

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).

Als Teil der Evaluation wurde das Obsan beauftragt, ein jährliches Monitoring von Qualitätsindikatoren über den Zeitraum von 2009 bis 2016 durchzuführen. Das Monitoring soll Hinweise liefern, wie sich die Qualität der stationären Spitalleistungen vor und seit der Umsetzung der Revision entwickelt hat. Mit dem vorliegenden Bulletin kommt das Monitoring nun zu seinem Abschluss.

Auffällige und insbesondere besorgniserregende Entwicklungen sind aufgrund der Datenanalyse weder in der Akutso-matik noch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation erkennbar. Zwei Trends haben sich jedoch seit 2009 manifestiert: Zum einen zeigt sich eine leichte, aber signifikante Zunahme der Rehospitalisierungen in der Akutso-matik, zum anderen steigen die Anteile der Weiterbetreuungen in der Rehabilitation, in einem Pflegeheim oder durch die ambulante Kranken-pflege 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. Erst die Verknüpfung mit Erkenntnissen aus den weiteren Studien, die im Rahmen der Evaluation erstellt werden, wird eine bessere Beurteilung ermöglichen.

Die definitiven Ergebnisse der Evaluation werden 2019 vorliegen. Die Evaluation wird mit einem Bericht an den Bundesrat abgeschlossen. Dieser wird zeigen, ob die Ziele der Revision erreicht werden konnten und wo allenfalls Handlungs- und Weiterentwicklungsbedarf besteht.

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

Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung

Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009 – 2016

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedet. Die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Die Massnahmen werden mehrheitlich seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt (vgl. BAG, 2015). Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) damit beauftragt, den Einfluss dieser Revision umfassend evaluieren zu lassen, unter anderem auch auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Im Rahmen dieser Evaluation hat das Obsan den Auftrag erhalten, ein jährliches Monitoring von Qualitätsindikatoren stationärer Spitalleistungen durchzuführen. Im Zentrum stehen folgende Fragestellungen:

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 (Akutso-matik, Psychiatrie, Rehabilitation) sowie zwischen diesen stationären und nachgelagerten Bereichen (Pflegeheime, Spitex)?

Um diese Fragen zu beantworten, wird anhand von Indikatoren auf drei verschiedenen Ebenen untersucht, ob sich im Zeitverlauf Hinweise auf die Entwicklung der Qualität stationärer Spitalleistungen finden lassen: (1) Ebene der Patientinnen und Patienten, (2) Ebene der Schnittstellen, die die Übergänge in die Nachversorgung abbilden und (3) die Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken.

Dieses Bulletin ist eine Aktualisierung der bisherigen Obsan-Studien, die im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt wurden (Kohler et al. 2015, Widmer und Kohler 2016, Hedinger et al. 2017). Neu wird der Zeitraum 2009 bis 2016 untersucht, dabei werden ausgewählte wichtige Befunde präsentiert und diskutiert (vgl. Übersichtstabelle T 1). Diese Publikation basiert auf dem ausführlichen Schlussbericht des Obsan (Tuch et al. 2018). Dort sind Methoden, vertiefte Analysen, detaillierte Tabellen, sämtliche verwendeten Qualitätsindikatoren sowie weiterführende Informationen ersichtlich. Es gilt zu beachten, dass die hier beschriebenen Ergebnisse Resultate einer

Teilstudie der Gesamtevaluation sind und demnach im Kontext der übrigen Teilstudien der Evaluation interpretiert werden sollten. In dieser Studie werden empirische Grundlagen präsentiert; eine Gesamtbeurteilung der Entwicklung der Qualität erfolgt dann im Bericht des Themenbereichs (INFRAS & Zahnd, 2019) bzw. in der Gesamtevaluation (BAG, 2019).

Die von den Spitälern angebotenen stationären Leistungen wurden gemäss den Hauptkostenstellen der Medizinischen Statistik und der Krankenhaustypologie der Krankenhausstatistik des BFS in fünf Versorgungsbereiche eingeteilt. Im vorliegenden Bulletin werden die Ergebnisse nur für die drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation¹ dargestellt. Das detaillierte Vorgehen der Einteilung sowie zusätzliche Ergebnisse zu den weiteren Versorgungsbereichen Geriatrie und Pädiatrie sind im Obsan-Schlussbericht beschrieben (vgl. Tuch et al. 2018).

Entwicklung der Fallzahlen²

In allen Versorgungsbereichen kam es zwischen 2009 und 2016 zu einer Zunahme der pro Jahr behandelten Fälle. In der Akutsomatik nahmen die *Fallzahlen* jährlich durchschnittlich um 1,54%, in der Psychiatrie um 2,92% und in der Rehabilitation um 4,12% zu. Betrachtet man die nach Alter und Geschlecht standardisierten Raten, so lässt sich in der Akutsomatik über die Jahre hinweg kein und in den anderen Versorgungsbereichen ein weitaus geringerer durchschnittlicher Zuwachs feststellen. Pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner haben die Akutspitäler zwischen 134,54 (2014) und 136,32 (2016) Fälle behandelt. In der Psychiatrie liegt die standardisierte Rate zwischen 7,78 (2009) und 8,84 (2016), und in der Rehabilitation zwischen 8,62 (2010) und 10,46 (2016) Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Indikatoren auf Ebene der Patientinnen und Patienten

Aufenthaltsdauer

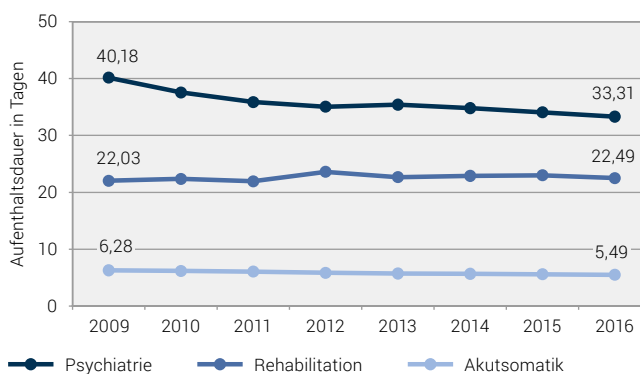
In der Akutsomatik ist die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2009 und 2016 von 6,28 auf 5,49 Tage gesunken (vgl. G1). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Abnahme von 1,88%. In der Psychiatrie nahm die mittlere Aufenthaltsdauer um jährlich 2,64% ab, von 40,18 Tagen im Jahr 2009 auf 33,31 Tage im Jahr 2016. Eine multivariate Analyse zeigt, dass diese Befunde auch unter Berücksichtigung von weiteren Einflussfaktoren statistisch signifikant sind. In der Rehabilitation hingegen blieb die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2009 (22,03 Tage) und 2016 (22,49 Tage) weitgehend konstant.

¹ Es gilt zu berücksichtigen, dass der Begriff «Rehabilitation» in der Schweiz uneinheitlich verwendet wird und je nach Kanton unterschiedliche Bereiche als Rehabilitation klassiert werden (vgl. Oggier 2017, S. 107). Diese Verzerrung kann sich auf die Datengrundlage und die Berechnungen auswirken, deshalb sollten die Ergebnisse im Versorgungsbereich Rehabilitation mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

² Um die Fallzahl über den untersuchten Zeitraum vergleichbar zu machen, wurden die Fälle vor 2012 neu definiert. Dadurch sind die Fälle über den gesamten Untersuchungszeitraum gleich definiert (vgl. Tuch et al. 2018).

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer nach Versorgungsbereich, 2009–2016

G 1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

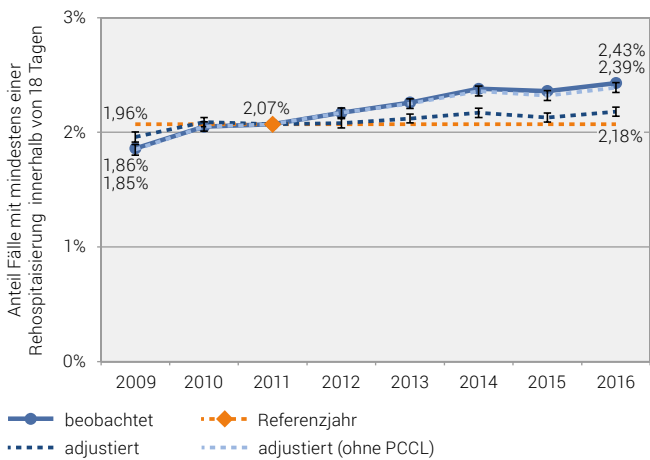
Inwiefern die Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer seit 2009 in den untersuchten stationären Versorgungsbereichen mit der KVG-Revision zusammenhängt, lässt sich anhand der vorhandenen Daten nicht restlos klären. Die mittlere Aufenthaltsdauer nimmt insgesamt kontinuierlich ab; d. h. vor und nach 2012 zeigt sich ein ähnlich starker Rückgang. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass möglicherweise auch andere Einflussfaktoren als die Massnahmen der KVG-Revision massgeblich sind.

Rehospitalisierungen in der Akutsomatik

In der Akutsomatik stieg der Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen (Rehospitalisierung gemäss SwissDRG-Fallzusammenführung, vgl. Tuch et al. 2018). Mit Ausnahme der Jahre 2011 und 2015 ist für alle Datenjahre jeweils ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen (vgl. G2). Die durchschnittliche Zunahme pro Jahr beträgt ab 2011 3,27%. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren (adjustiertes Modell, vgl. Kasten 1) bleibt ein leichter, aber statistisch signifikanter Anstieg der Rehospitalisierungsrate über die Zeit bestehen. Im Vergleich zum Referenzjahr 2011 sind die adjustierten Rehospitalisierungsraten bis 2016 von 2,07% auf 2,18% gestiegen, was einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 1,07% entspricht. Der Faktor, der bei der Adjustierung die Hauptveränderung ausmacht, ist der Schweregrad-Index PCCL (Patient Clinical Complexity Level). Er berücksichtigt die Zahl und Art der Nebendiagnosen. Einerseits soll mithilfe des PCCL für unterschiedliche Schweregrade in den Datenjahren korrigiert werden, weshalb grundsätzlich ein adjustiertes Modell mit PCCL zu bevorzugen ist. Andererseits bestehen begründete Vorbehalte einer Verzerrung, weil im Analysezeitraum zunehmend mehr Nebendiagnosen kodiert wurden (möglicherweise aufgrund der Einführung der leistungsbezogenen Vergütung mittels Fallpauschalen). Betrachtet man die Adjustierung ohne Berücksichtigung des PCCL, so fällt der Anstieg der Rehospitalisierungsrate bedeutend stärker aus; die durchschnittliche Zunahme pro Jahr zwischen 2011 und 2016 liegt bei 2,96%. Ungeachtet welches der beiden Modelle man präferiert, ist ein statistisch signifikanter Anstieg feststellbar.

Entwicklung der Rehospitalisierungsraten in der Akutsomatik, 2009–2016

G2



Anmerkung: Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar.

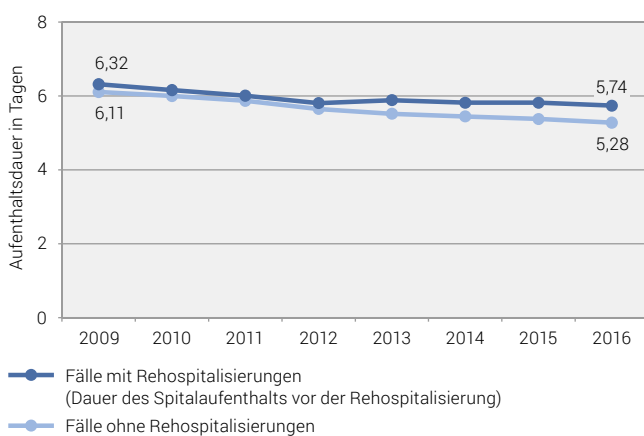
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

Die mittlere Aufenthaltsdauer der den Rehospitalisierungen vorangegangenen Spitalaufenthalte ist zwischen 2009 und 2012 von 6,32 auf 5,81 Tage gesunken und hat sich anschliessend stabilisiert (–0,31% pro Jahr von 2012–2016). Im Vergleich dazu hat sich die mittlere Aufenthaltsdauer bei den übrigen Spitalaufenthalten deutlicher und über den gesamten Untersuchungszeitraum von 6,11 auf 5,28 Tage reduziert, was einer durchschnittlichen jährlichen Abnahme zwischen 2012 und 2016 von –1,68% entspricht (vgl. G3). Diese Auswertung liefert demnach keine Hinweise, dass die Rehospitalisierungsraten mit einem Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer in Verbindung steht.

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik bei Fällen mit und ohne Rehospitalisierungen, 2009–2016

G3



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

Mortalitätsraten in der Akutsomatik

Der beobachtete Anteil der innerhalb von 30 Tagen im Spital Verstorbenen an allen hospitalisierten Personen blieb in der Akutsomatik zwischen 2009 und 2016 stabil um 2%. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren im adjustierten Modell ist ein statistisch signifikanter Rückgang der Mortalität über die Zeit zu beobachten. Im Vergleich zum Referenzjahr 2011 sank die adjustierte Mortalitätsrate bis 2016 von 1,98% auf 1,27% (vgl. G4).

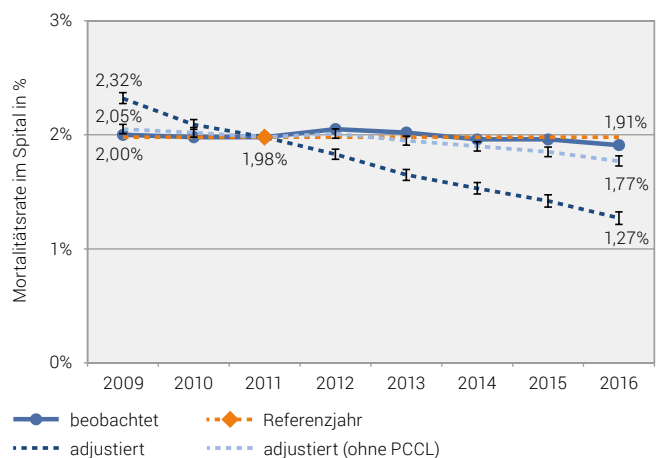
Diese Abnahme kommt primär aufgrund der Berücksichtigung des Schweregrads PCCL zustande. Hier stellt sich wiederum die Frage, inwiefern der PCCL die tatsächliche Entwicklung des Schweregrads der Behandlungsfälle abbildet oder ob wiederum ein Effekt der veränderten Kodierung (vgl. Abschnitt oben) miteinfliesst. Infolgedessen ist auch schwierig abzuschätzen, inwiefern die Entwicklung der adjustierten Mortalitätsrate als Qualitätssteigerung interpretiert werden kann. Deshalb wurde ein zusätzliches multivariates Modell ohne Berücksichtigung des PCCL gerechnet. Die in G4 dargestellte adjustierte Mortalitätsrate ohne Berücksichtigung des PCCL zeigt ebenfalls eine Abnahme, jedoch in einem weit geringeren Ausmass (von 1,98% in 2011 auf 1,77% in 2016).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Mortalitätsraten einiger häufiger internistischer Diagnosegruppen (vgl. G5). Die Raten der im Spital beobachteten Todesfälle in folgenden Diagnosegruppen sanken zwischen 2009 und 2016: Schlaganfall (von 12,37% auf 9,32%), Herzinfarkt (von 6,84% auf 5,04%) und Pneumonie (von 6,49% auf 4,85%).

Bei der Herzinsuffizienz hingegen stieg die Mortalität zunächst an, blieb anschliessend zwischen 2011 und 2015 bei rund 8,5%–8,6% stabil und sank schliesslich im Jahr 2016 auf 8,09%. Die Rate von im Spital an COPD Verstorbenen sank zwischen 2009 und 2010 von 3,70% auf 3,13%, nahm dann bis 2012 zu (4,21%) und fiel anschliessend bis 2016 auf 3,85%.

Entwicklung der 30-Tage Mortalitätsrate (im Spital) in der Akutsomatik, 2009–2016

G4



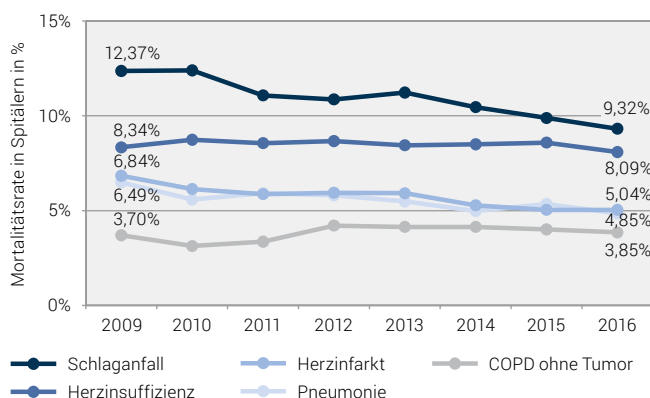
Anmerkung: Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

Entwicklung der 30-Tage Mortalitätsraten (im Spital) in der Akutsomatik nach internistischer Diagnosegruppe, 2009–2016

G5



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

Seit der Umsetzung der KVG-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. 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 bestimmten Zeitfensters ausserhalb des Spitals verstorben sind, d. h. die effektiven 30-Tage-Mortalitätsraten sind nicht bekannt. Das kann eine Rolle für die Gesamtbeurteilung spielen, da nicht bekannt ist, ob Patientinnen und Patienten zum Beispiel kurz vor dem Tod nach Hause entlassen werden (möchten).

Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen (Behandlungsketten)³

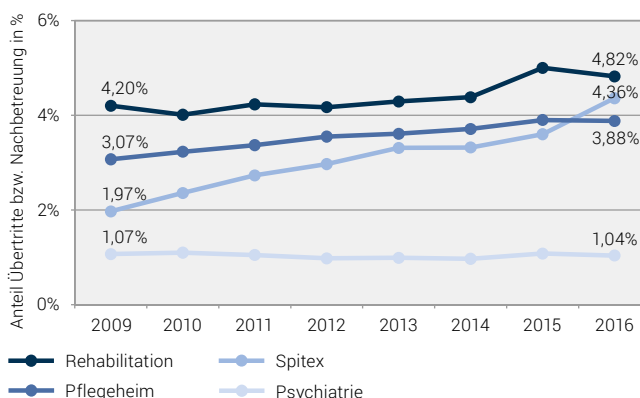
Die KVG-Revision Spitalfinanzierung schuf durch die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen Anreize, die Aufenthaltsdauer im Bereich der akutsomatischen stationären Versorgung kurz zu halten. Dementsprechend stellt sich die Frage, ob vermehrt Verlagerungen in Bereiche der Nachversorgung stattfinden.

Die Entwicklung der Fallzahlen der Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären akutsomatischen Behandlung in nachgelagerte Einrichtungen übertreten, fällt in Abhängigkeit des Versorgungsbereichs unterschiedlich aus (vgl. G6). So blieb der Anteil der Übertritte innerhalb von 30 Tagen von der Akutsomatik in die Psychiatrie mit rund 1% aller Fälle im untersuchten Zeitraum relativ stabil. Der Anteil der Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation stieg hingegen von 4,20% im Jahr 2009 auf 4,82% im Jahr 2016.

³ Anmerkung zu den Schnittstellen Akutsomatik-Psychiatrie sowie Akutsomatik-Rehabilitation: 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. Genauere Informationen dazu findet man im Schlussbericht (Tuch et al., 2018).

Anteil Übertritte von der Akutsomatik in nachgelagerte Versorgungsbereiche, 2009–2016

G6



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

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

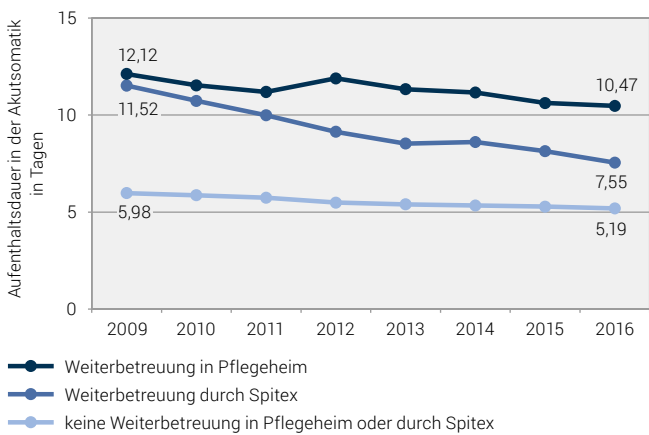
Eine Zunahme zeigt sich auch bei den Personen, die im Anschluss an einen Aufenthalt in der Akutsomatik in Pflegeheimen oder durch die Spitex weiterbetreut werden. Der Anteil von Weiterbetreuungen in Pflegeheimen stieg zwischen 2009 und 2016 von 3,07% auf 3,88%, und derjenige für die Weiterbetreuungen durch die Spitex erhöhte sich gar von 1,97% auf 4,36%. Nach Adjustierung verschwinden jedoch alle diese Effekte weitgehend; einzig die Raten der Übertritte in die Rehabilitation und in noch stärkerem Ausmass in die Spitex zeigen auch nach Adjustierung (d. h. unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und weiteren Kontrollvariablen) weiterhin eine Zunahme.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten in der Akutsomatik, die später in ein Pflegeheim übertraten oder durch die Spitex weiterbetreut wurden, nahm im untersuchten Zeitraum ab (vgl. G7): von 12,12 Tagen im Jahr 2009 auf 10,47 Tage im Jahr 2016 (später Pflegeheim), und von 11,52 Tagen auf 7,55 Tage (später Spitex). Bei Personen in der Akutsomatik ohne Übertritt ist/war die Aufenthaltsdauer schon zu Beginn der Untersuchungsperiode tiefer, sie nahm im gleichen Zeitraum aber nur vergleichsweise geringfügig von 5,98 auf 5,19 Tage ab.

Insgesamt lässt sich vor allem eine stärkere Verschiebung von der Akutsomatik in die nachgelagerte Betreuung durch die Spitex bei gleichzeitiger deutlicher Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer feststellen.

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik bei Weiterbetreuung in Pflegeheim und durch Spitex, 2009–2016

G7

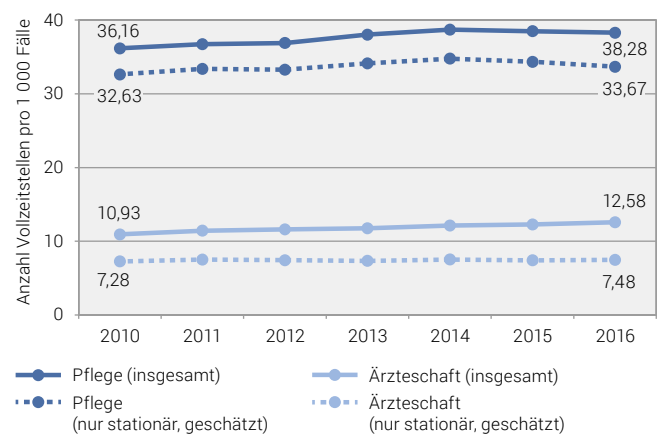


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2018

Entwicklung des Betreuungsverhältnisses nach Berufsgruppe in der Akutsomatik, 2010–2016

G8



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik

© Obsan 2018

Indikatoren auf Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken

Mit den Indikatoren auf Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken werden die personellen Ressourcen sowie die Qualifikation des Personals im Verhältnis zueinander und zu den erbrachten Leistungen analysiert. Aus einer Qualitätsperspektive sind diese Indikatoren interessant, weil untersucht werden kann, inwiefern sich die Kosteneindämmung, die mit der KVG-Revision intendiert wurde, auf die für die Leistungserbringung eingesetzten Ressourcen auswirkt.

Bei den Auswertungen zum Personal besteht jedoch die Einschränkung, dass in der Krankenhausstatistik nicht zwischen ambulanten und stationären Personalressourcen unterschieden werden kann, d. h. das Personal von angegliederten Ambulatorien fließt ebenfalls in die Berechnungen der Indikatoren mit ein und führt dazu, dass die Personalressourcen tendenziell überschätzt werden. Zudem lässt sich nicht klären, ob allfällige Entwicklungen im stationären, ambulanten oder in beiden Bereichen stattgefunden haben. Um trotzdem eine Einschätzung zur Entwicklung im stationären Bereich machen zu können, wurde anhand der Kostenträgerrechnung der Anteil des ambulant tätigen Personals geschätzt und aus diesen Analysen ausgeschlossen. Da es sich bei dieser Vorgehensweise nur um eine indirekte Schätzung der Ressourcenverteilung handelt und diese zudem nicht bei allen Analysen angewendet werden kann, müssen diese Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden. Zudem wird angenommen, dass der Personalbedarf pro Pflegetag konstant bleibt, auch wenn dies möglicherweise nicht der Realität entspricht, weil die Pflegeintensität im Untersuchungszeitraum zugenommen haben könnte.

Basierend auf den für den ambulanten Bereich korrigierten Zahlen (nur stationär) blieb das Betreuungsverhältnis (Anzahl Vollzeitäquivalente pro 1000 Fälle) zwischen 2010 und 2016 weitgehend stabil (vgl. G8 und T1).

Ähnlich zur Akutsomatik zeigen sich auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation keine wesentlichen Veränderungen bei den Betreuungsverhältnissen. Ausgenommen hiervon sind eine Abnahme bei den Ärztinnen und Ärzten und eine gleichzeitige Zunahme bei den Psychologinnen und Psychologen innerhalb der Psychiatrie (vgl. T1).

Insgesamt suggerieren die Auswertungen keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung und der Entwicklung des Personals in Spitälern und Kliniken. So lassen sich aufgrund der Einführung von Fallpauschalen in der Akutsomatik sowie anderer Massnahmen im Rahmen der KVG-Revision keine ausgeprägten Veränderungen der eingesetzten Personalressourcen ausmachen; es ist weder eine grössere Reduktion noch Zunahme des Betreuungsverhältnisses feststellbar.

Fazit

Im Grossen und Ganzen zeigen die Indikatoren eine stabile Qualität der stationären Versorgung. Eindeutige Hinweise auf eine Verschlechterung der Qualität in Spitälern und Kliniken finden sich kaum. Dies gilt sowohl für die Strukturqualität (stabile Betreuungsverhältnisse) als auch für die Ergebnisqualität (z. B. keine Zunahme der Mortalitätsraten⁴ und postoperativen Wundinfektionen⁵). Betrachtet man die Ergebnisse zu den Schnittstellen zwischen der Akutsomatik und den nachgelagerten Versorgungsbereichen, so zeigt sich eine klare Tendenz hin zu mehr Nachbetreuung durch die Spitex.

⁴ Aufgrund fehlender Daten über Todesfälle ausserhalb von Spitälern ist die Mortalitätsrate nur von beschränkter Aussagekraft.

⁵ Die Ergebnisse zu den postoperativen Wundinfektionen (Swissnoso) des ANQ werden im Bulletin nicht gezeigt. Die detaillierten Ergebnisse sind dem Schlussbericht zu entnehmen (vgl. Tuch et. al., 2018).

In Bezug auf die Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation ist ein geringfügiger Anstieg zu beobachten. Diese Anstiege sind aus einer Qualitätsperspektive schwierig zu beurteilen. Einerseits ist es aus Kostengründen kohärent mit den Zielsetzungen der KVG-Revision, dass Patientinnen und Patienten, die nicht mehr akut pflegebedürftig sind, nicht länger in akutstationären Settings hospitalisiert bleiben. Andererseits könnten die Zunahme der Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation und umgekehrt sowie der gleichzeitige Anstieg der Rehospitalisierungen auch als Folge zu frühzeitiger Entlassungen wahrgenommen werden. Dagegen spricht allerdings, dass sich auf Ebene der Indikatoren zur Ergebnisqualität keine Verschlechterungen zeigen. Im Bereich des Personals sind keine ausgeprägten Veränderungen der eingesetzten Ressourcen auszumachen; es ist weder eine grössere Reduktion noch Zunahme des Betreuungsverhältnisses feststellbar.

Tendenzen, bei denen sich problematische Entwicklungen nicht ganz ausschliessen lassen, betreffen die Zunahme der Rehospitalisierungen in der Akutsomatik. Ob dieser Anstieg auch mit den sinkenden Aufenthaltsdauern zusammenhängt (z. B. Verdacht auf verfrühte Entlassungen) und möglicherweise eine Verschlechterung der Behandlungsqualität widerspiegelt, ist schwierig zu beurteilen. Eher dagegen sprechen könnte der Befund, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der den Rehospitalisierungen vorangegangenen Spitalaufenthalte nur in geringem Ausmass abgenommen hat. Demgegenüber ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Spitalaufhalten ohne Rehospitalisierung stärker zurückgegangen. Dies schliesst aber verfrühte Entlassungen bei Spitalaufhalten mit Rehospitalisierung nicht aus, trotz geringerer Abnahme der Aufenthaltsdauer.

Inwiefern die beobachteten Entwicklungen auf die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung (wie beispielsweise die Einführung von SwissDRG) zurückzuführen sind, ist alleine anhand der für diese Studie analysierten Daten nur bedingt beurteilbar. Das Ziel dieser Untersuchung war, anhand der Zeitverläufe einzuordnen, wie plausibel ein Zusammenhang zwischen den beobachteten Entwicklungen und den Massnahmen der Revision ist, auch unter Kontrolle weiterer möglicher Einflussfaktoren wie z. B. Alter und Geschlecht. Bei einigen Indikatoren, wie beispielsweise der Zunahme nicht-klinischer Nachbetreuung nach einem Aufenthalt in der Akutsomatik ist denkbar, dass auch die 2011 neugeordnete Pflegefinanzierung einen Einfluss haben könnte. Insgesamt kann anhand der Analysen kein Gesamturteil über die Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen gefällt werden. Die im Bericht untersuchten Indikatoren suggerieren jedoch keine massgeblichen negativen Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen seit Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung.

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 et al, 2015). Die Zunahme der Rehospitalisierungen wurde bereits in früheren Studien festgestellt und konnte auch damals nicht eindeutig mit der KVG-Revision in Verbindung gebracht werden (vgl. Widmer & Kohler, 2016).

Zur abschliessenden Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen der Evaluation zur KVG-Revision Spitalfinanzierung wird es deshalb unumgänglich sein, die hier vorliegenden Ergebnisse zusammen mit den Resultaten der übrigen Studien im Rahmen der Evaluation zu bewerten. Dies wird im Rahmen des Schlussberichts für den Themenbereich «Qualität der stationären Spitalleistungen» (INFRAS & Zahnd, 2019) sowie – themenbereichsübergreifend – mit dem Schlussbericht der Evaluation (BAG, 2019) erfolgen.

Kasten 1: 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 2009–2016 verwendet. Diese Datenquellen wurden nicht für die Evaluation konzipiert und sind nur bedingt geeignet, die eingangs erwähnte Fragestellung zu untersuchen. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten zudem einige Limitationen wie Änderungen in der Codierpraxis, teilweise fehlerhafte Verbindungscodes einzelner Spitäler in der MS oder das Fehlen der Mortalitätsrate ausserhalb von Spitälern berücksichtigt werden. Detaillierte Informationen dazu findet man im Schlussbericht (Tuch et al., 2018).

Um potenzielle Effekte der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität stationärer Leistungen zu untersuchen, wurde die zeitliche Entwicklung der Indikatoren jeweils pro Versorgungsbereich 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 (2012–2016) verglichen. Bei gewissen Indikatoren wurden neben deskriptiven auch multivariate Analysen vorgenommen, die neben der Entwicklung im Zeitverlauf eine Auswahl von weiteren potenziellen Einflussfaktoren wie z. B. Alter oder Geschlecht berücksichtigen, sodass mögliche störende Effekte dieser Einflussfaktoren möglichst minimiert werden (adjustierte Modelle). Die Liste der Einflussfaktoren ist im Schlussbericht (Tuch et al., 2018) abgebildet.

Für kontinuierliche Variablen wie die Aufenthaltsdauer wurden lineare Regressionsmodelle, für diskrete Variablen wie Rehospitalisierungs- oder Mortalitätsraten logistische Regressionsmodelle verwendet. Neben den empirischen Werten (beobachtete Werte) wurden zusätzlich die durch die multivarianten 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.

Im Verlauf der Studien hat das Obsan die Methoden stetig verbessert und diverse datentechnische Probleme gelöst. Als Konsequenz davon lassen sich über die verschiedenen Studien hinweg die Ergebnisse nicht mehr 1:1 wiederfinden, die allgemeine Tendenz in den Entwicklungen hingegen schon.

Übersicht Entwicklung der Qualitätsindikatoren

T1

Indikatoren auf Ebene der Patientinnen und Patienten			Entwicklung		Bemerkungen	
Thema	Indikator	Versorgungsbereich	Trend ^a	Änderung pro Jahr	(Limitationen, usw.)	
Aufenthaltsdauer	mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen (MAHD)	Akutsomatik	↘	-1,9% (2009–2016)	– einschliesslich Korrektur infolge Fallzusammenführungen in der Akutsomatik	
		Psychiatrie	↘	-2,6% (2009–2016)		
		Rehabilitation	→	+0,3% (2009–2016)		
Rehospitalisierung	18-Tage-Rehospitalisierungsrate gemäss SwissDRG	Akutsomatik	↗	+3,3% (2011–2016)	– unterdurchschnittlicher Rückgang der Aufenthaltsdauer bei den rehospitalisierten Patient/innen	
		↗	+3,0% (2011–2016) ^b			
		↗	+1,1% (2011–2016) ^c			
30-Tage-Mortalität im Spital	Allgemein	Akutsomatik	→	-0,7% (2011–2016)	– nur Todesfälle innerhalb des Spitals	
			↘	-2,3% (2011–2016) ^b		
			↘	-8,5% (2011–2016) ^c		
		nach internistischer Diagnosegruppe	Schlaganfall	↘		-4,0% (2009–2016)
			Herzinsuffizienz	→		-0,4% (2009–2016)
			Herzinfarkt	↘		-4,3% (2009–2016)
			Pneumonie	↘		-4,1% (2009–2016)
	COPD ohne Tumor	→	+0,6% (2009–2016)			
Indikatoren auf Ebene der Schnittstellen (Behandlungsketten)			Entwicklung		Bemerkungen	
Schnittstelle	Indikator		Trend ^a	Änderung pro Jahr	(Limitationen, usw.)	
Akutsomatik → Psychiatrie	Anteil Übertritte innerhalb von 30 Tagen nach Aufenthalt in der Akutsomatik		nicht eindeutig	-0,2% (2011–2016)	– z. T. fehlerhafte Verbindungs-codes für bestimmte Jahre, insbesondere 2012 und 2015 – medizinischer Zusammenhang zwischen den Aufenthalten wurde nicht berücksichtigt – trotz z. T. sign. Abweichungen zum Referenzjahr wurde wegen den tiefen Fallzahlen der Trend als stabil interpretiert	
			nicht eindeutig	+0,5% (2011–2016) ^b		
			nicht eindeutig	-0,2% (2011–2016) ^c		
			→	+1,4% (2012–2016)		
			→	+2,3% (2012–2016) ^b		
	→	+1,9% (2012–2016) ^c				
Akutsomatik → Rehabilitation	Anteil Übertritte innerhalb von 30 Tagen nach Aufenthalt in der Akutsomatik		↗	+2,6% (2011–2016)	– z. T. fehlerhafte Verbindungs-codes für bestimmte Jahre, insbesondere 2012 und 2015 – medizinischer Zusammenhang zwischen den Aufenthalten wurde nicht berücksichtigt	
			↗	+2,1% (2011–2016) ^b		
		nicht eindeutig	+0,3% (2011–2016) ^c			
Akutsomatik → Spitex	Anteil Fälle mit Nachbetreuung nach Aufenthalt in der Akutsomatik		↗	+8,5% (2011–2016)		
			↗	+8,2% (2011–2016) ^b		
			↗	+6,9% (2011–2016) ^c		
Akutsomatik → Pflegeheim	Anteil Übertritte von der Akutsomatik		↗	+1,9% (2011–2016)	– beobachtete Zunahme hängt massgeblich von der Entwicklung der Altersstruktur ab	
			↗	+0,7% (2011–2016) ^b		
			↘	-1,3% (2011–2016) ^c		
Rehabilitation → Akutsomatik	Anteil Übertritte in die Akutsomatik innerhalb von 30 Tagen		↗	+2,4% (2011–2016)	– z. T. fehlerhafte Verbindungs-codes für bestimmte Jahre, insbesondere 2012 und 2015 – medizinischer Zusammenhang zwischen den Aufenthalten wurde nicht berücksichtigt – kann nicht per se als Rückverlegung interpretiert werden	
			↗	+2,1% (2011–2016) ^b		
		nicht eindeutig	+0,6% (2011–2016) ^c			
Indikatoren auf Ebene des Personals in Spitälern und Kliniken			Entwicklung		Bemerkungen	
Indikator	Bereich	Berufsgruppe	Trend ^a	Änderung pro Jahr		
Betreuungs-Verhältnis Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro 1 000 Fälle nach Berufsgruppe, nur stationär tätiges Personal ^d	Akutsomatik	Ärzterschaft insgesamt	→	+0,4% (2010–2016)	2016: 7,48 VZÄ/1 000 Fälle	
		Pflege insgesamt	→	+0,5% (2010–2016)	2016: 33,67 VZÄ/1 000 Fälle	
	Psychiatrie	Ärzterschaft insgesamt	↘	-2,0% (2010–2016)	2016: 15,75 VZÄ/1 000 Fälle	
		Pflege insgesamt	→	-0,2% (2010–2016)	2016: 82,25 VZÄ/1 000 Fälle	
		Psychologinnen und Psychologen	↗	+4,8% (2010–2016)	2016: 9,79 VZÄ/1 000 Fälle	
	Rehabilitation	Ärzterschaft insgesamt	→	+1,0% (2010–2016)	2016: 7,11 VZÄ/1 000 Fälle	
		Pflege insgesamt	→	+0,6% (2010–2016)	2016: 46,93 VZÄ/1 000 Fälle	

^a Trend gemäss Einschätzung der Autoren^b adjustierte Werte, multivariates Modell (ohne Schweregrad)^c adjustierte Werte, multivariates Modell (inkl. Schweregrad)^d In der Krankenhausstatistik wird nicht direkt erfasst, ob das Personal stationär oder ambulant tätig ist. Der ambulante Anteil wurde deshalb anhand der Kostenträgerrechnung geschätzt und ausgeschlossen. Diese Ergebnisse sollten deshalb nur mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Referenzen

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

BAG (2019). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Schlussbericht des BAG an den Bundesrat (Arbeitstitel)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (noch nicht publiziert).

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. Obsan Bulletin 2/2017*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung.

INFRAS und Zahnd, D. (2019). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit* (noch nicht publiziert).

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

Oggier, W. (2017). *Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation*. In W. Oggier, G. Pellanda, & G. R. Rossi (Hrsg.), 20 Jahre KVG. Rück- und Ausblick für die Rehabilitation. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132 (S. 85–114).

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

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

Autorinnen/Autoren

Damian Hedinger, Alexandre Tuch, Reto Jörg, Marcel Widmer (Obsan)

Zitierweise

Hedinger, D., Tuch, A., Jörg, R. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016 (Obsan Bulletin 4/2018)*. 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: 1034-1804)

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

1033-1804

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2018



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération 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.