

[www.pwc.ch/gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)

# *Ambulant vor stationär.*

*Oder wie sich eine Milliarde Franken  
jährlich einsparen lassen.*

*Wie hoch ist das ambulante  
Potenzial in der Schweiz? Und  
wie lässt es sich in die Praxis  
umsetzen? Diese Fragen  
beantwortet die PwC-Studie.*

*Unterstützt durch Swiss  
Medical Network SA*



**pwc**

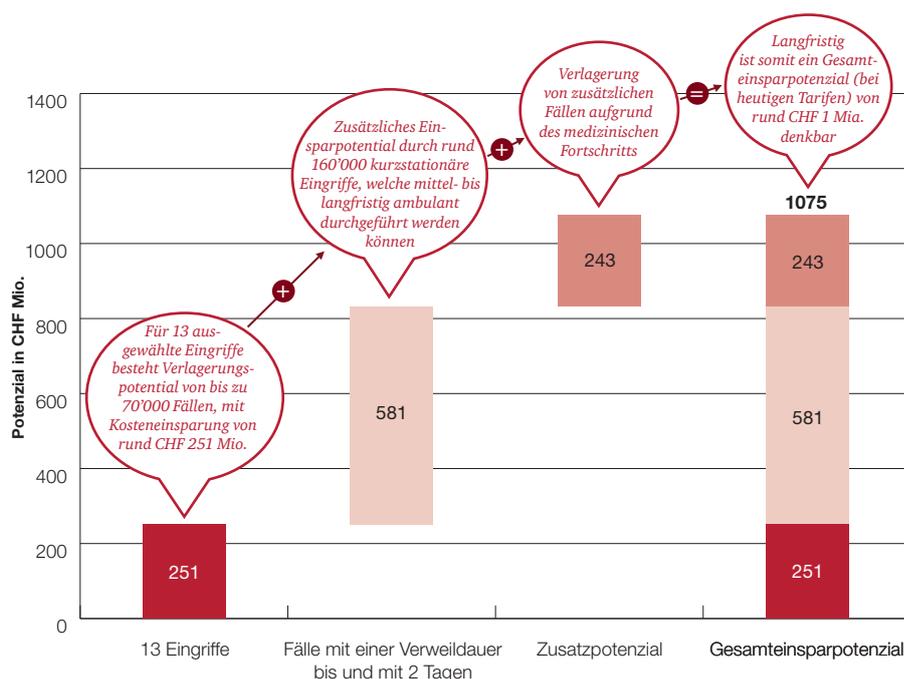
*Ärzte behandeln immer mehr Patienten ambulant. Und es könnten künftig noch viel mehr werden. Die vorliegende Studie untersucht das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und analysiert, wie sich diese Verlagerung auf die Gesundheitskosten in der Schweiz auswirkt. Wir zeigen unterschiedliche Lösungsansätze auf, um Fehlanreize im aktuellen System zu reduzieren.*

# Executive Summary

## Die Studie kommt zu folgenden Erkenntnissen:

- Der Trend zur Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor wird weitergehen. Fortschritte in der Medizin und die Bedürfnisse der Patienten sind die Haupttreiber dieser Entwicklung.
- Im aktuellen Finanzierungs- und Tarifsystem der Schweiz bestehen Fehlanreize. Aus diesem Grund werden viele Eingriffe nicht ambulant durchgeführt, auch wenn es medizinisch möglich wäre. Im internationalen Vergleich hinkt die Schweiz hinterher: Schweizer Spitäler führen bestimmte Eingriffe mehrheitlich stationär durch, im Ausland sind zum grossen Teil ambulante Eingriffe üblich.
- Stationäre Eingriffe sind in der Regel teurer als ambulante. Deshalb lassen sich erhebliche Kosten einsparen, wenn Operationen verstärkt in den ambulanten Bereich verlegt werden.
- Wir haben 13 chirurgische Eingriffe ausgewählt, die Ärzte in der Regel gut in einem ambulanten Setting durchführen können. Durch die mehrheitliche Verlagerung dieser Eingriffe lassen sich bis zu 251 Millionen Franken jährlich einsparen.
- Wenn auch weitere Eingriffe breitflächig in den ambulanten Sektor verschoben werden, steigt das Einsparpotenzial weiter an: Wir gehen langfristig von einer möglichen Kostenersparnis von bis zu rund einer Milliarde Franken pro Jahr aus.

Abbildung 1: Das berechnete jährliche Gesamteinsparpotenzial liegt bei rund einer Milliarde Schweizer Franken



- Wichtige Voraussetzung, damit diese Verlagerung möglich wird: Die bestehenden Fehlanreize in den Finanzierungs- und Tarifsystemen sind zu reduzieren. Als Lösungsansatz bei der Finanzierung kommt eine einheitliche dualistische Finanzierung von stationär und ambulant durch Krankenversicherungen und Kantone in Frage. Für die Beseitigung der Fehlanreize bei der Tarifierung haben wir drei Lösungsvorschläge erarbeitet: TARMED-Fallpauschalen, SwissDRG-Pauschalen ohne Übernachtung und regulatorische Massnahmen.
- Die illustrativen Berechnungen zu ambulanten Fallpauschalen zeigen, dass diese für Leistungserbringer und Finanzierer vorteilhaft sind.
- Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen lässt sich nur aufhalten, wenn alle Beteiligten gemeinsam an einer Lösung arbeiten.



<b>Executive Summary</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1. Einleitung und Ziele der Studie</b>	<b>6</b>
<b>2. Der Trend zur ambulanten Medizin – und welche Rolle die Finanzierung und Tarifierung dabei spielt</b>	<b>8</b>
<b>3. Das ambulante Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe</b>	<b>16</b>
<b>4. Das Gesamtpotenzial der ambulanten Eingriffe</b>	<b>22</b>
<b>5. Ambulante Fallpauschalen – ein Lösungsansatz?</b>	<b>24</b>
<b>6. Fazit</b>	<b>28</b>
<b>Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	<b>29</b>
<b>Methodik und Annahmen</b>	<b>30</b>
<b>Glossar</b>	<b>34</b>
<b>Abgrenzung zu anderen Studien</b>	<b>37</b>
<b>Kontakt</b>	<b>38</b>

# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

«Ambulant vor stationär». Diesen Grundsatz verfolgen Gesundheitsversorger in der Schweiz und weltweit. Der medizinische Fortschritt macht es möglich, dass Patienten bei immer mehr chirurgischen Eingriffen noch am gleichen Tag nach Hause gehen. Und viele Patienten wünschen sich, am Abend des Eingriffs wieder im eigenen Bett zu schlafen. Ambulante Behandlungsstrukturen sind auch aus ökonomischer Sicht für das Schweizer Gesundheitswesen interessant: Sie bedeuten die Chance auf Einsparungen. In der Praxis bleibt dieses Potenzial jedoch oft ungenutzt. Denn die Verlagerung in ambulante Strukturen lohnt sich finanziell in manchen Fällen weder für die Leistungserbringer noch für die Versicherer. Schuld daran sind die aktuelle Finanzierungs- und Tariflandschaft. Innovative Leistungserbringer, welche den Trend zur Ambulantisierung aktiv gestalten, haben häufig finanzielle Einbussen zu tragen.

Mit der vorliegenden Studie möchten wir die aktuelle Diskussion versachlichen, indem wir das ungenutzte ambulante Potenzial konkret berechnen. Wir möchten einen Denkanstoss geben und uns mit Lösungsvorschlägen in die öffentliche Diskussion einbringen. In Kapitel 1 beschreiben wir die Zielsetzung der Studie genauer. Kapitel 2 veranschaulicht den Trend zur Verlagerung in ambulante Strukturen in der Schweiz und im Ausland. In Kapitel 3 erfahren Sie mehr über unsere Berechnung des ambulanten Potenzials. Sie basiert auf 13 ausgewählten medizinischen Eingriffen. In Kapitel 4 erstellen wir eine Hochrechnung für das gesamte Einsparpotenzial. Drei Lösungsansätze zur finanziellen Umsetzung beschreiben wir in Kapitel 5. Die Studie schliesst mit unserem Fazit und einem kurzen Blick in die Zukunft.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf die Diskussion mit Ihnen.

Patrick Schwendener  
Director, Head Deals Healthcare

Philip Sommer  
Director, Beratung Gesundheitswesen

# 1. Einleitung und Ziele der Studie

## Ambulante Spitalleistungen: wichtig für die Gesundheitsversorgung

Die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens haben sich seit 1995 verdoppelt. Im Vergleich zum Bruttoinlandprodukt (BIP) sind sie überproportional gewachsen. Deshalb bedarf es konkreter Massnahmen, um diese Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu stoppen. Im Jahr 2014 lagen die Gesamtkosten bei 71,2 Milliarden Franken (vgl. Abbildung 2). Davon entfielen 31,9 Milliarden Franken auf stationäre Leistungen. Ambulante Behandlungen schlugen mit 24,9 Milliarden Franken zu Buche. Der darin enthaltene spitalambulante Bereich spielt eine zentrale Rolle für die Versorgung in der Schweiz. 2014 lag das Volumen bei 6,3 Milliarden Franken und 16,8 Millionen Konsultationen. Der spitalambulante Bereich hat sich in den vergangenen zehn Jahren rund verdoppelt und ist damit überproportional zu den stationären Leistungen gewachsen.

Praxisambulante Behandlungen erreichen ein Volumen von elf Milliarden Franken. Insgesamt belief sich das Kostenvolumen für die stationäre und spitalambulante Akutversorgung sowie die praxisambulant Behandlungen 2014 auf CHF 35,6 Milliarden (vgl. Abbildung 3). Dieses Kostenvolumen gilt es zu optimieren.

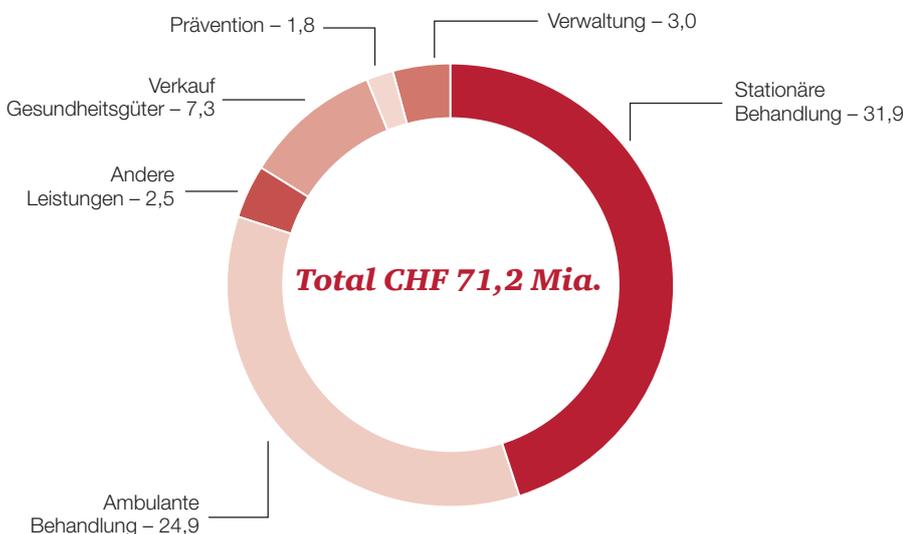
Ambulante Leistungen nehmen einerseits zulasten stationärer Behandlungen zu. Das heisst, die Leistung wird in den ambulanten Bereich verlagert und somit kompensiert. Die aktuelle Diskussion steht unter dem Schlagwort «ambulant vor stationär». Andererseits bieten Spitäler und Praxen auch immer mehr ambulante 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 Leistungsver-schiebung wünschenswert. Sowohl die Kosten wie 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 Angebote, Prozesse und Infrastrukturen, wie dies in einigen Regionen geplant ist. Verschiedene Spitäler denken über entsprechende ambulante Angebote nach, etwa ambulante und tageschirurgische OP-Zentren. Diese sollen unabhängiger von den stationären Angeboten werden.

Dennoch kommt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in der Studie Nr. 68<sup>1</sup> zu folgendem Ergebnis: Viele stationäre Eingriffe bieten ungenutztes ambulantes Potenzial. Mögliche Einsparpotenziale werden also nicht genutzt. Die Frage lautet: Warum behandeln Ärzte nicht noch mehr Patienten ambulant?

Abbildung 2: Die Gesundheitskosten in der Schweiz 2014 (in CHF Mia.) (Quelle: BFS)



## Unterschiedliche Finanzierungssysteme, unerwünschte Anreize

Kern des Problems sind die ungleichen Tarifsysteme im stationären (SwissDRG) und ambulanten Bereich (TARMED). Sie führen dazu, dass Spitäler für Behandlungen desselben Krankheitsbildes unterschiedlich bezahlt werden und die Kosten bei den Versicherern unterschiedlich hoch sind. Dadurch entstehen finanzielle Fehlanreize für Spitäler, Ärzte und Finanzierer. Ein Spital erhält für denselben Eingriff oft eine um mehrere Tausend Franken höhere Entschädigung, wenn es einen Patienten stationär aufnimmt anstatt ambulant zu behandeln. Bei zusatzversicherten Patienten ist die Differenz noch

1 Obsan (2015): Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?

*«Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist notwendig, um bestehende finanzielle Fehlanreize zu beseitigen.»*

**Thomas Weber, Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft**

deutlich grösser. Dadurch ist es für Spitäler aus rein finanzieller Sicht attraktiver, einen Patienten stationär zu behandeln. Die unterschiedlichen Honorarsysteme für Chef- und Belegärzte haben den gleichen Effekt: Stationäre Leistungen werden attraktiver vergütet als ambulante Eingriffe. Dadurch führen Spitäler Eingriffe, die auch ambulant möglich wären, stationär durch.

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.

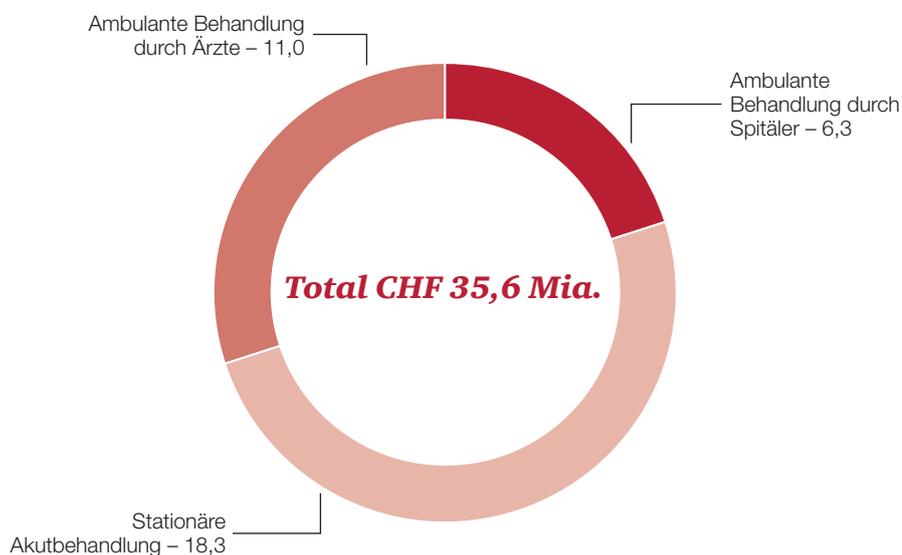
Die aktuellen Finanzierungs- und Tarifsysteme verlangsamen also die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär». Soll diese Verlagerung und damit die volkswirtschaftliche Entlastung weiter fortschreiten, muss die finanzielle Abgeltung auf den Prüfstand. Die unterschiedlichen Interessen und aktuellen Fehlanreize der beteiligten Anspruchsgruppen müssen berücksichtigt werden. Das Ziel: Spitäler bevorzugen eine ambulante Operation, und die Versicherer fordern dies aktiv ein, solange es aus medizinischen Gründen vertretbar und vom Patienten gewünscht ist. Denn so würden die Kosten im Gesundheitssystem beträchtlich sinken.

### Ziele der Studie

Mit der vorliegenden Studie möchten wir Folgendes erreichen:

- Erstens wollen wir das mittel- bis langfristige Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich abschätzen und die damit verbundene Kosteneinsparung berechnen.
- Zweitens möchten wir die Auswirkungen einer Verlagerung in den ambulanten Sektor beleuchten. Dabei nehmen wir die Sicht der verschiedenen Akteure ein, insbesondere der Leistungsträger und der Leistungserbringer.
- Drittens zeigen wir Lösungsansätze auf, um die bestehenden Fehlanreize zu reduzieren. Damit geben wir einen Denkanstoss für die Diskussionen zwischen den Tarifpartnern in der Schweiz.

Abbildung 3: Die Kosten der Akutversorgung in der Schweiz 2014 (in CHF Mia.) (Quelle: BFS)



## 2. Der Trend zur ambulanten Medizin – und welche Rolle die Finanzierung und Tarifierung dabei spielt

### 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 Milliarden Franken auf 17,3 Milliarden 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 Prozent (vgl. Abbildung 4). Im Jahr 1995 lag dieser Anteil noch bei rund 20 Prozent.<sup>2</sup> Das bedeutet: Die Spitäler verlagern viele Operationen

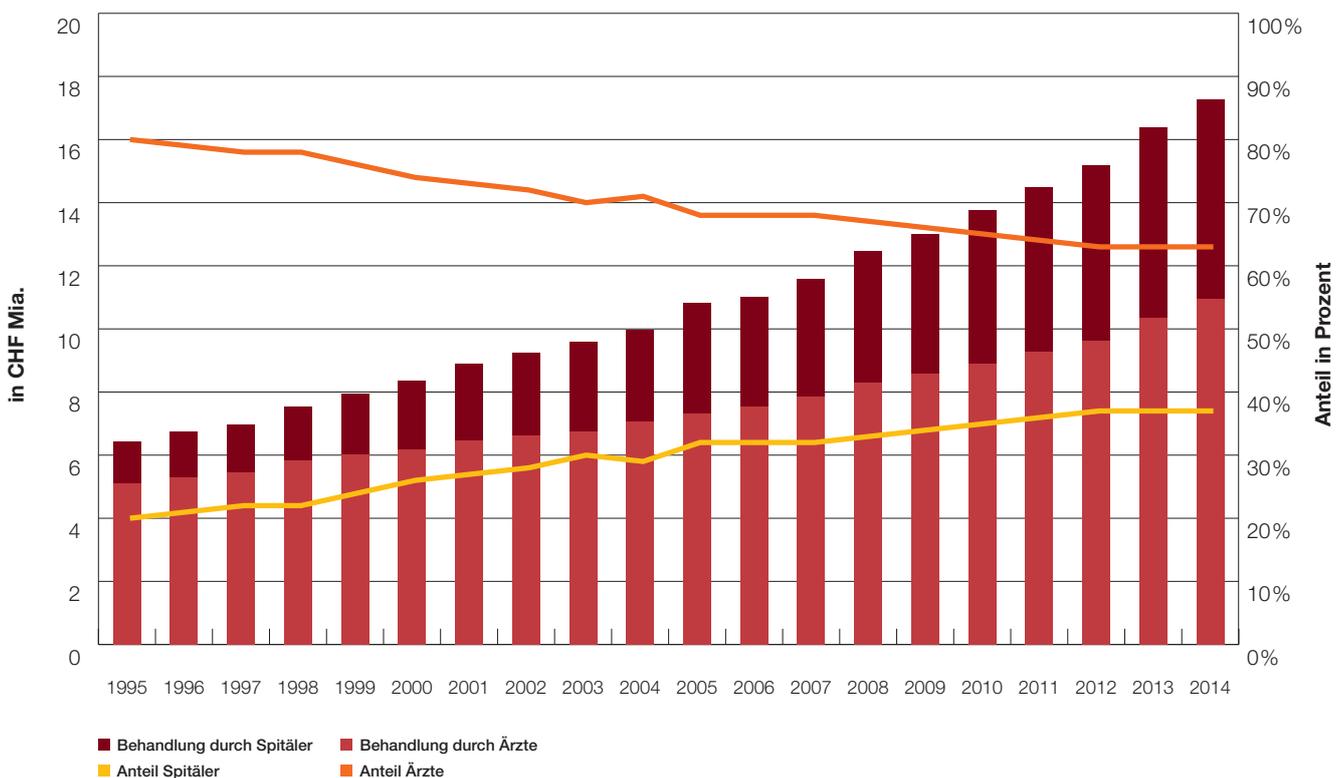
von stationär zu ambulant. Ärzte führen heute Eingriffe ambulant durch, die vor 20 Jahren noch undenkbar waren. Dank des medizinischen Fortschritts wird diese Entwicklung weitergehen. Aber auch klassische Hausarztleistungen, die Ärzte früher in ihrer Praxis vorgenommen haben, werden immer häufiger in 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 OECD<sup>3</sup> hat 2008 länder-

übergreifende Daten veröffentlicht. Die Schweiz kommt auf einen Wert von knapp 20 Prozent (nur spitalambulant). Zu den führenden Ländern gehören die USA mit einem ambulanten Anteil von über 60 Prozent (vgl. Abbildung 5). 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 Prozent). Im Nachbarland Frankreich sind die ambulanten Eingriffe in den vergangenen Jahren ebenfalls gestiegen (2007: 32,3 Prozent, 2010: 37,7 Prozent).

Abbildung 4: Ambulante Kostenentwicklung bei Ärzten und Spitälern (Quelle: BFS)



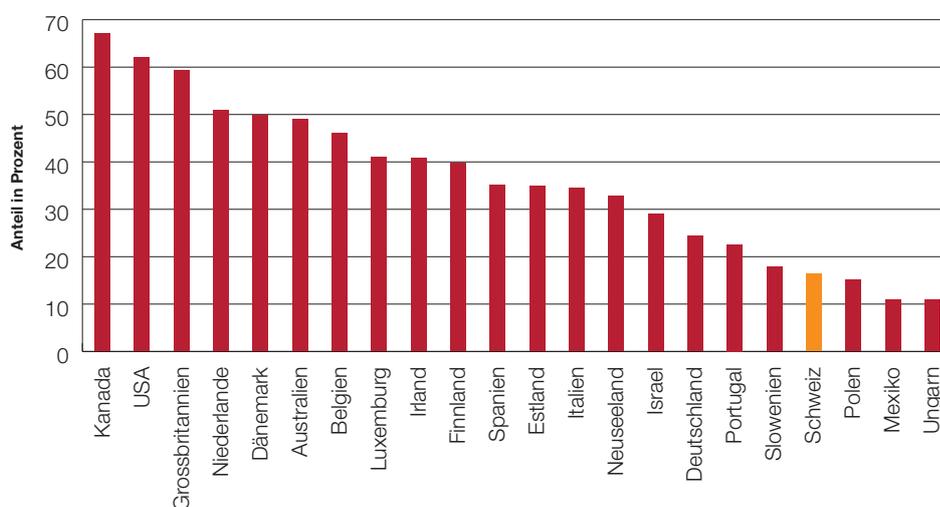
2 BFS (2016): Erhebungen, Quellen – Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

3 OECD (2010): Health Data.

«Ambulant vor stationär entspricht einem Patientenbedürfnis und wird durch den medizinischen Fortschritt ermöglicht. Die tarifarischen Anreize sind so zu setzen, dass dieser Trend von allen Akteuren unterstützt werden kann.»

**Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär fmCh und Geschäftsführer fmCh Tarifunion**

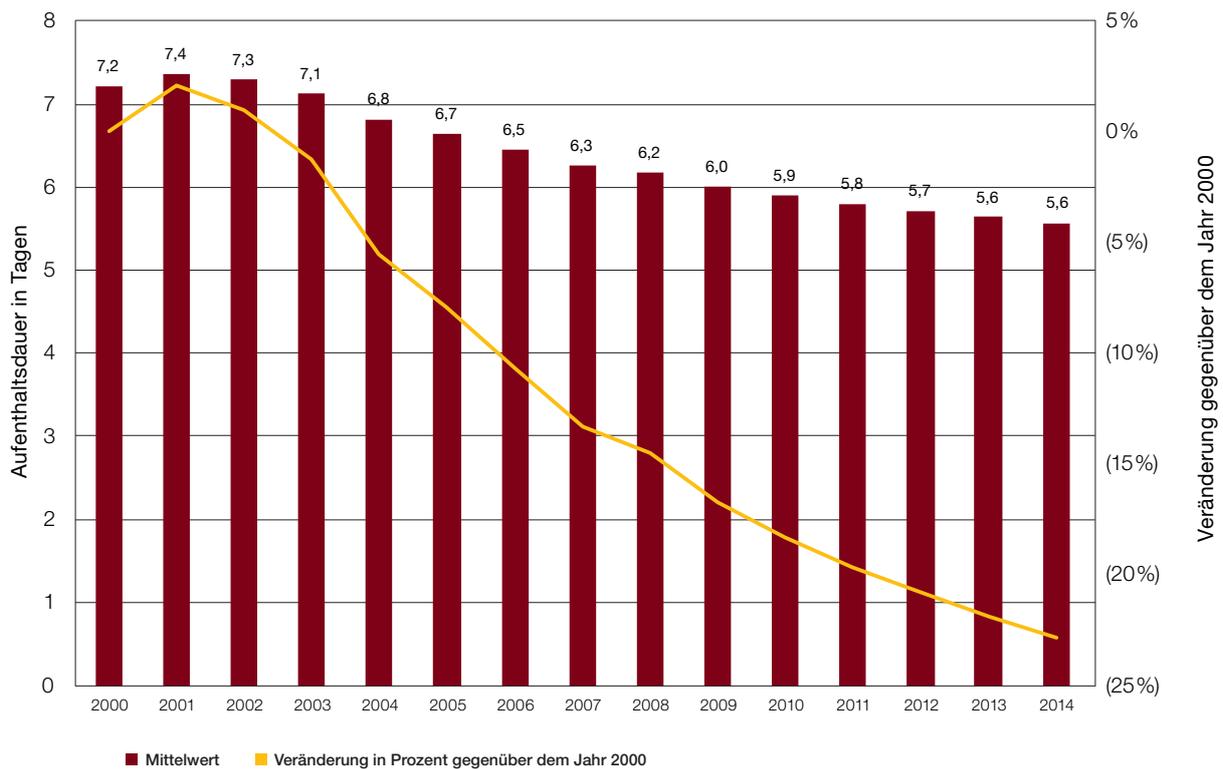
Abbildung 5: Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern 2007 (Quelle: OECD)



Vor allem private Leistungserbringer treiben diesen Trend voran. Die nationale Krankenversicherung (CANMITS) fördert diese Entwicklung in Frankreich aktiv. Für gewisse Eingriffe benötigt es ein Kostengut-sprachege-such, falls ein Patient stationär behandelt werden soll.

Die historischen Daten zeigen: Die Schweiz liegt bei spitalambulant chirurgischen Eingriffen im internationalen Vergleich auf den hinteren Rängen. Unsere Analysen belegen zwar, dass es auch in der Schweiz in den vergangenen Jahren einen Trend zu ambulanten Eingriffen gab. Der Abstand zum Ausland ist dadurch vermutlich kleiner geworden. Dennoch liegt die Schweiz immer noch in der unteren Hälfte.

Abbildung 6: Mittlere Aufenthaltsdauer in Schweizer Akutspitälern (Quelle: BFS)



### Der medizinische Fortschritt und der Patientenwunsch treiben die Verlagerung voran

Ärzte operieren immer häufiger ambulant, weil die Medizin grosse Fortschritte macht. Minimalinvasive Operationstechniken oder verbesserte Anästhesieverfahren mit geringeren Nebenwirkungen belasten den Patienten weniger. Der Überwachungsaufwand nach einem Eingriff sinkt. 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.<sup>4</sup> Dass die Schweiz bei

dieser Statistik international einen guten Platz einnimmt, deutet auf das vorhandene Ambulantisierungspotential hin, da die Statistik durch einfache stationäre Fälle nach unten verzerrt wird. Abbildung 6 zeigt, dass auch für Länder mit einer hohen ambulanten Quote eine weitere Verkürzung der VWD möglich ist (vgl. Abbildung 7).<sup>5</sup>

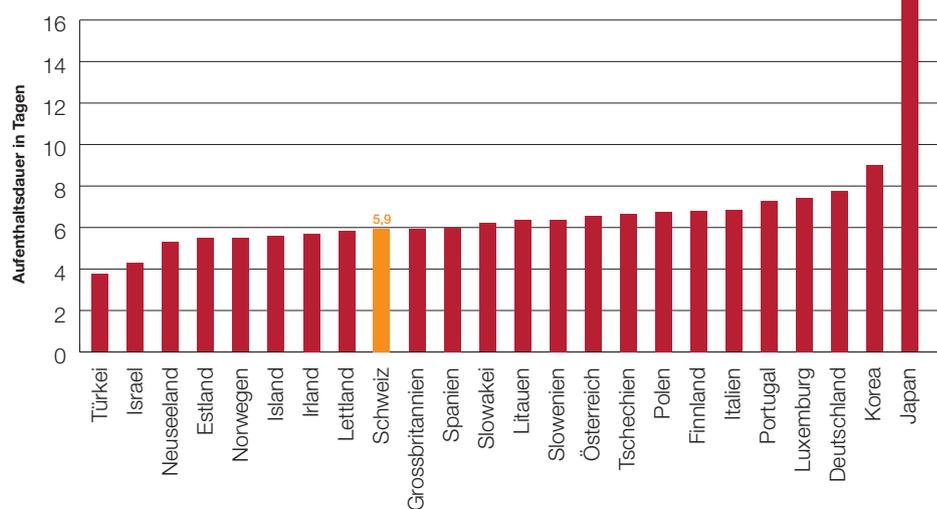
Auch die Patienten selbst möchten häufig lieber ambulant behandelt werden, da es komfortabler ist. Ambulante Patienten können in ihrem eigenen vertrauten Zuhause, bei ihrer Familie übernachten und müssen keine Koffer für eine Übernachtung im Spital packen. Dies ist besonders für ältere Patienten von zunehmender Bedeutung. Bei ambulanten Eingriffen fallen Patienten tendenziell auch kürzer bei der Arbeit aus. Die Opportunitätskosten sind also niedriger.

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 eine mittel- bis langfristige Perspektive. Neben neuen Prozessen muss es auch eine auf die ambulante Leistungserbringung zugeschnittene Infrastruktur bereitstellen, resp. die stationäre Infrastruktur anpassen.

4 BFS (2016): Erhebungen, Quellen – Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

5 Die Unterschiede zwischen den Zahlen des BFS und der OECD begründen sich durch die verschieden definierten Indikatoren. Die Trends sind allerdings in beiden Datensätzen erkennbar.

Abbildung 7: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung 2013 (Quelle: OECD)



### 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 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 Anti-reflux-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 dieser Eingriffe im Jahr 2012 von 17 auf 38 erhöht.

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. In Deutschland vereinbarten der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) von Gesetzes wegen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe. Darin ist auch die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte geregelt. Dieser AOP-Katalog (Ambulantes Operieren) wird jährlich neu verhandelt und beinhaltet aktuell rund 3000 Positionen.

### Die aktuelle Finanzierungs- und Tariflandschaft bremst die Entwicklung

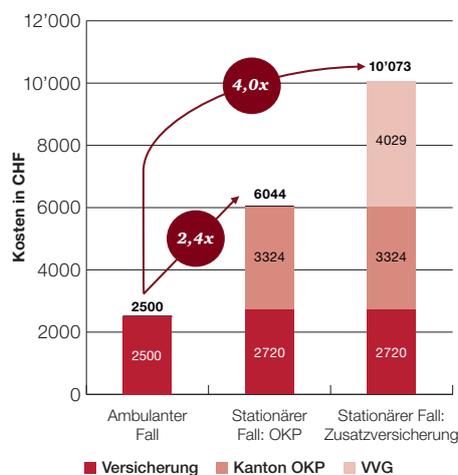
Aus medizinischer und psychosozialer Sicht gibt es Gründe, einzelne Patienten bei den erwähnten Eingriffen stationär zu behandeln. Die Einschätzung des Risikos hängt zudem mit kulturellen Werten zusammen. Das erklärt jedoch nicht ausreichend, wieso in anderen Ländern deutlich häufiger ambulant operiert 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 für Arzt- und Gruppenpraxen.

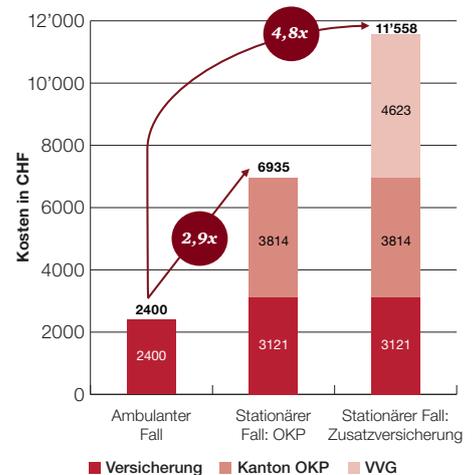
In einigen anderen Ländern lässt sich auch im ambulanten Bereich der Trend zu (ergänzenden) Fallpauschalensystemen beobachten. In der Schweiz gibt es ausgewählte pauschale Vergütungen für ambulante Eingriffe wie beispielsweise die Grauer-Star-Operation. Diese beruhen im

Abbildung 8: Kostenunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, inkl. Aufteilung nach Finanzierer

#### Krampfaderoperation



#### Meniskusoperation



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. Der SwissDRG ist ein Pauschaltarif.
2. Im ambulanten Bereich finanzieren ausschliesslich Versicherer die Leistungen (monistische Finanzierung). Im stationären Bereich beteiligen sich die Kantone mit mindestens 55 Prozent an den Kosten. Die Krankenversicherer zahlen höchstens 45 Prozent (dualistische Finanzierung). Bei der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung kommt entweder kein oder nur ein deutlich tieferer Kantonsanteil zur Anwendung. Im Rahmen dieser Studie wird nicht auf die unterschiedlichen Selbstkostenanteile von ambulanten und stationären Leistungen eingegangen.
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.

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 sind die stationären Zusatzkosten deutlich geringer 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 (vgl. Beispiel 1).

**Beispiel 1:** Am Beispiel einer *Krampfaderoperation* erläutern wir den finanziellen Anreizmechanismus. Dieses Beispiel greifen wir im Verlauf der Studie immer wieder auf.

Bei einer ambulanten Durchführung erhalten die Spitäler für diesen Eingriff rund 2500 Franken. Die Versicherer übernehmen die Kosten komplett. Wird der Patient stationär aufgenommen, liegt der Ertrag für die Spitäler für einen allgemeinversicherten Normallieger bei 6044 Franken. Davon trägt die Versicherung 45 Prozent, also 2720 Franken. Der Kanton steuert die restlichen 55 Prozent der Behandlungskosten bei. Ist der Patient Zusatzversichert, erhält das Spital für den Krampfaderpatienten sogar rund 10'073 Franken. Die Zusatzversicherung bezahlt die Differenz. Eine ambulante Krampfaderoperation ist für einen Normallieger also 2,4 Mal teurer als eine stationäre. Bei Zusatzversicherten (halbprivat, privat) liegt die Vergütung für eine stationäre Behandlung sogar bis vier Mal höher. Der rein finanzielle Anreiz für Spitäler, einen Patienten stationär aufzunehmen, ist in diesem Beispiel also hoch.

Für die Versicherer ist es grundsätzlich finanziell attraktiver, wenn die Krampfaderoperation ambulant erfolgt, da diese weniger kostet als 45 Prozent der stationären Behandlung (Einsparung von rund 200 Franken). Für die Kurzlager der Krampfaderpatienten ändert sich das Bild: Aufgrund der tieferen stationären Vergütungen müssen die Versicherer bei einer ambulanten Behandlung mehr als 45 Prozent der stationären Behandlungskosten tragen. In diesem Fall besteht aus Sicht der Versicherer aus rein finanzieller Perspektive kein Verschiebeanreiz.

Der oben dargestellte Fehlanreiz manifestiert sich auch in den Zahlen: So haben Ärzte im Jahr 2014 rund 18'300 Krampfaderoperationen durchgeführt. 5400 Patienten wurden in einer Praxis operiert, rund 3300 ambulant im Spital. Die übrigen 9600 Eingriffe wurden stationär durchgeführt. In drei Vierteln der Fälle operierten die Ärzte im Spital also stationär.

Werden dieselben Berechnungen für die ausgewählten 13 Eingriffe (vgl. Kapitel 3) angestellt, resultiert ein ähnliches Bild, wie die folgende Tabelle zeigt (vgl. auch Tabelle 2). 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 bei der Mehrheit der ausgewählten Eingriffe zutrifft.

Die Kosten für eine stationäre Behandlung nach VVG liegen im Median 3,8 Mal über jenen der ambulanten Behandlung.

Tabelle 1: Kostenrelationen zwischen ambulanten und stationären Behandlungen ausgewählter Eingriffe

Kostenrelationen pro Eingriff	Ambulant	Stationär OKP	Stationär VVG
Leistenbruch	1,0x	1,9x	3,2x
Krampfadern	1,0x	2,4x	4,0x
Mandelopoperation	1,0x	2,4x	4,0x
Hämorrhoiden	1,0x	2,0x	3,3x
Herzschrittmacher	1,0x	1,4x	2,3x
Katarakt	1,0x	2,7x	4,5x
Menisektomie	1,0x	2,9x	4,8x
PTCA	1,0x	1,3x	2,2x
Karpaltunnel	1,0x	3,4x	5,6x
Gebärmutterhals Konisation	1,0x	2,6x	4,3x
PTA	1,0x	1,7x	2,8x
Kniearthroskopie	1,0x	2,7x	4,5x
ESWL	1,0x	2,6x	4,3x
<b>Median</b>	<b>1,0x</b>	<b>2,4x</b>	<b>4,0x</b>
<b>Durchschnitt</b>	<b>1,0x</b>	<b>2,3x</b>	<b>3,8x</b>

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 Schweizer Franken.<sup>6</sup> 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 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. Nicht geprüft wurde, inwiefern sich die Verlagerung in das Ambulante auf den Risikoausgleich auswirkt.

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. Für die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung kommt entweder kein oder nur ein deutlich tieferer Kantonsanteil zur Anwendung. Bei Knie- und Meniskuseingriffen trägt häufig die Unfall- und Militärversicherung die Kosten.

*Exkurs Psychiatrie:* Auch im Bereich der Psychiatrie werden ambulante Leistungen immer wichtiger. Die Kosten für ambulante Behandlungen oder Behandlungen in Tageskliniken und psychiatrischen Ambulatorien sind von 2004 bis 2014 deutlich stärker gewachsen als im stationären Bereich. So gilt auch dort das Credo: «Ambulant vor stationär». Patienten profitieren von Tageskliniken, entsprechend werden diese seit Jahren gefördert. So lassen sich Klinikaufenthalte verkürzen und reduzieren.

Auch in der Psychiatrie kommt der TARMED-Tarif zum Einsatz, um ambulante Leistungen und Leistungen in der Tagesklinik abzurechnen. Die Tarifpartner haben zudem die Möglichkeit, für Behandlungen in Tageskliniken Pauschalen zu vereinbaren. So bestehen auch in der Psychiatrie Differenzen in der Abgeltung ambulanter und stationärer Leistungen. Zusätzlich wirken sich unterschiedliche Kostenträger bei IV-Patienten und forensischen Einweisungen hemmend auf eine Verlagerung aus. Im Bericht zur Zukunft der Psychiatrie stellte der Bund fest: Nach Ansicht der Kantone und Leistungserbringer sind mehrere Leistungen in den ambulanten Tarifen nicht ausreichend abgebildet. Hierzu zählen Vorhalteleistungen, Behandlungsleistungen nach der vierten Stunde, Sozio- und Milieuthérapie, Koordinationsaufwände, Leistungen der nicht ärztlichen und nicht pflegerischen Berufsgruppen sowie Beratung von Angehörigen. Insgesamt werden die geltenden Tarife im ambulanten und tagesklinischen Setting als nicht kostendeckend beurteilt. Aufgrund dieser Situation ist auch in der Psychiatrie die Vergütung der ambulanten Leistungen schwierig. Das hemmt die vollständige Verlagerung der medizinisch möglichen Fälle. Für die nicht gedeckten Leistungen durch die Versicherung aufgrund von nicht abgebildeten Zusatzaufwänden erhalten die öffentlichen Psychiatrien in einigen Kantonen Beiträge über sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen vom Kanton, in mehreren Kantonen sind entsprechende Bestrebungen im Gang.

## 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.<sup>7</sup> Die Spitäler haben der Revision zugestimmt.<sup>8</sup> Die Ärzte haben sie jedoch in einer Urabstimmung abgelehnt.<sup>9</sup> Der Spitalverband H+ hat erklärt, die Tarifrevision nun ohne Ärzteschaft beim Bundesrat zur Prüfung einzureichen. Zudem gewährte der Bundesrat für weitere Verhandlungen einen zeitlichen Aufschub (Stand 1. Juli 2016).<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> Fallpauschalen soll es insbesondere für bildgebende Techniken, Ophthalmologie, Kardiologie, Orthopädie, Dermatologie sowie die Vor- und Nachbereitung im Ambulatorium geben.<sup>12</sup>

Diese aktuellen Entwicklungen zeigen: Bei den ambulanten Tarifen besteht dringender Handlungsbedarf.

7 FMH (2016): Website.

8 NZZ (2016): Die Spitäler stehen hinter dem neuen Tarifsystem.

9 NZZ (2016): Urabstimmung – Ärzte versenken Tarifreform.

10 Bundesamt für Gesundheit (2016): Die Revision des TARMED ist gescheitert.

11 santésuisse (2016): Revision des Ärztetarifs TARMED TARMED-Revision vor dem Scheitern: die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben ist jetzt nötig.

12 NZZ (2016): Hickhack um Tarif – Fallpauschalen auch für freie Ärzte?



## 3. Das ambulante Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe

### So lässt sich das ambulante Potenzial errechnen

In einem mehrstufigen Modell haben wir das Einsparpotenzial für eine Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich errechnet. Grundlage bilden die Daten zu 13 ausgewählten Eingriffen (siehe Tabelle 2). Bei der Auswahl der Eingriffe und der Analyse des Verlagerungspotenzials haben wir 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 sehen wir kurz- bis mittelfristig ein sehr hohes Verlagerungspotenzial.

Auf dieser Grundlage haben wir durch unterschiedliche Wachstumsannahmen für stationär und ambulant das gesamte Leistungsvolumen im Jahr 2030 geschätzt. Basierend auf dem prognostizierten Volumen haben wir das Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich mit Blick auf das Jahr 2030 bewertet. Dabei berücksichtigen wir nur die direkt anfallenden Kosten für Versicherer und Kantone. Wenn mehr Behandlungen ambulant erfolgen, müssen die Leistungserbringer zusätzliche Investitionen vornehmen und Transformationskosten tragen. Im Gegenzug werden sie jedoch effizienter und können Kosten sparen. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik finden Sie im Anhang.

Tabelle 2: Ausgewählte Eingriffe mit hohem ambulante Potenzial (Quelle: Obsan, 2015; SASIS, BFS)

#	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%

### Das Gesamtvolumen der 13 Eingriffe liegt bei über 900 Millionen Franken

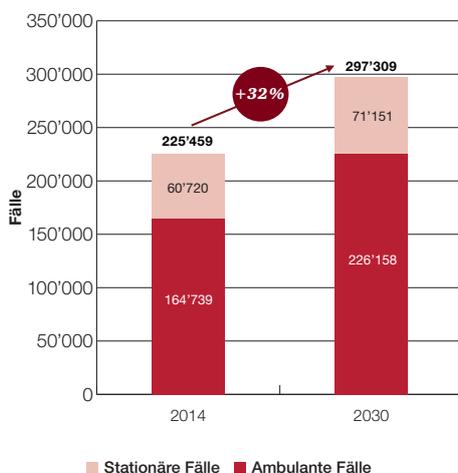
Die Datenbasis bilden die ambulanten und stationären Mengen- und Preisgerüste der 13 Eingriffe für das Jahr 2014. Die stationären Fallzahlen für die ausgewählten DRGs je Eingriff basieren auf dem Datensatz des BFS. Pro Eingriff haben wir zwei bis drei DRGs ausgewählt, die mittel- bis langfristig das grösste Verlagerungspotenzial haben. DRG-Fallpauschalen, die zu komplex für eine ambulante Behandlung sind, haben wir nicht berücksichtigt. Neben der Anzahl der Fälle haben wir die durchschnittliche Verweildauer, das Kostengewicht, die Kostengewichtabschläge und den Versicherungsstatus erhoben.

Für die ambulanten Eingriffe haben wir die Daten aus dem Sasis Tarifpool R verwendet. Mit Ausnahme der pauschal abgerechneten Katarakteingriffe sind alle 13 Eingriffe ausschliesslich ambulante Leistungen, die nach TARMED abgerechnet werden. Das Preisgerüst für die Erträge aus TARMED-Abrechnungen basiert auf einem Durchschnitt von abgerechneten Erträgen inklusive Medikamenten. So lassen sich bessere Vergleiche zu den stationären Erträgen ziehen. Die Grössenordnung dieser Annahmen haben wir ebenfalls mit Experten aus Spitälern und Versicherungen diskutiert und validiert.

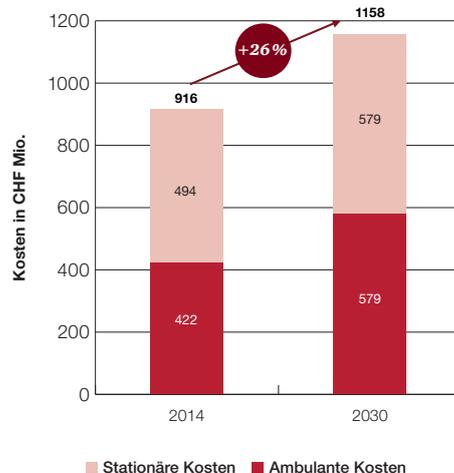
Im Jahr 2014 wurden die 13 Eingriffe 60'720 Mal stationär und 164'739 Mal ambulant durchgeführt. Letztere entsprechen nur einem Anteil von gut einem Prozent von allen spitalambulanten Konsultationen im Jahr 2014. Wir gehen von einer durchschnittlichen Baserate von 9500 Franken und einem Zuschlag von einem Drittel für Halbprivatversicherte und zwei Drittel für Privatversicherte aus. Die Preise haben wir stabil gelassen bis 2030 (reales Modell). So entstehen stationäre Kosten von rund 494 Millionen Franken. Die ambulant behandelten Fälle verursachten 2014 rund 422 Millionen Franken. Insgesamt kosteten die 13 ausgewählten Eingriffe im Jahr 2014 916 Millionen Franken. Wir haben diese Berechnung für jeden der 13 Eingriffe separat durchgeführt. Beispiel 2 stellt die Berechnung der Behandlungskosten anhand der Krampfaderoperation dar.

Abbildung 9: Anzahl Fälle und Kosten aller ausgewählten 13 Eingriffe vor Verlagerung

**Anzahl Fälle vor Verlagerung**



**Kosten vor Verlagerung**



**Beispiel 2:** Im Jahr 2014 führten Ärzte 9624 stationäre und 8729 ambulante Krampfaderoperationen durch. Im stationären Bereich wurden die DRGs F39A sowie F39B berücksichtigt. Basierend auf einem durchschnittlichen Case-Mix-Index (CMI) von 0.528 für Kurzlieger und 0.636 für Normallieger entstehen Kosten von 5018 Franken für Kurzlieger und 6044 Franken für Normallieger. Hinzu kommen die Kosten für die privat und halbprivat versicherten Patienten. Im Jahr 2014 hatten rund 30 Prozent der stationär behandelten Patienten eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt der Anteil bei rund 20 Prozent.

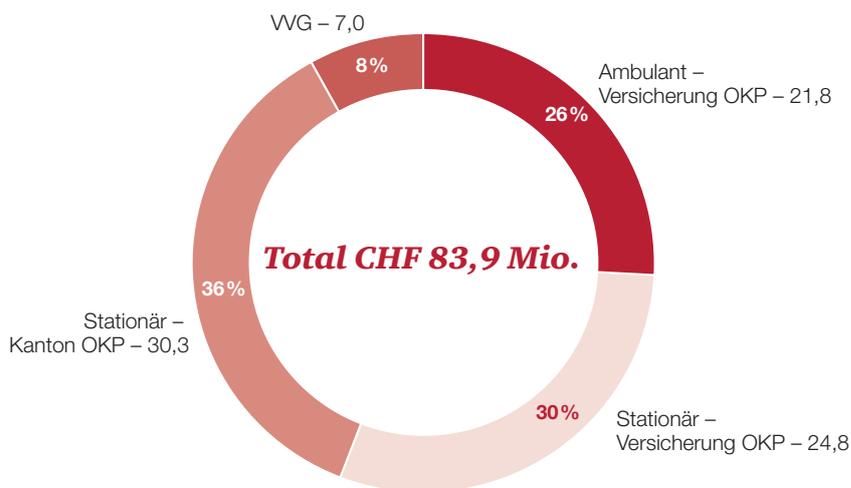
Für die ambulanten Eingriffe sind wir im Schnitt von einem Betrag von 2500 Franken pro Eingriff ausgegangen. Die so berechneten Gesamtkosten für das Jahr 2014 liegen bei 83,9 Millionen Franken. Insgesamt lagen die ambulanten Kosten damit deutlich tiefer als die Behandlungskosten im stationären Bereich. Das gilt besonders für die Zusatzversicherten.

### Der Trend zu ambulanten Leistungen 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 haben wir bei der Prognose des zukünftigen Gesamtvolumens berücksichtigt. Für unsere Prognose der Fallzahlen im Jahr 2030 gehen wir von einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von einem Prozent im stationären und zwei Prozent im ambulanten Bereich aus. Dabei handelt es sich um reines Mengenwachstum.

Gemäss unseren Berechnungen wird die Zahl der stationären Eingriffe im Jahr 2030 auf 71'151 steigen, die der ambulanten Operationen auf 226'158. Das jährliche Wachstum im ambulanten Bereich liegt doppelt so hoch wie im stationären Sektor. Der Anteil ambulanter Operationen steigt dadurch kontinuierlich an: Im Jahr 2014 operierten die Ärzte etwa 27 Prozent der Patienten stationär. 2030 werden es nur noch rund 24 Prozent sein. Diese relative Verschiebung hat auch einen Kosteneffekt. Auf Basis unserer Wachstumsprognosen für den stationären und ambulanten Bereich liegen die Gesamtkosten für die 13 Eingriffe für das Jahr 2030 bei schätzungsweise 1158 Millionen Franken. Bei identischem Fallwachstum im stationären und ambulanten Bereich – bei insgesamt gleicher Fallentwicklung bis ins Jahr 2030 – würden Mehrkosten in Höhe von 49 Millionen Franken entstehen.

Abbildung 10: Zusammensetzung der totalen Behandlungskosten nach Finanzierer für die Krampfaderoperation im Jahr 2014 (in CHF Mio.)



### Beispiel 3: Kosteneinsparungen am Beispiel der Krampfaderoperation.

Im Jahr 2014 führten Ärzte 9624 stationäre Krampfaderoperationen durch. Bei einem jährlichen Wachstum von einem Prozent liegt die Anzahl der stationären Operation 2030 bei 11'282. Die Anzahl der ambulanten Krampfaderoperationen wird 2030 bei einem jährlichen Wachstum von zwei Prozent 11'985 erreichen. Die Gesamtkosten für Krampfaderoperationen werden 2030 bei 102 Millionen Franken liegen. Die rein wachstumsbedingte Verlagerung führt zu einer Kostenersparnis von rund 4 Millionen Franken. Da diese Einsparungen unabhängig von einer bewussten Verlagerung entstehen, haben wir sie beim eigentlichen Verlagerungspotenzial aussen vor gelassen. Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der Kosten für den Krampfadereingriff exemplarisch für alle anderen Eingriffe auf.

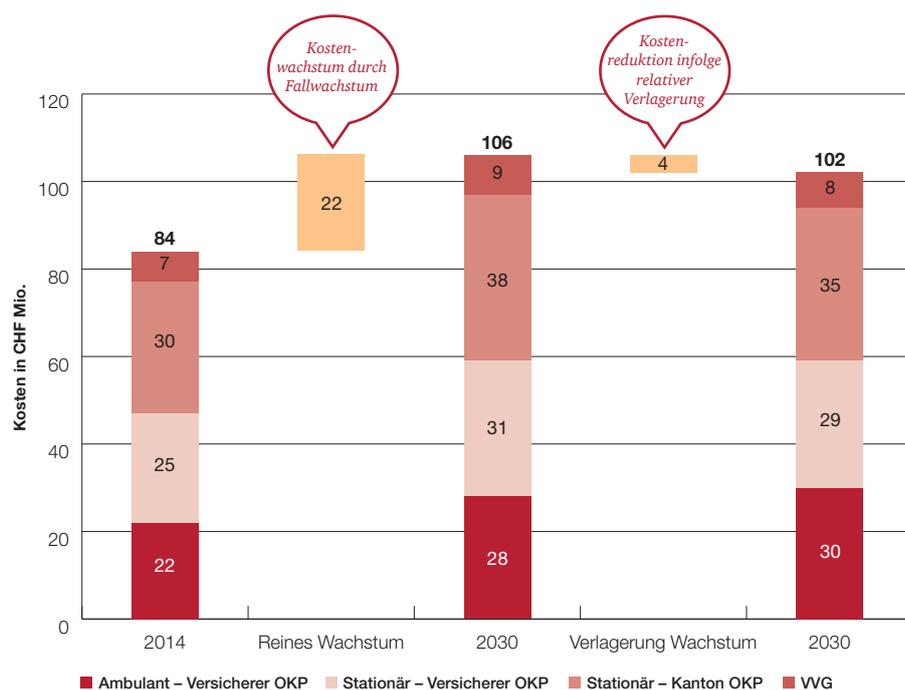
### Verlagerungen von rund 50'000 Fällen pro Jahr vom stationären in den ambulanten Sektor sind realistisch

Wir gehen davon aus, dass ambulante Eingriffe künftig einen gewissen Teil der stationären Fälle ersetzen werden. Um den Verlagerungseffekt unter verschiedenen Annahmen zu untersuchen, haben wir drei Szenarien berechnet: ein pessimistisches, ein realistisches und ein optimistisches.

1. Im pessimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass im Jahr 2030 100 Prozent der stationären Fälle in der Kategorie Kurzlieger ambulant behandelt werden. Dies erscheint gut erreichbar, denn diese Patienten bleiben bereits heute im Schnitt nur einen Tag im Spital.
2. Das realistische Szenario nimmt an, dass neben den Kurzliegern im Jahr 2030 auch die Hälfte der Normallieger ambulant behandelt wird.
3. Das optimistische Szenario geht noch einen Schritt weiter: Darin gehen wir davon aus, dass 2030 sowohl alle Kurz- als auch alle Normallieger ambulant behandelt werden. In keinem Szenario rechnen wir damit, Langlieger in das ambulante Setting zu verlagern.

Im realistischen Szenario werden im Jahr 2030 von den rund 71'151 stationären Fällen 70 Prozent, also rund 50'000 Fälle, in den ambulanten Bereich verschoben (vgl. Tabelle 3). Die Anzahl der verlagerten Fälle erscheint hoch. Dennoch halten wir sie für realistisch, da Patienten bei den ausgewählten Fällen als Kurzlieger bereits heute nur einen Tag, als Normallieger zweieinhalb Tage im Spital verbringen.

Abbildung 11: Wachstum und relative Verlagerung der Krampfaderoperation



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 Tarifhöhe der ambulant durchgeführten Eingriffe. Je höher die Abgeltung ausfällt, desto grösser ist der Verlagerungsanreiz, allerdings reduziert sich mit zunehmender Höhe auch der potenzielle Einsparungseffekt.

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.

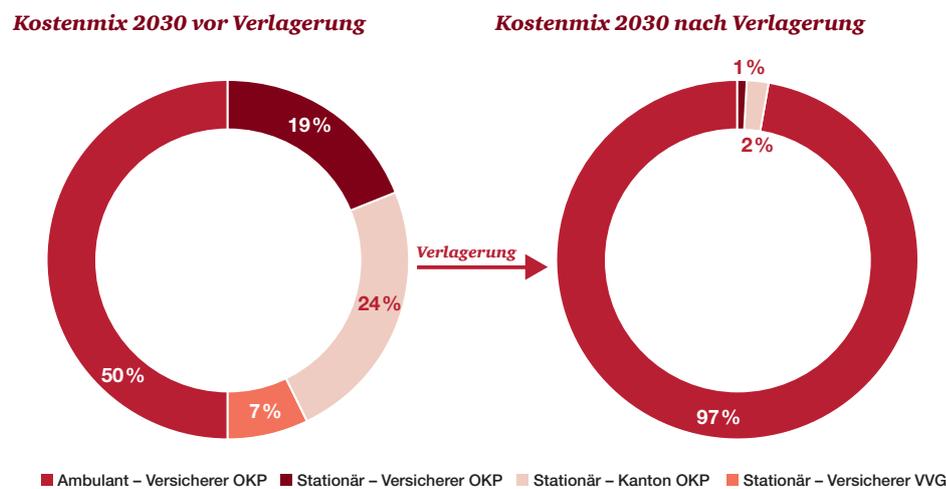
Das Beispiel zeigt: Eine effektive Verlagerung gelingt nur, wenn auch die Frage der Finanzierung auf den Tisch kommt.

Das folgende Beispiel 4 und Abbildung 3 zeigen anhand der heutigen Tarifhöhe und Finanzierungsmechanismen für die Krampfaderoperation 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.

Tabelle 3: Jährliches Verlagerungspotenzial für die 13 definierten Eingriffe in Abhängigkeit unterschiedlicher Verlagerungsszenarien

Szenario	Beschreibung der Verlagerung	Verlagerte Fälle (Verlagerungsanteil am Total)
Pessimistisch	100% Kurzlieger	30'235 (43%)
Realistisch	100% Kurzlieger + 50% Normallieger	49'710 (70%)
Optimistisch	100% Kurzlieger + 100% Normallieger	69'188 (97%)

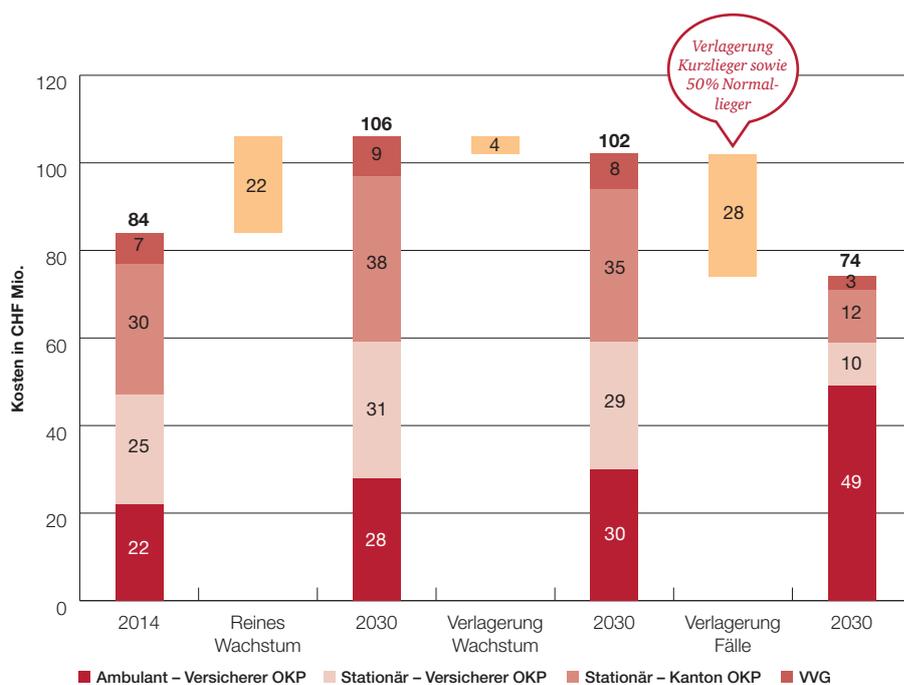
Abbildung 12: Gesamte Verlagerungseffekte im optimistischen Szenario





**Beispiel 4:** Wir gehen für das Jahr 2030 von rund 11'282 Krampfaderoperationen aus. Im realistischen Szenario nehmen wir an, dass alle rund 4400 Kurzlieger ambulant behandelt werden. Die Hälfte der rund 6600 Normallieger wird ebenfalls ambulant behandelt. Die rund 200 Langlieger bleiben in stationärer Behandlung. Diese Fälle sind häufig komplex und erfordern mehr Pflegeleistungen. So lassen sich im Jahr 2030 Kosten in Höhe von rund 28 Millionen Franken einsparen. Das entspricht einer Einsparung von knapp einem Drittel. Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der Kosten im Zeitverlauf dar.

Abbildung 13: Verlagerung der Kosten am Beispiel der Krampfaderoperation im realistischen Szenario



## 4. Das Gesamtpotenzial der ambulanten Eingriffe

### Eine ambulante Behandlungsquote von 60 bis 70 Prozent könnte Kosten von einer Milliarde Franken pro Jahr einsparen

Bei der Auswahl der Eingriffe haben wir uns 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 Millionen Franken. Dies entspricht einer Kostenreduktion von rund 14 Prozent gegenüber den Kosten ohne zusätzliche Verlagerung im Jahr 2030. Das Einsparpotenzial ist jedoch stark abhängig von den getroffenen Verlagerungsannahmen und reicht von rund 71 Millionen Franken im pessimistischen Szenario bis zu rund 251 Millionen Franken im optimistischen Szenario, was einer Einsparung von 22 Prozent der Behandlungskosten entspricht. Zu betonen ist, dass diese Einsparungen gegenüber einer Entwicklung ohne Verlagerung jährlich eingespart werden können. Da die Berechnungen auf einem realen Modell beruhen, sind allfällige Tarifierpassungen als Folge der Inflation hier nicht berücksichtigt.

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 vorliegende Studie haben wir im ersten Schritt mittels Top-down-Verfahren eine Bandbreite des zukünftigen Anteils der ambulanten Eingriffe an den Gesamteingriffen ermittelt. Die so errechnete Differenz an Fällen haben wir mittels Bottom-up-Ansatz plausibilisiert.

Tabelle 4: Jährliches Einsparpotenzial für die 13 definierten Eingriffe in Abhängigkeit unterschiedlicher Verlagerungsszenarien

Szenario	Beschreibung der Verlagerung	Jährliches Einsparpotenzial
Pessimistisch	100% Kurzlieger	CHF 71 Mio.
Realistisch	100% Kurzlieger + 50% Normallieger	CHF 161 Mio.
Optimistisch	100% Kurzlieger + 100% Normallieger	CHF 251 Mio.

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. Wir haben diesen Anteil deshalb auf Basis verfügbarer Daten von BFS und aus dem Sasis Tarifpool R geschätzt. Wir gehen davon aus, dass rund 40 bis 45 Prozent aller chirurgischen Eingriffe in der Schweiz im Jahr 2014 spital- oder praxisambulant erfolgten. Dieser Anteil wird weiter zunehmen, da ambulante Leistungen mit zwei Prozent jährlichem Wachstum schneller steigen als stationäre Leistungen. Für das Jahr 2030 gehen wir davon aus, dass der Anteil der ambulanten Eingriffe bei 47 Prozent liegen wird.

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

Bei der Analyse des BFS-Datensatzes fällt auf: Bei 200'000 weiteren Eingriffen blieben die Patienten nur zwei Tage oder weniger im Spital. Wenn 80 Prozent dieser Fälle, also 160'000 Patienten, ebenfalls ambulant behandelt werden, steigt der Gesamtanteil der ambulanten Eingriffe bis 2030 auf knapp 65 Prozent. Dank der Fortschritte in der Medizin halten wir es für denkbar, dass längerfristig 70 Prozent 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 Millionen Franken an Behandlungskosten einsparen. Kumuliert mit dem Einsparpotenzial, das wir im optimistischen Szenario der ausgewählten 13 Eingriffe errechnet haben (251 Millionen Franken), ergibt sich bei gleichbleibenden Preisen ein gesamtes Kosteneinsparpotenzial von 832 Millionen Franken bis ins Jahr 2030. Steigt der Anteil ambulanter Eingriffe auf 70 Prozent, beträgt das gesamte Kosteneinsparpotenzial sogar 1075 Millionen Franken.

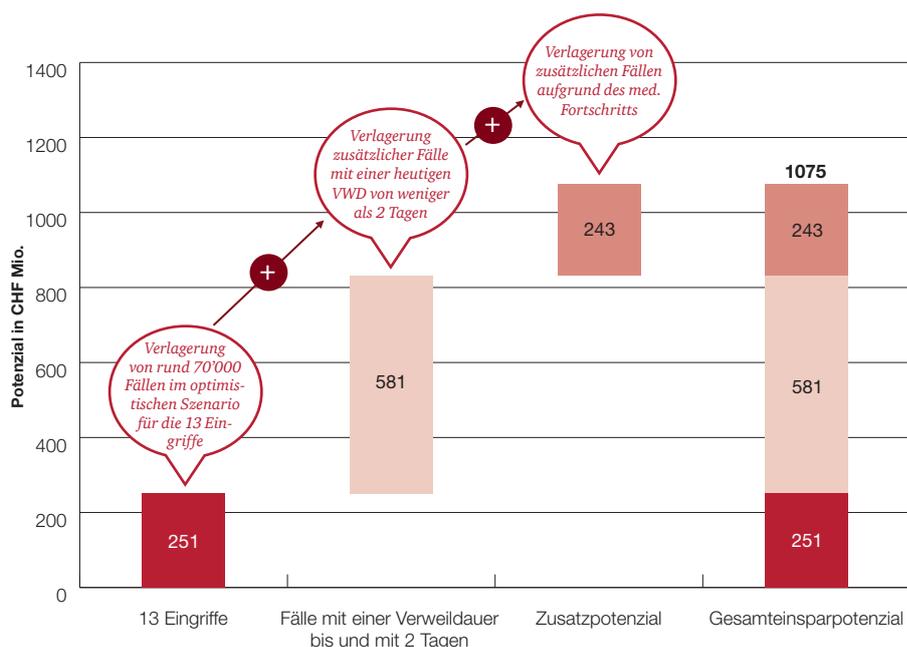
Die Verwendung eines ähnlichen Kosteneinspareffektes pro Fall wie bei den 13 Eingriffen für das Gesamtpotenzial ist konservativ. Das Einsparpotenzial könnte sogar höher sein, wenn heute noch komplexere Eingriffe dereinst vermehrt ambulant durchgeführt werden können. So kostet ein Hüftgelenkersatz aktuell rund 16 Tausend Franken. Sollte dieser Eingriff dereinst 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 praxisambulante Leistungen wie erwartet entwickeln, entstehen 2030 Gesamtkosten in Höhe von 45,2 Milliarden Franken. Das berechnete Einsparpotenzial von 1075 Millionen Franken entspricht damit einer jährlichen Einsparung von rund 2,5 Prozent.

Der Trend zur ambulanten Leistungserbringung hat einen weiteren positiven Effekt: Die Leistungserbringer können durch die höheren Volumina effizienter arbeiten. Dadurch steigt das langfristige Einsparpotenzial weiter. Dieser zusätzliche Einspareffekt ist allerdings schwer zu quantifizieren. Wir haben ihn in dieser Studie nicht weiter untersucht.

Uns ist bewusst, dass es schwierig ist, dieses theoretische Gesamtpotenzial auch in der Praxis umzusetzen. Dennoch sind wir optimistisch, dass sich ein signifikanter Teil der Einsparungen realisieren lässt – sofern die Rahmenbedingungen stimmen.

Abbildung 14: Überlegungen zum Gesamteinsparpotenzial



# 5. Ambulante Fallpauschalen – ein Lösungsansatz?

## Viele Stolpersteine erschweren die Verlagerung

Was kann dem Grundsatz «ambulant vor stationär» weiter zum Durchbruch verhelfen? Die medizinisch sinnvollen 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 ist dabei, die Interessen der Financier, 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.

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 denkbar

Wir skizzieren drei Lösungsansätze, die aus unserer Sicht 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.

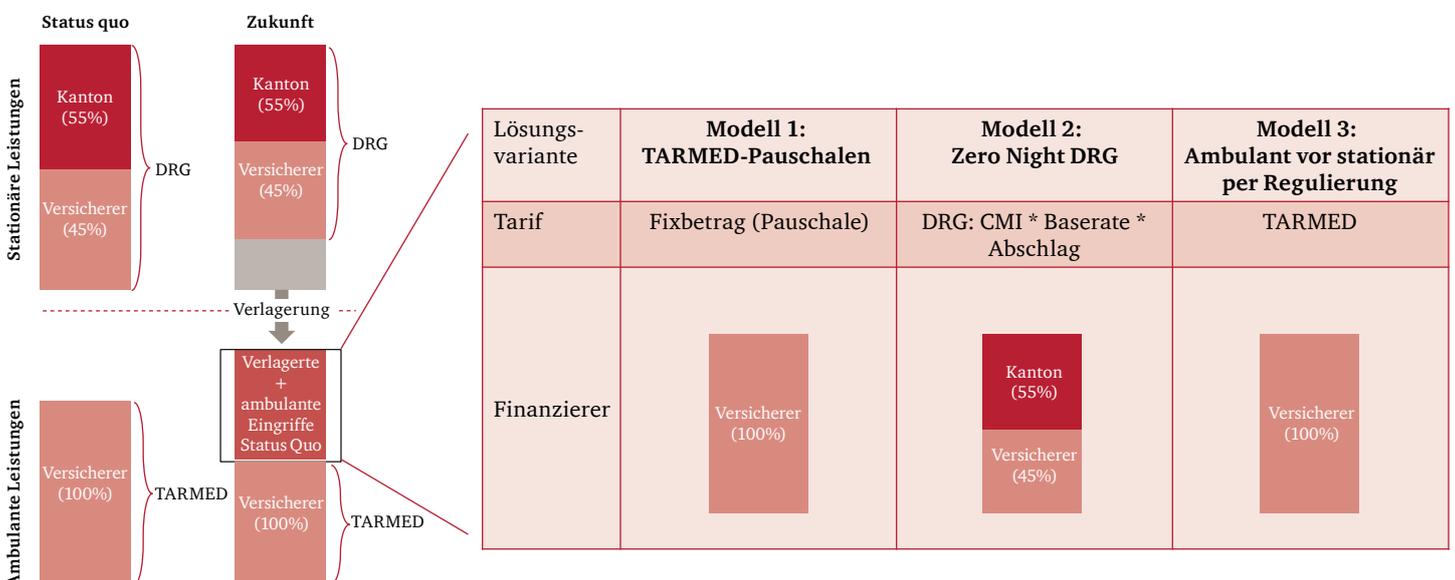
Folgende Abbildung stellt die Tarifstruktur und die Finanzierungsströme in den drei Modellen dar. Die Wirkungsweise der verschiedenen Ansätze lässt sich durch die Tarifhöhe in gewisser Weise beeinflussen, wobei höhere Tarife in der Konsequenz das Einsparpotenzial reduzieren.

*Exkurs: So könnte ein übergreifendes Fallpauschalensystem funktionieren – Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär*

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 das Ambulante, 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.

Abbildung 15: Drei unterschiedliche Lösungsansätze



«Nur eine ambulante Fallpauschale mit einem vernünftigen Abschlag wird allen Akteuren einen Anreiz geben für die Weiterentwicklung in Richtung Ambulantisierung.»

Antoine Hubert, Administrateur Swiss Medical Network SA

**Modell 1 – Einführung von TARMED-Pauschalen für Eingriffe mit ambulan-tem Potenzial:** Ein Lösungsansatz ist eine ambulante Fallpauschale mit einem fixen Betrag für eine ambulante Leistung. Die Versicherer würden diese Pauschale 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 Tarifföhen 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.

Tabelle 5: Approximative Auswirkungen der Höhe der ambulanten TARMED-Fallpauschale auf das Einsparpotenzial der Krampfaderoperation

Jährliche Einsparung in CHF Mio.	TARMED heute	TARMED +20 %	TARMED +40 %	TARMED +60 %
Pessimistisch	13,9	11,7	9,5	7,3
Realistisch	28,2	24,4	20,5	16,6
Optimistisch	42,6	37,0	31,5	26,0

Für die Berechnung des maximal möglichen Einsparpotenzials haben wir aktuelle TARMED-Abrechnungen herangezogen. Je höher die Pauschale angesetzt ist, desto geringer ist das Einsparpotenzial.

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

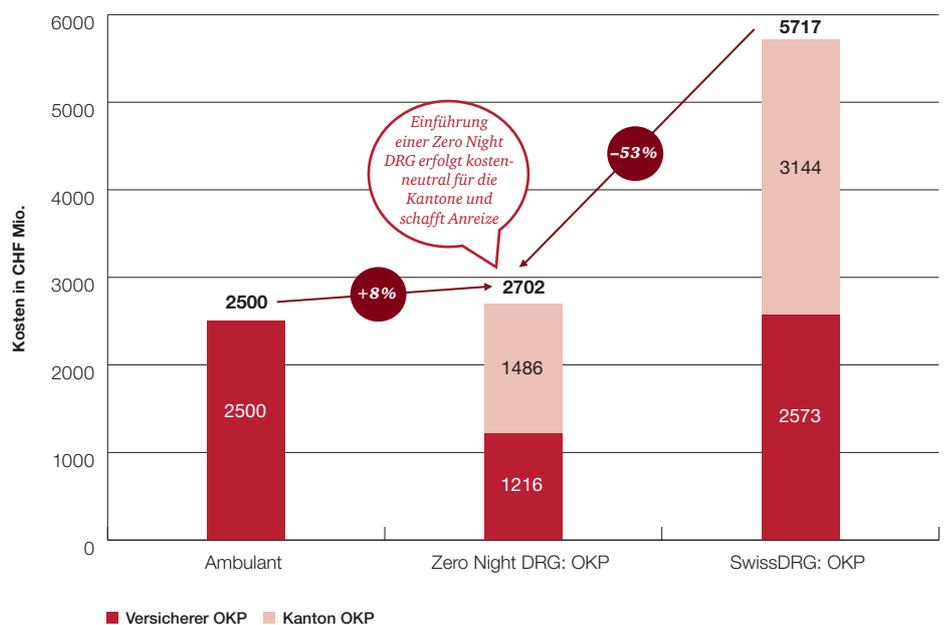
ambulanten Leistungen als Finanzierer auftreten. Mit folgendem Resultat: Ambulante Leistungen werden nicht mehr einheitlich monistisch finanziert. Für einen Teil ambulanter Leistungen gäbe es eine dualistische Finanzierung. Diese Lösung belastet die Kantone und damit den Steuerzahler und entlastet die 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 schlechterzustellen. Auch erhalten Spitäler und Ärzte weiter, wenn auch 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.

Bei der Krampfaderoperation (vgl. Beispiel 5) würde ein Abschlag von rund 53 Prozent auf die normale DRG Fallpauschale aus Sicht der Kantone eine kostenneutrale Einführung einer Zero Night DRG erlauben, wenn vom heutigen Kostenteiler von

Abbildung 16: Illustrative Berechnung einer Zero Night DRG für die Krampfaderoperation



55 Prozent zu 45 Prozent ausgegangen wird. Für die Versicherungen würden dabei Einsparungen von rund 30 Millionen Franken resultieren. Eine gleichmässige Aufteilung der Kosteneinsparung auf die Kantone und Versicherer würde bei einem Kostenteiler von 31 Prozent Kanton und 69 Prozent Versicherer resultieren. Tabelle 6 zeigt indikativ für verschiedene Einsparhöhen, welcher Kostenteiler bei einer gleichmässigen Reduktion der Kosten für Kantone und Versicherer notwendig wäre, damit die Einführung insgesamt kostenneutral oder kostenreduzierend erfolgt.

**Modell 3 – Ambulant vor stationär per Regulierung:** Die dritte Möglichkeit, um die Verlagerung von stationär zu ambulant

zu fördern, sind regulatorische Massnahmen. Dabei würde sich das Tarifsysteem 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.

### Beispiel 5: Illustrative Berechnung einer Zero Night DRG am Beispiel der Krampfaderoperation

Die Einführung einer dualistischen DRG-Pauschale für Eingriffe ohne Übernachtung hätte folgenden Effekt: Die Kantone – und somit indirekt die Steuerzahler – würden ambulante Eingriffe mitfinanzieren; die Krankenversicherungen und Prämienzahler würden entlastet. Am Beispiel der Krampfaderoperation können wir belegen: Eine solche Fallpauschale kann kostenneutral für alle Finanzierer ausgestaltet werden.

Wir haben eine DRG ermittelt, die ambulant und stationär gleich hohe Kosten für die Kantone verursacht und entsprechend kostenneutral ist. Mit dieser kalkulierten Zero Night DRG pro Krampfadereingriff lassen sich rund 53 Prozent der Kosten im Vergleich zu den durchschnittlichen stationären Kosten einsparen. Die Kantone müssten für jeden ambulanten Krampfadereingriff 1486 Franken zahlen. Das entspricht einer Ersparnis von 1658 Franken pro Eingriff im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten für eine stationäre Behandlung. Die Kosten pro Fall würden für den Kanton also sinken. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Eingriffe, weil sich der Kanton nun an allen ambulant durchgeführten Eingriffen beteiligt. Die Einführung einer solchen Zero Night DRG würde die Kantone nicht mehr belasten. Aus Sicht der Kantone wäre sie also kostenneutral.

Die neue DRG liegt rund acht Prozent höher als die aktuellen durchschnittlichen Kosten einer ambulanten Behandlung. Leistungserbringer haben also einen gewissen Anreiz, den Eingriff ambulant vorzunehmen. Denn sie können pro Eingriff mehr Erträge erwirtschaften, als dies heute der Fall ist. Dies erscheint sinnvoll, da auch komplexere Fälle in Zukunft ambulant behandelt werden.

Mittel- und langfristig ergeben sich auch strukturelle Änderungen bei den Leistungserbringern, wenn sie vermehrt ambulant operieren. Dadurch haben sie die Möglichkeit, profitabler zu werden. Eine solche Entwicklung könnte wiederum die Kantone entlasten.

Tabelle 6: Sensitivität zur Ermittlung der Kantonsanteile bei einer Zero Night DRG in Abhängigkeit der Einsparung (in CHF Mio.)

Kostenteiler	0 % KT/ 100 % OKP	37 % KT/ 63 % OKP	36 % KT/ 64 % OKP	34 % KT/ 66 % OKP	31 % KT/ 69 % OKP	55 % KT/ 45 % OKP
Preislevel	TARMED	DRG –30 %	DRG –38 %	DRG –45 %	DRG –53 %	DRG –53 %
Zuschlag/Abschlag auf stationäre Kosten je Fall	–56 %	–30 %	–38 %	–45 %	–53 %	–53 %
Mehr-/Minderkosten für Kantone (in CHF Mio.)	(34,2)	0,0	(5,0)	(10,0)	(15,0)	0,0
Mehr-/Minderkosten für Versicherung OKP (in CHF Mio.)	(0,4)	0,0	(5,0)	(10,0)	(15,0)	(30,0)

## 6. 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 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.

Unsere Analyse zeigt: Einsparungen von bis zu 30 Prozent der heutigen Behandlungskosten pro Eingriff sind möglich, wenn alle potenziellen Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Insgesamt schätzen wir das Potenzial für die 13 ausgewählten Eingriffe auf rund 251 Millionen 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.

Wir haben drei Ansätze entwickelt, 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 Steuerzahlern, Versicherern, Ärzten und Leistungserbringern müssen gleichermassen einfließen. Nur so lässt sich eine für alle Parteien tragbare Lösung finden.

# Literatur- und Quellenverzeichnis

## Artikel/Daten

- Curafutura (2016): Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
- H+ (2015): Jahresbericht 2014 – Gute Noten für die Spitalbranche
- International Association for Ambulatory Surgery (2006): Day Surgery: Development and Practice
- OECD (2010): Health Data. Zitiert aus: Leimgruber, Martin (2014). Ambulante Chirurgie, Möglichkeiten und Grenzen
- Ministère des Affaires Social et de la Santé
- Polynomics AG (2016): Erste gesundheitsökonomische Betrachtungen zur Tarifstruktur «TARVISION»
- Bundesamt für Statistik (2014): Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2016): Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)

## Studien

- Obsan (2015): Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_68\\_rapport\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport_0.pdf)
- Uni Basel/BSS. Volkswirtschaftliche Beratung (2012): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor

## Quellen

- Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- SASIS AG, Sasis Datenpool R

## Zeitungen/TV

- Bundesamt für Gesundheit (2016): Die Revision des TARMED ist gescheitert
- Limmattalerzeitung (2016): Durch die Sparmassnahmen drohen dem Spital Limmattal verschärfte Bedingungen
- Luzerner Zeitung (2015): Santésuisse befürchtet Kostenschub wegen neuem Arzttarif
- Luzerner Zeitung (2016): Neuer Vorschlag zur Tarmed-Revision
- Neue Zürcher Zeitung (2016): Die Spitäler stehen hinter dem neuen Tarifsysteem
- Neue Zürcher Zeitung (2016): Urabstimmung – Ärzte versenken Tarifreform
- Neue Zürcher Zeitung (2016): Neuer Ärztetarif – Ein Scherbenhaufen als Chance
- Schweizer Fernsehen SRF – Kassensturz (2014): Stationär statt ambulant: So kassieren Spitäler

# Methodik und Annahmen

## Methodik und Annahmen

### Datensatz

Die Studie basiert grundsätzlich auf den Statistiken der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS sowie des Tarifpools R der Sasis AG. Dabei haben wir zuerst die 13 relevanten Eingriffe definiert und anschliessend mittels CHOP-Code die dazugehörigen DRGs herausgesucht. Da nicht alle DRGs je Eingriff ambulantes Potenzial aufweisen, haben wir die DRGs auf deren ambulantes Potenzial untersucht. Pro Eingriff konnten wir so eine bis drei DRGs mit ambulantem Potenzial identifizieren. Durch diese Filterkriterien haben wir 21 DRGs und 60'720 Fälle identifiziert. Pro Fall haben wir die folgenden Parameter zur Analyse herangezogen: Versicherungsstatus, durchschnittliche Verweildauer, Kostengewicht, Kostenab- oder -zuschläge. Fälle, die aufgrund ihrer kurzen Verweildauer (durchschnittlich ein Tag) einen Kostenabschlag erhielten, haben wir als Kurzlieger definiert, Fälle mit einem Kostenzuschlag als Langlieger und Fälle mit einer normalen Verweildauer als Normallieger analog SwissDRG-Fallpauschalenkatalog.

Die ambulanten Fälle haben wir ebenfalls nach den unterschiedlichen Eingriffen gefiltert. Pro Eingriff haben wir die Anzahl abgerechneter Fälle im Sasis Tarifpool R berücksichtigt. Zur weiteren Analyse haben wir ebenfalls zwischen praxis- und spitalambulanten Fällen unterschieden. Die ambulanten Kosten je Eingriff basieren auf durchschnittlichen Abrechnungsbeträgen, die wir mittels idealtypischen TARMED-Positionen plausibilisiert haben. Um die stationären und ambulanten Kosten vergleichbarer zu machen, haben wir auch Kosten für Medikamente und Material berücksichtigt.

### Modell

Zur Analyse des ambulanten Potenzials für die 13 ausgewählten chirurgischen Eingriffe haben wir ein mehrstufiges Modell verwendet.

Im ersten Schritt haben wir die historischen ambulanten und stationären Kosten je Eingriff berechnet. Für die stationären Fälle haben wir die Gesamtkosten je Eingriff aufgeteilt in Kurzlieger, Normallieger und Langlieger sowie Zusatzversicherung und DRG berechnet. Die Kosten je Kategorie haben wir im Anschluss aufsummiert, um die Gesamtkosten je Eingriff und Jahr zu berechnen. Die Kosten je Fall haben wir dabei als Produkt des effektiven Kostengewichts und einer durchschnittlichen Baserate von 9500 Franken berechnet. Für Fälle mit Zusatzversicherung haben wir als Annahme jeweils einen Baserate-Zuschlag von 3167 Franken für Halbprivat und 6333 Franken für Privat angewendet. Die ambulanten Kosten haben wir als Produkt des durchschnittlichen TARMED-Abrechnungsbetrags, inklusive Medikamenten und der Anzahl ambulanter Fälle berechnet.

Um den Effekt im Jahr 2030 zu untersuchen, haben wir im zweiten Schritt Wachstumsannahmen für die historischen Kosten getroffen. Zur besseren Vergleichbarkeit der Kosten im Jahr 2030 und den historischen Kosten im Jahr 2014 haben wir nur ein Mengen- und damit kein Preiswachstum angenommen. Betrachtet man das Wachstum in den letzten Jahren, so fällt auf, dass für diese Fälle der ambulante Bereich stärker gewachsen ist als der stationäre. Dementsprechend hat in den letzten Jahren bereits eine gewisse Verlagerung stattgefunden. Zur Vereinfachung gehen wir von einem jährlichen Wachstum von einem Prozent im stationären und zwei Prozent im ambulanten Bereich aus. Das höhere Wachstum der ambulanten Fälle führt demnach bereits zu einer Verlagerung in den ambulanten Bereich bis ins Jahr 2030. Die Annahme von einem Prozent für den stationären Bereich spiegelt das langfristige durchschnittliche Bevölkerungswachstum von 0,7 Prozent wider (Quelle: BFS) sowie demografische Trends wie die Überalterung.

Neben der Verlagerung in den ambulanten Bereich aufgrund des überproportionalen Wachstums der ambulanten Fälle gehen wir davon aus, dass für die 13 Eingriffe ein signifikanter Teil der heute stationär durchgeführten Eingriffe mittel- und langfristig nur noch ambulant erfolgt. Diese Verlagerung hin zu ambulanten Eingriffen haben wir in drei unterschiedlichen Szenarien analysiert: ein pessimistisches, ein realistisches und ein optimistisches Szenario. Die Definition der Szenarien fand dabei aufgrund der durchschnittlichen Verweildauer im Jahr 2014 und der Klassifizierung in Kurz-, Normal- und Langlieger statt. Als Kurzlieger werden Fälle bezeichnet, die einen Abschlag auf das Kostengewicht verzeichnen. Die durchschnittliche Verweildauer dieser Kurzlieger beträgt rund einen Tag für alle ausgewählten DRGs. An dieser Stelle besteht also das grösste Verlagerungspotenzial. In allen drei Szenarien gehen wir deshalb davon aus, dass alle Kurzlieger in

Zukunft ambulant behandelt werden können. Das zweitgrösste Verlagerungspotenzial haben die Normallieger. Für die 13 ausgewählten Eingriffe beträgt die durchschnittliche Verweildauer der Normallieger im Jahr 2014 2,5 Tage. Im optimistischen Szenario werden 2030 ebenfalls alle Normallieger ambulant behandelt werden können. Im realistischen Szenario wird nur die Hälfte aller Normallieger ambulant behandelt. Im pessimistischen Szenario werden hingegen nur die Kurzlieger ambulant behandelt. Für die Langlieger gehen wir in allen drei Szenarien davon aus, dass sie auch in Zukunft stationär behandelt werden. Wir wenden die vorher genannten Verlagerungsannahmen entsprechend auf die Fälle im Jahr 2030 an und analysieren deren Effekt auf die Gesamtkosten.

In der Tabelle 7 zeigen wir die Verlagerungsannahmen am Beispiel der Krampfaderoperation schematisch für alle drei Szenarien auf.

Als letzte Analyse haben wir näherungsweise das Gesamtpotenzial für ambulante Eingriffe berechnet. Die historischen Verhältnisse zwischen ambulanten und stationären chirurgischen Eingriffen konnten wir dabei nur schwer ermitteln. Im Vergleich zu anderen Ländern gibt es in der Schweiz keine einheitliche, öffentlich zugängliche Statistik, die ambulante und stationäre Eingriffe gegenüberstellt. Als Erstes haben wir daher die Anzahl stationär durchgeführter chirurgischer Eingriffe näherungsweise berechnet. Gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser (BFS) wurde im Jahr 2014 bei 42 Prozent

Tabelle 7: Darstellung der Verlagerungsannahmen am Beispiel der Krampfaderoperation

Verlagerung der Krampfaderoperation		Stationär	Ambulant
<b>Status quo 2030</b>	<i>Ambulant (Status quo)</i>		11'985
	<i>Kurzlieger</i>	4'395	
	<i>Normallieger</i>	6'648	
	<i>Langlieger</i>	239	
		<b>11'282</b>	<b>11'985</b>
<b>Verlagerung: Szenario pessimistisch</b>	<i>Ambulant (Status quo)</i>		11'985
	<i>Kurzlieger</i>	–	100% → 4'395
	<i>Normallieger</i>	6'648	
	<i>Langlieger</i>	239	
		<b>6'887</b>	<b>16'380</b>
<b>Verlagerung: Szenario realistisch</b>	<i>Ambulant (Status quo)</i>		11'985
	<i>Kurzlieger</i>	–	100% → 4'395
	<i>Normallieger</i>	3'324	50% → 3'324
	<i>Langlieger</i>	239	
		<b>3'563</b>	<b>19'704</b>
<b>Verlagerung: Szenario optimistisch</b>	<i>Ambulant (Status quo)</i>		11'985
	<i>Kurzlieger</i>	–	100% → 4'395
	<i>Normallieger</i>	–	100% → 6'648
	<i>Langlieger</i>	239	
		<b>239</b>	<b>23'028</b>



aller stationären Fälle ein chirurgischer Eingriff vorgenommen. Basierend auf der Gesamtzahl von rund 1,4 Millionen stationärer Fälle im Jahr 2014 ergeben sich somit rund 577'000 chirurgische Eingriffe. Gemäss den hochgerechneten Daten des Sasis Tarifpool R (Hochrechnung basierend auf den Abdeckungsgraden) nahmen Ärzte im Jahr 2014 zudem rund 262'000 spitalambulante Eingriffe sowie 168'000 praxisambulante Eingriffe vor. Basierend auf diesen Daten ergibt sich im Jahr 2014 ein approximativer Anteil der ambulanten Eingriffe von 43 Prozent im an den gesamten chirurgischen Eingriffen. Im nächsten Schritt haben wir die gleichen Wachstumsannahmen wie in den 13 Fällen auf die drei historischen Fallzahlen (stationär, spitalambulant und praxis-

ambulant) angewendet. Daraus ergibt sich für das Jahr 2030 ein Anteil von 47 Prozent ambulanter Eingriffe. Werden die zusätzlich verlagerten Fälle aus unseren 13 Eingriffen addiert, ergibt sich sogar ein Anteil von rund 52 Prozent.

Das zusätzliche Potenzial haben wir mittels Analyse der stationären BFS-Daten ermittelt. Dabei haben wir im ersten Schritt 200'000 chirurgische Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von weniger als zwei Tagen identifiziert. Unter der Annahme, dass langfristig aufgrund des medizinischen Fortschritts 80 Prozent dieser Eingriffe ambulant durchgeführt werden können, entsteht ein Zusatzpotenzial von rund 160'000 Fällen. Kumuliert ergibt sich somit ein ambulanter Anteil von

65 Prozent am Total der chirurgischen Eingriffe. Wir gehen davon aus, dass der medizinische Fortschritt längerfristig auch ambulante Eingriffe für Fälle mit einer heutigen Verweildauer von drei bis fünf Tagen ermöglichen wird. Entsprechend haben wir pauschal weitere fünf Prozent dazugerechnet. Die daraus resultierende Kosteneinsparung haben wir näherungsweise anhand eines durchschnittlichen Einspareffekts pro Fall – basierend auf den Einsparungen für die 13 verlagerten Eingriffe – geschätzt.

Tabelle 8: Übersicht der Annahmen – Alle Berechnungen und Annahmen basieren auf den historischen Zahlen des Jahres 2014

Eingriff	DRG	# Fälle stationär	Durchschn. CMI	Durchschn. VWD	Zusatzversicherung in %	# Fälle ambulant	TARMED-Abrechnung	Ambulante Eingriffe in %	Verlagerte stationäre Fälle in %
Leistenbruch	G24Z, G25Z	12'129	0,567	2,2	26%	2'842	2'900	19%	63%
Krampfadern	F39A, F39B	9'624	0,602	1,8	30%	8'729	2'500	48%	68%
Mandelopoperation	D30A, D30B, D30C	4'832	0,513	2,4	12%	2'513	2'100	34%	63%
Hämorrhoiden	G26Z	3'261	0,438	2,2	30%	932	2'300	22%	67%
Herzschrittmacher	F12Z, F12A, F12D	2'189	2,466	3,8	38%	791	17'100	27%	59%
Katarakt	C08B	1'668	0,474	1,2	57%	102'037	2'200	98%	90%
Menisektomie	I30Z, I18B	11'633	0,573	1,9	38%	8'111	2'400	41%	74%
PTCA	F58Z, F57B, F56B	7'120	1,378	1,6	38%	4'374	12'000	38%	82%
Karpaltunnel	B05Z	611	0,392	2,0	45%	17'194	1'300	97%	74%
Gebärmutterhals-Konisation	N09Z	883	0,395	1,3	27%	3'311	1'800	79%	87%
PTA	F54Z, F59B	5'188	0,892	2,0	30%	3'913	5'500	43%	66%
Knienarthroskopie	I18B, I30Z	683	0,618	2,9	41%	8'679	2'400	93%	64%
ESWL	L42B	899	0,374	2,0	29%	1'313	1'500	59%	66%
<b>Durchschnitt 13 Eingriffe</b>		<b>60'720</b>	<b>0,745</b>	<b>2,0</b>	<b>32%</b>	<b>164'739</b>	<b>2'550</b>	<b>86%</b>	<b>70%</b>

# Glossar

Begriff	Erläuterung
Baserate – Basisfallwert	<p>Der Basisfallwert (aus dem Englischen: baserate) ist ein Begriff aus dem Gesundheitswesen und bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise (Diagnosis Related Groups) für die Krankenhausbehandlung zugrunde gelegt wird. Der Basisfallwert bildet die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen.</p> <p>Zur Berechnung des Preises für die Krankenhausbehandlung wird die Bewertungsrelation der DRG mit dem Basisfallwert multipliziert.</p>
CANMETS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Case Mix Index (CMI)	<p>Der Case Mix Index (CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamt-Ressourcenaufwand entspricht. Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar. Bedeutung hat der CMI vor allem in medizinisch-ökonomischen Patientenklassifikationssystemen wie Diagnosis Related Groups (DRG).</p> <p>Er wird errechnet durch die Addition der Relativgewichte (cost weight, CW) eines jeden Patientenfalls (Summe = Case Mix [CM]) und dividiert durch die Anzahl der Fälle. Der Case Mix ist die Summe der von einem Krankenhaus in einem bestimmten Zeitraum abgerechneten Relativgewichte.</p>
CHOP-Code	Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) ist ursprünglich eine Übersetzung und Anpassung des dritten Bandes der amerikanischen ICD-9-CM. Bis 2007 wurden die jährlichen Änderungen der ICD-9-CM auch in die CHOP übernommen. Ab 2008 wurden die Änderungen der ICD-9-CM nicht mehr übernommen. Die jährliche Aktualisierung der CHOP wird über das nationale Antragsverfahren garantiert.
FMH	Die FMH ist der Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft und die Dachorganisation der kantonalen und fachspezifischen Ärztesellschaften. Ihr gehören über 40'000 Mitglieder an.
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie knapp 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Begriff	Erläuterung
IAAS	Die International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) wurde 1995 in Belgien gegründet. Der Zweck besteht in der weltweiten Förderung hoch qualitativer ambulanter Chirurgie.
Kostengewicht	Die Bewertungsrelation (synonym Kostengewicht, cost weight [CW], Schweregrad oder Relativgewicht) ist eine Kennzahl in medizinisch-ökonomischen Klassifikationssystemen wie z. B. DRG-Systemen zur Abrechnung medizinischer Leistungen in Krankenhäusern. Sie wird einer Gruppe von Patientenfällen (DRG) zugewiesen und gibt den ökonomischen Schweregrad eines medizinischen Falles und damit in Verbindung mit dem Basisfallwert (engl. baserate) den Erlös eines Falles an.
KVG	Das KVG, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, reglementiert die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die soziale Krankenversicherung ermöglicht jeder in der Schweiz wohnhaften Person den Zugang zu adäquaten Pflegeleistungen im Falle von Krankheit, Mutterschaft und Unfall, sofern letzteres Risiko nicht bereits über die Unfallversicherung abgedeckt ist.
Obsan	Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) bearbeitet sechs Gesundheitsthemen: «Gesundheit der Bevölkerung», «Psychische Gesundheit», «Alter und Langzeitpflege», «Gesundheitssystem», «Gesundheitsfachkräfte» sowie «Kosten und Finanzierung». Obsan stellt Bund, Kantone und weiteren Institutionen im Gesundheitswesen seine Resultate zur Verfügung.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Sie gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.
SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.  Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgte per 1. Januar 2012.

Begriff	Erläuterung
TARMED	Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen. Der TARMED ist ein Einzelleistungstarif mit über 4500 Einzelpositionen und wurde 2004 eingeführt.
TARVISION	Die Revision des ambulanten Tarifs wurde unter dem Projekt-namen TARVISION gestartet. Rund 200 Tarifdelegierte der Fachgesellschaften der FMH haben sich zusammen mit den Tarifexperten der Revisionspartner H+ und MTK intensiv mit der Gesamtrevision des ambulanten Arzttarifs auseinandergesetzt und die anfänglich mehr als 4500 Tarifpositionen überarbeitet.
PCCL	Der Patient Clinical Complexity Level (PCCL) ist ein nach einer mathematischen Formel berechneter ganzzahliger Wert zwischen 0 und 4. Er bezeichnet den patientenbezogenen Gesamtschwere-grad in medizin-ökonomischen Klassifikationssystemen wie beispielsweise den DRG.
VVG	Das VVG, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, reglemen-tiert unter anderem die Krankenversicherungs-kategorien, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung ergänzen.

# Abgrenzung zu anderen Studien

Im Rahmen der SwissDRG-Begleitforschung haben FMH und H+ die Studie «Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor» beauftragt (Uni Basel/BSS Volkswirtschaftliche Beratung, 2012). Diese Begleitstudie untersucht die Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor im Allgemeinen. Diese Studie untersucht das Potenzial der Verschiebung durch ambulante Operationen bei 1.) Teilverlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich sowie 2.) gesamthafte Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Durch Verlagerungen von Leistungen in den vor- und nachgelagerten ambulanten Bereich ergibt sich eine jährliche Kostenreduktion im stationären Bereich von rund 91 Millionen Franken mit zusätzlichen jährlichen Kosten im ambulanten Bereich von 27 Millionen Franken. Durch zusätzliche Verlagerungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich ist mit Einsparungen von netto neun Millionen Franken pro Jahr auszugehen. Die unterschiedlichen Einsparpotenziale sind auf die jeweiligen Studiendesigns zurückzuführen.

Die BSS hat hauptsächlich die stationären Daten analysiert (BFS-Datensatz) und ein ambulantes Potenzial geschätzt. Die Datengrundlage im ambulanten Bereich (NewIndex-Daten) hat einen wesentlich geringeren Abdeckungsgrad als der Sasis Tarifpool R. Die Entwicklung der SwissDRG wurde dabei nur über ein Jahr berücksichtigt. Die vorliegende Studie bezieht sich auf aktuelle Daten im ambulanten und stationären Bereich mit einem sehr hohen Abdeckungsgrad.

# Kontakt

*Wir freuen uns auf die Diskussion mit Ihnen.*

## Ihre Ansprechpartner



**Patrick Schwendener, CFA**  
Director, Head Deals Healthcare  
+41 58 792 15 08  
patrick.schwendener@ch.pwc.com



**Philip Sommer**  
Director, Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 28  
philip.sommer@ch.pwc.com

## Mitautoren

### **Tobias Pfinninger**

Senior Manager Medizincontrolling und -codierung  
+41 58 792 23 76  
tobias.pfinninger@ch.pwc.com

### **Dr. Marc Schulthess**

Assistant Manager Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 00  
marc.schulthess@ch.pwc.com

### **Marius Obrist**

Assistant Corporate Finance/Valuation  
+41 58 792 13 50  
marius.obrist@ch.pwc.com

*Mit Unterstützung von Swiss Medical Network SA*



