

BFS Aktuell

14 Gesundheit



Neuchâtel, September 2016

Ambulante Krankenhauspatientinnen und -patienten im Jahr 2014: erste Ergebnisse

In 94% der 289 Schweizer Spitäler werden Patientinnen und Patienten auch ambulant versorgt. Sie belegen in der Nacht kein Krankenhausbett, werden aber tagsüber für Pflegeleistungen, Untersuchungen oder therapeutische Massnahmen aufgenommen. 2014 wurde diese Krankenhaustätigkeit erstmals statistisch erhoben. Erfasst wurden dabei insbesondere die demografischen Merkmale der Personen, die diese Dienstleistungen in Anspruch genommen haben, die gesetzlichen Kostenträger, die wichtigsten medizinischen oder diagnostischen Handlungen, sowie die angewandten Tarife und die resultierenden Rechnungsbeträge.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) ist seit mehreren Jahren bemüht, die Datenlücken im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung zu schliessen. Diese durch die Erhebung und Bereitstellung systematischer Daten vorangetriebenen Bemühungen sind Teil der Gesamtstrategie «Gesundheit2020» des Bundes, die unter anderem eine Optimierung der gesundheitspolitischen Steuerung anstrebt. Derzeit werden in den Spitälern ambulante Leistungen für mehr als 5 Milliarden Franken erbracht.

Die Aktivitäten des BFS im ambulanten Bereich erfolgen im Rahmen des Gesamtprojekts MARS (Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung). Nach der Einführung eines ersten Moduls zu den *Strukturdaten* des ambulanten Spitalangebots im Jahr 2013¹ befasst sich das hier vorgestellte zweite Modul mit den Daten der ambulanten *Krankenhauspatientinnen und -patienten*. Diese zweite Erhebung liefert neue Informationen, die durch die Verknüpfung mit den Daten zum stationären

Spitalbereich unter anderem über die Patientenflüsse zwischen den beiden Bereichen Auskunft geben können. Die weiteren, noch ausstehenden Module des Projekts MARS betreffen die Daten der anderen Leistungserbringer des ambulanten Bereichs. Da die folgenden Ergebnisse auf einer neuen Erhebung basieren, müssen sie mit Vorsicht interpretiert werden. Sie liefern jedoch einige Ansätze für neue Analysen und geben Aufschluss über das Potenzial künftiger Datenbanken.

Rechnungen für ambulante Leistungen

Geschlecht und Alter

2014 stellten die Spitäler mehr als 9 Millionen Rechnungen für ambulante Leistungen aus. 97,6% dieser Rechnungen betrafen in der Schweiz wohnhafte Personen². Aufgeteilt nach Geschlecht waren 54% an Frauen und 46% an Männer adressiert. Einzig in der Altersklassen der 0- bis 9-Jährigen und der 10- bis 19-Jährigen entfällt ein höherer Anteil auf Männer als auf Frauen. Am grössten ist der geschlechterspezifische Unterschied bei den 30- bis 39-Jährigen. Dort lässt sich der deutlich höhere Anteil der an Frauen gerichteten Rechnungen auf die gynäkologischen und die psychiatrischen Leistungen zurückführen.

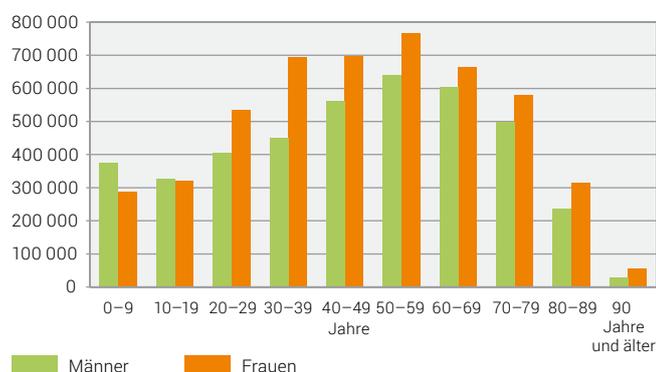
Die Anzahl Rechnungen ist stabil und bis zum 20. Altersjahr relativ niedrig. Danach steigt sie bis zum Alter von 50 bis 59 Jahren an, wo sie einen Höchstwert erreicht (15,6% aller Rechnungen), und geht dann bis zum Alter von 80 Jahren allmählich wieder zurück. Ab 80 Jahren sinkt sie schliesslich abrupt (G1).

¹ Vgl. BFS-Publikation «Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014» www.statistik.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheitsdienste und Personal → Krankenhäuser → Analysen → Spitallandschaft Schweiz 2011–2014

² Für Spitalaufenthalte mit Bettenbelegung liegt dieser Anteil nur knapp darunter (97,3%).

Durch Spitäler ausgestellte Rechnungen für ambulante Leistungen nach Geschlecht und Altersklasse, 2014

G 1



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

© BFS 2016

Zum Vergleich: Die Kurve der Hospitalisierungen (Intramuros-Versorgung mit Bettenbelegung) verläuft ähnlich, ausser dass sich der Höchstwert später, nämlich bei 70 bis 79 Jahren, einstellt. Diese zeitliche Verschiebung lässt sich dadurch erklären, dass bei den höheren Altersklassen aufgrund ihrer schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme ein Spitalaufenthalt häufiger notwendig ist. Ein weiterer Grund ist die längere Rechnungsperiode für ambulante Leistungen bei den 70- bis 79-Jährigen. Sie umfasst 21,5 Tage, während der Gesamtdurchschnitt bei 19,0 liegt. Auch wenn für die 70- bis 79-Jährigen weniger Rechnungen ausgestellt werden, bedeutet dies nicht unbedingt, dass auch die Anzahl der ambulanten Leistungen im gleichen Ausmass geringer ausfällt als bei den anderen Altersklassen.

Behandlungsdauer, gesetzlicher Kostenträger

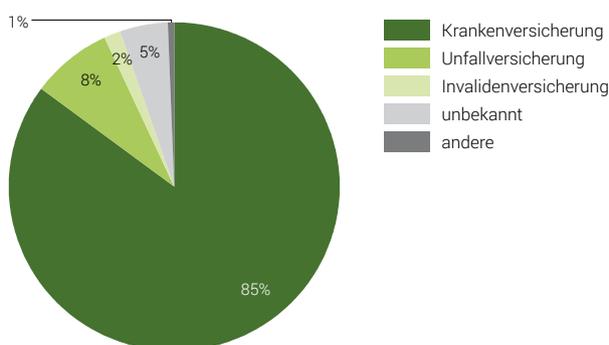
64,8% der Rechnungen wurden für Leistungen ausgestellt, die an einem einzigen Tag erbracht wurden. 9,8% der Rechnungen betreffen einen Zeitraum von 2 bis 10 Tagen, 25,4% von über 10 Tagen. Die Rechnungsperiode hängt von den spitalinternen Rechnungsprozessen, aber auch von der Art der ambulanten Leistungen und den Spitaltypen ab. Die Rechnungen der Krankenhäuser für allgemeine Pflege sowie der Spezialkliniken für Pädiatrie, Gynäkologie und Chirurgie beziehen sich meist auf Leistungen, die an einem einzigen Tag erbracht wurden (65,2% der Rechnungen). In den psychiatrischen Kliniken und den Rehabilitationskliniken (Reha-Kliniken), in denen sich ambulante Leistungen im Rahmen von mittelfristigen Behandlungen wiederholen, ist die Rechnungsperiode mit durchschnittlich 30 Tagen für psychiatrische Kliniken und 33 Tagen für Reha-Kliniken länger.

Die Rechnungen werden auf der Grundlage verschiedener rechtlicher Bestimmungen ausgestellt. Für einen Grossteil (85%) ist der gesetzliche Kostenträger die Krankenversicherung (G2). 8% stützen sich auf die Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes, der Rest verteilt sich auf andere Leistungsträger, darunter die Invalidenversicherung. Bei den Männern ist die Unfallversicherung für 11,8% der Rechnungen zuständig, bei den Frauen für 4,7%. Am grössten ist der Anteil der Rechnungen, die von der

Unfallversicherung übernommen werden, in den Reha-Kliniken (12,7% der Rechnungen in diesem Sektor). In psychiatrischen Kliniken kommt fast immer die Krankenversicherung für die Kosten auf (95,7%). Die Invalidenversicherung ist nur schwach vertreten, mit Ausnahme der pädiatrischen Kliniken, in denen 15,8% der Rechnungen auf diesen Kostenträger entfallen.

Kostenträger der ambulanten Spitalleistungen, 2014

G 2



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

© BFS 2016

Die Rechnungen für ambulante Spitalleistungen betreffen eine Reihe von Leistungen, die sich in Art und Preis stark unterscheiden: Jede im Jahr 2014 ausgestellte Rechnung enthielt durchschnittlich 33 Leistungen verschiedener Tarifpositionen, was insgesamt 302,3 Millionen Leistungen entspricht. In der Psychiatrie wurden 29,1 Millionen Leistungen erbracht. Aufgeteilt auf die Monate des Jahres zeigt sich im Sommer ein geringeres Volumen. Während es sich im Juli und August auf 7,8% bzw. 7,3% aller psychiatrischen Leistungen belief, betrug es im März 8,8% und im Januar und September je 8,7%. Zusammengefasst weisen die berücksichtigten ambulanten Leistungen geringere saisonale Schwankungen auf.

Spitaltyp, Kostenstelle, Tarifstrukturen

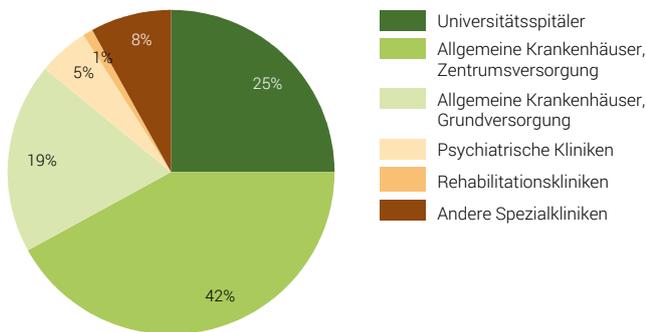
2014 stellten die Spitäler 9,04 Millionen Rechnungen mit einem Gesamtbetrag von 5,48 Milliarden Franken aus. Dies entspricht einem Durchschnitt von 606 Franken pro Rechnung. Die Hälfte der Rechnungen betrug weniger als 254 Franken, sie machen aber trotz ihres grossen Anteils nur ein Zehntel der verrechneten Beträge aus. Im Gegensatz dazu belaufen sich 5% auf über 2013 Franken. Sie entsprechen 43% des für ambulante Leistungen verrechneten Gesamtbetrags.

Von den 5,48 Milliarden Franken des gesamten Rechnungsbetrags wurden 24,7% von Universitätsspitalern und 60,9% von Krankenhäusern für allgemeine Pflege (mit Zentrums- oder Grundversorgung) verrechnet (G3). Der Saldo verteilt sich auf die Spezialkliniken, wobei 5,1% dieses Restbetrags von den psychiatrischen Kliniken in Rechnung gestellt wurden.

Die für die ambulanten Leistungen verrechneten Beträge verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Kostenstellen der Spitäler, das heisst auf die Einheiten, in denen die Leistungen erbracht wurden: 28,6% der Leistungen sind der inneren Medizin

Rechnungsbeträge für ambulante Leistungen nach Spitaltyp, 2014

G 3



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

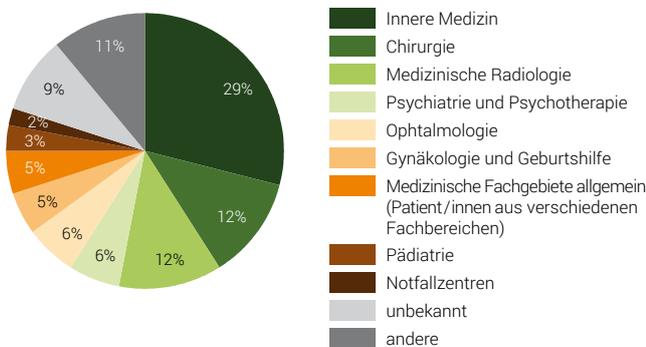
© BFS 2016

und je 12,3% der Chirurgie und der medizinischen Radiologie zuzuordnen (G4). Auf die Psychiatrie entfallen 6,4% des verrechneten Gesamtbetrags, auf die Notfallzentren nur 1,5%. Die ambulanten Leistungen der Notfallmedizin, die zu einer Hospitalisierung führen, werden hier nicht berücksichtigt.

Die Rechnungen für ambulante Notfallleistungen werden mehrheitlich von der Krankenversicherung (77,9%) übernommen. An zweiter Stelle folgt die Unfallversicherung (11%). Ein Viertel der Rechnungen für ambulante Notfallleistungen betreffen Kinder bis 8 Jahre.

Rechnungsbeträge für ambulante Leistungen nach Kostenstelle, 2014

G 4



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

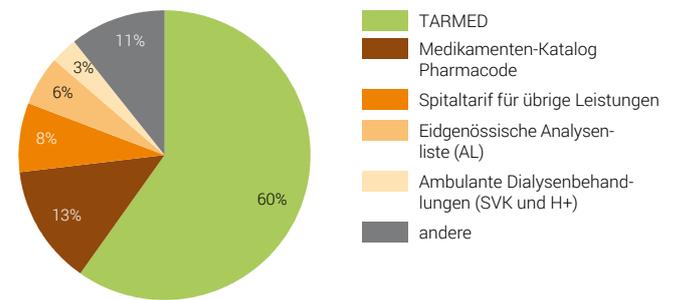
© BFS 2016

Die ambulanten Leistungen werden auf der Basis verschiedener Tarifstrukturen verrechnet. Am häufigsten ist TARMED (59,8% der Gesamtsumme der in Rechnung gestellten Beträge), gefolgt vom Medikamenten-Katalog (13,3%), dem Spitaltarif für übrige Leistungen (7,7%) und der Eidgenössischen Analysenliste (5,5%) (G5).

Auf der Grundlage der Tarifstruktur TARMED wurden Rechnungen im Gesamtwert von 3,27 Milliarden Franken ausgestellt. Von diesem Betrag entfallen 893,1 Millionen (27,3%) auf Grundleistungen wie den Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und der Ärzteschaft über die Diagnose/Behandlung, die Erstellung von Arztberichten und andere medizinische Leistungen in Abwesenheit der Patientin bzw. des Patienten. Der Saldo

Rechnungsbeträge für ambulante Leistungen nach angewandter Tarifstruktur, 2014

G 5



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

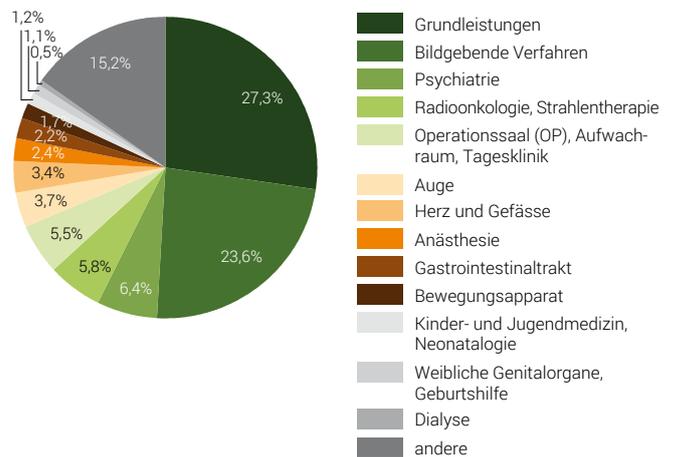
© BFS 2016

verteilt sich wie folgt auf die verschiedenen TARMED-Kapitel³. 23,6% auf bildgebende Verfahren (Ultraschall, Mammographien usw.), 6,4% auf die Psychiatrie und Psychotherapie, 1,7% auf Eingriffe am Bewegungsapparat und 1,2% auf die Pädiatrie, etc. (G6).

Auf der Grundlage des Spitaltarifs für übrige ambulante Leistungen wurden Rechnungen im Gesamtwert von 423,1 Millionen Franken ausgestellt. Dieser Tarif wird somit nach TARMED und dem Medikamenten-Katalog Pharmacode am drithäufigsten verwendet. Den grössten Anteil an den gemäss Spitaltarif verrechneten Leistungen machen kleines «Verbrauchsmaterial und Implantate» aus (96,6 Mio.).

Rechnungsbeträge für ambulante Leistungen nach TARMED-Kapitel, 2014

G 6



Quelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant (PSA)

© BFS 2016

³ Rund 5,7% der verrechneten Beträge konnten keinem Kapitel der Tarifstruktur eindeutig zugeordnet werden (falsche TARMED-Codes). Sie werden in der Kategorie «Andere» zusammengefasst.

Beispiele für häufig ambulant durchgeführte Eingriffe

Anhand der TARMED-Codes kann die Anzahl der ambulant vorgenommenen Eingriffe ermittelt werden. Auch das Geschlecht und das Alter der Behandelten lassen sich auf diesem Weg eruieren. Die folgenden beispielhaft aufgeführten Ergebnisse sind lediglich als Grössenordnung zu verstehen. Sie liegen unter den tatsächlichen Werten, was sich zum einen dadurch erklären lässt, dass rund 20 Spitäler nicht an der Erhebung teilgenommen haben, und zum anderen, dass teilweise nicht auswertbare Daten geliefert wurden.

Eine neue Statistik des BFS zur ambulanten Tätigkeit der Spitäler

Die erste Erhebung der Patientendaten Spital ambulant (PSA) wurde im Frühling 2016 mit der Lieferung der Daten zum Jahr 2014 abgeschlossen. Die Teilnahmequote der Spitäler lag bei 91,5%: 249 der 272 Spitäler in der Schweiz mit ambulantem Angebot haben sich an der PSA beteiligt. Die Informatikanwendung zur Datenerfassung verfügt über eine Schnittstelle, über die die Daten zu den von den Spitalern ausgestellten Rechnungen abgerufen werden können. Basiseinheit der Erhebung ist somit nicht der ambulante Fall, sondern die Tarifposition der entsprechenden Rechnung. Folgende Daten sind verfügbar:

- Rechnungsperiode
- soziodemografische Basisinformationen zu den Patientinnen und Patienten (Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnregion, Staatszugehörigkeit)
- zuweisende Instanz
- Kostenträger
- auf der Rechnung aufgeführte Leistungen: Anzahl, angewandte Tarifstruktur und verwendeter Code, Betrag, Kostenstelle des Spitals.

Ab Herbst 2016 wird für jede Person, die 2014 eine ambulante Leistung in Anspruch genommen hat, ein Verbindungscode auswertbar sein. Damit können die Anzahl Personen erfasst und die von ihnen bezogenen Leistungen statistisch sinnvoll zusammengefasst werden. Anhand dieser Information lassen sich zudem die Übergänge zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich nachvollziehen. Für das erste Erhebungsjahr 2014 ist der Anteil der Antworten «unbekannt» bei einigen Variablen wie der zuweisenden Instanz oder dem Spital bzw. der Ärztin oder dem Arzt, von dem bzw. der die Leistung verschrieben wurde, zu gross für eine aussagekräftige Analyse. Zudem sind nicht alle TARMED-Codes auswertbar, weil sie nicht der gültigen Nomenklatur entsprechen. Die Erhebung wird allerdings im Hinblick auf eine genauere und umfassendere Auswertung noch verbessert werden.

Die Variable «Diagnose» war keine Pflichtangabe. Sobald sie eine ausreichende Qualität aufweist, wird sie jedoch zusätzliche Analysen erlauben.

2014 wurden insgesamt 32'090 **Kataraktoperationen**⁴ ambulant durchgeführt. Dabei wird die eingetrübte Linse entfernt und durch eine klare, künstliche Linse ersetzt. 43% der operierten Personen waren Männer. Zum Vergleich: Bei rund 2100 Patientinnen und Patienten erfolgte dieser operative Eingriff stationär. Bei beiden Behandlungsarten betrug das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten 73 Jahre.

Im Jahr 2014 wurden das **Karpaltunnelsyndrom**⁵ bei 8743 Personen ambulant operiert. Der Eingriff besteht in einer Dekompression des Nervus radialis im Handgelenksbereich. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (62,9% gegenüber 37,1%). Behandlungen des Karpaltunnelsyndroms erfordern nur selten eine Hospitalisierung (837 registrierte Fälle im Jahr 2014). Die für eine oder mehrere Nächte aufgenommenen Patientinnen und Patienten waren im Durchschnitt deutlich älter (70 Jahre) als die ambulant behandelten (60 Jahre).

Perkutane transluminale Koronarangioplastien (PTCA)⁶, bei denen ein verengtes Koronargefäss meist durch die Implantation eines Stents operativ erweitert wird, wurden 3243-mal ambulant durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten lag bei 67 Jahren. Männliche Patienten sind mit einem Anteil von 78,6% deutlich häufiger vertreten. Die gleichen Operationen werden fast fünfmal häufiger stationär durchgeführt (15'143). Die ambulant oder stationär behandelten Patientinnen und Patienten waren durchschnittlich 67 Jahre alt.

Zusätzlich erfolgten 2868 **perkutane transluminale Angioplastien (PTA)**⁷ ohne Hospitalisierung der Patientin oder des Patienten. Sie wurden an Personen mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren durchgeführt, auch hier mehrheitlich an Männern (64,3%). Die 3717 für die gleiche Operation stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten waren durchschnittlich 72 Jahre alt.

⁴ TARMED-Code 08.2760 und 08.2780 + TARMED-Pauschale 0001.0110, 0001.0130. CHOP-Code 13.1 bis 13.6.

⁵ TARMED-Code 05.2410. CHOP-Code 04.43, 04.43.10, 04.43.99.

⁶ TARMED-Code 17.1110 und 39.6170. CHOP-Code 00.66.

⁷ TARMED-Code 39.6170. CHOP-Code 39.50.

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Informationsdienst Gesundheit, BFS, Tel. 058 463 67 00
Redaktorin:	Tania Andreani, BFS
Autorin:	Tania Andreani, BFS
Reihe:	Statistik der Schweiz
Fachbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Französisch
Übersetzung:	Sprachdienste BFS
Layout:	Sektion DIAM, Prepress/Print
Grafiken:	Sektion DIAM, Prepress/Print
Titelseite:	BFS; Konzept: Netthoovel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Auke Holwerda – istockphoto.com
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2016 Wiedergabe unter Angabe der Quelle gestattet für nichtkommerzielle Nutzung.
Bestellungen:	Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch
Preis:	Gratis
BFS-Nummer:	532-1611-05