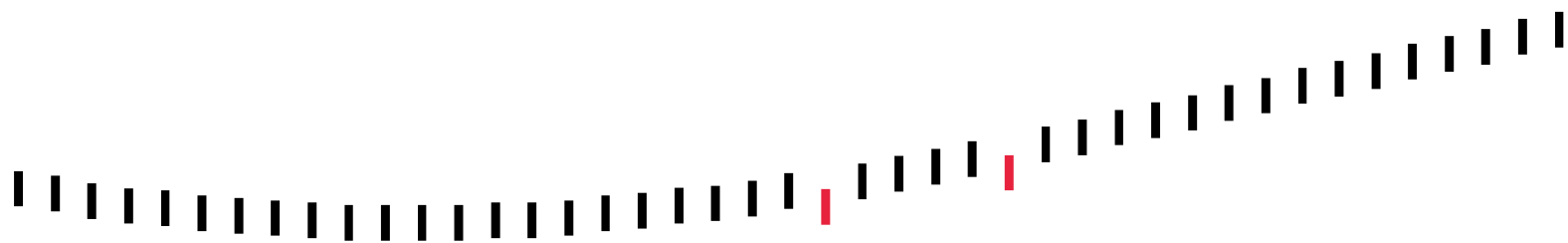


Schlussbericht

Entwicklung der stationären Leistungen zulasten der OKP

Basel , 13.10.2023



Impressum

Entwicklung der stationären Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Schlussbericht

13.10.2023

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autoren: Boris Kaiser, Tino Schönleitner

Verantwortlich seitens Auftraggeber: Vincent Koch, Claude Vuffray

Projektleitung seitens Auftragnehmer: Boris Kaiser

Projektbearbeitung: Boris Kaiser, Tino Schönleitner

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

© 2023 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Einleitung.....	8
1.1 Ausgangslage und Ziele	8
1.2 Vorgehen.....	9
2. Datenquellen.....	9
2.1 Daten der SASIS AG	9
2.2 Weitere Quellen	10
3. Methodisches Vorgehen.....	11
3.1 Aktivitätstypen.....	11
3.2 Datenaufbereitung	12
4. Ergebnisse.....	13
4.1 Deskriptive Statistiken zu Strukturmerkmalen	13
4.2 Bruttokosten nach Abrechnungsquartal.....	15
4.3 Bruttokosten nach Behandlungsquartal	23
4.4 Abrechnungseffekte	28
4.5 Entwicklung von Mengen, Preisen und Fallschwere	31
5. Fazit.....	37
A. Anhang.....	39
A.1 Datenquellen.....	39
A.2 Weitere Ergebnisse	43

Tabellen

Tabelle 1: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Spitaltyp.....	13
Tabelle 2: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Austrittsabteilung.....	14
Tabelle 3: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Tariftyp.....	15
Tabelle 4: Zerlegung des Kostenanstiegs, nicht saisonbereinigt	22

Abbildungen

Abbildung 1: Stationäre Bruttokosten nach Abrechnungsquartal	8
Abbildung 2: Zuteilung zu den Aktivitätstypen, Datenpool	11
Abbildung 3: Zuteilung zu den Aktivitätstypen, Tarifpool	12
Abbildung 4: Bruttokosten nach Datenquelle	16
Abbildung 5: Bruttokosten nach Datenquelle, saisonbereinigt	17
Abbildung 6: Bruttokosten nach Aktivitätstyp, saisonbereinigt	18
Abbildung 7: Bruttokosten nach Altersgruppe, saisonbereinigt	19
Abbildung 8: Bruttokosten nach Spitaltyp, saisonbereinigt	20
Abbildung 9: Bruttokosten nach Grossregion, saisonbereinigt	21
Abbildung 10: Bruttokosten nach Behandlungsquartal	24
Abbildung 11: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, saisonbereinigt	25
Abbildung 12: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt	26
Abbildung 13: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Psychiatrie, saisonbereinigt	27
Abbildung 14: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Rehabilitation, saisonbereinigt	28
Abbildung 15: Abrechnungsgeschwindigkeit, saisonbereinigt	29
Abbildung 16: Fallzahlen nach Aktivitätstyp, saisonbereinigt	32
Abbildung 17: Preisindex des BFS für stationäre Spitalleistungen	33
Abbildung 18: Basisfallpreise in der Akutsomatik	35
Abbildung 19: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Datenquelle	43
Abbildung 20: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Altersgruppe	44
Abbildung 21: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Behandlungsquartal	45
Abbildung 22: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Psychiatrie, saisonbereinigt	46
Abbildung 23: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Rehabilitation, saisonbereinigt	47
Abbildung 24: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Akutsomatik, saisonbereinigt	48
Abbildung 25: Fallzahlen nach Spitaltyp, saisonbereinigt	49
Abbildung 26: Fallzahlen nach Grossregion, saisonbereinigt	50
Abbildung 27: Fallzahlen nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt	51
Abbildung 28: Bruttokosten pro Fall in der Akutsomatik, saisonbereinigt	52

Abbildung 29: Bruttokosten pro Fall nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt ..	53
Abbildung 30: Fallschwere im Zeitverlauf, Akutsomatik.....	54

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht untersucht die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich. Ziel ist es, eine systematische Beschreibung und Analyse der Kostenentwicklung in der OKP für stationäre Spitalleistungen vorzunehmen sowie mögliche Ursachen für den Anstieg der abgerechneten Kosten im ersten Halbjahr 2023 zu eruieren. Im Zentrum der Studie stehen verschiedene empirische Analysen anhand des Daten- und Tarifpools der SASIS AG. Die Kostenentwicklung wird dabei aus mehreren Perspektiven betrachtet: nach Aktivitätstyp (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie), nach Spital- und Patientenmerkmalen sowie nach Behandlungs- und Abrechnungszeitpunkt. Ergänzend zu den empirischen Analysen wurden zudem Einschätzungen von Fachpersonen seitens der Versicherer(-organisationen) und Spitäler eingeholt.

Nach jetzigem Kenntnisstand liegen die Gründe für das hohe Wachstum des Abrechnungsvolumens Anfang 2023 eher an «buchhalterischen» Effekten in Zusammenhang mit der Fakturierungs- und Abrechnungspraxis als einer Zunahme des Behandlungsvolumens in den Spitälern. Vorbehältlich dieser Effekte zeigen die Daten zu den stationären Leistungen zulasten der OKP, dass die abgerechneten Bruttokosten im 1. Quartal 2023 im Vergleich zur Vorjahresperiode mit rund +31 CHF pro Versicherten bzw. +16% deutlich gestiegen sind. Im 2. Quartal 2023 fiel das Wachstum mit 5.8% deutlich geringer aus. Rund ein Drittel dieses Anstiegs ist auf die Rehabilitation und zwei Drittel auf die Akutsomatik zurückzuführen. Regional beobachten wir im Espace Mittelland, in der Genferseeregion und im Tessin hohe Zuwächse von rund 20% vom 1. Quartal 2022 bis zum 1. Quartal 2023, während die Kosten in der Zentralschweiz kaum gestiegen sind. Bei den Patientengruppen fällt vor allem die Kostenzunahme in der Altersgruppe ab 66 Jahren am stärksten ins Gewicht; nach Geschlecht gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

Rund ein Drittel des Wachstums lässt sich mit dem Tarifsysteemwechsel in der Rehabilitation erklären: Durch die Einführung von ST Reha im Januar 2022 kam es zunächst zu einer starken Verzögerung bei der Rechnungsstellung und Abrechnung. Später kam es dann zu einem Aufholeffekt, sodass im 1. Quartal 2023 rund doppelt so viele Kosten abgerechnet wurden wie in der Vorjahresperiode. Die anderen zwei Drittel des Anstiegs entfallen auf den Bereich der Akutsomatik; während die Psychiatrie nur wenig zur Kostenentwicklung beitrug. Warum die abgerechneten Kosten in der Akutsomatik im besagten Zeitraum zunahmen, ist etwas weniger klar. Die Aufschlüsselung der abgerechneten Kosten nach Behandlungszeitpunkt deutet darauf hin, dass im 1. Halbjahr 2023 auch in der Akutsomatik vermehrt «alte» Leistungen nachträglich abgerechnet wurden; gleichzeitig wurden auch mehr Leistungen, die im selben Quartal erbracht wurden, abgerechnet. Folglich dürften Veränderungen der Fakturierungs- und Abrechnungsgeschwindigkeit zumindest einen Teil der beobachteten Kostensteigerung erklären. Fachpersonen bei Spitälern, die wir im Rahmen dieser Studie befragten, gaben verschiedene Gründe an: Zum einen wurden aufgrund höherer Kapitalkosten Massnahmen für eine raschere Fakturierung ergriffen. Zum anderen könnten teilweise auch Rückabwicklungen von Tarifierungen für die beobachteten Kostensteigerungen verantwortlich sein.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass «buchhalterische» Effekte (d.h., Veränderungen der Fakturierungs- und Abrechnungspraxis) die Interpretation der Kostenentwicklung *nach Abrechnungsquartal* bedeutend erschweren: Aussagekräftige Schlüsse zur Entwicklung der wirtschaftlichen Aktivität der Spitäler *nach Behandlungsperiode* sind auf diese Weise nicht möglich.

Aus diesem Grund betrachten wir die Kostenentwicklung zudem nach Behandlungsquartal, wobei wir das Abrechnungszeitfenster jeweils konstant halten. Während dies die relevante Betrachtungsweise für die Prämienentwicklung ist, sind robuste Aussagen am aktuellen Rand (1. Halbjahr 2023) noch nicht möglich. In der Akutsomatik sind die OKP-Bruttokosten zwischen Ende 2020 und 2022 nahezu konstant geblieben, während sie in der Psychiatrie leicht gestiegen sind. Bemerkenswert ist, dass die akutsomatischen Kosten im Jahr 2022 ungefähr auf demselben Niveau wie 2016 liegen, sodass kein strukturelles mittelfristiges Kostenwachstum pro Versicherten beobachtet wird. Betrachtet man ein konstantes Abrechnungszeitfenster bis zum jeweiligen Folgequartal, haben die akutsomatischen Leistungen im 1. Quartal 2023 relativ zum Vorjahresquartal um rund 3% zugenommen. Diese Zeitreihe vermittelt naturgemäss erst ein unvollständiges Bild; von einer auffälligen oder gar besorgniserregenden Entwicklung kann aber nicht gesprochen werden.

Die Kostenentwicklung stellt ein Zusammenspiel aus Veränderungen von Mengen (Fallzahlen), Basisfallpreisen und Fallschwere dar. Folglich wurden diese Faktoren einzeln betrachtet. Aus Datengründen liegt der Fokus auf der Akutsomatik. Nach Abrechnungsquartal betrachtet, sind die stationären Rechnungsbelege – ein Proxy für die Fallzahlen – mittelfristig etwas gesunken und zwischen dem 1. Quartal 2022 und 2023 gestiegen. Nach Behandlungsquartal zeigt sich jedoch eine stabile Entwicklung. Die Basisfallpreise blieben zwischen 2018 und 2022 nahezu unverändert; per 2023 ist eine volumengewichtete Steigerung von 0.4% im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Bei der durchschnittlichen Fallschwere werden keine bedeutenden Veränderungen festgestellt.

Insgesamt lässt sich die starke Zunahme des Abrechnungsvolumens im 1. Halbjahr 2023 zu einem guten Teil mit Fakturierungs- und Abrechnungseffekten erklären. Wie stark die Kosten für stationäre Leistungen im *Behandlungsjahr* 2023 im Vergleich zum Vorjahr steigen werden, ist hingegen noch unklar. Nach jetzigem Kenntnisstand besteht (noch) keine Evidenz für eine starke Kostenzunahme, weil weder die Fallzahlen noch die Basisfallpreise bedeutend steigen dürften. Vereinzelt gaben die befragten Fachpersonen seitens der Spitäler sogar an, dass die Fallzahlen im ersten Halbjahr 2023 leicht rückläufig waren. Gemäss Einschätzungen der Versicherer werden die Basisfallpreise ab 2024 jedoch stärker steigen, sodass für das Behandlungsjahr 2024 preisbedingt mit höheren Kosten zulasten der OKP zu rechnen ist.

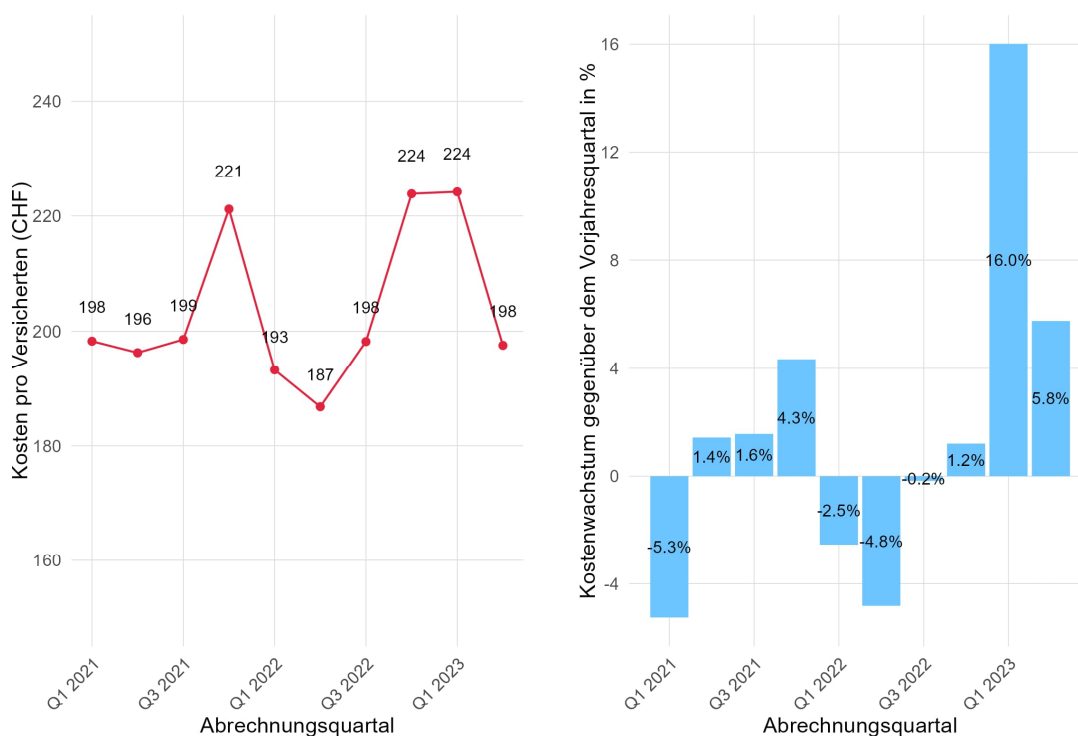
1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Ziele

Die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steht vermehrt im Fokus: Nach einigen eher stabilen Jahren steigen die Kosten seit 2021 wieder stärker an. Während der Kostenanstieg im Jahr 2021 durch die Corona-Pandemie erklärt werden kann, ist es schwieriger die Ursachen für die Kostenentwicklung in den Jahren 2022 und 2023 klar zu benennen.

Im Bereich der stationären Spitalleistungen zeigt das Monitoring der Kostenentwicklung (MOKKE) des BAG insbesondere Anfang 2023 einen überdurchschnittlichen Kostenanstieg (vgl. Abbildung 1). Da die Daten nach *Abrechnungsquartal* ausgewiesen werden, ist zunächst unklar, ob es sich um buchhalterische Effekte (z.B. Fakturierungs- und Abrechnungseffekte) oder um eine «realwirtschaftliche» Entwicklung handelt.

Abbildung 1: Stationäre Bruttokosten nach Abrechnungsquartal



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die jüngere Entwicklung der OKP-Bruttokosten Spital stationär nach Abrechnungsquartal. Im Unterschied zur MOKKE sind die Zahlen nicht geglättet. OKP-Versicherte aus dem Ausland (Grenzgänger/-Innen) sind nicht enthalten. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Der vorliegende Bericht untersucht die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich. Ziel ist es, eine systematische Beschreibung und Analyse der Kostenentwicklung in der OKP für stationäre Spitalleistungen vorzunehmen sowie mögliche Ursachen zu identifizieren. Während der Fokus auf der jüngeren Entwicklung der Jahre 2022 und 2023 liegt, wird die mittelfristige

Entwicklung ab 2016 ebenfalls miteinbezogen, um die Dynamik in den letzten Jahren besser einordnen zu können.

1.2 Vorgehen

Im Zentrum der Studie stehen verschiedene empirischen Analysen, durchgeführt mit dem Daten- und Tarifpool der SASIS AG. Wir unterteilen dabei den stationären Spitalbereich in drei sogenannte *Aktivitätstypen*: die Akutsomatik (inkl. Geburtshäuser), die Rehabilitation und die Psychiatrie.

Anschliessend wird die Kostenentwicklung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: Wir führen Analysen differenziert nach Aktivitätstyp, Spital- und Patientenmerkmalen sowie Behandlungs- und Abrechnungszeitpunkt durch. Zudem untersuchen wir die Dynamik der Abrechnungsgeschwindigkeit, da diese die abgerechneten Kosten in einer bestimmten Periode beeinflussen kann. Des Weiteren analysieren wir die Entwicklung von Fallzahlen, Basisfallpreisen und Fallschwere, um zu eruieren, inwiefern diese Faktoren eine Rolle spielen. Die detaillierten empirischen Analysen ermöglichen es, die Kostenentwicklung bei spitalstationären Leistungen besser zu verstehen und mögliche Ursachen für die Kostenentwicklung in den Jahren 2022 und 2023 herauszuarbeiten. Die Ergebnisse präsentieren wir vorwiegend in Form von Grafiken.

Ergänzend zu den empirischen Analysen führten wir einen Austausch (Telefon oder E-Mail) mit mehreren Fachpersonen bei SASIS AG, Versicherern und Spitälern, um die Ergebnisse der Datenanalysen besser zu kontextualisieren. Insbesondere wurde dabei die Frage adressiert, ob es in der jüngeren Zeit bezüglich Fakturierungs- und Abrechnungspraxis besondere Entwicklungen gab.

2. Datenquellen

2.1 Daten der SASIS AG

2.1.1 Datenpool

Der Leistungsrecord des Datenpools der SASIS AG enthält die *abgerechneten* Leistungen zulasten der OKP. Die Leistungen sind differenziert nach Leistungserbringern, Leistungsarten und Patientenmerkmalen (Altersgruppe, Geschlecht, Wohngemeinde, Franchise etc.) erfasst. Die Daten stehen gekreuzt nach Abrechnungs- und Behandlungsmonat zur Verfügung. Ersterer bezieht sich auf den Zeitpunkt der Leistungsabrechnung in den Systemen der Krankenversicherer, während sich letzterer auf den Zeitpunkt der effektiven Leistungserbringung am Patienten bezieht. Aus Sicht der Prämienentwicklung sind die Daten nach *Behandlungsmonat* relevant, da sie die wirtschaftlichen Aktivitäten des Gesundheitswesens während einer bestimmten Zeitperiode abbilden. Da die Rechnungen der Leistungserbringer nur mit Verzögerung zu den Krankenversicherern gelangen, sind die Daten nach Behandlungsmonat zeitnah aber nur unvollständig verfügbar.

Der Versichertenrecord des Datenpools enthält die jährlichen Versichertenbestände in der OKP differenziert für verschiedene Merkmale.

2.1.2 Tarifpool

Der Tarifpool der SASIS AG erfasst die *fakturierten* Bruttoleistungen zulasten der OKP, welche die Krankenversicherer in ihren Systemen erfassen. Die Leistungen sind differenziert nach einzelnen Leistungserbringern (Ebene ZSR-Nummer¹), nach Tarifen und Tarifpositionen sowie nach Patientenmerkmalen, wie etwa Altersgruppe, Geschlecht und Wohnkanton. Der Tarifpool ist mit einem Abdeckungsgrad von 98% bis 100% der OKP-Leistungen nahezu eine Vollerhebung. In früheren Jahren ist die Abdeckung noch etwas geringer. Bei Analysen über die Zeit ist deshalb eine entsprechende Hochrechnung vorzunehmen. Die Leistungen des Tarifpools lassen sich ebenfalls nach Abrechnungs- und Behandlungsperiode auswerten.

2.1.3 Auswertung

Für die vorliegende Studie stand eine Auswertung aus dem Daten- und Tarifpool für die spitalstationären Leistungen zulasten der OKP zur Verfügung:

- Behandlungszeitraum: 2015 bis zum 2. Quartal 2023 (unvollständig)
- Abrechnungszeitraum: 2015 bis zum 2. Quartal 2023, monatlich
- Spitalmerkmale: Spitaltyp (Partnerart-Untergruppe)
- Patientenmerkmale: Altersgruppe, Geschlecht, Wohnkanton
- Leistungsmerkmale:
 - Datenpool: Austrittsabteilung (Leistungsart)
 - Tarifpool: Tariftyp (z.B. SwissDRG) und Tarifcode
- Werte:
 - Datenpool: Bruttokosten, Anzahl Spiltage, Anzahl Leistungsbelege
 - Tarifpool: Bruttokosten, Anzahl Positionen

Zudem stand uns eine Tabelle der jährlichen Versichertenbestände in der OKP differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnkanton zur Verfügung.

2.2 Weitere Quellen

Für die Analyse der Preise für spitalstationäre Leistungen haben wir weitere Quellen beigezogen. Diese umfassen den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) des BFS ([Link](#)), eine Datenerhebung des Preisüberwachers, die «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» des BAG sowie die OKP-Statistik des BAG.

¹ Die ZSR-Nummer ist die Identifikationsnummer eines Leistungserbringers im Zahlstellenregister (ZSR) der SASIS AG. Spitäler verfügen teilweise über mehrere ZSR-Nummern.

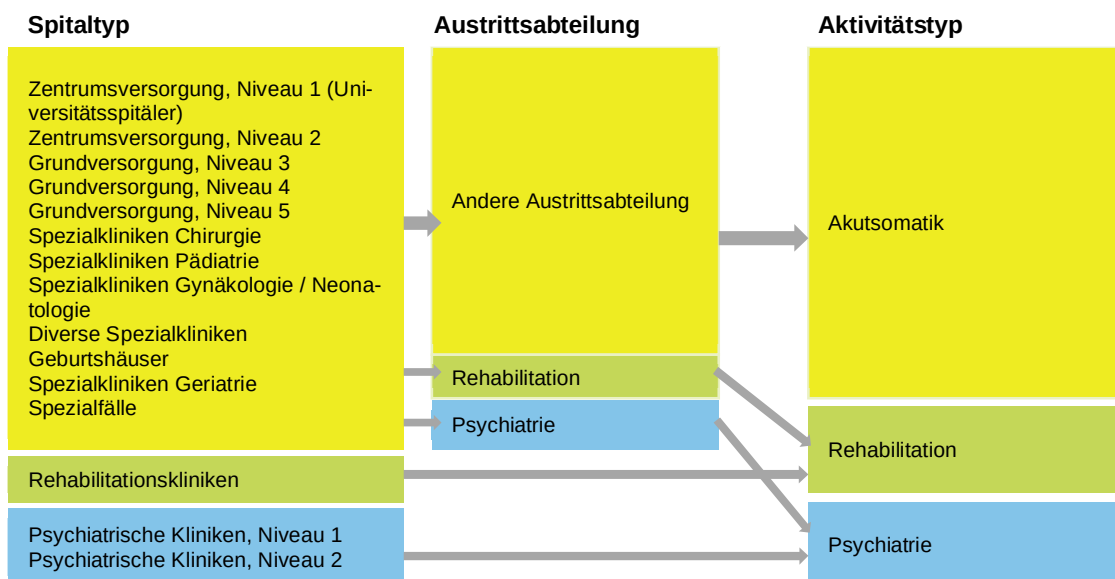
3. Methodisches Vorgehen

3.1 Aktivitätstypen

Wir definieren drei Aktivitätstypen: die Akutsomatik (inkl. Geburtshäuser), die Rehabilitation und die Psychiatrie. Jede stationäre Spitalleistung zulasten der OKP wird somit einem Aktivitätstyp zugeordnet. Das Zuteilungsverfahren unterscheidet sich dabei nach Datenquelle aufgrund der unterschiedlichen Datenstruktur.

Abbildung 2 veranschaulicht das Vorgehen für den Datenpool. In einem ersten Schritt erfolgt die Zuordnung anhand des Spitaltyps: Leistungen, die in psychiatrischen Kliniken erbracht werden, teilen wir vollumfänglich der Psychiatrie zu und Leistungen in den Rehabilitationskliniken der Rehabilitation. Bei Leistungen der Akutspitäler nehmen wir in einem zweiten Schritt eine weitere Unterteilung nach Austrittsabteilung vor. Leistungen mit Austrittsabteilung «Psychiatrie» oder «Rehabilitation», die gemäss Spitaltyp in Akutspitälern erbracht werden, weisen wir abschliessend ihrem jeweiligen Aktivitätstyp, sprich der Psychiatrie bzw. der Rehabilitation, zu.

Abbildung 2: Zuteilung zu den Aktivitätstypen, Datenpool



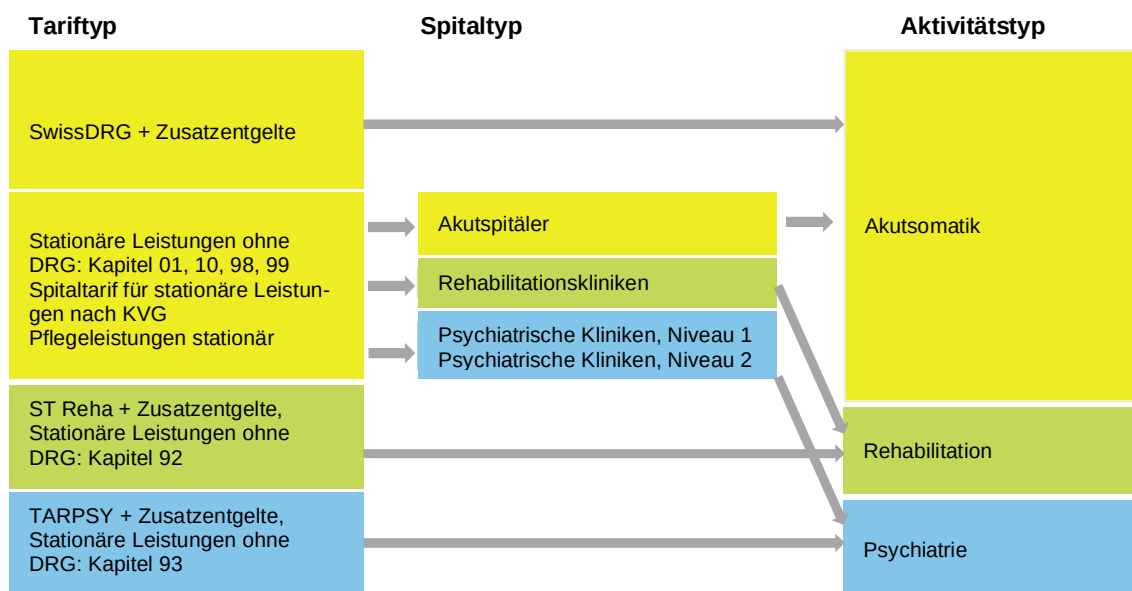
Quelle: eigene Darstellung.

Abbildung 3 bietet einen Überblick über das Vorgehen im Tarifpool. In einem ersten Schritt weisen wir die Leistungen anhand der Tariftypen zu: ST Reha, TARPSY und die dazugehörigen Zusatzentgelte weisen wir direkt der Rehabilitation respektive der Psychiatrie zu. Der Tariftyp «stationäre Leistungen ohne DRG» grenzen wir anhand der sogenannten *Kapitel* ab: Über Kapitel 92 werden rehabilitative Leistungen abgerechnet; Kapitel 93 beinhaltet psychiatrische Leistungen.² Die restlichen Leistungen werden vorerst in die Akutsomatik eingeteilt. In einem zweiten Schritt

² Siehe <https://www.forum-datenaustausch.ch/de/referenzdaten/>

nutzen wir - analog zum Vorgehen im Datenpool - den Spitaltyp, um psychiatrische und Rehabilitationskliniken von Akutspitalern abzugrenzen.

Abbildung 3: Zuteilung zu den Aktivitätstypen, Tarifpool



Quelle: eigene Darstellung.

Festzuhalten ist, dass sich die Typologisierung nach Datenquelle unterscheidet, jedoch das gleiche Muster aufweist: Die Psychiatrie und die Rehabilitation werden in einem zweistufigen Verfahren von der Akutsomatik abgetrennt.

3.2 Datenaufbereitung

Beide Datenquellen weisen vereinzelt negative Bruttokosten in gewissen *Zellen* auf.³ Gemäss SASIS AG sind negative Werte höchstwahrscheinlich auf Stornobuchungen zurückzuführen, bspw., wenn der Kostenträger nachträglich ändert. Wir behalten diese negativen Werte bei. Bei der Betrachtung nach Behandlungsquartal werden Stornobuchungen somit jeweils korrekterweise von den Bruttokosten abgezogen.

Für die grafische Darstellung berücksichtigen wir den Zeitraum von 2016-2023. Die Periodizität ist jeweils das Quartal. Die längere Betrachtungsweise ermöglicht es, die Kostenentwicklung in den Jahren 2022 und 2023 in einem längerfristigen Kontext einzubetten. Das Jahr 2015 wird nicht berücksichtigt, da uns die Daten erst ab dem Behandlungsjahr 2015 zur Verfügung stehen – folglich sind die im Jahr 2015 *abgerechneten* Leistungen unvollständig.

³ Beispiel Datenpool: Eine Zelle ist z.B. definiert als *Behandlungsquartal Q1 2023 x Abrechnungsquartal Q2 2023 x Universitätsspitaler x Frauen x Kanton Bern x Altersgruppe 0-6 x Austrittsabteilung Innere Medizin*. Jede Zelle weist einen entsprechenden Bruttokostenbetrag aus.

Viele Zeitreihen auf Quartalsebene weisen saisonale Muster auf. Mithilfe der Methode «X-13 ARIMA-SEATS» rechnen wir saisonbedingte Muster aus den Zeitreihen heraus. Diese etablierte Methode wird u.a. auch vom SECO verwendet. Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass die Saisonbereinigung einen klareren Blick auf die Kostenentwicklung ermöglicht.

Wir entfernen Leistungen aus den Daten, die von OKP-Versicherten mit Wohnsitz im Ausland (Grenzgänger/-Innen) stammen. Dies hat nur einen geringen Einfluss auf die betrachteten Statistiken, da wir alle Volumengrössen pro Versicherten oder pro 1'000 Versicherte ausdrücken. Die Normalisierung der Kosten mit dem Versichertenbestand trägt dem Bevölkerungswachstum Rechnung. Zudem sind es die Bruttokosten *pro Versicherten*, die in engem Zusammenhang mit der Entwicklung der Krankenkassenprämien stehen.

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistiken zu Strukturmerkmalen

In diesem Abschnitt präsentieren wir deskriptive Statistiken der stationären Bruttokosten differenziert nach verschiedenen Strukturmerkmalen. Diese Statistiken sollen ein erstes Gefühl für die Struktur der spitalstationären Leistungen zulasten der OKP vermitteln. Tabelle 1 enthält die Anteile der Bruttokosten nach Spitaltyp für die Jahre 2016, 2019 und 2022 aus dem Datenpool. Der grösste Teil der Kosten entfällt auf die Zentrums- und Grundversorgung sowie die Universitäts-spitäler. Es sind nur moderate strukturelle Verschiebungen, gemessen am Spitaltyp, zu beobachten.

Tabelle 1: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Spitaltyp

Spitaltyp (Partnerart-Untergruppe)	Anteil Bruttokosten nach Behandlungsjahr		
	2016	2019	2022
Zentrums- und Grundversorgung	58.4%	57%	56.4%
Universitätsspitäler	18.7%	19.4%	18.5%
Psychiatrische Kliniken	10.3%	10.6%	10.3%
Spezialkliniken	7.1%	7.1%	7.9%
Rehabilitationskliniken	5.6%	6%	6.9%
Total	100%	100%	100%

Anmerkungen: Der Spitaltyp «Spezialkliniken» enthält Kliniken der Chirurgie, Geriatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Neonatologie sowie Geburtshäuser und diverse Spezialfälle. Die Werte sind auf eine Nachkommastelle gerundet – dadurch summieren sich die einzelnen Anteile nicht auf exakt 100%. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Im Datenpool können die stationären Fälle anhand der Austrittsabteilung unterschieden werden. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Bruttokosten anhand dieses Merkmals. Die grössten Kategorien sind «Innere Medizin» und «Chirurgie». Nennenswerte strukturelle Verschiebungen der Fälle sind nicht ersichtlich. Die Kategorie «übrige Fachgebiete» ist eine Restkategorie und enthält auch jene Fälle, bei denen die Austrittsabteilung nicht bekannt ist. Entsprechend kann diese Kategorie

auch als Kennzahl für die Datenqualität interpretiert werden. Der Anteil ist nur leicht gestiegen, sodass sich die Datenqualität nicht merklich verändert haben sollte.

Tabelle 2: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Austrittsabteilung

Austrittsabteilung	Anteil Bruttokosten nach Behandlungsjahr		
	2016	2019	2022
Intensivmedizin	0.9%	0.9%	0.7%
Innere Medizin	24.5%	24.8%	25.1%
Chirurgie	31.9%	29.4%	30.2%
Gynäkologie	7.8%	7.3%	6.9%
Pädiatrie	1.8%	1.9%	2.8%
Psychiatrie	10.4%	11.6%	9.7%
Ophthalmologie	0.5%	0.4%	0.4%
ORL	1.3%	1.3%	1.2%
Dermatologie	0.2%	0.2%	0.2%
Medizinische Radiologie	0.3%	0.3%	0.3%
Geriatric	1.9%	1.8%	1.3%
Rehabilitation	7.5%	8.6%	7.9%
Übrige Fachgebiete	10.6%	11%	13.1%
Kosten für Pflege (OKP)	0.3%	0.3%	0.3%
Total	100%	100%	100%

Anmerkungen: Die Werte sind auf eine Nachkommastelle gerundet - dadurch summieren sich die einzelnen Anteile nicht auf exakt 100%. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Der Tarifpool nimmt die Optik der abgerechneten Tariftypen und Tarifpositionen ein. Aus Tabelle 3 geht hervor, wie sich die stationären Leistungen auf die verschiedenen Tariftypen verteilen. Der Vergleich über die Zeit ist hier erschwert, weil es in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation zu Tarifsysteemwechseln kam. Vor den Systemwechseln wurden diese Leistungen hauptsächlich über den Tariftyp 12 «Stationäre Leistungen ohne DRG» abgerechnet; gewisse Leistungen jedoch auch über andere Tariftypen (z.B. Medikamente, Material, etc.), die hier nicht aufgeführt sind.

Im Jahr 2022 wurden rund 77% über den SwissDRG-Tarif abgerechnet; Zusatzentgelte spielen für die Bruttokosten nur eine vergleichsweise geringe Rolle. TARPSY und ST Reha machen im selben Jahr gemeinsam rund 20% der Leistungen aus.

Tabelle 3: Verteilung der stationären Bruttokosten nach Tariftyp

Tariftyp		Anteil Bruttokosten nach Behandlungsjahr		
Nr.	Bezeichnung	2016	2019	2022
10	SwissDRG	86.9%	80%	77%
11	SwissDRG Zusatzentgelte-Katalog	0.6%	0.9%	1.1%
12	Stationäre Leistungen ohne DRG	11.9%	7.7%	0.9%
20	ST Reha	-	-	8.4%
21	ST Reha Zusatzentgelte-Katalog	-	-	-
30	TARPSY	-	10.8%	12.1%
31	TARPSY Zusatzentgelte-Katalog	-	-	0.1%
920	Spital stationär, KVG	0.2%	0.1%	-
960	Pflegeleistungen stationär	0.3%	0.5%	0.4%
Total		100%	100%	100%

Anmerkungen: Die Werte sind auf eine Nachkommastelle gerundet - dadurch summieren sich die einzelnen Anteile nicht auf exakt 100%. Fehlende Werte bedeuten: a) Der Anteil ist kleiner als 0.05% oder b) der Anteil ist effektiv Null. *Quelle:* Tarifpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

4.2 Bruttokosten nach Abrechnungsquartal

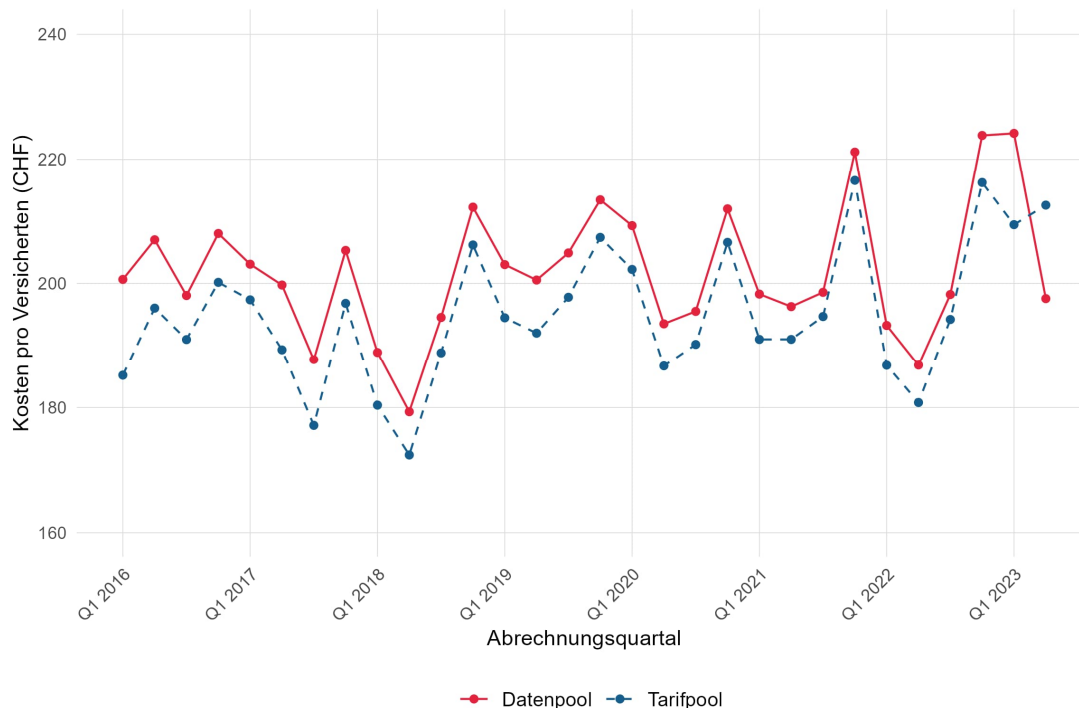
In diesem Abschnitt widmen wir uns der Kostenentwicklung aus der Perspektive des *Abrechnungsquartals*. Alle Leistungen werden jener Periode zugeordnet, in der die Krankenversicherer sie zulasten der OKP abgerechnet haben. Folglich können «buchhalterische» Effekte (z.B. Fakturierungsrückstände oder Abrechnungsverzögerungen) die Dynamik der Kostenentwicklung beeinflussen.

4.2.1 Gesamtkosten

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der stationären OKP-Bruttokosten pro Versicherten nach Abrechnungsquartal gemäss Daten- und Tarifpool. Die Kosten im Datenpool sind jeweils leicht höher, weil der Tarifpool nicht alle Versicherer abdeckt und ein geringer Teil der Rechnungen nicht elektronisch im Vorsystem der Versicherer erfasst wird.⁴ Beide Zeitreihen sind jedoch stark miteinander korreliert. Aufgrund der starken Saisonalität ist die Einschätzung der Kostenentwicklung schwierig; deshalb führen wir nachfolgend eine Saisonbereinigung durch (vgl. Abbildung 5).

⁴ Nur drei kleinere Versicherer liefern zurzeit keine Daten in den Tarifpool. Diese machen weniger als 2% des gesamten Versichertenbestands in der OKP aus. In seltenen Fällen werden Rechnungen manuell erfasst und abgerechnet. In diesem Fall sind die betroffenen Rechnungen auf Ebene Tariftyp und Tarifposition im Vorsystem der Versicherer nicht vorhanden und fehlen somit im Tarifpool.

Abbildung 4: Bruttokosten nach Datenquelle

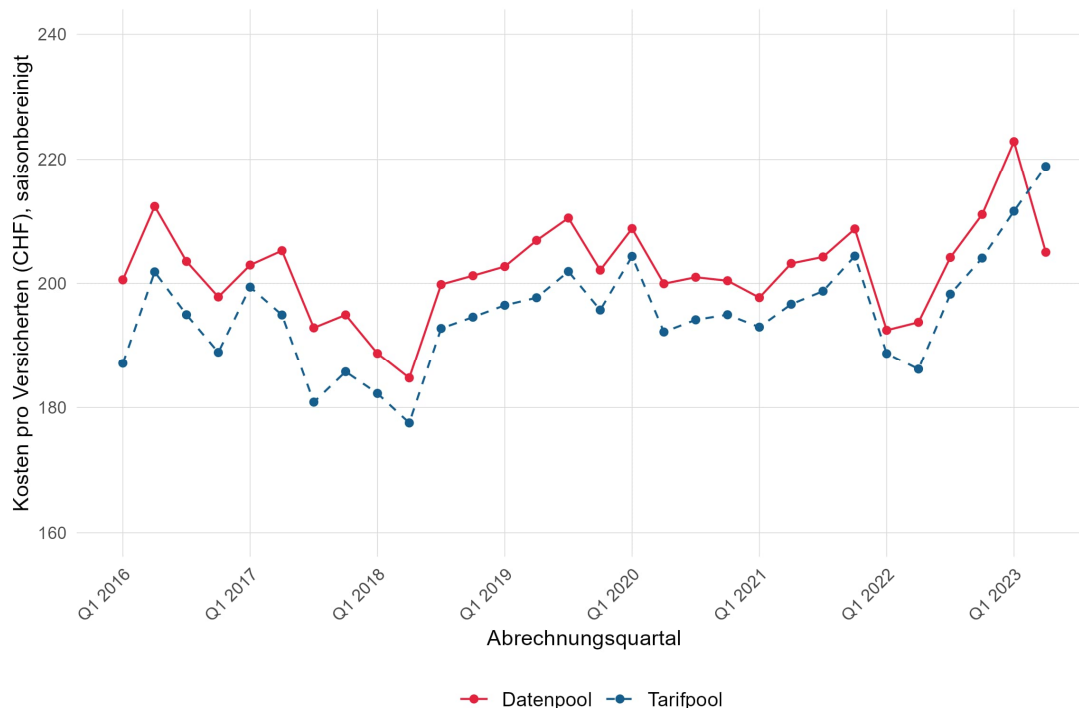


Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Datenquelle. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten bei rund 224 Franken pro Versicherten (Datenpool).
Quelle: Datenpool, SASIS AG; Tarifpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Die saisonbereinigte Entwicklung ist in [Abbildung 5](#) dargestellt. Hier ist ersichtlich, dass die abgerechneten Bruttokosten pro Versicherten zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal deutlich gestiegen sind, von rund 193 CHF auf 223 CHF. Im 2. Quartal 2023 sind die abgerechneten Bruttokosten wieder etwas gesunken. In [Abbildung 19](#) im Anhang sind zudem die Wachstumsraten im Vergleich zum Vorjahresquartal ersichtlich.

Interessant ist, dass die Bruttokosten zwischen den beiden Quellen im 2. Quartal 2023 stark divergieren. Gemäss Angaben der SASIS AG wurden in den Daten für Juni 2023 Datenlieferungsfehler festgestellt. Betroffen sind nach aktuellem Kenntnisstand vor allem die stationären Leistungen eines grösseren Versicherers im Tarifpool. Grund für den Fehler war eine Software-Umstellung. Der Datenpool ist gemäss SASIS AG nicht betroffen. Aufgrund dieses Umstands fokussieren alle folgenden Auswertungen stark auf den Datenpool.

Abbildung 5: Bruttokosten nach Datenquelle, saisonbereinigt

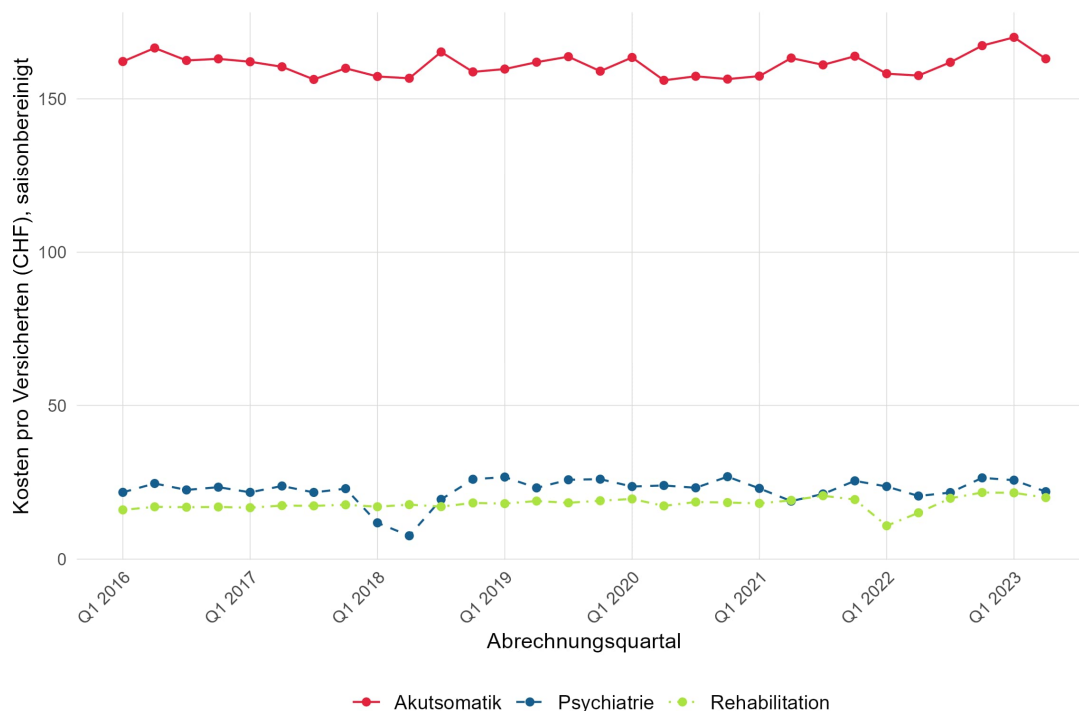


Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Datenquelle. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten bei rund 223 Franken pro Versicherten (Datenpool). *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; Tarifpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

4.2.2 Kosten nach verschiedenen Merkmalen

In Abbildung 6 wird die saisonbereinigte Entwicklung der stationären Bruttokosten pro Versicherten für die drei Aktivitätstypen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation dargestellt. Die vorübergehenden Einbrüche im Abrechnungsvolumen in der Psychiatrie (2018) und der Rehabilitation (2022) sind jeweils auf die Einführung des neuen Tarifsystems zurückzuführen, weil die Umstellung mit entsprechenden Anpassungen bei der Leistungsabrechnung einhergehen. In der Rehabilitation gibt es systembedingt eine deutliche Steigerung zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal. Der hauptsächliche Grund für die Steigerung bei den Gesamtkosten ist jedoch die Akutsomatik. In der Psychiatrie sind die Kosten seit 2019 sehr stabil.

Abbildung 6: Bruttokosten nach Aktivitätstyp, saisonbereinigt

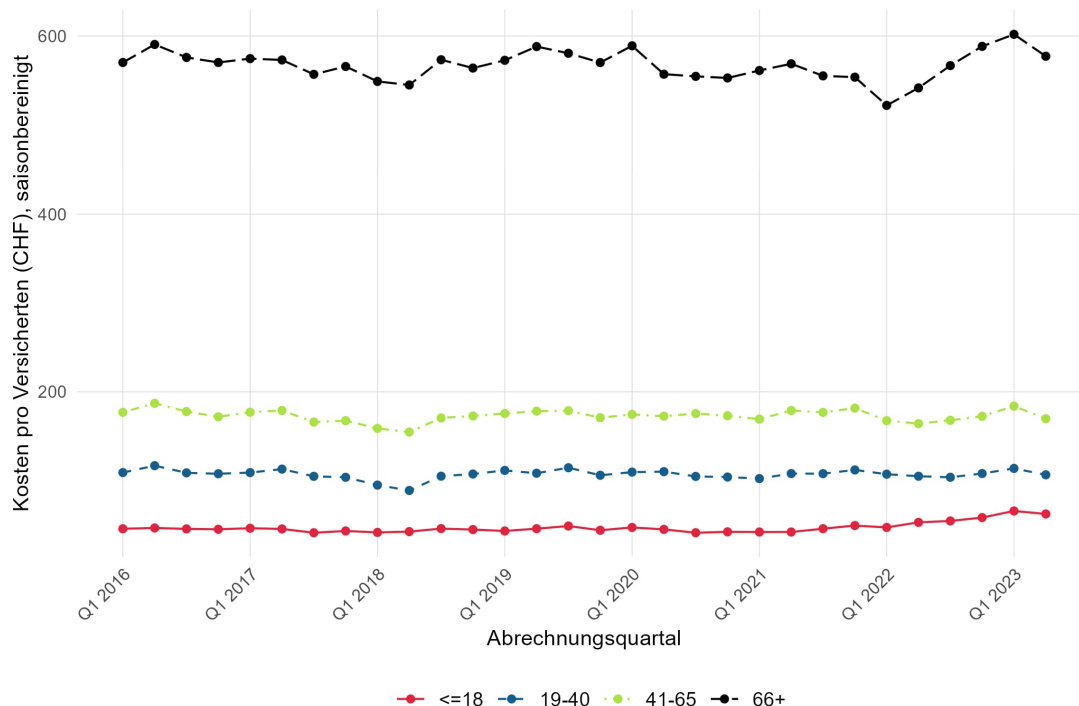


Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Aktivitätstyp. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten in der Akutsomatik bei rund 173 Franken pro Versicherten. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 7 zeigt die saisonbereinigte Entwicklung der stationären Bruttokosten pro Versicherten differenziert nach Altersgruppen. Bei der Altersgruppe 66+ ist zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal ein deutlicher Kostenanstieg zu verzeichnen, von rund 523 CHF auf 602 CHF. Auch bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen stiegen die Kosten im 1. Quartal 2023 im Vergleich zum Vorjahresquartal spürbar an. Diese Altersgruppe macht allerdings nur einen geringen Anteil an den Gesamtkosten aus. Bei Personen im Alter von 19 bis 40 sowie 41 bis 65 Jahren sind keine nennenswerten Kostenentwicklungen zu verzeichnen. Folglich ist der jüngste Anstieg der Gesamtkosten hauptsächlich auf die Altersgruppe 66+ zurückzuführen. Bei der Kostenentwicklung nach Altersgruppe sticht folgender Unterschied heraus: Bei den unter 18-Jährigen ist eine *längerfristige* und stetige Kostensteigerung zu beobachten, was auf strukturelle Veränderungen schliessen lässt. Bei der Altersgruppe 66+ ist hingegen kein längerfristiger Anstieg erkennbar, sodass hier auch andere Einflüsse wie Fakturierungs- und Abrechnungseffekte eine Rolle spielen dürften.

In Abbildung 20 im Anhang sind ergänzend die Wachstumsraten im Vergleich zum Vorjahresquartal dargestellt.

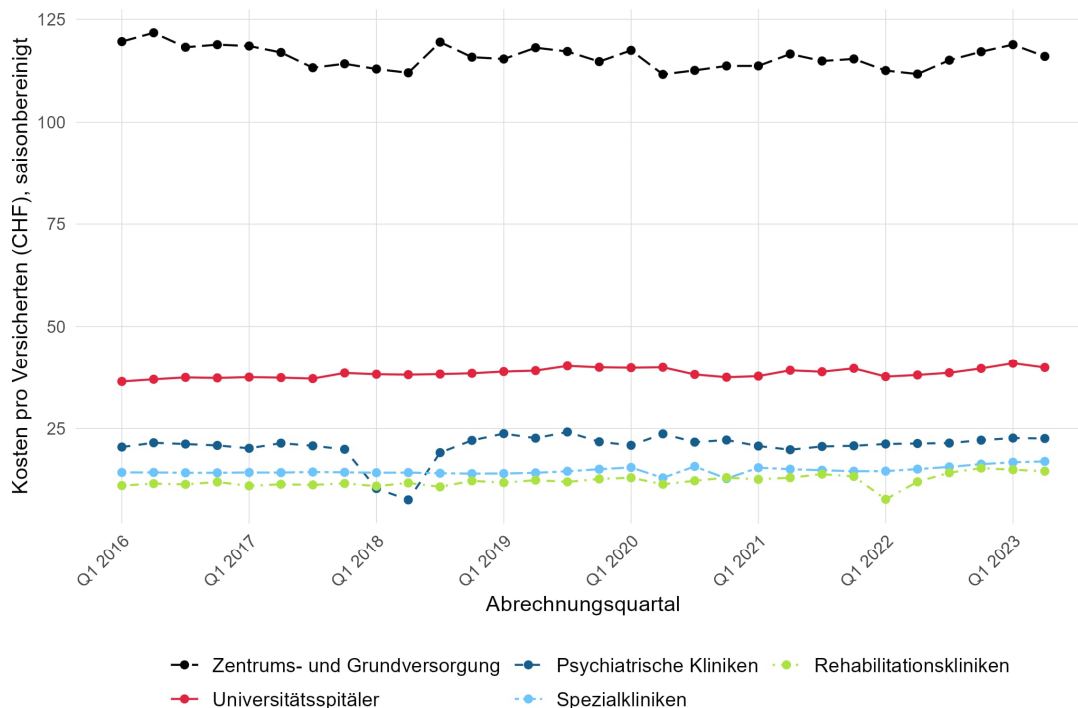
Abbildung 7: Bruttokosten nach Altersgruppe, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Altersgruppe. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten der Altersgruppe 66+ bei rund 602 Franken pro Versicherten. Die Altersgruppe «unbekannt» wurde aus dem Versichertenrecord des Datenpools entfernt – dadurch werden die Bruttokosten nach Altersgruppe zwischen 2016-2023 tendenziell etwas überschätzt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

In Abbildung 8 ist die saisonbereinigte Entwicklung der stationären Bruttokosten pro Versicherten für verschiedene Spitaltypen ersichtlich. Die Kosten in den Universitätsspitalern betragen im 1. Quartal 2023 43 CHF pro Versicherten; im Vorjahresquartal lagen sie bei 37 Franken. Auch in der Zentrums- und Grundversorgung sowie in den Spezialkliniken sind im 1. Quartal 2023 im Vergleich zum Vorjahresquartal Kostensteigerungen zu beobachten. Insbesondere die Zentrums- und Grundversorgung trägt zum Anstieg der Gesamtkosten bei. Über den Zeitraum 2016-2023 gesehen, werden diese Entwicklungen jedoch relativiert: Die Kosten nach Spitaltyp sind in etwa konstant geblieben.

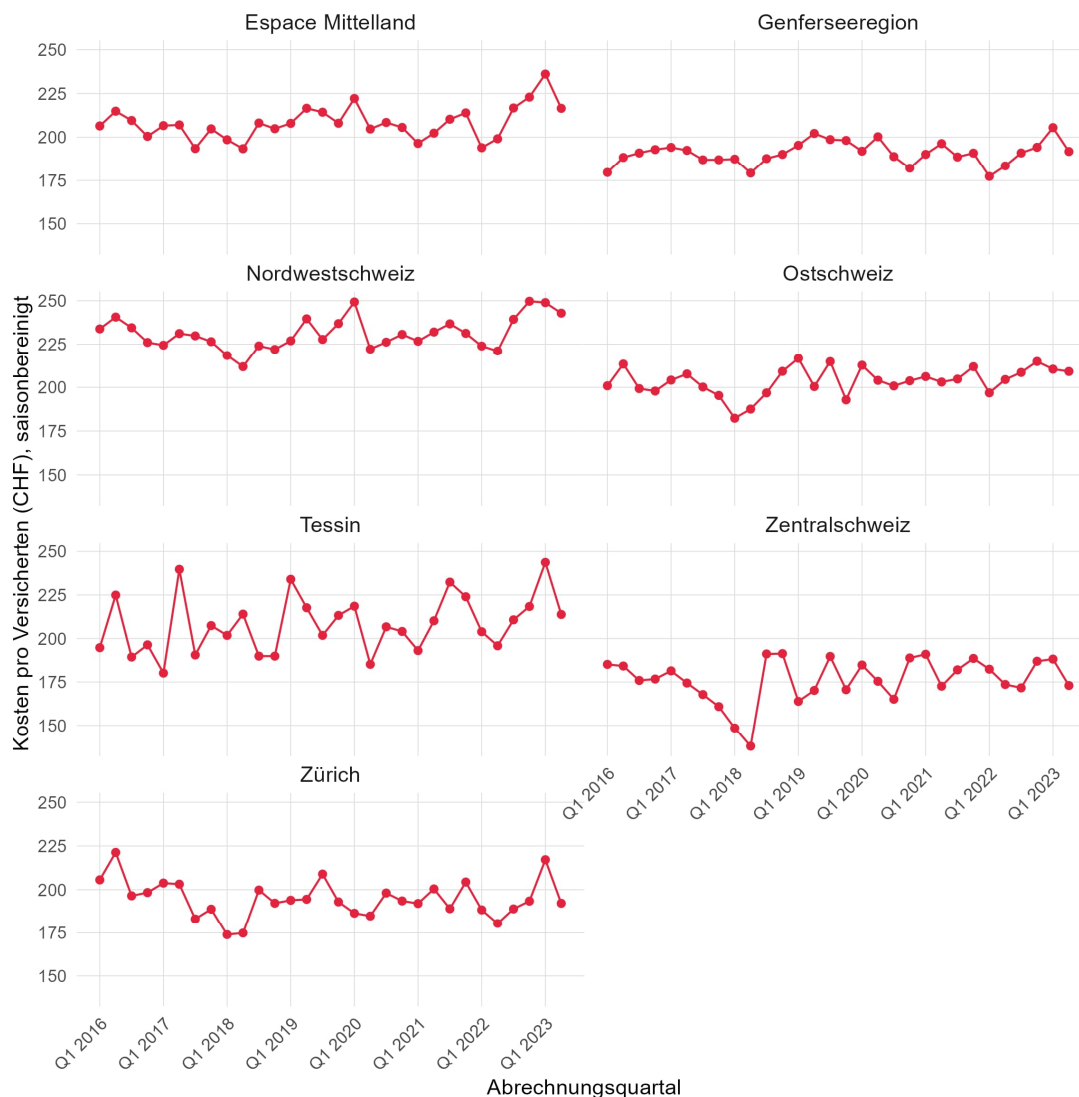
Abbildung 8: Bruttokosten nach Spitaltyp, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Spitaltyp. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten der Universitätsspitäler bei rund 43 Franken pro Versicherten. Der Spitaltyp «Spezialkliniken» enthält Kliniken der Chirurgie, Geriatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Neonatologie sowie Geburtshäuser und diverse Spezialfälle. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

In Abbildung 9 wird die saisonbereinigte Entwicklung der stationären Bruttokosten pro Versicherten für die Grossregionen der Schweiz dargestellt. Grundsätzlich sind die Kosten zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal in allen Regionen gestiegen. Es gibt jedoch regionale Unterschiede: Im Espace Mittelland sind die Kosten von rund 198 CHF auf 231 CHF gestiegen, in der Nordwestschweiz von rund 222 CHF auf 252 CHF, und in der Genferseeregion von 177 CHF auf 207 CHF. Interessant ist, dass der Anstieg in der Zentralschweiz relativ gering ausfällt – von rund 178 CHF auf 183 CHF. Die Nordwestschweiz ist im 1. Quartal 2023 die Region mit den höchsten abgerechneten Bruttokosten, während die Zentralschweiz die tiefsten Bruttokosten aufweist. Wenn wir den gesamten Zeitraum von 2016-2023 anschauen, stellen wir Folgendes fest: Der Kostenanstieg im 1. Quartal 2023 ist in den Regionen Espace Mittelland, Nordwestschweiz und in der Genferseeregion aussergewöhnlich hoch; in den anderen Regionen ist der Kostenanstieg hingegen im Rahmen der vorherigen Jahre.

Abbildung 9: Bruttokosten nach Grossregion, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und Grossregion. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 lagen die Bruttokosten in der Genferseeregion bei rund 207 Franken pro Versicherten. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Tabelle 4 «zerlegt» den Kostenanstieg zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal nach Aktivitätstyp, Spitaltyp, Grossregion sowie nach Altersgruppe und fasst die Ergebnisse nochmals kompakt zusammen. Insgesamt halten wir fest: Die stationären OKP-Bruttokosten pro Versicherten sind zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal deutlich gestiegen. Etwa ein Drittel kann auf den Tarifsystemwechsel in der Rehabilitation zurückgeführt werden. Für die restlichen zwei Drittel des Kostenanstiegs ist die Akutsomatik verantwortlich - die Psychiatrie spielt nur eine minimale Rolle. Warum in der Akutsomatik deutlich mehr abgerechnet wurde, lässt sich anhand der Analysen nicht vollständig beantworten.

Insbesondere die Altersgruppe 66+ muss hervorgehoben werden: Die stationären Bruttokosten sind hier markant gestiegen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Teil davon wiederum mit dem Systemwechsel in der Rehabilitation zusammenhängt. Interessant ist, dass der Kostenanstieg in der Grossregion Espace Mittelland besonders ausgeprägt ist, während die Zentralschweiz

nur minimal betroffen ist. Ein Drittel des Gesamtkostenanstiegs fand zudem in der Zentrums- und Grundversorgung statt.

Tabelle 4: Zerlegung des Kostenanstiegs, nicht saisonbereinigt

Bereich	Abrechnungsquartal		Veränderung	
	Q1 2022	Q1 2023	absolut	relativ
Total	193	224	31	16%
Nach Aktivitätstyp				
Akutsomatik	158	177	19	12%
Rehabilitation	11	22	11	100%
Psychiatrie	24	26	2	8%
Nach Spitaltyp				
Zentrums- und Grundversorgung	114	125	11	10%
Universitätsspitäler	36	42	6	17%
Psychiatrische Kliniken	22	24	2	9%
Spezialkliniken	14	18	4	28%
Rehabilitationskliniken	8	15	7	88%
Nach Grossregion				
Espace Mittelland	197	240	43	22%
Genferseeregion	178	215	37	21%
Nordwestschweiz	227	259	32	14%
Ostschweiz	192	213	21	11%
Tessin	199	238	39	20%
Zentralschweiz	182	188	6	3%
Zürich	185	214	29	16%
Nach Altersgruppe				
<=18	50	70	20	40%
19-40	106	112	6	6%
41-65	170	186	16	10%
66+	518	616	98	19%

Anmerkungen: Die Tabelle weist die Werte in CHF pro Versicherten aus. Die Werte sind gerundet und *nicht* saisonbereinigt. Der Spitaltyp «Spezialkliniken» enthält Kliniken der Chirurgie, Geriatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Neonatologie sowie Geburtshäuser und diverse Spezialfälle. Die Altersgruppe «unbekannt» wurde aus dem Versichertenrecord des Datenpools entfernt – dadurch werden die Bruttokosten nach Altersgruppe zwischen 2016-2023 tendenziell etwas überschätzt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

4.3 Bruttokosten nach Behandlungsquartal

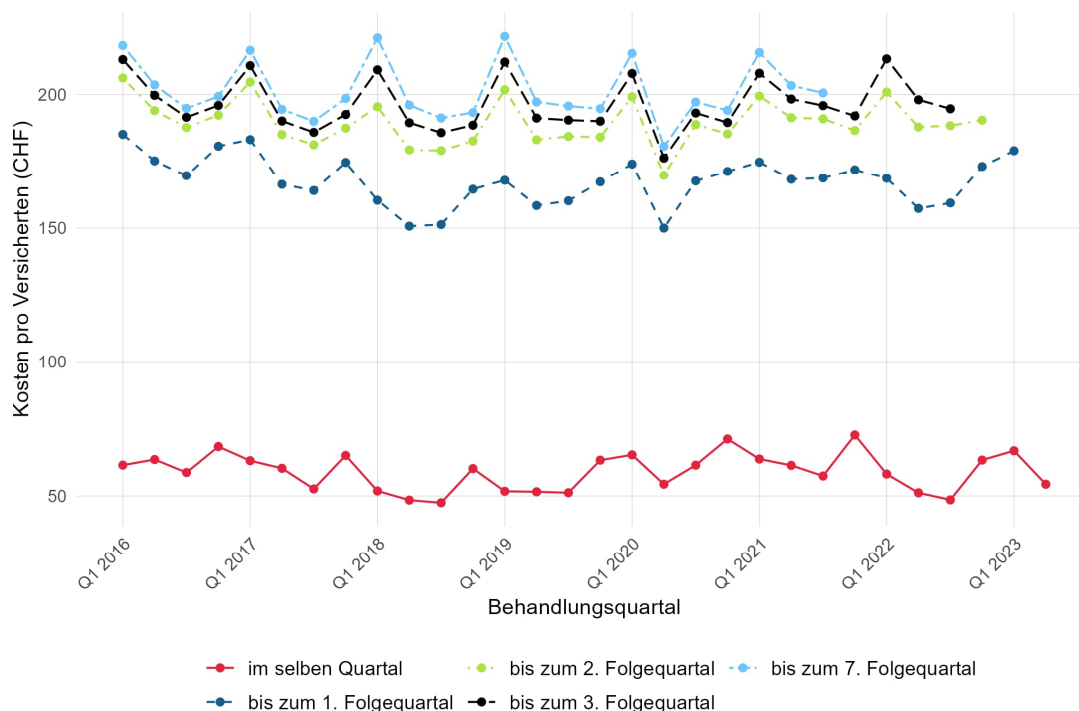
In diesem Abschnitt wenden wir uns der Frage zu, wie sich die realwirtschaftliche Aktivität im spitalstationären Bereich über die Zeit entwickelt hat. Dazu nehmen wir die Optik der OKP-Bruttokosten nach *Behandlungsquartal* ein, um buchhalterische Effekte (Fakturierungs- und Abrechnungsverzögerungen) auszuklammern. Letztlich ist es diese Perspektive, die für die Entwicklung der OKP-Prämien relevant ist.

Der Nachteil der Analyse nach Behandlungsquartal ist jedoch, dass am aktuellen Rand noch keine verlässlichen Daten zur Verfügung stehen, weil die Krankenversicherer die Rechnungen mit einer gewissen Verzögerung erhalten und/oder verzögert zulasten der OKP abrechnen.

Für die Analyse besteht unsere Strategie darin, mehrere konsistente Zeitreihen zu bilden, welche das Zeitfenster für die Abrechnung der Leistungen konstant halten. Die erste Zeitreihe berücksichtigt sämtliche Leistungen, welche im selben Quartal abgerechnet wurden, wie die Behandlung erbracht wurde. Die zweite Zeitreihe umfasst sämtliche Leistungen, welche bis zum ersten Folgequartal nach dem Behandlungsquartal abgerechnet wurden. Die dritte Zeitreihe umfasst sämtliche Leistungen, welche bis zum zweiten Folgequartal nach dem Behandlungsquartal abgerechnet wurden, usw. Je grösser wir das Abrechnungsfenster definieren, desto verlässlicher wird die Zeitreihe, aber desto weniger aktuelle Datenpunkte stehen zur Verfügung.

Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der stationären OKP-Bruttokosten nach Behandlungsquartal für verschiedene Zeitfenster der Abrechnung. Auch hier beobachten wir ein Saisonalitätsmuster: Die Kosten sind im 1. Quartal jeweils etwas höher. Dafür kann es zwei Gründe geben. Erstens ist für die zeitliche Zuteilung der Rechnungsbelege das Behandlungsbeginn-Datum massgebend. Bei jahresübergreifenden Behandlungen erfolgt ein «Splitting», sodass am 1. Januar ein neuer «Behandlungsfall» eröffnet wird. Zweitens ist plausibel, dass aufgrund der saisonalen Grippewelle die Inanspruchnahme im 1. Quartal leicht höher ist als in den übrigen Quartalen. Um die Entwicklung über die Zeit besser einordnen zu können, fokussieren wir nachfolgend auf saisonbereinigte Zeitreihen.

Abbildung 10: Bruttokosten nach Behandlungsquartal



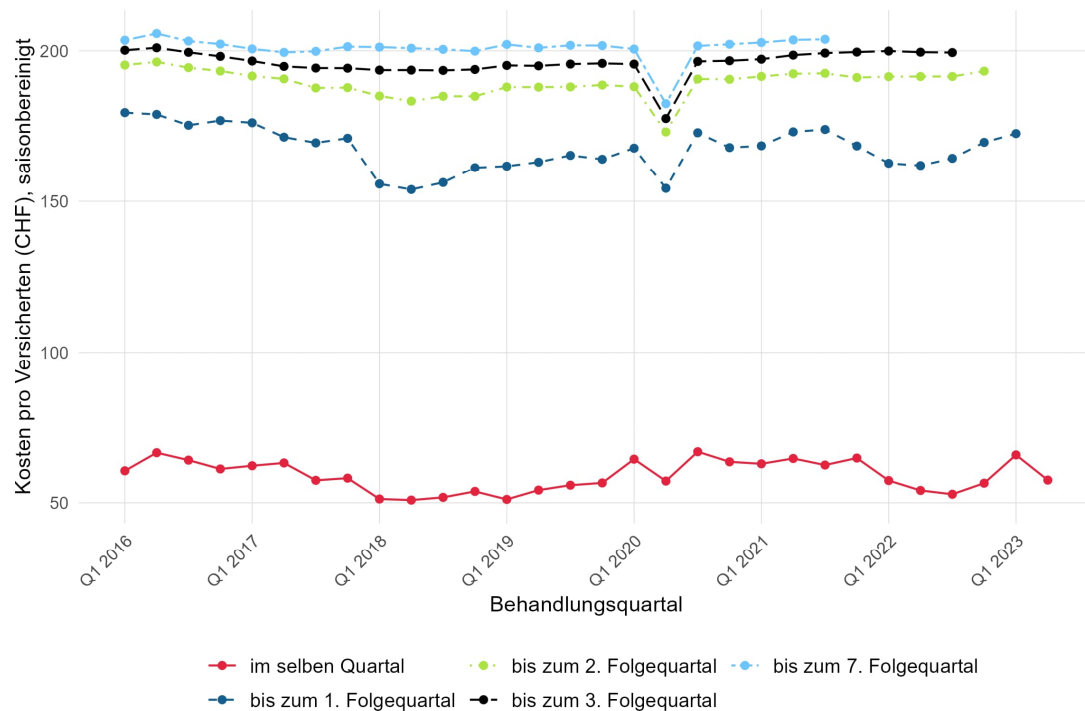
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Lesebeispiel: Im Q3 2022 betrugen die stationären Kosten 49 Franken pro Versicherten, wenn alle Rechnungen, die bis zum Q4 2022 abgerechnet wurden, berücksichtigt werden. Im Q3 2022 betrugen die stationären Kosten 195 Franken pro Versicherten, wenn alle Rechnungen, die bis zum Q2 2023 abgerechnet wurden, berücksichtigt werden. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Die saisonbereinigten Zeitreihen nach Behandlungsquartal und für verschiedene Abrechnungszeitfenster sind in Abbildung 11 ersichtlich. Der Vergleich des Niveaus der Zeitreihen zeigt, dass der grösste Teil der stationären Leistungen bis zum 2. Folgequartal abgerechnet wird (grüne Linie). Später abgerechnete Leistungen erhöhen die Kosten nur noch geringfügig. Zweitens beobachten wir, dass der saisonbereinigte Verlauf der Kosten pro Versicherten umso stabiler wird, je grösser das Abrechnungszeitfenster wird. Das heisst, es ist schwierig, robuste Aussagen zur Kostenentwicklung am aktuellen Rand abzuleiten. Drittens driften die blaue und grüne Linie Anfang 2018 und Anfang 2022 wegen der Einführung von TARPSY und ST Reha etwas auseinander, weil die Rechnungen unter den neuen Tarifsysteem weniger schnell abgerechnet werden als im Vorgängersystem. Viertens ist der Einbruch der OKP-Bruttokosten im 1. Quartal 2020 aufgrund des verordneten Operationsverbots bei nicht dringenden Eingriffen während der Covid-19-Pandemie klar ersichtlich. Ergänzend zur untenstehenden Grafik zeigt Abbildung 21 die Wachstumsraten zum Vorjahresquartal im Anhang.

Welche Schlüsse können in Bezug auf die realwirtschaftliche Entwicklung der stationären Bruttokosten zulasten der OKP gezogen werden? Betrachten wir die grüne Kurve (Abrechnungszeitfenster bis zum 2. Folgequartal) als hinreichend zuverlässig, lässt sich folgern, dass die Bruttokosten pro Versicherten vom 2. Quartal 2020 bis zum 4. Quartal 2022 beinahe konstant geblieben sind. Auch die schwarze Kurve (Abrechnungszeitfenster bis zum 3. Folgequartal) deutet auf eine flache Kostenentwicklung hin: Die OKP-Bruttokosten im 3. Quartal 2022 liegen ungefähr auf

demselben Niveau wie im Jahr 2016. Folglich besteht keine Evidenz für aussergewöhnliche Entwicklungen bei stationären Leistungen zulasten der OKP.

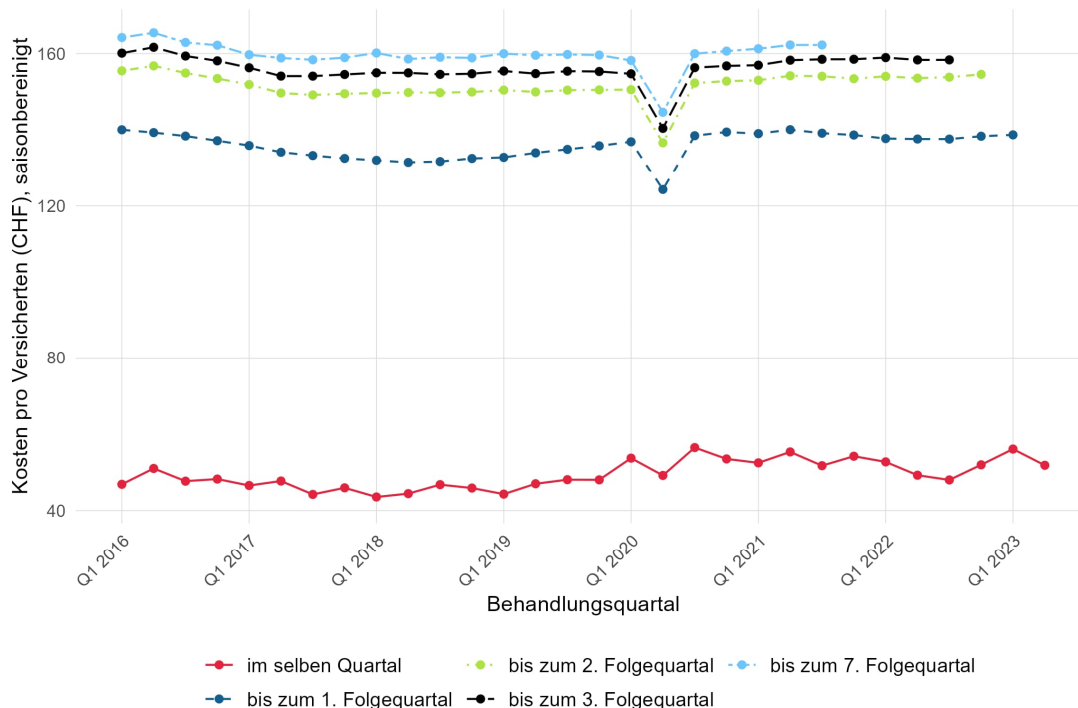
Abbildung 11: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q3 2022 betrugen die stationären Kosten 52 Franken pro Versicherten, wenn alle Rechnungen, die bis zum Q3 2022 abgerechnet wurden, berücksichtigt werden. Im Q3 2022 betrugen die stationären Kosten 199 Franken pro Versicherten, wenn alle Rechnungen, die bis zum Q2 2023 abgerechnet wurden, berücksichtigt werden. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Die nachfolgenden Grafiken beziehen sich auf die drei Aktivitätstypen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Für die Akutsomatik in Abbildung 12 stellen wir fest, dass die saisonbereinigte Entwicklung für alle Abrechnungszeitfenster sehr stetig verläuft. In den Behandlungsjahren 2021 und 2022 sind keine besonderen Entwicklungen erkennbar; es ist höchstens ein geringer Kostenanstieg zu erkennen.

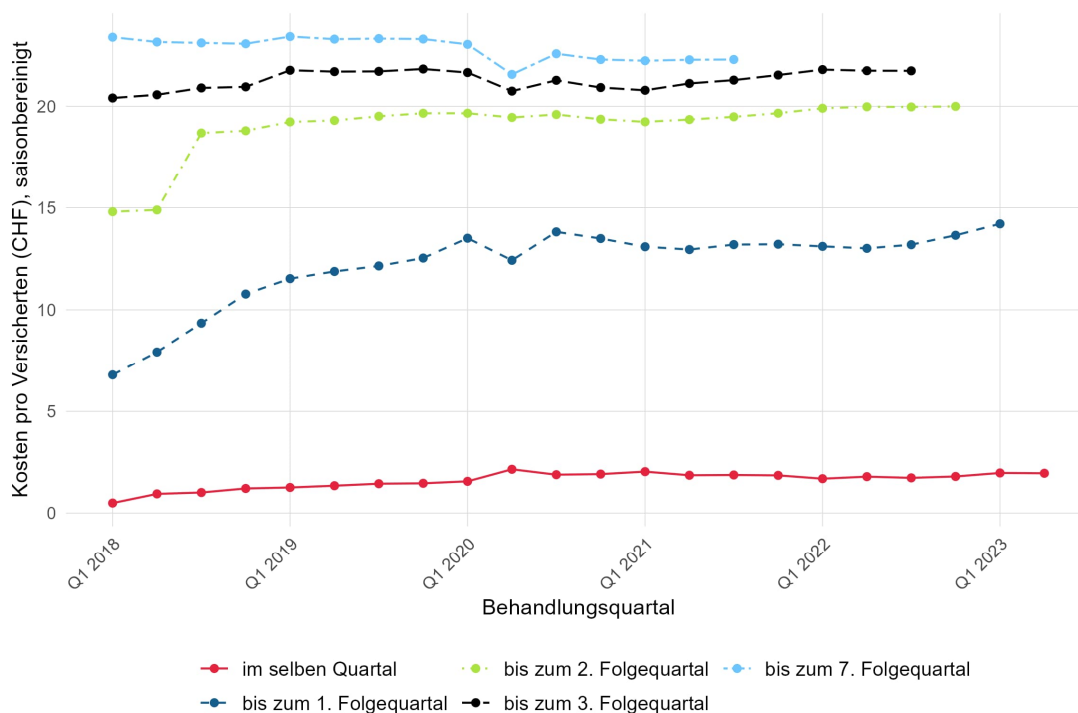
Abbildung 12: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Akutsomatik nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

In der stationären Psychiatrie hat die Einführung von TARPSY zu einem Strukturbruch geführt: Seit 2018 ist eine ausgeprägte Saisonalität zu beobachten, während dies davor nicht der Fall war. Dies steht aller Wahrscheinlichkeit nach in Zusammenhang mit der geänderten Fakturierung. [Abbildung 13](#) zeigt die saisonbereinigte Entwicklung daher nur ab dem Jahr 2018. Insgesamt scheint es in der Psychiatrie bezüglich der OKP-Bruttokosten keine besonderen Entwicklungen zu geben.

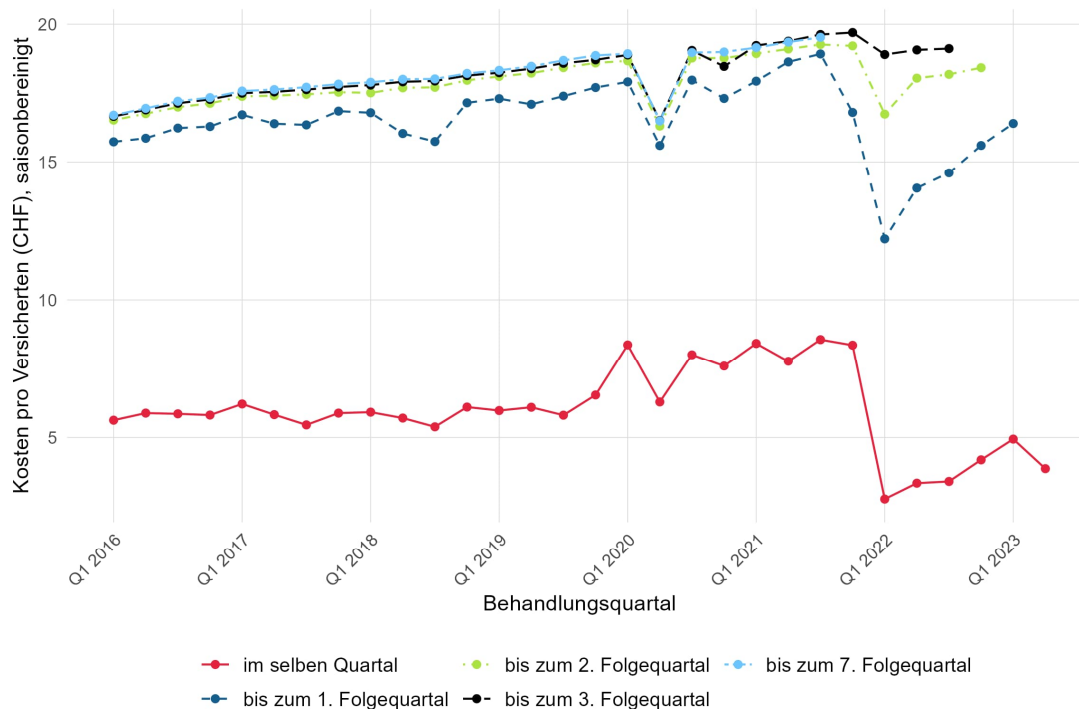
Abbildung 13: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Psychiatrie, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Psychiatrie nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

In der Rehabilitation zeigt sich, im Vergleich zu den anderen Bereichen, ein stetiges Kostenwachstum von ca. 17 CHF pro Versicherten im Jahr 2016 auf rund 20 CHF pro Versicherten im Jahr 2021 (siehe Abbildung 14). Leider lässt sich die jüngere Entwicklung der Bruttokosten bislang erst schwierig einschätzen, weil Anfang 2022 das neue Tarifsystem ST Reha eingeführt wurde. Vor der Tarifeinführung wurden die stationären Rehabilitationsleistungen beinahe vollständig bis zum 2. Folgequartal abgerechnet: Die grüne Kurve unterscheidet sich kaum von der hellblauen Kurve. Seit 2022 erfolgt die Abrechnung mit grösseren Verzögerungen, sodass noch keine robusten Aussagen zur realwirtschaftlichen Kostenentwicklung im Jahr 2023 möglich sind.

Abbildung 14: Bruttokosten nach Behandlungsquartal, Rehabilitation, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Rehabilitation nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt.
Quelle: Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Insgesamt halten wir fest: In der Akutsomatik und der Psychiatrie ist im Behandlungszeitraum von Ende 2020 bis Ende 2022 keine aussergewöhnliche Entwicklung beobachtbar. Die OKP-Bruttokosten sind nur geringfügig gestiegen. In der Akutsomatik liegen die Kosten pro Versicherten im Jahr 2022 in etwa auf demselben Niveau wie im Jahr 2016. Auch in der Psychiatrie gab es seit Einführung von TARPSY im Jahr 2018 keinen bedeutenden Kostenanstieg. Im Gegensatz dazu sind die Kosten in der stationären Rehabilitation zwischen 2016 und 2021 relativ gleichmässig gestiegen. Aufgrund der Einführung von ST Reha ist für die Entwicklung ab 2022 noch keine robuste Aussage möglich.

Die Frage, wie sich die effektiven stationären Bruttokosten im ersten Halbjahr 2023 entwickelt haben, lässt sich noch nicht beantworten, weil die verfügbaren Abrechnungszeitfenster noch zu klein sind.

4.4 Abrechnungseffekte

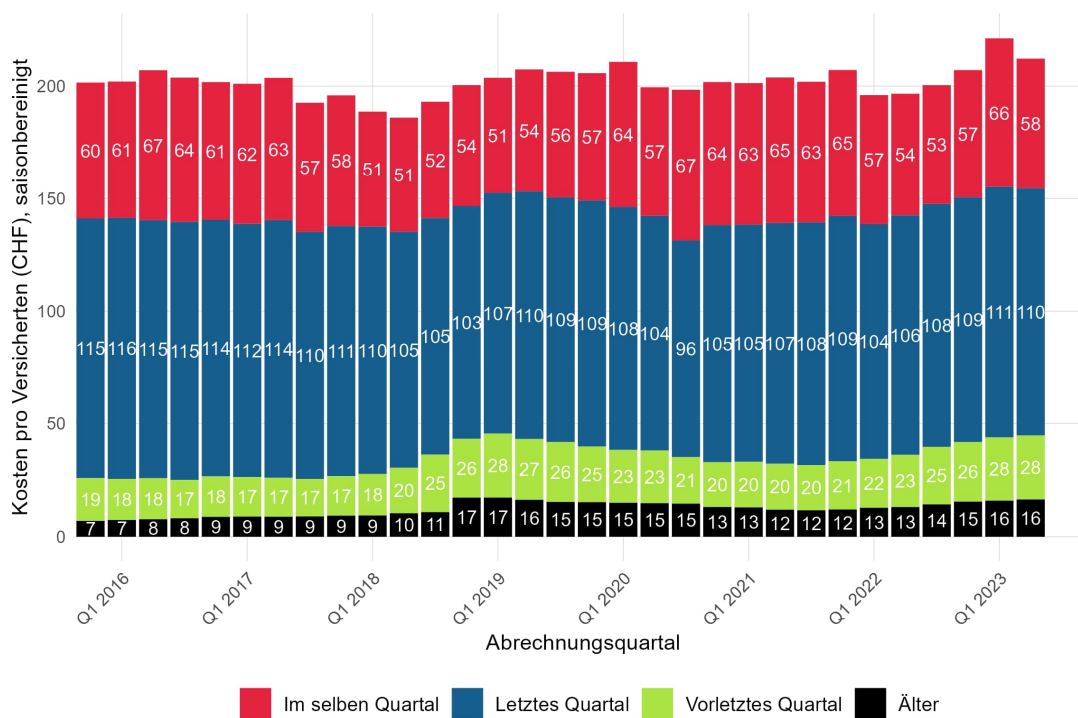
4.4.1 Analyse des Datenpools

In diesem Abschnitt widmen wir uns explizit der Abrechnungsgeschwindigkeit von stationären Spitalleistungen. Die Leistungen werden pro Abrechnungsquartal nach Behandlungszeitpunkt aufgeschlüsselt und in entsprechende Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe berücksichtigt alle

Leistungen, welche im selben Quartal abgerechnet wurden, wie die Behandlung erbracht wurde. Die zweite Gruppe umfasst sämtliche abgerechnete Leistungen, welche im letzten Quartal erbracht wurden. Die dritte Gruppe umfasst sämtliche abgerechnete Leistungen, welche im vorletzten Quartal erbracht wurden. Die vierte Gruppe schliesslich enthält alle abgerechneten Leistungen, welche mindestens zwei Quartale davor erbracht wurden. Der Zeitpunkt der effektiven Leistungserbringung am Patienten ist also für die Zuteilung entscheidend.

Abbildung 15 zeigt die saisonbereinigte Entwicklung der stationären Bruttokosten pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und nach verschiedenen Zeitfenster der Leistungserbringung. Diese Perspektive ermöglicht es, die Entwicklung der Abrechnungsgeschwindigkeit zu analysieren. Im 1. Quartal 2023 gibt es im Vergleich zum Vorjahresquartal mehr abgerechnete Leistungen pro Versicherten, die im letzten Quartal, im vorletzten Quartal bzw. noch früher erbracht wurden. Dies deutet einerseits auf vergangene *Abrechnungsverzögerungen* hin, die im ersten Halbjahr 2023 abgebaut wurden. Andererseits ist zu erwähnen, dass die im 1. Quartal 2023 abgerechneten Leistungen, welche im selben Quartal erbracht wurden, am stärksten zugenommen haben. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Abrechnungsgeschwindigkeit ab 2023 zugenommen hat.

Abbildung 15: Abrechnungsgeschwindigkeit, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten nach Abrechnungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungserbringung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 betrugen die stationären Bruttokosten 66 Franken pro Versicherten, wenn alle Leistungen berücksichtigt werden, die effektiv im Q1 2023 erbracht wurden. Im Q1 2023 betrugen die stationären Bruttokosten 177 Franken pro Versicherten, wenn alle Leistungen berücksichtigt werden, die effektiv im Q1 2023 oder im Q4 2022 erbracht wurden. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

In der langfristigen Betrachtung sehen wir, dass die Abrechnung von «alten» Leistungen (vorletztes Quartal oder älter) ab 2018 wegen der Einführung von TARPSY zugenommen hat. Die Entwicklung in der Psychiatrie ist in Abbildung 22 im Anhang ersichtlich. Zwischen 2019 und 2021 gingen die alten Leistungen zunächst zurück, bevor sie ab 2022 aufgrund der Einführung von ST Reha wieder zunahmen (vgl. Abbildung 23 im Anhang). Die Entwicklung in der Akutsomatik ist in Abbildung 24 im Anhang dargestellt. Auch hier wurden im 1. Quartal 2023 etwas mehr alte Leistungen abgerechnet als im Vorjahresquartal, gleichzeitig aber auch mehr Leistungen, die im selben Quartal erbracht wurden.

Mit Blick auf die jüngste Kostenentwicklung halten wir fest: Die Tarifsysteemwechsel zu ST Reha in der stationären Rehabilitation (2022) ist von Bedeutung. Die Abrechnungsverzögerungen haben dadurch kurzzeitig zugenommen. Dieser systembedingte *Nachholeffekt* kann somit einen Teil des Gesamtkostenanstiegs im 1. Quartal 2023 erklären. Wenn jedoch dieser Tarifsysteemwechsel ausgeklammert wird, verbleibt in der Akutsomatik nach wie vor ein höheres Abrechnungsvolumen im 1. Quartal 2023, das nur teilweise auf ältere Leistungen zurückzuführen ist.

4.4.2 Einordnung mit Leistungserbringern und Versicherern

Im Zuge dieser Studie kontaktierten wir ausgewählte Versicherer und grössere Spitäler (Universitätsspitäler, Zentrumsspitäler, Spitalgruppen) und fragten diese nach besonderen Entwicklungen in Bezug auf die Fakturierungs- und Abrechnungspraxis von stationären Leistungen, insbesondere während des ersten Halbjahrs 2023.

Mehrere Kontaktpersonen erwähnten den Tarifsysteemwechsel zu ST Reha im Bereich Rehabilitation und den Umstand, dass es infolgedessen zunächst zu Verzögerungen bei der Fakturierung bzw. Abrechnung und anschliessend zu einem Aufholeffekt kam. Aus diesem Grund fällt die Wachstumsrate bei den *abgerechneten* Leistungen zwischen dem 1. Quartal 2023 und dem Vorjahresquartal besonders gross aus. Diese Rückmeldungen decken sich mit unseren Analysen (vgl. Abbildung 6 und Abbildung 23).

Zweitens wurde erwähnt, dass die Kapitalkosten aufgrund des steigenden Zinsniveaus gestiegen sind. Infolgedessen gibt ein Spital an, seine Massnahmen für eine zeitnahe Fakturierung intensiviert zu haben. Durch eine raschere Codierung und Pendenzenabbau konnte der stationäre Umsatz im ersten Halbjahr um rund ein Monatsvolumen erhöht werden. Die Rückmeldungen zeigten auch, dass die Entwicklung nicht bei allen Spitälern gleichförmig verläuft. Ein weiteres Spital merkt an, dass es im ersten Halbjahr 2023 zahlreiche Rechnungen aufgrund von tarifarischen Unsicherheiten zurückhielt und im Vergleich zum Vorjahr weniger abrechnete. Aus diesem Grund rechnet dieses Spital mit einem Nachholeffekt im zweiten Halbjahr 2023 sowie im Jahr 2024.

Drittens wurden als mögliche Gründe kantonale Festsetzungsentscheide bei den Basisfallpreisen in der Akutsomatik erwähnt. Als Beispiel wurde der Regierungsratsentscheid im Kanton Zürich (vom 31.8.2022) genannt, der die Basisfallpreise rückwirkend für die Behandlungsperiode 2020 bis 2022 erhöhte.⁵ Dadurch entstanden einmalige Mehrausgaben bei den Versicherern von

⁵ Siehe <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-1155-2022.html>.

schätzungsweise 16.6 Mio. Franken zulasten der OKP.⁶ Gemäss Auskunft von SASIS AG finden solche Rückabwicklungen in der Regel in Form von Pauschalzahlungen ausserhalb des Statistiksystems statt. Es gibt jedoch mindestens einen grösseren Versicherer, der solche Tarif-Rückabwicklungen auf einen Pseudo-Versicherten bucht und so diese Leistungen in den Datenpool der SASIS AG liefert. Ob andere Versicherer diese Praxis ebenfalls anwenden, ist nicht bekannt. Der genannte Effekt könnte zumindest einen Teil des höheren Abrechnungsvolumens im ersten Halbjahr 2023 erklären.

Mehrere Spitäler merkten an, dass die stationären Fallzahlen im ersten Halbjahr 2023 im Vergleich zur Vorjahrsperiode eher rückläufig waren. Ein Spital nannte den Fachkräftemangel als Grund: Aufgrund von Personalengpässen sei es schwierig, alle stationären Betten überhaupt betreiben zu können.

Zusammengefasst: Es ist durchaus wahrscheinlich, dass nicht nur ältere Leistungen häufiger abgerechnet wurden, sondern auch vermehrt «jüngere» Leistungen schneller abgerechnet wurden. In der Summe ergibt sich nur eine geringe Veränderung in der durchschnittlichen Abrechnungsdauer (vgl. Abbildung 15).

4.5 Entwicklung von Mengen, Preisen und Fallschwere

4.5.1 Mengenentwicklung

Dieser Abschnitt analysiert die Mengenentwicklung im stationären Spitalbereich. Wir verwenden dabei die Anzahl der Rechnungsbelege als Proxy für die Anzahl der Fälle. Im Bereich der Akutsomatik ist dieser Proxy zuverlässig, da eine Rechnung in den meisten Fällen mit einem Fall korrespondiert. In der Rehabilitation und Psychiatrie könnte der Tarifsysteemwechsel die Fakturierungsmodalitäten beeinflusst haben, sodass die Entwicklung der Anzahl Rechnungsbelege eher vorsichtig interpretiert werden sollte.

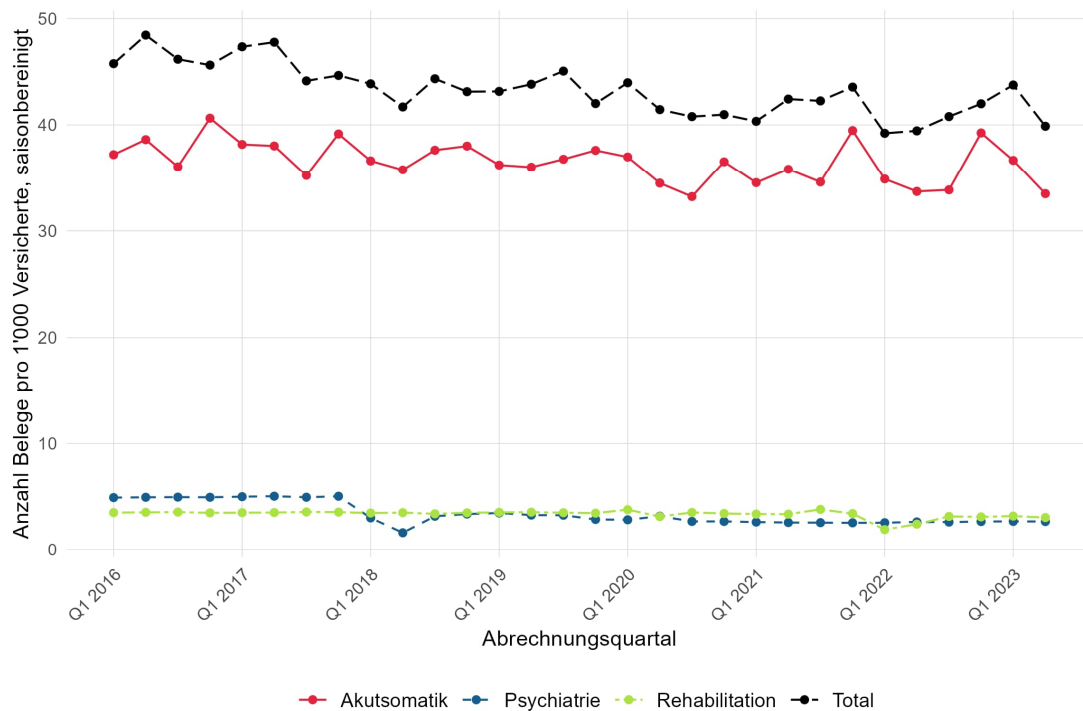
Abbildung 16 zeigt die saisonbereinigte Entwicklung der Fallzahlen pro 1'000 Versicherte nach Abrechnungsquartal und Aktivitätstyp. Die abgerechneten Fallzahlen sind im 1. Quartal 2023 im Vergleich zum Vorjahresquartal gestiegen, von ca. 40 auf 43 Fälle pro 1'000 Versicherte. Verantwortlich dafür ist vor allem die Akutsomatik – zu einem geringeren Teil auch die Rehabilitation. Die Fallzahlen in der Psychiatrie hingegen sind stabil geblieben. Aus der langfristigen Perspektive ist ersichtlich, dass die abgerechneten Fallzahlen zwischen 2016 und 2023 eher gesunken sind. Die durch die Tarifsysteemwechsel TARPSY (2018) und ST Reha (2022) verursachten Verzögerungs- und Nachholeffekte sind auch in der Mengenentwicklung sichtbar. Abbildung 25 im Anhang zeigt die Entwicklung der Fallzahlen zudem nach Spitaltyp und Abbildung 26 nach Grossregion. Insgesamt zeigt sich bei den Fallzahlen nach Abrechnungsquartal dieselbe Entwicklung wie bei den Kosten.

Abbildung 27 im Anhang bildet die Entwicklung der Fallzahlen nach Behandlungsquartal für die Akutsomatik ab. Für die anderen beiden Aktivitätstypen ist ein zeitkonsistenter Vergleich

⁶ Im RRB vom 31.8.2022 werden die jährlichen Mehrausgaben pro Jahr auf 12.3 Mio. Franken jährlich beziffert (siehe S. 56). Dies führt zu einem Total von rund 36.9 Mio. Franken, wovon die OKP und damit die Versicherer 45% finanzieren müssen.

schwierig. Die Darstellung deutet darauf hin, dass die Fallzahlen in der Akutsomatik sehr stabil geblieben sind. Am aktuellen Rand ist keine auffällige Entwicklung zu beobachten.

Abbildung 16: Fallzahlen nach Aktivitätstyp, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Fallzahlen pro 1'000 Versicherte nach Abrechnungsquartal und Aktivitätstyp. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Lesebeispiel: Im Q1 2023 wurden in der Akutsomatik 37 Fälle pro 1'000 Versicherte abgerechnet. Wir verwenden die Anzahl Belege als Proxy für die Anzahl der Fälle. *Quelle:* Datenpool, SAS AG; eigene Berechnungen.

4.5.2 Preisentwicklung

Nebst der Mengenentwicklung können auch Veränderungen bei den verrechneten Preisen die spitalstationären Kosten beeinflussen. In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, ob und inwieweit sich die Preise in den letzten Jahren verändert haben. Wir beschränken uns aufgrund der inhaltlichen Relevanz auf die Akutsomatik.

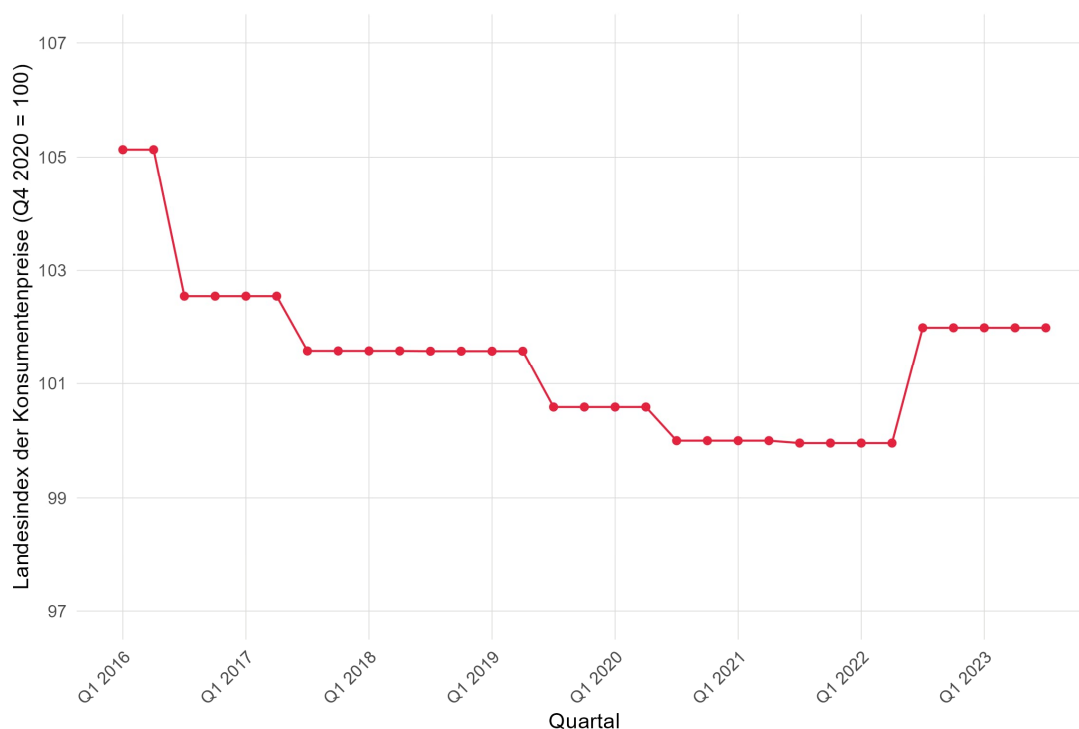
Preisindex des BFS

Einen ersten Anhaltspunkt gibt der Preisindex des BFS für stationäre Spitalleistungen aus dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK). Dieser beschränkt sich auf die Preise von KVG-Leistungen (ohne Spitalzusatzversicherungen) sowie auf die Akutsomatik (SwissDRG). Die Berechnungsweise ist zusammengefasst wie folgt: Zuerst werden alle DRG-Codes ausgewählt, die sich seit dem vorletzten Jahr im Fallpauschalenkatalog befinden. Anschliessend berechnet das BFS für jede Behandlung auf Spitalebene die Veränderung des Preises zulasten der OKP (=

Kostengewicht * durchschnittlicher Basisfallpreis⁷). Mittels der Fallkostenstatistik (FKS) werden diese individuellen Preisveränderungen auf Ebene Spital und anschliessend auf Ebene Kanton aggregiert. Mittels der Krankenhausstatistik erfolgt schliesslich die Aggregation auf Ebene Schweiz.⁸ Der Preisindex für stationäre Spitalleistungen wird einmal jährlich im August aktualisiert, obwohl sich die Preise in aller Regel ab Januar ändern.

In Abbildung 17 ist die Entwicklung des Preisindex für stationäre Spitalleistungen ab 2016 dargestellt. Gemäss dem Index sind die Preise für stationäre Spitalbehandlungen zwischen 2016 und 2020 um rund 5% gesunken. Danach blieben sie bis 2021 unverändert, bevor sie im Jahr 2022 wieder um rund 2% gestiegen sind.

Abbildung 17: Preisindex des BFS für stationäre Spitalleistungen



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den Preisindex für stationäre Spitalleistungen aus dem Landesindex der Konsumentenpreise des BFS zwischen 2016 und 2023. Der Index wird einmal jährlich im August aktualisiert. Der Index misst Veränderungen in den Kostengewichten und Basisfallpreisen für eine Auswahl an akutstationären Behandlungen. Quelle: BFS.

Die Interpretation des Preisindex ist herausfordernd, weil (i) sowohl Veränderungen in den Kostengewichten als auch Veränderungen in den Basisfallpreisen einfließen, (ii) nur eine Auswahl an Behandlungen (DRG-Codes) berücksichtigt wird und (iii) die Aggregation auf der FKS beruht, welche eine nicht repräsentative Stichprobe der Spitäler darstellt.

⁷ Wenn die Einkaufsgesellschaften unterschiedliche Basisfallpreise vorsehen, werden diese anhand des gesamtschweizerischen Prämienvolumens der Einkaufsgesellschaften gewichtet.

⁸ Die Berechnungsmethodik ist in Kapitel 3.8 des BFS-Methodenberichts dokumentiert ([Link](#)).

Entwicklung der Basisfallpreise (Akutsomatik)

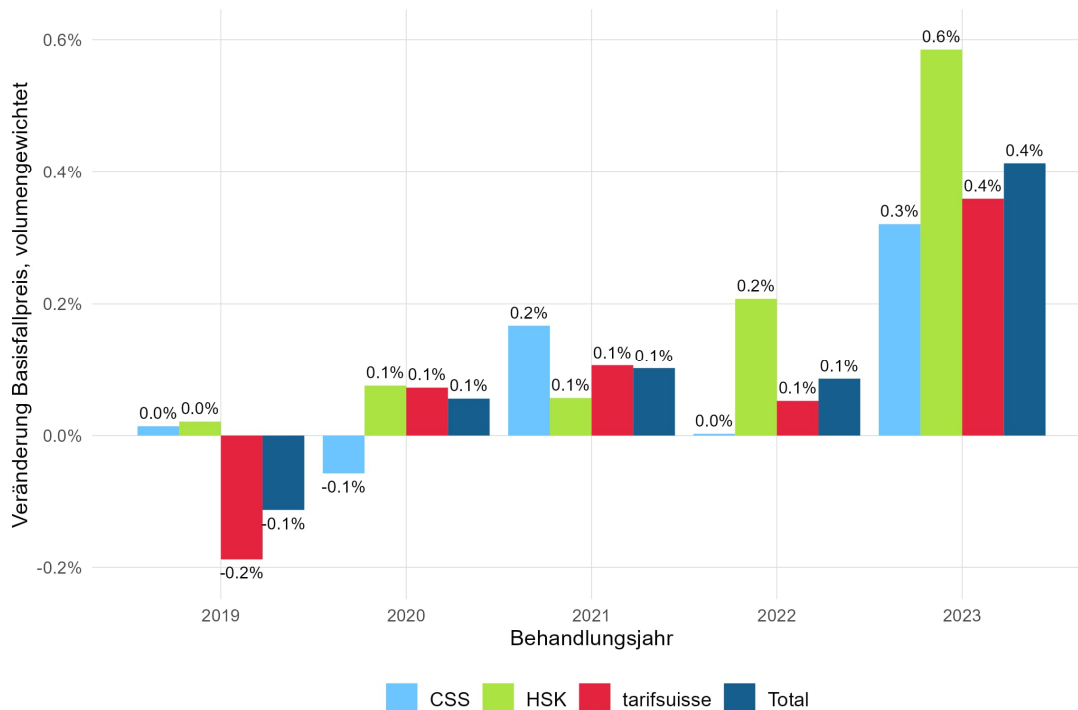
Eine einfachere Möglichkeit ist, die Entwicklung der publizierten *Basisfallpreise* zu betrachten. Grundsätzlich verhandelt jedes Spital mit den drei Einkaufsgesellschaften der Versicherer (tarifsuisse, HSK und CSS) den Basisfallpreis für stationäre Behandlungen. In einzelnen Fällen setzen die Kantone die Basisfallpreise fest, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen können. Daten zur Entwicklung der Basisfallpreise auf Spitalebene liegen uns vom Preisüberwacher für den Zeitraum 2018 bis 2023 vor, wobei sich die Erhebung auf die Publikationen der kantonalen Gesundheitsämter stützt und jeweils im Februar des laufenden Jahres stattfindet. Wichtig ist, dass nachträgliche Änderungen bei den Basisfallpreisen nicht berücksichtigt werden; die Angaben widerspiegeln somit immer den Stand auf den kantonalen Webseiten im Februar des laufenden Jahres. Diese Einschränkung gilt es, bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Wir verknüpfen die Preis-Daten auf Spitalebene mit der Anzahl stationärer Austritte aus den «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» des BAG sowie mit dem kantonalen Marktanteil der Einkaufsgesellschaften (bezogen auf die Anzahl OKP-Versicherten) gemäss OKP-Statistik des BAG. Anschliessend gewichten wir die jährlichen Wachstumsraten (von t-1 zu t) der Basisfallpreise mit den stationären Fallzahlen im Vorjahr (t-1).⁹

Die Ergebnisse in Abbildung 18 zeigen, dass die Basisfallpreise in der Akutsomatik zwischen 2018 und 2022 im Durchschnitt nur sehr geringfügig gestiegen sind. Zwischen 2022 und 2023 kam es zu Preissteigerungen von durchschnittlich 0.4%. Somit ergeben sich nur sehr geringe Veränderungen in Bezug auf die Preise.

⁹ Die Multiplikation der Anzahl stationärer Austritte eines Spitals mit dem Marktanteil der Einkaufsgesellschaften auf Kantonsebene ergibt das Gewicht für die Aggregation.

Abbildung 18: Basisfallpreise in der Akutsomatik



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die volumengewichteten Veränderungen der publizierten Basisfallpreise zum Vorjahr differenziert nach Einkaufsgemeinschaft und Behandlungsjahr. Als Volumen bzw. Gewicht dient die Anzahl stationärer Fälle auf Spitalebene im Vorjahr multipliziert mit dem OKP-Marktanteil der Einkaufsgemeinschaft auf Kantonsebene im Vorjahr. Die Preisdaten widerspiegeln den Stand im Februar des laufenden Jahres; nachträgliche Anpassungen werden nicht berücksichtigt. Quelle: Erhebung des Preisüberwachers, Kennzahlen der Schweizer Spitäler BAG, OKP-Statistik BAG; eigene Berechnungen.

Insgesamt deutet die Analyse der Basisfallpreise nicht darauf hin, dass Preissprünge zwischen 2022 und 2023 bedeutsam zur Kostenentwicklung beigetragen haben.

Gespräche mit Versicherervertretern ergaben, dass es im laufenden Jahr 2023 vermehrt zu Vertragskündigungen gekommen ist. Die Versicherer rechnen somit mit einem stärkeren Anstieg der Basisfallpreise im Jahr 2024 relativ zu 2023.

4.5.3 Kosten pro Fall / Fallschwere

Nebst Mengen und Preisen kann auch die Zusammensetzung der Fälle in Bezug auf ihren Schweregrad die Kostenentwicklung beeinflussen: Steigt der durchschnittliche Schweregrad der Behandlungen an, steigen auch die durchschnittlichen OKP-Bruttokosten pro Behandlungsfall. Dieser Abschnitt geht daher der Frage nach, wie sich die durchschnittliche Fallschwere entwickelt hat. Aufgrund der Datenverfügbarkeit (Stichwort: Identifikation von Fällen) und der Bedeutung bezüglich Kosten, fokussieren wir auf die Akutsomatik. Dabei nutzen wir die Tatsache, dass ein Leistungsbeleg grundsätzlich einem Fall entspricht und ein Fall mit *einem* abgerechneten DRG-Code gleichzusetzen ist.

Eine erste Möglichkeit sich der Thematik zu nähern ist, die durchschnittlichen OKP-Bruttokosten pro Fall zu betrachten. Abbildung 28 im Anhang weist die Entwicklung für die Akutsomatik nach

Abrechnungsquartal aus; während Abbildung 29 die Ergebnisse nach Behandlungsquartal darstellt. Zwischen 2022 und 2023 sind die Kosten pro Fall etwas gestiegen, was auf eine höhere Fallschwere hindeuten könnte.

Die Kosten pro Fall lassen sich mathematisch in zwei Komponenten zerlegen: Bruttokosten/(Case Mix) und Case Mix Index (d.h. der Case Mix dividiert durch die Fallzahl). Die Bruttokosten pro Case Mix sind abhängig vom Basisfallpreis, den verrechneten Zusatz-Entgelten sowie von den Kostengewichten, wobei die Kostengewichte durch die Tarifstruktur und die Aufenthaltsdauer bestimmt werden. Der Case Mix Index ist ein Mass für den mittleren Schweregrad. Dieses ist allerdings im Zeitverlauf schwierig zu interpretieren, weil die Tarifstruktur jährlich neu normiert wird.

Aufgrund der obigen Überlegungen kann der Anstieg der Kosten pro Fall in der Akutsomatik mehrere Gründe haben:

- Leichter Anstieg der Basisfallpreise (vgl. Abbildung 18)
- Zunahme der Kosten für Zusatz-Entgelte (vgl. Tabelle 3)
- Zunahme der Fallschwere: So ist z. B. der mittlere CMI gemäss den «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» des BAG von 1.06 im Jahr 2015 auf 1.09 im Jahr 2021 leicht gestiegen. Auch die Verteilung der Fälle nach DRG-Code (Anteil endend auf «A») deutet darauf hin, dass die Fallschwere in etwa konstant geblieben ist (vgl. Abbildung 30 im Anhang).

5. Fazit

Die Daten zu den stationären Leistungen zulasten der OKP zeigen, dass die abgerechneten Bruttokosten im 1. Quartal 2023 im Vergleich zur Vorjahresperiode mit rund +31 CHF pro Versicherten bzw. +16% deutlich gestiegen sind. Im 2. Quartal 2023 fiel das Wachstum mit 5.8% deutlich geringer aus. Rund ein Drittel dieses Anstiegs ist auf die Rehabilitation und zwei Drittel auf die Akutsomatik zurückzuführen. Regional beobachten wir im Espace Mittelland, in der Genferseeregion und im Tessin hohe Zuwächse von rund 20% vom 1. Quartal 2022 bis zum 1. Quartal 2023, während die Kosten in der Zentralschweiz kaum gestiegen sind. Bei den Patientengruppen fällt vor allem die Kostenzunahme in der Altersgruppe ab 66 Jahren am stärksten ins Gewicht; nach Geschlecht gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

Nach jetzigem Kenntnisstand liegen die Gründe für das hohe Wachstum des Abrechnungsvolumens Anfang 2023 eher an «buchhalterischen» Effekten in Zusammenhang mit der Fakturierungs- und Abrechnungspraxis als einer Zunahme des Behandlungsvolumens in den Spitälern. Rund ein Drittel des Wachstums lässt sich mit dem Tarifsystemwechsel in der Rehabilitation erklären: Durch die Einführung von ST Reha im Januar 2022 kam es zunächst zu einer starken Verzögerung bei der Rechnungsstellung und Abrechnung. Später kam es dann zu einem Aufholeffekt, sodass im 1. Quartal 2023 rund doppelt so viele Kosten abgerechnet wurden wie in der Vorjahresperiode. Die anderen zwei Drittel des Anstiegs entfallen auf den Bereich Akutsomatik; während die Psychiatrie nur wenig zur Kostenentwicklung beitrug. Warum die abgerechneten Kosten in der Akutsomatik im besagten Zeitraum zunahmen, ist etwas weniger klar. Die Aufschlüsselung der abgerechneten Kosten nach Behandlungszeitpunkt deutet darauf hin, dass im 1. Halbjahr 2023 auch in der Akutsomatik etwas mehr «alte» Leistungen nachträglich abgerechnet wurden; gleichzeitig wurden aber auch mehr Leistungen, die im selben Quartal erbracht wurden, abgerechnet. Folglich dürften Veränderungen der Fakturierungs- und Abrechnungsgeschwindigkeit zumindest einen Teil der beobachteten Kostensteigerung erklären. Fachpersonen bei Spitälern, die wir im Rahmen dieser Studie befragten, gaben verschiedene Gründe an: Zum einen wurden aufgrund höherer Kapitalkosten Massnahmen für eine raschere Fakturierung ergriffen. Zum anderen könnten teilweise auch Rückabwicklungen von Tarifanpassungen für die beobachteten Kostensteigerungen verantwortlich sein.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass «buchhalterische» Effekte (d.h., Veränderungen der Fakturierungs- und Abrechnungspraxis) die Interpretation der Kostenentwicklung *nach Abrechnungsquartal* bedeutend erschweren: Aussagekräftige Schlüsse zur Entwicklung der wirtschaftlichen Aktivität der Spitäler *nach Behandlungsperiode* sind auf diese Weise nicht möglich. Aus diesem Grund betrachten wir die Kostenentwicklung zudem nach Behandlungsquartal, wobei wir das Abrechnungszeitfenster jeweils konstant halten. Während dies die relevante Betrachtungsweise für die Prämienentwicklung ist, sind robuste Aussagen am aktuellen Rand (1. Halbjahr 2023) noch nicht möglich. In der Akutsomatik sind die OKP-Bruttokosten zwischen Ende 2020 und 2022 nahezu konstant geblieben, während sie in der Psychiatrie leicht gestiegen sind. Bemerkenswert ist, dass die akutsomatischen Kosten im Jahr 2022 ungefähr auf demselben Niveau wie 2016 liegen, sodass kein strukturelles mittelfristiges Kostenwachstum pro Versicherten beobachtet wird. Betrachtet man ein konstantes Abrechnungszeitfenster bis zum jeweiligen Folgequartal, haben die akutsomatischen Leistungen im 1. Quartal 2023 relativ zum Vorjahresquartal um rund 3% zugenommen. Diese Zeitreihe vermittelt naturgemäss erst ein

unvollständiges Bild; von einer auffälligen oder gar besorgniserregenden Entwicklung kann aber nicht gesprochen werden.

Die Kostenentwicklung stellt immer ein Zusammenspiel aus Veränderungen von Mengen (Fallzahlen), Basisfallpreisen und Fallschwere dar. Aus diesem Grund wurden diese Faktoren auch einzeln betrachtet. Aus Datengründen liegt der Fokus auf der Akutsomatik. Nach Abrechnungsquartal betrachtet, sind die stationären Rechnungsbelege – ein Proxy für die Fallzahlen – mittelfristig etwas gesunken und zwischen dem 1. Quartal 2022 und 2023 gestiegen. Nach Behandlungsquartal zeigt sich jedoch eine stabile Entwicklung. Die Basisfallpreise blieben zwischen 2018 und 2022 nahezu unverändert; per 2023 ist eine volumengewichtete Steigerung von 0.4% im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Bei der durchschnittlichen Fallschwere werden keine bedeutenden Veränderungen festgestellt.

Insgesamt lässt sich die starke Zunahme des Abrechnungsvolumens im 1. Halbjahr 2023 zu einem guten Teil mit Fakturierungs- und Abrechnungseffekten erklären. Wie stark die Kosten für stationäre Leistungen im *Behandlungsjahr* 2023 im Vergleich zum Vorjahr steigen werden, ist hingegen noch unklar. Nach jetzigem Kenntnisstand besteht (noch) keine Evidenz für eine starke Kostenzunahme, weil weder die Fallzahlen noch die Basisfallpreise bedeutend steigen dürften. Vereinzelt gaben die befragten Fachpersonen seitens der Spitäler sogar an, dass die Fallzahlen im ersten Halbjahr 2023 leicht rückläufig waren. Gemäss Einschätzungen der Versicherer werden die Basisfallpreise ab 2024 jedoch stärker steigen, sodass für das Behandlungsjahr 2024 preisbedingt mit höheren Kosten zulasten der OKP zu rechnen ist.

A. Anhang

A.1 Datenquellen

A.1.1 Datenpool (DP)

Merkmal	Beschreibung
Eigentümer	SASIS AG
Inhalt	Der Datenpool enthält aggregierte Daten zu den <i>abgerechneten</i> OKP-Leistungen jedes Leistungserbringers. Die Daten sind ein Zusammenzug aus den Leistungsabrechnungssystemen der Schweizer Krankenversicherer.
Identifikation	ZSR-Nummer
Datenbanken	Der Datenpool ist eine Datenbank, die aus verschiedenen Teilen besteht: – <i>Leistungsrecord</i>: Dieser Teil umfasst die abgerechneten OKP-Leistungsmengen – <i>Erkranktenrecord</i>: Dieser Teil umfasst die Anzahl der Erkrankten (Patienten). Die Zählweise ist so, dass eine versicherte Person pro Leistungserbringer und Zeitperiode einmal als Erkrankter gezählt wird. – <i>Versichertenrecord</i>: Dieser Teil erfasst die versicherten Personen in der OKP
Erfasste Merkmale	Leistungsrecord – <i>Merkmale der Leistungserbringer</i>: ZSR-Nummer, Partnerart, Adressangaben, Standortkanton (<i>keine</i> BFS-Gemeindenummer) – <i>Merkmale der Patienten</i>: Altersgruppe (5-Jahres-Intervalle), Geschlecht, Franchise, Versicherungsmodell, PLZ, BFS-Gemeindenummer, Kanton, Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ab 2015), Indikator für hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ca. ab 2017) – <i>Zeitbezug</i>: Behandlungsmonat, Abrechnungsmonat – <i>Leistungsarten</i>: Im Datenpool werden die Leistungen nach Leistungsart unterschieden. Bei den Arztpraxen können z.B. die Leistungsarten Arztleistungen (TARMED), Labor und Medikamente unterschieden werden. Bei Spitalambulatorien können TARMED-Leistungen von übrigen Leistungen unterschieden werden. Bei den stationären Leistungen entsprechen die Leistungsarten der Austrittsabteilung. – <i>Variablen</i>: OKP-Bruttoleistungen, Anzahl Konsultationen und Hausbesuche (ambulant), Anzahl Rechnungen, Anzahl Pflage tage (stationär) Erkranktenrecord – <i>Merkmale der Leistungserbringer</i>: ZSR-Nummer, Partnerart, Adressangaben, Standortkanton (<i>keine</i> BFS-Gemeindenummer), Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ab 2015), Indikator für hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ca. ab 2017) – <i>Merkmale der Patienten</i>: Altersgruppe (5-Jahres-Intervalle), Geschlecht, Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr, neu: Morbiditätskriterium PCGs – <i>Zeitbezug</i>: Abrechnungsjahr (= Geschäftsjahr), <i>kein</i> Behandlungsjahr – <i>Variablen</i>: Anzahl Erkrankte (Patienten) Versichertenrecord – <i>Merkmale der Versicherten</i>: Altersgruppe (5-Jahres-Intervalle), Geschlecht, Franchise, Versicherungsmodell, PLZ, BFS-Gemeindenummer, Kanton, Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ab 2015), Indikator für hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ca. ab 2017) – <i>Zeitbezug</i>: OKP-Deckungsjahr

	– <i>Variablen</i>: Anzahl Versicherungsmonate, das heisst, für jede versicherte Person wird die Anzahl Monate mit OKP-Deckung ausgewiesen.
Datentyp	– Individualdaten bezogen auf Leistungserbringer (ZSR-Nummer) – Gruppierte Summendaten bezogen auf Patienten (kein Patienten-Identifikator)
Einschätzung zur Datenqualität	– Sehr gut. Der Abdeckungsgrad des Datenpools liegt ab 2004 bei über 95% und ab 2011 bei 100% der Leistungen, die die Krankenversicherer in der OKP abrechnen. – <i>Einschränkung</i>: Leistungen, welche Patienten nicht bei den Krankenversicherern einreichen, sind nicht enthalten. – <i>Vollständigkeit nach Behandlungsjahr</i>: Da Patienten ihre Rechnungen noch bis fünf Jahre nach Leistungserbringung beim Krankenversicherer einreichen können, stehen die Daten nach Behandlungsjahr erst mit Verzögerung in guter Qualität zur Verfügung. Typischerweise sind bis Juli des Folgejahres rund 99% der Leistungen abgerechnet.
Jahre	Seit 1998
Periodizität	Leistungs- und Versichertenrecord: monatlich Erkrankenrecord: nur jährlich
Datenzugang	– Die Bearbeitung von nominativen Einzeldaten (ZSR-Nummern) benötigen einen Datennutzungsantrag der vom Versichertenteam sowie von der Geschäftsleitung der Sasis AG bewilligt werden muss. – Die Bearbeitung von Einzeldaten muss in den Räumlichkeiten der Sasis AG in Solothurn durchgeführt werden. – Aggregierte Daten ohne Bezug zu einzelnen Leistungserbringer können ohne Datennutzungsantrag bei der Sasis AG bestellt werden. Ergebnisse müssen mindestens 5 Leistungserbringer beinhalten.
Links	https://www.sasis.ch/de/Angebot/Produkt/ProductDetail?topMenuId=472

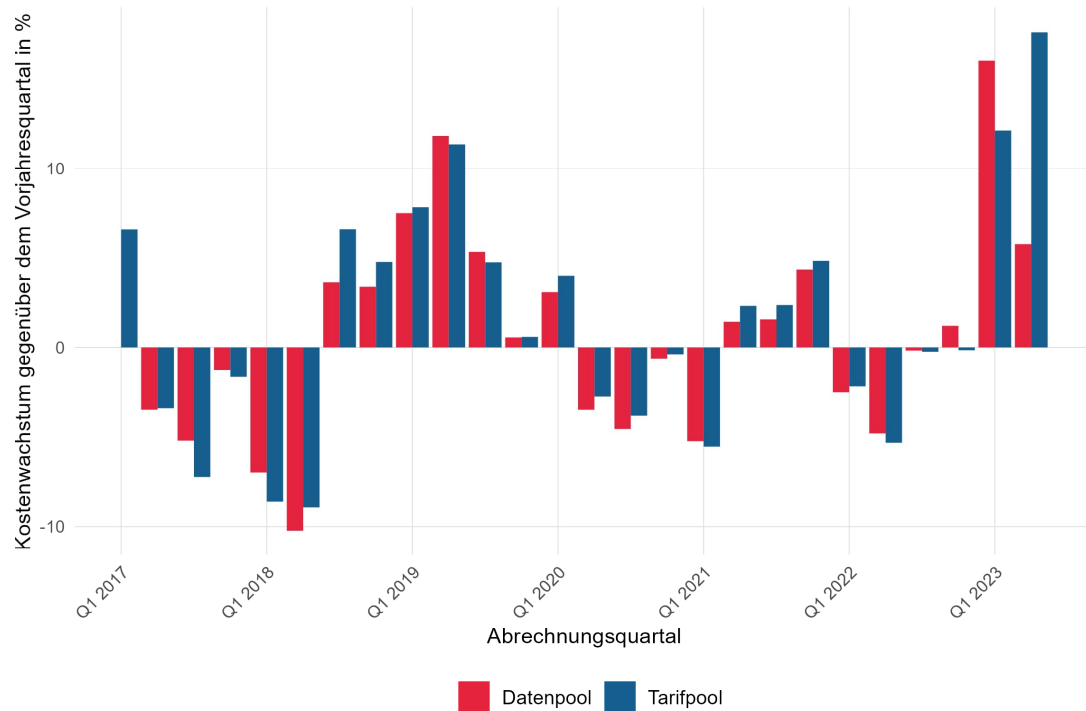
A.1.2 Tarifpool (TP)

Merkmal	Beschreibung
Eigentümer	SASIS AG
Inhalt	Der Tarifpool enthält aggregierte Leistungen differenziert nach Tarif und Tarifposition für jeden Leistungserbringer und ermöglicht dadurch detaillierte Analysen zum Leistungsspektrum. Die Daten stammen aus den <i>Vorsystemen</i> der Krankenversicherer, wo der Inhalt der Rechnungsbelege elektronisch erfasst wird. Die Daten werden somit generiert, bevor die OKP-Leistungspflicht einzelner Positionen geprüft wird.
Identifikatoren	– Leistungserbringer: ZSR-Nummer, GLN-Nummer – Patienten: keine
Erfasste Merkmale	Fakturarecord – <i>Merkmale der Leistungserbringer</i>: ZSR-Nummer, GLN-Nummer, Partnerart, Adressangaben, Standortkanton (<i>keine</i> BFS-Gemeindenummer) – <i>Merkmale der Patienten</i>: Altersgruppe (5-Jahres-Intervalle), Geschlecht, Wohnkanton (<i>keine</i> BFS-Gemeindenummer), Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ab 2015), Indikator für hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ca. ab 2017) – <i>Zeitbezug</i>: Behandlungsmonat, Abrechnungsmonat, (neu ab 1.1.2021: Behandlungstag) – <i>Leistungsstruktur</i>: Tarif (z.B. 001 «TARMED»), Tarifgruppen (z.B. TARMED-Kapitel 02 «Psychiatrie und Psychotherapie») und die genaue Tarifposition (z.B. 00.0510 «Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.»). Bei Medikamenten ist der GTIN oder Pharmacode sowie der ATC-Code hinterlegt. – <i>Variablen</i>: Anzahl abgerechnete Positionen, Rechnungsbetrag (Fakturabetrag) Patientenrecord Für jeden Leistungserbringer werden sogenannte «Monatserkrankte» ausgewiesen. Rückschlüsse auf die Anzahl der Erkrankten während eines Jahres sind nicht möglich. <i>Merkmale der Patienten</i>: Altersgruppe (5-Jahres-Intervalle), Geschlecht, Wohnkanton (<i>keine</i> BFS-Gemeindenummer), Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ab 2015), Indikator für hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (Definition Risikoausgleich, ca. ab 2017)
Datentyp	– Individualdaten bezogen auf Leistungserbringer – Gruppierte Summendaten bezogen auf Patienten
Einschätzung zur Datenqualität	– <i>Abdeckung</i>: Gemäss Berechnungen der Sasis AG beläuft sich der Abdeckungsgrad des Tarifpools im Jahr 2019 gesamthaft auf über 95% der OKP-Leistungen. In den früheren Jahren war die Abdeckung deutlich tiefer. Eine Hochrechnung mittels Gewichtung wird empfohlen. – <i>Einschränkung</i>: Leistungen, welche Patienten nicht bei den Krankenversicherern einreichen, sind nicht enthalten. – <i>Vollständigkeit nach Behandlungsjahr</i>: Da Patienten ihre Rechnungen noch bis fünf Jahre nach Leistungserbringung beim Krankenversicherer einreichen können, stehen die Daten nach Behandlungsjahr erst mit Verzögerung in guter Qualität zur Verfügung. Typischerweise sind bis Juli des Folgejahres rund 99% der Leistungen abgerechnet. – <i>Kongruenz mit den abgerechneten OKP-Leistungen</i>: Der Tarifpool erfasst Rechnungen nach KVG, die bei den Versicherern eingereicht werden. Die Daten stammen jedoch aus den Vorsystemen, also <i>bevor</i> die Versicherer die einzelnen Positionen auf ihre OKP-Leistungspflicht prüfen und abrechnen. Es kommt daher vor, dass im Tarifpool auch vereinzelt Leistungen enthalten sind, die der Versicherer letztlich nicht über die OKP abgerechnet hat.

	– <i>Leistungen nach GLN-Nummer:</i> Nicht alle Krankenversicherer erfassen die GLN-Nummer pro Tarifposition im Scanning, sondern verwenden die GLN-Nummer vom Rechnungskopf, welche bei Spitälern und Gruppenpraxen einer Betriebe-GLN und keiner Personen-GLN entspricht. Somit ist die Qualität der Leistungen nach GLN-Nummer im Tarifpool zurzeit unvollständig.
Jahre	Seit 2004
Periodizität	<i>Fakturarecord:</i> monatlich und jährlich <i>Patientenrecord:</i> monatlich
Datenzu- gang	siehe unter Datenpool
Links	https://www.sasis.ch/de/Angebot/Produkt/ProductDetail?topMenuId=478

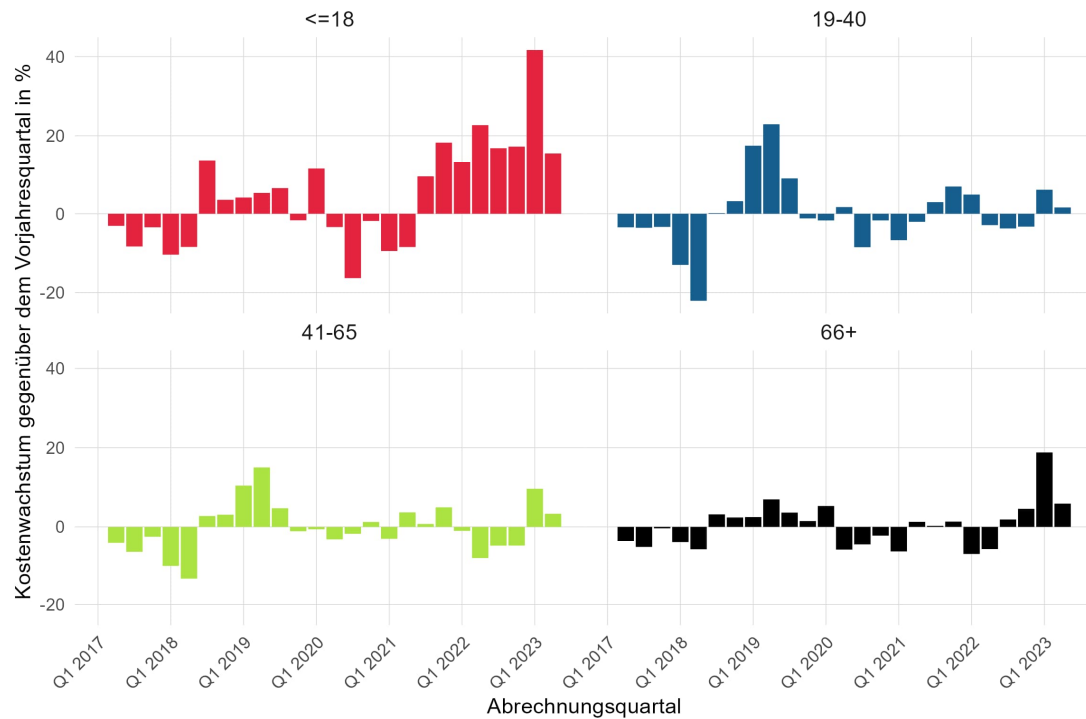
A.2 Weitere Ergebnisse

Abbildung 19: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Datenquelle



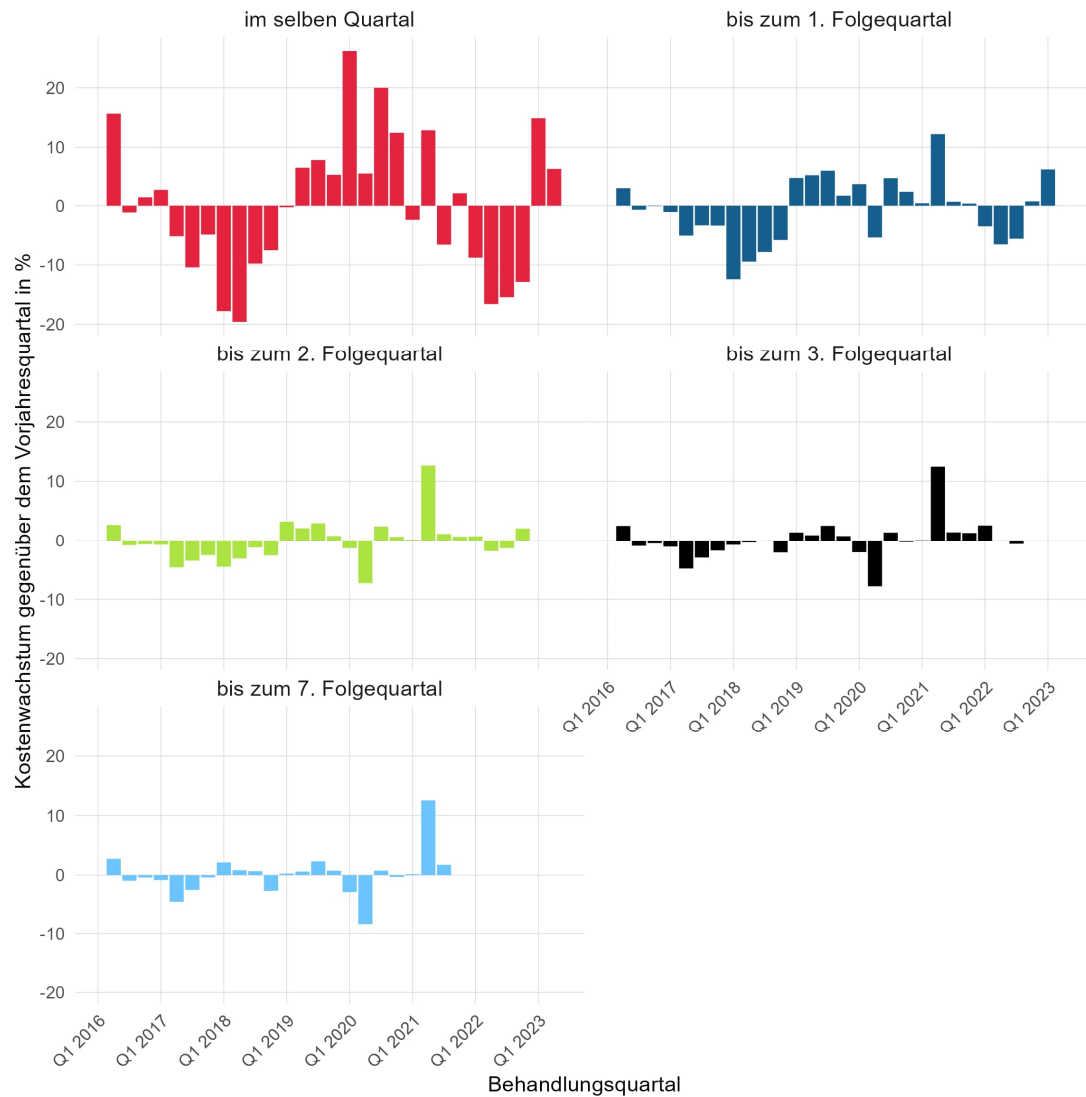
Anmerkungen: Die Grafik zeigt das stationäre OKP-Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahresquartal nach Abrechnungsquartal und Datenquelle. Quelle: Datenpool, SASIS AG; Tarifpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 20: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Altersgruppe



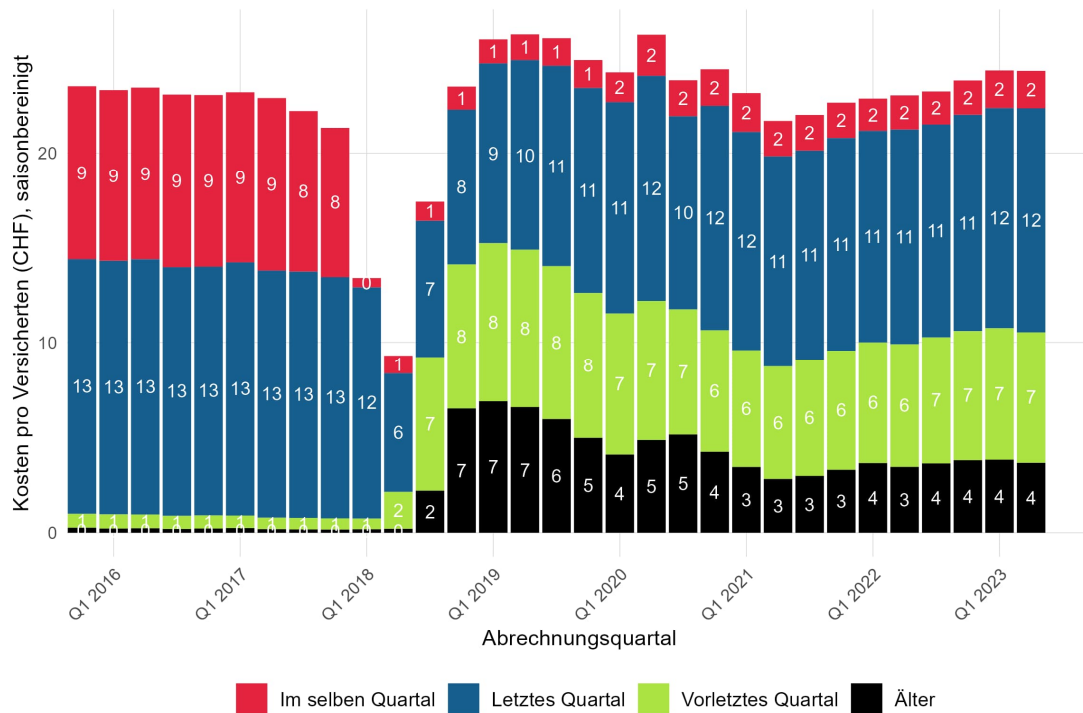
Anmerkungen: Die Grafik zeigt das stationäre OKP-Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahresquartal nach Abrechnungsquartal und Altersgruppe. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 21: Bruttokostenwachstum gegenüber dem Vorjahr nach Behandlungsquartal



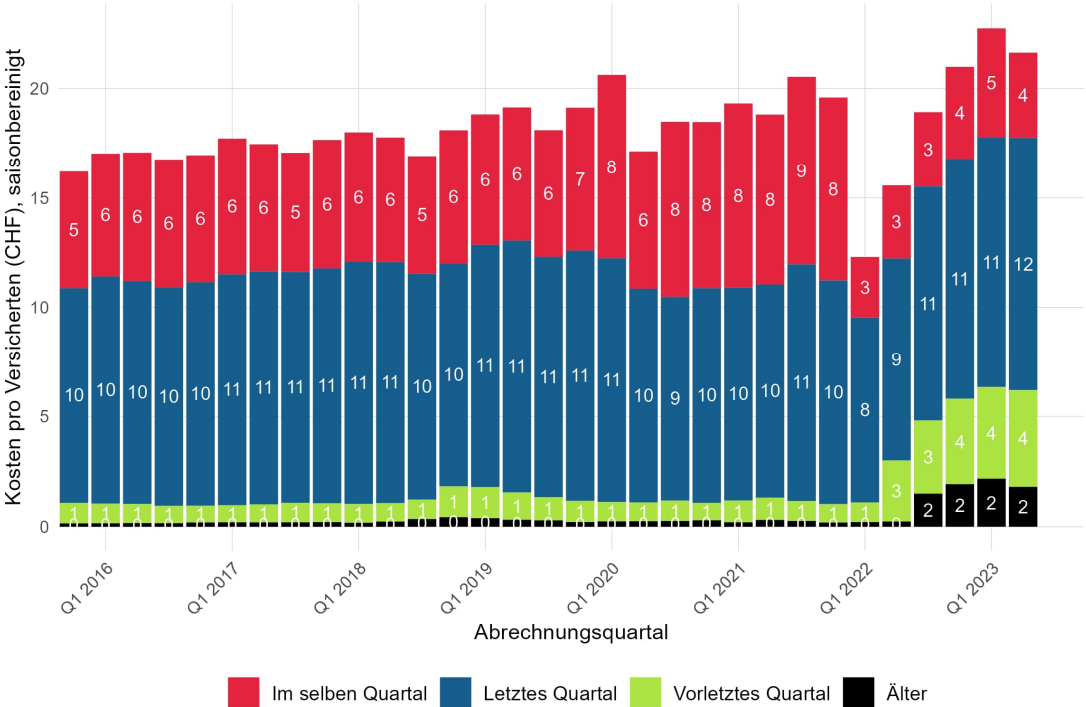
Anmerkungen: Die Grafik zeigt das Bruttokostenwachstum nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. **Quelle:** Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 22: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Psychiatrie, saisonbereinigt



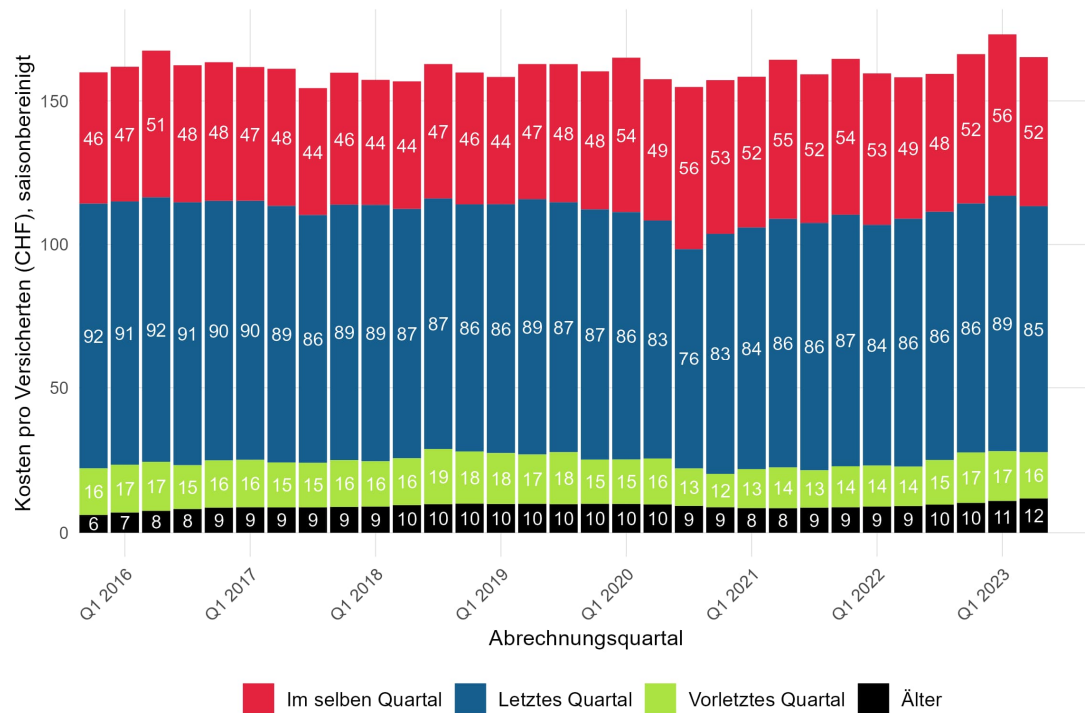
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Psychiatrie nach Abrechnungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungserbringung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. **Quelle:** Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 23: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Rehabilitation, saisonbereinigt



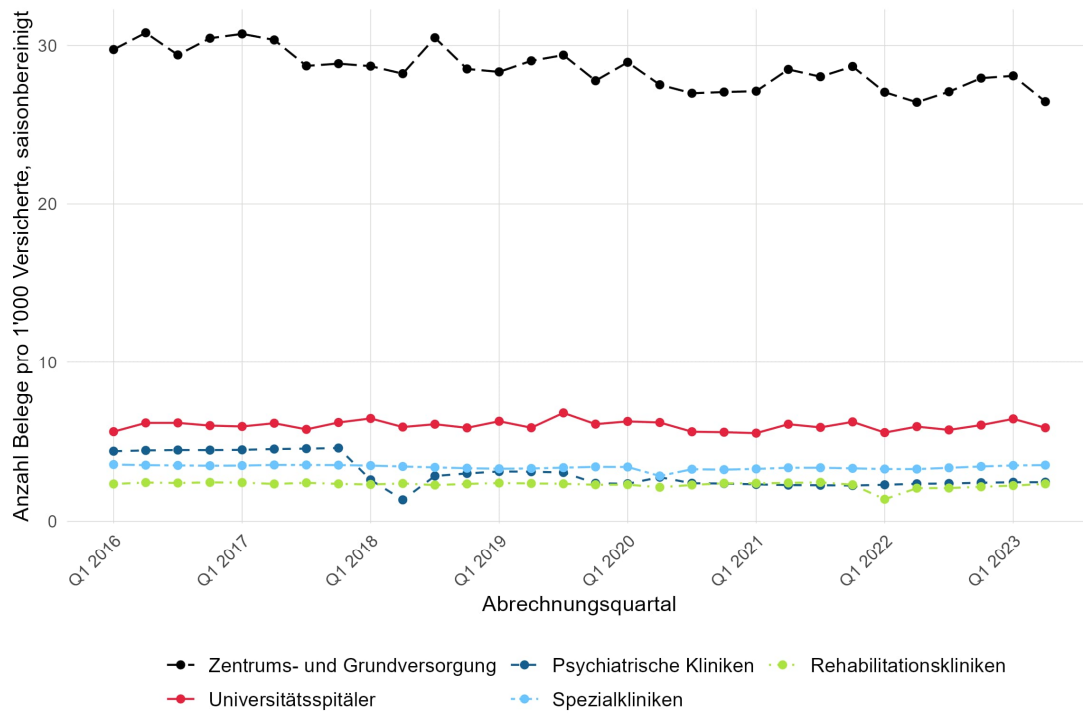
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Rehabilitation nach Abrechnungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungserbringung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt.
Quelle: Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 24: Abrechnungsgeschwindigkeit in der Akutsomatik, saisonbereinigt



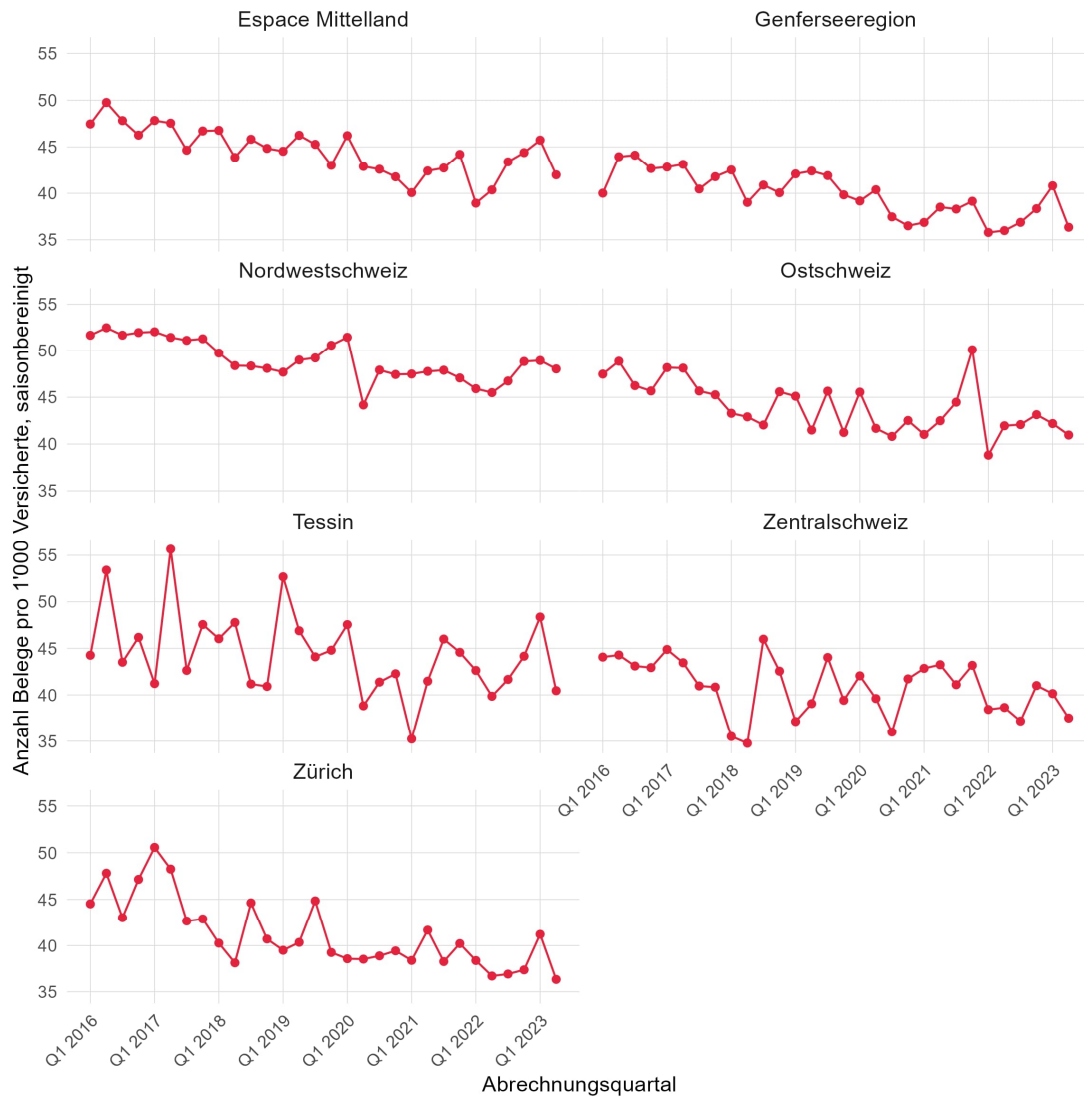
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Versicherten in der Akutsomatik nach Abrechnungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungserbringung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 25: Fallzahlen nach Spitaltyp, saisonbereinigt



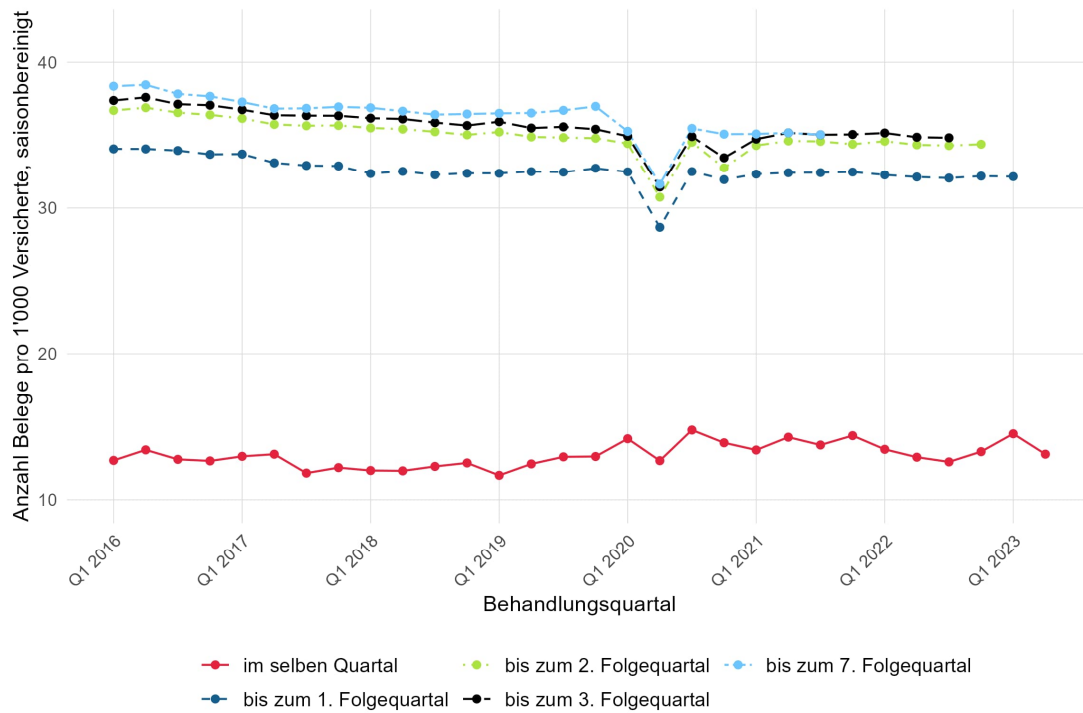
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Fallzahlen pro 1'000 Versicherte nach Abrechnungsquartal und Spitaltyp. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Wir verwenden die Anzahl der Belege als Proxy für die Anzahl der Fälle. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 26: Fallzahlen nach Grossregion, saisonbereinigt



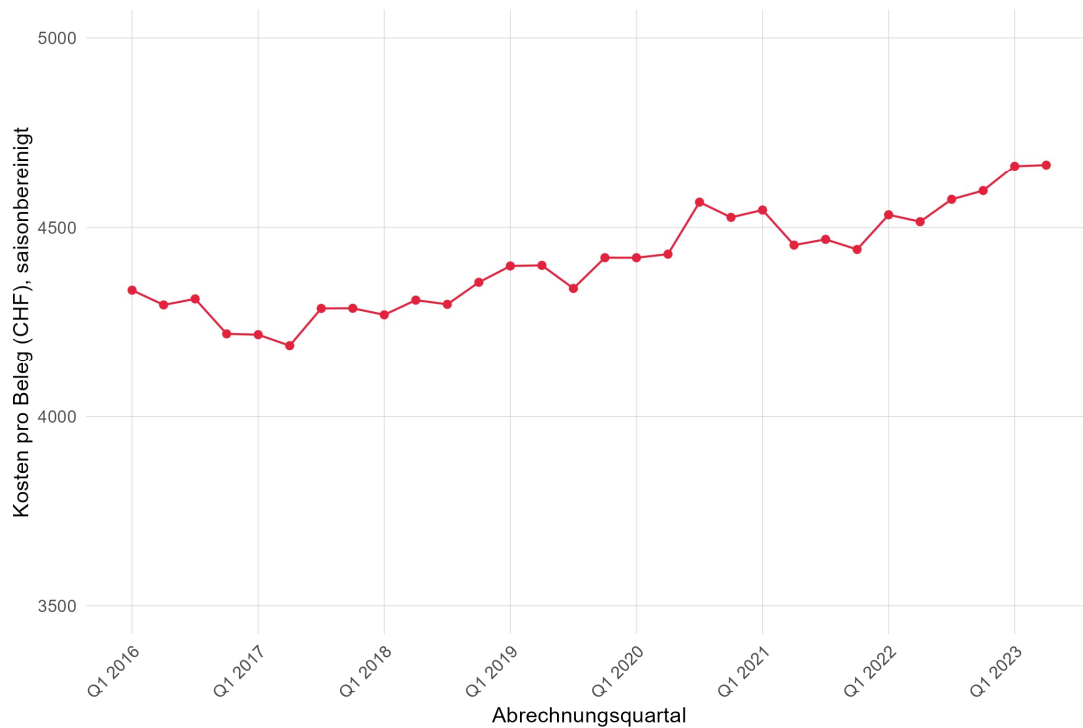
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Fallzahlen pro 1'000 Versicherte nach Abrechnungsquartal und Grossregion. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Wir verwenden die Anzahl der Belege als Proxy für die Anzahl der Fälle.
Quelle: Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 27: Fallzahlen nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt



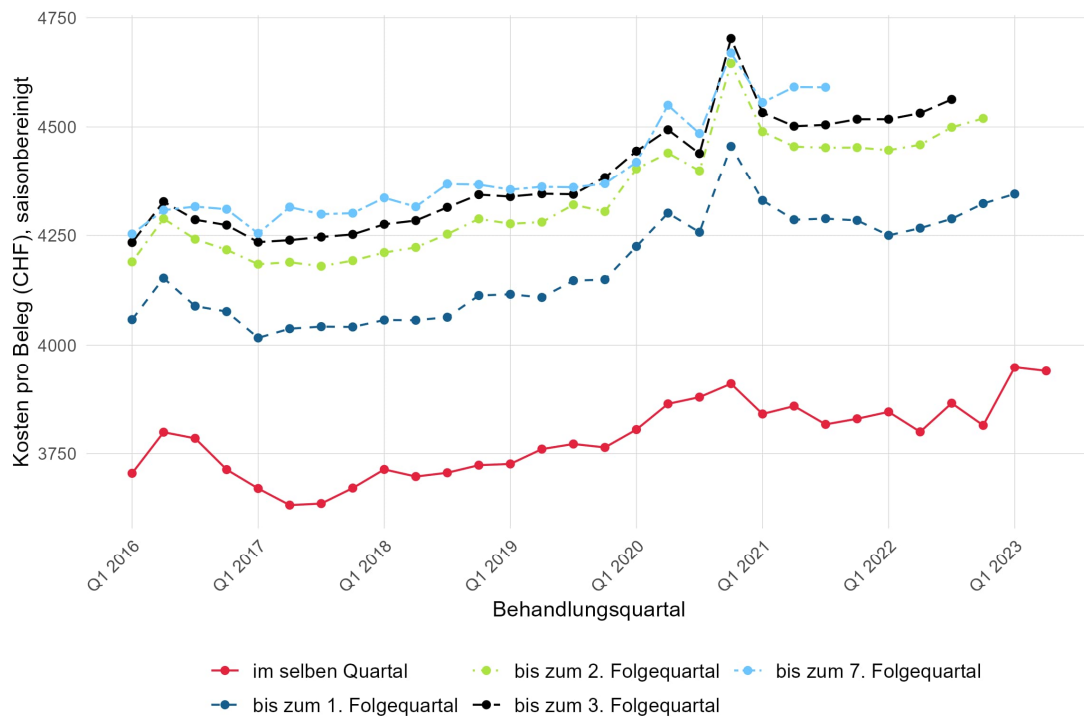
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Fallzahlen in der Akutsomatik nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt. Wir verwenden die Anzahl der Belege als Proxy für die Anzahl der Fälle. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 28: Bruttokosten pro Fall in der Akutsomatik, saisonbereinigt



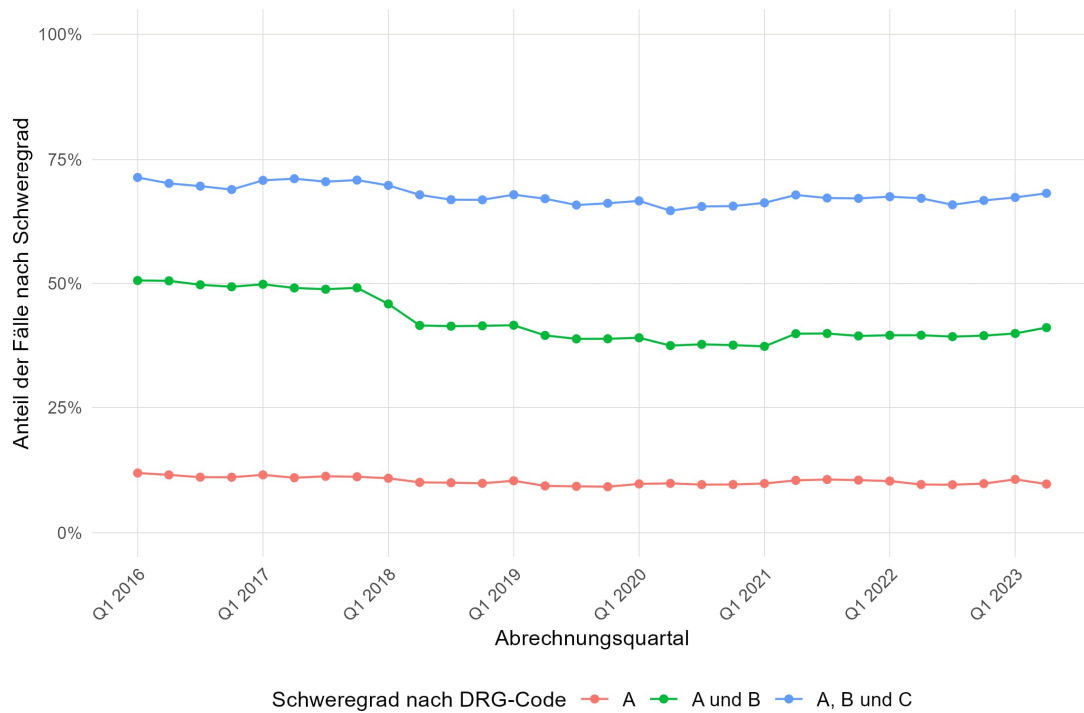
Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Rechnungsbeleg in der Akutsomatik nach Abrechnungsquartal und Aktivitätstyp. Die Zeitreihe ist saisonbereinigt. *Quelle:* Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 29: Bruttokosten pro Fall nach Behandlungsquartal, Akutsomatik, saisonbereinigt



Anmerkungen: Die Grafik zeigt die stationären OKP-Bruttokosten in CHF pro Rechnungsbeleg in der Akutsomatik nach Behandlungsquartal und für verschiedene Zeitfenster der Leistungsabrechnung. Die Zeitreihen sind saisonbereinigt.
Quelle: Datenpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

Abbildung 30: Fallschwere im Zeitverlauf, Akutsomatik



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den Anteil der stationären Fälle in der Akutsomatik nach Schweregrad. Als Mass für den Schweregrad wird der letzte Buchstabe des DRG-Codes verwendet. DRG-Codes, die auf «Z» oder «0» enden, wurden ausgeschlossen. Die Zeitreihen sind nicht saisonbereinigt. *Quelle:* Tarifpool, SASIS AG; eigene Berechnungen.

