



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études  
en administration publique

## Evaluation der KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär»

Executive Summary

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

16. Mai 2022

Pirmin Bundi, Stéphane Bonny, Laura Gatto, Moulay Lablih  
IDHEAP, Universität Lausanne

## Zusammenfassung

Die neue Regelung «Ambulant vor Stationär» (AvS) trat am 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem das Departement des Innern (EDI) die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) angepasst hatte. Die neue KLV-Regelung AvS möchte eine ambulante Leistungserbringung fördern. Falls kein wichtiger Grund vorliegt, werden sechs Gruppen von Eingriffen nur noch bei einer ambulanten Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Um die Umsetzung und Wirksamkeit von AvS zu prüfen, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Institut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP) der Universität Lausanne mit einer externen Evaluation beauftragt.

Die Evaluation hat zum Ziel, orientierungs- und handlungsrelevantes Wissen in Bezug auf mögliche oder notwendige Weiterentwicklung der KLV-Regelung AvS zu beschaffen - sowohl in Bezug auf eine allfällige Anpassung der Verordnung als auch auf deren Umsetzung. Sie berücksichtigt die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure (Leistungserbringer, Krankenversicherer und Kantone) und verwendet sowohl quantitative als auch qualitative Methoden. Die Evaluation kommt dabei zum Schluss, dass die erwünschten Verlagerungseffekte in Bezug auf die Zunahme der ambulanten Interventionen eintreten, auch wenn es gewisse Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Eingriffen gibt. Auch die Umsetzung seitens der involvierten Akteure funktioniert gut. Allerdings deutet die Evaluationsbefunde auf einen erhöhten administrativen Aufwand sowie (teilweise) auf ein fehlendes nationales Austauschorgan hin, um sich in regelmässigen Abständen zur Umsetzung der Massnahme auszutauschen.

Auf der Grundlage von diversen empirischen Analysen kommt die Evaluation zum Schluss, dass AvS einen wichtigen Beitrag zur Verlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen geleistet hat. Es gibt starke Hinweise darauf, dass die Massnahme dazu geführt hat, dass die Leistungserbringer gewisse Eingriffe konsequent nur noch ambulant durchführen - sofern keine wichtigen Gründe für einen stationären Eingriff vorliegen. Optimierungsbedarf besteht jedoch beim administrativen Aufwand, der sich bei den Leistungserbringern und den Versicherern sichtlich erhöht hat. Durch die ständigen Weiterentwicklungen in der Medizin muss zudem eine regelmässige Prüfung der AvS Eingriffsgruppen durch die beteiligten Akteure in Zukunft gewährleistet werden.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse formuliert die Evaluation verschiedene Empfehlungen zur Umsetzung und der Anpassung der KLV-Regelung, welche die Praxis sowie die Gesetzgebung adressieren.

**Key Wörter:** Ambulant vor Stationär, Medizinische Leistungen, Obligatorische Krankenversicherung, Krankenpflege-Leistungsverordnung, Evaluation

## Executive Summary

### Ausgangslage

Die neue Regelung «Ambulant vor Stationär» (AvS) trat am 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem das Departement des Innern (EDI) die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)<sup>1</sup> angepasst hatte. Die neue KLV-Regelung AvS möchte ein ambulante Leistungserbringung fördern. Falls kein wichtiger Grund vorliegt, werden sechs Gruppen von Eingriffen nur noch bei einer ambulanten Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Mit der neuen AvS-Regelung führt der Bund eine Regelung im Rahmen der OKP zur Förderung der ambulanten Eingriffe ein, wie diese gewisse Kantone in ähnlicher Form bereits zuvor eingeführt haben. Da es bei der Einführung allerdings zu Herausforderungen bei der Anpassung von Versorgungsstrukturen und -prozessen auf vermehrte ambulante Leistungserbringung sowie in der Tarifierung der Leistungen kommen kann, ist in einem ersten Schritt eine Liste mit einer beschränkten Anzahl von Eingriffen gewählt worden<sup>2</sup>. Zusätzlich werden die Auswirkungen der AvS Massnahme in den ersten zwei Jahren durch das Obsan mittels eines Monitorings beobachtet, dessen Resultate in der vorliegenden Evaluation aufgenommen und diskutiert werden.

### Auftrag und Fragestellung

Die Evaluation hat zum Ziel, orientierungs- und handlungsrelevantes Wissen in Bezug auf mögliche oder notwendige Weiterentwicklung der KLV-Regelung AvS zu beschaffen - sowohl in Bezug auf eine allfällige Anpassung der Verordnung als auch auf deren Umsetzung. Die Evaluation ist dabei formativ<sup>3</sup> ausgerichtet und soll allfälligen Verbesserungsbedarf bei der Umsetzung sowie Revisionsbedarf der KLV-Regelung AvS aufzeigen. Die Evaluationsfragen beziehen sich auf die Auswirkungen auf die Zielgruppen, die Endbegünstigten sowie auf weitere Betroffene, aber auch auf das Konzept von AvS. Es soll untersucht werden, inwiefern die AvS-Regulierung ihre Ziele erreicht und bei den Gesundheitsdienstleistern dazu geführt hat, dass eine Verschiebung von stationären zu mehr ambulanten Behandlungen stattfinden konnte. Es wird ebenfalls beurteilt, ob die Verordnung wie geplant umgesetzt wurde. Darüber hinaus soll evaluiert werden, inwieweit die neue KLV-Regelung AvS die Erwartungen und Befürchtungen der Stakeholder bisher erfüllt hat. Schliesslich befasst sich die Evaluation auch mit dem Optimierungsbedarf. Die Bewertungskriterien bei der Evaluation sind die Relevanz, Effektivität und Wirksamkeit der KLV-Regelung AvS. Das BAG hat das Institut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP) der Universität Lausanne mit der Evaluation beauftragt.

### Methodik

Die Evaluation wurde von August 2021 bis Februar 2022 durchgeführt und ist modular aufgebaut. Eingesetzt wurden folgende Methoden: Statistische Analysen der Monitoring Daten mittels der "Difference-in-Differences"-Methode, Leitfadeninterviews mit 38 Mitarbeitenden von Leistungserbringern und kantonalen Gesundheitsdiensten aus acht<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964\\_4964\\_4964/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de)

<sup>2</sup> Gemäss Ziffer I Anhang 1a KLV wurden folgende sechs Gruppen von Eingriffen definiert: Krampfaderoperationen der unteren Extremität; Eingriffe an Hämorrhoiden; einseitige Hernienoperationen; Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter; Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus; Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden; Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden.

<sup>3</sup> Bei einer formativen Evaluation handelt es sich um eine Evaluation, bei welcher Lernprozesse absichtlich ausgelöst werden, um so zu einer Verbesserung des Evaluationsgegenstands beizutragen (Bundi 2022).

<sup>4</sup> Bei der Fallauswahl wurde insbesondere darauf geachtet, dass kleine und grosse Leistungserbringer ausgewählt wurden, sowie solche aus Kantonen mit und ohne AvS Erfahrung. Aus diesem Grund sind gewisse Akteure unterrepräsentiert, beispielsweise BelegärztInnen und Mitarbeitende von ambulanten OP-Zentren und Universitätsspitäler.

verschiedenen Kantonen, zwei standardisierte Online-Befragungen von Leistungserbringern und Krankenversicherern (Vollerhebung). Da es sich um eine formative Evaluation handelt, wurde die Begleitgruppe der Evaluation mit den Stakeholdern zweimal einbezogen. Zu Beginn hatten die Betroffenen und Beteiligten die Möglichkeit eine schriftliche Rückmeldung zum Detailkonzept der Evaluation zu geben. Am 22. Februar ist zusätzlich ein Validierungsworkshop abgehalten worden, bei welchem der Entwurf des Schlussberichts präsentiert wurde. Mit dem Einbezug konnten wichtige Anliegen und Informationsbedürfnisse der Stakeholder der KLV-Regelung AvS in der Evaluation berücksichtigt werden. Zudem wurde beim Austausch mit der Begleitgruppe ebenfalls die Umsetzbarkeit der Empfehlungen diskutiert. Der Einbezug der Stakeholder diente damit der gemeinsamen Reflexion über die Umsetzung und Wirkung von AvS und sollte günstige Rahmenbedingungen für die Nutzung der Evaluation schaffen.

### **Beantwortung der Evaluationsfragen auf der Basis der Ergebnisse**

Der folgende Abschnitt fasst die Antworten auf die Evaluationsfragen zusammen. Die Ergebnisse der Module sind im Schlussbericht ausführlich dargestellt.

### **Treffen die gewünschten Verlagerungseffekte ein? Gibt es Unterschiede nach Kanton, Sprachregion, Art des Leistungserbringers und Versicherungsstatus?**

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die erwünschten Verlagerungseffekte in Bezug auf die Zunahme der ambulanten Eingriffe eintreten. Basierend auf den Ergebnissen der Difference-in-Differences-Analyse des ersten Moduls hat die KLV-Änderung ab dem Januar 2019 bei den Kantonen, die vorher noch keine AvS Praxis gekannt hat, einen durchschnittlichen Anstieg der ambulanten Behandlung von 16% für die Jahre 2019 und 2020 generiert im Vergleich zu den anderen Kantonen mit einer solchen Erfahrung. Allerdings gibt es einen Unterschied zwischen den verschiedenen Arten von Eingriffen. Die Massnahme ist besonders wirksam bei der Kürettage, der Behandlung von Krampfadern, der Menishektomie und der Behandlung von Hämorrhoiden. Zudem zeigen unsere Ergebnisse, dass es Unterschiede zwischen den Sprachregionen gibt. Die Leistungserbringer in den lateinischen Kantonen setzen grundsätzlich mehr ambulante Leistungen ein als die Leistungserbringer in den deutschsprachigen Kantonen. Dieser Unterschied besteht seit der Einführung von AvS immer noch, ist aber nicht mehr signifikant. Schliesslich deuten die Ergebnisse der Fallstudien darauf hin, dass es für kleinere Spitäler immer schwieriger wird, ambulante Eingriffe durchzuführen, da diese nur bei einer grossen Fallzahl finanziell tragbar sind. Aus diesem Grund gibt es eine grössere Konzentration von ambulanten Leistungen in grösseren Spitälern. Diese Befunde werden auch durch die Befragung und die Fallstudien bestätigt. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es bereits vorher einen entsprechenden Trend gab, der sich mit der AvS-Regulierung verstärkt hat. Die Befunde der Evaluation deuten möglicherweise darauf hin, dass die neue Regelung nicht für alle Auswirkungen verantwortlich ist, die eventuell durch einen vorbestehenden Trend verstärkt werden.

### **Was sind die Kostenauswirkungen auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, insgesamt?**

Gesamthaft sind die Gesundheitskosten im Zusammenhang mit den ausgewählten Eingriffen gesunken. Die Auswirkungen sind jedoch je nach Akteur unterschiedlich. Grundsätzlich profitieren die Kantone am meisten von einer Kostensenkung, da ihr Anteil an den Kosten bei einem ambulanten Eingriff entfällt. Was die Leistungserbringer betrifft, so scheint es zwar eine Kostensenkung zu geben, doch geht diese auch mit einem erheblichen Rückgang der Einnahmen einher. Denn für denselben Eingriff kann der Leistungserbringer eine höhere Vergütung erhalten, wenn er stationär und nicht ambulant durchgeführt wird. Andererseits bedeutet dies auch, dass die Leistungserbringer die Kosten

für ambulante Eingriffe nur dann decken können, wenn diese mit einer optimalen Anpassung der Infrastruktur und der Prozesse, die mit dieser Art von Eingriffen verbunden sind, einhergehen. Was die Versicherer betrifft, so sind die Meinungen über die Auswirkungen der Regulierung auf ihre Kosten geteilt. Dennoch ist die grosse Mehrheit der Befragten der Meinung, dass es entweder keine grossen Veränderungen gegeben hat oder dass sie in der Lage waren, Geld zu sparen. Dieser Befund bestätigt andere Studien, die grundsätzlich davon ausgehen, dass die Reform für die Versicherer ein Nullsummenspiel gewesen ist.

### **Welches sind die Auswirkungen auf die klinischen Outcomes (Qualität)?**

Die Ergebnisse der Interviews und der standardisierten Befragung der Leistungserbringer deuten darauf hin, dass es aufgrund der AvS zu keinem Anstieg bei den postoperativen Komplikationen gekommen ist. Gemäss vieler Befragter führen die Fortschritte in der Chirurgie nicht nur zu einer Verbesserung der Qualität der Eingriffe, sondern auch zu einer Verringerung der postoperativen Schmerzen bei ambulant behandelten PatientInnen. Deshalb können alle sechs Gruppen von Eingriffen ambulant durchgeführt werden, ohne dass es zu grösseren klinischen Schwierigkeiten kommt. Die Zufriedenheit der PatientInnen scheint durch die Umsetzung der Vorschriften ebenfalls nicht beeinträchtigt worden zu sein. Es wurden jedoch Unterschiede zwischen den Altersgruppen festgestellt: Jüngere PatientInnen scheinen die Möglichkeit, früher nach Hause gehen zu können, zu schätzen, während ältere PatientInnen eher zurückhaltend sind. Ausserdem zeigten sich PatientInnen mit einer Zusatzversicherung unzufrieden damit, dass sie bei ambulanter Behandlung nicht in den Genuss bestimmter bevorzugter Leistungen kommen. Zentral erscheint allerdings die PatientInnenkommunikation, welche einige ÄrztInnen bereits praktizieren (erweiterte Sprechstunden etc.). Je besser die PatientInnen informiert sind, desto besser akzeptieren sie eine ambulante Behandlung und wissen bei einer Komplikation entsprechend zu reagieren. Diese Ergebnisse haben aber aufgrund der kleinen Fallzahl nur eine eingeschränkte Aussagekraft und sollten mittels einer gross angelegten Patientenbefragung überprüft werden.

### **Funktioniert die Umsetzung seitens Leistungserbringer und Versicherer? Wo bestehen Probleme? Gibt es diesbezüglich best practice?**

Die Umsetzung der KLV-Regelung AvS durch die Leistungserbringer und Versicherer funktioniert relativ gut. Die Evaluation zeigt einen starken fachlichen Austausch zwischen den kantonalen Gesundheitsdiensten, vor allem in denjenigen Kantonen, die bereits Erfahrungen mit AvS gemacht haben. In diesen Kantonen gibt es auch einen regen Austausch zwischen den kantonalen Behörden und den Krankenversicherungen. Im Gegensatz dazu ist dieser Austausch in den restlichen Kantonen weniger entwickelt, was gewisse Risiken hinsichtlich der Kontrolle von AvS birgt. Dies könnte dazu führen, dass die Umsetzung entweder gar nicht kontrolliert wird durch die Versicherer oder sogar doppelt durch Kantone und Versicherer. Auch bei der Kommunikation zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern gibt es Optimierungsbedarf. Probleme treten insbesondere dann auf, wenn die Krankenversicherer nicht mit den Ausnahmen einverstanden sind, die aus Sicht der Leistungserbringer eine stationäre Behandlung verlangen. Besonders problematisch erscheint es, dass bei Konfliktsituationen keine Instanz vorhanden ist, die zwischen den beiden Akteuren vermitteln kann. Darüber hinaus wird der zunehmende Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern und den Versicherern als einer der grössten Nachteile der Regelung wahrgenommen, auch wenn die Akteure die Wirksamkeit der Massnahme attestieren. Zudem geht aus den Ergebnissen ebenfalls hervor, dass die Infrastruktur der Leistungserbringer anzupassen ist, um die Organisation ambulanter Eingriffe zu optimieren.

### **Gibt es Auswirkungen auf nachgelagerte ambulante Leistungserbringer z. B. Grundversorger, Spitex etc.? Welche?**

Die genauen Auswirkungen auf die nachgelagerten Gesundheitsdienstleister sind schwer abzuschätzen. Jedoch gibt es aufgrund der Interviews bei den Leistungserbringern und den Versicherern starke Hinweise darauf, dass in den bisherigen sechs Eingriffsgruppen das Risiko von postoperativen Komplikationen bei ambulant behandelten Patienten minimal ist. Der Bedarf an häuslicher Pflege ist daher geringer oder betrifft nur technische Pflegemassnahmen wie Verbandswechsel oder die Kontrolle der Klammern. Ausserdem werden PatientInnen mit einem zu hohen Komplikationsrisiko, die vor allem in den höheren Altersgruppen vorkommen und daher mehr häusliche Pflege benötigen, häufig trotzdem stationär behandelt und daher zur Beobachtung im Krankenhaus behalten, wo sie vom dortigen medizinischen Personal betreut werden.

### **Braucht es Anpassungen an der Regelung «Ambulant vor Stationär»? Wo bzw. auf Ebene Rechtsetzung oder Umsetzung? Welche?**

Der grösste Anpassungsbedarf besteht gemäss den Leistungserbringern bei der Tarifierung der ambulanten Leistungen. Diese geben den Leistungserbringern aktuell immer noch sehr starke Anreize, Eingriffe stationär durchzuführen und könnten somit die langfristigen Verlagerungseffekte gefährden. Teilweise gibt es private oder kleinere Leistungserbringer, welche deshalb gewisse Eingriffe nicht mehr durchführen. Die Infrastruktur der Einrichtungen spielt folglich eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von AvS. Ambulante Eingriffe führen zu Überlegungen über die Einrichtung eines Leistungserbringers, insbesondere in Bezug auf die Optimierung der PatientInnenwege, der Zeitpläne und der Beobachtungsräume nach den Eingriffen. Gewisse Leistungserbringer sind aber noch nicht für eine massive Erhöhung von ambulanten Behandlungen ausgerüstet, was manchmal den reibungslosen Ablauf beeinträchtigt. Zudem gibt es ebenfalls Anpassungsbedarf bei den Ausnahmekriterien. Die ÄrztInnen sind zwar im Allgemeinen mit der Anwendung der Verordnung zufrieden, sind jedoch der Ansicht, dass die in Anhang 1a der KLV aufgeführten Kriterien für Ausnahmen nicht genügend persönliche Faktoren berücksichtigen, besonders das Alter der PatientInnen. Auf Seiten der Krankenversicherer sind die Schwierigkeiten bei der Bearbeitung von Ausnahmeanträgen ebenfalls spürbar, und je nach Komplexität der Fälle führt dies zu einer höheren Arbeitsbelastung. Einige Versicherer äusserten sogar den Wunsch nach einer Verschärfung der Kriterien, um den Interpretationsspielraum einzuschränken. Dies zeigt, dass die Ansichten zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen in diesem Bereich sehr unterschiedlich sind und eine Annäherung wünschenswert wäre.

### **Soll die Regelung auf weitere Eingriffe ausgeweitet werden? Auf welche? Unter welchen Voraussetzungen?**

Die Ergebnisse der Evaluation zeigt einen Handlungsbedarf in folgenden zwei Bereichen auf. Einerseits führen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Kantonslisten regelmässig zu administrativen Schwierigkeiten, die sowohl die ÄrztInnen als auch die DirektorInnen der Leistungserbringer, die kantonalen Gesundheitsbehörden und die Krankenversicherungen betreffen. Dadurch, dass unterschiedliche kantonale Eingriffslisten existieren, gibt es grosse Unsicherheiten bei den Leistungserbringern und Versicherern über die Anwendung der korrekten Liste. Eine Harmonisierung der kantonalen Listen würde zu einem effizienteren administrativen Ablauf führen. Zudem sollte die KLV-Liste um Eingriffe weiterer sechs Eingriffsgruppen ergänzt werden, die in allen der zwölf

Pionierkantone mit eigenen Listen in Verwendung sind.<sup>5</sup> Andererseits zeigen die Ergebnisse der Evaluation ebenfalls, dass die Eingriffsliste nach dieser Harmonisierung ihr Potential wahrscheinlich erreicht hat und weitere Eingriffe nur mit einer Anpassung der Prozess und Infrastrukturen realisiert werden können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass für Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko von Komplikationen auftreten könnte. Deshalb sollte der Fokus eher auf einer Harmonisierung der Eingriffe liegen und nicht auf deren zu starken Ausweitung. Unabhängig davon, ist eine geeignete Infrastruktur unabdingbar für die Förderung von ambulanten Behandlungen.

## Empfehlungen

Basierend auf den Evaluationsergebnissen haben wir insgesamt acht Empfehlungen formuliert, die sich auf die verschiedenen Aspekte (Umsetzung, Anpassung) der KLV-Regelung AvS beziehen. Bei den Empfehlungen haben wir spezifiziert, an wen sich die Empfehlungen richten und ob sie eine Änderung bezüglich der Praxis und des Rechts bedingen.

Empfehlungen zur Umsetzung der KLV-Regelung	Adressatinnen und Adressaten	Änderung	
		Praxis	Recht
1) Die Leistungserbringer sollten die Infrastruktur auf ihre Eignung für die Erbringung ambulanter Leistungen prüfen und den ambulanten Bereich beim Umbau von Gebäuden und bei der strategischen Planung besonders berücksichtigen.	Leistungserbringer, (Kantone)		
2) Die Tarifpartner sollten sich auf zeitgemässe kostendeckende Tarife für ambulante Eingriffe einigen (sachgerechte Vergütung).	Leistungserbringer, Versicherer		
3) Die Kommunikation zwischen den Akteuren und mit den Patienten muss verstärkt werden.	Kantone, Leistungserbringer, Versicherer		
4) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, die AvS-Austauschgruppe dauerhaft zu institutionalisieren.	BAG, Austauschgruppe		
5) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, das AvS-Monitoring zu verlängern.	BAG		
<b>Empfehlungen zur Anpassung der KLV-Regelung AvS</b>			
6) Der Bund sollte die Relevanz der Kriterien für Ausnahmeregelungen regelmässig überprüfen.	BAG, Austauschgruppe		
7) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, die bundesweite Eingriffsliste durch Eingriffe der gleichen Eingriffsgruppen zu ergänzen, die in vielen Kantonen praktiziert werden (Harmonisierung der Eingriffsliste)	BAG		
8) Der Bund sollte regelmässig die Relevanz der Eingriffe und Eingriffsgruppen überprüfen.	BAG, Austauschgruppe		

<sup>5</sup> Namentlich sind dies: Handchirurgie (Entlastung Karpaltunnel und weitere kleine Eingriffe an der Hand); Fusschirurgie (exkl. Hallus valgus); Osteosynthesematerialentfernungen; Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation (i.d.R. exkl. Zugang mittels einer Schleuse >6F); Zirkumzision (siehe GDK 2021).