

PwC-Studie zeigt: Eine stärkere Verlagerung der Spitalleistungen in den ambulanten Bereich ist anzustreben

Ambulant vor stationär: eine Milliarde Franken jährlich sparen

Ärzte behandeln immer mehr Patienten ambulant. Und es könnten künftig noch deutlich mehr werden. Eine aktuelle Studie von PwC untersucht das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und analysiert, wie sich diese Verlagerung auf die Gesundheitskosten in der Schweiz auswirkt. Dabei werden unterschiedliche Lösungsansätze aufgezeigt, um Fehlanreize im aktuellen System zu reduzieren. – Diese sorgfältige Arbeit ist eine der interessantesten Studien zum Schweizerischen Gesundheitswesen der letzten Jahre. «clinicum» veröffentlicht eine leicht gekürzte Fassung, grösstenteils im Original-Wortlaut.

Die Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens haben sich seit 1995 verdoppelt. Im Vergleich zum Bruttoinlandprodukt (BIP) sind sie überproportional gewachsen. Deshalb bedarf es konkreter Gegenmassnahmen. 2014 lagen die Gesamtkosten bei 71.2 Milliarden Franken. Davon entfielen 31.9 Mia. Franken auf stationäre Leistungen. Ambulante Behandlungen schlugen mit 24.9 Mia. Franken zu Buche. Der darin enthaltene spitalambulante Bereich spielt eine zentrale Rolle für die Versorgung. 2014 lag das Volumen bei 6.3 Mia. Franken resp. 16.8 Millionen Konsultationen. Der spitalambulante Bereich hat sich in den vergangenen zehn Jahren rund ver-

doppelt und ist damit überproportional zu den stationären Leistungen gewachsen.

Praxisambulante Behandlungen erreichten ein Volumen von 11.0 Mia. Franken. Insgesamt belief sich das Kostenvolumen für die stationäre und spitalambulante Akutversorgung sowie die praxisambulanten Behandlungen 2014 auf 35.6 Mia. Franken. Dieses Kostenvolumen gilt es zu optimieren.

Ambulante Leistungen nehmen einerseits zulasten stationärer Behandlungen zu. Das heisst, die Leistung wird in den ambulanten Bereich ver-

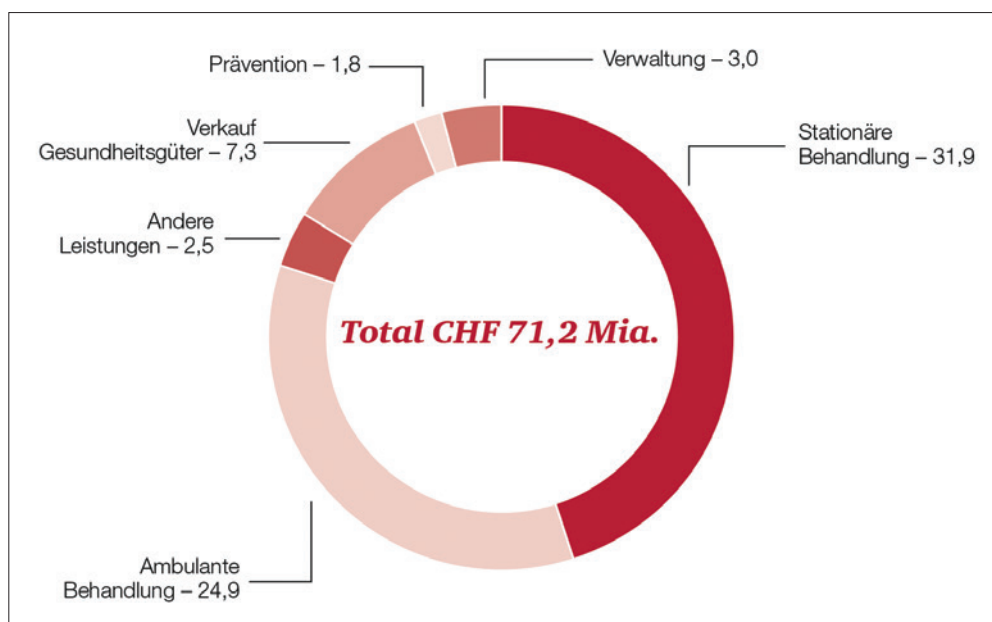
lagert und somit kompensiert. Diese Diskussion findet unter dem Schlagwort «ambulant vor stationär» statt. Andererseits bieten Spitäler und Praxen auch immer mehr ambulante Leistungen an. Gründe dafür sind medizintechnische Entwicklungen, die grössere Rolle der wohn- und arbeitsortnahen Grundversorgung und der Wunsch des Patienten nach ambulanter Behandlung. Die erhöhte Nachfrage nach ambulanten Leistungen hat einen weiteren Grund: Die Opportunitätskosten sind niedriger, die Patienten fallen kürzer bei der Arbeit aus.

Kosten sparen durch ambulante Leistungen

Volkswirtschaftlich ist diese Leistungsverchiebung wünschenswert. Sowohl die Kosten als auch die Vergütung für einen vergleichbaren Eingriff im ambulanten Bereich liegen in der Regel deutlich niedriger. Jede ambulant statt stationär erbrachte Leistung senkt daher die Kosten in der Gesundheitsversorgung. Ambulante Leistungen zu stärken bringt weitere Vorteile: Sie ermöglichen neue medizinische Angebote, Prozesse und Infrastrukturen, wie dies in einigen Regionen vermehrt geplant ist. Verschiedene Spitäler denken über entsprechende ambulante Angebote nach, etwa ambulante und tageschirurgische OP-Zentren. Diese sollen unabhängiger von den stationären Angeboten werden.

Trotz dieser Entwicklung kommt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in der Studie Nr. 68¹ zu folgendem Ergebnis: Viele stationäre Eingriffe bieten ungenutztes ambulantes

Abbildung 1: Die Gesundheitskosten in der Schweiz 2014 (in CHF Mia.) (Quelle: BFS)



Potenzial. Mögliche Einsparpotenziale werden somit unzureichend genutzt. Die Gründe dafür sind zu klären.

Unterschiedliche Finanzierungssysteme, unerwünschte Anreize

Kern des Problems sind die ungleichen Tarifsyste-
me im stationären (SwissDRG) und ambulan-
ten Bereich (TARMED). Sie führen dazu, dass
Spitäler für Behandlungen desselben Krankheits-
bildes unterschiedlich bezahlt werden und die
Kosten bei den Versicherern unterschiedlich
hoch sind. Dadurch entstehen finanzielle Fehl-
anreize für Spitäler, Ärzte und Finanzierer. Ein
Spital erhält für denselben Eingriff oft eine um
mehrere Tausend Franken höhere Entschädi-
gung, wenn es einen Patienten stationär auf-
nimmt, anstatt ihn ambulant zu behandeln. Bei
zusatzversicherten Patienten ist die Differenz
noch deutlich grösser. Dadurch ist es für Spitäler
aus rein finanzieller Sicht attraktiver, einen
Patienten stationär zu behandeln. Die unter-
schiedlichen Honorarsysteme für Chef- und
Belegärzte haben den gleichen Effekt: Stationäre
Leistungen werden attraktiver vergütet als
ambulante Eingriffe.



Patrick Schwendener, CFA, Director,
Head Deals Healthcare, PwC



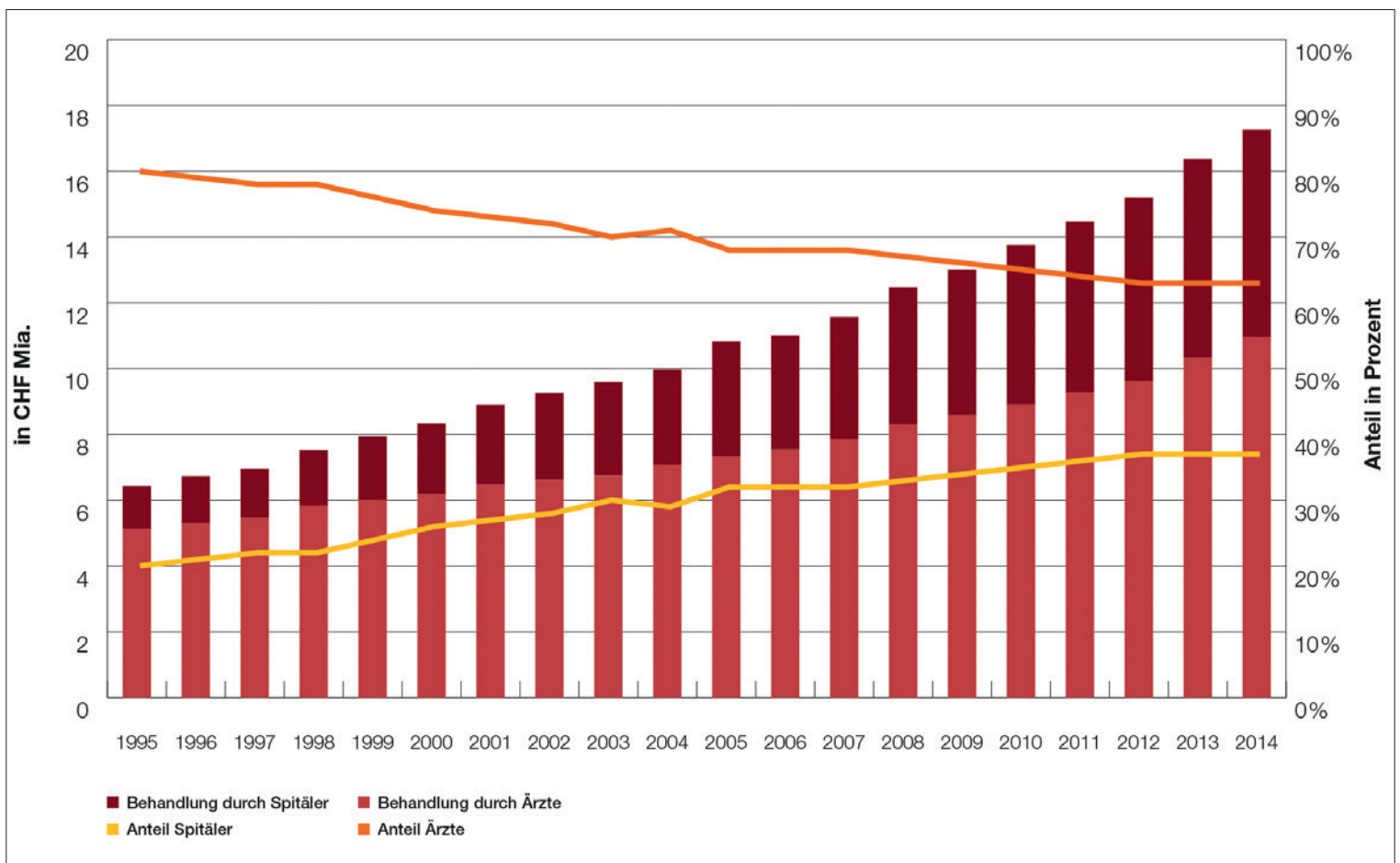
Philip Sommer, Director,
Head Advisory Healthcare, PwC

Auch bei den Versicherungen bestehen durch
die unterschiedlichen Finanzierungsströme
Fehlanreize. Die Krankenversicherungen zahlen
im stationären Bereich in der Regel 45 Prozent
der Tarife. Die Kantone tragen den Rest. Im
ambulanten Bereich übernimmt der Versicherer
die gesamten Behandlungskosten. Die aktuellen

Finanzierungs- und Tarifsyste-
me verlangsamen also die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant
vor stationär».

Soll diese Verlagerung und damit die volkwirt-
schaftliche Entlastung weiter fortschreiten, muss
die finanzielle Abgeltung auf den Prüfstand.

Abbildung 2: Ambulante Kostenentwicklung bei Ärzten und Spitälern (Quelle: BFS)



Special 2: PwC-Studie «Ambulant vor stationär»

Ziele der Studie

Die PwC-Studie verfolgt drei Ziele:

- Berechnung des mittel- bis langfristigen Verlagerungspotenzials von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und der damit verbundenen Kosteneinsparung.
- Beleuchtung der Auswirkungen einer Verlagerung in den ambulanten Sektor aus der Sicht der verschiedenen Akteure, insbesondere der Kostenträger und Leistungserbringer.
- Aufzeigen von Lösungsansätzen, um die bestehenden Fehlanreize zu reduzieren.

Ambulant oder stationär? Status quo in der Schweiz

Die Analyse der Kosten für ambulante Leistungen von Ärzten und Spitälern zeigt: Die Ausgaben sind zwischen 1995 und 2014 von 6.4 Mia. Franken auf 17.3 Mia. gestiegen. Weitere ambulante Kosten entstehen beispielsweise bei Zahnbehandlungen, Physiotherapien, Psychotherapien, Spitex und anderen paramedizinischen Leistungen. Der Kostenanteil der Spitäler an ambulanten Leistungen steigt kontinuierlich. Aktuell entspricht er einem Betrag von rund 6.3 Milliarden Franken und einem Anteil von 37%. Im Jahr 1995 lag dieser Anteil noch bei rund 20%.² Das bedeutet: Die Spitäler verlagern viele Operationen von stationär zu ambulant. Ärzte führen heute Eingriffe ambulant durch, die vor 20 Jahren noch undenkbar waren. Dank des medizinischen Fortschritts wird diese Entwicklung weitergehen. Aber auch klassische Hausarztleistungen, die Ärzte früher in ihrer Praxis vorgenommen haben, werden immer häufiger in Spitälern erbracht.

Die Schweiz hinkt hinterher

Die ambulante Medizin setzt sich in der Schweiz immer mehr durch. Dennoch ist der Anteil ambulanter Chirurgie im Verhältnis zu allen chirurgischen Eingriffen im Spital im internationalen Vergleich gering. Die OECD³ hat 2008 länderübergreifende Daten veröffentlicht. Die Schweiz kommt auf einen Wert von knapp 20% (nur spitalambulant). Zu den führenden Ländern gehören die USA mit einem ambulanten Anteil von über 60%. Dieser vergleichsweise hohe Wert in den USA liegt am amerikanischen Finanzierungs- und Vergütungssystem, das sich mehr am Verursacherprinzip orientiert. Für Patienten ist es finanziell attraktiv, Leistungen ambulant zu beziehen. In Europa sind Grossbritannien, die Niederlande und Dänemark die Länder mit den höchsten Werten (zwischen 50 und 60%). In Frankreich sind die ambulanten Eingriffe in den vergangenen Jahren ebenfalls gestiegen

(2007: 32.3%, 2010: 37.7%). Die Schweiz liegt bei spitalambulanter Chirurgie international auf den hinteren Rängen.

Medizinischer Fortschritt und Patientenwunsch

Ärzte operieren immer häufiger ambulant, weil die Medizin grosse Fortschritte macht. Minimalinvasive Operationstechniken oder verbesserte Anästhesieverfahren mit geringeren Nebenwirkungen belasten den Patienten weniger. Patienten können am selben Tag nach Hause gehen und die Gefahr von Krankenhausinfektionen wird reduziert. Dieser Trend zeigt sich auch in der medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS): Die durchschnittliche Verweildauer (VWD) ist in den vergangenen zehn Jahren um rund zwei Tage gesunken.⁴ Dass die Schweiz bei dieser Statistik international einen guten Platz einnimmt, deutet auf das vorhandene Potenzial zur Ambulantisierung hin, da die Statistik durch einfache stationäre Fälle nach unten verzerrt wird. Auch die Patienten selbst möchten häufig lieber ambulant behandelt werden, da dies komfortabler ist. Ambulante Patienten können in ihrem eigenen vertrauten Zuhause und bei ihrer Familie übernachten und müssen keine Koffer für eine Übernachtung im Spital packen. Dies ist besonders für ältere Patienten von zunehmender Bedeutung.

Für die Leistungserbringer hat die Verlagerung in den ambulanten Bereich ebenfalls Vorteile, vor allem bei den Kosten. So erfordern ambulante Behandlungen grundsätzlich weniger Investitionen, weil der ambulante Bereich deutlich weniger kapitalintensiv ist als der stationäre. Stationäre Kapazitäten werden frei, wenn Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt werden. Das Spital kann diese nutzen, um komplexere stationäre Fälle zu behandeln. Dafür benötigt das Spital allerdings eine mittel- bis langfristige Perspektive: Neben neuen Prozessen muss es auch eine auf die ambulante Leistungserbringung zugeschnittene Infrastruktur bereitstellen, resp. die stationäre Infrastruktur anpassen.

Diese Eingriffe lassen sich ambulant vornehmen

Besonders Eingriffe mit geringem medizinischem Risiko werden in den ambulanten Bereich verlagert. Aus medizinischer Sicht gilt ein Eingriff unter folgenden Voraussetzungen als weniger risikoreich:

- Der Gesamtschweregrad des Patienten (nach PCCL-Code) ist gering,
- die Anästhesiestufe tief,

- der Zeitpunkt des Eingriffs lässt sich gut planen,
- es besteht keine Indikation für spezielle pflegerische Nachsorge,
- das Schmerzmanagement nach der Operation ist einfach und
- der Patient kann schnell nach der Operation wieder essen und trinken.

Aus Sicht der Patienten bedeuten folgende Umstände ein geringes Risiko für ambulante Operationen: Geringe Multimorbidität, wenig Nebendiagnosen, jüngeres Alter und günstige Rahmenbedingungen zu Hause, die einen guten Transport und eine postoperative Pflege in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Obsan hat eine Untersuchung zum Thema «Verlagerung der stationären auf die ambulante Versorgung» durchgeführt. Dabei wurden elf ausgewählte chirurgische Eingriffe mit Potenzial für eine ambulante Durchführung analysiert. Als Basis für diese elf ausgewählten Eingriffe diente Obsan eine von der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) veröffentlichte Liste mit 37 chirurgischen Referenzverfahren, die Ärzte ambulant ausführen können. Zusätzlich zu der Obsan-Liste finden sich in der IAAS-Liste Operationen wie Schwangerschaftsabbruch, Diskushernienoperationen, Darmspiegelungen, Entnahme von Knochenimplantaten, endoskopische Sterilisation der Frau oder laparoskopische Antireflux-Chirurgie. In Frankreich gibt die Vereinigung der ambulanten Chirurgie (l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)) auf der Grundlage medizinischer Indikationen Empfehlungen, welche Eingriffe ambulant durchgeführt werden. Das französische Gesundheits- und Sozialministerium hat die Liste im Jahr 2012 von 17 auf 38 Eingriffe erweitert.

Die unterschiedlichen Länder definieren meist die gleichen Eingriffe als ambulant geeignet. Ein Blick in die Nachbarländer zeigt weitere medizinische Eingriffe, die auch Ärzte in der Schweiz künftig vermehrt ambulant vornehmen könnten.

Die aktuelle Finanzierungs- und Tariflandschaft bremst

Aus medizinischer und psychosozialer Sicht gibt es Gründe, einzelne Patienten bei ambulant durchführbaren Eingriffen stationär zu behandeln. Die Einschätzung des Risikos hängt zudem mit kulturellen Werten zusammen. Das erklärt jedoch nicht ausreichend, wieso in anderen Ländern deutlich häufiger ambulant operiert wird als in der Schweiz. Eine wesentliche Rolle spielt vielmehr die Entschädigung der medizinischen Leistungen.

In der Schweiz werden die ambulanten Leistungen mittels TARMED finanziert. Dieser Tarif wurde 2004 eingeführt und basiert auf über 4500 Einzelpositionen. Er gilt sowohl für Spitäler wie auch für Arzt- und Gruppenpraxen.

In einigen anderen Ländern lässt sich auch im ambulanten Bereich der Trend zu (ergänzenden) Fallpauschalensystemen beobachten. In der Schweiz gibt es ausgewählte pauschale Vergütungen für ambulante Eingriffe wie beispielsweise die Grauer-Star-Operation. Diese beruhen im Moment auf freiwilligen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Die Finanzierung ambulant und stationär erbrachter Leistungen unterscheidet sich in drei Punkten:

1. TARMED ist ein Einzelleistungstarif, SwissDRG hingegen ein Pauschaltarif.
2. Im ambulanten Bereich finanzieren ausschliesslich Versicherer die Leistungen (monistische Finanzierung). Im stationären Bereich beteiligen sich die Kantone mit mindestens 55% an den Kosten. Die Krankenversicherer zahlen höchstens 45% (dualistische Finanzierung). Bei der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung kommt entweder kein oder nur ein deutlich tieferer Kantonsanteil zur Anwendung.
3. Bei stationär erbrachten Leistungen erhalten die Spitäler bei privat- und halbprivatversicherten Patienten eine zusätzliche Entschädigung aus der Zusatzversicherung, bei einer ambulanten Behandlung in der Regel nicht.

Stationär ist wesentlich teurer

Durch diese Vergütungsmechanismen verursacht ein Eingriff deutlich höhere Kosten für die Finanzierer, wenn er stationär erfolgt. Diese Mechanismen sind der Hauptgrund für das ungenutzte Verlagerungspotenzial in der Schweiz. Die unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungsregeln setzen sowohl für die Spitäler als auch für die Finanzierer Fehlanreize. Spitäler erwirtschaften deutlich mehr Ertrag, wenn sie gewisse Leistungen stationär erbringen. Dabei fallen die stationären Zusatzkosten klar tiefer aus als der Ertragsunterschied. Denn die ärztliche und pflegerische Nachbetreuung im Spital ist bei weniger komplexen Eingriffen gering. Noch deutlicher werden die Vergütungsunterschiede zwischen ambulant und stationär bei Zusatzversicherten Patienten: Mit den Zusatzversicherungshonoraren kann ein Spital deutlich mehr verdienen als bei einer ambulanten Durchführung, wie die Abbildung 3 am Beispiel einer Krampfaderoperation aufzeigt.

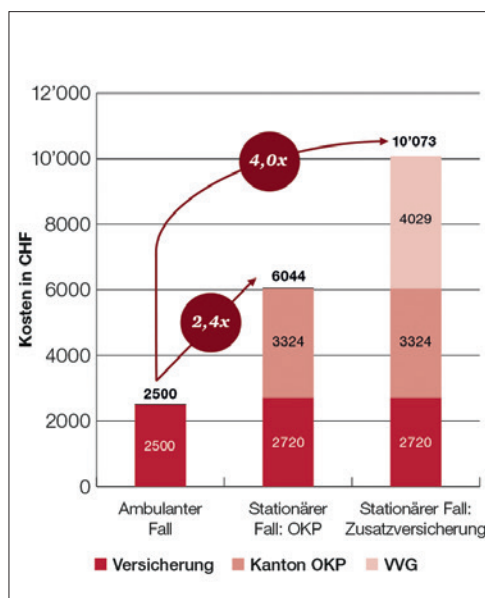


Abbildung 3: Kostenunterschied zwischen ambulanter und stationärer Krampfaderoperation, inkl. Aufteilung nach Finanzierer

Werden dieselben Berechnungen für die ausgewählten 13 Eingriffe angestellt, resultiert ein ähnliches Bild. Im Median ist eine stationäre Behandlung rund 2.4 Mal teurer als eine ambulante. Rein finanziell fahren die Versicherer mit einer ambulanten Behandlung besser, wenn der Faktor «Stationär OKP» rund 2.2 Mal oder grösser ist (100%/45%), was bei der Mehrheit der ausgewählten Eingriffe zutrifft.

Die Kosten für eine stationäre Behandlung nach VG liegen im Median 3.8 Mal über jenen der ambulanten Behandlung.

Dazu kommt: Viele Spitäler arbeiten im ambulanten Bereich nicht kostendeckend. Das liegt teilweise daran, dass die Kostendaten im aktuellen TARMED-System noch aus den 1990er-Jahren stammen. Im Bereich der spitalambulanten Leistungen besteht also ein finanzielles Defizit. Für ambulant erbrachte Leistungen in allen Spitälern der Schweiz lag dieses Defizit im Jahr 2014 bei rund einer halben Milliarde Franken.⁵ Werden mehr Leistungen ambulant erbracht, könnten die Spitäler gezielt günstigere Infrastruktureinrichtungen, etwa tageschirurgische Zentren, aufbauen und gut auslasten. Dadurch könnten die ambulanten Einrichtungen profitabler arbeiten und ambulante Leistungen somit vielleicht sogar profitabler werden als stationäre Behandlungen.

Nicht nur die Spitäler sehen sich mit finanziellen Fehlanreizen konfrontiert. Auch die Versicherer sind aus finanzieller Sicht unter gewissen Umständen nicht daran interessiert, Leistungen

in den ambulanten Sektor zu verschieben. Der Anreiz zur Verlagerung besteht nur, wenn die ambulante Behandlung weniger als 45 Prozent der stationären allgemeinen Behandlung kostet. Diese Fehlanreize bewirken, dass es nicht zu den gewünschten Einsparungen kommt.

Eine Verlagerung in den ambulanten Bereich hat im heutigen System einen weiteren Nachteil: Sie belastet die Prämienzahler tendenziell stärker. Der Kanton und die Steuerzahler werden hingegen entlastet. Diese Nebenwirkung ist nicht beabsichtigt. Das gilt zumindest im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Kanton, wo die Kosten zu jeweils 45 und 55 Prozent geteilt werden.

Dringender Handlungsbedarf bei ambulanten Tarifen

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), H+ Die Spitäler der Schweiz, die Medizinaltarif-Kommission (MTK) und curafutura arbeiten seit 2012 an einer Tarifrevision des TARMED mit. Die Überarbeitung soll zu einer «gesetzeskonformen, betriebswirtschaftlich korrekten, aktualisierten und sachgerechten Bewertung der ambulanten Leistungen in Arztpraxen, Spitälern und Kliniken, wenn immer möglich gestützt auf daten- und faktenbasierte Grundlagen», führen.⁶ Die Spitäler haben der Revision zugestimmt.⁷ Die Ärzte haben diese jedoch in einer Urabstimmung abgelehnt.⁸ Der Spitalverband H+ hat die Tarifrevision deshalb ohne Ärzteschaft beim Bundesrat zur Prüfung eingereicht. Zurzeit sieht es so aus, dass der aktuelle Tarif befristet verlängert wird. Entsteht keine Einigung, wird voraussichtlich der Bundesrat den Tarif festlegen.

Als Alternative zur Überarbeitung des TARMED haben santésuisse und der Verband der chirurgisch tätigen Ärzte fmCh ambulante Fallpauschalen vorgeschlagen. Diese kämen bei Leistungen zum Einsatz, die bereits heute primär ambulant erbracht werden.⁹ Fallpauschalen soll es insbesondere für bildgebende Techniken, Ophthalmologie, Kardiologie, Orthopädie, Dermatologie sowie die Vor- und Nachbereitung im Ambulatorium geben.¹⁰ Diese aktuellen Entwicklungen zeigen: Bei den ambulanten Tarifen besteht dringender Handlungsbedarf.

Enormes ambulantes Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe

In einem mehrstufigen Modell hat PwC das Einsparpotenzial für eine Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich errechnet. Grundlage bilden die Daten zu 13 ausge-

Special 2: PwC-Studie «Ambulant vor stationär»

#	Ausgewählte Eingriffe	Medizinische Bezeichnung	Anteil ambulant 2014
1	Leistenbruch	Inguinalhernie	19%
2	Krampfadern	Varizen	48%
3	Mandeloperation	Tonsillektomie	34%
4	Hämorrhoiden	Hämorrhoiden	22%
5	Herzschrittmacher	Pacemaker	27%
6	Grauer Star	Katarakt	98%
7	Meniskusentfernung	Menisektomie	41%
8	PTCA	Perkutane transluminale coronare Angioplastie	38%
9	Karpaltunnel	Karpaltunnel	97%
10	Gebärmutterhals-Konisation	Uteruskonisation	79%
11	PTA	Perkutane transluminale Angioplastie	43%
12	Kniearthroskopie	Kniearthroskopie	93%
13	ESWL	Extrakorporale Stosswellenlithotripsie	59%

Abbildung 4: Ausgewählte Eingriffe mit hohem ambulanten Potenzial (Quelle: Obsan, 2015; SASIS, BFS)

wählten Eingriffen (wie in der Abbildung 4 aufgeführt). Bei der Auswahl der Eingriffe und der Analyse des Verlagerungspotenzials wurde die Obsan-Studie als Referenz genommen. Gleichzeitig sind die Erkenntnisse aus zahlreichen Gesprächen mit verschiedenen Gesundheits-, Medizincontrolling- und Finanzexperten sowie mit Leistungserbringern, Leistungsträgern und der Politik in die Auswahl eingeflossen. Für diese 13 Eingriffe sieht PwC kurz- bis mittelfristig ein sehr hohes Verlagerungspotenzial.

Auf dieser Grundlage wurden unterschiedliche Wachstumsannahmen für stationär und ambulant bezüglich des gesamten Leistungsvolumens bis 2030 geschätzt. Basierend auf dem prognostizierten Volumen wurde auch das Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich mit Blick auf das Jahr 2030 bewertet.

Gesamtvolumen der 13 Eingriffe: über 900 Mio. Franken

Grundlage der Berechnungen bilden die Preis- und Mengengerüste der 13 Eingriffe für das Jahr 2014. Die Datenbasis bilden der Datensatz des BFS (nach ausgewählten DRG) für die stationären Eingriffe sowie der Sasis Tarifpool R (Mengen) und Expertenschätzungen (durchschnittliche

abgerechnete Erträge inklusive Medikamenten je ambulanten Eingriff) für die ambulanten Eingriffe.

2014 wurden die 13 Eingriffe 60 720 Mal stationär und 164 739 Mal ambulant durchgeführt. Letztere entsprechen nur einem Anteil von gut einem Prozent aller spitalambulanten Konsultationen. PwC geht von einer durchschnittlichen Baserate von 9500 Franken und einem Zuschlag von einem Drittel für Halbprivatversicherte und zwei Dritteln für Privatversicherte aus. Die Preise werden bis 2030 stabil gelassen (reales Modell). So entstehen stationäre Kosten von rund 494 Mio. Franken. Die ambulant behandelten Fälle verursachten 2014 rund 422 Mio. Franken. Insgesamt kosteten die 13 ausgewählten Eingriffe 2014 916 Mio. Franken.

Mehr ambulant: Der Trend wird anhalten

Die Analyse der historischen Fallzahlen zeigt: Ambulante Eingriffe sind im Vergleich zu stationären Behandlungen in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gewachsen. Diese Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich wurde bei der Prognose des zukünftigen Gesamtvolumens berücksichtigt. Für die

Prognose der Fallzahlen im Jahr 2030 gehen die PwC-Experten von einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von einem Prozent im stationären und zwei Prozent im ambulanten aus. Dabei handelt es sich um reines Mengenwachstum.

Gemäss den Berechnungen wird, für die ausgewählten 13 Eingriffe, die Zahl der stationären Eingriffe im Jahr 2030 auf 71 151 steigen, die der ambulanten Operationen auf 226 158. Weil das jährliche Wachstum im ambulanten Bereich, wie erwähnt, doppelt so hoch liegt wie im stationären Sektor, steigt der Anteil ambulanter Operationen kontinuierlich an: Im Jahr 2014 operierten die Ärzte etwa 27% der Patienten stationär. 2030 werden es nur noch rund 24% sein.

Diese relative Verschiebung hat auch einen Kosteneffekt. Auf Basis der Wachstumsprognosen für stationär und ambulant liegen die Gesamtkosten für die 13 Eingriffe 2030 bei schätzungsweise 1158 Mio. Franken. Bei identischem Fallwachstum im stationären und ambulanten Bereich – bei insgesamt gleicher Fallentwicklung bis 2030 – würden Mehrkosten in Höhe von 49 Mio. Franken entstehen.

Verlagerungen von rund 50 000 Fällen pro Jahr realistisch

In der Studie wird davon ausgegangen, dass ambulante Eingriffe künftig einen gewissen Teil der stationären Fälle ersetzen werden. Um den Verlagerungseffekt unter verschiedenen Annahmen zu untersuchen, wurden drei Szenarien berechnet: ein pessimistisches, ein realistisches und ein optimistisches.

Im realistischen Szenario werden 2030 von den rund 71 151 stationären Fällen 70%, rund 50 000 Fälle, in den ambulanten Bereich verschoben. Die Anzahl der verlagerten Fälle erscheint hoch, ist aber realistisch, da Patienten bei den ausgewählten Fällen als Kurzlieger bereits heute nur einen Tag, als Normallieger zweieinhalb Tage im Spital verbringen. In keinem Szenario wird damit gerechnet, Langlieger ins ambulante Setting zu verlagern.

Durch die Verlagerung fallen stationäre Behandlungskosten weg. Gleichzeitig erhöhen sich die ambulanten Kosten. Netto sinken die gesamten Behandlungskosten für diese 13 Eingriffe. Das Einsparpotenzial ist abhängig von der Tariffhöhe der ambulant durchgeführten Eingriffe. Je höher die Abgeltung ausfällt, desto grösser ist der Verlagerungsanreiz, allerdings reduziert sich mit zunehmender Höhe auch der potenzielle Einsparungseffekt.

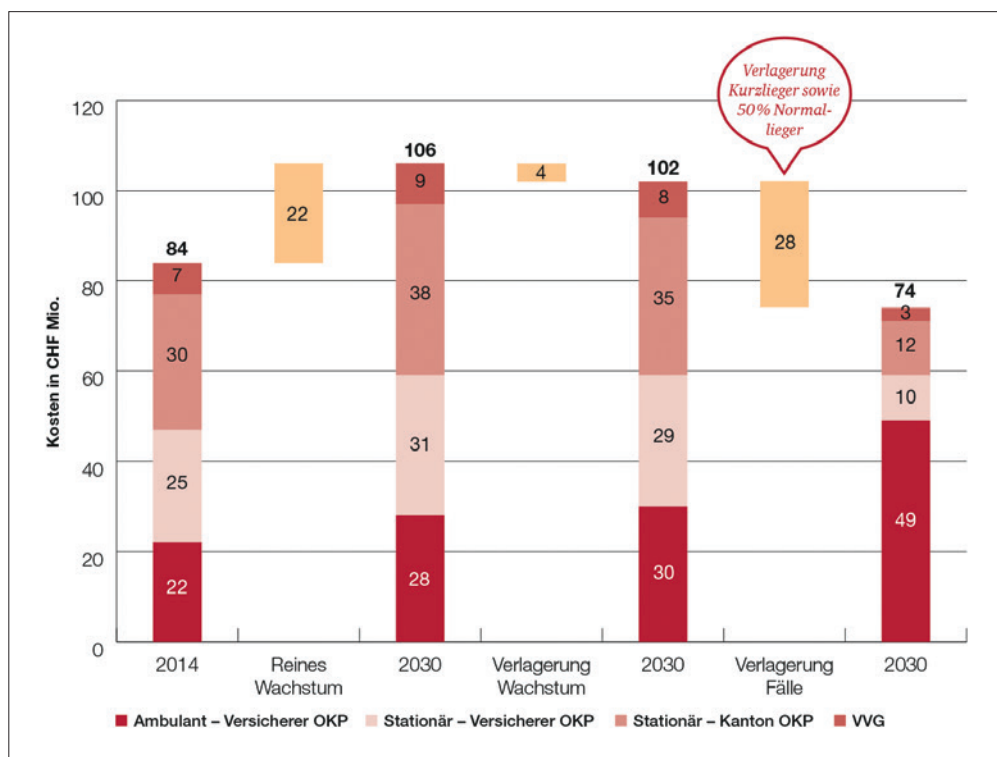


Abbildung 5: Verlagerung der Kosten am Beispiel der Krampfaderoperation im realistischen Szenario

Im heutigen Finanzierungssystem würden diese Entlastungen vollständig den Kantonen und den Steuerzahlern zugutekommen. Hingegen würden die Versicherer durch die Reduktion stationärer Eingriffe zuerst entlastet, durch deren ambulante Erbringung jedoch wieder belastet.

Für eine effektive Verlagerung muss die Frage der Finanzierung auf den Tisch

Das Beispiel «Krampfadern» zeigt anhand der heutigen Tariffhöhe und Finanzierungsmechanismen auf, welche potenzielle Einsparung durch eine Verlagerung jährlich zu erzielen wäre. Wie bereits erwähnt, müsste die ambulante Abgeltung wohl über dem heutigen Niveau liegen, um einen effektiven Verlagerungsanreiz auszulösen, wodurch sich das kalkulierte Einsparungspotenzial reduzieren würde, wie die Abbildung 5 zeigt.

Mit 60 bis 70% ambulant eine Milliarde Franken pro Jahr sparen

Bei der Auswahl der Eingriffe hat sich PwC auf jene fokussiert, die das grösste ambulante Potenzial haben. Auf Basis einer Kalkulation mit heutigen Tarifen und Finanzierungsmechanismen resultiert im realistischen Szenario eine jährliche Kosteneinsparung von rund 161 Mio. Franken. Dies entspricht einer Kostenreduktion von rund 14% gegenüber den Kosten ohne zusätzliche Verlagerung im Jahr 2030. Das Ein-

sparpotenzial ist jedoch stark abhängig von den getroffenen Verlagerungsannahmen und reicht von rund 71 Mio. Franken im pessimistischen Szenario bis zu rund 251 Mio. Franken im optimistischen, was einer Einsparung von 22% der Behandlungskosten entspricht. Zu betonen ist, dass diese Einsparungen gegenüber einer Entwicklung ohne Verlagerung jährlich eingespart werden können.

Allerdings könnten insbesondere mittel- und langfristig auch viele weitere Operationen zusätzlich zu diesen 13 Eingriffen ambulant erfolgen. Das Gesamtpotenzial für ambulante Eingriffe lässt sich durch unterschiedliche Methoden näherungsweise ermitteln. Für die PwC-Studie wurde im ersten Schritt mittels Top-down-Verfahren eine Bandbreite des zukünftigen Anteils der ambulanten Eingriffe an den Gesamteingriffen ermittelt und die so errechnete Differenz an Fällen mittels Bottom-up-Ansatz plausibilisiert.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern gibt es in der Schweiz keine öffentlich zugängliche Statistik, die den Anteil der ambulanten Leistungserbringung an den chirurgischen Eingriffen zeigt. Der Anteil wurde deshalb auf Basis verfügbarer Daten des BFS und dem Sasis Tarifpool R geschätzt. PwC geht davon aus, dass rund 40 bis 45% aller chirurgischen Eingriffe in der Schweiz im Jahr 2014 spital- oder praxisambulant erfolgten. Dieser Anteil wird weiter zuneh-

men, da ambulante Leistungen mit zwei Prozent jährlichem Wachstum schneller steigen als stationäre Leistungen mit einem Prozent. Für das Jahr 2030 geht PwC davon aus, dass der Anteil der ambulanten Eingriffe bei 47% liegen wird.

Weitere positive Effekte

Trifft das optimistische Szenario ein, erhöht sich der Anteil der ambulanten Eingriffe um weitere fünf Prozent auf rund 52%. Dieses Verhältnis entspricht der heutigen Situation in anderen europäischen Ländern, beispielsweise Grossbritannien, den Niederlanden und Dänemark. Bis 2030 sind in diesen Ländern auch Anteile von 60 bis 70% möglich.

Bei der Analyse des BFS-Datensatzes fällt auf: Bei 200 000 weiteren Eingriffen blieben die Patienten nur zwei Tage oder weniger im Spital. Falls 80% dieser Fälle, also 160 000 Patienten, ebenfalls ambulant behandelt werden, steigt der Gesamtanteil der ambulanten Eingriffe bis 2030

So könnte ein übergreifendes Fallpauschalensystem funktionieren – einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär

Ein visionärer Ansatz

Wenn stationäre und ambulante Leistungen in gleicher Form finanziert werden, wird auch die Grenze zwischen beiden Bereichen durchlässiger. Der Versicherer erhält einen Anreiz, ambulante Leistungen zu fördern. Denn er profitiert vollumfänglich von möglichen Einsparungen. Dieses Modell verändert jedoch die Kostenteilung zwischen Versicherungen und Kantonen. Die Kantone würden wahrscheinlich rund ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tragen. Bislang ist es rund die Hälfte im stationären Bereich.

Sinken die gesamten Gesundheitskosten durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich, profitieren davon auch die Kantone. Die Tarifpartner könnten Lösungen wie stationär- und ambulantübergreifende Fallpauschalensysteme vereinbaren. Ohne Gesetzesanpassung lässt sich eine einheitliche Finanzierung jedoch nicht umsetzen. Deshalb ist diese Lösung nur langfristig denkbar. Die im Weiteren vorgestellten Lösungsansätze zur Tarifierung würden von einer einheitlichen Finanzierung von stationär zu ambulant profitieren.

Special 2: PwC-Studie «Ambulant vor stationär»

auf knapp 65%. Dank der Fortschritte in der Medizin ist es schliesslich denkbar, dass längerfristig 70% aller chirurgischen Eingriffe ambulant erfolgen. Eine zusätzliche Verlagerung der 160'000 Fälle würde bei gleichen durchschnittlichen Einsparungen pro Fall wie bei den 13 Eingriffen weitere 581 Mio. Franken an Behandlungskosten einsparen. Kumuliert mit dem Einsparpotenzial, das sich aus dem optimistischen Szenario der ausgewählten 13 Eingriffe ergibt (251 Mio. Franken), resultiert bei gleichbleibenden Preisen ein gesamtes Kosteneinsparpotenzial von 832 Millionen Franken bis ins Jahr 2030. Steigt der Anteil ambulanter Eingriffe auf 70%, beträgt das gesamte Kosteneinsparpotenzial sogar 1075 Mio. Franken – mehr als eine Milliarde!

In Zukunft noch mehr verlagern – auch komplexere Eingriffe

Die Verwendung eines ähnlichen Kosteneinspar-effektes pro Fall, wie bei den 13 Eingriffen, ist konservativ. Das Einsparpotenzial könnte sogar höher sein, wenn heute noch komplexere Eingriffe dereinst vermehrt ambulant durchgeführt werden können. So kostet ein Hüftgelenkersatz aktuell rund 16'000 Franken. Sollte dieser Eingriff künftig ambulant erfolgen, so dürften die Fallkosten deutlich tiefer liegen, d.h. das absolute Einsparpotenzial pro Fall ist deutlich höher als jenes bei den 13 ausgewählten Eingriffen.

Sofern sich die Gesamtkosten für die stationäre Akutversorgung sowie spital- und praxis-ambulante Leistungen wie erwartet entwickeln, entstehen 2030 Gesamtkosten in Höhe von 45.2 Mia. Franken. Das berechnete Einsparpotenzial von 1075 Mio. Franken entspricht damit einer jährlichen Einsparung von rund 2.5%.

Sind ambulante Fallpauschalen ein Lösungsansatz?

Medizinisch sinnvolle Verlagerungen in den ambulanten Bereich lassen sich nur dann erreichen, wenn die Fehlanreize im heutigen System wegfallen. Das heisst: Die Leistungserbringer müssen die gleiche Entschädigung erhalten, egal ob sie einen Patienten ambulant oder stationär behandeln. Wichtig dabei ist, die Interessen der Finanzierer, also der Versicherer und Kantone, und die Unterschiede in der Zusatzversicherung zu berücksichtigen.

Eine weitere Hürde bei der Verlagerung: Leitende Ärzte und Chefärzte in Spitälern, die privatärztliche Honorare in Rechnung stellen, müssen mit Einkommenseinbussen rechnen, wenn sie ihre Leistungen ambulant erbringen.

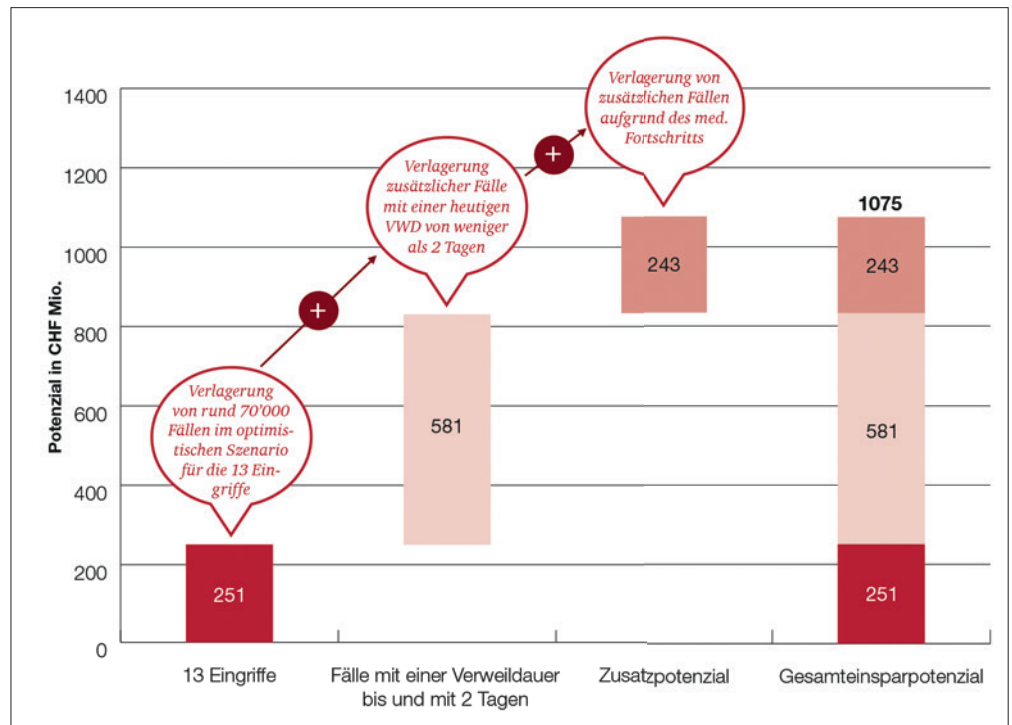


Abbildung 6: Überlegungen zum Gesamteinsparpotenzial

Ein Lösungsansatz sollte also die unterschiedlichen Interessen aller Anspruchsgruppen (Spitäler, Ärzte, Versicherer, Kantone) möglichst gut aufgreifen, mehrheitsfähig sein und die Gesamtkosten im Gesundheitswesen reduzieren.

Mehrere Lösungsansätze sind denkbar

In der Studie werden drei Lösungsansätze genannt, die aus Sicht von PwC den Status quo verbessern, Fehlanreize reduzieren und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen eindämmen:

- Einführung von TARMED-Pauschalen für Eingriffe mit ambulantem Potenzial
- SwissDRG-Pauschale ohne Übernachtung («Zero Night DRG»)
- Ambulant vor stationär per Regulierung

Die Abbildung 6 stellt die Tarifstruktur und die Finanzierungsströme in den drei Modellen dar. Die Wirkungsweise der verschiedenen Ansätze lässt sich durch die Tarifhöhe in gewisser Weise beeinflussen, wobei höhere Tarife in der Konsequenz das Einsparpotenzial reduzieren.

Modell 1: Einführung von TARMED-Pauschalen für Eingriffe mit ambulantem Potenzial

Ein Lösungsansatz ist eine ambulante Fallpauschale mit einem fixen Betrag für eine ambulante Leistung. Die Versicherer würden diese Pau-

schale komplett bezahlen (TARMED-Pauschale). Der Vorteil: Der Ansatz lässt sich leicht umsetzen, an den Finanzierungsmechanismen ändert sich nichts. Für die Kantone bleibt alles wie bisher.

Basieren die Fallpauschalen auf freiwilligen, bilateralen Verträgen zwischen Versicherer und Leistungserbringer, wie es aktuell beispielsweise beim Katarakt umgesetzt wird, lässt sich mit diesem System nur ein Teil des beschriebenen Potenzials umsetzen. Je nachdem, wie hoch die Fallpauschalen liegen, entfällt der Fehlanreiz von unterschiedlichen Tarifhöhen für ambulant und stationär. Je attraktiver die Fallpauschalen für die Spitäler ausfallen, desto weniger Kosten lassen sich jedoch einsparen. Auch die Berechnung der TARMED-Pauschale ist nicht trivial. Es besteht das Risiko, dass die Pauschale nicht auf Basis der Leistungs- und Kostendaten festgesetzt, sondern aufgrund der anwendbaren Tarifpositionen berechnet wird. Dadurch würden die Leistungserbringer aus heutiger Sicht ungenügend kompensiert und eine Verlagerung ist unwahrscheinlich. Ein möglicher Lösungsansatz: Die Pauschale basiert auf den ermittelten durchschnittlichen Kosten.

Aus Sicht der Spitäler kompensiert dieses System die Fehlanreize nicht ausreichend. Nicht adressiert und somit in diesem System ungelöst sind die Fehlanreize, die durch Zusatzversicherung und privatärztliche Tätigkeiten entstehen. Auch die Fehlanreize für Versicherer beseitigt dieses System nicht vollständig. Für die Versi-

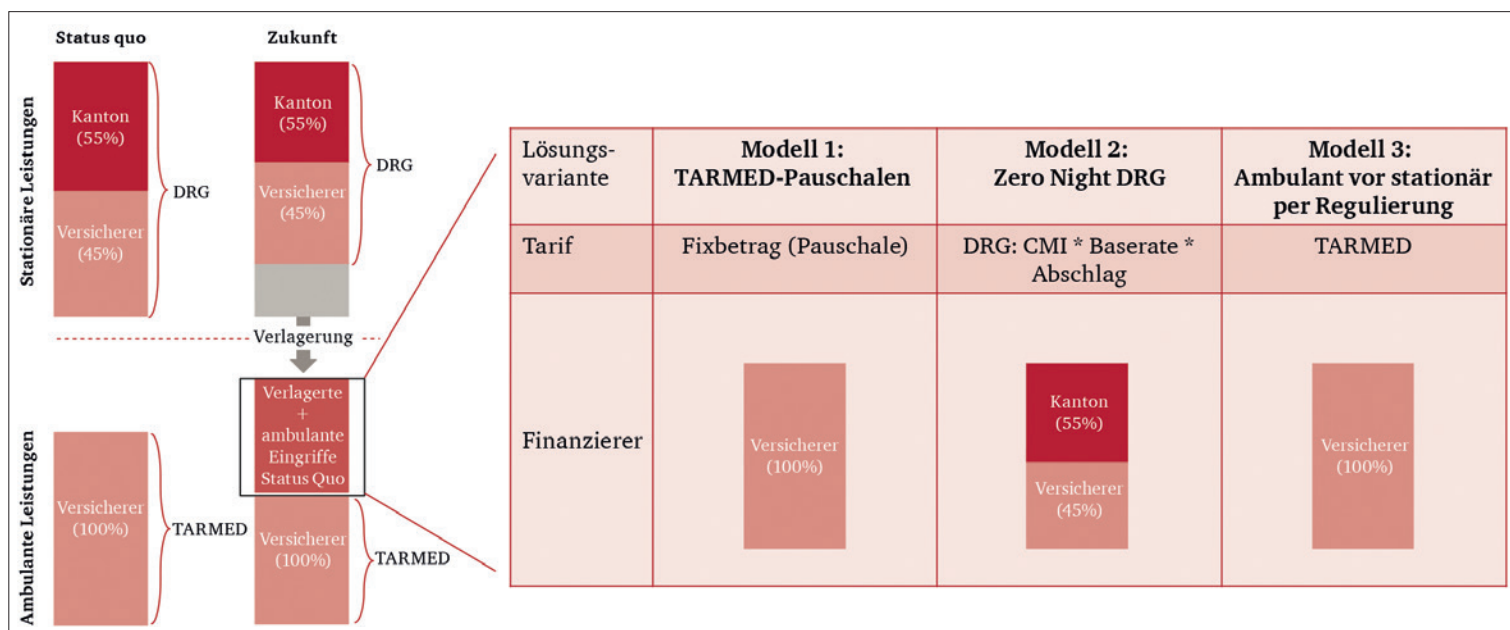


Abbildung 7: Drei unterschiedliche Lösungsansätze

cherer fallen relative Mehrkosten an, wenn stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Vorteilhaft für beide Seiten: Der administrative Aufwand sinkt. Das wiederum reduziert Kosten. Zudem können beide Seiten durch eine TARMED-Pauschale ihre Kosten und Erträge besser planen.

Dieser Ansatz ist einfach und freiwillig. Die beiden folgenden Ansätze gehen einen Schritt weiter. Sie bedeuten tief greifende Änderungen im Finanzierungssystem und erfordern Anpassungen an rechtlichen Grundlagen.

Modell 2: SwissDRG-Pauschale ohne Übernachtung («Zero Night DRG»)

Eine Möglichkeit, die das Vergütungssystem verändert, ist die Einführung einer SwissDRG ohne Übernachtung. Dies würde bedeuten: Neben dem heute geltenden Kurzliegertarif wird zusätzlich ein Tarif ohne Übernachtung eingeführt, beispielsweise mittels eines zusätzlichen Abschlags. Damit wären die Mechanismen der Finanzierung und Vergütung bei der Leistungserbringung von spezifischen Eingriffen identisch, egal ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden. Bei dieser Lösung würde der Kanton für die definierten DRGs auch seinen Anteil mitfinanzieren, würde also faktisch bei einem gewissen Leistungspaket bei ambulanten Leistungen als Finanzierer auftreten. Mit folgendem Resultat: Ambulante Leistungen werden nicht mehr einheitlich monistisch finanziert. Für einen Teil ambulanter Leistungen gäbe es eine dualistische Finanzierung. Diese Lösung belastet die Kantone und damit den Steuerzahler und

entlastet die Versicherer. Dieses System wäre für alle Teilnehmer bindend und würde somit auch überall gelten. Positiver Nebeneffekt: verbesserte Prozesse und sinkende Kosten.

Eine DRG-Pauschale ohne Übernachtung würde die Ertragsdifferenz zwischen ambulanten und stationären Behandlungen reduzieren. Dadurch sinken die Fehlanreize. Privatärztliche Tätigkeiten könnten weiter in Rechnung gestellt werden, ohne ambulante Leistungen schlechter zu stellen. Auch erhalten Spitäler und Ärzte weiter, wenn auch nur reduzierte, Zusatzversicherungsentgelte. Somit erhöht eine DRG-Pauschale insgesamt den Anreiz für Spitäler, mehr Leistungen ambulant zu erbringen. Denn sie können höhere Erträge erwirtschaften als im heutigen System. Auch die Versicherer erhalten mehr Anreize ambulante Leistungen zu unterstützen: Sie müssten nicht mehr die vollen Kosten tragen, wenn ein Patient ambulant behandelt wird.

Voraussetzung für dieses System: Die gesetzlichen Regelungen müssten angepasst und Kosten- und Leistungsdaten für Eingriffe mit ambulantem Potenzial erfasst werden.

Beim schon verwendeten Beispiel der Krampfaderoperation würde ein Abschlag von rund 53% auf die normale DRG-Fallpauschale aus Sicht der Kantone eine kostenneutrale Einführung einer Zero Night DRG erlauben, wenn vom heutigen Kostenteiler von 55% zu 45% ausgegangen wird. Für die Versicherungen würden dabei Einsparungen von rund 30 Millionen Franken resultieren. Eine gleichmässige Aufteilung der Kosteneinsparung auf die Kantone und Ver-

sicherer würde bei einem Kostenteiler von 31% Kanton und 69% Versicherer resultieren.

Modell 3: Ambulant vor stationär per Regulierung

Die dritte Möglichkeit, um die Verlagerung zu ambulant zu fördern, sind regulatorische Massnahmen. Dabei würde sich das Tarifsystem nicht ändern. In diesem Fall wird rechtlich vorgeschrieben, welche Eingriffe die Leistungserbringer ambulant durchzuführen haben. Nur im Ausnahmefall und mit Kostengutsprache können sie einen Patienten stationär aufnehmen. Die Regulierung hätte bindende Wirkung für alle Teilnehmer. An den aktuell gültigen Tarifen und den Kostenteilern ändert sich nichts. Die bestehenden Fehlanreize bleiben bestehen. Der administrative Aufwand nimmt tendenziell zu, da die Anzahl eingereicherter Kostengutsprachen ansteigen wird.

Fazit: massiv sparen mit ambulanten Spitalleistungen

PwC zieht folgendes Fazit: «Der ambulante Bereich ist ein immer wichtiger werdender Pfeiler der Gesundheitsversorgung. Der Trend zur ambulanten Behandlung wird auch künftig anhalten. Ein Grund dafür ist das teilweise noch ungenutzte Verlagerungspotenzial: Leistungserbringer führen viele Eingriffe stationär durch, obwohl der Stand der Technik eine ambulante Operation ermöglicht. Schuld daran sind die aktuellen Finanzierungs- und Tarifsysteme. Das Tarifsystem sieht eine deutlich höhere Vergütung für Spitäler vor, wenn sie die Patienten stationär

Special 2: PwC-Studie «Ambulant vor stationär»

behandeln. Die Krankenversicherungen sehen ebenfalls keinen Anreiz, Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben. Denn sie fahren bei einer Verlagerung nicht in jedem Fall besser. Spitäler und Versicherungen haben also keinen hohen finanziellen Anreiz, eine Verlagerung zu forcieren.»

Einsparungen von bis zu 30% der heutigen Behandlungskosten pro Eingriff sind möglich, wenn alle potenziellen Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Insgesamt schätzen Philip Sommer und Patrick Schwendener, die Gesundheitswesenexperten von PwC, das Potenzial für die 13 ausgewählten Eingriffe auf rund 251 Mio. Franken. Das jährliche Einsparpotenzial für alle Eingriffe liegt bei rund einer Milliarde Franken. Dazu kommt: Spitäler könnten ihre Leistungen günstiger anbieten, wenn sie verstärkt ambulant operieren. Dadurch steigt das Einsparpotenzial langfristig noch zusätzlich. Dieses Potenzial lässt sich aber nur erreichen, wenn die finanziellen Fehlanreize in der obligatorischen Grundversicherung und in der Zusatzversicherung korrigiert werden.

PwC zeigt drei Ansätze auf, die eine Verlagerung von stationär zu ambulant unterstützen können:

1. Freiwillige TARMED-Fallpauschalen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern

2. SwissDRG-Pauschale ohne Übernachtung (Zero Night DRG)
3. Ambulant vor stationär per Regulierung

«Die verschiedenen Ansätze adressieren die bestehenden Fehlanreize unterschiedlich gut. Die Chancen auf Erfolg stehen ebenfalls unterschiedlich gut. Volkswirtschaftlich ist es sinnvoll, kurzfristig die freiwilligen TARMED-Fallpauschalen auszubauen. Mittel- und langfristig sind die Rahmenbedingungen zu verbessern und eine einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär zu prüfen.»

«Zusammengefasst: Die Tariflandschaft im ambulanten Bereich ist im Umbruch, der Trend zu ambulanten Leistungen nicht zu stoppen. Das sind optimale Voraussetzungen, um Fehlanreize zu beseitigen und das finanzielle Einsparpotenzial mit innovativen Lösungen umzusetzen.

Die Gesundheitskosten lassen sich aber nur dann reduzieren, wenn alle Anspruchsgruppen gemeinsam nach einer Lösung suchen. Die Interessen von Patienten, Prämien- und Steuerzahler, Versicherern, Ärzten und Leistungserbringern müssen gleichermaßen einfließen. Nur so lässt sich eine für alle Parteien tragbare Lösung finden.»

Weitere Informationen

Die ungekürzte Originalfassung der Studie kann bei PwC bezogen werden unter: www.pwc.ch/de/branchen/gesundheitswesen

Patrick Schwendener, CFA

Director, Head Deals Healthcare

Telefon 058 792 15 08

patrick.schwendener@ch.pwc.com

Philip Sommer

Director, Head Advisory Healthcare

Telefon 058 792 75 28

philip.sommer@ch.pwc.com

Quellen

- 1 Obsan (2015): Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?
- 2 BFS (2016): Erhebungen, Quellen – Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- 3 OECD (2010): Health Data
- 4 BFS (2016): Erhebungen, Quellen – Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- 5 H+(2015): Jahresbericht 2014
- 6 FMH (2016): Website
- 7 NZZ (2016): Die Spitäler stehen hinter dem neuen Tarifsystem
- 8 NZZ (2016): Urabstimmung – Ärzte versenken Tarifreform.
- 9 santésuisse (2016): Revision des Ärztetarifs TARMED. TARMED-Revision vor dem Scheitern: die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben ist jetzt nötig.
- 10 NZZ (2016): Hickhack um Tarif – Fallpauschalen auch für freie Ärzte?

Sinnvoll sparen wo es möglich ist: Eine PwC-Studie zeigt, dass in der Schweiz jedes Jahr eine runde Milliarde Franken gespart werden kann, wenn Operationen ambulant statt stationär durchgeführt werden.

