



STANDPUNKT

Wie gestaltet sich die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Schweiz? Was sind ihre Gründe und Auswirkungen? Diese Fragen gilt es zu beantworten, wenn wir das Gesundheitssystem auf die künftigen Bedürfnisse der Bevölkerung ausrichten wollen.

Unser Gesundheitswesen ist vom Silodenken geprägt, also von einer Abgrenzung der Versorgungsbereiche und Institutionen. Dieses systemisch gewachsene Konzept ist nachvollziehbar, führt jedoch mit zunehmender Komplexität zu immer grösseren Problemen. Zwischen den verschiedenen Rollen und der wachsenden Zahl der Beteiligten, der Komplexität von Gesundheitsproblemen und Inanspruchnahmen sowie der wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten findet keine Vernetzung statt.

Mit dem Silodenken im Gesundheitswesen sind nur isolierte Momentaufnahmen möglich. Dabei wird die Kommunikation zwischen den Gefässen ausser Acht gelassen und die Gründe und Auswirkungen der Inanspruchnahme werden nicht ergründet. Ein transversales Verständnis unseres Systems ist entscheidend für eine weitsichtige Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems. Mit diesem Verständnis kann das Gesundheitssystem auf die Patientinnen und Patienten sowie auf ihr engstes Umfeld ausgerichtet werden.

Die in diesem Bulletin vorgestellten Analysen sind also doppelt interessant, einerseits aufgrund der neuen Lesart der Verläufe, andererseits aufgrund der Aspekte rund um die Inanspruchnahme im letzten Lebensabschnitt. Es ist zu hoffen, dass die Behörden und Interessengruppen den Mehrwert solcher transversalen Analyse erkennen und sich für weitere Untersuchungen dieser Art sowie für eine Ausweitung des Anwendungsfelds einsetzen. Die sehr interessanten statistischen Erkenntnisse in diesem Bulletin tragen dazu bei, dass die Debatte breiter geführt wird und vor allem auch menschliche und ethische Aspekte umfasst.

Chantal Grandchamp
Generaldirektion für Gesundheit des Kantons Waadt

Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt

Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheim

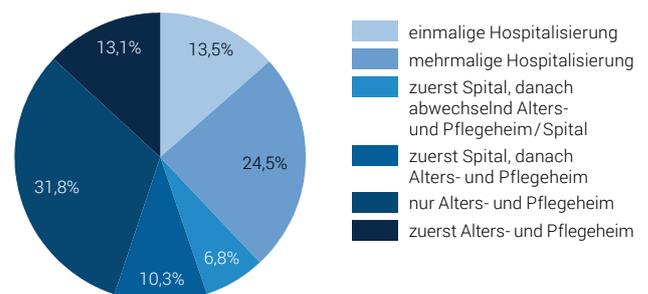
Informationen über die Abfolge von Aufenthalten im Spital oder Alters- und Pflegeheim von Betagten im letzten Lebensjahr sind für die Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung wesentlich.

Die Art und Weise, wie die älteren Menschen vor dem Hintergrund der bevorstehenden demografischen Welle am besten betreut werden, steht im Zentrum der Bedarfsplanung. Dabei stellt sich die Frage, wo die Betagten ihr letztes Lebensjahr verbracht haben und in welchen Gesundheitseinrichtungen sie jeweils betreut worden sind. Welcher Verlaufstyp ist am häufigsten vertreten? Gibt es Abweichungen nach Geschlecht und Altersgruppe? Lassen sich bei der Anzahl Hospitalisierungen Unterschiede zwischen den in Alters- und Pflegeheimen eingetretenen Personen und den zu Hause gebliebenen Betagten beobachten? Wie gestalten sich die Verläufe der Personen, die nach einem oder mehreren Spitalaufenthalten ins Alters- und Pflegeheim kommen? Auf diese Fragen wird im vorliegenden Bulletin eingegangen.

Die Nachverfolgung der Patientenverläufe war technisch wie auch konzeptionell anspruchsvoll. Die Methode wird am Ende des Bulletins beschrieben.

Beobachtete Verlaufstypen

Häufigkeit der Verlaufstypen im letzten Lebensjahr, Personen ab 65 Jahren mit Sterbejahr 2016 G1



Die Analyse bezieht sich auf die 2016 im Spital oder Alters- und Pflegeheim verstorbenen Personen ab 65 Jahren sowie auf deren Spital-/Heimaufenthalte in den letzten 365 Tagen ihres Lebens. Die Studie deckt 81% der Todesfälle ab, die sich zu 44% in Alters- und Pflegeheimen sowie zu 37% im Spital ereignet haben. Die übrigen, zu Hause oder an einem anderen Ort erfolgten Todesfälle (19%) werden hier nicht berücksichtigt, da keine Daten zum Behandlungsverlauf der betroffenen Personen vorliegen. Bei den Todesfällen im Spital oder Alters- und Pflegeheim überwiegt der Frauenanteil (57%) – eine Beobachtung, die sich in ähnlichen Publikationen wiederfindet (Hedinger 2016, Bähler et al. 2016). Dies hängt damit zusammen, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen und Männer – insbesondere im Alter von 65 bis 79 Jahren – häufiger ausserhalb einer Gesundheitseinrichtung sterben.

Am stärksten verbreitet ist der Tod im Alters- und Pflegeheim ohne Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr. Dies trifft auf nahezu ein Drittel der Fälle zu (G1).

Der Tod im Spital nach mehreren Spitalaufenthalten ist der am zweithäufigsten beobachtete Verlauf (24,5%).

Dahinter folgen:

- Tod nach einem einzigen Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr (13,5%)
- Verlauf, bei dem die Person während ihres Aufenthalts im Alters- und Pflegeheim einmal oder mehrfach hospitalisiert wurde (13,1%).

10,3% der Todesfälle ereigneten sich nach vorgängiger Hospitalisierung im Alters- und Pflegeheim und in 6,8% der Todesfälle kam die Person im Laufe ihres Aufenthalts im Alters- und Pflegeheim mindestens einmal ins Spital.

Merkmale der verschiedenen Verlaufstypen

Die Verlaufstypen werden im Folgenden näher erläutert. Zunächst wird auf Todesfälle im Spital ohne anderen stationären Aufenthalt eingegangen, anschliessend auf Todesfälle im Alters- und Pflegeheim mit vorgängiger Hospitalisierung, danach auf Todesfälle im Alters- und Pflegeheim ohne Spitalaufenthalt und schliesslich auf Todesfälle im Alters- und Pflegeheim nach einem oder mehreren Spitalaufenthalten.

Die Verläufe werden anhand folgender Merkmale beschrieben:

- durchschnittliche Anzahl Spitalaufenthalte
- Anzahl Aufenthaltstage im Spital oder Alters- und Pflegeheim
- Anteil der notfallmässigen Spitalaufenthalte
- Hauptdiagnose während der letzten Hospitalisierung
- durchschnittliches Sterbealter
- Sterbeort
- überwiegender Anteil Frauen oder Männer

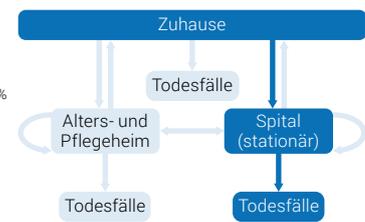
Der Verlaufstyp «einmalige Hospitalisierung» umfasst einen einzigen Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr mit Tod im Spital (G2). Er weist folgende Hauptmerkmale auf: **geringste Anzahl Hospitalisierungstage** (im Durchschnitt 10), **meist Behandlung in der Akutsomatik**, **grösster Anteil Notfalleinlieferungen** und in einem Drittel der Fälle Hauptdiagnose Herzkreislaufkrankheiten. Dieser Verlaufstyp trifft vor allem bei Männern auf.

Verlaufstyp «einmalige Hospitalisierung»

G2

6 122 Patientinnen und Patienten (13,5%)

Im Durchschnitt:
1 Spitalaufenthalt, davon 95%
in der Akutsomatik
10 Aufenthaltstage im Spital, davon 87%
in der Akutsomatik
87% der Notfalleinlieferungen
Diagnose¹ Herzkreislaufsystem (34%)
Sterbealter 81,8 Jahre
51% Männer²
Tod im Spital



- ¹ Hauptdiagnose
² Der Männeranteil beträgt lediglich 43% der Todesfälle.

Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016 / Analyse Obsan

© Obsan 2019

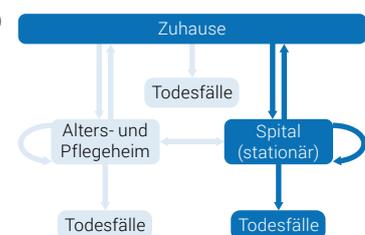
Der Verlaufstyp «mehrmalige Hospitalisierung» umfasst mehrere Spitalaufenthalte während des letzten Lebensjahres mit anschliessendem Tod im Spital (G3). Personen mit einem solchen Verlauf werden in ihrem letzten Lebensjahr mindestens zwei Mal und mitunter mehr als 20 Mal hospitalisiert (im Durchschnitt 3,5 Spitalaufenthalte). **Dieser Verlaufstyp weist eine hohe Anzahl Hospitalisierungstage auf (durchschnittlich insgesamt 44 Tage)**, von denen 70% auf die Behandlung in der Akutsomatik entfallen. Mit 60% Notfalleinlieferungen weist dieser Verlaufstyp den niedrigsten Anteil notfallmässiger Hospitalisierungen auf. Darüber hinaus handelt es sich um den einzigen Verlaufstyp, bei dem das **Sterbealter leicht unter 80 Jahren liegt**. Mit 58% ist der Männeranteil bei diesem Verlaufstyp am höchsten. Die Hauptdiagnose bei der letzten Hospitalisierung ist **in mehr als einem Drittel der Fälle ein Tumor**.

Verlaufstyp «mehrmalige Hospitalisierung»

G3

11 094 Patientinnen und Patienten (24,5%)

Im Durchschnitt:
3,5 Spitalaufenthalte, davon 83%
in der Akutsomatik
44 Aufenthaltstage im Spital,
davon 70% in der Akutsomatik
60% der Notfalleinlieferungen
Diagnose¹ Tumore (39%)
Sterbealter 79,3 Jahre
58% Männer
Tod im Spital



- ¹ Hauptdiagnose beim letzten Aufenthalt
² Der Männeranteil beträgt 43% der Todesfälle.

Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016 / Analyse Obsan

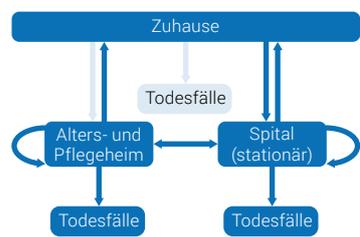
© Obsan 2019

Der Verlaufstyp «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital» beginnt mit einer Hospitalisierung und einem anschliessenden Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim. Nach mindestens einer weiteren Hospitalisierung stirbt die Person entweder im Spital oder im Alters- und Pflegeheim (G4). Dieser relativ seltene Verlauf betrifft 6,8% der Todesfälle und unterscheidet sich von den anderen durch seine Komplexität. Er weist die **höchste Anzahl Spitalaufenthalte pro Person** (im Durchschnitt 3,8) und die **längste gesamte Hospitalisierungsdauer (durchschnittlich 50 Tage, davon rund zwei Drittel in der Akutsomatik)** auf. Der geringere Anteil Männer (48%) gegenüber Frauen muss ins Verhältnis zum Anteil Todesfälle bei Männern

(43%) gesetzt werden. Bei ausgewogenem Geschlechterverhältnis tritt dieser Verlaufstyp häufiger bei Männern auf. Das durchschnittliche Sterbealter (84,6 Jahre) ist mit dem Durchschnitt bei Berücksichtigung aller Verläufe (84,7 Jahre) vergleichbar. Der Tod tritt praktisch gleich häufig im Spital oder im Alters- und Pflegeheim ein. Verläufe mit einem oder mehreren Kurzaufenthalten (vgl. Methodenteil) in Alters- und Pflegeheimen sind insgesamt selten (3,8% aller Todesfälle). Die Hälfte davon kommt in diesem Verlaufstyp vor (G4). Das bedeutet, dass **28% der Fälle dieses Verlaufstyps mindestens einen Kurzaufenthalt umfassen**. In den meisten Fällen ist es dabei ein einziger Kurzaufenthalt.

Verlaufstyp «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital» G4

3 077 Patientinnen und Patienten (6,8%)
 Im Durchschnitt:
 3,8 Spitalaufenthalte, davon 81% in der Akutsomatik
 50 Aufenthaltstage im Spital, davon 65% in der Akutsomatik
 69% der Notfall-einlieferungen
 Diagnose¹ Herz-Kreislaufsystem (22%)
 121 Aufenthaltstage² im Alters- und Pflegeheim
 Sterbealter 84,2 Jahre
 48% Männer³
 51% der Todesfälle im Spital



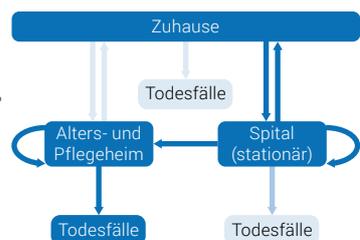
¹ Hauptdiagnose beim letzten Aufenthalt
² überschätzter Wert, da die Hospitalisierungstage bei Aufenthalten im Alters- und Pflegeheim nicht immer abgezogen werden (vgl. methodischer Ansatz)
³ Nur 43% der Todesfälle betreffen Männer.

Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016/Analyse Obsan © Obsan 2019

Der Verlaufstyp «zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim» beginnt ebenfalls mit einem oder mehreren Spitalaufenthalten und endet mit dem Tod im Alters- und Pflegeheim (G5). Er ist häufiger vertreten (10,3% aller Todesfälle) als der vorherige Verlaufstyp und weist eine geringere Anzahl Hospitalisierungen pro Person (im Durchschnitt 2,1) sowie eine geringere Anzahl Hospitalisierungstage (durchschnittlich 33 Tage, wovon 60% auf die Behandlung in der Akutsomatik entfallen) auf. Im Vergleich zu den übrigen Verläufen mit Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim ist die **durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Alters- und**

Verlaufstyp «zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim» G5

4 644 Patientinnen und Patienten (10,3%)
 Im Durchschnitt:
 2,1 Spitalaufenthalte, davon 77% in der Akutsomatik
 33 Aufenthaltstage im Spital, davon 60% in der Akutsomatik
 65% der Notfall-einlieferungen
 Diagnose¹ Tumoren (25%)
 90 Aufenthaltstage im Alters- und Pflegeheim
 Sterbealter 85,0 Jahre
 47% Männer²
 Tod im Alters- und Pflegeheim



¹ Hauptdiagnose beim letzten Aufenthalt
² Nur 43% der Todesfälle betreffen Männer.

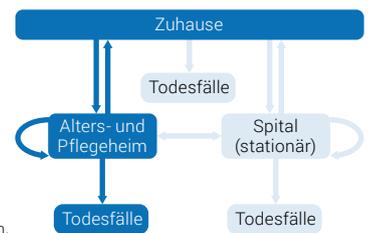
Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016/Analyse Obsan © Obsan 2019

Pflegeheim hier am kürzesten (rund drei Monate). Die Hauptdiagnose ist in **einem Viertel der Fälle ein Tumor, das durchschnittliche Sterbealter beträgt 85,0 Jahre**. 47% der Betroffenen sind Männer. Bei ausgewogenem Geschlechterverhältnis ist auch bei diesem Verlaufstyp ein etwas häufigeres Auftreten bei Männern festzustellen.

Der Verlaufstyp «nur Alters- und Pflegeheim» umfasst einen oder mehrere Aufenthalte im Alters- und Pflegeheim, wo dann schliesslich der Tod eintritt (G6). Gemäss den Analyse-kriterien werden Spitalaufenthalte, die früher als 365 Tage vor dem Tod stattfanden, nicht berücksichtigt. Dieser Verlaufstyp ist am häufigsten vertreten und weist zudem das **höchste durchschnittliche Sterbealter (knapp 90 Jahre) sowie den grössten Frauenanteil (72%) auf**. Die Betroffenen verbringen in ihrem letzten Lebensjahr im Durchschnitt 325 Tage im Alters- und Pflegeheim. Einige von ihnen, bleiben mehrere Jahre im Alters- und Pflegeheim: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei den Personen ab 65 Jahren bei knapp drei Jahren (Füglister et al., 2015). **Pro Person mit diesem Verlaufstyp werden im Durchschnitt 152 Pflegeminuten pro Tag aufgewendet**.

Verlaufstyp «nur Alters- und Pflegeheim» G6

14 421 Patientinnen und Patienten (31,8%)
 Im Durchschnitt:
 325 Aufenthaltstage im Alters- und Pflegeheim
 Sterbealter 88,9 Jahre
 72% Frauen¹
 Tod im Alters- und Pflegeheim



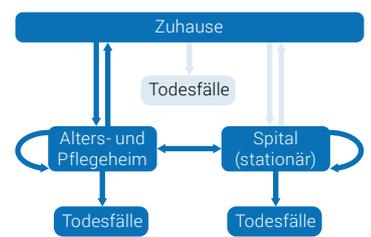
¹ Nur 57% der Todesfälle betreffen Frauen.

Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016/Analyse Obsan © Obsan 2019

Der Verlaufstyp «zuerst Alters- und Pflegeheim» beginnt im Alters- und Pflegeheim. Nach einem oder mehreren Spitalaufenthalten stirbt die Person im Spital oder im Alters- und Pflegeheim. Er kennzeichnet sich durch einen **moderaten Spitalpflegebedarf und einen hohen Anteil an Notfällen** (1,6 Spitalaufenthalte pro Person, 15 Hospitalisierungstage, 78% Notfall-einlieferungen). Die

Verlaufstyp «zuerst Alters- und Pflegeheim» G7

5 927 Patientinnen und Patienten (13,1%)
 Im Durchschnitt:
 1,6 Spitalaufenthalte, davon 88% in der Akutsomatik
 15 Aufenthaltstage im Spital, davon 73% in der Akutsomatik
 78% der Notfall-einlieferungen
 Diagnose¹ Verletzungen (23%)
 314 Aufenthaltstage² im Alters- und Pflegeheim
 Sterbealter 86,9 Jahre
 62% Frauen³
 70% der Todesfälle im Alters- und Pflegeheim



¹ Hauptdiagnose beim letzten Aufenthalt
² überschätzter Wert, da die Hospitalisierungstage bei Aufenthalten im Alters- und Pflegeheim nicht immer abgezogen werden (vgl. methodischer Ansatz)
³ Nur 57% der Todesfälle betreffen Frauen.

Quellen: BFS – SOMED, MS, KS 2015–2016/Analyse Obsan © Obsan 2019

Hauptdiagnose bei der letzten Hospitalisierung sind in 23% der Fälle **Verletzungen**, insbesondere an Hüfte, Oberschenkel und Kopf. Verletzungen werden am häufigsten bei diesem Verlaufstyp diagnostiziert, was mit der im Alter zunehmenden Sturzgefahr zusammenhängen dürfte (Münzer et al. 2014). Die Betroffenen verbringen in ihrem letzten Lebensjahr im Durchschnitt gut zehn Monate im Alters- und Pflegeheim. Aufgrund der per Definition auf 365 Tage beschränkten Anzahl Tage ist davon auszugehen, dass einige Personen mehrere Jahre im Alters- und Pflegeheim verbracht haben. Dieser Verlaufstyp zeichnet sich durch ein überdurchschnittlich hohes Sterbealter (knapp 87 Jahre) sowie einen hohen Frauenanteil (62%) aus. Der Tod tritt meistens im Alters- und Pflegeheim ein (70%), einige Personen sterben aber auch während eines Spitalaufenthalts.

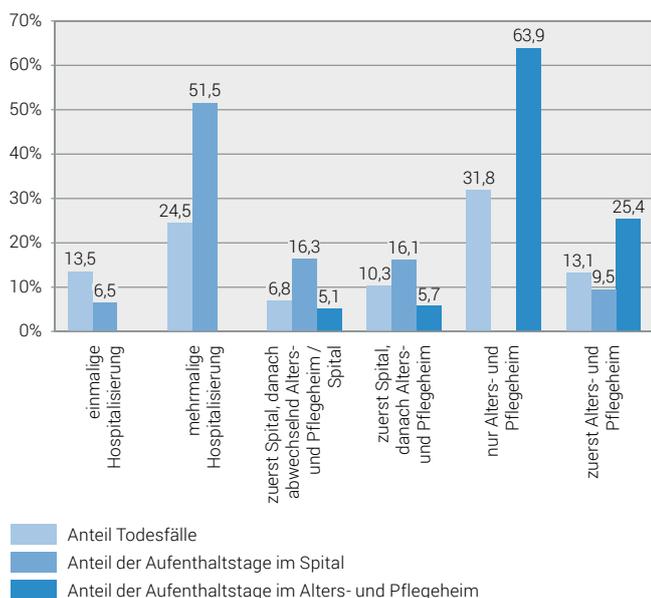
Gesamtanzahl Pflegetage im Spital variiert je nach Verlaufstyp

Die verschiedenen Verlaufstypen weisen eine mehr oder weniger hohe Anzahl Hospitalisierungstage auf (G8). **Der Verlaufstyp «mehrmalige Hospitalisierung» deckt mehr als die Hälfte aller Pflegetage im Spital ab.** Damit macht er einen Viertel der Todesfälle und 51,5% der Hospitalisierungstage aus.

Es folgen die Verlaufstypen «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital» sowie «zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim». Auf sie entfallen 16,3% bzw. 16,1% der Hospitalisierungstage, aber lediglich 6,8% bzw. 10,3% der Todesfälle.

Die übrigen Verläufe weisen deutlich weniger Hospitalisierungstage auf (Verlaufstyp «zuerst Alters- und Pflegeheim»: 9,5% gegenüber 13,1% der Todesfälle). Über alle Verläufe mit

Anteil der im letzten Lebensjahr im Spital oder Alters- und Pflegeheim verbrachten Tage nach Verlaufstyp, Personen ab 65 Jahren mit Sterbejahr 2016 G8



Quellen: BFS – SOMED 2015–2016; MS 2015–2016/Analyse Obsan

© Obsan 2019

Spitalaufenthalt betrachtet ist der Anteil Hospitalisierungstage beim **Verlaufstyp «einmalige Hospitalisierung» mit nur 6,5% aller Hospitalisierungstage (Todesfälle: 13,5%)** am niedrigsten.

Demgegenüber deckt der Verlaufstyp «nur Alters- und Pflegeheim» beinahe einen Drittel der Todesfälle sowie knapp zwei Drittel der Aufenthaltstage im Alters- und Pflegeheim ab. Der Verlaufstyp «zuerst Alters- und Pflegeheim» macht einen Viertel der Aufenthaltstage im Alters- und Pflegeheim aus. Die restlichen Tage entfallen auf die beiden übrigen Verläufe mit Heimaufenthalt («zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim»: 5,7%, «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital»: 5,1%). Der geringe Anteil Aufenthaltstage erklärt sich durch die bei diesen beiden Verlaufstypen beobachtete kürzere Verweildauer im Alters- und Pflegeheim.

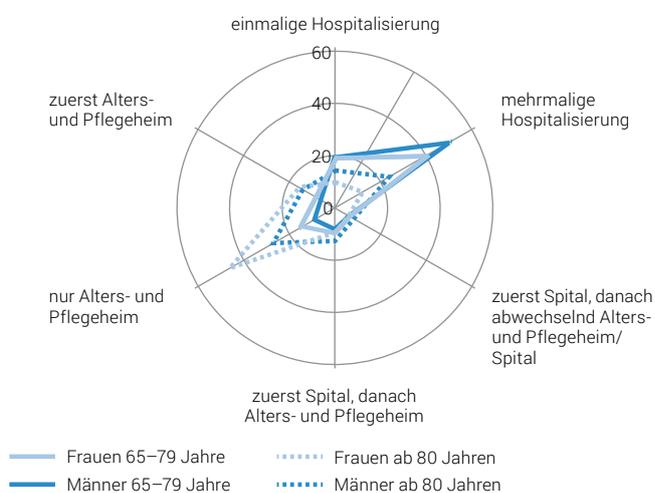
Verlaufstypen nach Geschlecht und Altersgruppe

Bei den 65- bis 79-Jährigen und den Personen ab 80 Jahren unterscheidet sich die Häufigkeit der Verläufe. In der Altersgruppe über 80 Jahren bestehen auch grosse Unterschiede nach Geschlecht.

Bei den 2016 verstorbenen 65- bis 79-Jährigen ist der Verlauf «mehrmalige Hospitalisierung» am häufigsten vertreten. Er trifft auf die Hälfte der Männer sowie auf zwei von fünf Frauen zu (G9). Der Verlauf «einmalige Hospitalisierung» ist ebenfalls häufig zu beobachten. Davon betroffen sind knapp jede fünfte Frau bzw. jeder fünfte Mann. In dieser Altersgruppe sind Aufenthalte im Alters- und Pflegeheim somit seltener und die Unterschiede nach Geschlecht gering.

Bei den Betagten ab 80 Jahren zeigt sich ein anderes Bild. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind hier die Verläufe «nur Alters- und Pflegeheim» am häufigsten vertreten,

Häufigkeit der Verlaufstypen nach Altersgruppe und Geschlecht, Personen ab 65 Jahren mit Sterbejahr 2016 G9



Quellen: BFS – SOMED 2015–2016; MS 2015–2016/Analyse Obsan

© Obsan 2019

Gesamtüberblick über die Verlaufstypen und ihre Merkmale, Personen ab 65 Jahren mit Sterbejahr 2016

T 1

	Anteil Todesfälle	durchschnittliche Anzahl Spitalaufenthalte pro Todesfall	Anteil notfallmässiger Spitalaufenthalte	häufigste Hauptdiagnose ¹	Anteil dieser Diagnose	durchschnittliche Anzahl Spitalaufenthaltsstage pro Todesfall	Anteil der Spitalaufenthaltsstage	durchschnittliche Anzahl Heimaufenthaltsstage pro Todesfall	Anteil der Heimaufenthaltsstage	durchschnittliches Sterbealter	Frauenanteil
Total der Verläufe	100,0	1,7	66,6	T	24,8	20,8	100,0	162,1	100,0	84,6	56,8
einmalige Hospitalisierung	13,5	1,0	86,7	K	34,3	10,1	6,5	0,0	0,0	81,8	48,7
mehrmalige Hospitalisierung	24,5	3,5	60,4	T	39,1	43,7	51,5	0,0	0,0	79,3	41,7
zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital	6,8	3,8	69,2	K	21,6	49,9	16,3	120,6	5,1	84,2	52,0
zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim	10,3	2,1	64,8	T	24,7	32,6	16,1	90,3	5,7	85,0	53,4
nur Alters- und Pflegeheim	31,8	0,0	–	–	–	0,0	0,0	325,2	63,9	88,9	71,9
zuerst Alters- und Pflegeheim	13,1	1,6	78,1	V	23,3	15,1	9,5	314,0	25,4	86,9	62,0

¹ beim letzten Aufenthalt K: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems; T: Tumore; V: Verletzungen

Quelle: BFS – SOMED 2015–2016; MS 2015–2016

© Obsan 2019

die Anteile unterscheiden sich allerdings stark voneinander (Frauen: 46%, Männer: 27%). Frauen weisen einen höheren Anteil der Verläufe mit Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim auf, bei den Männern ist hingegen die Häufigkeit der verschiedenen Verläufe ausgewogener. Zudem beginnen die Verläufe der Frauen ab 80 Jahren häufiger im Alters- und Pflegeheim (in 62% der Fälle), während die Männer dieser Altersgruppe häufiger zunächst ins Spital eintreten (in 59% der Fälle). Bei Männern im hohen Alter überwiegen die Verläufe mit einer hohen durchschnittlichen Anzahl Hospitalisierungstage, bei Frauen jene mit mehr Aufenthaltstagen im Alters- und Pflegeheim.

Auch bei den Hochbetagten im Alters- und Pflegeheim ist die Wahrscheinlichkeit eines Spitaleintritts gross, insbesondere bei den Männern: 36% von ihnen werden in ihrem letzten Lebensjahr ins Spital verlegt, gegenüber 28% der Frauen.

Synthese und Diskussion

In den 1950er-Jahren starben die Menschen in der Regel zu Hause, heute tritt der Tod hingegen meist in einer Gesundheitseinrichtung ein (Anchisi et al., 2014). Die aktuelle Bevölkerungsentwicklung veranlasst zu einer vertieften Reflexion über die Organisation der Pflege und Betreuung von Betagten in der letzten Lebensphase. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67) wurden bereits zahlreiche Projekte durchgeführt, um Aufschluss über die Verläufe im letzten Lebensabschnitt zu geben – mittels Daten, die auch der vorliegenden Studie zugrundeliegen, ausgehend von Erhebungsdaten der Swiss National Cohort (Hedinger et al. 2016, 2015) oder auf Basis von Krankenversicherungsdaten (Bähler et al., 2016; Reich et al., 2013).

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die bisherigen Analysen mithilfe einer Typologie von Verlaufstypen zu ergänzen. Bereits 2009 führte das BFS im Zusammenhang mit der MS und der SOMED wegweisende Arbeiten (OFS, 2009) im Bereich der Datenverknüpfung durch, die als Grundlage für die Schaffung von

Verlaufstypen dienten. Einige der damaligen Erkenntnisse decken sich mit der vorliegenden Analyse. Die Häufigkeit der einzelnen Verläufe lässt sich jedoch nicht direkt vergleichen, da die Beobachtungszeiträume sehr unterschiedlich sind. Dennoch wurden bereits Unterschiede zwischen den Verläufen von Männern und Frauen festgestellt. Es wurde ebenfalls beobachtet, dass sich diese Unterschiede aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, die ihren letzten Lebensabschnitt oftmals allein in einem Alters- und Pflegeheim verbringen, mit dem Alter verschärfen. Hedinger et al. (2014) haben beispielsweise festgestellt, dass alleinlebende Menschen wesentlich häufiger in einem Alters- und Pflegeheim sterben.

Die Verläufe mit der durchschnittlich höchsten Anzahl Hospitalisierungstage beginnen stets mit einem Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr: «mehrmalige Hospitalisierung», «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital» bzw. «zuerst Spital». Sie umfassen mehrheitlich (59%) keinen Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim. Sofern ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim stattfindet, ist die dortige Verweildauer relativ kurz und 60% der Personen kehren nicht mehr ins Spital zurück.

Die Verläufe der Betagten, die ihr letztes Lebensjahr im Alters- und Pflegeheim beginnen, weisen eine hohe Aufenthaltsdauer im Alters- und Pflegeheim auf. In drei von zehn Fällen wird die Person während dieser Zeit mindestens einmal hospitalisiert. Letztere haben im Vergleich zu den übrigen Verläufen eine relativ geringe durchschnittliche Anzahl Hospitalisierungstage. Lediglich beim Verlauf «einmalige Hospitalisierung» ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital am kürzesten.

Über ein Jahr betrachtet ist festzustellen, dass 68% der verstorbenen Personen mindestens einmal hospitalisiert wurden, die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer liegt bei 31 Tagen. Hedinger et al. (2016) kommen auf eine durchschnittliche Dauer von 32 Tagen bei Berücksichtigung aller 2007 und 2008 im Spital erfolgten Todesfälle¹. Zwei weitere Studien zur Nachverfolgung

¹ Vorliegend werden auch Spitalaufenthalte von Personen im letzten Lebensjahr berücksichtigt, die im Alters- und Pflegeheim starben.

der Verläufe im letzten Lebensabschnitt von Erwachsenen, die auf einem kürzeren Beobachtungszeitraum basieren, liefern ähnliche Ergebnisse (Bähler et al. 2016, Reich et al. 2013). Aus diesen auf Krankenversicherungsdaten beruhenden Analysen geht hervor, dass 62% bzw. 61% der hospitalisierten Personen, die im Alter von 18 Jahren und älter starben, in den vorherigen sechs Monaten mindestens einmal im Spital waren, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 28 Tage betrug. Diese geringe Abweichung trotz unterschiedlichem Zeithorizont könnte darauf hindeuten, dass sich die Hospitalisierungstage auf die letzten sechs Lebensmonate konzentrieren und/oder in direkter Verbindung mit der analysierten Population stehen – demnach wäre bei Personen ab 18 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung am Lebensende höher als bei jenen ab 65 Jahren.

Je nach Altersgruppe unterscheiden sich die Verläufe stark voneinander. Bei den 65- bis 79-Jährigen ist der Verlauf «mehrmalige Hospitalisierung» am stärksten vertreten, bei den Personen ab 80 Jahren der Verlauf «nur Alters- und Pflegeheim». Diese Unterschiede decken sich mit den Erkenntnissen von Bähler et al. (2016), die feststellten, dass die Anzahl Übergänge mit zunehmendem Alter der Betagten deutlich abnimmt. Sie kamen auch zum Schluss, dass die Kosten während der letzten sechs Lebensmonate bei den 65- bis 74-Jährigen am höchsten sind. Eine auf Krankenversicherungsdaten beruhende Studie zu den Kostenprofilen während der letzten Lebensphase (Von Wyl et al. 2018) hat ergeben, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten bis kurz vor ihrem Tod eine intensive medizinische Behandlung erhalten, gewisse schwere Erkrankungen im hohen Alter jedoch womöglich nicht mehr gleich konsequent behandelt werden, zumal die kostenintensiven Gruppen in den höchsten Altersgruppen sehr schwach vertreten sind.

Grenzen

Je mehr Informationen über die Verläufe vorliegen, desto zweckmässiger können die Strategien für die Organisation der Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden. Die hier präsentierten Verläufe umfassen die Aufenthalte im Spital sowie jene im Alters- und Pflegeheim und geben somit einen guten Überblick über die stationäre Versorgung im letzten Lebensjahr von in einer Gesundheitseinrichtung verstorbenen Personen. Die Betreuung der Betagten geht jedoch noch weiter. **Zurzeit können weder die Arztbesuche noch die immer häufiger werdenden ambulanten Eingriffe mit den Daten zum stationären Bereich verknüpft werden.** Medizinische Behandlungen wie Chemotherapie, Immuntherapie oder gezielte onkologische Behandlungen werden meist ambulant durchgeführt und können daher in dieser Analyse nicht mitberücksichtigt werden. Die Datenbank «Patientendaten Spital ambulant» (Statistik PSA, BFS) eröffnet diesbezüglich neue Perspektiven.

Zudem nehmen die Betagten häufig Spitex-Leistungen in Anspruch. Es liegen jedoch keine Einzeldaten mit kompatibelem Verbindungscode zur Spitex-Statistik (BFS) vor. Das Angebot zu betreutem Wohnen wird ebenfalls ausgebaut (Werner et al. 2016), aber nicht in einer entsprechenden Statistik erfasst. Die Angehörigenhilfe kann ebenfalls nicht einbezogen werden, auch wenn anzunehmen ist, dass sie den Verlauf im letzten Lebensabschnitt massgeblich beeinflusst.

Das komplexe Thema Lebensende muss in seiner Gesamtheit betrachtet werden. Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die statistische Untersuchung auf Grundlage derzeit verfügbarer Informationen. Auf die Kosten, die Lebensqualität, den Wunsch der Betagten und ihrer Angehörigen sowie auch auf ethische Aspekte und die Zweckmässigkeit der Behandlungen und Hospitalisierungen im letzten Lebensjahr wird hier nicht eingegangen.

Es wäre wünschenswert, die vermeidbaren Hospitalisierungen zu quantifizieren. Die vorliegenden Ergebnisse lassen jedoch keine solchen Schlüsse zu. Es geht nicht darum, bestimmte Verlaufstypen zu beurteilen oder zu empfehlen, sondern vielmehr darum, ihre Häufigkeit und ihre Merkmale zu beobachten, um in Erfahrung zu bringen, wie ältere Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt heutzutage betreut werden.

Überlegungen und Empfehlungen zur Förderung einer besseren Koordination der Pflege und Betreuung am Lebensende sowie die Früherkennung von geriatrischem Palliativpflegebedarf bei Patientinnen und Patienten mit oder ohne Krebserkrankung (Jox et al., 2018) sind nötig, um die Versorgung am Lebensende weiterzuentwickeln.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie bereichert die Debatte über die Versorgungssituation im letzten Lebensabschnitt aus menschlicher, medizinischer und wirtschaftlicher Sicht. Sie liefert Ergebnisse über die Häufigkeit der verschiedenen Verlaufstypen, vergleicht die Anzahl Hospitalisierungstage und gibt Aufschluss über die Unterschiede im Zusammenhang mit dem Sterbealter.

Knapp ein Drittel der Betagten ab 65 Jahren sterben im Alters- und Pflegeheim, ohne Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr. Dieser Verlauf ist am stärksten vertreten. Bei den 65- bis 79-Jährigen ist hingegen der Verlaufstyp «mehrmalige Hospitalisierung» am häufigsten zu finden. Er betrifft die Hälfte der Männer sowie zwei von fünf Frauen. Bei der Bedarfsplanung müssen angesichts der je nach Altersgruppe sehr unterschiedlichen Verläufe die verschiedenen Bedürfnisse dieser beiden Altersgruppen einbezogen werden.

Auf den Verlaufstyp mit «mehrmaliger Hospitalisierung» entfällt mehr als die Hälfte der Pfl egetage im Spital. Beim Eintritt ins Alters- und Pflegeheim ist ein Spitalaufenthalt nicht auszuschliessen. Knapp jede dritte Person, die ins Alters- und Pflegeheim kommt, erlebt in ihrem letzten Lebensjahr mindestens eine Hospitalisierung. Es ist wichtig, dies hervorzuheben, da in solchen Fällen sowohl im Spital als auch im Alters- und Pflegeheim Kosten anfallen. Die im Zusammenhang mit diesen Verläufen gestellten Diagnosen sind meist Krankheiten des Kreislauf- oder Verdauungssystems, Verletzungen, Atemwegserkrankungen und Tumoren zuzuordnen. Personen, die während ihres Aufenthalts im Alters- und Pflegeheim hospitalisiert werden, sterben manchmal im Spital, in den meisten Fällen tritt der Tod jedoch später im Alters- und Pflegeheim ein.

Wie bereits die im Rahmen des Forschungsprogramms NFP 67 veröffentlichten Studien gezeigt haben, bestehen zudem regionale Unterschiede. Diese könnten in einem nächsten Schritt untersucht werden.

Methodischer Ansatz

Verwendete Daten

Die verwendeten Daten stammen hauptsächlich aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) sowie der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED, Fragebogen A) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Zur Bestimmung der Krankenhausstypologie wurde zudem die Krankenhausstatistik (KS) herangezogen.

Die Gesamtzahl der Todesfälle wird im Rahmen der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT, BFS) erfasst. Die Differenz zwischen der Gesamtzahl der Verstorbenen und der im Spital oder Alters- und Pflegeheim verstorbenen Personen umfasst die zu Hause oder an einem anderen Ort erfolgten Todesfällen. Anzumerken ist, dass 0,2% aller Todesfälle von Personen ab 65 Jahren in Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder Suchtproblemen (SOMED, Fragebogen B) erfasst sind. Diese Todesfälle wurden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

Bei den Spitalleistungen wird zwischen somatischer Akutpflege und Nicht-Akutpflege unterschieden. Die Pflgetypen werden gemäss den Hauptkostenstellen und in einem zweiten Schritt basierend auf der Krankenhausstypologie des BFS abgegrenzt (Füglister-Dousse et al. 2016).

Bei den Alters- und Pflegeheimen werden sowohl temporäre Kurzzeit- als auch Langzeitaufenthalte, die für Personen bestimmt sind, die definitiv in dieser Institution bleiben möchten, berücksichtigt. Die Zahl der Kurzaufenthalte ist jedoch gering. In den meisten Fällen folgt auf einen Kurzaufenthalt ein Langzeitaufenthalt. Auf die Frage, inwiefern Kurzaufenthalte den Verbleib im eigenen Zuhause und letztlich den Tod ausserhalb einer Gesundheitseinrichtung begünstigen, wird hier nicht eingegangen.

Die Daten der MS und der SOMED wurden mithilfe des anonymisierten Verbindungscode miteinander verknüpft, der eine eindeutige, anonyme Identifizierung der jeweiligen Person ermöglicht. Der auf Iteration basierende Prozess zur Erstellung der Typologie wurde nach Erreichen des Sättigungspunkts eingestellt, als alle beobachteten Situationen klassifiziert werden konnten.

Stichprobe

Die Auswahl der Analysepopulation erfolgte anhand folgender Kriterien: Personen im Alter von 65 Jahren und älter, Tod im Jahr 2016 im Spital oder Alters- und Pflegeheim, Beobachtung während der letzten 365 Tage ihres Lebens.

Auf Basis dieser Kriterien wurden rund 45 000 Personen sowie gut 100 000 Aufenthalte im Spital oder Alters- und Pflegeheim untersucht. Berücksichtigt wurden die 2016 in einem Schweizer Alters- und Pflegeheim (44%) oder Spital (37%) eingetretenen Todesfälle. Nicht einbezogen wurden die zu Hause oder an einem anderen Ort erfolgten Todesfälle (19%).

Gemäss BEVNAT waren 46% der 2016 im Alter von 65 Jahren und älter verstorbenen Personen Männer. Der nach den festgelegten Kriterien geringere Männeranteil (43%) lässt darauf schliessen, dass Männer häufiger ausserhalb einer Gesundheitseinrichtung sterben.

Grenzen der Daten

In einigen Spitälern wurden falsche Verbindungscode generiert, was eine Verknüpfung der Aufenthalte einer Person verunmöglicht. Davon betroffen sind schätzungsweise 7% der 2015 und 1% der 2016 erfolgten Hospitalisierungen (Tuch et al., 2018). Solche Fehler können zu einer leichten Überschätzung der Häufigkeit des Verlaufstyps «einmalige Hospitalisierung» führen. Dies sollte jedoch schweizweit keinen wesentlichen Einfluss auf die anteilmässige Verteilung der beobachteten Verläufe haben.

Die Verknüpfung der MS- und SOMED-Daten zeigte, dass bei rund 5% der Analysepopulation sowohl der Tod im Spital als auch der Tod im Alters- und Pflegeheim erfasst worden waren. Um die einzelnen Aufenthalte richtig nachverfolgen zu können, wurden diese Todesfälle korrigiert, indem davon ausgegangen wurde, dass die Person im Spital verstorben war. Zudem wurde der Tod im Alters- und Pflegeheim ersetzt durch einen Zwischenaufenthalt im Alters- und Pflegeheim vor der letzten Hospitalisierung.

Berechnung der Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer entspricht der Zeit zwischen dem Eintritts- und dem Austrittsdatum. In der SOMED stimmt das Austrittsdatum nicht immer mit dem tatsächlichen Austritt der Person überein, sondern ist mit dem Tag gleichzusetzen, ab dem der Platz wieder neu vergeben werden kann. Nicht selten kommt es vor, dass ein Zimmer im Alters- und Pflegeheim trotz erfolgtem Austritt reserviert bzw. noch nicht frei geworden ist, d.h. das Austrittsdatum liegt nach dem Sterbedatum. In solchen Fällen wird das Datum des Heimaustritts auf das Datum des Spitaleintritts verlegt. Beim Tod im Alters- und Pflegeheim kommt es vor, dass das Austrittsdatum nach dem Sterbedatum liegt, aber nicht korrigiert werden kann, da kein Verweis auf eine Hospitalisierung vorliegt.

Im Spital wie auch im Alters- und Pflegeheim beschränkt sich die Aufenthaltsdauer auf 365 Tage ausgehend vom Sterbedatum. Es wird also ein Datum berechnet, das dem todesbedingten Austrittsdatum minus 365 Tage entspricht, um nur die gemäss Definition relevanten Aufenthalte und Tage zu berücksichtigen. Wenn eine Person mit Langzeitaufenthalt im Alters- und Pflegeheim hospitalisiert wird, behält sie ihren Platz im Alters- und Pflegeheim. Deshalb wird die Zahl der im Alters- und Pflegeheim verbrachten Tage bei einer Aufenthaltsdauer unter einem Jahr mitunter leicht überschätzt. Davon betroffen sind die Verlaufstypen «zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital» sowie «zuerst Alters- und Pflegeheim», da die Hospitalisierung jeweils im Anschluss an einen Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim erfolgt. Somit gibt es Überschneidungen zwischen den Heim- und Spitalaufenthalten. Diese werden nur dann korrigiert (mittels Abzug der Hospitalisierungstage), wenn die Gesamtdauer mehr als 365 Tage beträgt oder der Spitalaufenthalt mit dem Tod endet.

Im Spital werden Beurlaubungen von der Aufenthaltsdauer abgezogen. Bei gemäss dem Fallpauschalensystem DRG-fakturierten Hospitalisierungen werden bei einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen die Fälle zusammengefasst und ausschliesslich die Hospitalisierungstage gezählt.

Referenzen

- Anchisi, A., Hummel, C. & A. Dallera, C. (08/2014). *Finir sa vie en établissement médico-social. Soins infirmiers* 8: 67 – 69.
- Bähler, C., Signorell, A. & Reich, O. (2016). *Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. PloS One*, 11(9): e0160932.
- BFS (2009) *Letzte Lebensjahre in Heim und Spital*. BFS Aktuell, Neuchâtel.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Évolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglister-Dousse, S. & Widmer, M. (2016). *Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung. Neuere Entwicklung und zukünftiger Bedarf* (Obsan Bulletin 10/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hedinger, D., Braun, J., Kaplan, V. & Bopp, M. (2016). *Determinants of aggregate length of hospital stay in the last year of life in Switzerland. BMC Health Services Research*, 16: 463.
- Hedinger, D., Braun, J., Zellweger, U., Kaplan, V. & Bopp, M. (2014). *Moving to and dying in a nursing home depends not only on health. PloS One*, 9(11): e113236.
- Hedinger, D., Hämmig, O. & Bopp, M. (2015). *Social determinants of duration of last nursing home stay at the end of life in Switzerland. BMC geriatrics*, 15: 114.
- Jox, R.J., Pautex, S., Rubli Truchard, E. & Logean, S. (2018). *Livre blanc Soins palliatifs gériatriques en Suisse romande. État des lieux et recommandations*.
- Münzer, T. & Gnädinger, M. (2014). *Évaluation du risque de chute et prévention des chutes au cabinet du médecin de famille. Forum Med Suisse* 2014, 14(46): 857 – 861
- Reich, O., Signorell, A. & Busato, A. (2013). *Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland. BMC Health Services Research*, 13:116(1): 1.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Schlussbericht* (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz*. (Obsan Dossier 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- von Wyl, V., Telser, H., Weber, A., Fischer, B. & Beck, K. (2018). *Cost trajectories from the final life year reveal intensity of end-of-life care and can help to guide palliative care interventions. BMJ Supportive & Palliative Care*, 8:325–334.

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)

Autorinnen

Sylvie Füglister-Dousse, Obsan; Sonia Pellegrini, Obsan

Zitierweise

Füglister-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2019). *Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheim* (Obsan Bulletin 2/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

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

Französisch; diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1902).

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Layout/Grafiken

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

Bestellungen Print

Tel. 058 463 60 60, order@bfs.admin.ch

Preis

Fr. 3.50 (exkl. MWST)

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

BFS-Nummer

1033-1902

© Obsan 2019



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.