



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF
Preisüberwachung PUE

27.11.2025

Ambulantisierung und Spitalversorgung in der Schweiz

Internationaler Vergleich und Handlungsempfehlungen des Preisüberwachers zur Kostendämpfung

Aktenzeichen: PUE-24-90



Inhalt

1	Einführung	.....	3
2	Entwicklung der Spitalkosten	.....	5
2.1	Schweiz	.....	5
2.2	Internationaler Vergleich	.....	6
3	Fallzahl chirurgischer Eingriffe	.....	9
3.1	Schweiz	.....	9
3.2	Internationaler Vergleich	.....	14
4	Einflussfaktoren der Ambulantisierung	.....	17
4.1	Stationäre Versorgungskapazitäten	.....	17
4.2	Finanzierung der Spitalleistungen	.....	22
5	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	.....	23
6	Beilagen	.....	26
6.1	Listen der chirurgischen Eingriffe	.....	26
6.2	Standardisierte Fallzahlen pro Eingriff der Listen 2019 und 2023	.....	27

1 Einführung

Die Höhe der Gesundheitskosten und ihr stetiger Anstieg stellen uns vor verschiedene Herausforderungen. Eine der Massnahmen, die zur Kontrolle der Kostenentwicklung und zur effizienteren **und** qualitativ besseren Leistungserbringung in Angriff genommen wurde, ist die **Verlagerung von Spitalleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich**. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2019 in der Schweiz die Regelung «ambulant vor stationär» (AvS) eingeführt. Die Grundidee besteht darin, dass bestimmte medizinische Eingriffe, die bisher routinemässig im Spital mit stationärem Aufenthalt durchgeführt wurden, prioritär ambulant erbracht werden können. Diese Massnahme wird durch die ab 2028 gültige sog. EFAS-Reform verstärkt, die eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in der Akutversorgung vorsieht. Damit sollen bestehende Fehlanreize im heutigen Finanzierungssystem beseitigt werden und eine bedarfsgerechtere, effizientere Versorgungsstruktur gefördert werden.

Auch andere europäische Länder haben bereits verschiedene Massnahmen umgesetzt, um die Anzahl der ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffe zu beeinflussen. In **Dänemark** und **Frankreich** wurden die homogenen Patientengruppen (GHM) angepasst, um ambulante Operationen zu fördern. Im **Vereinigten Königreich** wird für bestimmte Eingriffe ein finanzieller Anreiz gewährt, wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer ambulanten Operation behandelt wird.¹ Ambulante Eingriffe bieten auch für Patientinnen und Patienten Vorteile. Sie belasten die Patientinnen und Patienten meist weniger, sie können schneller nach Hause zurück und haben ein geringeres Infektionsrisiko. In vielen Ländern ist es bereits üblich, bestimmte Eingriffe (z.B. Leistenbruchoperationen, Arthroskopien, Krampfaderoperationen) ambulant durchzuführen.

Die vorliegende Studie soll analysieren, **wie stark die ambulante Versorgung in der Schweiz und im Vergleich zu den europäischen OECD-Ländern fortgeschritten ist**. Zu diesem Zweck werden sowohl die Kosten im stationären und ambulanten Bereich sowie die Anzahl ambulanter chirurgischen Eingriffe analysiert. Anhand dieser Ergebnisse werden die Faktoren, die die Verlagerung zur ambulanten Versorgung beeinflussen, sowie mögliche Massnahmen zur Unterstützung dieses Prozesses ermittelt.

Diese Studie betrifft die Zeitspanne 2015-2023 und basiert auf den offiziellen Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) und der OECD. Die Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) haben geholfen, die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung in der **Schweiz** zu evaluieren. Der Vergleich mit dem Ausland berücksichtigt folgende europäischen OECD-Länder: **Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Spanien, Ungarn, Vereinigtes Königreich**.

Die nachfolgende Darstellung kommt zu folgenden **sechs Handlungsempfehlungen**:

1. Erweiterung Eingriffsliste

Die Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden chirurgischen Eingriffe ist deutlich zu erweitern.

2. Anpassung Versorgungsstrukturen

Eine gezielte und systematische Umgestaltung bestehender Strukturen zugunsten leistungsfähiger ambulanter Angebote, etwa in Form von Tageskliniken oder integrierten Versorgungszentren, ist rasch in Angriff zu nehmen. Gleichzeitig ist ein gezielter Abbau stationärer Überkapazitäten zur Reduktion von Doppelspurigkeiten voranzutreiben.

¹ OCDE (2023), Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>., S. 122.

3. Nationale Versorgungsplanung

Die heutige von den Kantonsgrenzen gehemmte Spitalplanung steht einer effizienten Spital- und Versorgungsstruktur im Weg. Eine nationale Planung, gestützt auf Versorgungsregionen und Qualitätsdaten, tut Not.

4. Monitoring Kosten- und Mengenentwicklung

Die Kosten- und Mengenentwicklung der stationären und ambulanten Leistungen sowohl in den Spitäler als auch in den ambulanten Zentren (Arztpraxen, Tageskliniken, etc.) ist systematisch zu beobachten und auszuwerten.

5. Anpassung finanzielle Anreize

Die Baserates sind zu reduzierten auf eine wirtschaftliches Niveau, um eine stationäre Erbringung aus rein finanziellen Gründen zu vermeiden. Dies bedingt u.a. die rasche Inkraftsetzung eines wirksamen nationalen Effizienzmaßstabs für die Entschädigung stationärer Spitalleistungen.

6. Nutzung internationaler Best Practices

Internationale Best Practices sind systematisch zu analysieren und an die Schweizer Rahmenbedingungen anzupassen, um erfolgreiche Modelle massgeschneidert übernehmen zu können.

2 Entwicklung der Spitälerkosten

2.1 Schweiz

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen stetig: Zwischen 2015 und 2023 sind sie um 28 % gestiegen. Im Jahr 2023 beliefen sie sich insgesamt auf 94 Milliarden Franken (10'570 Franken pro Kopf), was einem Anteil von 11.3 % des BIP entspricht. Die Spitäler waren mit 34 Miliarden Franken (36 % der gesamten Gesundheitskosten) die grössten Kostenverursacher (vgl. Tabelle 1).

	2015	2023	2015-2023
Gesundheitskosten total	73'346	93'952	+28%
Spitäler	27'256	34'090	+25%
• stationäre Behandlungen	19'635	22'092	+13%
• ambulante Behandlungen	6'629	9'648	+46%

Tabelle 1: Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2015 und 2023 (in Mio. Franken).

Quelle: Bundesamt für Statistik, [Kosten des Gesundheitswesens](#), 01.10.2025.

Im Jahr 2023 entfielen 24 % der gesamten Gesundheitskosten (94 Mia. Fr.) und 65 % der Kosten der Spitäler (34 Mia. Fr.) auf stationäre Behandlungen in den Spitäler (22 Mia. Fr.). Von 2015 bis 2023 sind die Kosten der stationären Behandlungen in den Spitäler um knapp 13 % gestiegen. Der Anteil der Kosten der stationären Behandlungen an den Kosten der Spitäler ist von 72 % auf 65 % gesunken. Die Kosten der ambulanten Behandlungen in den Spitäler sind von 2015 bis 2023 um 46 % gestiegen. Der Anteil der Kosten der ambulanten Behandlungen an den Spitälerkosten ist von 24 % (2015) auf 28 % (2023) gestiegen.

Die Zahlen zeigen, dass der stationäre Bereich der Spitäler anteilmässig leicht weniger kostenintensiv geworden ist. Seit der Einführung der Regelung «ambulant vor stationär» im Jahr 2019 entspricht diese Entwicklung der angestrebten Zielrichtung. Dennoch sind die absoluten Kosten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich weiterhin gestiegen (vgl. Abbildung 1), nach 2019 sogar stärker als zuvor. Während die Kosten im stationären Bereich zwischen 2015 und 2019 um 4 % gestiegen sind, sind sie zwischen 2019 und 2023 um 8 % gestiegen, also doppelt so stark. Im ambulanten Bereich sind die Kosten zwischen 2015 und 2019 um 17 % gestiegen. In den folgenden vier Jahren stiegen sie um 24 %.

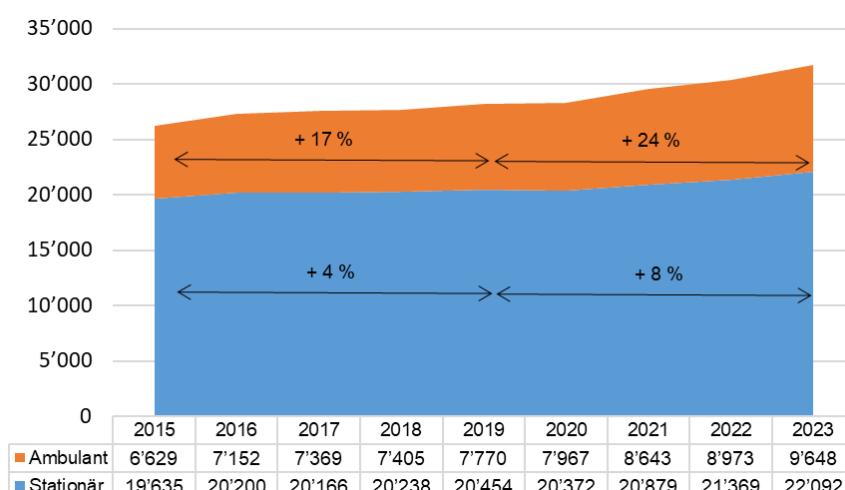


Abbildung 1: Kosten der Spitäler in der Schweiz von 2015 bis 2023 (in Mio. Franken).

Quelle: BFS, [Kosten des Gesundheitswesens](#), 01.10.2025.

Um die Gesundheitskosten zu senken und die Versorgung effizienter zu gestalten, wurde in der Schweiz die Regelung **«ambulant vor stationär»** (AvS) eingeführt. Seit 2019 werden 6 elektive chirurgische Eingriffe nur bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, ausser es liegen Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Im Jahr 2023 wurde die Liste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen auf achtzehn Gruppen erweitert. Die elektiven chirurgischen Eingriffe sind im Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgelistet.

Gemäss Obsan sind die Durchschnittskosten pro Eingriff im ambulanten Bereich zwischen 2- bis 8-mal niedriger als im stationären Bereich². Durch die Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Bereich könnten die Krankenversicherer und die öffentliche Hand Kosten sparen.

Das vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene und vom Obsan erstellte Monitoring für das Jahr 2023 zeigt, dass die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung voranschreitet, jedoch weniger stark als im Jahr 2019, als die Regelung AvS eingeführt wurde.³ Das Monitoring zeigt aber auch, dass die Kosten der 18 Eingriffsgruppen im Jahr 2023 gesamthaft (ambulant und stationär) gegenüber 2022 leicht gestiegen sind. Diese Kostensteigerung wird durch eine Zunahme der ambulanten Eingriffe verursacht, da deren Anzahl teilweise deutlich stärker ansteigt als die der stationären Eingriffe.

2.2 Internationaler Vergleich

Die Analyse der Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich auf internationaler Ebene kann anhand der Spitalausgaben verschiedener Länder durchgeführt werden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Daten der OECD zu den Spitalausgaben pro Kopf von 2015 bis 2023 berücksichtigt. Dabei wurden die Ausgaben kaufkraftbereinigt (PPP) und zu laufenden Preisen in Euro pro Person umgerechnet. Die Spitalausgaben (hospital, curative and rehabilitative care) pro Kopf wurden zwischen stationären Leistungen (inpatient) und ambulanten Leistungen (outpatient, day, home-based) unterschieden. Letztere umfassen sämtliche nichtstationären Krankenhausbehandlungen, also klassische ambulante Konsultationen (outpatient), tagesklinische Behandlungen (day) sowie spitalbasierte Hausbesuche (home-based). Die stationären Spitalausgaben beinhalten dagegen alle Leistungen mit mindestens einer Übernachtung im Spital.

Die Abbildung 2 zeigt die Spitalausgaben pro Kopf im Jahr 2023 für verschiedene europäische Länder. Dänemark und Österreich liegen mit rund 1'900 Euro pro Kopf an der Spitze. Die Schweiz gibt mit 1'759 Euro pro Kopf ebenfalls sehr viel aus und liegt auf Platz vier, knapp hinter Norwegen (1'792 Euro). Deutschland, Frankreich, Belgien und die Niederlande liegen im Mittelfeld mit Spitalausgaben zwischen 1'300 und 1'500 Euro pro Kopf. Am unteren Ende stehen Polen (926 Euro) und Ungarn (732 Euro). Im Vergleich zu den meisten anderen Ländern hat die Schweiz sehr hohe Spitalausgaben pro Kopf. Das deutet auf ein kostspieliges Gesundheitssystem hin.

Das Diagramm zeigt auch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern bei den Spitalausgaben pro Kopf im Jahr 2023 differenziert nach Leistungsbereich. Im stationären Sektor hat die Schweiz mit 1'372 Euro pro Kopf die zweihöchsten Ausgaben, was nur von Österreich übertroffen wird. Damit gehört sie zu den Ländern mit den teuersten Spitalaufenthalten. Länder wie Deutschland, Norwegen, Frankreich und Belgien geben zwar ebenfalls viel aus, liegen aber etwas darunter. Deutlich tiefere stationäre Ausgaben finden sich in osteuropäischen Ländern wie Polen und Ungarn, wo die Gesamtausgaben generell geringer sind.

Beim ambulanten Anteil zeigt sich ein anderes Bild: Hier liegt die Schweiz mit 387 Euro pro Kopf im Mittelfeld. Länder wie Dänemark, Niederlande, Vereinigtes Königreich und Schweden setzen deutlich stärker auf Behandlungen ohne stationären Aufenthalt. In Deutschland, Ungarn und Polen ist der am-

² Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 01/2025, S. 4).

³ [Ambulant vor stationär: Verlagerung findet statt](#).

bulante Anteil dagegen sehr niedrig⁴. Insgesamt deutet dies darauf hin, dass das Schweizer Gesundheitssystem stark auf stationäre Leistungen ausgerichtet ist, während andere Länder zunehmend auf ambulante Versorgung setzen.

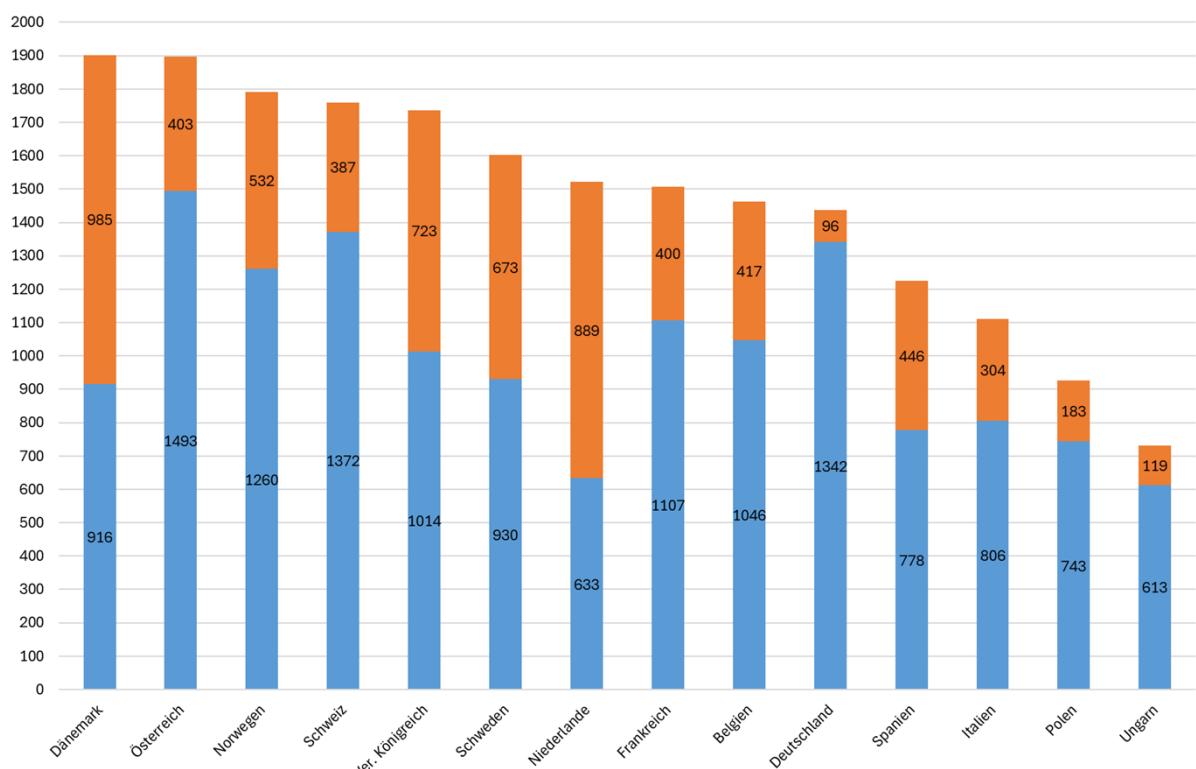


Abbildung 2: Spitalausgaben pro Kopf 2023 nach Versorgungsart (stationär blau, ambulant orange) in Euro (PPP, laufende Preise). Die Werte von Norwegen betreffen das Jahr 2022.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](https://data.oecd.org/healthex/health-expenditure-and-financing.htm), 02.10.2025.

Die Länder mit dem höchsten Anteil an ambulanten Spitalausgaben sind die Niederlande (58 %) und Dänemark (52 %), gefolgt von Schweden (42 %), dem Vereinigten Königreich (42 %) und Spanien (36 %) (vgl. Abbildung 3). Die Schweiz erreicht mit 22 % einen deutlich geringeren Anteil an ambulanten Spitalausgaben pro Kopf und liegt damit knapp über Österreich (21 %) und Polen (20 %), aber deutlich vor Ungarn (16 %) und Deutschland (7 %)⁵, die den tiefsten Anteil an ambulanten Spitalausgaben pro Kopf haben.

⁴ Die Daten der OECD für Deutschland sind mit Vorsicht zu betrachten. Die niedrigen Werte sind teilweise auf Einschränkungen bei der Erfassung von Daten zu ambulanten Tätigkeiten in Krankenhäusern zurückzuführen. Die Daten umfassen keine ambulante Operationen und nicht stationäre Eingriffe, die in Spitälern in Deutschland gemäss § 115b SGB V durchgeführt werden. «Laut dem Bundesverband für Ambulantes Operieren erfolgen derzeit rund 37 Prozent aller medizinischen Operationen in Deutschland ohne Übernachtung im Krankenhaus.» Quelle: [Ambulante Operation: Schneller nach Hause | Stiftung Warentest](https://www.warentest.de/ambulante-operation-schneller-nach-hause/).

⁵ Die Daten der OECD für Deutschland sind mit Vorsicht zu betrachten (vgl. Fussnote 4).

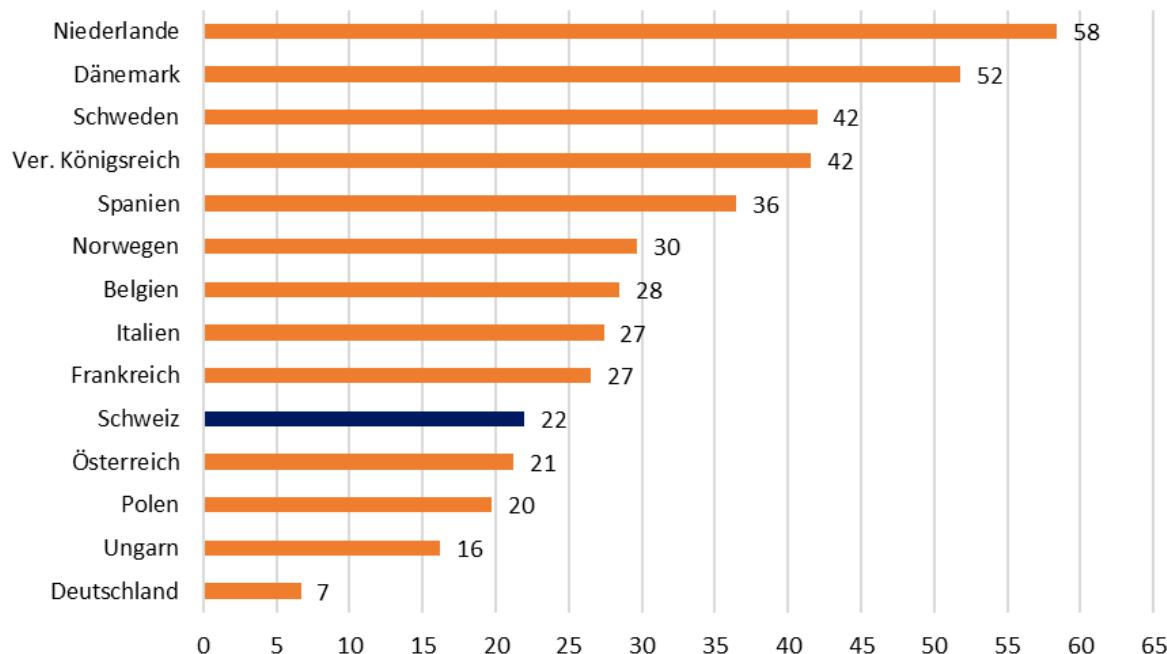


Abbildung 3: Anteil ambulanter Spitalausgaben an den gesamten Spitalausgaben, in %, Jahr 2023.

Quelle: OECD, [Health expenditure and financing](#), 02.10.2025. Berechnungen Preisüberwachung (PUE).

Die Anteile ambulanter Spitalausgaben zwischen 2015 und 2023 in den europäischen Ländern haben sich unterschiedlich stark entwickelt. In der Abbildung 4 wird ersichtlich, dass in fast allen Ländern der Anteil der ambulanten Leistungen im Spital gestiegen ist. Besonders deutlich ist dieser Anstieg in Prozentpunkten in Dänemark (von 39 auf 52), den Niederlanden (von 49 auf 58) und in Belgien (von 19 auf 28), die damit eine sehr stark ausgeprägte ambulante Versorgung aufweisen.

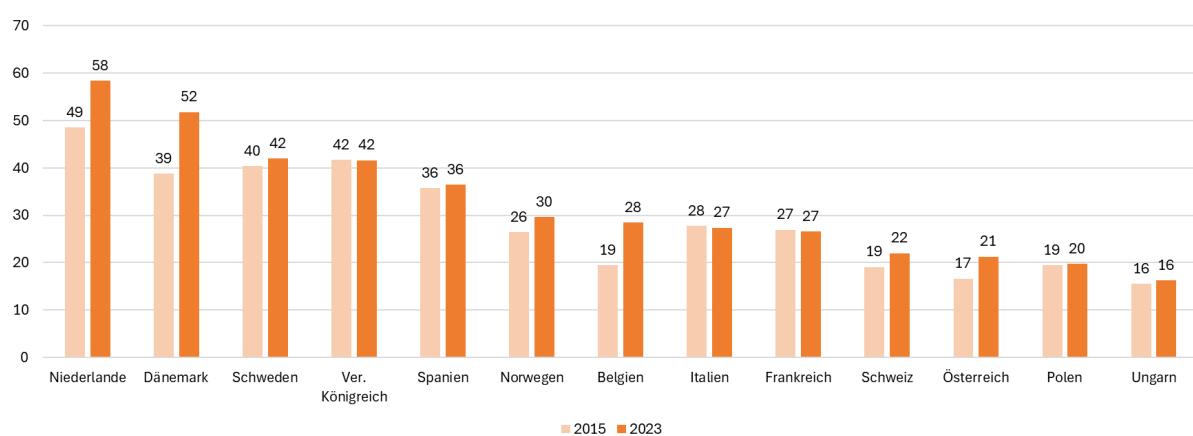


Abbildung 4: Anteil ambulanter Spitalausgaben an den gesamten Spitalausgaben, in %, 2015 und 2023.

Quelle: OECD, [Health expenditure and financing](#), 01.10.2025. Berechnungen PUE.

Die Schweiz lag im Jahr 2023 mit einem ambulanten Anteil von 22 % weiterhin deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 32 %. Zwar ist der Anteil im Vergleich zu 2015 (19 %) leicht gestiegen, bleibt aber niedrig – ähnlich wie in Österreich (21 %). Das bedeutet, dass in der Schweiz nach wie vor ein grosser Teil der Spitalleistungen stationär erbracht wird, während andere Länder verstärkt auf eine ambulante Behandlung im Spital setzen. Insgesamt zeigt sich, dass die Schweiz im europäischen Vergleich weiterhin ein stark stationär geprägtes Gesundheitssystem hat, auch wenn sich langsam eine Verschiebung hin zu mehr ambulanter Versorgung abzeichnet.

Die OECD⁶ behauptet, dass die Auswirkungen der steigenden Zahl ambulanter Operationen auf die gesamten Gesundheitsausgaben nicht immer offensichtlich sei, da die Senkung der Kosten pro ambulante Operation (im Vergleich zu den stationären Operationen) manchmal durch den allgemeinen Anstieg des Operationsvolumens wieder aufgehoben werde. Die Entwicklung des Anteils der ambulanten Spitalausgaben kann somit nicht als einziger Indikator für den Stand der Ambulantisierung herhalten. Deshalb wird im nächsten Abschnitt auch die Anzahl der chirurgischen Eingriffe, die stationär und ambulant durchgeführt werden, untersucht.

3 Fallzahl chirurgischer Eingriffe

In ihrem Bericht aus dem Jahr 2023⁷ stellt die OECD fest, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Zahl der ambulant durchgeführten Operationen in den OECD-Staaten deutlich angestiegen ist. Massgeblich begünstigt wurde dieser Trend durch den medizinisch-technischen Fortschritt – insbesondere durch die Verbreitung minimalinvasiver Operationsmethoden – sowie durch Weiterentwicklungen in der Anästhesie. Diese Innovationen haben nicht nur die Patientensicherheit erhöht, sondern auch zu besseren Behandlungsergebnissen geführt. Darüber hinaus trägt die ambulante Chirurgie zur Entlastung des Gesundheitssystems bei: Kürzere oder entfallende Spitalaufenthalte ermöglichen Einsparungen, ohne dass die Versorgungsqualität leidet. Gleichzeitig entstehen freie Kapazitäten, die es den Spitätern erlauben, sich stärker auf komplexe Behandlungen zu konzentrieren.

Die nächsten Abschnitte befassen sich mit der Entwicklung der Fallzahlen chirurgischer Eingriffe in der Schweiz und im Ausland. Die Analyse der Fallzahlen basiert auf einer Auswahl von chirurgischen Eingriffen (siehe Beilage 1): Für die Schweiz wurden 18 Operationen (OP) gemäss Obsan-Statistiken ausgewertet. Der internationale Vergleich basiert auf 16 OP auf Basis von OECD-Daten. Das Obsan-Monitoring betrifft nur die nach dem Anhang 1a KLV selektierten chirurgischen Eingriffe. Zudem erfassen die Obsan-Statistiken zum ambulanten Bereich die Leistungszahlen der Spitäler sowie der Arztpraxen⁸. Hingegen enthalten die OECD-Statistiken nur Spitaldaten.

3.1 Schweiz

Das Obsan hat die Entwicklung der ambulanten Durchführung der elektiven chirurgischen Eingriffe der Liste in Anhang 1a KLV⁹ näher analysiert. In seinem Bericht stellt es fest, dass die Einführung der Regelung AvS in 2019 den laufenden Prozess der Verlagerung von der stationären zur ambulanten Durchführung beschleunigt hat. «Seit Inkrafttreten dieser Regelung ist die stationäre Leistungserbringung bei den betroffenen Eingriffsgruppen stark zurückgegangen, nämlich von -30% (Eingriffe an der Gebärmutter) bis -60% (Eingriffe an Hämorrhoiden, Leistenbruch, Gebärmutterhals und Krampfadern). Diese Werte übertreffen die in den Jahren vor Einführung der KLV-Regelung zu AvS beobachteten

⁶ OCDE (2023), Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>, S. 122.

⁷ Idem.

⁸ Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 01/2025, S. 11).

⁹ Eingriffe, die seit 2019 im Rahmen von «ambulant vor stationär» in der Schweiz in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen (Liste 2019): Varizen, Hämorrhoiden, Leistenhernie, Arthroskopie des Kniegelenks, Tonsillektomie / Adenoidektomie, Zervix und Uterus. In Anhang 1a KLV wurden 6 Interventionsgruppen aufgeführt. Die Gruppe «Untersuchungen und Interventionen am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter» wurde für statistische Auswertungen in zwei separate Interventionsgruppen aufgeteilt. Ab 2023 enthält der Anhang 1a KLV folgende 11 zusätzliche Gruppen (Liste 2023): Katarakt, Handchirurgie, Fusschirurgie, Entfernung von Osteosynthesematerial (OSME), Kardio-Diagnostik, Herzschrittmachern, Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation, Nabelhernien, Analfisteln, Zirkumzision, Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL).

Trends. Hervorzuheben ist, dass der stärkste Rückgang der stationär durchgeführten Eingriffe im ersten bzw. im zweiten Jahr nach der Einführung der KLV-Regelung stattgefunden hat. Ab 2021 bleibt die stationäre Leistungserbringung relativ stabil.»¹⁰

Die Abbildung 5 zeigt den Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe der Liste 2019. Wie man der Grafik entnehmen kann, hat die Verlagerung von ambulant zu stationär bereits einige Jahre vor 2019 begonnen. Es trifft zu, dass der Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe in den ersten Jahren nach Einführung der Liste im Jahr 2019 leicht zurückgegangen ist. Ab 2021 bleibt dieser Anteil jedoch weitgehend konstant.

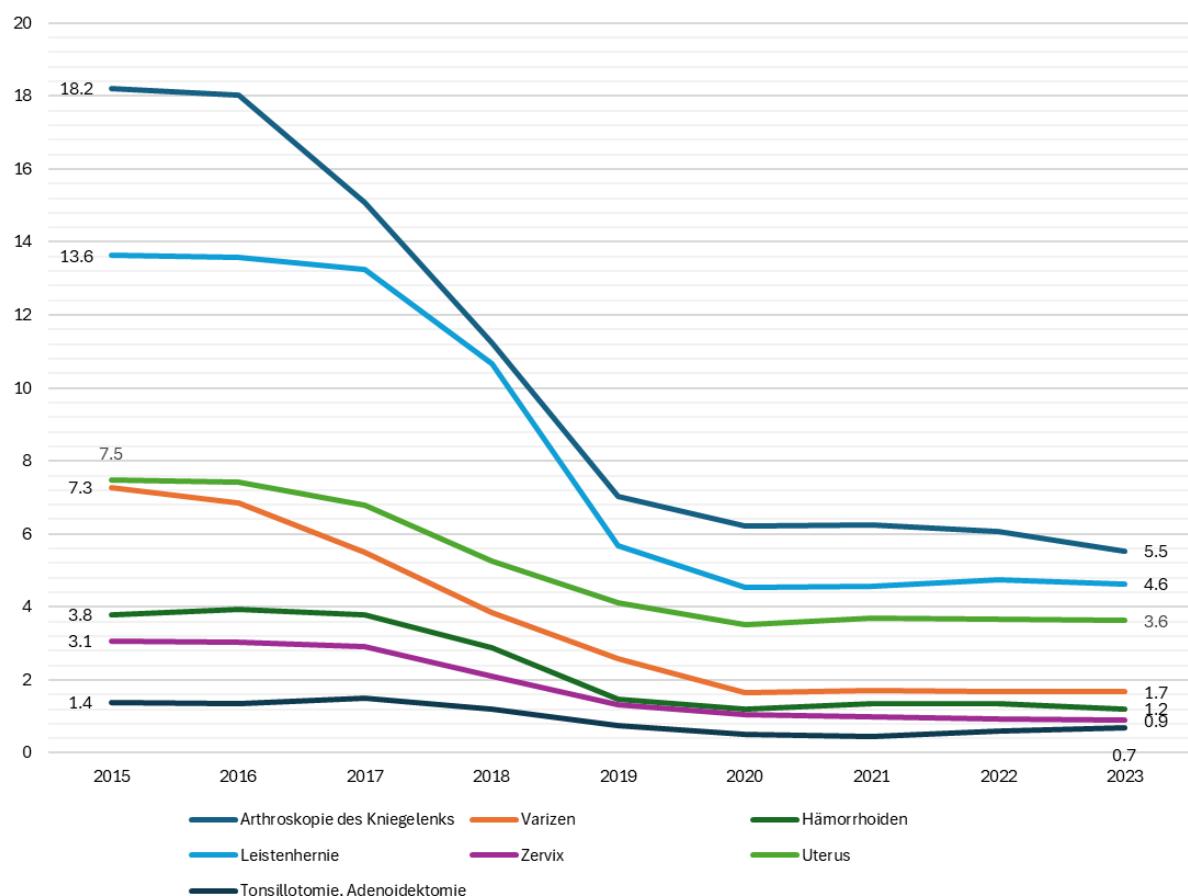


Abbildung 5: Fallzahlen Standardisierte* Rate stationär (10'000 Einwohner/innen) der Eingriffe der Liste 2019.
Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025.

*Standardisierung ([Standardisierung – Erklärung und Berechnung | OBSAN](#)): «Werden strukturelle Unterschiede nicht berücksichtigt, kann dies zu verzerrten Schlussfolgerungen führen, was durch eine Standardisierung vermieden werden kann. Die Standardisierung ist eine Berechnung, die vergleiche strukturell unterschiedlicher Bevölkerungen (z.B. örtlich oder zeitlich) ermöglicht. Die umgerechneten Daten entsprechen jedoch nicht mehr der tatsächlichen Anzahl Fälle oder Rate, was bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden muss.»

Bei den im Jahr 2023 neu in die Liste aufgenommenen Eingriffsgruppen (vgl. Abbildung 6) stellt man fest, dass acht der elf neuen Gruppen bereits ab 2015 überwiegend ambulant durchgeführt wurden. Die Kadio-Diagnostik hat eine grosse Ambulantisierung erfahren, dieser Prozess hat jedoch bereits vor einigen Jahren begonnen. Somit hat die Erweiterung der Liste im Jahr 2023 um 11 neue Eingriffgruppen keinen grossen Beitrag zur Ambulantisierung geleistet.

¹⁰ Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 01/2025, S. 7).

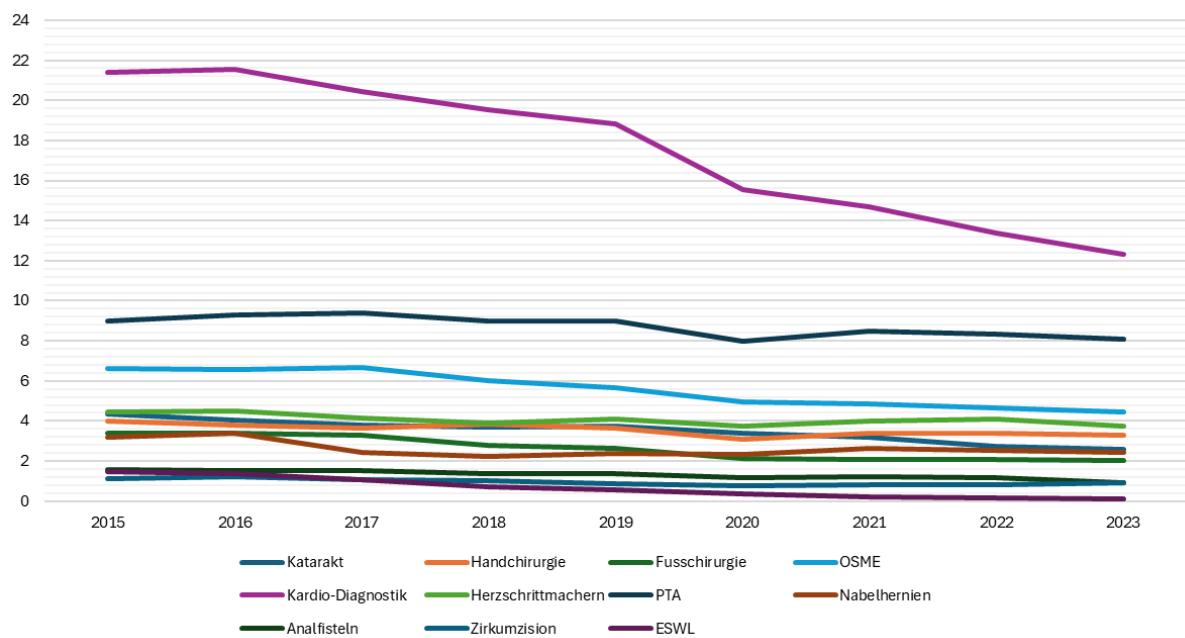


Abbildung 6: Fallzahlen Standardisierte Rate stationär (10'000 Einwohner/innen) der Eingriffe der Liste 2023
Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025.

Die standardisierten Fallzahlen 2015 und 2023 der chirurgischen Eingriffe der Listen 2019 und 2023 sind tabellarisch in der Beilage 2 dargestellt. In den nächsten Abbildungen werden diese Zahlen grafisch dargestellt.

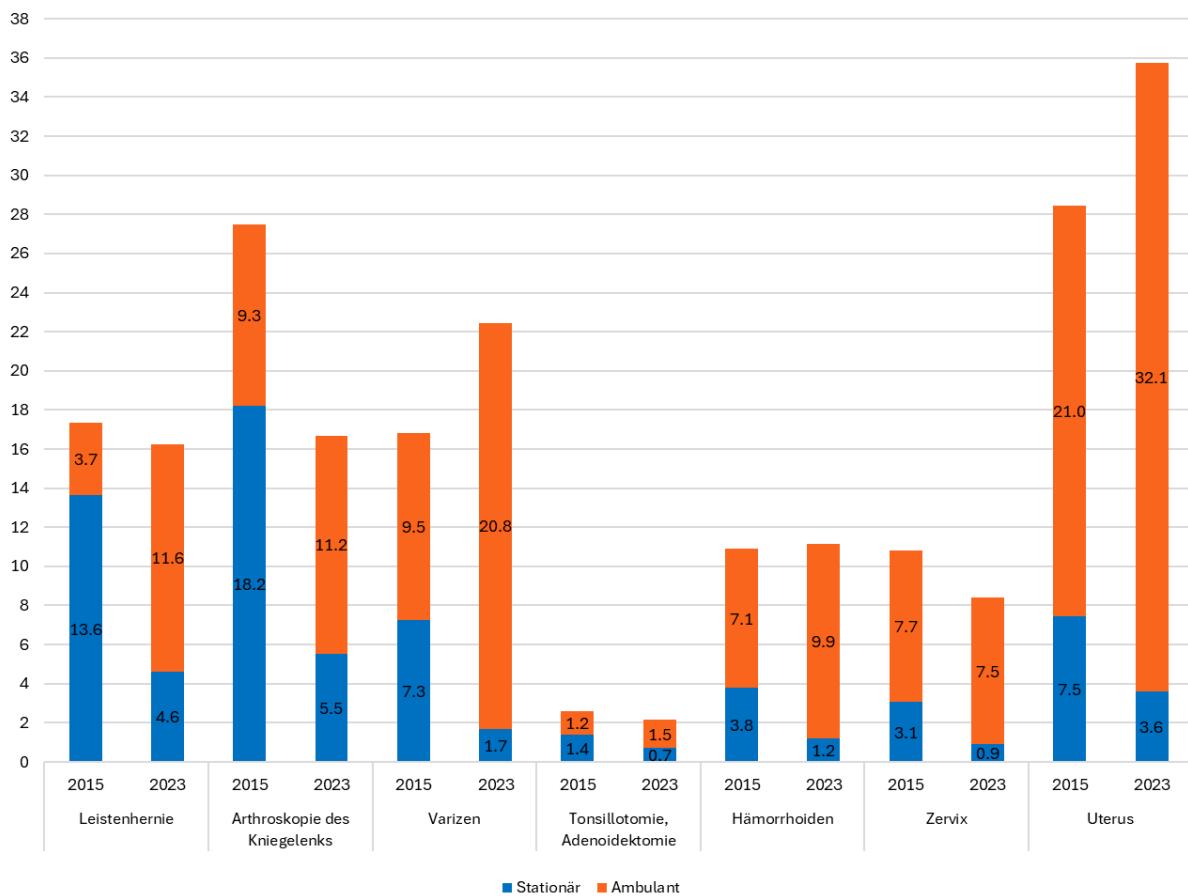


Abbildung 7: Standardisierte Fallzahlen pro 10'000 Einwohner/innen für die chirurgischen Eingriffe der Liste 2019.
Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025.

Die Abbildung 7 zeigt die standardisierten Fallzahlen pro 10'000 Einwohner/innen in der Schweiz für die chirurgischen Eingriffe, die seit 2019 prioritär ambulant durchgeführt werden müssen. Die Daten betreffen die Jahre 2015 und 2023, getrennt nach stationären (blau) und ambulanten (orange) Behandlungen. Bei allen dargestellten Eingriffen hat der ambulante Anteil deutlich zugenommen, während die stationären Fallzahlen zurückgegangen sind. Besonders stark war die Zunahme des ambulanten Anteils bei Leistenhernien, Arthroskopien des Kniegelenks sowie Varizen.

Die Abbildung 8 zeigt, dass der Anteil der ambulanten Fallzahlen bei allen in der Liste 2019 aufgeführten Eingriffen zwischen 2015 und 2023 deutlich gestiegen ist. Besonders stark ist der Zuwachs bei Leistenhernien (von 21 % auf 72 %), Arthroskopien des Kniegelenks (von 34 % auf 67 %) sowie Varizen (von 57 % auf 93 %).

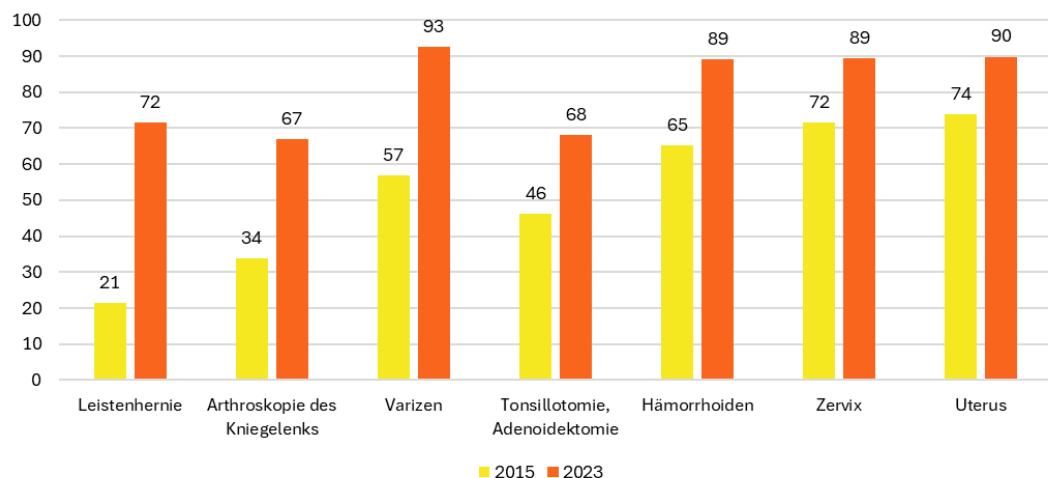


Abbildung 8: Anteil ambulanter Fallzahlen, in %, 2015 und 2023. Eingriffe der Liste 2019.

Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025. Berechnungen PUE.

Die standardisierten Fallzahlen pro 10'000 Einwohner/innen für die neu in der Liste 2023 eingeführten chirurgischen Eingriffe werden in den folgenden zwei Grafiken dargestellt.

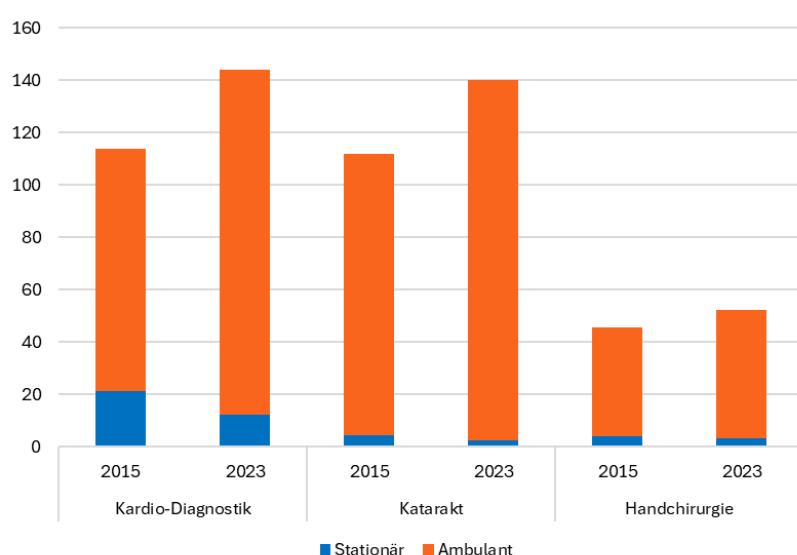


Abbildung 9: Standardisierte Fallzahlen pro 10'000 Einwohner/innen für die neu in der Liste 2023 eingeführten chirurgischen Eingriffe.

Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025.

Die Abbildung 9 zeigt, dass bei Kardio-Diagnostik, Kataraktoperationen und Handchirurgie in der Schweiz zwischen 2015 und 2023 die ambulanten Fallzahlen zugenommen haben, während die stationären Eingriffe weiter zurückgingen. Bei der Kardio-Diagnostik, beim Katarakt und in der Handchirurgie

werden inzwischen fast alle Fälle ambulant behandelt. Diese drei OP wurden 2023 in die Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden chirurgischen Eingriffe aufgenommen. Wie der Grafik zu entnehmen ist, wurden sie jedoch bereits 2015 hauptsächlich ambulant durchgeführt. Alle drei dieser OP weisen hohe Fallzahlen auf. Im Jahr 2023 belief sich die Gesamtanzahl der OP pro 10'000 Einwohner/innen auf 144 bei der Kardio-Diagnostik, 140 bei der Katarakt- und 52 bei der Handchirurgie.

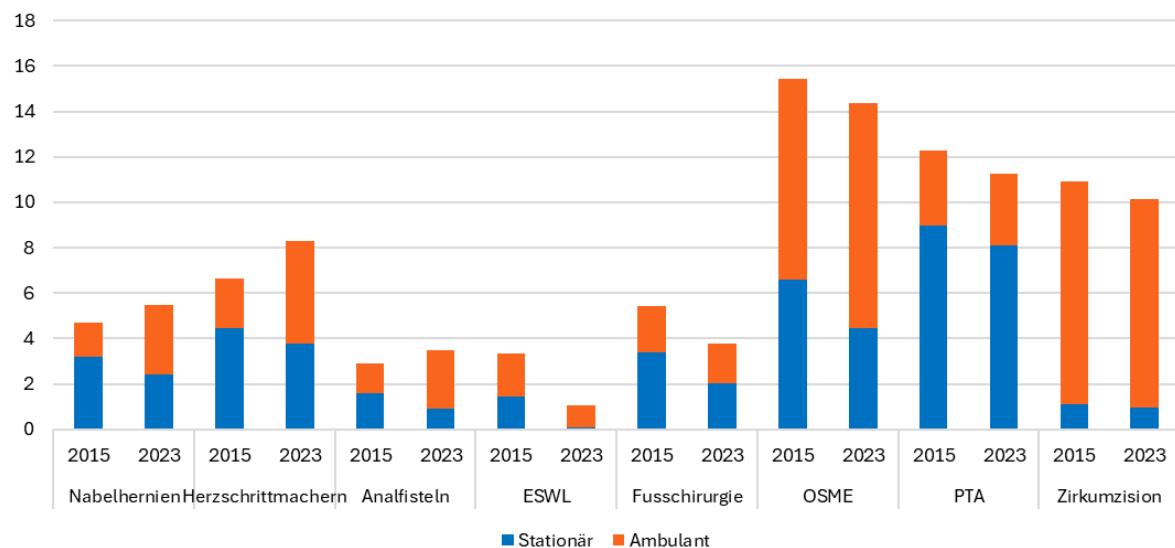


Abbildung 10: Standardisierte Fallzahlen pro 10'000 Einwohner für die neu in der Liste 2023 eingeführten chirurgischen Eingriffe.

Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025.

Bei den acht restlichen OP, die in die Liste 2023 integriert wurden, stellt man fest, dass die Anzahl der ambulant durchgeführten Operationen auch hier überall zugenommen hat (Abbildung 10). Im Vergleich zu den drei Behandlungen in Abbildung 9, sind die gesamten Fallzahlen pro 10'000 Einwohner im Jahr 2023 hier viel niedriger (von einem Fall bei der ESWL bis zu 14 bei der OSME im Jahr 2023).

Was die Änderung des Anteils ambulanter Fallzahlen bei allen OP der Liste 2023 betrifft, so fand die stärkste Progression in Richtung Ambulantisierung bei den Nabelhernien (von 32 % auf 56 %), Herzschrittmachern (von 33 % auf 55 %) und den Anal fisteln (von 46 % auf 74 %) statt. Die anderen Operationen verzeichneten eine Steigerung des ambulanten Anteils unter 24 %. Die geringste Progression gab es bei der Handchirurgie, der Katarakt-Chirurgie und der Zirkumzision. Diese OPs wurden aber bereits im Jahr 2015 fast ausschliesslich ambulant durchgeführt (vgl. Abbildung 11). Die ambulanten Anteile betrugen im Jahr 2023 entsprechend 98 % beim Kararakt, 94 % bei der Handchirurgie und 91 % bei der Zirkumzision.

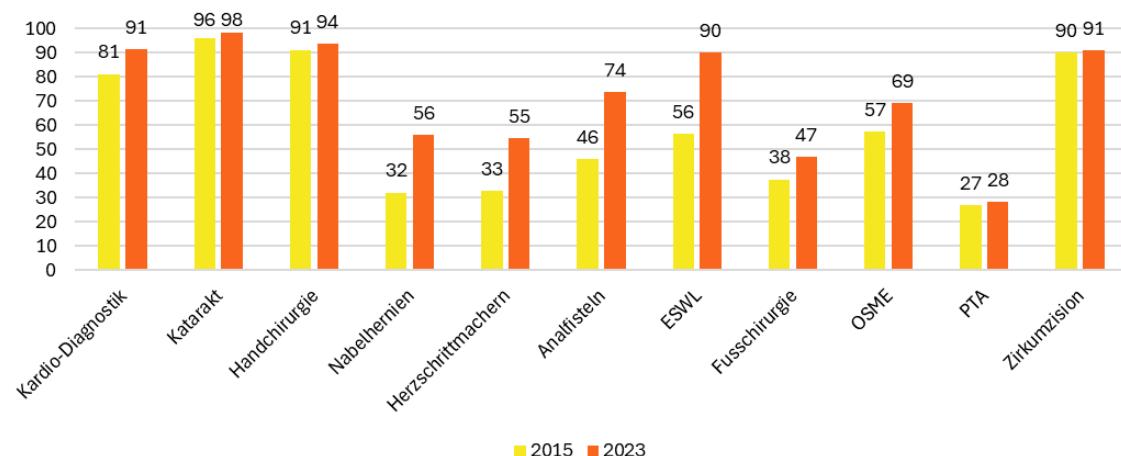


Abbildung 11: Anteil ambulanter Fallzahlen, in %, 2015 und 2023. Eingriffe der Liste 2023.
Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 20.09.2025. Berechnungen PUE.

Zwischen 2015 und 2023 ist der Anteil der ambulanten Fälle aller 18 Operationen von 74 % auf 88 % gestiegen, was einer Steigerung um 19 % entspricht. Diese Steigerung ist nicht spektakulär und betrifft vor allem die OPs, die dank des technischen und medizinischen Fortschritts bereits vor der Einführung der Listen 2019 und 2023 auf dem Weg der Ambulantisierung waren.

3.2 Internationaler Vergleich

Ein internationaler Vergleich des Ambulantisierungsgrades in europäischen Ländern ist nur für bestimmte Spitalleistungen möglich, da die OECD-Daten die Fallzahlen (stationär und ambulant) nur für 16 häufige, standardisierte chirurgische Eingriffe erfassen (siehe Beilage 1).

Für jedes Land wurde der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe für das Jahr 2023 wie folgt bestimmt: Die Summe der ambulanten Fallzahlen pro Eingriff wurde durch die Summe der gesamten Fallzahlen (ambulant und stationär) dividiert. Wie dieser Abbildung zu entnehmen ist, werden diese 16 Eingriffe am häufigsten in Dänemark ambulant durchgeführt (Anteil von 62 %). Mit 22 % hat die Schweiz den kleinsten Anteil ambulanter Eingriffe.

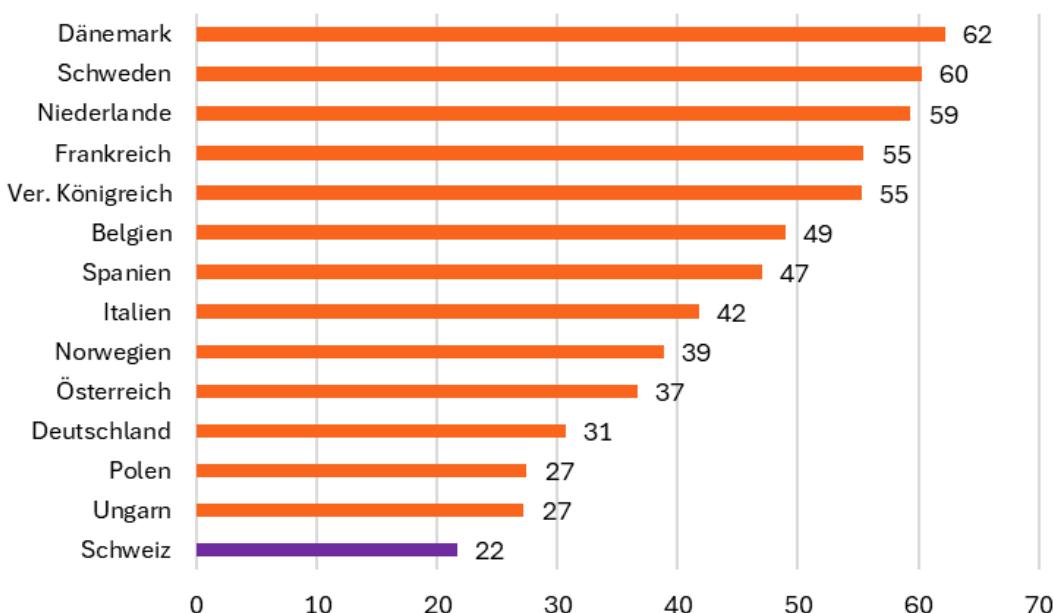


Abbildung 12: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen für die 16 OECD-standardisierten chirurgischen Eingriffe im 2023 (Niederlande 2021).

Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 09.10.2025. Berechnungen PUE.

In der Folge konzentriert sich unsere Analyse auf fünf vergleichbare standardisierte Eingriffe, welche in den Vergleichsländern einen durchschnittlichen ambulanten Anteil von mindestens 20 % ausweisen: Katarakt, Tonsillektomie, Leistenbruch, partielle Exzision der Mamma und Cholezystektomie. Die folgenden Abbildungen (13 bis 17) zu den einzelnen OPs im Jahr 2023 verdeutlichen die Position der Schweiz im internationalen Vergleich.

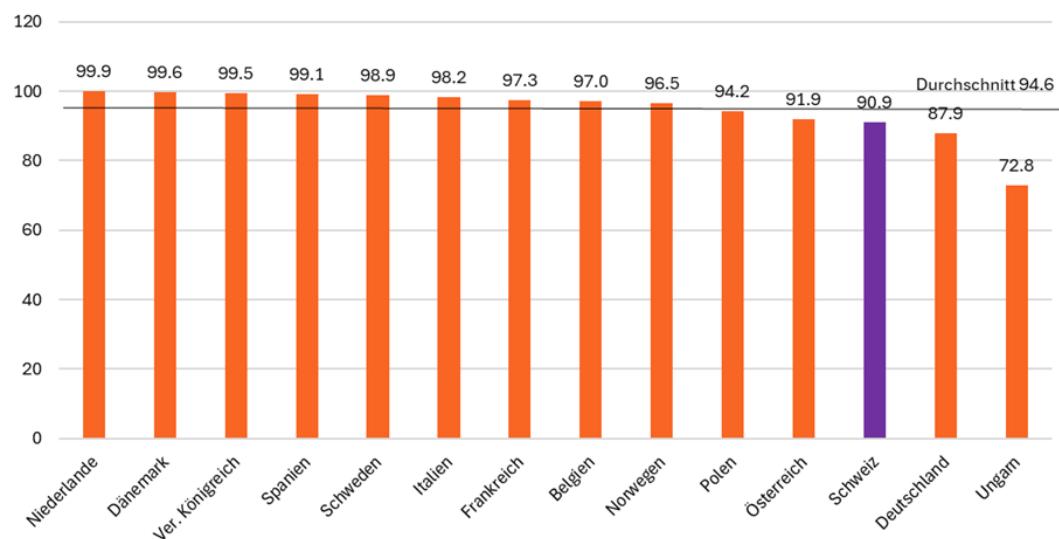


Abbildung 13: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen bei der Katarakt-Operation im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 10.10.2025. Berechnungen PUE.

In etwa drei Viertel der OECD-Länder werden 90 % oder mehr der Kataraktoperationen ambulant durchgeführt.¹¹ In den meisten unserer Referenzländer werden nahezu alle Kataraktoperationen ambulant durchgeführt. Die Schweiz liegt mit einer sehr hohen Quote von fast 91 % jedoch unter dem Durchschnitt von 94.6 % (vgl. Abbildung 13).

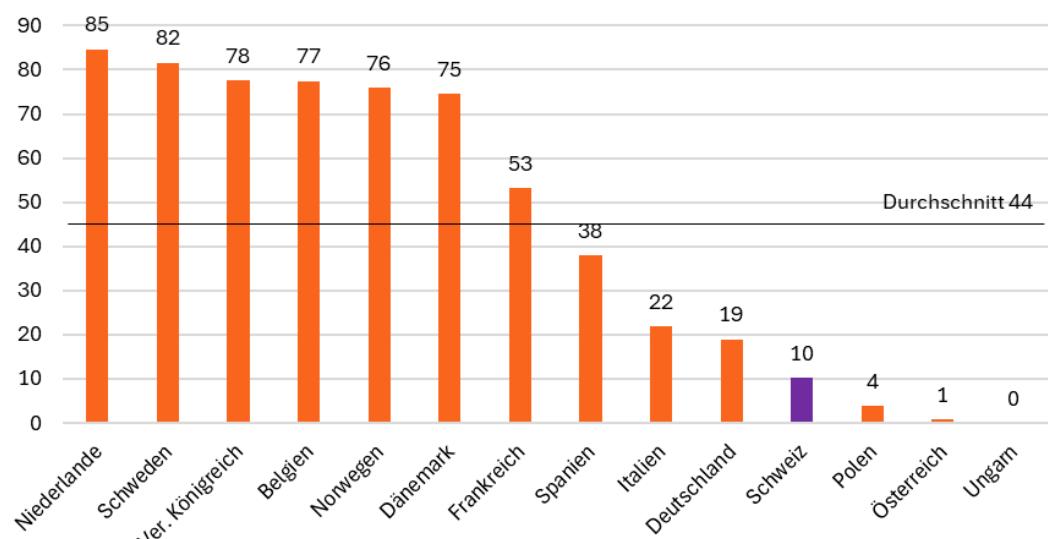


Abbildung 14: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen der Tonsillektomien im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 10.10.2025. Berechnungen PUE.

Die Tonsillektomie ist einer der häufigsten chirurgischen Eingriffe bei Kindern, die unter wiederholten oder chronischen Mandelentzündungen oder Atembeschwerden leiden. Obwohl dieser Eingriff unter Vollnarkose durchgeführt wird, wird er heute in 12 der 31 OECD-Länder, für die vergleichbare Daten vorliegen, überwiegend ambulant durchgeführt.¹² Der Anteil der ambulant durchgeführten Operationen ist jedoch nicht so hoch wie bei der Kataraktoperation. Während der Durchschnitt aller unserer Vergleichsländer bei Kataraktoperationen bei mehr als 94 % liegt, sind es bei den Tonsillektomien nur 44 %. Die Rate der ambulant durchgeführten Tonsillektomien ist in den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Belgien, Norwegen und Dänemark relativ hoch (ca. über 75 % der Fälle), liegt

¹¹ OCDE (2023), Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>, S. 122.

¹² Idem.

jedoch in Polen, Österreich und Ungarn unter 4 %. In der Schweiz werden nur 10 % der Tonsillektomien ambulant durchgeführt. Diese deutlichen Unterschiede lassen sich entweder durch eine unterschiedliche Wahrnehmung der Risiken postoperativer Komplikationen, durch Vergütungsunterschiede oder einfach durch eine klinische Tradition, Kinder nach der Operation mindestens eine Nacht im Krankenhaus zu behalten, erklären.

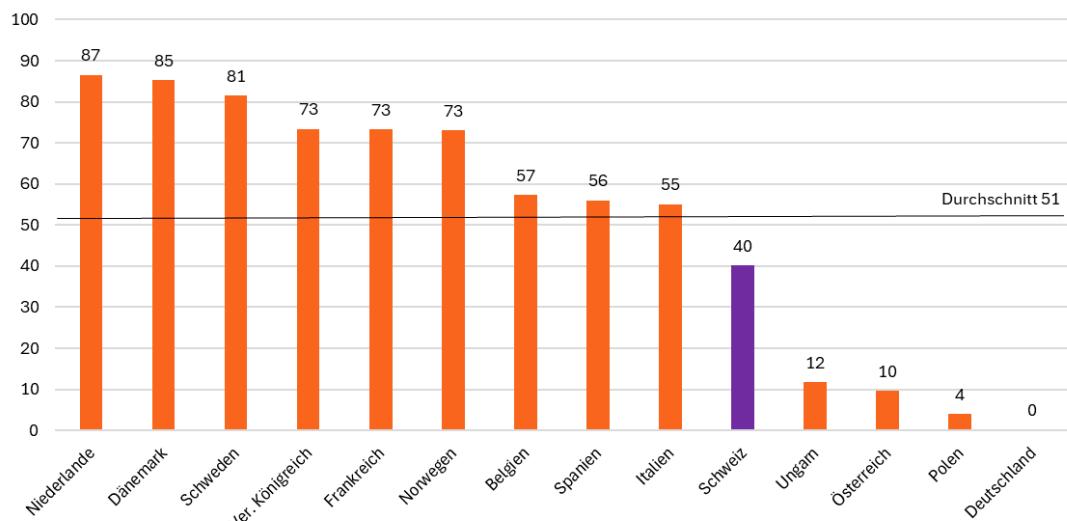


Abbildung 15: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen der Reparatur des Leistenbruchs im Jahr 2023.
Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 10.10.2025. Berechnungen PUE.

Der durchschnittliche Anteil ambulant durchgeföhrter Leistenbrüche liegt bei 51 %. In den meisten Ländern liegt die Quote jedoch deutlich über dem Durchschnitt; nämlich bei über 80 % in den Niederlanden, Dänemark und Schweden, bei ca. 73 % im Vereinigten Königreich, Frankreich und Norwegen sowie bei 56 % in Belgien, Spanien und Italien. Mit 40 % der ambulant durchgeföhrten Leistenbrüche befindet sich die Schweiz wieder unter dem Durchschnitt.

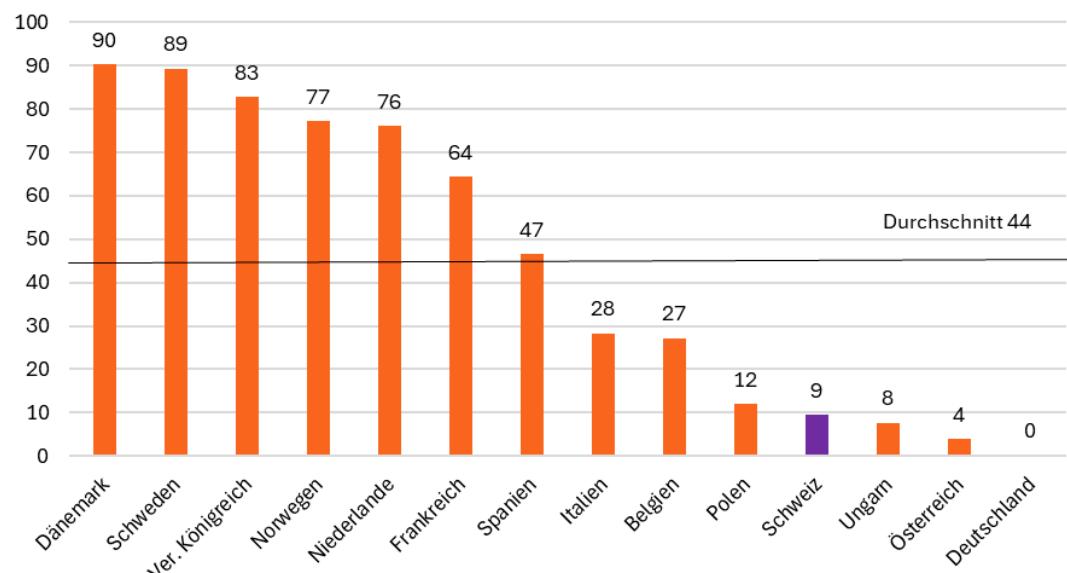


Abbildung 16: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen bei der partiellen Exzision der Mamma im Jahr 2023.
Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 10.10.2025. Berechnungen PUE.

In Dänemark, Schweden, dem Vereinigtem Königreich, Norwegen und den Niederlanden wird die partielle Exzision der Mamma vor allem ambulant durchgeführt (über 76 %). Auch Frankreich und Spanien liegen über dem Durchschnitt von 44 %. In der Schweiz werden hingegen nur 9 % der Fälle ambulant operiert, somit wird die parzielle Exzision der Mamma hier vorwiegend stationär durchgeführt.

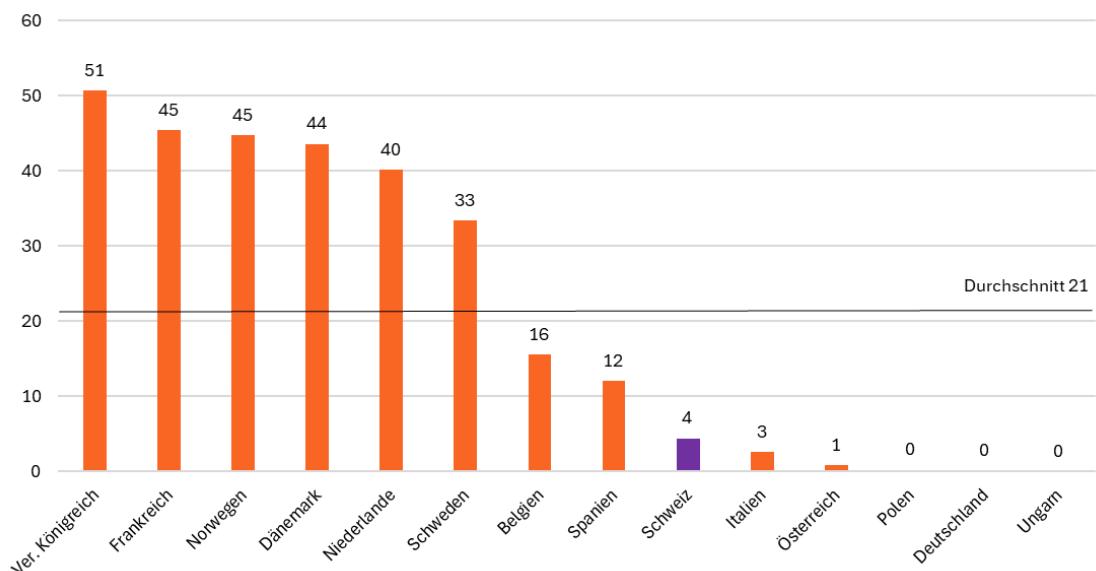


Abbildung 17: Anteil in % der ambulanten Fallzahlen der Cholezystektomie im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [Surgical procedures](#), 10.10.2025. Berechnungen PUE.

Der Anteil ambulanter Cholezystektomien beträgt im Durchschnitt lediglich 21 %. Das heisst, dass selbst in Ländern, die eher auf ambulante Leistungen ausgerichtet sind, die Entfernung der Gallenblase immer noch vorwiegend stationär durchgeführt wird. Die Schweiz liegt auch bei dieser OP mit nur 4 % ambulant operierten Patientinnen und Patienten stark unter dem Durchschnitt.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz bei allen oben präsentierten Operationen unter dem Durchschnitt und ist somit bei der Ambulantisierung im Rückstand. Am stärksten ist die Ambulantisierung in den skandinavischen Ländern (Norwegen, Schweden und Dänemark), in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich fortgeschritten. Sowohl die Daten des Obsan als auch diejenigen der OECD zeigen, dass die Ambulantisierung in der Schweiz noch nicht sehr weit fortgeschritten ist. Es ist somit unbestritten, dass der Anteil ambulanter Operationen bei einigen Eingriffen deutlich grösser sein könnte. Die ambulante Durchführung ist in vielen Fällen nicht nur technisch möglich, sondern auch aus medizinischer Sicht sinnvoller und zudem kostengünstiger. Verschiedene Faktoren – darunter die umfangreichen Kapazitäten im stationären Bereich sowie die Art der Leistungsförderung – können jedoch die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen bremsen, wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird.

4 Einflussfaktoren der Ambulantisierung

In diesem Abschnitt werden die Einflussfaktoren der Ambulantisierung betrachtet. Wir werden dabei vor allem die stationären Versorgungskapazitäten in der Schweiz im Vergleich zu den europäischen OECD-Ländern sowie die Finanzierung von Spitalleistungen analysieren.

4.1 Stationäre Versorgungskapazitäten

In der Schweiz liegt die Spitalplanung in der Zuständigkeit der Kantone. Da die Kantone ihre Planungen weitgehend eigenständig vornehmen, fließen dabei häufig auch regionalpolitische Überlegungen ein. Verschiedene Analysen weisen darauf hin, dass diese föderale Fragmentierung zu einer nur begrenzt koordinierten Planung führt und dadurch strukturelle Überkapazitäten sowie Doppelstrukturen

begünstigt.¹³ Bereits die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat in ihrem Bericht aus dem Jahr 2017 empfohlen, dass die Versorgungsplanung stärker zu koordinieren und konsequenter am effektiven Bedarf auszurichten sei (Massnahme 14).¹⁴ Diese strukturellen Rahmenbedingungen beeinflussen die stationären Versorgungskapazitäten und wirken sich damit mittelbar auf die Ambulantisierung aus. Eine hohe Versorgungskapazität im stationären Bereich kann die Ambulantisierung hemmen. Wir berücksichtigen folgende Elemente, welche die stationäre Versorgungskapazität im Spitalbereich charakterisieren: Die Anzahl der Spitalbetten, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, die Personaldichte in den Spitätern sowie die Anzahl der Spitalfälle.

Was die Anzahl der **Spitalbetten** betrifft, lag die Schweiz im Jahr 2023 mit einem Wert von 4.4 Spitalbetten (Akutversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Langzeitpflege) pro 1'000 Einwohner/innen leicht über den Durchschnitt der betrachteten Länder (4.3) (vgl. Abbildung 18). Der Durchschnitt aller OECD Länder (ausgenommen Australien) lag bei 4.2 Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen.

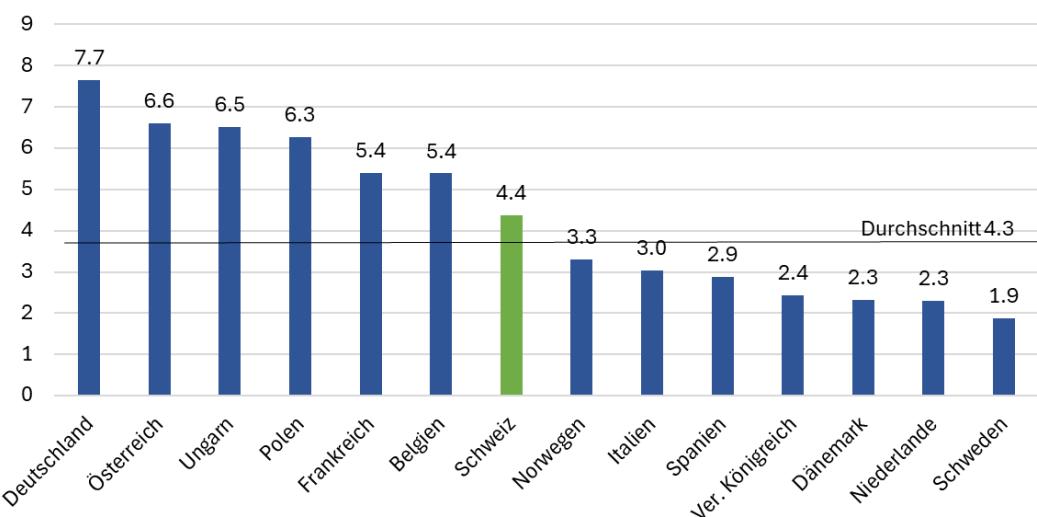


Abbildung 18: Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital beds by function of healthcare](https://data.oecd.org/hosp/hospital-beds-by-function-of-healthcare.html), 28.08.2025.

Werden nur die **Spitalbetten im akutsomatischen Bereich** betrachtet, hatte die Schweiz im Jahr 2023 einen leicht tieferen Wert (2.5) als der Durchschnitt der berücksichtigten Länder (2.8). Eine höhere Dichte an Spitalbetten (allgemein und im akutsomatischen Bereich) als die Schweiz haben die folgenden Länder: Deutschland, Österreich, Ungarn, Polen, Frankreich und Belgien (vgl. Abbildung 18 und 19).

¹³ U. a. Maurer M. et al. (2022). Sustainability and Resilience in the Swiss Health System. Public Health and Health Systems Resilience (PHSSR) / World Economic Forum.

¹⁴ Expertengruppe (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe; [> Versicherungen > Krankenversicherung > Kostendämpfung > Übersicht > Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017.](http://www.bag.admin.ch)

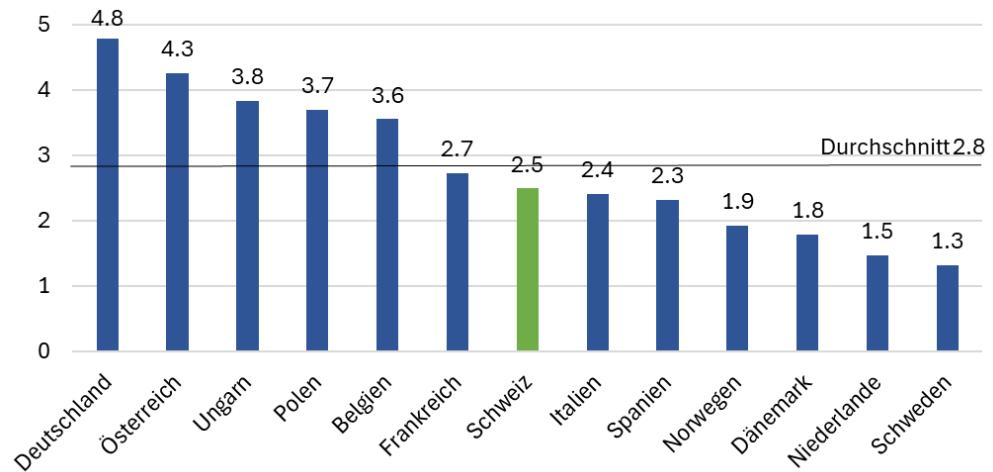


Abbildung 19: Anzahl Akutspitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital beds by function of healthcare](#), 28.08.2025.

In allen Ländern ist ein deutlicher Trend zur Verringerung der Zahl der Spitalbetten zu beobachten. Zwischen 2015 und 2023 ist die Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen in allen Vergleichsländern gesunken. Die stärkste Abnahme von 34 % fand in den Niederlanden statt, die schwächste von 3 % in Spanien. In dieser Zeitspanne hat die Schweiz die Anzahl der Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen lediglich um knapp 8 % reduziert (vgl. Abbildung 20).

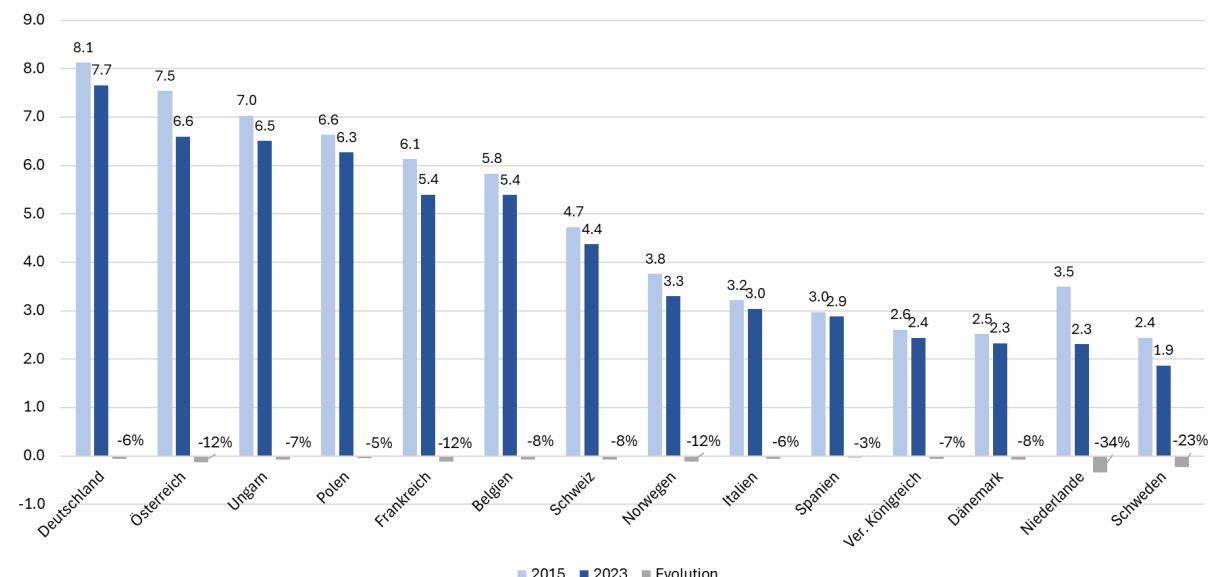


Abbildung 20: Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2015 (Dänemark 2016), 2023 und Entwicklung 2015-2023 in %.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital beds by function of healthcare](#), 28.08.2025.

Die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** in den Spitälern (Akutversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege) lag in den OECD-Vergleichsländern im Jahr 2023 zwischen 5.4 Tagen in Dänemark und 9.4 Tagen in Ungarn. In der Schweiz war die Spitalaufenthaltsdauer im Jahr 2023 überdurchschnittlich hoch (vgl. Abbildung 21). Die vier Länder mit einer noch längeren Spitalaufenthaltsdauer sind zugleich jene mit einer hohen Bettendichte.

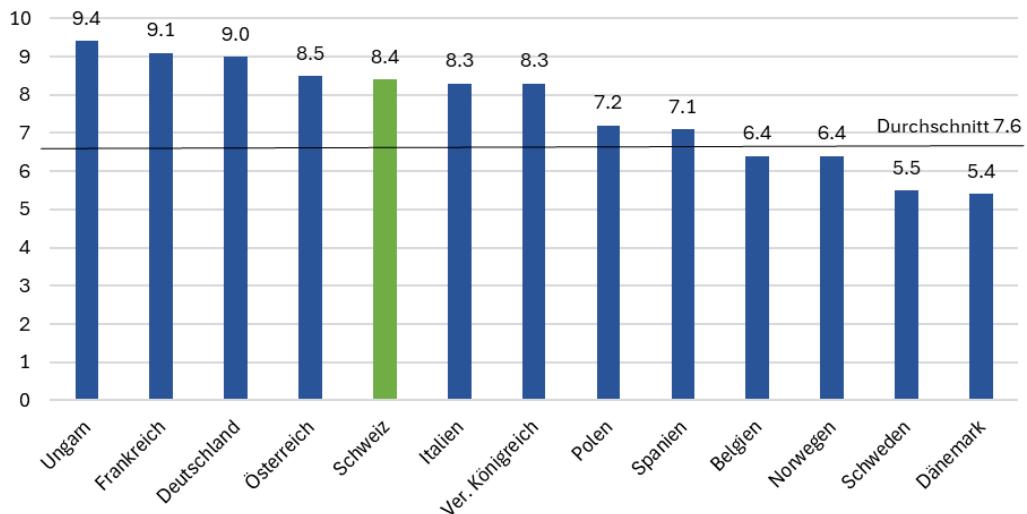


Abbildung 21: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in allen Spitäler (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation, Langzeit) in Tagen im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital aggregates](#), 28.08.2025.

Ein weiterer wichtiger Indikator für die stationären Versorgungskapazitäten ist die **Personaldichte** in den Spitäler. Die höchste Dichte des gesamten Spitalpersonals wurde im Jahr 2023 im Vereinigten Königreich (23.43 VZÄ pro 1'000 Einwohner/innen) verzeichnet. Die Schweiz hatte den zweithöchsten Wert (20.90), dicht gefolgt von Norwegen (20.24) und Danemark (19.36). In den folgenden Abbildungen wird das Spitalpersonal in Vollzeitäquivalenten dargestellt: Spitalärzte (Abb. 22) und Pflegefachpersonen inkl. Hebammen (Abb. 23) pro 1'000 Einwohner/innen. Die Schweizer Spitäler verfügten im Jahr 2023 über 2.97 Spitalärzte und 5.84 Pflegefachpersonen und Hebammen pro 1'000 Einwohner/innen und somit über eine überdurchschnittliche Personalausstattung. Zwischen 2015 und 2023 ist die Personaldichte in der Schweiz angestiegen: +10 % beim Gesamtpersonal, +20 % bei den Spitalärzten und +2 % beim Pflegefachpersonal und den Hebammen.

Die grosszügige Personaldotation in Schweizer Spitäler kann die Verlagerung von stationär zu ambulant bremsen. Bei der Interpretation ist aber Vorsicht geboten, da das erfasste Spitalpersonal vermutlich auch für die Erbringung ambulanter Leistungen eingesetzt wird. Um eine eindeutige Interpretation zu ermöglichen, wäre eine Unterscheidung zwischen dem in der stationären Versorgung und dem in der ambulanten Versorgung beschäftigten Personal erforderlich. Daten dieser Art liegen jedoch nicht vor.

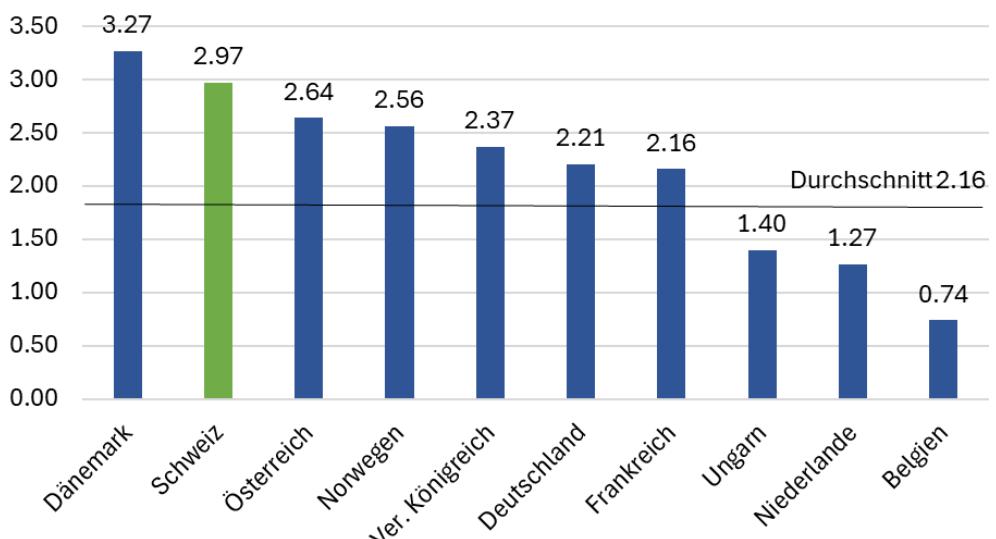


Abbildung 22: Anzahl Spitalärzte VZÄ pro 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital employment](#), 28.08.2025.

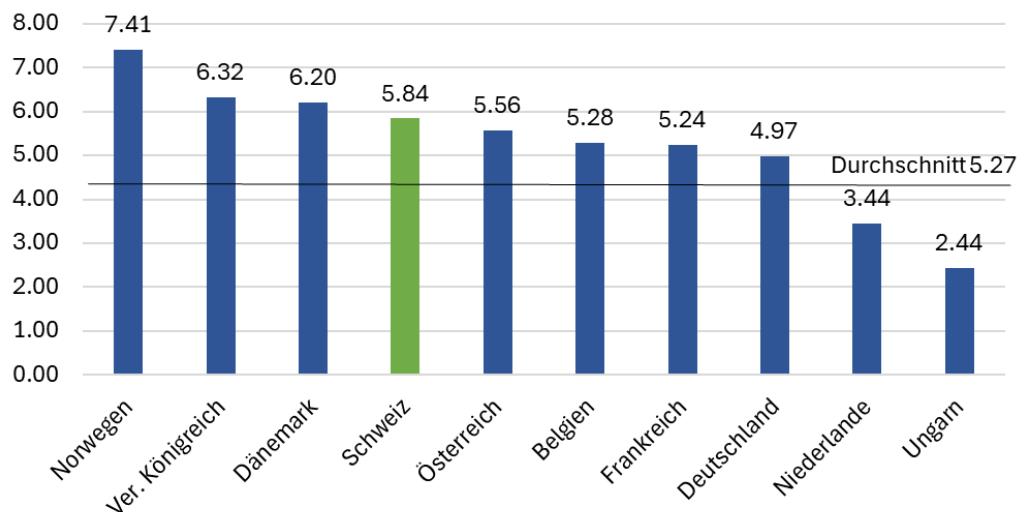


Abbildung 23: Anzahl Pflegefachpersonen und Hebammen pro 1'000 VZÄ im Jahr 2023.

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital employment](#), 28.08.2025.

Die stationäre Versorgung der Spitäler wird auch anhand der Anzahl **Spitalfälle** pro 100'000 Einwohner/innen analysiert. Zwischen 2015 und 2023 ist die Anzahl der gesamten Spitalfälle in allen Ländern ausser Polen (+32 %) zurückgegangen. In dieser Zeitspanne hat die Schweiz die geringste Senkung der Anzahl Spitalfälle registriert: -1 %.

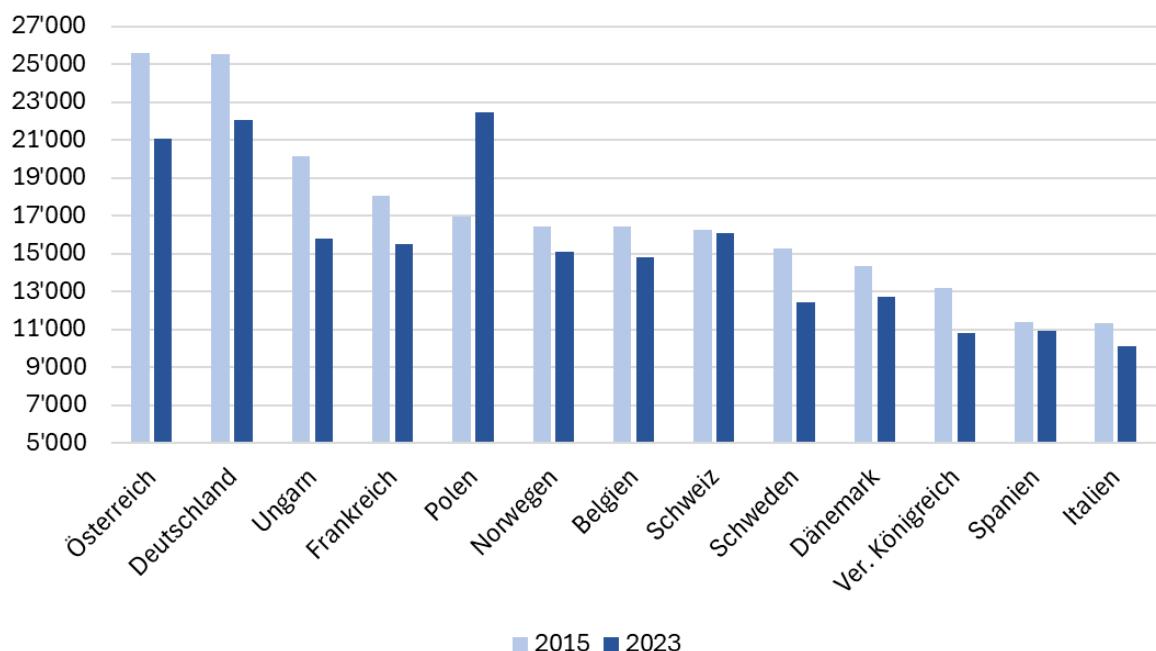


Abbildung 24: Anzahl Spitalfälle pro 100'000 Einwohner/innen total (2015 und 2023) und akut [curative care: akutsomatisch und akutpsychiatrisch]°(2023).

Quelle: OECD, [OECD Data Explorer • Hospital aggregates](#), 28.08.2025.

Im Jahr 2023 lag die Schweiz mit 16'084 Spitalfällen pro 100'000 Einwohner/innen über dem Durchschnitt der berücksichtigten Länder (15'386 Spitalfälle pro 100'000 Einwohner/innen). Nur drei Länder hatten eine höhere Zahl mit über 21'000 Fällen: Polen, Deutschland und Österreich. Diese Zahlen zeigen, dass der stationäre Bereich in diesen Ländern nach wie vor sehr wichtig ist.

Bevor wir zum nächsten Abschnitt über die Finanzierung von Spitalleistungen und deren Einfluss auf die Art der Versorgung kommen, präsentieren wir eine zusammenfassende Tabelle von Indikatoren zu

Versorgungskapazitäten und Spitalausgaben. Dabei ist die Reihenfolge der Länder für jeden Indikator angegeben.

Versorgungskapazitäten							Spitalausgaben				
Anzahl Spitalbetten pro 1000 Einwohner/innen	Anzahl Akutspitalbetten pro 1000 Einwohner/innen	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Spitalpersonal, total	Spitalärzte	Pflegefachpersonal und Hebammen	Anzahl Spitalfälle pro 100 000 Einwohner/innen	Spitalausgaben pro Kopf	Spitalausgaben pro Kopf stationär	Spitalausgaben pro Kopf ambulant	Spitalausgaben Anteil stationär	Spitalausgaben Anteil ambulant
Deutschland	Deutschland	Ungarn	Ver. Königreich	Dänemark	Norwegen	Polen	Dänemark	Osterreich	Dänemark	Deutschland	Deutschland
Osterreich	Osterreich	Frankreich	Schweiz	Schweiz	Ver. Königreich	Deutschland	Osterreich	Schweiz	Niederlande	Ungarn	Ungarn
Ungarn	Ungarn	Deutschland	Norwegen	Osterreich	Dänemark	Österreich	Norwegen	Deutschland	Ver. Königreich	Polen	Polen
Polen	Polen	Österreich	Dänemark	Norwegen	Schweiz	Schweiz	Norwegen	Schweden	Österreich	Österreich	
Frankreich	Belgien	Schweiz	Frankreich	Ver. Königreich	Österreich	Ungarn	Ver. Königreich	Frankreich	Norwegen	Schweiz	Schweiz
Belgien	Frankreich	Italien	Österreich	Deutschland	Belgien	Frankreich	Schweden	Belgien	Spanien	Frankreich	Frankreich
Schweiz	Schweiz	Ver. Königreich	Deutschland	Frankreich	Norwegen	Niederlande	Ver. Königreich	Belgien	Italien	Italien	
Norwegen	Italien	Polen	Niederlande	Ungarn	Deutschland	Belgien	Frankreich	Schweden	Österreich	Belgien	Belgien
Italien	Spanien	Spanien	Belgien	Niederlande	Niederlande	Dänemark	Belgien	Dänemark	Frankreich	Norwegen	Norwegen
Spanien	Norwegen	Belgien	Ungarn	Belgien	Ungarn	Schweden	Deutschland	Italien	Schweiz	Spanien	Spanien
Ver. Königreich	Dänemark	Norwegen				Spanien	Spanien	Spanien	Italien	Ver. Königreich	Ver. Königreich
Dänemark	Niederlande	Schweden	Dänemark			Ver. Königreich	Italien	Polen	Polen	Schweden	Schweden
Niederlande	Schweden	Dänemark				Italien	Polen	Niederlande	Ungarn	Dänemark	Dänemark
Schweden	Ver. Königreich	Niederlande					Ungarn	Ungarn	Deutschland	Niederlande	Niederlande

Tabelle 2: Reihenfolge der Länder pro Indikator zur Versorgungskapazität und zu den Spitalausgaben pro Kopf. Quelle: OECD (siehe einzelne Bereiche für die detaillierte Quelle). Darstellung PUE.

In dieser Tabelle sind die **Niederlande**, **Dänemark** und **Schweden** farbig markiert, die **Schweiz** ist **fett** markiert. Es ist ersichtlich, dass die Länder mit der tiefsten Bettenzahl und der kürzesten Aufenthaltsdauer, die somit eine stärker ambulante Ausrichtung aufweisen, nicht unbedingt die niedrigsten Ausgaben für stationäre Leistungen hatten. Dies gilt insbesondere für Schweden und Dänemark. Zudem sind die gesamten Spitalausgaben in Dänemark am höchsten und gleichzeitig gibt es dort eine sehr hohe Personaldichte, vor allem an Spitalärzten. Die Niederlande weisen bei fast allen Indikatoren sehr tiefe Werte auf. Um zu ermitteln, ob dieses Land „*Best Practice*“ für die Schweiz darstellt, wäre eine vertiefte Analyse der Kosten- und Versorgungsstruktur wünschenswert.

4.2 Finanzierung der Spitalleistungen

Die Finanzierung der ambulanten und stationären Spitalleistungen hat ebenfalls Einfluss auf die Art der Leistungserbringung. Heute gelten in der Schweiz unterschiedliche Vergütungssysteme: Die stationären Leistungen werden über DRG-Systeme vergütet, die ambulanten Leistungen über das Einzelleistungssystem (Tarmed) und in wenigen Ausnahmen über ambulante Pauschalen.

Ohne gesetzliche Vorgaben zur Kostenvergütung (wie diejenigen der Liste gemäss Anhang 1a KLV) haben die Spitäler den Anreiz, die jeweils finanziell lukrativste Behandlungsform (ambulant oder stationär) anzubieten. Sind die Baserate bzw. die DRG-Tarifstruktur grosszügig bemessen, werden Leistungen eher stationär angeboten. Bietet hingegen das im ambulanten Bereich angewandte Tarifsystem (Tarmed) viel Freiheit in der Abrechnung und gilt dazu ein hoher Tarmed-Taxpunktwert, dann könnte es für das Spital lukrativer sein, eine Leistung ambulant zu erbringen. Falsche finanzielle Anreize können somit die Ambulantisierung bremsen.

Die Schweizer Spitäler beklagen sich oft darüber, dass die ambulanten Tarife nicht kostendeckend seien. Diese Ausgangsidee hemmt die Spitäler, die Leistungen ambulant zu erbringen. Das hohe Niveau der aktuellen Baserates in der Schweiz¹⁵ gibt den Spitälern einen starken Anreiz, die Leistungen stationär zu erbringen.

¹⁵ Das hohe Schweizer Baserate Niveau ist auch der Tatsache geschuldet, dass die Kantone in Erfüllung einer ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen die Baserates der eigenen Spitäler genehmigen oder festsetzen. Auch wenig hilfreich ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass der Bund die seit 2018 angekündigte Festlegung eines wirksamen nationalen Effizienzmaßstabs für die Tarifierung stationärer Spitalleistungen immer noch nicht umgesetzt hat.

Hinzu kommt, dass stationäre und ambulante Leistungen in der Schweiz nicht einheitlich von den Kantonen und der Krankenversicherung finanziert werden. Tatsächlich übernehmen aktuell die Krankenversicherungen maximal 45 % der Spitalkosten für stationäre Leistungen. Der Rest wird von den Kantonen erstattet. Ambulante Leistungen werden hingegen vollständig von der Krankenversicherung übernommen. Es ist deshalb aktuell für die Krankenversicherer wenig attraktiv, ambulante Behandlungen zu fördern. Unter dem Strich haben sowohl die Spitäler als auch die Krankenversicherer zu wenig Interesse an der Förderung der ambulanten Leistungserbringung.

Die am 24. November 2024 beschlossene EFAS-Reform sieht ab 2028 eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen durch die Kantone und die Krankenversicherer vor. Dies sollte die ambulante Leistungserbringung fördern, unnötige Spitalaufenthalte vermeiden, die Versorgungsqualität verbessern und die Kostenentwicklung dämpfen. Dies ist angesichts der skizzierten Fehlanreize zu begrüßen und gibt Anlass zur Hoffnung, dass (endlich) die entsprechenden Fehlanreize zumindest teilweise beseitigt werden.

5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die **Ambulantisierung** im Schweizer Gesundheitswesen ist **deutlich weniger weit fortgeschritten** als in anderen Ländern. Die Ambulantisierung bietet jedoch ein **grosses Potenzial**, um die **Qualität** und **Effizienz** der Versorgung zu **verbessern**. Sie führt zu Kostenreduktionen, da ambulante Behandlungen in der Regel deutlich günstiger sind als stationäre. Für die Patientinnen und Patienten bedeuten ambulante Behandlungen kürzere Aufenthalte und eine schnellere Rückkehr in ihre gewohnte Umgebung, was die Genesung fördert. Zudem werden die Spitäler entlastet, sodass sie sich auf komplexe Fälle konzentrieren können. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, eine wachsende Zahl von Eingriffen sicher ambulant durchzuführen. Mit der Einführung von **EFAS** können zudem Fehlanreize korrigiert und die Leistungserbringung effizienter gesteuert werden. Das Sparpotenzial ist beträchtlich, ohne dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird. Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie veranschlagt das mögliche Sparpotenzial auf bis zu 440 Millionen Franken pro Jahr. In welchem Umfang und wie schnell es realisiert werden kann, hängt vom Verhalten der Akteure ab und kann daher nur grob geschätzt werden.¹⁶ Schliesslich führt die Ambulantisierung zu einer **Entlastung des Pflegepersonals** und eröffnet Chancen für **moderne Versorgungsmodelle** wie die integrierte Versorgung oder Tageskliniken.

Gleichzeitig bestehen jedoch auch **Herausforderungen** und Risiken. Die **Infrastruktur** ist noch stark auf die stationäre Versorgung ausgerichtet. Die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung erfordert daher auch eine entsprechende Umgestaltung der Infrastruktur. Der Abbau von stationären Spitalinfrastrukturen sollte durch die Stärkung der ambulanten Zentren sowie die Förderung der integrierten Versorgung unterstützt bzw. begleitet werden. In der Übergangsphase drohen jedoch Doppelstrukturen und somit Ineffizienzen. Ohne eine sorgfältige Steuerung des Ambulantisierungsprozesses besteht die Gefahr, dass es eher zu einer Verlagerung der Kosten in andere Bereiche kommt, anstatt zu effektiven Einsparungen. Die Vergütungssysteme sind nach wie vor stark auf die stationäre Leistungserbringung ausgerichtet. **Die aktuell hohen Baserates bremsen die Verlagerung zur ambulanten Erbringung.** Per 2026 wird der neue ambulante Arzttarif, welcher aus dem Einzelleistungstarif TARDOC und den ambulanten Pauschalen besteht, in Kraft treten. Wenn die Leistungserbringer den neuen ambulanten Arzttarif als nicht lukrativ genug empfinden, könnte dies die Verlagerung hemmen.

Die im Bereich der ambulanten Versorgung führenden Länder wie Dänemark und Schweden haben trotz einer niedrigen Anzahl an Spitalbetten und kurzen Aufenthaltsdauern sehr hohe Spitalkosten pro Kopf. Die Schweiz liegt bei den Spitalausgaben pro Kopf bereits auf dem vierten Platz. Zwischen 2015

¹⁶ [schluessbericht-polynomics-einheitliche-finanzierung.pdf](https://www.schluessbericht-polynomics-einheitliche-finanzierung.pdf), S. 5, 34.

und 2023 sind die Spitälerkosten für ambulante Leistungen unter anderem infolge der steigenden Fallzahlen um 46 % gestiegen. Die Einsparungen durch tiefere Kosten ambulanter Behandlungen sollten jedoch nicht durch eine Mengeausweitung kompensiert werden.

Vor dem Hintergrund des internationalen Vergleichs des Ambulantisierungsgrads muss festgehalten werden, dass die Schweiz unter Handlungsdruck steht. Länder wie die Niederlande zeigen, dass ein deutlich höherer Anteil ambulanter Behandlungen möglich ist – und das bei niedrigeren Kosten.

Aus diesen Gründen ergeben sich für den Preisüberwacher klare Handlungsempfehlungen zur Kostendämpfung

1. **Erweiterung der Eingriffsliste:** Die Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden chirurgischen Eingriffe ist deutlich zu erweitern.
2. **Anpassung der Versorgungsstrukturen:** Eine gezielte und systematische Umgestaltung bestehender Strukturen zugunsten leistungsfähiger ambulanter Angebote, etwa in Form von Tageskliniken oder integrierten Versorgungszentren, ist rasch in Angriff zu nehmen. Gleichzeitig ist ein gezielter Abbau stationärer Überkapazitäten zur Reduktion von Doppel-spurigkeiten voranzutreiben.
3. **Nationale Versorgungsplanung:** Die heutige von den Kantongrenzen gehemmte Spitalplanung steht einer effizienten Spital- und Versorgungsstruktur im Weg. Eine nationale Planung, gestützt auf Versorgungsregionen und Qualitätsdaten, tut Not.
4. **Monitoring der Kosten- und Mengenentwicklung:** Die Kosten- und Mengenentwicklung der stationären und ambulanten Leistungen sowohl in den Spitälern als auch in den ambulanten Zentren (Arztpraxen, Tageskliniken, etc.) ist systematisch zu beobachten und auszuwerten.
5. **Anpassung der finanziellen Anreize:** Die Baserates sind zu reduzierten auf ein wirtschaftliches Niveau, um eine stationäre Erbringung aus rein finanziellen Gründen zu vermeiden. Dies bedingt u.a. die rasche Inkraftsetzung eines wirksamen nationalen Effizienzmaßstabs für die Entschädigung stationärer Spitalleistungen.
6. **Nutzung internationaler Best Practices:** Internationale Best Practices sind systematisch zu analysieren und an die Schweizer Rahmenbedingungen anzupassen, um erfolgreiche Modelle massgeschneidert übernehmen zu können.

6 Beilagen

6.1 Listen der chirurgischen Eingriffe

Liste OECD	Liste OECD	Liste 2019 Schweiz	Liste 2023 Schweiz
Cataract surgery	Katarakt		Katarakt
Tonsillectomy	Tonsillektomie	Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden
Transluminal coronary angioplasty	Transluminale Koronarangioplastie		Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation
Coronary artery bypass graft	Koronarerterienbypass-Operation		
Stem cell transplantation	Stammzelltransplantation		
Appendectomy	Appendektomie		
Cholecystectomy	Cholezystektomie		
Repair of inguinal hernia	Leistenbruch	Einseitige Hernienoperationen	Einseitige Hernienoperationen
Open prostatectomy	Offene Prostatektomie		
Transurethral prostatectomy	Transurethrale Resektion der Prostata		
Hysterectomy	Hysterektomie		
Caesarean section	Kaiserschnitt		
Hip replacement (total and partial, including the revision of hip replacement)	Hüftgelenksendoprothese (total und partial, inkl. Revision)		
Knee replacement (including the revision of knee replacement)	Knieprothese (total und partial, inkl. Revision)		
Partial excision of mammary gland	Partielle Exzision der Mamma		
Total mastectomy	Vollständige Mastektomie		
		Krampfaderoperationen der unteren Extremität	Krampfaderoperationen der unteren Extremität
		Eingriffe an Hämorrhoiden	Eingriffe an Hämorrhoiden
		Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter	Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
		Kinearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus	Kinearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus
			Handchirurgische Eingriffe
			Fusschirurgische Eingriffe im Bereich der Zehen (exkl. Hallux valgus)
			Osteosynthesematerialentfernung (OSME)
			Kardiologische Untersuchungsverfahren (Kardio-Diagnostik)
			Implantation, Wechsel und Entfernung von Herzschrittmachern
			Eingriffe an Nabelhernien
			Eingriffe an Anal fisteln
			Zirkumzision
			Extrakorporelle Stoßwellenlithotripsie (ESWL)

6.2 Standardisierte Fallzahlen pro Eingriff der Listen 2019 und 2023

Standardisierte Fallzahlen pro 10'000 Einwohner/innen	Total	stationär	ambulant	Anteil ambulant in %	2015-2023
Arthroskopie des Kniegelenks 2015	27.5	18.2	9.3	34%	
Arthroskopie des Kniegelenks 2023	16.7	5.5	11.2	67%	98%
Hämorrhoiden 2015	10.9	3.8	7.1	65%	
Hämorrhoiden 2023	11.1	1.2	9.9	89%	37%
Leistenhernie 2015	17.3	13.6	3.7	21%	
Leistenhernie 2023	16.3	4.6	11.6	72%	234%
Tonsillotomie, Adenoidektomie 2015	2.6	1.4	1.2	46%	
Tonsillotomie, Adenoidektomie 2023	2.2	0.7	1.5	68%	47%
Uterus 2015	28.4	7.5	21.0	74%	
Uterus 2023	35.7	3.6	32.1	90%	22%
Varizen 2015	16.8	7.3	9.5	57%	
Varizen 2023	22.5	1.7	20.8	93%	63%
Zervix 2015	10.8	3.1	7.7	72%	
Zervix 2023	8.4	0.9	7.5	89%	25%
Analfisteln 2015	2.9	1.6	1.3	46%	
Analfisteln 2023	3.5	0.9	2.6	74%	61%
ESWL 2015	3.3	1.5	1.9	56%	
ESWL 2023	1.1	0.1	1.0	90%	60%
Fusschirurgie 2015	5.4	3.4	2.0	38%	
Fusschirurgie 2023	3.8	2.0	1.8	47%	24%
Handchirurgie 2015	45.5	4.0	41.5	91%	
Handchirurgie 2023	52.4	3.3	49.1	94%	3%
Herzschrittmachern 2015	6.6	4.5	2.2	33%	
Herzschrittmachern 2023	8.3	3.8	4.5	55%	67%
Kardio-Diagnostik 2015	113.8	21.4	92.4	81%	
Kardio-Diagnostik 2023	144.1	12.3	131.8	91%	13%
Katarakt 2015	112.0	4.4	107.6	96%	
Katarakt 2023	139.9	2.6	137.3	98%	2%
Nabelhernien 2015	4.7	3.2	1.5	32%	
Nabelhernien 2023	5.5	2.4	3.1	56%	75%
OSME 2015	15.4	6.6	8.8	57%	
OSME 2023	14.4	4.5	9.9	69%	20%
PTA 2015	12.3	9.0	3.3	27%	
PTA 2023	11.2	8.1	3.2	28%	5%
Zirkumzision 2015	10.9	1.1	9.8	90%	
Zirkumzision 2023	10.1	0.9	9.2	91%	1%

Tabelle: Standardisierte Fallzahlen 2015 und 2023 pro 10'000 Einwohner/innen, Anteil ambulant in % und Entwicklung 2015-2023.

Quelle: Obsan, [Total AvS | Obsan](#), 29.09.2025.