Finanzielle Fehlanreize verhindern Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen

Ein Vergleich der Kosten für ambulant oder stationär durchführbare Operationen zeigt erhebliche Einsparpotentiale bei ambulanter Durchführung auf. Die aktuellen Abgeltungsmodi im Schweizer Gesundheitswesen verhindern aber eine Nutzung dieser Potentiale.

In einer Untersuchung[1] hat das Operationszentrum Burgdorf die Kosten der ambulanten und der stationären Durchführung von 11 häufigen Operationen[2] verglichen. *Es zeigte sich, dass alle verglichenen Operationen erheblich günstiger sind, wenn sie auf ambulanter statt auf stationärer Basis durchgeführt werden (Referenzjahr 2012).* Beispielsweise kostet eine Leistenhernienoperation im Operationszentrum Burgdorf rund CHF 2'447, in einem Spital mit einer Übernachtung rund CHF 4'797 (Differenz von 96%). Eine Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie) mit Auskratzung (Curettage) kostet im Operationszentrum Burgdorf CHF 1'855, in einem Spital mit einer Übernachtung CHF 3'809 (Differenz von 105%). Werden die Patienten sogar zwei Nächte im Spital behalten, sind die Unterschiede nochmals deutlich höher (158% bzw. 143%).

Diese Kostenunterschiede sind eine *Folge der unterschiedlichen Abgeltungssysteme im ambulanten und stationären Bereich*: Bei ambulanten Operationen kommt das Abgeltungssystem TARMED zum Tragen, bei stationären Operationen das Fallpauschalensystem swissDRG. *Abgeltungen nach TARMED sind weniger hoch als Abgeltungen nach swissDRG*.

Eigentlich wäre zu erwarten, dass Operationen vermehrt ambulant statt stationär durchgeführt werden. Dies wäre im Interesse des Schweizer Gesundheitswesens, wenn man es als Ganzes betrachtet. Leider ist davon auszugehen, dass das Gegenteil der Fall ist:
Da Spitäler viel besser abgegolten werden, wenn eine Operation stationär statt ambulant durchgeführt wird, haben sie einen starken Anreiz, Operationen stationär durchzuführen und Patienten länger als medizinisch notwendig im Spital zu behalten. Auch für die Krankenkassen besteht ein Fehlanreiz: Bei einer ambulanten Operation müssen sie 100% der Kosten übernehmen, bei einer stationären Operation nur 45% (die übrigen 55% bezahlt der Kanton). *So lange eine ambulant durchgeführte Operation mehr kostet als 45% der Kosten einer stationären Durchführung, sind die Krankenkassen nicht daran interessiert, ambulant erbrachte Leistungen zu fördern, z. B. durch entsprechende Versicherungsmodelle.*

In der Folge wird ein substantieller Betrag im Schweizer Gesundheitswesen zu viel ausgegeben. Eine vorsichtige Hochrechnung ergibt, dass im Jahr 2011 nur schon bei den 11 untersuchten Operationsarten (total 41'800 Eingriffe[3]) CHF 105 Mio. hätten eingespart werden können, wären diese ambulant statt stationär gemacht worden. *Das Einsparpotential bei allen Operationen, die eigentlich ambulant durchgeführt werden könnten, dürfte mehrere hundert Millionen Franken jährlich betragen.*

Eine andere Folge ist, dass der Bevölkerung und der Wirtschaft weitere *gewichtige Vorteile des ambulanten Vorgehens* vorenthalten werden: Eine *geringere Ausfallzeit am Arbeitsplatz und zu Hause* sowie ein geringerer organisatorischer Aufwand; eine *raschere Erholung und Genesung in der vertrauten heimischen Umgebung*; das praktisch *fehlende Risiko, sich mit einem Krankenhauskeim anzustecken*.

Der Investitions- und Personalbedarf ist bei ambulanter Durchführung von Operationen und Behandlungen geringer. Mehr ambulante Operationen und Behandlungen führen deshalb nicht nur zu echten Kosteneinsparungen – *sie helfen auch, den Personalmangel im Schweizer Gesundheitswesen zu entschärfen*. Zweifellos ist es an der Zeit, eine vertiefte Diskussion über den Stellenwert ambulant durchgeführter Operationen und Behandlungen im Schweizer Gesundheitswesen zu führen. *Das Potential für qualitative und ökonomische Verbesserungen ist substantiell.*

---

[1] Schweizerische Ärztezeitung vom 03.07.2013, Ausgabe Nr. 27/28 (SÄZ 2013;94: 27/28, S 1091-1093) http://www.saez.ch/docs/saez/2013/2728/de/SAEZ-01617.pdf

[2] Nervenentlastung bei Carpaltunnelsyndrom; Entfernung von Hämorrhoiden; Operation bei Dupytren-Erkrankung der Hand; Kniearthroskopie mit Meniskusentfernung; Operation bei Tennisellbogen; Korrektur einer Nasenscheidewandverkrümmung; Brustverkleinerung; Entfernung von erweiterten Hodenvenen (Varikozele); Hysteroskopie mit Curettage; Operation bei Leistenhernie; Entfernung von Varizen

[3] Quelle: Bundesamt für Statistik, medizinische Statistik der Krankenhäuser: Anzahl Fälle und durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Altersklasse und Behandlungskode 2011 (su-d-14.04.02-CHOP-zp-2011)