

Zusammenfassung

Der Bundesrat hat unter dem Titel «Gesundheit2020» seine gesundheitspolitischen Prioritäten benannt. Eine wichtige Rolle kommt der Förderung der Koordination und Integration in der Gesundheitsversorgung zu, die in allen Bereichen unterstützt werden soll.

Der Wechsel von Patientinnen und Patienten von einem Leistungsträger zum anderen über so genannte Schnittstellen ist ein wichtiger Aspekt, wenn die Koordination innerhalb der Gesundheitsversorgung optimiert werden soll. Ziel dieser Analysen, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt werden, ist es, die wichtigsten Behandlungsketten zu eruieren und zu quantifizieren. Primär geht es um die Grössenordnungen der Übergänge innerhalb der stationären Versorgung und zur Spitex. In wie vielen Fällen es dabei zu Problemen bei der Koordination kam, kann mit diesen Daten nicht untersucht werden. Bestenfalls bieten bestimmte Konstellationen Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial (z.B. bei Rehospitalisierungen).

Rund 10% der Patientinnen und Patienten werden nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt weiterhin stationär versorgt. Beinahe die Hälfte davon (4% des Totals) wird innerhalb von 10 Tagen rehospitalisiert, die andere Hälfte (5% des Totals) wird in einer Rehabilitationsklinik weiterbetreut. Nur ein kleiner Teil (1%) wird in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Fast ebenso oft wie durch eine Rehabilitationsklinik erfolgt die Nachversorgung durch die Spitex oder in einem Pflegeheim (je 3% aller Hospitalisierungen). Es sind vor allem ältere Patientinnen und Patienten, welche zusätzliche Versorgungsangebote ausserhalb des Akut-Spitalbereiches beanspruchen.

Die Ergebnisse zeigen zum Teil klare Zunahmen über die Zeit, neben der Inanspruchnahme von Spitexleistungen nach einem Spitalaufenthalt wird dies auch bei den mehrstufigen Behandlungsketten Akutsomatik – Rehabilitation – Akutsomatik ersichtlich. Die Zahl der übrigen Folgebehandlungen und Nachversorgung hingegen blieben über die Zeit hinweg konstant.

Inwieweit diese Trends auf Patienteneigenschaften (ältere Patienten, Multimorbidität u.ä.) zurückzuführen sind, konnte hier nicht analysiert werden. Ebenso konnte der Effekt der Bevölkerungsentwicklung (Anteil älterer Personen) nicht berücksichtigt werden.

Behandlungsketten und ihre Schnittstellen

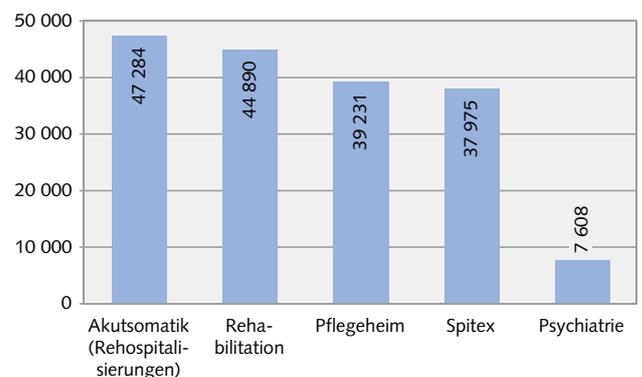
Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung beschreiben die Übergänge von einer Versorgungsform in eine andere, zum Beispiel, wenn Patientinnen oder Patienten von der Akutsomatik in die Rehabilitation wechseln und danach von der Spitex betreut werden. Im Kontext einer optimalen koordinierten Versorgung ist eine qualitativ hochstehende Versorgung über die Behandlungsketten hinweg von zentraler Bedeutung. Gerade die Übergänge sind besonders anfällig für Koordinationsprobleme. Das Ziel dieses Bulletins ist es deshalb, die wichtigsten Behandlungsketten im stationären Bereich zu eruieren und zu quantifizieren. Es geht darum, die Grössenordnungen der Übergänge darzustellen. Der Fokus der vorliegenden Analysen liegt aufgrund der Datenlage ausschliesslich auf Schnittstellen der stationären Versorgung und zur Spitex. Folgende Behandlungsketten in der Versorgung werden untersucht:

- Stationäre Akutsomatik → Rehabilitation
- Stationäre Akutsomatik → Psychiatrie
- Stationäre Akutsomatik → Spitex/Pflegeheim
- Stationäre Akutsomatik → Rehabilitation
→ Spitex/Pflegeheim
- Stationäre Akutsomatik → Stationäre Akutsomatik

Die Behandlungskette von der Akutsomatik zur Akutsomatik mit einem kurzen Aufenthalt ausserhalb (Rehospitalisierungen) bezeichnet zwar nicht im engeren Sinne eine Schnittstelle.

Folgebehandlungen und Nachversorgung in der Akutsomatik, Anzahl Fälle, 2013

Abb. 1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/
 Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Sie ist jedoch im Kontext der koordinierten Versorgung ein wichtiger Aspekt, insbesondere als Qualitätsindikator, weshalb sie hier ebenfalls untersucht wird.

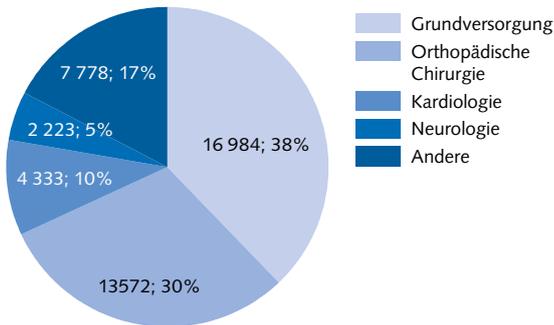
Im Jahr 2013 wurden von über 1,1 Mio. Fällen 52'498 (5%) Patientinnen und Patienten nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt in die Rehabilitation (44'890, 3,9%) oder in die Psychiatrie (7608, 0,7%) überwiesen. Dazu kommen ähnlich viele Personen (47'284, 4,1%), welche nach einer Hospitalisierung innerhalb von 10 Tagen wieder in ein Akutspital aufgenommen wurden. Ausserdem wurden 39'231 Personen nach dem Spitalaufenthalt in einem Pflegeheim und 37'975 (3,4%) Personen durch die Spitex (3,3%) betreut (Abbildung 1).

Akutsomatik → Rehabilitation

Am häufigsten wechseln Patientinnen und Patienten aus dem Spital für Akutsomatik in eine Rehabilitationsklinik. Der grösste Teil dieser Fälle ist im Spital der medizinischen Grundversorgung zugeordnet (38%) und kann nicht spezifischer einem Leistungsbereich zugeteilt werden, die häufigsten Diagnosen in diesem Bereich sind Schenkelhalsfrakturen, Herzinsuffizienz, sowie chronische obstruktive Lungenkrankheiten. Nach der Grundversorgung folgen die orthopädische Chirurgie (30%), die Kardiologie (10%), sowie die Neurologie (5%) (Abbildung 2).

Von Akutsomatik zu Rehabilitation, nach Leistungsbereich in der Akutsomatik, 2013

Abb. 2



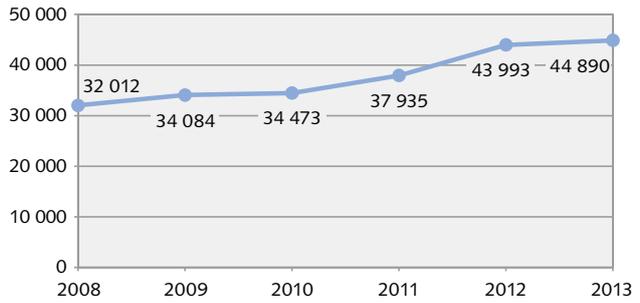
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Die Anzahl Fälle, die von der Akutsomatik in die Rehabilitation verlegt wurden, ist seit 2008 gestiegen, hat sich aber in den letzten beiden Jahren stabilisiert (Abbildung 3).

Es zeigt sich, dass bis zum Alter von 65 Jahren mehr Männer als Frauen von der Akutsomatik in die Rehabilitation wechseln. Mit zunehmenden Alter wächst der Anteil der Frauen, welche die stationäre Rehabilitation nach dem Spital beanspruchen, und ist bei den über 85-jährigen doppelt so hoch wie bei den Männern (Abbildung 4).

Von Akutsomatik zu Rehabilitation, Anzahl Fälle, 2008–2013

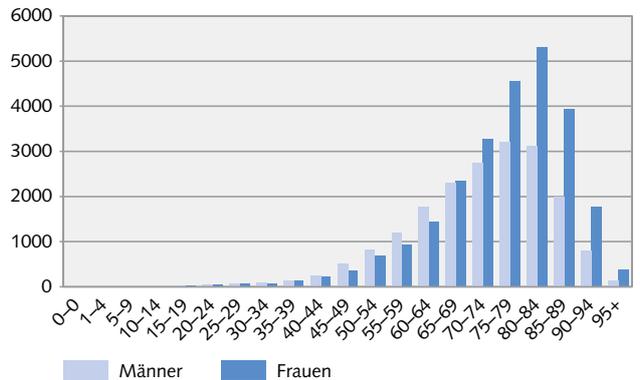
Abb. 3



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Von Akutsomatik zu Rehabilitation nach Alter und Geschlecht, 2013

Abb. 4



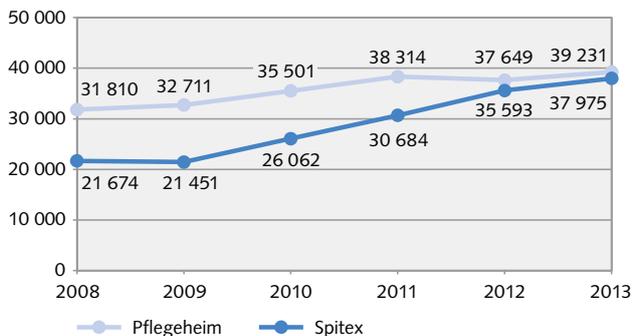
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Akutsomatik → Spitex/Pflegeheim

Neben der Nachbetreuung in Kliniken für Rehabilitation oder Psychiatrie erfolgt die Weiterversorgung oftmals in Pflegeheimen (39'231 Fälle) und durch die Spitex (37'975). Der Übergang in ein Pflegeheim kommt 2013 im Vergleich zu den beiden Vorjahren ähnlich oft vor, jedoch wuchs die Zahl der Spitexfälle seit 2009 massiv an mit einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von über 10% (Abbildung 5).

Von akutsomatischem Spitalaufenthalt zu Spitex und Pflegeheimen, Anzahl Fälle, 2008–2013

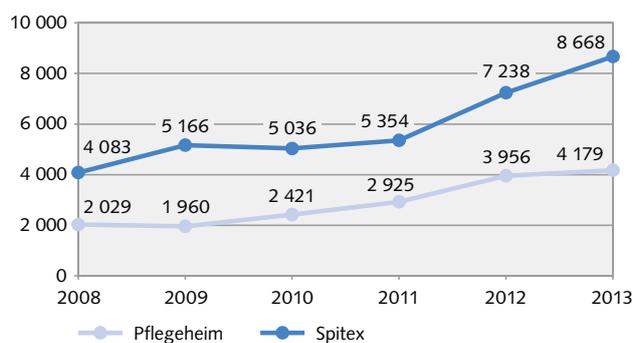
Abb. 5



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Von den 44'890 Personen, die 2013 nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt in die stationäre Rehabilitation gewechselt haben, sind anschliessend 8668 Personen (19%) durch die Spitex und gegen 4179 in einem Pflegeheim (9%) betreut worden. Die Tendenz ist über die letzten Jahre insbesondere bei Spitex stark ansteigend (Abbildung 6). Die Daten geben darüber keine Auskunft, ob Pflegeheime und Spitex dauerhaft oder vorübergehend in Anspruch genommen werden.

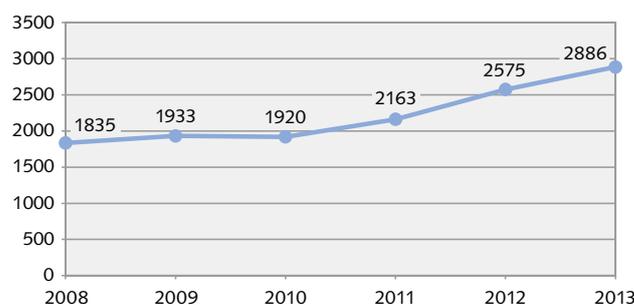
Von Rehabilitation zu Spitex und Pflegeheimen, Anzahl Fälle, 2008–2013 **Abb. 6**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Die «doppelten» Schnittstellen Akutsomatik – Rehabilitation – Akutsomatik sind deutlich seltener anzutreffen: Von den 44'890 Fällen mit der Schnittstelle Akutsomatik – Rehabilitation werden 2886 Fälle zurück in einem akutsomatischen Spital rehospitalisiert (6%). Die Tendenz der Fallzahlen ist stark ansteigend, die Anteile im Verhältnis zu den Rehabilitationsfällen jedoch nur leicht ansteigend, von 5,7% (2008) auf 6,4% (2013).

Behandlungskette Akutsomatik – Rehabilitation – Akutsomatik, Anzahl Fälle, 2008–2013 **Abb. 7**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Definitionen

In der Studie eingeschlossen wurden alle im Jahr entlassenen hospitalisierten Fälle (Statistikfälle A), inkl. Kinder. In den Daten 2013 sind die Patienten, welche 2014 entlassen wurden, nicht berücksichtigt. Das kann sich auf die Rehospitalisierungsraten innerhalb von 30 und 60 Tagen auswirken.

Folgende Versorgungstypen wurden unterschieden:

- Akutsomatik: Hospitalisierungen in einem akutsomatischen Spital (BFS-Typologie K1 oder K231-K233) und ohne Hauptkostenstellen M500, M900, M950 (Psychiatrie, Geriatrie und Rehabilitation)
- Rehabilitation: Hospitalisierungen mit Hauptkostenstelle M900 oder M950.
- Psychiatrie: Hospitalisierungen mit Hauptkostenstelle (M500).

Die Leistungsbereiche wurden anhand des Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Groupers (SPLG) definiert, welche von der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK empfohlen wird.

Schnittstellen:

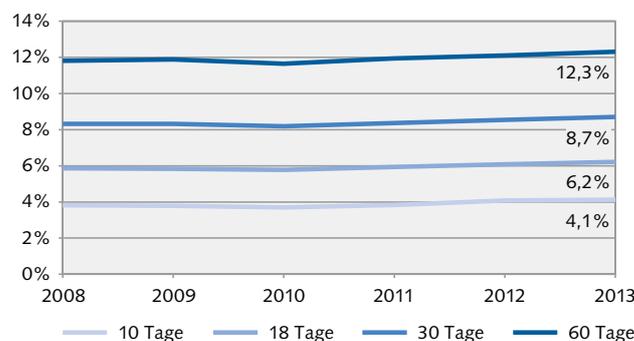
- Als Schnittstellen werden die Übergänge in einer Behandlungskette bezeichnet, wenn beispielsweise Patientinnen und Patienten von der akutsomatischen Spitalbehandlung in die Rehabilitation wechseln. Der Wechsel muss dabei innerhalb einer gewissen Zeit erfolgen. Hierfür wurde eine Zeitlimite von 10 Tagen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

Spitalexterne Nachversorgung:

- Die spitalexterne Nachversorgung beinhaltet die Pflege und Betreuung durch die Spitex oder in einem Pflegeheim. Die medizinische Nachversorgung im ambulanten Bereich wird hier nicht berücksichtigt, weil Daten dafür fehlen.

Rehospitalisierungen werden häufig als Qualitätsindikator für die Versorgung im akutsomatischen Bereich verwendet. Hier werden sie jedoch im Kontext der «Schnittstelle» zwischen Akutsomatik – Akutsomatik, also einer Schnittstelle im weiteren Sinne betrachtet. Betrachtet werden die Rehospitalisierungen innerhalb von 10/18/30/60 Tagen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine geplante Rehospitalisierung handelt oder nicht, und unabhängig davon ob die Patientinnen und Patienten eine Weiterversorgung (z. B. Rehabilitation) beansprucht haben. Wie Abbildung 8 zeigt, werden 4,1% oder 47'284 aller akutsomatischen Fälle innerhalb von 10 Tagen rehospitalisiert. Die Rehospitalisierungsraten blieben über die Zeit hinweg konstant, sowohl bei diesen Rehospitalisierungen innerhalb von 10 Tagen, als auch innerhalb von 18/30/60 Tagen (Abbildung 8).

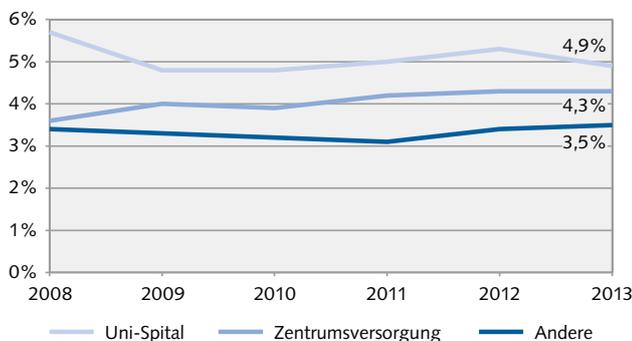
Rehospitalisierungen in der Akutsomatik innerhalb von 10/18/30/60 Tagen, Anteil nach Jahr, 2008–2013 **Abb. 8**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser/ Auswertung Obsan © Obsan 2015

Werden die Rehospitalisierungen innerhalb von 10 Tagen nach Spitaltypus betrachtet, so ist zu beobachten, dass die grösseren Spitäler höhere Rehospitalisierungsraten aufweisen, was der Versorgungseigenschaften dieser Spitäler entspricht (hochspezialisierte und komplexe Fälle erhöhen die Rehospitalisierungsraten). Ob die Rehospitalisierung geplant oder ungeplant ist, lässt sich nicht feststellen.

Rehospitalisierungen nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt innerhalb von 10 Tagen, Anteil nach Spitaltyp und Jahr, 2008–2013 **Abb. 9**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Auswertung Obsan © Obsan 2015

Verwendete Daten

Die Analysen basieren auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sowie der Krankenhausstatistik des BFS der Jahre 2008–2013.

Um den Behandlungsverlauf einzelner Patientinnen und Patienten zu analysieren, wurde der Verbindungscode der Patientinnen und Patienten verwendet. Ein hierfür beantragter Verknüpfungsantrag wurde vom BFS bewilligt.

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

In der Medizinischen Statistik werden ab 2012 die Fälle neu definiert: Wird eine Person innerhalb von 18 Tagen mit derselben MDC (Major Diagnostic Category = Hauptdiagnosegruppe) rehospitalisiert, gilt dies heute als ein einziger Fall: Vor 2012 wurden in dieser Situation zwei separate Fälle gezählt. Anhand der Angaben zu den Zwischenaustritten wurden für diese Berechnungen die Fälle gemäss der ursprünglichen Definition rekonstruiert (ein Austritt = ein Fall), so dass die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren gewährleistet ist.

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

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

Marcel Widmer, Dimitri Kohler (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Projektleitung BAG

Gabriele Wiedenmayer, Fachstelle Evaluation & Forschung

Zitierweise

Widmer, M. & Kohler, D. (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen* (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

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

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

Bestellungen

Tel. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch
Bestellnummer 1033-1501

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 1034-1501)

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen

© Obsan 2015



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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