



curafutura

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



Im Fokus

«Ambulante kantonale Listen: Im heutigen Finanzierungssystem führen sie zu einer Mehrbelastung der Prämienzahlenden»

Medizinisch betrachtet könnten in der Schweiz viel mehr Eingriffe ambulant vorgenommen werden, als dies heute der Fall ist. Der Vergleich mit dem Ausland zeigt: Unser Land liegt auf den hintersten Rängen, was den Anteil ambulanter Chirurgie im Verhältnis zu allen chirurgischen Eingriffen im Spital betrifft. Bei den ambulant durchgeführten Tonsillektomien (Mandelentfernung) etwa rangiert die Schweiz auf Platz 18 von 25 mit einem ambulanten Anteil von gerade mal 11 %. Dies, obwohl bekannt ist, dass ambulantes Operieren nicht nur Kosten spart (Patienten müssen nicht im Spital übernachten und damit wird bei der Pflege und Hotellerie gespart), sondern auch für die Patientinnen und Patienten von Vorteil ist: Die Wahrscheinlichkeit einer Infektion im Spital sinkt signifikant, die frühe Mobilisierung beugt Komplikationen vor und das Wohlbefinden zuhause beschleunigt den Heilungsprozess. In Anbetracht dieser Vorteile ist es kein Wunder, dass die «Ambulantisierung» - wie dieser Trend im Fachjargon heisst - von vielen Seiten propagiert wird.

Kantone setzen auf ambulante Listen

Für Schlagzeilen sorgten in der letzten Zeit die Kantone Luzern und Zürich, die als erste eine Liste mit Eingriffen publizierten, welche künftig nur noch ambulant durchgeführt werden sollen. Ende Oktober wurden die beiden Listen in eine gemeinsame Liste zusammengeführt. Mehrere Kantone wie Wallis und Zug doppelten nach und wollen ab 2018 ebenfalls eine ambulante Liste übernehmen, andere Kantone stehen schon in den Startlöchern. Erklärtes Ziel dieser Massnahmen ist «Kostensparen», so die Kantone. Was aber heisst das für die Versicherten? Kommen ihnen diese Einsparungen dort zugute, wo sie sie direkt und am stärksten spüren – auf der Prämienrechnung?

Kostenvergleich

curafutura hat die von den Kantonen Luzern und Zürich publizierten Listen unter die Lupe genommen. Dabei hat sie die durchschnittlichen ambulanten Kosten nach Ärztetarif «TARMED» mit den stationär durchgeführten Behandlungen, abgegolten mit diagnosenbezogenen Fallpauschalen «SwissDRG» für eine bzw. zwei Spitalübernachtungen verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Betrachtung der Gesamtkosten die ambulant durchgeführten Operationen in der Regel günstiger sind. Brisant aber: Bei zwei Eingriffen, der Herzkranzgefäss-Katheteruntersuchung (PTCA) und der invasiven Herzuntersuchung, sind die ambulanten Kosten deutlich höher als stationär.

Mehrkosten statt Entlastungen für die Prämienzahler

Betrachtet man jedoch die effektiven Kosten für die Steuerzahler und für die Versicherten als Prämienzahler, kommt es zu einer frappanten Kostenverschiebung. Grund dafür ist die unterschiedliche Finanzierung von den ambulanten und stationären Leistungen. Während die stationären Aufenthalte zu 55 % von den Kantonen (mit Steuern) und zu 45% von den Versicherern (mit Prämien) finanziert werden, gehen die ambulant durchgeführten Eingriffe vollumfänglich zu Lasten der Versicherer. Die in diesem Zusammenhang von Kantonsvertretern kolportierte Nullrunde für die Versicherer (vgl. NZZ vom 16. Juli) geht gemäss Berechnungen von curafutura nicht auf. Im Gegenteil - nur gerade bei 4 von 13 Eingriffen auf der Luzerner-Liste und bei 6 von 14 Eingriffen auf der Zürcher-Liste kann aus der



Prämienzahlerperspektive eine echte Einsparung erzielt werden. Würden solche ambulanten Listen in allen Kantonen zum Einsatz kommen, zeigen die Berechnungen von curafutura eine Mehrbelastung für die Prämienzahlenden von 45 Millionen Franken. Das Fazit: Im heutigen ungleichen Finanzierungssystem profitieren die Kantone von der Verlagerung, während die Prämienzahlenden entsprechend mehr belastet werden.

Ambulante Liste Kanton Luzern

Eingriff	Häufigste (plausibelste) DRG-Ziffer	Ø ambulante Kosten TARMED	Kosten stationär	Delta TARMED/ stationär	Kosten stationär	Delta TARMED/ stationär
			KT+KV (100%) Aufenthalt 1 Nacht	Anteil KV (45%) Aufenthalt 1 Nacht	KT+KV (100%) Aufenthalt 2 Nächte	Anteil KV (45%) Aufenthalt 2 Nächte
PTCA (Herzkatheter)	F57B	11'019	7'762	7'526	9'149	6'902
Herzschrittmacher	F12D	13'996	16'530	6'558	19'836	5'070
PTA (Katheteruntersuchung der Gefässe)**	F54Z	5'500	8'009	1'896	11'258	434
Leistenbruch	G25B	3'032	4'760	890	5'482	565
Katarakt	C08B	2'560	4'218	662	5'681	4
Meniskektomie	I18B	2'339	4'066	509	5'330	-59
Kniearthroskopie	I18B	2'188	4'066	358	5'330	-211
Krampfadern	F39B	2'583	5'007	330	5'928	-85
Mandeloperation (Alter < 16 Jahre) gem. DRG-Ziffer	D30B	2'006	4'047	185	4'988	-238
Karpaltunnel	B05Z	1'338	3'259	-128	4'161	-534
Eingriffe am Gebärmutterhals	N09Z	1'467	3'686	-192	4'456	-538
ESWL (Nierensteinerzürmerung per Ultraschall)	L42B	1'474	3'791	-232	4'655	-621
Hämorrhoiden	G26B	803	3'449	-749	4'636	-1'283

Ambulante Liste Kanton Zürich

Eingriff	Häufigste (plausibelste) DRG-Ziffer	Ø ambulante Kosten TARMED	Kosten stationär	Delta TARMED/ stationär	Kosten stationär	Delta TARMED/ stationär
			KT+KV (100%) Aufenthalt 1 Nacht	Anteil KV (45%) Aufenthalt 1 Nacht	KT+KV (100%) Aufenthalt 2 Nächte	Anteil KV (45%) Aufenthalt 2 Nächte
Herzschrittmacherimplantation	F12D	13'996	16'530	6'558	19'836	5'070
(A) Diagnostische Herzuntersuchungen (invasiv)	F49F/F49E	6'243	4'313	4'302	5'320	3'849
(B) Diagnostische Herzuntersuchungen (nichtinvasiv) in der Regel ambulant		648	leer	leer	leer	leer
PTA inkl. Ballondilatation**	F54Z	5'500	8'009	1'896	11'258	434
Rekonstruktion und Resektionen bei Deformitäten der Kleinzehe	I20F	3'153	4'370	1'186	5'976	464
Leistenhernienoperation	G25B	3'032	4'760	890	5'482	565
Katarakt	C08B	2'560	4'218	662	5'681	4
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	I18B	2'317	4'066	488	5'330	-81
Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität	F39B	2'583	5'007	330	5'928	-85
ESWL (Nierensteinerzürmerung per Ultraschall)	L42B	1'474	3'791	-232	4'655	-621
Untersuchungen / Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter*	O40Z,N10Z,N09Z	1'331	3'542	-263	4'837	-845
Periphere Osteosynthesematerial-Entfernung	I23B	1'456	3'924	-309	5'083	-831
Teilgebiete der Handchirurgie*	B05Z,I32D,B17C	1'456	4'146	-410	5'613	-1'070
Zirkumzision	M05Z	1'064	3'582	-548	5'596	-1'454
Hämorrhoideneingriffe	G26B	803	3'449	-749	4'636	-1'283

Quellen:

Kosten stationär: Häufigste DRG-Pauschale pro Indikation, Fallpauschalenkatalog SwissDRG, Version 5.0 (2016) multipliziert mit Ø-Basispreis CH, CHF 9'500

*Kosten stationär: Stationäre Abrechnungen curafutura aus dem Jahr 2016, Ø-Kostengewicht der drei häufigsten DRGs, mengengewichtet, multipliziert mit Ø-Basispreis CH, CHF 9'500

Kosten ambulant: TARMED-Abrechnungen curafutura aus dem Jahr 2016

**Kosten ambulant: PwC-Studie «Ambulant vor stationär» (2016)



curafutura

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

Viele offene Fragen statt Lösungen

Nicht nur der genaue Blick auf die Kosten lässt Zweifel am Vorgehen der Kantone aufkommen, sondern auch die vielen offenen Fragen: Kommt es durch die unterschiedlichen kantonalen Regelungen unter den Kantonen zu einer gesetzeswidrigen Ungleichbehandlung der Patienten? Wie kompliziert und administrativ aufwändig wird das Kostengutspracheverfahren? Was passiert, wenn die Versicherer bei ihrer Beurteilung der gesetzlichen Leistungspflicht zum Schluss kommen, dass eine Behandlung bei bestimmten Patienten stationär anstatt ambulant erfolgen sollte? Trägt der Kanton in diesem Fall die Kosten?

Die einheitliche Finanzierung räumt mit den Fehlanreizen auf

curafutura ist überzeugt – die Verlagerung bestimmter Eingriffe in den ambulanten Bereich ist aus medizinischer und gesamtwirtschaftlicher Sicht sinnvoll. Die Entscheidung, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird, muss anhand der medizinischen Kriterien und nicht aus finanziellen Überlegungen der Akteure im Gesundheitswesen erfolgen. Im heutigen ungleichen Finanzierungssystem sind die beiden Finanzierer von der eigenen Kostenbrille beeinflusst. Dabei wirken die Interessen in entgegengesetzte Richtung: Was die Kantone entlastet, belastet die Krankenversicherer und umgekehrt. Die Verlagerung kann darum nur nachhaltig gelingen, wenn die heutige ungleiche Finanzierung durch eine einheitliche ersetzt wird und beide Finanzierer gemeinsam an einer kostengünstigen Versorgung interessiert sind.