

«Ambulant vor stationär» (AVOS)

Bericht zum Monitoring über den Zeitraum 2015 - 2019



Dokumentinformation

Autoren:	Peter Catlos, Luca Petrini (curafutura)
Version:	1.0
Veröffentlicht am:	17. Juni 2021



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	3
1.1	BEDARF UND ZIELE DES AVOS-MONITORINGS	3
1.2	STAND DER UMSETZUNG VON AVOS-LISTEN	3
1.3	OBSAN-BERICHT ZU «AMBULANT VOR STATIONÄR» 2020	5
2	INFORMATION ZU DEN VERWENDETEN DATEN	5
3	FALLZAHLENENTWICKLUNG	6
4	ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNGSRATE	9
4.1	ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNGSRATE IM INTERKANTONALEN VERGLEICH	9
4.2	ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNGSRATE AUF EBENE DER AVOS-EINGRIFFSGRUPPEN	12
5	KOSTENENTWICKLUNG	14
5.1	BRUTTOKOSTENENTWICKLUNG GESAMT	14
5.2	BRUTTOKOSTENENTWICKLUNG AUF EINGRIFFSEBENE	16
5.3	SCHÄTZUNG DES EINSARPOTENZIALS DURCH AVOS-MASSNAHMEN	17
6	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	18
7	FAZIT AUS GESUNDHEITSPOLITISCHER SICHT	18



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

1 Einführung

Der medizinische Fortschritt (neue und schonende Operations- und Untersuchungsmethoden, Anästhesieverfahren etc.) macht die Durchführung von vielen Eingriffen und Untersuchungen im ambulanten Setting möglich. Die Patienten profitieren von einer schnellen und schonenden Behandlung bei gleichzeitiger Verringerung von hospitalisationsassoziierten Komplikationen. Bei der Ambulantisierung hinkt die Schweiz im internationalen Vergleich jedoch nach wie vor vielen Ländern hinterher. Die Studie «Ambulant vor stationär» der Beratungsfirma pwc aus dem Jahr 2016 geht von einem Verlagerungspotenzial von 1 Mia. Franken pro Jahr aus. Angestossen durch die Initiative des Kantons Luzern wurden in vielen Kantonen Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen etabliert, damit die Verlagerung von stationär zu ambulant beschleunigt wird. Neben diesen kantonal erlassenen Listen gibt auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) seit dem 1. Januar 2019 auf Bundesebene vor, welche Eingriffe vorwiegend ambulant durchzuführen sind. Die stationäre Durchführung ist lediglich in definierten Ausnahmefällen möglich.

1.1 Bedarf und Ziele des AVOS-Monitorings

Für die Krankenversicherer besteht ein Interesse, die Auswirkungen der Verlagerung von stationär zu ambulant genau zu beobachten. Aus Sicht der Versicherer und der Prämienzahler sollte z. B. überwacht werden, inwiefern die Anwendung der ambulanten Listen zu Einsparungen bzw. zu Mehrkosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) führt. Dies insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme im stationären und ambulanten Bereich, welche bekannte Fehlanreize mit sich bringen. Grundsätzlich ist unbestritten, dass die vermehrte ambulante Durchführung zu Einsparungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht führt, wobei insbesondere die Kantone finanziell von diesen Massnahmen profitieren, weil sie sich an den ambulanten Behandlungskosten finanziell nicht beteiligen. Aus gesundheitspolitischer Sicht stehen die Entwicklung der Ambulantisierungsrate sowie die Untersuchung einer möglichen unerwünschten Mengenausweitung im Vordergrund.

1.2 Stand der Umsetzung von AVOS-Listen

Bei bestimmten Untersuchungen und Behandlungen besteht weitgehend ein medizinischer Konsens darüber, dass diese ambulant anstatt stationär erfolgen können. Mit dem Erlass von Listen mit primär ambulant durchzuführenden Eingriffen möchten zahlreiche Kantone einerseits eine effizientere Versorgung erreichen, andererseits Kosten sparen. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) koordiniert den Austausch sowohl unter den Kantonen als auch mit dem Bund.

Die kantonalen Listen sind mittlerweile weitgehend harmonisiert und beinhalten auch jene Eingriffe, die der Bund im Rahmen der schweizweit geltenden Regelung «ambulant vor stationär» per 1.1.2019 in der KLV eingeführt hat. Unterschiede in der Ausgestaltung der kantonalen Massnahmen bestehen derzeit noch in Bezug auf den Konkretisierungsgrad der Ausnahmekriterien für stationäre Behandlungen sowie bei der Überprüfung der Umsetzung. Als empfohlene Grundlage für die Einführung einer Regelung «ambulant vor stationär» für die Kantone gilt die harmonisierte Liste der Kantone Zürich und Luzern.

Die Einführung der ersten Liste «ambulant vor stationär» erfolgte im Kanton Luzern per 1. Juli 2017. In den folgenden Jahren wurden in mehreren Kantonen die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Förderung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» geschaffen. Die nachfolgende Tabelle bietet einen Überblick über die kantonalen Regelungen für den Auswertungszeitraum.

Übersicht der kantonalen Regelungen während des Monitoringszeitraums 2015 - 2019¹

Kanton	Einführung per
LU	01.07.2017
SH	01.01.2018
VS	01.01.2018
ZG	01.01.2018
ZH	01.01.2018
AG	01.01.2018
BS	01.07.2018
JU	01.07.2018
NE	01.07.2018
NW	01.01.2019

Liste mit 16 Eingriffsgruppen (harmonisierte Liste der Kantone Zürich und Luzern, Stand 2019)

Abkürzung	Eingriffsgruppe
AUG1	Katarakt
BEW1	Handchirurgie
BEW2	Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus)
BEW3	Osteosynthesematerialentfernungen
BEW4*	Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus*
GEF1*	Varizen der unteren Extremitäten*
GEF2	Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation
GYN1*	Eingriffe an der Zervix (Gebärmutterhals)*
GYN2*	Eingriffe am Uterus (Gebärmutter)*
HNO1*	Tonsillotomie und Adenoidektomie*
KAR1	Kardiologische Untersuchungsverfahren
KAR2	Herzschrittmacher inkl. Wechsel
URO1	Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL)
VIS1*	Hämorrhoiden*
VIS2*	Inguinalhernien exkl. beidseitiger Eingriff und exkl. Eingriffe bei Rezidivhernien*
VIS3	Zirkumzision

* 6 Eingriffe der KLV-Liste auf Bundesebene ab 2019 (GYN1+GYN2 gelten gem. KLV Anhang 1a als eine Eingriffsgruppe)

¹ GDK, Übersicht GDK «ambulant vor stationär»: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_GDK_AVOS_Kantone_20210101_df.pdf, abgerufen am 21.02.2021

1.3 OBSAN-Bericht zu «ambulant vor stationär» 2020

Im Auftrag des BAG hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) ein Monitoring über die sechs Eingriffe der KLV-Liste «ambulant vor stationär» auf der Datengrundlage 2015 - 2019 durchgeführt und die Ergebnisse am 30. November 2020 veröffentlicht². In dieser Publikation kamen die Autoren zum Schluss, dass das Ziel einer Verlagerung von sechs Gruppen von operativen Eingriffen vom stationären in den ambulanten Sektor im Einführungsjahr der KLV-Änderung (2019) erreicht wurde. Gem. Auswertungen von OBSAN war die Rate der stationär vorgenommenen Eingriffe seit 2019 stärker rückläufig als in den Vorjahren. Je nach Gruppe der Eingriffe war dieser Rückgang unterschiedlich ausgeprägt und lag zwischen 17 und 48 Prozent. Dementsprechend hat sich die Rate der ambulant durchgeführten Operationen in den meisten Fällen erhöht. Die Einführung der AVOS-Liste hat somit den bereits bestehenden Trend zur vermehrt ambulanten Durchführung beschleunigt. Die Auswertungen des OBSAN zeigten zudem, dass die Gesamteingriffsraten (das Verhältnis der Anzahl Interventionen zur Bevölkerung) im Jahr 2019 nicht stärker abgenommen haben als in den Vorjahren. Die Gesamtkosten für die untersuchten Eingriffe sind gem. OBSAN um CHF 34 Mio. zurückgegangen. Die von den Kantonen getragenen Kosten sind um 35 Mio. gesunken, während die von der OKP getragenen Kosten um ca. 0.6 Mio. leicht angestiegen sind.

Diese Kernerkenntnisse erscheinen im direkten Vergleich mit den Ergebnissen des von curafutura durchgeführten Monitorings weitgehend plausibel. Kleine Abweichungen gibt es in Bezug auf die Kostenauswirkungen (siehe Ausführungen im Kapitel 5), welche auf Unterschiede im methodischen Vorgehen bzw. bei der Datengrundlage zurückzuführen sind.

2 Information zu den verwendeten Daten

Das AVOS-Monitoring basiert auf den ambulanten und stationären Behandlungsdaten³ der Versicherten der Helsana-Gruppe, der CSS-Gruppe (ohne Sanagate) und der Sanitas-Gruppe. Massgebend für die zeitliche und geografische Zuordnung sind der Behandlungszeitpunkt und der Standortkanton des Leistungserbringers. Es wurde keine Differenzierung der Ergebnisse nach Alter der Patienten vorgenommen. Das Monitoring-Sample erstreckt sich über die Jahre 2015 - 2019 und bewegt sich in einer Bandbreite des OKP-Marktanteils von 34.3 % - 35.7 % (durchschnittlicher jährlicher Versichertenbestand).

Datenlieferanten (CSS, Helsana, Sanitas)	2015	2016	2017	2018	2019
Versichertenbestand absolut	2'894'757	2'901'396	2'877'337	2'938'612	3'044'571
Versichertenbestand, Veränderung gegenüber Vorjahr		+0.2 %	-0.8 %	+2.1 %	+3.6 %
Marktanteil Ø jährlicher Versichertenbestand	35.1 %	34.8 %	34.3 %	34.7 %	35.7 %
Veränderung Versichertenbestand 2015-2019	+5.2 %				

² Obsan Rapport 14/2020. «L'ambulatoire avant le stationnaire»: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/lambulatoire-avant-le-stationnaire>, abgerufen am 01.06.2021

³ Ambulante Behandlungen und stationäre Austritte in den Behandlungsjahren 2015 - 2019



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Die Veränderungen des Versichertenbestandes müssen bei der Betrachtung der absoluten Zahlen entsprechend mitberücksichtigt werden. Eine relevante Veränderung des Versichertenbestandes erfolgte in den Jahren 2018 und 2019. Damit um Entwicklung des Versichertenbestandes bei den drei Versicherern bereinigt werden kann, werden im vorliegenden Bericht neben den absoluten auch die standardisierten Werte (Fälle pro 10'000 Versicherte bzw. Kosten pro Versicherten) dargestellt. Bei den Berechnungen der Ambulantisierungsraten handelt es sich um relative Häufigkeiten (Prozentzahlen), welche von der Entwicklung des Versichertenbestandes unabhängig sind. Um allfällige demografische Veränderung (z.B. Altersstruktur des Versichertenbestandes) wurde nicht korrigiert.

Die Zuordnung der Eingriffe und Selektion der Fälle basiert bei den ambulanten Daten auf den entsprechenden TARMED-Triggerpositionen. Bei den stationären Daten erfolgt die Zuordnung nach «Schweizerischer Operationsklassifikation» (CHOP-Katalog). Die entsprechenden CHOP-Kodes sind in der Grunddokumentation zu den ambulanten Listen der Kantone bzw. des Bundes vorgegeben. Aufgrund der Plausibilitätsprüfung konnten die stationären und ambulanten Daten der CSS für die beiden Eingriffsgruppen GEF1 (Varizen) und VIS2 (Inguinalhernien) bei den Auswertungen nicht berücksichtigt werden. Dies ist bei der Angabe der absoluten Werte (Fälle und Kosten gesamt und auf Eingriffsebene) zusätzlich zu berücksichtigen.

Das Ziel des AVOS-Monitorings ist eine **deskriptive Analyse** der verfügbaren Daten. Für einen aussagekräftigen Vergleich wurde eine Vergleichsperiode vor der Einführung der ambulanten Listen (Jahre 2015, 2016, 2017) und die Messperiode nach deren Einführung (2018 und 2019) ausgewertet.

3 Fallzahlenentwicklung

Bei der Beurteilung der Fallzahlenentwicklung liegt der Fokus auf der Beobachtung der Verlagerung der Behandlungsfälle bei den 16 untersuchten Eingriffsgruppen in den ambulanten Sektor sowie auf den möglichen Mengeneffekten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. 2019 beinhaltete das Monitoring-Sample insgesamt 146'535 Fälle (davon 116'274 ambulant und 30'261 stationär). Der Anteil der Fälle der sechs KLV-Eingriffsgruppen lag bei 22.8 % (33'483 Fälle). Die Verlagerungstendenz (Entwicklung der Ambulantisierungsrate) auf Ebene einzelner Eingriffe wird im Kapitel 4 im Detail analysiert. Neben den absoluten Werten werden auch die standardisierten Zahlen pro 10'000 Versicherte dargestellt.

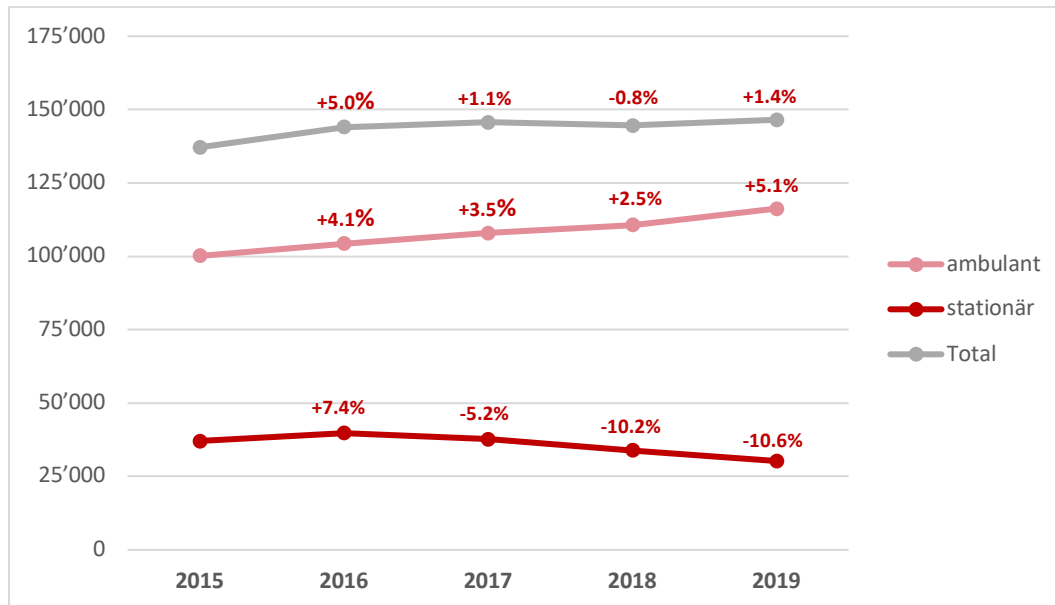


curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Fallzahlenentwicklung absolut

Bemerkung: Bei den absoluten Werten muss die Veränderung des Versichertenbestandes (siehe Punkt 2 «Information zu den verwendeten Daten») mitberücksichtigt werden.



Bei den stationären Austritten kann ein starker Rückgang bei den ausgewerteten 16 Eingriffen und Untersuchungsverfahren ab Jahr 2017 beobachtet werden. Dieser Rückgang ist in den Jahren 2018 und 2019 deutlich ausgeprägter (> 10 %) als in den vorangehenden Jahren. Berücksichtigt man die Entwicklung des Versichertenbestandes in den beiden Jahren (standardisiert pro 10'000 Versicherte), resultiert gar ein Rückgang der stationären Fälle zwischen 12.7 % und 15.3 % pro Jahr.

Bei den standardisierten Angaben zu den ambulanten Fällen fällt die Abschwächung des Wachstums in den beiden Jahren 2018 und 2019 auf, welche sich im Endeffekt in der Gesamtabnahme der Fälle (ambulant und stationär) von 2.8 % im Jahr 2018 resp. von 2.2 % im Jahr 2019 widerspiegelt.

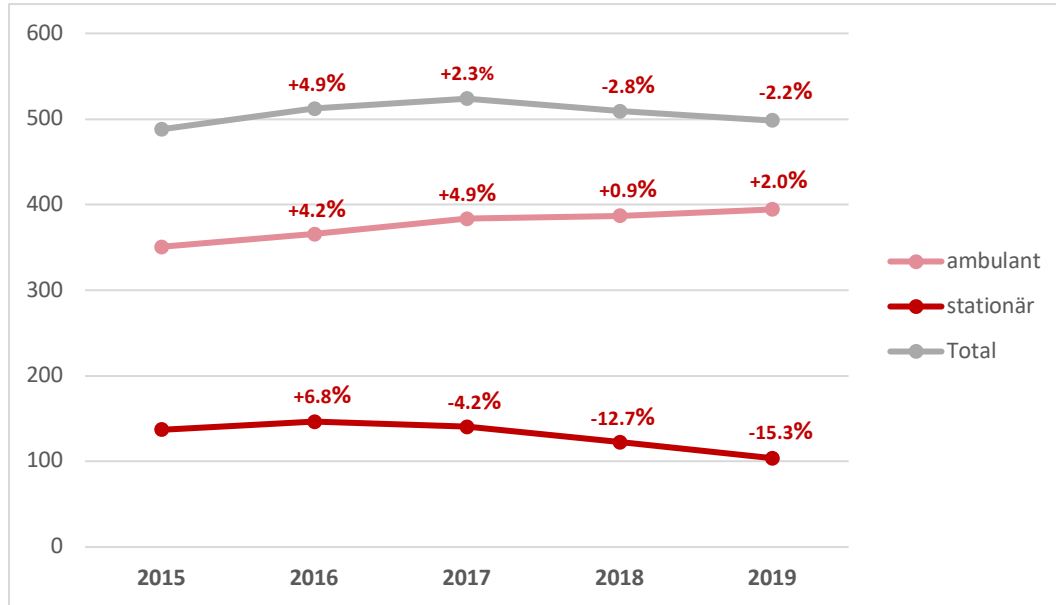
Diese Entwicklung lässt vermuten, dass ein Teil der untersuchten Eingriffe weniger häufig durchgeführt wurde. Eine Mengenausweitung aufgrund der Verlagerung zu ambulant kann nicht festgestellt werden. Die Zahlen bestätigen, dass es seit 2016 zu einer kontinuierlichen Verlagerung der Fälle der untersuchten 16 Eingriffsgruppen in den ambulanten Bereich kommt. Diese wird durch die Einführung der kantonalen ambulanten Listen im Jahr 2018 und insbesondere der AVOS-Regelung gem. KLV Anhang 1a per 1. Januar 2019 offensichtlich verstärkt.



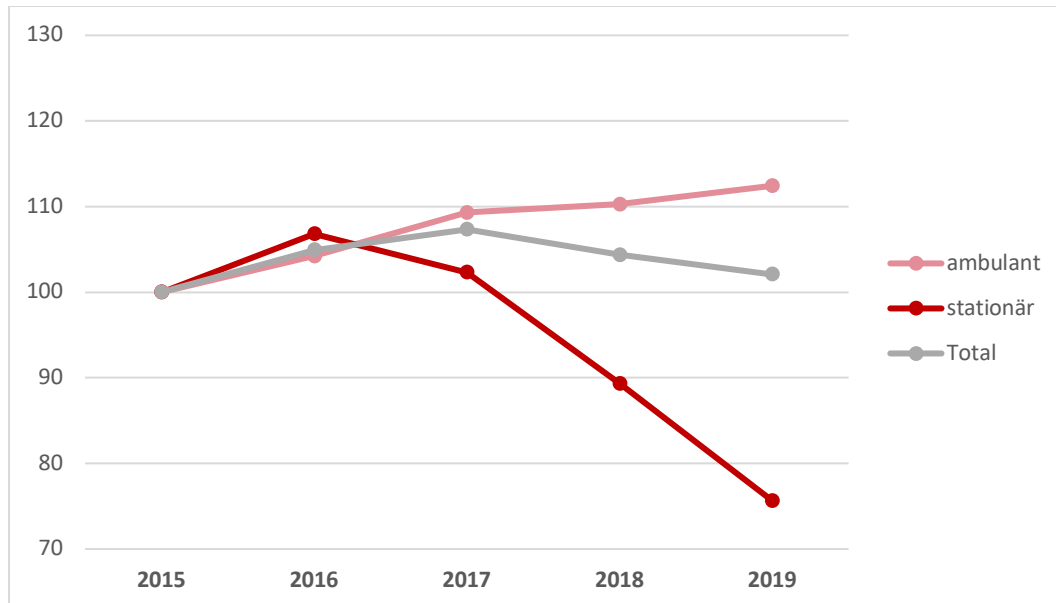
curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Fallzahlenentwicklung standardisiert pro 10'000 Versicherte



Fallzahlenentwicklung standardisiert pro 10'000 Versicherte, indexiert





curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

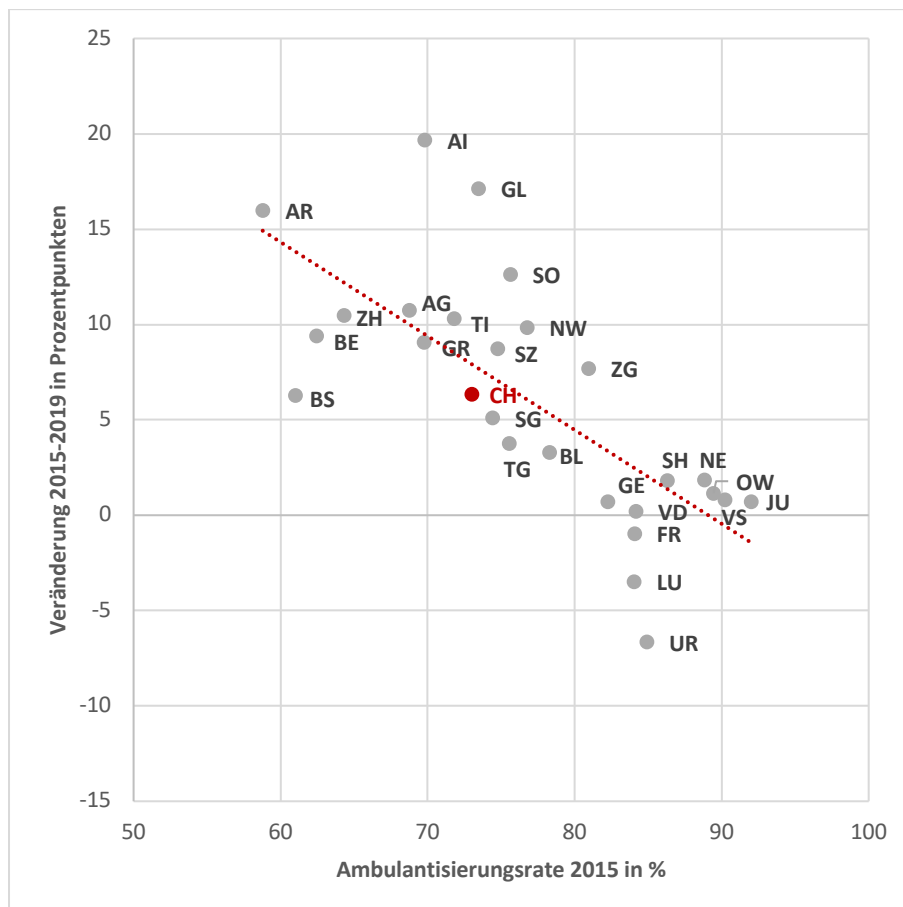
4 Entwicklung der Ambulantisierungsrate

Die Ambulantisierungsrate stellt den prozentualen Anteil der ambulanten Durchführung bei einem bestimmten Eingriff bzw. bei einer Gruppe von Eingriffen/Untersuchungen dar. Nachfolgend wird die Entwicklung der Ambulantisierungsrate auf nationaler und kantonaler Ebene sowie auf Ebene der einzelnen Eingriffe im untersuchten Zeitraum 2015 - 2019 aufgezeigt.

4.1 Entwicklung der Ambulantisierungsrate im interkantonalen Vergleich

Bemerkung: Da die Zuordnung der ambulanten und stationären Behandlung nach Kanton des Leistungserbringers erfolgt, sind die ermittelten kantonalen Werte nicht um die interkantonalen Patientenströme bereinigt. Dies muss bei der Betrachtung der Ambulantisierungsraten (v.a. bei Kantonen mit kleinerer Bevölkerungszahl bzw. mit eingeschränktem Leistungsangebot) mitberücksichtigt werden.

Ambulantisierungsrate nach Kanton und Veränderung 2015 - 2019 in Prozentpunkten, alle Eingriffe





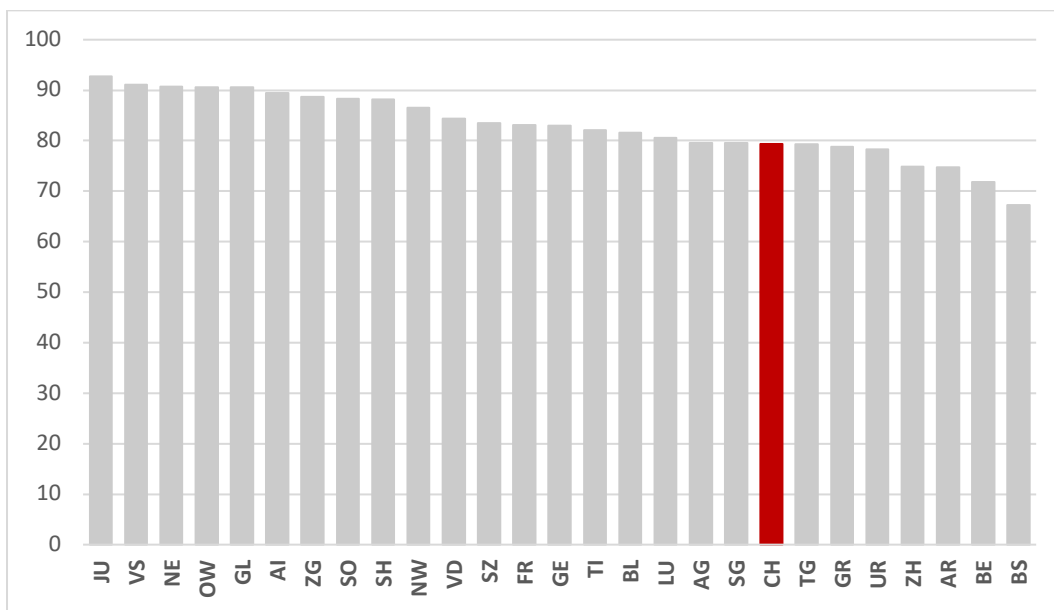
curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Wie der vorangehenden Grafik zu entnehmen ist, bestanden im Jahr 2015 im interkantonalen Vergleich grosse Unterschiede bei der Ambulantisierung der untersuchten 16 Eingriffen. Diese Unterschiede, die im Jahr 2015 zwischen 59 und 92 % des Anteils der ambulanten Durchführung lagen, konnten im Jahr 2019 verringert werden (67.2 bis 92.7 %). Auffallend ist, dass die bevölkerungsreichsten Deutschschweizer Kantone ZH und BE nach wie vor eine vergleichsweise tiefe Ambulantisierungsrate aufweisen. Allgemein kann man festhalten, dass der Anteil der ambulanten Durchführung bei diesen 16 Eingriffen bereits relativ hoch ist und das Verlagerungspotenzial bei einigen Kantonen vermutlich nahezu ausgeschöpft sein dürfte.

Bei der Analyse der Veränderung des Anteils der ambulanten Durchführung kann schweizweit ab dem Jahr 2018 eine klare Tendenz der beschleunigten Verlagerung zu ambulant beobachtet werden. Dies deutet auf die Wirkung der AVOS-Massnahmen der Kantone und des Bundes hin.

Ambulantisierungsrate 2019 im interkantonalen Vergleich, in Prozent, alle Eingriffsgruppen

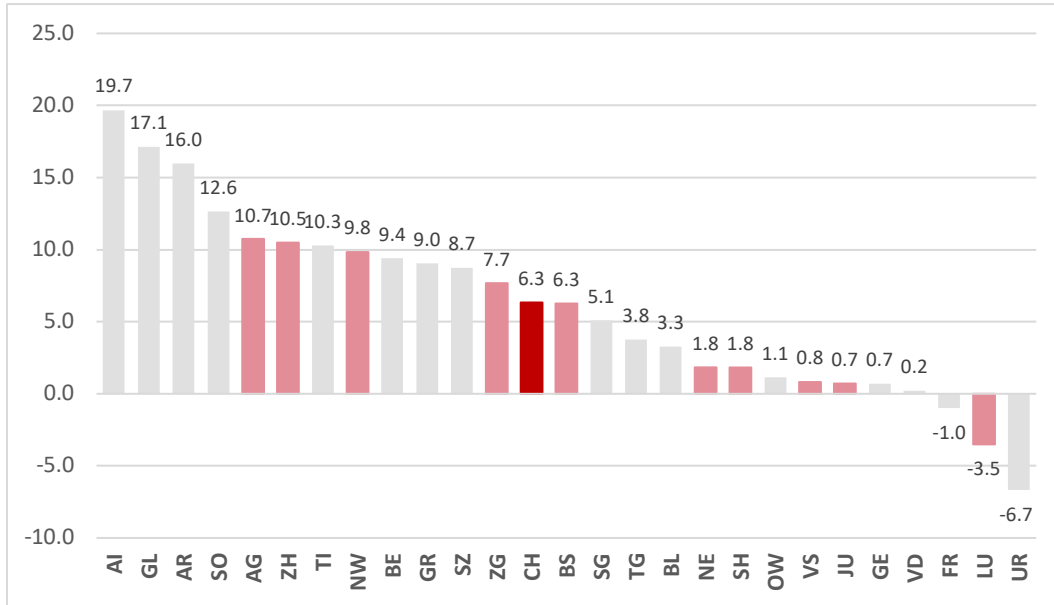




curafutura

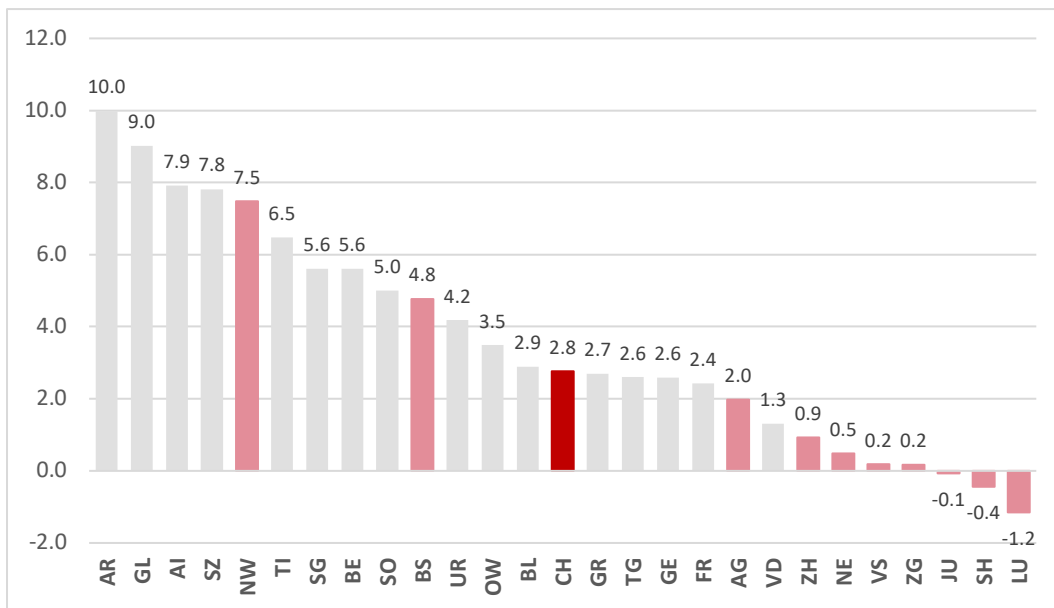
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Veränderung der Ambulantisierungsrate 2015 - 2019 in Prozentpunkten, nach Kanton, alle Eingriffe



Farblich hervorgehoben sind Kantone mit 16-er AVOS-Liste

Veränderung der Ambulantisierungsrate 2018 - 2019 in Prozentpunkten, nach Kanton, alle Eingriffe



Farblich hervorgehoben sind Kantone mit 16-er AVOS-Liste



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

4.2 Entwicklung der Ambulantisierungsrate auf Ebene der AVOS-Eingriffsgruppen

Um den Effekt der bundesweit geltenden KLV-Regelung «ambulant vor stationär» (KLV Anhang 1a) aufzeigen zu können, wurde ein direkter Vergleich der Entwicklung der Verlagerung bei den Eingriffen der KLV-Liste und der Eingriffe, welche ausschliesslich auf den kantonalen Listen vorhanden sind, durchgeführt. Die zweite Gruppe wird fortan als «andere» Eingriffe bezeichnet.

Ein Vergleich der Entwicklung der Ambulantisierungsraten auf Ebene der einzelnen Eingriffsgruppen zeigt, dass die Eingriffe der KLV-Liste «ambulant vor stationär» im Jahr 2018 und v.a. im Jahr 2019 deutlich häufiger als in den Vorjahren ambulant anstatt stationär durchgeführt wurden. Die stärkste Verlagerung zu ambulant ist bei den Inguinalhernien-Operationen (VIS2), Kniearthroskopien (BEW4), Tonsillotomien und Adenoidektomien (HNO1) und Hämorrhoiden-Eingriffen (VIS1) erkennbar.

Bei den anderen Eingriffen präsentiert sich der Verlagerungseffekt aus gesamtschweizerischer Perspektive insgesamt deutlich weniger ausgeprägt. Während dem man bei der Extrakorporellen Stosswellenlithotripsie (ESWL, URO1) eine starke Verlagerung zu ambulant feststellt, kann bei anderen Eingriffen (Handchirurgie/BEW1, Fusschirurgie/BEW2 und PTA/GEF2) sogar eine Abnahme des Anteils der ambulanten Durchführung zwischen 2015 und 2019 beobachtet werden.

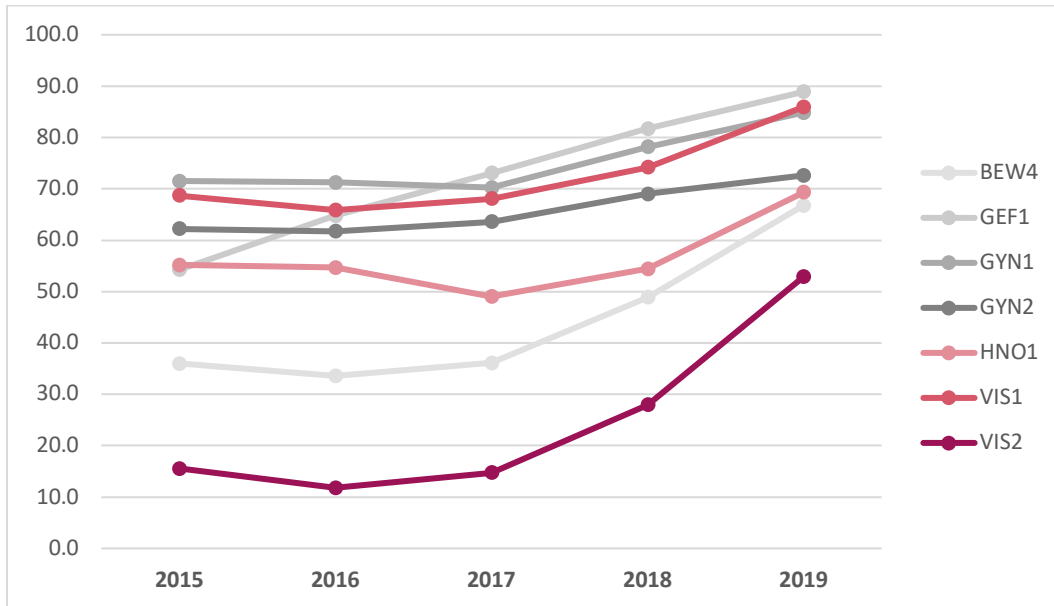
Basierend auf einer rein deskriptiven Analyse liegt die Vermutung nahe, dass die Selektion der «richtigen» Eingriffe massgeblich für den Verlagerungserfolg mitverantwortlich ist. Über ein hohes Verlagerungspotenzial verfügen dabei Eingriffe, die bisher häufig stationär durchgeführt wurden, die aber aufgrund einer klaren medizinischen Indikation und medizinisch-technischer Möglichkeiten im ambulanten Setting durchführbar sind. Die Verlagerung bei den KLV-Eingriffen wird zudem durch die bundesweit verbindlich geltenden AVOS-Vorgaben zusätzlich beschleunigt und zeigt – im Vergleich zu den Eingriffen gemäss kantonalen Listen – eine bessere Wirkung.



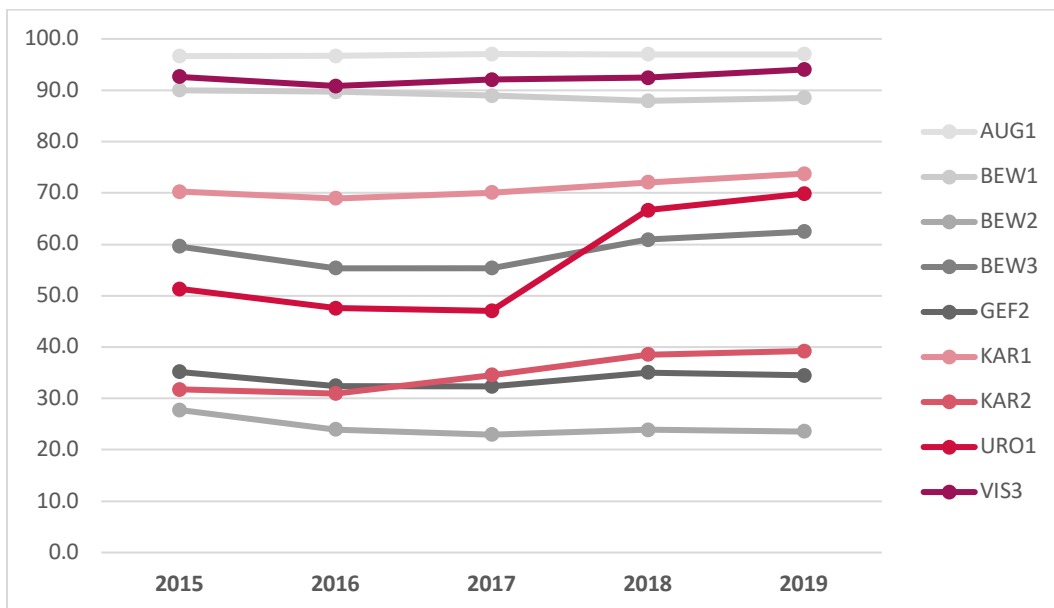
curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
 Les assureurs-maladie innovants
 Gli assicuratori-malattia innovativi

Entwicklung Ambulantisierungsrate KLV-Eingriffe (2015-2019), in Prozent



Entwicklung Ambulantisierungsrate «andere» Eingriffe (2015-2019), in Prozent





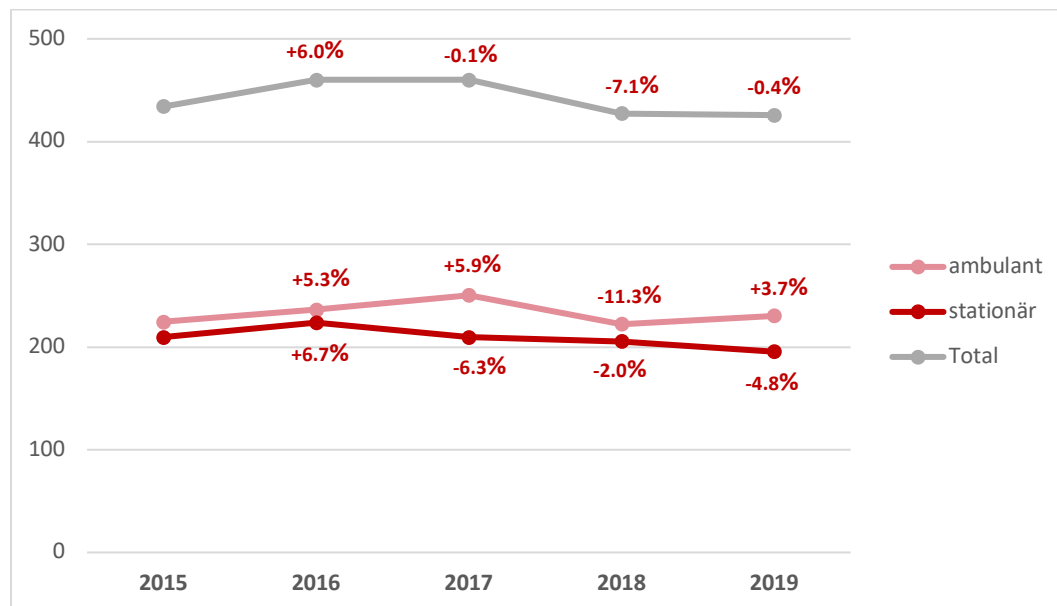
5 Kostenentwicklung

5.1 Bruttokostenentwicklung gesamt

Die gesamten OKP-Bruttokosten (ambulant und stationär) für die untersuchten 16 Eingriffe sind im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr um 1.7 Mio. Franken (0.4 %) gesunken. Berücksichtigt man die Veränderung des Versichertenbestandes von 3.6 % in der gleichen Periode, resultiert gar ein Rückgang des Gesamtkostenvolumens um 4.1 % pro Versicherten. Der Fallzahlenentwicklung folgend, nahmen die OKP-Kosten dieser Eingriffe im stationären Bereich im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr markant um 9.5 % pro Versicherten ab. Bei den Kosten im ambulanten Bereich kann bei den absoluten Werten zuerst ein deutlicher Rückgang von 28.2 Mio. Franken im Jahr 2018 beobachtet werden. Dieser ist primär als Folge des Eingriffs des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur zu interpretieren (vgl. auch die Analyse bei Punkt 5.2). Im Folgejahr 2019 stiegen die ambulanten Kosten zwar um 8.2 Mio. Franken an, bei der Betrachtung der Entwicklung pro Versicherten resultiert jedoch lediglich ein moderater Kostenanstieg von 0.9 % des ambulanten Volumens der 16 Eingriffe (im Vergleich dazu liegt die Kostenentwicklung 2018 - 2019 der gesamten TARMED-Kosten über alle Versicherer bei 3.3 %⁴).

Bruttokostenentwicklung absolut (in Mio. CHF)

Bemerkung: Bei den absoluten Werten muss die Veränderung des Versichertenbestandes mitberücksichtigt werden. Zusätzlich gilt zu beachten, dass die Daten der Eingriffsgruppen GEF1 (Varizen) und VIS2 (Inguinalhernien) der CSS-Gruppe in die Auswertung nicht eingeflossen sind (siehe Kapitel 2 «Information zu den verwendeten Daten»).



⁴ Quelle: SASIS AG, Datenpool Monatsdaten Dez. 2020, Auswertung curafutura der Arztleistungen (TARMED und TARMED-Pauschalen) nach Behandlungsjahr

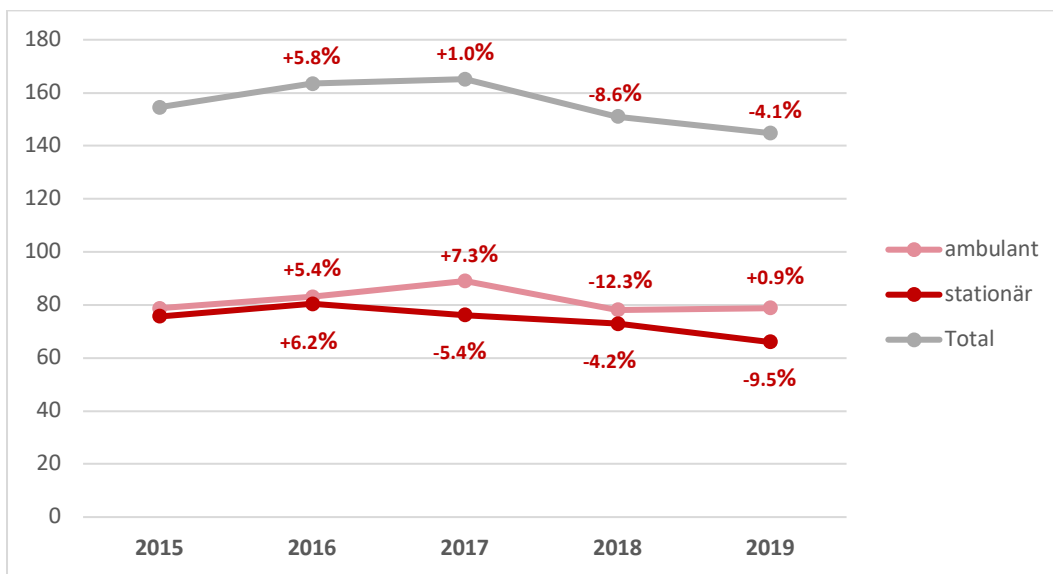


curafutura

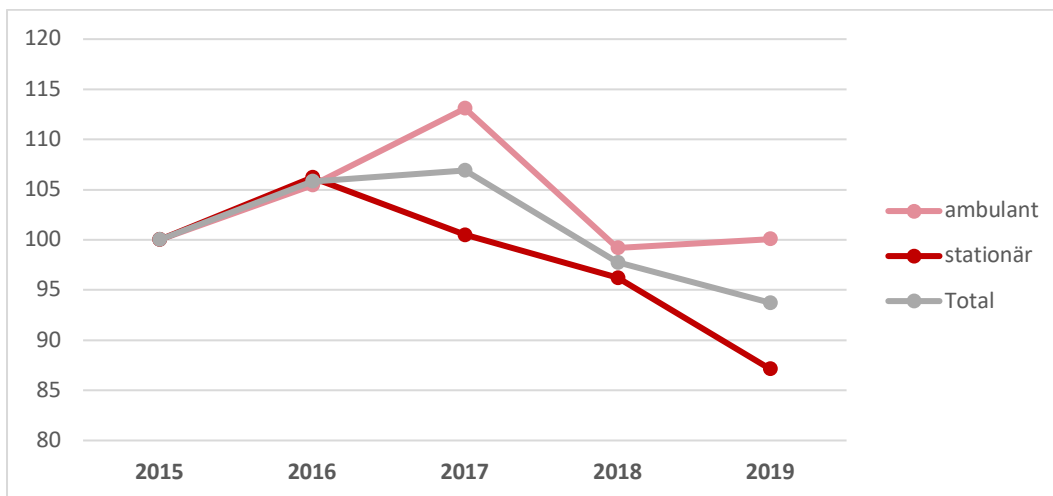
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Der genaue finanzielle Effekt der Verlagerung der untersuchten Eingriffe in den ambulanten Bereich kann nicht isoliert von anderen Einflüssen (TARMED-Tarifeingriff, Fallzahlenstagnation im stationären Bereich etc.) betrachtet werden. Mit der Erreichung der bereits hohen Ambulantisierungsraten bei vielen Eingriffen ist zudem davon auszugehen, dass die Kostenauswirkungen inskünftig weniger ausgeprägt bzw. das realisierbare Einsparpotenzial deutlich geringer ausfallen wird. Über alle 16 Eingriffe hinweg ist bis im Jahr 2019 keine negative Auswirkung auf die OKP-Kosten als Folge der Verlagerung zu ambulant feststellbar.

Entwicklung Bruttokosten standardisiert pro Versicherten (in CHF)



Entwicklung Bruttokosten, standardisiert pro Versicherten, indexierte Darstellung



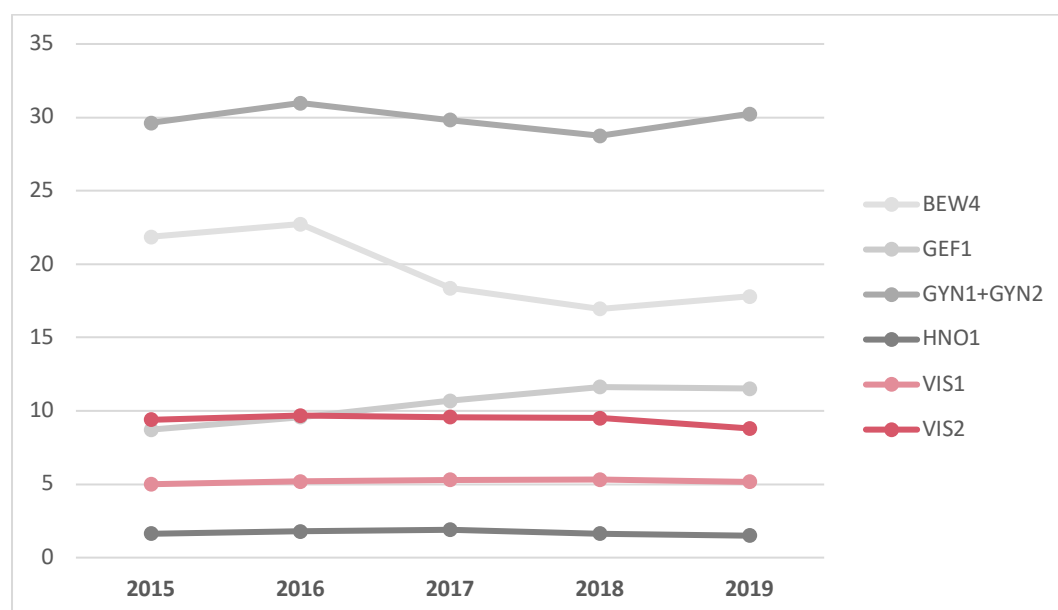
5.2 Bruttokostenentwicklung auf Eingriffsebene

Die gesamten OKP-Bruttokosten (ambulant und stationär) betragen im Jahr 2019 bei den KLV-Eingriffen 75 Mio. Franken, bei der Gruppe «andere Eingriffe» waren es knapp 351 Mio. Franken. Bei der Gruppe der KLV-Eingriffe sind die absoluten OKP-Bruttokosten im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr um rund 1.2 Mio. Franken angestiegen. Berücksichtigt man jedoch die Entwicklung des Versichertenbestandes im Jahr 2019, resultiert in dieser Gruppe eine Abnahme der Kosten pro Versicherten zwischen 2018 und 2019 um -3.4 %. Die Gruppe «andere» Eingriffe weist im Jahr 2019 eine absolute Kostenabnahme von rund 3 Mio. Franken bzw. -4.3 % bei standardisierter Betrachtung pro versicherte Person. Im Ergebnis resultiert im Jahr 2019 die unter 5.1 erwähnte Abnahme der Gesamtkosten über alle Eingriffe von 1.7 Mio. Franken.

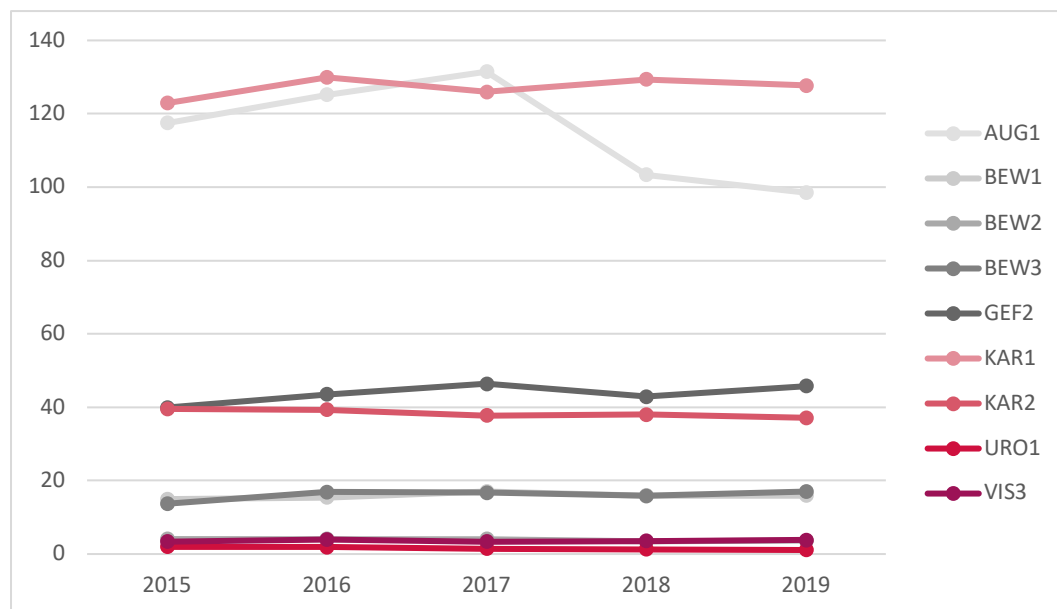
Auf Ebene der einzelnen Eingriffe stellt man dabei teilweise sehr starke Unterschiede bei der Kostenentwicklung fest. Deutlich gesunken sind die Kosten bei den Katarakteingriffen (AUG1) im 2018 (CHF -28.1 Mio.) und im 2019 (CHF -4.8 Mio.). Hier wird deutlich, dass diese Entwicklung auf den bereits erwähnten Eingriff des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur zurückzuführen ist, in dem u.a. die bereits seit Jahren vorwiegend ambulant durchgeführten Katarakteingriffe (Ambulantisierungsrate >95 %) deutlich abgewertet wurden. Ebenfalls im Jahr 2019 gegenüber 2018 gesunken sind die Kosten bei den Eingriffsgruppen kardiologische Untersuchungen (KAR 1, CHF -1.6 Mio.), Herzschrittmacher (KAR2, CHF -0.8 Mio.) und Inguinalhernien (VIS2, CHF -0.7 Mio.). Den stärksten Kostenanstieg weisen im Jahr 2019 die Eingriffsgruppen PTA (GEF2, CHF +2.9 Mio.), gynäkologische Eingriffe (GYN1+GYN2, CHF +1.5 Mio.) und Osteosynthesematerialentfernungen (BEW3, CHF +1.1 Mio.) auf.

Entwicklung OKP-Bruttokosten, KLV-Eingriffe (in Mio. CHF)

Bemerkung: Bei den absoluten Werten muss die Veränderung des Versichertenbestandes mitberücksichtigt werden. Zusätzlich gilt zu beachten, dass die Daten der Eingriffsgruppen GEF1 (Varizen) und VIS2 (Inguinalhernien) der CSS-Gruppe in die Auswertung nicht eingeflossen sind (siehe Punkt 2 «Information zu den verwendeten Daten»).



Entwicklung OKP-Bruttokosten, Eingriffe «andere» (in Mio. CHF)



5.3 Schätzung des Einsparpotenzials durch AVOS-Massnahmen

Mit der Analyse der Veränderung der Ambulantisierungsrate auf Eingriffsebene konnte im Kapitel 4.2 aufgezeigt werden, dass die Gruppe der anderen Eingriffe (mit Ausnahme der Eingriffsgruppe URO1) aus insgesamt über ein geringeres Verlagerungspotenzial verfügt und dass die Einsparungen zu einem grossen Teil durch den bundesrätlichen Eingriff in die TARMED-Tarifstruktur im Jahr 2018 begründet sind.

Hingegen weisen die sechs KLV-Eingriffsgruppen eine stark ausgeprägte Verlagerungstendenz zu ambulant auf. Unter der (realistischen) Annahme, dass inskünftig 90 % der KLV-Eingriffe ambulant durchgeführt werden können, kann gemäss Berechnungen von curafutura auf Basis des Jahres 2019 von einem Einsparpotenzial zu Gunsten der OKP von 24.8 Mio. Franken (Hochrechnung ganze Schweiz) ausgegangen werden. Nach Berücksichtigung der Einsparungen bei den Kantonen von 73.5 Mio. Franken wäre (ceteris paribus) ein AVOS-Gesamteinsparpotenzial von 98.3 Mio. Franken möglich.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

curafutura hat auf Basis der Abrechnungsdaten ihrer Mitglieder Helsana, CSS und Sanitas die Auswirkungen der Massnahmen der Kantone und des Bundes zur Verlagerung von 16 bzw. 6 Eingriffsgruppen vom stationären in den ambulanten Bereich analysiert. Im Fokus der Analyse standen die Fallzahlen, der Fortschritt der Ambulantisierung und die Kosten.

Die Analyse zeigt, dass die Verlagerung von stationär zu ambulant im untersuchten Zeitraum (2015 – 2019) einen gewissen Effekt in die gewünschte Richtung brachte. Dabei war es vor allem die schweizweit geltende ambulante Liste des Bundes mit einer Reduktion auf 6 zentrale Eingriffe (KLV-Eingriffe), die zu einer Beschleunigung der Verlagerung in den ambulanten Bereich führte. Auf der einen Seite konnten die im Jahr 2015 bestehenden grossen kantonalen Unterschiede bei der Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» verringert werden und auf der anderen Seite erfuhr der Anteil der ambulanten Durchführung bei den untersuchten 16 Eingriffsgruppen im Durchschnitt eine Steigerung von 73.0 % (2015) auf 79.3 % (2019). Dabei hat die Gruppe der sechs KLV-Eingriffe die stärkste Verlagerung zu ambulant erfahren – mit einem Anteil an ambulanter Durchführung von bis nahezu 90 % (Varizen-Eingriffe). Gleichzeitig zeigen die Auswertungen aber auch, dass die Verlagerung zu ambulant bei den meisten nicht-KLV-Eingriffen auf den kantonalen Listen weniger ausgeprägt ist.

Die standardisierten Fallzahlen pro 10'000 Versicherte sind im stationären Bereich in der ausgewerteten Zeitspanne um -24.4 % zurückgegangen, währenddem die ambulanten Fälle um 12.4 % gestiegen sind. Insgesamt (ambulant und stationär) kann zwar zwischen 2015 und 2019 eine moderate Zunahme der Fälle um 2.1 % beobachtet werden, die Gesamtfallzahl der 16 Eingriffsgruppen pro 10'000 Versicherten ist jedoch seit 2018 rückläufig. Min anderen Worten: Es konnte keine Mengenausweitung über alle 16 untersuchten Eingriffsgruppen hinweg festgestellt werden.

Bei den OKP-Bruttokosten pro Versicherten zeigt sich im Jahr 2019 ein Rückgang der Gesamtkosten (ambulant und stationär) gegenüber dem Vorjahr um -4.1 % und gegenüber dem ersten Auswertungsjahr 2015 um -6.3 %. Obwohl bei den absoluten Zahlen insgesamt (ambulant und stationär) kein Kostenanstieg zu Lasten der OKP festgestellt werden konnte, können die Einsparungen nur teilweise der Verlagerung in den ambulanten Bereich zugeschrieben werden. Eine wesentliche Rolle bei der Kostenentwicklung spielt der bundesrätliche Eingriff in die TARMED-Tarifstruktur im Jahr 2018 sowie weitere Trends, wie z. B. die allgemein beobachtete Fallzahlenstagnation im stationären Bereich.

Unter der Annahme, dass 90 % der KLV-Eingriffe ambulant durchgeführt werden können, kann gemäss Berechnungen von curafutura auf Basis des Jahres 2019 von einem Einsparpotenzial zu Gunsten der OKP (Hochrechnung ganze CH) von 24.8 Mio. Franken pro Jahr ausgegangen werden. Nach Berücksichtigung der Einsparungen bei den Kantonen von 73.5 Mio. Franken pro Jahr wäre (ceteris paribus) ein AVOS-Gesamteinsparpotenzial bei den KLV-Eingriffen von 98.3 Mio. Franken pro Jahr möglich.

7 Fazit aus gesundheitspolitischer Sicht

Dort, wo es medizinisch sinnvoll, technisch machbar und auch günstiger ist, sollten Eingriffe, die bisher einen stationären Spitalaufenthalt erforderten, ambulant durchgeführt werden. Die Hauptursachen für



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

die – in Anbetracht des betriebenen Aufwandes – doch eher schleppend voranschreitende Ambulantisierung in der Schweiz ortet curafutura hauptsächlich bei den Fehlanreizen, welche durch die unterschiedlichen Finanzierungssysteme im ambulanten und stationären Bereich vorhanden sind, sowie durch die nicht mehr zeitgemässe Tarifierung im ambulanten Bereich.

Die verzerrenden Tarife im ambulanten Bereich, die die medizinisch-technische Realität nicht mehr adäquat abbilden, lassen sich in der veralteten und nicht-revidierfähigen Tarifstruktur TARMED nicht beheben und werden zurzeit nur noch mit weiteren Regulierungsmassnahmen korrigiert. Der von curafutura und FMH beim Bundesrat Mitte 2019 eingereichte und zur Genehmigung beantragte Nachfolgetarif TARDOC bildet hingegen die aktuellen betriebswirtschaftlichen und medizin-technischen Gegebenheiten ab und soll zudem regelmässig den neuen Entwicklungen angepasst werden, um so in Zukunft die heute vorhandenen tarifarischen Fehlanreize zu beheben.

Mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) werden Prämien- und Steuerzahlende entlastet, ohne die gute Gesundheitsversorgung oder die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen. Durch die grössere Prämienendifferenz, die bei einer einheitlichen Finanzierung gegenüber dem Standard-Versicherungsmodell entsteht, steigt für viele Versicherte der Anreiz, in ein innovatives Modell mit integrierter ambulanter Versorgung zu wechseln, wodurch noch mehr unnötige stationäre Behandlungen vermieden werden können. Durch eine integrierte und gut koordinierte Versorgung können Patienten in hoher Qualität, bedarfsorientiert und gezielt im richtigen Setting behandelt werden. Von dieser Entwicklung profitieren sowohl die Kantone, also die Steuerzahlenden, als auch die Versicherten, also die Prämienzahlenden, wodurch noch mehr Kosten gespart werden. Längerfristig ergibt sich so ein geschätztes Sparpotential von 2 bis 3 Milliarden Franken jährlich.⁵

Aus langfristiger Perspektive stellen die ambulanten Listen daher lediglich eine Symptombekämpfung dar. Mit EFAS sowie mit der Einführung einer zeitgemässen und revidierfähigen Tarifstruktur im ambulanten Bereich können die Probleme an ihren Wurzeln gepackt und die richtigen Anreize gesetzt werden, so dass auch die Ambulantisierung weiter vorangetrieben wird.

⁵ Trageser et al. (2012). «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens.». Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern.

Polynomics (i. A. von CSS, Helsana und Swica), 2018.