

# Die Zukunft des Schweizer Gesundheitssystems – Acht Ansätze zur Kosten- und Qualitätsverbesserung

BCG Studie · April 2022



---

# Die Agenda

/01	Die Autoren	04
/02	Vorbemerkung / Executive Summary	05 – 11
/03	Das Schweizer Gesundheitswesen im internationalen Vergleich	12 – 13
/04	Woran liegt das?	14 – 17
/05	Entwicklung der Kosten für Gesundheit	18 – 23
/06	Gründe für die steigenden Gesundheitsausgaben	24 – 29
/07	Kostenentwicklung bis 2040	30 – 32
/08	Zukunft, Entscheidungen und Massnahmen	33 – 61
/09	Fazit und Anhang	62 – 69

---

## Die Autoren



**Dr. Heike Dorninger**

Managing Director  
und Partner

[Dorninger.Heike@bcg.com](mailto:Dorninger.Heike@bcg.com)



**Pia Tischhauser**

Managing Director  
und Senior Partner

[Tischhauser.Pia@bcg.com](mailto:Tischhauser.Pia@bcg.com)



**Daniel H. Schmutz**

Senior Advisor

[Schmutz.Daniel@advisor.bcg.com](mailto:Schmutz.Daniel@advisor.bcg.com)



**Dr. Matthias Becker**

Managing Director  
und Senior Partner

[Becker.Matthias@bcg.com](mailto:Becker.Matthias@bcg.com)



**Dr. Nicolas Busch**

Partner und Associate Director,  
Health Care Payers & Providers

[Busch.Nicolas@bcg.com](mailto:Busch.Nicolas@bcg.com)



**Niklas Sommer**

Project Leader

[Sommer.Niklas@bcg.com](mailto:Sommer.Niklas@bcg.com)

Wir danken unseren Kollegen bei der umfangreichen Unterstützung bei der Erstellung der Studie: Julia Kallenberg, Joachim Engelhard, Raphael Heeb und Jonathan Blauberg

---

## Vorbemerkung

**A**us Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden das generische Maskulinum beispielsweise «**der Patient**». Wir meinen immer alle Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und ist wertfrei.

---

## Executive Summary

Die wichtigsten Eckpunkte unserer Studie auf einen Blick:

### **Das Schweizer Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich qualitativ hochwertig, es gehört aber auch zu den teuersten.**

- Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Staaten am höchsten, bei der Höhe der Gesundheitsausgaben liegt die Schweiz auf Platz 2 im Europaranking.
- Die Gründe für die hohen Kosten liegen in der hohen Betreuungsdichte, teilweise medizinisch unbegründeten Überbehandlungen und einem Verzicht auf Effizienzpotenziale der Digitalisierung.
- Insgesamt ist die Versorgungsqualität zwar sehr hoch, es gibt aber erhebliche kantonale Unterschiede und eine starke regionale Varianz in der Versorgung.

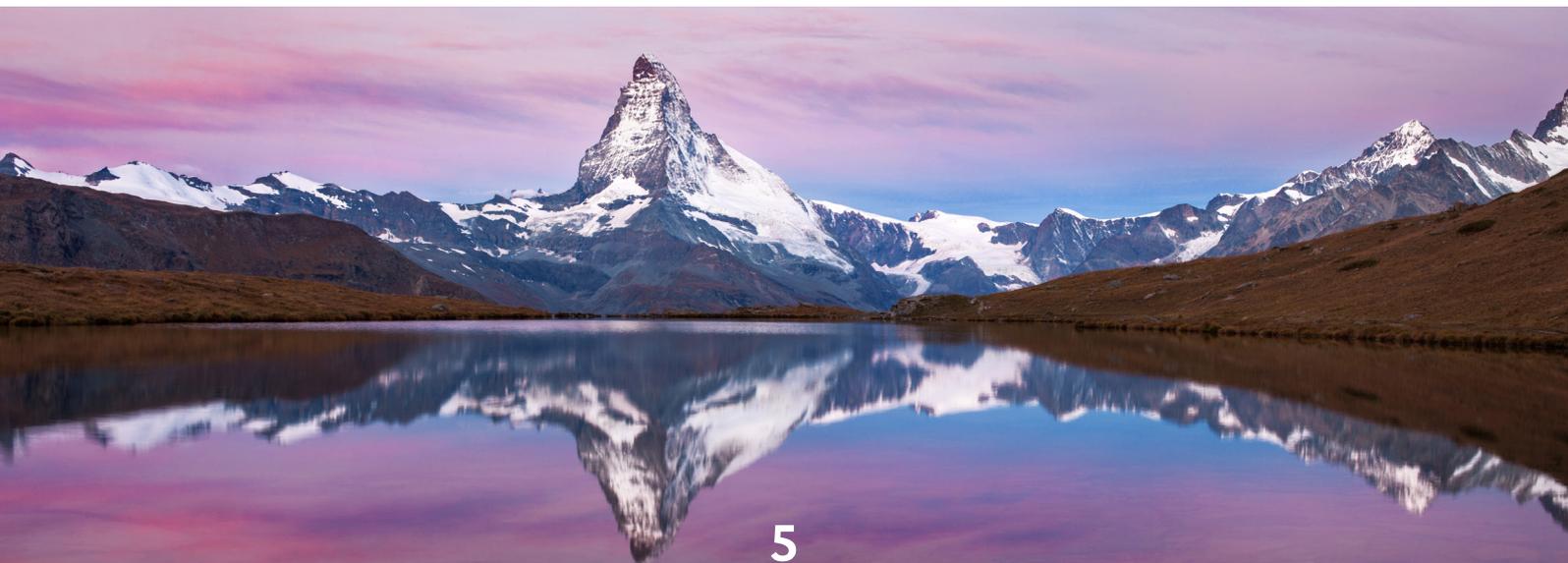
### **Die Kosten für Gesundheit sind in den vergangenen Jahren deutlich schneller gewachsen als die Gesamtwirtschaft – diese Entwicklung ist nicht nachhaltig.**

- Die Gesundheitsausgaben sind in den vergangenen 20 Jahren um fast 80 Prozent und damit nahezu doppelt so stark gestiegen wie das Bruttoinlandsprodukt mit einem Wachstum von 40 Prozent.

- Der Grossteil der Ausgaben wird vom Staat, der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und durch Zuzahlungen der Versicherten finanziert. Der Anteil der Selbstzahler ist in der Schweiz trotz eines Rückgangs um 10 Prozentpunkte immer noch höher als in der Vergleichsgruppe aus anderen europäischen Ländern.
- Auch die Gesundheitskosten für die Bevölkerung sind spürbar gestiegen. So wurden die Prämien für die OKP in den vergangenen 20 Jahren um rund 90 Prozent angehoben. Dabei hatte der Trend hin zu alternativen Versicherungsmodellen (AVM) einen kostendämpfenden Effekt.
- Versicherte wählen immer öfter das Maximalfranchise, um hohe Prämienrabatte zu erzielen. Dies spricht für ein hohes Interesse der Versicherten, für ihre Gesundheit Eigenverantwortung zu übernehmen.

### **Zentrale Gründe für steigende Gesundheitsausgaben sind Komplexität und Innovationen – die Überalterung der Gesellschaft ist nur ein nachgelagerter Treiber.**

- Den grössten Anteil an den wachsenden Gesundheitsausgaben machen mit rund 80 Prozent die Komplexität und Intensität der Behandlung sowie wissenschaftliche und technische Innovationen aus.
- Eine Zunahme der Komplexität wird im ambulanten und stationären Sektor sowie bei Arzneimitteln beobachtet.
- In den vergangenen 5 Jahren ist auch die Überversorgung als Treiber zu beobachten.
- Die Entwicklung unterscheidet sich erheblich zu der in Deutschland – hier hat die Überversorgung in den vergangenen 20 Jahren die Kostensteigerungen verursacht.





### **Wenn sich die aktuelle Entwicklung so fortsetzt, könnten sich die Gesundheitsausgaben bis 2040 verdoppeln.**

- Drei Szenarien der weiteren Steigerung von Gesundheitsausgaben sind denkbar:
  1. Mit den Ideen und Ansätzen zur Kostenlimitierung der vergangenen 10 Jahre ist unter Berücksichtigung der demografischen Effekte bis 2040 eine Steigerung der Gesundheitsausgaben von aktuell 82 Milliarden Schweizer Franken auf 155 Milliarden Franken zu rechnen – das entspricht einem Anstieg um rund 90 Prozent.
  2. Sofern die Kostenstabilisierung der vergangenen 5 Jahre nicht stringent weiterverfolgt wird, ist eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben um bis zu 115 Prozent denkbar.
  3. Selbst wenn die Massnahmen der vergangenen 5 Jahre weiterverfolgt werden, steigen die Gesundheitsausgaben um rund 70 Prozent.
- Bei Übertragung der drei Szenarien auf die durchschnittlichen Ausgaben pro Kopf ergibt sich bis zum Jahr 2040 eine Kostensteigerung von 45 bis 60 Prozent.

### **Ein zukunftsfähiger Umbau des Gesundheitswesens mit zielgerichteten Investitionen und aufeinander abgestimmten Massnahmen ist notwendig.**

- Acht Ansätze entlang der Kunden-Journey unterstützen die nachhaltige Kosten- und Qualitätsverbesserung des Schweizer Gesundheitswesens.
  1. Mehrstufige Gatekeeping-Systeme in den AVM ausbauen und neue AVM mit ausgeweiteten digitalen Versorgungsansätzen entwickeln.

2. Integrierte Versorgung ausbauen, hybride Behandlungsansätze entwickeln und Selbstbestimmung stärken – insbesondere Chroniker über ambulante und digitale Behandlungselemente longitudinal begleiten sowie das Selbstmanagement und die Mitbestimmung von Versicherten zur Freisetzung von weiterem Einsparpotenzial fördern.
3. Digital First: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens flächendeckend umsetzen und Daten zweckbasiert nutzen, um die Akteure zu vernetzen und Behandlungen datenbasiert zu verbessern.
4. Sektorengrenzen und unterschiedliche Vergütungsstrukturen aufweichen hin zu einer bedarfsgerechten Ressourcenverteilung, nach Qualität statt nach Menge incentivieren und konsequent Real-World-Evidence-Daten (RWE-Daten) erheben.
5. Value Proposition in der VVG durch Innovationen und personalisierte Angebote der Zusatzversicherungen neu definieren, um langfristiger Wettbewerbsvorteile zu sichern und die strategische Positionierung der Versicherer zu verbessern.
6. Gesundheitskompetenz stärken und individuelle Präventionsangebote weiter ausbauen.
7. Ambulantisierung operativer Eingriffe mit einem schweizweiten konsistenten Angebot vorantreiben und die stark fragmentierte Spitallandschaft hin zu hoch spezialisierten Kompetenzzentren mit klar definierten Versorgungsstufen und Verantwortlichkeiten entwickeln.
8. Generikaquote erhöhen und Preisfestsetzungs-Mechanismen bei Generika anpassen.

## Executive Summary

Les points clés de notre étude en un coup d'œil :

**Le système de santé suisse est en comparaison internationale de grande qualité, mais il est également l'un des plus chers.**

- La qualité des soins de santé est la plus élevée en Suisse en relation à d'autres pays européens. En ce qui concerne le montant des dépenses de santé, la Suisse occupe la deuxième position dans le classement européen.
- Les raisons de ces coûts élevés résident dans la forte densité de soins et de prise en charge, les surtraitements parfois médicalement infondés et le manque de potentiel d'efficacité octroyé par la numérisation.
- Dans l'ensemble, la qualité des soins est certes très élevée, mais il existe des différences cantonales considérables et une forte variabilité régionale dans les soins.

**Ces dernières années, les coûts de la santé ont augmenté beaucoup plus rapidement que l'économie dans son ensemble – cette évolution n'est pas durable.**

- Au cours des 20 dernières années, les dépenses de santé ont augmenté de près de 80 pour cent, soit près de deux fois plus que le produit intérieur brut, qui a connu une croissance de 40 pour cent.
- La majeure partie des dépenses est financée par l'État, l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les paiements supplémentaires des assurés. Malgré un recul de 10 points de pourcentage, la part des personnes payant elles-mêmes leurs soins est toujours plus élevée en Suisse que dans le groupe de comparaison des autres pays européens.
- Les coûts de la santé pour la population ont également augmenté de manière sensible. Ainsi, les primes de l'AOS ont été augmentées d'environ 90% au cours des 20 dernières années. La tendance liée aux modèles alternatifs d'assurance (MAA) a eu un effet modérateur sur les coûts.
- Les assurés optent de plus en plus souvent pour la franchise maximale afin d'obtenir des rabais de primes importants. Cela témoigne d'un intérêt élevé des assurés à assumer leur propre responsabilité pour leur santé.

## Les principales raisons de l'augmentation des dépenses de santé sont la complexité et l'innovation – le vieillissement de la société n'est qu'un facteur secondaire.

- La complexité et l'intensité des traitements ainsi que les innovations scientifiques et techniques représentent la plus grande part de la croissance des dépenses de santé, soit environ 80%.
- Une augmentation de la complexité est observée dans les secteurs ambulatoire et hospitalier ainsi qu'avec les médicaments.
- Au cours des cinq dernières années, on observe également que la surconsommation de soins est un facteur contribuant.
- Cette évolution diffère considérablement de celle observée en Allemagne – où la surutilisation des soins a été à l'origine de l'augmentation des coûts au cours des 20 dernières années.

## Si l'évolution et les tendances actuelles se poursuivent, les dépenses de santé pourraient doubler d'ici 2040.

- Trois scénarios de poursuite de l'augmentation des dépenses de santé sont envisageables :
  1. Avec les idées et les approches visant à limiter les coûts des dix dernières années, et compte tenu des effets démographiques, l'on peut s'attendre à une augmentation des dépenses de santé de 82 milliards de francs suisses actuellement à 155 milliards de francs suisses d'ici 2040 – ce qui correspond à une augmentation d'environ 90 pour cent.
  2. Si la stabilisation des coûts des 5 dernières années n'est pas poursuivie de manière rigoureuse, une augmentation des dépenses de santé pouvant atteindre 115 pour cent est envisageable.
  3. Même si les mesures des 5 dernières années sont poursuivies, les dépenses de santé augmenteront d'environ 70%.
- En appliquant les trois scénarios aux dépenses moyennes par habitant, on obtient une augmentation des coûts de 45 à 60 pour cent jusqu'en 2040.

## Une restructuration durable du système de santé tournée vers l'avenir, avec des investissements ciblés et des mesures coordonnées, est nécessaire.

- Huit approches tout au long du parcours client soutiennent l'amélioration durable des coûts et de la qualité du système de santé suisse:
  1. Étendre les systèmes de contrôle d'accès à plusieurs niveaux dans les MAV (AVM) et développer de nouveaux MAV avec des approches de soins numériques étendues.
  2. Développer les soins intégrés, avec des approches de traitement hybrides et renforcer l'autodétermination – en particulier fournir un soutien à long terme aux personnes atteintes par des maladies chroniques par le biais de traitements ambulatoires et numériques, et encourager l'autogestion et la participation des assurés afin de libérer un potentiel d'économie supplémentaire.
  3. Le numérique First: Mettre en œuvre la numérisation du système de santé sur l'ensemble du territoire à tous les niveaux et utiliser les données dans un but précis afin de mettre en réseau les acteurs et d'améliorer les traitements sur la base des données.
  4. Assouplir les frontières sectorielles et les différentes structures de rémunération pour parvenir à une répartition des ressources conforme aux besoins, récompenser en fonction de la qualité plutôt que de la quantité et collecter systématiquement les données probantes du monde réel (*i.e.*, *Real-World-Evidence-Data: RWE*).
  5. Redéfinir la proposition de valeur dans la LCA par des innovations et des offres personnalisées des assurances complémentaires, afin de garantir des avantages concurrentiels à long terme et d'améliorer le positionnement stratégique des assureurs.
  6. Renforcer les compétences en matière de santé et continuer à développer les offres de prévention individuelle.
  7. Promouvoir le traitement ambulatoire des interventions chirurgicales avec une offre cohérente dans toute la Suisse et faire évoluer le paysage hospitalier fortement fragmenté envers des centres de compétences hautement spécialisés avec des niveaux de soins et des responsabilités clairement définis.
  8. Augmenter le taux de médicaments génériques et adapter les mécanismes de tarification des génériques.

# I. Das Schweizer Gesundheitswesen gehört im internationalen Vergleich zu den qualitativ hochwertigsten, jedoch auch zu den teuersten Systemen.

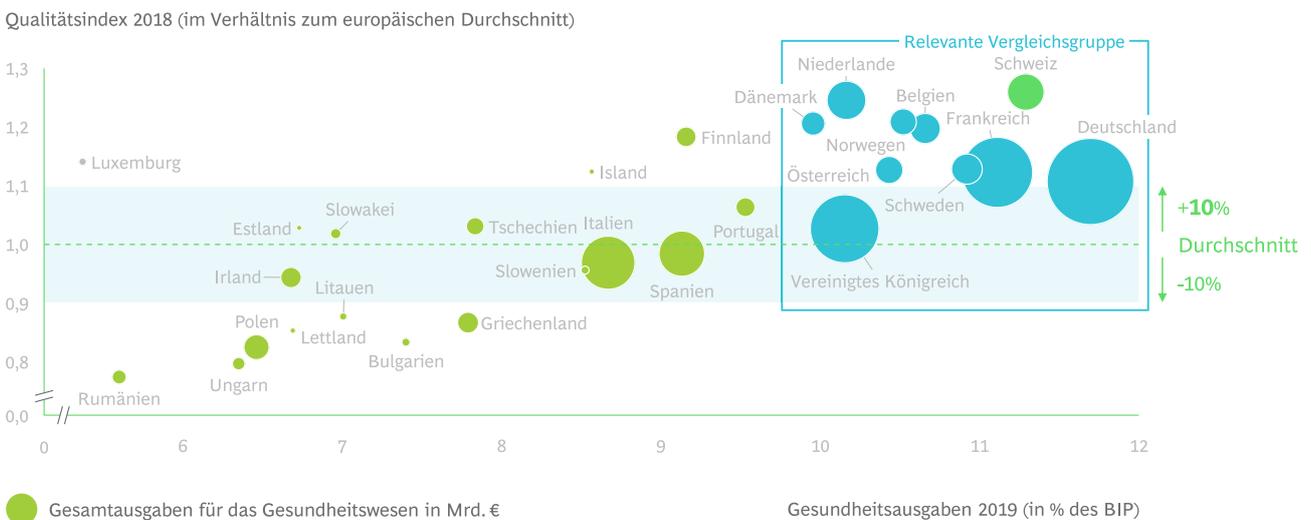
**Die Kosten für die Gesundheitsversorgung liegen in der Schweiz 70 Prozent über dem EU-Durchschnitt, die Qualität der Leistungen ist in drei von sechs Kategorien überdurchschnittlich.**

Die Schweiz wendete vor der Corona-Krise 11,3 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheit auf und steht damit in Europa auf Platz 2 der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP – der europäische Durchschnitt liegt bei 8,6 Prozent (siehe Abbildung 1). Auch im Vergleich zu Ländern mit ähnlichem Wohlstandsniveau liegen die anteiligen Gesundheitsausgaben in der Schweiz im Schnitt rund 0,6 Prozentpunkte höher.

Pro Kopf und unter Berücksichtigung der unterschiedlich starken Kaufkraft innerhalb der EU gab die Schweiz 2018 rund 70 Prozent mehr für Gesundheit aus als der EU-Durchschnitt beziehungsweise rund 25 Prozent mehr als die relevante Vergleichsgruppe.<sup>1</sup>

Abb. 1: Das Schweizer Gesundheitswesen gehört im internationalen Vergleich zu den qualitativ hochwertigsten, jedoch auch zu den teuersten Systemen

Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2019 vs. relative Punktzahl im Qualitätsindex 2018



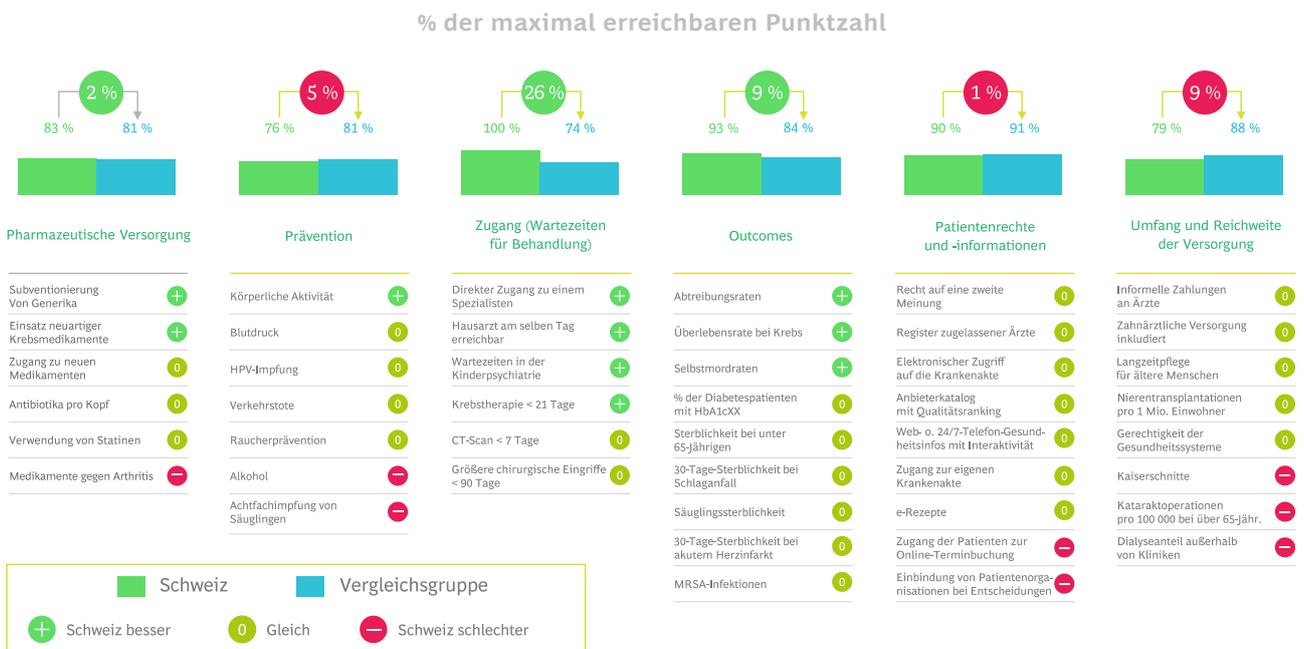
Quelle: Euro Health Consumer Index 2018; OECD Health Data 2021, Eurostat; BCG-Analyse

1. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/b/b8/Current\\_healthcare\\_expenditure%2C\\_2018\\_SPS20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/b/b8/Current_healthcare_expenditure%2C_2018_SPS20.png); Vergleichsgruppe exklusive Vereinigtes Königreich



Das Schweizer Gesundheitssystem ist zwar überdurchschnittlich teuer, diese hohen Ausgaben erzielen aber eine sehr hohe Qualität in der Versorgung der Bevölkerung. Im Euro Health Consumer Index des Health Consumer Powerhouse, der die Gesundheitssysteme in 34 europäischen Staaten aus Patientensicht bewertet, belegt die Schweiz seit Jahren Top-Positionen. Gegenüber der Vergleichsgruppe mit ähnlichen Gesundheitsausgaben ist die Schweiz in drei von sechs Kategorien überdurchschnittlich. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist sehr gut und mit geringen Wartezeiten verbunden. Innerhalb der pharmazeutischen Versorgung erhalten Patienten beispielsweise neuartige Krebsmedikamente und die betrachteten Behandlungsergebnisse («Outcomes») sind besser, besonders mit Fokus auf hohe Überlebensraten nach einer Krebserkrankung sowie auf niedrige Abtreibungs- und Selbstmordraten. Nachholbedarf besteht im Bereich der Prävention, der digitalen Services und bei Umfang und Reichweite der Versorgung bei Kaiserschnitten und Kataraktoperationen (siehe Abbildung 2).

Abb. 2: Die Schweiz schneidet in drei von sechs Dimensionen des Euro Health Consumer Index besser ab als die Vergleichsgruppe



Quelle: Euro Health Consumer Index 2018; BCG-Analyse

**Diskrepanz zwischen Schweiz und Vergleichsgruppe**

Die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zeigt sich auch in der hohen Lebenserwartung – diese lag 2019 bei 84,0 Jahren und damit deutlich über dem Schnitt der EU von 81,3 Jahren. Schaut man sich jedoch an, wie viele Jahre bei guter Gesundheit verbracht werden, so liegt die Schweiz bei Frauen und Männern sowohl unter dem EU-Schnitt als auch unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe.<sup>2</sup>

**In Summe versorgt die Schweiz ihre Einwohner mit hochwertiger Gesundheit, die allerdings auch mit einem sehr hohen Preis verbunden ist.**

2. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics), Eurostat, 2019;

EU-Durchschnitt der gesunden Lebensjahre liegt bei 65,1 Jahren für Frauen und 64,2 Jahren für Männer. In der Schweiz sind es 60 Jahre für Frauen und 61 Jahre für Männer.

## Woran liegt das?

**Die Schweiz leistet sich eine hohe Betreuungsdichte, sowohl ambulant als auch stationär**, die über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegt. Ein Arzt in der Schweiz behandelt im Schnitt 230 Patienten, in der Vergleichsgruppe sind es 11 Prozent mehr Patienten. Allerdings ist die **Anzahl der Arztbesuche** pro Patient in der Schweiz mit 4,3 knapp 30 Prozent geringer als in der Vergleichsgruppe, die auf 6 Arztbesuche kommt. Das liegt vor allem an dem hohen Anteil an telemedizinischer Beratung in der Schweiz.<sup>3</sup>

Ein ähnliches Bild ergibt sich im stationären Bereich. Die Schweiz befindet sich bei der Zahl der Spitalbetten mit 4,6 Betten pro 1000 Einwohner knapp oberhalb des Niveaus der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 4,5 Betten.<sup>4</sup> Zwar liegt in der Schweiz die Inanspruchnahme der Krankenhäuser leicht unter der Vergleichsgruppe – 170 stationäre Entlassungen pro 1000 Einwohner gegenüber 177 in der Vergleichsgruppe<sup>5</sup> – gleichzeitig ist die Zahl der Hospitalisierungen in den vergangenen 20 Jahren um 25 Prozent angestiegen.

### Die Schweiz leistet sich lange und zum Teil unnötige Spitalaufenthalte

Obwohl die Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern in den vergangenen 20 Jahren um 37 Prozent gesunken ist, verweilen Schweizer Patienten durchschnittlich fast 1 Tag länger auf Station als Patienten der Vergleichsgruppe. Die Schweiz erreicht 8,2 Tage Verweildauer gegenüber 7,3 Tagen bei der Vergleichsgruppe. Ebenso ist der Anteil an stationären Operationen im Spital, die medizinisch auch ambulant durchgeführt werden könnten, überdurchschnittlich hoch. So liegt der Durchschnitt stationär vorgenommener Operationen des Grauen Stars in der Vergleichsgruppe beispielsweise bei 6,7 Prozent, während dieser in der Schweiz mit 12,4 Prozent fast doppelt so hoch ist. Diesem Trend steuert die Schweiz mit Einführung der obligatorischen Liste ambulant durchzuführender Eingriffe seit 2019 entgegen. So wurden nach Angaben des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) 2019 rund 36 Prozent der Mandelentfernungen stationär durchgeführt, während dieser Anteil 2017 noch bei 53 Prozent lag.<sup>6</sup>

Zudem gibt es Anzeichen von **nicht medizinisch notwendiger Überbehandlung**. So ist beispielsweise die Menge bestimmter – häufig teurer – Operationen insbesondere im Bereich der Orthopädie im internationalen Vergleich unverhältnismässig hoch. Trotz einer günstigeren Altersstruktur und einer Chronikerrate im europäischen Durchschnitt<sup>7</sup>, ist die Schweiz mit rund einem Drittel mehr Operationen als in der Vergleichsgruppe Spitzenreiter bei Knieersatz und wird nur von Österreich in der Anzahl durchgeführter Bandscheibenoperationen überholt. Die Zahl der Eingriffe pro 100 000 Einwohner steigt bei beiden Operationen deutlich mehr als in der Vergleichsgruppe. In der Schweiz ist die Zahl der Knieersatz-OPs zwischen 2014 und 2018 um rund 17 Prozent gestiegen; in der Vergleichsgruppe lediglich um 11 Prozent. Eine mögliche Begründung der Überbehandlung liegt zum einen am Vergütungsmodell für Ärzte und Spitäler und zum anderen an der Mindestanzahl an Operationen, die jährlich erreicht werden muss.

3. / 4. OECD, 2018

5. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor>

6. Obsan, Primärquelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitälern und Geburtshäusern (PSA); SASIS AG – Tarifpool

7. EU-SILC, 2019



## Die Schweiz verzichtet bislang auf Effizienzpotenziale der Digitalisierung

Bei der **Digitalisierung des Gesundheitswesens** liegt die Schweiz mit Platz 14 von 17 in der Schlussgruppe des Digital-Health-Index 2018 der Bertelsmann Stiftung.<sup>8</sup> Zwar wurde das elektronische Patientendossier (EPD) 2020 eingeführt, eine flächendeckende Anbindung der Leistungserbringer (LE) im stationären und ambulanten Bereich ist jedoch noch nicht erfolgt. Hierfür müsste eine entsprechende Infrastruktur geschaffen und ausgebaut werden. Weitere digitale Services wie das e-Rezept werden vor allem im Zusammenhang mit telemedizinischen Konsultationen verwendet. Die flächendeckende Nutzung lässt aber auf sich warten. Ein Grund dafür ist das Prinzip der Freiwilligkeit der Leistungserbringer, e-Rezepte auszustellen. Entsprechend können Leistungserbringer aktuell kaum auf digitale Gesundheitsdaten zurückgreifen – beispielsweise auf Informationen zu bereits durchgeführter Diagnostik und verabreichter Medikation. Selbst mit einer flächendeckenden Einführung des EPD und einer breiten Nutzung weiterer digitaler Services ist es noch ein weiter Weg hin zu einer ausreichenden Transparenz durch systematische, strukturierte und einheitlich erfasste Daten.

## Trotz durchschnittlich hohem Niveau gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität, gefördert von kantonalen Varianzen in der Versorgerdichte und der medizinischen Inanspruchnahme.

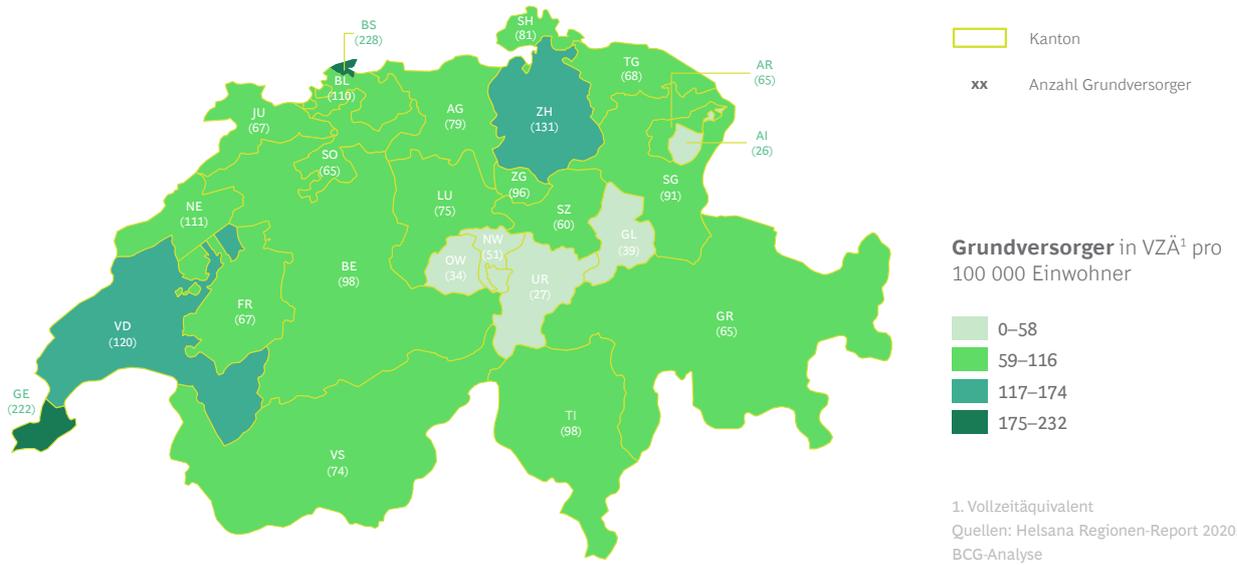
Im Schweizer Gesundheitssystem gibt es in der **Versorgung erhebliche regionale Unterschiede**. Trotz der insgesamt hohen Zahl an Ärzten sind diese innerhalb der Schweiz nicht gleichmässig verteilt. So gibt es beispielsweise 9-mal mehr Grundversorger in Basel als im Kanton Appenzell Innerrhoden (*siehe Abbildung 3*). Die OECD empfiehlt einen Versorgungsschlüssel von 100 Grundversorgern zu 100 000 Einwohnern, diese Quote ist nur in acht der 26 Kantone erfüllt, in Genf und Basel dagegen ist sie mehr als doppelt so hoch.<sup>9</sup> Damit zeigt sich eine Unterversorgung, die vor allem für ältere, immobile Einwohner problematisch sein kann, besonders in der Zentralschweiz. Gleichzeitig kann eine erhöhte Arztdichte dazu führen, dass Versicherte deutlich öfter ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Dies ist ein Faktor – neben zum Beispiel Morbidität und Altersstruktur – der zu Unterschieden von bis zu 70 Prozent der Bruttoversicherungsleistung pro Versichertem führen kann. So unterscheidet sich die durchschnittliche Prämie eines erwachsenen Versicherten ebenfalls um bis zu 70 Prozent je nach Kanton.<sup>10</sup>

8. Studie #SmartHealthSystems, Bertelsmann Stiftung, 2018

9. <https://www.hausaerzteschweiz.ch/themen/hausarztmedizin>

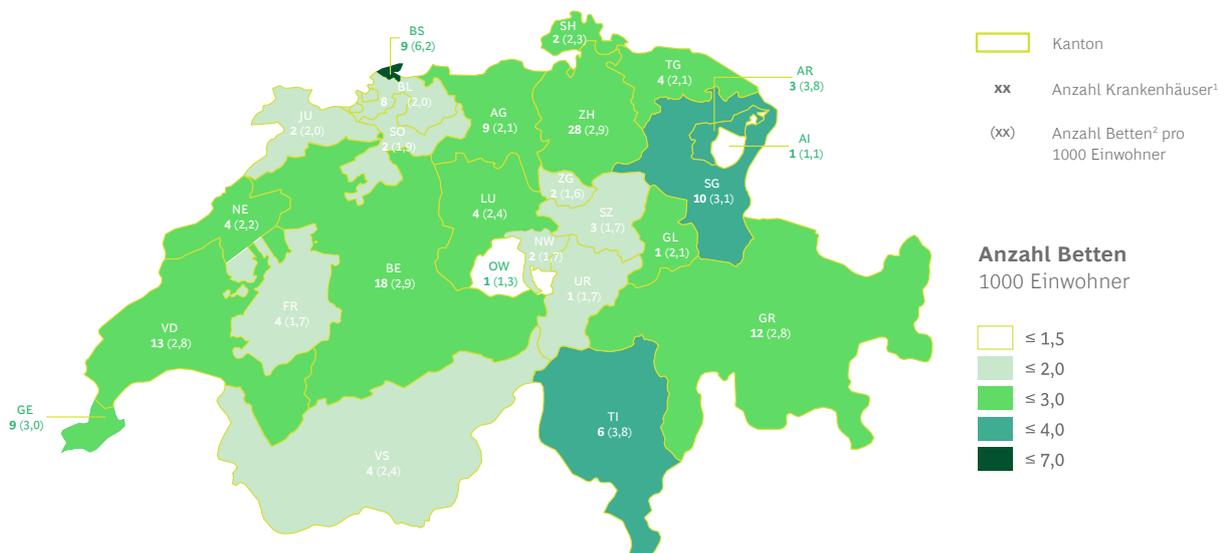
10. Helsana Regionen-Report 2020; Helsana Prämienreport 2018

Abb. 3: Arztdichte Grundversorger – Kanton Basel mit 9-mal mehr Ärzten je Einwohner als Kanton Appenzell Innerrhoden



Auch die **Bettendichte** unterscheidet sich kantonal stark, sodass Einwohner in Basel-Stadt auf knapp sechsmal so viele Betten im Bereich Akutpflege und Geburt zurückgreifen können wie in Appenzell Innerrhoden (siehe Abbildung 4). Diese Ungleichverteilung zeigt sich auch in **unterschiedlich langen Wegzeiten** zur nächstgelegenen Notaufnahme. Für die Betrachtung des Zugangs zur Akutversorgung müssen allerdings auch die geografischen Eigenschaften der Schweiz und die Bevölkerungsverteilung berücksichtigt werden.

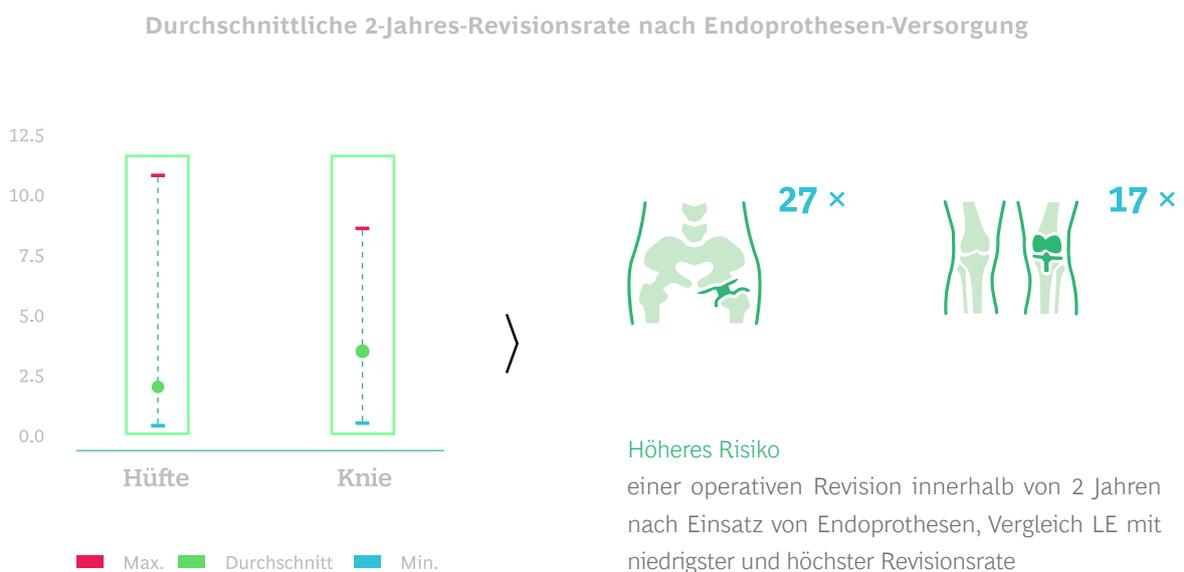
Abb. 4: Bettendichte in Krankenhäusern mit Akutpflege und Geburtshäusern – Kanton Basel verfügt über 6-mal mehr Betten je Einwohner als Appenzell Innerrhoden



1 Allgemeinspitäler und Spezialkliniken 2. Betten in Akutpflege und Geburtshaus; Spitäler und Betten jeweils exklusive Psychiatrie und Rehabilitation  
Quellen: Bundesamt für Statistik; Bundesamt für Gesundheit (Kennzahlen der Schweizer Krankenhäuser 2019); BCG-Analyse

Unterschiede zwischen Leistungserbringern gibt es auch bei der **Qualität der Behandlungsergebnisse**. Flächendeckende Transparenz auf Spitalebene zu Behandlungsergebnissen ist derzeit nicht gegeben, jedoch zeigen Beispiele aus dem Schweizerischen Implantat-Register (SIRIS) die Spannweite der Behandlungsergebnisse.<sup>11</sup> Die Revision innerhalb von 2 Jahren nach Einsatz einer totalen Endoprothese (TEP) des Hüftgelenks ist dabei im schwächsten Spital verglichen mit dem besten Spital rund 27-mal wahrscheinlicher, bei Knieersatz beläuft sich der Faktor auf 17 (siehe *Abbildung 5*). Die hohen Revisionsraten sind in beiden Fällen in Spitälern mit geringen Fallzahlen zu finden. Bei höheren Fallzahlen verringert sich die Spannweite stark: So ist die Revisionsrate bei Hüft-TEP in Spitälern mit mehr als 500 Fällen pro Jahr maximal um den Faktor 5 höher oder niedriger.

**Abb. 5: Starke Heterogenität der Ergebnisqualität zwischen den Spitälern**



Anmerkung: Risikoadjustierte Revisionsrate; Betrachtung von Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen; Spannweite ergibt sich aus den Spitälern mit maximaler beziehungsweise minimaler Revisionsrate.  
 Quellen: Swiss National Hip & Knee Joint Registry (SIRIS) Report 2020; BCG-Analyse

**Im Ergebnis bestätigt sich eine regionale stark schwankende Versorgungsdichte im Schweizer Gesundheitswesen, die neben weiteren wesentlichen Faktoren für das Ungleichgewicht zwischen eingesetzten Mitteln und erzielter Behandlungsqualität ist.**

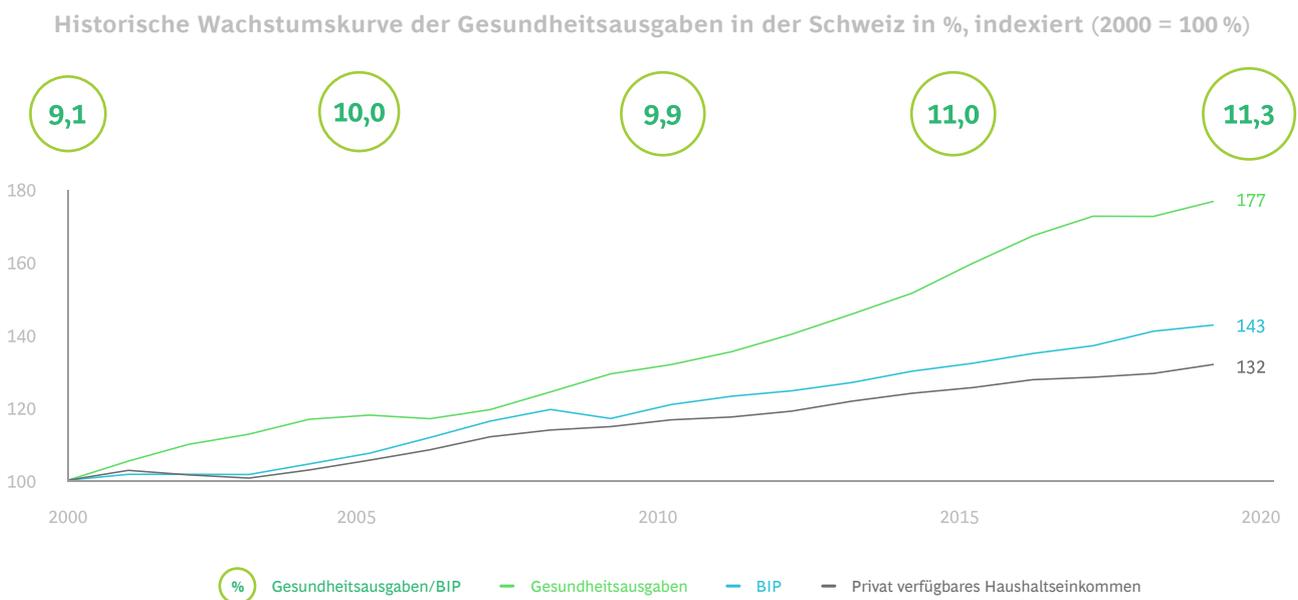
11. Swiss National Hip & Knee Joint Registry, Report 2020, SIRIS

## II. In den vergangenen Jahren sind die Kosten für Gesundheit schneller gewachsen als die Gesamtwirtschaft.

**Zur Versorgung eines jeden Bürgers müssen im Schnitt rund 10 000 Franken pro Jahr ausgegeben werden. Damit gehört das Schweizer Gesundheitswesen zu den teuersten der Welt.**

Die Kosten des Gesundheitswesens wachsen stärker als das BIP und beanspruchen damit zunehmend Kapital der Schweizer Volkswirtschaft. 2019 wurden 11,3 Prozent des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewendet. In den vergangenen 20 Jahren sind diese Ausgaben ohne Inflation um knapp 80 Prozent und damit fast doppelt so stark angestiegen wie das BIP (siehe Abbildung 6). Dies bedeutet einerseits, dass das Gesundheitswesen einen enorm wichtigen Beitrag zur Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft leistet. Rund 425 000 Menschen arbeiteten 2019 im Schweizer Gesundheitswesen und der Anteil des Gesundheitssektors an der gesamten Bruttowertschöpfung lag bei 5,3 Prozent.<sup>12</sup> Andererseits muss diese Wertschöpfung durch stetige Erhöhungen der Prämien und der totalen Ausgaben der öffentlichen Hand sowie der Versicherten über den selbst getragenen Anteil der Kosten gegenfinanziert werden. Dadurch verringert sich unter anderem das privat verfügbare Einkommen, was negative Auswirkungen auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit hat.

Abb. 6: Gesundheitsausgaben steigen deutlich stärker an als das BIP und das verfügbare Haushaltseinkommen



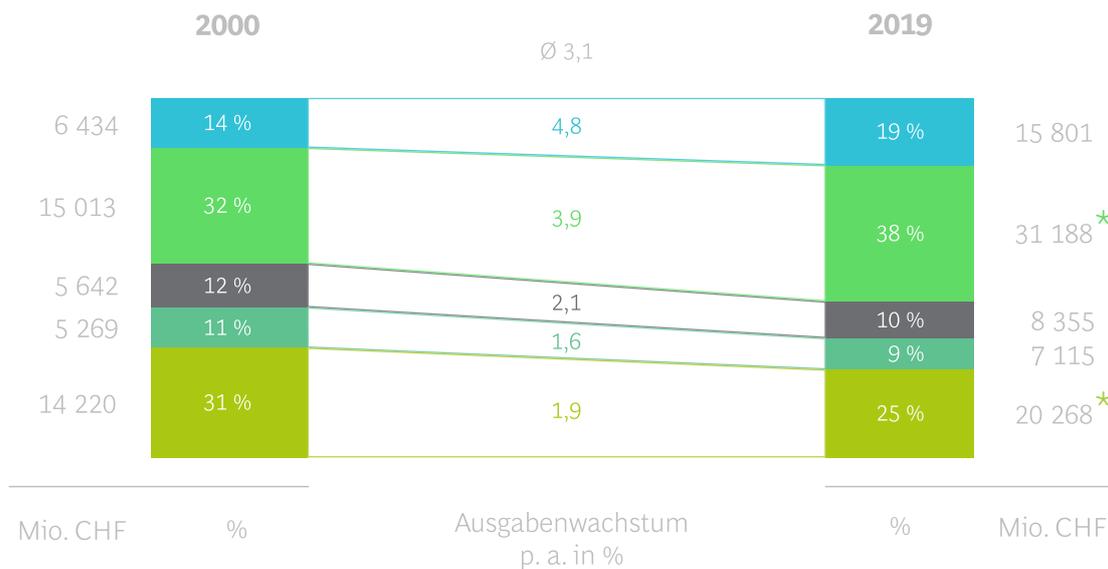
Anmerkung: Inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %)  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; Economist Intelligence Unit; BCG-Analyse

12. Bundesamt für Statistik

Das Vergütungssystem in der Schweiz ist komplex. Je nach Leistungsart unterscheiden sich die Ausgabenanteile, die von öffentlicher Hand, über die OKP, durch die VVG oder über Selbstzahlungen getragen werden. Insgesamt werden mehr als 70 Prozent der Gesundheitskosten privat durch Prämien für die OKP, für Zusatzversicherungen und durch Selbstzahlungen finanziert (siehe Abbildung 7). Obwohl der selbst getragene Anteil der Kosten in den vergangenen 20 Jahren von über 30 auf rund 25 Prozent zurückgegangen ist, liegt er rund **10 Prozentpunkte höher als in der internationalen Vergleichsgruppe** mit einem Anteil an Selbstzahlern von rund 15 Prozent.<sup>13</sup> Aufgrund dessen kann eine stärkere Verbindung von individueller Leistungsanspruchnahme und kostenbewusstem Verhalten angenommen werden. Starke Prämien erhöhungen in der OKP haben den Anteil alternativer Versicherungsmodelle fast verzehnfacht.

Abb. 7: Ausgabenträger im Wandel – Staat und OKP tragen Hauptteil des Anstiegs der Gesundheitsausgaben, während der Selbstzahleranteil rückläufig ist

Finanzierung des Gesundheitswesens – Anteil der Ausgabenträger und totale Ausgaben je Ausgabenträger



\* \* Durch den Shift zu mehr OKP und weniger Selbstzahlerfinanzierung erfolgt eine zunehmende Investition in das gemeinsame OKP-System. Dadurch steigen die Anforderungen bzgl. effizienter Kostenstruktur an die OKP. Abnahme des VVG-Anteils resultiert u. a. aus Erweiterung der OKP-Leistungen (z. B. 2-Bett-Zimmer im Spital, freie ambulante Arztwahl).

■ Staat   ■ OKP   ■ Andere Sozialversicherungen/ öffentliche Finanzierung   ■ Privatversicherungen, andere private Finanzierung   ■ Privatversicherungen, andere private Finanzierung

Anmerkung: Ausgaben je Ausgabenträger inflationsadjustiert  
 Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS); BCG-Analyse

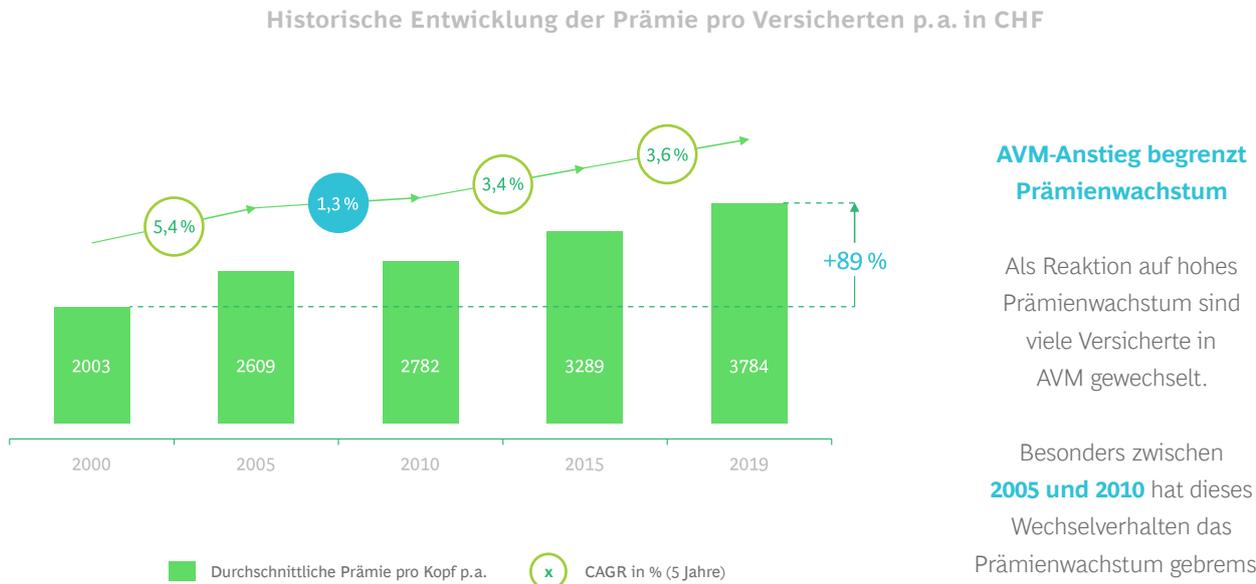
13. OECD, 2019

## Starke Prämien erhöhungen in der OKP haben den Anteil alternativer Versicherungsmodelle fast verzehnfacht.

Die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP wird durch ansteigende Prämien von den Schweizer Versicherten gegenfinanziert. So ist die durchschnittliche Prämie pro Versicherten ohne Inflation von 2000 bis 2019 um knapp 90 Prozent angestiegen (siehe Abbildung 8). Dieser Prämienanstieg belastet die Bevölkerung stark. Das Thema «Gesundheit, Krankenkassen» lag 2018 und 2019 jeweils auf Platz 2 des Sorgenbarometers.<sup>14</sup>

Direkten Einfluss auf ihre Prämien können Versicherte über die Wahl des Versicherers, der Versicherungsform und der Franchisen nehmen. Die Schweizer Versicherten haben die Möglichkeit, jährlich ihre Grundversicherung zu wechseln und können dabei auf ein breites Portfolio an Versicherungsprodukten und -modellen zurückgreifen – Standardmodell oder AVM, jeweils mit ordentlicher oder Wahlfranchise. Durch Gatekeeping-Systeme innerhalb der AVM und durch einen höheren Selbstbehalt bei den Wahlfranchisen erhalten die Versicherten günstigere Prämien. Entsprechend wirkt sich eine hohe Dynamik der Bestände in den unterschiedlichen Versicherungsmodellen und bei der gewählten Franchise auf die durchschnittliche Prämienentwicklung aus.

Abb. 8: In den vergangenen 20 Jahren sind die Prämien pro Kopf in der OKP um rund 90 Prozent gestiegen



Anmerkung: Prämien pro Kopf inflationsadjustiert; Prämienzuwachs indexiert (2000 = 100 %)  
 Quellen: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020, Bundesamt für Gesundheit; BCG-Analyse

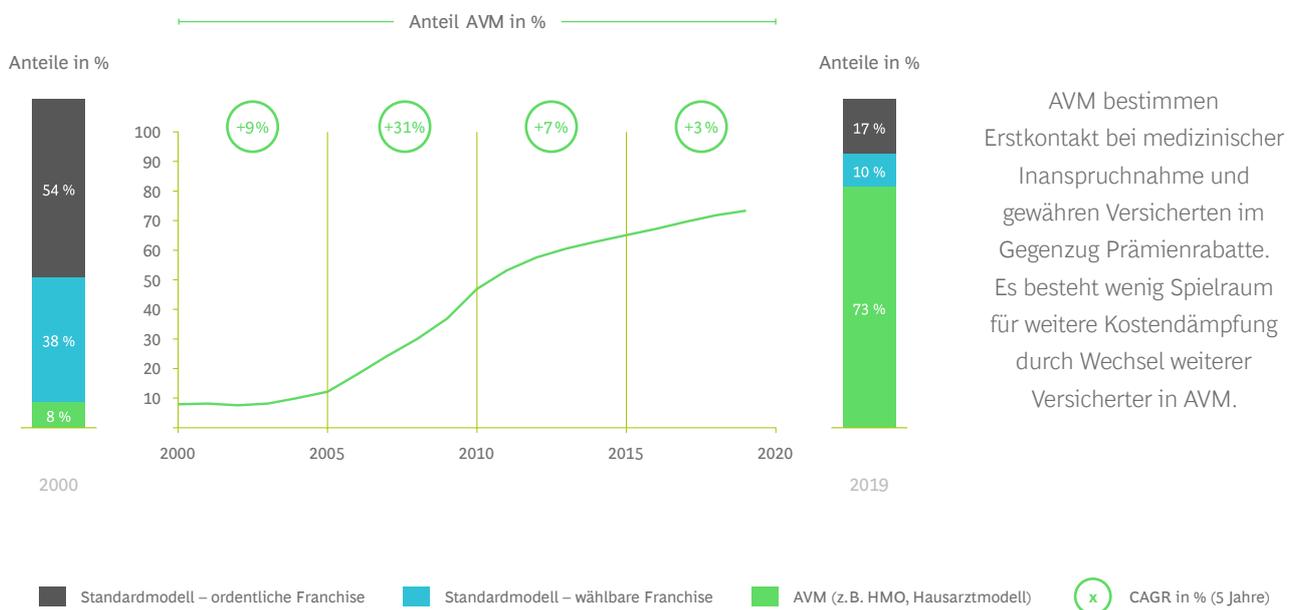
14. Credit Suisse Sorgenbarometer 2018, 2019

Durchschnittlich wechselt jeder zehnte Schweizer pro Jahr die Krankenversicherung. In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Versicherten zunehmend für AVM entschieden – der Anteil der AVM hat sich in diesem Zeitraum fast verzehnfacht (siehe Abbildung 9). Nach einer Analyse von Comparis wird die **Wechselbereitschaft stark von der Prämienhöhe beeinflusst**, je höher die Prämie desto grösser die Wechselbereitschaft. Dies erklärt auch die höchsten Wachstumsraten der AVM von durchschnittlich 31 Prozent pro Jahr zwischen 2005 und 2010, die von einem starken Prämienanstieg zwischen 2000 und 2005 getrieben wurden (siehe Abbildung 8).

**Das Wechselverhalten in AVM hat den Anstieg der Prämien pro Kopf gebremst.** Da sich bereits knapp Dreiviertel der Versicherten für AVM entschieden haben, ist der dämpfende Effekt auf die Prämien durch Wechsel weiterer Versicherter in AVM sehr begrenzt – Prämienanstiege in den kommenden Jahren könnten die Folge sein. Daher sollten die AVM weiterentwickelt werden.

Abb. 9: Deutlicher Wandel der Versicherungsformen in der OKP – AVM-Anteile haben sich fast verzehnfacht mit dem größten Anstieg zwischen 2005 und 2010

### Historische Entwicklung der Versicherungsformen



Anmerkung: Anteil Versicherte je Versicherungsform für jedes Jahr berechnet; Veränderung der Anteile über die Zeit als Basis für jährliche Wachstumsraten genutzt  
Quellen: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020, Bundesamt für Gesundheit; BCG-Analyse

**Die Versichertenstruktur und die Entscheidung über Franchisen innerhalb der AVM ist sehr dynamisch – der Trend geht zu Convenience und maximalen Prämienrabatten.**

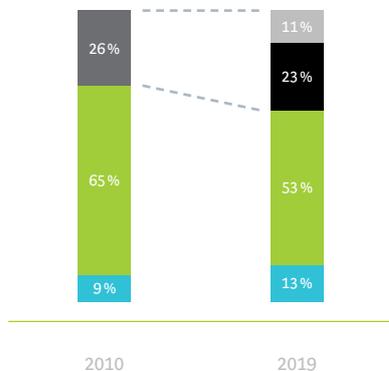
Die aktuellen AVM-Produkte geben durch Gatekeeping-Systeme den Erstkontakt bei medizinischer Inanspruchnahme vor:

- HMO (Health Maintenance Organization)
- Hausarzt
- Telemedizinische Beratung (Telmed)
- Sonstige (zum Beispiel Listenmodell, Multiaccess-Tarife:  
Wahlmöglichkeit zwischen Telemedizin und Hausarzt, Digitaltarife)

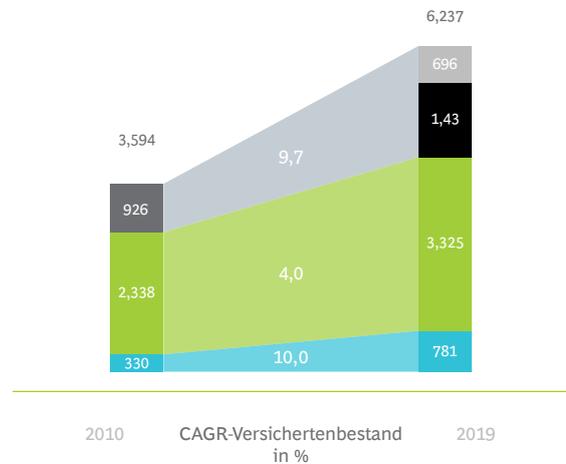
Mit über **50 Prozent aller AVM-Versicherten hat der Hausarzttarif** den grössten Marktanteil, wobei dieser seit 2010 um knapp 20 Prozent zurückgegangen ist (siehe *Abbildung 10*). Besonders Telemed- und HMO-Tarife haben ihren Versichertenbestand deutlich ausgebaut. Aktuelle Analysen von Comparis zeigen, dass die Corona-Pandemie nicht zu einer starken Verschiebung der Versichertenstruktur in Richtung digitale Tarife wie beispielsweise Telmed geführt hat. Tatsächlich war 2021 entlang des Suchvolumens das Hausarztmodell mit knapp 40 Prozent aller Suchanfragen bei Krankenversicherungen rund doppelt so hoch wie das Suchvolumen für Telmed-Modelle.<sup>15</sup> Hier bietet sich ein Ansatzpunkt für künftige Weiterentwicklungen der AVM, besonders im Bereich telemedizinischer und digitaler Tarife.

**Abb. 10: Versichertenstruktur innerhalb AVM – trotz mehr als verdoppeltem Versichertenbestand in anderen AVM präferiert die Mehrheit weiterhin den Hausarzttarif**

**Anteile AVM nach Versichertenbestand in %**



**AVM nach Versichertenbestand in Tsd.**



■ HMO ■ Hausarzt ■ Andere (Teled und sonstige) ■ Teled ■ Sonstige (z.B. Listenmodell)

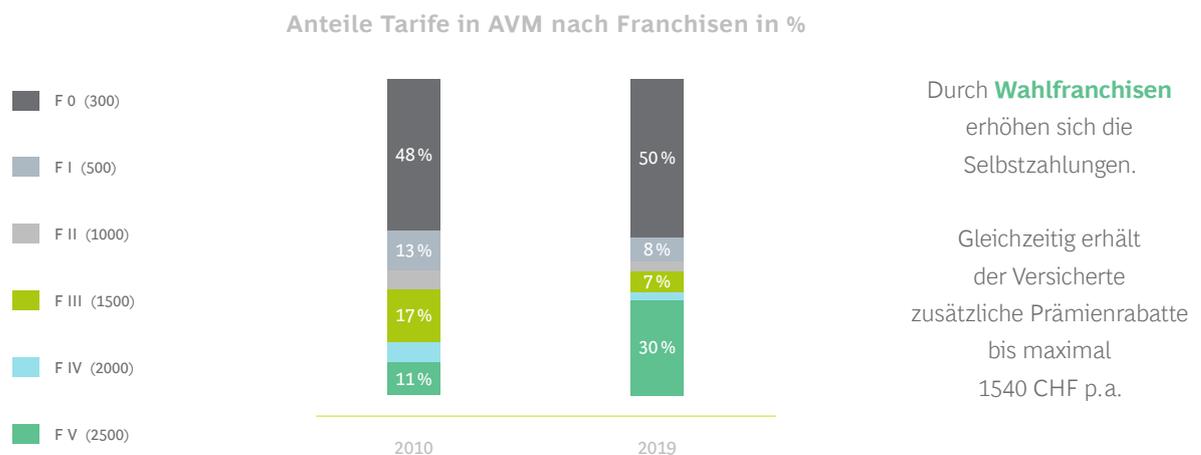
Quellen: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Bundesamt für Gesundheit; BCG-Analyse

15. comparis.ch, Die Trends bei Krankenkassen, 2022

Je nach Modell und konkreter Produktgestaltung erhalten Versicherte Prämienrabatte zwischen 5 und 25 Prozent.<sup>16</sup> Weitere Rabatte können durch die **Erhöhung der Franchisen** erzielt werden. Diese Option nutzen rund 50 Prozent der AVM-Versicherten (*siehe Abbildung 11*). **Dabei entscheiden sich die Versicherten zunehmend für die Maximalfranchise** von 2500 Franken für Erwachsene, was fast einer Verdreifachung des Anteils von 2010 bis 2019 entspricht. Dies ist durch die jährliche Möglichkeit zum Wechsel und den vermutlich hohen Informationsgrad in der Bevölkerung zu erklären. Die Maximalfranchise ermöglicht schweizweit einen maximalen Rabatt von 1540 Franken.

Entlang der Krankenversicherungsverordnung (KVV) darf die Kombination von AVM-Produkt und Wahlfranchise allerdings maximal einen Prämienrabatt von 50 Prozent ergeben. Durch kantonal stark unterschiedliche Standardprämien wirkt sich der Rabatt durch Wahlfranchisen unterschiedlich stark aus, was den maximal möglichen Prämienrabatt durch AVM in Kantonen mit niedriger Standardprämie reduziert – in Basel-Stadt sind es 29 Prozent in Appenzell Innerrhoden lediglich 14 Prozent.<sup>17</sup> Dadurch ergeben sich kantonale Unterschiede in der Attraktivität der AVM mit Wahlfranchise.

**Abb. 11: Franchisenhöhe der AVM-Versicherten – während rund die Hälfte Standardfranchise wählt, entscheiden sich immer mehr Versicherte für extreme Franchisen**



Anmerkung: Franchisen F 0 bis F V (x) zeigen die jährliche Franchisenhöhe in CHF für Erwachsene.  
 Quellen: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Bundesamt für Gesundheit; BCG-Analyse

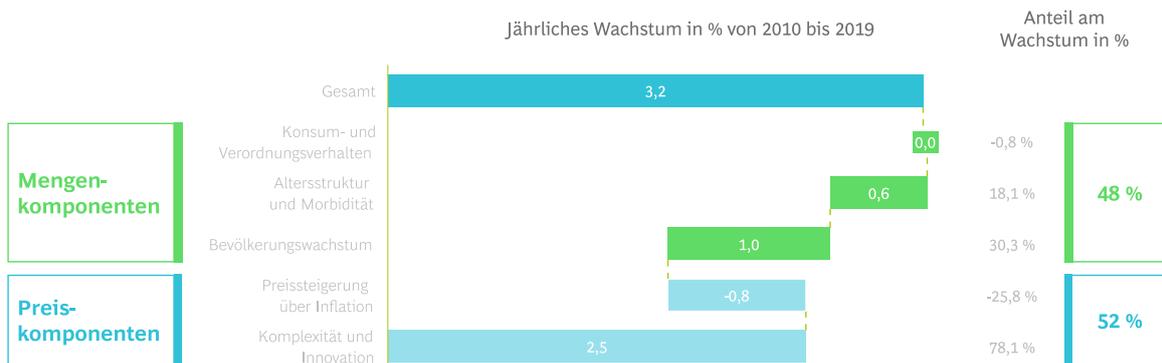
Der im internationalen Vergleich hohe Anteil von selbst getragenen Kosten kombiniert mit wechselbereiten Versicherten, die aus einer breiten Tarif- und Produktlandschaft wählen können und sich verstärkt für Produkte mit maximalen Prämienrabatten entscheiden, sind Belege für das hohe Interesse der Versicherten, Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Dennoch haben sich die Prämien und die Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren stark erhöht. Entsprechend ist die detaillierte Analyse der historischen Kostentreiber im nächsten Kapitel von hoher Relevanz.

### III. Komplexität und Innovation sind zentrale Gründe für steigende Gesundheitsausgaben, die Demografie-Effekte sind nur nachgelagerte, sehr kleine Treiber.

Grundsätzlich sind steigende Gesundheitsausgaben wie in jedem wachsenden Markt ein Resultat aus Veränderungen der Menge an Leistungen sowie des Preises je Leistung. Die historische Steigerung der Gesundheitsausgaben lässt sich in fünf Komponenten zerlegen (siehe Abbildung 12 und Appendix Abbildung 21).

Abb. 12: Komplexität und Bevölkerungswachstum sind die zentralen Gründe für steigende Gesundheitsausgaben – Anstieg wird durch Preisreduktionen gebremst

#### Inflationsbereinigte Gesundheitsausgabensteigerung der vergangenen 10 Jahre, zerlegt in Treiberkomponenten



Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100%); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung stationärer und ambulanter Einrichtungen, stationärer Langzeitpflege und Arzneimittel  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; Swissmedic; Interpharma; BCG-Analyse

### Bevölkerungswachstum

Auf der Seite der Mengenausweitung sind neben dem Konsum- und Ordnungsverhalten von medizinischen Leistungen demografische Faktoren wie die reine Bevölkerungszahl und die Altersstruktur entscheidend. Die Bevölkerung in der Schweiz ist seit 2000 um circa 20 Prozent gewachsen, besonders getrieben durch hohe Einwanderungsraten.

Der Effekt des reinen Bevölkerungswachstums macht sich auch in den Gesundheitsausgaben bemerkbar und verursacht rund 30 Prozent des Ausgabenanstiegs. 3 von 5 Einwanderer sind zwischen 20 und 40 Jahre alt, eine Altersgruppe mit stark unterdurchschnittlichen Krankheitskosten –

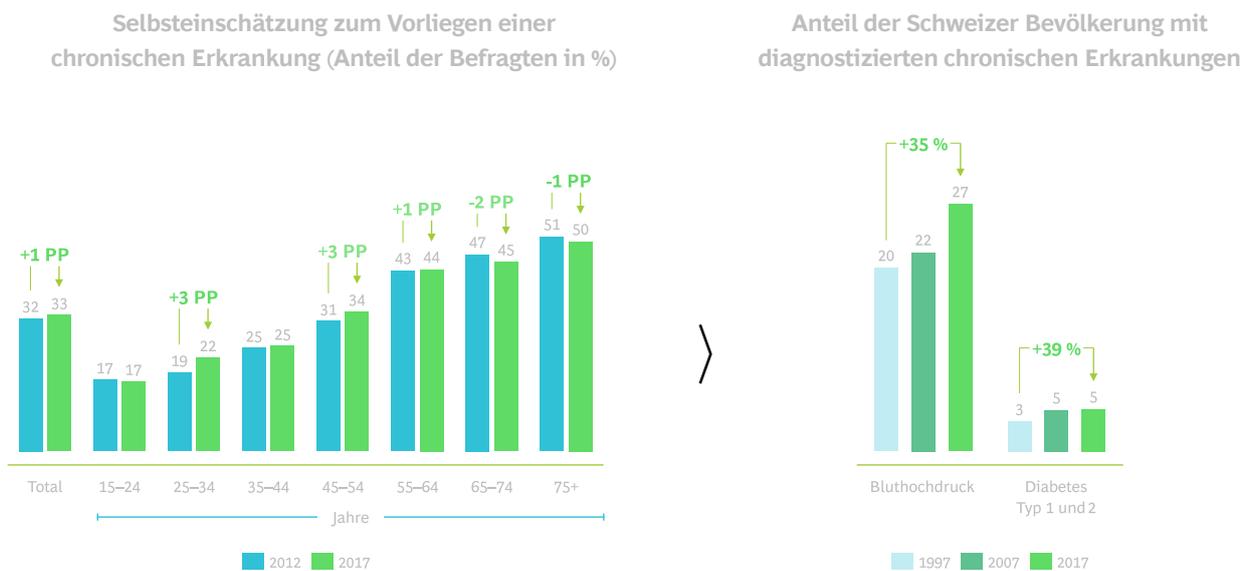
18. Die Haupttreiber Preis und Menge wurden entlang der fünf Komponenten für den Zeitraum 2010 bis 2019 zerlegt. Hierfür wurden die Ausgaben von ambulanten Einrichtungen (Arztpraxen und ambulante Zentren) und Spitälern (Ausgaben für stationäre Kurativbehandlung) sowie von stationärer Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen den Abrechnungsfällen, der Anzahl an stationären Einweisungen beziehungsweise der Anzahl an Klienten in Pflege- und Altersheimen gegenübergestellt. Arzneimittel wurden aus den Ausgaben der jeweiligen Einrichtungen herausgerechnet und separat betrachtet, wobei die Anzahl abgegebener Packungen den Gesamtausgaben für Arzneimittel gegenübergestellt wurde. Die betrachteten Einrichtungen und Arzneimittel verursachen rund 70 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

sie liegen bei rund 55 Prozent der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Es ist davon auszugehen, dass ohne starke Einwanderung der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben deutlich stärker ausgefallen wäre.

### Altersstruktur und Morbidität

Die aggregierte Morbidität der Bevölkerung korreliert mit dem Anteil der Bevölkerung in den unterschiedlichen Altersgruppen. Diese Segmentierung ist relevant, da beispielsweise die Krankheitskosten für einen Versicherten, der zwischen 80 und 85 Jahre alt ist, rund siebenmal so hoch sind wie bei einem 20- bis 25-jährigen.<sup>19</sup> Die Wirkung der Morbidität, auch als «alternde Gesellschaft» bezeichnet, stellt in dieser Analyse mit 18 Prozent im Zeitraum zwischen 2010 und 2019 einen geringeren Faktor als das Bevölkerungswachstum dar. Dieser Effekt hat sich in den vergangenen Jahren verstärkt, was auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist (siehe Abbildung 12 und Appendix Abbildung 22). Hinreichend bekannt und gleichwohl schwer umkehrbar ist der Effekt des steigenden Anteils chronisch Erkrankter bei älteren Menschen und des gleichzeitig stetig wachsenden Anteils an Personen in der Altersgruppe über 65 Jahre in der Schweiz. Rund 18,4 Prozent der Schweizer gehören zur Gruppe der über 65-jährigen, was zwar unterhalb der Vergleichsgruppe mit 19,2 Prozent liegt, dennoch einem Zuwachs von rund 20 Prozent seit dem Jahr 2000 entspricht.<sup>20</sup> Der Anteil chronisch Erkrankter liegt ebenfalls mit rund 35 Prozent knapp unterhalb des europäischen Durchschnitts von 36 Prozent<sup>21</sup> und ist seit Jahren ansteigend, wie beispielsweise durch die Zunahme an Versicherten mit diagnostiziertem Bluthochdruck erkennbar ist (siehe Abbildung 13). Die Verhinderung von chronischen Erkrankungen und die effektive Versorgung von Chronikern sind deshalb wichtige Ansatzpunkte, um den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu begrenzen.

Abb. 13: Konsum- und Verordnungsverhalten – rund ein Drittel der Schweizer sind chronisch erkrankt, Bluthochdruck und Diabetes sind innerhalb von 20 Jahren um über 35 Prozent gestiegen



19. Bundesamt für Statistik, Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht, 2015  
 20. OECD, 2019, 2000  
 21. EU-SILC, 2019

Quellen: BFS (Schweizer Gesundheitsbefragung); Interpharma 2020; BCG-Analyse

## Verändertes Konsum- und Verordnungsverhalten

Das Konsum- und Verordnungsverhalten stellt eine potenzielle Mengenausweitung dar, die um die höhere Morbidität einer alternden Bevölkerung und das Bevölkerungswachstum bereinigt ist. Damit gibt dieser Treiber den Mehrkonsum an, beispielsweise die Anzahl der altersbereinigten Hospitalisierungen, die verordneten Packungen eines Medikaments oder auch die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche pro Jahr, die nicht durch Alterung erklärt sind. In den Jahren 2010 bis 2019 ist das Konsum- und Verordnungsverhalten ein untergeordneter Treiber, der sich nicht auf den Anstieg der Gesundheitsausgaben auswirkt (siehe *Abbildung 12*). Hier zeigt sich auch die Wirksamkeit von AVM und hoher Selbstbeteiligung. Ein weiterer Faktor, der das Konsum- und Verordnungsverhalten dämpft, sind die über den OKP-Leistungskatalog begrenzten, erstattungsfähigen Leistungen. AVM-Versicherte erhalten Zugang zu allen medizinischen Leistungen der OKP. Bei Inanspruchnahme ist lediglich der medizinische Erstkontakt geregelt, beispielsweise die Konsultation eines Telemedizin-Anbieters oder des Hausarztes. Durch die Bewertung des medizinischen Bedarfs kann eine Begrenzung der Leistungen erfolgen, etwa der Besuch eines Spezialisten. Die AVM ist damit für Versicherte rund 27 Prozent günstiger als Standardmodelle.

Im deutschen Gesundheitssystem ist das Konsum- und Verordnungsverhalten als Indikator für Überbehandlung oder Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen ein kontinuierlicher, massgeblicher Ausgabentreiber. Im Schweizer Gesundheitswesen ist die Entwicklung des Konsum- und Verordnungsverhalten viel dynamischer – zwischen 2010 und 2015 hat es den Anstieg der Gesundheitsausgaben noch gebremst; seit 2015 ist es dagegen für rund 50 Prozent des jährlichen Wachstums exklusive demografischer Effekte verantwortlich (siehe *Exkurs «Zerlegung der Kostentreiber in zwei Perioden und Vergleich des Effekts in Deutschland und der Schweiz»*).<sup>22</sup>

Es ist anzunehmen, dass der **Wechsel von Standardmodellen in AVM das Konsum- und Verordnungsverhalten gebremst hat**. So kann es nach dem Wechsel anfänglich zu einer geringeren Inanspruchnahme kommen, da sich der Versicherte zunächst mit den Versicherungskonditionen bekannt machen muss. Das Wachstum des AVM-Anteils hat sich von rund 7 Prozent in den Jahren 2010 bis 2015 auf 3 Prozent im Zeitraum von 2015 bis 2019 mehr als halbiert (siehe *Abbildung 9*), sodass der Effekt einer initial geringeren Inanspruchnahme seit 2015 weniger stark wirkt. Kombiniert mit der Ausweitung der OKP-Leistungen in den vergangenen Jahren erklärt dies den Anstieg des Konsum- und Verordnungsverhaltens seit 2015. Gleichzeitig bietet sich hier neues Einsparpotenzial durch die Reduzierung von unnötigem Mehrkonsum.

## Preissteigerung über Inflation

Um die Entwicklung der Preise für Gesundheitsleistungen sauber darzustellen, wurde die Inflation herausgerechnet. Die Preissteigerung bezieht sich hier auf das jeweilige Produkt – wie beispielsweise Insulin als lebensnotwendiges Medikament für Diabetiker oder den Herzschrittmacher für Herzinsuffizienzpatienten – sowie auf den nach Nutzung gewichteten, durchschnittlichen Preis des Gesamtportfolios an konsumierten Medikamenten, Leistungen oder medizintechnischen Produkten.

22. 21 Prozent inkl. Demografie-Effekte, siehe *Abbildung 12* und *Appendix Abbildung 22*

Durch Massnahmen zur Kostendämpfung wie die TARMED-Anpassungen<sup>23</sup> 2014 und 2018, die Einführung des Fallpauschalensystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) 2012 oder Einsparungen im Zuge der 3-jährlichen Arzneimittelpreisüberprüfung seit 2012 sanken die Preise der Leistungen besonders im Zeitraum zwischen 2015 und 2019. Dieser Treiber bremst entsprechend Ausgabenwachstum.

Verglichen mit Deutschland zeigt das Schweizer System also eine kontinuierliche, effektivere Kostendämpfung, selbst im direkten Vergleich der Periode 2010 bis 2015, die in Deutschland – unter anderem durch die Einführung des Verfahrens nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG-Verfahren) zur Preisfestsetzung neuer Arzneimittel – auf Ausgabenreduktion fokussiert war (*siehe Exkurs «Zerlegung der Kostentreiber in zwei Perioden und Vergleich des Effekts in Deutschland und der Schweiz»*).

### **Komplexität, Innovation und höhere Behandlungsintensität**

Komplexität und Intensität der Behandlung sowie wissenschaftliche und technische Innovationen führen auch zu höheren Ausgaben – der Anteil macht rund **78 Prozent des Anstiegs der Gesundheitskosten aus und ist damit der zentrale Ausgabentreiber**.

Diese Komponente umfasst die Verschiebung im Portfolio der konsumierten Gesundheitsleistungen hin zu komplexeren, teureren Behandlungen und Innovationen wie die Ausweitung der TARMED-Einzelleistungen je Besuch, aufwendige Diagnostik oder neuartige Therapien, jedoch ohne gleichzeitige Ausweitung der konsumierten Menge – also die Zahl der Arztbesuche oder der abgegebenen Arzneimittelpackungen, die bereits in der Komponente Konsum- und Verordnungsverhalten berücksichtigt wurde. Im ambulanten Bereich kann die Höhe der TARMED-Taxpunkte als Indikator für die abgerechneten Positionen je Patienten und damit für die Behandlungsintensität und -komplexität dienen. Hier zeigt sich eine Erhöhung um durchschnittlich 3,6 Prozent pro Jahr über alle ärztlichen Leistungserbringer – also Grund- und Spezialversorger sowie Spitalambulatorien –, ohne Herausrechnen der altersbedingten Steigerung. Im stationären Bereich dient der Case Mix Index (CMI) als Mass für die durchschnittliche Komplexität der durchgeführten Eingriffe, der mit durchschnittlich 1 Prozent pro Jahr zunimmt (*siehe Abbildung 14*).

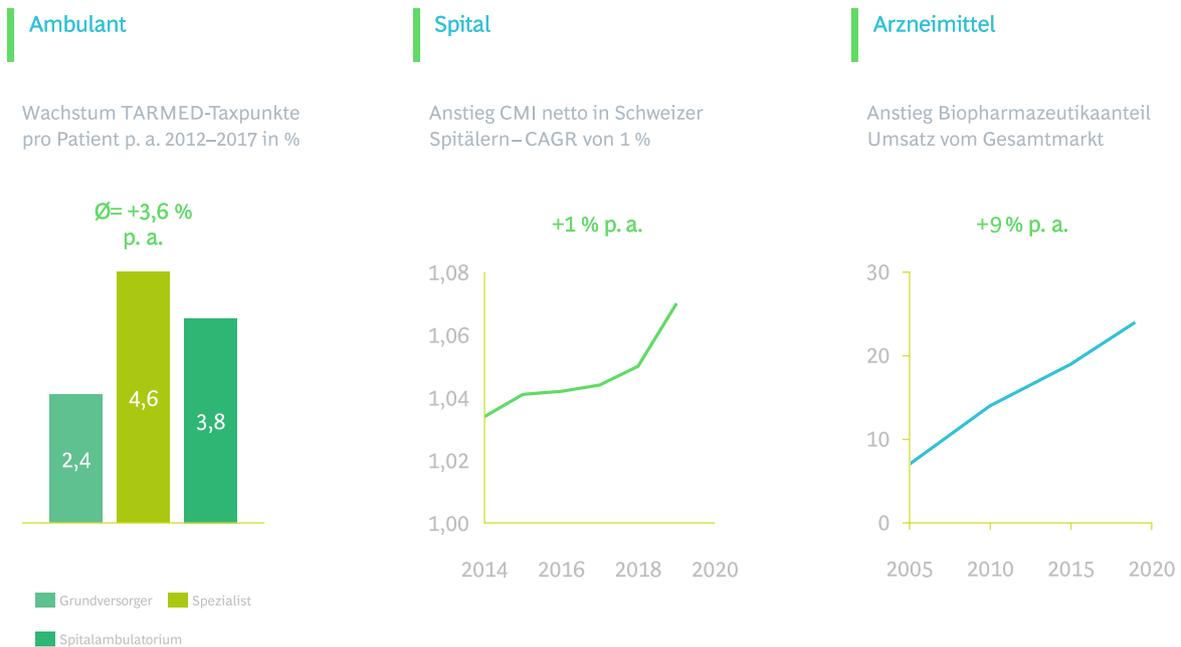
Die Analyse der Kostentreiber für den Arzneimittelbereich zeigt deutlich: Das Ausgabenwachstum wird nicht durch Zunahme der abgegebenen Packungen, sondern vor allem durch innovative und oft sehr teure Medikamente getrieben (*siehe Appendix Abbildung 23*). Einerseits sollen Versicherte direkten Zugang zu neuartigen Therapien erhalten, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Andererseits erfordern die teils hohen Kosten eine wachsame Beurteilung, um einer deutlichen Steigerung der Versorgungskosten vorzubeugen.

Preissteigerungen durch Innovation zeigen sich sehr deutlich im Arzneimittelmarkt am Beispiel der Biopharmazeutika. Der Marktanteil nach Umsatz von Biopharmazeutika hat sich in den vergangenen 10 Jahren von 7 auf 24 Prozent erhöht, was einer Zunahme um den Faktor 3,5 entspricht. Dabei machen Biopharmazeutika nur knapp 2,5 Prozent aller abgegebenen Tagesdosen aus<sup>24</sup>, was die hohen Kosten der Biopharmazeutika verdeutlicht (*siehe Abbildung 14*).

23. tarif médical – Tarif für ärztliche Leistungen

24. <https://www.intergenerika.ch/markt-biosimilars/>

Abb. 15: Die Schweiz konnte durch Kostendämpfungsmaßnahmen den Anstieg der Gesundheitsausgaben reduzieren, während dieser in Deutschland beschleunigt



Quellen: Helsana Mengenreport 2019; Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Bundesamt für Statistik (BFS); Interpharma Pharmamarkt Schweiz Ausgabe 2013 und Report Panorama Gesundheit 2020; BCG-Analyse

Im Schweizer Gesundheitssystem wirkt der Treiber Komplexität und Innovation deutlich stärker als im deutschen System und es zeigt sich eine Zunahme des relativen Einflusses in der Periode zwischen 2015 und 2019 für das Schweizer System, während dieser in Deutschland rückläufig ist (siehe Exkurs «Zerlegung der Kostentreiber in zwei Perioden und Vergleich des Effekts in Deutschland und der Schweiz»). Dies spricht einerseits für die hohe Qualität und Innovationskraft des Schweizer Systems<sup>25</sup>, andererseits müssen unzweckmässige Komplexität verhindert und Innovationen entlang des medizinischen (Zusatz-)Nutzens bepreist werden.

Laut unserer Treiberanalyse können sowohl das Konsum- und Ordnungsverhalten als auch Komplexität und Innovation auf den Aspekt von Verschwendung im Gesundheitssystem einzahlen. Mehrere Studien zeigen, dass Überversorgung oder unzweckmässige Behandlungen auch in den hochwertigsten Gesundheitssystemen vorkommen<sup>26</sup> und die Kosten durch Fehl- und Überbehandlung rund 20 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen können<sup>27</sup>. Das Konsum- und Ordnungsverhalten ist in der Schweiz ein wesentlicher Kostentreiber, gleichzeitig sind die Einsparpotenziale der Reduzierung von Verschwendung hoch. Insofern sind Komplexität und Innovation sowie das Konsum- und Ordnungsverhalten wichtige Ansatzpunkte für eine Optimierung des Gesundheitswesens.

25. Seit 2013 führt die Schweiz den Global Innovation Index an; World Intellectual Property Organization, wipo.int

26. Peiro, S. & Maynard, A. (2015), Variations in health care delivery within the European Union. Eur J Public Health, 25 Suppl 1, 1-2. doi: 10.1093/eurpub/cku223

27. OECD, 2017

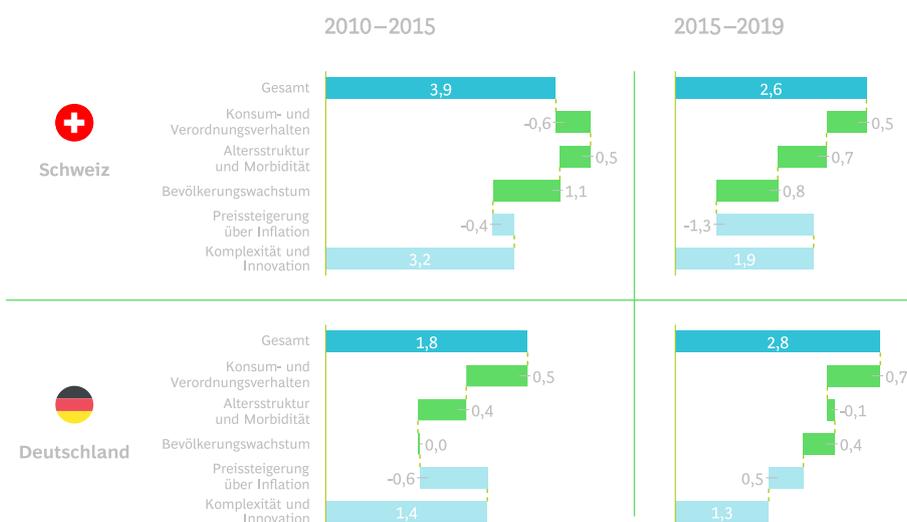
## Exkurs – Zerlegung der Kostentreiber in zwei Perioden und Vergleich des Effekts in Deutschland und der Schweiz

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre und damit auch die Wirksamkeit bereits umgesetzter Aktivitäten lassen sich durch weitere Zerlegung des Betrachtungszeitraums abschätzen. In der Schweiz ist das jährliche Gesamtwachstum zwischen 2015 und 2019 mit durchschnittlich 2,6 Prozent deutlich geringer als in der Vorperiode 2010 bis 2015.

Bislang lag der Fokus stark auf der Fortsetzung und Initiierung neuer Massnahmen zur Kostendämpfung, die vor allem auf die Preisreduktion bestehender Behandlungen abzielte. Beispiele dafür sind die TARMED-Anpassungen 2014 und 2018, die 3-jährliche Arzneimittelpreisüberprüfung seit 2012, die Einführung der SwissDRG 2012, die Revision der Mittel- und Gegenstandsliste seit 2016, das Einsetzen einer Expertengruppe durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit dem Ziel der (Weiter-)Entwicklung kostendämpfender Massnahmen, die Verabschiedung des Kostendämpfungsprogramms 2018 oder die Stärkung der Ambulantisierung operativer Eingriffe mit gesetzlich bindender Liste von ambulanten Eingriffen seit 2019.<sup>28</sup> In Deutschland hingegen war die Periode 2015 bis 2019 durch Ausweitungen des Leistungsspektrums in der Gesetzliche Krankenversicherung gekennzeichnet, was den Anstieg der Gesundheitsausgaben beschleunigt hat. Entsprechend zeigen sich grosse Unterschiede in der Dynamik des Treibers Preissteigerung (siehe Abbildung 15).

Abb. 15: Die Schweiz konnte durch Kostendämpfungsmaßnahmen den Anstieg der Gesundheitsausgaben reduzieren, während dieser in Deutschland beschleunigt

Treiber am Anstieg der Gesundheitsausgaben in 5-Jahresscheiben<sup>1</sup>



**Komplexität und Innovation** als Treiber wirkt in der Schweiz deutlich stärker als in Deutschland

In Deutschland ist das **Konsum- und Verordnungsverhalten** als Indikator für Überbehandlung ein maßgeblicher Treiber.

In der Schweiz setzte dieser ausgabensteigernde Effekt der **Überbehandlung** erst 2015 ein.

1. Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); bereinigt um Demografie-Effekte (Bevölkerungswachstum und Altersstruktur)  
 Quellen: Bundesamt für Statistik Schweiz; Swissmedic; Interpharma; Statistisches Bundesamt Deutschland; BCG-Analyse

28. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

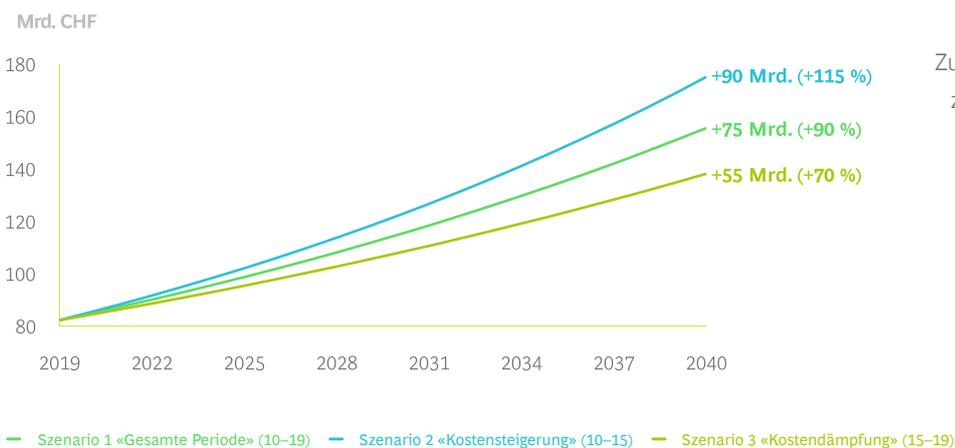
## IV. Setzt sich die historische Entwicklung fort, können sich die Gesundheitsausgaben bis 2040 verdoppeln.

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre und damit auch die Wirksamkeit bereits umgesetzter Aktivitäten Die Gesundheitsreformen der Vergangenheit hatten durchaus Effekte auf die Gesundheitsausgaben der folgenden Jahre (siehe Abbildung 15), aber keine der Reformen erreichte eine nachhaltige Trendwende bei den Ausgaben. Gleichzeitig hat sich das Konsum- und Ordnungsverhalten in der vergangenen Periode zum Ausgabentreiber entwickelt. Solange künftige Massnahmen nicht auf eine grundsätzliche Veränderung des Systems abzielen, wird die Kostenkurve mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter ansteigen.

Für eine realistische Simulation der Gesundheitsausgaben bis 2040 wird die Bevölkerungsprojektion des Bundesamtes für Statistik als Basis für die Berechnung der Demografie-Effekte, also das Bevölkerungswachstum und die Altersstruktur, verwendet. **Die Demografie-Effekte sind für einen jährlichen Anstieg von 1,4 Prozent oder rund 30 Milliarden Franken zusätzliche Ausgaben bis 2040 verantwortlich.** Entlang der historischen Entwicklung des demografiebereinigten Konsum- und Ordnungsverhaltens und der Preissteigerung der vergangenen 10 Jahre kann man von drei Szenarien ausgehen (siehe Abbildung 16).

Abb. 16: Setzt sich die Entwicklung der vergangenen Jahre fort, steigen die Gesundheitsausgaben bis 2040 um bis zu 115 %

### Prognose der nominalen Gesundheitsausgaben ohne Inflation



Zusätzliche Gesundheitsausgaben zwischen **55 und 90 Mrd. CHF** sind je nach Szenario möglich.

Davon verursachen Demografie- Effekte rund 30 Mrd. CHF.

Anmerkung: Bevölkerungsprognose über Referenzszenario; Berechnung des Altersstruktureffekts über Anwendung der Krankheitskosten 2015 nach Altersgruppen als Fixwert; normalisiert auf inflationsadjustierte Gesundheitsausgaben 2019; demografische Effekte auf Gesundheitskosten als Basis, ergänzt um historische Wachstumsraten für Preis (Preissteigerung über Inflation, Komplexität und Innovation) und Ordnungsverhalten; Werte 2040 sind gerundet.  
Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS); BCG-Analyse

29. Die Daten zur demografischen Entwicklung basieren auf einer Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik entlang des Referenzszenarios (Geburtenziffer 1,5; Lebenserwartung 87 Jahre (Mann), 89,6 Jahre (Frau); moderate Nettoeinwanderungsrate von +35 Tsd. p.a.). Durch Aufgliederung der Krankheitskosten und Bevölkerungszahl nach Altersgruppen (Bundesamt für Statistik, 2015) kann der künftige Demografie-Effekt berechnet werden. Dieser umfasst mit Bevölkerungswachstum und Altersstruktur zwei von drei Komponenten des Treibers Mengenausweitung. Der Treiber Preissteigerung enthält sowohl die Preissteigerung des durchschnittlichen Gesamtportfolios als auch Preissteigerungen durch Komplexität und Innovation.

### 1. Kostendämpfung analog zu den Jahren 2010 bis 2019

Wenn die traditionellen Massnahmen zur Kostensenkung der vergangenen 10 Jahre weitergeführt werden, steigen die **nominalen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2040 von 82 auf 155 Milliarden Franken**, das entspricht einem Anstieg um rund 90 Prozent. Auf das Jahr gerechnet ergibt sich eine inflationsbereinigte Steigerung von 3,1 Prozent, die sich zusammensetzt aus den Komponenten Demografie (1,4 Prozent pro Jahr) und Preissteigerung (1,7 Prozent pro Jahr) (*siehe Tabelle 1*). Das Konsum- und Verordnungsverhalten spielt keine Rolle für den prognostizierten Anstieg.

### 2. Kostensteigerung analog zu den Jahren 2010 bis 2015

Ohne stringente Fortführung und Weiterentwicklung aktueller Kostensenkungsmassnahmen ist von einer Ausgabenentwicklung analog zu den Jahren 2010 bis 2015 auszugehen. Dies wird bis zum Jahr 2040 zu einer **Kostensteigerung um rund 115 Prozent auf 175 Milliarden Franken führen**. Die jährliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben liegt in diesem Szenario 3,6 Prozentpunkte über der Inflationsrate und setzt sich aus den Komponenten Demografie (1,4 Prozent pro Jahr), Preissteigerung (2,8 Prozent pro Jahr) sowie der ausgabendämpfenden Mengenreduktion – sprich einer Veränderung des Konsum- und Verordnungsverhaltens um -0,6 Prozent pro Jahr zusammen (*siehe Tabelle 1*).

### 3. Kostensteigerung analog zu den Jahren 2015 bis 2019

Bei Fortführung und Weiterentwicklung bestehender Massnahmen zur Kostendämpfung – beispielsweise weitere Anpassungen der Vergütungssysteme zur Reduktion übertarifizierter Leistungen oder die kontinuierliche periodische Überprüfung der Spezialitäten-, Mittel-, Gegenstands- und Analysenliste – reduziert sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den Szenarien 1 und 2. Die **Gesundheitsausgaben werden bis 2040 auf rund 140 Milliarden Franken anwachsen, was eine Steigerung um rund 70 Prozent** oder einer jährlichen Wachstumsrate von 2,5 Prozent entspricht. Dabei macht Demografie ebenfalls 1,4 Prozent pro Jahr aus, die Mengenausweitung führt jährlich zu 0,5 Prozent des Anstiegs und 0,6 Prozent pro Jahr werden durch Preissteigerungen hervorgerufen (*siehe Tabelle 1*).

### Tabelle 1: Parameter der 3 Szenarien zur Prognose der Gesundheitsausgaben

Die monetären Daten sind inflationsbereinigt (BIP-Deflatoren). Die gezeigten nominalen Geldwerte sollen spezifisch den Anstieg der Gesundheitsausgaben über die gesamtwirtschaftliche Inflation hinaus ausweisen.

	Szenario 1 «Gesamte Periode»	Szenario 2 «Kostensteigerung»	Szenario 3 «Kostendämpfung»
Historischer Betrachtungszeitraum	2010–2019	2010–2015	2015–2019
Demografie (Referenzszenario)	+1,4 % p. a.		
Konsum- und Verordnungsverhalten	-0,0 % p. a.	-0,6 % p. a.	+0,5 % p. a.
Preis (exklusive Inflation)	+1,7 % p. a.	+2,8 % p. a.	+0,6 % p. a.
Summe Wachstumsrate	+3,1 % p. a.	+3,6 % p. a.	+2,5 % p. a.



Die Effekte der kostensenkenden Massnahmen in den extremen Szenarien 2 und 3 differieren um bis **zu 37 Milliarden Franken pro Jahr** (siehe Abbildung 16), was knapp der Hälfte der heutigen Gesundheitsausgaben entspricht. Kumuliert ergibt sich bis 2040 ein Delta von **über 300 Mrd. Franken – was in den nächsten Jahren passiert, macht also einen enormen Unterschied.**

**Überträgt man die oben skizzierten Szenarien auf die durchschnittlichen Ausgaben pro Kopf, ergibt sich bis zum Jahr 2040 ein Zuwachs um rund 45 bis 60 Prozent.** Dieser Zuwachs wird sich für die Versicherten in gesteigerten Prämien und einer Mehrbelastung durch höhere Kosten für Selbstzahler bemerkbar machen. Historisch konnten Lohnsteigerungen nicht mit dem Prämienwachstum mithalten, sodass sich die Schere zwischen dem Einkommen und den Abgaben an die OKP voraussichtlich weiter spreizen wird.<sup>30</sup> Gleichzeitig wird deutlich, dass **die bisher ergriffenen Massnahmen nicht ausreichen, um eine nachhaltige Kosteneindämmung zu erreichen.**

Die umgesetzten Massnahmen zielten vor allem auf die Kostenreduktion bestehender Behandlungen oder bereits gelisteter Arzneimittel ab und waren damit kurzfristige, direkte Hebel. Die Mehrheit heutiger AVM-Modelle kann durch den vorgegebenen Erstkontakt zu einer Reduktion der Leistungskosten führen, beispielsweise durch die Vermeidung von Behandlungen beim Spezialisten. Eine Verbesserung der Behandlung wird nicht erreicht. **Insbesondere langfristige, indirekte Hebel wie die Ausschöpfung von Produktivitätspotenzialen durch effiziente Umsetzung der Digitalisierung oder Massnahmen zur Wertoptimierung durch Einführung wertorientierter Vergütungsstrukturen wurden bisher kaum genutzt.** Diese indirekten Hebel können die Funktionsweise des Gesundheitssystems grundsätzlich verändern, haben aber initial einen hohen Investitionsbedarf.

Im folgenden Kapitel skizzieren wir unsere Vision eines nachhaltig finanzierten und gleichzeitig nutzerorientierten Gesundheitssystems und zeigen auf, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit diese Wirklichkeit werden kann.

30. Bereits heute erhalten rund 25 Prozent der Schweizer Versicherten eine individuelle Prämienverbilligung, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.html>

V. Es ist Zeit für einen zukunftsfähigen Umbau des Gesundheitswesens – mit mutigen Entscheidungen, zielgerichteten Investitionen und aufeinander abgestimmten Massnahmen.

### Ansätze für ein nachhaltig finanziertes und nutzerorientiertes Gesundheitssystem entlang der Kunden-Journey

Einzelne Massnahmen reichen nicht aus, um ein nachhaltig finanziertes und gleichzeitig nutzerorientiertes Gesundheitssystem aufzubauen. Vielmehr sind deutliche Anpassungen in einem bisher relativ erfolgreichen System notwendig – **dies gilt für die Anreizsysteme, für die Digitalisierung sowie für Prozesse und Strukturen.** In *Kapitel 1 bis 4* haben wir Kostentreiber und Missstände im heutigen System identifiziert:

- **Fehlversorgung:** Es gibt keine flächendeckende, bedarfsgerechte und konsistent hochwertige Versorgung.
- **Kosteneinsparpotenzial durch Wechsel weiterer Versicherter aus Standardmodellen in bestehende AVM:** Durch die hohe Abdeckung der AVM von rund Dreiviertel des Versichertenbestands besteht nur ein geringes zusätzliches Kosteneinsparpotenzial.
- **Komplexität der Behandlungen und Innovationen:** Entscheidender Treiber des Anstiegs der Gesundheitsausgaben ist die Behandlungsintensität, die sich beispielsweise im internationalen Vergleich in hohen Fallzahlen bei chirurgischen Eingriffen oder in der zunehmenden Relevanz teurer Arzneimittelklassen wie Biotherapeutika niederschlägt. Auch die kontinuierliche Erweiterung der Gesundheitsversorgung beispielsweise durch Innovationen, neue Behandlungsformen und Gesetzesänderungen fällt in diesen Bereich.
- **Chronifizierung und Alterung:** Chronische Krankheiten, besonders in Altersgruppen unter 65 Jahre, und die Alterung der Gesellschaft schreiten voran. Das Gesundheitswesen ist aber vor allem auf Akutversorgung ausgelegt.
- **Nicht ausgeschöpfte Produktivitätspotenziale:** Sektorenspezifische Vergütung und fehlende Transparenz über erfolgte Behandlungen und Medikation sind ineffizient.

- **Fehlende Ausrichtung auf Qualität:** Das derzeitige Vergütungssystem ist nicht ausreichend auf die Qualität in der Versorgung ausgerichtet.

Um diese Kostentreiber und Missstände zu adressieren, haben wir acht Ansätze entwickelt, die aus unserer Sicht die effektivsten Hebel in einem strategischen Ansatz kombinieren. Dabei werden der Kunde und seine Gesundheit ins Zentrum aller Verbesserungsansätze gestellt (siehe Abbildung 17). In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Ansätze einzeln und entlang der Kunden-Journey dargestellt.

Abb. 17: Acht Ansätze für nachhaltige Kosten- und Qualitätsverbesserung des Schweizer Gesundheitswesens entlang der Kunden-Journey



## Weiterentwicklung der Krankenversicherungsmodelle, um Kostenanstieg zu bremsen und Innovationen zu fördern

### 1. Mehrstufige Gatekeeping-Systeme in AVM ausbauen

Um durch die AVM eine weitere Begrenzung der Ausgaben durch bedarfsgerechte Inanspruchnahme bei gleichzeitiger Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu erreichen, muss die Steuerungsfunktion innerhalb der AVM gestärkt werden. Hierfür eignen sich besonders mehrstufige Gatekeeping-Systeme mit digitalen Komponenten. Die Mehrstufigkeit erlaubt die Koordination der einzelnen Schritte der medizinischen Inanspruchnahme entlang des Versichertenpfads:

- **Stufe 1: Digitaler Symptom-Checker**

Der Symptom-Checker kann zwei wünschenswerte Ergebnisse hervorbringen: Einerseits ist dieses Tool ein niederschwelliges Angebot, das die Inanspruchnahme erhöht und dadurch unter anderem Krankheiten bei Versicherten, die selten zum Arzt gehen, in frühen Stadien detektieren kann. Andererseits handelt es sich um eine kostengünstige Option zur schnellen Vorabklärung notwendiger medizinischer Leistungen. Wichtig ist, dass der Symptom-Checker klare Empfehlungen ausspricht. Bei kritischen Symptomen oder Patientenbedarf ermöglicht die direkte Übermittlung der Symptome an den folgenden Leistungserbringer Zeitersparnis bei der Anamnese, gleichzeitig können die passenden Leistungserbringer vorselektiert werden. Abhängig von der Zustimmung des Patienten könnten die erfassten Symptome longitudinal analysiert werden, wodurch Patienten personalisierte Angebote zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands erhalten könnten.

- **Stufe 2: Telemedizinische Konsultation bei kritischen Symptomen oder Patientenbedarf**

Telemedizinische Konsultationen können ort- und zeitunabhängig durchgeführt werden, was das Patientenerlebnis direkter und angenehmer gestaltet. Diese Convenience können Telemedizin-Anbieter durch ihre grosse Zahl an teilnehmenden Leistungserbringern, aber auch durch Zusammenschlüsse niedergelassener Ärzte erbringen. Das Ziel der telemedizinischen Konsultation muss es sein, entweder den Fall abschliessend zu behandeln und gegebenenfalls nötige Medikationen zu verordnen oder einen geeigneten physischen Leistungserbringer zu vermitteln. Telemedizinische Angebote können gut mit Remote Diagnostics verbunden werden. Beispielsweise können SWICA-Versicherte nach Einmalzahlung das via App gesteuerte Telemedizingerät TytoHome von der Firma TytoCare erhalten. Dieses beinhaltet unter anderem ein Stethoskop, einen Spatel für Racheninfektion und ein Thermometer. Zudem ermöglicht es Fotoaufnahmen der Haut. Durch audiovisuelle Anleitung ist die Nutzung sehr einfach. Die erhobenen Daten werden an den Telemedizin-Dienst Santé24 weitergeleitet und evaluiert. Erst im nächsten Schritt erfolgt eine ärztliche, telemedizinische Konsultation.

- **Stufe 3: Empfehlung geeigneter Leistungserbringer bei notwendiger physischer Behandlung, beispielsweise Diagnostik-Hubs, Hausarzt oder Spezialist**

Erfolgt keine abschließende medizinische Klärung durch die telemedizinische Konsultation, ist die physische Inanspruchnahme zu koordinieren. Neben der bürokratischen Ausstellung eines Überweisungsscheins, geht es hierbei um die Nutzung aller zur Verfügung stehenden Informationen wie vorhandene Kapazität, Qualität und Nähe zum Wohnort des Versicherten. Werden für die Diagnose beispielsweise Blutwerte benötigt, können diese unabhängig vom behandelnden Arzt in Diagnostik-Hubs durch medizinisches, nichtärztliches Fachpersonal gewonnen und analysiert werden. Im Kanton Basel wird dies vom Telemedizin-Dienst Medgate angeboten. Ergebnisse können entweder im Rahmen einer weiteren telemedizinischen Konsultation oder durch den Hausarzt besprochen werden. Bei Bedarf erfolgt im nächsten Schritt eine Überweisung an einen Spezialisten.

- **Stufe 4: Behandlung durch Spezialisten**

Auch die Wahl des Spezialisten unterstützt und koordiniert der Telemedizin-Anbieter oder Hausarzt. Durch die gezielte Empfehlung nachfolgender Leistungserbringer werden diese schliesslich zu einer Steigerung der Behandlungsqualität incentiviert. Erweiterungen dieser Stufe sind beispielsweise durch eine verpflichtende Zweitmeinung bei bestimmten Hochkostenbehandlungen denkbar.

- **Stufe 5: Nutzung von Remote-Monitoring-Lösungen**

Bei langfristigen Behandlungen besonders von chronisch Erkrankten können Remote-Monitoring-Lösungen in Kombination mit telemedizinischer Nachsorge dazu führen, dass ein Fortschreiten der Erkrankung früher erkannt wird und Anpassungen in der Medikation ohne physischen Arztkontakt möglich sind. Damit tragen Remote-Monitoring-Lösungen entscheidend zur Verbesserung der individuellen Behandlungsqualität bei (*siehe Kapitel 5, Abschnitt «Integrierte Versorgung ausbauen ...»*).

Entscheidend für die erfolgreiche Weiterentwicklung von Gatekeeping-Systemen ist der **monetäre Nutzen für alle Stakeholder**. Versicherte sollten zusätzliche Prämienrabatte erhalten und den Nutzen des mehrstufigen Gatekeeping-Systems verstehen. Leistungserbringer benötigen eine ausreichende Vergütung für telefonische oder telemedizinische Konsultationen und die Möglichkeit, durch Zusammenschlüsse einen Telemedizin-Dienst neben dem physischen Leistungsangebot aufzubauen. Ein signifikanter Kostendämpfungseffekt der risikobereinigten Leistungsausgaben muss durch die zusätzlichen Stufen im Gatekeeping System erzielt werden. Dafür eignen sich Risk Sharing Agreements zwischen Leistungserbringern und Versicherern beispielsweise durch Capitation-Modelle (*siehe Kapitel 5, Abschnitt «Aufweichung von Sektorengrenzen und unterschiedlichen Vergütungsstrukturen»*). Für den Nachweis des zusätzlichen Nutzens sollten anstelle des derzeit verwendeten Standardmodells bestehende AVM-Produkte als Referenz genutzt werden. In allen Stufen sollten Versicherte die Möglichkeit erhalten, die **Inanspruchnahme** zu bewerten – beispielsweise durch Beantwortung eines digitalen Fragebogens. Dies gibt Versicherern und Leistungserbringern die Chance für künftige Optimierungen der Behandlungs- und Servicequalität.

Neben der Weiterentwicklung der AVM sollten deren **Attraktivität** und besonders das **Vertrauen in digitale Komponenten** wie Symptom-Check und Telemedizin erhöht werden. Hier kann an positive Erfahrungen von Versicherten ausserhalb des Telmed-Modells angeknüpft werden. Die Versicherer könnten Kunden, die während der Corona-Pandemie telemedizinische Konsultationen in Anspruch genommen haben, proaktiv Telmed-Produkte anbieten. Zusätzlich kann der Wechsel in digitale AVM vom Gesetzgeber gefördert werden, etwa durch Gewährung höherer Rabatte in den ersten Jahren nach Wechsel. Der Ausbau von Produkten, die als digitalen Erstkontakt unter anderem den eigenen Hausarzt als ersten Ansprechpartner ermöglichen, kann zudem langfristig das Vertrauen in digitale Konsultationen steigern. Um das Vertrauen in digitale Komponenten insgesamt zu erhöhen, benötigen Versicherte Zugang zu leichtverständlicher Evidenz zur Qualität – beispielsweise durch gezielte Informationen zu Erstlösungsquoten bei telemedizinischen Konsultationen oder zur Richtigkeit des Symptom-Checkers.

Die Attraktivität von Kombinationsprodukten aus AVM und Maximalfranchise kann durch eine grundsätzliche Anpassung der Prämienrabatte auf Wahlfranchise erhöht werden – von einem schweizweit einheitlichen Maximalrabatt hin zu einem prozentualen Prämienrabatt analog zu den Rabatten durch AVM auch in Kantonen mit niedrigen Standardprämien (*siehe Kapitel 2, Abschnitt «Die Versichertenstruktur und die Entscheidung über Franchisen innerhalb der AVM ist sehr dynamisch ...»*).



## 2. Value Proposition in der VVG neu definieren

Um Zugang zu Leistungen und Leistungserbringern zu erhalten, die nicht durch die OKP vergütet werden, haben rund 80 Prozent der Schweizer eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Während der Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI) bei der Grundversicherung von 2016 bis 2019 einen Zuwachs um 21 Punkte (rund +10 Prozent) verzeichnete, nahm die Zusatzversicherung VVG um lediglich 6 Punkte (rund +6 Prozent) zu, in der allgemeinen Spitalzusatzversicherung mit über 50 Prozent Versicherten ist die Prämienentwicklung sogar negativ.<sup>31</sup> Dies ist unter anderem auf die Erweiterung des OKP-Leistungskatalogs zurückzuführen.

Darüber hinaus wächst das Misstrauen in den Mehrwert der Zusatzversicherungen. So ermittelte die eidgenössische Finanzkontrolle beispielsweise unsaubere Praktiken in Form von überhöhten Abrechnungen. Tatsächlich sehen sich Spitäler aufgrund nicht kostendeckender Vergütungspauschalen in der Grundversicherung häufig gezwungen, ihre OKP-Leistungen durch private Leistungen quer zu finanzieren.<sup>32</sup>

Für eine nachhaltige Entwicklung der VVG müssen **Mehrleistungen klar erkennbar sein und einige Zusatzversicherungen grundlegend überdacht** werden.

Um **Mehrleistungen** auszuweisen, müssen diese zunächst kategorisiert, vertraglich definiert sowie durch einen Mehrleistungskatalog transparent und messbar gemacht werden. Auch die Vergütung soll künftig vertraglich geregelt sein. Dies sind die erklärten Ziele des vom Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) 2021 entwickelten Regelwerks, das bis Ende 2024 in allen Spitalzusatzversicherungs-Produkten berücksichtigt werden soll.

Für einen langfristig erfolgreichen VVG-Markt sollte neben Transparenz besonders auf **echte Innovationen und personalisierte Angebote** gebaut werden, die reale Schmerzpunkte der Versicherten lösen können:

- Nutzung der höheren Flexibilität in der VVG für die Entwicklung **innovativer Produkte** gemeinsam mit Leistungserbringern und in Abstimmung mit der eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). Ansatzpunkte sind beispielsweise Zusatzversicherungen für häufige, chronische Erkrankungen und die Entwicklung von Pflegezusatzversicherungen. Denkbar wäre auch der Zugang zu spezialisierten Ärztenetzwerken, integrierten Behandlungsmodellen sowie eine Einmalzahlung bei Diagnose oder eine Reduktion beziehungsweise Übernahme des Selbstbehalts.

<sup>31</sup>. BFS

<sup>32</sup>. NZZ am Sonntag, 06.12.2021

- Zusatzleistungen sollten **modularisiert** und somit zu **individuellen Versicherungsprodukten** ausgebaut werden und sich verändernden Lebensbedingungen ohne erneute Risikoselektion anpassen.
- Eine neuartige, **hybride Zusatzversicherung für Mehrleistungen bei Operationen im stationären und ambulanten Bereich** kann der zunehmenden Leistungsbegrenzung aktueller Spitalzusatzversicherungen durch die fortschreitende Ambulantisierung entgegenwirken.
- Durch die Weiterentwicklung der Zusatzversicherung für **Präventionsleistungen** können Versicherten individualisierte Angebote gemacht werden. Dafür kann über die reine Kostenbeteiligung für Fitnessstudios oder Check-Ups der Versicherte einer umfassenden Datenauswertung beispielsweise von Wearables, Abrechnungsdaten aus der OKP oder Gesundheitsdaten der Check-Ups zustimmen. Aus diesen Daten können klare Präventionsempfehlungen und -leistungen der Zusatzversicherung abgeleitet werden. Aufgrund des erhöhten Datenzugangs ist der Ansatz besonders wirkungsvoll, wenn Zusatz- und Grundversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen sind, was sich positiv auf die Kundenbindung auswirken kann. Gleichzeitig könnten beim Erreichen von vereinbarten Gesundheitszielen Prämienrabatte in der OKP oder – innerhalb des bestehenden rechtlichen Rahmens – Auszahlungen aus der Zusatzversicherung gewährt werden.
- **Gesundheitlich vorbelasteten Versicherten** könnte der Zugang durch Prämienaufschläge, Leistungsbegrenzungen oder Maximalleistungskosten gewährt werden. Das ist heute im rechtlichen Rahmen noch nicht möglich und bedarf einer exakten Risikoabschätzung.
- **Beitragsbegrenzungen im Alter**, zum Beispiel durch Altersrückstellungen, sollten angeboten werden, um Beiträge auch in späteren Lebensphasen mit erhöhter Inanspruchnahme für den Versicherten finanzierbar zu gestalten.
- **Strategiekohärenz** beispielsweise bezüglich der Servicelevel oder der Erstattungskulanz sollte bei allen Versicherern herrschen, die sowohl KVG- als auch VVG-Produkte anbieten, um ein einheitliches Kundenerlebnis für die mehrfach Versicherten zu ermöglichen.

Attraktive Kombinationsangebote von VVG-Zusatzversicherungen, Grundversicherung und kostenfreien Zusatzleistungen, wie beispielsweise die Helsana+ App, durch den gleichen Versicherer können bei einem **guten Servicelevel und einem hohen Digitalisierungsgrad** die Kundenbindung nachhaltig stärken und somit einen langfristigen Wettbewerbsvorteil für die Versicherer darstellen. Aufgrund der aktuell hohen Dynamik in der VVG sollten sich Versicherer somit schnellstmöglich über eine Neudefinition des Leistungsversprechens ihrer VVG-Produkte strategisch positionieren.

### 3. Gesundheitskompetenz stärken und effektive Präventionsangebote entwickeln

Die Rolle des Versicherten ist elementar, um eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen und gleichzeitig die Versorgungsqualität signifikant zu verbessern. Die **Versicherten müssen in die Lage versetzt werden, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und Entscheidungen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht zu treffen**. Zwar ist die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen pro Schweizer Versicherten geringer als in der internationalen Vergleichsgruppe (*siehe Kapitel 1*). Gleichzeitig hat sich das morbiditätsbereinigte Konsum- und Verordnungsverhalten in den vergangenen Jahren erhöht. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass bestehende Gatekeeping-Systeme weniger wirken (*siehe Abbildung 12 und Appendix Abbildung 22*). Ein weiterer Faktor ist der allgemeine Gesundheitszustand – aktuell ist ein Drittel der Schweizer chronisch erkrankt (*siehe Abbildung 13*). Die chronischen Erkrankungen und insbesondere der Anteil multimorbider Patienten werden in Zukunft weiter zunehmen. Deshalb ist es an der Zeit, den Fokus verstärkt auf die Vermeidung von Erkrankungen oder deren Verschlechterung zu legen. Hierfür müssen einerseits die individuelle Gesundheitskompetenz (GK) ausgebaut und andererseits bedarfsgerechte und effektive Präventionsangebote zur Verfügung gestellt werden.

Die Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021 zeigt die **Vorteile einer hohen GK**. In der Studie war bei Befragten mit exzellenter GK der Anteil an Übergewicht und chronischen Erkrankungen rund 30 Prozent geringer als bei Personen mit mangelhafter GK. Auch die Arbeitsunfähigkeitstage und die Inanspruchnahme medizinischer Hochkostenleistungen sind bei hoher GK deutlich geringer. So gab es dort rund 40 bis 70 Prozent weniger Besuche beim Notfalldienst und stationäre Spitalaufenthalte. Gleichzeitig wird der **Nachholbedarf bei der individuellen GK** deutlich: Knapp die Hälfte der Schweizer ab 18 Jahren hat eine unzureichende generelle GK, dieser Anteil hat sich seit 2015 sogar um 17 Prozent erhöht. Besonders der Bereich Krankheitsprävention, die Beurteilung und Anwendung von relevanten Informationen und die daraus folgende Anwendung sind zunehmend eine Herausforderung. Hiervon sind Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsgrad oder sozialem Status, mit hohem Lebensalter und mit Migrationshintergrund besonders betroffen.

Für die **Stärkung der GK** konzentriert sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vor allem auf benachteiligte Zielgruppen. In der Verantwortung sieht das BAG Fachpersonen in Gesundheits- und Sozialwesen. Neben einem Leitfaden zum «Empowerment von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz» hat das BAG beispielsweise von 2015 bis 2017 ein Pilotprojekt zur Verbesserung der Selbstmanagementkompetenzen von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund gefördert. Umfangreichere Leitfäden für Fachpersonen werden durch die «Allianz Gesundheitskompetenz» zur Verfügung gestellt. Entscheidend ist, dass die Ausbildung der GK möglichst früh im Leben startet und durch unterschiedliche Akteure wie Versicherer, Leistungserbringer, Politik und den Bildungssektor vermittelt wird.

Die digitale Gesundheitsbildung mit gesicherten Informationsquellen sollte als kontinuierlicher Begleiter in den verschiedenen Lebensphasen wie Schulzeit, Berufsjahre oder Rente dienen und sollte von den Akteuren im Gesundheitswesen aktiv beworben werden. Entsprechend werden für die Ausbildung einer guten GK **zielgruppenspezifische Interventionskonzepte**, langfristig angelegte und koordinierte Massnahmen, **moderne Wissensvermittlung** mit einfacher Sprache und visuellem Anschauungsmaterial sowie eine generell nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems benötigt. Denkbar sind Modelle, in denen eine Art Gesundheitsführerschein etabliert wird, der das nötige Wissen über Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung altersgerecht prüft. Im Gegenzug könnten Versicherer bei Vorlage des Gesundheitsführerscheins Prämienrabatte anbieten. Um diese Anforderungen umzusetzen, sollten sowohl der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), hierbei besonders die systematische Zusammenarbeit mit kommunalen Partnern, als auch die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden. Gleichzeitig sollten intuitive gesundheitsrelevante Hinweise wie beispielsweise die Lebensmittelampel in die realen Lebenssituationen der Menschen Einzug halten. Um möglichst viele Bürger zielgruppengerecht zu erreichen, müssen alle relevanten Kanäle inklusive Social Media genutzt und sinnvolle Kooperationen für das Weitertragen von Gesundheitsinformationen entwickelt werden.

Über die spezifische Präventionsförderung im Rahmen der VVG hinaus (*siehe Kapitel 5, Abschnitt «Value Proposition in der VVG neu definieren»*) sollten **alle Versicherten in der OKP Zugang zu effektiven Präventionsleistungen** erhalten. So ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, getragen von Versicherern und Kantonen, gesetzlich beauftragt, Präventionsmassnahmen zu entwickeln und ihren Nutzen zu bewerten<sup>33</sup>, wofür jeder Versicherte einen obligatorischen jährlichen Präventionsbeitrag von derzeit 4.80 Franken zahlt. Im Rahmen der «Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (Non-Communicable Diseases, kurz NCD) werden seit 2017 Massnahmen entwickelt, die durch Kantone, Betriebe und Akteure der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden sollen. Um Versicherer zu incentivieren, verstärkt präventive Leistungen innerhalb der OKP anzubieten, sollte ihnen **Spielraum bei der Verwendung erzielter Prämienüberschüsse** gewährt werden. Beispielsweise könnten diese anteilig für die Entwicklung von zur Versichertenstruktur passenden Präventionsangeboten verwendet werden. Fördert der Bund zudem eine Ausgabenverschiebung, etwa durch Erhöhung des obligatorischen Präventionsbeitrags oder durch gesetzlich bindenden Einsatz eines festgelegten Prozentsatzes des Prämienvolumens für Präventionszwecke, können innovative Präventionsformen unter Beteiligung aller relevanten Akteure entwickelt oder eingekauft werden.

Für die Entwicklung neuer Präventionsformen kann die Orientierung an internationalen Best Practices helfen. Neben Programmen wie beispielsweise Vitaly vom Versicherer Discovery gibt es aktuell insbesondere in Asien spannende Entwicklungen. Die Nutzer der App *LumiHealth* in Singapur werden über spielerische Anreize wie Gamification und Nudging incentiviert, gesundheitsbewusster zu leben. Dafür erhalten sie finanzielle Vorteile. Initiiert wurde das Programm direkt durch das Health Promotion Board Singapore in Kooperation mit privatwirtschaftlichen Anbietern.

33. KVG, Artikel 19

## 4. Ambulantisierung operativer Eingriffe vorantreiben und Spitallandschaft fokussieren

Komplexität und Innovation ist der zentrale Treiber des Anstiegs der Gesundheitsausgaben in der Schweiz und wirkt deutlich stärker als im deutschen System (siehe Kapitel 3). Der Zugang zu neuen Behandlungsansätzen und Arzneimitteln ist für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems entscheidend, gleichzeitig müssen unzweckmässige Komplexität verhindert und Innovationen entlang des medizinischen (Zusatz-)Nutzens bepreist werden. Nur so können Innovationen nachhaltig finanziert und die Behandlungsqualität erhöht werden. Um möglicher Verschwendung vorzubeugen, braucht es – neben der Transparenz über die Qualität von Leistungserbringern (siehe Kapitel 5, Abschnitt «Aufweichung von Sektorengrenzen und unterschiedlichen Vergütungsstrukturen») eine bedarfsgerechte Ressourcenverteilung durch Ausbau der Ambulantisierung und Fokussierung der Spitallandschaft sowie regulatorischer Nachbesserungen beispielsweise bei der Preisfestsetzung von Arzneimitteln.

### Ambulantisierung operativer Eingriffe vorantreiben und Spitallandschaft fokussieren

#### Ambulantisierung operativer Eingriffe vorantreiben

Ein wirksamer Hebel für Kosteneinsparung ist die Ambulantisierung operativer Eingriffe. Durch die Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht seit Anfang 2019 für sechs Gruppen von Eingriffen eine Ambulantisierungspflicht, wodurch die durchschnittlichen Behandlungskosten im Vergleich zur stationären Durchführung um rund 75 Prozent reduziert wurden.<sup>34</sup> Dabei hinkt die gesetzliche Regelung der Praxis hinterher. Bereits vor Einführung der Ambulantisierungspflicht wurden rund 55 Prozent der relevanten Eingriffe ambulant durchgeführt. 2020 waren es sogar 83 Prozent. Gleichzeitig spalten sich die Kantone bezüglich der Ambulantisierung weiterer Eingriffe in zwei Lager: In knapp der Hälfte der Kantone (12) sind 9 weitere Eingriffe ambulant durchzuführen (zum Beispiel Katarakt- oder kardiologische Untersuchungsverfahren und der Einsatz von Herzschrittmachern), die übrigen 14 Kantone schreiben dies nicht vor.<sup>35</sup>

Für eine **Weiterentwicklung der Ambulantisierung** mit einem schweizweit konsistenten Angebot können folgende Ansätze in Betracht gezogen werden:

- **Vereinheitlichung und Ausweitung der Liste ambulanter Eingriffe:** Analog zur Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfehlen wir eine schweizweit einheitliche, gesetzlich bindende Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe. Kantone mit großen Bestrebungen zur Ambulantisierung sollten ihre Pioniertätigkeit dennoch weiterhin verfolgen. Zeigt sich in Pilotprojekten, dass weitere Eingriffe ohne Reduktion der Behandlungsqualität ambulant durchgeführt werden können, sollten diese mit einer

<sup>34</sup>. Obsan 2021, BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitälern und Geburtshäusern, SASIS AG

<sup>35</sup>. Übersicht GDK «ambulant vor stationär», GDK, 2021

Übergangsfrist auf die einheitliche Liste ambulanter Eingriffe aufgenommen werden. Damit das Ziel «ambulant vor stationär» allen Schweizer Bürgern gleichermaßen durch Reduktion der Leistungskosten und niederschwelligem sowie lokalem Zugang zugutekommt, sollten auch die Steuerungsmechanismen von Ausnahmefällen, die Überprüfungstiefe und -verantwortung sowie Sanktionierungsoptionen, beispielsweise der Ausschluss von kantonalen Zahlungen für stationär durchgeführte Eingriffe, national homogenisiert und konsequent umgesetzt werden.

- **Strategische Entscheidung über Ausbau von Spitalambulatorien und deren Ausrichtung:** Derzeit werden mehr als 25 Prozent der ambulanten Leistungen durch Spitäler erbracht<sup>36</sup>, dieser Anteil wird bei einer fortschreitenden Ambulantisierung weiter zunehmen. Gleichzeitig erfordern ambulant durchgeführte Eingriffe strukturelle Anpassungen, so müssen Patientenzimmer weichen, um mehr OP-Räume zu schaffen. Da diese strukturellen Änderungen mit hohen Investitionskosten verbunden sind, benötigen die Spitäler eine klare strategische Entscheidung für oder gegen das Angebot von spitalambulatorischen Leistungen. Auch die Fokussierung auf einzelne Eingriffe in Kooperationsmodellen kann qualitative und ökonomische Vorteile etwa durch höhere Fallzahlen und die gezielte Ausstattung der OP-Räume bringen, sofern andere Spitalambulatorien die übrigen Eingriffe abdecken. Alternativ könnten neue Einrichtungen aufgebaut werden, die sich ausschliesslich auf ambulante Eingriffe fokussieren und gemeinsam von mehreren Spitälern unterhalten werden. Für die Übergangszeit kommt es darauf an, dass die Bauplanung von Spitälern möglichst flexibel und patientenorientiert ist, um auf weitere Bestrebungen zur Ambulantisierung effizient reagieren zu können. Die **Angleichung der Vergütung stationärer und ambulanter Leistungen** ist vor dem Hintergrund der hohen Dynamik sinnvoll. Die unterschiedliche Beteiligung von OKP und Kantonen an der Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen schafft Fehlanreize, sodass der Trend zur Ambulantisierung derzeit zu Lasten der OKP und der Versicherten erfolgt. Ein entsprechender Entwurf zur Revision des KVG zur **einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** liegt seit April 2019 vor und wurde vom Bundesrat grundsätzlich begrüsst. Ziel ist die Förderung ambulanter Leistungen, die nicht zulasten der OKP und der Versicherten gehen, sondern durch eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen durch OKP und Kantone kostenneutral erfolgen sollen. Zusätzlich ist der Einbezug pflegerischer Leistungen in die EFAS von den Kantonen und der GDK gewünscht, aber noch nicht abschliessend beschlossen, weshalb die Änderung des KVG noch nicht in Kraft getreten ist. Hier sollte schnell Rechtssicherheit geschaffen werden. Dies wird unter anderem auch von H+, dem nationalen Spitzenverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, gefordert.

## Spitallandschaft fokussieren und Überkapazitäten durch bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgungsplanung abbauen

Zwar ist die Zahl der Spitäler von 2000 bis 2019 kontinuierlich von 372 auf 281 zurückgegangen – das entspricht rund 25 Prozent. Gleichzeitig wurden bereits diverse Massnahmen angestossen, um das Problem von **Qualitätsunterschieden** zu lösen, etwa durch die Einführung von Mindestmengen und die Erhebung von Qualitätsindikatoren beispielsweise durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) oder durch die BAG Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI). An der grundsätzlichen Problematik einer **fragmentierten Spitälerlandschaft** und der **Über- und Fehlversorgung**, insbesondere der fraglichen Notwendigkeit von vielen durchgeführten Eingriffen, hat sich bisher aber nichts Wesentliches geändert.

Experten sagen – besonders getrieben durch die Ambulantisierung – eine **umfassende Veränderung der Spitallandschaft** voraus, in denen Spitäler zu hochspezialisierten Kompetenzzentren zusammengefasst werden und komplexe, interdisziplinäre Eingriffe vornehmen. Die Nachsorge könnte in Patientenhotels erfolgen und freiwerdende Einrichtungen für den Aufbau dieser Patientenhotels sowie ambulanter Gesundheitszentren genutzt werden.<sup>37</sup>

Eine Veränderung der Spitallandschaft sollte zum Ziel haben, Überkapazitäten abzubauen und freiwerdende Kapazitäten bedarfsgerecht einzusetzen, zum Beispiel im Rahmen von Gesundheitsregionen. Wir empfehlen, **für die regionale Verteilung der Leistungserbringer populationsbezogen zu planen sowie interdisziplinärer ambulante Versorgungszentren in der Fläche auszubauen und dies mit effektiven Niederlassungsanreizen für unterversorgte Regionen zu kombinieren**. Zusätzlich können für die Akutversorgung nicht mehr benötigte Spitäler für eine Verbesserung der Nachsorge beispielsweise zu Rehakliniken umgewidmet werden. Eine smarte, populationsbezogene Planung der Verteilung von Leistungserbringern wird idealerweise mit einem Blick auf die Versorgungsstrukturen als Ganzes durchgeführt. Im ersten Schritt ist dazu ein tiefes Verständnis des zukünftigen Versorgungsbedarfs auf regionaler Ebene erforderlich. Hierfür sind neben der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur etwa auch die zu erwartenden Veränderungen hinsichtlich des Lebensstils und des Gesundheitszustands der Menschen zu berücksichtigen. Diese Erkenntnisse dienen als Voraussetzung für die Klärung, welche Leistungserbringertypen, zum Beispiel Digital- oder Remote-Health-Angebote, ambulante Versorgungszentren und Spitäler mit unterschiedlichen Versorgungsstufen, grundsätzlich sinnvoll sind und wie deren Zusammenspiel aussehen soll.

Ist die Struktur der Leistungserbringerlandschaft definiert, schliesst sich die Frage nach der geografischen Verteilung an. Hier sollte der Einsatz von Geoanalytics besonders vor dem Hintergrund der topografischen Besonderheiten der Schweiz eine zentrale Rolle spielen.

37. Sanitas, «Trends in der Spitalplanung»

Für die detaillierte Ausgestaltung können, wie bereits gefordert, überkantonale Versorgungsregionen gebildet werden.<sup>38</sup> Man sollte zudem kreativen Gestaltungsfreiraum zulassen, beispielsweise für mobile Diagnose-Supports oder Diagnose-Walk-in-Stationen, die von geschultem nichtärztlichem Fachpersonal wie Advanced Practitioner Nurses betrieben werden können. Gemeinsam mit der Einrichtung von kleinen Notfallstationen, angebunden an ambulante Versorgungszentren, kann dieser Spielraum den Zugang zu medizinischen Leistungen auch im ländlichen Raum garantieren.

Für eine **qualitätsorientierte Weiterentwicklung** des Spitalwesens können folgende Ansätze verfolgt werden:

- **Vereinheitlichung und Ausweitung der Mindestmengen (MM) für operative Eingriffe:** Obwohl MM von vielen Kantonen als Kriterium für die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler genutzt werden und entlang der Verordnung über die Krankenversicherung des EDI für die Spitalplanung berücksichtigt werden sollten, ist die Höhe der MM und die Nachverfolgung sowie Sanktionierung möglicher MM-Unterschreitungen kantonal sehr unterschiedlich.<sup>39</sup> Es gibt auch Kantone, die keine MM angeben. Gleichzeitig existiert ausreichend Evidenz für Qualitätsgewinne durch MM, wobei es auf Ebene einzelner Eingriffe etwa im Bereich der Endoprothesen-Versorgung deutlich höherer MM bedarf als derzeit festgesetzt. Insofern plädieren wir für eine schweizweite Vereinheitlichung und sukzessive Erhöhung von Mindestmengen für elektive Eingriffe, damit komplexe Operationen zunehmend durch spezialisierte Einrichtungen vorgenommen und Sekundärkosten verringert werden. Sanktionierungen werden aktuell nur in kleinem Massstab umgesetzt, obwohl bis zu 50 Prozent der Spitäler die vorgegeben MM unterschreiten.<sup>40</sup> Um nationale Unterschiede in der Behandlungsqualität zu vermeiden, könnte beispielsweise ein nationales Kontrollgremium mit kantonalen Vertretern die Einhaltung der MM kontrollieren und gemeinsam über etwaige Sanktionierungen entscheiden. Neben MM können auch Qualitätszertifikate wie in der Onkologie bei der Vergabe von Leistungsaufträgen berücksichtigt werden.
- Um **unnötige Eingriffe** zu vermeiden, könnten **Vorgaben zum Einholen von Zweitmeinungen und die Befolgung medizinischer Guidelines** etwa bezüglich der Abfolge von nichtoperativen und operativen Behandlungen ergänzt werden. Hier wäre zum Beispiel eine obligatorische Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit bei einem festzulegenden Prozentsatz der Eingriffe denkbar (*siehe Kapitel 5, Abschnitt «Erhöhung der Effizienz und Qualität der Leistungserbringer ...»*).

38. Helsana Regionenreport, 2020; Motion 18.3294 und 20.4093 «Mit maximal sechs Gesundheitsregionen die Koordination fördern und Überkapazitäten abbauen», eingereicht am 15.03.2018 und 23.09.2020

39. Z.B. sind MM bei Erstprothesen kantonal um den Faktor 5 (MM: 10–50) Z.B. unterscheiden sich MM bei Erstprothesen kantonal um den Faktor 5 (MM: 10-50); es gibt auch Kantone, die keine MM angeben;

40. Barmer Institut für Gesundheitsprüfung und Helsana, Stationäre Mindestmengen, 2021

- **Transparenz zu kantonalen Subventionen schaffen und Zugang zu Beiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) für private Spitäler erweitern:** Neben kantonalen Verhandlungen zu Basisfallwerten unterstützen die Kantone Spitäler durch Beiträge für GWL, wobei deren Höhe starken kantonalen und spitalspezifischen Schwankungen unterliegt.

Da rund 95 Prozent aller Kantonssubventionen an öffentliche und subventionierte Spitäler fließen, können starke Wettbewerbsvorteile entstehen. Entlang einer aktuellen Studie im Auftrag des Verbandes der Schweizer Gesundheitsunternehmen Ospita, kann ein Ausschreibeverfahren zur Lösung beitragen, auf das sich auch privatwirtschaftliche Spitäler bewerben können.<sup>41</sup> Entscheidend ist die Sicherstellung einer adäquaten und zielgerichteten **Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser**, die nicht vom Spitalträger oder der ökonomischen Leistungsfähigkeit eines Kantons abhängen sollte.



41. Universität Basel im Auftrag von Ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen, «Tarif und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013–2019», 2021

## 5. Generikaquote erhöhen und Preisfestsetzung-Mechanismen bei Generika anpassen

Hersteller nehmen durch die Erweiterung ihres Produktportfolios und die generelle Bepreisung ihrer Produkte massiv Einfluss auf die Gesundheitsausgaben. Insgesamt werden rund 12 Prozent der Gesundheitsausgaben für Arzneimittel aufgewendet. Besonders im Generikabereich besteht im internationalen Vergleich Nachholbedarf. So belief sich die **Generikaquote**, das ist der Anteil an verordneten Generika über alle Verordnungen, 2019 in der Schweiz auf 20 Prozent, während sie in den USA bei 90 Prozent und in Deutschland bei 81 Prozent lag.<sup>42</sup> Zusätzlich zu wettbewerblichen Preiskämpfen verhandeln die gesetzlichen Krankenversicherer beispielsweise in Deutschland Rabattverträge mit den Arzneimittelherstellern, wodurch sich die Schere bezüglich Marktanteil der Generika nach Umsatz und Volumen zunehmend öffnet: Generika machen zwar 81 Prozent des Volumens, aber lediglich 30 Prozent des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt aus.<sup>43</sup> In der Schweiz entwickeln sich Umsatz und Volumen ungefähr proportional, das heisst der Preis für Generika bleibt konstant. Bereits durchgesetzte **Massnahmen zur Erhöhung der Generikaquote** umfassen die mögliche Abgabe von Generika anstelle verordneter Originalpräparate durch Apotheken und die 2006 eingeführte Verdopplung des Selbstbehalts auf Originalpräparate, falls wirkstoffgleiche Generika in der Spezialitätenliste vorliegen. Die abnehmende Wirksamkeit dieser Massnahmen wird durch die Stagnation in Umsatz- und Volumenwachstum seit 2015 deutlich (*siehe Abbildung 18*). Kombiniert zeigen sich also **unzureichende Anreizsysteme für die Erhöhung der Generikaquote und entsprechend ein hohes Einsparpotenzial durch Preisanpassungen**.

Ärzte und Apotheker erhalten **preisabhängige Vertriebsmargen** für abgegebene Medikamente, mit den teureren Arzneien verdienen sie mehr Geld. Ein klassischer Fehlanreiz, die Erhöhung der Generikarate wird so gehemmt.<sup>44</sup> Nachdem das Referenzpreissystem, das im Rahmen der Kostendämpfungspakete Gesundheit 2020 eingeführt werden sollte, gescheitert ist, müssen alternative Ansätze gefunden werden, um die **Generikaquote zu erhöhen**. Das Referenzpreissystem sah unter anderem vor, dass die OKP die Kosten für Generika erstattet, Mehrkosten für Originalpräparate sollten die Versicherten selbst tragen.

Pauschale oder reduzierte Provisionen auf Originalpräparate bei Vorhandensein von kassenpflichtigen Generika können Abhilfe schaffen. Alternativ könnte auch eine inkrementelle **Generikasollquote** in die Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern in der OKP aufgenommen werden. Die Erfüllung des Solls liesse sich mit Bonuszahlen verknüpfen. Um die Versicherten zu incentivieren, das wirkstoffgleiche Generikum zu nutzen, kann beispielsweise ähnlich wie in Deutschland der **Selbstbehalt auf Originalpräparate** erhöht werden.

42. PhRMA; IQVIA

43. Wido Arzneimittelreport 2020

44. Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), Preisüberwachung Gesundheit, Auslandspreisvergleich, 2021

Abb. 18: Nach initialem Wachstum stagniert der Marktanteil für Generika im erstattungsfähigen Markt in der Schweiz bei rund 20 Prozent des Gesamtumsatzes

Marktanteil Generika nach Umsatz und Volumen in der Schweiz

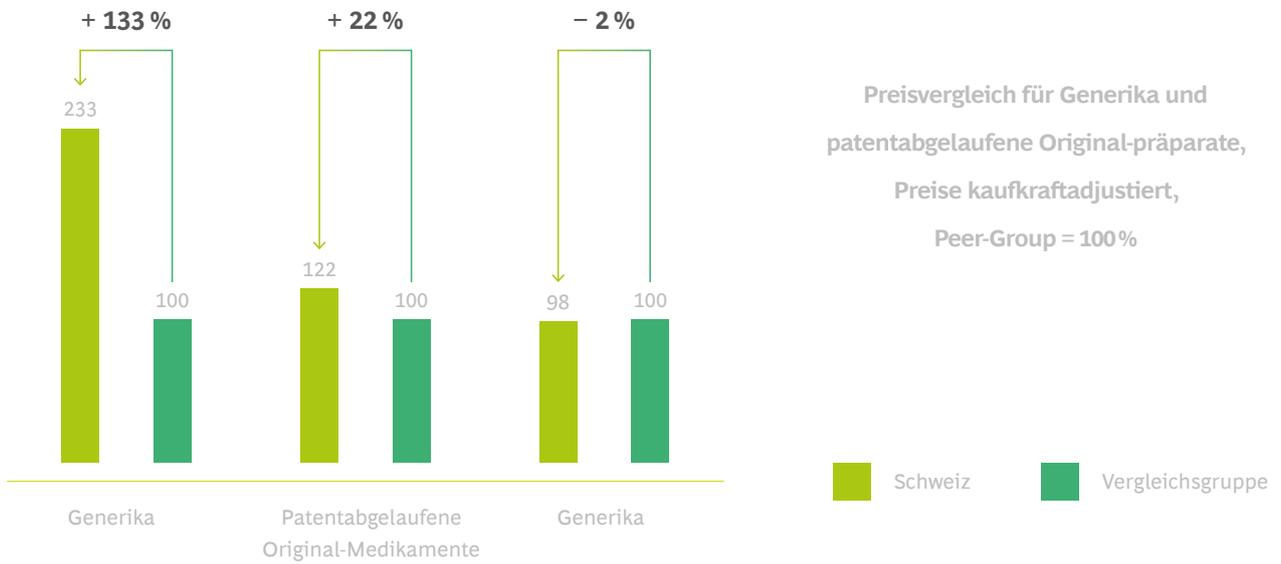


Generika in der Schweiz sind zudem mehr als doppelt so teuer wie in der Vergleichsgruppe. Der Faktor liegt bei 2,3 (siehe Abbildung 19).<sup>45</sup>

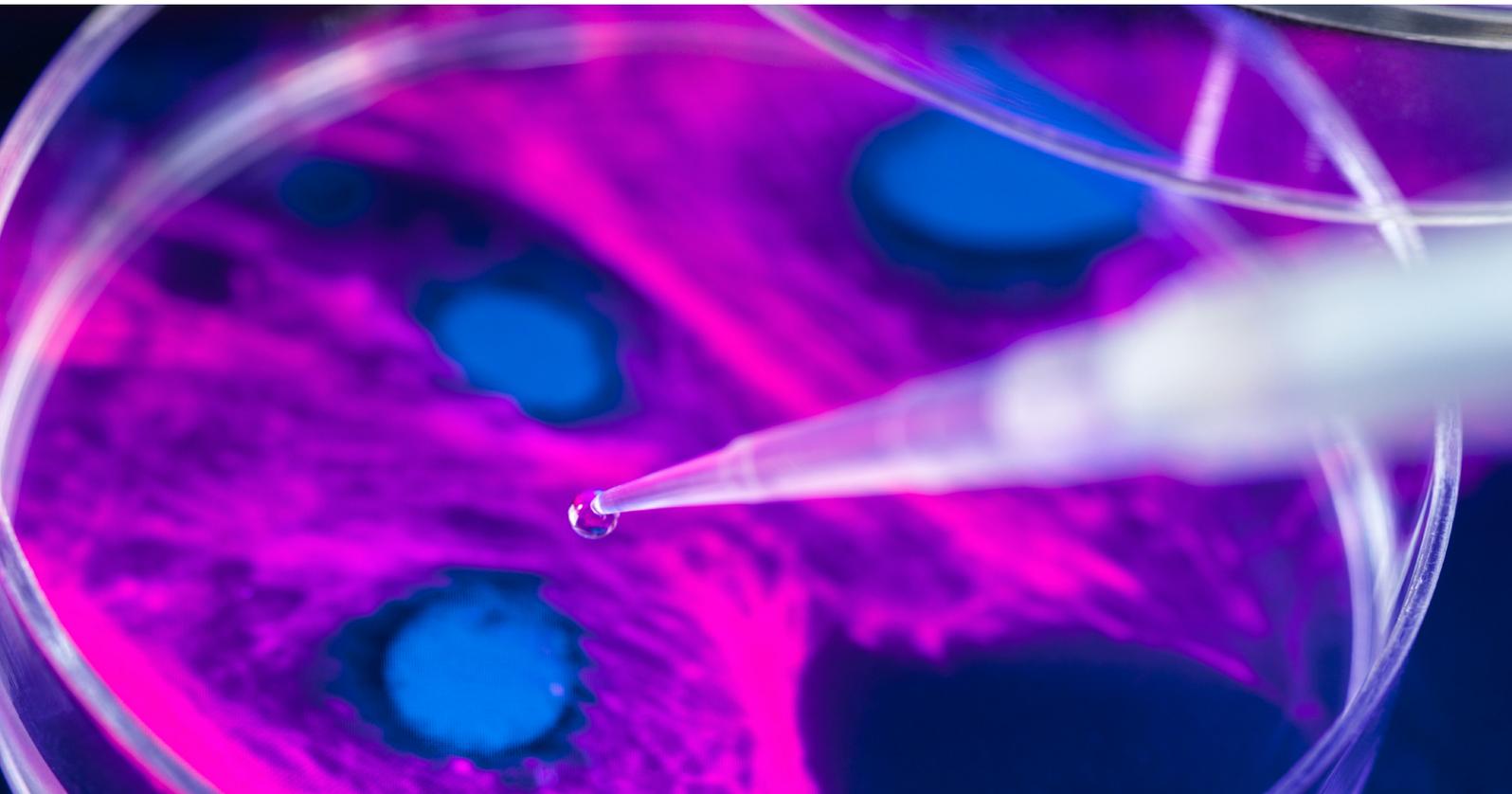
Um die Attraktivität von Generika zu erhöhen, sollten diese Preise drastisch reduziert werden. Dafür sollte der **Mechanismus zur Preisfestsetzung wie bei den Originalpräparaten auch mittels Auslandspreisvergleich erfolgen**. Bei bereits kassenpflichtigen, wirkstoffgleichen Generika sollten diese als zusätzlicher Faktor berücksichtigt werden. Bisher wird der Preis nur über den therapeutischen Quervergleich mit kassenpflichtigen und wirkstoffgleichen Originalpräparaten festgesetzt, wobei bei Einführung ein Mindestabstand der Preise von Generikum zu Originalpräparat zwischen 20 und 70 Prozent eingehalten werden muss. Der im internationalen Vergleich um rund 20 Prozent erhöhte Preis patentabgelaufener Medikamente (siehe Abbildung 19) reduziert die Wirksamkeit der Abstandsregel zusätzlich.

45. Im Rahmen der Preisüberwachung hat das EDI 2021 einen internationalen Preisvergleich der 20 umsatzstärksten patentabgelaufenen Wirkstoffe mit 15 europäischen Vergleichsländern durchgeführt.

Abb. 19: Die kaufkraftadjustierten Preise für Generika in der Schweiz sind rund 2,3-mal höher als in der Vergleichsgruppe



**Anmerkung:** Vergleichsgruppe umfasst Deutschland, Dänemark, Belgien, Niederlande, Norwegen, Schweden, Frankreich, Vereinigtes Königreich und Österreich  
**Quellen:** Eidgenössischer Dienst WBF, Preisüberwachung Gesundheit, Auslandspreisvergleich, 2021; Länderdaten.info; BCG-Analyse



## 6. Integrierte Versorgung ausbauen, hybride Behandlungsansätze entwickeln und Selbstmanagement stärken

### Integrierte Versorgung, insbesondere Chronikerversorgung, verbessern

Derzeit ist das Schweizer Gesundheitssystem vor allem auf die Akutbehandlung ausgerichtet, ein **Shift zu einer verbesserten Chronikerversorgung** ist unumgänglich. Chronische Erkrankungen waren bereits 2004 für 90 Prozent der Krankheitslast, also dem Verlust gesunder Lebensjahre, verantwortlich.<sup>46</sup> Darüber hinaus verursachen nichtübertragbare Krankheiten rund 80 Prozent der Krankheitskosten.<sup>47</sup> Die Alterung der Bevölkerung ist ein Faktor für die Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen.

Neben der Verhinderung chronischer Erkrankungen durch Prävention und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann eine **longitudinale Begleitung von Chronikern durch ambulante Strukturen und digitale Behandlungselemente** weiteres Einsparpotenzial freisetzen. Versicherer engagieren sich zum Beispiel im Verband Curafutura für diesen Wandel. So haben National- und Ständerat im September 2019 die Motion «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen» angenommen. Entlang der KVG-Änderung und im Rahmen des geplanten Kostendämpfungspakets 2, ist der sogenannte «Experimentierartikel» enthalten. Er ermöglicht es, dass neue innovative kostendämpfende Pilotprojekte zugelassen werden, die ausserhalb der regulären OKP-Leistungen liegen. Erfolgreiche Projekte können dann in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Gleichzeitig wurde die Abgeltung für Chroniker mit Anpassung des Risikoausgleichs seit 2020 verbessert, was weitere Anreize für eine effiziente Chronikerversorgung setzt.

Diese Änderungen schaffen Raum für die Entwicklung **spezifischer Navigations- und Steuerungsansätze** mit dem Ziel einer optimierten Therapie. Beispiele sind:

- **Ausbau von Incentivierungsansätzen** von und für Krankenversorger und Krankenversicherungen zur Etablierung und Nutzung von integrierten Versorgungsmodellen
- Weiterer Ausbau von **Ärztetzwerken** aus Spezialisten und Hausärzten für alle häufigen chronischen Krankheiten zur **Qualitätssicherung, Standardisierung und Weiterentwicklung von Therapien durch Best Practice Sharing**, gegebenenfalls im Rahmen von Disease-Management-Programmen; grosse Krankenversicherungen kooperieren bereits mit Ärztenetzwerken für bestimmte Indikationen wie Herzinsuffizienz, häufig im Rahmen von Managed-Care-Verträgen innerhalb der AVM

<sup>46</sup>. Obsan Gesundheitsbericht 2015, Primärquelle: WHO, 2008

<sup>47</sup>. Obsan Gesundheitsbericht 2015, Primärquelle: Wiesner et al. 2014

- **Koordinierung und Begleitung der Rehabilitation** und des Wiedereinstiegs in den Lebensalltag durch Lotsen, etwa nach einem Schlaganfall
- **Etablierung integrierter Versorgungsmodelle** zur verstärkten (sektorenübergreifenden) Kooperation zwischen Leistungserbringern entlang des krankheitsspezifischen Behandlungspfads, die beispielsweise vom Hausarzt oder externen Dienstleistern koordiniert werden. Die Alley-Arthrose-App ist ein bekanntes Beispiel dafür. Vereine wie QualiCCare, deren Mitglieder sich aus Leistungserbringern, Versicherern, Patientenorganisationen, Herstellern und kantonalen Vertretern zusammensetzen, sollten bei der Entwicklung passender Modelle federführend beteiligt sein und schweizweite Standards etablieren

## Hybride Behandlungsansätze entwickeln

**Hybride Behandlungsansätze** kombinieren Standard of Care (SOC) und digitale Therapien. Sie können gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen verstärken oder symptomatische Veränderungen engmaschiger erfassen, zum Beispiel durch digitale Krankheitstagebücher. Auch Therapieerfolge sind etwa über die regelmässige Erhebung von PROMs besser messbar. Da sich digitale Therapien leichter in den Alltag integrieren lassen und so direkter individuelle Anforderungen des Patienten erfüllen, verbessert sich auch die Therapietreue erheblich. Erfolgreiche internationale Beispiele wie die US-Plattformen zur Bewertung von digitalen Therapeutika, Digital Therapeutics (DTx), oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in Deutschland können bei der Auswahl geeigneter digitaler Therapien als Orientierungshilfe dienen.

**Remote-Monitoring-Lösungen**, die über Wearables Vitalparameter erfassen, können Effekte von Therapieanpassungen, etwa die Arzneimitteldosierung ausserhalb der Arztpraxis, messen. Gleichzeitig kann die regelmässige Übertragung der Daten genutzt werden, um Frühwarnsysteme zu entwickeln. Ein Beispiel ist die Prognose von kardialer Dekompensation bei Herzinsuffizienzpatienten mit Implantat. Die Integration von Remote-Monitoring-Elementen in Gesundheitsprogramme wie Care4Cardio, die Sanitas und CSS ihren Versicherten anbieten, sind gute Beispiele für bestehende Initiativen in der Schweiz.

Durch spezifische Navigations- und Steuerungsansätze sowie hybride Behandlungsansätze können sich **Versicherer** oder Versichererverbände durch Initiierung und Unterstützung von Pilotprojekten **als Early Mover und Versorgungsspezialisten für bestimmte Krankheiten etablieren** und somit vom Wettbewerb abheben. Für die Beurteilung des medizinischen Nutzens neuer Steuerungsansätze sollten RWE-Daten inklusive PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) und PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) erhoben werden.

## Selbstbestimmung stärken

Neben einem optimierten Therapie- und Behandlungspfad ist die **Erhöhung der Selbstmanagement-Kompetenzen und der Mitbestimmung von Chronikern** das Schlüsselement für Behandlungserfolge und Kosteneinsparungen. So kann eine hohe Therapietreue die Krankheitskosten in Einzelfällen um bis zu 75 Prozent reduzieren.<sup>48</sup>

Da aktuell 66 Prozent der chronisch Erkrankten über unzureichende **Selbstmanagement-Kompetenzen** verfügen<sup>49</sup>, besteht grosser Handlungsbedarf. Selbstmanagementkompetenzen können durch verbesserte Wissensvermittlung über Leistungserbringer, digitale Angebote wie Gesundheitsapps von Versicherern und DTx von Digital-Health-Anbietern oder durch den Austausch beispielsweise in Patientennetzwerken entwickelt werden. Um die Ausbildung dieser Kompetenzen zu fördern, könnten Patienten für den erfolgreichen Abschluss zertifizierter krankheitsspezifischer Selbstmanagementprogramme Prämienrabatte erhalten oder der Selbstbehalt reduziert werden.

Die **Mitbestimmung von Chronikern** kann sich positiv auf das Selbstmanagementverhalten auswirken. Sie kann durch Aufzeigen von Behandlungsalternativen, dem proaktiven Angebot zum Einholen von Zweitmeinungen und der gemeinsamen Entwicklung von individuellen Therapiezielen durch den Patienten und den zuständigen Leistungserbringer gefördert werden. Um eine einheitliche Qualität der Aufklärung zu gewährleisten, braucht es schweizweit einheitliche, verständliche Behandlungsleitfäden, die medizinisch begründete Vor- und Nachteile möglicher Behandlungen darlegen und über Rechte des Patienten aufklären. Diese sollten chronisch Kranke beim Arztbesuch verpflichtend erhalten. Für die Entwicklung sollten Leistungserbringer mit Vereinen wie Smarter Medicine<sup>50</sup> zusammenarbeiten. Zusätzlich sollte das Aufklärungsverhalten des Leistungserbringers im Rahmen künftiger Qualitätsverträge erfasst werden.



48. Obsan, BAG und Santésuisse

49. Health Literacy Survey 2019

50. Der Verein setzt auf Aufklärung zu unzweckmässigen Behandlungen sowohl von Patienten als auch von Leistungserbringern mit dem Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität durch Reduktion von Fehl- und Überbehandlungen, <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html>

## 7. Digital First: Flächendeckende Umsetzung der Digitalisierung des Gesundheitswesens

**Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beinhaltet eine zweckbasierte Nutzung von Daten, um die Akteure zu vernetzen und auf Basis der Daten die Behandlungsqualität zu verbessern**

Digitale Lösungen wie Digital Health Apps, Wearables, DTx und das EPD ermöglichen die Erfassung und Sammlung digitaler Daten und die Auswertung vieler individueller Nutzerparameter. Damit liefern sie nicht nur personalisierte Informationen zum Gesundheitszustand, sie bieten auch die Chance, Behandlungspläne zu individualisieren, Überbehandlungen etwa durch wiederholte Diagnostik zu reduzieren sowie Krankheits- und Heilungsverläufe zu kontrollieren und nachzuverfolgen. Wenn das Monitoring durch digitale Tools sichergestellt wird, können die Dauer von Spitalaufenthalten verkürzt und der Umgang mit chronischen Erkrankungen verbessert werden. Darüber hinaus können Ärzte, bei entsprechendem Zugriff auf die notwendigen Daten, potenzielle Wechselwirkungen oder Medikamentenunverträglichkeiten identifizieren und ihre Behandlung entsprechend adaptieren. Telemedizinische Sprechstunden können für die Nutzer komfortabel sein, da sie sich unter anderem den Weg zum Arzt und mögliche Wartezeiten sparen.

Zwar wurden in den vergangenen Jahren schon viele Top-down- und Bottom-up-Initiativen<sup>51</sup> zur **Digitalisierung im Gesundheitswesen** angestossen – beispielsweise die erfolgreiche Nutzung von Telemedizin im Rahmen von Telmed-AVM, e-Triage, Online-Arztterminbuchung und der derzeit laufende Roll-out des EPD, doch es gibt noch grosse Lücken, die geschlossen werden müssen. Trotz eines im internationalen Vergleich hohen Network Readiness Index<sup>52</sup> und einer hohen Breitbandinternetversorgung, landete die Schweiz auf Platz 14 von 17 im Digital Health Index 2018 der Bertelsmann Stiftung. Betrachtet man die Subindizes, ist die politische Aktivität in diesem Bereich am weitesten fortgeschritten, während die defizitäre Datennutzung und die geringe Implementierung von digitalen Gesundheitsdiensten wie EPD oder e-Rezept hauptverantwortlich für den niedrigen Rang der Schweiz sind.<sup>53</sup> Um das Potenzial der Digitalisierung für Qualitäts- und Effizienzsteigerungen zu nutzen, sollten folgende vier Ansätze verfolgt werden:

51. Beispiele sind die Einführung der Strategie eHealth Schweiz 2007, die Gründung der eHealth Suisse als nationales Kompetenz- und Koordinationszentrum 2008, die Verabschiedung des EPD-Gesetzes 2015 und die Strategie eHealth Schweiz 2.0 von 2018 sowie die Bildung von Allianzen verschiedener Stakeholder wie Swiss Digital Health Roundtable, Allianz Digitale Transformation im Gesundheitswesen

52. Index für die Verfügbarkeit und Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie entlang von 60 Indikatoren; Schweiz mit Rang 6 von rund 130 Ländern in 2021

53. #SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, Bertelsmann Stiftung, 2018

- Erweiterung der e-Health-Angebote und obligatorische Einführung des e-Rezepts**

e-Health-Angebote wie DTx, remote Diagnostics und Monitoring-Lösungen stecken in der Schweiz – abgesehen von einigen Leuchtturmbeispielen – noch in den Kinderschuhen. Da besonders die Vergütung im Rahmen der Grundversicherung ein breites e-Health-Angebot verhindert, sollten Versicherer im Rahmen von innovativen VVG-Zusatzversicherungen beispielsweise für schwere Erkrankungen **Selektivverträge mit Herstellern schliessen und DTx gezielt erproben** (siehe Kapitel 5, Abschnitt «Value Proposition in der VVG neu definieren»), um eine Aufnahme in den OKP-Leistungskatalog vorzubereiten. Das Ausstellen von e-Rezepten durch Leistungserbringer ist gesetzlich freiwillig. Um jedem Versicherten die Möglichkeit einer volldigitalen ärztlichen Behandlung inklusive Medikamentenzustellung zu gewährleisten, sollte die Ausstellung von e-Rezepten für alle Leistungserbringer verpflichtend sein. Damit können Online-Apotheken direkt mit der Auslieferung von rezeptpflichtigen Medikamenten beauftragt werden.
- Finanzielle, technische und inhaltliche Unterstützung bei der Einführung des EPD im stationären und ambulanten Bereich.** Ein EPD könnte die Versorgung der Bevölkerung verbessern, weil damit die **Sicherheit der Diagnose und der Therapie erhöht** und das **Risiko von Fehlentscheidungen gesenkt** wird. Um auch ambulante Praxen zur Nutzung von EPD zu verpflichten, sind Anpassungen geplant<sup>54</sup>, wodurch die Einführung des EPD an Dynamik gewinnen kann. Allerdings nutzt rund ein Viertel der ambulanten Praxen derzeit kein elektronisches System zur Ablage von Patientendaten. Diese Praxen zu digitalisieren und damit für EPD anschlussfähig zu machen, wird neben der tiefen Integration von EPD-Lösungen in bestehende Primärsysteme zur Vermeidung von doppelter Buchführung eine zentrale Herausforderung darstellen. Für eine tiefe Integration sind EPD-Schnittstellen im Primärsystem nötig. Aktuell ist unklar, wie viele Primärsystem-Anbieter über diese Schnittstellen verfügen oder diese einführen wollen. eHealth Suisse schlägt deshalb einen Selbstdeklarationsprozess zur EPD-Anschlussfähigkeit durch die Hersteller vor.<sup>55</sup> Im nächsten Schritt sollen die Stammgemeinschaften vernetzt werden, damit das **EPD «schweizweit einheitlich verfügbar»** ist.<sup>56</sup> Die technische Umsetzung der Vernetzung verschiedener Anbieter im Zusammenhang mit der nationalen Vereinheitlichung bilden die Grundlage zur weiteren Verarbeitung der Daten, nicht nur durch Gesundheitsfachpersonen, sondern auch zu Forschungszwecken. Damit kann die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung sukzessive verbessert werden. Das Opt-in der Versicherten bleibt weiterhin bestehen. Nach Befragungen im Jahr 2021<sup>57</sup> kennen und 40 Prozent der Schweizer Bevölkerung das EPD nicht. Allerdings sind rund 60 Prozent der Befragten bereit, ein EPD zu eröffnen, um die Verfügbarkeit medizinisch relevanter Informationen im Notfall zu

54. 18.4328 Postulat, eingereicht am 14.12.2018; Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.4328 Wehrli, August 2021

55. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.4328 Wehrli, August 2021

56. eHealth Suisse, Factsheet «Elektronisches Patientendossier: Die Einführung ist angelaufen», Dezember 2021).

57. eHealth Barometer, eHealth Suisse

gewährleisten und Fehl- und Überbehandlungen zu reduzieren, knapp 30 Prozent wollen kein EPD. Entscheidend für den Erfolg des EPD ist, in der Schweizer Bevölkerung ausreichend Vertrauen in die Datensicherheit und den Schutz der Gesundheitsdaten aufzubauen. So befürchten rund 50 Prozent der Befragten, dass ihre Daten in falsche Hände geraten könnten. Gleichzeitig sollten Anreizsysteme für eine umfassende **Nutzung des EPD** sowie für die Entwicklung eines Ansatzes **zur strukturierten Ablage relevanter medizinischer Daten** darin geschaffen werden, etwa die Aufnahme der EPD-Nutzung als vergütungsfähige Leistung in der Grundversicherung oder Maluszahlungen bei fehlender Nutzung. In diesem Zusammenhang sind auch die neuen Netzwerke wie Well oder Compassana wichtig, da hier die Daten sektorenübergreifend gesammelt und analysiert werden. Hieraus könnte sich auch ein neues «de-facto» EPD entwickeln.

- **Flächendeckende Nutzung von Telemedizin ausserhalb von Telmed-AVM und Erweiterung von hybriden Angeboten aus Telemedizin und Vor-Ort-Diagnostik:**

In der Schweiz ist es Ärzten grundsätzlich gestattet, Behandlungen via Ferndiagnose durchzuführen. Vor der Corona-Pandemie machten allerdings nur wenige Ärzte davon Gebrauch, auch regional gab es grosse Unterschiede.<sup>58</sup> Ein flächendeckendes Angebot von telemedizinischen Konsultationen in Zukunft scheint ungewiss. So sind die telemedizinischen Tools oftmals nicht mit den Praxisinformationssystemen kompatibel, Haftungsfragen sind noch ungeklärt, eine Strategie zur Nutzung von Telemedizin für Fernüberwachung ist nicht vorhanden und die vorübergehende Erlaubnis telemedizinischer Konsultationen für nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen wurde zurückgenommen. Hier sollte der Gesetzgeber Rechtssicherheit schaffen und den entsprechenden nichtärztlichen Leistungserbringern durch **Aufnahme telemedizinischer Konsultationen in den OKP-Leistungskatalog** Flexibilität gewähren. Gleichzeitig sollte die Interoperabilität zwischen IT-Systemen der Leistungserbringer und Telemedizin-Software ausgebaut werden. Die Verbindung von telemedizinischen Konsultationen mit Vor-Ort-Diagnostik, wie beispielsweise durch die an Apotheken angeschlossenen Mini Clinics für diagnostische Verfahren des Anbieters Medgate, sind effektive hybride Lösungen für eine komfortable End-to-End-Behandlung inklusive Rezeptausstellung und direkte Medikamentenabgabe oder -lieferung.<sup>59</sup> Es gibt derzeit nur wenige dieser Mini Clinics in Basel, eine flächendeckende Ausbreitung ähnlicher Angebote wird empfohlen. Hierfür könnten auch unabhängig vom genannten Dienstleister **Diagnostik-Hubs** eröffnet werden, die mit Hausärzten und HMO-Kliniken kooperieren und von diesen nach telemedizinischem Erstkontakt mit dem Patienten gezielt beauftragt werden.

58. #SmartHealthSystems – Einsatz und Nutzung von Telemedizin – Länderüberblick, Bertelsmann Stiftung, 2020

59. medgate.ch

- **Erhöhung der Effizienz und Qualität der Leistungserbringer durch Einführung digitaler Lösungen und Erweiterung der Nutzung von Daten, um medizinische Kenntnisse zur Verbesserung der Versorgung abzuleiten.** Überall dort, wo die Digitalisierung positive Auswirkungen auf die Akteure des Gesundheitswesens hat, sollte sie auch genutzt werden. Die **prozessuale Unterstützung von Leistungserbringern** kann viele Abläufe effizienter machen. Das Personal im Gesundheitswesen wird so von patientenfernen Aufgaben entlastet, manuelle Fehler werden verhindert. Beispiele dafür sind der gesicherte E-Mail- und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern, der Einsatz von Spracherkennungsassistenten, e-Überweisungen inklusive relevanter Medizindaten an spezialisierte Leistungserbringer, Software für Termin- und Patientenmanagement oder für den unkomplizierten, sicheren Druck von Medikationsetiketten sowie OP- und Pflegeroboter. Digitale Lösungen können auch **inhaltlich unterstützen** – so kann künstliche Intelligenz für die Diagnostik eingesetzt werden und die Versorgungsqualität verbessern. Aktuelle Befragungen zeigen, dass nur rund ein Drittel der beteiligten Leistungserbringer die organisatorische Digitalisierung vorantreiben will. Das Potenzial für Nachbesserungen ist also gross. In der Verknüpfung von Gesundheitsdaten durch eine vernetzte **Infrastruktur zu einem Datenökosystem** liegt enormes Potenzial für Behandlungsverbesserungen und Effizienzsteigerungen. Dafür ist neben hohen Standards für die Qualität und Verwaltung dieser Daten vor allem der Versicherte gefragt, beispielsweise durch eine Generaleinwilligung, Daten zu Forschungszwecken freizugeben.<sup>60</sup>

Für die **standardisierte Datennutzung und -teilung bedarf es ausreichender Rechtssicherheit** und klar definierte Bedingungen. Hier gibt das revidierte Datenschutzgesetz (DSG), das voraussichtlich in der 2. Jahreshälfte 2022 in Kraft tritt, neue Leitplanken vor. Dabei geht das Gesetz – bis auf wenige Ausnahmen hinsichtlich des Schutzniveaus – weniger weit als die DSGVO, insbesondere bezüglich nötiger Einwilligungen und dem Akzeptieren von Datenschutzvereinbarungen. Damit bieten sich Möglichkeiten für Versicherer, Versorger und Forschung zur Nutzung relevanter Daten. Trotz entsprechender Motionen<sup>61</sup> wurde die Möglichkeit des Profiling durch Versicherer, also die automatisierte Auswertung von Personendaten etwa zur Prädiktion der Gesundheit, bei der Anpassung des KVG aufgrund des DSG explizit nicht aufgenommen. Aus Sicht der Versicherer ergeben sich daraus negative Implikationen für künftige Case-Management-Ansätze. Angebote von Versicherern, die Profiling nutzen, sind nur mit Einwilligung der Versicherten möglich – etwa innerhalb besonderer Versicherungsformen.

<sup>60</sup>. Interpharma, Erfolgsfaktor digitales Gesundheitsdatenökosystem, 2021; 19.4136 Interpellation «Darf das elektronische Patientendossier für wissenschaftliche Forschung verwendet werden?», eingereicht am: 25.09.2019; Anmerkung: Die Verwendung anonymisierter Daten zu Forschungszwecken bedarf keiner Zustimmung

<sup>61</sup>. 19.3963 und 20.3013 Motion, eingereicht am: 16.08.2019 und 21.02.2020

Die Lehren aus der Vergangenheit und aus anderen Ländern zeigen deutlich, dass föderalistische Systeme das Umsetzungstempo drosseln. Um das volle Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu heben, bedarf es einer **stärkeren und vor allem einheitlichen politischen Unterstützung**, zum Beispiel in Form von sektorenübergreifenden, bindenden Umsetzungsvorgaben von digitalen Lösungen sowie Standards in der Datenerfassung und Speicherung. Um nachgelagerte Behandlungsverbesserungen gezielt zu ermöglichen, ist es wichtig, dass – natürlich unter hohen Datenschutzerfordernissen – nicht nur Forschungseinrichtungen **Zugriff auf die pseudonymisierten Daten** haben, sondern auch andere Akteure wie Krankenversicherungen und Pharmahersteller diese Daten für Analysen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung nutzen können.

Es liegt in der Verantwortung des Gesetzgebers, ein klares Zielbild für eine integrierte Datenversorgung zu definieren. Ein Ziel kann darin bestehen, dass **alle Schritte der Versorgung, die digital durchgeführt werden können, auch primär digital bearbeitet** werden. Für eine effiziente Umsetzung sollte der Gesetzgeber ein übergreifendes Investitionsbudget für das Gesundheitssystem bereitstellen.



## 8. Aufweichung von Sektorengrenzen und unterschiedlichen Vergütungsstrukturen

### Aufweichung von Sektorengrenzen und unterschiedlichen Vergütungsstrukturen, beispielsweise durch bedarfsgerechte Ressourcenverteilung und Incentivierung nach Qualität statt Menge

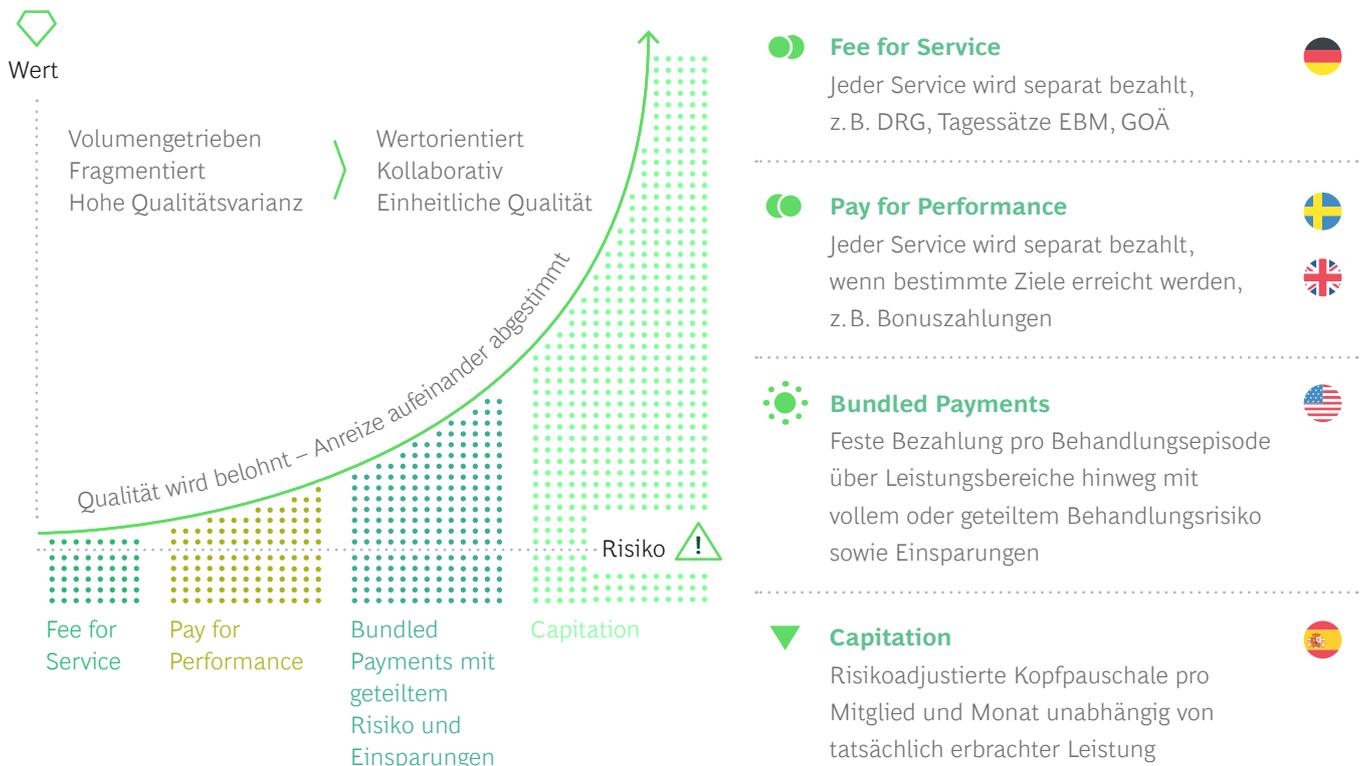
Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zu einer kosteneffizienten, hochwertigen Versorgung in der Fläche ist die fehlende Vernetzung der Akteure, sowohl innerhalb eines Sektors als auch sektorenübergreifend. Die verschiedenen Leistungserbringer haben selbst innerhalb desselben Sektors keine Transparenz über bereits durchgeführte oder aktuell parallellaufende Behandlungen. Das Schweizer Gesundheitssystem ist geprägt von starren Sektorengrenzen mit relativ wenigen Ansätzen zur integrierten Versorgung und stark **unterschiedlichen Vergütungssystemen**. Gleichzeitig ist die Versorgungslandschaft in der Schweiz durch den Trend zur Ambulantisierung und den notwendigen Wandel von Akut- zur Chronikerversorgung hochdynamisch, die Transparenz über die **Qualität der Leistungserbringer** für Versicherte ist auch hier eingeschränkt.

### Unterschiedliche Vergütungsstrukturen

Strukturelle Veränderungen bringen die Chance, bestehende Vergütungsstrukturen zu überdenken. **Pauschalen im ambulanten Bereich** können die Vereinheitlichung stationärer und ambulanter Vergütung weiter vorantreiben und sind ein erster Schritt auf dem Weg von einer mengen- zu einer qualitätsbasierten Vergütung. Darüber hinaus können Pauschalen Anreize für Leistungserbringer reduzieren, ihre Vergütung durch komplexe und wiederholte Behandlungen zu steigern.



Mögliche Vergütungsmodelle sind in *Abbildung 20* zusammengefasst.



In anderen Ländern werden Capitation-Modelle – sowohl populationsorientierte als auch indikationsbezogene – bereits eingesetzt. Auch im Rahmen des Medicare-Advantage-Programms wurden gute Erfahrungen damit gesammelt. Im Vergleich zu einem traditionellen Fee-for-service-Modell erreicht das Capitation-Modell deutlich bessere Ergebnisse – für ein Drittel der Kosten. Während ein solches langfristig die grössten Vorteile bieten, sollte für den Start insbesondere an Pay for Performance und Bundled Payments gearbeitet werden. Der Fokus sollte dabei auf der integrierten Versorgung weitverbreiteter, chronischer Erkrankungen mittels eines fixen Versorgungsbudgets liegen.

Darüber hinaus ist die **Einführung wertbasierter Vergütung unter Berücksichtigung von PROMs und PREMs** ein entscheidender Faktor für die Sicherung der nachhaltigen Finanzierbarkeit und der qualitativen Spitzenreiterposition des Schweizer Gesundheitswesens. Dies zeigt beispielsweise die erfolgreiche Initiative des Universitätsspitals Basel, das seit 2017 PROMs für mittlerweile 20 verschiedene Indikationen entlang von ICHOM-Standards<sup>62</sup> erhebt und diese ihren Patienten transparent macht. Dadurch konnte innerhalb eines Jahres die Zeit bis zur Erstbehandlung nach einem Schlaganfall um 14 Prozent signifikant verkürzt werden. Solche Messungen könnten auch in den neuen Netzwerken durchgeführt werden, da hier sowohl Versicherte, Grundversorger und Telemedizin als auch die Spitäler involviert sind.

62. ICHOM steht für International Consortium for Health Outcome Measurements

63. z.B. <https://www.swiss-medtech.ch/news/value-based-health-care/>; <https://www.groupe-mutuel.ch/de/Groupe-Mutuel/Publikationen/Blog/Gesundheitspolitik/vbhc.html>; <https://diagnostics.roche.com/ch/de/article-listing/Value-Based-Healthcare.html>

Da Value-based Healthcare nachweislich dem Interesse der Versicherten entspricht und sowohl von Versicherern als auch MedTech- und Pharmaherstellern begrüsst wird<sup>63</sup>, bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen und gleichzeitig gestalterischem Spielraum für die gemeinsame Entwicklung von wertorientierten Vergütungsmodellen in Pilotprojekten. Erfolgreiche Piloten können im nächsten Schritt regional und letztlich national skaliert werden und somit eine einheitliche Behandlungsqualität bewirken. Die voranschreitende Digitalisierung kann hierbei die systematische Auswertung der Qualitätsparameter vereinfachen und so als Katalysator für die Entwicklung spezifischer Versorgungsprogramme und einer bedarfsgerechten Ressourcenverteilung entlang der Versichertenbedürfnisse wirken.

## Qualität der Leistungserbringer

Für umfassende qualitätsbasierte Behandlungsverbesserungen braucht es **Transparenz über die Leistungserbringerqualität** und gleichzeitig Anreizsysteme. Der Verein VBHC Suisse fördert solche Initiativen und Massnahmen. Die durch KVG und KVV-Teilrevision beschlossenen Qualitätsverträge sind ein guter Schritt, sollten aber durch eine Ergebniskomponente in der Vergütung der Leistungserbringer ergänzt werden.

Tatsächlich ist jedoch die Beschaffung der Leistungserbringerqualität für viele Schweizer schwierig. Rund 60 Prozent von ihnen wissen nicht, wo und wie sie Qualitätsangaben zu ihrem Leistungserbringer finden, sie können die erlebte Qualität einer Behandlung selbst nicht einschätzen und sind nicht umfassend über ihre Patientenrechte informiert.<sup>64</sup> Zudem wird die Qualität der Leistungserbringer nicht flächendeckend erhoben und veröffentlicht. Routinemässig können zwar Daten durch Institute, Kantone und den Bund ermittelt werden, für die Gesamtschweiz existieren jedoch nur wenige Indikatoren, die sich vor allem auf Spitäler<sup>65</sup> und die Akutsomatik stützen.<sup>66</sup> Diese Messergebnisse liegen öffentlich allerdings nicht «zielgruppengerecht und spitalscharf» vor.<sup>67</sup> Hier zeigt sich bereits, dass der Fokus derzeitiger Qualitätsbewertung vornehmlich auf der Evaluation des Behandlungsergebnisses liegt und nicht auf der Bemessung der Notwendigkeit durchgeführter Leistungen. Somit fällt eine fortschreitende Behandlungsverbesserung durch Kosten-Nutzen-Bewertung, wie sie eigentlich im KVG über die Kriterien «wirksam», «zweckmässig» und «wirtschaftlich» (WZW) verankert ist, schwer.

Für eine homogene Behandlungsqualität inklusive einer adäquaten Abfolge medizinischer Leistungen bedarf es **nationaler Guidelines**. Anders als beispielsweise in England (Care Quality Commission) und Deutschland (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), wird die Einhaltung dieser Guidelines zur Sicherung von Qualitätsstandards in der Schweiz nicht durch ein staatliches Institut mit Sanktionsmacht überprüft.<sup>68</sup> Zwar verwaltet die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin seit 2017 die Onlineplattform «Guidelines Schweiz» mit über 140 Richtlinien. Diese bildet allerdings nicht alle anerkannten Guidelines ab und führt keine standardisierte, unabhängige Qualitätseinschätzung durch.

64. Health Literacy Survey (HLS) Schweiz 2019–2021

65. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern (ANQ) erfasst Indikatoren wie Rehospitalisierungen und funktionelle Rehabilitation

66. Nationaler Qualitätsbericht im Auftrag des BAG, C. Vincent und A. Staines, 2019

67. Forderung von SantéSuisse, <https://www.santesuisse.ch/politik-medien/themen/qualitaet>

68. Eidgenössische Finanzkontrolle, «Evaluation der Erarbeitung und Diffusion medizinischer Guidelines», 2020



Das geplante Kostendämpfungspaket 2 soll die Rechtsgrundlagen für eine «differenzierte Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» schaffen. Inwieweit dieser Ansatz tatsächlich politisch angenommen und umgesetzt wird, ist derzeit allerdings kaum absehbar.

Neben einer stringenteren Befolgung medizinischer Guidelines muss vor allem die **Qualität der Behandlung vergleichbar** erhoben werden. Qualität sollte hier durch die tatsächlich erreichte Ergebnisqualität definiert sein. Im Unterschied zu Prozessparametern ist die Ergebnisqualität die einzige Kenngrösse, die für den Patienten zählt. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, sollte auf unter Medizinern **akzeptierte, allgemeingültige Standards** gesetzt werden. Zu diesem Zweck hat zum Beispiel die unabhängige Non-Profit-Organisation ICHOM für bereits 39 Therapiebeziehungswise Behandlungsgebiete international gültige Ergebnisparameter definiert.<sup>69</sup> Bei der Bewertung der Leistungserbringerqualität sollten neben PROMs auch PREMs erfasst werden, die etwa die Aufklärungsqualität vor medizinischen Behandlungen und das Mitspracherecht von Patienten mit in die Bewertung einfließen lassen.

Letztlich entscheiden Versicherte über die Wahl des Leistungserbringers und sollten dies künftig auf Basis standardisierter Qualitätsparameter tun können. Ergebnismessung und Transparenz in der Qualität der medizinischen Versorgung sollte deshalb flächendeckend umgesetzt und hergestellt werden. Dies ermöglicht die Incentivierung von Leistungserbringern zu Qualitätsverbesserungen, die Reduktion von Über- und Fehlbehandlungen sowie eine datenbasierte Kosten-Nutzen-Evaluation und damit eine WZW-Prüfung. Gleichzeitig müssen Patienten durch schweizweite Kampagnen wie die Initiative «smarter medicine» über die zunehmende Transparenz und ihre Rolle in der Verhinderung unzweckmässiger Behandlungen, beispielsweise durch Anstossen eines Zweitmeinungsverfahrens oder Angabe zu kürzlich durchgeführter Diagnostik, aufgeklärt werden.

<sup>69</sup> <https://www.ichom.org/standard-sets/>

---

## Fazit

Die beschriebenen Ansätze und Leuchtturmbeispiele zeigen, dass es für eine nachhaltige Kostendämpfung und gleichzeitig langfristige Qualitätsverbesserungen vor allem die konstruktive Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens braucht, um die Veränderung herbeizuführen. Gleichzeitig gibt es mehrere Dynamiken, die durch gegensätzliche Anreize den Akteuren eine Zusammenarbeit erschweren.

Einerseits wird der Föderalismus als grosses Hindernis für die Digitalisierung des Gesundheitswesens gesehen. Sicher ist, dass kantonale Unterschiede in allen Bereichen des Gesundheitswesens stark ausgeprägt sind. Trotzdem gibt es Fortschritte bezüglich der interkantonalen Zusammenarbeit, beispielsweise die schweizweite Übernahme der vom Kanton Zürich entwickelten Systematik für die Spitalplanung (Spitalplanungsleistungsgruppen, SPGL), die gesamtschweizerische interkantonale Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin und die erweiterte Liste der ambulanten Eingriffe, ergänzt um dieselben Eingriffsgruppen in rund der Hälfte der Kantone.<sup>70</sup>

Wir empfehlen die Etablierung eines konstruktiven kantonalen Wettbewerbs für Qualitäts- oder Effizienzgewinne. Wenn ein Kanton zum Beispiel mit medizinischer Evidenz weitere Eingriffe identifiziert, die bei gleicher Behandlungsqualität auch ambulant durchgeführt werden können, sollten diese schweizweit mit einer Übergangsfrist auf die Liste der ambulanten Eingriffe aufgenommen werden. So können Kantone mit ihren inner- und interkantonalen Initiativen und Kooperationen das Gesundheitswesen der Gesamtschweiz gestalten und durch Bundesvorgaben gleichzeitig kantonale Unterschiede reduziert werden.

Andererseits ist die **mengenbasierte und abhängig vom Bereich – ambulant oder stationär – unterschiedliche Vergütungsstruktur** nicht darauf ausgelegt, die medizinische Inanspruchnahme möglichst bedarfsgerecht und mit nahtlosen Übergängen zwischen ambulanten, stationären und

70. Barmer Institut für Gesundheitsprüfung und Helsana, Stationäre Mindestmengen, 2021; Übersicht GDK «ambulant vor stationär», GDK, 2021

rehabilitativen oder pflegerischen Leistungen zu gestalten. Auf Ebene der Leistungserbringer ist der Wandel vom Silodenken hin zur holistischen Betrachtung des Patienten entlang seines gesamten Behandlungspfads notwendig, um auf die fortschreitende Alterung und die Zunahme chronischer Erkrankungen reagieren zu können. Dabei soll der Patient unterstützt werden, seine Gesundheitsziele zu erreichen, indem auf DTx, Remote Monitoring und die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch (digitale) Wissensvermittlung gesetzt wird. Auch nehmen die Ansprüche des Patienten beispielsweise nach passgenauen Folgebehandlungen, wohnortnaher Reha oder pflegerische Betreuung zu. Deshalb braucht es **integrierte, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, die Behandlungsergebnisse erfassen und sich an den krankheitsspezifischen Bedürfnissen der Patienten orientieren.** In Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und weiteren Akteuren wie Versicherern können Behandlungspfade optimiert werden. Die Resultate bestehender und künftiger Bottom-up-Initiativen haben – gerade vor dem Hintergrund des angekündigten Experimentierartikels – das Potenzial, die OKP-Leistungen zu erweitern. Um solche Initiativen zu fördern, ist eine vorübergehende Beteiligung an erzielten Einsparungen oder Bonuszahlungen aufgrund erhöhter Patientenzufriedenheit denkbar. Innovative Behandlungsansätze könnten nicht zuletzt im Rahmen von neuen Zusatzversicherungen in der VVG getestet werden.

Aufgrund des politischen Systems mit viel Bürgermitbestimmung **braucht es also auch weiterhin Bottom-up-Initiativen, die neue Best Practices hervorbringen.** Deren Ausweitung sollte top-down durch Gesetzesreformen schweizweit umgesetzt werden. Der Bund muss dabei die Stossrichtung klar vorgeben und dafür sorgen, dass die Reformen gesetzlich bindend sind, damit eine schnelle Umgestaltung des Gesundheitswesens erfolgen kann.

Für das Gesundheitswesen könnte dies eine revolutionäre Entwicklung sein und die Schweiz würde auch in Zukunft als medizinisch führendes Land mit hoher Innovationskraft wahrgenommen.

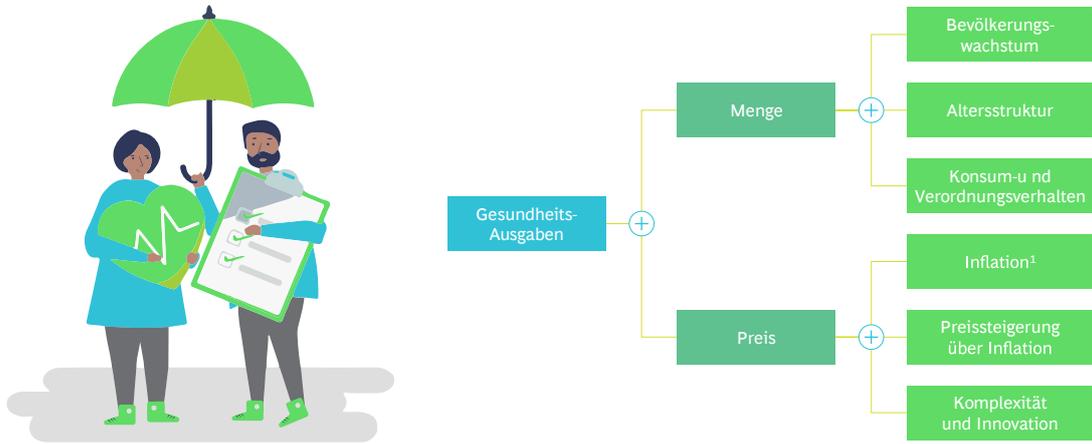
Die Umsetzung dieser Hebel benötigt Zeit und kostet zunächst Geld. Für eine langfristige Optimierung der Gesundheitsausgaben und der Versorgungsqualität braucht es einen kurzfristigen gesamthaften Plan. Es geht schliesslich nicht darum, an einzelnen Stellschrauben zu drehen, sondern um eine **umfassende, langfristige Transformation des Gesundheitssystems.**

## Dafür empfehlen wir Folgendes:

- Mehrstufige Gatekeeping-Systeme in AVM ausbauen und neue AVM mit ausgeweiteten digitalen Versorgungsansätzen entwickeln
- Integrierte Versorgung ausbauen, hybride Behandlungsansätze entwickeln und die Selbstbestimmung stärken – insbesondere longitudinale Begleitung von Chronikern durch ambulante Strukturen und digitale Behandlungselemente sowie das Selbstmanagement und die Mitbestimmung von Versicherten zur Freisetzung von weiterem Einsparpotenzial erhöhen
- Digital First: flächendeckend die Digitalisierung des Gesundheitswesens umsetzen, inklusive zweckbasierter Datennutzung zur Vernetzung der Akteure und für datenbasierte Behandlungsverbesserungen
- Sektorengrenzen und unterschiedliche Vergütungsstrukturen mit Fokus auf bedarfsgerechte Ressourcenverteilung aufweichen, nach Qualität statt Menge incentivieren und konsequent RWE-Daten erheben
- Value Proposition in der VVG neu definieren durch den Ausbau von Innovation und personalisierten Angeboten der Zusatzversicherungen für einen langfristigen Wettbewerbsvorteil und die strategische Positionierung der Versicherer
- Ambulantisierung operativer Eingriffe vorantreiben, mit einem schweizweiten konsistenten Angebot und einer Fokussierung der heute stark fragmentierten Spitallandschaft hin zu hochspezialisierten Kompetenzzentren mit klar definierten Versorgungsstufen und Verantwortlichkeiten
- Gesundheitskompetenz stärken und individuelle Präventionsangebote ausbauen
- Generikaquote erhöhen und Preisfestsetzungsmechanismen bei Generika anpassen

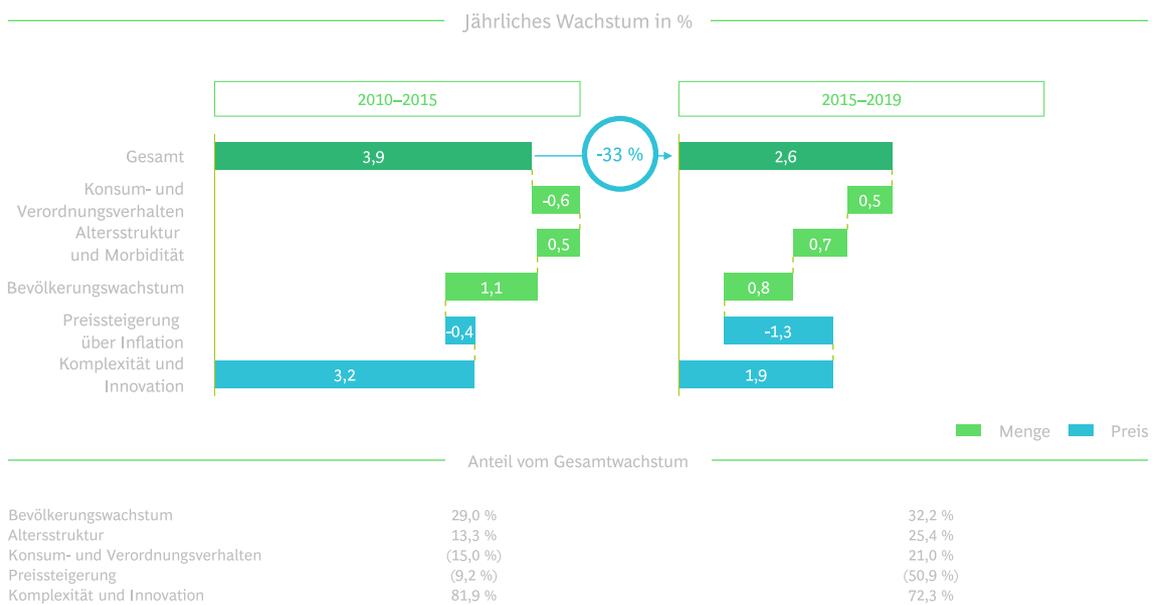
Mit unseren Erfahrungen in den Bereichen Value-based Healthcare, Ökosysteme, Moderne Vergütungsmodelle, Digitalisierung, Neuausrichtung der Versorgungs- und Krankenhauslandschaft, Prädiktionsmodelle sowie unserem detaillierten Wissen über alle Akteure des Gesundheitswesens leisten wir hier gerne unseren Beitrag.

# Appendix



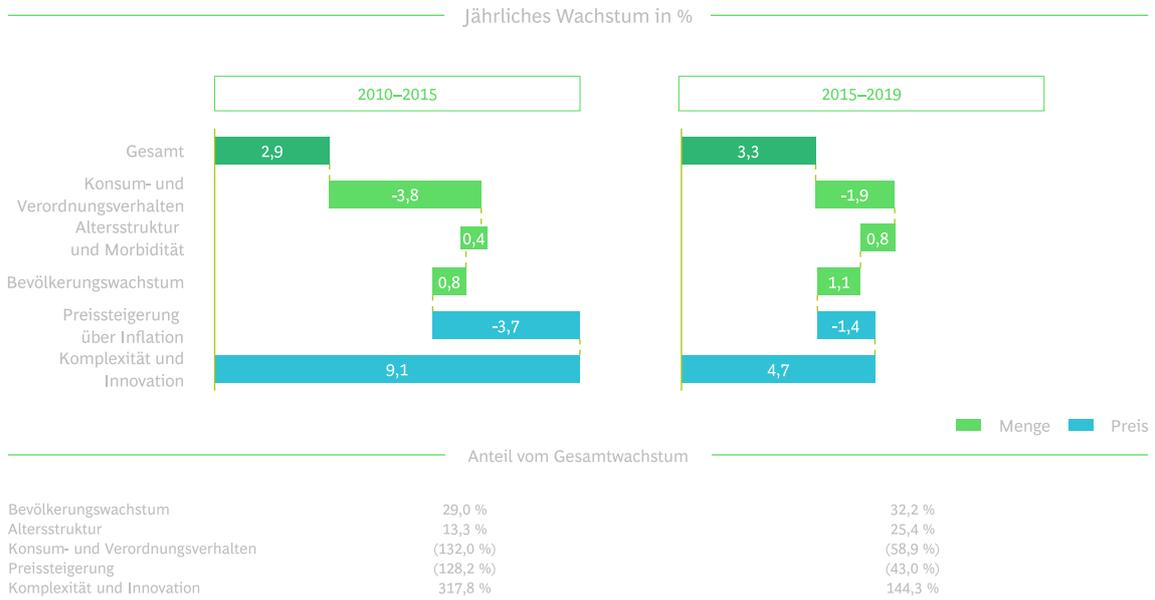
1. Preis bereits inflationsadjustiert, deshalb wird Inflation nicht weiter betrachtet  
 Quelle: BCG-Analyse

Trotz starkem Anstieg um Konsum- und Verordnungsverhalten ist das Gesamtwachstum in den vergangenen Jahren um rund ein Drittel geringer als im Zeitraum 2010 bis 2015



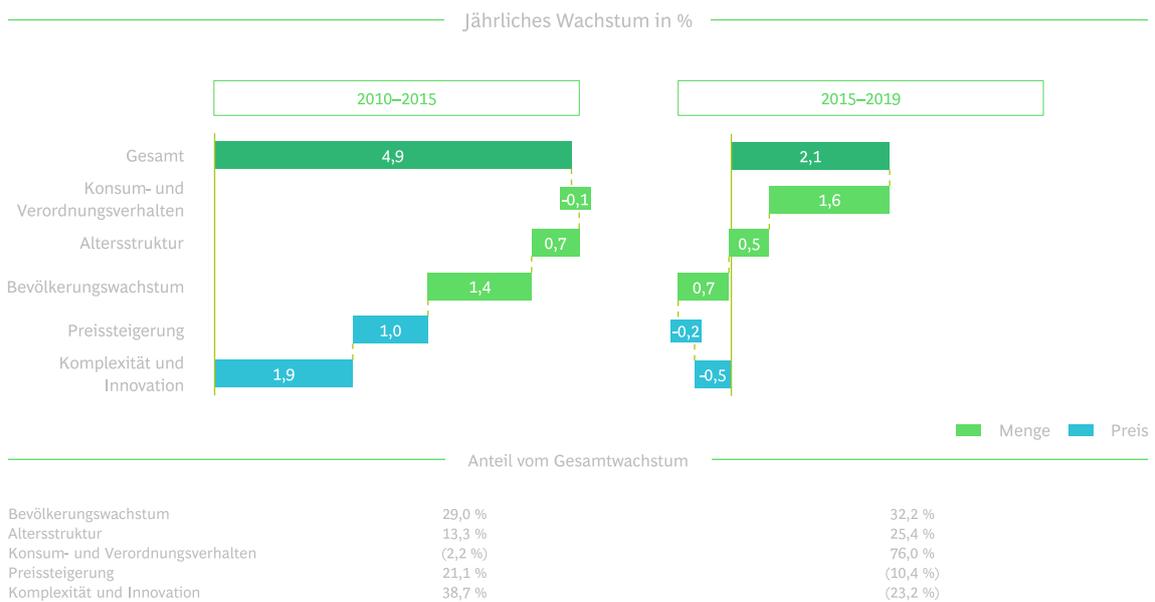
Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung stationärer und ambulanter Einrichtungen, stationärer Langzeitpflege und Arzneimittel  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; Swissmedic; Interpharma; BCG-Analyse

## Einfluss der 5 Komponenten über die Zeit im Arzneimittelbereich



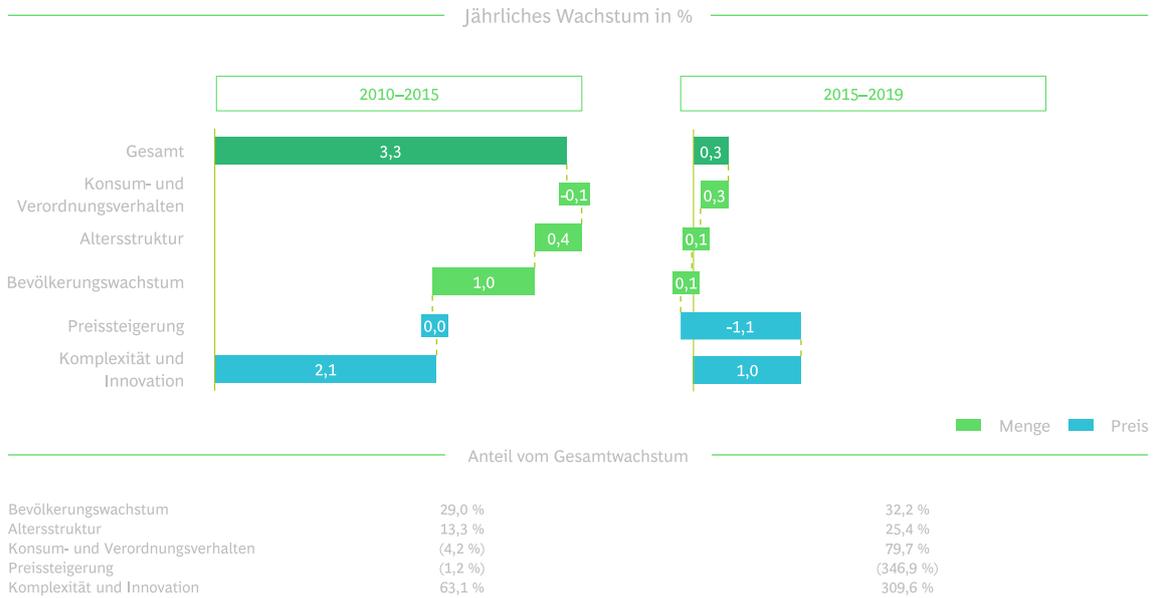
Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung Arzneimittel ab 2011  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; Swissmedic; Interpharma; BCG-Analyse

## Einfluss der 5 Komponenten über die Zeit im Bereich Ambulante Einrichtungen



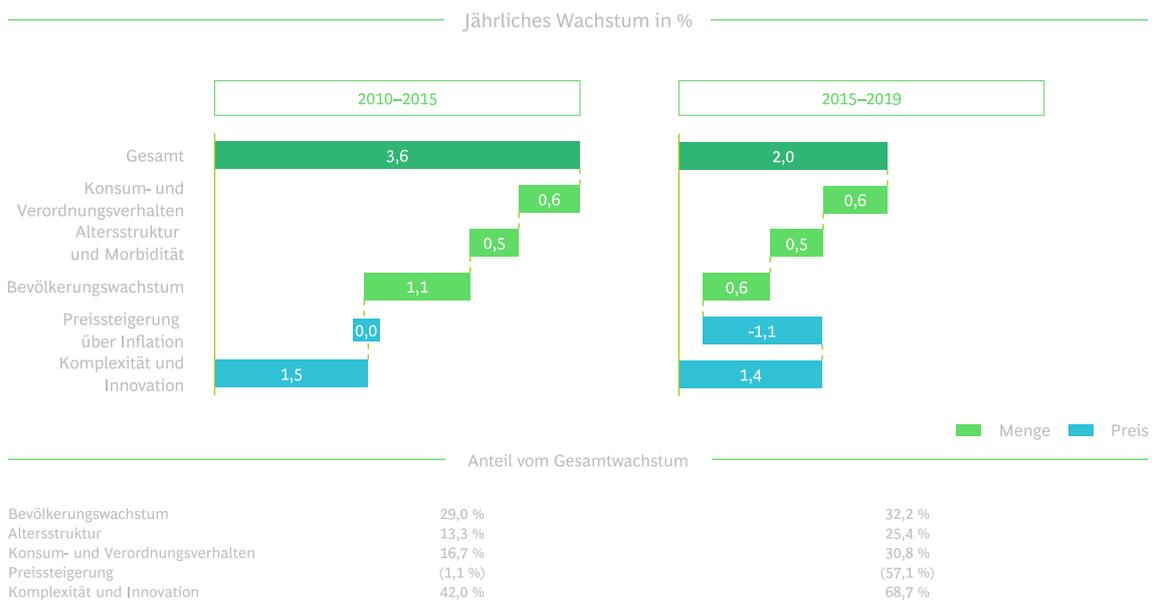
Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung ambulante Einrichtungen ohne Gesundheitsgüter  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; BCG-Analyse

## Einfluss der 5 Komponenten über die Zeit im Bereich Krankenhaus



Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung Krankenhaus  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; BCG-Analyse

## Einfluss der 5 Komponenten über die Zeit im Bereich Langzeitpflege



Anmerkung: Gesundheitsausgaben inflationsadjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100 %); Preissteigerung berechnet über Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) für Gesundheit für die Schweiz, normalisiert auf Landesindex des gesamten Verbrauchermarkts  
 Quellen: Bundesamt für Statistik; BCG-Analyse





---

## Über BCG

Die Boston Consulting Group unterstützt führende Akteure in Wirtschaft und Gesellschaft dabei, Herausforderungen zu meistern und Chancen zu nutzen. Nach der Firmengründung 1963 leistete BCG auf dem Gebiet der Unternehmensstrategie Pionierarbeit.

Um erfolgreich zu sein, muss Organisationen heute ein optimales Zusammenspiel aus digitalen und menschlichen Fähigkeiten gelingen. Mit vielfältigen, internationalen Teams, die verschiedene Perspektiven und tiefgreifende Kenntnisse in diversen Branchen und Funktionen mitbringen, stößt BCG Veränderungen an. Dabei setzt BCG auf Strategieberatung gepaart mit Data Science, Technologie und Design, neuen digitalen Geschäftsmodellen und einem klaren Unternehmenszweck. Sowohl intern als auch beim Kunden setzt BCG konsequent auf Kooperation und schafft auf diese Weise Ergebnisse, die Kunden nach vorne bringen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite [www.bcg.de](http://www.bcg.de). —

