abschnitt 2.4 erwähnten Abgrenzungsprobleme zu beachten. Einerseits wurde TARMED für die Behandlungen im Bereich der Unfallversicherung, Invalidenversicherung und Militärversicherung schon per 1. Mai 2003 eingeführt. Andererseits dürfte ein bedeutender Teil von Leistungen aus dem Jahr 2003 erst 2004 verrechnet worden sein. Es ist somit davon auszugehen, dass der in der Statistik der Ärzteteinkommen erfasste Wert für 2003 tendenziell unterschätzt und für 2004 tendenziell überschätzt wird. TARMED für das Jahr 2005 ausgewiesenen Einkommen ergaben sich aus ambulanten ärztlichen Leistungen, die grundsätzlich nach TARMED abgerechnet werden sollten. Allerdings können die Einkommen auch Bestandteile ausserhalb von ambulanten ärztlichen Leistungen (Labor, Medikamente, stationäre Spitalbehandlung bei Belegärzten etc.) und über Zusatzversicherungen abgerechnete Leistungen enthalten.³⁸ Da diese anderen Elemente nicht ausgeschieden werden können, wird die Analyse des Einflusses von TARMED erschwert. Die Unterschiede zu den Entwicklungen der Bruttoleistungen gemäss Kapitel 3 dürften sich nicht zuletzt durch diese Unschärfe erklären.

6.1 Entwicklung des Niveaus

Wie **Tabelle 26** zeigt, lag der durchschnittliche jährliche Zuwachs der Ärzteteinkommen zwischen 1991/92 bis 2001 im Rahmen von 0.5%.

Tabelle 26: Ärzteteinkommen gesamt: Entwicklung Mittelwerte und Zentralwerte

| | Mittelwert | Zentralwert |
|---------------------------|------------|-------------|
| Beträge in Fr./Jahr | | |
| 1991/92 | 201'577 | 163'900 |
| 2001 | 210'723 | 171'500 |
| 2002 | 214'362 | 172'000 |
| 2003 | 208'940 | 168'600 |
| 2004 | 218'763 | 177'900 |
| 2005 | 212'019 | 173'900 |
| Jährliche Zuwachsraten | | |
| Durchschnitt 1991/92-2001 | 0.5% | 0.5% |
| Durchschnitt 2001-2003 | -0.4% | -0.8% |
| 2004 | 4.7% | 5.5% |
| 2005 | -3.1% | -2.2% |

Ärzteteinkommen: AHV-pflichtiges jährliches Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in Franken

Quelle: Hasler/Reichert (2007), eigene Berechnungen

³⁷ Diese Statistik beschränkt sich auf die frei praktizierenden Ärzte und Ärztinnen. Leider existieren keine vergleichbaren Datenquellen zu den Einkommen der Spitalärzte. Eine entsprechende Bereitstellung von Daten durch die Spitäler wäre dringend nötig.

³⁸ Die Ärztekasse geht davon aus, dass das Einkommen eines mittleren Grundversorgers nur zu rund 60% aus Tarmed resultiert (Angabe von A. Prantl).



Dieser Zuwachs liegt deutlich unter der durchschnittlichen Teuerungsrate und unter der durchschnittlichen Entwicklung der Angestelltenlöhne. Wie schon angemerkt, kann der Vergleich aber nicht unmittelbar vorgenommen werden, da das durchschnittliche Arbeitsvolumen, auf welches sich das Ärztteeinkommen bezieht, nicht bekannt ist. Mit Sicherheit wird die Entwicklung des Ärztteeinkommens für ein 100%-Pensum unterschätzt, da der Anteil an teilzeitlich in freier Praxis arbeitenden Ärztinnen und Ärzten im Lauf der letzten Jahre zugenommen hat.

Unabhängig von dieser konzeptionellen Frage lässt sich aber feststellen, dass der Anstieg der Ärztteeinkommen im ersten TARMED-Jahr 2004 deutlich ausfiel. Waren die Ärztteeinkommen in den Jahren 2002 und 2003 jahresdurchschnittlich um 0.4% (Mittelwert), resp. 0.8% (Zentralwert) gesunken, so stiegen sie 2004 um 4.7% (Mittelwert), resp. 5.5% (Zentralwert) an.³⁹ Dieses Resultat ist insofern zu erwarten, als sich nach Einführung des TARMED zeigte, dass der Taxpunktwert gesenkt werden musste, um die Kostenneutralität einzuhalten. Im Verlauf der Jahre 2004 und 2005 wurde der Taxpunktwert des TARMED mehrmals abgesenkt. Im Jahr 2005 gingen die Ärztteeinkommen um 3.1% (Zentralwert), resp. 2.2% zurück. Die Ärztteeinkommen entwickelten sich somit schlechter als die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person, welche 2005 um 2.7% anstiegen.

Tabelle 27: Ärztteeinkommen 2003-2005 nach Kantonen (Zentralwerte, Fr./Jahr)

| | 2003 | 2004 | 2005 | Veränderung 2003-2005 |
|----------------|---------|---------|---------|--------------------------|
| BS | 132'500 | 130'800 | 139'300 | 5.1% |
| NE | 134'900 | 134'200 | 131'600 | -2.4% |
| GE | 141'400 | 147'800 | 159'300 | 12.7% |
| VS | 146'100 | 163'600 | 166'200 | 13.8% |
| JU | 147'300 | 157'000 | 158'400 | 7.5% |
| SH | 151'800 | 154'200 | 156'800 | 3.3% |
| ZH | 154'600 | 162'000 | 156'500 | 1.2% |
| GR | 160'800 | 182'300 | 179'500 | 11.6% |
| BE | 163'800 | 168'600 | 163'600 | -0.1% |
| SO | 172'800 | 184'700 | 181'000 | 4.7% |
| AP | 172'800 | 203'500 | 192'000 | 11.1% |
| VD | 176'900 | 186'400 | 177'400 | 0.3% |
| AG | 178'300 | 189'600 | 191'900 | 7.6% |
| BL | 181'300 | 178'400 | 174'700 | -3.6% |
| UW | 181'800 | 193'200 | 199'300 | 9.6% |
| TG | 190'500 | 193'400 | 204'700 | 7.5% |
| TI | 191'200 | 183'300 | 186'600 | -2.4% |
| FR | 195'600 | 199'400 | 191'700 | -2.0% |
| SG | 198'200 | 218'000 | 220'100 | 11.0% |
| LU | 205'700 | 218'600 | 223'300 | 8.6% |
| UR | 205'800 | 205'200 | 205'500 | -0.1% |
| ZG | 216'800 | 221'900 | 181'700 | -16.2% |
| SZ | 252'000 | 255'500 | 237'500 | -5.8% |
| GL | 255'300 | 257'600 | 265'800 | 4.1% |
| Schweiz gesamt | 168'600 | 177'900 | 173'900 | 3.1% |

Ärztteeinkommen: AHV-pflichtiges jährliches Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in Franken

Die Kantone sind nach Höhe des Einkommens 2003 aufsteigend geordnet

³⁹ Der Unterschied ist weniger ausgeprägt, wenn berücksichtigt wird, dass das Einkommen des Jahres 2003 statistisch unterschätzt und dasjenige des Jahres 2004 überschätzt wird.



Die Werte von 2003 wurden von M. Reichert neu geliefert, da die in Tabelle 7 von Hasler/Reichert (2007) ausgewiesenen nicht korrekt sind.

Quelle: Hasler/Reichert (2008 und 2007), eigene Berechnungen

Je nach Kanton ergaben sich zwischen 2003 und 2005 sehr unterschiedliche Veränderungen der Zentralwerte der Ärzteteinkommen (**Tabelle 27**). Besonders ausgeprägt gingen die Ärzteteinkommen im Kanton ZG (Rückgang um mehr als 16%) zurück. In den Kantonen NE, BE, BL, TI, FR, UR und SZ zeigt sich ebenfalls ein Rückgang der Ärzteteinkommen. Besonders starke Zunahmen von mehr als 10% ergeben sich auf der anderen Seite für die Kantone GE, VS, GR, AI/AR und SG.

Auch nach Spezialitäten zeigt sich eine grosse Spannweite der Entwicklungen (**Tabelle 28**). Zu den Verlierern zählen mit Rückgängen von mehr als 10% insbesondere Chirurgie, Anästhesie, Urologie und Radiologie. Einen Anstieg der Einkommen um mehr als 5% weisen Psychiatrie, Neurologie und Neurochirurgie (+52.5%!) auf.⁴⁰ Allgemeinmedizin und Innere Medizin liegen mit einem Zuwachs von 4.8 und 3.3% über der Gesamtentwicklung von 3.1%.

Ähnlich wie bei der Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person ist auch hier festzustellen, dass diese Entwicklungen teilweise der gewünschten Aufwertung der intellektuellen Leistungen entsprechen (Psychiatrie, Allgemeinmedizin), dieser teilweise aber auch widersprechen (Neurologie, Neurochirurgie).

Tabelle 28: Ärzteteinkommen 2003-2005 nach Spezialitäten (Zentralwerte, Fr./Jahr)

| | 2003 | 2004 | 2005 | Veränderung 2003-2005 |
|-------------------|---------|---------|---------|--------------------------|
| Kinderpsychiatrie | 107'000 | 117'800 | 108'500 | 1.4% |
| Psychiatrie | 112'600 | 126'000 | 123'500 | 9.7% |
| Neurologie | 142'600 | 160'800 | 151'500 | 6.2% |
| Pädiatrie | 154'300 | 154'800 | 149'100 | -3.4% |
| Allgemeinmedizin | 172'700 | 177'800 | 181'000 | 4.8% |
| Phys. Medizin | 181'700 | 192'200 | 182'700 | 0.6% |
| Innere Medizin | 182'300 | 190'500 | 188'300 | 3.3% |
| Neurochirurgie | 200'400 | 286'200 | 305'700 | 52.5% |
| Chirurgie | 200'900 | 208'700 | 168'500 | -16.1% |
| Gynäkologie | 207'700 | 213'200 | 211'500 | 1.8% |
| Dermatologie | 207'900 | 191'000 | 208'700 | 0.4% |
| Anästhesie | 245'700 | 247'000 | 215'200 | -12.4% |
| Orthopädie | 245'700 | 266'300 | 254'100 | 3.4% |
| Urologie | 252'900 | 284'200 | 221'600 | -12.4% |
| ORL | 263'900 | 251'700 | 243'100 | -7.9% |
| Ophthalmologie | 266'600 | 276'300 | 272'000 | 2.0% |
| Radiologie | 301'500 | 295'200 | 270'500 | -10.3% |
| Gesamt | 168'600 | 177'900 | 173'900 | 3.1% |

Ärzteteinkommen: AHV-pflichtiges jährliches Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in Franken

Die Spezialitäten sind nach Höhe des Einkommens 2003 aufsteigend geordnet

Quelle: Hasler/Reichert (2008), eigene Berechnungen

⁴⁰ Beim Extremwert bei der Neurochirurgie ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahl sehr tief ist (unter 40 Beobachtungen).



6.2 Entwicklung der Streuung

Welchen Einfluss hat TARMED auf die Streuung der Einkommen nach Kantonen und Spezialitäten? Die entsprechenden Ergebnisse sind in konzentrierter Form in **Tabelle 29** ersichtlich. Für die Beurteilung wird dabei auf die Standardabweichung abgestellt, welche als bestes Mass für die Variabilität betrachtet werden kann.⁴¹

Tabelle 29: Standardabweichung der Ärztteeinkommen nach Kantonen und Spezialitäten, 2003 und 2004

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2003-2005 |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| Kantone Durchschnitt | 37'290 | 31'392 | 29'504 | -21% |
| Kantone Zentralwert | 31'784 | 31'248 | 30'069 | -5% |
| Spezialitäten Durchschnitt | 81'629 | 82'759 | 80'445 | -1% |
| Spezialitäten Zentralwert | 55'259 | 57'058 | 54'654 | -1% |

Quelle: Hasler / Reichert (2008), eigene Berechnungen

Nach Kantonen sind die Einkommensunterschiede mit der Einführung von TARMED geringer geworden: Beim Durchschnitt reduziert sich die Standardabweichung von 2003 auf 2005 um 21%, die Standardabweichung des Zentralwerts geht in geringerem Umfang (um 5%) zurück.

Die Einkommensunterschiede nach Spezialitäten nehmen für den Durchschnitt wie den Zentralwert geringfügig (um je 1%) ab. Dies geht auf die Entwicklung 2005 zurück, 2004 hatten sich die Einkommensunterschiede gegenüber 2003 noch leicht vergrössert.

Gesamthaft lässt sich feststellen, dass sich die Einkommensunterschiede nach Kantonen verringert haben, während die Einkommensunterschiede nach Spezialitäten ungefähr gleich geblieben sind.

6.3 Einschätzungen zu den Evaluationsfragen

Die Analyse der Entwicklung der Ärztteeinkommen ergänzt die Analyse der Entwicklung der Bruttoleistungen pro versicherte Person in den Abschnitten 3.4 und 3.5. Bemerkenswert ist dabei, dass die Einkommensentwicklung im Jahr 2005 deutlich negativ ausfällt (Durchschnitt -3.1%), während die durchschnittliche OKP-finanzierte Bruttoleistung der Arztpraxen pro versicherte Person im gleichen Jahr um 2.8% zunahm (vgl. Tabelle 5). Die unterschiedliche Entwicklung kann theoretisch durch Veränderungen von Kostenfaktoren bei den Arztpraxen erklärbar sein (da das Ärztteeinkommen dem Praxiserlös abzüglich den Praxiskosten entspricht). Zugleich können aber auch unterschiedliche Jahresabgrenzungen von Bedeutung sein. Um die Bedeutung der verschiedenen Gründe abschätzen zu können, wären vertiefere Abklärungen nötig.

Aus der Auswertung der Ärztteeinkommen können zur Frage, ob TARMED das Ziel der Aufwertung der intellektuellen Leistungen (1.1.a) erreicht hat, folgende Einschätzungen gewonnen werden:

- Das Ziel wurde nur zu einem kleinen Teil erreicht. Zwar haben einzelne durch die intellektuellen Leistungen geprägte Spezialitäten mit der Einführung von TARMED einkommensmässig über-

⁴¹ Hasler / Reichert (2007) beurteilen die Streuung aufgrund der Spanne zwischen tiefstem und höchstem Wert und kommen aufgrund dieses einfachen Masses zum Schluss, dass die Streuung der Mittelwerte wie der Zentralwerte nach Kantonen und Spezialitäten mit Einführung des Tarmed zurückgegangen sei.



durchschnittlich zugelegt (insbesondere Psychiatrie, in geringem Mass Allgemeinmedizin), andere durch die intellektuellen Leistungen geprägte Spezialitäten entwickelten sich einkommensmässig aber unterdurchschnittlich (Kinderpsychiatrie, Pädiatrie).

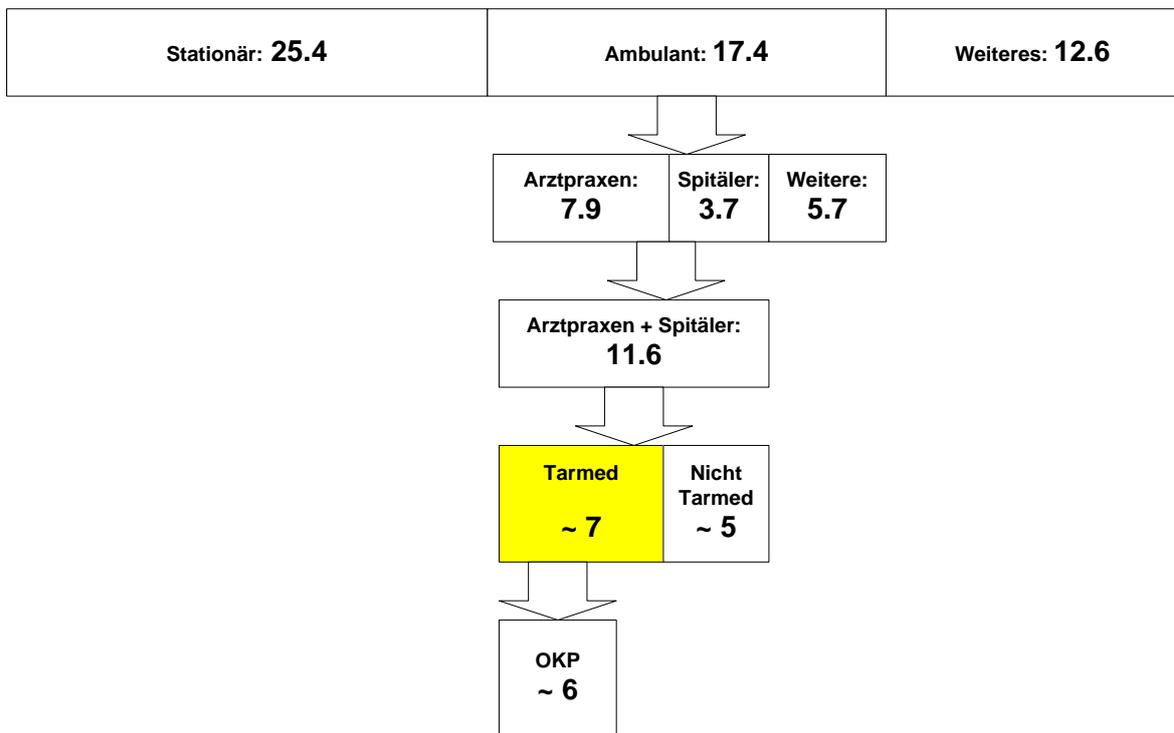
- Infolge der Aufwertung der intellektuellen Leistungen sollten sich die Unterschiede der Ärzteteinkommen zwischen den Spezialitäten und den Kantonen verringern. Diese indirekt gewünschten Wirkungen sind nur sehr beschränkt eingetreten.
- Auf die Einkommensunterschiede nach Spezialitäten hat TARMED nahezu keine systematische Wirkung gehabt. Die Standardabweichung verringerte sich nur minim.
- Die Einkommensunterschiede zwischen den Kantonen haben sich mit der Einführung von TARMED verringert. Dies dürfte primär auf die tendenzielle Verringerung der Unterschiede bei den kantonalen Taxpunktwerten (Abschnitt 3.6) und weniger auf die Aufwertung der intellektuellen Leistungen zurückzuführen sein. Die kantonalen Unterschiede in den Ärzteteinkommen bleiben nach wie vor bedeutend.



7 Zusammenfassung: Ergebnisse und offene Punkte

Wie **Abbildung 20** zusammenfassend zeigt, machen die über TARMED verrechneten Kosten rund 7 Mrd. Franken oder knapp 13% der gesamten Kosten des Gesundheitswesens von 55.3 Mrd. Franken aus (2007). Ein nicht unbedeutender Teil der ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern wird nicht oder nicht zwangsläufig über TARMED verrechnet (insbesondere „Out of Pocket“-Leistungen). Rund 1 Mrd. der über TARMED abgerechneten Leistungen entfällt auf andere Versicherungen als die OKP (UV, IV, MV).

Abbildung 20: TARMED-Leistungen als Teil Kosten des gesamten Gesundheitswesens (in Mrd. Fr.), 2007



Quelle: Kapitel 3, eigene Darstellung

Gesamthaft führt die Analyse der statistischen Quellen zu folgenden Antwortelementen bezüglich der Evaluationsfragen.

Welche Begrenzungen haben die vorliegenden (statistischen) Quellen in Bezug auf die Messung der Zielerreichung? (Frage 1.4)

Die vorhandenen statistischen Quellen weisen starke Begrenzungen auf. Es existiert keine einzelne Quelle, mit welcher die Entwicklung über eine längere Periode vor und nach Einführung von TARMED differenziert für den gesamten TARMED-Bereich verfolgt werden könnte. In der Folge sind verschiedene statistische Quellen beizuziehen, die bezüglich Definitionen und Abgrenzungen aber erheblich voneinander abweichen können und nur bedingt miteinander kompatibel sind.



Gibt es statistisch nachweisbare Auswirkungen des TARMED auf Preise und Mengen? (Frage 1.5)

Generell lässt sich feststellen, dass die Preise unter TARMED unter Kontrolle und infolge der Taxpunktwerterenkungen tendenziell leicht zurückgegangen sind. Gleichzeitig haben sich die Mengen ausgeweitet, besonders stark im ambulanten Spitalbereich und bei Gynäkologie und Ophthalmologie. Eine Auswirkung von TARMED (wie jedes Einzelleistungstarifs) ist dies insofern, als mit einem Einzelleistungstarif die Preise einfacher kontrolliert werden können, während die Mengen von den Akteuren einfacher ausgeweitet werden können. Die Anreize zur Mengenausweitung sind im Spitalambulatorium anders gesetzt als in der Ärztepraxis.

Die statistische Analyse durch die EFK der Bestimmungsfaktoren für die kantonalen Taxpunktwerte (Arztpraxen) des Jahres 2004 ergibt folgende Hauptresultate:

- Kantonale Kostenunterschiede (bei Mieten und Löhnen) spielen für die kantonalen Taxpunktwerte keine Rolle.
- Bruttoleistungen pro Versicherten des Vorjahres stellen den besten Bestimmungsfaktor dar. In ähnlicher Art kann die Ärztedichte den Taxpunktwert erklären. Dies deutet darauf hin, dass höhere Bruttoleistung und höhere Ärztedichte vor TARMED mit höheren Preisen verbunden waren und dass diese Preisunterschiede mit TARMED übernommen wurden.
- Mit der Anwendung der Kostenneutralität von TARMED auf kantonaler Ebene wurden die kantonalen Unterschiede weitgehend weitergeführt.

In welchem Ausmass wurden die Ziele des TARMED erreicht? (Frage 1.1)

- **Aufwertung der intellektuellen Leistungen:** Dieses Ziel wurde nicht oder nur teilweise erreicht. Je nachdem, ob die Entwicklung der Bruttoleistungen pro Versicherten oder die der Ärzteteinkommen zugrundegelegt wird, ergeben sich unterschiedliche Resultate. Aufgrund beider Datenquellen lässt sich aber feststellen, dass erwünschten Resultaten (z.B. Besserstellung der Psychiatrie) eine nicht oder nur in sehr geringem Mass erfolgte Besserstellung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin entgegensteht. In diesem Zusammenhang ist auch festzustellen, dass die Einkommensunterschiede zwischen den Spezialitäten mit Einführung von TARMED nahezu konstant geblieben sind. Die Einkommensunterschiede zwischen den Kantonen wurden leicht verringert. Dies dürfte primär auf die tendenzielle Verringerung der Unterschiede bei den kantonalen Taxpunktwerten und weniger auf die Aufwertung der intellektuellen Leistungen zurückzuführen sein.
- **Verbesserung der Transparenz:** Dieses Ziel wurde im Rahmen der statistischen Auswertung nicht weiter geprüft. Gerade die statistischen Auswertungen zeigen aber, dass die Vergleichbarkeit zwischen Kantonen, Spezialitäten etc. stark verbessert und die Transparenz damit erhöht wurde. Zugleich ist festzustellen, dass die Grundlagen zwar verbessert wurden, die statistische Verfügbarkeit aber mangelhaft bleibt.
- **Einhaltung der Kostenneutralität:** Dieses Ziel wurde in einem allgemeinen statistischen Sinn erreicht, nach Einführung des TARMED zeigt sich gesamthaft ein vergleichbarer Kostentrend wie vorher.

Welche Wirkungen haben eventuelle Fehlbewertungen (TARMED-Wert ist im Vergleich zu den Kosten zu hoch oder zu tief)? (Frage 3.1)



Generell ist festzuhalten, dass sich mit der Analyse der statistischen Quellen zwar Entwicklungen zeigen lassen, die mögliche Wirkungen darstellen können. Ob diese auf Fehlbewertungen zurückzuführen sind, lässt sich aber aufgrund der statistischen Analyse nicht beurteilen.

- **Vergütungen der Sozialversicherungen:** Die Analyse der statistischen Quellen erlaubt zu dieser Frage keine Aussagen.
- **Umsätze der Arztpraxen (Ärzteeinkommen):** Diese Entwicklung kann anhand der Bruttoleistungen gesamt, der Bruttoleistungen pro versicherte Person und der Ärzteeinkommen nachgezeichnet werden. Generell ist festzustellen, dass sich Umsätze und Einkommen der Ärzte und Ärztinnen unter TARMED in ähnlichem Rahmen weiter entwickelten wie vor TARMED. Für einzelne Ärzteguppen (Ophthalmologie, Gynäkologie) zeigt sich ein Anstieg des Umsatzes pro Sitzung. Die Aufteilung in einen Preis- und einen Mengeneffekt zeigt, dass die Preise unter TARMED in der Tendenz leicht zurückgegangen sind, wie dies aufgrund der Entwicklung der Taxpunktwerte zu erwarten ist. Gleichzeitig haben die Mengen mit wenigen Ausnahmen zugenommen (im Durchschnitt der Jahre 2005-2008 um gut 3%). In einzelnen Bereichen sind Anreize zu vermuten (Ausweitung des Anteils der grossen und grösseren TARMED-Positionen, markanter Anstieg des Anteils der Kataraktoperation). Diese sind im Rahmen der Synthese zusammen mit den Ergebnissen des Mandats von INFRAS zu interpretieren. Unklar bleiben die Gründe für die zum Teil unterschiedlichen Entwicklungen von Bruttoleistungen und Einkommen.
- **Umsätze der Spitäler:** Die Umsätze der Spitäler stiegen deutlich stärker an als jene der Arztpraxen. Neben nachfrageseitigen Gründen (Verlagerung von stationär zu ambulant; der Anteil von Versicherten, die direkt ins Spitalambulatorium gehen, steigt tendenziell an) ist eine Mengenausweitung durch die Spitäler zu vermuten. Eine Unterteilung in Preis- und Mengeneffekt lässt sich für die Spitalambulatorien leider nur für das Kapitel 00 (Grundleistungen) vornehmen. Die gesamte Mengenzunahme fällt hier über die zwei betrachteten Jahre 2006/2007 hinweg mit fast 19% markant stärker aus als bei den Arztpraxen mit rund 5%.
- **Verschiebungen der Umsätze zwischen Arztpraxen und Spitälern:** Aufgrund der vorgenannten Entwicklungen findet eine Verschiebung statt: der Anteil der Spitäler an den ambulanten ärztlichen Leistungen stieg von rund 36% 2003 auf gut 39% 2007 an. Dies entspricht aber einem langfristigen Trend und dürfte nur beschränkt auf Fehlbewertungen des TARMED zurückzuführen sein. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass die Spitäler im Allgemeinen von höheren Taxpunktwerten als die Arztpraxen profitieren.
- **Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung innerhalb der Spitäler:** Eine solche Verschiebung ist zu beobachten. Während die Kosten der ambulanten Versorgung 2003 noch bei rund 12.2% der Kosten der stationären Versorgung lagen, machte das Verhältnis 2007 14.4% aus (Tabelle 3). Wiederum handelt es sich um einen langfristigen Trend. Die Analyse der statistischen Quellen gibt keine Hinweise, dass dies durch Fehlbewertungen bei TARMED verursacht sei.
- **Andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation):** Die Analyse der statistischen Quellen erlaubt zu dieser Frage keine Aussagen.

Offene Punkte

Bei der Synthese wird zu prüfen bleiben, in wie weit zu verschiedenen offenen Fragen durch Analysen in anderen Bereichen (theoretische Überlegungen, Analyse der Fallbeispiele) Erklärungselemente gefunden werden können.



Dabei sollten auch die Gründe für die teilweise unterschiedlichen Entwicklungen von Umsatz und Einkommen geklärt werden.

Schliesslich ist die Ausweitung des Anteils der grossen und grösseren TARMED-Positionen nach einzelnen Ärztegruppen noch weiter zu analysieren und zu interpretieren.



8 Anhänge

8.1 Anhang 1: Methodisches Vorgehen für Ermittlung Preis-/Mengeneffekt

Anhand der Daten der Ärztekasse kann für die Gesamtheit der TARMED-Positionen wie auch einzelne Gruppen von TARMED-Positionen (z.B. Kapitel oder Schlüsselpositionen von Fallbeispielen) die Gesamtentwicklung in einen Preis- und einen Mengeneffekt unterteilt werden. Damit diese Berechnungen durchgeführt werden können, muss zuerst die die Gesamtentwicklung ermittelt werden. Bei einer unmittelbaren Verwendung der Ärztekassendaten wird die Gesamtentwicklung in unkontrollierter Weise auch durch den sich verändernden Abdeckungsgrad beeinflusst. Deshalb stützen wir uns für die Ermittlung der jährlichen Veränderung der gesamten TARMED-Leistungen auf die hochgerechneten Werte des Datenpools für die OKP-finanzierten Bruttoleistungen pro versicherte Person der Arztpraxen (2005: 3.7%, 2006: 1.1%, 2007: 3.2%, vgl. Tabelle 4). Für das Jahr 2008 gehen wir von der vom BAG ausgewiesenen Veränderungsrate von 4.3% aus (BAG 2009, S.17). Die Verwendung der eher grob angenäherten Gesamtveränderungsraten ist zulässig, weil die Aufteilung auf Preis- und Mengeneffekt dadurch nur marginal beeinflusst wird.

Für die Berechnungen wird wie folgt vorgegangen. Pro Tarifposition und Jahr wird die Veränderung der hochgerechneten Bruttoleistungen⁴² berechnet. Wie viel davon auf den Preiseffekt entfällt, wird ermittelt, indem die hochgerechneten Mengen des Jahres mit den im Vorjahr geltenden „Preisen“ (=Bruttoleistung pro Verrechnung) multipliziert werden. Die Differenz zwischen der Veränderung der hochgerechneten Bruttoleistungen und dem Preiseffekt entspricht dem Mengeneffekt. Durch dieses Vorgehen wird jeweils das Mengengerüst des Vorjahrs als Referenz genommen und die Abweichungen von diesem Mengengerüst ergeben den Mengeneffekt.

Um die einfache Berechenbarkeit zu ermöglichen, werden für Tarifpositionen, die in einzelnen Jahren nicht verwendet wurden (wegen Streichung oder neuer Aufnahme) jeweils gesamthaft eine Verrechnung à 1 Rappen eingesetzt (die Resultate ändern sich durch diesen Trick nicht).

8.2 Anhang 2: Vergleich der Ärztekassen-Daten mit den Tarifpool-Daten

Die EFK hat von Santésuisse für die Jahre 2005-2007 kantonal differenzierte Daten über die Anzahl Verrechnungen und die Bruttoleistungen pro Verrechnung im ambulanten Bereich (Spitäler und Arztpraxen) erhalten. Diese Daten sind nach sämtlichen Tarifpositionen des TARMED-Kapitels 00 (Grundleistungen) differenziert. Für die ausgewiesenen Auswertungen hat sich die EFK primär auf die Daten der Ärztekasse gestützt, da diese über sämtliche TARMED-Positionen hinweg differenziert vorliegen. Verschiedene Vergleiche zeigen, dass die beiden Quellen relative Grössen innerhalb von TARMED in sehr vergleichbarer Grössenordnung abbilden. Dies lässt sich anhand des Anteils des Kapitels 00 an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen zeigen (**Tabelle 30**). Bei den Spezialitäten entsprechen die Anteile einander fast auf den Prozentwert genau. Beim Total der Arztpraxen ergeben sich erklärlicherweise grössere Differenzen, die die Spezialitäten innerhalb der erfassten Stichprobe bei den beiden Datenquellen differieren.

⁴² Für die Berechnungen wurden die in Tabelle 4 ersichtlichen hochgerechneten Werte verwendet. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Preise für die einzelnen Tarifpositionen „richtig“ sind. Die Resultate bezüglich Preis- und Mengeneffekt bleiben sich aber gleich, wenn für die Gesamtleistungen von 2004 ein Indexwert 100 eingesetzt wird, der mit den Veränderungsdaten der nächsten Jahre angepasst wird.



Tabelle 30: Anteil des Kapitels 00 an gesamten TARMED-Bruttoleistungen, Ärztekasse und Tarifpool im Vergleich

| | | Arztpraxen | Allgemein- medizin | Innere Medizin | Ophthal- mologie | Gynäko- logie | Spitäler ambulant |
|------|------------|------------|-----------------------|-------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| 2005 | Ärztekasse | 50% | 88% | 86% | 21% | 32% | .. |
| | Tarifpool | 55% | 86% | 85% | 20% | 31% | 24% |
| 2006 | Ärztekasse | 50% | 88% | 87% | 21% | 33% | .. |
| | Tarifpool | 54% | 87% | 85% | 20% | 31% | 25% |
| 2007 | Ärztekasse | 49% | 89% | 86% | 21% | 33% | .. |
| | Tarifpool | 53% | 87% | 86% | 20% | 32% | 27% |

Quelle: Ärztekasse, Tarifpool, eigene Berechnungen

8.3 Anhang 3: Ausführliche Tabellen aus Datenauswertungen

Tabelle 31: Umsatz pro Sitzung nach Spezialisierung und Tariftyp, Arztpraxen 2001-2008 (Fr.)

| | Jahr | Labor | alte Tarife | Medika- mente | TARMED | Total |
|------------------|----------------|-------|-------------|------------------|--------|--------|
| Allgemeinmedizin | 2001 | 5.78 | 59.41 | 22.34 | | 87.54 |
| | 2002 | 6.02 | 59.66 | 22.55 | | 88.24 |
| | 2003 | 6.15 | 59.01 | 23.03 | 0.00 | 88.20 |
| | 2004 | 10.04 | 10.11 | 23.00 | 44.69 | 87.83 |
| | 2005 | 11.21 | 3.60 | 23.33 | 50.87 | 89.01 |
| | 2006 | 9.75 | 3.84 | 23.31 | 51.16 | 88.06 |
| | 2007 | 9.32 | 3.73 | 24.32 | 51.26 | 88.63 |
| | 2008 | 9.46 | 4.66 | 24.53 | 51.60 | 90.24 |
| | Gynäkologie | 2001 | 10.12 | 102.54 | 10.95 | |
| 2002 | | 10.53 | 102.73 | 11.27 | | 124.53 |
| 2003 | | 10.92 | 104.30 | 12.63 | | 127.85 |
| 2004 | | 14.06 | 19.54 | 10.55 | 84.52 | 128.67 |
| 2005 | | 15.71 | 10.49 | 11.10 | 93.17 | 130.46 |
| 2006 | | 13.29 | 11.44 | 10.83 | 97.08 | 132.64 |
| 2007 | | 11.99 | 10.61 | 11.38 | 99.98 | 133.96 |
| 2008 | | 12.38 | 15.01 | 10.60 | 101.56 | 139.55 |
| Innere Medizin | | 2001 | 9.28 | 62.86 | 23.65 | |
| | 2002 | 9.54 | 62.82 | 26.61 | | 98.97 |
| | 2003 | 9.34 | 61.73 | 25.77 | 0.01 | 96.85 |
| | 2004 | 12.59 | 9.01 | 25.28 | 47.92 | 94.81 |
| | 2005 | 13.95 | 2.47 | 25.33 | 53.66 | 95.41 |
| | 2006 | 11.97 | 2.48 | 24.49 | 54.66 | 93.60 |
| | 2007 | 11.25 | 2.51 | 26.41 | 54.86 | 95.02 |
| | 2008 | 11.30 | 3.03 | 25.08 | 55.70 | 95.11 |
| | Ophthalmologie | 2001 | 0.01 | 105.26 | 7.84 | |
| 2002 | | 0.01 | 104.98 | 7.66 | | 112.64 |
| 2003 | | 0.00 | 107.66 | 8.96 | 0.01 | 116.63 |
| 2004 | | 0.00 | 16.03 | 7.25 | 101.42 | 124.71 |
| 2005 | | 0.00 | 8.25 | 7.52 | 115.90 | 131.67 |
| 2006 | | 0.00 | 7.99 | 7.17 | 120.49 | 135.65 |
| 2007 | | 0.00 | 12.46 | 7.63 | 126.99 | 147.08 |
| 2008 | | 0.00 | 11.51 | 7.74 | 129.77 | 149.03 |

Quelle: Ärztekasse



Tabelle 32: Anteil der Grundleistungen an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen nach Kantonen, Arztpraxen und Spitäler

| | Arztpraxen | | | Spitäler | | | Arztpraxen + Spitäler | | |
|-------|------------|-------|-------|-----------|-------|-------|------------------------|-------|-------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 |
| CH | 54.7% | 53.8% | 53.0% | 24.1% | 24.5% | 26.6% | 48.9% | 46.6% | 45.9% |
| AG | 54.7% | 54.6% | 53.8% | 24.8% | 25.5% | 28.1% | 49.0% | 45.4% | 45.2% |
| AI | 60.2% | 61.2% | 70.0% | 62.0% | 32.6% | 25.2% | 60.2% | 59.1% | 64.0% |
| AR | 55.9% | 56.6% | 55.7% | 22.1% | 23.0% | 24.2% | 46.7% | 45.7% | 45.9% |
| BE | 56.3% | 55.9% | 55.3% | 23.8% | 24.9% | 26.9% | 48.2% | 46.6% | 46.9% |
| BL | 53.4% | 52.8% | 52.8% | 33.6% | 33.8% | 35.3% | 50.9% | 49.1% | 48.7% |
| BS | 44.7% | 45.2% | 44.5% | 26.2% | 27.4% | 30.0% | 38.9% | 39.5% | 39.4% |
| FR | 57.2% | 56.5% | 55.3% | 14.1% | 17.1% | 19.4% | 51.4% | 49.7% | 47.7% |
| GE | 53.4% | 51.2% | 50.3% | 31.1% | 30.5% | 32.5% | 51.0% | 49.5% | 48.3% |
| GL | 59.8% | 60.3% | 60.8% | 26.3% | 28.6% | 22.9% | 57.9% | 58.1% | 54.6% |
| GR | 57.7% | 59.2% | 60.6% | 21.7% | 23.4% | 25.6% | 53.4% | 49.8% | 47.4% |
| JU | 58.7% | 58.8% | 58.7% | 22.9% | 23.5% | 25.0% | 49.9% | 48.7% | 49.2% |
| LU | 55.4% | 55.4% | 54.6% | 23.4% | 23.2% | 23.4% | 46.6% | 44.6% | 42.9% |
| NE | 58.4% | 56.4% | 55.0% | 19.9% | 19.1% | 22.6% | 55.4% | 53.4% | 49.0% |
| NW | 59.6% | 59.2% | 60.4% | 21.8% | 21.8% | 23.6% | 54.6% | 52.8% | 52.8% |
| OW | 76.4% | 77.7% | 79.4% | 17.8% | 19.0% | 23.1% | 62.3% | 60.7% | 62.0% |
| SG | 56.1% | 55.0% | 54.5% | 25.5% | 25.0% | 25.9% | 50.1% | 48.1% | 46.7% |
| SH | 57.3% | 56.1% | 55.2% | 17.2% | 18.3% | 19.3% | 49.7% | 45.7% | 46.2% |
| SO | 62.0% | 60.4% | 58.9% | 20.3% | 20.3% | 23.7% | 56.4% | 50.7% | 49.8% |
| SZ | 60.5% | 59.3% | 59.1% | 28.3% | 27.7% | 33.0% | 56.8% | 54.3% | 53.6% |
| TG | 59.8% | 59.5% | 59.5% | 19.6% | 20.7% | 21.5% | 47.2% | 45.5% | 45.0% |
| TI | 58.5% | 57.6% | 57.5% | 19.8% | 19.9% | 24.8% | 50.8% | 48.1% | 48.3% |
| UR | 69.8% | 72.5% | 73.1% | 27.6% | 25.7% | 27.4% | 61.1% | 59.0% | 59.5% |
| VD | 57.6% | 55.5% | 54.5% | 24.4% | 22.8% | 24.7% | 49.2% | 44.7% | 44.2% |
| VS | 56.4% | 56.1% | 55.1% | 21.6% | 21.4% | 23.8% | 52.0% | 47.3% | 46.7% |
| ZG | 50.1% | 47.7% | 47.6% | 23.6% | 25.1% | 25.7% | 46.7% | 44.0% | 44.0% |
| ZH | 50.3% | 49.3% | 48.2% | 25.3% | 26.2% | 28.2% | 47.0% | 45.1% | 44.1% |
| Stabw | 5.9% | 6.6% | 7.5% | 8.7% | 4.3% | 3.9% | 5.3% | 5.3% | 5.8% |

Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen



Tabelle 33: Anteil der Grundleistungen an den gesamten TARMED-Bruttoleistungen nach Kantonen, Arztpraxen nach Spezialitäten

| | Allgemeinmedizin | | | Innere Medizin | | | Ophthalmologie | | | Gynäkologie | | |
|-------|------------------|-------|-------|----------------|-------|-------|----------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 |
| CH | 86.4% | 87.0% | 87.4% | 84.9% | 85.5% | 85.9% | 20.4% | 20.5% | 20.2% | 31.0% | 31.5% | 31.7% |
| AG | 82.5% | 83.4% | 84.2% | 82.9% | 84.6% | 84.3% | 19.8% | 20.6% | 20.3% | 31.0% | 31.6% | 32.6% |
| AI | 85.2% | 85.0% | 85.0% | 80.1% | 82.1% | 82.7% | 21.0% | 22.5% | 19.9% | 33.2% | 37.1% | 33.8% |
| AR | 88.6% | 89.0% | 89.5% | 85.2% | 86.3% | 85.5% | 21.1% | 23.4% | 23.0% | 32.2% | 32.4% | 32.6% |
| BE | 88.6% | 89.2% | 89.5% | 84.3% | 84.6% | 85.0% | 22.7% | 22.8% | 22.5% | 30.7% | 31.3% | 31.6% |
| BL | 89.5% | 89.9% | 90.6% | 80.0% | 81.0% | 83.6% | 21.1% | 21.2% | 20.9% | 35.7% | 36.1% | 37.5% |
| BS | 86.7% | 87.7% | 87.9% | 88.8% | 89.5% | 90.0% | 21.5% | 22.2% | 22.7% | 29.7% | 30.6% | 31.3% |
| FR | 88.2% | 89.0% | 89.4% | 87.8% | 88.4% | 88.9% | 20.3% | 19.1% | 18.5% | 27.6% | 28.7% | 29.4% |
| GE | 95.2% | 95.5% | 95.7% | 95.5% | 95.1% | 95.6% | 20.3% | 20.6% | 19.7% | 31.9% | 32.4% | 33.1% |
| GL | 84.8% | 85.9% | 86.3% | 88.7% | 89.7% | 90.2% | 20.2% | 19.8% | 19.3% | 30.1% | 32.7% | 32.6% |
| GR | 83.4% | 84.6% | 84.3% | 79.7% | 80.5% | 81.8% | 15.0% | 16.2% | 17.3% | 30.8% | 31.4% | 32.0% |
| JU | 89.8% | 90.1% | 90.0% | 91.1% | 90.2% | 90.2% | 19.5% | 20.1% | 20.8% | 36.3% | 36.3% | 34.1% |
| LU | 83.7% | 84.6% | 84.8% | 81.3% | 82.6% | 82.6% | 20.2% | 20.3% | 20.3% | 27.0% | 26.2% | 25.8% |
| NE | 93.2% | 93.2% | 93.6% | 94.6% | 94.6% | 93.7% | 20.6% | 19.5% | 19.3% | 35.9% | 37.6% | 38.0% |
| NW | 86.4% | 85.6% | 85.9% | 75.9% | 76.2% | 77.4% | 24.4% | 25.1% | 24.3% | 27.5% | 30.4% | 31.4% |
| OW | 85.0% | 86.7% | 87.7% | 84.9% | 84.3% | 85.9% | 24.9% | 25.4% | 25.8% | 33.2% | 34.1% | 47.8% |
| SG | 85.6% | 86.0% | 86.5% | 81.0% | 80.5% | 80.5% | 19.6% | 19.5% | 18.7% | 29.5% | 31.6% | 30.8% |
| SH | 88.4% | 88.9% | 89.1% | 82.0% | 83.6% | 83.5% | 19.3% | 19.3% | 18.9% | 32.0% | 33.6% | 34.6% |
| SO | 89.2% | 89.6% | 90.2% | 87.7% | 88.8% | 89.1% | 22.6% | 20.1% | 18.8% | 32.2% | 32.2% | 31.6% |
| SZ | 83.3% | 84.3% | 85.0% | 76.7% | 79.2% | 79.3% | 19.3% | 20.3% | 20.5% | 33.0% | 33.2% | 34.4% |
| TG | 84.4% | 85.4% | 85.8% | 83.4% | 84.3% | 84.1% | 21.1% | 20.8% | 19.8% | 29.2% | 29.9% | 30.3% |
| TI | 90.2% | 90.5% | 90.8% | 87.5% | 87.8% | 88.4% | 16.7% | 16.2% | 15.6% | 29.1% | 29.2% | 29.1% |
| UR | 84.7% | 86.6% | 88.2% | 85.0% | 85.2% | 86.8% | 22.1% | 21.8% | 16.8% | 33.1% | 31.9% | 31.7% |
| VD | 92.1% | 92.2% | 92.7% | 92.9% | 93.0% | 93.0% | 21.7% | 21.9% | 21.6% | 35.3% | 36.3% | 36.3% |
| VS | 87.0% | 87.7% | 88.1% | 88.2% | 88.8% | 89.2% | 18.6% | 19.3% | 19.4% | 30.8% | 31.7% | 31.3% |
| ZG | 83.7% | 84.6% | 85.1% | 80.0% | 80.7% | 81.8% | 17.8% | 17.3% | 17.5% | 27.3% | 27.9% | 29.4% |
| ZH | 83.5% | 84.1% | 84.3% | 82.5% | 82.4% | 82.3% | 20.5% | 20.5% | 20.6% | 31.1% | 30.3% | 30.4% |
| Stabw | 3.3% | 3.1% | 3.1% | 5.2% | 4.8% | 4.6% | 2.1% | 2.2% | 2.3% | 2.7% | 2.8% | 4.0% |

Quelle: Tarifpool Santésuisse, eigene Berechnungen



8.4 Anhang 4: Quellen

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2008): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006, Bern.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2009): Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenkasse, Erläuternder Bericht (Version vom 22. April 2009).
- BASS Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten
- BFS Bundesamt für Statistik (2007): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Neuchâtel.
- BFS Bundesamt für Statistik (2008a): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2006, Neuchâtel.
- BFS Bundesamt für Statistik (2008b): Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neues Erhebungskonzept, Neuchâtel.
- BFS Bundesamt für Statistik (2009): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten, Medienmitteilung vom 30. März, Neuchâtel.
- Hasler Niklaus, Reichert Martina (2007): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation). Vollerhebung im August 2007, Gutachten erstellt im Auftrag der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, von Sophistic Soft (Consulting für statistische Analysen im Gesundheitswesen, November).
- Hasler Niklaus, Reichert Martina (2008b): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation), in : Schweizerische Ärztezeitung, 89 :6, S. 208-219 (Kurzfassung von Hasler/Reichert 2007).
- Hasler Niklaus, Reichert Martina (2008a): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation). Vollerhebung im August 2008, Gutachten erstellt im Auftrag der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, von Sophistic Soft (Consulting für statistische Analysen im Gesundheitswesen, November).
- Hasler Niklaus, Reichert Martina (2009): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation), in: Schweizerische Ärztezeitung, 90:11, S. 409-419 (Kurzfassung von Hasler/Reichert 2008a).
- Kocher Gerhard; Oggier Willy (Hrsg.) (2007): Gesundheitswesen in der Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, Verlag Hans Huber, Bern.
- Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2004): 5-Jahres-Vergleich 1998-2002 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit dem Datentpool von Santéuisse.
- Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2007) : Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004.



- OCDE Organisation de Coopération de de Développement Economiques (2006): Examen de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse, Paris.
- Popp W. (1997) Referenzgrösse zur Bewertung der ärztlichen Leistung (AL) im Rahmen des GRAT-Tarifs (Studie im Auftrag der ZMT), Basel.
- Preisüberwachung (1999): Studie uzu den Tarifen GRAT / Infra, Bern.
- Santésuisse (o.J. a): Datenpool Porträt (Prospekt, verfügbar unter: www.santesuisse.ch).
- Santésuisse (o.J. b): Tarifpool Porträt (Prospekt, verfügbar unter: www.santesuisse.ch).
- Santésuisse (o.J. c): Versicherten- und Rechnungsstellerstatistik nach Datum Behandlungsbeginn sowie Abrechnungsdatum. Vier Betrachtungsweisen - vier Statistiken - vier Interpretationen.
- Schleiniger Reto, Slembeck Tilman, Blöchlinger Jonas (2007): Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, Zentrum für Wirtschaftspolitik zhaw, September.
- Slembeck T. (2006): Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen. Studie im Auftrag von Santésuisse.
- Strub, Silvia; Roth, Maik (2006): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz 2006, Arbeitsdokument des Obsan 20, Neuchâtel, Juni.
- Widmer, Thomas / BAG (2005): TARMED - Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Auswirkungen von TARMED.



8.5 Anhang 5: Abkürzungen

| | |
|-------------|---|
| AL | Ärztliche Leistung, siehe auch TL |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BAMV | Bundesamt für Militärversicherung |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| DS | Durchschnitt |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Innern |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärzte |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren |
| GPK | Geschäftsprüfungskommission |
| GRAT | Gesamtrevision des Arzttarifs, Projekt der FMH und UV-Versicherer, Start 1986 |
| H+ | Spitzenverband der Spitäler in der Schweiz (VESKA) |
| IV | Invalidenversicherung |
| KN | Kostenneutralität |
| KV | Krankenversicherung |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) |
| MV | Militärversicherung |
| OECD | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| OKP | Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung |
| ORL | Oto-Rhino-Laryngologie |
| Santésuisse | Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer |
| SGAM | Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin |
| SGGG | Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| SGIM | Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin |
| SOG | Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft |
| Stabw | Standardabweichung |
| SUVA | Schweizerische Unfallversicherungsanstalt |
| TL | Technische Leistung |
| TP | Taxpunkt |
| TPW | Taxpunktwert |
| UV | Unfallversicherung |

8.6 Anhang 6: Analyse der Bestimmungsfaktoren der kantonalen Taxpunkt- werte - Dokumentation der verwendeten Daten

- **MPN 2003:** Mietpreisniveau-Index 2003 (CH=100)
 Quelle: Bundesamt für Statistik: Mietpreisstrukturerhebung 2003, Neuchâtel 2007 (Tabelle T6, S. 19).
- **LON 2004:** Lohnniveau 2004; Monatlicher Bruttolohn Tätigkeit 33 (Medizinische, pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten), Index (CH=100), für Grossregionen
 Quelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Lohnstrukturerhebung, Tabelle TA7_gr (Statistisches Lexikon der Schweiz).
- **AED 2004:** Ärztedichte 2004; Bestand Ärzte/Ärztinnen mit Praxistätigkeit auf 100'000 Einwohner/innen
 Quelle: Bundesamt für Statistik: Gesundheit, Tabelle T14.3.4.2 (Statistisches Lexikon der Schweiz).



- **ASD 2004:** Anteil Selbstdispensation 2004; Anzahl Ärzte/Ärztinnen mit Patientenapotheke pro 100'000 Einwohner/innen
Quelle: Interpharma: das Gesundheitswesen in der Schweiz, Ausgabe 2005, S. 75 (eigene Ermittlung der Werte aus grafischer Angabe).
- **AAP 2004:** Anteil Allgemeinpraktiker/innen 2004: Anteil Allgemeinpraktiker/innen an Ärzten/Ärztinnen mit Praxistätigkeit
Quelle: Bundesamt für Statistik: Gesundheit, Tabelle T14.3.4.2. (Statistisches Lexikon der Schweiz).
- **BLG 2003:** Bruttoleistungen pro Versicherten OKP gesamt 2003; OKP-Bruttoleistungen pro Versicherten
Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG)