

«Ambulant vor stationär»: Herausforderungen bei der Umsetzung

Bruno Trezzini^a, Mirjam Bach^b

^a Dr. phil., Experte Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH; ^b Dr. med., Expertin und stv. Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Die Bundesliste der primär ambulant durchzuführenden Spitaleingriffe fordert die Ärzteschaft bei der praktischen Umsetzung. Die Abweichungen zwischen Bundesliste und kantonalen Listen sowie der Interpretationsspielraum bei den Ausnahmekriterien lenken den Fokus weg von klinischer zu administrativer Tätigkeit. Wie kann eine Trendwende hin zu administrativ schlanker ambulanter Medizin erreicht werden?

¹ Es gilt hierbei jedoch zu berücksichtigen, dass in einigen Kantonen bereits im Jahr 2018 «ambulant vor stationär»-Listen zur Anwendung kamen. Zudem gilt es, den retrospektiven Charakter der Schätzungen in Rechnung zu stellen.

² Die Fragen waren wie folgt formuliert: «Bitte geben Sie an, wie viele Fälle Sie persönlich 2018 pro unten aufgeführtem Eingriff schätzungsweise durchgeführt haben», «Schätzungsweise welcher Anteil der Fälle pro Eingriff wurde von Ihnen ambulant und welcher Anteil stationär durchgeführt?», «Bitte schätzen Sie, bei wie vielen der stationär durchgeführten Eingriffe Komplikationen auftraten», «Bitte schätzen Sie, bei wie vielen der stationär durchgeführten Eingriffe Komplikationen auftraten».

³ Genau genommen sollte die ambulante Komplikationsrate sogar sinken. Umgekehrt müsste von einer Zunahme der Komplikationsrate bei den stationären Eingriffen ausgegangen werden. Dies würde keine Qualitätsverschlechterung nahelegen, sondern wäre als Ausdruck der Tendenz zu interpretieren, dass stationäre Eingriffe effektiv nur noch bei Fällen mit einem höheren Komplikationsrisiko durchgeführt werden.

Seit dem 1. Januar 2019 gilt schweizweit die Bundesliste mit sechs Gruppen von Eingriffen, die grundsätzlich ambulant durchzuführen sind [1]. Gleichzeitig kommen in verschiedenen Kantonen umfassendere Listen zur Anwendung. Nur wenn spezifische Ausnahmekriterien erfüllt sind, werden die aufgeführten Eingriffe auch im stationären Setting vergütet. Im Folgenden werden die Ansichten der Ärzteschaft zum Thema «ambulant vor stationär» sowie einige Herausforderungen bei der Umsetzung der nationalen und kantonalen Vorgaben dargestellt.

Ärzterschaft gegenüber «ambulant vor stationär» offen eingestellt

Zwei repräsentative Mitgliederbefragungen, die 2018 und 2019 im Auftrag der FMH durchgeführt wurden, ermittelten die Einstellungen und Erfahrungen mit der «ambulant vor stationär»-Liste des Bundesamts für Gesundheit (BAG) [2]. Bei der vorwiegend betroffenen, akutsomatischen Ärzteschaft erhöhte sich die Akzeptanz der BAG-Liste von 41 auf 45%, während der ablehnende Anteil von 36 auf 29% sank (Abb. 1). Mehr Skepsis bestand im Hinblick auf einen Ausbau der Liste (Abb. 2). Zudem hatte sich rund ein Viertel der Befragten weder zur BAG-Liste noch zu deren Ausweitung eine Meinung gebildet. Die ambulante Durchführbarkeit und die zu erwartenden Kostenersparnisse waren die beiden wichtigsten Gründe für die Zustimmung zur Ausweitung der BAG-Liste. Als wichtigste Ablehnungsgründe nannten die Befragten demgegenüber die Einschränkung der Behandlungsfreiheit sowie der Patientensicherheit.

Ambulant vs. stationär: vergleichbare Komplikationsraten

Zur Erfassung der Ausgangslage¹ («Baseline») interessierte in der Umfrage von 2019, welche Eingriffe auf der BAG-Liste wie oft im Jahr 2018 persönlich durchgeführt wurden, welcher Prozentanteil dabei ambulant respektive stationär erfolgte und wie hoch die jeweiligen Komplikationsraten waren.² Die Rücklaufquote der Befragung betrug bei der akutsomatischen Ärzteschaft knapp 21%, und 204 Befragte gaben an, selber solche Eingriffe durchgeführt zu haben. Die wichtigsten Ergebnisse sind in den Abbildungen 3 bis 5 graphisch dargestellt. Kniearthroskopien waren beispielsweise mit 1783 Eingriffen, die von 69 der befragten Ärztinnen und Ärzte durchgeführt wurden, die grösste Eingriffsgruppe. Ferner wiesen einseitige Krampfaderoperationen der Beine mit 85% den höchsten Anteil an ambulant durchgeführten Fällen auf. Hinsichtlich Komplikationen ergab sich ein relativ homogenes Bild. Alle sechs Eingriffsgruppen verzeichneten weniger als 5% Komplikationen, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant durchgeführt wurden. Es ist wichtig, die Verschiebungsprozesse von stationären zu ambulanten Eingriffen künftig auch anhand routinemässig erhobener Administrativdaten über mehrere Jahre hinweg zu verfolgen. Ebenso ist es zentral, mittels solcher Daten zu überprüfen, welchen Effekt die Einführung der Listen auf die Komplikationsrate hat. Nur wenn diese mit der vermehrten Verschiebung von stationär nach ambulant nicht ansteigt, ist die Massnahme auch im Hinblick auf die Patientensicherheit zielführend.³

Zustimmung jetzt formulierte BAG-Liste – Akutsomatik

"Wie einverstanden sind Sie konkret mit der jetzt formulierten BAG-Liste?"

in % Ärztinnen und Ärzte Akutsomatik

© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019 (n jeweils ca. 1000)

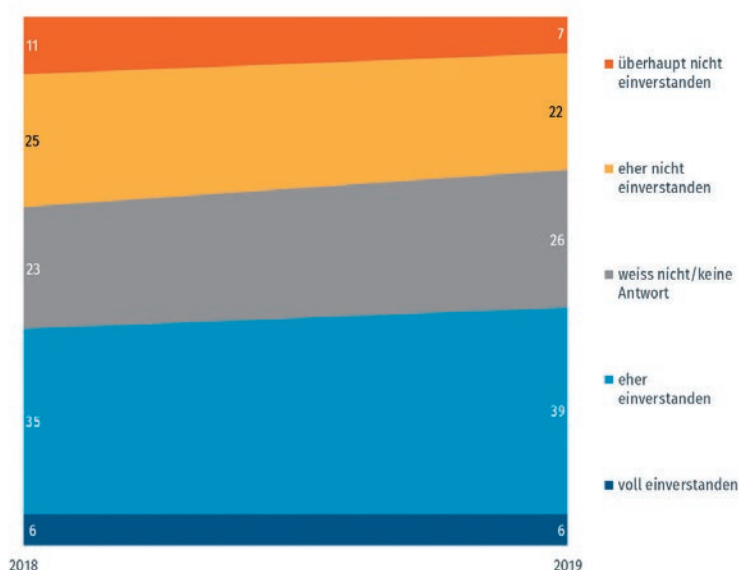


Abbildung 1: Zustimmung zur «ambulant vor stationär»-Liste des BAG (Akutsomatik, in %).

Zustimmung Ausweitung Liste ambulant vor stationär – Akutsomatik

"Unabhängig davon, ob die BAG-Liste Ihr Fachgebiet schon betrifft oder nicht: Befürworten Sie eine Ausweitung der Listen auf Ihr Fachgebiet oder auf weitere Eingriffe Ihres Fachgebiets?"

in % Ärztinnen und Ärzte Akutsomatik

© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019 (n jeweils ca. 1000)

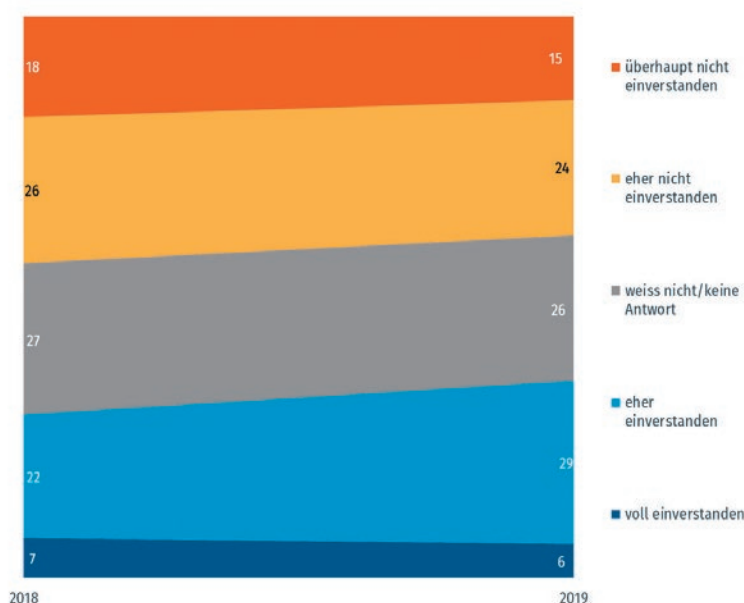


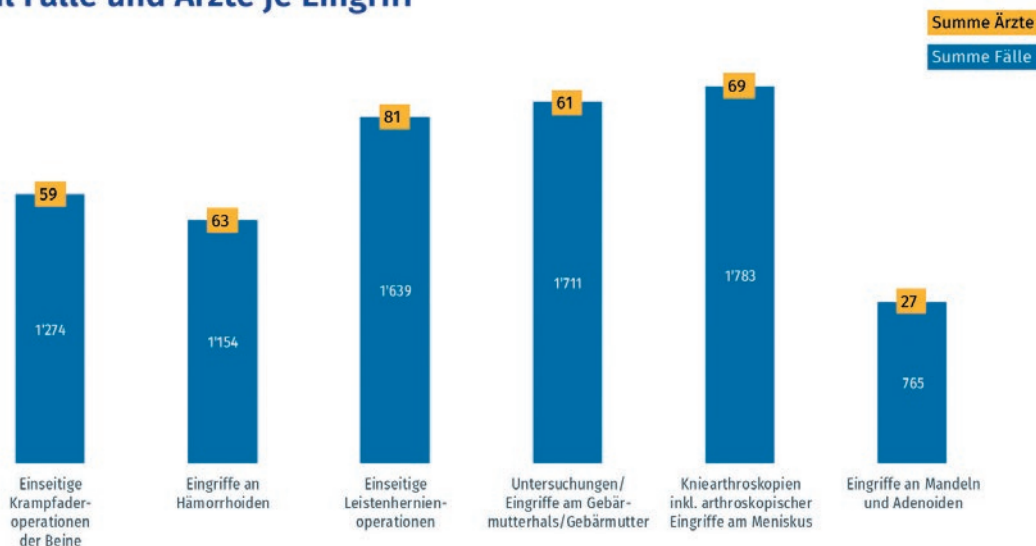
Abbildung 2: Zustimmung zu einer Ausweitung der «ambulant vor stationär»-Liste des BAG (Akutsomatik, in %).

Die FMH hat deshalb im Rahmen des BAG-Gremiums «Austauschgruppe der Stakeholder ambulant vor stationär» die Wichtigkeit eines Monitorings stets betont. Die Arbeiten des BAG zu den Evaluationsmöglichkeiten laufen seit 2019. Primär sollen Auswirkungen der BAG-Liste auf die Qualität, den administrativen Aufwand und die Kosten der selektierten Behandlungen untersucht werden [3].

Unterschiedliche Listen erhöhen den administrativen Aufwand

Per 1. Januar 2020 galten in zwölf Kantonen zusätzliche Listen [4]. Diese kantonalen Listen sind untereinander nicht deckungsgleich bezüglich der Art der ambulant durchzuführenden Eingriffe, der jeweiligen Ausnahmekriterien sowie betreffend den Prüfungsmodus durch

Anzahl Fälle und Ärzte je Eingriff

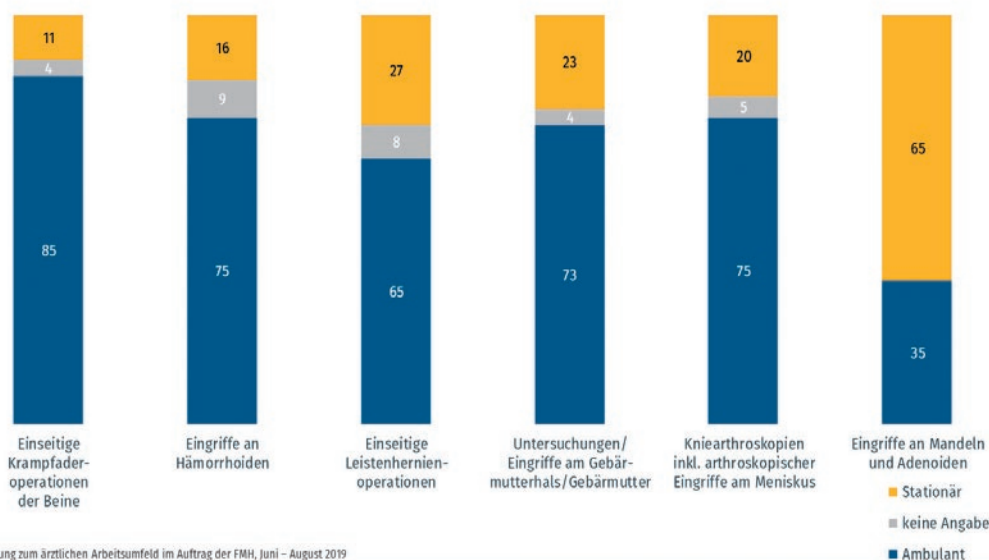


© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019 (n = 204)

Abbildung 3: Anzahl Fälle und Anzahl Ärztinnen/Ärzte je Eingriffsgruppe für das Jahr 2018 (Akutsomatik).

(Hinweis: Hier handelt es sich um jene Ärztinnen und Ärzte der ursprünglich angeschriebenen Stichprobe, welche geantwortet haben und solche Eingriffe selbst durchführten).

Gewichteter durchschnittlicher Anteil ambulant vs. stationär



© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019

Abbildung 4: Anteile der ambulant respektive stationär durchgeführten Fälle je Eingriffsgruppe für das Jahr 2018 (Akutsomatik, in %).

die Krankenkassen (ex ante mittels Kostengutsprache oder ex post). Für kantonsübergreifend tätige Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies interkantonal unterschiedliche Behandlungspfade und administrative Abläufe bei gleichem Patientenkollektiv. Eine schweizweit einheitliche Liste wirkt diesem zusätzlichen administrativen Aufwand aus Sicht der FMH effizient entgegen. Dieser Ein-

druck ergibt sich aufgrund unserer Erfahrungen bei der Beratung im Rahmen des Antragsverfahrens zur Weiterentwicklung der Ausnahmekriterien, welches 2020 erstmals durchgeführt wurde. Mehrere Fachgesellschaften nutzten die Gelegenheit und unsere Unterstützung, um Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung aufzuarbeiten. Beispielsweise lassen vage formulierte Aus-

Anteil keine Komplikationen vs. Komplikationen

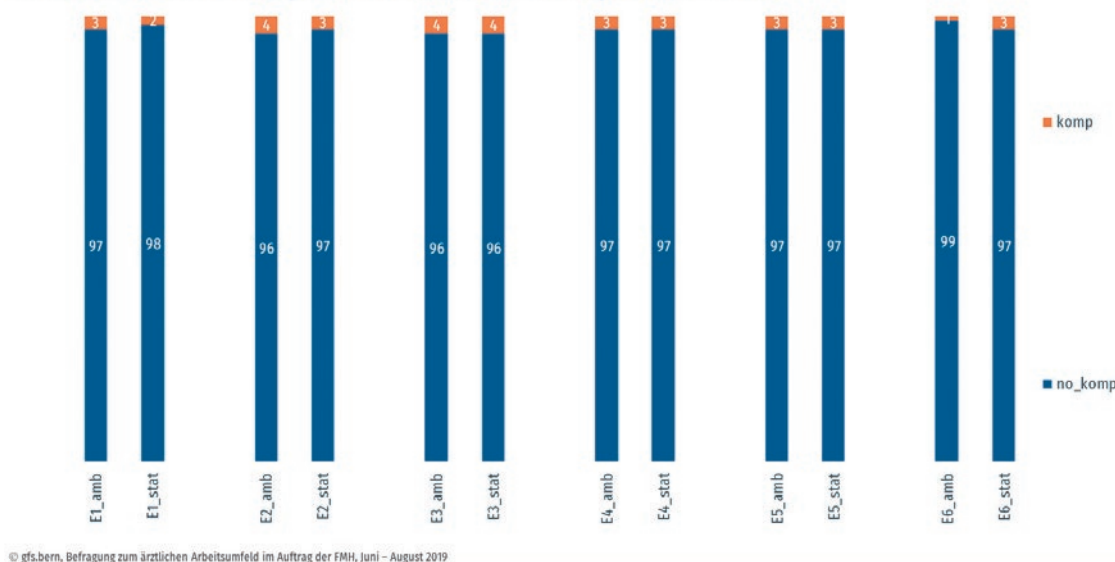


Abbildung 5: Anteil Komplikationen je Eingriffsgruppe und Durchführungsart (stationär vs. ambulant) für das Jahr 2018 (Akutsomatik, in %).

nahmekriterien wie «keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 Std. postoperativ» Interpretationsspielraum, den die Leistungserbringer und Kostenträger unterschiedlich auslegen und so den Fokus von der medizinischen Behandlung zum administrativen Aufwand verschieben. Durch Anträge zur Präzisierung unklar formulierter Ausnahmekriterien und noch stärker zu berücksichtigende Mobilitäts- und Morbiditätsmerkmale seitens

Die Vereinheitlichung bestehender Listen, entsprechender Ausnahmekriterien und des Prüfmodus ist zentral.

der Patienten engagierten sich die Fachgesellschaften, um eine sachgerechtere Anwendung für Patienten und Ärzte zu bewirken. Auch die Aufnahme eingriffsspezifischer Ausnahmekriterien nach Rücksprache mit den betroffenen Fachgesellschaften war Inhalt eines Antrages. Das BAG schätzte die rege Beteiligung der FMH und ihrer Fachgesellschaften sowie die Bereitschaft von Fachgesellschaftenvertretern, in der Umsetzung der Anträge unterstützend mitzuwirken. So beabsichtigt das BAG unter Einbezug der Fachgesellschaften, Interpretationsblätter für unscharf formulierte Ausnahmekriterien zu erstellen. Infolge der Ressourcenbindung durch die COVID-19-Pandemie traten die Arbeiten des BAG zum Monitoring und zur Spezifizierung der Ausnahmekriterien jedoch etwas in den Hintergrund.

Es ist eine schweizweit einheitliche Liste anzustreben

Die gemäss Befragungsergebnis wachsende Akzeptanz der BAG-Liste spricht für eine grundsätzlich als sinnvoll wahrgenommene Entwicklung. Der Prozess rund um «ambulant vor stationär» muss sich jedoch tragbar in den klinischen Alltag einfügen lassen. Daher ist es wichtig, dass die Rahmenbedingungen die ärztliche Behandlungsfreiheit und die Patientensicherheit stärken bei möglichst geringem administrativem Aufwand. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wäre die Synthese kantonaler Listen in einer Bundesliste ohne zusätzliche abweichende kantonale Varianten. Dazu gilt es, die Arbeiten des BAG zum Monitoring und zur Weiterentwicklung der «ambulant vor stationär»-Liste bzw. deren Ausnahmekriterien gezielt voranzutreiben. Die FMH und ihre Fachgesellschaften tragen gerne aktiv zur Überprüfung bestehender und neuer Ausnahmekriterien bei.

Literatur

- 1 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1a, Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen, I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe; II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung (www.bag.admin.ch → Versicherungen → Krankenversicherung → Leistungen und Tarife → Ärztliche Leistungen → Anhang 1a der KLV).
- 2 www.fmh.ch → Themen → Stationäre Tarife → Begleitforschung
- 3 www.bag.admin.ch → Versicherungen → Krankenversicherung → Leistungen und Tarife → Ärztliche Leistungen → Ambulant vor Stationär
- 4 www.gdk-cds.ch → Gesundheitsversorgung → Spitäler → Planung → Ambulant vor stationär