

Ärztstopp als Kostenbremse – Warum es Zeit ist umzudenken

B. Horisberger*, O. Schmid*

Einleitung

Gemäss dem Bundesamt für Statistik sind die Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttosozialprodukt (BIP), in den letzten 40 Jahren kontinuierlich von 4,9% (1960) auf 10,7% (2000) gestiegen [1]. Die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung liegen in der Schweiz heute höher als in allen anderen europäischen Ländern [2].

Das öffentliche Interesse an den Kosten des Gesundheitswesens konzentriert sich hierzulande seit einigen Jahren insbesondere auf die Leistungen der Krankenversicherer und auf die Versicherungsprämien. Im Mittelpunkt der Debatten stehen dabei die Leistungen in der Grundversicherung. Davon betroffen sind in erster Linie die privaten Haushalte, welche insgesamt etwa zwei Drittel aller «Kosten des Gesundheitswesens» tragen und die Versicherungsleistungen über Mitgliederbeiträge und Kostenbeteiligungen finanzieren [3]. Zwischen 1999 und 2002 sind die Bruttoleistungen der KVG-Versicherer, pro Versicherte, insgesamt von Fr. 2014.– auf Fr. 2354.– pro Jahr angestiegen (+16,9%), und die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene erhöhte sich von Fr. 2448.– auf Fr. 2940.– (+20,1%) [4, 5].

Viele Politiker sehen in der Zunahme der Leistungserbringer, vor allem in der freien Praxis (Stichwort Ärztedichte), die Hauptursache für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Sie werden in ihrer Annahme bestärkt durch die Tatsache, dass Kantone mit einer höheren Ärztedichte auch höhere Gesundheitskosten aufweisen (Abb. 1).

Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer

Am 3. Juli 2002 hat der Bundesrat die Regeln einer bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt [6]. Im Anhang 1 zur Verordnung wird für jeden Kanton die maximale Anzahl Leistungserbringer für die verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen und die anderen Gesundheitsberufe, die in der Grundversicherung abrechnen dürfen, als Richtwert vorgegeben. Dieser orientiert sich im wesentlichen am Status

quo. Den Kantonen sollte damit ein Instrument in die Hand gegeben werden, um die Kostenentwicklung einzudämmen. Das BSV bezeichnete die Verordnung in einer Medienmitteilung als «Notbremse» [7].

Diese Massnahme entspricht der Vorstellung eines angebotsinduzierten Kostenverursachermodells. Die These, dass die Ärztedichte die Menge der Leistungen zu einem bestimmten Zeitpunkt bestimmt, stösst in der wissenschaftlichen Literatur auf breite Zustimmung [8–11]. Hingegen ist die Annahme, dass die Ärztedichte auch das Wachstum der Gesundheitskosten entscheidend beeinflusst, umstritten. Das Schrifttum über die Dynamik der Kostenentwicklung in Abhängigkeit von der Ärztedichte ist im Gegensatz zur Fülle der Publikationen über konsumfördernde Effekte spärlich. Längerfristig werden die Kostensteigerungen als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, der Einführung neuer und teurerer Medikamente, der Zunahme der ambulanten Spitalbehandlungen, der Nachfragesteigerung aus demographischen Gründen und der höheren Pflegeheimkosten für mindestens so wichtig gehalten wie die angebotsinduzierte Kostensteigerung durch die Ärzte [12].

Damit stellt sich die *Schlüsselfrage*, ob ein gesicherter Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und dem Anstieg der Kassenleistungen überhaupt nachgewiesen werden kann. Der neue Aspekt dieser Arbeit ist die Analyse des prozentualen Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenversicherung in Abhängigkeit von der Ärztedichte 1999 und der Veränderung derselben zwischen 1999 und 2002 in den 26 Kantonen.

Material und Methode

Material

Als Grundlage für unsere Berechnungen benützten wir für die Kostenermittlung den *santésuisse*-Datenpool [4], für die Prämienhebung die schweizerische Sozialversicherungsstatistik, herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherung [5], und zur Erfassung der Ärztedichten die FMH-Ärztstatistik [13, 14]. Die verwendeten Daten werden in Tabelle 1 festgehalten.

* Es bestehen keine Interessensverbindungen wie fremde finanzielle Mittel oder persönliche Verbindungen im Zusammenhang mit der eingereichten Arbeit.

Korrespondenz:
Dr. oec. Olivier Schmid
Institut für Unternehmensforschung
Universität St. Gallen
Holzstrasse 15
CH-9010 St. Gallen
Tel. 071 224 24 61
Fax 071 224 21 02
E-Mail: olivier.schmid@unisg.ch

Tabelle 1

Ärztedichten, Kassenleistungen und Durchschnittsprämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG, nach Kantonen 1999 und 2002.

Kanton*	Einwohner pro Arzt mit Praxis		Arzt mit Praxis/1000 E (Ärztedichte)		Veränderung 1999-2002		Kassenleistung für med. Behandlung Arzt		Veränderung 1999-2002		Kassenleistung pro Versicherte total		Veränderung 1999-2002		Durchschnittsprämie pro Jahr für Erwachsene		Zunahme 1999-2002	
	1999	2002	1999	2002	%	1999	2002	1999	2002	%	1999	2002	1999	2002	%	1999	2002	%
BS	285	283	3,51	3,53	0,57	675	697	3,26	2785	3122	12,10	3240	3912	20,74	3240	3912	20,74	
GE	321	300	3,12	3,33	6,73	870	954	9,66	2952	3483	17,99	3576	4368	22,15	3576	4368	22,15	
VD	423	426	2,36	2,35	-0,42	571	651	14,01	2481	2912	17,37	3252	3708	14,02	3252	3708	14,02	
ZH	465	445	2,15	2,25	4,65	578	644	11,42	2068	2336	12,96	2460	2988	21,46	2460	2988	21,46	
NE	524	492	1,91	2,03	6,28	443	524	18,28	2187	2754	25,93	2964	3528	19,03	2964	3528	19,03	
BE	520	501	1,92	2,00	4,17	445	533	19,78	1945	2311	18,82	2412	2844	17,91	2412	2844	17,91	
TI	521	514	1,92	1,95	1,56	581	646	11,19	2426	2934	20,94	2916	3360	15,23	2916	3360	15,23	
BL	544	521	1,84	1,92	4,35	609	670	10,02	2093	2453	17,20	2484	2976	19,81	2484	2976	19,81	
SH	539	538	1,86	1,86	0,00	459	500	8,93	2032	2304	13,39	2220	2820	27,03	2220	2820	27,03	
GR	580	601	1,72	1,67	-2,91	405	458	13,09	1664	1875	12,68	1764	2280	29,25	1764	2280	29,25	
VS	609	603	1,64	1,66	0,61	416	483	16,11	1769	2118	19,73	2028	2328	14,79	2028	2328	14,79	
ZG	627	627	1,59	1,59	0,00	416	482	15,87	1545	1946	25,95	1824	2232	22,37	1824	2232	22,37	
SO	659	641	1,52	1,56	2,63	458	540	17,90	1833	2167	18,22	2340	2640	12,82	2340	2640	12,82	
SG	665	646	1,50	1,55	3,33	427	486	13,82	1629	1897	16,45	1920	2328	21,25	1920	2328	21,25	
AR	668	669	1,50	1,49	-0,66	382	430	12,57	1556	1796	15,42	1764	2124	20,41	1764	2124	20,41	
JU	666	670	1,50	1,49	-0,66	407	448	10,07	2326	2619	12,60	2712	3420	26,11	2712	3420	26,11	
LU	707	684	1,41	1,46	3,55	358	405	13,13	1551	1846	19,02	1836	2316	26,14	1836	2316	26,14	
FR	698	688	1,43	1,45	1,40	482	550	14,11	1951	2265	16,09	2340	2844	21,54	2340	2844	21,54	
AG	730	712	1,37	1,40	2,19	428	471	10,05	1745	2064	18,28	1992	2544	27,71	1992	2544	27,71	
UR	804	757	1,24	1,32	6,45	385	427	10,91	1553	1769	13,91	1824	2148	17,76	1824	2148	17,76	
GL	815	791	1,23	1,26	2A4	441	481	9,07	1750	2020	15,43	1848	2280	23,38	1848	2280	23,38	
TG	805	795	1,24	1,26	1,61	406	454	11,82	1820	2121	16,54	2088	2700	29,31	2088	2700	29,31	
SZ	967	834	1,03	1,20	16,50	427	520	21,78	1575	1870	18,73	1896	2304	21,52	1896	2304	21,52	
NW	1013	864	0,99	1,16	17,17	349	398	14,04	1439	1679	16,68	1716	2016	17,48	1716	2016	17,48	
AI	967	915	1,03	1,09	5,83	329	427	29,79	1307	1670	27,77	1572	1908	21,37	1572	1908	21,37	
OW	999	940	1,00	1,06	6,00	365	390	6,85	1532	1727	12,73	1812	2136	17,88	1812	2136	17,88	
CH	526	510	1,90	1,96	3,16	504	569	12,90	2014	2354	16,88	2448	2940	20,10	2448	2940	20,10	

* Die Kantone sind in absteigender Reihenfolge der Ärztedichte 2002 geordnet.

Abbildung 1

Ärztedichte und Kassenleistungen sowie Krankenversicherungsprämien 2002.

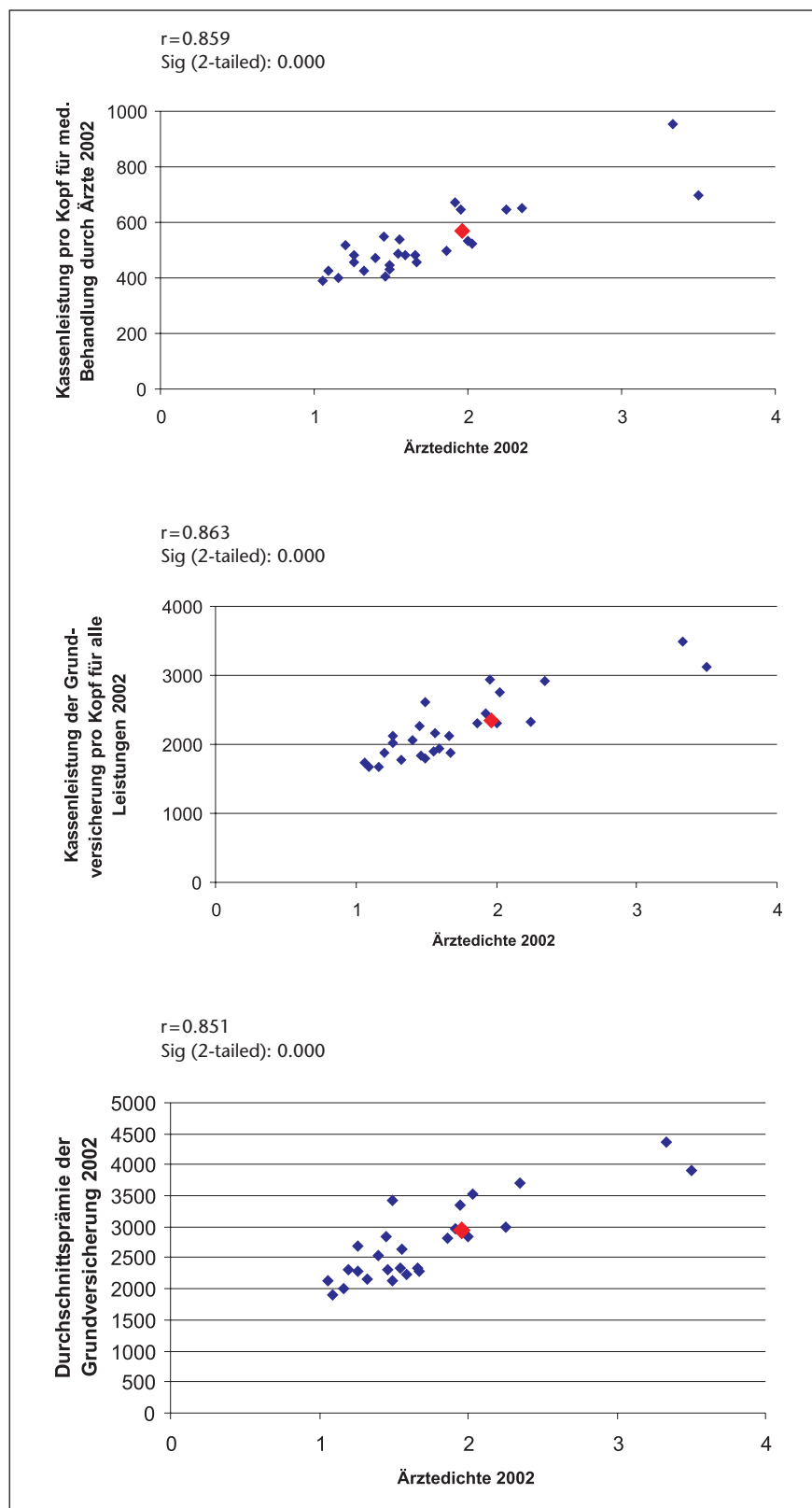


Tabelle 2

Versicherungsleistungen insgesamt pro Versicherte in 26 Kantonen 1999–2002.

Kanton	1999	2000	2001	2002
AG	1745	1877	1981	2064
AI	1307	1438	1539	1670
AR	1556	1676	1748	1796
BE	1945	2161	2224	2311
BL	2093	2224	2362	2453
BS	2785	2927	3099	3122
FR	1951	2020	2155	2265
GE	2952	3085	3366	3483
GL	1750	1875	1947	2020
GR	1664	1838	1844	1875
JU	2326	2352	2526	2619
LU	1551	1668	1788	1846
NE	2187	2589	2718	2754
NW	1439	1601	1637	1679
OW	1532	1651	1693	1727
SG	1629	1716	1800	1897
SH	2032	2140	2252	2304
SO	1833	1949	2039	2167
SZ	1575	1700	1876	1870
TG	1820	1897	1973	2121
TI	2426	2642	2768	2934
UR	1553	1682	1850	1769
VD	2481	2676	2852	2912
VS	1769	1933	2031	2118
ZG	1545	1664	1848	1946
ZH	2068	2172	2277	2336
CH	2014	2161	2272	2354

Quelle: Santésuisse-Datenpool [4].

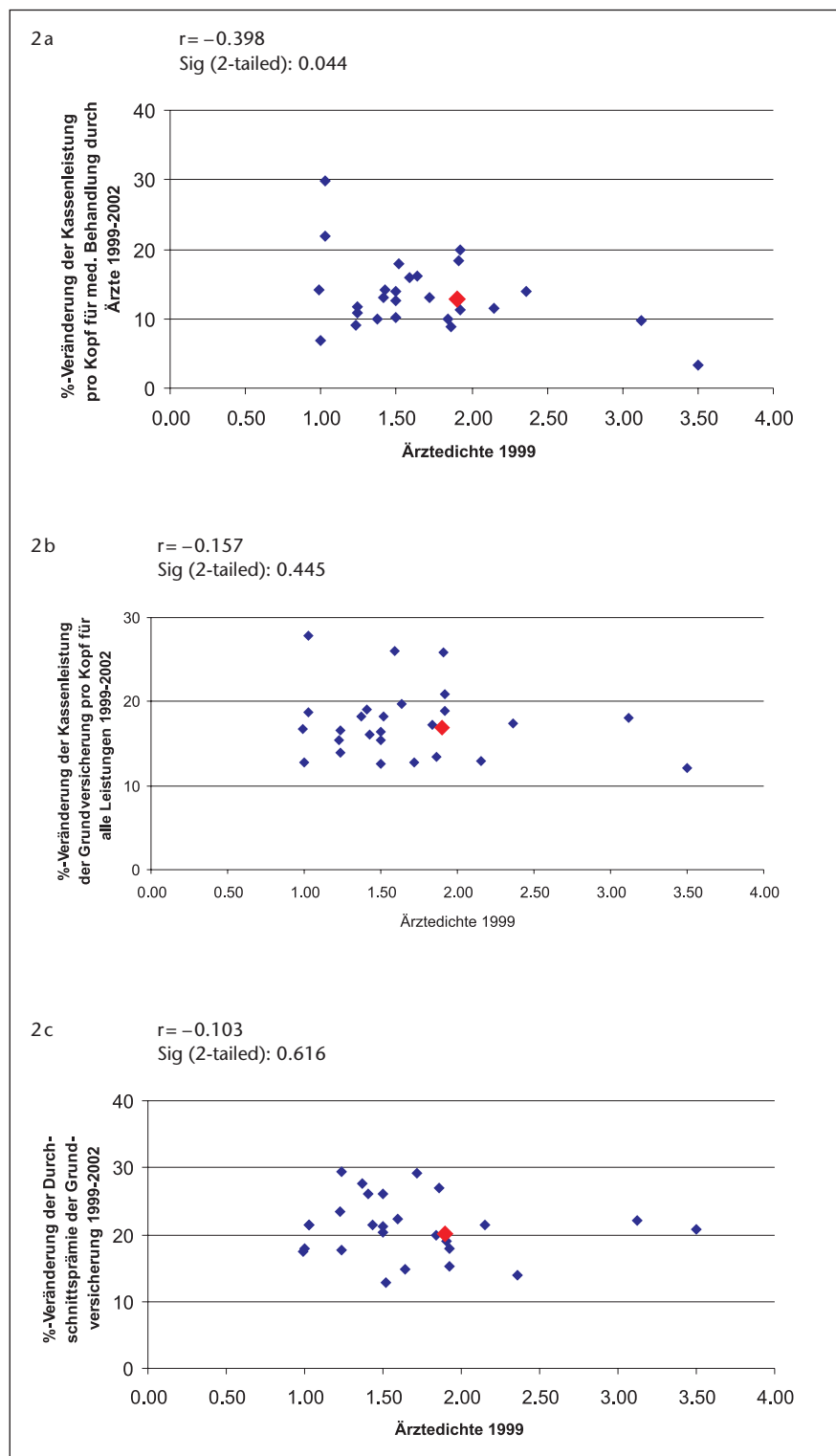
Methoden der Statistik

Die Abhängigkeit zwischen der Ärztedichte und den Kassenleistungen bzw. den Versicherungsprämien wurde anhand der Pearson-Korrelation gemessen. Die Korrelationswerte wurden jeweils mittels t-Test auf Signifikanz geprüft. Sämtliche Berechnungen sind mit der Statistiksoftware SPSS vorgenommen worden.

Um den dynamischen Zusammenhang zwischen den Variablen zu messen, wurden die Korrelationen zwischen der *Ärztedichte 1999* und den *prozentualen Veränderungen* der Kassenleistungen bzw. der Versicherungsprämien zwischen 1999 und 2002 analysiert. In einer zweiten Analyse wurde der Zusammenhang zwischen der *prozentualen Veränderung der Ärztedichten* und der *prozentualen Veränderung der Kassenleistungen* bzw. der Versicherungsprämien in den Jahren 1999–2002 ermittelt.

Abbildung 2a–c

Prozentuale Veränderung der Kassenleistungen und Versicherungsprämien 1999–2002 in Beziehung zur Ärztedichte 1999 in 26 Kantonen.



a Als Basis wurden die Prämien für Erwachsene (ab Alter 26 Jahre) inklusive Unfalldeckung bei ordentlicher Grundfranchise von Fr. 230.– angenommen [5].

Die einleitend festgehaltene signifikante Korrelation im Querschnitt zwischen der Ärztedichte und den Kassenleistungen bzw. Krankenversicherungsprämien (vgl. Abb. 1) wurde durch Stratifizierung der Daten geprüft. Dabei gruppierten wir die Kantone nach regionalen und strukturellen Merkmalen, um möglichst homogene Schichten zu erhalten.

Ergebnisse

Die Ärztedichte (Arzt mit Praxistätigkeit pro 1000 Einwohner) betrug 1999 im Mittel 1,90 (Spannweite: 0,99–3,51) und 1,96 (Spannweite: 1,06–3,53) im Jahr 2002. Das entspricht einer Zunahme von 3,16% innert vier Jahren.

Der Totalaufwand der KVG-Versicherer betrug 1999 Fr. 2014.– und 2002 Fr. 2354.– pro Versicherten (+16,88%). Davon beanspruchte die ambulante Behandlung in den Arztpraxen (ohne Medikamente) rund ein Viertel (1999: Fr. 504.–; 2002: Fr. 569.– [+12,9%]).

Die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene belief sich 1999 auf Fr. 2448.– pro Jahr und 2002 auf Fr. 2940.– (+20,1%).^a

Die im *Querschnitt* (Abb. 1) dargestellte hohe positive Korrelation zwischen der momentanen Höhe der Gesundheitsausgaben (und der Versicherungsprämien) und der Ärztedichte erlaubt primär keine Aussagen über einen kausalen Zusammenhang.

Im *Längsschnitt* sind die Korrelationen zwischen der Ärztedichte im Jahr 1999 und den prozentualen Veränderungen der Versicherungsleistungen für die «ambulante Behandlung Arztpraxis» (Abb. 2a) und für die «Kassenleistungen pro Versicherte insgesamt» (Abb. 2b) *nicht signifikant* (Signifikanzniveau 99,9%).

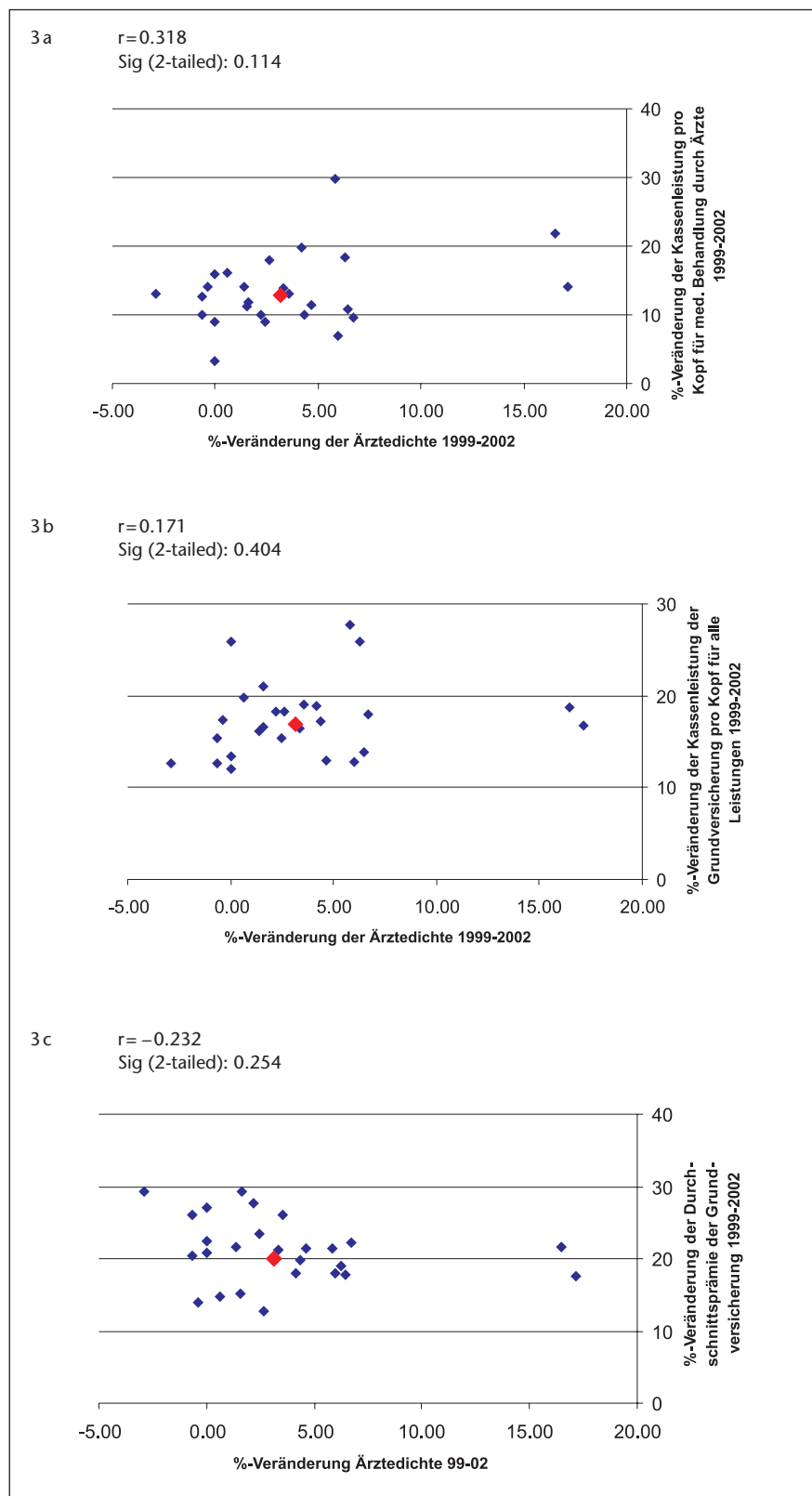
Die Korrelation zwischen der Ärztedichte 1999 und der Veränderung der Grundversicherungsprämien in den 26 Kantonen (Abb. 2c) ist ebenfalls *nicht signifikant* (Signifikanzniveau 99,9%).

Zwischen den prozentualen Veränderungen der Ärztedichten und den prozentualen Veränderungen der Kassenleistungen für die «ambulante Behandlung in Arztpraxen» (Abb. 3a) bzw. «pro Versicherte insgesamt» (Abb. 3b) besteht statistisch *kein signifikanter Zusammenhang*. Dieselbe Aussage gilt auch bezüglich Veränderung der Ärztedichte und dem Anstieg der Grundversicherungsprämien pro Versicherte (Abb. 3c).

Durch eine geeignete Stratifizierung der Daten lässt sich der in der Einleitung aufgezeigte signifikante Zusammenhang im Querschnitt zwischen der Ärztedichte und den Kassenlei-

Abbildung 3 a–c

Veränderung der Kassenleistungen und Versicherungsprämien 1999–2002 in Beziehung zur Veränderung der Ärztedichten in 26 Kantonen 1999–2002.



b N = 12: ZG, LU, UR, GL, SZ, NW, OW, AI, AR, SG, TG, GR.

stungen bzw. den Krankenversicherungsprämien dann auch widerlegen. Betrachtet man z. B. die ländlichen Kantone der Ost- und Zentralschweiz^b, so ist die Korrelation zwischen der Ärztedichte und den Kassenleistungen bzw. den Prämien nicht mehr signifikant (Abb. 4).

Bei den übrigen Kantonen ist weiterhin eine signifikante Korrelation festzustellen. Wenn die Kantone BS, ZH, VD und GE jedoch ausgeklammert werden, ist der Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und den Kassenleistungen bzw. den Krankenversicherungsprämien nicht mehr signifikant (Abb. 5). Es scheint somit ein zusätzlicher «Stadt/Land»-Effekt zu existieren, der auf der vorhandenen (kantonalen) Datenbasis nicht sauber filtriert werden kann.

Gesamtschweizerisch stiegen die Durchschnittsprämien für Erwachsene ab Alter 26 Jahre in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1999 bis 2002 um 20,1%. Im ganzen zeigten die Prämiensteigerungen in den 26 Kantonen einen parallelen Verlauf unabhängig von der Ärztedichte (Abb. 6). Dargestellt sind die Verläufe der Prämiensteigerungen für 6 Kantone mit hoher Ärztedichte (BS, GE, VD, ZH, NE, BE) und für 6 Kantone mit niedriger Ärztedichte (GL, TG, SZ, NW, AI, OW). Die Prämien in den Kantonen mit niedrigerer Ärztedichte stiegen sogar etwas stärker als in den Kantonen mit höherer Ärztedichte (+22,06% gegenüber +19,23%).

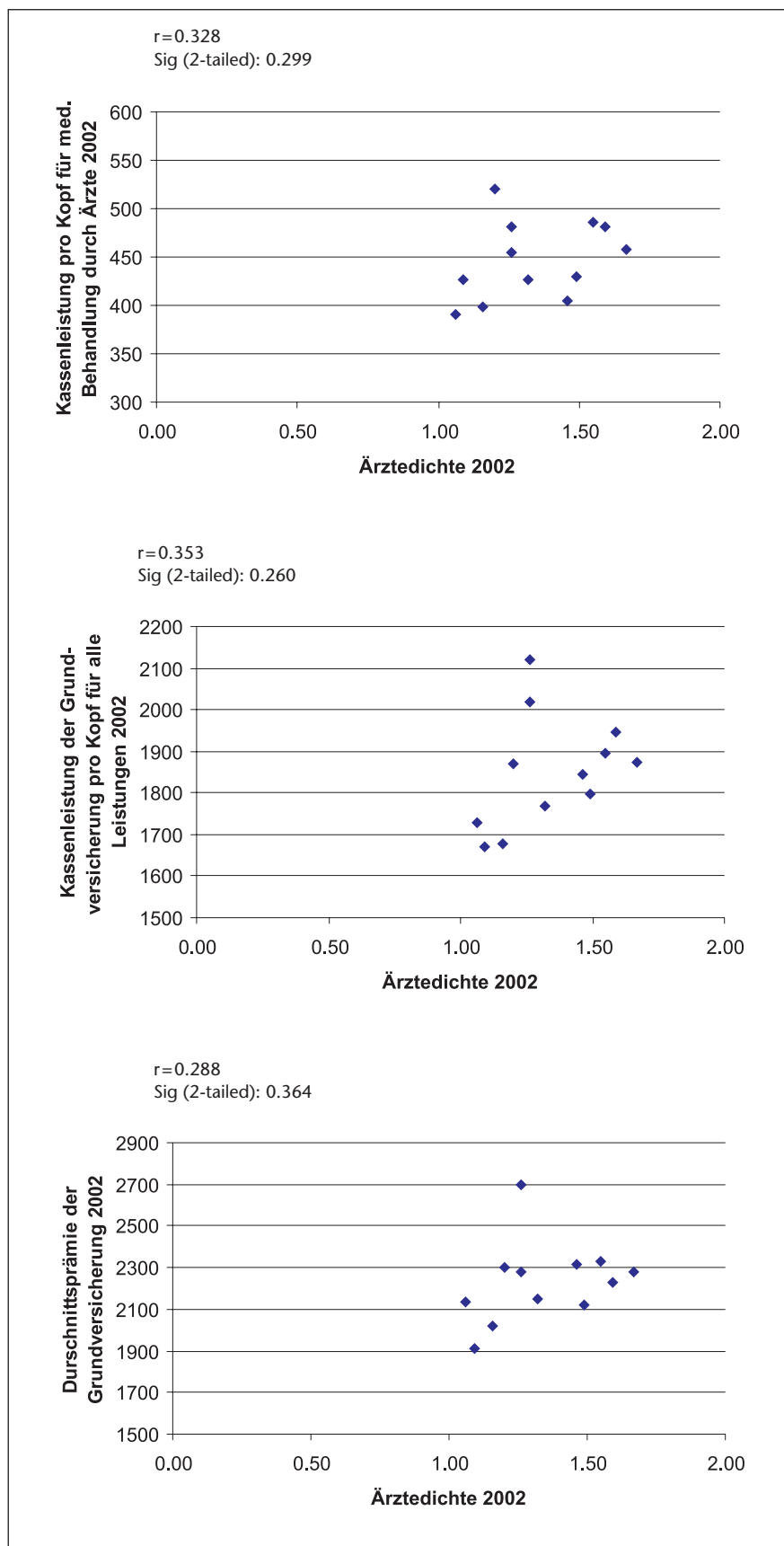
Diskussion

Die Aussage, dass eine zu hohe Ärztedichte die Leistungen der Krankenkassen oder die Prämien in die Höhe getrieben hätte, lässt sich – gestützt auf das analysierte Datenmaterial – statistisch nicht belegen. Veränderungen der Prämien und der Kassenleistungen lassen sich kaum über die Höhe bzw. die Veränderung der Ärztedichte steuern.

Der rein angebotsorientierte Ansatz lässt ausser acht, dass es sich bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auch um ein Strukturphänomen handelt. Seit über 100 Jahren weist die Ärztedichte in der Schweiz ein West-Ost-Gefälle auf, das deutlich sozial, weltanschaulich und wirtschaftlich bestimmt ist [15]. Schon 1890 waren die Ärztedichten in der Westschweiz und in den Stadtkantonen Basel und Genf über dreimal höher als in den ländlichen Kantonen der Ost- und Zentralschweiz.

Unsere Analyse stützt sich auf Angaben der Versicherer, deren Qualität wir nicht überprüfen konnten. Beim santésuisse-Datenpool betrug die Abdeckung gesamtschweizerisch 1999 92,8% und 2002 94,1%, die Beträge für die Leistungen

Abbildung 4
 Ärztedichte und Kassenleistungen sowie Krankenversicherungsprämien in den ländlichen Kantonen der Ost- und Zentralschweiz.



wurden mit Bestandesdaten des Risikoausgleichs auf 100% hochgerechnet. Bei der Rechnungsstellung durch die Ärzte sind Verschiebungen beim Zeitpunkt der Rechnungsstellung möglich, so dass in einem Jahr durch Verlagerung zu tiefe Leistungen resultieren, im nächsten dann zu hohe.

Die aggregierten Kostendaten erlaubten keine Unterteilung nach der Fachrichtung, so dass die unterschiedlichen Ärztedichten in den Kantonen gleichwertig behandelt werden mussten, ohne Rücksicht auf eine heterogene Zusammensetzung (Facharztmix). Des weiteren stehen die Daten nur nach Kantonen zur Verfügung. Eine Untersuchung der Kostenentwicklung nach anderen Kriterien – z.B. Land/Stadt – ist mittels dieser Daten nicht möglich.

Die Ergebnisse der Studie können aus den genannten Gründen nur als vorläufig betrachtet werden. Weitere Untersuchungen dazu wären notwendig und von Interesse. Hierzu wird es unumgänglich sein, neben der Fortsetzung der vorgelegten Zahlenreihen (und deren Analysen) auch vertiefte Studien über nachfrageorientierte Parameter durchzuführen, entweder in Form von Tracerstudien (mit Fokus auf «teure Krankheiten» und «chronisch Kranke») oder mit Hilfe von geeigneten dynamischen Modellen [16].

Zusammenfassung

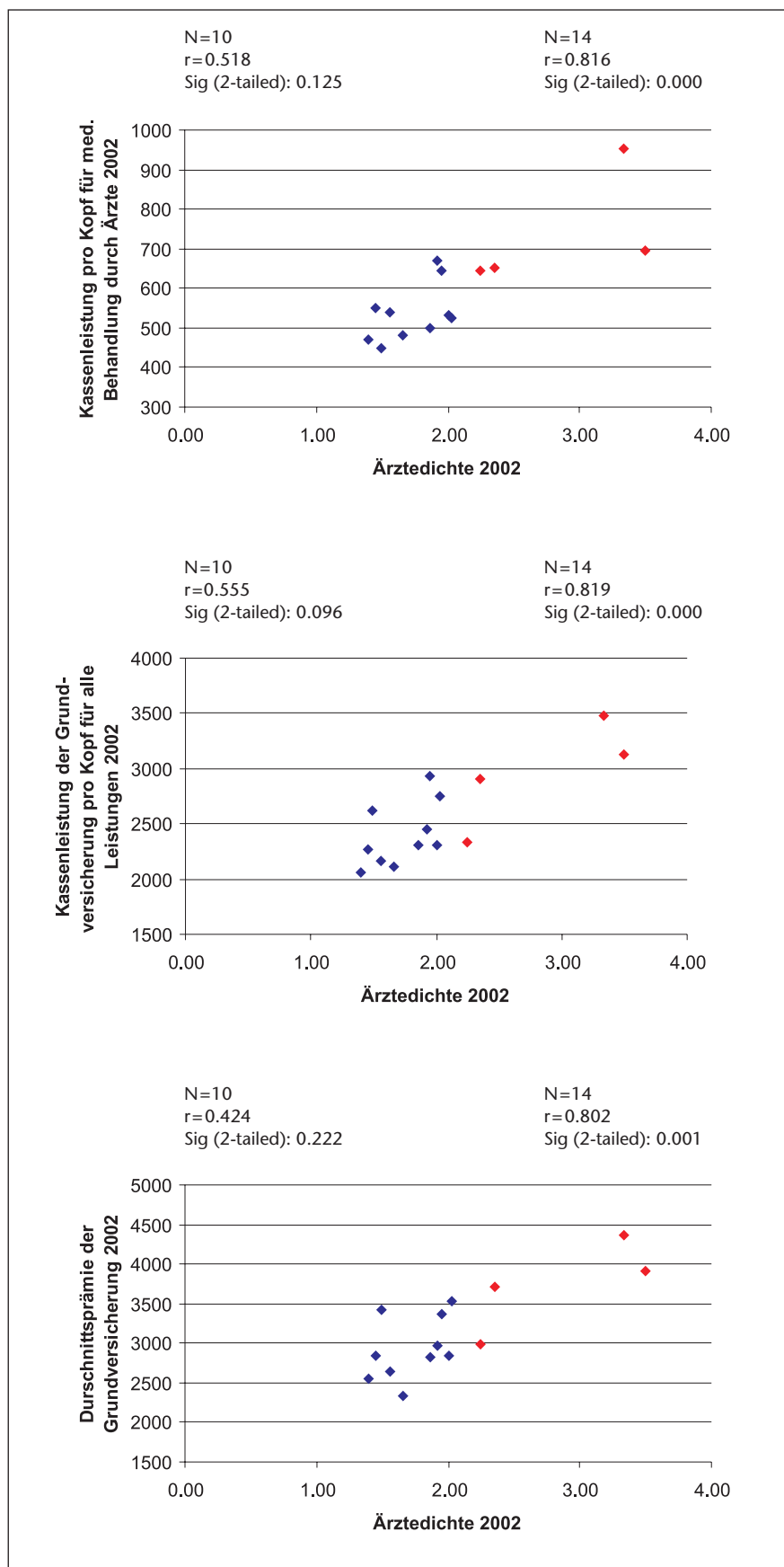
Die vorliegende Untersuchung prüfte die Abhängigkeit der Krankenversicherungsleistungen von der Ärztedichte in 26 Kantonen für die Zeit von 1999 bis 2002. Anhand der santésuisse-Versichertenstatistik, der Sozialversicherungsstatistik des BSV und der FMH-Ärztstatistik wurden die Zusammenhänge wissenschaftlich untersucht. Dabei resultierten folgende Ergebnisse:

Im Querschnitt sind die Leistungsvariablen «ambulante Behandlung Arztpraxis» und «Gesamtleistungen der Krankenversicherung» in den Jahren 1999 und 2002 signifikant mit der Anzahl Ärzte in der freien Praxis korreliert.

Durch eine geeignete Stratifizierung lässt sich der Zusammenhang zwischen den Leistungsvariablen «ambulante Behandlung Arztpraxis» und «Gesamtleistungen der Krankenversicherung» widerlegen.

Im Längsschnitt (1999–2002) sind die Korrelationen zwischen den Ärztedichten in den verschiedenen Kantonen und den prozentualen Veränderungen der Kassenleistungen für die «ambulante Behandlung Arztpraxis» sowie insgesamt pro Versicherten nicht signifikant.

Abbildung 5
 Ärztedichte und Kassenleistungen sowie Krankenversicherungsprämien in den übrigen Kantonen.



Zwischen dem Anstieg der Grundversicherungsprämien von 1999 bis 2002 und den Ärztedichten 1999 oder mit deren Veränderungen 1999–2002 besteht statistisch kein signifikanter Zusammenhang.

Die Aussage, dass eine zu hohe Ärztedichte die Leistungen der Krankenversicherer oder die Prämien 1999–2002 in die Höhe getrieben habe, lässt sich nicht belegen.

Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik. Entwicklung der Gesundheitskosten 1960–2000. StatSanté 1/2003.
- 2 OECD Health DATA 2002 (4th ed): Total expenditure on health-per-capita, US\$ PPP. www.oecd.org.
- 3 Bundesamt für Statistik. Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen. StatSanté 2/2002.
- 4 Definitive santésuisse-Versichertenstatistik 2002 (enthält die Bruttoleistungen absolut und pro Kopf 1999–2002, nach Kantonen). Santésuisse-Datenpool, Datenabzug 24. April 2003.
- 5 Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2002, Kapitel Krankenversicherung. Bern: 2002.
- 6 Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 3. Juli 2002 (mit Anhang).
- 7 BSV-Medienmitteilung vom 3. Juli 2002. www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002.
- 8 Scheil-Adlung X. Policies of control of health expenditure through incentives: a comparative analysis on the situation in selected OECD countries. www.issa.int/pdf/jeru98/theme2/2-5a.pdf.
- 9 Luft HS, Arno P. Impact of increasing physician supply: a scenario for the future. Health Affairs 1986;5(4):31-46.
- 10 De Jaegher K, Jegers M. A model of physician behaviour with demand inducement. J Health Econ 2000;19:231-58.
- 11 Burström-Zettermann K, Gisin R. Price setting for doctors. In: Zweifel P, Söderström L (eds.). Regulation for Health: Case studies of Sweden and Switzerland. Dordrecht: Kluwer; 1998. p. 91-109.
- 12 Heffler S, Smith S, Keehan S, Clemens MK, et al. Health spending projections through 2013. Health Affairs, Web Exclusive, 4 February 2004. www.healthaffairs.org/Archives.
- 13 FMH. FMH-Ärzttestatistik 1999. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(16):816-33.
- 14 FMH. FMH-Ärzttestatistik 2002. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(17):802-21.
- 15 Bundesamt für Statistik, Gesundheit. 150 Jahre Bundesstaat. Ärztedichte nach Kantonen. www.bfs.admin.ch/stat_ch/
- 16 Nocera S, Wanzenried G. On the dynamics of physician density. Theory and empirical evidence for Switzerland. Working Paper No 02.08, Department of Economics, University of Berne. June 2002. www.vwi.unibe.ch/publikationen/download/dp0208.pdf.

Abbildung 6
 Versicherungsleistungen in ausgewählten 12 Kantonen.

