

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 20 (1984)

Heft: 10

Artikel: Kostenentwicklung im Gesundheitswesen; mit besonderer
Berücksichtigung der Physiotherapie

Autor: Schmid, Heinz

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930283>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen; mit besonderer Berücksichtigung der Physiotherapie

Prof. Dr. Heinz Schmid

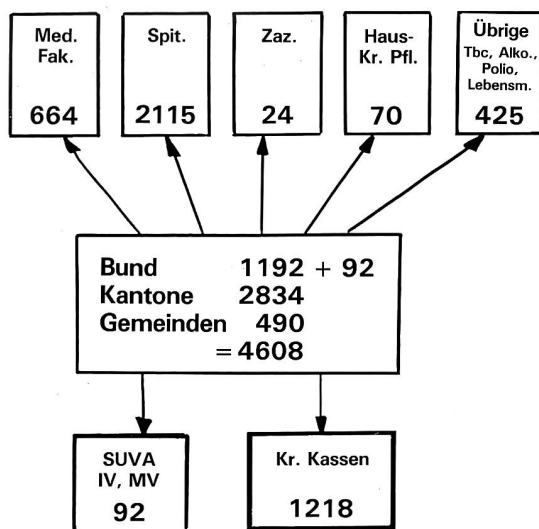
Referat anlässlich der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes vom 28.4.84 in Bern.

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Das schweizerische Gesundheitswesen wird grundsätzlich aus zwei Quellen finanziert. Zu rund zwei Dritteln aus Beiträgen der privaten Haushalte und zu rund einem Drittel aus Mitteln der öffentlichen Hand, welche ihrerseits aus Steuergeldern geäufnet werden.

Gesundheitswesen: Öffentliche Hand 1980

in Mio. Fr.

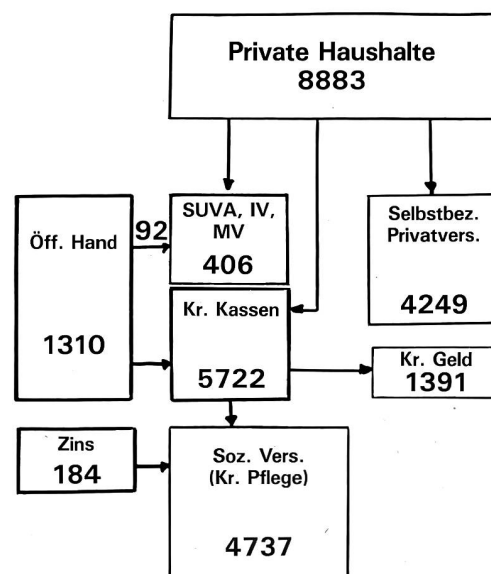


Die öffentliche Hand leistet Beiträge an die Krankenkassen, an die übrigen Sozialversicherungen (SUVA, IV, MV) sowie für die medizinischen Fakultäten, die Infrastruktur (Bau und Einrichtung) der stationären Behandlung, die Schulzahnkliniken, an die Hauskrankenpflegeorganisationen und für weitere öffentliche Aufgaben.

Die privaten Haushalte finanzieren zu einem grossen Teil mittels direkten Prämienbeiträgen die Krankenkassen, sowie die SUVA, IV und MV. Knapp die Hälfte ihrer Leistungen erbringen die privaten Haushalte als Steuerzahler oder in Form von Prämien für die Privat- und Zusatzversicherungen.

Gesundheitswesen: Private Haushalte 1980

in Mio. Fr.

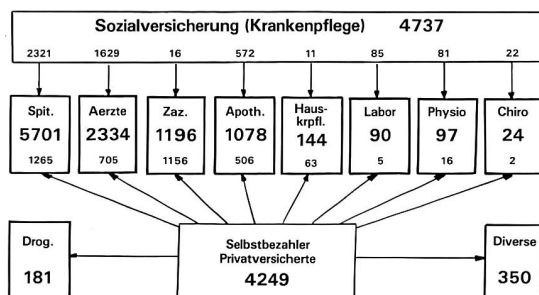


Die verschiedenen Leistungserbringer werden demnach weitgehend aus den drei Quellen:

- Beiträge der öffentlichen Hand
- Leistungen der Sozialversicherungen
- Leistungen der Selbstzahler

finanziert. Die im KVG umschriebenen Leistungen fallen im wesentlichen zulasten der Krankenkassen, die übrigen zulasten der Selbstzahler oder der Privat- und Zusatzversicherungen.

Nach Gygi/Frei betrugen 1980 die gesamten Aufwendungen für das Gesundheitswesen (Pflegebereich, ohne Taggelder etc.) rund 12,3 Mrd. Franken. Heute dürften diese Kosten gut 15 Mrd. Franken betragen. Die Kosten für Physiotherapie beziffern Gygi/Frei 1980 mit 97 Mio. Franken, wovon 81 Mio. Franken auf die Krankenpflegeversicherung und 16 Mio. Franken auf die Selbstzahler entfallen.



Nach der im November 1983 vom Bundesamt für Sozialversicherung publizierten Statistik über die Entwicklung der Krankenpflegekosten bei den anerkannten Krankenkassen sind die gesamten Krankenpflegekosten pro versicherte Person von 1966 (dem Inkrafttreten der letzten bedeutenden KUVG-Revision) bis 1982 um 441,6% gestiegen, nämlich von Index 100 auf den Index 541,6. Im gleichen Zeitabschnitt ist der Landesindex der Konsumentenpreise um 106,8%, der Index der Arbeiterlöhne um 196,8% und derjenige der Angestelltegehälter um 183,7% angewachsen. Der Verdoppelung der Konsumentenpreise und der Verdreifachung der Arbeiterlöhne steht somit eine Erhöhung der Krankenpflegekosten pro Versicherten auf den fünfeinhalbfachen Wert gegenüber.

Die Aufteilung der Krankenpflegekosten in die Hauptkomponenten zeigt, dass sich die Heilanstaltskosten pro Versicherten verachtacht haben, während die Arztkosten und die Ausgaben für die Medikamente rund auf den vereinfachten Wert gestiegen sind.

Wenn wir die Kostenstruktur näher analysieren, stellen wir am Beispiel der KRANKENKASSE KKB fest, dass 50% der ein- oder mehrmals Erkrankten im Jahre 1983 Kosten von maximal Fr. 390.- ausgewiesen haben. Die gesamten Kosten für diese 50% der eher in den Bereich der finanziellen Kleinfälle einzustufenden Erkrankten betragen knapp 10% der gesamten Krankenpflegekosten. Mit anderen Worten: 90% der Kosten werden von den anderen 50% der Erkrankten verursacht.

Betrachten wir nur die Struktur der Heilanstaltskosten, so stellen wir fest, dass 66% der Spitalpatienten Kosten von maximal Fr. 2'000.- zu Lasten der Grundversicherung Krankenpflege aufweisen, die insgesamt 25% der gesamten Heilanstaltskosten ausmachen.

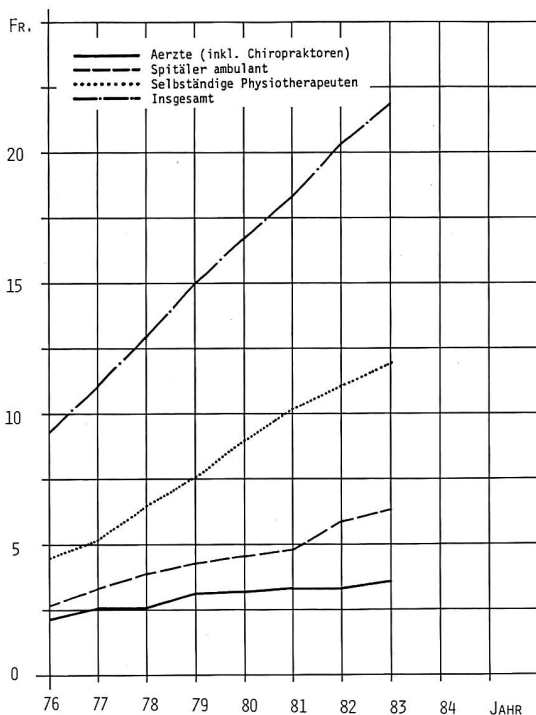
Über die Entwicklung der Kosten für Physiotherapie geben die Behandlungsfallstatistik des Konkordates der Schweiz. Krankenkassen und ebenfalls die Statistik der KRANKENKASSE KKB Auskunft.

1976 weist die Behandlungsfallstatistik des Konkordates der Schweiz. Krankenkassen (Teilerhebung, aufgewertet auf 100%) 829 selbständig tätige Physiotherapeuten aus, welche zulasten der Krankenversicherung rund 36,2 Mio. Franken in Rechnung gestellt haben. 1982 waren es bereits 1'308 selbständig tätige Physiotherapeuten oder rund 48% mehr als 1976. Die zulasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen machen rund 100 Mio. Franken aus.

Auf einen Physiotherapeuten sind demnach 1982 rund Fr. 76'880.- und 1976 rund Fr. 43'700.- entfallen. Der durchschnittliche Umsatz zulasten der Krankenkassen hat sich demnach von 1976 bis 1982 um rund drei Viertel oder 76% erhöht.

Bei der KRANKENKASSE KKB haben wir die Kosten in erster Linie pro versicherte Person bezogen und festgestellt, dass 1976 die Gesamtkosten für Physiotherapie Fr. 9.35 pro versicherte Person und 1983 Fr. 21.91 oder 134% mehr betragen haben. Die Aufteilung auf die drei Hauptgruppen der Rechnungssteller (Ärzte, Spitäler, selbständige Physiotherapeuten) geht aus der folgenden Tabelle hervor:

Physiotherapiekosten pro Mitglied nach Rechnungsstellerguppen



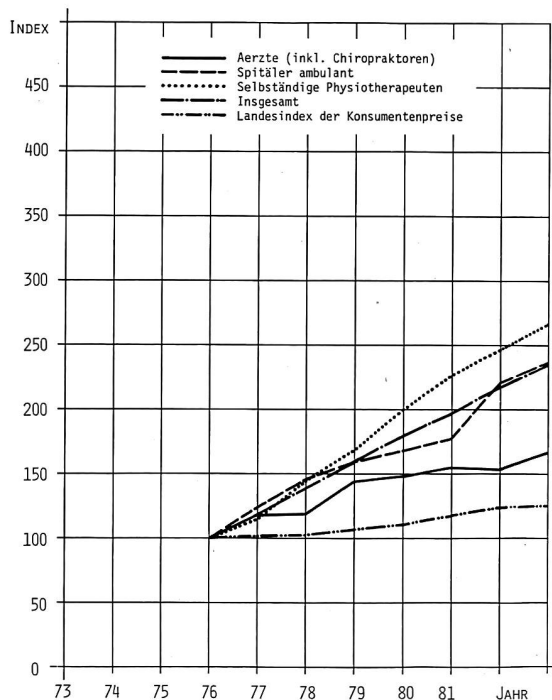
KRANKENKASSE KKB, Zeitreihenanalyse

Physiotherapiekosten pro versicherte Person bei der Krankenkasse KKB

Jahr	Ärzte (inkl. Chiropraktoren)	Spitäler	selbständig tätige Physiotherapeuten	Gesamtkosten für Physiotherapie
1976	2.15	2.70	4.50	9.35
1977	2.55	3.35	5.20	11.10
1978	2.55	3.95	6.50	13.—
1979	3.10	4.30	7.60	15.—
1980	3.20	4.55	9.—	16.75
1981	3.35	4.80	10.20	18.35
1982	3.30	5.95	11.10	20.35
1983	3.55	6.35	12.—	21.90

Die Kosten pro Mitglied sind demnach seit 1976 bei den Ärzten um rund 65%, in den Spitälern um rund 140% und bei den selbständig tätigen Physiotherapeuten um rund 170% gestiegen. In den acht Jahren hat demnach eine eindeutige Verlagerung zu den selbständig tätigen Physiotherapeuten stattgefunden.

Physiotherapiekosten pro Mitglied nach Rechnungsstellergruppen



KRANKENKASSE KKB, Zeitreihenanalyse

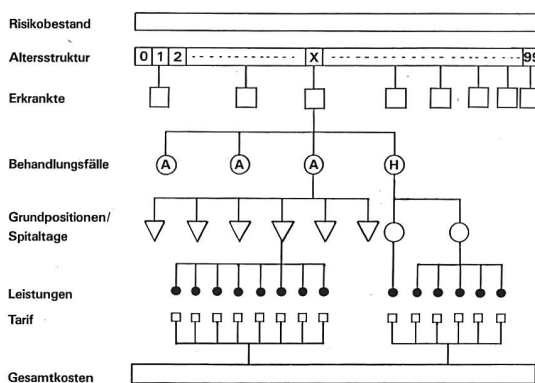
Es hat sich gezeigt, dass die geltende Praxis und der geltende Vertrag in einzelnen Punkten zu präzisieren sind. Ich erwähne hier nur einige wenige Punkte:

- Einsatz von nicht diplomiertem Personal zur Betätigung zulasten der Krankenversicherung: Dass der Einsatz von nicht diplomiertem Personal für die Behandlung von Krankenkassenpatienten unbefriedigend ist, wegen der ungenügenden Kontrollmöglichkeiten, aber auch weil damit in der Regel nicht genügend ausgebildetes Personal Behandlungen zulasten Krankenversicherung vornimmt, lässt sich nicht bestreiten. Hier gilt es zu prüfen, ob durch eine gemeinsame Eingabe der Krankenkassen und des Verbandes der Physiotherapeuten allenfalls die Verordnung VI abzuändern wäre, in dem Sinne, dass künftig nur noch diplomierte Personen zulasten der Krankenversicherung tätig sein können. Dabei wären die Voraussetzungen für das Diplom ebenfalls klar zu regeln. Gleichzeitig müssen die Kassen aber fordern, dass in jedem Fall auf dem Behandlungsausweis eindeutig angegeben wird, wer die Behandlung konkret durchgeführt hat.
- Viele Diskussionen löst immer wieder die für beide Seiten verbindliche Normtabelle aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die zuweisenden Ärzte leider sehr oft auf dem Gebiet der Physiotherapie schlecht ausgebildet sind. Anstelle konkreter Therapien findet man oft sehr unklare Verordnungen, wie etwa «10 × Physiotherapie». Dass derartige Verordnungen für einen nicht ausgelasteten Physiotherapeuten einen Blankocheck seitens der Krankenkassen darstellen, braucht nicht besonders erwähnt zu werden. Unter Beizug von Fachärzten ist eine für beide Seiten verbindliche Normtabelle zu erstellen, deren Anwendung möglichst problemlos sein sollte. Eine vertragliche Absicherung wäre zudem nur von Vorteil.

- Ein einheitliches, für alle verbindliches Verordnungsformular ist anzustreben. Auf diesem Formular wären insbesondere die Zahl der ärztlich vorgesehenen Sitzungen zu regeln. Die volle Ausschöpfung einer ärztlichen Verordnung ist einzuschränken, wenn der seriös arbeitende Physiotherapeut die Zweckmässigkeit zusätzlicher Therapien verneinen muss.
- In nächster Zeit wird sich ebenfalls die Frage der Honorarschuldnerschaft stellen, nachdem ganz allgemein festgestellt wird, dass zur Förderung des Kostenbewusstseins beim Patienten der «tiers garant» geeignet ist.

Gründe für diese Kostenentwicklung

Wir zerlegen die gesamte Kostenentwicklung in verschiedene Faktoren, um den Einfluss der einzelnen Komponenten zu analysieren. Zur Erläuterung der Zusammenhänge verweise ich auf das folgende Schema:



Wir erkennen die drei Grundgrößen:

- Risikobestand (Anzahl der Versicherten)
- Altersstruktur
- Tarifgrundlagen

Eine Änderung des Risikobestandes wirkt sich bei unveränderten übrigen Parametern linear auf die Gesamtkosten aus. Eine Erhöhung der Versichertenzahl um beispielsweise 5% wird auch die Gesamtkosten um 5% erhöhen. Eine Veränderung der Altersstruktur bietet bezüglich Beurteilung des Einflusses auf die Gesamtkosten bereits grössere Schwierigkeiten, während sich die Tarifgrundlagenänderungen im allgemeinen (abgesehen von Revisionseffekten) ebenfalls linear auswirken.

Aus diesem Risikobestand werden nun einzelne Versicherte erkranken. Die versicherungstechnische Grundzahl bezeichnen wir als Erkrankungshäufigkeit. So sind beispielsweise bei der KRANKENKASSE KKB 1976 rund

zwei Drittel der Versicherten ein- oder mehrmals erkrankt, im Jahre 1982 belief sich dieser Satz auf drei Viertel. Diese Erkrankungshäufigkeit ist abhängig vom Alter der Versicherten.

Jeder Erkrankte weist nun einen oder mehrere Behandlungsfälle auf. Bei der KRANKENKASSE KKB entfielen 1982 rund 1,5 ambulante und 0,2 stationäre Behandlungsfälle pro erkrankte Person. Wir bezeichnen diese Verhältniszahl als sogenannte relative Erkrankungshäufigkeit.

Der einzelne Behandlungsfall setzt sich aus mehreren Grundleistungen (Besuche und Konsultationen) bei der ambulanten Behandlung oder Behandlungstagen bei der stationären Behandlung zusammen.

Pro Arzt-Patienten-Kontakt oder pro Spittag werden verschiedene medizinische Leistungen erbracht, welche in der ambulanten Behandlung nach einem vertraglich festgelegten Einzelleistungstarif und im Spital entweder pauschal pro Pfl egetag oder auch nach Einzelleistungstarif in Rechnung gestellt werden. Die Summe all dieser Rechnungen (KRANKENKASSE KKB 1982: gut 800'000 Einzelrechnungen) ergibt die gesamten Krankenpflegekosten.

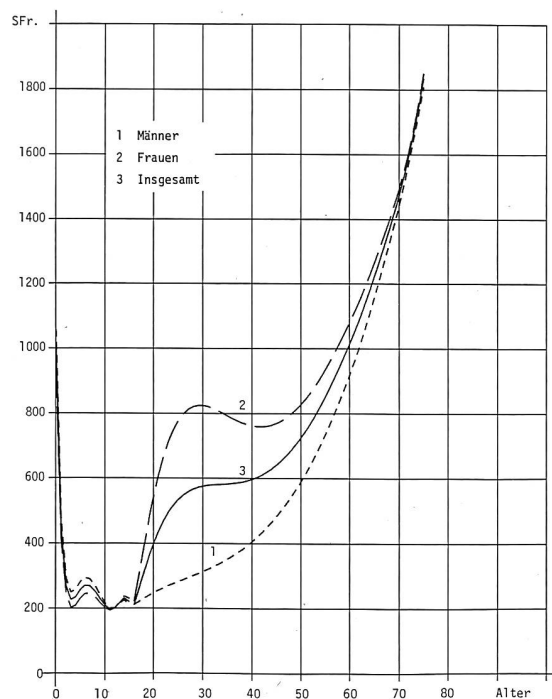
Alle sieben Stufen unterliegen besonderen Einflüssen, welche die Gesamtkosten zum Teil wesentlich verändern können. In der Regel gilt, dass sich die Gesamtkosten aus der Summe der Produkte aus Einzelleistungen und entsprechender Tarifposition zusammensetzen, oder kürzer: $\text{Kosten} = \text{Menge} \times \text{Preis}$. Im Tarif ist der Preis der Einzelleistung festgelegt, die Häufigkeit der Leistungen bestimmt demnach die Gesamtkosten.

Den einfachen, linearen Einfluss von Bestandes- und Tarifänderungen kann ich als bekannt voraussetzen. Wie sieht aber die Altersabhängigkeit aus? Die verschiedenen Häufigkeiten und Kosten sind wesentlich vom Alter der versicherten Person abhängig. Eine Verschiebung der Altersstruktur wird sich deshalb auf die Kosten auswirken. Eine Erhöhung des Anteils der älteren Personen wird eine Kostensteigerung zur Folge haben.

Die Erkrankungshäufigkeit, als Quotient aus Zahl der Erkrankten und Risikobestand definiert, wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Der Entschluss des Versicherten, sich in medizinische Behandlung zu begeben, wird eher gefasst, wenn durch das grössere medizinische Angebot die Distanzen zum nächsten Arzt oder Spital auch in abgelegenen Gegenden deutlich kleiner werden. Zudem führen auch die verschiedenen medizinischen Aufklärungen in den Massenmedien

Durchschnittliche jährliche Krankenpflegekosten pro Versicherten

Männer, Frauen und insgesamt



KRANKENKASSE KKB, Morbiditätsstatistik 1983

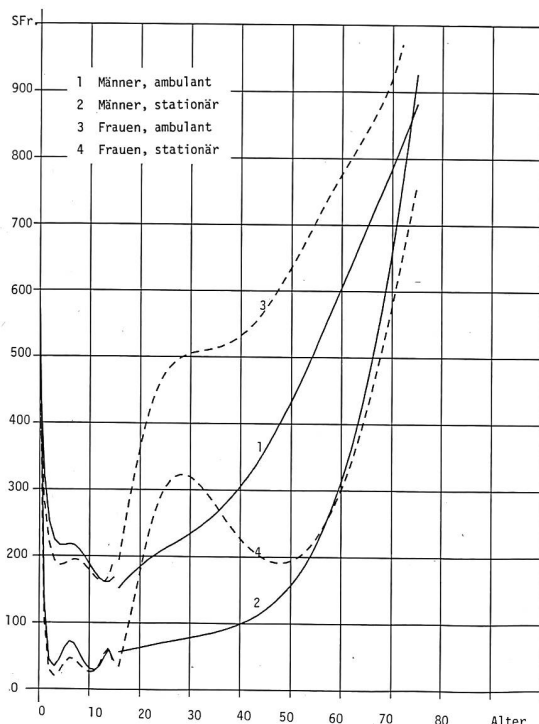
sowie eine allenfalls zunehmende Verweichlichung oder Unsicherheit sowie die Tatsache des Bestehens einer Versicherung zu einem früheren Entscheid, einen Arzt aufzusuchen. Dieser Entscheid wird somit recht stark vom Versicherten selbst, also subjektiv, beeinflusst.

Analoge Überlegungen gelten für die Zahl der Fälle pro Erkrankten, wobei der Einfluss der Medizinalperson bereits grösser wird, weil nach hergestelltem Arzt-Patienten-Kontakt auch der Arzt den Patienten beeinflussen kann. So kann er den Patienten bitten, nach einer bestimmten Zeit oder bei bestimmten Symptomen wieder in Behandlung zu kommen.

Die Zahl der Grundpositionen, also beispielsweise die Arzt-Patienten-Kontakte oder die Zahl der Spittage wird nun schon recht stark von den Ärzten geprägt. Der Patient selbst kann hier wenig Einfluss ausüben. Vorzeitige Entlassungen aus dem Spital oder der ambulanten Behandlung auf Wunsch des Patienten dürften doch eher die Ausnahme sein. Den Anordnungen des Arztes widerspricht der Patient in der Regel nicht. Leider widersetzt sich der Arzt aber auch der Begehrlich-

Durchschnittliche jährliche Krankenpflegekosten pro Versicherten

Männer und Frauen, unterteilt nach Behandlungsart



KRANKENKASSE KKB, Morbiditätsstatistik 1983

keit der Patienten nach zusätzlichen, medizinisch nicht notwendigen Leistungen nicht mit der aus der Sicht der Kosteneindämmung erforderlichen Härte.

Eine ganz wesentliche Komponente für die Kosten stellt die Intensität der medizinischen Leistungen pro Grundleistung dar. Eine Frequenzzunahme pro Grundleistung führt mit den sechs übrigen Faktoren durch Multiplikation zu massiven Steigerungssätzen der Gesamtkosten. Die Zahl der medizinischen Einzelleistungen wird wieder weitgehend vom Arzt bestimmt. In dieser Komponente äussern sich denn auch die Auswirkungen der grösseren Angebote an medizinischen Dienstleistungen, insbesondere die grössere Ärztedichte und die Überkapazität an Spitalbetten. Die Zahl der Einwohner pro Arzt nimmt wesentlich stärker ab, als wir eine Zunahme der verschiedenen Frequenzen infolge Alterung der Bevölkerung feststellen. Die kleinere Zahl von Patienten wird durch eine intensivere Behandlung mehr als wettgemacht. Ich erachte diese Komponente – überproportionales Ansteigen der Zahl der medizinischen Leistungserbringer – als den weitaus grössten Einfluss auf die Gesamtkosten. Eine diesbezügliche

Publikation ist Mitte Februar in der Schweizerischen Krankenkassen-Zeitung und Mitte März in der Schweiz. Ärztezeitung erfolgt.

Massnahmen

Aus dem Katalog der möglichen Massnahmen zur Kosteneindämmung möchte ich nur einige wenige herausgreifen. Vorerst verweise ich auf die Ergebnisse der vier Arbeitsgruppen der Eidg. Sparkonferenz, welche ihre Anträge zuhanden des Bundesrates geliefert haben. Es geht nun darum, die realisierbaren Anträge möglichst bald in Kraft zu setzen. Dazu gehören sicher die Bestimmungen über einen erhöhten Selbstbehalt, weil doch der Versicherte unter dem Eindruck der bestehenden Versicherung im Rahmen der Begehrlichkeit sehr massgebend ebenfalls zu einer Kostensteigerung beiträgt.

Der Versicherte wird durch den persönlich zu leistenden Kostenanteil auf die finanziellen Auswirkungen seiner Krankheit nachhaltig aufmerksam gemacht. Durch eine Förderung der Selbstverantwortung soll vermieden werden, dass die Versicherung als Serviceabonnement missbraucht wird. Denn die echte Versicherung muss dort einsetzen, wo die wirtschaftlichen Folgen des Eintrittes des versicherten Ereignisses die finanziellen Möglichkeiten des Versicherten übersteigen. Diese echte Bremswirkung ist durch eine vernünftige Dosierung der Selbstbeteiligung anzustreben.

Weiter ist alles daran zu setzen, dass die von den Kassen zu vergütenden Tarife keine finanziellen Anreize zur Mengenausweitung bieten und betriebswirtschaftlich korrekt berechnet sind.

Nur ein freiheitliches System im Gesundheitswesen gewährleistet auch die freie Berufsausübung. Werden aber die heute bestehenden Freiheiten seitens der Ärzte und der übrigen Erbringer von medizinischen Dienstleistungen missbraucht, steigert sich der Druck in Richtung Verstaatlichung. Ich appelliere deshalb an unsere Partner, Auswüchse in den eigenen Reihen energisch selbst zu bekämpfen, um das bewährte System der freien Berufsausübung und der freiwilligen Krankenversicherung aufrechtzuerhalten zu können.

Abschliessend gestatte ich mir noch drei Schlussbemerkungen:

1. An die Adresse der Öffentlichkeit, der Politiker und Sozialpartner sei gesagt, dass sich die Miss Helvetia langsam aber sicher zur Miss Wohlfahrt gewandelt hat. Es gilt, in Zukunft die gesamte soziale Versicherung kritisch zu überdenken und mit weiteren Forderungen Mass zu halten. Mit dem Inkrafttreten des UVG auf 1.1.84 und des BVG auf 1.1.85 ist der Wandel vom Sozialstaat zum Wohlfahrtsstaat weitgehend vollzogen. Ich denke aber auch an die Ausbildung der Mediziner, wo meiner Ansicht nach der Numerus clausus überfällig ist. Auch die Zahl der Akutbetten übersteigt den Bedarf deutlich und führt zu zusätzlichen Kosten.
2. Solange die Anbieter im Gesundheitswesen die Rendite vor das Dienen am kranken Menschen stellen und das Geschäft mit der Krankheit und der Angst machen wollen, kann die progressiv steigende Kostenentwicklung nicht eingedämmt werden. Wenn die Freiheit allzu stark missbraucht wird, steigt der Druck von aussen. Dies gilt nicht nur in der hohen Politik, sondern auch im Gesundheitswesen.
3. Hauptbeteiligte sind aber wir alle: Wir haben es in der Hand, zu unserer Gesundheit Sorge zu tragen und den Anbietern im Gesundheitswesen als kritische Patienten entgegenzutreten. Gerade auf diesem Gebiet können wir alle tagtäglich mithelfen, die Gesundheitskosten in einem tragbaren Rahmen zu halten.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine gute Gesundheit.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. phil. nat. Heinz Schmid
Krankenkasse KKB
3000 BERN 32