



Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen

- Schnittstellenstudie -

Ulrich Frick ¹
Maria Dickson-Spillmann ¹
Stefan Krischker ²
Wolfgang Wiedermann ³
Dirk Wiedenhöfer ⁴
Michael Schaub ¹

¹ Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Universität Zürich

² Qualitätsmanagement der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
(medbo)

³ Institut für psychologische Grundlagenforschung und Forschungsmethoden
der Universität Wien

⁴ Healthcare Research Institute AG, Zürich

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Mai 2014

Impressum

Vertragsnummer: 13.006160 / 500.0000 / -454

Laufzeit: 01.09.2013 – 31.07.2014

Leitung des Themenbereichs Qualität des Evaluationsprojektes im BAG:
Gabriele Wiedenmayer, Fachstelle Evaluation und
Forschung (E+F)

Meta-Evaluation: Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zur erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
evaluation@bag-admin.ch
www.health-evaluation.admin.ch

Zitiervorschlag:

Frick U., Dickson-Spillmann M., Krischker S., Wiedermann W., Wiedenhöfer D., Schaub M. (2014) Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Forschungsbericht No. 341 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich

Vorwort

Der vorliegende Bericht zur Evaluation möglicher Einflüsse der KVG-Revision auf die Qualität an den Schnittstellen wurde in einer Zusammenarbeit mehrerer Institutionen und über mehrere Ländergrenzen hinweg fertiggestellt.

Die Grundlagen für den quantitativen Teil der Schnittstellenstudie wurden bereits in den 2000er Jahren gelegt, als vom ehemaligen Verein Outcome im Kanton Zürich ein Erhebungsinstrumentarium entwickelt wurde, das den Spitälern eine Qualitätsbewertung ihres Entlassungsmanagements aus der Perspektive von Nachsorgeinstitutionen wie von Patient/inn/en ermöglichen sollte. Die damalige Konstellation in der Zusammenarbeit anlässlich einer Validierungsstudie über dieses Instrumentarium konnte weitgehend hier wieder zusammengeführt werden. Die Verbindung zu den Spitälern, die dieses Instrument teilweise über viele Jahre hinweg zur Steuerung ihres Entlassungsmanagements nutzen, hielt Dirk Wiedenhöfer. Den Spitälern sei herzlich gedankt für ihre Zustimmung, dieser BAG-Studie eine „Zweitnutzung“ ihrer Daten in anonymisierter Form und für einen längerfristigen Zeithorizont zu erlauben. Das statistische Auswertungsteam bestand wiederum aus Wolfgang Wiedermann und Ulrich Frick.

Anlässlich einer vom BAG beauftragten Literaturstudie über die Einflüsse von Struktur- und Prozessmerkmalen stationärer Behandlungen auf die Ergebnisqualität hatte sich die Zusammenarbeit des „Literatur-Teams“ (Stefan Krischker und Ulrich Frick) bei Recherche, Kodierung und inhaltlicher Auswertung zum Thema Qualitätsmanagement stationärer Versorgung bereits schon einmal bewährt. Daher lag es nahe, auch in dieser Studie in derselben Formation vertiefend am Thema der Schnittstellenqualität zu arbeiten. Schliesslich verfügt das ISGF über eine lange Erfahrung in der Durchführung von qualitativen Interviews, - auch mit einer Klientel, deren „Interviewbarkeit“ deutlich schwieriger ist als die „nur“ durch Zeitknappheit bei der Terminsuche dominierte Befragung von Expert/inn/en aus dem medizinischen Versorgungssystem. Maria Dickson-Spillmann, Michael Schaub und Ulrich Frick zeichnen für diesen Part der Schnittstellenstudie verantwortlich. Der Bereitschaft unserer Interviewpartner, für diese Studie uns ihre Zeit zu widmen, gebührt unser besonderer Dank.

Die Betreuung der Studie von Seiten des Bundesamts für Gesundheit war gewohnt hilfreich und kompetent und konnte durch kritisches Gegenlesen auch diesen Bericht klar verbessern. Allfällig verbliebene Fehler und Ungenauigkeiten bleiben natürlich in unserer Verantwortung.

Zürich, Regensburg, Wien im Mai 2014

Die Autorin und Autoren

Abkürzungsverzeichnis

AVC	Anonymer Verbindungscode der Medizinischen Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CI	Confidence Interval (95%)
CRF	Case Report Form
DMP	Disease Management Program
DRG	Diagnosis Related Group
ESC	European Society of Cardiology
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LOS	Length of Stay (Verweildauer)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Odds Ratio
PPS	Prospective Payment System
RR	Relatives Risiko
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	iii
Abkürzungsverzeichnis.....	iv
Inhaltsverzeichnis	1
1 Executive Summary.....	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Methodik und Ablauf der Studie	4
1.3 Resultate und Diskussion der Ergebnisse.....	6
1.3.1 Ergebnisse der Literaturrecherche und der qualitativen Interviews	6
1.3.2 Schnittstellenveränderungen aus Sicht der Nachsorge und der Patienten/innen	7
1.4 Schlussfolgerungen	10
1.5 Evaluation des répercussions de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité aux interfaces – Etude sur les interfaces –	12
1.6 Méthodologie et déroulement de l'étude	13
1.7 Résultats et leur discussion	15
1.7.1 Résultats de la revue de la littérature scientifique et des entretiens qualitatifs	15
1.7.2 Modifications aux interfaces du point de vue des structures de prise en charge post- hospitalière et des patient-e-s.....	16
1.8 Conclusions.....	21
1.9 Abstract (English).....	21
2 Thematische Einbettung und Fragestellung.....	23
2.1 Doppelcharakter von Schnittstellen: Indikations- und Allokationsentscheidungen	23
2.2 Fragestellungen der BAG-Schnittstellenstudie.....	25
3 Forschungsstand zum Einfluss von Schnittstellen auf die Ergebnisqualität stationärer Behandlungen	28
3.1 Literaturrecherche	28
3.2 Schnittstellenpassagen und Untersuchungsperspektive.....	30
3.3 Gütekriterien für Schnittstellen	36
3.4 Interventionen zur Optimierung von Schnittstellen	41

4	Qualitative Experteninterviews: Gütekriterien für Schnittstellen und Erfahrungen mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung.....	46
4.1	Anspruch an die Experteninterviews und Stichprobe.....	46
4.2	Was kennzeichnet gutes Entlassungsmanagement?	48
4.3	Beobachtete Veränderungen im Schnittstellenmanagement seit der KVG-Revision ...	51
4.3.1	„Neutrale“ Stellungnahmen	52
4.3.2	Beobachtungen von negativen Auswirkungen der KVG-Revision.....	54
4.3.3	Perzipierte positive Effekte der KVG-Revision.....	56
4.4	Zusätzliche Anregungen zur Schnittstellenthematik durch die Expert/inn/en	57
4.5	Ableitung von Hypothesen?.....	60
5	Entlassungsmanagement im Urteil von Patienten/innen und Nachsorgeinstitutionen	62
5.1	Verfügbare Daten und methodischer Zugang zu einer quantitativen Evaluation.....	62
5.2	Stichprobenstruktur	64
5.3	Auswertungsstrategie	67
5.4	Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen.....	70
5.5	Zufriedenheitsmuster bei Patient/inn/en.....	75
5.6	Urteilsübereinstimmung Patienten/Nachsorger?.....	80
5.7	Einflussfaktoren auf Zufriedenheit der Nachsorgeinstitutionen	83
5.8	Einflussfaktoren auf Patientenzufriedenheit	91
5.9	Zusammenfassung und Interpretationshinweise.....	100
6	Anhang.....	103
6.1	Abbildungsverzeichnis	103
6.2	Tabellenverzeichnis.....	105
6.2	Interview-Materialien: Kärtchen für Sortieraufgabe	106
6.3	Auflistung der 89 in die Literaturanalyse von Kapitel 3 aufgenommenen Publikationen	107
6.4	Iteminhalte des hcri-AG Befragungsinstrumentariums.....	111
6.4.1	Nachsorgebogen.....	111
6.4.2	Patientenbogen.....	111
6.5	Literaturverzeichnis	112

1 Executive Summary

Kurzzusammenfassung

Diese Studie untersucht die möglichen Auswirkungen der seit 1. Januar 2012 umgesetzten Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung spezifisch an der Schnittstelle zwischen akutstationärer und poststationärer Versorgung. Eine Literaturanalyse wies auf die herausragende Bedeutung von Behandlungskontinuität und multiprofessioneller Zusammenarbeit für die Qualität an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung hin. Experten aus der Gesundheitsversorgung berichteten in qualitativen Interviews keine spezifisch der KVG-Revision zuzuschreibenden Effekte auf die Entwicklung an den Schnittstellen. Zur quantitativen Analyse wurden die verknüpften Daten einer simultanen Befragung von Patienten/innen und Nachsorgeinstitutionen aus den Jahren 2006 bis 2013 in sechs Deutschschweizer Kantonen herangezogen. Die Urteile aus Sicht der Nachsorge zeigten sich von der KVG-Revision unabhängig, insbesondere hinsichtlich zweier Urteilmuster, die problematische Übergänge der Patienten/innen signalisierten. Deren Häufigkeit blieb zeitlich konstant und relativ gering. Für die Sichtweise der Patienten/innen liess sich im Zeitverlauf eine Tendenz zu einer differenzierteren Urteilsbildung über die Qualität des Übergangs vom Spital in die Nachsorge feststellen. Wahrgenommene Veränderungen an der Schnittstelle signalisierten einen leichten Rückgang der Neigung sowohl zu extrem positiven wie extrem negativen Patientenurteilen. Ob dies einen historischen Trend und/oder spezifisch eine Auswirkung der KVG-Revision widerspiegelt, musste ungeklärt bleiben. Zusammenfassend zeigte die Revision bis Ende 2013 keine negativen Auswirkungen der Qualität an den Schnittstellen für die Patienten/innen.

Schlüsselwörter

Schnittstelle akut-poststationäre Versorgung, Fallpauschalen, Versorgungsqualität, Patientenbefragung, Experteninterviews, Nachsorgerbefragung

1.1 Einleitung

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Revision wird seit 1. Januar 2012 umgesetzt. Die wichtigsten Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung sind die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen, die kantonale Spitalplanung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit, die freie Spitalwahl sowie die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen (SwissDRG), die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Die neuen Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung sollen in

der Hauptsache eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezwecken.

In Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ist festgehalten, dass wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des KVG vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) durchzuführen sind. Von 2012 bis 2018 sind in sechs Themenbereichen wissenschaftliche Studien vorgesehen. Ein Themenbereich befasst sich mit dem Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Versorgung.

Für den Themenbereich Qualität soll im Rahmen der Evaluation untersucht werden, ob die KVG-Revision bei einer beabsichtigten Effizienzsteigerung der stationären Leistungserbringung und einem höheren Wettbewerbsdruck zu mindestens gleichbleibender Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung führt.¹ Die hier vorgelegte Studie zielt spezifisch darauf ab, mögliche Auswirkungen der verschiedenen Massnahmen der KVG-Revision auf die Qualität an den Schnittstellen von akutstationärer Behandlung zu poststationären Nachsorgemöglichkeiten zu erkennen und deren Konsequenzen für die Ergebnisqualität zu untersuchen.

In den Analysen wird immer das Gesamtpaket der KVG-Revision betrachtet. Da die Massnahmen gleichzeitig umgesetzt wurden, lässt sich nicht eindeutig nachweisen, welche Massnahme exakt welche mögliche Veränderung der Qualität nach sich zog (sofern das überhaupt der Fall war).

1.2 Methodik und Ablauf der Studie

Die Studie bedient sich eines dreifachen Zugangs zum Thema:

Erstens wurden die Erfahrungen der internationalen wissenschaftlichen Literatur zum Zusammenhang von Finanzierungsformen und der strukturellen wie prozessualen Ausgestaltung der stationären medizinischen Versorgung und ihres Übergangs zu poststationären Massnahmen zusammen getragen und aufbereitet. **Leitfrage** für diesen Studienteil waren mögliche Auswirkungen unterschiedlicher Schnittstellengestaltung auf die Ergebnisqualität.

Zweitens wurden diese Ergebnisse anschliessend in qualitativen Interviews mit vorwiegend schweizerischen Experten/innen inhaltlich analysiert und mit den Beobachtungen dieser Ex-

¹ Im Themenbereich Qualität wird neben der vorliegenden Studie zu den Schnittstellen die sogenannte Hauptstudie durchgeführt, in der für verschiedene zugängliche Qualitätsindikatoren Veränderungen im Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung analysiert werden. Die Ergebnisse werden gegen Ende 2014 veröffentlicht. Für weitere Informationen siehe:

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/12927/index.html?lang=de>

perten/innen aus ihrem unmittelbaren beruflichen Umfeld verglichen und eingeordnet. Die befragten Experten/innen deckten die unterschiedlichen professionellen Perspektiven einer post-stationären Versorgung sowohl von der Spitalseite wie von der Nachsorgerseite her ab. Für diesen und den dritten Studienteil standen diese Leitfragen im Vordergrund: Wie wirkt sich die KVG-Revision auf die strukturellen und prozessualen Faktoren und damit zusammenhängend auf die Qualität an den Schnittstellen aus? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Ergebnisqualität?

Drittens wurde eine grössere quantitative Analyse durchgeführt auf Basis des einzigen Datensatzes der Schweiz, der institutions-, kantons- und zeitübergreifend zum Thema Schnittstellenmanagement erhoben worden war. Dieser Datensatz des ehemaligen Verein Outcome (fortgeführt von der healthcare research institute AG, hcri AG, Zürich) wurde in einer entsprechenden Vorstudie unter den bestehenden Umständen als am besten geeignet für einen quantitativen Zugang identifiziert.

Der besondere Vorteil des hcri AG Messprogramms zum Austrittsmanagement ist die dreifache Perspektive Spital-Patient-Nachsorger. Pro Spitalaufenthalt werden Daten des entlassenden Spitals mit nachfolgenden, voneinander unabhängig durchgeführten Befragungen des/der Patienten/in und der involvierten Nachsorgeinstitution individuell und pseudonymisiert zusammengeführt. Dadurch können die Beurteilungen sowohl von betroffenen Patienten/innen, wie auch von professionellen Fachkräften in der Nachsorge zur Untersuchung möglicher KVG-Revisionseffekte herangezogen werden. Die Untersuchung geht über eine reine Beurteilung aufgrund von Patientenzufriedenheiten deutlich hinaus, weil zwischen den Patientenurteilen und den Rückmeldungen der professionellen Nachsorger klare Zusammenhänge gezeigt werden konnten. Eine vergleichbare Perspektiven-Triasis mit Verknüpfungsmöglichkeit auf der Ebene einer einzelnen Spitalbehandlung existiert sonst nirgendwo in der Schweiz. Die verfügbare Beobachtungsstrecke reicht von Januar 2006 bis Dezember 2013, vermag also mögliche Veränderungen seit der Umsetzung der KVG-Revision auch bei verzögertem und eher mittelfristigem Einsetzen potenzieller Effekte (24 Monate) zu erfassen.

Als Einschränkung musste hingenommen werden, dass dieses Messprogramm nur für Deutschschweizer Spitäler verwertbare Daten im Vorfeld gesammelt hatte. Das Untersuchungsdesign des quantitativen Teils musste sich, – weil ex post entwickelt, – nach den vorliegenden Gegebenheiten ausrichten: Jenseits des prä-post Vergleichs für die Perioden vor und ab 2012 (Umsetzung bzw. Wirksamwerden der Revision) können mögliche Kantonsunterschiede zwischen Bern und Zürich herangezogen werden, um mögliche Effekte eines Fallpauschalensystems zu analysieren: Vor 2012 haben Bern und Zürich unterschiedliche Abrechnungsmodi gepflogen (Bern schon mit AP-DRG, einem Vorläufersystem von SwissDRG; Zürich mit einem abgestuften Tagespauschalensystem). Im Zeitverlauf sollten sich daher allfällige Unterschiede nach der einheitlichen Einführung von SwissDRG eher einebnen, wenn das Finanzierungssystem einen Einfluss nimmt. Weil es sich beim Datensatz nicht um eine strenge kontrollierte Studie handelt, sondern bestenfalls von einem sogenannten quasiexperimentel-

len Ansatz ausgegangen werden kann, müssen mögliche andere Einflüsse auf die Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen (denkbar: medizinisch-technischer Fortschritt in der Zeit, Effekte einzelner Spitäler mit spezifischen Organisationsreformen, demographischer Wandel bei den Patienten/innen, etc.) durch eine rechnerische Berücksichtigung ausgeschaltet werden, bevor eine inhaltliche Beurteilung eines möglichen Einflusses der KVG-Revision methodisch zulässig ist.

1.3 Resultate und Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyseschritte werden in diesem Executive Summary jeweils direkt mit der notwendigen Diskussion verknüpft, um die Argumentationslinie komprimiert zu halten.

1.3.1 Ergebnisse der Literaturrecherche und der qualitativen Interviews

Die Literaturrecherche und –aufbereitung ergab knapp 400 Literaturstellen (zumeist Artikel in Fachzeitschriften, seltener Buchkapitel) mit einer hohen Heterogenität sowohl was die methodische Qualität anbelangt, als auch von der thematischen Ausrichtung her. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien verblieb eine Menge von 89 Veröffentlichungen, die als empirisch fundierte Artikel (=Einschlusskriterium) weiter analysiert wurden.

Es liessen sich über alle Unterschiedlichkeiten hinweg zwei zentrale Gedanken über die Sicherung der Qualität des Versorgungssystems an seinen Schnittstellen überzeugend ableiten: Einerseits geht es im institutionsüberschreitenden Behandlungsprozess immer essentiell um die Wahrung von Behandlungskontinuität (in all ihren Ausformungen, für die z.T. komplexe Modelle und Analyseinstrumente zur Verfügung stehen). Andererseits befindet sich das Versorgungssystem in einer derart fein ausdifferenzierten Fragmentierung und Spezialisierung, dass die Wahrung von Kontinuität künftig wohl kaum von einer Berufsgruppe alleine vollzogen werden kann. Das Erfordernis zum interdisziplinären, Fall-bezogenen Zusammenwirken aller Akteure konnte in der Literatur eindrücklich belegt werden. Die notwendige Verzahnung zwischen klinisch-therapeutischen, pflegerischen, und edukativen Aspekten (z.B. Anleitung zur Selbstpflege, Vermeidung von Rehospitalisierungen durch tertiärpräventive Verhaltensstrategien bei kardiovaskulären Patienten/innen) kann hier als Beispiel dienen. Wie die qualitativen Interviews zeigten, stimmen die Schweizer vor-Ort Experten/innen dieser Einschätzung weitestgehend zu und illustrieren sie durch ihre eigenen beruflichen Erfahrungen.

Die befragten Experten/innen berichteten zudem diverse Detailbeobachtungen, wie sich ihre Heimatinstitutionen auf den Wechsel im Abrechnungssystem im Zusammenhang mit der KVG-Revision vorbereitet hatten: Beispielsweise wurden stationäre Aufenthaltsdauern schon zeitlich vor der Umstellung der Finanzierungsbedingungen so kurz wie möglich gehalten. So konnten aus Expertensicht vorab vermutete, potenziell nachteilige Veränderungen an den Schnittstellen zur Nachsorge weitgehend vermieden werden. Grundsätzlich attribuierten vie-

le Experten/innen in ihrem Umfeld erlebbare Veränderungen jedoch als Weiterentwicklung des Behandlungssystems und seiner Möglichkeiten, und nicht unbedingt als ökonomisch von den Finanzierungsbedingungen oder von anderen Gesetzesänderungen verursacht.

1.3.2 Schnittstellenveränderungen aus Sicht der Nachsorge und der Patienten/innen

Nachsorgeeinrichtungen

In einem ersten Schritt des dritten Studienteils (quantitative Analysen) wurde überprüft, ob das verwendete Messinstrumentarium bei Nachsorgeinstitutionen und/oder bei Patienten/innen noch die gleichen psychometrischen Eigenschaften wie bei der vor einigen Jahren publizierten Validierungsstudie besitzt (gleich gute Separierbarkeit von Zufriedenheitsmustern? gleiches Profil der Zufriedenheitsgruppen wie früher?). Zum Einsatz gelangten dabei sogenannte Latent-Class-Analysen. Es konnte für die Nachsorger ein nahezu identisches Muster von fünf qualitativ unterschiedlichen Gruppenprofilen repliziert werden, in denen sich ihre Zufriedenheit mit der Schnittstelle vom stationären Bereich her anhand von sieben unterschiedlichen Teilaspekten äusserte:

In rund 61% aller Antworten (von N= 22'842 Nachsorgebögen) über die gesamte Beobachtungsspanne hinweg waren die Nachsorgeinstitutionen rundum zufrieden mit den Modalitäten des Übergangs der Patienten/innen zu ihnen (Gruppe „*unproblematische Schnittstelle*“). Eingeschränkt positiv fiel das Urteil für knapp 21% der Schnittstellenpassagen aus, bei denen bestimmte Aspekte des Übergangs zwar nicht als schlecht, aber nicht mehr als optimal beurteilt wurden (Gruppe „*zumeist unproblematische Schnittstelle*“). „*Kontaktprobleme ohne negative Folgen*“ traten aus Sicht der Nachsorger bei 5,7% der zu ihnen überwiesenen Patienten/innen auf. Eine breitere Problempalette mit „*Kontakt-, Allokations- und Indikationsproblemen*“ erlebten aus Sicht der Nachsorger 7,4% der Patienten/innen. Im schlechtesten Fall wurde die Schnittstelle für die Patienten/innen als „*Gefährdung durch mangelnde Information*“ beurteilt, was aus Nachsorgersicht für 5,3% der überwiesenen Patienten/innen zutraf.

Im Vergleich der Situation bis zum und ab dem Jahr 2012 zeigten sich bei den Nachsorgern keine Veränderungen in der relativen Häufigkeit, mit der die fünf Gruppen zutrafen. Es ergaben sich somit keine Hinweise auf Veränderungen in der Schnittstellenqualität im Zuge der KVG-Revision. Eine zusätzliche Überprüfung, ob sich das inhaltliche Profil dieser Zufriedenheitsmuster zwischen dem Zeitraum vor und nach Wirksamwerden der KVG-Revision möglicherweise veränderte, erbrachte ein gegenteiliges Resultat: Die Muster selbst zeigten sich als über die Zeit hinweg sehr stabil.

Erst nachdem eine Reihe relevanter weiterer Einflussvariablen auf die Zufriedenheitsmuster in einem aufwändigen Verfahren (latent class mixture model) „herausgerechnet“ (adjustiert) worden waren, konnte beobachtet werden, dass im Vergleich zur Gruppe „*unproblematische Schnittstelle*“ die Chancen für das Zufriedenheitsmuster mit der Benennung „*Kontaktproble-*

me ohne negative Folgen“ (o.n.F.) im zumindest zeitlichen Zusammenhang mit der KVG-Revision abnahmen. Folgende Einflussvariablen übten (jenseits des Effekts der KVG-Revision) signifikante Einflüsse auf „Kontaktprobleme o.n.F.“ aus: Weibliche Patienten zeigten sich leicht gefährdeter für diese „Kontaktprobleme o.n.F.“, ebenso wie diese bei Spitalaustritten mit dem Ziel Rehabilitationsklinik häufiger registriert wurden. Ebenso zeigten sich Hausärzte als Nachsorger sehr deutlich (3-fach erhöhte Chancen) kritischer. Nachsorger von Patienten/innen aus dem Kanton Bern antworteten häufiger mit diesem Urteilmuster.

Für die beiden Zufriedenheitsgruppen mit den höheren Problemintensitäten („Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“, sowie „Gefährdung durch mangelnde Information“) zeigten sich Alter, Geschlecht, Dauer des stationären Aufenthaltes und Versicherungsstatus als bedeutsame Risikofaktoren. Jedoch konnte auch nach Berücksichtigung dieser Variablen keinerlei Zusammenhang mangelnder Schnittstellenqualität mit der KVG-Revision gesichert werden.

In der Gesamtschau für die Nachsorger-Perspektive ergeben sich also **keine Hinweise auf eine Verschlechterung der Schnittstellenqualität** als Folge der KVG-Revision, auch nach Berücksichtigung einer Reihe von bedeutsamen Einflussvariablen. Lediglich für das vergleichsweise gering gefährdende und zahlenmässig eher seltene Muster von „Kontaktprobleme o.n.F.“ bei der Schnittstellenpassage konnten Hinweise auf eine Verbesserung der Situation im zeitlichen Umfeld der KVG-Revision gefunden werden.

Sicht der Patienten/innen

Wegen einer leichten Revision des Fragebogens im Jahre 2008 und im Zuge einer deutlichen Ausweitung der Stichprobengrösse auf über 36'000 Patientenurteile war eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des Erhebungsinstrumentariums für die Patientenurteile notwendig. Analog zum Vorgehen bei den Nachsorger-Urteilen wurde eine separate Latent-Class-Analyse für die 21 Fragen des Patientenbogens in der Gesamtstichprobe durchgeführt.

Abweichend von der ursprünglichen Validierungsstichprobe, die fünf Urteilmuster unterschied, fanden sich nunmehr sechs sinnvoll voneinander abgrenzbare Zufriedenheitsmuster, in denen die Patienten/innen ihr Austrittsprozedere und ihren allfälligen Übergang in die Nachsorge beurteilten. Dies bedeutet eine höhere Differenzierung in der Urteilsbildung. Die Kernaussagen der Zufriedenheitsmuster änderten sich jedoch im Vergleich zur Eichstichprobe nicht, was man für die inhaltliche Interpretierbarkeit der Patientenurteile positiv werten kann. Die Zufriedenheitsmuster gruppieren sich einerseits um unterschiedliche Bewertungen des Entlassungsgeschehens, andererseits um Ausmass und Deckung eines Bedarfs nach Nachsorge.

Mehr als die Hälfte aller Patienten/innen aus der gesamten Beobachtungszeit waren durchwegs zufrieden und konnten zwei Patientengruppen mit positivem Antwortprofil zugeordnet werden (von N= 36'309 Patientenbögen): Rund 21% liessen sich im Muster „*mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf*“, weitere knapp 31% im Muster „*mehrheitlich*

zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“ zusammenfassen. In der Mehrzahl der Bewertungsaspekte des Fragebogens zufrieden, bei einzelnen Aspekten aber eher zurückhaltend positiv antwortend zeigten sich 16,5% der Patienten/innen mit der Gruppenbezeichnung „*zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf*“. Eine relativ grosse Gruppe ohne bedeutsamen Nachsorgebedarf und mit einer eher indifferenten Meinung über das Austrittsgeschehen liess sich bei 18,8% der Patienten/innen konstatieren und wurde unter der Bezeichnung „*indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf*“ zusammengefasst. Für alle diese vier Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass kaum Probleme mit der Schnittstelle in die post-stationäre Versorgung aufgetreten sind.

Ein „*teilweise eher negativ bewerteter Austritt*“ traf für 7,5% der Patienten/innen zu und umfasste neben den Aspekten des Entlassungsgeschehens auch unzufriedenstellend erfolgte Aspekte des Übergangs in die Nachsorge, wie z.B. Medikationsaufklärung, Informationsbedürfnis über den weiteren Behandlungsverlauf, mangelnde Koordination mit der Nachsorgeinstitution und Ähnliches. Weitere 5,4% der Patientenurteile fielen sehr deutlich negativ aus und wurden als „*wenig gelungener Austritt*“ betitelt. Auch für diese Gruppe gilt, dass nicht nur vereinzelte Umstände des Austritts und Übergangs in die Nachsorge ungünstig bewertet wurden, sondern für die Mehrzahl der abgefragten Aspekte eine (geringgradige oder auch starke) Unzufriedenheit geäussert wurde. Dass sich solche Unzufriedenheiten nicht nur im Erleben der Patienten/innen niederschlugen, sondern auch bei deren professionellen Nachsorgern vermehrt auftraten, konnte in einer gesonderten Analyse gezeigt werden und unterstreicht die Validität der gefundenen Zufriedenheitsmuster.

Wie schon bei den Nachsorgerbeurteilungen zeigten sich auch auf Patientenseite im Vergleich der Situation vor und ab dem Jahr 2012 keinerlei Veränderungen in der Gruppengrösse aller sechs Urteilsgruppen. Mit anderen Worten: Positive wie eher ungünstige Bewertungen waren in Summe sehr zeitstabil und zeigten keinen Zusammenhang mit der KVG-Revision. Auch die Frage, ob sich möglicherweise einzelne (Un-)Zufriedenheitsmuster in ihrem Profil seit der Umsetzung der KVG-Revision verändert haben, konnte eindeutig verneint werden.

In der letzten Stufe der statistischen Auswertung wurde auch für die Patientenurteile überprüft, ob nach rechnerischer Anpassung (Adjustierung) für eine Reihe von Zufriedenheitsbeeinflussenden Kovariablen für die Zeit ab 2012 ein Effekt erkennbar war. Diese multivariate Betrachtung hat den Vorteil, dass Tendenzen wie z.B. ein zunehmendes Alter der Patienten/innen im Verlauf der Beobachtungsstrecke, - so es gleichzeitig einen Zusammenhang von Lebensalter und Zufriedenheit gibt, - rechnerisch vom Einfluss der KVG-Revision getrennt werden können. Dadurch ist es möglich, auch potenziell „verdeckte“ oder „überlagerte“ Effekte der KVG-Revision besser zu erkennen.

Von den fünf patientenseitigen Zufriedenheitsgruppen (die jeweils mit der sechsten Gruppe als Referenzgruppe „*mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf*“ kontrastiert wurden) konnten für alle Gruppen spezifische Einflussfaktoren für das jeweilige Zufrie-

denheitsmuster statistisch bedeutsam gesichert werden. Das Alter und das Geschlecht der Patienten/innen, die Länge des vorangegangenen stationären Aufenthalts, die Tatsache einer Notfallaufnahme, das Fachgebiet der entlassenden Station, der Versicherungsstatus und die Art der angestrebten Nachsorgeinstitution zeigten sich dabei wiederkehrend von Bedeutung. Für vier Patientengruppen konnten auf diese Weise zwei paarweise korrespondierende Veränderungen nachgewiesen werden, die mit der KVG-Revision zusammen fallen:

Die Chancen, zur Gruppe „*indifferent bewertete Austritte ohne Nachsorgebedarf*“ zu zählen, nahmen ab 2012 zu, während diejenigen für „*mehrheitlich zufriedenstellende Austritte ohne Nachsorgebedarf*“ simultan abnahmen. Das uneingeschränkt positive Antwortmuster bei Austritt nach Hause wurde also zugunsten einer eingeschränkten, differenzierteren Betrachtung eher seltener gewählt. Analog ging auch (unter Vorhandensein von Nachsorgebedarf) die Neigung zum Urteil eines „*wenig gelungen Austritts*“ zurück, bei gleichzeitiger Zunahme der Chancen zum „*teilweise eher negativ bewerteten Austritt*“. Es liegt aufgrund dieses Veränderungsmusters die Interpretation nahe, dass sich die Neigung zu Extrembeurteilungen unter den Patienten/innen eher zurückbildet zugunsten einer differenzierteren Bewertung. Ob dies einen kontinuierlichen Trend über die Zeit darstellt, oder ob mit diesem doppelten Effekt eher eine Auswirkung der KVG-Revision spürbar wird, konnte aus numerischen Gründen leider nicht rechnerisch differenziert werden.

1.4 Schlussfolgerungen

Weder aus der Sicht der befragten Experten/innen, noch aus den Resultaten der durchgeführten statistischen Analysen ergaben sich unmittelbare Hinweise auf grössere Veränderungen der Qualität an den Schnittstellen von der stationären Behandlung zu poststationärer Nachsorge im Zusammenhang mit der KVG-Revision.

Parallele Entwicklungen im Versorgungssystem (von den befragten Experten/innen so benannt) bewirkten durchaus Veränderungen auf der Leistungsseite. Explizit angesprochen wurde hier eine zunehmende Reglementierung der Therapiefreiheit unter dem Banner von Qualitätssicherung, verbunden mit zusehends detaillierterer Dokumentation. Teilweise schien die Argumentation eher ein allgemeines Unbehagen an Ökonomisierungstendenzen in der Medizin auszudrücken, ohne differenzierte Reflexion der spezifischen Regelungen in der Schweiz.

Auf der Seite der Patienten/innen erfolgende Veränderungen, vor allem eine differenziertere Bewertung des Austrittsprozesses, die sich als Abnahme von rundum positiven bzw. ausschliesslich negativen Bewertungen manifestierte, können durch historische Trends („zunehmende Patientenmündigkeit“) ebenso erklärt werden und sind nicht zwangsläufig als Folge der KVG-Revision interpretierbar.

In der Sichtweise der Nachsorgeinstitutionen konnte für die beiden ungünstigsten Muster von Schnittstellenpassagen kein Zusammenhang mit eventuellen KVG-Revisionseffekten gezeigt werden. Dies gilt auch nach Berücksichtigung einer Vielzahl gleichzeitig wirksamer („konfundierender“) Variablen

Tabelle 0D: Aufgetretene und ausgebliebene Effekte im Zusammenhang mit der KVG-Revision bei Zufriedenheitsmustern von Nachsorgeinstitutionen und Patienten/innen.

Beurteiler	Zufriedenheitsmuster	direkte Zu-/ Abnahme?	Veränderung im Muster?	Zu-/ Abnahme nach Adjustierung?
Nachsorger	Unproblematische Schnittstelle	nein	nein	Referenz
	Zumeist unproblematische Schnittstelle	nein	nein	nein
	Kontaktprobleme ohne negative Folgen	nein	nein	Abnahme
	Kontakt-, Allokations-, und Indikationsprobleme	nein	nein	nein
	Gefährdung durch mangelnde Information	nein	nein	nein
Patienten/innen	mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf	nein	nein	Referenz
	mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf	nein	nein	Abnahme
	zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf	nein	nein	nein
	indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf	nein	nein	Zunahme
	teilweise eher negativ bewerteter Austritt	nein	nein	Zunahme
	wenig gelungener Austritt	nein	nein	Abnahme

Daher erscheint **zusammenfassend der Schluss zulässig**, dass zum Untersuchungszeitpunkt (bis Ende 2013) über die KVG-Revision keine Gefährdung von Patienten/innen bei der notwendigen Nachsorge und dem Zusammenspiel Akutspital-Nachsorgeinstitution ausgelöst wurde.

1.5 Evaluation des répercussions de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité aux interfaces – Etude sur les interfaces –

Résumé

La présente étude examine les effets possibles de la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement des hôpitaux, mise en œuvre le 1^{er} janvier 2012, à l'interface entre soins hospitaliers aigus et soins post-hospitaliers. Une revue de la littérature scientifique a mis en évidence l'importance majeure de la continuité des soins et de la collaboration pluridisciplinaire pour la qualité aux interfaces des soins de santé. Interrogés dans le cadre d'entretiens qualitatifs, des experts du domaine de la santé n'ont relevé aucun effet spécifiquement imputable à la révision de la LAMal sur le développement auxdites interfaces. Des données issues d'une enquête réalisée simultanément auprès de patient-e-s et de structures de prise en charge post-hospitalière entre 2006 et 2013 dans six cantons de Suisse alémanique ont servi à une analyse quantitative. Les structures de prise en charge post-hospitalière ont porté des jugements qui n'établissaient aucun lien avec la révision de la LAMal, en particulier concernant les jugements signalant des transferts problématiques de patient-e-s. La fréquence de ces jugements à propos de l'interface était restée constante et relativement faible au fil du temps. Pour ce qui est du point de vue des patient-e-s, les résultats de l'étude établissent que la formation de leur jugement concernant la qualité du passage de l'hôpital aux structures de prise en charge post-hospitalière a eu tendance à devenir plus différenciée avec le temps. Les changements perçus au niveau de l'interface signalent un léger recul de la tendance des patient-e-s à porter des jugements tant extrêmement positifs qu'extrêmement négatifs. Quant à savoir s'il s'agit là d'une tendance qui s'est forgée au fil du temps et/ou d'un effet spécifique de la révision de la LAMal, cela reste à déterminer. En résumé, la révision de la LAMal ne présentait, à fin 2013, aucun effet négatif sur la qualité aux interfaces pour les patient-e-s.

Mots-clés

Interface entre soins hospitaliers aigus et soins post-hospitaliers, prise en charge, forfaits par cas, qualité des soins, enquête de satisfaction auprès des patient-e-s, interviews d'experts, enquête de suivi

Introduction

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement des hôpitaux. La révision est mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012. Les mesures les plus importantes du nouveau mode de financement des hôpitaux ont trait au financement dual-fixe des prestations hospitalières,

à une planification hospitalière cantonale basée sur des critères de qualité et d'économicité, au libre choix de l'hôpital ainsi qu'à l'introduction de forfaits liés aux prestations (SwissDRG), forfaits reposant sur des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les nouvelles règles et nouveaux principes du financement hospitalier doivent principalement viser à endiguer la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS).

L'article 32 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) précise que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est en charge de procéder à des études scientifiques sur l'application et les effets de la LAMal. Six domaines thématiques font l'objet de telles études entre 2012 et 2018. L'un de ces domaines thématiques traite des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité des soins hospitaliers.

Le domaine thématique *Qualité* doit évaluer si la révision de la LAMal aboutit au moins – tenant compte de l'augmentation souhaitée de l'efficacité des prestations fournies dans le domaine hospitalier et d'une concurrence accrue – à une même qualité des structures, des processus et des résultats et garantit donc des soins de haute qualité.² La présente étude vise spécifiquement à identifier les effets éventuels des diverses mesures de la révision de la LAMal sur la qualité aux interfaces entre soins hospitaliers aigus et offres de soins post-hospitaliers ainsi qu'à étudier leurs conséquences sur la qualité des résultats.

Ces analyses portent toujours sur l'ensemble de la révision de la LAMal. Ses mesures étant toutes entrées en vigueur simultanément, on ne peut pas démontrer clairement quelle mesure entraîne précisément quelle modification de la qualité (pour autant que ce soit le cas).

1.6 Méthodologie et déroulement de l'étude

La présente étude a recouru à trois approches pour traiter la thématique en question :

En premier lieu, elle a recueilli et traité les expériences que consacre la littérature scientifique internationale au rapport entre modes de financement et organisation tant des structures que des processus de soins médicaux en milieu hospitalier d'une part et au passage à des mesures post-hospitalières d'autre part. La **question fondamentale** posée dans ce volet de l'étude concernait les effets éventuels d'interfaces conçues différemment sur la qualité des résultats.

² Dans le domaine thématique *Qualité*, une étude dite *principale* est réalisée parallèlement à la présente étude.

L'étude principale analyse, pour divers indicateurs de qualité aisément accessibles, les changements liés à la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Les résultats de cette étude devraient être publiés vers fin 2014. Pour de plus amples informations, voir:

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/12927/index.html?lang=de>

En second lieu, ces résultats ont été analysés par le biais d'entretiens qualitatifs avec des expert-e-s principalement suisses, puis comparés aux observations faites par ces expert-e-s dans leur environnement professionnel immédiat et enfin hiérarchisés. Les expert-e-s consulté-e-s couvraient les diverses optiques professionnelles relatives à une prise en charge post-hospitalière, tant du point de vue de l'hôpital que des structures de prise en charge post-hospitalière. Les questions fondamentales au centre de ce second comme du troisième volet étaient les suivantes : Comment la révision de la LAMal influe-t-elle sur les structures et processus et, conséquemment, sur la qualité aux interfaces? Et quelles conséquences cela a-t-il sur la qualité des résultats?

En troisième lieu, une analyse quantitative de plus grande ampleur a été réalisée sur la base du seul jeu de données suisse ayant rassemblé durant nombre d'années, dans plusieurs institutions et cantons, des données sur la question de la gestion des interfaces. Ce jeu de données de l'ancienne association Outcome (poursuivi par l'Healthcare Research Institute AG, hcri AG, Zürich) a été identifié dans une étude préliminaire ad hoc comme le plus adapté, dans les circonstances présentes, à une approche quantitative.

L'avantage particulier du programme de mesures hcri AG sur la gestion des sorties de l'hôpital tient à sa triple perspective hôpital-patient-structure de soins post-hospitaliers. Au terme de chaque hospitalisation, les données fournies par l'hôpital quitté sont rassemblées de manière individuelle et pseudonymisée avec les enquêtes auprès des patient-e-s et des structures de prise en charge post-hospitalière impliquées, enquêtes réalisés postérieurement à la sortie et indépendamment les uns des autres. Cela permet de tirer profit tant des opinions des patient-e-s que des professionnel-le-s concerné-e-s pour étudier les possibles effets de la révision de la LAMal. Cette étude va donc nettement au-delà d'une simple évaluation basée sur la satisfaction des patient-e-s puisqu'elle permet de montrer d'évidentes corrélations entre jugements des patient-e-s et appréciations des professionnel-le-s. A noter qu'une triple perspective comparable, incluant la possibilité d'établir des liens au niveau d'un seul traitement hospitalier, n'existe nulle part ailleurs en Suisse. La période d'observation à disposition allant de janvier 2006 à décembre 2013, elle a donc permis de tenir compte d'éventuels changements survenus depuis la mise en œuvre de la révision de la LAMal, et ce même au cas où d'éventuels effets ne seraient intervenus que tardivement ou à moyen terme (24 mois).

Le fait que ce programme de mesure n'avait jusque-là réuni de données exploitables que pour les hôpitaux de Suisse alémanique en limite cependant la portée. Développé ex post, le design d'étude de la partie quantitative a dû prendre en compte les circonstances suivantes: au-delà d'une comparaison pré-post entre les périodes précédant et suivant 2012 (mise en œuvre respectivement prise d'effet de la révision), de possibles disparités cantonales entre Berne et Zurich peuvent être invoquées pour analyser les effets éventuels du système de forfaits par cas. En effet, avant 2012, Berne et Zurich recouraient à des modes de facturation différents (Berne déjà avec l'AP-DRG, un système précurseur de SwissDRG; Zurich avec un système échelonné de forfaits journaliers). Avec le temps, les disparités éventuelles devraient donc

plutôt s'aplanir après l'introduction généralisée des SwissDRG et l'importance croissante de son système de financement. Le jeu de données ne constituant pas une étude contrôlée au sens strict mais, dans le meilleur des cas, une approche quasi expérimentale, d'autres facteurs pouvant influencer sur l'évolution de la qualité au niveau des interfaces (progrès de la technique médicale, effets des réformes spécifiques d'organisation propres à certains hôpitaux, changements démographiques au sein de la patientèle, etc.) doivent être neutralisés lors d'un contrôle statistique avant même qu'une évaluation approfondie des répercussions potentielles de la révision de la LAMal ne soit méthodologiquement autorisée dans ce contexte.

1.7 Résultats et leur discussion

Afin d'exposer un argumentaire concis, cet executive summary met directement en relation les résultats des différentes phases d'analyse avec la discussion qu'ils imposent.

1.7.1 Résultats de la revue de la littérature scientifique et des entretiens qualitatifs

La revue et l'analyse de la littérature scientifique a fourni près de 400 références (pour l'essentiel des articles de revues spécialisées et plus rarement des chapitres de livres), très hétérogènes tant en ce qui concerne leur qualité méthodologique que leur orientation thématique. Après application de critères d'inclusion et d'exclusion, il est resté 89 publications qui, en tant qu'articles empiriquement fondés (= critère d'inclusion), ont fait l'objet d'une nouvelle analyse.

Au-delà de leur diversité, deux idées centrales en sont ressorties de manière convaincante quant à la manière de garantir la qualité du système de soins au niveau des interfaces : d'une part il est essentiel, dans tout processus thérapeutique impliquant plusieurs institutions, de garantir la continuité du traitement (sous toutes ses formes, pour lesquelles des modèles et instruments d'analyse complexes sont en partie disponibles). D'autre part, le système de soins connaît une fragmentation et une spécialisation à ce point différenciées que préserver cette continuité ne pourra guère, à l'avenir, être le fait d'un seul groupe professionnel. La littérature a confirmé du reste sans équivoque aucune la nécessité d'une coopération interdisciplinaire de tous les acteurs centrée sur le ou la patient-e. La nécessaire articulation entre aspects clinico-thérapeutiques, aspects éducatifs et soins infirmiers (p.ex. instructions en matière d'auto-soins, prévention des ré-hospitalisations au moyen de stratégies comportementales de prévention tertiaire chez des patient-e-s cardiovasculaires) peut ici servir d'exemple. Comme l'ont montré les entretiens qualitatifs, les expert-e-s suisses engagé-e-s sur le terrain partagent très largement cette appréciation, qu'illustre parfaitement leur propre expérience professionnelle.

Les expert-e-s consulté-e-s ont rapporté en outre diverses observations détaillées sur la manière dont leurs propres institutions s'étaient préparées au changement de système de factu-

ration lié à la révision de la LAMal, par exemple en réduisant autant que possible les durées d'hospitalisation, et ce avant même toute modification de leurs conditions de financement. De sorte que, comme prévu, les changements potentiellement préjudiciables au niveau des interfaces avec le suivi post-hospitalier ont pu être largement évités. Sur le fond, nombre d'expert-e-s ont pourtant attribué les changements vécus dans leur environnement professionnel au développement du système de soins et des possibilités qu'il offre et pas nécessairement aux conséquences économiques des conditions de financement ou d'autres modifications législatives.

1.7.2 Modifications aux interfaces du point de vue des structures de prise en charge post-hospitalière et des patient-e-s

Structures de prise en charge post-hospitalière

La première phase du troisième volet de cette étude (analyses quantitatives) a constitué à vérifier si les instruments de mesure utilisés dans les structures de prise en charge post-hospitalière et/ou chez les patient-e-s ont gardé les mêmes propriétés psychométriques que celles indiquées dans l'étude de validation publiée il y a quelques années (aussi bonne séparabilité des modèles de satisfaction? même profil des groupes de satisfaction qu'auparavant?). Pour ce faire, on a recouru à des analyses dites des classes latentes. Un modèle quasi identique de cinq profils de groupes qualitativement différents leur permettant d'exprimer, au travers de sept aspects partiels distincts, leur satisfaction à l'égard de l'interface avec le domaine hospitalier a pu ainsi être reproduit pour les professionnel-e-s des soins post-hospitaliers :

Dans environ 61% de toutes les réponses (N = 22'842 questionnaires *soins post-hospitaliers*) récoltées tout au long de la période d'observation, les structures de prise en charge post-hospitalières se disaient entièrement satisfaites des modalités de transfert des patient-e-s chez elles (groupe „*Interface non problématique*“). Dans un peu moins de 21% des cas, les passages aux interfaces étaient jugés moyennement positifs, certains aspects du transfert n'étant certes pas jugés mauvais mais plus tout à fait optimaux (Groupe „*Interface la plupart du temps non problématique*“). Des „*problèmes de contact sans conséquences négatives*“ intervenaient, du point de vue des professionnel-le-s des soins post-hospitaliers, en ce qui concerne 5,7% des patient-e-s qui leur étaient transférés. Par ailleurs, 7,4% des patient-e-s auraient, à leur avis, pâti d'un éventail plus large de problèmes („*Problèmes de contacts, d'allocation et d'indication*“). Enfin, dans le pire des cas, l'interface a été jugée comme „*source de mise en danger par manque d'information*“ pour 5,3% des patient-e-s transféré-e-s.

Une comparaison entre la situation prévalant jusqu'à et depuis 2012 montre que les structures de soins post-hospitaliers n'ont connu aucun changement quant à la fréquence relative des cinq groupes ci-dessus. Il n'en est donc ressorti aucune indication de ce que la qualité aux

interfaces se soit modifiée du fait de la révision de la LAMal. Une vérification supplémentaire de la possible modification du contenu du profil de ces modèles de satisfaction durant les périodes précédant et suivant la prise d'effet de la révision de la LAMal a abouti à un résultat opposé : à savoir que ces modèles se sont révélés eux-mêmes très stables au fil du temps.

Ce n'est qu'après „exclusion“ (ajustement) d'une série d'autres variables influant sur les modèles de satisfaction par un processus complexe (*Latent class mixture model*) qu'il a pu être observé que, comparées au groupe „Interface non problématique“, les chances du modèle de satisfaction „*Problèmes de contact sans conséquences négatives*“ (scn) de se voir cité avaient diminué, du moins concomitamment à la révision de la LAMal. Quelques variables prédictives ont eu (au-delà des effets de la révision de la LAMal) une influence significative sur le groupe „*Problèmes de contact scn*“. C'est le cas des patientes qui apparaissaient légèrement plus exposées à ces „*problèmes de contact scn*“, problèmes qui, du reste, s'étaient aussi révélés plus fréquents lors de sorties d'hôpital visant à intégrer un établissement de réadaptation. De même, les médecins de famille, en tant que professionnel-le-s du suivi post-hospitalier, se sont montrés nettement plus critiques (chances 3 fois plus élevées). Le personnel en charge du suivi post-hospitalier de patient-e-s du canton de Berne a également adopté plus souvent ce modèle de jugement dans ses réponses.

L'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation et le statut d'assurance se sont révélés constituer un d'importants facteurs de risque pour les deux groupes présentant le plus de problèmes en termes de satisfaction („*Problèmes de contact, d'allocation et d'indication*“, ainsi que „*Mise en danger par manque d'information*“). Cependant, même en prenant en considération ces variables, aucune corrélation n'a pu être établie avec certitude entre manque de qualité aux interfaces et révision de la LAMal.

Globalement, **aucun signe de péjoration de la qualité aux interfaces** consécutive à la révision de la LAMal ne ressort donc du point de vue des professionnel-le-s du suivi post-hospitalier, et ce même en tenant compte de toute une série de variables à l'influence significative. Le modèle de satisfaction relativement peu dangereux et plutôt rare intitulé „*Problèmes de contact scn*“ lors du passage par une interface est le seul à avoir présenté des signes d'amélioration de la situation s'inscrivant dans le contexte temporel de la révision de la LAMal.

Point de vue des patient-e-s

En raison d'une légère révision du questionnaire en 2008 et suite à un élargissement significatif de la taille de l'échantillon à plus de 36'000 jugements de patient-e-s, il s'est avéré nécessaire de vérifier les propriétés psychométriques des instruments destinés à relever les jugements des patient-e-s. Par analogie avec le procédé adopté pour les jugements des professionnel-le-s des soins post-hospitaliers, une analyse de structure latente distincte pour les 21 questions du questionnaire *patients* a été effectuée sur l'ensemble de l'échantillon.

S'écartant de l'échantillon initial de validation qui distinguait cinq modèles de jugement, on avait désormais six modèles de satisfaction raisonnablement différenciables les uns des autres, au moyen desquels les patient-e-s ont évalué leur procédure de sortie et leur éventuel transfert en soins post-hospitaliers; ce qui signifie des formations de jugements plus différenciées. Les affirmations-clé contenues dans les modèles de satisfaction n'ont toutefois pas changé par rapport à l'échantillon de calibrage, ce qui peut être jugé positif pour l'interprétabilité du contenu des jugements des patient-e-s. Les modèles de satisfaction se sont articulés d'une part autour d'appréciations diverses sur le processus de sortie et, d'autre part, autour de l'ampleur et de la couverture d'un besoin de suivi post-hospitalier.

Sur l'ensemble de la période d'observation, plus de la moitié des patient-e-s étaient entièrement satisfaits et ont pu être intégrés dans deux groupes de patient-e-s au profil de réponses positif (sur N = 36'309 questionnaires *patients*). Environ 21% ont partagé le modèle de satisfaction „Sortie le plus souvent satisfaisante, avec besoin de suivi post-hospitalier“, et un peu moins de 31% ont jugé leur „sortie le plus souvent satisfaisante, avec faible besoin de suivi post-hospitalier“. Satisfait-e-s à l'égard de la plupart des aspects proposés à leur évaluation par le questionnaire, 16,5% des patient-e-s du groupe dénommé „Sortie jugée non sans réticence positivement, avec besoin de suivi post-hospitalier“ se sont montrés cependant plutôt réticents à juger positivement certains aspects. Un groupe relativement important de 18,8% des patient-e-s a été identifié comme n'ayant pas significativement besoin de suivi post-hospitalier et plutôt sans opinion arrêtée sur leur sortie a été réuni sous la dénomination „Sortie jugée de manière indifférente, sans besoin de suivi post-hospitalier“. On peut partir de l'idée que ces quatre groupes n'ont guère rencontré de problèmes au niveau de l'interface avec la prise en charge post-hospitalière.

Le groupe „Sortie jugée en partie plutôt négativement “ comprenait 7,5% des patient-e-s et comportait aussi, à côté des aspects propres à la sortie elle-même, des aspects insatisfaisants liés au transfert en soins post-hospitaliers tels que : renseignements sur la médication, besoin d'information sur la suite du traitement, manque de coordination avec la structure de prise en charge post-hospitalière et autres problèmes analogues. Enfin, 5,4% des jugements des patient-e-s étaient très clairement négatifs et ont été intitulés „Sortie peu réussie“. Il s'avère que ce groupe lui aussi a non seulement jugé défavorablement diverses circonstances relatives à la sortie et au transfert en soins post-hospitaliers, mais encore exprimé une (légère

voire grande) insatisfaction à l'encontre de la majorité des aspects soumis à leur appréciation. Or, une analyse séparée a démontré que de tels mécontentements ne se sont pas seulement manifestés dans le vécu des patient-e-s mais sont aussi apparus plus fréquemment chez les professionnel-le-s de prise en charge post-hospitalière, ce qui souligne la validité des modèles de satisfaction trouvés.

Comme dans les évaluations faites par les professionnel-le-s des soins post-hospitaliers, aucun changement n'est intervenu, du côté des patient-e-s, dans la taille de chacun des six groupes de jugement lorsqu'on compare la situation prévalant avant et après 2012. En d'autres termes, tant les évaluations positives que plutôt défavorables ont été en somme très stables au fil du temps et se sont révélées sans rapport aucun avec la révision de la LAMal. Et à la question de savoir s'il se peut que le profil de certains modèles de satisfaction ou d'insatisfaction se soit modifié depuis la mise en œuvre de la révision de la LAMal, l'étude a cette fois encore pu clairement répondre par la négative.

La dernière phase de l'exploitation statistique a vérifié si, après ajustement arithmétique d'une série de covariables influant sur la satisfaction, les jugements des patient-e-s avaient eux aussi subi un effet perceptible postérieurement à 2012. Cette analyse multivariée a pour avantage que des tendances telles qu'une élévation de l'âge des patient-e-s durant la période d'observation (établissant simultanément un lien entre âge et satisfaction) peuvent être mathématiquement distinguées de l'influence de la révision de la LAMal, ce qui permet de mieux identifier des effets potentiellement „cachés“ ou „superposés“ de la révision de la LAMal.

C'est ainsi que des facteurs spécifiques d'influence sur leurs modèles respectifs de satisfaction ont pu être établis de manière statistiquement pertinente pour chacun des cinq groupes de satisfaction propres aux patient-e-s (à chaque fois comparés au sixième groupe considéré comme groupe de référence „Sortie le plus souvent satisfaisante, avec besoin de suivi post-hospitalier“). L'âge et le sexe des patient-e-s, la durée de la précédente hospitalisation, une admission en urgence, le domaine de spécialisation du service effectuant la sortie, le statut d'assurance et le type de structure de prise en charge post-hospitalière recherché se sont régulièrement avérés importants. De cette manière, deux paires de changements coïncidant avec la révision de la LAMal dans quatre groupes de patient-e-s ont pu être mis en évidence:

Les chances d'appartenir au groupe „Sortie jugée de manière indifférente, sans besoin de suivi post-hospitalier“ ont augmenté depuis 2012, alors que celles relatives à une „Sortie le plus souvent satisfaisante, sans besoin de suivi post-hospitalier“ ont simultanément diminué. Lors d'une sortie avec retour à domicile, les patient-e-s ont opté plutôt plus rarement pour une réponse totalement positive, au profit d'une appréciation plus réservée et plus différenciée. De même, la tendance à porter un jugement de „Sortie peu réussie“ a reculé aussi (en cas de besoin de suivi post-hospitalier), alors qu'a augmenté, dans le même temps, la tendance à mentionner une „Sortie jugée en partie plutôt négativement“. Ces changements laissent à penser que la tendance des patient-e-s à porter des jugements extrêmes recule au profit

d'appréciations plus différenciées. Il n'a malheureusement pas été possible de déterminer mathématiquement, pour des raisons liées à la méthode d'estimation, s'il s'agit là d'une tendance durable ou si ce double effet est dû à la révision de la LAMal.

Tableau 0F: Effets survenus ou non en lien avec la révision de la LAMal cités dans les modèles de satisfaction propres aux structures de prise en charge post-hospitalière et aux patient-e-s

Évaluateur	Modèle de satisfaction	Augmentation/diminution directe ?	Modification du modèle ?	Augmentation/diminution après ajustement ?
Structures de soins post-hospitaliers	Interface non problématique	aucune	aucune	référence
	Interface le plus souvent non problématique	aucune	aucune	aucune
	Problèmes de contact sans conséquences négatives	aucune	aucune	diminution
	Problèmes de contact, d'allocation et d'indication	aucune	aucune	aucune
	Mise en danger par manque d'information	aucune	aucune	aucune
patients/ patientes	Sortie majoritairement satisfaisante, avec besoin de suivi post-hospitalier	aucune	aucune	référence
	Sortie le plus souvent satisfaisante, avec faible besoin de suivi post-hospitalier	aucune	aucune	diminution
	Sortie jugée non sans réticence positivement, avec besoin de suivi post-hospitalier	aucune	aucune	aucune
	Sortie jugée de manière indifférente, sans besoin de suivi post-hospitalier	aucune	aucune	augmentation
	Sortie jugée en partie plutôt négativement	aucune	aucune	augmentation
	Sortie peu réussie	aucune	aucune	diminution

Les **résultats de cette étude autorisent à conclure** qu'à l'époque de cette enquête (fin 2013) aucune mise en danger de patient-e-s n'a été provoquée par la révision de la LAMal, que ce soit au niveau des soins post-hospitaliers qui leur étaient nécessaires ou au niveau de l'interaction entre hôpital de soins aigus et structures de prise en charge post-hospitalière.

1.8 Conclusions

Aucune indice d'importantes modifications de la qualité aux interfaces entre traitement hospitalier et suivi post-hospitalier liées à la révision de la LAMal ne ressort directement des avis des expert-e-s consulté-e-s ou des résultats des analyses statistiques effectuées.

Certains développements intervenus parallèlement dans le système de soins (ainsi nommé par les expert-e-s consulté-e-s) ont sûrement généré des changements en matière de prestations. La réglementation croissante de la liberté thérapeutique instituée au motif d'assurer la qualité, ainsi que la documentation visiblement de plus en plus détaillée qui l'accompagne, ont été mentionnées explicitement. Cette argumentation a paru néanmoins exprimer pour une part un malaise général envers des tendances à l'économisation en médecine, et ce sans réflexion différenciée sur les réglementations spécifiques à la Suisse.

Du côté des patient-e-s, les changements en cours – notamment l'évaluation plus différenciée du processus de sortie, qui s'est traduite par une diminution des évaluations totalement positives ou exclusivement négatives – peuvent aussi s'expliquer par des tendances qui se sont forgées au fil du temps (p.ex. „maturité croissante des patient-e-s“) et ne sauraient nécessairement être interprétés comme résultant de la révision de la LAMal.

Du point de vue des structures de prise en charge post-hospitalière, il est avéré que les deux modèles les plus défavorables de passage par les interfaces sont sans rapport avec d'éventuels effets de la révision de la LAMal, assertion que ne remet pas en cause la prise en considération d'un grand nombre de variables agissant simultanément (ou variables „confusionnelles“).

1.9 Abstract (English)

This study aims at evaluating effects potentially caused by the revision of Swiss Federal law on health insurance with respect to hospital financing. The new financing rules have been implemented since January, 2012. More specifically, it focuses on healthcare transitions from the acute-care inpatient sector to aftercare elsewhere. An initial literature review underlined the importance of continuity of care and multi-professional cooperation on the quality of care transitions. According to qualitative interviews, Swiss healthcare experts did not report any changes in patients' pathways that could be attributed to the legal reform, which has been implemented since 2012. The empirical analysis is based on a matched dataset from surveys conducted simultaneously on patients and providers of aftercare. Data stemmed from a series of annual surveys carried out between 2006 and 2013 in six German-speaking Swiss cantons. Providers of aftercare reported no changes in incidence for two small patient groups signaling problematic care transitions. From a patient's perspective, a tendency towards less extreme judgments on the quality of the discharge process and transition to aftercare could be

seen. Whether or not this tendency was caused or accelerated by the reform could not be distinguished from a historical trend. In summary, no threats to patients' healthcare transitions could be shown to have emerged from the legal reforms.

Keywords:

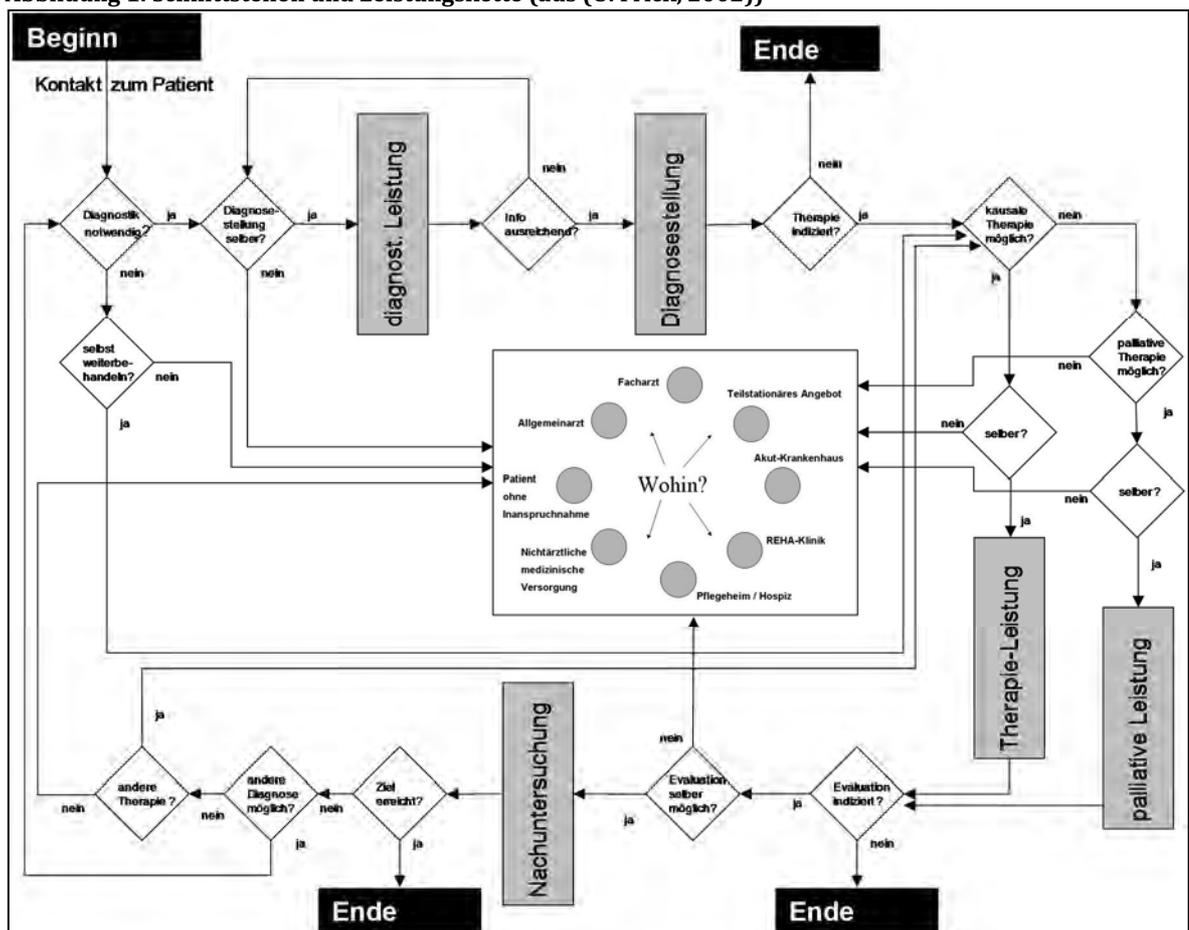
Care transition acute in-patient care - aftercare, prospective payment system, quality of care, patient survey, expert interviews, provider survey

2 Thematische Einbettung und Fragestellung

2.1 Doppelcharakter von Schnittstellen: Indikations- und Allokationsentscheidungen

Die Entwicklung der medizinischen Leistungsangebote insbesondere im stationären Leistungssektor lässt sich als Prozess zunehmender Ausdifferenzierung spezialisierter Leistungen verstehen. Neue, zunehmend enger gefasste Fachdisziplinen arbeiten mit hochspezialisiertem medizinischem Equipment an diagnostisch zunehmend spezifischer formulierten Fragestellungen oder an Teilschritten komplexer werdender Therapieketten. Ein (eher normativ als empirisch-deskriptiv zu verstehendes) Modell ärztlicher Entscheidungen entlang einer Leistungskette diagnostisch-therapeutisch-rehabilitativ-palliativ-evaluativ, wie es in Abbildung 1 dargestellt wurde, würde sich im Laufe der medizintechnologischen Entwicklung also zusehends komplexer gestalten.

Abbildung 1: Schnittstellen und Leistungskette (aus (U. Frick, 2002))



Wichtig ist in dieser Modellvorstellung, dass der Entscheidungsrahmen für eine Schnittstellenpassage (Binnengraphik „Wohin?“ in Abbildung 1) sich dynamisch darstellt: Je nach der

aktuellen Position in sich verlängernden Ketten konsekutiver Indikationsentscheidungen, je nach angestrebtem Zweck ändern sich die Auswahlmöglichkeiten für eine Allokation des/der Patienten/in zu einem anderen Versorger. Der „Leistungsraum“ ist also nicht abstrakt denkbar als konstante Angebotspalette möglicher Nachsorger (um die Passage „stationärer Austritt“ heraus zu greifen) beschreibbar, sondern hängt davon ab, welcher Versorgungszweck angestrebt wird.

Insofern ist die in Abbildung 1 (Binnengraphik: Wohin?) dargestellte Situation eine grobe Verallgemeinerung und keine allgemeingültige Beschreibung von Entscheidungsalternativen zur Patientenallokation³. Kerngedanke des Modells aus Abbildung 1 ist, eine Schnittstellenpassage nicht unabhängig vom angestrebten Zweck zu untersuchen: Geht es um eine zusätzliche diagnostische Leistung, die nur in einer anderen Institution erbracht werden kann? Wird zur intensiveren Therapie anderswohin weiter überwiesen? Oder geht es um eine bessere Versorgungsstruktur ohne kausal-therapeutischen Anspruch?

Die Entscheidungsabfolge ist normativ gedacht und keine Verallgemeinerung von empirisch beobachteten Handlungsketten. Die Darstellung fokussiert in dieser spezifischen Formulierung der Leistungskette (diagnostische Einzelleistung, Diagnosestellung, Therapie bzw. Palliation, Nachuntersuchung) zudem auf eine akutstationäre Behandlung. Für Rehakliniken, niedergelassene Ärzte oder pflegerische Versorgung würden andere Zwischenschritte auftreten, bzw. stärker in den Vordergrund rücken. Es muss auch einschränkend eingeräumt werden, dass die Abfolge einzelner Leistungsschritte keineswegs immer als disjunkte und chronologisch linear geordnete Episodenreihe auftreten muss. Vielmehr verlaufen die Prozesse im Versorgungssystem oftmals zeitlich überlappend (z.B. synchron kurative Versorgung von OP-Wunden und Beginn der rehabilitativen Mobilisierung) oder in Schleifen (z.B. Zyklen von Chemotherapie mit mehrmaligem Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung).

Warum die Gesundheitsversorgung überhaupt institutionell so stark fragmentiert ist, wie sich die gegenwärtige Situation in der Schweiz darstellt, hat nicht nur mit zunehmender Arbeitsteilung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu tun. Darauf weisen (U. Frick, Hofer, & Wiedermann, 2010) in ihrer Darstellung einer Public Health Perspektive auf Schnittstellen hin. Versorgungsinstitutionen entstehen, wachsen, schrumpfen oder verschwinden wieder mit den Möglichkeiten, sich zu finanzieren. Dementsprechend entstehen, vervielfältigen oder reduzieren sich, schrumpfen oder verschmelzen Schnittstellen auch entlang der Grenzen unterschiedlicher Finanzierungsformen (speziell für die psychiatrische Versorgung vgl. (Zechmeister & Österle, 2006), für das Beispiel der Einführung der Pflegeversi-

³ Für die Frage des Austrittsmanagements sind die Alternativen in der Schweiz insbesondere um die Nachsorge-möglichkeiten mittels Spitex zu ergänzen.

cherung in Deutschland vgl. (Gerste & Rehbein, 1998)). Eine Fragmentierung in den Finanzierungsmöglichkeiten der Patient/inn/en für unterschiedliche Versorgungsleistungen kann sich, - weil mit dem Wechsel einer Finanzierungsform auch vielfach ein Abbruch der bisherigen Behandlungsbezüge (institutionell wie personell) verbunden ist, auf das gesundheitliche Ergebnis auswirken und zu prinzipiell vermeidbaren Hospitalisierungen führen. Dies zeigten z.B. (Pizer & Gardner, 2011) anhand einer zwischen der Veterans Administration und Medicare aufgeteilten Versorgung amerikanischer Veteranen.

Wird der Finanzierungsmodus in einem zentralen Leistungsbereich wie dem stationären Sektor grundlegend geändert, liegt daher die Frage nahe, ob und wie sich diese Veränderung auf das Leistungsgeschehen an der Schnittstelle akutstationärer Versorgung zu poststationärer Versorgung auswirkt. Diese Überlegung bildete den Ausgangspunkt für die hier vorgelegte Untersuchung.

2.2 Fragestellungen der BAG-Schnittstellenstudie

Vom Bundesamt für Gesundheit wurde diese BAG-Schnittstellenstudie als ein Teilprojekt in einem umfassenden und bis zum Jahr 2018 reichenden Evaluationsentwurf für die Auswirkungen (erwünschte, unerwünschte, unerwartete) der KVG-Revision eingebettet. Dieser Entwurf gliedert sich in sechs Themenbereiche: Neben einer Grundlagenstudie über die Finanzierungssysteme vor 2012 (Bereich 1) und einer Untersuchung der Änderungen bei den Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems (Bereich 2) wird im Bereich 3 thematisiert, ob und welche Veränderungen bei der Qualität der stationären Spitalleistungen feststellbar sind. Im Themenbereich 3 wird die Hauptstudie in zwei zeitlich gestaffelten Etappen vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bearbeitet, und zwar auf Grundlage der Daten der Medizinischen Statistik der Spitäler.

Die übrigen Themenbereiche (Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung; möglicher Einfluss auf das Verhalten der Spitäler; Auswirkungen eines verfeinerten Risikoausgleichs bei den Versicherern auf die Risikoselektion) werden später als der Themenbereich 3 abgeschlossen werden.

Weil zur Frage der Qualität sowohl direkte (in welchem gesundheitlichen Zustand verlässt ein Patient das Spital?) wie indirekte (werden vom Spital andere Austrittsmodi stärker als anhin favorisiert und hat das im Anschluss Auswirkungen auf das gesundheitliche Ergebnis?) Effekte denkbar sind und weil für die indirekten Effekte aus der Medizinischen Statistik kaum Informationen⁴ zu gewinnen sind (vgl. (U Frick, Krischker, & Gmel, 2013), Kapitel 5), wurde die BAG-Schnittstellenstudie als zusätzliches Fragenpaket formuliert und beauftragt.

⁴ erfasst sind Aufenthaltsdauern und der vom Spital angestrebte Zielort einer allfälligen Weiterbehandlung.

Zwei Leitfragen mit jeweils mehreren Unterpunkten sind in dieser zusätzlichen Evaluation zu untersuchen:

1. **„Inwiefern beeinflussen die Schnittstellen sowie die damit verbundene Qualität die Ergebnisqualität?“** (Pflichtenheft zur Ausschreibung, Seite 4)

Die Bearbeitung dieser Frage soll erfolgen auf der Grundlage zweier verschiedener Wissensquellen: Einerseits wird (noch unabhängig von der Schweizer Situation) eine vertiefende Literaturanalyse vorangestellt, die einen Überblick zur aktuellen Forschungssituation liefern soll. Andererseits wird in einer qualitativ orientierten Expertenbefragung das implizite Expertenwissen um die Entwicklung der Schnittstellen akutstationär-poststationär vor Ort in der Schweiz durch geeignete Befragungstechniken explizit gestaltet und vergleichend mit den Ergebnissen der Literaturanalyse reflektiert. Dieses Vorgehen *„dient primär der Generierung von Hypothesen auf der Grundlage bestehender, empirisch erwiesener Einflüsse der Schnittstellen auf die Ergebnisqualität“* (Pflichtenheft zur Ausschreibung, Seite 4).

2. **„Wie wirkt sich die KVG-Revision auf die strukturellen und prozessualen Faktoren und damit zusammenhängend auf die Qualität an den Schnittstellen aus? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Ergebnisqualität?“**

Damit ist vor allem gemeint: Inwiefern hat die Revision bei diesen Faktoren zu neuen Problemen und/oder Lösungsansätzen geführt? Inwiefern haben sich bestehende Probleme durch die Revision akzentuiert bzw. bestehende Lösungsansätze durchgesetzt? Was heisst das für die Ergebnisqualität? Dabei ist, sofern möglich, auf die Ergebnisqualität beim Eintritt in einen nachgelagerten Bereich abzustellen. Die Auswirkungen des nachgelagerten Bereichs auf die Ergebnisqualität sind nicht zu untersuchen“ (ebenda).

Für diese zweite Fragestellung wurde in einer Vorstudie als die einzige in der Schweiz für belastbare Analysen geeignete Datenquelle die Befragung zum Austrittsmanagement identifiziert, die vom ehemaligen Verein Outcome konzipiert und 2006 eingeführt wurde, und von der Nachfolgeorganisation Healthcare Research Institute AG weitergeführt und datenmässig verwaltet wird (letztverfügbare Daten für diesen Bericht: 2013). Der Fragenkatalog dieses validierten Messinstrumentariums enthält Angaben zum Austritt/Übertritt aus der Perspektive des entlassenden Spitals, sowie aus der Perspektive des/der Patienten/in und aus der Perspektive einer allfälligen Nachsorgeinstitution.

Die Befragung wurde zwar nicht konzipiert, um eine Evaluation der KVG-Revision durchzuführen, sondern zum Zwecke der Qualitätssteuerung in den teilnehmenden Spitälern. Aber aus dem Fragenkatalog lassen sich mutmasslich zumindest Teilaspekte der Entwicklung an der Schnittstelle akutstationär-poststationär in einer Sekundäranalyse des Datensatzes untersuchen.

Es gilt aber, die im ersten Bearbeitungsschritt gesammelten Hypothesen auf die für die Analyse zur Verfügung stehenden Informationen (bzw. technisch gesprochen: auf die erhobenen

Variablen) abzubilden, soweit dies möglich ist. Daher ist dem 5. Kapitel dieses Berichts mit seinen quantitativen Resultaten ein methodischer Exkurs voran gestellt, der sich der Anbindung dieser Resultate an die per Literaturanalyse bzw. qualitativen Interviews allfällig präzisierten Hypothesen widmet.

Aus der Vorstudie (U Frick et al., 2013) heraus liess sich begründet vermuten, dass patientenrelevant in den Spitälern wie den Nachsorgeinstitutionen vor allem die Änderung des Finanzierungsmodus von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen das stärkste Einflusspotenzial für Veränderungen im Prozess der medizinischen Leistungserbringung zeitigen kann. Eine verbesserte Transparenz des Versorgungsgeschehens für Politiker und Finanzierer, Regelungen zur kantonalen Spitalplanung, sowie die Vereinheitlichung von Finanzierungsprinzipien und Leistungsdokumentationen sind einerseits für Patient/inn/en bei der Erwartung effektiver medizinischer Behandlung nicht relevant, bzw. (im Falle der Spitalplanung⁵) allenfalls langfristig anzunehmen. Die mit der KVG-Revision verbundene erweiterte Spitalwahl führt in einem weitgehend egalitär konzipierten Versorgungssystem wie dem der Schweiz allenfalls zu räumlichen Optimierungen, aber wohl kaum zu Qualitätsveränderungen innerhalb der Spitäler oder an ihren Schnittstellen. Daher wird im nachfolgenden Bericht zumeist auf die Einführung der Swiss-DRGs Bezug genommen. Streng methodisch können aber die unterschiedlichen Regelungen nicht in ihrer Wirkung voneinander getrennt werden, wenn sie simultan eingeführt werden.

⁵ vorausgesetzt, die künftige Spitalplanung befördert die in der Literatur als qualitätsrelevant erkannten Vorteile höherer Erfahrung und speziellerer Ausbildung (Kapitel 4.2 der Vorstudie von Frick et al., 2013) bei vornehmlich grösseren Spitälern, und verhindert eine Ausdünnung des Personalschlüssels bei Ärzt/inn/en und Pflegekräften (Kapitel 4.1 des Berichts von Frick et al., 2013)

3 Forschungsstand zum Einfluss von Schnittstellen auf die Ergebnisqualität stationärer Behandlungen

Eine der wichtigsten Neuerungen innerhalb der KVG-Revision Spitalfinanzierung war die Einführung eines pauschalierten, prospektiven Entgeltsystems (PPS). Dazu wurde aus der international weit verbreiteten Fallklassifikationsfamilie der DRGs (für „diagnoses related groups“, vgl. (Fischer, 2000)) ein spezifisch auf die Schweiz zugeschnittenes System namens Swiss-DRG entwickelt⁶ und ab 1.1.2012 flächendeckend im Bereich der somatischen akutstationären Versorgung eingeführt. Aus Evaluationen zur Einführung von PPS in anderen Ländern (z.B. Deutschland: (von Eiff, Schüring, & Niehues, 2011); USA: (Kosecoff et al., 1990)) ergab sich von verschiedenen Seiten die Empfehlung, mögliche Veränderungen im Schnittstellenmanagement in der Schweiz genau zu verfolgen. Im Zuge der Durchführung der hier vorgelegten, so genannten „BAG-Schnittstellenstudie“ sollte daher noch einmal mit einem breiteren Fokus als in der zugehörigen Vorstudie (U Frick et al., 2013) der Zusammenhang von Schnittstellenqualität und Ergebnisqualität im derzeitigen Erkenntnisstand aufgearbeitet werden. Welches sind die anerkannten Kriterien für eine „gute“ Organisation der Schnittstelle? Was ist bekannt über den Einfluss der Schnittstellengestaltung auf das Behandlungsergebnis des ehemals stationären Patienten?

Exkurs: Integrierte Darstellung der Stellungnahmen der Expert/inn/en

Zugleich sollte aber die praktische Bedeutung solchermaßen erhobener internationaler Literaturergebnisse für die konkrete Situation der stationären Versorgung in der Schweiz mittels einer Expertenbeurteilung ausgelotet werden. In den qualitativen Interviews (nähere Beschreibung der Teilnehmer/inn/en und der Methodik im Kapitel 4) mit zehn Expert/inn/en aus Akut- und Nachsorgeinstitutionen wurden daher die inhaltlichen Resultate der Literaturrecherche als Handout zum Interview mitgebracht. Die Expert/inn/en wurden befragt, inwieweit diese Ergebnisse mit dem Erfahrungshintergrund des eigenen Arbeitsumfeldes übereinstimmen bzw. von diesem abweichen. Zur besseren Lesbarkeit dieses Berichtes wurden diese Beurteilungen jeweils als gesondert gekennzeichnete Exkurse unmittelbar in den Verlauf der inhaltlichen Darstellung integriert. Im nachfolgenden Kapitel 4 werden dann Sample, Methodik und die übrigen Interviewabschnitte dargestellt.

3.1 Literaturrecherche

Recherchiert wurde in den Datenbanken Medline (via PubMed), EBSCO und PsycInfo (Zugang via Universität Zürich). Suchbegriffe bildeten in englischsprachigen Datenbanken die Ausdrücke „continuity of care“ und „care transition“, die jeweils mit „quality“ und mit Begriffen zum Finanzierungssystem („financing“, „reimbursement“, „remuneration“) kombiniert wurden.

⁶ Zur Entwicklungsgeschichte und zur organisatorischen Ausgestaltung vgl. www.swissdr.org

„Care transition“ (Treffer in medline: 113) erwies sich als der sehr viel spezifischer auf das Suchthema passende Begriff⁷. Die Suche erfolgte sowohl im Titel, wie im Abstract, wie in den Schlagworten (keywords) oder dem Freitext der Publikation.

Um auch an „graue“ Literatur wie Forschungsberichte zu gelangen, wurden zusätzlich die Suchmaschinen GOOGLE SCHOLAR bzw. die wissenschaftliche Kommunikationsplattform „researchgate.net“ sowie World of Science benutzt. Die deutschen Schlagwörter „Schnittstelle“, „Qualität“, bzw. „Entgelt“, „Finanzierung“, „Abrechnung“ wurden ebenfalls erprobt. Da die Suche in Google Scholar händisch erfolgen musste, und der verwendete Suchalgorithmus für die Nutzer/innen nicht transparent ist, wurden bereits bei der Inspektion der jeweiligen Suchergebnisse nur jeweils solche Artikel oder Berichte (reports) in die Literaturdatenbank aufgenommen, die eine klare empirische Fundierung aufwiesen. Die Dokumentation des Suchprozesses war daher etwas unübersichtlicher und es wurden bei den betreffenden Partitionen Angaben mit „ca.“ formuliert (Abbildung 2).

Die Literaturrecherche erfasste alle bis zum 31.10. 2013 dokumentierten wissenschaftlichen Artikel mit den oben erwähnten Einschlusskriterien. Von rund 390 zunächst erfassten Artikeln aus der Vereinigungsmenge aller oben benannten Datenbanken wurden bereits bei der Übernahme in die projektbezogene bibliographische Datenbank (unter ENDNOTE) ca. 100 Artikel sogleich wieder ausgeschlossen, weil im Titel oder im Abstract erkennbar war, dass es sich um keine empirische Studie zum Thema handelte. Methodisch orientierte Publikationen (z.B. Simulationsstudien etc.) wurden zugelassen.

Die verbleibenden 285 Artikel wurden formell nach einem mit dem BAG abgestimmten Beurteilungsschema kodiert. Dadurch wurden insgesamt 196 weitere Artikel aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Die häufigsten Ausschlussgründe sind in Abbildung 3 aufgelistet; Mehrfach-Ausschlussgründe waren möglich.

Die Grundlage für die nachfolgenden Analysen sind daher 89 Artikel. Neben den bibliographischen Angaben wurden für diese Artikel

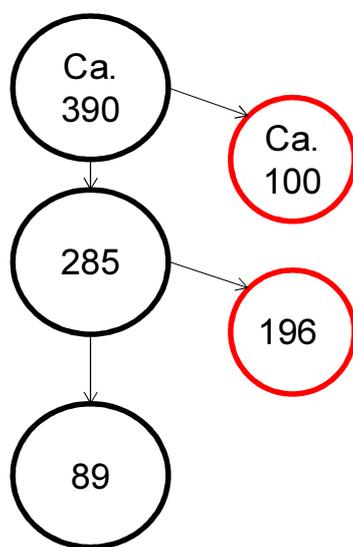
- das Forschungsdesign und die –methodik,
- die auf die Schnittstelle benutzte Perspektive (Austritt vs. Nachsorge),
- die zu Grunde liegende Beobachtungseinheit (Patienten, Institutionen, Studien),
- der Stichprobenumfang,
- die Indikation für eine Schnittstellenpassage (vgl. oben, Abbildung 1), die
- Einbeziehung der Patient/inn/en in die Schnittstellenpassage,

⁷ Trefferzahl aus „continuity of care“, „financing“ und „quality“ in Medline: 1025, bei sehr vielen Artikeln ohne Bezug zum Suchthema.

- Merkmale der Austrittsprozedur, sowie
- die zur Evaluation benutzten Qualitätsindikatoren

kodiert. Das Kodierungsschema fusst auf der Darstellung „Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung aus Public Health Sicht“ (U. Frick, Hofer, et al., 2010) und wurde angepasst auf die schon im Vorbericht vorgenommenen Quantifizierungen. Die Kodierarbeiten wurden von Ulrich Frick und Stefan Krischker vorgenommen.

Abbildung 2: Literatursauswahl



Ausschlussgrund:

Interaktiv während Recherche (Google Scholar / Endnote) ausgeschlossen:
keine Empirie

Formell während Kodierung ausgeschlossen:

- Psychiatrie als Fokus
- „Polit-Paper“ (keine Empirie)
- Doppelpublikation
- keine Involvierung Spital
- „transitions“ kein Thema
- kein Schnittstellenthema, sondern cost-effectiveness für Pharmaka
- nur Pflegeheime fokussiert
- nur gesetzl. Grundlagen diskutiert

In den nachfolgenden Abschnitten werden die inhaltlichen Ergebnisse, ihre Rezeption durch Schweizer vor-Ort Experten, sowie eine methodenkritische Einschätzung der Forschungslage dargestellt.

3.2 Schnittstellenpassagen und Untersuchungsperspektive

Der Weg von einer akutstationären Behandlung in eine professionelle (institutionalisierte oder ambulante) bzw. informelle Nachsorge kann vom „Sender“ wie vom „Empfänger“ dieses Übertrittsprozesses aus betrachtet werden. Die Schnittstelle wurde in den ausgewählten Artikeln jedoch meistens aus Spital-Perspektive untersucht (vgl. Tabelle 1). Dabei ging es um die Frage: Wie verläuft der Austrittsprozess? Das Thema wird in insgesamt 68,5% aller Arti-

kel behandelt. Ausschliesslich Aspekte der Nachsorge standen nur bei gut 13% im Fokus, bei weiteren 20% wird Austritt und Nachsorge gemeinsam betrachtet.

Nicht anwendbar war die Kategorie „Perspektive“ bei allgemeinen Systembetrachtungen und an Finanzierungsströmen interessierten Artikeln (n=15).

Tabelle 1: Perspektiven der Untersuchung von Schnittstellen

Perspektive	Anzahl Artikel	% aller Artikel
Entlassungsprozedere (Spitalperspektive)	43	48
Austritt und Nachsorge	18	20
Keine spezifische Angabe	15	17
Nachsorge	12	14
Stationäre Aufnahme	1	1
Total	89	100

Quelle: Eigene Literaturrecherche

Damit wird Schnittstellenmanagement in der Literatur zumeist von der Perspektive des entlassenden Akutspitals aus untersucht. Dies korrespondiert mit der grösseren forscherschen Kapazität, die in Spitälern im Vergleich zu Nachsorgeeinrichtungen vorhanden ist. Zwar ist der Forschungsauftrag von Universitätsspitalern vornehmlich auf die klinische Forschung konzentriert, jedoch kann unterstellt werden, dass dort auch Versorgungsforschung vom Know-How her deutlich häufiger betrieben wird als in den (zeitlich) nachgelagerten Institutionen.

Für jeden Artikel wurde vollständig aufgezeichnet, welche Wege die Patient/inn/en an der Schnittstelle einschlagen. Die Anzahl der registrierten Passagen in Tabelle 2 liegt höher als die Zahl der ausgewerteten Publikationen, weil in zahlreichen Artikeln mehrere Patientenwege untersucht wurden.

Im Zusammenhang mit der „Entlassungsperspektive“ eines Akutspitals wird in der Literatur am häufigsten der Übergang in häusliche Nachsorge untersucht: entweder ohne weitere Nachsorgeprozesse (43% aller Artikel) oder mit familialer und/oder professioneller ambulanter Unterstützung (48% aller Artikel). Auch der Weg vom Spital nach Hause lediglich zur Überbrückung der Wartezeit, bis eine anschliessende Massnahme wie z.B. Rehabilitation beginnen kann, wurde relativ oft diskutiert (27% der Artikel).

Der direkte Weg vom Akutspital in die Rehabilitation trat nur bei einem guten Viertel der Artikel in den Fokus der Darstellung, der direkte Weg in eine Langzeitpflegeinstitution bei

knapp 30% der Publikationen. Methodische Artikel bzw. gesundheitsökonomische Systembe-
trachtungen konnten relativ häufig keiner bestimmten Schnittstelle hin zugeordnet werden
(n=27).

Tabelle 2: Schnittstellenpassagen nach Häufigkeit ihrer Thematisierung (Nennung)

Art der Passage	Anzahl Nennun- gen	% aller Nen- nungen	% aller Artikel
Keine Zuordnung möglich	27	n.a.	30
Spital in häusliche Nachsorge (Familie, ambulanter Service)	43	24	48
Spital nach Hause (inkl. Rekon- valeszenz, Selbstpflege)	38	21	43
Spital in Langzeitpflege	26	15	29
Spital vorübergehend nach Hause	24	13	27
Spital in Rehabilitation	23	13	26
Spital in höheres Versorgungs- level	22	12	25
Nächster Schritt Therapiekette	1	1	1
Von Pflege in stationäre Be- handlung	1	1	1
Von zuhause aus sonstwohin	1	1	1
Total	179	100	

Quelle: Eigene Literaturrecherche

Eine Sonderrolle kommt in diesem Zusammenhang der Studie von (Lobsiger, Tondelli, Kägi, & Felder, 2013) zu, die aufgrund von Inanspruchnahmedaten einer schweizerischen Versi-
chertenpopulation untersuchte, ob mit der Einführung von Swiss-DRG bei Versicherten mit
Spitalbehandlung auch eine stärkere Inanspruchnahme im ambulanten Sektor erfolgte. Die-
ser Ansatz wurde in Tabelle 1 als Perspektive der Nachsorge kodiert. Dabei wurden sowohl
dem Spitalaufenthalt vor- wie nachgelagerte Konsultationen in Zeitfenstern von +/- fünf,
zehn und zwanzig Tagen im Abstand zur Hospitalisierung in getrennten Auswertungen be-
rücksichtigt. Insofern ist die Perspektive der „Nach“-Sorge nur zum Teil erfasst, vielmehr
werden auch möglicherweise vom Spital in den Ambulanzbereich verlagerte Voruntersu-
chungen (z.B. bei elektiven Operationen) mit gezählt. Dies ist eine bedeutsame Erweiterung
der Richtung der Schnittstellenpassage im Zusammenhang mit den möglichen Auswirkungen
von Swiss-DRG.

Unterschieden nach Konsultationen in niedergelassenen Praxen versus in Spitalambulanzen
zeigt sich (und dies steht im Widerspruch zur Beobachtung eines Experten während der In-

interviews, vgl. Abschnitt 4.3.2) gerade in den praxisambulanten Konsultationen in denjenigen Kantonen ein Anstieg, die mit der Einführung von Swiss-DRG den grösseren Schritt eines Systemwechsels im stationären Abrechnungsmodus vollzogen haben (und nicht vor 2012 bereits nach AP-DRG abgerechnet hatten). Für die Spitalsambulanzen lässt sich ein Anstieg der Konsultationen bzw. der abgerechneten Taxpunkte nicht in gleicher Weise zeigen.

Die Ergebnisse sind statistisch zwar „signifikant“, was aber bei einer Stichprobe von rund 68.000 Versicherten noch nicht auf inhaltliche Bedeutsamkeit hinweisen muss. Von der Autorengruppe wurde uns freundlicherweise über die Publikation hinausweisendes Ergebnismaterial zur Verfügung gestellt. Daraus ergibt sich, dass einerseits eine vergleichsweise hohe Anzahl von weiteren Einflussvariablen (mehr als 60 Variablen simultan im Modell geschätzt) kontrolliert wurde, um den eigentlich interessierenden Effekt zu schätzen. Statistisch wurde die Zahl der Konsultationen pro Patient im Indexjahr vorausgesagt mithilfe eines linearen Regressionsmodells. Die Effektgrösse beim „harten“ Übergang zu Swiss-DRG lag innerhalb eines 20-Tage-Fensters bei einem beta-Koeffizienten von 0.25. D.h. dass in den entsprechenden Kantonen pro vier erfolgten Hospitalisierungen durchschnittlich ein Praxisbesuch in den knapp drei Wochen vor oder nach dem Spitalaufenthalt mehr stattgefunden hat. Der Effekt der sonstigen Praxisbesuche (ausserhalb des betrachteten 6-wöchigen Fensters) ist bei den hospitalisierten Patient/inn/en ungleich höher und liegt bei einem beta von 32.7 (128fach höher). Die insgesamt aufgeklärte Varianz liegt je nach Modell und Beobachtungsfenster zwischen 17 und 27 Prozent. Insgesamt scheint sich hier eine Tendenz zur Verkürzung von Spitalaufenthalten durch intensivere Nutzung ambulanter (v.a. diagnostischer) Vorleistungen abzubilden. Denn die Koeffizienten der nach Hospitalisierungsvorbereitung und eigentlicher Nachsorge getrennten Modelle fallen durchwegs für die Vorbereitungsleistungen deutlicher aus als für eine intensiviertere Nachsorge.

Experteninterviews: „Welche Schnittstellen-Passage erleben Sie in Ihrem beruflichen Alltag am häufigsten? Sind die unterschiedlichen Passagen vergleichbar häufig wie sie in der Literatur als Thema auftauchen? Gibt es Disparitäten zwischen Thematisierung in Studien und empirischer Häufigkeit?“

Vier Expert/inn/en gaben an, sowohl die Prioritätensetzung als auch die konkreten Prävalenzen deckten sich mit ihrer Erfahrung. Drei Expert/inn/en stimmten weitgehend zu; sie gaben jedoch an, die Häufigkeit des Transfers vom Spital in die häusliche Pflege oder Selbstversorgung aufgrund ihrer Erfahrung als häufiger (50-60%) eingeschätzt zu haben. Demgegenüber stellten sie fest, der Übergang vom Spital in ein höheres Versorgungslevel komme ihrer Beobachtung nach viel seltener vor als in der Literatur berichtet.

„Ja, ich denke, dass diese Zahlen mit meinen Erfahrungen im Alltag übereinstimmen“

„Vom Spital in häusliche Nachsorge‘ bildet bei uns die grösste Gruppe“

„Die Häufigkeit von ‚Spital nach Hause (Selbstpflege)‘ hätte ich auf 50% geschätzt“

Insgesamt wurde in untersuchten Artikeln 66mal mindestens eine spezifische Patientenzielgruppe benannt, deren Schnittstellenpassage untersucht wurde. Es waren Mehrfachnennungen pro Artikel möglich. Daher wurden die Nennungen einmal an der Gesamtzahl aller registrierten Zielgruppen normiert (Spalte „% aller Nennungen“ in Tabelle 3). Die Spalte „Anteil an Artikeln“ gibt an, wieviel Prozent aller 89 Artikel jeweils eine spezielle Zielgruppe behandelten. In der Spalte „Anteil an allen Fällen“ ist wiedergegeben, wie viel Prozent derjenigen Artikel, die zumindest irgendeine der angesprochenen Zielgruppen behandelten, auch genau die Zielgruppe der jeweiligen Zeile behandelten. Weil die Zahl der Artikel mit mindestens einer Zielgruppe n=55 betrug, ist in der Spalte „Anteil an allen Fällen“ die Spaltensumme daher 1,2. Wurden alle Patient/inn/en eines Spitals in die Untersuchung eingeschlossen, wurde dies als eigene Zielgruppe registriert.

Am häufigsten wurden in den Studien die Wege älterer Patient/inn/en untersucht. Herz-Kreislauf-Patient/inn/en stellen die am zweithäufigsten untersuchte Zielgruppe dar. Manche Zielgruppen wurden auch nach nicht-medizinischen Kriterien ausgewählt (z.B. „alle Versicherten der HELSANA mit mindestens einem stationärem Aufenthalt“). Auch Gesundheitsfachkräfte bildeten in zwei Artikeln die Zielgruppe für eine Untersuchung der Schnittstellenqualität.

Tabelle 3: Untersuchte Patientengruppen

Zielgruppe	Anzahl Nennungen	% aller Nennungen	% aller Fälle	% aller Artikel
ältere PatientInnen	26	39	47	29
Herz-Kreislauf-PatientInnen	10	15	18	11
Behandlungspopulationen definiert über nicht-medizin. Kriterien	6	9	11	7
Lunge/ COPD	5	8	9	6
Chirurg. PatientInnen (exkl. Krebs)	5	8	9	6
Krebs	4	6	7	4
Kinder	3	5	5	3
Health professionals	2	3	4	2
Neurologische PatientInnen	2	3	4	2
Alle PatientInnen	2	3	4	2
sonstiges	1	2	2	1
Total	66	100	120	74

Quelle: Eigene Literaturrecherche

Experteninterviews: „Sind die Gewichte auf die verschiedenen Zielgruppen adäquat verteilt? Gibt es ‚blinde Flecken‘? Wurden bestimmte Fachgebiete ‚über-untersucht‘?“

Drei Expert/inn/en stimmen der Verteilung zu, sechs stellen Abweichungen im Vergleich zu ihren eigenen Beobachtungen fest und eine Person nimmt keine Stellung. Einigkeit herrscht bezüglich den älteren Patient/inn/en als häufigste Schnittstellenzielgruppe, da diese oft polymorbid seien. Je zwei Stimmen geben jedoch an, neurologische und KrebsPatient/inn/en häufiger an Schnittstellen anzutreffen als gemäss Literatur. Eine Expertin sieht in ihrem Berufsalltag umgekehrt neurologische Patient/inn/en häufiger als aufgrund der Literatur vermutbar. Auch LungenPatient/inn/en kommen gemäss einer Stimme häufiger an Schnittstellen vor.

Die ExpertInnen vermissen bestimmte Patientengruppen, welche sie an Schnittstellen beobachten: UnfallPatient/inn/en (3), chronisch Kranke mit Diabetes, Rheuma, Multipler Sklerose oder Parkinson (2), Demente (3), Frauen nach der Geburt eines Kindes, orthopädische Patient/inn/en (2) sowie SuchtPatient/inn/en (v.a. Alkohol). Die Prävalenz von Kindern und Herz-KreislaufPatient/inn/en schätzt je eine Person als geringer ein im Vergleich zur Literatur.

„Meiner Schätzung nach sind geriatrische Patient/inn/en (über 70 Jahre) noch stärker vertreten.“

„Ältere Patient/inn/en sind komplexer als jüngere; sie stellen eine heterogene, grosse Gruppe dar.“

Nur in 20 Studien (22,5 %) wurde der Einbezug der Patient/inn/en in die Austrittsplanung als Forschungsgegenstand erwähnt. Auch von den inhaltlichen Aspekten dieser Nachsorgevorkehrungen her war der Eindruck eines „expertokratischen“ Verständnisses von Austrittsmanagement als übliche Vorgehensweise (zumindest in der zugehörigen Forschung) nicht zu widerlegen. Keine der Studien erfolgte aus einer expliziten Perspektive des Patienten-Empowerment heraus.

Experteninterviews: „Entspricht die Häufigkeit, mit der ein Patienteneinbezug in die Austrittsplanung auch zum Thema von Studien gemacht wurde, Ihrer Schätzung, wie oft Patient/inn/en in realen Austritten bei der Planung angemessen mitreden können bzw. wollen?“

Fünf ExpertInnen geben an, die Häufigkeit des Einbezugs noch höher als die aus der Literatur übernommenen 23% geschätzt zu haben. Zwei davon hätten die Prävalenz von „Einbezug ja/nein“ umgekehrt veranschlagt. Eine befragte Expertin schätzt, dass in ihrem Umfeld 80% bei Austrittsentscheidungen angemessen partizipieren. Eine Person aus der Nachsorge gibt an, die Einbezugsprävalenz viel tiefer (10%) geschätzt zu haben. Für eine Expertin entsprechen die Zahlen ihrer persönlichen Erfahrung.

Eine Person merkt an, es komme auf die Art des Spitals an, ob ein Einbezug stattfindet: in Akutspitalern geschehe dies seltener als z.B. in der Geriatrie. Zwei Personen betonen, bei dementen Patient/inn/en sei ein Einbezug nicht immer möglich; in diesen Fällen würden die Angehörigen soweit möglich einbezogen.

„22.5% Einbezug scheint mir sehr tief. Ich kann mir nicht vorstellen, dass im Spital ein Austritt geplant wird, ohne die Patientin einzubeziehen.“

„Ich würde die Prävalenzen etwa umgekehrt ansiedeln- wenn man alle Fälle berücksichtigt, bei denen es sinnvoll und möglich ist, die Patienten und Patientinnen einzubeziehen.“

Die Unterstützung von Patient/inn/en bei der Bewältigung des Alltags nach dem Spitalaustritt wurde in 28 Studien (31,5 %) unter dem Aspekt einer dementsprechenden „Beschulung“ behandelt.

Experteninterviews: „Wie häufig finden in Ihrem beruflichen Umfeld beim Austrittsmanagement auch spezifische Patient/inn/en-Schulungen statt?⁸ Entspricht die Literaturlage zur Häufigkeit des Themas „Patientenschulung“ Ihrem beruflichen Umfeld?“

In Bezug auf Schulungen sind die Resultate ähnlich wie beim Thema Einbezug. Drei ExpertInnen geben an, die Häufigkeit des Einbezugs höher als in der Literatur zu schätzen (50-70%). Drei Personen stimmen der Häufigkeit gemäss Literatur zu. Ein Akutspital schätzt die Schulungsrate tiefer als in der Literatur. Eine Person aus der Nachsorge gibt an, die Schulungsprävalenz auf etwa 20% zu schätzen. Dieselbe Zahl gibt ein Experte aus dem Qualitätsmanagement an.

Mehrere ExpertInnen erwähnen Herzinsuffizienz-, COPD-, Diabetes-, Blutzucker- und Orthopädie-Patient/inn/en als besonders gut geschult.

Zwei Akutspitäler merken an, dass sie die Schulung manchmal auf die Nachsorgeinstitution übertragen, da die Patient/inn/en zum Austrittszeitpunkt noch nicht aufnahmefähig seien und in der Nachsorge mehr Zeit für Schulungen bleibt.

„Allerdings ist die Frage, wen man gefragt hat, ob eine Schulung stattfand: die Versorgungsinstitution oder die Patient/inn/en?“

Eine Person bemängelt die Qualität der Patientenschulungen, die sie erlebt:

„Ein Zettel, das war's. Darauf dann unvollständige, z.T. inkorrekte Informationen“

3.3 Gütekriterien für Schnittstellen

Ein Entlassungsprozess aus einer stationären Behandlung kann unterteilt werden in die nachfolgenden fünf Phasen:

- Indikationsstellung für eine Nachsorgeplanung: Erhebung von Bedarfen in der Nachsorge,
- Planung des Spitalaustritts (Zielort, Timing, Randbedingungen),
- Koordination der am Austrittsprozess beteiligten Gruppen bzw. Institutionen,
- Umsetzung des Plans zum Austritt,
- Nachuntersuchung zur Zielerreichung.

⁸ Auf Rückfragen wurde ergänzt: „Gemeint sind hier Schulungsmassnahmen mit mehr Aufwand als nur ein Info-Blatt in die Hand drücken!“

In den untersuchten Studien wurden die fünf Phasen in durchaus unterschiedlicher Gewichtung diskutiert. Nur 48 Studien haben den Austrittsprozess als explizites Thema gewählt. Davon sind 18mal (38%) auch Fragen der systematischen Erhebung des Nachsorgebedarfs, und 20mal (42%) Fragen eines simultan zum Austritt erfolgenden Prozessmonitorings diskutiert worden.

Tabelle 4: Untersuchte Phasen im Prozedere eines Patientenaustritts

Phase	Anzahl Nennungen	% aller Nennungen	% aller Fälle	% aller Artikel
Systematische Austrittsplanung	41	28	85	46
Nacherhebung nach Austritt	35	24	73	39
Koordination Austritt innerhalb/ausserhalb Spital	30	21	63	34
Simultanüberwachung des Austritts	20	14	42	22
Systematische Messung des Nachsorgebedarfs	18	13	38	20
Total	144	100	300	

Quelle: Eigene Literaturrecherche

Weitaus häufiger wurden Planungsschritte (85%), bzw. Koordinationsmechanismen innerhalb des Spitals oder institutionsübergreifend (63%), bzw. Anstrengungen zur Nachuntersuchung des weiteren Verlaufs (73% der hier zutreffenden Artikel) als Thema aufgegriffen. Prozessmerkmale dominieren also ganz klar über das Ergebnis eines Schnittstellenmanagements.

Experteninterviews: „Sind aus Ihrer Sicht mit den fünf Kriterien in Tabelle 4 die ‚richtigen‘ Aspekte des Austrittsmanagements im richtigen Verhältnis erfasst? Fehlt etwas? Wie ist der Prozess in Ihrem Umfeld oder anderswo organisiert? Besonders interessant wären nicht erfasste Prozessmerkmale, die aus Ihrer Sicht besonders ‚änderungssensitiv‘ sind.“

Bei dieser Fragestellung konzentrierten sich die Expert/inn/en vorwiegend darauf, die aufgelisteten Aspekte mit ihrer Erfahrung zu vergleichen und zu kommentieren. Dabei zeigte sich eine hohe Uneinigkeit.

Zwei Akutspitäler gaben an, eine systematische Austrittsplanung durchzuführen; dies vom Moment des Eintritts an. Eine Person gab an, die Prävalenz des systematischen Austrittsmanagements höher als in der Literatur, nämlich auf 50% der Fälle zu schätzen. In einer

Abteilung wie der Chirurgie sei eine systematische Planung allerdings einfacher durchzuführen als z.B. in der inneren Medizin, wo die Krankheitsverläufe unvorhersehbarer seien.

Um eine systematische Austrittsplanung zu fördern, haben vier Spitäler unterschiedliche Modelle eingerichtet: so wurde in einem Spital eine der Spitaldirektion angegliederte Extrastelle für Nachsorgemanagement geschaffen, welche die Beziehungen zu den Nachsorgeinstitutionen pflegen soll. In zwei Spitälern besteht ein Ansprechpersonen- oder Coachsystem, im Rahmen dessen allen Patient/inn/en eine Person aus der Pflege zugeteilt ist, welche sich u.a. um das Austrittsmanagement kümmert.

In einem weiteren Spital sind die sozialen Dienste für das Austrittsmanagement zuständig. Die anderen befragten Spitäler erwähnten in den Interviews kein explizites Austrittsmanagementsystem.

Bezüglich der schnittstellenübergreifenden Nachkontakte bestanden unterschiedliche Ansichten. Vier Voten besagten, „Follow-ups“ wären wünschenswert, würden jedoch kaum durchgeführt. Eine Expertin verneinte, dass in der Schweiz je Follow-ups zur Evaluation des Austrittsmanagements stattfänden. Andererseits gab eine Person an, es fänden zuviele unnötige Nachsorgetermine statt. Für Nachsorgetermine sind notabene weitere Leistungen zumeist vorgesehen, zumindest aber sofort möglich. Reine Nachkontakte dienen lediglich der Kontrolle, ob die Schnittstellenpassage erfolgreich durchlaufen wurde.

Ebenfalls kontrovers diskutiert wurde das „on-the-fly“-Monitoring, das heisst die simultane Prüfung des Austrittsprozesses auf Vollständigkeit und Korrektheit der vorgesehenen Schritte. Vier Stimmen gaben an, „on the fly“-Monitoring werde in den Akutspitälern durchgeführt; bei manchen Krankheitsverläufen („Grenzfälle“) biete es sich an. Zwei weitere Stimmen besagten, „on-the-fly“-Monitoring werde nicht durchgeführt bzw. es werde durchgeführt, sei jedoch nicht erstrebenswert. Als Grund wurden vor allem Praktikabilitätsaspekte genannt.

Die Koordination innerhalb und ausserhalb des Spitals wurde von zwei Personen als schlecht umgesetzt wahrgenommen. Zwei weitere sagten aus, eine solche Koordination „manchmal“ zu verfolgen.

Nur ein Akutspital gab an, systematische Messungen des Nachsorgebedarfs durchzuführen.

„Früher kam ,ad hoc‘ häufiger vor; heutzutage sind die Schnittstellen besser koordiniert.“

„Wenn möglich, planen wir den Austritt schon prä-stationär.“

„Man kann nicht alle Patient/inn/en systematisieren.“

„Den Patient/inn/en ist Systematik meist egal. Dem Spital hilft sie, denn ein Austritt ist ein komplexer Prozess.“

„Koordination kommt kaum vor. Patient/inn/en, die zu uns kommen, haben oftmals keine Dokumentation bei sich.“

Auf der Grundlage einer Darstellung bei (Wierdsma, Mulder, de Vries, & Sytema, 2009) können mit Hilfe des von dort übernommenen Kategorisierungsvorschlags unter den 89 untersuchten Publikationen 48 identifiziert werden, die sich mit Aspekten der Behandlungskontinuität an der Schnittstelle Akutversorgung/Nachsorge explizit auseinandersetzen (Tabelle 5).

Aus der Sicht des Patienten sind die therapeutischen Bezüge und der persönliche Kontakt mutmasslich wichtiger. In der wissenschaftlichen Literatur ist „Behandlungskontinuität“ deutlich am häufigsten als gesicherter Informationsfluss aufgefasst worden (86%), gefolgt von einer Kontinuität im Behandlungsplan (69%). Eine Kontinuität in den therapeutischen Beziehungen des/der Patienten/in (35%) oder durch eine Betreuung durch die immer gleichen Personen über die Institutionsgrenzen hinweg (personale Kontinuität, 45%) sind klar seltener von der Literatur her abdeckbar. Auch hier zeigt sich eine Dominanz eines Experten-zentrierten Forschungsgegenstandes. Dies muss nicht zum Nachteil der Patient/inn/en sein, jedoch ist es vorstellbar, dass die Befolgung eines vorgespurten Weges durch die Institutionen und eines Behandlungsplan leiden könnte, wenn die Beziehungsaspekte vernachlässigt sind.

Tabelle 5: Untersuchte Aspekte der Behandlungskontinuität

Kontinuitätsaspekt	Anzahl Nennungen	% aller Nennungen	% aller Fälle	% aller Artikel
Kontinuität Informationsfluss	42	37	86	47
Kontinuität Behandlungsplan	34	30	69	38
Kontinuität persönlicher Patientenkontakt	22	19	45	25
Kontinuität therapeutische Beziehung	17	15	35	19
Total	115	100	235	

Experteninterviews: „Wie schätzen Sie das Ergebnis der Literaturrecherche ein, dass Beziehungskontinuität entlang des Patientenpfades seltener Thema ist als ein korrekter Informationsfluss? Welche Vorteile bzw. Risiken resultieren jeweils, wenn der andere Aspekt vernachlässigt wäre?“

Vier Befragte antworteten, die Kontinuität auf der Behandelndenseite, resp. der Informationsfluss sei meist gewährleistet. Auf dieser Seite sei Kontinuität einfacher umzusetzen als auf der Patientenseite. Dort ist laut drei Befragten die Beziehungskontinuität kaum gegeben. Eine Person hob hervor, dies sei nicht unbedingt abzuwerten, da eine zu strikte Kontinuität von den Patient/inn/en als Bevormundung wahrgenommen werden könnte. Eine weitere Stimme befand, die Beziehungskontinuität sei über die Hausärzte/innen gegeben, welche stets über ihre Patient/inn/en informiert werden. Die wichtige Rolle der Hausärzte für Kontinuität wurde allgemein in einem weiteren Interview von der Befragungsperson herausgehoben. Eine Person wünscht sich in diesem Zusammenhang die breite Umsetzung von spezifisch eingesetzten Case-Managern, die sie selber in ihrem Umfeld noch nicht erlebt habe.

„Ich würde die Kriterien meiner Erfahrung nach folgendermassen einstufen: 1. Kontinuität persönlicher Patientenkontakt, 2. Kontinuität Informationsfluss, 3. Kontinuität Behandlungsplan, 4. Kontinuität therapeutische Beziehung.“

„Ein Spital ist nicht immer patientenfreundlich.“

„Personen mit chronischen Problemen verstehen ihre Krankheit gut, wollen nicht immer alles von Neuem erklären. Für sie ist Beziehungskontinuität besonders wichtig.“

„**Behandlungskontinuität**“ ist in der wissenschaftlichen Literatur das Prinzip, das in einem hoch spezialisierten, unübersichtlich organisierten und für Patienten in seinen Handlungslogiken oft unverständlichen Versorgungssystem bewirken soll, dass eine Behandlungskette über die zahlreichen Schnittstellen hinweg nicht abreißt. (Wierdsma et al., 2009) identifizieren folgende Schlüsselemente, die von einem guten Schnittstellenmanagement gleichwertig bedient werden müssen. Weil in den Expertenmeinungen unserer Interviews teilweise Uneinigkeit bestand über die Notwendigkeit der unterschiedlichen Aspekte von Behandlungskontinuität, sollen diese hier noch einmal klarer definiert werden, zumal sie auch als Hintergrundwissen in die Konstruktion des Befragungsinstruments der hcri AG (Abschnitt 5) Eingang gefunden haben⁹.

- 1) *„Kontinuität des Informationsflusses: Zu jedem Zeitpunkt eigener Aktivität sollte jede beteiligte Institution ein definiertes Mindest-Set an Patientendaten auf dem aktuellen Datenstand vorliegen haben. Es ist die Aufgabe guten Schnittstellenmanagements, hierzu geeignete Merkmale zur Informationsweitergabe zu definieren. Dazu bedarf es natürlich auch Patienten-übergreifend eines Austausches über die wechselseitigen Informationsbedürfnisse der beteiligten Akteure. Zugleich sollte jeder Versorger die übrigen Akteure kennen und diese sollten für ihn kurzfristig kontaktierbar sein.*
- 2) *Kontinuität im Behandlungsplan: Das Vorgehen bei Diagnostik und Therapie sollte zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern konsistent sein und nicht sich wechselseitig widersprechen (z.B. bei Medikationswechselwirkungen!). Der Patient sollte in die Planung der für ihn vorgesehenen therapeutischen Schritte mit eingebunden sein. Die Therapieplanung sollte nicht starr und monolithisch erfolgen, sondern mit integrierten evaluativen Zwischenschritten (Feedbackschleifen) Flexibilität ermöglichen und wechselnde Bedürfnislagen des Patienten mit abbilden können.*
- 3) *Kontinuität in den therapeutischen Beziehungen: Zu jedem Zeitpunkt sollte die aktuelle Hauptverantwortlichkeit für die anstehenden Schritte geklärt und dem Patienten bekannt sein. Der/die PatientIn sollte jeweils über eine ihm zugeteilte und seine Belange verantwortliche Ansprechperson Bescheid wissen. Prinzip sollte sein, die Anzahl der Bezugspersonen möglichst zu begrenzen und wiederkehrende Leistungen von jeweils derselben Person zu erbringen. Wenn ein therapeutischer Kontakt beendet wird, sollte der/die PatientIn über seine nächste Bezugsperson Bescheid wissen.*
- 4) *Kontinuität im Patientenkontakt: Hier geht es um die Kontinuität entlang der Zeitachse. Wiederkehrende Leistungen sollten mit vorhersehbaren Rhythmen und mit Sicherheit über das Zustandekommen eines Kontaktes ausgestattet sein. Behandlungsformen wie die sogenannte „nachge-*

⁹ Diese Darstellung wurde ursprünglich bereits veröffentlicht bei (U. Frick, Hofer, et al., 2010)

hende Versorgung“ versuchen, diese Kontinuität gerade bei PatientInnen mit Schwierigkeiten im persönlichen Zeitmanagement (z.B. bei Demenz o.ä.) aufrecht zu erhalten. PatientInnen und Angehörige empfinden hier vielfach die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen als eher verwirrend und belastend (Uhlman, Bartel, Kunstmann, & Sieger, 2005).“

Ergänzend zu diesen vier Punkten wird „Behandlungskontinuität“ von (Donaldson, 2001) auch mit dem Kriterium der „**Zielkongruenz**“ (englisch: „goal alignment“) zwischen den Patienten, den klinischen Akteuren und der Systemebene definiert. Nur so seien Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten von den Leistungserbringern im Sinne der „agency theory“ tatsächlich einlösbar. Eine Beobachtung wie oben angesprochen („Spital ist nicht immer patientenfreundlich“) widerspräche damit möglicherweise diesem Anspruch an Zielkongruenz.

Behandlungskontinuität per se ist aber umgekehrt noch kein Garant dafür, dass die Patientenzufriedenheit maximiert werden kann (Adler, Vasiliadis, & Bickell, 2010) und auch nicht dafür, dass die Behandlungsqualität optimiert wird (van Servellen, Fongwa, & D'Ericco, 2006).

3.4 Interventionen zur Optimierung von Schnittstellen

Das mit Abstand häufigste Merkmal, das als messbares Kriterium für die Qualität einer Schnittstelle berichtet wurde, ist die Vermeidung von Rehospitalisierungen. Unter den 48 hier relevanten Artikeln sind 94% diesem Zielkriterium verpflichtet. Ob die Schnittstelle zum richtigen Zeitpunkt passiert wurde (nicht zu früh, nicht zu spät), wird nur in 2 Studien (4%) explizit gemessen, sonstige Qualitätskriterien sind in 9 Fällen (19%) thematisiert worden. Es lässt sich also eine Dominanz von Effizienzerwägungen festhalten.

Experteninterviews: „Welche Kriterien für eine gute Austrittsplanung werden in Ihrem beruflichen Umfeld implizit oder explizit als handlungsleitend benutzt? Denken Sie ggf. sowohl an Prozessmerkmale wie an Merkmale des Patienten-Outcome.“

Vier Expertinnen sahen Rehospitalisierung als Qualitätskriterium für Schnittstellen als angemessen an. Für dieses Kriterium spricht gemäss zwei Personen seine Messbarkeit. Zwei ExpertInnen gaben an, dieses Kriterium zu verwenden. Allerdings waren alle Befürwortenden der Meinung, Rehospitalisierung soll nicht das einzige Kriterium sein.

Drei ExpertInnen waren der Ansicht, dass Rehospitalisierung als Qualitätskriterium für Schnittstellen nicht geeignet sei. Als Argumente gegen das Kriterium wurden genannt: es kommt drauf an, ob die Patient/inn/en mit derselben oder einer anderen Krankheit rehospitalisiert werden müssen; das Kriterium dient nicht als Grundlage für Massnahmen; das Kriterium richte den Fokus zu stark auf die Finanzierungsfrage. Fünf Befragte gaben als alternatives handlungsleitendes Kriterien zur Beurteilung von Schnittstellen die Zufriedenheit der Patient/inn/en mit der Austrittsgestaltung an. Eine Person regt an, die „Nachfassrate“ (nachgängige Patientenkontakte) als Qualitätsindikator stärker zu berücksichtigen und auch zu publizieren.

Einzelne Nennungen beinhalteten folgende Aspekte:

Liegen keine Redundanzen vor? (z.B. doppelte Abklärungen)

Wie entwickelt sich das Wohlbefinden der Patient/inn/en längerfristig?

Können sich die Patient/inn/en selber versorgen, sich bewegen? Wurde abgeklärt, wie die Patient/inn/en zu ihren Medikamenten und zu ihrer Verpflegung kommen? Sind entsprechende Vorrichtungen installiert worden, damit die Patient/inn/en selber auf die Toilette gehen können?

Existierte im Spital eine Ansprechperson?

Ist die Krankenkasse einverstanden mit der Austrittsgestaltung?

Gab es keine Leertage im Spital (d.h. Tage ohne Behandlung)?

Sind die Patient/inn/en und ihre Angehörigen in die Austrittsplanung einbezogen worden?

Wurde die Anschlussinstitution ausreichend über den Zustand der Patient/inn/en informiert?

Sind alle Fragen auf Seiten der Patient/inn/en geklärt?

Waren die Patient/inn/en mit der Schnittstelle nicht überfordert?

Nur acht der Publikationen haben sich in einem randomisierten Design, oder zumindest in einem quasi-experimentellen Design mit der Evaluation von Interventionen beschäftigt, die Schnittstellen im Patientenmanagement effektiver gestalten sollten. Ein Review konzentrierte sich auf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zum Thema „nurse assisted case management“ (Chiu & Newcomer, 2007), also ausschliesslich auf Interventionsstudien, die aus der Pflegeperspektive die Effekte des Entlassungs-/Übertrittsmanagements beurteilten. Die untersuchte Patientengruppe war auf ältere Patient/inn/en eingegrenzt. Ein weiterer systematischer Review (Abrashkin, Cho, Torgalkar, & Markoff, 2012) ergänzte diesen Zugang durch Hereinnahme von Studien, die aus ärztlicher und/oder pflegerischer Sicht, aus Apothekersicht, Sozialarbeit, Case Management, oder für interdisziplinäre Teams herausarbeiteten, welche Massnahmen effektiv waren und zu einer Verbesserung der Schnittstelle Akutbehandlung zu postakuter Versorgung beitragen konnten.

Im pflegezentrierten Review (Chiu & Newcomer, 2007) wurden Massnahmen evaluiert, die nach Fokus und Intensität deutlich unterschiedlich ausfielen. Als gemeinsame Bausteine über alle untersuchten 15 Studien hinweg hielten die Autoren

- Hausbesuche durch Pflegekräfte (nach Entlassung),
- Telefonische Kontaktaufnahme nach Entlassung und
- Trainingselemente für die Selbstpflege der Patient/inn/en

fest. Nur in einem Drittel der Studien wurden

- Koordinationsmassnahmen („*liaison and coordination with physicians and other providers*“)

eingesetzt, bei gleichzeitig hoher Schwankungsbreite, was den zeitlichen Beginn der Massnahmen im Laufe des Spitalaufenthaltes anbelangt: Von der Patientenaufnahme bis zum Beginn erst unmittelbar bei Entlassung waren alle Startpunkte vorhanden. Die Zielvariablen

dieser Studien lagen bei der Vermeidung von Rehospitalisierungen, insbesondere der Senkung von notfallmässigen Aufnahmen in der Nachfolgeperiode, bei der Dauer des gegenwärtigen Spitalaufenthalts, und den Behandlungskosten des Spitalaufenthaltes.

Unterschiede in der **Rehospitalisierungsrate** konnten in sieben fallzahlmässig eher kleineren Studien nicht nachgewiesen werden. So blieb unklar, ob tatsächlich eine Ineffektivität der jeweiligen Massnahme, oder zu geringe statistische Power die Ursache für diesen Umstand lieferten. Acht Studien mit Fallzahlen von mehr als 100 Patient/inn/en pro Vergleichsgruppe dagegen zeigten einen Vorteil der pflegerischen Massnahmen¹⁰ durch eine Senkung von Rehospitalisierungsraten. Es gibt kein klar erkennbares Muster, ob bestimmte der oben beschriebenen Elemente hierzu besonders beitragen konnten, denn das Design der Interventionen erfolgte jeweils ad hoc, war bezogen auf die Situation am jeweiligen Krankenhaus und bündelte zumeist mehrere Einzelmassnahmen in ein Paket. Dadurch ist die Interpretation für die Wirksamkeit einer einzelnen Massnahme nicht mehr gegeben. Für die Vermeidung von **notfallmässigen Aufnahmen** in der Folgezeit konnten nur drei von elf Studien, die diese Zielvariable benutzten, auch positive Effekte ihrer Massnahmepakete nachweisen.

Acht von neun Studien¹¹, die die **Verweildauer** als Zielkriterium dokumentierten, erreichten auch eine signifikante Reduktion des Spitalaufenthalts, ohne dass auch hier aus den heterogenen Massnahmepaketen (siehe vorangegangene Fussnote) eine klare Favorisierung bestimmter Bausteine möglich gewesen wäre. Für eine (vermutlich von vorneherein zu klein dimensionierte) Studie konnte kein Effekt gezeigt werden. Alle sechs Studien, die auf eine Senkung von **Behandlungskosten** als Zielkriterium achteten, konnten auch zeigen, dass die Massnahmen zum Entlassungsmanagement geringere Ausgaben nach sich zogen.

Der detailliert ausgearbeitete Literaturüberblick von (Abrashkin et al., 2012) kommt zu dem Schluss, dass die Schnittstellen in einem zunehmend fragmentierten Versorgungssystem vor allem durch **multidisziplinär zusammengesetzte Teams** und ein dichtes **Netz aufeinander abgestimmter Massnahmen** verbessert werden können, wobei die Verbesserung sowohl die Rehospitalisierungsraten wie die aktuellen Behandlungskosten senken können. Für die einzelnen Berufsgruppen listen sie die in Frage kommenden Elemente (samt beforschender Studie) detailliert auf (vgl. Seiten 539 und 540 ihres Artikels). Wenngleich manche Massnahmen eher auf einem typisch nordamerikanischen Versorgungssystem und den dort herr-

¹⁰ Genannt wurden hier: „home visits and telephone contact, education“, „tools for communication“, „encouragement to take an active role“, „a 1-hour one-one teaching session“, „comprehensive discharge planning and home follow-ups“, „knowledge of regimen, support, guidance“.

¹¹ Fünf davon sind identisch mit den beim Zielkriterium „Rehospitalisation“ als erfolgreich klassifizierten Studien.

schenden Aufgabenverteilungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen¹² basieren, so seien diese Massnahmevorschläge hier doch dokumentiert. Einerseits verweisen sie auf mögliche Entwicklungspfade, wenn zu Swiss-DRG weitere Elemente pauschalierter Entgeltsysteme hinzutreten würden (z.B. stärkere Gesundheitsbetreuung durch sog. „health maintenance organizations“ HMOs). Andererseits erweitern sie durchaus auch den Horizont, wenn es um alternative Organisationsformen in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe geht.

Ärzte: Entlassungsdokumentation rechtzeitig verfügbar; Qualität der darin festgehaltenen Informationen; Kommunikation mit dem poststationär weiterbehandelnden Arzt; klare Identifikation, wer der weiterbehandelnde Arzt sein wird; Wiedereinbestellung der Patienten beim nachsorgenden Arzt; Wiedereinbestellung beim Belegarzt; rechtzeitiger Termin zur Wiedereinbestellung; Kommunikation mit dem Patienten nach der Entlassung (z.B. Telefonanruf); gute und verständliche Kommunikation mit dem Patienten vor der Entlassung.

Pflege: Pflege übernimmt Entlassungsplanung; Pflege führt telemedizinische Patientenberatung nach der Entlassung durch; höhere Personaldichte bei der Pflege zwecks Entlassungsmanagement.

Apotheker: Abgleich unterschiedlicher verschriebener Substanzen; Überwachung der Medikamenteneinnahme; Screening von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit der Medikation; Patientenberatung und -schulung; Vorbereitung verbesserter Entlassungsinstruktionen hinsichtlich Medikation; Abstimmung der Medikation mit Nachsorger (inklusive der Übermittlung detaillierter Verschreibungslisten zum Nachsorger); Hausbesuch nach Entlassung; Fallkonferenzen gemeinsam mit Ärzten und Apothekern.

Sozialarbeit: Vorbereitung des Patienten auf die Entlassung durch Stationsbesuche; Unterweisung in Selbstpflegetechniken.

Fallmanager (pflegerisch oder anders qualifiziert): Entlassungsplanung inklusive Integration der beteiligten Berufsgruppen; Vorkehrungen und Durchführung von Follow-Up Kontakten nach der Entlassung des/r Patienten/in.

Multidisziplinäres Team: Ein (wie für die USA typisch) niedergelassener Pflegedienst ist beteiligt bei der Entlassung und beim poststationären Überwachungsanruf durch die Spitalapotheke; fallbezogene multidisziplinäre Teams koordinieren das Entlassungsmanagement schon Spital-intern; institutionalisierter Kontakt zwischen stationären Fallteams und Nachsorgeteams.

¹² z.B. sind Hausbesuche durch den Klinikapotheker in der Schweiz nicht üblich oder vorstellbar. Unterweisung in Selbstpflege würde in der Schweiz durch Pflegepersonal und nicht durch Sozialarbeiter übernommen werden.

Schliesslich seien hier auch die Resultate eines Literaturüberblicks aus dem Bereich der Nachsorge von älteren Patient/inn/en mit Herzinsuffizienz erwähnt, weil sie als „disease management programs“ (DMP) ebenfalls die Schnittstelle zwischen stationärer und poststationärer Versorgung in einer sehr vulnerablen Patientengruppe betreffen (Yu, Thompson, & Lee, 2006). Aufgrund ihrer Auswertung von 21 RCTs beschreiben die Autor/inn/en gemeinsame Elemente von DMPs, die sich in einer kontrollierten klinischen Studie als wirksam erwiesen hatten:

„The results indicate that more than half of the effective DMPs (63.6%) conformed to the ESC [=European Society for Cardiology, Anmerkung der AutorInnen] guidelines and had majority of the recommended characteristics. These programmes were conducted by cardiac specialists including cardiac nurse and/or cardiologists. They were comprehensive and concomitantly included education, exercise, psychosocial counselling, self-care supportive strategy, optimization of medication regimen, and medical referrals for clinical deterioration. These programmes also adopted both inperson and telephone approaches to deliver follow-up care and provided patients with telephone hotlines to access health-care professionals.“ (p.597)

Ein entscheidendes Merkmal über alle erfolgreichen Studien hinweg liegt also in den integrativen Massnahmen zur Wahrung der Behandlungskontinuität und in der aktivierenden Partizipation von Patient/inn/en beim Weg durch verschiedene Stationen des Versorgungssystems.

4 Qualitative Experteninterviews: Gütekriterien für Schnittstellen und Erfahrungen mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Das Pflichtenheft dieser „Schnittstellenstudie“ vom Juli 2013 sah als einen relevanten Inhalt eine „*Qualitative Erhebung und Analyse (z.B. Dokumentenanalyse, Interviews) zu Veränderungen an den Schnittstellen und deren Auswirkungen auf die Qualität betreffend die in Fragestellung b2¹³ aufgeführten Bereiche, die auf Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung zurückzuführen sind, unter Einbezug der relevanten Akteure*“ (S.4 Pflichtenheft) fix vor.

Zu den relevanten Akteuren zählt das Pflichtenheft akutstationären Einrichtungen, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Organisationen der spitalexternen Krankenpflege. Ergänzt wurden diese institutionellen Perspektiven im Verlauf der Projektdurchführung in Absprache mit dem BAG durch Krankenversicherungen, niedergelassene Hausärzte/innen, und im Patientenmanagement in der integrierten Versorgung Beschäftigte. Zusätzlich wurde ein Interview mit einem Vertreter des Wiener Krankenanstaltenverbundes geführt, der dort für das Schnittstellenmanagement verantwortlich zeichnet, um auch die längerfristigen Konsequenzen einer Umstellung auf Fallpauschalen in den Blick nehmen zu können¹⁴.

4.1 Anspruch an die Experteninterviews und Stichprobe

Den befragten Expert/inn/en wurde zugesichert, ihre Kommentierungen ohne Kenntlichmachung der Personen auf Gruppenebene darzustellen. Als Zielvorgabe wurden 10 bis 15 qualitative Interviews mit einer regionalen Abdeckung der gesamten Schweiz vereinbart.

Nach der Durchführung der ersten 10 Interviews wurden allerdings keine weiteren Partner mehr angeworben und befragt, weil die Ergebnisse analog zur heterogenen Herkunft der Interviewten bereits auf ein relativ vielschichtiges Meinungsbild hinsichtlich der Folgen der KVG-Revision an den Schnittstellen hindeuteten. Es erschien eher wenig wahrscheinlich, dass durch Wiederholungen von Berufsperspektiven neue Standpunkte hätten zutage treten können.

Folgende Berufsperspektiven und persönlichen Erfahrungshintergründe wurden in die Befragung einbezogen:

¹³ Hierzu benennt das Pflichtenheft: Sicherstellung der Versorgungskontinuität; - Prozessgestaltung und -optimierung (Effizienz und Effektivität der Prozesse, Festlegung/Standardisierung von Abläufen, Erarbeitung von Richtlinien, Manualen und Checklisten); - Informations- und Kommunikationsfluss bzw. -transfer (zwischen den am Schnittstellenmanagement beteiligten Akteuren, dazu gehören auch Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige); - Kooperation zwischen den Akteuren an den Schnittstellen, Zusammenarbeitskultur. Siehe unter: [Bundesamt für Gesundheit - Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen \(www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung\)](http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung)

¹⁴ In Österreich wurden die Fallpauschalierungen mittels LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) bereits 1998 eingeführt.

Tabelle 6: Befragte Expert/inn/en nach Berufsposition und Ausbildung

Merkmal	n	%
Angliederung:		
Kantonsspital	3	30
Universitätsspital	1	10
Krankenversicherung	1	10
Trägerorganisation Spitäler	1	10
Spitex	1	10
Altersheim	1	10
Rehabilitation	1	10
Hausarzt/-ärztin	1	10
Haupttätigkeit:		
Pflegeleitung	3	30
Qualitätsmanagement	3	30
Arzt/Ärztin	3	30
Ökonomie	1	10
Berufserfahrung:		
12 bis 15 Jahre	2	20
16-20 Jahre	2	20
21-25 Jahre	5	50
Über 25 Jahre	1	10
Region:		
Genferseeregion	1	10
Espace Mittelland	1	10
Nordwestschweiz	2	20
Tessin	1	1
Zürich	3	30
Ostschweiz	1	10
Ausland	1 (Österreich)	10

4.2 Was kennzeichnet gutes Entlassungsmanagement?

Jeder Experte, jede Expertin wurde zur Eröffnung des Interviews gebeten, einen vorbereiteten Satz von 18 Kärtchen zu sortieren, auf dem jeweils ein Gütekriterium für die Qualität der Schnittstelle Stationär=>Ambulant notiert war. Es handelte sich dabei um die in der Literatur bislang vorgefundenen Beurteilungskriterien. Die nummerierten Kärtchen für die Sortieraufgabe sind im Anhang (Abschnitt 6.1) dokumentiert. Zwei zusätzliche, leere Kärtchen waren vorgesehen, um allfällige individuelle Bewertungskriterien, die nicht in der vorbereiteten Liste enthalten waren, mit in die Rangreihe einsortieren zu können.

Die Interviewpartner wurden zunächst gebeten: „Bitte reihen Sie die Ereignisse danach, wie wichtig ein einzelnes Kriterium aus der jeweiligen Perspektive für eine gute Schnittstellen-Passage sein **sollte**.“ Zunächst antworteten sie aus der Perspektive der Patient/inn/en. Anschliessend dann aus der Perspektive von Versorgungsinstitutionen. Interviewte mit beruflichem Hintergrund in der Akutversorgung wurden gebeten, ihre Reihung aufgrund der von ihnen wahrgenommenen Priorisierung bei Nachsorgeinstitutionen vorzunehmen. Interviewte aus Nachsorgeinstitutionen sollten die Reihenfolge aufgrund der Perspektive der akutstationären Versorgung festlegen.

Der Zweck dieses Vorgehens bestand in der Aktivierung von unterschiedlichen Gedächtnisinhalten und Perspektiven, um in den nachfolgenden Befragungsabschnitten eine wohl überlegte, unterschiedliche Interessenslagen integrierende Beurteilung zu erhalten. Für sich alleine genommen bedeutet die Sortieraufgabe aber auch ein wichtiges Ergebnis, welches zum breiteren Verständnis des Zugangs der befragten Expert/inn/en zur Sichtweise möglicher Schnittstellenveränderungen beitragen sollte.

In der statistischen Auswertung wurden die verteilten Ränge nur über die vorbereiteten 18 Kärtchen ausgezählt. Individuelle Zusatzkriterien werden in der Darstellung gesondert aufgeführt.

Während im Urteil der Expert/inn/en die Patienteninteressen einen Vorrang für die Kriterien

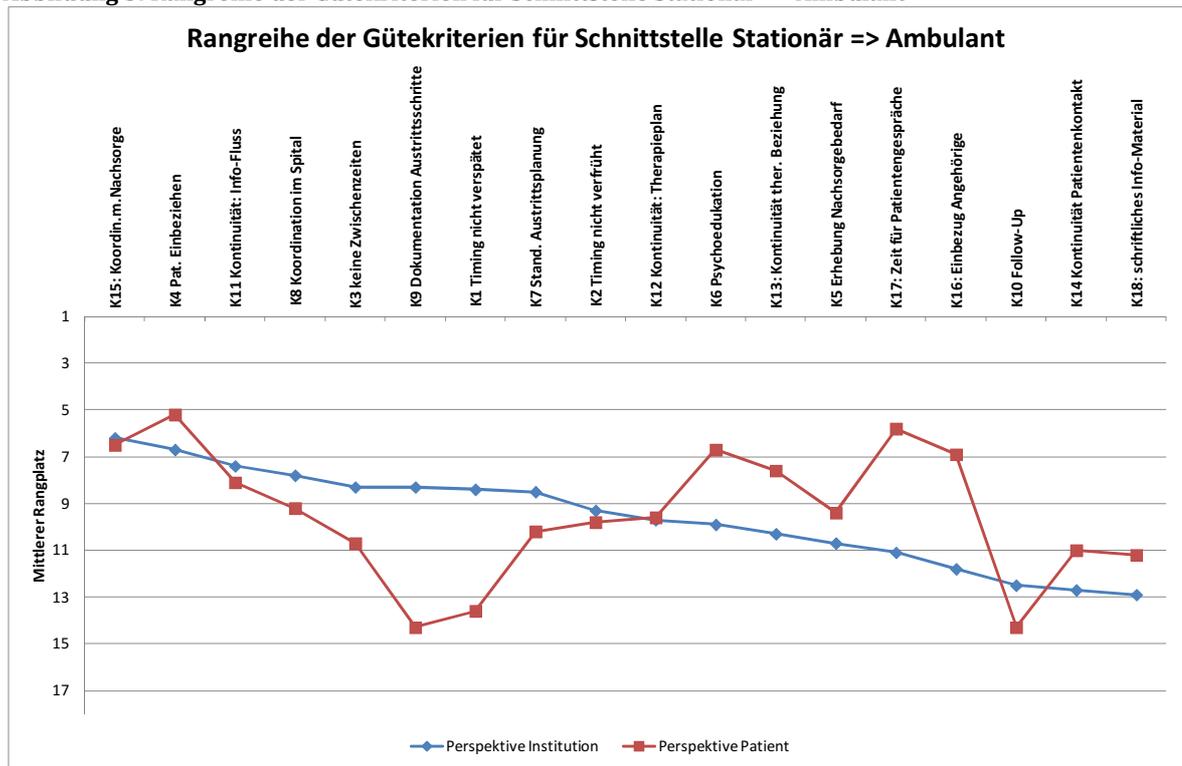
- Einbezug der Patienten in die Austrittsplanung
- Psychoedukation für die Zeit nach dem Austritt
- Kontinuität in der therapeutischen Beziehung
- genügend grosse Zeitkontingente für das Patientengespräch
- Einbezug der Angehörigen in die Austrittsplanung

bedingen, der vergleichbar aus Institutionsinteresse heraus nicht so stark ausfällt, beurteilen dieselben Expert/inn/en aus der Perspektive einer Versorgungsinstitution heraus für die Kriterien

- Vermeidung von Zwischenzeiten zwischen Austritt und Nachsorge
- gute Dokumentationsqualität für den Austritt
- Vermeiden verspäteter Austritte

- Durchführung von follow-up Untersuchungen nach dem Austritt und
 - Standardisierung der Austrittsplanung nach vorgegebenen Regelungen
- eine in Institutionen deutlich höhere Relevanz dieser Kriterien als sie dies für die Patientensperspektive vermuten. Aus beiden Perspektiven heraus als sehr bedeutsam beurteilten sie eine
- gute Koordination zwischen dem Akutspital und einer allfälligen Nachsorgeeinrichtung.

Abbildung 3: Rangreihe der Gütekriterien für Schnittstelle Stationär => Ambulant



Quelle: Expert/inn/enbefragung der BAG-Schnittstellenstudie

Ergänzend zu den 18 vorgegebenen Gütekriterien für Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung nannten die Interviewpartner aus der Patientensicht weitere Beurteilungskriterien, in denen sich eine gelungene Austrittsplanung niederschlägt:

- Start des Entlassungsmanagements bereits bei der Aufnahme
- Vermittlung des Gefühls beim Patienten, er werde in der Akutversorgung wie in der Nachsorge akzeptiert
- Vorliegen freier Kapazitäten bei den Nachsorgeplätzen
- Integration der finanziellen Aspekte in die Austrittsplanung (leistbar?)
- Prüfung der Eignung der häuslichen Infrastruktur des/der Patienten/in für die Nachsorgephase.

Wenn die Expert/inn/en aufgefordert waren, aus einer institutionellen Perspektive heraus über Kriterien einer gelungenen Schnittstelle nach zu denken, dann ergänzten sie

- die Notwendigkeit, dass der Informationsfluss über die Schnittstelle bidirektional zu erfolgen hat (d.h., dass auch Stornos von Plätzen mitgeteilt werden, bzw. die erfolgreiche Übernahme eines Patienten rückgemeldet wird),
- die Bereitstellung genügender Zeitkontingente dafür, dass sich ein Patient ohne Druck in Ruhe über die Nachsorgemöglichkeiten entscheiden kann,
- die Kontinuität in der Versorgung nicht nur mit Medikamenten, sondern auch mit den übrigen Hilfsmaterialien über den Institutionswechsel hinweg,
- die Vorteile eines gemeinsamen elektronischen Patientendokumentationssystems zwischen Akutversorgung und Nachsorge am selben Patienten, und schliesslich
- die Qualität der medizinischen Leistungen im Akutsektor als Voraussetzung für eine gelungene Schnittstellenpassage in die Nachsorge.

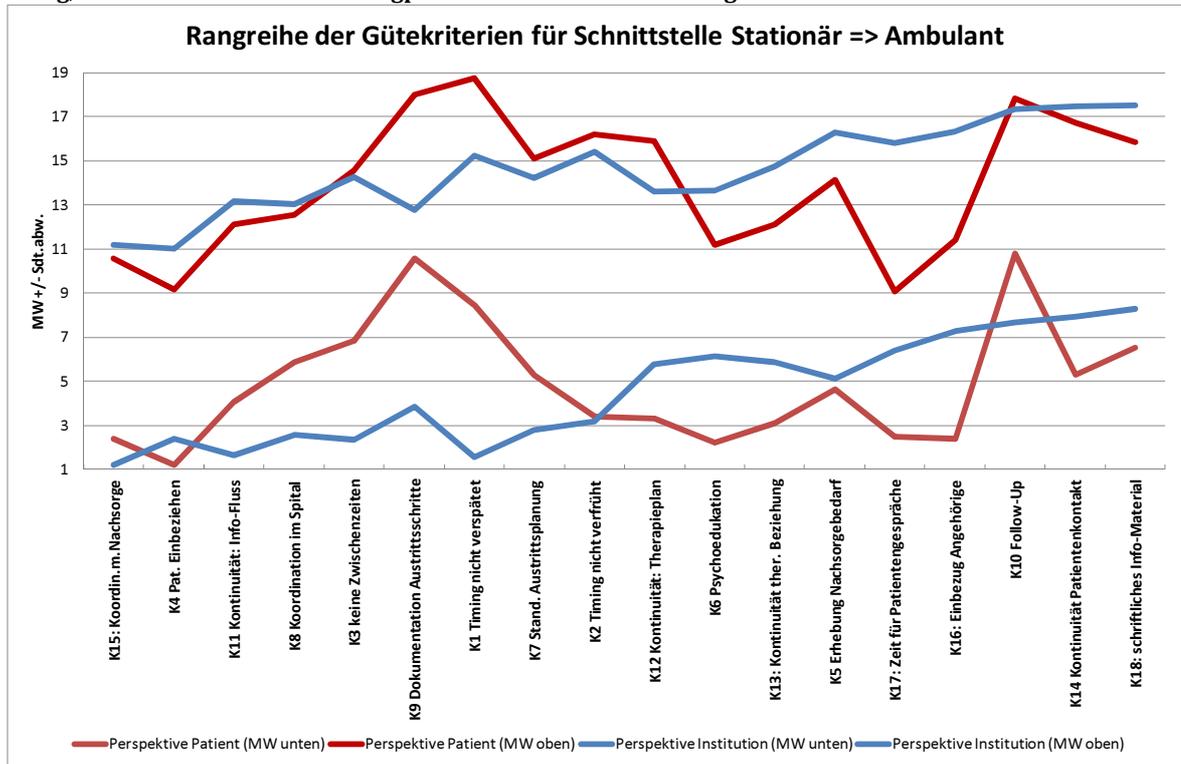
Wurde ein solches zusätzliches Kriterium im Interview benannt, wurden die ansonsten in diesem Interview vergebenen Rangplätze der 18 vorab formulierten Kriterien aus Gründen der Vergleichbarkeit ohne die Rankings dieser Einzelstatements berechnet (Abbildung 3).

In der Gesamtschau der Ergebnisse bleiben zwei Eindrücke besonders hervor zu heben: Einerseits zeigten die Expertinnen und Experten eine sehr hohe Fachkompetenz im Zugang auf die vorgelegte Problemstellung. Dies äusserte sich in den Kommentaren und Verbalisierungen während des Sortierens. Die Interviewer hatten die Befragten im Sinne von „think aloud protocols“ (Drennan, 2003) explizit dazu aufgefordert. Zum anderen bezog sich die Expertise der Befragten aber auf deren spezifischen Erfahrungshorizont an den verschiedenen Positionen des Gesundheitswesens mit den jeweils spezifischen Aufgabenstellungen und Optimierungskriterien auch mit der Schnittstellenthematik. Dies führte dazu, dass hinsichtlich der Gewichtungen (Ranking) für die unterschiedlichen Gütekriterien für Schnittstellen keinesfalls eine einheitliche, homogene Bewertung erzielt wurde. Vielmehr gab es für viele der vorgelegten Kriterien Einstufungen sowohl ganz oben in der Reihenfolge wie auch ganz unten. Diese Heterogenität stellte sich dabei keineswegs nur bei den Antworten aus der Perspektive von Gesundheitsinstitutionen ein, sondern umfasste auch die aus Patientenperspektive erfolgten Reihungen (Abbildung 4).

Diese relativ grosse Uneinigkeit führt dazu, dass auch die Unterschiede zwischen Patientenperspektive und Institutionsperspektive, die in Abbildung 3 dargestellt wurden, und die inhaltlich völlig plausibel erschienen, inferenzstatistisch nicht nachgewiesen werden können. Die inneren 68% der Rangplatz-Dichteverteilungen (Abbildung 4) überlappen jeweils sehr breit. Es bleibt aus der Sicht einer Public-Health orientierten Versorgungsforschung ein dringendes Erfordernis für die Zukunft, hier eine berufs- und institutionsübergreifende Vereinheitlichung der Beurteilungskriterien zu erreichen, weil nur dann allfällige Verbesserungen

an den Schnittstellen auch einheitlich und damit Erfolg versprechend angestrebt werden können.

Abbildung 4: Schwankungsbreite der Reihungen: obere Linie = Mittlerer Rangplatz + 1 Standardabweichung, untere Linie = Mittlerer Rangplatz - 1 Standardabweichung



Quelle: Expert/inn/enbefragung der BAG-Schnittstellenstudie

4.3 Beobachtete Veränderungen im Schnittstellenmanagement seit der KVG-Revision

Die Experteninterviews waren so konstruiert, dass durch die in der initialen Sortieraufgabe bestehende „Aufwärmübung“, sowie durch die zahlreichen Beurteilungen der Literaturlage, wie sie bereits in den Abschnitten 3.2 bis 3.4 dargestellt wurden, die Expert/inn/en einen leichten und aus mehreren Perspektiven geöffneten Zugang zu themenrelevanten Gedächtnisinhalten erreichen sollten (Faulbaum, Prüfer, & Rexroth, 2009) (Sudman, Bradburn, & Schwarz, 1996). Die nachfolgende Kernfrage des Interviews zu den persönlichen Erfahrungen mit Veränderungen seit der KVG-Revision wurde zusätzlich noch verankert durch zwei Hilfsfragen, die sich unmittelbar vorangehend auf die Zeit vor der KVG-Revision bezogen¹⁵. Der

¹⁵ Ankerfrage 1: Wenn Sie an die Zeiten vor 2012 zurückdenken, also an die Jahre 2010 oder 2011 beispielsweise: In welcher Weise waren Sie damals in Schnittstellen-Entscheidungen involviert? Ankerfrage 2: Können Sie aus die-

Wortlaut für die qualitative Beurteilung möglicher Veränderungen der Schnittstellenqualität seit der KVG-Revision war:

Experteninterviews: *Wenn wir auf die letzte Ergebnisfolie unserer Literaturrecherche zurück kommen¹⁶: Hier wurden Schnittstellen auf Veränderungen nach einer breiten Palette von Interventionen untersucht. Wenn sie speziell an die KVG-Revision und die Swiss-DRG denken: Welche Bereiche haben sich in Ihrem Umfeld ggf. spürbar verändert? In welche Richtung?*

Die Antworten der Expert/inn/en wurden gruppiert nach 1. eher neutralen Stellungnahmen, die teilweise der Einführung von Swiss-DRGs überhaupt keine verändernde Auswirkungen zusprachen bzw. beobachtete Veränderungen einer allgemeinen Entwicklung in der Medizin zuordneten, 2. Beurteilungen, die eher negative Auswirkungen in der KVG-Revision erkannten, und 3. Stellungnahmen mit eher positiven Wahrnehmungen infolge der Gesetzesrevision. Die Zitate beruhen auf Mitschriften während des Interviews, eine Protokollierung durch Tonaufzeichnung erschien angesichts des Expertenstatus der Befragten nicht zweckdienlich.

Die Mehrzahl der Expert/inn/en neigte zur Stellungnahme, dass infolge der KVG-Revision in ihrem eigenen Arbeitsumfeld sich keine bedeutsamen Veränderungen ereignet hätten. Insbesondere die nicht-ärztlichen Professionen folgten nahezu geschlossen dieser Argumentation.

4.3.1 „Neutrale“ Stellungnahmen

Einerseits wird wiederholt auf eine allgemeine Entwicklung in der Medizin verwiesen:

- *„Dauer/Intensität Nachsorge: ist im Zuge der allgemeinen medizinischen Entwicklung intensiver geworden. Wir nehmen heute Leute mit Infusionen auf, früher nicht.“*
- *„Heute haben die Patienten eher das Gefühl, -manchmal fast die Angst-, man wolle sie schneller „loswerden“. Dies ist aber nicht nur DRG-bedingt, sondern auch durch den medizinischen Fortschritt.“*
- *„Eine Erholungszeit im Spital gibt es nicht mehr. Das ist aber weniger das Resultat der DRGs, sondern ein allgemeiner Prozess.“*
- *„Die Nachsorge ist intensiver und komplexer geworden, aber nicht als Folge der DRGs sondern im Zuge der medizinischen Entwicklung. Es gibt mehr Angebote und Möglichkeiten als früher (z.B. früher 1 Rollatormodell, heute 15)“*

sem Zeitraum exemplarisch einen Fall rekapitulieren, der einen „mustergültigen“ bzw. sehr schlechten Übergang von stationärer Behandlung in eine Nachsorge bedeutet hat?

¹⁶ Interviewer verweist auf Folie zu den im Abschnitt 3.4 referierten Ergebnissen.

Andererseits gibt es auch Stellungnahmen, die KVG-Revisionsbedingte Änderungen explizit verneinen:

- *„Funktionsniveau: hat sich m.E. nicht verändert durch die DRGs“.*
- *Innerhalb Versicherung keine unmittelbar spürbare Auswirkung bislang*
- *Für das Spital ist es am besten, wenn die Verweildauer leicht unter den DRGs liegt. Wir bekommen kein Geld mehr vom Kanton. Es ist falsch, wenn das Spital deswegen Pflegestellen reduziert. Man sollte die Stellen beibehalten, aber dafür die Aufenthaltsdauer so kurz wie möglich halten. So kommt es finanziell auf dasselbe heraus. Dennoch entlassen wir keine Patient/inn/en zu früh.*
- *Vorwurf schleppender Kostengutsprachen [an der Schnittstelle stationär-Reha; Anmerkung Interviewer] ist unzutreffend => Es wird schnell geprüft.*

Schliesslich wird auch die KVG-Revision als Innovationsprozess beschrieben, der durch geeignete Organisationsvorbereitung gut abgefedert werden kann und somit keine negativen Auswirkungen nach sich zieht:

- *Trotzdem war die Einführung der DRGs in unserem Spital kein Schock. Wir waren und sind immer voll und mussten daher die Aufenthaltsdauer seit jeher kurz halten.*
- *Dauer/Intensität Nachsorge: die Intensität ist zunächst höher, da das Funktionsniveau der Patient/inn/en etwas geringer ist beim Austritt. Aber die Gesamtdauer der Nachsorge ist wahrscheinlich nicht (zwingend) kürzer, da die Patient/inn/en dafür früher in eine geeignete Nachsorge (z.B. Reha) kommen.*
- *Vor den DRGs kümmerten wir uns nicht so sehr um die Verweildauer und Austrittsplanung. Es war oft unklar, welchen Anteil der Finanzierung der Kanton und welchen Anteil die Krankenkasse hat. Jetzt ist man einer der Akteure in der Finanzierungsfrage. Der finanzielle Druck ist etwas angestiegen; gleichzeitig sind die Finanzaspekte klarer geworden.*

Teilweise beobachteten die Expert/inn/en auch Veränderungen in der Nachsorge, die sie aber eher neutral bewerteten:

- *Nachsorge: Ist wahrscheinlich schon etwas intensiver geworden.*
- *Ich schätze, dass sich die Dauer der Nachsorge in 60% der Fälle verlängert hat. Die Intensität hat auch zugenommen, da wir akutere Fälle bekommen.*
- *Die Reha boomt, allerdings soll hier nun auch gekürzt werden.*

Und schliesslich äusserte eine Expertin, dass ihr eine einheitliche Bewertung wegen gegenläufiger Tendenzen nicht möglich sei:

- *Ich bekomme unterschiedliche Rückmeldungen (sowohl vom Spital als von den Nachsorgeinstitutionen) zu den DRGs bezüglich dessen, ob es durch sie Änderungen gegeben hat oder nicht. Kann keine definitive Aussage darüber machen.*

4.3.2 Beobachtungen von negativen Auswirkungen der KVG-Revision

SwissDRGs werden in verschiedenen Stellungnahmen als Bestandteil eines Ökonomisierungsprozesses in der Medizin charakterisiert, der Versorgungssicherheit und Qualität der Behandlung gefährdet:

- *Durch die DRGs verlieren manche, v.a. die Patienten, und nur wenige gewinnen, v.a. die Privatspitäler, die sich ihre Krankheitsbilder herauspicken können. Diese nehmen z.B. eher keinen Darmpatienten mit vielen OPs, der ihnen kein Geld mehr bringen kann.*
- *Einen negativen Aspekt sehe ich im Verlust des Patienten für den Hausarzt: die Spitäler entlassen die Patient/inn/en oftmals in ihre Ambulatorien, wenn sie eigentlich stationär noch mehr hätten machen können/sollen. So kann der Fall ambulant abgerechnet werden. Manchmal weise ich einen Patienten ins Spital ein und sehe ihn nachher nicht mehr, weil das Spital den Patienten nach dem stationären Aufenthalt ins Ambulatorium weiter geschoben hat, anstatt ihn zurück zu mir zu schicken. So geht die Verbindung zwischen mir und dem Patienten verloren.*

Mit dieser letzten Aussage wird nicht direkt angesprochen, dass eine Behandlungskontinuität unterbrochen wird. Der „Bruch“ in der Versorgung durch den Hausarzt geschieht ja bereits mit der stationären Aufnahme im Spital. Im Zitat wird die zahlenmässig verminderte „Rückübernahme“ zum Hausarzt kritisiert. Die geäußerte Beobachtung steht jedoch im Widerspruch zu den Analysen von (Lobsiger et al., 2013), die vom genau umgekehrten Fall ausgehen: Nach den Daten einer Versichertenpopulation mit stationärer Inanspruchnahme kam es seit Einführung von Swiss-DRG zu einer bescheidenen Erhöhung (!) der Praxiskonsultationen im zeitlichen Umfeld von Spitalaufenthalten.

Die vom Experten kritisierte mangelnde Rücküberweisung kann aber nicht unmittelbar als Diskontinuität beschrieben werden, denn man könnte für den Fall, dass –wie vermutet– der Patient in die eigene Spitalambulanz überwiesen wird¹⁷, unterstellen, dass zwischen den bettenführenden Abteilungen eines Spitals und seinem Ambulatorium ein dichteres Informationsnetz besteht als zu sehr vielen zuweisenden Hausärzten. Aus der Sicht eines Patienten ergeben sich so betrachtet möglicherweise sogar Vorteile. Es hängt vom Qualitätsstandpunkt aus betrachtet davon ab, ob die Indikation zur Überweisung in ein Ambulatorium eine bessere Versorgungssituation ermöglicht, vom Patienten gewünscht wird, und ob langfristig eine hausärztliche Betreuung gesichert oder verhindert wird.

¹⁷ Auch die Zunahme von Konsultationen im Bereich der Spitalambulanzen im Zusammenhang mit Hospitalisierungen wurde in der zitierten Studie untersucht. Hier fanden sich keine bedeutsamen Veränderungen seit der Einführung von Swiss-DRG.

- *Durch die DRGs interessiert sich das Spital nur für sich selber. Es wird untersucht, welche Abteilungen rentieren und welche nicht. Die DRGs fokussieren das Gesundheitswesen zu stark auf das Spitalwesen. Was das Behandlungs- und Austrittsvorgehen finanziell gesehen für das gesamte Gesundheitswesen bedeutet, bleibt aber auf der Strecke. Den Säulen Prävention, Rehabilitation, Taggeldern wird keine Beachtung mehr geschenkt.*
- *Ähnlich dazu machen die Spitäler oft weniger, als sie könnten, und bestellen dann den Patienten wieder zu einer Nachuntersuchung zurück, die ambulant abgerechnet wird. So werden die Kosten auf die Krankenkasse abgewälzt und bleiben nicht beim Spital. Das wäre übrigens ein Grund für eine Einheitskasse.*

Dass mit Swiss-DRG keine Komplexpauschalen bezahlt werden, bzw. keine Pauschalierung auf Kapitationsbasis stattfindet, wird negativ konnotiert. Die Umstellung von Tagessätzen auf Fallpauschalen bedeutet zweifelsohne einen grösseren Effektivitätsdruck auf die Spitäler. Dieser war und ist gesundheitspolitisch gewollt. In den angesprochenen Vorgehensweisen sind mögliche Nachteile auf der Systemebene formuliert. Diese werden jedoch nicht als eigene, unmittelbare Erfahrung ausgedrückt, sondern eher als gesundheitspolitische Grundpositionen. Vom einzigen Experten, der nicht von der klinischen Betrachtung her argumentiert, sondern aus eigenen Erfahrungen innerhalb einer grossen Krankenversicherung, werden die angesprochenen Befürchtungen jedoch explizit verneint: Es hat sich nicht viel geändert, war dort der Eindruck.

Es wird die Forderung erhoben, eine über die von Swiss-DRG eingeführten Pauschalierungen noch hinausgreifende Vereinheitlichung des Abrechnungswesens zum Zwecke besserer Gesamtversorgungsleistungen zu etablieren. Ob Kapitation (pro Kopf-Pauschalen) oder sektorübergreifende Komplexpauschalen gemeint sind, schlug sich in den Interviews nicht nieder. Für die Evaluation von Swiss-DRG muss festgehalten werden, dass prospektive Pauschalierungen pro Behandlungsfall eher weniger Risiko bei den Versorgern „abladen“, als dies Komplexpauschalen oder Kapitation tun (Jegers, Kesteloot, De Graeve, & Gilles, 2002).

Die Beobachtungen sind trotzdem wichtig, weil sie auch Aspekte im sozialen Umgang ansprechen, welche in versorgungsepidemiologischen Studien nur schwer beforschbar sind.

- *Ich stelle fest, dass der Ton rauer geworden ist in der ärztlichen Kommunikation rund um die Zuweisung. Wenn ein Patient rehospitalisiert werden muss, dann kommen viele Diskussionen bis hin zur Ablehnung („muss das sein“, „macht es doch selber“ etc.). z.B. kommen Patienten heute eher ohne PEK-Sonde, sondern mit einem Nasenschlauch. Stellt sich dann in der Reha heraus, dass er eine PEK-Sonde benötigt, muss der Patient zurück ins Akutspital. Das Akutspital bezahlt dann aber nicht die Kosten für das Legen der PEK-Sonde, sondern die Reha.*
- *Es gibt viel mehr Diskussionen, ob ein Patient etwas braucht oder nicht. Z.B. kommt ein Patient nach Schlaganfall mit einer PEK-Sonde zu uns. Bei uns soll der Patient aber wie-*

der sprechen lernen, was mit einer PEK-Sonde nicht geht. Somit stelle ich fest, dass die Kluft zwischen Spital und Nachsorge grösser geworden ist. Wahrscheinlich stehen die Kosten dahinter.

- *Durch die DRGs ist es so, dass wenn ein Patient innert 14 Tagen mit derselben Diagnose rehospitalisiert werden muss, das Spital dafür kein Geld erhält. Wenn sie den Patienten aber stattdessen als Abklärungspatient registrieren und ihn zurück in die Reha schicken können, dann können sie die Abklärung als ambulante Leistung abrechnen. So habe ich die Vermutung, dass die Spitäler versuchen, solche Patienten möglichst als ambulante Fälle zu führen.*

Für manche Beobachtungen scheint aber auch eine Vermengung mit Hintergrundwissen aus der Literatur nicht ganz ausgeschlossen:

- *Das Funktionsniveau ist bei 80% der Fälle bei Austritt schlechter als früher. Auch aus Deutschland weiss man, dass die Morbidität infolge der DRGs zugenommen hat.*

4.3.3 Perzipierte positive Effekte der KVG-Revision

Der KVG-Revision werden von den Expert/inn/en aber auch positive Effekte zugeschrieben, vor allem durch einen gesetzlich verordneten Innovationsschub hinsichtlich der Dokumentationsgüte für stationäre Behandlungen. Durch die Zuweisung des finanziellen Risikos an die Provider wird in der Beobachtung ein zusätzlicher Druck ausgeübt in Richtung auf verbesserte Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationseinheiten innerhalb der Spitäler, aber auch zur Nachsorge hin:

- *Andere Chancen wurden allerdings mit den DRGs genutzt: so z.B. die Verbesserung des Kontakts mit nachsorgenden Institutionen mittels Stellen wie der meinen, welche das Spital öffnen. Schon vom Eintrittszeitpunkt an (immer öfters sogar schon vorher) wird jetzt die Zeit genutzt, um die Schnittstelle zu planen.*
- *Man hat durch die DRGs zwar die Aufenthaltsdauer tendenziell gekürzt, aber dafür plant man die Behandlung besser, da man von Anfang an die Aufenthaltsdauer festlegt. Daher glaube ich nicht, dass es beim Funktionsniveau dramatische Änderungen gegeben hat.*
- *Das Schnittstellen-Management ist durch die Revision eher besser geworden; die Zusammenarbeit zwischen dem Spital und der Nachsorge hat sich verbessert.*
- *Durch die DRGs ist das Bewusstsein für die Behandlungs- und Austrittsplanung gestiegen. Wir haben einmal pro Monat ein Treffen. Bei diesen Treffen ist die Aufenthaltsdauer stets ein Thema.*
- *Heute sind wir gezwungen, die Fälle besser zu kodieren. Wir müssen eine Hauptdiagnose und Komorbiditäten kodieren. Früher liefen die verschiedenen Diagnosen nebeneinan-*

der her, es war nicht klar, welche vorrangig war. Diese Kodierungsaktivitäten haben vor allem einen höheren administrativen Aufwand zur Folge. Auf die medizinische Planung wirken sie sich nicht so sehr aus.

- *Wenn die DRGs einen Einfluss hatten, dann einen positiven. Das System zwingt zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Ohne das System gibt es öfters unzufriedene Patienten und die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse sind schlechter.*
- *Die DRGs stellen eine Verbesserung dar. Die Spitäler planen jetzt schon bei Eintritt den Austritt. Die Übertrittsprozesse sind standardisiert, sie laufen besser.*
- *Heutzutage gibt es weniger Willkür. Die Dokumentations- und Planungssysteme sind besser geworden (EDV).*

Es werden auch Innovationsprozesse in der Organisationskultur angesprochen:

- *Die Stadt Zürich hat aufgrund der DRGs eine gute Lösung kreiert: die Übergangspflege, welche an 3 Orten angeboten wird. In den entsprechenden Abteilungen können z.B. ältere Menschen, die nach einer OP entlassen werden, während zwei Wochen aufgebaut werden. Dann sind sie stabiler, wenn sie in die Spitex-Betreuung kommen und es kommt zu weniger Rehospitalisierungen. In ländlichen Gebieten wäre es allerdings schwierig, die Kapazität für ein solches Angebot zu schaffen.*
- *Der Dienst „Spitexpress“ ist das Pendant zur Übergangspflege im ambulanten Bereich. Sie wurde auch als Vorbereitung auf die DRGs geschaffen, da „blutende Entlassungen“ erwartet wurden (was sich aber nicht bestätigt hat). Man dachte, durch die DRGs müsse man auch am Wochenende und an den Abenden bereit sein. Das ist jetzt konkret nicht so prekär; trotzdem erweist sich Spitexpress als sinnvoll im Zusammenhang mit der allgemeinen Entwicklung zu verkürzten Aufenthalten hin.*

Auch bei solch positiven Veränderungen wird von manchen Expert/inn/en die Rolle der SwissDRGs nicht als kausaler Wirkfaktor, sehr wohl aber als Beschleunigungsmoment erlebt:

- *Früher hat es mehr Spontanentlassungen gegeben aufgrund von Patientenwünschen, Bettenengpässen oder spontanen ärztlichen Entscheidungen. Dies hat sich in manchen Spitälern schon in den Jahren vor den DRGs geändert. In anderen Spitälern hingegen war der politische Druck durch die DRGs notwendig; vorher sprach man von Austrittsplanung, heute lebt man sie.*

4.4 Zusätzliche Anregungen zur Schnittstellenthematik durch die Expert/inn/en

Die Schlussfrage, ob im Interview bestimmte Themen und Bereich unberücksichtigt geblieben seien, nutzten etliche Experten, um weitere Forderungen bzw. Einschätzungen zu platzieren.

Eine Expertin bemängelt Versorgungsaspekte, die vor und nach der Swiss-DRG-Einführung auf unklare Finanzierungsbedingungen stossen:

- *Versorgungskontinuität bezüglich Materialien und Medikamenten sehr schwierig: Eine Lücke, wer finanziert, besteht auch mit DRGs weiter.*

Fehlalarme an der Schnittstelle stationär=>Pflegeversorgung werden so beschrieben:

- *1) Zunahme befristeter Pflegeaufenthalte mit tiefer Pflegestufe, für die die Spitex keine Kapazität frei hat. 2) Fehlallokation in Langzeitinstitutionen aufgrund günstigerer Finanzierungsbedingungen, obwohl eigentlich nicht notwendig*

Aus den Informationen im Interview entwickelt eine Expertin die Forderung:

- *Notwendigkeit zu Follow-Up nach Schnittstellen-Passagen, das müsste stärker durchgesetzt werden*

Ein Experte misstraut der mit DRGs verbundenen Ökonomisierung in der Medizin relativ pauschal:

- *Meines Erachtens ist der Weg der DRGs falsch. Gesundheit kostet viel, das muss man akzeptieren. Wenn Krankenkassen mit Prämiensenkungen werben, dann muss man sich fragen, wo eingespart wird.*

Durch gesundheitspolitische Reformen werden teilweise auch Gefühle der Gängelung ausgelöst und die Rationalität der politischen Entscheider bzw. ihrer Verwaltung wird bezweifelt:

- *Meiner Meinung nach sind Entscheidungsträger (Politik) oftmals schlecht informiert. Z.B. hat uns das Bundesamt für Statistik gebeten, einen [Anm. Entwurf für einen] Schweizer Operationskatalog zu kommentieren. Der Katalog traf aber überhaupt nicht auf die Reha zu. Beispielsweise stellte sich uns die Frage: wenn ein Patient bei uns 20-mal Physiotherapie hatte, müssen wir das dann jedes Mal melden?*

Andererseits werden die Entwicklungen auch als Herausforderungen für Zukunftsfähigkeit des Versorgungssystems gut geheissen:

- *DRGs sind ein interessantes System. Es zwingt uns, uns zu strukturieren (Diagnostik, Behandlungsqualität). Wir müssen das vorliegende Problem des Patienten mehr strukturieren. Wir helfen uns dabei mit einem EDV-Programm, das wir nicht nur für die Kodierung benutzen, sondern seit einigen Jahren auch im Alltagsmanagement der Patienten.*

Ein eher grundsätzlich ausholendes Statement eines Experten zur Entwicklung in der Medizin und den Zusammenhang mit DRGs soll hier nicht unerwähnt bleiben:

„An den DRG stört mich auch, dass die Kodierung für ambulante und stationäre Patienten nicht dieselbe ist. Als ob es nicht derselbe Patient wäre. Es herrscht seit den DRG eine regelrechte Kontrollitis und Dokumentationswut. Z.B. reichte früher bei der Anmeldung zur Spi-

tex ein Anruf, während ich heute ein 4-seitiges Onlineformular ausfüllen muss. Meines Erachtens kann man Dokumentation nicht mit Qualität gleichsetzen. Davon gehen die DRG aber aus.

Ich stelle die Kosteneffizienz der DRG in Frage. Es wird sehr viel investiert in das Administrative und zu wenig in die Patientenbetreuung. Ich bin der Meinung, es braucht jetzt Studien zur Wirtschaftlichkeit der DRG. Ursprünglich sah ich einen potentiellen Vorteil der DRGs darin, dass die Hierarchie im Spital flacher werden könnte, d.h. die Leute an der „Front“, im Patientenkontakt, würden stärker unterstützt und die Verwaltung würde weniger wichtig. Aber es ist nicht so herausgekommen.

Meines Erachtens muss die Kommunikation zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor verstärkt werden. Es bräuchte z.B. eine Ombudsstelle, die vermittelt zwischen den beiden Welten, die sich gegenseitig ignorieren.“

Dieses Statement haben wir ungekürzt übernommen, weil sich hier ein bei vielen Akteuren tief verwurzelt Unbehagen mit der Entwicklung zur Vereinheitlichung, Dokumentation und erlebter Einschränkung von Handlungsautonomie ausdrückt. Dass DRGs beispielsweise kein Diagnoseschlüssel sind („zweimal derselbe Patient“), sondern Fallgruppen ähnlicher Leistungen und Kosten, die eben nicht zwischen stationären Handlungsmöglichkeiten und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten identisch sind, liegt auf der Hand. Ebenfalls klar ist, dass die DRGs nicht als Qualitätssicherungsinstrument, sondern als Abrechnungsmodus eingeführt wurden. Auch waren sie nie als Instrument zur Organisationsentwicklung in Spitälern vorgesehen („Hierarchie im Spital flacher“). Die angesprochene „Kontrollitis und Dokumentationswut“ wird sich mit Abstand betrachtet schon wegen der eigenen rechtlichen Absicherung zunehmend schwieriger hintan halten lassen. Der gesellschaftliche „Megatrend“ zur Verrechtlichung von Dienstleistungsbeziehungen, der die detaillierte Dokumentation der ärztlichen wie der pflegerischen Leistungen vorantreibt, ist nicht identisch mit dem Trend zur Ökonomisierung von Leistungsbeziehungen, der seinerseits nur soviel Dokumentationsanfordernisse mit sich bringt, wie zur Klassifikation eines Patienten in seine Fallpauschale notwendig ist.

Das System Swiss-DRG steht hier augenscheinlich als Symbol für alle erfahrenen Autonomiebeschränkungen des eigenen Tuns. Die Begründung für pauschalierte Entgeltsysteme wie die Swiss-DRGs erfolgte sehr häufig unter der Überschrift „Erhöhung der Kosteneffizienz“. Daher liegt es nahe, im Gegenangriff den „Bannerträger“ dieser Ökonomisierung in seinem Kernbereich anzugreifen, und anzuzweifeln, ob sich die Einführung dieses Systems überhaupt auszahlt. Auch angesichts des im Statement deutlich geäußerten Wunsches nach verbesserter Kommunikation stellt sich hier die Frage, ob durch Evaluationsstudien gleich welchen thematischen oder methodischen Zuschnitts tatsächlich das (auch mit Swiss-DRGs verbundene) allgemeine Unbehagen an der Entwicklung des Versorgungssystems bei Teilen der darin arbeitenden Akteure abgebaut werden kann.

4.5 Ableitung von Hypothesen?

Aus dem oben Dargestellten lässt sich nur schwer ein eindeutiger und über alle Versorgungsektoren hinweg sich einheitlich abzeichnender Effekt der KVG-Revision als gemeinsame Expertise der Befragten zusammenfassen. Im Gegenteil bezweifeln die Expert/inn/en mehrheitlich, dass die KVG-Revision in ihrem Bereich überhaupt relevante Veränderungen vor- bzw. nach der Schnittstellenpassage von akutstationärer nach poststationärer Versorgung ausgelöst hat. Wo Veränderungen berichtet wurden, blieben diese auf einer konkreten Wahrnehmungsebene („früher ein Rollatormodell, heute fünfzehn“) ohne Einordnung in abstrakte Ursachen und wurden auch eindeutig nicht der KVG-Revision, sondern zumeist einer nicht weiter hinterfragten „allgemeinen Entwicklung“ im medizinischen Versorgungssystem zugeschrieben. Diese unbestimmte „allgemeine Medizinentwicklung“ wird vornehmlich von ärztlicher Seite auch stärker abstrahierend als „Ökonomisierungsprozess“ angesprochen, der die inhaltliche Ausgestaltung der eigenen Berufsrolle zunehmend standardisiert und einengt. Andere Trends, wie die „Verwissenschaftlichung“ (vgl. (Vogd, 2002)), oder „Technisierung“ und schliesslich auch die „Verrechtlichung“ der medizinischen Leistungserbringung (vgl. (Katzenmeier, 2009; Mosebach, 2010)) wurden von den Expert/inn/en nicht explizit in den Blick genommen. Allenfalls eine verbesserte Planung der Entlassung wird im Zusammenhang mit „Technisierung“ als positiv konnotierte organisationelle Weiterentwicklung erwähnt.

Auch von Seiten der Literaturanalyse ergaben sich keine Hinweise, die speziell mit den Fokus auf die Schnittstelle von finanzierungsbedingten Qualitätsänderungen beim Übergang von stationärer nach poststationärer Versorgung berichten. Der Einfluss des Schnittstellenmanagements allgemein (ohne Bezugnahme auf Finanzierungsumstände) auf das Gesamtergebnis einer Behandlung wurde bislang von zwei systematischen Reviews (Mistiaen, Francke, & Poot, 2007) (Preyde, Macaulay, & Dingwall, 2009) als derzeit eher nicht durch Evidenz belegbar charakterisiert.

Aus dieser Ausgangslage heraus sollte nun nicht der Schluss gezogen werden, man könne daher die Auswirkungen der KVG-Revision mangels Hypothesen nicht methodisch zufriedenstellend untersuchen. Wohl aber muss sich der Untersuchungsansatz für den Abschnitt 5 dahingehend erweitern, dass breit angelegt sehr viele unterschiedliche inhaltliche Aspekte von Schnittstellen bzw. des Entlassungsmanagements in eine Analyse einfließen müssen. Dem kommt die Tatsache entgegen, dass im eingesetzten Messinstrumentarium (vgl. Anhang 6.4) ein breites Spektrum von inhaltlichen Aspekten in den einzelnen Fragen an Patient/innen und Nachsorgeinstitutionen abgedeckt wird. Würde man ein solch breites Vorgehen aber mit einer unreflektierten konsekutiven Testung aller 22 (Patienten) plus 7 (Nachsorgeinstitutionen) Fragen des eingesetzten Messinstrumentariums verwechseln, bestünde ein hohes Risiko für Zufallseffekte aufgrund des Anstiegs des Fehlerrisikos für falsch positive Schlüsse (Problem des multiplen Testens). Daher haben wir uns zu einem methodischen Zwischenschritt entschieden:

Zunächst gilt es zu klären, welche impliziten Gütekriterien in welchen Konstellationen Patient/inn/en einerseits, und Nachsorgeverantwortliche andererseits an die Schnittstellenpassage anlegen. Es wird also nicht unterstellt, dass die Fragen voneinander unabhängig beantwortet werden, sondern dass es möglicherweise Muster von Zufriedenheiten gibt, die bestimmte Merkmalskonstellationen in ihrer Kritik bzw. ihrer Zustimmung zur erlebten Schnittstellenpassage zusammen bündeln. Darauf wiesen auch schon bestehende Publikationen hin (U. Frick, Wiedermann, & Hofer, 2010). Als statistische Methode für diese empirisch fundierte Datenzusammenfassung wurde die sogenannte „Latente Klassen Analyse“ gewählt.

In einem zweiten Schritt können dann diese auf wesentliche Typen von Zufriedenheiten reduzierten Muster auf ihren Zusammenhang mit der KVG-Revision untersucht werden. Jedem Zufriedenheitsmuster kommt im Rahmen dieser Analysen auch eine empirisch ermittelte Grösse (Prävalenz) zu. Daher lassen sich als „generische“ Hypothesen zwei Leitfragen formulieren:

1. Haben sich innerhalb der Patient/inn/en bzw. der Nachsorger nach Einführung der Swiss-DRGs die zahlenmässigen Stärken für die auffindbaren Zufriedenheitsmuster verändert? Hat sich insbesondere die Gruppengrösse von eher unzufriedenen Auskunftgebern erhöht?
2. Haben sich die Muster für die Zufriedenheit mit der Schnittstelle akutstationär-poststationär seit der KVG-Revision verändert? Kommt es zu neuen, typischen Problemkonstellationen, die vorher so nicht aufgetreten sind?

In den methodischen Exkursen, die im Abschnitt 5 eingebettet sind, werden die Details dieses Vorgehens noch näher erläutert.

5 Entlassungsmanagement im Urteil von Patienten/innen und Nachsorgeinstitutionen

Dieser Abschnitt enthält bei der Darstellung der Auswertungsmethoden für statistisch ungeübte Leser Passagen, die vermutlich schwieriger zu verstehen sind. Weil der Bericht sowohl für Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik, wie aber auch für Fachleute in der weiteren Entwicklung des Versorgungssystems gedacht ist, haben wir uns entschlossen, die betreffenden methodischen Anmerkungen nicht in einen Anhang zu „verbannen“, sondern im Hinblick auf die Lesebedürfnisse der zweiten Zielgruppe im unmittelbaren Zusammenhang mit den erarbeiteten Resultaten darzustellen. Dies erleichtert die kritische Einordnung, weil man nicht erst im Anhang suchen muss („Wie wurde das gemacht?“). Weil wir aber auch die erste Lesergruppe weder verprellen noch durch „technokratischen Jargon“ ermüden wollten, haben wir die tiefergehenden methodischen Erläuterungen jeweils als Exkurse durch Einrahmung in einem Kasten und eine kleinere Schriftart gekennzeichnet. Diese Exkurse können im Anlassfall auch übersprungen werden, wenn man nur den inhaltlichen Ergebnissen folgen will.

5.1 Verfügbare Daten und methodischer Zugang zu einer quantitativen Evaluation

Wie im Abschnitt 4.5 schon angesprochen, gibt es keine spezifischen Hypothesen vom Muster vorab geplanter, kontrollierter Studien, die mit gezielten, auf wenige Indikatoren hin zugeschnittenen statistischen Tests kurz und knapp überprüfbar wären. Stattdessen soll eine Bildung von Zufriedenheitsmustern bei Patient/inn/en wie bei Nachsorgeinstitutionen mittels Latenter-Klassen-Analyse erfolgen, um „typische“ erlebte Problemkonstellationen abgrenzen zu können. Die zugrundeliegenden Daten wurden von den beteiligten Spitälern seit 2006 eigentlich zum Zwecke der Qualitätssteuerung erhoben. Sie werden in der hier dargestellten Sekundäranalyse erstmalig unter dem Aspekt des zeitlichen Verlaufes über die gesamte beobachtbare Zeitstrecke hinweg (bis 2013 einschliesslich) ausgewertet.

Das hier zu Grunde gelegte Befragungsinstrumentarium zum Entlassungsmanagement wurde detailliert in seiner Zielsetzung (Wiedenhöfer, 2010), in den Phasen seiner Entwicklung (U. Frick, Schnoz, & Wiedenhöfer, 2010) und seinen psychometrischen Eigenschaften (U. Frick, Wiedermann, et al., 2010) andernorts beschrieben. Ziel des Fragebogens war eine aus zahlreichen qualitativen Interviews mit Patient/inn/en bzw. Nachsorgevertretern abgeleitetes „Frühwarnsystem“ für möglicherweise insuffiziente Vorgehensweisen der Spitäler bei der Entlassung bzw. Weiterüberweisung von Patienten zu erhalten. Die Richtschnur für „Qualität“ (letztlich also für die Aufnahme in den Fragebogen) bildete das Erleben der Patient/inn/en bzw. Nachsorger einerseits, und die von einer Spitalsexpertengruppe vorgenommene Bewer-

tung von Ergebnissen zweier Vorstudien andererseits, in denen diese u.a. die Relevanz der Resultate für das Ableiten von Handlungsempfehlungen im Spital betrachteten.

Der seit dem Jahr 2008 im Einsatz befindliche, leicht modifizierte Patientenfragebogen weist ein Item (Frage nach Mitgabe von Medikamenten) weniger auf als die ursprüngliche Version¹⁸. Das detaillierte, aktuelle Befragungsinstrumentarium zum Austrittsmanagement kann bei Interesse von Dirk Wiedenhöfer¹⁹ bezogen werden.

In der BAG-Schnittstellenstudie wurde der Umstand, dass dieses Befragungsinstrumentarium bereits seit Januar 2006 im Einsatz steht, dazu benutzt, eine Evaluation möglicher Veränderungen im Urteil von Patient/inn/en oder Nachsorgern in einem prä-post Design zu berechnen. Von besonderem Vorteil ist auch der Umstand, dass das Befragungsprogramm in verschiedenen Kantonen (ZH, BE, AG, SO, GR, LU) eingesetzt wurde (und wird), die bei der Umstellung auf Swiss-DRG im Zuge der KVG Revision Spitalfinanzierung entweder von einem bereits pauschalierenden System (AP-DRG) zur Abrechnung zu Swiss-DRG gewechselt haben (Kanton Bern), oder von einem auf Aufenthaltstage basierenden System zu einem Fallpauschalensystem umgestellt haben (Kanton ZH). Dadurch wird ein quasi-experimentelles Auswertungsdesign mit einer schrittweisen Einführung einer Intervention (PPS) in unterschiedlichen Substichproben ermöglicht (vgl. auch (Lobsiger et al., 2013), die diesen Umstand in ihrer Untersuchung ebenfalls als quasi-experimentelles Design nutzten).

Obwohl für das Befragungsinstrumentarium „Entlassungsmanagement“ auch eine französischsprachige und eine italienische Version vorliegt, konnten in der hier durchgeführten Auswertung nur deutschsprachige Kantone berücksichtigt werden: Bislang gibt es kein Spital in der Westschweiz, das die französische Version einsetzt. Das eine Tessiner Spital mit Messungen in italienischer Sprache hat keine Erlaubnis zur Nutzung dieser Daten erteilt. Von insgesamt 47 Spitälern, die mit dem Instrument gearbeitet haben, erlaubten 42 Spitäler mit 40 unterscheidbaren Spitalsnummern eine Sekundäranalyse dieser Daten im Zusammenhang mit der BAG-Schnittstellenstudie. Die fünf verweigernden Spitäler waren eher kleiner von der Bettenzahl her und hatten zumeist private Träger.

¹⁸ Auch aus diesem Grunde erfolgte im Falle des Patientenbogens eine Replikation der früheren Latente-Klassen-Analyse unter Wegfall (bzw. Weglassen) der früheren Frage 11. Für den Nachsorgebogen begründet sich die Replikation stärker über die relativ lange Beobachtungsstrecke von 8 Jahren, die durchaus eine Veränderung im Schnittstellenmanagement der teilnehmenden Spitäler mit sich bringen konnte, und daher möglicherweise auch andere Zufriedenheitsmuster bei den nachgelagerten Versorgungsinstitutionen.

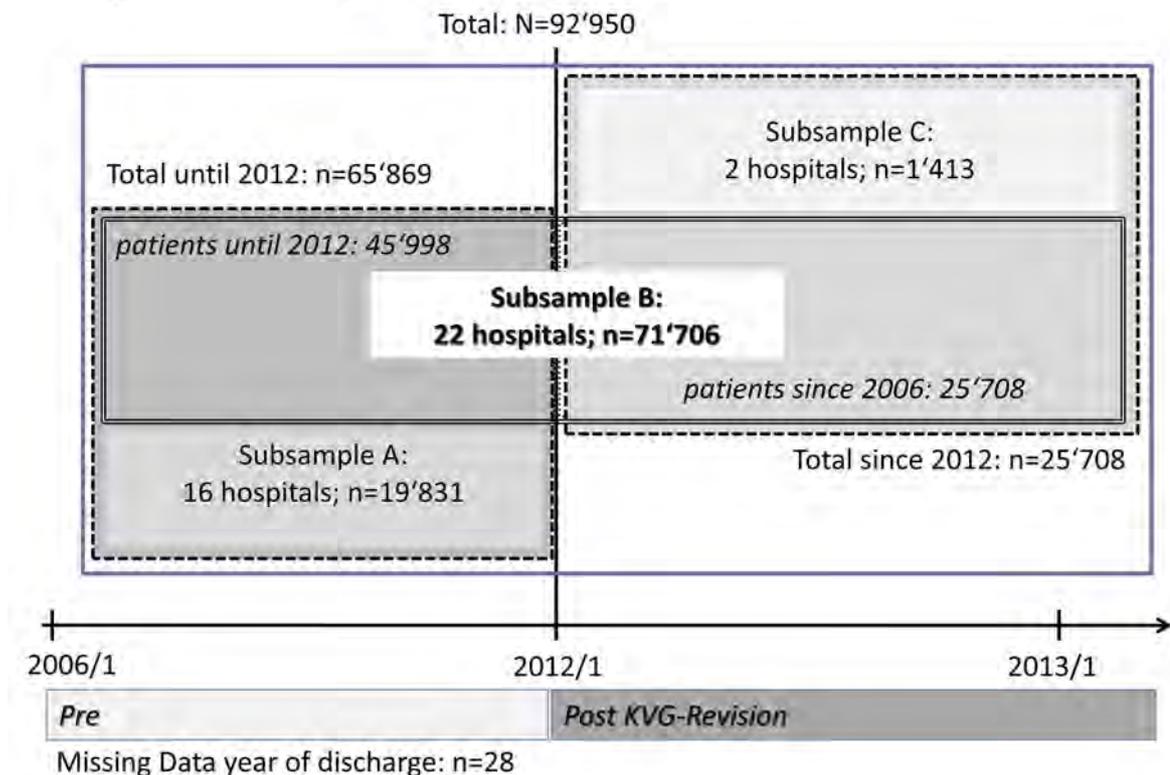
¹⁹ siehe www.hcri.ch

5.2 Stichprobenstruktur

Auf der Ebene von Patient/inn/en ergaben sich die in Abbildung 5 dargestellten Fallzahlen für die Auswertung. Nur 28 von 92'950 dokumentierten Fällen wiesen kein gültiges Aufenthaltsdatum in stationärer Behandlung auf und konnten daher nicht ausgewertet werden.

Die psychometrischen Analysen zur Beschreibung von Zufriedenheitsmustern bei Patient/inn/en bzw. Nachsorgeinstitutionen wurden jeweils mit der gesamten verbleibenden Stichprobe vorgenommen (92'522), wobei die Fallzahlen für die Antwortenden jeweils (wegen der nicht vollständigen Rücklaufquote sowohl bei Nachsorgern wie bei Patient/inn/en) tiefer liegen (vgl. Tab. 7). Insgesamt sind 22'842 Nachsorgebögen (davon 5'956 nach dem 1.1.2012) und 36'309 Patientenbögen (davon 10'397 ab dem Jahr 2012) in diese erste Stufe der Auswertung einbezogen worden.

Abbildung 5: Struktur der Stichprobe



Quelle: Eigene Darstellung

Methodischer Exkurs: Statistische Analysen zur Erklärung der Zufriedenheitsmuster durch verschiedene Regressionsmodelle beziehen sich auf die Substichprobe B (mit insgesamt 71'706 dokumentierten Behandlungsfällen). Weil in diesen Analysen (neben diversen soziodemographischen und medizinisch-anamnestischen Variablen) auch ein prä-post-Vergleich mittels einer Dummy-Variable für „post-KVG-Revision“ zu berücksichtigen war, konnten nur Patient/inn/en aus den insgesamt 22 Spitälern analysiert

werden, die vor und nach dem 1.1.2012 Daten beigetragen haben. Andernfalls drohten Selektionsartefakten bei Spitälern, die erst nach 2012 in die Erhebung eingetreten sind, bzw. nur vor dem Jahr 2012 Daten beigetragen haben. Die Spitäler im Subsample B behandelten den weitaus grössten Anteil von allen in Frage kommenden Patient/inn/en. Im Detail sind in der Substichprobe B 18'453 Nachsorgebögen (davon 5'809 ab 2012) und 28'586 Patientenbögen (davon 9'771 ab 2012) versammelt.

Tabelle 7: Insgesamt erzielte Fallzahlen und Rücklaufquote bei den Patientenbögen.

Kanton	(Total N)	N Nachsorger	N Patienten	Response Pat.
Zürich	57'025	13'114	22'977	40,3 %
Aargau	21'474	5'607	7'735	36,0 %
Bern	8'584	1'954	3'482	40,6 %
Solothurn	4'753	1'638	1'640	34,5 %
Graubünden	676	405	304	45,0 %
Luzern	466	124	171	36,7 %

Mit den Nachsorgebögen sind nur Nachsorgeinstitutionen solcher Patienten angeschrieben worden, bei denen ein Bedarf nach irgendeiner Art von Nachsorge bestand. Knapp 80% der rückgelaufenen Fragebogen stammen von Hausarztpraxen, 6,8 % aus Spitexstellen, 4,0% von Rehabilitationskliniken, 4,2% von Alters-/Pflegeheimen. Der Rest verteilt sich auf verschiedene Einrichtungsarten mit jeweils sehr wenigen Bögen. Wurde ein Nachsorgebedarf vom entlassenden Spital explizit ausgeschlossen (weil zum Beispiel alle Behandlungsmassnahmen abgeschlossen waren), dann ergab sich auch kein Anlass für den Versand eines Nachsorgebogens. Trotz der z.T. deutlich geringeren Fallzahlen in Tabelle 7 ergibt sich dadurch nach den Auskünften der hcri AG eine durchschnittliche Rücklaufquote von immerhin rund 30% der anzuschreibenden Institutionen.

Die Rücklaufquoten bei den Patientenbögen liegen im Durchschnitt um die 40%. Bei dieser Rücklaufquote drängt sich die Frage auf, ob eine Verzerrung in den Ergebnissen durch selektiven Rücklauf bestimmter Patientengruppen eintreten kann. Dazu wurde in Tabelle 8 die in den Dokumentationsbögen der Austrittspitäler vorliegende Information benutzt, um mögliche Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern beim Patientenfragebogen zu prüfen. Wegen der hohen Fallzahl sind dabei die Signifikanzschranken von 5% nur sehr bedingt geeignet, um bedeutsame von lediglich statistisch signifikanten Effekten zu unterscheiden. Daher sind die aufgetretenen Effektstärken als Prozentwertunterschiede von zumindest 3% (gelb) oder zumindest 5% (orange) farbig in Tabelle 8 markiert.

Betrachtet man vor allem Differenzen von mehr als 5 Prozentpunkten, ergeben sich Unterschiede nach

- **Alter:** jüngere Patient/inn/en sind als Non-Responder überrepräsentiert, ältere füllen den Fragebogen häufiger aus²⁰;
- **Sozialschicht:** Zusatzversicherte beantworten den Patientenbogen häufiger;
- **Aufnahmemodalität:** Notfallpatienten sind unter den Non-Respondern überrepräsentiert;
- **Fachdisziplin:** Patienten aus Innerer Medizin sind häufiger Non-Responder, Patienten aus Orthopädie gehäuft unter den Respondern.

Die Effekte nach Alter, Notfallaufnahme und Innerer Medizin als Behandlungsort gelten auch für die Nachsorge-Institutionen solcher Patienten. Beachtet werden sollte, dass Nachsorgeinstitutionen nach der KVG-Revision etwas stärker dazu neigen, den Fragebogen zum Entlassungsmanagement nicht zurück zu schicken.

Tabelle 8: Selektive Responserate bei bestimmten Patientengruppen?

Variable	Total %	Patientenbogen	P. fehlend	p < 0.05	Nachsorgebogen	N. fehlend	p < 0.05
Verweildauer (MW; SD)	6.67 (29.89)	6.43	6.83		7.04	6.56	
Alter in Jahren (MW; SD)	57.96 (27.59)	58.91	57.35		60.80	57.03	
Quintil 1: 11-37 Jahre	21.21	17.81	23.40	*)	16.51	22.74	*)
Quintil 2: 38-53 Jahre	20.25	20.04	20.39		18.58	20.80	*)
Quintil 3: 54-66 Jahre	20.00	22.85	18.18	*)	20.47	19.85	*)
Quintil 4: 67-78 Jahre	20.24	23.63	18.06	*)	22.29	19.57	*)
Quintil 5: 79-106 J.	18.26	15.64	19.93	*)	29.76	17.00	*)
Kurzfristige Änderung Austrittsziel	5.72	4.81	6.29	*)	4.96	5.96	*)
Patient weiblich	56.66	56.45	56.78		53.74	57.61	*)
Zusatzversicherung	25.00	30.13	21.72	*)	24.37	25.21	*)
Notfall	45.05	37.32	50.00	*)	52.00	42.79	*)
Austrittsplan: Spitex	10.18	9.49	10.63	*)	12.58	9.40	*)
Austrittsplan: Reha-Klinik	4.46	4.45	4.46	*)	5.19	4.22	*)
Austrittsplan: Pflegeheim	5.59	2.56	7.53	*)	6.57	5.27	*)
Austrittsplan: anderes Spital	1.98	0.87	2.69	*)	0.14	2.58	*)
Austrittsplan: andere Institution	1.43	1.59	1.32	*)	1.84	0.14	*)
Eintritt von Institution	8.57	7.11	9.50	*)	7.00	9.08	*)
Austritt aus Innerer Medizin	29.27	23.33	33.08	*)	36.29	26.98	*)
Austritt aus Orthopädie	14.93	19.61	11.93	*)	13.76	15.31	*)
Austritt aus Gynäkologie	6.49	6.59	6.43		3.69	7.41	*)
Austritt aus Geburtshilfe	8.79	9.06	8.62	*)	5.44	9.88	*)
Austritt aus Urologie	3.76	4.19	3.49	*)	3.57	3.82	
Austritt aus sonstiger Station (ohne Chirurgie)	4.19	3.70	4.51	*)	2.73	4.67	*)
prä/post KVG-Revision	29.17	28.63	29.52	*)	26.05	30.18	*)
						> 5 %	
						> 3 %	

²⁰ Dieser Effekt (vgl. Mittelwertsunterschiede im Alter in Tabelle 8) verläuft notabene nicht-linear: In der obersten Altersgruppe steigt der ansonsten mit dem Alter rückläufige Anteil der fehlenden Patientenbögen wieder an.

Insgesamt ergibt sich kein klares Bild, welche Patientengruppe möglicherweise systematisch den Fragebogen nicht beantwortet. Die Ergebnisse der nachfolgenden Analysen können daher zumindest für „engagierte“ Spitäler, die bereits in der Vergangenheit auf die mögliche Verbesserung ihrer Abläufe durch Qualitätsmessungen geachtet haben, als verallgemeinerbar gelten.

5.3 Auswertungsstrategie

Methodischer Exkurs: Eine Latente Klassen Analyse der Zufriedenheitsmuster gruppiert die Patienten danach, wie sich charakteristische Muster finden lassen, die zwar nicht in jedem Einzelfall von jedem Patienten genauso ausgefüllt worden sein müssen, wie es das „latente Muster“ vorsieht. Aber über alle 22 Items des Fragebogens hinweg antworten die Patienten doch mit den Antwortwahrscheinlichkeiten, die aufgrund der Analyse als die jeweils für die Frage am zutreffendsten beschrieben werden. Die Mitgliedschaft in einer solchen „Klasse“ von Antwortmustern ist eine nicht direkt vom Patienten erhebbare Variable, sondern sie wird indirekt aus seinem Verhalten erschlossen. Daher rührt die Bezeichnung „latente Klasse“. Im Anspruch ähneln sich also Latente-Klassen-Analyse und Clusteranalysen. Beide gruppieren Merkmalsträger aufgrund der Ähnlichkeit ihres Merkmalsvektors zu Gruppen, die intern möglichst homogen sind, und nach aussen hin möglichst grosse Unterschiede zwischen den Gruppen abbilden sollen. In Abgrenzung zu Clusteranalysen, bei denen ein Patient fix in genau einem Cluster gruppiert wird, betrachten Latente-Klassen-Analysen „nur“ Wahrscheinlichkeiten, mit denen eine Person zu jeder der destillierten Gruppen gehören kann. D.h., sie berücksichtigen Messfehler in der Klassifikation, und sie geben auch Auskunft darüber, ob mit einem bestimmten Gruppierungsvorschlag eine stabile, sehr strikt gegeneinander abgrenzbare Klassenlösung erzielt wurde, oder ob nur Klassen existieren, die fließend ineinander übergehen. Dies lässt sich aus den Verteilungen der Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten pro Patient erkennen, die immer nur für eine Gruppe hoch, und für alle anderen Gruppen möglichst niedrige ausfallen müssen, damit man von einer stabilen Datenstruktur sprechen kann.

Im Datensatz zum Entlassungsmanagement der hcri AG ergab sich hinsichtlich der Separierbarkeit eine sehr gute Lösung für beide Fragebögen (Patienten, Nachsorger). Jedoch hat sich im Laufe des Einsatzes von Erhebungsbogen (vom Spital auszufüllen) und Patientenbogen h das ursprüngliche Item 11 (Mitgabe von Medikamenten beim Austritt) als zunehmend obsolet erwiesen, zumal auch ein weiteres Item (Mitgabe eines Rezeptes für Medikamente) die Kontinuität in der Medikation betrifft. Das Item wurde daher aus der Erhebung gestrichen. In der hier vorgelegten Auswertung über die ganze Zeitstrecke im Rahmen der Schnittstellenstudie wurde daher die Frage nach der Mitgabe von Medikamenten insgesamt aus der Analyse genommen. Ob dadurch Veränderungen in der Identifizierbarkeit und Interpretation von Zufriedenheitsmustern bei Patient/inn/en auftreten, wurde durch eine erneute Latent-Class-Analyse mit dem dann nur mehr 22 Items umfassenden Patientenbogen überprüft. Durch die im Vergleich zur früher publizierten Stichprobe erheblich ausgeweitete Fallzahl könnten aber (höhere Teststärke, möglicherweise leicht geänderte Zusammensetzung im Patientenmix) auch auf anderen Wegen Veränderungen in den Zufriedenheitsmustern bei Patienten aufgetreten sein. Im Abschnitt 5.3 werden daher zunächst die Resultate dieser Replikation der Fragebogen-Skalierung von (U. Frick, Wiedermann, et al., 2010) bezogen auf die Antworten der Nachsorgeinstitutionen berichtet. Der Abschnitt 5.4 wiederholt dasselbe Vorgehen für die Zufriedenheitsmuster im Patientenbogen.

Die anschliessenden Abschnitte widmen sich dann der Analyse, ob die latenten Zufriedenheitsmuster bei Patient/inn/en (Kapitel 5.6) oder Nachsorgern (Kapitel 5.5) in einem Vergleich der Perioden vor 2012 bzw. ab 2012 Unterschiede aufweisen. Solche Unterschiede wurden überprüft als 1. Veränderungen in den rela-

tiven Klassengrößen der Zufriedenheitsmuster („Prävalenz-Unterschiede“²¹) und 2. Veränderungen in den komplexen Mustern für Zufriedenheit selbst („Pattern-Differenzen“²²). Natürlich können auch beide Veränderungen gleichzeitig aufgetreten sein, was ebenfalls in einem gesonderten Modellierungsprozess überprüft wurde. Die nachfolgende Abbildung 6 visualisiert die Fragestellung: Sind für prä-KVG-Revision und post-KVG-Revision der Gesamtlösung für die Zufriedenheitsmuster von Nachsorgern unterschiedliche latente Muster notwendig? Oder kann mit einer einheitlichen Schätzung von Klassengrößen und Item-Ladungen über die gesamte Stichprobe hinweg ein sparsameres Modell ohne Verlust in der Anpassungsgüte der latenten Zufriedenheitsmuster geschätzt werden?

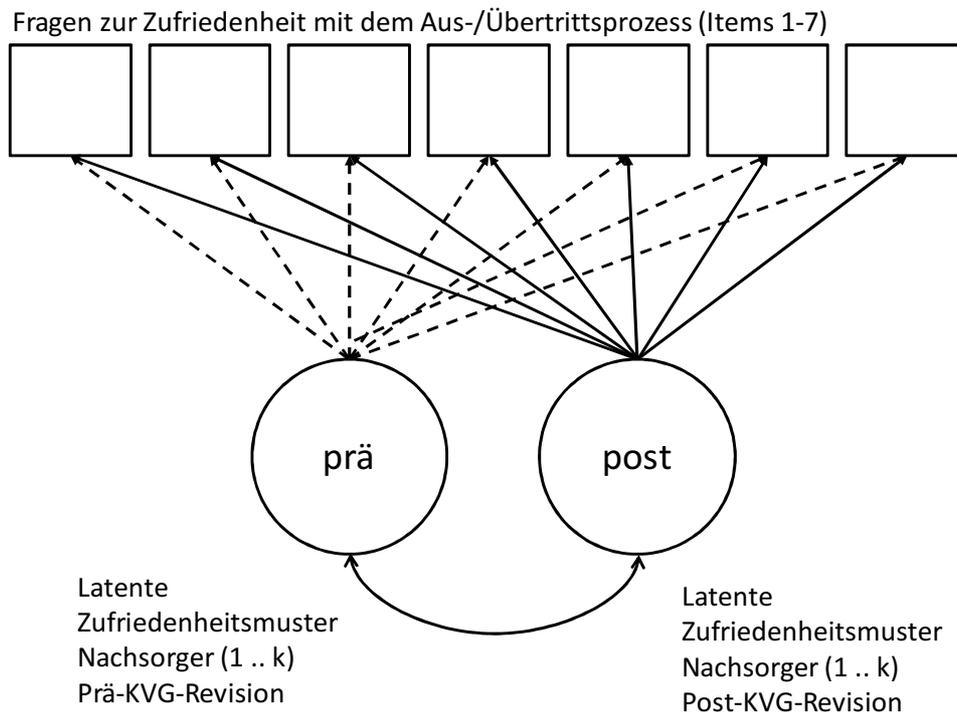


Abbildung 6: Multiple-Group Latent Class Analysis am Beispiel der Items des Nachsorgebogens

Formuliert man die Frage des möglichen Unterschiedes prä/post-KVG-Revision auf die Zufriedenheitsmuster als sogenanntes Regressionsproblem, dann ergibt sich im Einflussdiagramm von Abbildung 7 ein einzelner Pfad²³ einer dichotomen Variable „prä-post-Revision“ auf die ansonsten gleich parametrisierten²⁴ latenten Zufriedenheitsmuster.

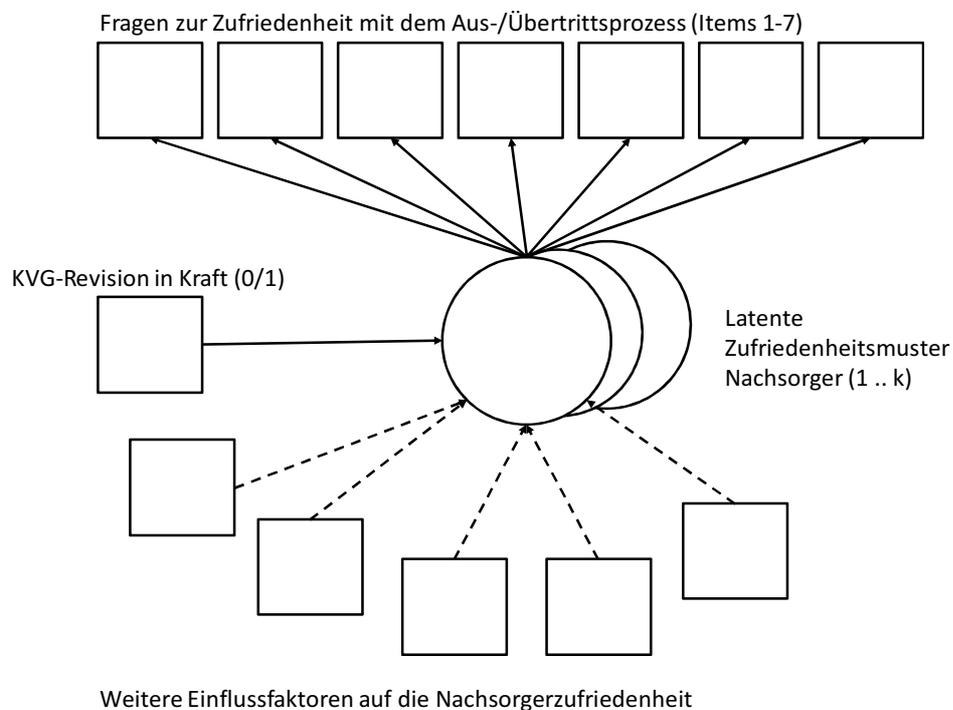
²¹ In Abbildung 6 wären diese repräsentiert als Größenunterschiede der k latenten Klassen der linken versus rechten latenten Variable

²² In Abbildung 6 würden dann den Pfeilen der latenten Variable zu den manifesten Fragebogenitems zwischen den durchgezogenen Linien und den gestrichelten Linien unterschiedliche numerische Werte zugeordnet.

²³ Diesem einzelnen kausalen Pfad entsprechen aber k-1 Koeffizienten für die Odds-Ratios der Zufriedenheitsmuster im Vergleich zur Referenzkategorie. Es wurde in der Schätzung dann jeweils auf die Gruppe der sehr zufriedenen Nachsorger normiert.

Der Vorteil dieser Schätzmethode liegt in der möglichen simultanen Integration weiterer Prädiktorvariablen in das Modell. Beispielsweise könnten zusätzliche Patientenmerkmale hier berücksichtigt werden. Statistisch handelt es sich um eine Kombination einer Latent-Class-Analyse zur Identifikation der Zufriedenheitsmuster und einer multinomialen logistischen Regression (Einfluss verschiedener dichotomer und/oder kontinuierlicher, manifester Prädiktorvariablen auf die isolierten k Zufriedenheitsmuster) zur Erklärung der Klassenzugehörigkeit. Der Einfluss einer einzelnen Prädiktorvariable kann sich in solch einem Modell auch als begrenzt wirksam nur für ein oder zwei spezifische (aus den k geschätzten) Zufriedenheitsmustern durchsetzen. Insofern wird bei der Analyse in dieser dritten Stufe der potenzielle Einfluss der KVG-Revision in einer weiteren denkbaren Ausformung überprüft. Zudem kann im Regressionsansatz von Abbildung 8 auch ein möglicher Interaktionseffekt der KVG-Revision mit einem bestimmten Prädiktor als gesonderter Effekt dargestellt, geschätzt und auf Signifikanz geprüft werden²⁵.

Abbildung 7: Multinomiale Logistische Regression für latente Zufriedenheitsmuster des Nachsorgebogens



Die Auswahl der Prädiktoren für das Modell in Abbildung 7 erfolgte (um Rechenzeit zu sparen) in einem zweistufigen Verfahren. Sämtliche Latent-Class-Modelle wurden mit dem Programm MPLUS geschätzt. Dabei fallen aber für komplexe Modelle (wie sie bei 22 Fragebogen-items für den Patientenbogen vorliegen)

²⁴ D.h., die Pfeile von den Zufriedenheitsklassen zu den manifesten Items des Fragebogens sind immer für beide Subgruppen prä/post-KVG-Revision gleich. Jedoch werden sie so geschätzt, dass ein Einfluss des Prädiktors auf das Muster bereits adjustiert wurde.

²⁵ Inhaltlich könnte beispielsweise der potenzielle KVG-Revisonseffekt im Kanton ZH vorhanden sein, aber im Kanton Bern, wo schon vorher mit ähnlichen Fallpauschalen abgerechnet wurde, fehlen bzw. kleiner ausfallen.

Rechenzeiten für ein einzelnes Modell von 48 Stunden und länger an. Daher wurde für die Prädiktorauswahl zunächst die Klassenzugehörigkeit (a posteriori Klassifikation aufgrund der höchsten Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit pro Fall) dem Datensatz im Programmsystem SAS, mit dem auch die Datenhaltung erfolgte, zugeordnet. Anschliessend wurde in SAS mit PROC LOGISTIC mittels der Selektionsverfahren STEPWISE und BACKWARD die Zahl potenziell relevanter Prädiktoren aus der Liste aller interessierender Variablen bestimmt (Kriterium: $p < 0.05$). Dieser Selektionsprozess ist aufgrund der Nicht-Berücksichtigung von Messfehlern (die latenten Klassen werden ja wie eine „normale“ manifeste Klassifikation behandelt) überoptimistisch. M.a.W., es werden eher zu viele als zuwenige Variablen als bedeutsame Prädiktoren anerkannt. In der finalen Schätzung des Modells in MPLUS (unter Berücksichtigung der Messfehler in der Bestimmung der Klassenzugehörigkeit) wurde daher darauf geachtet, ob weitere Variablen aus dem Modell eliminierbar waren. Die Variable KVG-Revision wurde aus theoretischen Gründen immer im Modell mitgeführt.

5.4 Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen

Die sieben Fragen zur Zufriedenheit mit dem Aus-/Übertrittsprozess sind in der nachfolgenden Abbildung 8 vom Inhalt wie von den vorgegebenen Antwortkategorien her zur Verdeutlichung des Begriffes „Zufriedenheitsmuster“ im Detail aufgelistet worden:

Abbildung 8: Frageformulierung und Antwortalternativen des Nachsorgebogens

Nachsorger		Response				
Items	Formulierung	1	2	3	4	5
a_01	FB-A: 1: Waren Sie mit der Art und Weise, wie der Spitalaustritt bzw. der Übergang zu Ihnen stattgefunden hat, insgesamt zufrieden?	nein, überhaupt nicht	eher wenig	ziemlich	ja, sehr	
a_02	FB-A: 2: Hat eine Kontaktaufnahme durch das entlassende Spital stattgefunden?	nein, wäre notwendig	ja	nein, nicht notwendig		
a_03	FB-A: 3: Die für mich/uns notwendigen Informationen über den/die Pat. sind vom entlassenden Spital rechtzeitig an mich/uns übermittelt worden.	nein, überhaupt nicht	eher weniger	ziemlich	ja, völlig	
a_04	FB-A: 4: Die für mich/uns notwendigen Informationen über den/die Pat. sind vom entlassenden Spital vollständig an mich/uns übermittelt worden.	nein, überhaupt nicht	eher weniger	ziemlich	ja, völlig	
a_05_neu	FB-A: 5: Die über den/die Patienten/in übermittelten Informationen waren korrekt.	nein, überhaupt nicht	ein wenig	eher schon	ja, eindeutig	es wurde nichts übermittelt
a_06	FB-A: 6: Die Entscheidung, den/die Patienten/in zu mir/uns zu entlassen bzw. zu überweisen, hat sich im Nachhinein als genau richtig erwiesen.	nein, überhaupt nicht	eher nicht	eher schon	ja, eindeutig	
a_07_neu	FB-A: 7: Die fachlichen Vorschläge des entlassenden Spitals waren plausibel und realistisch.	nein, überhaupt nicht	eher nicht	eher schon	ja, eindeutig	Patient benötigt keine Nachsorge

Quelle: Eigene Darstellung

Obwohl die Abstufung der zugeordneten Antwortkategorien 1 bis 4 bei den Fragen a_01, a_03, a_04 und a_05neu auf den ersten Blick als ordinal gelten können, sind in den Fragen a_02, a_05_neu und a_07_neu Antwortalternativen angeboten worden, die sich lediglich auf Nominalskalenniveau von den übrigen Antworten unterscheiden, und von den Zahlen 3 bzw. 5 repräsentiert wurden. Daher wurde für die Analyse insgesamt eine qualitative, und nicht etwa eine ordinale Abstufung der Antwortalternativen als Voraussetzung benutzt. In den Graphiken zur Darstellung der daraus resultierenden Zufriedenheitsmuster wurde die Farbe

Schwarz als Signalement für „unzutreffend“, und die Abstufung von Weiss, Grau, Rot schraffiert, nach komplett Rot als Signalement für zunehmend Unzufriedenheit signalisierende Antworten optisch aufgenommen (aber rechnerisch eben nicht). Dieselbe Farbgebung gilt auch für die Items des Patientenbogens (Abschnitt 5.4).

Die Replikation der Latente-Klassen-Analyse zu den Zufriedenheitsmustern bei den Nachsorgern (U. Frick, Wiedermann, et al., 2010) ergab eine dreifache Bestätigung der bereits früher publizierten Ergebnisse:

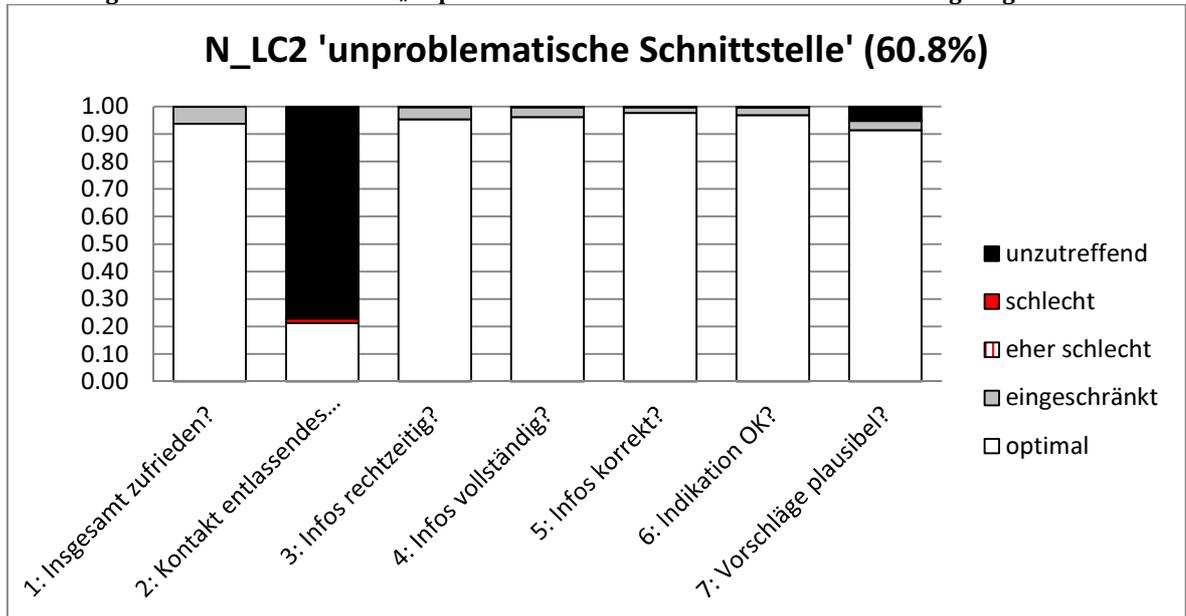
- Es sind insgesamt **5 unterschiedliche Zufriedenheitsmuster** notwendig zur Segmentierung von Nachsorgergruppen.
- Diese fünf latenten Klassen können **sehr gut voneinander separiert** werden, wie aus der Verteilung der Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten ersichtlich wird²⁶. (Jede Nachsorgeinstitution hat nur für genau ein Muster eine hohe, für alle anderen vier eine sehr tiefe Wahrscheinlichkeit zur Gruppenmitgliedschaft.)
- Das **inhaltliche Profil** dieser fünf latenten Klassen ist mit den früheren Ergebnissen nahezu **identisch**.

Angesichts der erheblichen Ausweitung der Stichprobe (von ehemals rund 11'600 Nachsorgebögen auf nunmehr über 22'800 Bögen, d.h. nahezu eine Verdoppelung), und angesichts des langen Beobachtungszeitraumes ist ein solches Ergebnis durchaus nicht selbstverständlich. Es hätten sich durchaus auch im Laufe der 8 Beobachtungsjahre Verschiebungen in der Gewichtung einzelner Items einstellen können. Schliesslich liegen den latenten Klassen die Urteile von professionellen Gesundheitsarbeiter/inn/en und Ärzt/inn/en zu Grunde, die sich regelmässig fortbilden und deren Blickwinkel auf die Schnittstelle sich dadurch ändern kann. Die hohe Stabilität der Zufriedenheitsmuster spricht daher auch für die inhaltliche Gültigkeit der ausgewählten Einzelfragen.

Die grösste Gruppe (Abbildung 9) bilden Nachsorgeinstitutionen, die rundum mit den Aspekten des Austrittsmanagements zufrieden waren (weisse Säulen in Abbildung 9 überwiegen). Lediglich für die Frage nach der Kontaktaufnahme durch das entlassende Spital betonen die hier vertretenen Nachsorger überwiegend, dass ein solcher Kontakt gar nicht nötig gewesen sei (schwarzer Balken für Item 2). Insgesamt zählen in diese latente Klasse **knapp 61%** der antwortenden Nachsorger. Diese Gruppe wurde als „**unproblematische Schnittstelle**“ bezeichnet und bildete in den nachfolgenden Regressionsmodellen (Abschnitt 5.7) die Referenzgruppe.

²⁶ Aus Platzgründen wurde hier auf eine gesonderte Darstellung via Boxplots verzichtet.

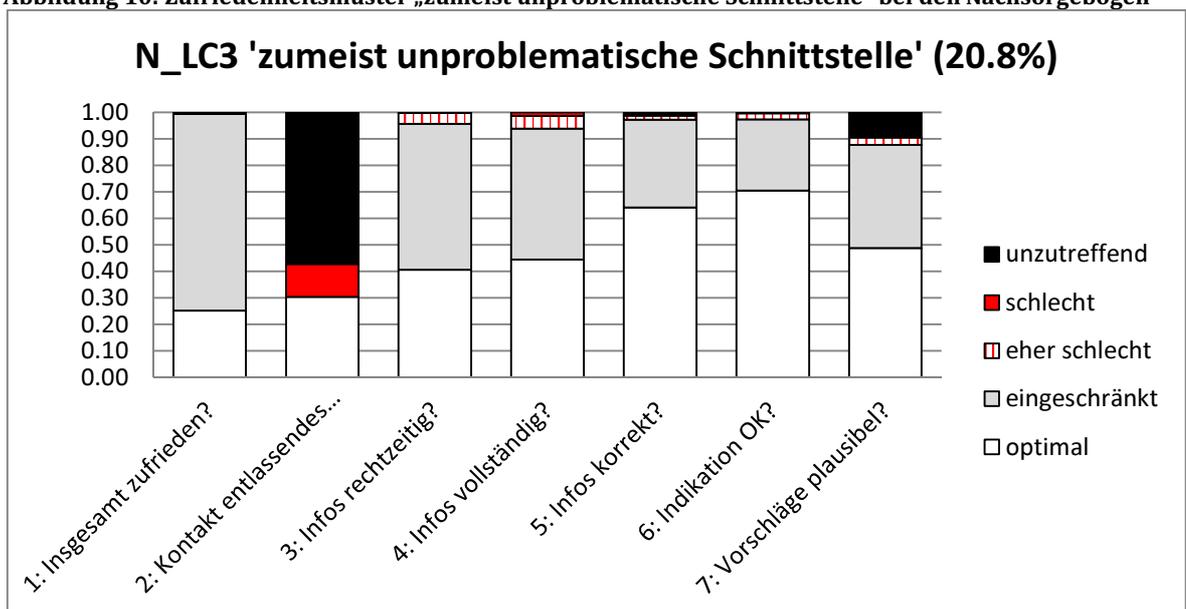
Abbildung 9: Zufriedenheitsmuster „unproblematische Schnittstelle“ bei den Nachsorgebögen



Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung

Die zweitgrösste Gruppe bilden mit **knapp 21%** diejenigen Nachsorgeinstitutionen, die entweder vollkommen zufrieden waren hinsichtlich der meisten Fragen, oder die formulierten Erfordernisse zumindest „ziemlich“ eingelöst sahen. Lediglich bei der Frage der Kontaktaufnahme wird hie und da (ca. in 10% der Fälle) moniert, dass diese notwendig gewesen sei, aber nicht erfolgte. Diese Gruppe wurde betitelt mit „**zumeist unproblematische Schnittstelle**“ und ist graphisch in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Zufriedenheitsmuster „zumeist unproblematische Schnittstelle“ bei den Nachsorgebögen

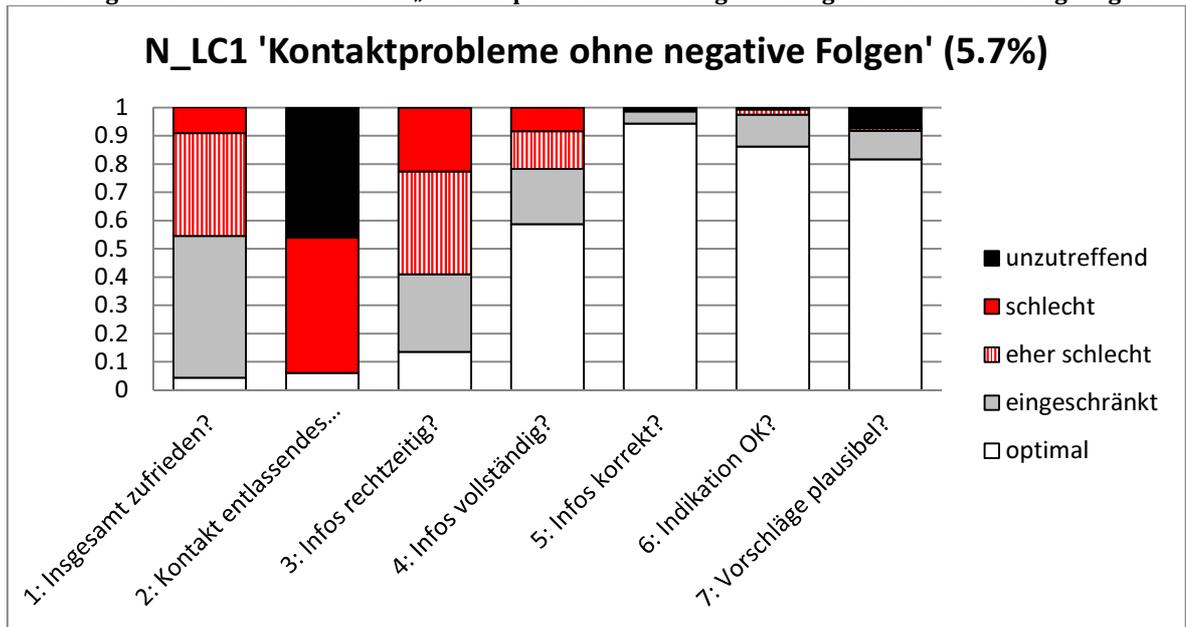


Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung

Insgesamt ist diese Gruppe mit der Schnittstelle stationär=>ambulant „ziemlich“ zufrieden.

Die in Abbildung 11 dargestellte Nachsorgegruppe „**Kontaktprobleme ohne negative Folgen**“ ist mit 5,7 % der zugehörigen Fälle deutlich kleiner. In der Mehrheit ergibt sich eher eine Zufriedenheit mit der Schnittstelle, insbesondere die Items zur inhaltlichen Stimmigkeit der Informationen und zu den Therapiekonzepten fallen positiv aus.

Abbildung 11: Zufriedenheitsmuster „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“ bei den Nachsorgebögen

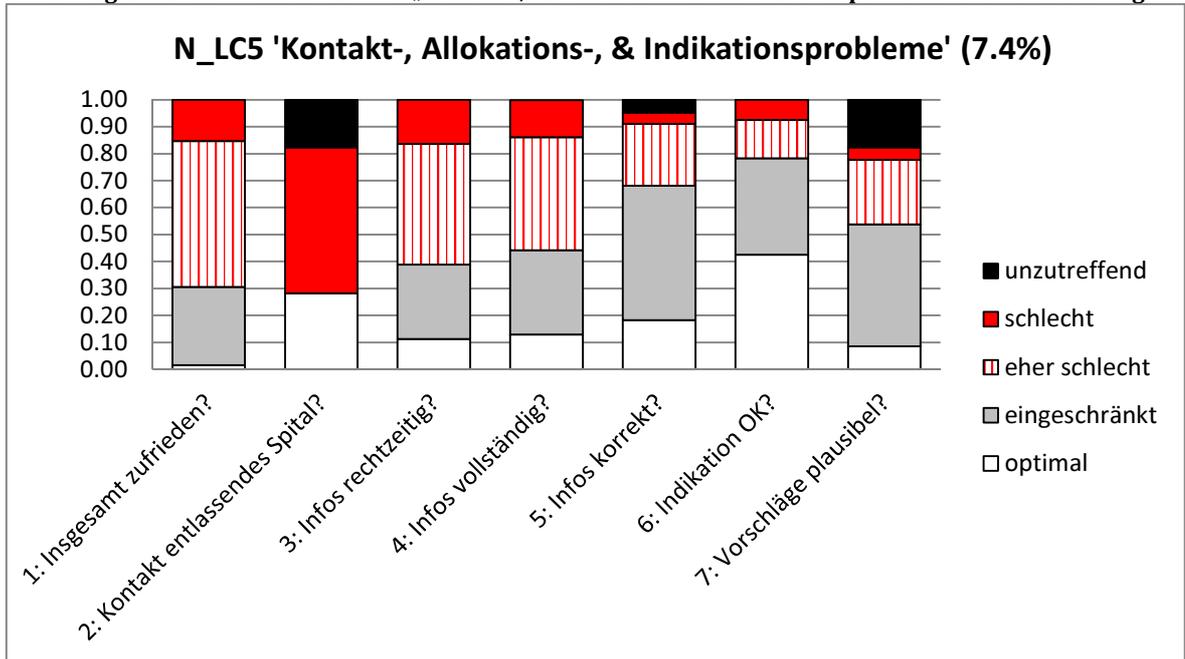


Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung

Für die latente Klasse **Kontakt-, Allokations-, und Indikationsprobleme** (Abbildung 12) fällt das Gesamturteil der Nachsorger mehrheitlich negativ aus, wenngleich noch nicht in der schärfsten Abstufung. Diese Gruppe umfasst 7,4% und sie ist mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit ausgestattet, auf mindestens einem der Items eine ziemlich oder deutlich negative Bewertung zu erhalten. Dabei sind Kontaktprobleme im Vordergrund. Es gibt hier kein Einzelitem, das mehrheitlich uneingeschränkt positiv beantwortet worden wäre.

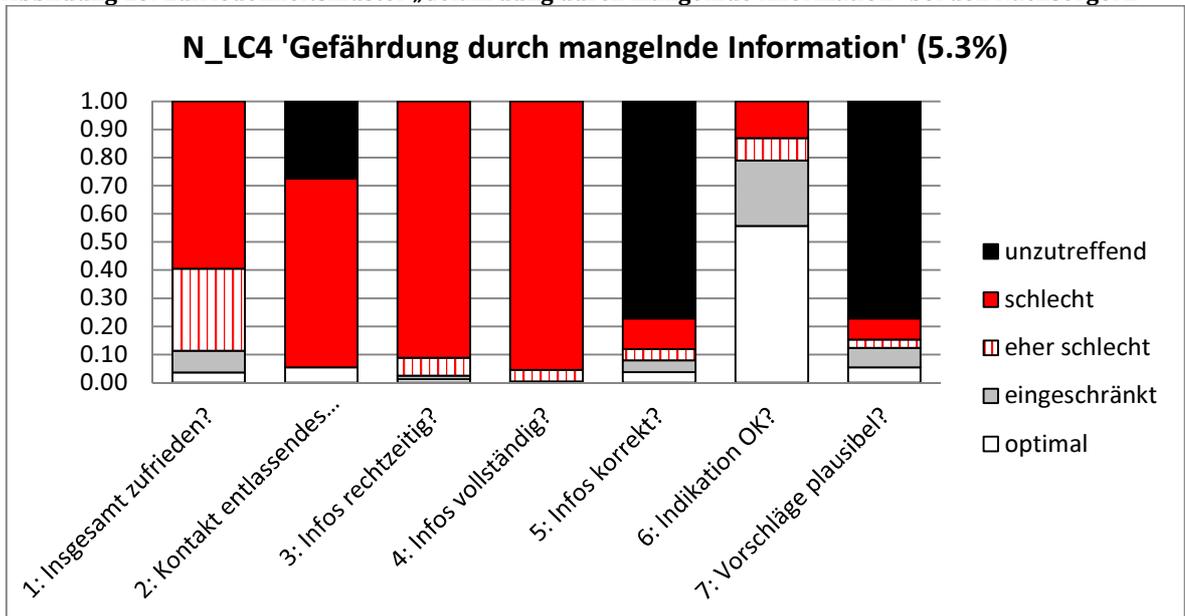
Am deutlichsten fällt die Kritik an der Schnittstelle von stationärer Behandlung zur Nachsorge in der Gruppe „**Gefährdung durch mangelnde Information**“ (Abbildung 13) aus. Rund 5,3% der Fälle zählen in diese Patientengruppe. Es wurden hier weder Informationen vollständig übermittelt, noch waren die Therapievorschläge zur weiteren Nachsorge aus der Sicht der Nachsorger sinnvoll (denn sie fehlten). Insgesamt ist dies eine Gruppe, für die eine Verbesserung der Schnittstelle dringend angezeigt erscheint. Für die weitere Analyse spielt natürlich die Entwicklung dieser Gefährdungsgruppe eine besondere Rolle.

Abbildung 12: Zufriedenheitsmuster „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme für die Nachsorge“



Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung

Abbildung 13: Zufriedenheitsmuster „Gefährdung durch mangelnde Information“ bei den Nachsorgern



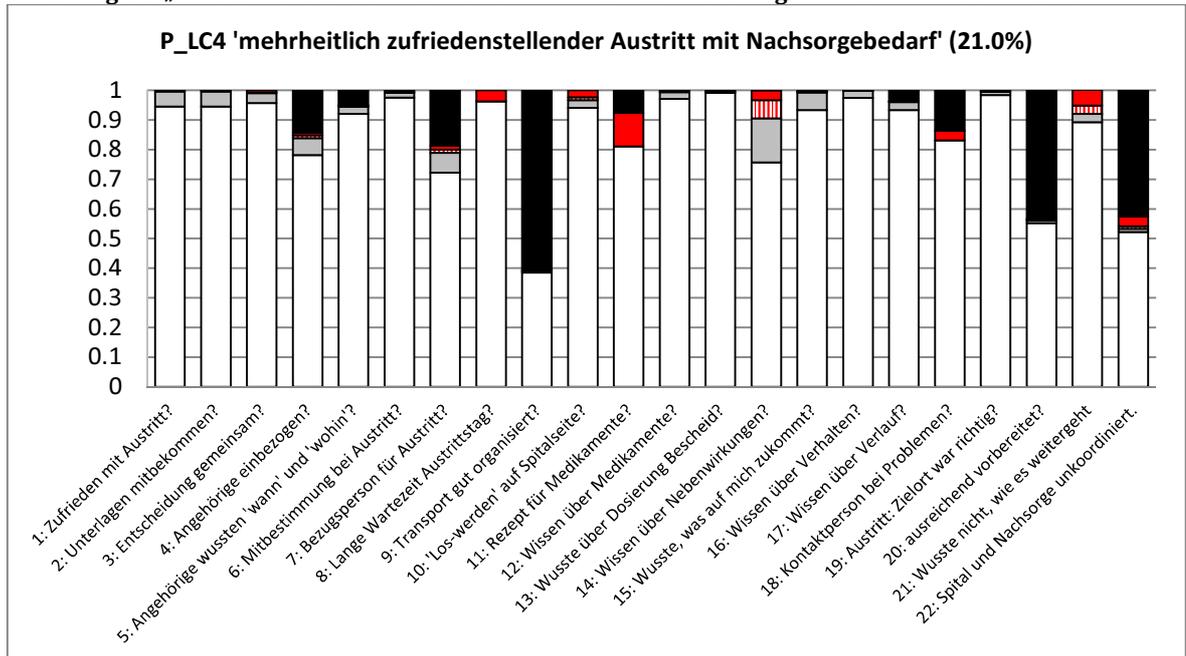
Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung

5.5 Zufriedenheitsmuster bei Patient/inn/en

Methodischer Exkurs: Für die Zufriedenheitsmuster bei den Patient/inn/en konnte eine im Vergleich zur Eichstichprobe bei (U. Frick, Wiedermann, et al., 2010) um den Faktor 2,45 angewachsene Stichprobengröße analysiert werden. Die Entscheidung über die Anzahl zu separierender latenter Zufriedenheitsmuster erfolgte anhand der üblichen Goodness-of-Fit Indices (AIC, BIC), sowie aufgrund des Lo-Mendell-Rubin Likelihood-Ratio Tests (Henson, Reise, & Kim, 2007), der die Verbesserung der Anpassungsgüte durch die Einführung einer neuen latenten Klasse im Vergleich zum Vorgängermodell mit einer Klasse weniger überprüft. Dieser Test signalisiert bis zur Einführung der 6. latenten Klasse eine beständige Verbesserung, aber ab der 7. latenten Klasse keinen signifikanten Zugewinn in der Anpassungsgüte mehr. Damit sind in der jetzt vorliegenden Stichprobe mit über 36'000 Patientenbögen sechs (anstelle von früher 5) latente Zufriedenheitsmuster zu bestimmen. Der inhaltliche Vergleich der 5-Klassen-Lösung mit der (neuen) 6-Klassen-Lösung spricht ebenfalls für eine genauere Differenzierung der Beschreibung von Patientenzufriedenheitsmustern²⁷. Die Separierbarkeit der Gruppen voneinander zeigte hervorragende Kennwerte, die aus Platzgründen hier nicht weiter dargestellt werden.

Analog zur Darstellung der Nachsorger-Zufriedenheitsmuster werden zunächst die über den Austrittsprozess positiv gestimmten Patientengruppen vorgestellt.

Abbildung 14: „Mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf“ bei den Patienten



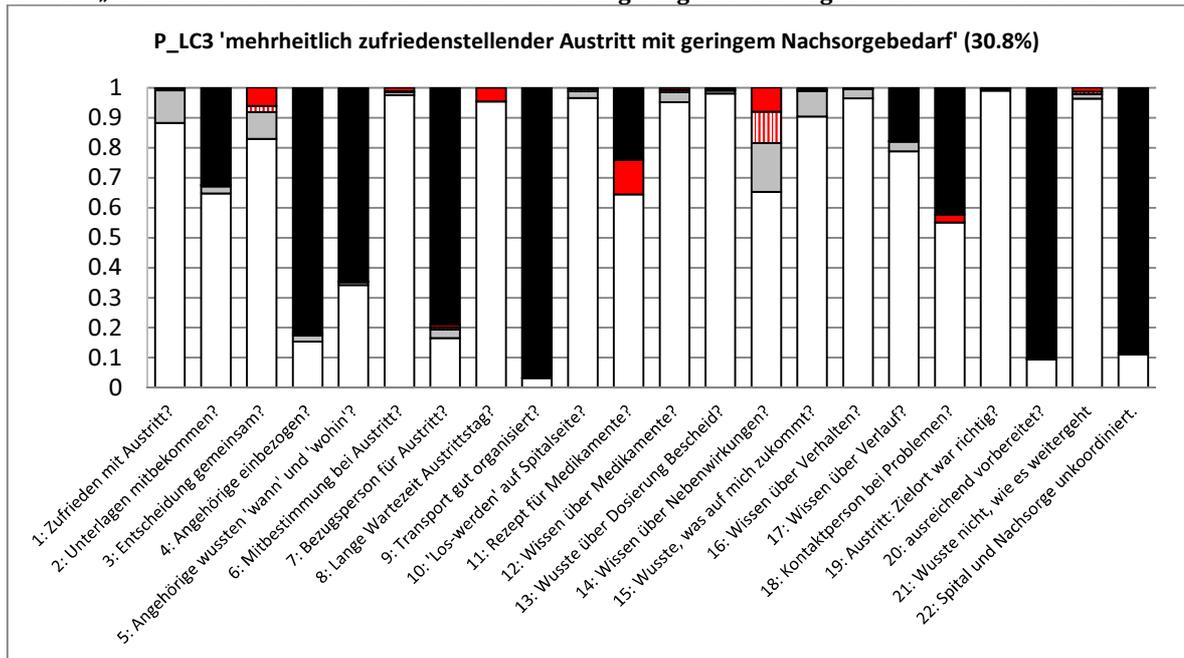
Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

²⁷ Inhaltlich sind 5 latente Klassen in der Interpretation weitgehend identisch mit den von (U. Frick, Wiedermann, et al., 2010) veröffentlichten Klassen; es wird das neue Zufriedenheitsmuster P_LC1 (vgl. Text) eingeführt, das eine abgeschwächte Kritik über mehrere Items hinweg als differenziertere Form der Urteilsbildung zusammenfasst.

Ohne Transporterfordernisse und ohne Notwendigkeit zur Vorbereitung auf, - bzw. Koordination mit eine/r Nachsorgeinstitution (weil nach Hause entlassen) sind in dieser Gruppe (P_LC4) trotzdem Patient/inn/en zusammen gefasst, die z.B. hinsichtlich Medikation und Hilfsmitteln sehr wohl eine häusliche Nachsorge benötigen. Sie waren fast in allen Aspekten in der überwiegenden Mehrheit sehr zufrieden mit dem Austrittsprozess. Dieses Zufriedenheitsmuster wurde betitelt mit „**mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf**“ und repräsentiert mit 21% die zweitgrösste Patientengruppe (Abbildung 14).

Es findet seine Entsprechung in der Abbildung 15, wo hinsichtlich sehr hoher Zufriedenheit dasselbe Muster herrscht, jedoch kein erkennbarer Nachsorgebedarf angegeben wurde (P_LC3). Als Name für diese Gruppe wurde „**mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf**“ gewählt. Mit über 30% sind hier die meisten Patient/inn/en der Stichprobe vertreten.

Abb. 15: „Mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“ bei den Patienten



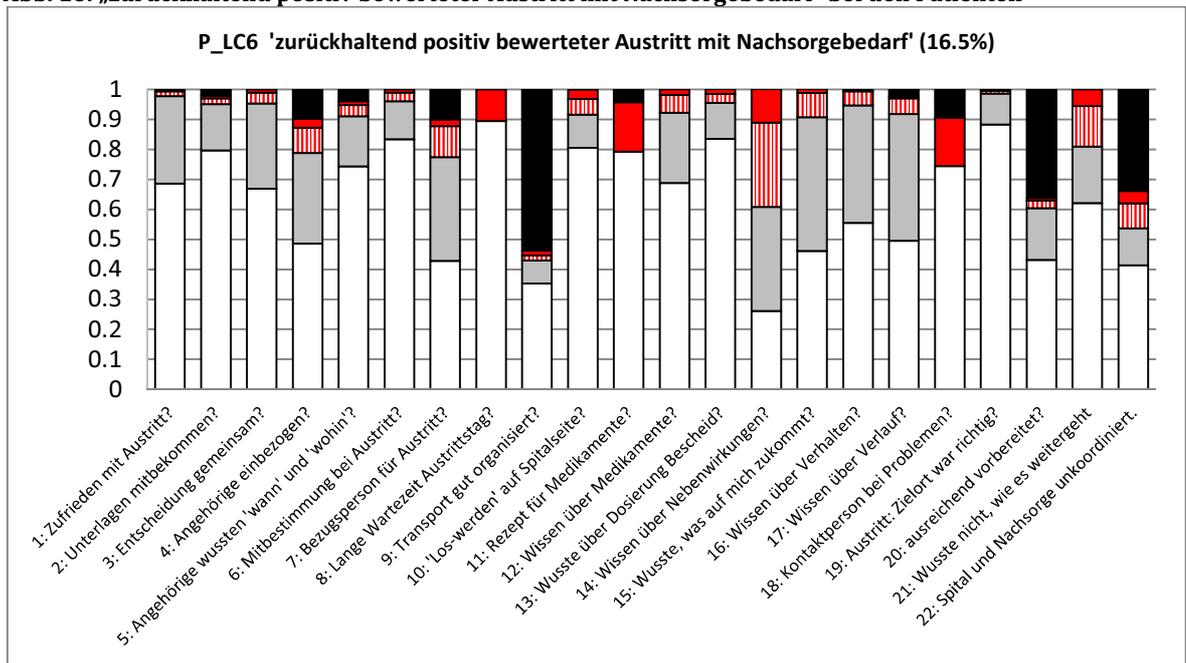
Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Im Vergleich zur Gruppe P_LC4 sind die Patient/inn/en in der Gruppe P_LC6 etwas zurückhaltender. Es werden zwar durchwegs in der überwiegenden Mehrheit positive Antworten gegeben, und es war auch Nachsorgebedarf²⁸ vorhanden. Jedoch fallen die Antworten weniger „enthusiastisch“ aus als in der P_LC4 und es gibt im Einzelfall auch mal bei der einen oder anderen Frage eine eher negative Antwort (Abbildung 16).

²⁸ bis auf Transport und die nicht zutreffende Nachsorge in einer spezifischen Nachsorgeeinrichtung (vgl. P_LC4).

Bei der Frage zum Wissen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten und im Anlassfall zu befolgende Verhaltensregeln geben rund 40% der hier vertretenen Patienten eine Antwort, die Unzufriedenheit ausdrückt. Insgesamt aber überwiegt das positive Meinungsbild. Daher wurde als Titel „**zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf**“ für diese Patientengruppe gewählt, der insgesamt rund 16,5 % der Antwortenden zuzuordnen sind.

Abb. 16: „zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf“ bei den Patienten



Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

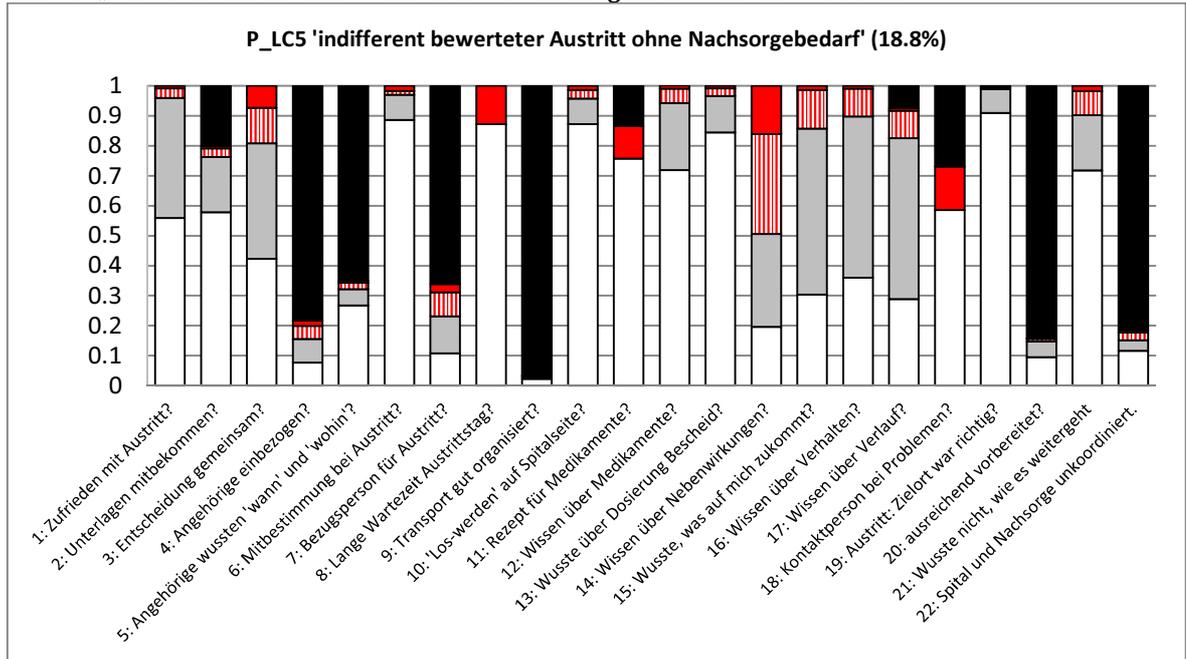
Weiter vorangeschritten in Richtung „Unzufriedenheit“ präsentiert sich die Gruppe P_LC5, die knapp 19% der Patient/inn/en beschreibt (Abbildung 17). Der Block der Medikationsfragen wird hier seltener als in P_LC6 mit völlig zufriedenstellenden Antwortkategorien ausgefüllt. Zweck und Dosierung von Medikamenten gelten als bekannt. Aber Nebenwirkungen, mögliche Verhaltensweisen nach Austritt und Antizipation allfälliger Schwierigkeiten („wusste, was auf mich zukommt“) werden hier allenfalls als „eher positiv“ beschrieben. Auch für das globale Eingangsrating (Frage 1: Waren Sie ... insgesamt zufrieden?) finden sich tiefere Zahlen für die Antwortkategorie „ja, sehr“.

Der entscheidende Unterschied zur Abbildung 16 („zurückhaltend positiv“) liegt jedoch in der als nicht benötigt angesehenen Nachsorge in dieser Gruppe: Für die Fragen 4 und 5 (Einbezug der Angehörigen), 7 (Bezugsperson im Spital nach Austritt), 9 (Transport), 20 (Vorbereitung auf die Situation zuhause) und 22 (Koordination Spital mit Nachsorgeinstitution) wurde

jeweils eine Antwortkategorie mehrheitlich gewählt, die die Frage als unzutreffend charakterisiert.

In der Zusammenschau wurde daher für dieses Zufriedenheitsmuster der Titel „**indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf**“ gewählt.

Abb. 17: „indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf“ bei den Patienten



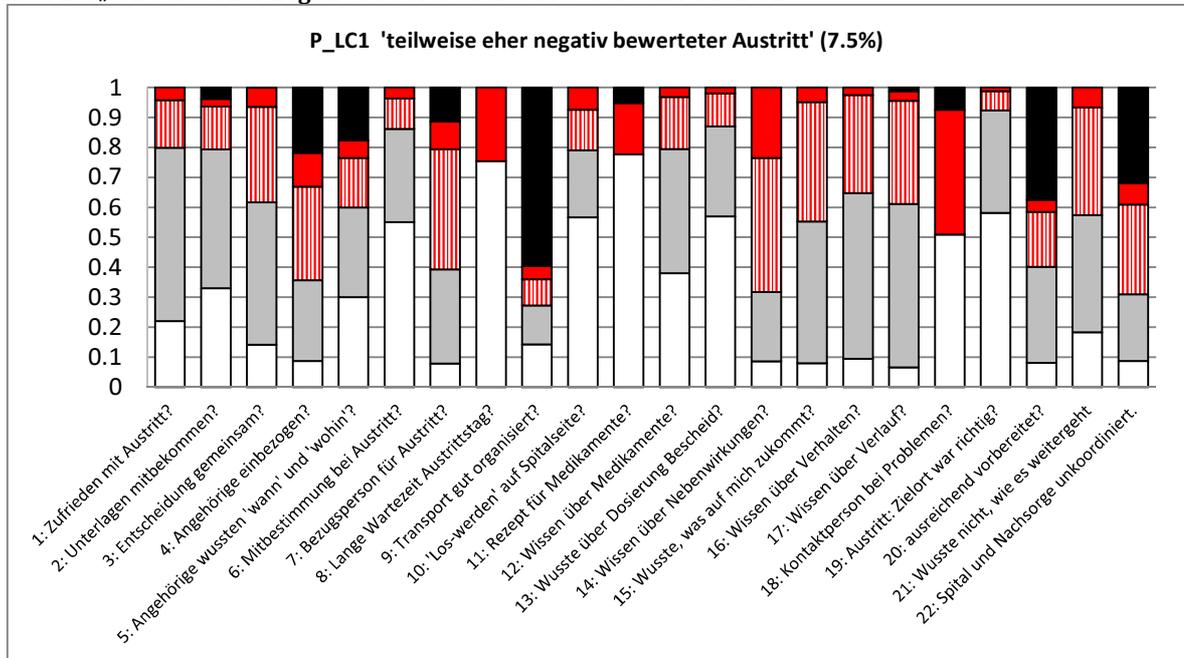
Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Zwei Zufriedenheitsmuster siedeln sich eher auf der unzufriedenen Seite des Patientenerlebens an: P_LC1 (Abbildung 18) und P_LC2 (Abbildung 19). Für die Frage, ob die KVG-Revision Spitalfinanzierung eine mögliche Qualitätseinbusse an der Schnittstelle stationär=>ambulant ausgelöst hat, spielen diese beiden Patientengruppen eine besondere Rolle.

In der Gruppe „**teilweise eher negativ bewerteter Austritt**“ (Abbildung 18) klagten die Gruppenmitglieder auf einer oder sogar mehreren Fragen über eine nicht zufriedenstellend verlaufende Prozessgestaltung beim Spitalaustritt. Die klar positiven Antworten begrenzen sich auf die Frage 8 (keine langen Wartezeiten am Austrittstag angegeben), Frage 10 (kein Eindruck, Spital wollte einen loswerden), Frage 11 (Rezept erhalten) und Frage 19 (richtiger Zielort nach Austritt). Für die übrigen Fragen ergeben sich bestenfalls indifferente, oft auch etwas negative, manchmal sogar deutlich unzufriedene Antwortkategorien. Am deutlichsten unzufrieden waren die Patient/inn/en dieser Gruppe mit dem unzureichend erlebten Einbezug ihrer Angehörigen, der als unzureichend empfundenen Information über Nebenwirkungen von Medikamenten, und mit dem Fehlen einer konkret benannten Ansprechperson im Spital für Fragen nach dem Austritt. Nachsorgebedarf war offensichtlich vorhanden, denn es

gibt nur geringgradig Antworten der Kategorie „unzutreffend“. Diese Gruppe umfasst 7,5% der Patient/inn/en in der Gesamtstichprobe (vgl. Stichprobenplan, Abb. 5).

Abb. 18: „teilweise eher negativ bewerteter Austritt“ bei den Patienten



Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Die kleinste der sechs Gruppen von Zufriedenheitsmustern wurde als „**wenig gelungener Austritt**“ betitelt (Abbildung 20). In dieser Gruppe sind diejenigen 5,4% aller Patient/inn/en versammelt, die durchgängig auf allen Fragen eine negative Tendenz oder eine klar negative Stellungnahme abgaben.

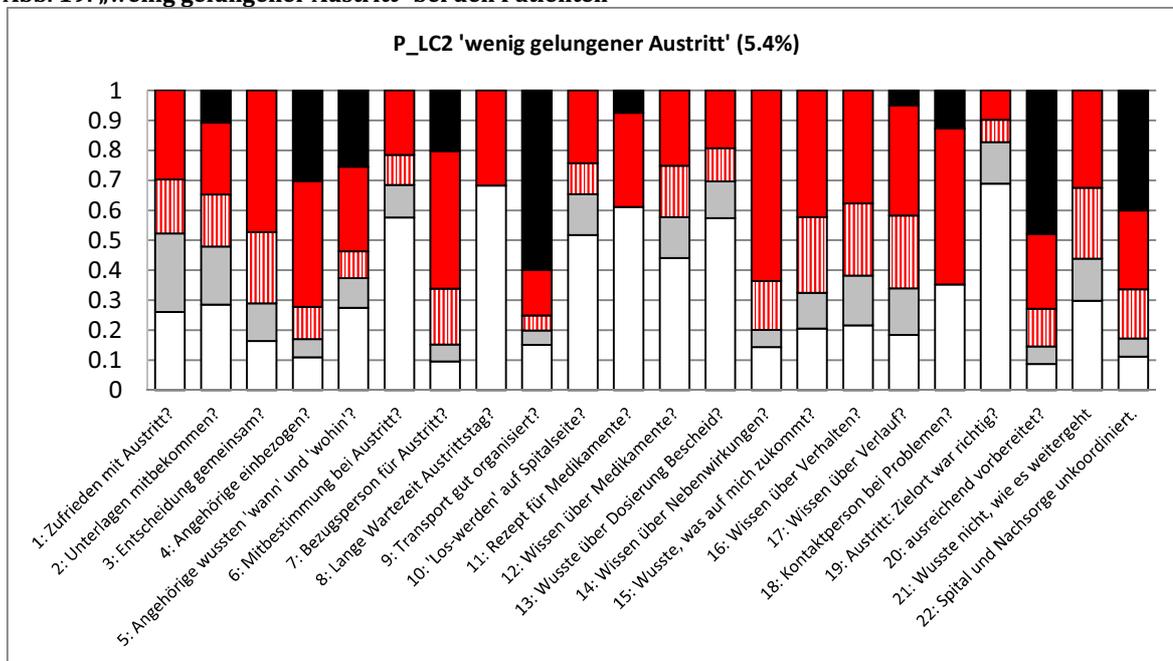
Ausnahmen sind

- die Transportfrage 8 und die Frage 20 nach der ausreichenden Vorbereitung für die Zeit nach dem Austritt (mehrheitlich „unzutreffend“ als Antwort), sowie die
- Frage 6 (Mitbestimmung über Zielort des Austritts),
- Frage 11 (Rezept für Medikamente),
- Frage 13 (Dosierung des Medikaments bekannt) und
- Frage 19 (richtiger Zielort des Austritts)

mit jeweils knapper Mehrheit positiver Antworten. Die positiven Antworten sind jedoch jeweils deutlich kontrastiert durch ebenfalls klare Anteile von negativen Antworten (vgl. Länge der roten Balken). Damit ergibt sich ein Bild, das nicht unbedingt als rundum-Unzufriedenheit zu deuten ist, aber klar signalisiert, dass meistens hinsichtlich mehrerer Aspekte die Prozessgestaltung des Spitals zum Austritt negativ bewertet wurde. Dies spricht auch für die Kritikfähigkeit der antwortenden Patient/inn/en: Sie haben nicht in Bausch und Bogen alles negativ empfunden, was ihnen im Zusammenhang mit dem Spitalaustritt widerfahren ist. Sie kritisieren jedoch deutlich zumeist mehrere Teilaspekte, ohne dass noch weiter

differenzierbar wäre, ob beispielsweise nur die Informationsaspekte (über Medikation), oder nur die Partizipation an der Austrittsplanung etc. das spezifische Problem dargestellt hätten.

Abb. 19: „wenig gelungener Austritt“ bei den Patienten



Quelle: Gesamtstichprobe. Eigene Darstellung; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

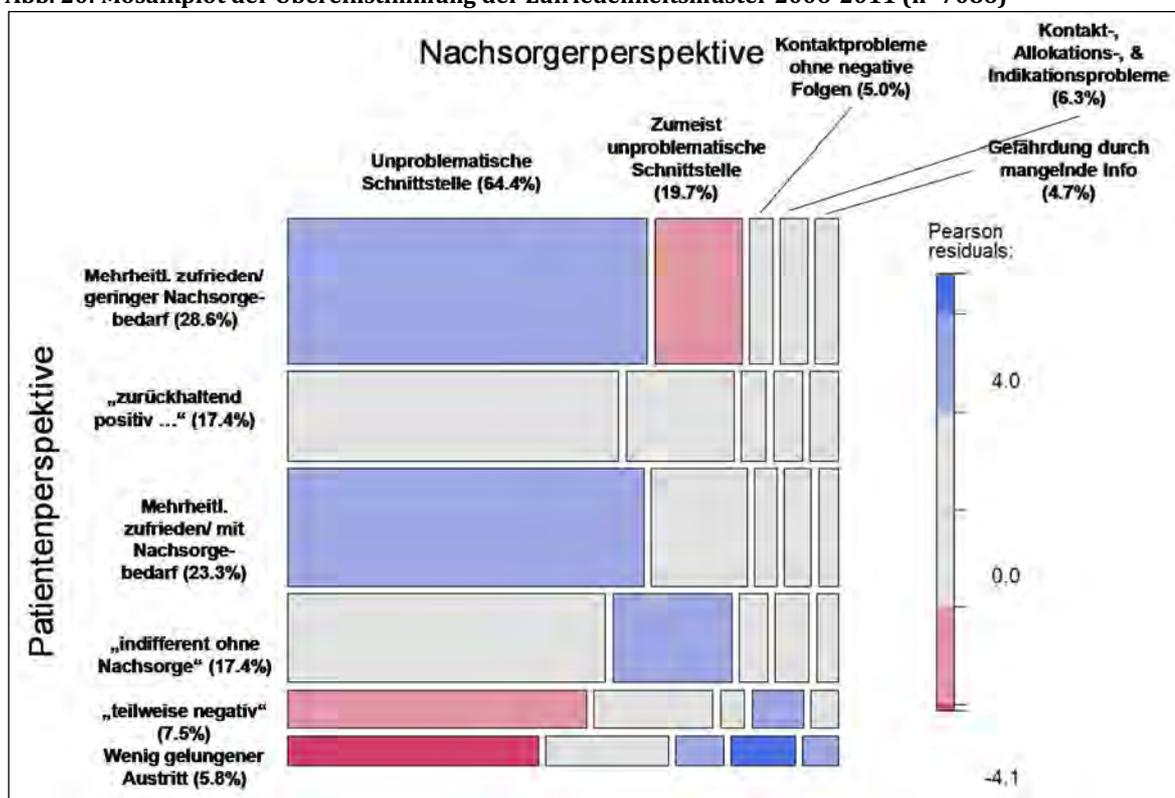
5.6 Urteilsübereinstimmung Patienten/Nachsorger?

Für die Aussagekraft der beiden Befragungsinstrumente bedeutet es einen wichtigen Hinweis auf die Validität der Fragebogen und ihrer Gruppenbildung bei der Auswertung, wenn sich die Beurteilungen von Patient/inn/en und Nachsorgern zumindest nicht gegenseitig widersprechen, sondern vielmehr in einem entscheidenden Ausmass auch übereinstimmen. Eine völlige Übereinstimmung im Urteil wäre aus der unterschiedlichen Betroffenheit der Beurteilenden heraus weder erwartbar, noch notwendig. Die Beziehung beider Klassifikationen zueinander wurde durch eine Kreuztabellierung der 5 Nachsorgergruppen mit den 6 Patientengruppen statistisch überprüft und die gefundenen Zusammenhänge in einem sogenannten Mosaik-Plot dargestellt, sofern beide Bögen für den betreffenden Austritt vorlagen.

Um zu überprüfen, ob ggf. für die Zeiträume vor und nach der KVG-Revision über die Validität der Fragebogeninstrumente unterschiedliche Aussagen zu treffen sind, wurde die Stichprobe getrennt für beide Beobachtungsperioden ausgewertet. Die Abbildung 21 visualisiert die Situation in den Jahren 2006 bis 2011: die aus Patientenperspektive positivsten Zufriedenheitsmuster (mehrheitlich zufriedenstellend mit und ohne Nachsorgebedarf) werden auch aus der Sicht der Nachsorger klar überzufällig häufig in die Gruppe „unproblematische

Schnittstelle“ eingruppiert. Von den Patient/inn/en so beurteilte „teilweise negativ“ verlaufene Austritte bzw. „wenig gelungene Austritte“ dagegen erlangen von Nachsorgersicht aus statistisch²⁹ und inhaltlich hoch bedeutsame Unterfrequentierungen beim Urteil „unproblematische Schnittstelle“. Stattdessen bevorzugen Nachsorger bei Vorliegen eines Patientenurteils im Sinne des „wenig gelungenen Austritts“ ihrerseits überzufällig häufig die Problemgruppen „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“, „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“, sowie „Gefährdung durch mangelnde Information“. Ebenso tauchen patientenseitig als „teilweise negativ“ bewertete Austritte im Urteil der Nachsorger überzufällig häufig bei den „Kontakt-, Allokations- und Indikationsproblemen“ auf.

Abb. 20: Mosaikplot der Übereinstimmung der Zufriedenheitsmuster 2006-2011 (n=7086)



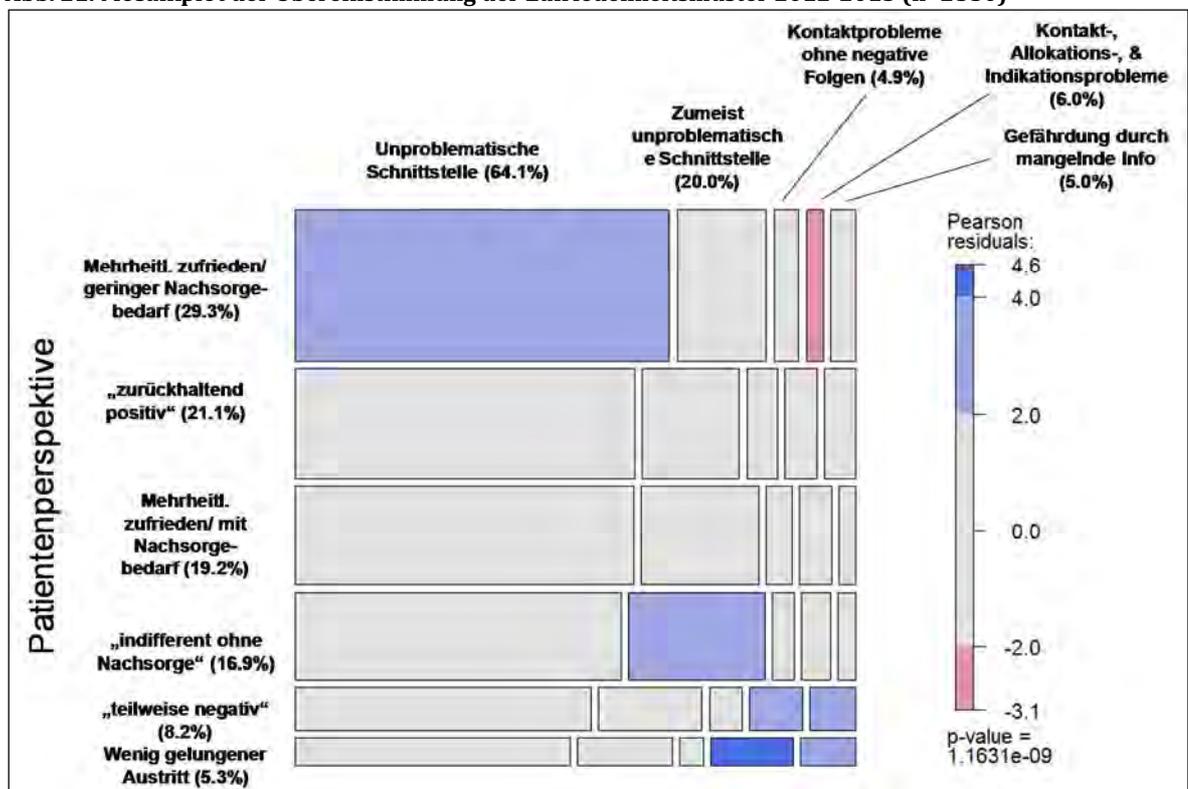
Quelle: Eigene Berechnungen

Für den Zeitraum nach der KVG-Revision (2012 und 2013) fanden sich n=2550 Austritte, für die sowohl ein Patientenbogen wie ein Nachsorgebogen vorliegt. Die statistische Power für den Nachweis von Zusammenhängen muss daher in Abbildung 22 geringer ausfallen als in Abbildung 21. Tatsächlich sind auch weniger Felder in dieser Abbildung 22 farbig markiert. Aber das Muster des Zusammenhangs weist in die völlig identische Richtung: Wo Patienten sich sehr zufrieden zeigten, zeigen sich auch Nachsorger überzufällig häufig zufrieden (1. Zeile, 1. Spalte), bzw. überzufällig selten unzufrieden (vgl. Abb. 22: rotes Feld in der ersten Zeile

²⁹ Geprüft via Berechnung der Standardisierten Residuen (unter Annahme von H_0) pro Zelle

bei der Spalte „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“). Wenn Patienten eher indifferent antworten, dann ergibt sich auch bei den Nachsorgern eine Überfrequentierung der „zumeist unproblematischen Schnittstelle“. Wenn Patienten aber ihre Schnittstellenpassage „teilweise negativ“ oder mit „wenig gelungener Austritt“ bewertet haben (untere zwei Zeilen in Abbildung 22), dann bewerten Nachsorger diesen Austritt deutlich überzufällig mit „Kontakt-, Allokations- und Indikationsproblemen“ oder gar als „Gefährdung durch mangelnde Information“. Die Analyse der Übereinstimmungen zeigt insgesamt, dass eine Bewertung der Schnittstellenpassage mit dem hcri-Instrumentarium inhaltlich sinnvoll ist, und gerade unter dem Qualitätsaspekt man davon ausgehen darf, dass sich hier validierte Grundmuster von Zufriedenheiten widerspiegeln.

Abb. 21: Mosaikplot der Übereinstimmung der Zufriedenheitsmuster 2012-2013 (n=2550)



Quelle: Eigene Berechnungen

Umso mehr inhaltliche Bedeutsamkeit können die Daten von daher als Instrument für die Analyse der möglichen Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung für sich beanspruchen.

5.7 Einflussfaktoren auf Zufriedenheit der Nachsorgeinstitutionen

Der potenzielle Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Zufriedenheitsmuster bei den Nachsorgeinstitutionen wurde innerhalb der Teilstichprobe B (vgl. Abb. 6) überprüft. Im ersten Schritt wurden dazu ohne Berücksichtigung weiterer Einflussvariablen nur die fünf Latenten-Klassen aus der Analyse im Abschnitt 5.3 durch eine getrennte Schätzung in den beiden Teilstichproben mit dem Austrittsdatum bis 31.12.2011 und ab 1.1.2012 separat geschätzt.

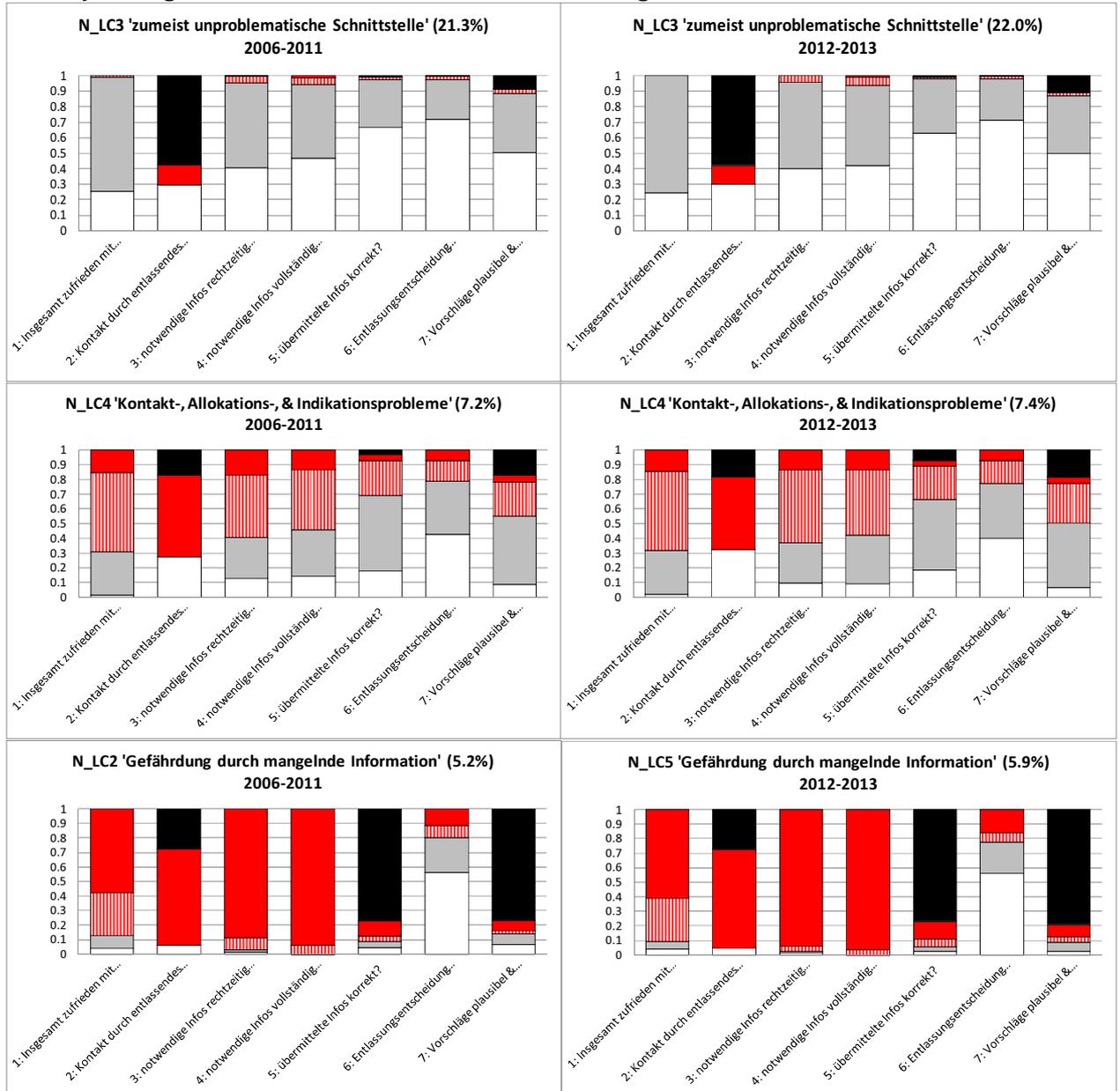
Methodischer Exkurs:

Latente Klassen-Analysen schätzen zwei Arten von Parametern: die Grösse der jeweiligen Latenten Klassen („Prävalenzparameter“ π_g), und die Indikativität, die eine bestimmte Antwort k auf ein einzelnes Item i für die Zugehörigkeit der antwortenden Person in der Latenten Klasse g annimmt („Itemparameter“ π_{ikg}). Zunächst wurden die Prävalenzparameter einheitlich über die gesamte Substichprobe B geschätzt und nur für die Itemparameter π_{ikg} getrennte Schätzungen je nach Status eines Nachsorgebogens hinsichtlich KVG-Revision erlaubt. Dies änderte die Indikativität aller 29 Antwortkategorien der sieben Fragen über fünf Zufriedenheitsmuster bei den Nachsorgeinstitutionen in keinem Fall. Auch wurden keine Verschiebungen in den Klassengrössen im Vergleich zur Gesamtstichprobe (Abschnitt 5.3) sichtbar.

Aus Platzgründen seien hier nur die Referenzgruppe „unproblematische Stichprobe“ und die beiden klar unzufriedenen Muster „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“ sowie „Gefährdung durch mangelnde Information“ abgebildet (Abbildung 22). Die übrigen Gruppen sind auf Anfrage via ISGF erhältlich.

Das erzielte Bild sieht bei allen Gruppen identisch aus: Es gibt zwischen der linken und der rechten Bildhälfte keinerlei bedeutsame Unterschiede in der Länge der Säulenabschnitte (welche die Itemparameter darstellen), noch finden sich zwischen den hier geschätzten Prävalenzparametern und den aus dem Abschnitt 5.3 schon bekannten Item- und Prävalenzparametern irgendwelche nennenswerten Abweichungen. Das bedeutet: Die Zufriedenheitsmuster haben sich in ihrer Zusammensetzung nicht geändert, noch haben sich die Grössen der Gruppen von prä zu post KVG-Revision gegeneinander verschoben.

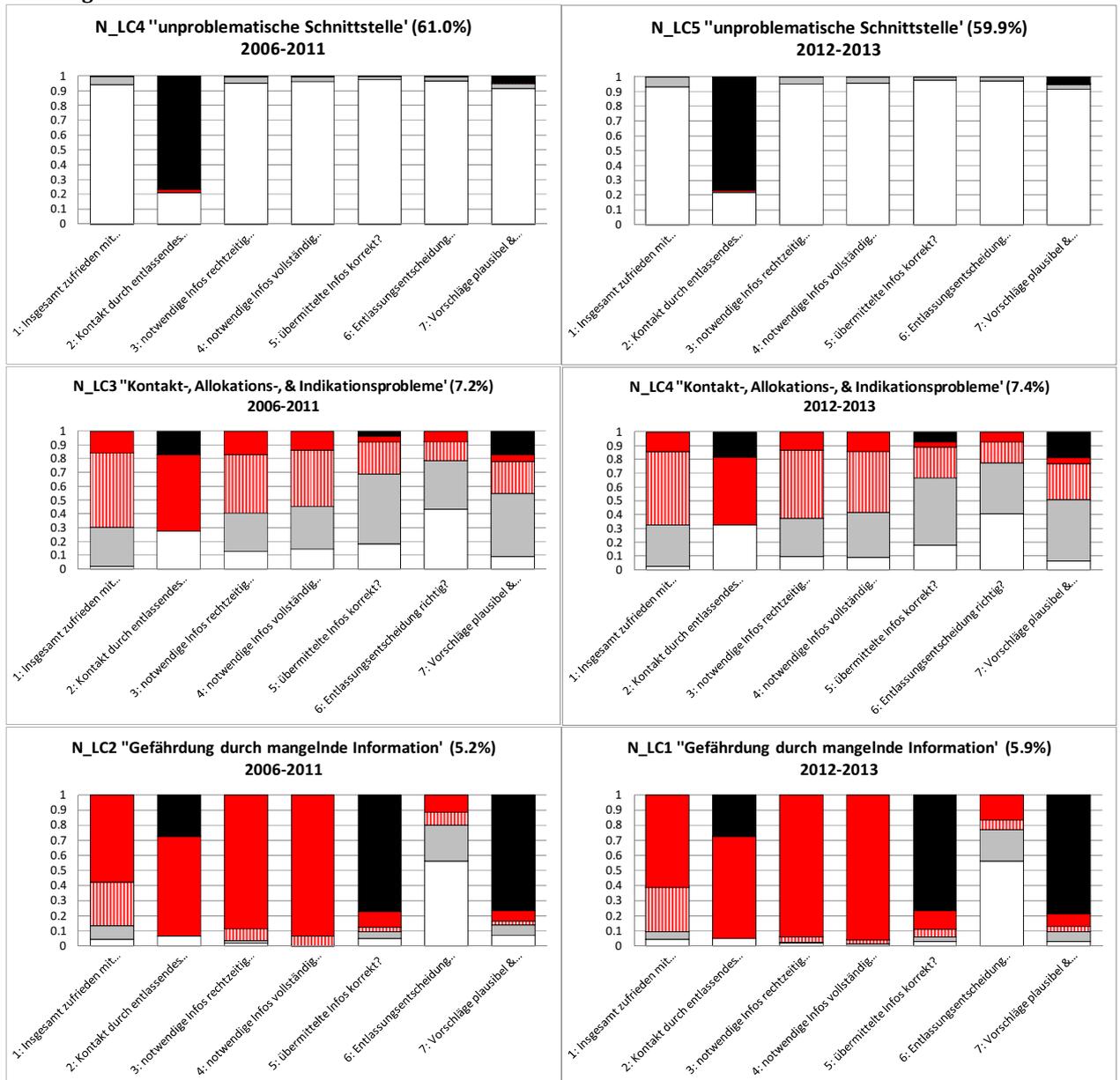
Abb. 22: Itemparameter bei getrennter Schätzung je nach Status der KVG-Revision (links vorher vs. rechts nachher) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen



Quelle: Eigene Darstellung aus Subsample B; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Auch bei einer breiten Formulierung des Problems (Prävalenz- und Itemparameter sind zur unterschiedlichen Schätzung freigegeben) ändert sich der Eindruck nicht (vgl. Abbildung 23). Wiederum wurde nur eine Kontrastierung der beiden negativen im Vergleich zur uneingeschränkt positiven Referenzgruppe zur Darstellung ausgewählt. Auch unter diesen Randbedingungen gilt: die übrigen Gruppen verhalten sich nahezu gleich.

Abb. 23: Itemparameter bei getrennter Schätzung und Freigabe der Prävalenzparameter je nach Status der KVG-Revision (links vorher vs. rechts nachher) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen



Quelle: Eigene Darstellung aus Subsample B; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Der grösste wahrnehmbare Unterschied bezieht sich auf die Gruppe „Gefährdung durch mangelnde Information“, die vor der KVG-Revision 5.2% der Patient/inn/en umfasst, und ab 2012 auf einen geschätzten Parameter von 5,9 % „anwächst“. Dieser Unterschied liegt im Rahmen der des statistisch Erwartbaren und ist auch inhaltlich nicht bedeutsam. Das Muster der Zufriedenheit ändert sich praktisch überhaupt nicht.

Im nächsten Schritt wurde daher überprüft, ob sich bei simultaner Adjustierung der von den Austrittspitälern erhobenen Informationen über die Patient/inn/en direkte oder indirekte

(d.h. in Wechselwirkung mit anderen Variablen stehende) Effekte der KVG-Revision sichern lassen. Anstelle einer Unterschiedsfrage tritt damit ein Regressionsproblem als Methode hervor. Weil ja keine experimentelle Kontrolle (wie bei einer klinischen Studie üblich) der Vielzahl von Variablen stattgefunden hat, die möglicherweise auf das Ergebnis (hier: die Zufriedenheitsmuster) einen Einfluss nehmen, muss als zweitbeste Lösung eine statistische Kontrolle solcher „konfundierenden“ Variablen vorgenommen werden. Die Fragestellung wird also leicht verändert. Während bei den oben dargestellten Analysen gefragt wurde: *„Haben sich die Muster und/oder Grössen der latenten Zufriedenheitsklassen von prä- zu post-KVG-Revision geändert?“*, wird nun gefragt: *„Ändert die KVG-Revision die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit einer beliebigen Person (bzw. ihres Nachsorgers) zu einem bestimmten Zufriedenheitsmuster, wenn man rechnerisch dafür gesorgt hat, dass der Patientenmix über die Zeit hinweg soweit wie berücksichtigbar konstant gehalten wurde?“* Es geht also um Effekte, die erst sichtbar werden (können), wenn man andere Einflussvariablen ausgeschaltet („auspartialisiert“) hat.

Methodischer Exkurs:

Wegen der o.e. Hinweise zur Durchführbarkeit solcher Regressionsanalysen wurden zunächst alle Nachsorgebögen anhand der in Abschnitt 5.3 identifizierten Itemparameter in diejenige Zufriedenheitsklasse eingruppiert, für die sie die jeweils höchste Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit aufwiesen. Anschliessend wurden univariate multinomiale logistische Regressionsmodelle (Referenzkategorie war jeweils die Gruppe „unproblematische Schnittstelle“ vgl. Abb. 10) für alle verfügbaren Patienten-, Prozess- und Institutions-Variablen berechnet:

- Geschlecht
- Alter (kontinuierliche Messung)
- Alter in 5 Dummy-Variablen (Quintile) mit Referenz auf die unter-38-Jährigen
- Zusatzversicherung über das Obligatorium hinaus
- Lebte vor Eintritt in Institution
- Austrittsstation (Orthopädie, Innere Medizin, Gynäkologie, sonstige, alle verglichen zu Chirurgie)
- Zielort bzw. Nachsorge nach dem Austritt (Spitex, Rehaklinik, Pflegeheim, anderes Spital, hausärztliche Nachsorge, sonstige Institution; alle im Vergleich zu nachsorgefreiem Austritt nach Hause).
- Kanton, in dem sich das Spital befindet (BE, AG, jeweils verglichen zu (ZH or GR or LU or SO))
- Dauer des stationären Aufenthalts
- Kurzfristige Änderung der Entlassungsplanung im Verlauf des stationären Aufenthalts
- Aufnahme als Notfall
- Interaktionseffekt aus KantonBern*KVGRevision (wg. Übergang von AP-DRG zu Swiss-DRG)
- Interaktionseffekt aus KantonAargau* KVGRevision (wg. Übergang von AP-DRG zu Swiss-DRG)
- Interaktionseffekt aus NachsorgeSpitex* KVGRevision
- Interaktionseffekt aus NachsorgeHausarzt* KVGRevision
- Interaktionseffekt aus NachsorgeRehaklinik* KVGRevision
- Interaktionseffekt aus NachsorgePflegeheim* KVGRevision
- Interaktionseffekt aus Zusatzversicherung* KVGRevision

Diese univariaten Modelle wurden jeweils zum Signifikanzniveau von 5% ohne Alpha-Adjustierung getestet und im Anlassfall der Prädiktor in ein multivariates multinomiales logistisches Regressionsmodell mit Einschluss der „gesetzten“ (weil hier besonders zu evaluierenden) Zielvariable KVG-Revision aufgenommen. Dieses multivariate Modell wurde durch BACKWARD-Selektion der Prädiktoren, sowie durch eine zusätzliche STEPWISE-Modellierung auf seine sparsamste Prädiktorenauswahl reduziert. Die betreffenden Analysen

erfolgten mit SAS PROC LOGISTIC. Dadurch werden insgesamt eher zu viel als zu wenig Variablen in das finale statistische Vorhersagemodell für die Zufriedenheitsklasse aufgenommen (vgl. oben, 5.2), was für die Frage der KVG-Revision letztlich ein over-adjustment, und damit einen „zu leichten“ Nachweis bedeuten würde. Das Resultat wurde dann aber unter Berücksichtigung der statistischen Schwankungsbreiten für die Zuordnung zu den latenten Klassen anschliessend im Programm MPLUS als sogenanntes „latent class mixture model“ mit Kovariablen geschätzt. Die Darstellung der finalen Ergebnisse finden sich in den Tabellen 9 bis 12 (vier Tabellen jeweils für die Mitgliedschaft-fördernden bzw. Mitgliedschaft-hemmenden Einflüsse der relevanten Kovariablen von 4 latenten Zufriedenheitsmustern (im Vergleich zum Muster „unproblematische Schnittstelle“).

Tabelle 9: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“

Variable	Latent Class	One-step simultaneous approach (Mplus, n = 17813)			95% CI	
		Beta	S.E.	OR	lower	upper
Intercept	1	-2.813	0.263	-	-	-
los	1	0.007	0.006	1.007	0.995	1.019
female	1	0.156	0.063	1.169	1.033	1.322
zusvers	1	-0.017	0.071	0.983	0.855	1.130
notfall	1	0.114	0.076	1.121	0.966	1.301
stat_inmed	1	-0.164	0.084	0.849	0.720	1.001
kurzfrist	1	0.203	0.181	1.225	0.859	1.746
entl_spitex	1	0.029	0.164	1.029	0.747	1.419
entl_rehab	1	0.442	0.18	1.556	1.093	2.214
entl_pflgh	1	0.098	0.188	1.103	0.763	1.594
hausarzt	1	1.172	0.213	3.228	2.127	4.900
revision	1	-0.151	0.073	0.860	0.745	0.992
kanton_be	1	0.366	0.183	1.442	1.008	2.064
kanton_ag	1	-0.02	0.073	0.980	0.850	1.131
ww_be	1	0.169	0.281	1.184	0.683	2.053

Die Chancen, nach 2012 und somit nach der Einführung der KVG-Revision einen Nachsorgebogen vom Muster „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“ zu erhalten, haben sich nach Berücksichtigung aller in Tabelle 9 aufgelisteten Variablen um den Faktor OR = 0.866 **erniedrigt**³⁰ (95% Konfidenzintervall 0.745-0.992). Zudem sind statistisch signifikante Effekte für das Geschlecht der weiterversorgten Patientin (**Frauen** sind um OR = 1.169 **gefährdeter**), für den Kanton **Bern** (dort sind die Chancen auf „Kontaktprobleme ...“ um OR = 1.442 **höher**) und

³⁰ Die Odds-Ratio (OR) ist das gebräuchliche Mass für die Einflussstärke eines Prädiktors auf eine dichotome Zielvariable. Sie gibt an, um welchen Faktor die Chancen steigen, dass bei der betreffenden Person das Zielereignis (hier: Übergang von der positivsten Zufriedenheitsgruppe in die Gruppe „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“) eintritt, wenn man die Ausprägung der Prädiktorvariablen um eine Einheit erhöht.

für den Zielort (**Rehabilitationskliniken** empfinden Kontaktprobleme um OR = 1.556 häufiger; **Hausärzte** geben sogar um den Faktor OR=3.228 **häufiger Kontaktprobleme** an).

Tabelle 10 stellt die Einflussvariablen für die Übergangswahrscheinlichkeit von der „unproblematischen Schnittstelle“ in die nur leicht abgeschwächte Nachsorger-Zufriedenheit in der Gruppe „zumeist unproblematische Schnittstelle“ dar:

Tabelle 10: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „zumeist unproblematische Schnittstelle“

Variable	Latent Class	<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 17813)</i>			95% CI	
		Beta	S.E.	OR	lower	upper
Intercept	3	-0.984	0.127	-	-	-
<i>los</i>	3	0.018	0.005	1.018	1.008	1.028
<i>female</i>	3	0.155	0.060	1.168	1.038	1.313
<i>zusvers</i>	3	-0.207	0.068	0.813	0.712	0.929
<i>notfall</i>	3	0.255	0.072	1.290	1.121	1.486
<i>stat_inmed</i>	3	0.394	0.076	1.483	1.278	1.721
kurzfrist	3	-0.117	0.116	0.890	0.709	1.117
<i>entl_spitex</i>	3	0.463	0.099	1.589	1.309	1.929
<i>entl_rehab</i>	3	-0.311	0.148	0.733	0.548	0.979
<i>entl_pflgh</i>	3	0.531	0.113	1.701	1.363	2.122
<i>hausarzt</i>	3	-1.272	0.121	0.280	0.221	0.355
revision	3	0.059	0.063	1.061	0.938	1.200
kanton_be	3	0.327	0.194	1.387	0.948	2.028
kanton_ag	3	0.089	0.065	1.093	0.962	1.242
ww_be	3	-0.077	0.274	0.926	0.541	1.584

Die Nachsorgerzufriedenheit des Musters „zumeist unproblematische Schnittstelle“ wird von der KVG-Revision nicht nachweislich beeinflusst. Die signifikanten Prädiktorvariablen sind in Tabelle 10 fett und kursiv dargestellt.

Die Verweildauer wirkt pro zusätzlichem Aufenthaltstag auf die Nachsorgerzufriedenheit eher abschwächend; für Frauen wirkt sich ihr Geschlecht als Abschwächen der Zufriedenheit ihres Nachsorgers (OR für *zumeist* unproblematische Schnittstelle = 1.17) aus, eine Zusatzversorgung dagegen wirkt protektiv gegen einen Verlust der besten Zufriedenheitsklasse. Notfallaufnahmen und Entlassungen aus der inneren Medizin senken die Chancen für die höchste Zufriedenheitsklasse, ebenso wie das Arrangement einer Spitex-Nachbetreuung, oder die Vereinbarung eines Übertritts ins Pflegeheim. Wurde eine Einschaltung des Hausarztes mit dem Patienten/der Patientin vereinbart, dann ist der Übergang der Nachsorgerzufriedenheit von „optimal“ nach „zumeist“ optimal eher weniger wahrscheinlich.

Die Risikostruktur, von der Referenzgruppe in die Gruppe mit „Kontakt-, Allokations- und Indikationsproblemen“ zu wechseln, wird in der Tabelle 11 aufgelistet. Es stellen sich die bisher diskutierten Einflussfaktoren auch hier wieder ein. Zusätzlich gibt es für diese Gruppe einen regionalen Effekt, der die Zürcher (Referenzkategorie!) Nachsorger als zufriedener denn ihre Berufskollegen/innen im Kanton Aargau und im Kanton Bern ausweist. Wiederum ist eine Zusatzversicherung eines Patienten in der Beurteilung des Nachsorgers protektiv vor einem unzufriedenstellenden Übergang in die Nachsorge.

Tabelle 11: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“

Variable	Latent Class	One-step simultaneous approach (Mplus, n = 17813)			95% CI	
		Beta	S.E.	OR	lower	upper
Intercept	4	-2.123	0.138	-	-	-
<i>los</i>	4	0.022	0.005	1.022	1.012	1.032
female	4	0.003	0.066	1.003	0.881	1.141
<i>zusvers</i>	4	-0.230	0.078	0.795	0.682	0.926
<i>notfall</i>	4	0.402	0.080	1.495	1.278	1.748
<i>stat_inmed</i>	4	0.498	0.077	1.645	1.415	1.913
kurzfrist	4	0.060	0.129	1.062	0.825	1.367
<i>entl_spitex</i>	4	0.683	0.105	1.980	1.612	2.432
<i>entl_rehab</i>	4	-0.905	0.212	0.405	0.267	0.613
<i>entl_pflgh</i>	4	0.504	0.133	1.655	1.276	2.148
<i>hausarzt</i>	4	-0.767	0.115	0.464	0.371	0.582
revision	4	-0.009	0.073	0.991	0.859	1.143
<i>kanton_be</i>	4	0.839	0.177	2.314	1.636	3.273
<i>kanton_ag</i>	4	0.272	0.072	1.313	1.140	1.511
ww_be	4	-0.146	0.265	0.864	0.514	1.452

Auch für die Gruppe „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“ lässt sich keine Veränderung im Zusammenhang mit der KVG-Revision nachweisen (Tabelle 11).

Die Risikostruktur für die Gruppe „Gefährdung durch mangelnde Information“ wurde in Tabelle 12 aufgelistet. In dieser Tabelle geht es um diejenigen Patienten, für die ein Effekt der KVG-Revision die schärfsten Auswirkungen hätte, so sich ein signifikant positiver Regressionskoeffizient würde nachweisen lassen.

Im Gegensatz zu den beiden vorhergehend inspizierten Zufriedenheitsmustern zeigt sich die „Gefährdungsgruppe“ als unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthalts. Auch Hausärzte als Ziel des Austrittsmanagements sind hier statistisch nicht bedeutsam für eine Risikohöherung. Zudem handelt es sich bei dieser (aus Nachsorgersicht) Extremgruppe nicht mehr um eine Patientengruppe, die über ihren Zusatz-Versicherungsstatus signifikant geschützt

wäre vor einem Übergang in diese Gefährdung. Es stehen andere Prädiktoren im Vordergrund, deren Interpretation nicht ganz trivial erscheint:

Stellt man die Einflüsse aller Variablen in Tabelle 12 in Rechnung, dann ergeben sich schlechtere Chancen (also häufigere Mitgliedschaft in der Gefährdungsgruppe) für Frauen (OR = 1.338), bei Notfall-Aufnahmen (OR = 1.267) und bei einer Entlassung in die Betreuung durch die Spitex (OR = 1.719).

Tabelle 12: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Gefährdung durch mangelnde Information“

Variable	Latent Class	One-step simultaneous approach (Mplus, n = 17813)			95% CI	
		Beta	S.E.	OR	lower	upper
Intercept	5	-2.823	0.162	-	-	-
los	5	-0.002	0.008	0.998	0.982	1.014
female	5	0.291	0.074	1.338	1.157	1.546
zusvers	5	-0.084	0.084	0.919	0.780	1.084
notfall	5	0.237	0.083	1.267	1.077	1.491
stat_inmed	5	0.091	0.085	1.095	0.927	1.294
kurzfrist	5	-0.614	0.213	0.541	0.357	0.821
entl_spitex	5	0.761	0.112	2.140	1.719	2.666
entl_rehab	5	-0.547	0.260	0.579	0.348	0.963
entl_pflgh	5	0.126	0.195	1.134	0.774	1.662
hausarzt	5	-0.185	0.129	0.831	0.646	1.070
revision	5	0.031	0.079	1.031	0.884	1.204
kanton_be	5	-0.557	0.410	0.573	0.257	1.279
kanton_ag	5	0.594	0.075	1.811	1.564	2.098
ww_be	5	1.688	0.456	5.409	2.214	13.214

Dagegen wirken kurzfristig notwendige Änderungen in der Entlassungsplanung Schnittstellenproblemen klar entgegen (OR = 0.541) und die Entlassung in eine Rehabilitationsklinik erfolgt augenscheinlich ebenfalls besser vorbereitet (OR = 0.579). Die teilnehmenden Kliniken im Kanton Aargau zeitigten bei ihren Nachsorgern häufiger ein Schnittstellenproblem (OR = 1.811).

Diese Effekte schon in Rechnung gestellt, lassen sich keine direkten Einflüsse weder für die KVG-Revision, noch für den Kanton Bern als Austrittsort nachweisen. Spitzt man die Fragestellung jedoch zu auf die post-Revisionssituation spezifisch im Kanton Bern, dann ergibt sich eine sehr deutliche Risikozunahme (OR = 5.409) für Probleme mit der Schnittstelle im Sinne einer Gefährdung durch mangelnde Information. Notabene war im Kanton Bern durch den Übergang von AP-DRG zu Swiss-DRG eigentlich der Effekt einer Fallpauschalierung schon zeitlich vorweg genommen worden (AP-DRG wurden lange vor 2012 eingeführt). Daher stellt

sich die Frage, ob nicht andere regionale Effekte genau mit dem Jahr 2012 im Kanton Bern eingetreten sind, die eine solche Verschlechterung der Schnittstellenproblematik aus der Sicht der Nachsorger hervor gerufen haben können.

5.8 Einflussfaktoren auf Patientenzufriedenheit

Analog zum Vorgehen bei den Zufriedenheitsmustern von Nachsorgeinstitutionen wurden auch für die Patientenbögen zunächst die möglichen Veränderungen im Zusammenhang mit der KVG-Revision durch eine Gruppen-getrennte Schätzung nur von Itemparametern (Abbildung 25) oder simultan von Itemparametern und Prävalenzparametern (Abbildung 26) überprüft.

Zur graphischen Darstellung gelangen wiederum die wegen ihrer positiven Antworten als solche ausgewählte Referenzgruppe

- hier: „mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf“

und die zwei am deutlichsten auf Schnittstellenprobleme hinweisenden Latenten Zufriedenheitsklassen

- hier: „teilweise eher negativ bewerteter Austritt“ und
- „wenig gelungener Austritt“.

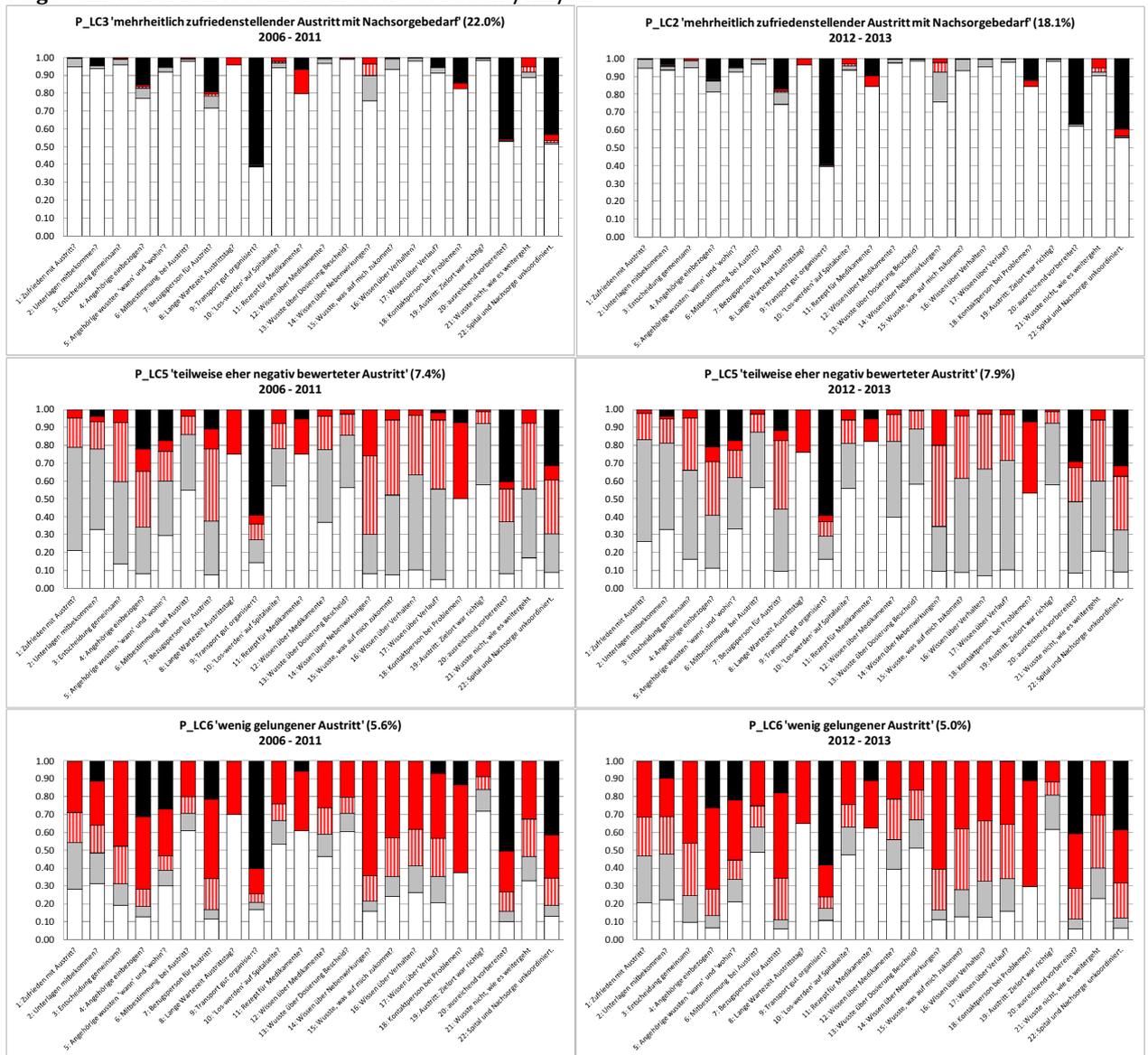
Für die übrigen drei Gruppen sind die Graphiken via ISGF auf Anfrage erhältlich. Im Fliesstext des Berichtes soll aus Platz- und Übersichtlichkeitsgründen der Hinweis genügen, dass sich dort jeweils exakt die gleiche Ergebnislage findet.

Wie schon bei den Nachsorgebögen, so ist auch auf der Seite der Patientenangaben keinerlei empirischer Hinweis vorhanden, dass sich die Zufriedenheitsmuster vor (linke Abbildungshälften 25 und 26) und nach dem Jahr 2012 (rechte Hälfte der Graphiken) ändern. Dies gilt auch dann, wenn nicht nur die „eigentlichen“ Parameter für Zufriedenheitsmuster, sondern zugleich auch die Klassengrößen als frei zu schätzende Parameter im Modell definiert. Inhaltlich bedeutet dies: Einen direkten Einfluss auf alle Patient/inn/en, der sich ohne Berücksichtigung weiterer Kovariablen klar als KVG-Revisionseffekt durchsetzen könnte, kann man weder hinsichtlich der Muster noch hinsichtlich der Häufigkeit von Zufriedenheitsgruppen nachweisen.

Vergleicht man nicht nur die korrespondierenden Gruppen zwischen links und rechts der jeweiligen Abbildung, sondern auch zwischen den Abbildungen 24 und 25, sowie zur Schätzung in der Gesamtstichprobe, wie sie im Abschnitt 5.4 dargestellt und einzeln visualisiert wurde, wird eine ganz erstaunliche Konstanz aller hier relevanten Schätzparameter deutlich. Es fällt im Gegenteil enorm schwer, überhaupt kleinere Abweichungen in den Graphiken zu finden.

Die bloße Unterscheidung von „prä-KVG-Revision“ und „post-KVG-Revision“ ist somit für die Frage nach Patientenzufriedenheiten mit der Schnittstellenpassage augenscheinlich irrelevant.

Abb. 24: Itemparameter bei getrennter Schätzung je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Patient/inn/en

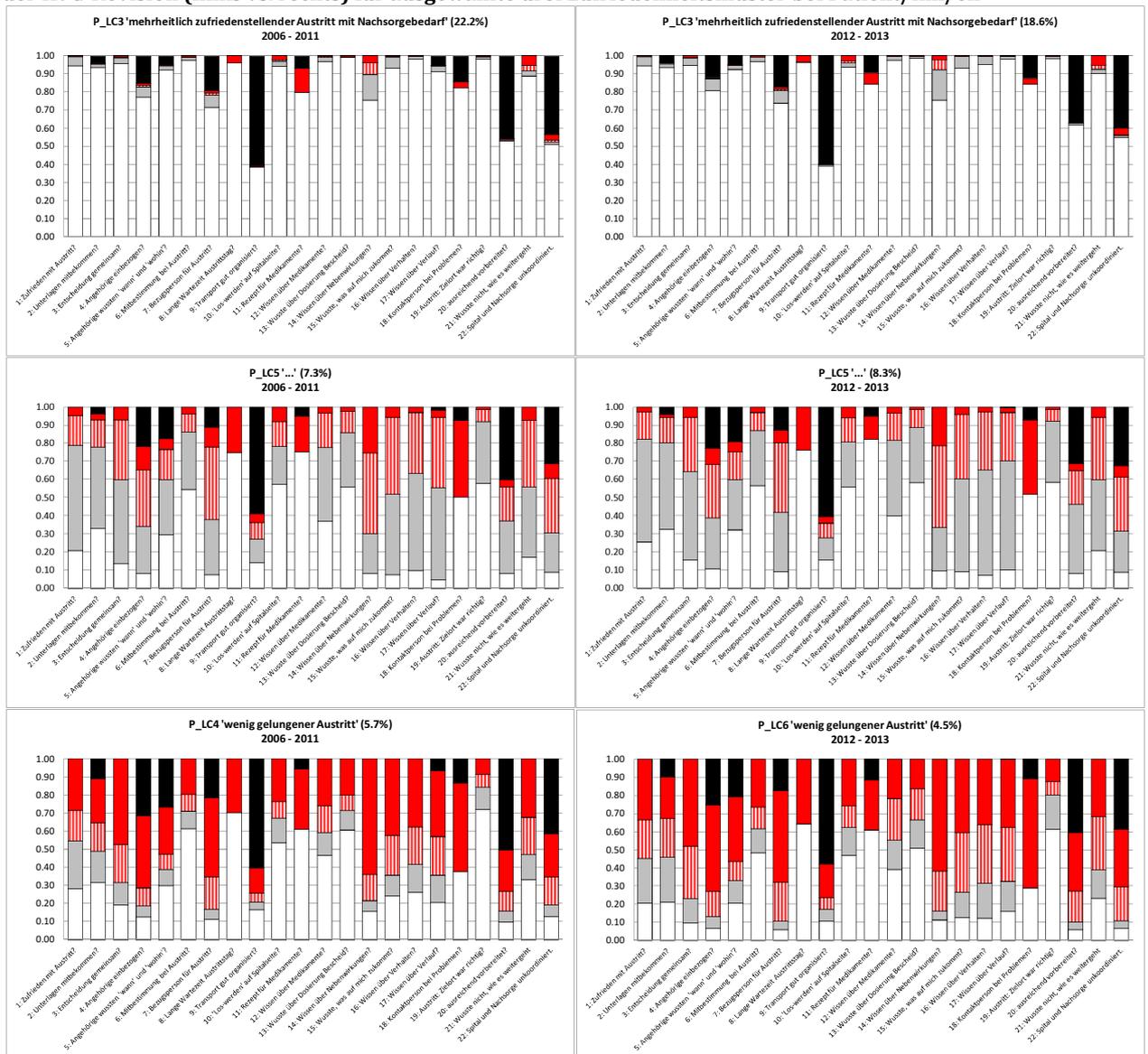


Quelle: Eigene Darstellung aus Subsample B; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Zwar finden sich auch hier keinerlei Unterschiede zwischen der prä- und der post-KVG-Revision. Aus psychometrischer Sicht kann aber aus diesem Nicht-Ergebnis auf eine ausserordentlich hohen Stabilität der in den 22 Fragen formulierten Antwortmuster über die Zeit ausgegangen werden, was den Einsatz des Fragebogens als Evaluationsinstrument für Klinikvergleiche als empirisch gerechtfertigt ausweist.

Wegen des ex-post Ansatzes mit reinen Beobachtungsdaten ohne experimentelle Variation der zu untersuchenden Einflussvariable sollte allerdings dieses Nicht-Ergebnis in der ersten Auswertungsstufe der Evaluation noch nicht über-interpretiert werden. Potenzielle KVG-Revisionseffekte könnten auch durch andere Kovariablen überlagert worden sein (z.B. geänderte Alterszusammensetzung der Stichprobe nach 2012 bei gleichzeitig bestehender Altersabhängigkeit der Zufriedenheiten). Umso wichtiger ist es also, durch geeignete Regressionsmodelle für andere Einflüsse auf die Patientenzufriedenheiten rechnerisch zu adjustieren.

Abb. 25: Itemparameter bei getrennter Schätzung und Freigabe der Prävalenzparameter je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Patient/inn/en



Quelle: Eigene Darstellung aus Subsample B; Farbkodierung analog zu Abb.9-13

Diese Fragestellung in ihrer Umformung als Regressionsproblem wurde zur praktikablen Durchführung wie schon bei den Nachsorgern, so auch bei den Patientenbögen in zwei Schritten bearbeitet:

Methodischer Exkurs: Zunächst wurden die relevanten Kovariablen innerhalb eines multinomialen logistischen Regressionsmodells durch traditionelle Modellselektionsstrategien (univariate Analysen, Backward-Selektion und Stepwise-Selektion der Prädiktorvariablen) identifiziert. Dabei wurde die Klassenmitgliedschaft der Patienten aufbauend auf die Analysen im Abschnitt 5.4 (Gesamtstichprobe) als manifeste Variable behandelt und bewusst in Kauf genommen, dass durch die Nicht-Berücksichtigung möglicher Messfehler bei der Klassifikation der Einfluss von Kovariablen zu optimistisch als „signifikant“ gekennzeichnet wird. Anschliessend wurden die solchermaßen ausgewählten Kovariablen simultan in einem latent-class-mixture Modell in ihrem Einfluss auf die inhaltlichen Ausformungen der Zufriedenheitsklassen (Prävalenzparameter und Itemparameter frei geschätzt) evaluiert.

Diese Aufteilung war sinnvoll und notwendig, weil sich andernfalls eine immense Verlängerung der Projektlaufzeit ergeben hätte. Die Rechenzeit eines (möglicherweise dann noch nicht einmal konvergierten) Modells wie in den nachfolgenden Tabellen 14-18 dargestellt betrug mehr als 50 Stunden, und das auf neuen, sehr leistungsfähigen Rechnern.

In der ersten Stufe erlangten folgende Variablen eine Bedeutung als Prädiktoren der Zufriedenheitsmuster von Patient/inn/en:

Tabelle 13: Prädiktoren der Patienten-Zufriedenheitsmuster im Analyseschritt Multinomiale Logistische Regression

Variable	Inhalt	Referenz
<i>AGE38_53</i>	Lebensalter 38-53 Jahre (2. Quintil)	1. Quintil
<i>AGE54_66</i>	Lebensalter 54-66 Jahre (3. Quintil)	1. Quintil
<i>AGE67_78</i>	Lebensalter 67-78 Jahre (4. Quintil)	1. Quintil
<i>AGE79_106</i>	Lebensalter 76-106 Jahre (5. Quintil)	1. Quintil
<i>LOS</i>	Length of Stay (Verweildauer in Tagen)	n.z.
<i>FEMALE</i>	Patientin ist weiblich	n.z.
<i>ZUSVERS</i>	Patient/in hat Zusatzversicherung	n.z.
<i>NOTFALL</i>	Spitaleintritt als Notfall	n.z.
<i>STAT_INMED</i>	Austritt aus Inner Medizin	alle übrigen
<i>STAT_ORTHO</i>	Austritt aus Orthopädie	alle übrigen
<i>INSTITUT</i>	Eintritt aus institutionalisiertem Wohnen	n.z.
<i>KURZFRIST</i>	kurzfristige Änderung Austrittsziel	n.z.
<i>ENTL_SPITE</i>	Austritt nachhause mit Spitex	alle übrigen
<i>ENTL_REHAB</i>	Austritt in Reha-Klinik avisiert	alle übrigen
<i>ENTL_PFLGH</i>	Austritt in Pflegeheim avisiert	alle übrigen
<i>REVISION</i>	prä-post KVG-Revision	n.z.

Sämtliche im Abschnitt 5.6 erwähnten Interaktionseffekte der Variable „Revision“ mit anderen Variablen blieben in diesem Analyseschritt ohne jede Bedeutung und wurden daher nicht in die Modellierung in MPLUS übernommen.

Für die Interpretation der nachfolgenden Tabellen 14 bis 18 ist es wichtig, sich die Referenzgruppe noch einmal in Erinnerung zu rufen: Das Zufriedenheitsmuster P_LC3 „mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf“ inkludiert eben verstärkt nicht-schwarze Balken bei allen Items (bis auf 9, 20, 22). Mit anderen Worten: der Nachsorgebedarf ist für die Referenzgruppe ein konstitutives Merkmal, nicht nur die Zufriedenheiten (weisse Balken). Treten in einer Vergleichsgruppe signifikante Kovariaten für die Differenzierung dieser Gruppe von P_LC3 auf, dann können diese Variablen entweder einen wichtigen Einfluss auf die Zufriedenheitsabweichungen haben, oder aber lediglich einen niedrigeren Nachsorgebedarf (als in P_LC3) determinieren.

Tabelle 14: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorge“

<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 28530)</i>				<i>95% CI</i>	
<i>Variable</i>	<i>Latent Class</i>	<i>Beta</i>	<i>OR</i>	<i>lower</i>	<i>upper</i>
AGE38_53	1	-0.033	0.968	0.847	1.105
AGE54_66	1	-0.373	0.689	0.599	0.791
AGE67_78	1	-0.667	0.513	0.441	0.597
AGE79_106	1	-0.905	0.405	0.336	0.487
LOS	1	-0.070	0.932	0.920	0.945
FEMALE	1	0.109	1.115	1.021	1.218
ZUSVERS	1	0.210	1.234	1.125	1.353
NOTFALL	1	-0.006	0.994	0.896	1.103
STAT_INMED	1	0.188	1.207	1.071	1.360
STAT_ORTHO	1	-0.104	0.901	0.808	1.006
INSTITUT	1	-0.836	0.433	0.332	0.566
KURZFRIST	1	-0.151	0.860	0.686	1.077
ENTL_SPITE	1	-0.491	0.612	0.524	0.714
ENTL_REHAB	1	-0.975	0.377	0.262	0.543
ENTL_PFLGH	1	-0.677	0.508	0.332	0.777
REVISION	1	0.116	1.123	1.028	1.226

Ein wichtiger Unterschied von P_LC1 („Indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorge“) im Vergleich zur Referenzgruppe ist die klar häufigere Wahl der „unzutreffend“-Kategorien für Nachsorge. Daraus dürften sich die negativen Beta-Koeffizienten für die Alters-Dummies und die Aufenthaltsdauer (LOS) erklären: Ältere Patient/inn/en mit längeren Aufenthaltsdauern gehören eben seltener in eine Gruppe ohne Nachsorgebedarfe. Dieselbe Argumentation trifft wohl auch zu für „institutionelles Wohnen vor dem Spitalaufenthalt“, denn hier sind zusätzliche Unterstützungsbedarfe ja schon vor dem Spitalaufenthalt Realität gewesen und werden wohl kaum vom Spitalaufenthalt zurückgedrängt. Patient/inn/en, für die eine Entlassung in

Spitex-Betreuung oder in ein Pflegeheim geplant wurde, oder die in eine Anschlussbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung überwiesen werden, haben ebenfalls selbsterklärend seltener keinen Nachsorgebedarf. Für die Interpretation des Effektes der KVG-Revision ist es allerdings überraschend, dass nach Adjustierung solcher Faktoren, die den Nachsorgebedarf als medizinisch-biographisches Merkmal bestimmen, eine Erhöhung der Neigung (OR = 1.123) eingetreten ist, einer Gruppe anzugehören, die sich ohne besonderen Nachsorgebedarf darstellt und eher indifferente Beurteilungen über das Austrittsmanagement abgibt.

Es stellt sich die Frage, ob in der Folge der KVG-Revision hier die Indikation zur Nachsorge seltener ausgesprochen wurde (Deutung 1), oder ob sich über die Zeit eine zunehmende Tendenz der Patient/inn/en abbildet, nicht mehr gänzlich „enthusiastisch“ auf den Spitalaustritt zu reagieren (Deutung 2)? Dies würde beispielsweise bei einer höheren Gesundheitskompetenz von stationären Patient/inn/en zutreffen, wenn sie besser über die (in der Mehrzahl der Fälle nicht als „heroische“ Therapieversuche verlaufenden) Routinebehandlungen Bescheid wüssten. Weil (ausweislich der Ergebnisse in Tabelle 17) die KVG-Revision gleichzeitig im finalen Modell auch mit einer signifikanten Reduktion der Neigung zur Mitgliedschaft im Zufriedenheitsmuster „mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“ verknüpft ist, erscheint die Deutung 2 eher zutreffend. Im Verlauf der Jahre werden Patient/inn/en differenzierter in ihrer Urteilsbildung. Unterteilt man die beobachtbare Zeitstrecke dann z.B. im Jahr 2012, dann erscheint diese Tendenz artifiziell als KVG-Revisionseffekt.

Tabelle 15: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorge“

<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 28530)</i>				<i>95% CI</i>	
Variable	Latent Class	Beta	OR	lower	upper
AGE38_53	2	-0.472	0.624	0.528	0.737
AGE54_66	2	-0.961	0.383	0.323	0.453
AGE67_78	2	-0.901	0.406	0.341	0.484
AGE79_106	2	-0.704	0.495	0.401	0.610
LOS	2	0.011	1.011	1.003	1.019
FEMALE	2	-0.169	0.845	0.761	0.937
ZUSVERS	2	-0.269	0.764	0.677	0.863
NOTFALL	2	0.203	1.225	1.089	1.378
STAT_INMED	2	0.283	1.327	1.157	1.522
STAT_ORTHO	2	0.157	1.170	1.024	1.337
INSTITUT	2	0.324	1.383	1.097	1.742
KURZFRIST	2	0.191	1.210	1.011	1.450
ENTL_SPITE	2	0.248	1.281	1.093	1.502
ENTL_REHAB	2	0.225	1.252	0.984	1.594
ENTL_PFLGH	2	0.983	2.672	2.023	3.530
REVISION	2	0.103	1.108	0.991	1.239

Gegen die Annahme eines allgemeinen Trends zur kritischeren Urteilsbildung spricht allerdings die Datenlage in Tabelle 15: Für die Patientengruppe „Zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf“ ergibt sich keine ab dem Jahr 2012 sich signifikant verändernde Wahrscheinlichkeit in der Gruppenzugehörigkeit. Im Vergleich zum jüngsten Altersquintil sind hier alle älteren Patient/inn/en weniger geneigt, diesem Urteilmuster anzugehören. Anders formuliert: Die jüngsten Patient/inn/en urteilen eher kritischer, d.h. nur noch eingeschränkt positiv statt mehrheitlich positiv. Gleiches trifft zu für die Aufenthaltsdauer: je länger Patient/inn/en stationär behandelt wurden, umso eher zeigen sich eine Zurückhaltung in ihrer grundsätzlich positiven Bewertung des Austritts. Am deutlichsten (OR = 2.672) bevorzugen dieses Urteilmuster Patient/inn/en, für die der Übergang in ein Pflegeheim das Ergebnis des Austrittsmanagements darstellte.

Tabelle 16: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Teilweise eher negativ bewerteter Austritt“

<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 28530)</i>				<i>95% CI</i>	
<i>Variable</i>	<i>Latent Class</i>	<i>Beta</i>	<i>OR</i>	<i>lower</i>	<i>upper</i>
AGE38_53	4	-0.124	0.883	0.735	1.062
AGE54_66	4	-0.774	0.461	0.375	0.568
AGE67_78	4	-1.106	0.331	0.267	0.410
AGE79_106	4	-1.142	0.319	0.252	0.405
LOS	4	-0.007	0.993	0.978	1.009
FEMALE	4	-0.076	0.927	0.805	1.067
ZUSVERS	4	0.011	1.011	0.880	1.162
NOTFALL	4	0.315	1.370	1.195	1.572
STAT_INMED	4	0.339	1.404	1.198	1.645
STAT_ORTHO	4	0.407	1.502	1.289	1.750
INSTITUT	4	-0.184	0.832	0.607	1.140
KURZFRIST	4	0.158	1.171	0.917	1.496
ENTL_SPITE	4	-0.228	0.796	0.629	1.007
ENTL_REHAB	4	-0.560	0.571	0.382	0.854
ENTL_PFLGH	4	0.787	2.197	1.485	3.250
REVISION	4	0.138	1.148	1.023	1.289

Nach Anpassung für Alterseffekte, Einweisung als Notfall, und Entlassungsstation wie Zielort des Austrittsmanagements zeigt sich für die Gruppe „teilweise eher negativ bewerteter Austritt“, dass nach KVG-Revision die Neigung steigt, Mitglied dieser Gruppe zu werden. Weil zugleich auch die Mitgliedswahrscheinlichkeit für das eindeutig negativ bewertende Muster P_LC5 (Tabelle 17) signifikant abnimmt, kann nicht eindeutig davon ausgegangen werden, dass sich die Situation an den Schnittstellen verschlechtert hätte. Vielmehr kann hier auch ein Innovationsschub im Entlassungsmanagement (vgl. die entsprechenden Äusserungen in den Experteninterviews) dafür gesorgt haben, dass eher unzufriedene Patient/inn/en nunmehr nicht mehr mit der extremsten Negativbewertung, sondern mit einer abgestuften Kritik an ihrem (mittlerweile verbesserten) Austrittsprozedere antworten.

Allerdings kann genauso wenig ausgeschlossen werden, dass sich bei den Patienten selbst deren Bereitschaft, mit extremen Mustern zu antworten, im Lauf der Zeit im Sinne einer höheren Differenzierungsfähigkeit verändert hat.

Tabelle 17: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Wenig gelungener Austritt“

<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 28530)</i>				<i>95% CI</i>	
<i>Variable</i>	<i>Latent Class</i>	<i>Beta</i>	<i>OR</i>	<i>lower</i>	<i>upper</i>
AGE38_53	5	0.345	1.412	1.110	1.797
AGE54_66	5	0.095	1.100	0.849	1.424
AGE67_78	5	0.185	1.203	0.915	1.583
AGE79_106	5	0.343	1.409	1.044	1.902
LOS	5	-0.045	0.956	0.939	0.973
FEMALE	5	0.520	1.682	1.472	1.922
ZUSVERS	5	-0.406	0.666	0.563	0.789
NOTFALL	5	0.306	1.358	1.145	1.610
STAT_INMED	5	0.551	1.735	1.460	2.061
STAT_ORTHO	5	0.052	1.053	0.863	1.286
INSTITUT	5	-0.119	0.888	0.659	1.196
KURZFRIST	5	0.408	1.504	1.154	1.959
ENTL_SPITE	5	-0.678	0.508	0.397	0.650
ENTL_REHAB	5	-0.338	0.713	0.490	1.039
ENTL_PFLGH	5	0.640	1.896	1.367	2.630
REVISION	5	-0.255	0.775	0.669	0.898

Dass die Prävalenz dieser beiden Muster aus Tabelle 16 und 17 insgesamt (vgl. oben) nicht abgesunken ist, erklärt sich dann aus einer Veränderung in der Zusammensetzung des Patientenmix. Demographische Effekte (mehr alte Patient/inn/en!) sind hier an prominenter Stelle zu nennen (vgl. Alterseinflüsse in den verschiedenen Altersklassen). Aber auch Veränderungen im epidemiologischen Spektrum sind mögliche Bedingungsfaktoren: Krankheiten mit schwierigeren Entlassungsumständen könnten sich gehäuft haben. Die signifikanten Effekte für Orthopädiestationen und Innere Medizin als Austrittsstation liessen sich möglicherweise so erklären.

Aus Patientensicht bedeutet eine kurzfristige Umplanung des Entlassungsortes (Variable KURZFRIST) eine wenig erfreuliche Erfahrung, denn diese Umplanung ist mit einer Erhöhung der Chancen (OR = 1.504) für das negative Bewertungsmuster in Tabelle 17 verbunden. Auch führt der Austritt in ein Pflegeheim viel häufiger zu einer negativen Bewertung des Austrittsprozesses insgesamt (OR = 1.90), eine psychologisch verständliche Reaktion.

Dass das Vorliegen einer Zusatzversicherungen Patient/inn/en davor schützt, im Zuge der Entlassung eine negative Erfahrung (=Zugehörigkeit zur Zufriedenheitsgruppe P_LC5) zu machen, kann als Ungleichbehandlung von Patient/inn/en nach Finanzierungsstatus gedeutet

werden, denn für medizinische und Altersunterschiede wurde im betreffenden finalen Modell ja schon adjustiert. Dass es sich bei der relativen Benachteiligung von Grundversicherten nicht um ein psychologisches Wahrnehmungsproblem dieser Patientengruppe handelt, sondern dass auch auf der Seite der Nachsorger bei denselben Patienten Benachteiligungseffekte hervor getreten sind (vgl. Tabelle 1, von der Tendenz her auch Tabelle 12, sowie die Abbildungen 20 und 21), kann diesen Umstand deutlich kritikwürdiger gestalten.

Tabelle 18: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Mehrheitlich zufriedener Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“

<i>One-step simultaneous approach (Mplus, n = 28530)</i>				<i>95% CI</i>	
Variable	Latent Class	Beta	OR	lower	upper
AGE38_53	6	0.289	1.335	1.137	1.568
AGE54_66	6	0.524	1.689	1.424	2.003
AGE67_78	6	0.688	1.990	1.652	2.397
AGE79_106	6	0.615	1.850	1.485	2.303
LOS	6	-0.119	0.888	0.876	0.900
FEMALE	6	0.388	1.474	1.352	1.607
ZUSVERS	6	0.254	1.289	1.173	1.416
NOTFALL	6	-0.290	0.748	0.674	0.830
STAT_INMED	6	-0.111	0.895	0.793	1.011
STAT_ORTHO	6	-0.401	0.670	0.599	0.749
INSTITUT	6	-0.914	0.401	0.303	0.531
KURZFRIST	6	-0.411	0.663	0.513	0.857
ENTL_SPITE	6	-0.816	0.442	0.371	0.526
ENTL_REHAB	6	-1.022	0.360	0.251	0.516
ENTL_PFLGH	6	-1.063	0.345	0.231	0.516
REVISION	6	-0.247	0.781	0.711	0.858

Dass in Tabelle 18 die Variable KVG-Revision eine statistisch signifikante, senkende Wirkung auf die Mitgliedsneigung „Zufrieden mit geringem Nachsorgebedarf“ ausübt, kann wohl eher als Veränderung im epidemiologischen Mix der stationären Behandlungen gedeutet werden:

- mehr Nachsorge nötig nach orthopädischer Behandlung, damit höhere Chancen sich in der Gruppe „zufrieden mit Nachsorgebedarf“ und weniger Chancen, sich bei „zufrieden ohne Nachsorgebedarf“ wieder zu finden
- mehr Nachsorge nötig, wenn schon vor Spitalbehandlung institutionell wohnend,
- mehr Nachsorge nötig, wenn Indikation für Spitex, Rehabilitationsklinik oder Pflegeheim gestellt wurde,
- mehr Nachsorge bei Notfallaufnahmen nötig,
- mehr Nachsorge notwendig bei längeren Verweildauern.

Steigen die betreffenden Risikogruppen in der Häufigkeit unter den Spitalpatienten im Verlauf der Zeit an, dann kann sich das auch als prä-post-Unterschied für den Zeitraum 2012 (also als „Effekt“ der KVG-Revision) ausdrücken.

Nicht in dieses Deutungsmuster passt allerdings auf den ersten Blick, dass für die älteren Patient/inn/en jeweils eine höhere Neigung zur Zufriedenheit bei geringem Nachsorgebedarf konstaterbar ist. Geht man allerdings von der Tatsache aus, dass insgesamt die Hospitalisierungsquote bei jungen Patienten eher gering ist, und unterstellt man, dass die dann trotzdem stattfindenden Spitalaufenthalte Erkrankungen mit intensivem Nachsorgebedarf darstellen (Unfälle z.B., aber auch Nachsorge nach Geburtshilfe), dann bedeuten die Alterszuschläge für die „Nachsorge-befreite Entlassungszufriedenheit“ in Tabelle 18 lediglich einen Ausgleich für diesen Umstand, dass im Alter häufigere, und gleichzeitig in einem erheblichen Anteil aber noch gut ohne Nachsorgebedarf behandelbare Erkrankungen zu Spitalaufenthalten führen. Diese Vermutung trifft natürlich nicht zu auf sehr betagte Patient/inn/en, die bei hoher Multimorbidität gehäuft auch im Spital versterben. Diese sind aber klarerweise nicht Bestandteil der befragten Stichprobe.

Wie schon oben beschrieben, ist der Effekt, den eine Zusatzversicherung auf die Zugehörigkeit zur besonders zufriedenen Patientengruppe P_LC6 ausübt, am wahrscheinlichsten als eine Ungleichbehandlung dieser Patient/inn/en im Vergleich zu Versicherten am Obligatorium zu interpretieren.

5.9 Zusammenfassung und Interpretationshinweise

Nach Adjustierung für eine bedeutsame Reihe von konfundierenden Einflussvariablen zeigt sich im Zusammenhang mit dem Inkraft-Treten der KVG-Revision Spitalfinanzierung, dass „indifferent bewertete Austritte ohne Nachsorgebedarf“ eher zunehmen. „Mehrheitlich zufriedenstellende Austritte ohne Nachsorgebedarf“ nahmen dagegen ab. Dies könnte als Muster einer zunehmend differenzierten Urteilsbildung unter den Patient/inn/en im Laufe der Beobachtungszeit von 8 Jahren gedeutet werden.

Gestützt wird diese Hypothese der differenzierteren, und damit weniger häufig extremen Urteilsbildung von der Beobachtung, dass auch „wenig gelungene Austritte“ nach Konfounder-Adjustierung abnehmen, und „teilweise eher negativ bewertete Austritte“ eher zunehmen.

Wünschenswert wäre daher eine Analyse, die das Entlassungsjahr als kontinuierliche Prädiktorvariable mit in das Modell integriert, um diesen allfälligen historischen Trend von einem einmaligen, und sprunghaft einsetzenden „KVG-Revisions-Effekt“ trennen zu können. Die Schätzung dieser Modelle war uns im Programm MPLUS aus numerischen Gründen nicht möglich. Der Vorteil, die Patientenurteile mit der korrekten Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit beim Klassifikationsprozess in Zufriedenheitsmuster zu berücksichtigen, wurde erkauft durch eine Überforderung des Schätzalgorithmus bei der simultanen Berücksichtigung zweier ineinander geschachtelter Prädiktorvariablen.

Insgesamt scheint hier tatsächlich keine einfach zu beurteilende Lage eingetreten zu sein: Eine mögliche Deutung der in Tabelle 19 noch einmal aufgelisteten Effekte der KVG-Revision müsste zumindest auch immer die Möglichkeit einräumen, dass nicht nur eine „Verwechslung“ mit einem historischen Trend möglich ist, sondern dass auch gegenläufige Tendenzen gleichzeitig auf die sich ändernden Übertrittswahrscheinlichkeiten einwirken könnten. Die Interpretation ist in jedem Falle weitaus komplexer notwendig, als ein simples „Swiss DRGs haben eine Zunahme (bzw. Abnahme) von bestimmten Patientenzufriedenheitsmustern bewirkt“ als Aussage zulässig ist.

Tabelle 19: Aufgetretene und ausgebliebene Effekte im Zusammenhang mit der KVG-Revision bei Zufriedenheitsmustern von Nachsorgern und Patient/inn/en.

Beurteiler	Zufriedenheitsmuster	direkte Zu-/ Abnahme?	Veränderung im Muster?	Zu-/ Abnahme nach Adjustierung?
Nachsorger	Unproblematische Schnittstelle	nein	nein	Referenz
	Zumeist unproblematische Schnittstelle	nein	nein	nein
	Kontaktprobleme ohne negative Folgen	nein	nein	Abnahme
	Kontakt-, Allokations-, und Indikationsprobleme	nein	nein	nein
	Gefährdung durch mangelnde Information	nein	nein	nein
Patient/inn/en	mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf	nein	nein	Referenz
	mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf	nein	nein	Abnahme
	zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf	nein	nein	nein
	indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf	nein	nein	Zunahme
	teilweise eher negativ bewerteter Austritt	nein	nein	Zunahme
	wenig gelungener Austritt	nein	nein	Abnahme

Methodischer Exkurs: Abschliessend soll reflektiert werden, ob die in den Daten repräsentierten 42 Spitäler eine Aussage für die Auswirkungen der KVG-Revision in der gesamten Schweiz ermöglichen? Streng methodisch betrachtet bilden die Spitäler natürlich keine Zufallsstichprobe aus allen Schweizer Akutspitälern, und von daher ist es schwierig, von den Ergebnissen der hiesigen Stichprobe auf die Gesamtschweiz zu schliessen. Umgekehrt betraf die KVG-Revision jedoch ausnahmslos alle Spitäler, so dass ein starker Effekt zur Schnittstellenveranderung sich ohne weitere Begründung auch in den hier vorgelegten 42 Spitälern hätte abbilden müssen. Der Schluss, dass zumindest keine tiefgreifenden Veränderungen eingetreten sind, erscheint von daher durchaus plausibel und für die Schweiz verallgemeinerbar.

Ob letztlich die im Kapitel 5.7 dargestellten, sophistiziert erarbeiteten Ergebnisse der Regressionsanalysen in gleicher Weise verallgemeinerbar sind, hängt davon ab, ob systematische Einflüsse die Hereinnahme der Spitäler in die hcri-Messung Austrittsmanagement beeinflusst haben. Ein mögliches Argument gegen die Verallgemeinerbarkeit bestünde dann, wenn die hcri-Daten eine positive Selektion unter den Spitälern darstellen würden. Tatsächlich wurde in Diskussionen über die Ergebnisse auch vermutet, dass nur Spitäler mit besonderem Engagement hinsichtlich der Gestaltung ihrer Entlassungsprozesse bzw. ihres Schnittstellenmanagements bereit seien, die Kosten für die (seit 2012) freiwillige Erhebung zu bezahlen.

Allerdings muss bedacht werden, dass in den Nuller-Jahren der Kanton Zürich alle öffentlichen Spitäler und die privaten mit Leistungsaufträgen darauf verpflichtet hat, an regelmässigen Qualitätsmessungen des Vereins Outcome (Vorläufer-Organisation von hcri AG) teilzunehmen. Eine positive Selektion erscheint von daher eher nicht wahrscheinlich. Die weitgehend ausgebliebenen kantonalen Unterschiede zwischen Zürich und den (hier zahlenmässig bedeutsamen) Kantonen Bern und Aargau mit freiwilliger Teilnahme von Anfang an weisen zudem in dieselbe Richtung: Es gibt aus den Daten keine Hinweise auf eine besonders günstige Situation für die freiwillig teilnehmenden Spitäler.

Die aufgefunden Effekte sprechen weder für eine generelle Verbesserung der Schnittstellenthematik im Zusammenhang mit der KVG-Revision, noch für eine generelle Verschlechterung. Relativ sicher hat sich im Laufe der Zeit bei Patientenurteilen ein Trend zu einer stärkeren Differenzierung der Spitalsleistungen eingestellt, welcher nicht als KVG-Revisionseffekt missdeutet werden sollte.

6 Anhang

6.1 Abbildungsverzeichnis

Nummer	Titel	Seite
Abbildung 1:	Schnittstellen und Leistungskette (aus (U. Frick, 2002))	23
Abbildung 2:	Literaturauswahl.....	34
Abbildung 3:	Rangreihe der Gütekriterien für Schnittstelle Ambulant=> Stationär	49
Abbildung 4:	Schwankungsbreite der Reihungen: obere Linie = Mittlerer Rangplatz + 1 Standard- abweichung, untere Linie = Mittlerer Rangplatz - 1 Standardabweichung	51
Abbildung 5:	Struktur der Stichprobe	64
Abbildung 6:	Multiple-Group Latent Class Analysis am Beispiel der Items des Nachsorgebogens	68
Abbildung 7:	Multinomiale Logistische Regression für latente Zufriedenheitsmuster des Nachsorgebogens.....	69
Abbildung 8:	Frageformulierung und Antwortalternativen des Nachsorgebogens	70
Abbildung 9:	Zufriedenheitsmuster „unproblematische Schnittstelle“ bei den Nachsorgebögen	72
Abbildung 10:	Zufriedenheitsmuster „zumeist unproblematische Schnittstelle“ bei den Nachsorgebögen	72
Abbildung 11:	Zufriedenheitsmuster „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“ bei den Nachsorgebögen	73
Abbildung 12:	Zufriedenheitsmuster „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme für die Nachsorge“	74
Abbildung 13:	Zufriedenheitsmuster „Gefährdung durch mangelnde Information“ bei den Nachsorgern	74
Abbildung 14:	„Mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit Nachsorgebedarf“ bei den Patienten	75
Abbildung 15:	„Mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“ bei den Patienten	76
Abbildung 16:	„zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorgebedarf“ bei den Patienten	77
Abbildung 17:	„indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorgebedarf“ bei den Patienten	78
Abbildung 18:	„teilweise eher negativ bewerteter Austritt“ bei den Patienten	79
Abbildung 19:	„wenig gelungener Austritt“ bei den Patienten	80
Abbildung 20:	Mosaikplot der Übereinstimmung der Zufriedenheitsmuster 2006-2011 (n=7086)	81

Abbildung 21: Mosaikplot der Übereinstimmung der Zufriedenheitsmuster 2012-2013 (n=2550)	82
Abbildung 22: Itemparameter bei getrennter Schätzung je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen	84
Abbildung 23: Itemparameter bei getrennter Schätzung und Freigabe der Prävalenzparameter je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Nachsorgeinstitutionen	85
Abbildung 24: Itemparameter bei getrennter Schätzung je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Patienten/innen	92
Abbildung 25: Itemparameter bei getrennter Schätzung und Freigabe der Prävalenzparameter je nach Status der KVG-Revision (links vs. rechts) für ausgewählte drei Zufriedenheitsmuster bei Patienten/innen	93

6.2 Tabellenverzeichnis

Nummer: Titel	Seite
Tabelle 0D: Aufgetretene und ausgebliebene Effekte im Zusammenhang mit der KVG-Revision bei Zufriedenheitsmustern von Nachsorgeinstitutionen und Patienten/innen.....	11
Tableau 0F: Effets survenus ou non en lien avec la révision de la LAMal cités dans les modèles de satis- faction propres aux structures de prise en charge post-hospitalière et aux patient-e-s	20
Tabelle 1: Perspektiven der Untersuchung von Schnittstellen	31
Tabelle 2: Schnittstellenpassagen nach Häufigkeit ihrer Thematisierung	32
Tabelle 3: Untersuchte Patientengruppen.....	34
Tabelle 4: Untersuchte Phasen im Prozedere eines Patientenaustritts	37
Tabelle 5: Untersuchte Aspekte der Behandlungskontinuität.....	39
Tabelle 6: Befragte Expert/inn/en nach Berufsposition und Ausbildung.....	47
Tabelle 7: Erzielte Fallzahlen und Rücklaufquote bei den Patientenbögen	65
Tabelle 8: Selektive Responserate bei bestimmten Patientengruppen?	66
Tabelle 9: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Kontaktprobleme ohne negative Folgen“	87
Tabelle 10: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „zumeist unproblematische Schnittstelle“	88
Tabelle 11: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Kontakt-, Allokations- und Indikationsprobleme“	89
Tabelle 12: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Nachsorge-Zufriedenheitsmuster „Gefährdung durch mangelnde Information“	90
Tabelle 13: Prädiktoren der Patienten-Zufriedenheitsmuster im Analyseschritt Multinomiale Logistische Regression	94
Tabelle 14: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Indifferent bewerteter Austritt ohne Nachsorge“	95
Tabelle 15: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Zurückhaltend positiv bewerteter Austritt mit Nachsorge“	96
Tabelle 16: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Teilweise eher negativ bewerteter Austritt“	97
Tabelle 17: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Wenig gelungener Austritt“	98
Tabelle 18: Prädiktoren der Mitgliedschaft im Patienten-Zufriedenheitsmuster „Mehrheitlich zufriedenstellender Austritt mit geringem Nachsorgebedarf“	99
Tabelle 19: Aufgetretene und ausgebliebene Effekte im Zusammenhang mit der KVG-Revision bei Zufriedenheitsmustern von Nachsorgern und Patienten/innen	101

6.2 Interview-Materialien: Kärtchen für Sortieraufgabe

1	Timing des Austritts: Vermeiden verspäteter Austritte
2	Timing des Austritts: Vermeiden verfrühter Austritte
3	Timing des Austritts: Vermeiden von Zwischenzeiten (zwischen stationärer Akutbehandlung und Reha bspw.)
4	Einbezug/Einwilligung des Patienten/der Patientin in die Planung der Nachsorge
5	Standardisierte Erhebung des Nachsorgebedarfs vor Entlassung
6	Psychoedukative Vorbereitung des Patienten/der Patientin auf den Austritt (z.B. Medikation, Verhaltensweisen, Ernährung, ...)
7	Standardisiertes Vorgehen zur Planung des Austritts (Clinical Pathway, Discharge Management Plan, etc.)
8	Gute Koordination aller beteiligten Stellen im Akutspital bei der Planung des Austritts
9	Schriftliche (oder EDV-mässige) Dokumentation der einzelnen Schritte zur Planung und zum Ablauf des Austritts
10	Standardisiertes Follow-up Telefonat mit Patienten bzw. Nachsorgeinstitution (bei definierten Krankheitsbildern)
11	Sicherung der Behandlungskontinuität : überprüfter, rechtzeitiger Informationsfluss zur Nachsorge(institution)
12	Sicherung der Behandlungskontinuität : einheitlicher, von allen Beteiligten kontinuierlich verfolgter Therapieplan
13	Sicherung der Behandlungskontinuität : Therapeutische Beziehung für Patient/in immer klar, antizipierbar, verständlich.
14	Sicherung der Behandlungskontinuität : Kontakt Patient/in mit immer denselben Behandelnden (Outreach-Team, Casemanager etc.)
15	Gute Koordination des Austritts mit Nachsorgeinstitution (Abklärung, Ankündigung, nahtloser Übergang, Rückmeldung etc.)
16	Einbezug der Angehörigen (soweit vorhanden) in die Planung der Nachsorge
17	Reservierung ausreichender Zeitkontingente für Patientengespräche
18	Es gibt schriftliches Informationsmaterial (mehrsprachig) für Patienten/innen
19	anderes Gütekriterium: (bitte ausführen)
20	anderes Gütekriterium: (bitte ausführen)

6.3 Auflistung der 89 in die Literaturanalyse von Kapitel 3 aufgenommenen Publikationen

- Abrashkin, K. A., H. J. Cho, S. Torgalkar & B. Markoff (2012) Improving Transitions of Care From Hospital to Home: What Works? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79, 535-544.
- Anguish, I., H. D. Wick, M. H. Fonjallaz, P. C. Luchez, S. Jotterand, J. F. Locca & O. Bugnon (2013) [Hospital's discharge prescription: a challenge for continuity of care and the interprofessional collaboration]. *Rev Med Suisse*, 9, 1021-5.
- Atteberry, G. (2009) The Effects of Telehomecare on Quality and Agency Revenue. *Home Health Care Management & Practice*, 21, 188-194.
- Balla, J. I. & W. E. Jamieson (1994) Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *The Medical Journal of Australia*, 161, 656.
- Bell, C. M., S. S. Brener, R. Comrie, G. M. Anderson & S. F. Bronskill (2012) Quality Measures for Medication Continuity in Long-Term Care Facilities, Using a Structured Panel Process. *Drugs & Aging*, 29, 319-327.
- Bowles, E. J. A., L. Tuzzio, C. J. Wiese, B. Kirlin, S. M. Greene, S. B. Clauser & E. H. Wagner (2008) Understanding high-quality cancer care - A summary of expert perspectives. *Cancer*, 112, 934-942.
- Bradway, C., R. Trotta, M. B. Bixby, E. McPartland, M. C. Wollman, H. Kapustka, K. McCauley & M. D. Naylor (2011) A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist*, 52, 394-407.
- Bristow, D. P. & C. A. Herrick (2002) Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Professional Case Management*, 7, 243-251.
- Brock, J., J. Mitchell, K. Irby, B. Stevens, T. Archibald, A. Goroski, J. Lynn & T. Care Transitions Project (2013) Association between quality improvement for care transitions in communities and re-hospitalizations among Medicare beneficiaries. *JAMA*, 309, 381-91.
- Cabana, M. D. & S. H. Jee (2004) Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*, 53, 974-80.
- Chaix-Couturier, C., I. Durand-Zaleski, D. Jolly & P. Durieux (2000) Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 133-142.
- Cheung, D. S., J. J. Kelly, C. Beach, R. P. Berkeley, R. A. Bitterman, R. I. Broida, W. C. Dalsey, H. L. Farley, D. C. Fuller, D. J. Garvey, K. M. Klauer, L. B. McCullough, E. S. Patterson, J. C. Pham, M. P. Phelan, J. M. Pines, S. M. Schenkel, A. Tomolo, T. W. Turbiak, J. A. Vozenilek, R. L. Wears, M. L. White, I. Section of Quality & A. C. o. E. P. Patient Safety (2010) Improving handoffs in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 55, 171-80.
- Chiu, W. K. & R. Newcomer (2007) A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12, 330-336.
- Coleman, E. A., J. D. Smith, J. C. Frank, S. J. Min, C. Parry & A. M. Kramer (2004) Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1817-1825.
- Couzner, L., J. Ratcliffe & M. Crotty (2012) The relationship between quality of life, health and care transition: an empirical comparison in an older post-acute population. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 69.
- Cykert, S. (2012) Improving care transitions means more than reducing hospital readmissions. *NC Med J*, 73, 31-3.
- Davis, M. N., S. Toombs Smith & S. Tyler (2005) Improving transition and communication between acute care and long-term care: A system for better continuity of care. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 13, 25-32.
- Edelstein, H. & A. Lang (1991) Posthospital care for older people: a collaborative solution. *The Gerontologist*, 31, 267-270.

- H. Frankg, M. Frankh & K. Schweikerti (2009) Optimierung der Schnittstelle Akutklinik-Rehabilitationseinrichtung beim Hirnschlag. *Schweiz. Ärztezeitung*, 90, 18.
- Englander, H. & D. Kansagara (2012) Planning and designing the care transitions innovation (C-Train) for uninsured and Medicaid patients. *J Hosp Med*, 7, 524-9.
- Evdokimoff, M. (2011) One home health agency's quality improvement project to decrease rehospitalizations: utilizing a transitions model. *Home Healthc Nurse*, 29, 180-93; quiz 194-5.
- Farnworth, M. G., P. Kenny & A. Shiell (1994) The costs and effects of early discharge in the management of fractured hip. *Age and ageing*, 23, 190-194.
- Foust, J. B., M. D. Naylor, M. B. Bixby & S. J. Ratcliffe (2012) Medication Problems Occurring at Hospital Discharge Among Older Adults with Heart Failure. *Research in Gerontological Nursing*, 5, 25-33.
- Foust, J. B., N. Vuckovic & E. Henriquez (2012) Hospital to home health care transition: patient, caregiver, and clinician perspectives. *West J Nurs Res*, 34, 194-212.
- Fox, M. T., M. Persaud, I. Maimets, D. Brooks, K. O'Brien & D. Tregunno (2013) Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*, 13, 1471-2318.
- Fuji, K. T., A. A. Abbott & J. F. Norris (2013) Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. *Clin Nurs Res*, 22, 258-74.
- Gentles, S. J., C. Lokker & K. A. McKibbin (2010) Health Information Technology to Facilitate Communication Involving Health Care Providers, Caregivers, and Pediatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 12, 13-13.
- Gheorghide, M., M. Vaduganathan, G. C. Fonarow & R. O. Bonow (2013) Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives. *J Am Coll Cardiol*, 61, 391-403.
- Glintborg, B., S. E. Andersen & K. Dalhoff (2007) Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care*, 16, 34-9.
- Golden, A. G., S. Tewary, S. Dang & B. A. Roos (2010) Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*, 50, 451-8.
- Gray, L. C., C. M. Travers, H. P. Bartlett, M. Crotty & I. D. Cameron (2008) Transition care: will it deliver? *Med J Aust*, 188, 251-3.
- Hagglund, M., C. Rong & S. Koch (2011) Modeling shared care plans using CONTsys and openEHR to support shared home care of the elderly. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18, 66-69.
- Hansen, L. O., R. S. Young, K. Hinami, A. Leung & M. V. Williams (2011) Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 520-U94.
- Holland, D. E. & K. H. Bowles (2012) Standardized discharge planning assessments: impact on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 27, 200-208.
- Howell, D. A., R. Shellens, E. Roman, A. C. Garry, R. Patmore & M. R. Howard (2011) Haematological malignancy: are patients appropriately referred for specialist palliative and hospice care? A systematic review and meta-analysis of published data. *Palliat Med*, 25, 630-41.
- Huby, G., J. Stewart, A. Tierney & W. Rogers (2004) Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, risk & society*, 6, 115-132.
- Hume, A. L., J. Kirwin, H. L. Bieber, R. L. Couchenour, D. L. Hall, A. K. Kennedy, N. M. A. LaPointe, C. D. O. Burkhardt, K. Schilli, T. Seaton, J. Trujillo, B. Wiggins & A. C. C. Pharm (2012) Improving Care Transitions: Current Practice and Future Opportunities for Pharmacists. *Pharmacotherapy*, 32, e326-e337.
- Johnson, A., J. Sandford & J. Tyndall (2003) Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Johnson, M. B., M. Laderman & E. A. Coleman (2013) Enhancing the Effectiveness of Follow-Up Phone Calls to Improve Transitions in Care: Three Decision Points. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39, 221-227.
- Jweinat, J. J. (2010) Hospital readmissions under the spotlight. *J Healthc Manag*, 55, 252-64.
- Kennedy, L., S. Neidlinger & K. Scroggins (1987) Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly. *The Gerontologist*, 27, 577-580.
- Kim, C. S. & S. A. Flanders (2013) In the Clinic. Transitions of care. *Ann Intern Med*, 158, ITC3-1.
- Kind, A. J. H., M. A. Smith, J. I. Liou, N. Pandhi, J. R. Frytak & M. D. Finch (2008) The price of bouncing

- back: One-year mortality and payments for acute stroke patients with 30-day bounce-backs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 999-1005.
- King, B. J., A. L. Gilmore-Bykovskiy, R. A. Roiland, B. E. Polnaszek, B. J. Bowers & A. J. H. Kind (2013) The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 1095-1102.
- Köhler, F. (2002) Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien. *Die Rehabilitation*, 41, 10-13.
- Konetzka, R. T., W. Spector & M. R. Limcangco (2008) Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings. *Medical Care Research & Review*, 65, 40-66.
- Krummenacher, I., F. Manfait, C. Planchamp, O. Daher, R. Pichon & G. L. Zelger (2012) Développement d'un plan de traitement pour le patient à la sortie de l'hôpital. *PharmaJournal*, 22, 17-22.
- Kwan, J. L., L. Lo, M. Sampson & K. G. Shojania (2013) Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*, 158, 397-403.
- Landman, J. H. (2013) A statewide partnership for reducing readmissions. *Healthc Financ Manage*, 67, 79-86.
- Lewis, M. & J. Noyes (2007) Discharge management for children with complex needs. *Paediatric nursing*, 19, 26-30.
- Lobsiger, M., T. Pfinninger, T. Tondelli, S. Meyer, W. Kägi & S. Felder. 2012. Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Querschnittanalyse. ed. U. Basel, 16. Basel: Uni Basel & B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung.
- Lobsiger, M., T. Tondelli, S. Felder & W. Kägi. 2013. Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Längsschnittanalyse. Basel: Uni Basel & B.S.S.
- Ma, E., E. A. Coleman, R. Fish, M. Lin & A. M. Kramer (2004) Quantifying posthospital care transitions in older patients. *J Am Med Dir Assoc*, 5, 71-4.
- Markley, J., K. Sabharwal, Z. Wang, C. Bigbee & L. Whitmire (2012) A community-wide quality improvement project on patient care transitions reduces 30-day hospital readmissions from home health agencies. *Home Healthc Nurse*, 30, E1-E11.
- McCormack, R., R. Michels, N. Ramos, L. Hutzler, J. D. Slover & J. A. Bosco (2013) Thirty-Day Readmission Rates as a Measure of Quality: Causes of Readmission After Orthopedic Surgeries and Accuracy of Administrative Data. *Journal of Healthcare Management*, 58, 64-76.
- McLeod, L. A. (2013) Patient transitions from inpatient to outpatient: where are the risks? Can we address them? *J Healthc Risk Manag*, 32, 13-9.
- Meijer, W. J. & D. J. B. Vermeij (1997) A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 9, 23-33.
- Mistiaen, P. & E. Poot (2006) Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 18.
- Mittler, J. N., J. L. O'Hara, J. B. Harvey, M. J. Press, K. G. Volpp & D. P. Scanlon (2013) Turning Readmission Reduction Policies into Results: Some Lessons from a Multistate Initiative to Reduce Readmissions. *Population Health Management*, 16, 255-260.
- Nayar, P., A. T. Nguyen, D. Ojha, K. K. Schmid, B. Apenteng & P. Woodbridge (2013) Transitions in dual care for veterans: non-federal physician perspectives. *J Community Health*, 38, 225-37.
- Naylor, M. D., L. H. Aiken, E. T. Kurtzman, D. M. Olds & K. B. Hirschman (2011) The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*, 30, 746-54.
- Naylor, M. D., K. H. Bowles & D. Brooten (2000) Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17, 94-102.
- Parry, C., E. A. Coleman, J. D. Smith, J. Frank & A. M. Kramer (2003) The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home health care services quarterly*, 22, 1-17.
- Parry, C., S. J. Min, A. Chugh, S. Chalmers & E. A. Coleman (2009) Further application of the care transitions intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. *Home Health Care Serv Q*, 28, 84-99.
- Piraino, E., G. Heckman, C. Glenny & P. Stolee (2012) Transitional care programs: who is left behind? A systematic review. *Int J Integr Care*, 10.
- Pizer, S. D. & J. A. Gardner (2011) Is Fragmented Financing Bad for Your Health? *Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 48, 109-122.
- Ponniah, A., B. Anderson, S. Shakib, C. J. Doecke & M. Angley (2007) Pharmacists' role in the post-

- discharge management of patients with heart failure: a literature review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 32, 343-352.
- Preyde, M., C. Macaulay & T. Dingwall (2009) Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work*, 6, 198-216.
- Prvu Bettger, J., K. P. Alexander, R. J. Dolor, D. M. Olson, A. S. Kendrick, L. Wing, R. R. Coeytaux, C. Grafagnino & P. W. Duncan (2012) Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: a systematic review. *Ann Intern Med*, 157, 407-16.
- Racine, A. D., R. E. K. Stein, P. F. Belamarich, E. Levine, A. Okun, K. Porder, J. L. Rosenfeld & M. Schechter (1998) Upstairs downstairs: Vertical integration of a pediatric service. *Pediatrics*, 102, 91-97.
- Raptis, D. A., C. Fernandes, C. Weiliang & P. B. Boulos (2009) Electronic software significantly improves quality of handover in a London teaching hospital. *Health Informatics Journal*, 15, 191-198.
- Rennke, S., O. K. Nguyen, M. H. Shoeb, Y. Magan, R. M. Wachter & S. R. Ranji (2013) Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*, 158, 433-40.
- Rodin, M. B. (2008) Cancer patients admitted to nursing homes: what do we know? *J Am Med Dir Assoc*, 9, 149-56.
- Rosenblatt, R. A., G. E. Wright, L. M. Baldwin, L. Chan, P. Clitherow, F. M. Chen & L. G. Hart (2000) The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *American Journal of Public Health*, 90, 97-102.
- Ross, D. M., B. Ramirez, T. Rotarius & A. Liberman (2011) Health care transitions and the aging population: a framework for measuring the value of rapid rehabilitation. *Health Care Manag (Frederick)*, 30, 96-117.
- Sager, F., C. Rüefli & M. Wälti (2010) Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone.
- Sharma, G., K. E. Fletcher, D. Zhang, Y.-F. Kuo, J. L. Freeman & J. S. Goodwin (2009) Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 301, 1671-1680.
- Shepperd, S., N. A. Lannin, L. M. Clemson, A. McCluskey, I. D. Cameron & S. L. Barras (2013) Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 31.
- Shorr, G. I. & P. A. Nutting (1977) A population-based assessment of the continuity of ambulatory care. *Medical care*, 455-464.
- Sparbel, K. J. & M. A. Anderson (2000a) A continuity of care integrated literature review, Part 2: Methodological issues. *J Nurs Scholarsh*, 32, 131-5.
- Sparbel, K. J. & M. A. Anderson (2000b) Integrated literature review of continuity of care, Part 1: Conceptual issues. *J Nurs Scholarsh*, 32, 17-24.
- Steeman, E., P. Moons, K. Milisen, N. De Bal, S. De Geest, C. De Froidmont, V. Tellier, C. Gosset & I. Abraham (2006) Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, 352-358.
- Sterly, C. & M. Hasseler. 2012. Integrierte Versorgung. In *Medizinökonomie*, 483-504. Springer.
- Sussman, J. & L. M. Baldwin (2010) The interface of primary and oncology specialty care: from diagnosis through primary treatment. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 40, 18-24.
- Tamblyn, R., A. Huang, Y. Kawasumi, G. Bartlett, R. Grad, A. Jacques, M. Dawes, M. Abrahamowicz, R. Perreault, L. Taylor, N. Winslade, L. Poissant & A. Pinsonneault (2006) The Development and Evaluation of an Integrated Electronic Prescribing and Drug Management System for Primary Care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13, 148-159.
- Unroe, M., J. M. Kahn, S. S. Carson, J. A. Govert, T. Martinu, S. J. Sathy, A. S. Clay, J. Chia, A. Gray, J. A. Tulskey & C. E. Cox (2010) One-year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation: a cohort study. *Ann Intern Med*, 153, 167-75.
- Vashi, A. A., J. P. Fox, B. G. Carr, G. D'Onofrio, J. M. Pines, J. S. Ross & C. P. Gross (2013) Use of hospital-based acute care among patients recently discharged from the hospital. *JAMA*, 309, 364-71.
- Voss, R., R. Gardner, R. Baier, K. Butterfield, S. Lehrman & S. Gravenstein (2011) The care transitions intervention: translating from efficacy to effectiveness. *Arch Intern Med*, 171, 1232-7.
- Wolff, J. L., A. Meadow, C. O. Weiss, C. M. Boyd & B. Leff (2008) Medicare home health patients' transitions through acute and post-acute care settings. *Med Care*, 46, 1188-93.

6.4 Iteminhalte des hcri-AG Befragungsinstrumentariums

Die Originalversion des Befragungsinstruments kann bezogen werden von der hcri AG (www.hcri.ch). Die Befragungsinhalte pro Item sind hier nach den beiden Fragebogen getrennt dargestellt.

6.4.1 Nachsorgebogen

1. Globale Zufriedenheit mit dem Austritt / Übergang
2. Kontaktaufnahme durch das entlassende Spital
3. Rechtzeitige Informationsübermittlung über Patient/in
4. Vollständigkeit der Informationen über Patient/in
5. Korrektheit der Informationen über Patient/in
6. Angemessenheit der Allokationsentscheidung
7. Angemessenheit des Therapieplans zur Nachsorge

6.4.2 Patientenbogen

1. Globale Zufriedenheit mit dem Austritt / Übertritt
2. Notwendige Unterlagen mitbekommen
3. Partizipation am Nachsorgekonzept
4. Einbezug der Angehörigen in die Planung
5. Information der Angehörigen über Austritt
6. Partizipation an der Allokationsentscheidung
7. Bezugsperson im Spital für Austritt / Nachsorge
8. Wartezeiten beim Austritt
9. Transport zufriedenstellend organisiert
10. Wahrgenommene „Abschiebung“
11. Rezept für Medikation
12. Wissen über Medikationsnotwendigkeiten
13. Wissen über Dosierung und Einnahmefrequenz
14. Wissen über mögliche Nebenwirkungen
15. Wahrgenommene „self efficacy“ hinsichtlich Nachsorgesituation
16. Wahrgenommene Handlungskompetenz Genesungsschritte
17. Wissen über erwartbaren Krankheits-/Genesungsverlauf
18. Verfügbarkeit Spital für poststationäre Rückfragen
19. Angemessenheit der Allokationsentscheidung
20. Vorbereitung durch Spital auf poststationäre Lebenssituation
21. Wahrgenommene Hilfflosigkeit
22. Wahrgenommene Koordinationsschwierigkeiten Spital-Nachsorger

6.5 Literaturverzeichnis

- Abrashkin, K. A., Cho, H. J., Torgalkar, S., & Markoff, B. (2012). Improving Transitions of Care From Hospital to Home: What Works? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79(5), 535-544.
- Adler, R., Vasiliadis, A., & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice, epub Jan*, 6.
- Chiu, W. K., & Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12(6), 330-336.
- Donaldson, M. (2001). Continuity of care: a reconceptualization. *Medical Care Research and Review*, 58(3), 252-290.
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 57-63.
- Faulbaum, F., Prüfer, P., & Rexroth, M. (2009). Was ist eine gute Frage. *Die systematische Evaluation der Fragenqualität. Wiesbaden*.
- Fischer, W. (2000). *Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Wolfertswil (CH): Z/I/M.
- Frick, U. (2002). „Fehlbelegung“ und „Fehlbelegungsprüfung“ in der Psychiatrie. Methodische Anmerkungen zu einer fehlgeleiteten Diskussion. *Psycho*, 28(2), 98-105
- Frick, U., Hofer, A., & Wiedermann, W. (2010). Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung aus Public Health Sicht In D. Wiedenhöfer, B. Eckl, R. Heller & U. Frick (Eds.), *Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren*. (pp. 136-166). Bern: Hans Huber.
- Frick, U., Krischker, S., & Gmel, G. (2013). Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär). Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. In ISGF (Ed.), *Forschungsberichte des ISGF* (Vol. 330, pp. 79). Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Frick, U., Schnoz, D., & Wiedenhöfer, D. (2010). Konzeption, Entwicklung und Pre-Test des Outcome Messinstrumentariums zum Entlassungsmanagement. In D. Wiedenhöfer, B. Eckl, R. Heller & U. Frick (Eds.), *Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren* (pp. 88-113). Bern: Huber.
- Frick, U., Wiedermann, W., & Hofer, A. (2010). Validierungsstudie über das Outcome Messinstrumentarium zum Entlassungsmanagement. In D. Wiedenhöfer, B. Eckl, R. Heller & U. Frick (Eds.), *Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren* (pp. 114-141). Bern: Huber.
- Gerste, B., & Rehbein, I. (1998). *Der Pflegemarkt in Deutschland*. Bonn: WIdO.
- Henson, J. M., Reise, S. P., & Kim, K. H. (2007). Detecting mixtures from structural model differences using latent variable mixture modeling: A comparison of relative model fit statistics. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(2), 202-226.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60, 255-273.
- Katzenmeier, C. (2009). Verrechtlichung der Medizin *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert* (pp. 45-59): Springer.
- Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., . . . Brook, R. H. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *JAMA*, 264(15), 1980-1983.
- Lobsiger, M., Tondelli, T., Kägi, W., & Felder, S. (2013). Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. *Schweiz. Ärztezeitung*, 94(38), 1423-1425.

- Mistiaen, P., Francke, A., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7(47).
- Mosebach, K. (2010). Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung. In I. f. M. Soziologie (Ed.), *Diskussionspapiere* Frankfurt: Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Pizer, S. D., & Gardner, J. A. (2011). Is Fragmented Financing Bad for Your Health? *Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 48(2), 109-122. doi: DOI 10.5034/inquiryjrnl_48.02.02
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work*, 6(2), 198-216.
- Sudman, S., Bradburn, N. M., & Schwarz, N. (1996). *Thinking about answers: The application of cognitive processes to survey methodology*: Jossey-Bass.
- Uhlman, B., Bartel, D., Kunstmann, W., & Sieger, M. (2005). Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung - die Perspektive von Patienten und Angehörigen. *Pflege*, 18, 105-111.
- van Servellen, G., Fongwa, M., & D'Ericco, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nursing and Health Sciences*, 8, 185-195.
- Vogd, W. (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus System- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 31(4), 294-315.
- von Eiff, W., Schüring, S., & Niehues, C. (2011). *REDIA: Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Ergebnisse einer prospektiven und medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011* (Vol. 7). Münster: LIT Verlag
- Wiedenhöfer, D. (2010). Die Outcome Messung Entlassungsmanagement. In D. Wiedenhöfer, B. Eckl, R. Heller & U. Frick (Eds.), *Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren* (pp. 81-87). Bern: Hans Huber.
- Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S. (2009). Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *J Health Serv Res Policy*, 14(1), 52-57.
- Yu, D. S., Thompson, D. R., & Lee, D. T. (2006). Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 27(5), 596-612.
- Zechmeister, I., & Österle, A. (2006). Distributional impacts of mental health care financing arrangements: a comparison of the UK, Germany and Austria. *J Ment Health Policy Econ*, 9(1), 35-44.