

Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung

Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009 – 2015

Standpunkt

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung soll das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden, ohne die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu gefährden. Eine umfassende Evaluation soll zeigen, ob und inwieweit diese Ziele erreicht werden (www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung). Die Evaluation wird 2019 mit einem Bericht an den Bundesrat abgeschlossen.

Als Teil der Evaluation wurde das Obsan beauftragt, ein Monitoring von Qualitätsindikatoren durchzuführen. Das Monitoring trägt dazu bei, die Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen zu untersuchen. Das vorliegende Bulletin weist gegenüber den früheren Studien einige Neuerungen auf: Die Zeitreihen werden nun bis 2015 fortgeführt. Erstmals werden neben den Indikatoren für die Akutsomatik auch Indikatoren für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation betrachtet.

Auffällige und insbesondere besorgniserregende Entwicklungen sind seit der Umsetzung der Revision bisher weder in der Akutsomatik, noch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation erkennbar. Zwei Trends sollten jedoch weiter beobachtet und tiefergehend analysiert werden: Zum einen zeigt sich seit 2009 eine leichte, aber signifikante Zunahme der Rehospitalisierungen in der Akutsomatik, zum anderen steigen die Anteile der Weiterbetreuungen in einem Pflegeheim oder durch die ambulante Krankenpflege nach einem akutstationären Aufenthalt weiter an.

Ob diese Veränderungen auf die Revision zurückzuführen sind, lässt sich allein anhand der Indikatoren nicht klären, ebenso wenig, ob es sich um die Auswirkungen von negativen Entwicklungen handelt, z. B. von zu frühen Entlassungen. Die Zeitreihen sollen weiterhin beobachtet und mit Erkenntnissen aus zusätzlichen Studien verknüpft werden. Dies wird bis zum Abschluss der Evaluation eine bessere Beurteilung ermöglichen.

Thomas Christen, Vizedirektor, Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) damit beauftragt, den Einfluss der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung auf verschiedene Bereiche evaluieren zu lassen, unter anderem auf die Qualität der stationären Spitalleistungen (BAG, 2015). Das Obsan hat den Auftrag erhalten, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen eines Monitorings zu verfolgen. Folgende Fragestellungen sind dabei zentral:

Wie hat sich die Qualität der stationären Spitalleistungen im Laufe der letzten Jahre entwickelt und welche zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhänge zwischen allfälligen Qualitätsveränderungen und der Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind erkennbar?

Welchen Einfluss haben die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Schnittstellen innerhalb des stationären Bereichs (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation/Geriatrie) sowie zwischen diesen stationären und nachgelagerten Bereichen (Pflegeheime, Spitex)?

Um diese Fragen zu beantworten, wird die Qualität von stationären Spitalleistungen anhand von Indikatoren auf drei verschiedenen Ebenen untersucht: (1) Ebene der Patientinnen und Patienten, (2) Ebene der Schnittstellen, welche die Übergänge in die Nachversorgung abbilden, und (3) die Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken (vgl. T 1).

Dieses Bulletin ist eine Aktualisierung bisheriger Obsan-Studien, die im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt wurden (Kohler, Widmer und Weaver, 2015, Widmer und Kohler 2016). Neu wird der Zeitraum 2009 bis 2015 untersucht. Neben der Akutsomatik werden zusätzlich die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie separat analysiert (vgl. Kasten 1). Die Indikatoren sind an die jeweiligen Versorgungsbereiche angepasst (vgl. T 1). Als Ergänzung zu diesem Bulletin existiert ein ausführlicher Tabellenbericht mit Ausführungen zum methodischen Vorgehen und detaillierteren Auswertungen (vgl. Hedinger, Tuch & Widmer, 2017).

Indikatoren zur Messung der Qualität der stationären Leistungen

T 1

Ebene	Indikatoren
Patient/innen	<ul style="list-style-type: none"> – Mittlere Aufenthaltsdauer – Rehospitalisierungsraten (Akutsomatik): <ul style="list-style-type: none"> – Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen nach Spitalaustritt (Rehospitalisierungen gemäss SwissDRG-Fallzusammenführung) – Mortalitätsraten im Spital (Akutsomatik): <ul style="list-style-type: none"> – insgesamt – nach einem Herzinfarkt – bei Herzinsuffizienz – nach einem Schlaganfall – bei Pneumonie – bei COPD (chron. Lungenerkrankung)
Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none"> – Akutsomatik → Psychiatrie/Rehabilitation/Geriatrie/Pflegeheim/Spitex – Rehabilitation/Geriatrie → Pflegeheim/Spitex – Psychiatrie → Pflegeheim/Spitex
Personal	<ul style="list-style-type: none"> – Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Berufsgruppe – Anzahl VZÄ pro 1 000 Fälle nach Berufsgruppe

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

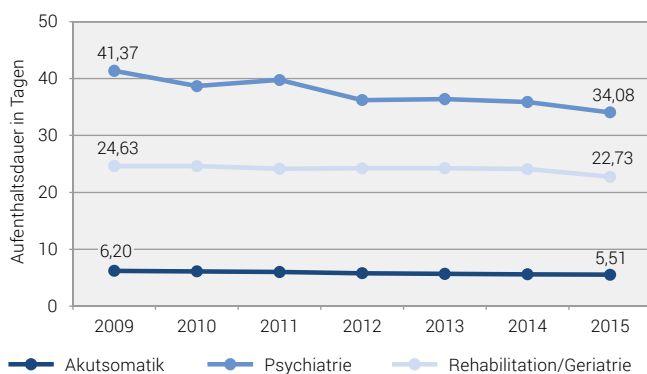
© Obsan 2017

Entwicklung der Fallzahlen¹

Absolut gesehen kam es in allen drei Versorgungsbereichen zwischen 2009 und 2015 zu einer Zunahme der pro Jahr behandelten Fälle. In der Akutsomatik nahmen die Fallzahlen jährlich durchschnittlich um 1,5%, in der Psychiatrie und in der Rehabilitation/Geriatrie um je 2,6% zu. Betrachtet man die nach Alter und Geschlecht standardisierten Raten, so lässt sich in der Akutsomatik über die Jahre hinweg kein und in den beiden anderen Versorgungsbereichen ein weitaus geringerer durchschnittlicher Zuwachs feststellen. Pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner haben die Akutspitäler zwischen 144,4 (2013) und 145,8 (2009) Fälle behandelt. In der Psychiatrie liegt die standardisierte Rate zwischen 7,9 (2009) und 8,6 (2015) und in der Rehabilitation/Geriatrie zwischen 11,9 (2012) und 12,7 Fällen (2015) pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer nach Versorgungsbereichen, 2009–2015

G 1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2017

¹ Um die Fallzahl über den untersuchten Zeitraum vergleichbar zu machen, wurden die Fälle vor 2012 neu definiert (vgl. Kasten 2).

Kasten 1: Abgrenzung der Versorgungsbereiche

Die von den Spitälern angebotenen Versorgungsbereiche werden gemäss den Hauptkostenstellen und der Krankenhaustypologie des BFS abgegrenzt. Die Fälle werden den verschiedenen Bereichen zunächst auf Basis der Hauptkostenstelle und, falls nötig, anschliessend auch aufgrund der Typologie zugeordnet. Dabei gelten die folgenden Definitionen:

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation/ Geriatrie
Definition des Falls ¹	A	A, C	A
Hauptkostenstelle ²	Alle ausser: M500, M900, M950	M500	M900, M950
Krankenhaustypologie ³	Alle ausser: K 21, K 221, K 234	K 21	K 221, K 234

¹ A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C: Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt.

² M 500 = Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatrie; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation. Hauptkostenstellen in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sind technisch identisch zu den Leistungsstellen in der Krankenhausstatistik.

³ K 21 = Psychiatrische Kliniken; K 221=Rehabilitationskliniken; K 234=Geriatriische Kliniken

Quelle: Obsan

© Obsan 2017

Indikatoren auf Ebene der Patientinnen und Patienten

Aufenthaltsdauer

In der Akutsomatik ist die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2009 und 2015 von 6,2 auf 5,5 Tage gesunken (vgl. G1). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Abnahme von 1,9%. Zudem zeigt eine multivariate Analyse (s. Kasten 3), dass dieser Rückgang auch unter Berücksichtigung von weiteren Einflussvariablen statistisch signifikant ist. Auch in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie nimmt die mittlere Aufenthaltsdauer ab, dies sowohl bei den beobachteten als auch bei den durch die multivariaten Modelle adjustierten Werten. Im Durchschnitt ist die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie pro Jahr um 3,1%, und in der Rehabilitation/Geriatrie um 1,3% zurückgegangen.

Inwiefern die Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer seit 2009 in den untersuchten stationären Versorgungsbereichen mit der KVG-Revision zusammenhängt, lässt sich anhand der vorhandenen Daten nicht eindeutig klären. Die mittlere Aufenthaltsdauer nimmt über den gesamten untersuchten Zeitraum kontinuierlich ab; d. h. vor und nach 2012 zeigt sich ein ähnlich starker Rückgang. Auffällige Veränderungen bezüglich Aufenthaltsdauer in den Jahren nach Umsetzung der Revision sind nicht festzustellen.

Rehospitalisierungen in der Akutsomatik

In der Akutsomatik hat der Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen (Rehospitalisierung gemäss SwissDRG-Fallzusammenführung; vgl. Kasten 2) zwischen

Kasten 2: Definition des Behandlungsfalls ab 2012

Die Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung und die damit verbundene Neudefinition des Behandlungsfalls für die nach SwissDRG vergüteten Leistungen (Akutsomatik) haben zu einem Bruch in der Zeitreihe zwischen 2011 und 2012 geführt. Im Wesentlichen gilt, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 18 Kalendertagen nach dem Austritt im gleichen Spital und in der gleichen Hauptdiagnosengruppe (MDC) wieder aufgenommen wird (Rehospitalisierung), kommt es zu einer Fallzusammenführung (vgl. SwissDRG, 2014 und 2015). Entsprechend wird in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser seit 2012 nur noch ein Fall erfasst und nicht mehr zwei wie bis 2011. Die Aufenthaltstage werden dabei addiert, was keinen Einfluss auf die Gesamtdauer hat, aber die mittlere Aufenthaltsdauer ab 2012 auf Grund dieser Berechnungsänderung erhöht.

Um dennoch Vergleiche über den Zeitraum 2009–2015 anstellen zu können, wurden für die Fälle 2009–2011 mittels 3M Kombi-Groupen der SwissDRG AG rückwirkend die MDC bestimmt und die Fälle gemäss der neuen Falldefinition zusammengeführt. Der Bruch in der Zeitreihe wurde damit beseitigt. Für die Gruppierung der Fälle (bzw. Bestimmen der MDC) wurden für 2009 und 2010 die Groupen-Version «SwissDRG 1.0 Katalog-/Planungsversion» und für 2011 die Version «SwissDRG 1.0 Planungsversion 2» verwendet. Die Datenjahrgänge 2012 bis 2015 wurden mit der Abrechnungsversion des jeweiligen Jahres gruppiert. Dies entspricht der Gruppierung, wie sie durch das BFS vorgenommen wird. Detaillierte Information zur Fallzusammenführung sind dem begleitenden Tabellenbericht zu entnehmen (vgl. Hedinger, Tuch & Widmer, 2017).

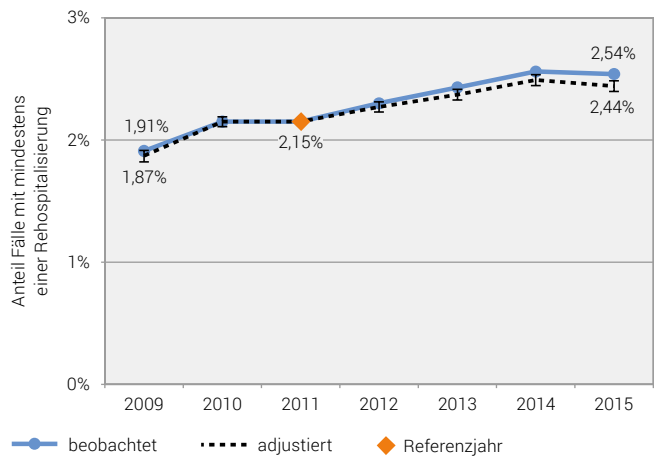
Rehospitalisierungen: Die Anzahl Rehospitalisierungen pro Fall wurde anhand der Regel für Fallzusammenführungen von SwissDRG bestimmt (vgl. SwissDRG, 2014 und 2015): Die Anzahl Rehospitalisierungen eines Falles entspricht der Anzahl Wiedereintritte innerhalb einer Fallzusammenführung. D. h. Wiedereintritte in das gleiche Spital mit derselben MDC und/oder aufgrund von Komplikationen innerhalb von 18 Tagen ab Erstaustritt werden als Rehospitalisierungen gezählt.

2009 und 2015 von 1,91% auf 2,54% leicht zugenommen (vgl. G2). Die jährliche Zunahme erfolgte bis 2014 stetig und betrug im Durchschnitt 0,13 Prozentpunkte. Zwischen 2014 und 2015 stabilisierten sich die Rehospitalisierungsraten und lagen bei 2,56% bzw. 2,54%. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussvariablen im multivariaten Modell (vgl. Kasten 3) bleibt ein leichter, aber statistisch signifikanter Anstieg der Rehospitalisierungsraten über die Zeit bestehen. Im Vergleich zum Referenzjahr 2011 sind die adjustierten Rehospitalisierungsraten bis 2014 bzw. 2015 von 2,15% auf 2,49% bzw. 2,44% gestiegen (vgl. G2).

Betrachtet man die mittlere Aufenthaltsdauer der den Rehospitalisierungen vorangegangenen Spitalaufenthalte, so zeigt sich, dass diese zwischen 2009 und 2012 von 6,4 auf 5,8 Tage gesunken ist und sich anschliessend bei 5,7 bis 5,9 Tage stabilisiert hat.

Entwicklung der Rehospitalisierungsraten in der Akutsomatik, 2009–2015

Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen **G 2**



Anmerkung: Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

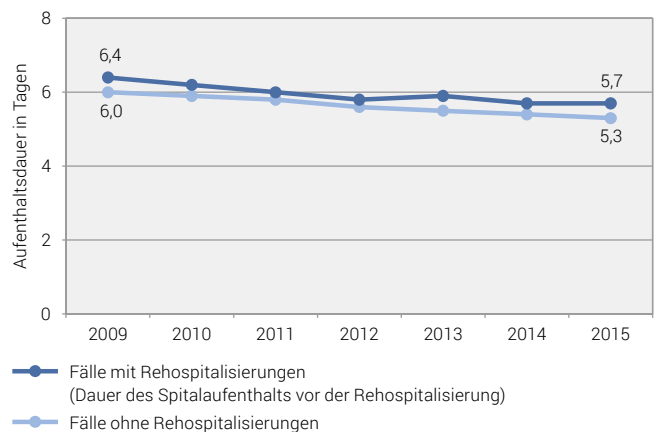
© Obsan 2017

Über den ganzen Untersuchungszeitraum gesehen, nahm die Aufenthaltsdauer bei Fällen mit Rehospitalisierungen ungefähr gleich stark ab (tendenziell sogar etwas schwächer) wie bei Fällen ohne Rehospitalisierungen (10,3% vs. 11,9%; vgl. G3). Dies entspricht einer durchschnittlichen Abnahme von jährlich 1,8% bzw. 2,1%. Diese Auswertung liefert demnach keine Hinweise, die darauf hindeuten, dass die Zunahme bei den Rehospitalisierungsraten mit einem Rückgang der Aufenthaltsdauer in Verbindung steht.

Eine wichtige Einschränkung bezüglich der Interpretation der Rehospitalisierungsraten ist, dass die Bestimmung der Hauptdiagnosengruppen (MDC) – anhand welcher Rehospitalisierungen identifiziert werden – für die Jahre 2009 bis 2011 auf einer anderen Version des Gruppierungsalgorithmus von SwissDRG beruhen als die Jahre danach (vgl. Kasten 2). D. h. die Vergleichbarkeit der einzelnen Datenjahrgänge, insbesondere vor 2012, ist nicht

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik bei Fällen mit und ohne Rehospitalisierungen, 2009–2015

G 3

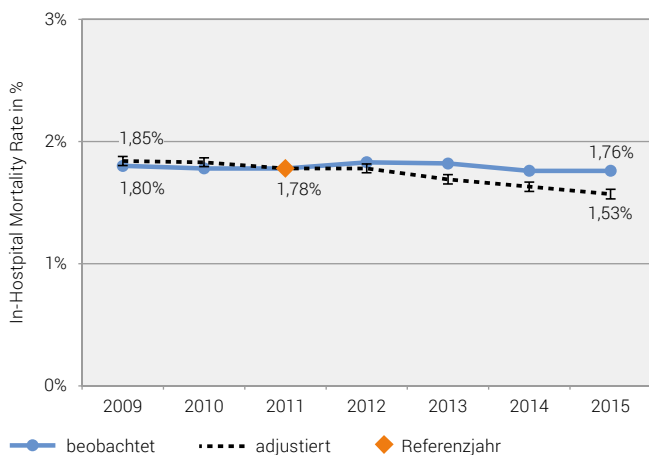


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2017

Entwicklung der 30-Tage Mortalitätsrate (im Spital) in der Akutsomatik, 2009–2015

G 4



Anmerkung: Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2017

uneingeschränkt gegeben. Die Betrachtung eines längeren Zeitraums über 2015 hinaus wird zeigen, wie sich der Indikator weiterhin entwickelt und ob sich die Nivellierung ab 2014 auch in Zukunft bestätigt.

Mortalitätsraten in der Akutsomatik

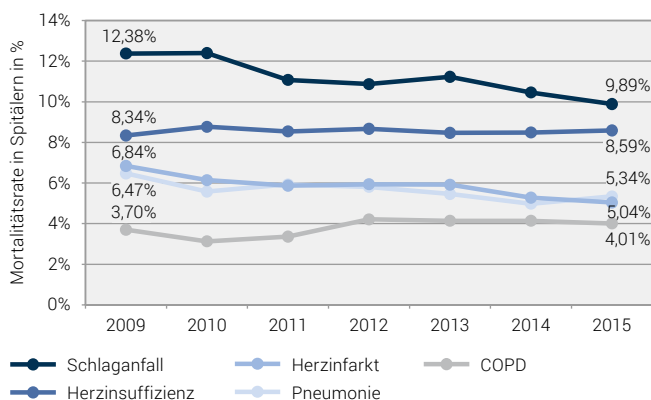
Der Anteil der innerhalb von 30 Tagen im Spital Verstorbenen an allen hospitalisierten Fällen ist in der Akutsomatik zwischen 2009 und 2015 im Bereich von 1,8% stabil geblieben. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussvariablen im multivariaten Modell (vgl. Kasten 3) ist ein leichter, aber statistisch signifikanter Rückgang der Mortalität über die Zeit zu beobachten. Im Vergleich zum Referenzjahr 2011 ist die adjustierte Mortalitätsrate bis 2015 von 1,8% auf 1,5% gesunken (vgl. G4).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Mortalitätsraten einiger häufiger Erkrankungen (vgl. G5). Die im Spital beobachteten Raten von an Schlaganfall, Herzinfarkt oder Pneumonie Verstorbenen sind über den gesamten Untersuchungszeitraum gesunken (von 12,4% auf 9,9%, von 6,8% auf 5,0% und von 6,5% auf 5,3%). Bei der Herzinsuffizienz hingegen ist die Mortalität im Spital ab 2009 von 8,3% zunächst angestiegen und ab 2011 bis 2015 stabil bei rund 8,5% – 8,6% geblieben. Die Rate von an COPD Verstorbenen war zwischen 2009 und 2010 von 3,7% auf 3,1% gesunken, nahm dann bis 2012 zu (4,2%) und nimmt seither konstant leicht ab (4,0% im Jahr 2015).

Seit der Umsetzung der Revision zeigen die hier analysierten Daten keinen Anstieg der Mortalitätsraten in der stationären Akutsomatik. Ähnlich wie bei der Aufenthaltsdauer nehmen die Mortalitätsraten auch nach 2012 weiterhin ab. Mit anderen Worten: Im Spital sterben seit 2012 relativ gesehen weniger Fälle. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass die in Spitälern Verstorbenen kein Abbild der Mortalität insgesamt darstellen, denn aufgrund von Limitierungen in den Datenquellen kann nicht berechnet werden, wie viele Personen innerhalb eines

Entwicklung der 30-Tage Mortalitätsrate (im Spital) in der Akutsomatik nach Diagnosegruppen, 2009–2015

G 5



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2017

bestimmten Zeitfensters ausserhalb des Spitals verstorben sind. D. h. die effektiven 30-Tage-Mortalitätsraten sind nicht bekannt.

Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen (Behandlungsketten)²

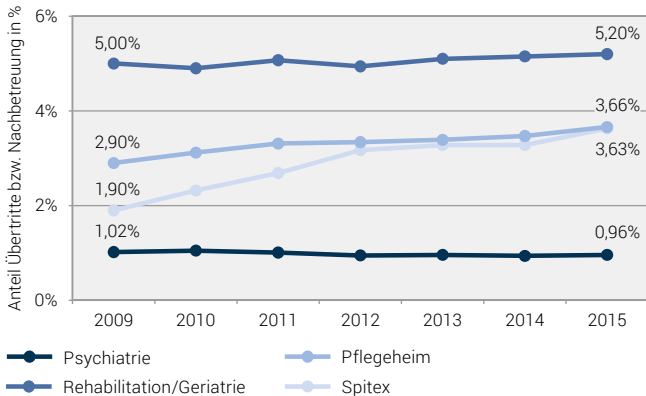
Die KVG-Revision Spitalfinanzierung schuf durch die Einführung von SwissDRG Anreize, die Aufenthaltsdauer im Bereich der akuten stationären Versorgung möglichst kurz zu halten. Dementsprechend stellt sich die Frage, ob und inwieweit dadurch vermehrt Verlagerungen in Bereiche der Nachversorgung stattfinden.

Die Entwicklung der Fallzahlen der Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären akuten Behandlung in nachgelagerte Einrichtungen übertreten, fällt in Abhängigkeit des Versorgungsbereichs unterschiedlich aus (vgl. G6). So ist der Anteil der Übertritte innerhalb von 30 Tagen von der Akutsomatik in die Psychiatrie mit rund 1% und in die Rehabilitation/Geriatrie mit rund 5% über den untersuchten Zeitraum relativ stabil geblieben.

Eine Zunahme zeigt sich hingegen bei den Personen, die im Anschluss an einen Aufenthalt in der Akutsomatik in Pflegeheimen oder durch die Spitex weiterbetreut werden. Der Anteil von Weiterbetreuungen in Pflegeheimen ist zwischen 2009 und 2015 von 2,9% auf 3,7% gestiegen und derjenige für die Weiterbetreuungen durch die Spitex hat sich von 1,9% auf 3,6% fast verdoppelt. In beiden Nachversorgungseinrichtungen ist insbesondere ein Anstieg zwischen 2009 und 2011 bzw. 2012 zu beobachten, mit einer anschliessenden Stabilisierung bis 2014 und einem erneuten Anstieg zwischen 2014 und 2015 (vgl. G6). Dabei ist der Anteil der Weiterbetreuungen in Pflegeheimen zwischen 2009 und 2011

² Anmerkung zu den Schnittstellen Akutsomatik-Psychiatrie sowie Akutsomatik-Rehabilitation/Geriatrie: Aufgrund von Problemen mit den Verbindungs-codes einzelner Spitäler in der MS musste für bestimmte Jahre und einzelne Institutionen der Anteil Übertritte mit den Daten des vorherigen bzw. nachfolgenden Jahres geschätzt werden. Die Verschlüsselung der Patientendaten bzw. die Erstellung des anonymen Verbindungscode wird direkt von den Spitälern vorgenommen. Genauere Informationen dazu findet man im Tabellenbericht.

Anteil Übertritte von der Akutsomatik in nachgelagerte Versorgungsbereiche, 2009–2015 G 6



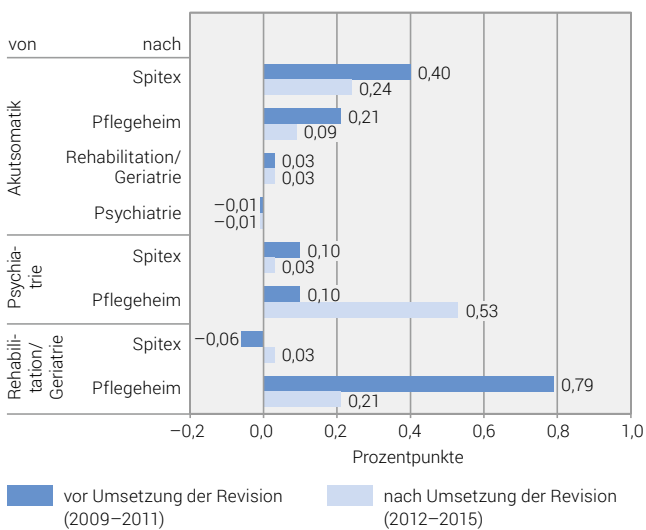
Anmerkung: Übertritte in Psychiatrie und Rehabilitation wurden unter Berücksichtigung des Verbindungscode und eines 30-tägigen Zeitfensters berechnet; Übertritte in Pflegeheime oder die Weiterbetreuung durch die Spitex wurden anhand der Variable «Aufenthalt nach Austritt» in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2017

jährlich um durchschnittlich 0,21 Prozentpunkte gestiegen, und nach Umsetzung der Revision im Zeitraum 2012 bis 2015 nur noch um 0,09 Prozentpunkte (vgl. G7). Bei der Nachversorgung durch die Spitex betrug der Anstieg jährlich 0,40 Prozentpunkte zwischen 2009 und 2011, und 0,24 Prozentpunkte zwischen 2012 und 2015.

Beim Übergang von der Psychiatrie ins Pflegeheim stieg hingegen der Anteil der Weiterbetreuungen vor 2012 jährlich weniger stark an als danach (0,10 vs. 0,53 Prozentpunkte). Demgegenüber nahm der Anteil von Fällen, die nach einem Aufenthalt in der

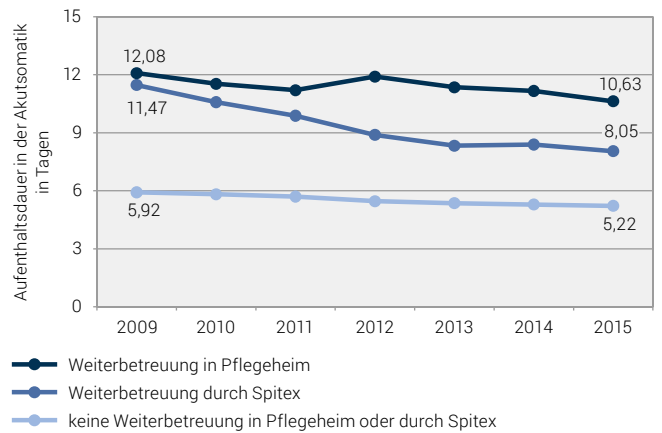
Durchschnittliche jährliche Veränderung der Übertritte bzw. Weiterbetreuungen in nachgelagerte Versorgungseinrichtungen, 2009–2015 G 7



Anmerkung: Übertritte in Psychiatrie und Rehabilitation wurden unter Berücksichtigung eines 30-tägigen Zeitfensters berechnet; Übertritte in Pflegeheime oder die Weiterbetreuung durch die Spitex wurden anhand der Variable «Aufenthalt nach Austritt» in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2017

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik bei Weiterbetreuung in Pflegeheim und durch Spitex, 2009–2015 G 8



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2017

Psychiatrie durch die Spitex weiter betreut werden, im Zeitverlauf nur gering und mit sinkender Tendenz zu (0,10 vs. 0,03 Prozentpunkte).

Ein markante Entwicklung zeigt sich bei den Übergängen von der Rehabilitation/Geriatrie in die Pflegeheime: Zwischen 2009 und 2012 stieg der durchschnittliche Anteil an Weiterbetreuungen pro Jahr um 0,79 Prozentpunkte; zwischen 2012 und 2015 jedoch nur noch um 0,21 Prozentpunkte.

Die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik von Patientinnen und Patienten, die später in ein Pflegeheim übertraten oder durch die Spitex weiter betreut wurden, nahm im untersuchten Zeitraum ab (vgl. G8): Von 12,1 Tagen im Jahr 2009 auf 10,6 Tage im Jahr 2015, wenn die Patientinnen und Patienten danach in ein Pflegeheim übertraten, und von 11,5 Tagen auf 8,1 Tage, wenn die Patientinnen und Patienten von der Spitex weiter betreut werden. Bei Personen in der Akutsomatik ohne Übertritt nahm die Aufenthaltsdauer im gleichen Zeitraum nur minimal von 5,9 auf 5,2 Tage ab.

Insgesamt lässt sich eine stärkere Verschiebung von der Akutsomatik auf nachgelagerte Versorgungsstrukturen feststellen bei gleichzeitiger Verkürzung der Spital-Verweildauer. Dies ist jedoch nur für die Übergänge in die nicht-klinischen Bereiche (Spitex und Pflegeheime) der Fall. Ebenfalls zeigt sich eine Zunahme der Übertritte von der Rehabilitation/Geriatrie in die Pflegeheime.

Indikatoren auf Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken

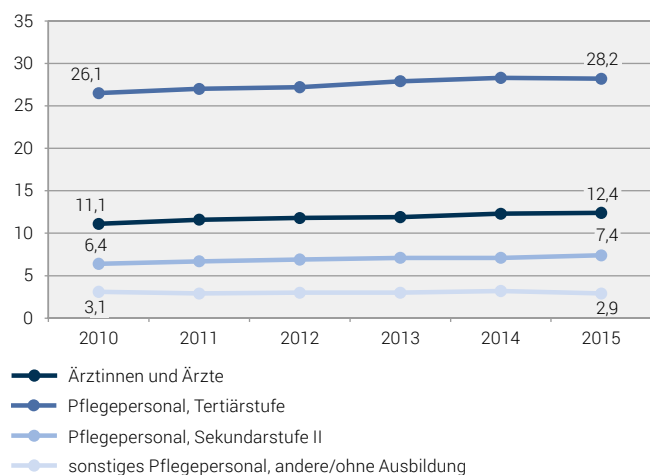
Im Bereich der Akutsomatik ist die Anzahl Vollzeitstellen pro 1000 Fälle zwischen 2010 und 2015 in fast allen Berufsgruppen gestiegen (vgl. G9).

Im Versorgungsbereich Psychiatrie ist bei den Ärztinnen und Ärzten das Betreuungsverhältnis zwischen 2010 und 2015 praktisch unverändert geblieben (29,0 vs. 28,7 Vollzeitstellen pro 1000 Fälle). Beim Pflegepersonal (Tertiärstufe) hingegen ist für den gleichen Zeitraum ein Rückgang um 5,0 Vollzeitstellen pro 1000 Fälle

Entwicklung des Betreuungsverhältnisses nach Berufsgruppe in der Akut-somatik, 2010–2015

Anzahl Vollzeitstellen pro 1 000 Fälle

G 9



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik

© Obsan 2017

festzustellen, während das Verhältnis von Psychologinnen und Psychologen pro 1000 Fälle um 6,3 Vollzeitstellen zugenommen hat (vgl. G 10).

In der Rehabilitation/Geriatrie kam es zwischen 2010 und 2015 zu einer Reduktion von 1,80 Vollzeitstellen pro 1000 Fälle beim Pflegepersonal (Tertiärstufe) und zu einer Zunahme von 1,50 beim sonstigen Pflegepersonal (andere/ohne Ausbildung) (vgl. G 11). Bei den beiden anderen Berufsgruppen kam es zu keinen grösseren Änderungen.

Die Beschäftigungssituation hat sich somit in den drei Versorgungsbereichen unterschiedlich entwickelt. Während in der Akut-somatik die Anzahl der Vollzeitstellen mehrheitlich zugenommen hat, waren in der Psychiatrie und in der Rehabilitation/Geriatrie eher ein Rückgang oder eine Stagnation zu verzeichnen. Inwiefern diese Entwicklungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der KVG-Revision stehen oder durch andere Einflussfaktoren, wie z. B. der Neuordnung der Pflegefinanzierung oder den sich abzeichnenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharzt-titel «Psychiatrie und Psychotherapie» bedingt sind, kann anhand der Zahlen nicht beurteilt werden.

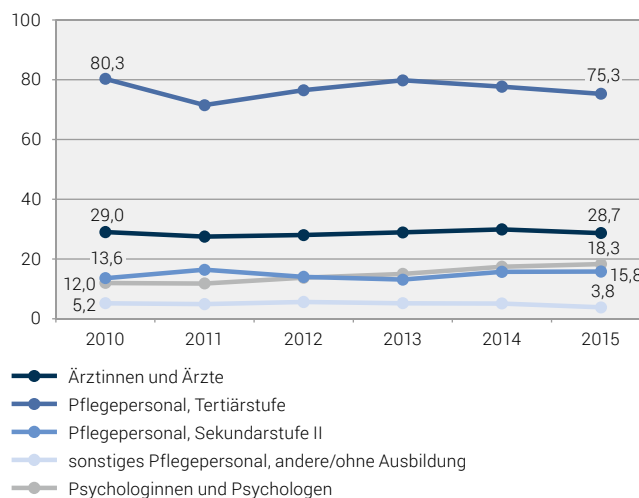
Fazit

Insgesamt zeigen die Analysen bei den meisten Indikatoren sichtbare und meist kontinuierliche Veränderungen im Zeitverlauf. Inwiefern diese Entwicklungen auf die KVG-Revision der Spitalfinanzierung insgesamt bzw. auf einzelne Massnahmen wie z. B. die Einführung von SwissDRG zurückzuführen sind, zeigen die Analysen nicht direkt auf. Grundsätzlich lässt sich aber feststellen, dass die Aufenthaltsdauer seit einigen Jahren kontinuierlich sinkt. Die Mortalitätsraten in den Spitälern nehmen ebenfalls ab; dieses Resultat ist aber aufgrund fehlender Daten über Todesfälle ausserhalb von Spitälern nur von beschränkter Aussagekraft. Mit dem Vorbehalt dieser Einschränkung können die Resultate als

Entwicklung des Betreuungsverhältnisses nach Berufsgruppe in der Psychiatrie, 2010–2015

Anzahl Vollzeitstellen pro 1 000 Fälle

G 10



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik

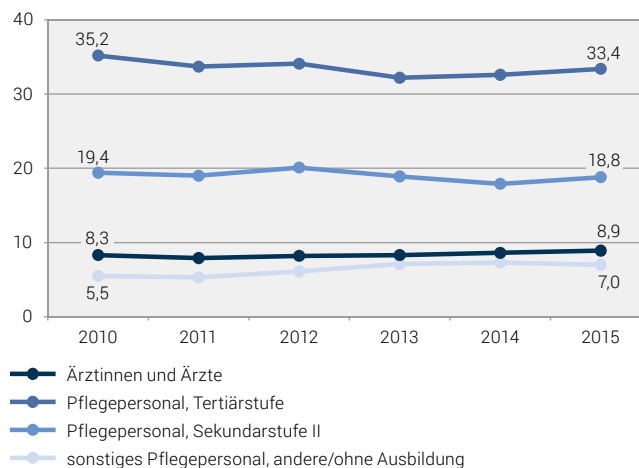
© Obsan 2017

eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität interpretiert werden. Bei den Rehospitalisierungen hingegen hat im selben Zeitraum eine leichte Zunahme stattgefunden. Ob dieser Anstieg auch mit den sinkenden Aufenthaltsdauern zusammenhängt (z. B. Verdacht auf verfrühte Entlassungen) und möglicherweise eine Verschlechterung der Behandlungsqualität widerspiegelt, wurde nicht untersucht. Eher dagegen spricht der Befund, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Rehospitalisierten länger ist als diejenige der übrigen Patientinnen und Patienten.

Entwicklung des Betreuungsverhältnisses nach Berufsgruppe in der Rehabilitation/Geriatrie, 2010–2015

Anzahl Vollzeitstellen pro 1 000 Fälle

G 11



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik

© Obsan 2017

Betrachtet man die Ergebnisse zu den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen, so zeigt sich eine klare Tendenz hin zu mehr nicht-klinischer Nachbetreuung durch Pflegeheime oder Spitex, während der Anteil an Übertritten in klinische Versorgungseinrichtungen stabil bleibt oder leicht abnimmt. Inwiefern die Zunahme bei der nicht-klinischen Nachbetreuung mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Verbindung steht oder durch andere Faktoren, wie z. B. die 2011 neugeordnete Pflegefinanzierung, bedingt ist, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht kausal überprüft werden.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit den bisherigen Obsan-Studien zum Themenbereich Qualität im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision (vgl. Widmer & Kohler, 2016; Kohler, Widmer & Weaver, 2015; Widmer & Weaver, 2011). Die Zunahme der Rehospitalisierungen wurde bereits in früheren Studien festgestellt. Sie konnte auch damals nicht eindeutig mit der KVG-Revision in Verbindung gebracht werden (vgl. Widmer & Kohler, 2016). Insgesamt zeigen die Analysen weiterhin auf, dass die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung keine auffälligen Ergebnisse betreffend Qualität der stationären Spitalleistungen zutage gefördert hat.

Auswertungen zur subjektiven Patientenzufriedenheit sowie zu Einschätzungen von Ärztinnen und Ärzten unterstützen unsere Resultate. So legen die Erhebungen des nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung (ANQ) nahe, dass Patientinnen und Patienten in Spitälern und Kliniken über die Jahre hinweg konstant sehr zufrieden sind und den Spitalaufenthalt stets mit Durchschnittswerten über 9 auf einer Skala von 0 (nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) bewerten (vgl. Tabellenbericht, Kap. 3.5).³ Bezüglich der Ärzteschaft zeigt eine durch die FMH in Auftrag gegebene Studie zur Untersuchung der Auswirkungen der KVG-Revision, dass bei den Ärztinnen und Ärzten die Zufriedenheit und Berufsidentifikation sehr hoch sind (vgl. gfs.bern, 2015). Zudem sähen sie eine hohe Behandlungsqualität als klar gegeben und der gewünschte Spielraum bei den Behandlungen sei trotz Fallpauschalen bestehen geblieben, sodass eine optimale Behandlung der Patienten sichergestellt sei und jeweils alle notwendigen Behandlungen durchgeführt werden könnten. Auf der anderen Seite hätten administrative Tätigkeiten leicht zugenommen, und Gewinnoptimierung sowie Sparvorgaben seien durchaus präsent, aber in eher geringerem Ausmass.

Abschliessend betrachtet sind auch vier Jahre nach der Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung anhand der gemessenen Indikatoren keine massgeblichen negativen Auswirkungen bzgl. der Qualität der stationären Spitalleistungen festzustellen. Es bleibt abzuwarten, ob die Entwicklung der folgenden Jahre diesen Trend weiter bestätigen wird. Zudem ist zu beobachten, wie sich die KVG-Revision auf die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie auswirken wird, da die mit der Revision einhergehenden neuen Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha erst noch umgesetzt werden.

Kasten 3: Daten und Methoden

Für die Analysen wurden Daten der Krankenhausstatistik (KS) und Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) im Zeitraum von 2009–2015 verwendet.

Um potenzielle Effekte der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität stationärer Leistungen zu untersuchen, wurde die zeitliche Entwicklung der Indikatoren jeweils pro Versorgungsbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation/Geriatrie) analysiert. Im Sinne eines prä-post-Vergleichs wurde dabei insbesondere der Zeitraum vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (2009–2011) mit dem nach der Einführung (2012–2015) verglichen. Für die Schnittstellen- und Personalindikatoren wurden deskriptive Analysen vorgenommen; für die Indikatoren auf Patientenebene wurden zusätzlich multivariate Modelle gerechnet, welche neben Alter, Geschlecht und Wohnkanton weitere Einflussgrössen berücksichtigen. Für die Akutsomatik waren dies ICD-10-Hauptdiagnosegruppen, Komorbiditäten (Charlson-Index) und Liegeklasse (privat- oder halbprivat vs. allgemein), für die Psychiatrie ICD-10-F-Hauptdiagnosegruppen (psychische und Verhaltensstörungen) und Komorbiditäten (Anzahl Nebendiagnosen), und für die Rehabilitation/Geriatrie ICD-10-Hauptdiagnosegruppen.

In Abhängigkeit des Skalenniveaus der Indikatoren (kontinuierlich oder diskret) wurden lineare Regressionsmodelle für die Aufenthaltsdauer und logistische Regressionsmodelle für die Rehospitalisierungs- und Mortalitätsraten berechnet. Neben den empirischen Werten (beobachtete Werte) wurden zusätzlich die durch die multivariaten Modelle angepassten Werte (adjustierte Werte) berechnet. Für die linearen Modelle sind dies die Least-Mean-Squares (LSM) und für die logistischen Modelle die anhand der Odds Ratio (OR) berechnete Veränderung in Prozentpunkten zum Referenzjahr 2011. Für sämtliche multivariaten Analysen wurden die unter 16-Jährigen ausgeschlossen.

Um den Behandlungsverlauf einzelner Patientinnen und Patienten zu analysieren (z. B. Schnittstellen), wurde deren anonymer Verbindungscode verwendet. Ein hierfür beantragter Verknüpfungsantrag wurde vom BFS bewilligt. Die Berechnung der Nachversorgung durch Spitex oder Pflegeheime entspricht den in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser gemachten Angaben.

³ Es gilt anzumerken, dass die ANQ-Indikatoren nicht zur Evaluation der KVG-Revision entwickelt wurden und dass es sich dabei nicht um Begleitforschung zur KVG-Revision Spitalfinanzierung handelt (vgl. www.anq.ch). Die hier beschriebenen Ergebnisse sind eigene Auswertungen basierend auf Daten der ANQ-Patientenbefragung.

Referenzen

BAG (2015). *Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom 13. Mai 2015)*. Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern. www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung, Zugriff am 10.4.2017.

gfs.bern (2015). *Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015*. Bern: gfs.bern. www.fmh.ch/files/pdf17/20160106_FMh-Begleitforschung_Schlussbericht_D.pdf, Zugriff am 27.3.17.

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung.

Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1^{re} étape, 2008–2012*. (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

SwissDRG. (2014). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG*. Bern: SwissDRG.

SwissDRG. (2015). *Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG*. Bern: SwissDRG.

Widmer, M. & Kohler, D. (2016). *Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der Versorgung – Aktualisierung 2013*. (Obsan Bulletin 4/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Widmer, M. & Weaver, F. (2011). *Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008* (Obsan Bericht 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

Damian Hedinger, Alexandre Tuch, Marcel Widmer (Obsan)

Zitierweise

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015*. (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Projektleitung Obsan

Marcel Widmer

Projektleitung BAG

Gabriele Wiedenmayer (Fachstelle Evaluation und Forschung)

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch; diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1702).

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Bestellungen Print

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratis)

BFS-Nummer

1033-1702

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.