

### Standpunkt

Das Bundesamt für Gesundheit führt eine umfassende Evaluation der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung durch ([www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung](http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung)). Unter anderem geht es darum, die Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen zu untersuchen.

Im vorliegenden Bulletin des Obsan werden die Analysen der ersten Studie mit den Daten von 2013 aktualisiert. Auch im zweiten Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung zeigen sich bei den untersuchten Qualitätsindikatoren keine Einbussen der Qualität der stationären Spitalleistungen in der Akutsomatik. Im Anschluss an einen akutsomatischen Aufenthalt steigt die Zahl der Patientinnen und Patienten weiter an, die in der Rehabilitation, in Pflegeheimen und insbesondere durch die Spitex weiterversorgt werden. Unklar bleibt, ob die Veränderungen auf die Revision zurückzuführen sind oder ob sie andere Trends widerspiegeln. Die bisherigen Analysen konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Revision der Spitalfinanzierung nachweisen.

Bisher wurde nur ein kleiner Ausschnitt der Qualität im stationären Spitalbereich beleuchtet. In den weiteren Arbeiten sollen die Aussagen zu den Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen breiter abgestützt werden. Für die Akutsomatik werden zusätzliche Indikatoren berücksichtigt. Neu soll auch die Qualität der stationären Rehabilitation und der Psychiatrie mit Hilfe von geeigneten Indikatoren untersucht werden. Die gesamte Evaluation wird im Jahr 2019 mit einem umfassenden Bericht abgeschlossen.

Oliver Peters,  
Vizedirektor, Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

## Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen

### Aktualisierung 2013

Der Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen wird im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit evaluiert. Dieses Bulletin soll unter Berücksichtigung der Daten 2013 einen weiteren Mosaikstein beitragen zur Beantwortung der folgenden zwei Fragen:

Wie hat sich die Qualität der stationären akutsomatischen 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) sowie zwischen dem stationären und den nachgelagerten Bereichen (Pflegeheime, Spitex)?

Das Bulletin erweitert damit um ein Jahr die erste Studie, die im Rahmen der Evaluation der Spitalfinanzierung mit Daten bis 2012 durchgeführt wurde (Kohler, Widmer und Weaver 2015).

Um die Fragen zu beantworten, werden etablierte Indikatoren, die zur Qualitätsmessung verwendet werden, analysiert (Methode: siehe Kasten S. 3). Drei Ebenen werden unterschieden: Indikatoren auf Patientenebene und solche auf Ebene Personalausstattung in der Akutsomatik, sowie Indikatoren, die die Nachversorgung der Patienten abbilden, sogenannte Schnittstellen-Indikatoren (vgl. Tab. 1).

Tab. 1 Qualitätsindikatoren

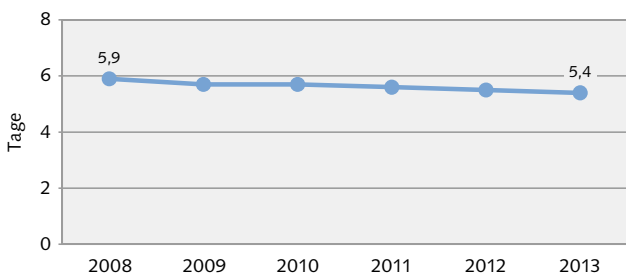
Ebene	Analysierte Variablen
Patient/innen	Aufenthaltsdauer Rehospitalisierungen nach 18/30 Tagen Mortalitätsraten im Spital insgesamt Mortalitätsraten im Spital – nach einem Herzinfarkt – bei einer Herzinsuffizienz – nach einem Schlaganfall
Personal	Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Ausbildung Skill- und Grade-Mix Anteil Ärztinnen und Ärzte pro Bett Anteil Pflegepersonal pro Bett
Schnittstellen	Akutsomatik → Rehabilitation/Psychiatrie Akutsomatik → Pflegeheim/Spitex jeweils Fallzahlen und Aufenthaltsdauer

## Indikatoren auf Patientenebene

### Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik

Seit 2008 geht die mittlere Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik kontinuierlich zurück von 5,9 auf 5,4 Tage (Abb. 1). Die Analysen zeigen, dass dieser Rückgang auch unter der Berücksichtigung von weiteren Einflussvariablen wie Alter, Komorbidität, Diagnosen u.ä. (vgl. Kasten Seite 3) statistisch signifikant ist. Hingegen kann kein Effekt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 auf die Aufenthaltsdauer nachgewiesen werden.

**Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer, 2008–2013** Abb. 1

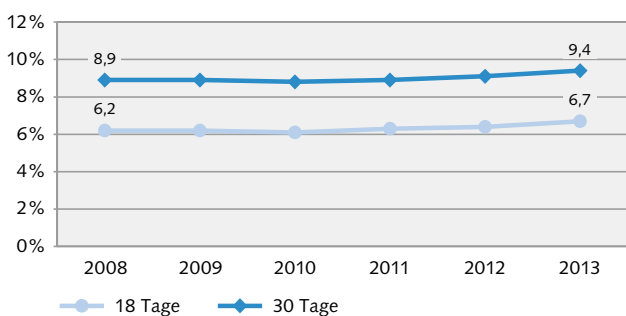


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2016

### Rehospitalisierungen innerhalb von 18 und 30 Tagen

Der Anteil der Rehospitalisierungen innerhalb von 18 bzw. 30 Tagen hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Er lag 2008 bei 6,2% bzw. 8,9%, 2013 bei 6,7% bzw. 9,4%. Abbildung 2 zeigt zwar, dass der Anteil von 2008 bis 2010 konstant blieb und seither leicht ansteigend ist. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussvariablen ist dieser Anstieg jedoch nicht signifikant. Hingegen zeigen die Analysen, dass bei den Spitälern, die bereits vor 2012 mit Fallpauschalen abgerechnet haben, die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 bzw. 30 Tagen nach 2012 anstieg. Die Gründe dafür konnten nicht geklärt werden. Da der Effekt jedoch klein ist und kein statistischer Unterschied im Zeitverlauf besteht, kann er vorerst vernachlässigt werden. Der Indikator muss jedoch im weiteren Verlauf der Evaluation beobachtet werden.

**Entwicklung der Rehospitalisierungen innerhalb von 18/30 Tagen, in %, 2008–2013** Abb. 2



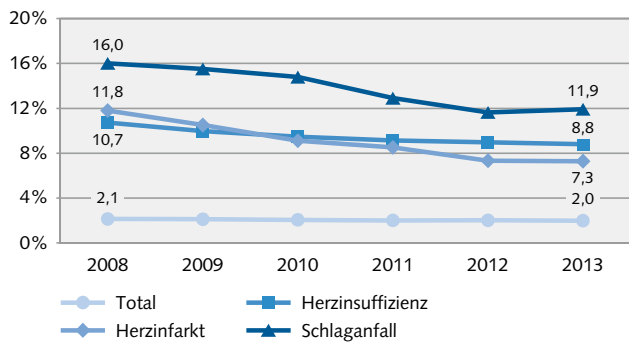
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2016

### Mortalitätsraten im Spital

Der Anteil der Todesfälle im Spital insgesamt liegt seit 2008 konstant bei 2% aller stationär behandelten Fälle. Für spezifische Diagnosen wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall ist er im gleichen Zeitraum rückläufig (Abb. 3):

Beim Herzinfarkt liegt er 2013 um rund 4,5 Prozentpunkte, bei der Herzinsuffizienz 2 Prozentpunkte und beim Schlaganfall 4 Prozentpunkte tiefer als 2008. Obwohl die Mortalitätsraten rückläufig sind, konnte kein Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung nachgewiesen werden. Gründe für die beobachtete Reduktion der Mortalitätsraten im Spital konnten hier nicht weiter geklärt werden. Sie können sowohl struktureller (z.B. wenn Patienten auf eigenen Wunsch lieber zu Hause versterben), als auch medizinischer Art (verbesserte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten oder -qualität) sein.

**Entwicklung der Mortalitätsraten im Spital, Total und nach Diagnose, in %, 2008–2013** Abb. 3

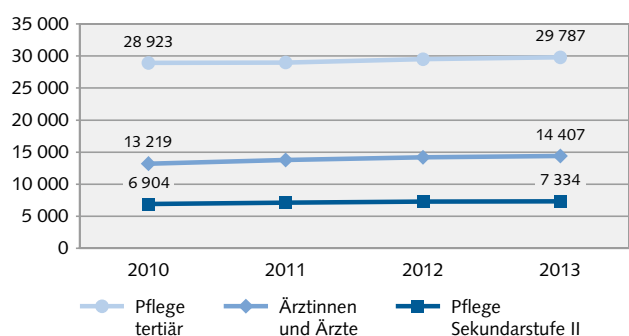


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2016

## Indikatoren auf der Ebene des Personals

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Vollzeitäquivalentstellen nach Berufsgruppen zwischen 2010 und 2013. Sowohl beim Pflegepersonal (Tertiärstufe und Sekundärstufe II) als auch bei den Ärztinnen und Ärzten wird ein leichter Zuwachs an Stellen verzeichnet. Da diese Entwicklung einher geht mit einem leichten Zuwachs an Pflergetagen im Spital, bleibt das Verhältnis zwischen Stellen und Pflergetagen konstant. Ebenso wenig hat sich der Skill- und Grade-Mix in diesem Zeitraum verändert: Das Verhältnis zwischen ärztlichem Personal und Pflegepersonal insgesamt liegt bei 1:2.6, zwischen Pflegepersonal mit Ausbildung auf tertiärer Ebene und solchem mit Ausbildung auf Sekundärstufe II bei 4.1:1.

**Entwicklung der Vollzeitstellen (VZÄ) nach Berufsgruppe, 2010–2013** Abb. 4



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik © Obsan 2016

## Schnittstellen

### Akutsomatik → Rehabilitation/Psychiatrie

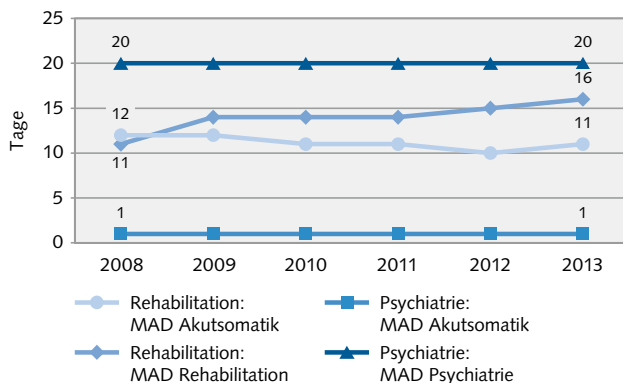
Die KVG-Revision Spitalfinanzierung schafft durch die schweizweite Einführung von Fallpauschalen Anreize, die Aufenthaltsdauer im akutsomatischen Bereich kurz zu halten.

Entsprechend stellt sich die Frage, inwieweit dadurch eine Verlagerung in die Nachversorgung stattfindet. 2008 betrug der Anteil der Patientinnen und Patienten aus akutsomatischen Spitälern, die in die Rehabilitation überwiesen wurden, 3%. Dieser Anteil stieg bis 2013 auf rund 4% (nicht gezeigt).

Zwischen 2008 und 2013 sank die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD, Median) von später in die Rehabilitation verlegten Patientinnen und Patienten im akutsomatischen Bereich von 12 auf 11 Tage, wobei diese Reduktion bereits 2009 im Jahr des Inkrafttretens der Revision erfolgte (Abb. 5). Umgekehrt nahm die mittlere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation im selben Zeitraum um 5 Tage zu, von 11 auf 16 Tage. Ein erster Anstieg der Aufenthaltsdauer auf 14 Tage konnte bereits im Jahr 2009 beobachtet werden, seit 2011 stieg die Aufenthaltsdauer weiter um einen Tag pro Jahr. Bei der Auswertung dieser Indikatoren konnte nicht geklärt werden, ob die Veränderung auf die neue Spitalfinanzierung oder auf veränderte Patienteneigenschaften zurückzuführen ist.

Die Zahlen zur Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Psychiatrie blieben über die letzten 6 Jahre konstant. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, welche von der Akutsomatik in eine psychiatrische Klinik überwiesen wurden, lag bei 0,7% (nicht dargestellt). Die mittlere Aufenthaltsdauer (Median) in der Akutsomatik betrug dabei ein Tag, in der nachfolgenden Versorgung in der psychiatrischen Klinik lag sie bei 20 Tagen (Abb. 5).

**Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAD) von Patient/innen, die von der Akutsomatik in die Rehabilitation oder die Psychiatrie transferiert wurden, in Tagen, 2008–2013** **Abb. 5**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2016

#### Daten und Methode

Für die Analysen wurden die Daten der Krankenhausstatistik und die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) verwendet. Diese umfassen die Jahre 2008–2013.

Die Analysen basieren auf der im Obsan-Bericht (Kohler, Widmer und Weaver, 2015) publizierten Methode einer pre-post-Studie. Für die Personal- und Schnittstellen-Indikatoren wurden deskriptive Analysen vorgenommen, für die Patienten-Indikatoren zusätzlich multivariate Modelle verwendet, unter der Berücksichtigung folgender Kovariablen: Alter, Geschlecht, Diagnosen und Komorbiditäten (Charlson-Index), sowie auf Spitalebene der Case-Mix-Index, der Anteil der über 65-jährigen Patientinnen und Patienten und die Abrechnungsform der Spitäler vor 2012.

Um den Behandlungsverlauf einzelner Patientinnen und Patienten zu analysieren, wurde deren Verbindungscode verwendet. Ein hierfür beantragter Verknüpfungsantrag war

vom BFS bewilligt worden. Die Berechnung der Nachversorgung durch Spitex oder Pflegeheime entspricht den in der Medizinischen Statistik gemachten Angaben, d.h. die reale Zahl kann von den hier gemachten Angaben abweichen.

#### Definitionen

Die Aufenthaltsdauer wird nach SwissDRG-Regel berechnet (Austrittsdatum-Eintrittsdatum).

Als Schnittstellen werden die Übergänge in einer Behandlungskette bezeichnet, wenn beispielsweise Patientinnen und Patienten von der akutsomatischen Spitalbehandlung in die Rehabilitation wechseln. Der Wechsel muss dabei innerhalb einer gewissen Zeit erfolgen. Hierfür wurde eine Zeitmitte von 10 Tagen definiert, da die Patienten z.B. kurzzeitig nach Hause gehen können vor Eintritt in die Rehabilitation.

#### Referenzen

Die detaillierten Ergebnisse der Analysen sind separat in der Begleitdokumentation publiziert unter: [www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung](http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung)

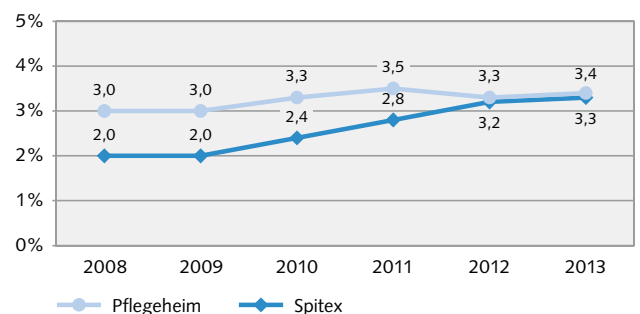
Hintergrundinformationen zur Studie, Methodik, sowie zu den ersten Ergebnissen sind in folgender Publikation zu finden:

Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1<sup>re</sup> étape, 2008–2012.* (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

#### Akutsomatik → Pflegeheim/Spitex

Die Nachversorgung von Patientinnen und Patienten aus akutsomatischen Spitälern ausserhalb des klinischen Bereichs nahm in den letzten Jahren insgesamt deutlich zu. Bei den Pflegeheimen ist die Veränderung weniger ausgeprägt: 2008 trat ein Anteil von 3,0% in ein Pflegeheim ein, 2011 waren es 3,5% und 2013 3,4% (Abb. 6). Hingegen war die Nachversorgung durch die Spitex seit 2009 (2,0%) stark ansteigend und lag 2013 bei 3,3%.

**Entwicklung der Nachversorgung von Patient/innen, die von der Akutsomatik in ein Pflegeheim oder in Spitexpflege übertraten, in %, 2008–2013** **Abb. 6**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser © Obsan 2016

#### Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass beobachtete Veränderungen der untersuchten Qualitätsindikatoren im stationären, akutsomatischen Bereich nicht eindeutig auf die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung zurückzuführen sind.

Im untersuchten Zeitraum können zwar Veränderungen bei den Indikatoren auf Patientenebene beobachtet werden, so sinkt beispielsweise die Aufenthaltsdauer seit einigen Jahren kontinuierlich. Ein Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung konnte in den vertieften Analysen jedoch

nicht nachgewiesen werden. Die Rehospitalisierungsraten (18/30 Tage) sind seit 2011 tendenziell am Ansteigen. Die Zunahme ist indes nicht signifikant und auf andere Faktoren (Demografie, Komorbiditäten u.ä.) zurückzuführen. Die diagnosespezifischen Spital-Mortalitätsraten ihrerseits zeigen rückläufige Werte über die Jahre 2008 bis 2013. Diese Trends lassen sich bereits über einen längeren Zeitraum beobachten, es kann kein Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung nachgewiesen werden.

Die Analysen der Indikatoren auf Patientenebene geben somit insgesamt ein unverändertes Bild der Qualität der Spitalversorgung ab. Die vertieften Analysen zeigen ebenfalls auf, dass sich die Veränderungen über die Zeit hinweg nicht auf Massnahmen zur Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung zurückführen lassen.

Die Indikatoren auf Personalebene zeichnen ein konstantes Bild der Beschäftigungssituation im Spital. Die Anzahl Vollzeitstellen bei Ärztinnen und Ärzten wie auch beim Pflegepersonal hat in den letzten Jahren leicht zugenommen. Im Verhältnis zu den Pflegegetagen blieb sie jedoch konstant. Der Skill-Mix zwischen dem ärztlichem Personal und dem Pflegepersonal sowie innerhalb der Pflege (tertiär vs. Sekundarstufe II) blieb ebenfalls unverändert.

Die Nachversorgung im stationären, akutsomatischen Bereich hat in den letzten Jahren die grössten Veränderungen erfahren. Zum einen wird eine starke Zunahme der Nachversorgung registriert in den Bereichen Rehabilitation, Spitex und Pflegeheime, wobei die Nachversorgung durch die Spitex ungleich stärker zugenommen hat als diejenige durch Rehabilitationsinstitutionen oder Pflegeheime. Die beobachtete längere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation bei gleichzeitiger Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung könnte einem Verlagerungseffekt entsprechen. Um dies auch statistisch begründen zu können, müssten jedoch weitere Analysen unter Berücksichtigung von Kofaktoren wie Alter, Komorbiditäten, u.ä. erfolgen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Einfluss der Revision Spitalfinanzierung weder bei den spitalinternen Qualitätsindikatoren noch bei den Schnittstellen direkt nachgewiesen werden kann, obwohl bei den Schnittstellen Fragen offen bleiben, welche zukünftig genauer analysiert werden müssen. Die Ergebnisse der Analysen unterscheiden sich nicht von denjenigen im Obsan-Bericht aus dem Jahr 2015 (Kohler, Widmer und Weaver 2015).

Ein Monitoring der hier beschriebenen Indikatoren für die nächsten Jahre ist vorgesehen, zudem eine Vertiefung in weiteren Bereichen wie Rehabilitation und Psychiatrie, wo Änderungen der Tarifierung noch bevorstehen.

**Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium 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 zu finden unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autoren

Marcel Widmer, Dimitri Kohler (Obsan)

### Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

### Projektleitung BAG

Gabriele Wiedenmayer, Fachstelle Evaluation & Forschung

### Zitierweise

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

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
2010 Neuchâtel  
Tel. 058 463 60 45  
obsan@bfs.admin.ch  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

### Bestellungen

Tel. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61  
order@bfs.admin.ch  
Bestellnummer: 1033-1604  
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer: 1034-1604)

### Download PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

© Obsan 2016



**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.