

Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär)

Schlussbericht

Max Grütter, Dr. oec. publ., Ökonom

Annelies Karlegger, Mag.^a, Psychologie, BA Soziologie

Barbara Haering, Dr. sc. nat. ETH, Dr. h. c. rer. pol.

Simon Bock, BA Politikwissenschaft

**Im Auftrag des Bundesamtes für
Gesundheit (BAG)**

20. November 2012

Impressum

Vertragsnummer: 12.003137

Laufzeit: April 2012 – November 2012

Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Gabriele Wiedenmayer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Marie-Thérèse Furrer, Sektion Tarife und Leistungserbringer

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

Zitiervorschlag: Grütter M, Karlegger A, Haering B, Bock S (2012): Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär), Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, econcept, Zürich.

Die Verantwortung für die Erarbeitung des Berichts liegt bei econcept in Absprache mit dem BAG; Meinungen Dritter sind entsprechend gekennzeichnet.

Erarbeitet durch

econcept AG, Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8002 Zürich
www.econcept.ch / + 41 44 286 75 75

Autoren/innen

Max Grütter, Dr. oec. publ., Ökonom
Annelies Karlegger, Mag.^a Psychologie, BA Soziologie
Barbara Haering, Dr. sc. nat. ETH, Dr. h. c. rer. pol.
Simon Bock, BA Politikwissenschaft

Inhalt

Zusammenfassung	i
Résumé	v
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund und Ausgangslage	1
1.2 Zweck der Vorstudie und Vorgehen	2
1.3 Begriffsbestimmungen	3
1.3.1 Spitalleistungen	3
1.3.2 Schnittstellen	3
1.3.3 Zum Qualitätsbegriff im Gesundheitsbereich	4
2 Ergebnisse der Literaturanalyse	5
2.1 Zur Durchführung der Literaturanalyse	5
2.2 Annahmen und Befunde im Bereich der Akutsomatik	5
2.3 Annahmen und Befunde im Bereich Rehabilitation	9
2.4 Annahmen und Befunde zum Bereich Psychiatrie	10
2.5 Schnittstellen zum vor- und nachgelagerten Bereich	11
3 Ergebnisse der Experten/innen-Interviews	13
3.1 Zur Durchführung der Experten/innen-Interviews	13
3.2 Qualität stationärer Leistungen und Einflüsse der KVG-Revision	13
3.2.1 Gesprächsergebnisse zum Bereich Akutsomatik	13
3.2.2 Gesprächsergebnisse zum Bereich Rehabilitation	15
3.2.3 Gesprächsergebnisse zum Bereich Psychiatrie	15
3.2.4 Gesprächsergebnisse zu den Schnittstellen	15
3.3 Gesprächsergebnisse zu Indikatoren, Daten und Auswertungskonzept	16
4 Wirkungsmodell und Wirkungshypothesen	16
4.1 Wirkungsmodell KVG-Revision <-> Qualität Spitalleistungen stationär	16
4.1.1 Massnahmen der KVG-Revision (Input)	18
4.1.2 Wirkungshypothesen / Wirkungsketten	18
4.1.3 Wirkungshypothesen: Outcome bezüglich Verhalten der Kantone, und Spitäler	20
4.1.4 Wirkungshypothesen: Outcome-Qualität auf Spitalebene (Outcome 1)	21
4.1.5 Wirkungshypothesen: Outcome Qualität auf Patienten/-innenebene (Qualität 2)	21
4.1.6 Wirkungen auf das Gesundheitssystem Schweiz (Impact)	22
4.1.7 Spezifische Wirkungshypothesen im Bereich Rehabilitation	22
4.1.8 Spezifische Wirkungshypothesen im Bereich Psychiatrie	22

5	Evaluationsfragestellungen und Indikatoren	24
5.1	Evaluationsfragestellungen im Überblick	24
5.2	Indikatoren	25
5.2.1	Indikatoren zur Struktur-/ Prozessqualität (Evaluationsfragestellung 1)	25
5.2.2	Indikatoren zur Ergebnisqualität (Evaluationsfragestellung 2)	25
5.2.3	Vergleich der Ergebnisqualität nach Kantonen, Spitaltypen und Zeitpunkt der Einführung von Fallpauschalen (Evaluationsfragestellung 3)	29
5.2.4	Ergebnisqualität bei besonders vulnerablen Gruppen (Evaluationsfragestellung 4)	29
5.2.5	Untersuchung der Qualität an den Schnittstellen sowie in den vor- und nachgelagerten Bereichen (Evaluationsfragestellung 5)	30
5.3	Herausforderungen und Grenzen der Hauptstudie	31
5.3.1	Rechtzeitige Verfügbarkeit der Indikatoren	31
5.3.2	Diskussion von Fragen des Datenschutzes	32
5.3.3	Diskussion von Fragen der Datenqualität	33
6	Empfehlungen hinsichtlich der Hauptstudie	34
7	Hinweise zur Planung der beiden Etappen der Hauptstudie	35
7.1	Vorarbeiten zur Durchführung der Hauptstudie	35
7.2	Projektplanung zur ersten Etappe der Hauptstudie	36
7.3	Projektplanung zur zweiten Etappe der Hauptstudie	37
	Anhang	39
A-1	Gesprächsleitfaden Experteninterviews	39
A-2	Gesprächspartner/innen	40
A-3	Detaillierte Zusammenfassung der Ergebnisse	40
A-4	Beschreibung vorhandener Indikatoren	53
A-5	Rückmeldungen	60
A-5.2	Stellungnahme ANQ vom 12. Oktober 2012	60
A-5.3	Stellungnahme GDK vom 15. Oktober 2012	61
A-5.5	Rückmeldung tarifsuisse vom 17. Oktober 2012	62
A-5.4	Stellungnahme H+ vom 23. Oktober 2012	63
A-5.1	Stellungnahme FMH vom 24. Oktober 2012	66
A-6	Tabellenverzeichnis	71
A-7	Abbildungsverzeichnis	71
A-8	Literaturverzeichnis	72

Zusammenfassung

Am 21. Dezember 2007 beschlossen die eidgenössischen Räte die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung. Die neue Finanzierungsregelung trat am 1. Januar 2012 in Kraft. Sie hat markante Änderungen zur Folge und bezweckt in der Hauptsache eine Kosteneindämmung. Der Bundesrat beauftragte am 25. Mai 2011 die Durchführung von sechs wissenschaftlichen Studien, von denen eine sich mit dem Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär) beschäftigen soll. Die Vorstudie liefert ein Evaluationskonzept, das die Grundlage für die Durchführung der Hauptstudie bildet.

Zweck der Vorstudie ist es, mögliche Einflüsse der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität stationärer Spitalleistungen zu explorieren und als Evaluationskonzept mit Blick auf die geplanten Hauptstudien aufzubereiten. Basierend auf einer kurzen Literaturanalyse und leitfadengestützten Interviews mit wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens werden ein Wirkungsmodell entwickelt und Wirkungshypothesen abgeleitet, welche den Einfluss der KVG-Revision auf die (Ergebnis-) Qualität der Spitalleistungen (stationär) in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation abbilden. Zu Überprüfung der Evaluationsfragestellungen werden des Weiteren die verfügbaren Indikatoren ermittelt und auf Ihre Eignung für die Beantwortung der Fragestellungen geprüft.

Die Ergebnisse der Vorstudie wurden mit der Projektleitung des BAG sowie mit der Begleitgruppe, bestehend aus Vertretern/innen diverser Institutionen des Gesundheitswesens, vertieft und ergänzt.

Experten/innen-Interviews

Mit dem Ziel, Wissensbestände und Kontextbedingungen der Qualität stationärer Spitalleistungen und des Einflusses der KVG-Revision auf diese Qualität zu ermitteln, wurden neun leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens geführt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Spitalstrukturen: Gute Spitalstrukturen – qualifiziertes Personal sowie die entsprechende Infrastruktur des Spitals – bilden die Grundlage für das Erbringen qualitativ hochstehender medizinischer und pflegerischer Leistungen. Die Arbeitsbedingungen im Spital haben grossen Einfluss auf die Qualität stationärer Spitalleistungen. Stress und Arbeitsverdichtung können sowohl die Prozess- und als auch die Ergebnisqualität beeinträchtigen.

Prozesse und Abläufe im Spital: Im Spitalalltag haben neben der Fachkompetenz des Personals, dem Personalschlüssel und der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Definition und Dokumentation von Abläufen und Prozessen Auswirkungen auf die Qualität stationärer Spitalleistungen. Die Veränderungen durch die neue Spitalfinanzierung können den Kostendruck erhöhen und in der Folge Prozesse und Abläufe im Spital beeinflussen.

Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen: Kürzere Aufenthaltsdauern im Spital, mögliche Veränderungen bei der Diagnosestellung und Wahl der Behandlungsmethoden aufgrund der KVG-Revision können die Qualität stationärer Spitalleistungen beeinflussen.

Allerdings müssen diese Aspekte nicht direkt mit einer Verschlechterung der Qualität der Spitalleistungen einhergehen. Weniger Zeit für Abklärungen und höhere Anforderungen an das Austritts-Management wurden jedoch als qualitätsrelevante Faktoren identifiziert.

Qualitätskultur Spital: Strukturen und Prozesse werden im Zuge einer Optimierung der Qualitätskultur angepasst. Dadurch verbessert sich die Qualität der Spitalleistungen.

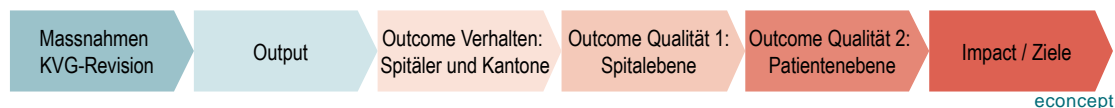
Rehabilitation und Psychiatrie: Frühere Entlassungen und verkürzte Abklärungen komplexerer Fälle werden auf den Rehabilitationsbereich zukommen. Dies bedeutet zusätzliche Herausforderungen für die Rehabilitationskliniken. Für den psychiatrischen Bereich konnten aus den Interviews keine spezifischen Erkenntnisse gewonnen werden.

Schnittstellen: Da zukünftig Leistungen in kürzerer Zeit erbracht werden müssen, werden viele bislang stationären Leistungen in den vorgelagerten Bereich verschoben. Der Vernetzungsbedarf könnte aufgrund frühzeitiger Entlassungen aus dem Spital und als Folge der freien Spitalwahl zunehmen. Dies wird sowohl als grosse Herausforderung als auch als Chance für einen verbesserten Informationsfluss an den Schnittstellen angesehen.

Wirkungsmodell und -hypothesen

Die KVG-Revision beinhaltet fünf verschiedene Massnahmen (Einheitliche Fallpauschalen, dual-fixe Leistungsfinanzierung, kantonale Spitalplanungen, erweiterte Spitalwahl, Verbesserung der Transparenz). Um die Auswirkungen der KVG-Revision abzubilden, wurde ein anschauliches Wirkungsmodell mit folgenden Dimensionen erarbeitet:

Dimensionen des Wirkungsmodells



Figur: Im Wirkungsmodell werden drei verschiedene Outcome-Ebenen unterschieden. Neben dem Verhalten der Spitäler und Kantone, wird für die Spitäler und die Patienten/innen eine Qualitätsebene betrachtet.

Der ermittelte Impact der KVG-Revision lässt sich in zwei Zielen festhalten: «Mindestens gleichbleibende Qualität» und «Transparenz der Akteure (bzgl. Leistungen, Kosten und Qualität)». Drei zentrale Wirkungsketten zeigen mögliche Reaktionen, die durch die KVG-Revision ausgelöst werden können.

- *Wirkungskette «Kosten»:* In Folge der Massnahmen der KVG Revision steigt der Kostendruck auf die Spitäler. Auf Basis der Hypothese «Geld vor Qualität» kann dies auf der Patienten/innen-Ebene zu einem Qualitätsverlust der stationären Leistungen führen.
- *Wirkungskette «Wettbewerb»:* Der Wettbewerbsdruck auf Seiten der Spitäler, der durch die vergrösserte Transparenz sowie die erweiterte Spitalwahl ausgelöst wird, kann unter der Hypothese «Wettbewerb fördert die Qualität» auf Ebene der Patienten/innen zu einer Qualitätssteigerung der stationären Leistungen führen.

- *Wirkungskette «Kantonale Steuerung»*: Die verstärkte kantonale Steuerung, die durch die leistungsorientierte Spitalplanung, die Leistungsaufträge mit Qualitätsvorgaben und die dual-fixe Finanzierung initiiert wird, kann unter der Hypothese «Kantonale Steuerung fördert die Qualität» auf der Spitalebene zum einen zu einer Leistungskonzentration und zum anderen zu einer Qualitätssteigerung führen.

Auf Kantons- und Spitalebene sind folgende Reaktionen denkbar:

Reaktion Kantone: Die Kantone könnten ihre Planungsgrundlagen verfeinern und ihr Leistungsangebot im Rahmen der kantonalen Steuerung zunehmend überprüfen sowie gegebenenfalls die angebotenen Leistungen ausweiten oder einschränken.

Reaktion Spitäler: Verstärkter Kosten- und Wettbewerbsdruck könnte das Verhalten der Spitäler beeinflussen und in der Folge sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen haben. Dies betrifft insbesondere die Qualität der Infrastruktur und die Qualität der Prozesse (z.B. Optimierung/Erhöhung der Fallzahlen, Verkürzung der Aufenthaltsdauer) sowie die Personalzusammensetzung.

Eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität kann zu einer Erhöhung der Ergebnisqualität führen. Auf Patienten/innen-Ebene kann von Veränderungen in der Diagnose-, Behandlungs- und Pflegequalität sowie der Patienten/innen-Zufriedenheit ausgegangen werden. Ausserdem kann es zu unerwünschten Beeinträchtigungen in Form von unbeabsichtigten Zwischenfällen und Fehlern kommen.

Die Massnahmen der KVG-Revision haben schlussendlich auch eine Wirkung auf die Zieldimensionen des KVG. Diese umfassen die Sicherstellung einer zumindest gleichbleibenden Qualität und einer Transparenz der erbrachten und der entstandenen Kosten sowie der erzielten Qualität aller Akteure.

Evaluationsfragestellungen und Indikatoren

Evaluationsfragestellungen im Überblick

Vor dem Hintergrund der Wirkungshypothesen und unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Studie mit ihrem Fokus auf die Qualität der Spitalleistungen lassen sich folgende fünf Evaluationsfragestellungen formulieren:

EF 1	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Struktur- und Prozessqualität in Bezug auf ... (acht verschiedene Dimensionen)?
EF 2	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität in Bezug auf ... (vier Dimensionen auf Patienten/innen-Ebene)?
EF 3	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität unterschieden nach... (drei Dimensionen auf Ebene der Akteure)?
EF 4	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität bezogen auf vulnerable Gruppen (z.B. ältere oder multimorbide Patienten/innen)?
EF 5	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Qualität der Spitalleistung an den Schnittstellen sowie in den vor- und nachgelagerten Bereichen in Bezug auf... (sechs verschiedene Dimensionen)?

Tabelle: Evaluationsfragestellungen

Wir empfehlen, in der Hauptstudie den Fokus auf die Evaluationsfragestellungen 2 und 3 zu legen, da diese die Ergebnisqualität beleuchten. Für die Beantwortung der Evaluationsfragestellung 4 wird eine einfache deskriptive Analyse vorgeschlagen.

Indikatoren

Die Evaluationsfragestellung 2 betrifft die Ergebnisqualität. Die vorgeschlagenen Indikatoren sollen als Zeitreihen erfasst werden, um Zeiträume vor und nach Inkrafttreten der Revision vergleichen zu können. Unterschiede der Ergebnisqualität (EF 3) sollen anhand ausgewählter Indikatoren für folgende Merkmale untersucht werden: Kantone, Spitaltypen sowie Spitäler, die vor der Einführung bereits mit Fallpauschalen abgerechnet haben, im Vergleich zu jenen, die dies erst seit Inkrafttreten der Revision tun. Bei der Unterscheidung nach Spitaltypen schlagen wir vor, die BFS-Krankenhaustypologie heranzuziehen. Um die Auswirkungen der KVG-Revision auf besonders vulnerable Gruppen untersuchen zu können (EF 4), ist eine Auswertung der Indikatoren nach soziodemographischen Faktoren sowie nach Multimorbidität notwendig.

Herausforderungen und Grenzen der Hauptstudie

Derzeit ist nicht gesichert, ob alle benötigten Daten in der nötigen Qualität rechtzeitig (spätestens zweites Halbjahr 2014) verfügbar sind und tatsächlich für Auswertungen herangezogen werden können. Im Bereich Akutsomatik wird ein Vorher-/Nachher-Vergleich auf Basis der ANQ-Indikatoren eventuell nicht möglich sein, da nicht alle Daten vor 2012 in ausreichender Qualität zur Verfügung stehen. Auf Basis der MedStat-Indikatoren sollte er spätestens im Rahmen der zweiten Etappe der Hauptstudie möglich sein.

Wir empfehlen den Einbezug der Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation erst für die zweite Etappe der Hauptstudie, da die neuen Tarifsysteme TarPsy und ST Reha frühestens per 1. Januar 2015 eingeführt werden.

Empfehlungen hinsichtlich der Hauptstudie

Zusammenfassend können folgende Empfehlungen hinsichtlich der beiden Etappen der Hauptstudie abgegeben werden:

- Konzentration auf die Ergebnisqualität
- Prozess- und Strukturqualität in zusätzlicher Studie
- Verzicht auf die Analyse an den Schnittstellen
- Indikatoren basierend auf Daten der Medizinischen Statistik und des ANQ
- Einbezug der Bereich Rehabilitation und Psychiatrie in der zweiten Etappe

Résumé

Le 21 décembre 2007, les chambres fédérales ont décidé de réviser la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier. La nouvelle réglementation financière est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Elle comporte des changements significatifs et vise essentiellement une maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral a demandé la réalisation de six études scientifiques le 25 mai 2011, dont l'une devait porter sur l'influence de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations hospitalières (stationnaires). L'étude préliminaire fournit un concept d'évaluation constituant la base pour la réalisation de l'étude principale.

L'objectif de l'étude préliminaire est d'explorer les influences possibles de la révision de la LAMal concernant le financement des hôpitaux sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires et de proposer un concept d'évaluation axé sur les études principales prévues. À partir d'une brève analyse de la littérature existante et d'interviews basées sur un fil conducteur avec les principaux acteurs du système de santé publique, un modèle d'impact est élaboré et des hypothèses sont déduites afin de connaître l'influence de la révision de la LAMal sur la qualité (des résultats) des prestations hospitalières (stationnaires) dans les domaines de soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation. Pour vérifier les questions d'évaluation, les indicateurs disponibles seront par ailleurs relevés et contrôlés quant à leur pertinence pour répondre aux questions.

Les résultats de l'étude préliminaire ont été approfondis et complétés en collaboration avec la direction de projet de l'OFSP et un groupe d'accompagnement composé de représentants/es de différentes institutions du système de santé publique.

Interviews d'experts/es

Neufs interviews, basées sur un fil conducteur, ont été réalisées auprès de divers acteurs du système de santé publique, avec l'objectif de déterminer les connaissances et les conditions contextuelles en matière de qualité des prestations hospitalières stationnaires, ainsi que l'influence de la révision de la LAMal sur la qualité. Les résultats peuvent être résumés ainsi:

Structures hospitalières: de bonnes structures – un personnel qualifié et une infrastructure adéquate de l'hôpital – constituent la base pour des prestations médicales et de soins infirmiers de qualité supérieure. Les conditions de travail au sein de l'hôpital influencent fortement la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Le stress et l'intensification de la charge de travail peuvent nuire à la qualité des processus et des résultats.

Procédures et processus à l'hôpital: dans le quotidien de l'hôpital, outre la compétence professionnelle du personnel, le nombre de soignants/es et la collaboration interdisciplinaire, la définition et la documentation des procédures et des processus ont également des répercussions sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Les change-

ments entraînés par le nouveau financement hospitalier peuvent augmenter la pression des coûts et influencer ainsi les procédures et processus au sein de l'hôpital.

Qualité des prestations médicales et des soins infirmiers: des hospitalisations écourtées, des changements éventuels dans l'établissement du diagnostic et le choix des méthodes de traitement à cause de la révision de la LAMal sont susceptibles d'influencer la qualité. Toutefois, ces aspects ne doivent pas forcément être synonymes d'une détérioration de la qualité des prestations hospitalières. Le fait de disposer de moins de temps pour établir un diagnostic différentiel et des exigences supérieures vis-à-vis de la gestion des sorties ont néanmoins pu être identifiés comme étant des facteurs influençant la qualité.

Culture de la qualité à l'hôpital: les structures et les processus sont ajustés au fil de l'optimisation de la culture de la qualité. Ainsi, la qualité des prestations hospitalières s'améliore.

Réadaptation et psychiatrie: des sorties plus précoces et des examens plus courts des cas complexes seront l'une des conséquences dans le domaine de la réadaptation. Cela implique de nouveaux défis pour les cliniques de réadaptation. Dans le domaine de la psychiatrie, aucun résultat spécifique n'a pu être déduit sur la base des interviews menées.

Interfaces: comme les prestations futures seront fournies dans un laps de temps réduit, de nombreuses prestations qui étaient jusqu'ici stationnaires vont se déplacer dans le domaine en amont. Le besoin de mise en réseau pourrait gagner de l'importance en raison des sorties de l'hôpital plus précoces et du libre choix de l'hôpital. Ceci constitue à la fois un grand défi et une chance pour l'amélioration du flux d'informations aux interfaces.

Modèle d'impact et hypothèses

La révision de la LAMal comprend cinq mesures différentes (forfaits par cas uniformes, financement dual fixe des prestations, planifications hospitalières cantonales, choix de l'hôpital élargi, amélioration de la transparence). Afin d'illustrer les répercussions de la révision de la LAMal, un modèle d'impact clair a été élaboré avec les dimensions suivantes:

Dimensions du modèle d'impact

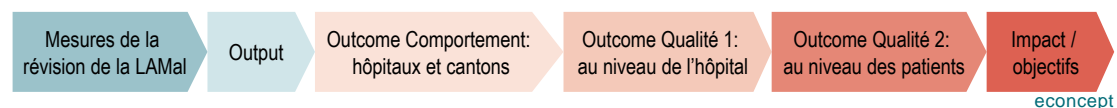


Figure: Dans le modèle d'impact, on distingue trois niveaux *Outcome* différents. On prend non seulement en compte l'attitude des hôpitaux et des cantons, mais aussi le niveau de qualité pour les hôpitaux et les patients.

L'impact relevé de la révision de la LAMal peut être défini en deux temps: la «qualité demeurant au moins constante» et la «transparence des acteurs (concernant les prestations, les coûts et la qualité)». Trois enchaînements de cause à effet principaux montrent deux réactions possibles pouvant être entraînées par la révision de la LAMal.

- *Enchaînement de cause à effet «coûts»*: suite aux mesures liées à la révision de la LAMal, la pression des coûts sur les hôpitaux se fait plus forte. L'hypothèse selon laquelle «l'argent est plus important que la qualité» peut entraîner une perte de qualité des prestations stationnaires au niveau des patients/es.
- *Enchaînement de cause à effet «compétitivité»*: la pression de la concurrence au niveau des hôpitaux, liée à une plus grande transparence et au choix élargi de l'hôpital, peut entraîner une hausse de la qualité des prestations stationnaires au niveau des patients/es, si l'on part de l'hypothèse que «la concurrence promeut la qualité».
- *Enchaînement de cause à effet «pilotage cantonal»*: le pilotage cantonal renforcé lié à la planification hospitalière axée sur les prestations, aux mandats de prestations avec objectifs de qualité et au financement dual fixe, peut entraîner au niveaux des hôpitaux, d'une part une concentration des prestations au niveau des hôpitaux et, d'autre part une hausse de qualité si l'on considère que «la gestion cantonale promeut la qualité».

Au niveau cantonal et hospitalier, les réactions suivantes sont possibles:

Réaction des cantons: les cantons pourraient affiner leurs bases de planification, mieux contrôler leur offre de prestations dans le cadre du pilotage cantonal et restreindre ou élargir, le cas échéant, les prestations proposées.

Réaction des hôpitaux: une pression supérieure des coûts et de la concurrence pourrait influencer le comportement des hôpitaux et avoir des répercussions positives et négatives sur la qualité des structures, des processus et des résultats. Cela concerne en particulier la qualité de l'infrastructure et des processus (p. ex. optimisation/augmentation du nombre de cas, durée d'hospitalisation écourtée), ainsi que les effectifs du personnel.

Une amélioration de la qualité des structures et des processus peut conduire à une augmentation de la qualité des résultats. Au niveau des patients/es, on peut partir du principe qu'il y aura des changements sur le plan de la qualité du diagnostic, des soins et du traitement, ainsi que sur le plan de la satisfaction des patients/es. Par ailleurs, cela peut avoir un impact négatif non souhaité, se manifestant sous forme d'incidents imprévus et d'erreurs.

Les mesures de la révision de la LAMal ont enfin également un impact sur les objectifs fixés par la LAMal. Ceux-ci comprennent la garantie d'une qualité restant au minimum inchangée, d'une transparence des coûts effectifs et démontré, de même que la qualité atteinte par tous les acteurs.

Questions d'évaluation et indicateurs

Aperçu des questions d'évaluation

En se basant sur les hypothèses des effets et en tenant compte des objectifs de l'étude focalisée sur la qualité des prestations hospitalières, on peut formuler les cinq questions suivantes:

QE 1	À quel niveau les mesures de la révision de la LAMal influencent-elles la qualité de la structure et des processus concernant... (indiquer huit dimensions différentes)?
QE 2	À quel niveau les mesures de la révision de la LAMal influencent-elles la qualité des résultats concernant... (indiquer quatre dimensions au niveau des patients/es)?
QE 3	À quel niveau les mesures de la révision de la LAMal influencent-elles la qualité des résultats triés par ... (indiquer trois dimensions au niveau des acteurs)?
QE 4	À quel niveau les mesures de la révision de LAMal influencent-elles la qualité des résultats concernant les groupes vulnérables (p. ex. les patients/es âgés/es ou multimorbides)?
QE 5	À quel niveau les mesures de la révision de la LAMal influencent-elles la qualité de la prestation hospitalière au niveau des interfaces et dans les domaines en amont et en aval concernant... (indiquer six dimensions différentes)?

Tableau: Questions d'évaluation

Nous recommandons de mettre l'accent dans l'étude principale sur les questions d'évaluation 2 et 3, car elles permettent de mettre en lumière la qualité des résultats. Une simple analyse descriptive est proposée pour répondre à la question d'évaluation 4.

Indicateurs

La question d'évaluation 2 concerne la qualité des résultats. Les indicateurs proposés doivent être saisis par ordre chronologique afin de pouvoir comparer les périodes avant et après l'entrée en vigueur de la révision. Les différences de qualité des résultats (QE 3) doivent être analysées sur la base des indicateurs choisis pour les caractéristiques suivantes: cantons, types d'hôpital et hôpitaux qui travaillaient avec la rémunération par cas forfaitaire avant l'introduction, comparés à ceux qui le font uniquement depuis l'entrée en vigueur de la révision. Dans la distinction établie entre les différents types d'hôpitaux, nous proposons la typologie d'hôpitaux établie par l'OFS. Afin d'étudier les répercussions de la révision de la LAMal sur les groupes particulièrement vulnérables (QE 4), une analyse des indicateurs selon des facteurs sociodémographiques et selon la multimorbidité est nécessaire.

Défis et limites de l'étude principale

Actuellement, on ignore si toutes les données nécessaires seront disponibles à temps dans la qualité requise (au plus tard deuxième semestre 2014) et si ces données pourront réellement être exploitées pour procéder à ces évaluations. Dans le domaine de soins somatiques aigus, une comparaison avant/après ne sera éventuellement pas possible sur la base des indicateurs de l'ANQ, car toutes les données avant 2012 ne seront pas disponibles en qualité suffisante. Sur la base des indicateurs de MedStat, cette comparaison devrait au plus tard être possible dans le cadre du deuxième volet de l'étude principale.

Nous recommandons d'intégrer les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation uniquement dans le second volet de l'étude principale, étant donné que les nouveaux systèmes tarifaires TarPsy et ST Reha seront introduits au plus tôt au 1^{er} janvier 2015.

Recommandations concernant l'étude principale

En résumé, les recommandations suivantes peuvent être formulées concernant les deux volets de l'étude principale:

- Concentration sur la qualité des résultats
- Qualité des structures et de processus à établir dans une étude complémentaire
- Renoncer à l'analyse des interfaces
- Baser les indicateurs sur les données de la statistique médicale et de l'ANQ
- Intégrer le domaine de la réadaptation et de la psychiatrie dans le second volet

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Am 21. Dezember 2007 beschlossen die eidgenössischen Räte die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung. Die neue Finanzierungsregelung trat am 1. Januar 2012 in Kraft. Sie hat markante Änderungen zur Folge. Wirtschaftliche Anreize sollen unternehmerische Aspekte im Spitalwesen stärken und vorher bestehende Fehlanreize beheben. Zudem soll der Wettbewerb zwischen Spitälern forciert werden. Die Revision bezweckt in der Hauptsache eine Kosteneindämmung.

Die folgende Tabelle fasst die wesentlichen Elemente der KVG-Revision Spitalfinanzierung in einer Übersicht zusammen:

Schweizweit einheitliche Strukturen für die Vergütung der Leistungen	Schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für die Vergütung der stationären OKP-Leistungen (Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) von öffentlichen und privaten Spitälern (unabhängig von Ort des Aufenthaltes im Spital [allgemein/privat]).
Leistungsfinanzierung	Dual-fixe Finanzierung der Leistungen durch Kantone und Versicherer. Ablösung der vorherigen Objektfinanzierung. In der Vergütung der Leistungen eingeschlossen ist die Abgeltung der Investitionskosten.
Spitalplanungen	Überarbeitung der Spitalplanung der Kantone auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Übergang von kapazitätsbezogener zu leistungsorientierter Spitalplanung (derzeit verordnet im akutsomatischen Bereich, in Psychiatrie und Rehabilitation weiterhin auch Kapazitätsplanung möglich) mit integraler Planung sämtlicher Leistungen für die Versorgung im Rahmen der OKP nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, unabhängig von der Rechtsform und Trägerschaft der Leistungserbringer.
Erweiterte Spitalwahl	Erweiterung der Spitalwahl für die Versicherten – und dies auch ausserhalb des Wohnkantons, wobei der Versicherer und der Wohnkanton maximal Kosten in Höhe des im Wohnkanton geltenden Tarifes zu übernehmen haben.
Verbesserte Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen	Erhebung und Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsindikatoren. Mit der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bekanntgabe von medizinischen Qualitätsindikatoren soll die Qualität der Leistungen transparent gemacht werden.
Neben der KVG-Revision Spitalfinanzierung wirken auch andere Einflussfaktoren.	

Tabelle 1: Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Die Schaffung einer einheitlichen Finanzierungsregelung für öffentliche/öffentlich subventionierte Spitäler, die Erweiterung der Wahlmöglichkeit der Versicherten und die Verbesserung der Transparenz sind Elemente, die dazu beitragen sollen, den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern.

Wirkungsanalyse der KVG-Revision

Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hält fest, dass wissenschaftliche Untersuchungen über die Umsetzung und die Wirkungen des KVGs durchzuführen sind. Der Bundesrat hat am 25. Mai 2011 eine entsprechende Wirkungsanalyse gutgeheissen. Von 2012 bis 2018 sollen sechs wissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Nach der Hälfte der Studiendauer werden der weitere Bedarf und die Umsetzungsmöglichkeiten neu geprüft werden.

Eine der Studien befasst sich mit dem Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär), die in mehreren Etappen durchgeführt wird. Die Studie umfasst eine Vorstudie (vorliegender Bericht), und eine Hauptstudie in zwei Etappen, die Mitte 2013 bis Ende 2014 resp. Anfang 2016 bis Mitte 2017 durchgeführt werden. Die vorliegende Vorstudie liefert ein umfassendes Evaluationskonzept, das die Grundlage für die Durchführung der beiden Etappen der Hauptstudie bildet.

1.2 Zweck der Vorstudie und Vorgehen

Vorbereitung der Hauptstudie

Zweck der Vorstudie ist es, mögliche Einflüsse der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität stationärer Spitalleistungen zu explorieren und als Evaluationskonzept mit Blick auf die geplanten Hauptstudien aufzubereiten. Ein Wirkungsmodell bildet dabei den Ausgangspunkt der Analyse. Ausgehend von diesem Wirkungsmodell werden Wirkungshypothesen und Evaluationsfragestellungen abgeleitet, welche im Zuge der Hauptstudie beantwortet werden sollen. Das Mandat umfasst schliesslich die Erarbeitung eines Evaluationskonzepts inklusive Grundsätzen und Anforderungen an das Auswertungskonzept sowie einen Zeitplan für die Etappen der Hauptstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Spitalleistung.

Wirkungsanalyse

Im Zentrum der Vorstudie steht damit die Durchführung einer Wirkungsanalyse zum Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär). Dabei bildet die Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen den Fokus der Analyse. Die Prozessqualität wird ergänzend beleuchtet. Der Einfluss auf die Qualität an den Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern/innen wird deskriptiv dargestellt. Zur Überprüfung der abgeleiteten Hypothesen im Zuge der Evaluation, werden im Rahmen der Vorstudie die verfügbaren Indikatoren ermittelt und sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Verfügbarkeit geprüft.

Methodische Zugänge

Die Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität stationärer Leistungen nutzt folgende Methoden der Erkenntnisgewinnung:

- *Literaturanalyse*: Die Literaturanalyse ermöglicht die Bündelung von Erkenntnissen und das Ableiten von Wirkungshypothesen zur Auswirkung der Spitalfinanzierung.
- *Experten/innen-Interviews*: In Experten/innen-Interviews mit wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens sind Überlegungen und Hypothesen ermittelt worden, welche aus Sicht der Akteure Relevanz für die Evaluation haben.
- *Workshops mit Experten/innen*: Weitere Grundlage bilden Ergebnisse aus zwei Experten/innen-Sitzungen mit je einem/r Vertreter/in aus der Praxis und Wissenschaft.

In diesem Setting sind die Ergebnisse und Hypothesen diskutiert und in Hinblick auf die Evaluation validiert worden.

- *Sitzungen mit der Projektleitung und der Begleitgruppe:* Die Zwischenergebnisse sind mit der Projektleitung des BAG sowie mit der Begleitgruppe, bestehend aus Vertreter/innen diverser Institutionen des Gesundheitswesens,¹ vertieft und ergänzt worden.

Gliederung der Vorstudie

Die Vorstudie ist wie folgt gegliedert. Das anschliessende Kapitel 2 gibt eine kurze Übersicht über die wichtigsten Definitionen und Hypothesen aus der aktuellen einschlägigen Literatur. In Kapitel 3 erfolgt eine Zusammenfassung der Interviews mit den Experten/innen. Basierend auf diesen Erkenntnissen wird ein Wirkungsmodell erarbeitet und daraus Wirkungshypothesen abgeleitet (Kapitel 4). Zur Überprüfung der Wirkungshypothesen werden Evaluationsfragestellungen erarbeitet, die in Kapitel 5 aufgeführt sind. Die verfügbaren Indikatoren werden auf Ihre Eignung überprüft. In Kapitel 6 werden die Empfehlungen für die Hauptstudie zusammengefasst. Abgerundet wird der Bericht mit Überlegungen zu notwendigen Vorarbeiten für die Durchführung der Hauptstudien samt grober Zeitplanung (Kapitel 7).

1.3 Begriffsbestimmungen

Dieses Kapitel erläutert die für das vorliegende Dokument zentralen Begrifflichkeiten.

1.3.1 Spitalleistungen

Im Zentrum der Studie stehen die stationären Spitalleistungen. Hierbei handelt es sich um die medizinischen Leistungen am Patienten, die in einem stationären Bereich der Akutsomatik, der Rehabilitation oder der Psychiatrie erbracht werden. Die medizinischen Leistungen umfassen sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die medizinisch-technischen, die therapeutischen und die pflegerischen Leistungen.

1.3.2 Schnittstellen

Unter dem Begriff der Schnittstellen werden die Schnittstellen der stationären Versorgung zu den vorgelagerten Bereichen (insbesondere Ambulatorien und Arztpraxen) wie auch zu den nachgelagerten Bereichen (insbesondere Pflegeheime und ambulante Pflege (SPITEX)) und Rehabilitation verstanden.

¹ Die Begleitgruppe setzt sich zusammen aus Vertreter/innen der Geschäftsstelle des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), von H+ - Die Spitäler der Schweiz, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, des Dachverbands der Schweizerischen Patientenstellen DVSP (Patientenstelle Zürich), der tarifsuisse AG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK.

1.3.3 Zum Qualitätsbegriff im Gesundheitsbereich

Gemäss der Qualitätsstrategie des Bundes (BAG 2009) ist Qualität ein Mass dafür, «wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen» (BAG 2009: 47). Die Qualität der Leistungserbringung wird nach folgenden Zieldimensionen beurteilt: Die Leistungserbringung soll «sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen» (BAG 2009: 48).

Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnis-/Outcomequalität

Generell werden im Qualitätsmanagement die drei Dimensionen der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnis-/Outcomequalität unterschieden (Donabedian 1966). Die Strukturqualität beinhaltet beispielsweise die räumliche Infrastruktur, die technische Ausstattung und Menge sowie Qualifikation des Personals. Die Prozessqualität ergibt sich aus der Summe der erbrachten Massnahmen, die als notwendig erachtet werden sowie aus der Qualität des Behandlungsablaufes (SAMW 2009). Zu letzterem zählen u.a. die Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit des Personals oder die Kooperation verschiedener Berufsgruppen in einem Spital (Braun und Müller 2006: 48). Die Ergebnisqualität misst die für die Patienten/innen relevantesten Aspekte, wie beispielsweise die Heilungsrate oder die Mortalität. Eine gute Struktur- und Prozessqualität sind die Voraussetzungen für eine hohe Ergebnis-/Outcomequalität.

2 Ergebnisse der Literaturanalyse

2.1 Zur Durchführung der Literaturanalyse

Die Literaturanalyse gibt einen groben Überblick über die in der Literatur vorhandenen Wirkungshypothesen und die Befunde zur Wirkung von Fallpauschalen auf die Qualität der Spitalleistungen. Sie fokussiert vorderhand auf die Wirkung der Einführung von Fallpauschalen auf die Qualität der Spitalleistungen. Für die Auswirkungen weiterer Aspekte der KVG-Revision Spitalfinanzierung wie die Änderungen bei der Leistungsfinanzierung bei der Spitalplanung, bei der Spitalwahl und bei der Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren wurden in der Literatur keine Hypothesen und Ergebnisse gefunden.

Die Recherche wurde mit einem Fokus auf wissenschaftliche Literatur aus dem deutschsprachigen Raum aber auch den USA geführt, wobei sich die Forschung zur Wirkung der Fallpauschalen auf das jeweilige Fallpauschalsystem des Landes bezieht.

In einem ersten Schritt wird zusammengefasst, welche Befunde zur Wirkung von Fallpauschalen auf die Qualität es bereits gibt und welche Indikatoren herangezogen werden. Neben der Darstellung der empirischen Befunde sind insbesondere Annahmen und Hypothesen angeführt, welche aus der Literatur hervorgehen. Diese werden jedoch explizit als empirisch nicht untersuchte Annahmen verstanden. Nach Möglichkeit wird zwischen den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie und den Schnittstellen unterschieden.

2.2 Annahmen und Befunde im Bereich der Akutsomatik

In der Literatur werden unterschiedliche Hypothesen über die Auswirkungen der Änderungen in der Spitalfinanzierung insbesondere die Einführung der Fallpauschalen auf die Qualität der Spitalleistung diskutiert. In diesem Kapitel werden zunächst die zentralen Hypothesen überblicksmässig zusammengefasst. Anschliessend werden die wesentlichen Befunde aus der Literatur kurz beschrieben.

In der Literatur liegen folgende empirisch nicht systematisch geprüfte Annahmen zur Wirkung der Massnahmen der Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen im akutsomatischen Bereich vor.

- *Wettbewerb*: Qualitätscontrolling und -transparenz sowie die freie Spitalwahl fördern den Wettbewerb zwischen den Spitälern. Um sich gegenüber der Konkurrenz besser zu stellen, können die Spitäler einerseits die Kosten senken, mit eventuell negativen Folgen für die Qualität, oder andererseits die Qualität erhöhen, um mit dieser zu werben (Fürstenberg et al. 2011: 28, Pellegrini et al. 2010: 136).
- *Spezialisierung*: Ein verstärkter Wettbewerb könne zudem die Spezialisierung der Spitäler fördern, die sich möglichst gut positionieren wollen (Pellegrini et al. 2010: 133) und somit zu Mengenausweitung und damit verbunden Skaleneffekten führen.

Eine Spezialisierung kann bei einem positiven Zusammenhang zwischen Menge und Qualität zu einer Qualitätssteigerung führen (Fürstenberg et al, 2009: 29). Aufgrund breiterer Möglichkeiten bei der Spezialisierung würden grosse Spitäler in Ballungszentren tendenziell bevorzugt, was zu einer Schliessung von kleinen, ländlichen Spitälern führen könnte (Wild et al. 2009). Die Veränderung der Spitallandschaft könnte sich über die Reduktion des Zugangs zu medizinischen Leistungen negativ oder über verbesserte Prozesse und Strukturen in spezialisierten Spitälern positiv auf die Qualität auswirken (Pellegrini et al. 2010: 136).

- *Qualitätsmanagement:* Aufgrund der Vorgaben zur Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren sowie des verstärkten Wettbewerbs wird das Qualitätsmanagement an Bedeutung gewinnen. Dies könne dazu beitragen, dass die Qualität aufrechterhalten wird oder sich verbessert (Pellegrini et al. 2010: 133 ff.). Ein Ausbau des Qualitätsmanagements sollte einen positiven Einfluss auf die Qualität der Versorgung und den Versorgungsprozess haben (Fürstenberg et al. 2011: 527).
- *Verändertes Investitionsverhalten:* Es werden Auswirkungen auf das Investitionsverhalten der Spitäler vermutet, da Investitionen neu in die DRG-Pauschalen integriert sind (Pellegrini et al. 2010: 42 und 135 f.). Die Investitionen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler werden nun nicht mehr nur von den Kantonen sondern von Kantonen und Versicherern gemeinsam finanziert (dual-fixe-Finanzierung). Vor dem Hintergrund der grösseren Autonomie besteht einerseits der Anreiz, Patienten/innen mit den besten und neuesten Möglichkeiten zu behandeln, was vermehrt Innovationen und erhöhtes Investitionsverhalten zur Folge hätte und sich positiv auf die Qualität auswirken würde. Andererseits ist es denkbar, dass qualitätsfördernde Investitionen aus Kostengründen nicht getätigt werden, was sich negativ auf die Qualität auswirken würde (Fürstenberg et al. 2011: 29).
- *Veränderte Personalpolitik:* Der Kostendruck könnte Auswirkungen auf die Personalpolitik der Spitäler haben. Vermutet werden ein Abbau des Personalbestandes, eine erhöhte Arbeitsbelastung sowie eine Veränderung des Skill-Grade-Mix (Wild et al. 2009, Meyer et al. 2009: 26 f.). Dies würde die für die Behandlung verwendete Zeit reduzieren und hätte somit einen Einfluss auf die Qualität der Leistungen (Braun und Müller 2006: 7).
- *Kostendruck und Effizienzsteigerung:* Als Folge der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsteht Kostendruck. Spitäler werden versuchen, die Fallkosten möglichst tief zu halten. Resultat könnte eine ökonomischere und effizientere Ausgestaltung der Prozesse sein: eine Verbesserung der Behandlung dank besserer Patientenwege, sorgfältigerer Abklärungen und besserem Zusammenwirken der Berufsgruppen zur Reduktion von teuren Fehldiagnosen und Rehospitalisierungen. Eine effizientere Abwicklung der Prozesse kann durch bessere Dokumentation bei Aufnahme, Ablauf und Entlassung erreicht werden, was aus Sicht der Patienten/innen als positiv zu beurteilen ist (Braun und Müller 2006: 7).

- *Reduktion des Zeiteinsatzes:* Befürchtet wird gleichzeitig eine Verknappung der verwendeten Zeit, was mit Qualitätsverlusten verbunden sein könnte (Braun und Müller 2006: 7, Breuer et al. 2011, Fürstenberg et al. 2011: 28).
- *Risikoselektion:* Es besteht überdies die Vermutung, dass Spitäler, bedingt durch Kostendruck und Spezialisierungstendenzen, Risikoselektion betreiben und tendenziell lukrativere Patienten/innen aufnehmen sowie kostspielige Fälle abweisen (Braun und Müller 2006: 7, Fürstenberg et al. 2011: 29, Wild et al. 2009). Mögliche Folgen dieses Selektionsverhaltens wären eine grössere Anzahl Verlegungen zwischen den Spitälern, längere Wartelisten (Braun et al. 2010: 42) oder die Nichterbringung von nötigen Leistungen (Fürstenberg et al. 2011: 28). Dies hätte einen Einfluss auf die Qualität der Spitalleistungen (Pellegrini et al. 2010: 134).
- *Erhöhung der Fallzahlen:* Spezialisierungen, Risikoselektion und der Kostendruck können eine Erhöhung der Fallzahlen je Spital zur Folge haben. Dies hätte tendenziell positive Auswirkungen auf die Qualität. Andererseits kann sich auch eine Reduktion der Fallzahlen aufgrund von mehr Verlagerungen von Leistungen in andere Bereiche (z.B. Pflegeheim) oder den ambulanten Bereich ergeben (Pellegrini et al. 2010: 134, Post et al. 2010, Braun und Müller 2006: 90).
- *Fallsplitting und Qualitätsreduktion bei Multimorbidität:* Ein befürchtetes Fallsplitting, also das getrennte Behandeln von unterschiedlichen Diagnosen bei einem/r Patienten/in (Fürstenberg et al. 2011: 28) kann zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität multimorbider Patienten/innen führen (Braun und Müller 2006: 7, Breuer et al. 2011). Weitere negative Auswirkungen auf die Qualität der Spitalleistungen können sich durch die zu grosse Anzahl Abklärungen oder die Vernachlässigung von Nebendiagnosen ergeben (Breuer et al. 2011).
- *Verkürzte Aufenthaltsdauer:* Die Einführung der Fallpauschalen kann zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer aufgrund des Kostendrucks führen. Dies kann zu einer Verschlechterung des Zustandes der Patienten/innen bei der Entlassung bis hin zu unangemessen frühen Entlassungen führen (Braun und Müller 2006: 7 und 34, Breuer et al. 2011, Fürstenberg et al. 2011: 28, Wild et al. 2009, Meyer et al. 2009: 29). Zugleich wird darauf hingewiesen, dass kein Anreiz zu verfrühten Entlassungen bestehe, da eine damit verbundene erhöhte Rehospitalisierungsrate weitere Behandlungen mit der gleichen Pauschale und somit Mehrkosten für die behandelnden Spitäler verursachen würde (Pellegrini et al. 2010: 134).

Forschungsergebnisse

Bei der empirischen Prüfung der Auswirkung von Fallpauschalen auf die Qualität stationärer Spitalleistungen zogen wissenschaftliche Studien² verschiedene Indikatoren heran: (Poststationäre) Mortalitätsrate (bis zu 30 Tage nach der Spitalentlassung),

² Die sehr breit angelegte Studie aus der Begleitforschung zur Einführung von G-DRG (Fürstenberg et al., 2011) beinhaltet eine grosse Auswahl an empirischen Analysen zur Strukturqualität aber auch zur Ergebnisqualität. In diesem Bericht werden deren wichtigsten Ergebnisse neben den Ergebnissen weiterer Studien kurz abgebildet.

Rehospitalisationsrate, Reoperationsrate, Nebenwirkungen des Spitalaufenthaltes (z.B. postoperative Wundinfektionen), Gesundheitszustand der Patienten/innen (z.B. Beweglichkeit bei Hüftprothesen), Patientenbefragungen und Personalbefragungen. Ausserdem wurden verschiedene Prozess- und Strukturindikatoren (z.B. präoperative Verweildauer, Antibiotikaphylaxe, Fallzahlen, Verweildauer, Anzahl Krankenhäuser) untersucht. Relevant scheint jedoch zu sein, dass bei Auswertungen die Daten risikoadjustiert untersucht werden.³ Die Resultate der Forschungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Spezialisierung*: Im Gegensatz zu Befunden aus den USA (Eastaugh 1992, Farley und Hogan 1990, zitiert in Fürstenberg 2011: 32) konnte in Deutschland keine Spezialisierung des Leistungsspektrums nachgewiesen werden. Allerdings könnten diese Ergebnisse durch die in Deutschland beobachtete deutliche Fallzunahme beeinflusst sein (Fürstenberg et al. 2011: 488 ff.).
- *Qualitätsmanagement*: In Deutschland hat das Qualitätsmanagement nach der Einführung von G-DRG sichtbar an Bedeutung gewonnen. Es konnte gezeigt werden, dass nicht nur die Anzahl der im Qualitätsmanagement tätigen Personen sondern auch die Anzahl angewandter Zertifizierungsverfahren zugenommen hat (Fürstenberg et al. 2011: 400 ff.). Inwiefern diese Zunahme Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen hat, konnte trotz der umfangreichen Analysegrundlagen der deutschen Begleitforschung nicht überprüft werden (Fürstenberg et al. 2011: 527).
- *Verändertes Investitionsverhalten*: In Deutschland konnte ein durch die Einführung der Fallpauschalen verändertes Investitionsverhalten festgestellt werden. Gemäss einer schriftlichen Befragung der Krankenhäuser wurden in mehr als der Hälfte der Häuser die Investitionen im Personalbereich und der IT seit der Einführung der G-DRGs ausgeweitet. Im Bereich Gebäude und die (Medizin-)Technik waren es zwischen 15 und 22 % der Häuser (Fürstenberg et al. 2011: 324 ff.).
- *Keine generelle Zunahme der Mortalitätsrate*: In den USA konnte kein Anstieg der Mortalitätsrate nachgewiesen werden (Davis und Rhodes 1988, Kahn et al. 1990), wobei allerdings auch nachgewiesen werden konnte, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten/innen in einer weniger stabilen Verfassung entlassen wurden, zugenommen hat (Rogers et al. 1990). Es zeigte sich hingegen, dass die In-House-Mortalität signifikant von 16.1% auf 12.6% sank und auch die 30-Tage Mortalität um 1.1 Prozentpunkte abnahm (Kahn et al. 1990: 1985). Auch in Deutschland sank die Mortalitätsrate signifikant (Fürstenberg et al. 2011: 32 und 524 f.). Weitere Studien fanden, wenn überhaupt, nur sehr kurzfristige negative Auswirkungen auf die Mortalität (Brügger 2010: 61 f., Forgiione et al. 2004).
- *Keine Zunahme der Rehospitalisationen*: Es wurde in keiner Studie eine Erhöhung der Wiederaufnahmerate bestätigt (Braun und Müller 2006: 100, David und Rhodes

³ Die Risikoadjustierung hat zum Ziel, diejenigen Faktoren zu egalisieren, auf die das Spital keinen Einfluss hat, die aber einen wesentlichen Einfluss auf die Letalität haben. Für die Risikoadjustierung verwendet das BAG beispielsweise die Alters- und Geschlechtsstandardisierung (BAG 2012: 17).

1988); auch nicht bei denjenigen Schweizer Spitalern, die bereits Fallpauschalen verwenden (Brügger 2010: 56 f., Widmer und Weaver 2011: 25 ff.). Gemäss einer Befragung in Deutschland steigt seit DRG-Einführung der Anteil Patienten/innen, welche eine Verbesserung ihres Zustandes bei Entlassung im Vergleich zum Eintritt feststellen, minimal von 39,3% auf 42,3% an, wobei es je nach Erkrankungstyp auch zu Verschlechterungen gekommen ist (Braun und Müller 2006: 56 ff.).

- *Verkürzte Aufenthaltsdauer:* Eine Studie zu den Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitalern zwischen 2001 und 2008 zeigt, dass sich die modellbereinigte Aufenthaltsdauer in Spitalern, die mit APDRG⁴ abrechnen, von 8.7 Tagen auf 7.4 Tagen reduzierte. In Spitalern ohne Fallpauschalen reduzierte sich die modellbereinigte Aufenthaltsdauer im selben Zeitraum auf 7.3 Tage. Dieser geringe Unterschied ist nicht signifikant (Widmer und Weaver 2011: 24), so dass nicht von einem Einfluss der Fallpauschalen ausgegangen werden kann. In einer amerikanischen Studie, die in den 80er Jahren die Wirkungen der Einführung des «DRG-based Prospective Payment Systems (PPS)» mittels Vorher-Nachher-Vergleich prüfte, konnte eine Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 24%, von 14.4 auf 11 Tage, nachweisen (Kahn et al. 1990: 1985).
- *Keine generellen Auswirkungen auf die Qualität:* Eine Studie, welche verschiedene OECD-Länder mit und ohne DRG-Abrechnung vergleicht, verweist ohne statistisch signifikante Resultate auf die Tendenz, dass die Einführung von Fallpauschalen eine Erhöhung des Case-Mix-Indexes sowie eine Reduktion der Qualität in Form von steigender Mortalitätsrate bewirkt (Forgione et al. 2004). Die Auswertung von 45 Primärstudien mit Blick auf Mortalität, Rehospitalisationen und weiteren Ergebnisindikatoren ergab folgende Resultate: in den allermeisten Fällen zeigten sich keine Auswirkungen auf die Qualität, vereinzelt und in spezifischen Bereichen eine leichte Verschlechterung und in einigen Fällen eine Verbesserung der Qualität (Brügger 2010: 62 f.). Insbesondere Studien aus Deutschland, aber auch weitere, weisen auf die Schwierigkeit hin, die Kausalität zwischen Veränderungen der Qualität und der Einführung von Fallpauschalen nachzuweisen (Hensen et al. 2007, Fürstenberg et al. 2011: 35 f.). Jedoch kann für Deutschland festgehalten werden, dass die Einführung von G-DRG weder zu einer Verschlechterung der Prozessqualität noch zu einer Verschlechterung der Ergebnisqualität geführt hat (Fürstenberg et al. 2011: 524).

2.3 Annahmen und Befunde im Bereich Rehabilitation

Im Folgenden werden Annahmen, Indikatoren und Ergebnisse für den Rehabilitationsbereich aufgeführt. Diese beziehen sich auf Begleitstudien zur DRG-Einführung aus Deutschland (Fürstenberg et al. 2011: 508, von Eiff et al. 2011).

- *Mehr Verlegungen:* Aufgrund der erwarteten Verkürzung der Verweildauer im akutstationären Bereich werden eine Erhöhung der Verlegung in Rehabilitationseinrich-

⁴ All Patient Diagnosis related Groups APDRG

tungen sowie ein damit einhergehender schlechterer Krankheitszustand der Verlegten vermutet. Folge davon wären Strukturveränderungen, wie höhere Fallzahlen in Rehabilitationseinrichtungen oder eine grössere Anzahl an Einrichtungen.

- *Zunahme der Arbeitsbelastung, Abnahme der Qualität:* Aufgrund von erhöhter Arbeitsbelastung und ungeeigneten oder unangepassten Strukturen und Prozessen könnte die Qualität sinken.
- *Abnahme der Verweildauer, Verschlechterung des Patientenzustands:* Zudem könnte als Folge des Kostendrucks die Verweildauer im akutsomatischen Bereich sinken, was eine Verschlechterung des Patientenzustandes beim Übertritt in die Rehabilitation nach sich ziehen könnte.

Forschungsergebnisse

Im Rahmen von Begleitforschungen zu den Auswirkungen der DRG-Einführung im akutsomatischen Bereich auf den Rehabilitationsbereich wurden einerseits Ergebnisindikatoren (Zustand nach Bandscheibenoperationen, Bypass-Operationen etc.) und Prozessindikatoren (Fallzahlen, Verweildauer, Pflagestage je Vollkraft) erhoben.

Die Resultate von Studien aus Deutschland zeigen, dass der langjährige Trend des Rückganges an Rehabilitationseinrichtungen und der Anzahl Betten seit Einführung der Fallpauschalen zwar Bestand hat aber rückläufig ist. (von Eiff et al. 2011: 274).

Ein Zusammenhang zwischen diesem Rückgang und einer grösseren Anzahl Verlegungen aus dem akutsomatischen, stationären Bereich konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. In den Begleitstudien wurden zudem ein Anstieg des Personalbestands sowie der Arbeitsbelastung und eine Verschlechterung des Patientenzustandes bei Eintritt in Rehabilitationseinrichtungen und vermehrte Begleiterkrankungen festgestellt. Die Aufenthaltsdauer sank in geringem Ausmass. Eine Verschlechterung der Qualität in den Rehabilitationseinrichtungen, gemessen an der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten/innen zwischen Ein- und Austritt, wurde nicht festgestellt (Fürstenberg et al. 2011, von Eiff et al. 2011).

2.4 Annahmen und Befunde zum Bereich Psychiatrie

Bezüglich der Auswirkungen von Fallpauschalen auf die Qualität der Leistungen im psychiatrischen stationären Bereich wurde keine einschlägige Literatur gefunden. Nach unseren Erkenntnissen gibt es lediglich in Österreich und Ungarn erste Versuche, auch in der Psychiatrie mit Fallpauschalen abzurechnen. Jedoch scheint die Qualität der Abrechnungssysteme nicht ausreichend, um als Basis für ein deutsches Fallpauschalensystem in der Psychiatrie zu dienen (Margaschewski und Schunke 2010).

2.5 Schnittstellen zum vor- und nachgelagerten Bereich

Auch mögliche Wirkungen auf die Schnittstellen werden im Zusammenhang veränderter Spitalfinanzierung in der Literatur diskutiert. Grundsätzlich wird ein höherer Koordinationsaufwand erwartet.

Indikatoren

Zur Beurteilung des Geschehens an den Schnittstellen wurden Struktur- und Prozessindikatoren (Anzahl Verlegungen, poststationäre Arzt-Patienten Kontakte, Anzahl ambulante Operationen, Dauer zwischen Entlassung und Beginn der Nachbehandlung) sowie Indikatoren zum Gesundheitszustand (Zustand bei Aufnahme in Rehabilitation) und Patienten/innen- und Personalbefragungen verwendet.

Hypothesen

Die in der Literatur diskutierten Hypothesen zu den Schnittstellen zu den vorgelagerten Bereichen sind nicht eindeutig. Der ökonomische Anreiz möglichst viele (einfache) Fälle stationär zu behandeln, kann die Anzahl Verlagerungen aus dem ambulanten Bereich steigern. (Fürstenberg et al. 2011: 28). Zudem könnte auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit Hausärzten erfolgen (Breuer et al. 2011). Auch an den Schnittstellen zu den nachgelagerten Bereichen wird eine stärkere Beanspruchung erwartet. Aufgrund des Kostendrucks könnte es zu früheren Verlegungen in nachgelagerte Bereiche kommen sowie zu einer Reduktion der verfügbaren Zeit für das Aus- resp. Übertrittsmanagement. Schwererer Krankheitsgrad und eine grössere Anzahl Verlegungen erfordern eine Optimierung des Austritts- und Übertrittsmanagements und bewirken in Verbindung mit der knappen Zeit eine grössere Belastung der Schnittstellen und möglicherweise einen Qualitätsverlust (Breuer et al. 2011, Brügger 2010: 45, Fürstenberg et al. 2011: 32).

Forschungsergebnisse

Die Resultate zu den vorgelagerten Bereichen sind nicht eindeutig. Während es in Österreich zu einer Verschiebung von ambulanten zu stationären Leistungen kam, erhöhte sich in Deutschland die Anzahl ambulanter Operationen und dies auch in Relation zur stationären Fallzahl. Mit Blick auf Schnittstellen zu den nachgelagerten Bereichen zeigte sich in Deutschland weder eine durch die DRGs verursachte grössere Anzahl Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen noch eine grössere Rate poststationärer ambulanter Arzt-Patienten Kontakte (Fürstenberg et al. 2011: 509 ff.). Zwar stiegen die poststationären Arzt-Patienten Kontakte in den 10 Tagen nach Entlassung um 2.3% an, es nahmen jedoch auch Arzt-Patienten Kontakte bei Versicherten ohne stationären Aufenthalt um 2.4% zu (Fürstenberg et al. 2011: 218). Im betrachteten Untersuchungszeitraum 2006 und 2008 stieg der Anteil der Patienten/innen an, welche nach Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen wieder ins Spital verlegt wurden um rund 10 % je Jahr an (Fürstenberg et al. 2011: 361 f.). Während sich in Deutschland keine grössere Anzahl Verlegungen in den Rehabilitationsbereich abzeichnete (Fürstenberg et al. 2011: 509 ff.) wurden in den USA hingegen Leistungen, insbesondere Pflegeleistungen, vermehrt auf nachgelagerte Sektoren übertragen (Brügger et al. 2010: 45). Wie bereits angeführt, kam es in Deutsch-

land vermehrt zu Übertritten vom akutstationären in den Rehabilitationsbereich in einem schlechteren Gesundheitszustand (von Eiff et al. 2011). In Deutschland schätzen die Patienten/innen darüber hinaus den Grad ihrer Informiertheit (über Behandlungen, Medikation etc.) seit Einführung der DRGs schlechter ein, die Notwendigkeit von Nachbehandlungen wird als zunehmend beurteilt (Breuer et al. 2011).

3 Ergebnisse der Experten/innen-Interviews

3.1 Zur Durchführung der Experten/innen-Interviews

Im Rahmen der Vorstudie wurden leitfadengestützte Experten/innen-Interviews mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens geführt. Mit Hilfe dieser Interviews konnten Wissensbestände und Kontextbedingungen der Qualität stationärer Spitalleistungen und des Einflusses der KVG-Revision auf die Qualität aus der Sicht der wichtigsten Akteure einbezogen werden. Die Experten/innen-Interviews fokussierten ausserdem auf Indikatoren, die für die Evaluation geeignet erscheinen, sowie auf bestehende Datenlücken. Die gesamthafte Qualität der Gesundheitsversorgung stand nicht im Vordergrund der Interviews, es wurden jedoch qualitätsrelevante Auswirkungen der KVG-Revision an den Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern thematisiert. Die Interviewpartner/innen wurden mit einem im Vorfeld gemeinsam mit dem Leitfaden versandten Schreiben über den Fokus der Interviews informiert: «Ergebnisqualität der stationären Spitalleistungen» und «alle drei stationären Bereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie)». Da jedoch Strukturen von einigen Interviewpartnern/innen thematisiert wurden, werden auch Inhalte und Überlegungen zu Strukturen zusammenfassend wiedergegeben. Der Leitfaden, eine Übersicht der angefragten Institutionen und Gesprächspartner/innen sowie eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse finden sich im Anhang.

Die Experten/innen-Gespräche wurden entweder persönlich (mit zwei Ansprechpersonen pro Institution) oder telefonisch (eine Ansprechperson) durchgeführt. Die Interviewdauer lag bei etwa 90 Minuten (persönliche Interviews) respektive 45 Minuten (telefonische Interviews). Die Interviews wurden protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurde ein induktives Vorgehen mit dem Ziel der Hypothesengenerierung verfolgt. In den nächsten Abschnitten sind die Ergebnisse in verdichteter Form dargestellt.

3.2 Qualität stationärer Leistungen und Einflüsse der KVG-Revision

3.2.1 Gesprächsergebnisse zum Bereich Akutsomatik

Aufgrund der Experten/innen-Gespräche lassen sich zu möglichen Einflüssen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Spitalleistungen im Bereich Akutsomatik Überlegungen zu Wirkungszusammenhängen identifizieren.

Spitalstrukturen

Gute Spitalstrukturen – qualifiziertes Personal sowie die entsprechende Infrastruktur des Spitals – sind Grundvoraussetzungen für das Erbringen qualitativ hochstehender medizinischer und pflegerischer Leistungen. Die Arbeitsbedingungen im Spital haben grossen Einfluss auf die Qualität stationärer Spitalleistungen; Stress und Arbeitsverdichtung können Prozess- und Ergebnisqualität negativ beeinflussen. Bei der Untersuchung des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Arbeitsbedingungen im Spital ist es

jedoch schwierig, zwischen Verschlechterungen bedingt durch die KVG-Revision und weiteren Einflussfaktoren zu unterscheiden. Da das Management des Spitals hinsichtlich Stellenplanung, Arbeitsbedingungen und Infrastruktur direkte Gestaltungsmöglichkeiten hat, scheint es durchaus sinnvoll, mögliche strukturelle Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung bei der Evaluation des Einflusses der KVG-Revision zu beleuchten.

Prozesse und Abläufe im Spital

Aus Sicht der Interviewpartner/innen können die Neuerungen bei der Spitalfinanzierung den Kostendruck erhöhen und in der Folge Prozesse und Abläufe im Spital verändern. Im Spitalalltag haben neben der Fachkompetenz des Personals, dem Personalschlüssel und der interdisziplinären Zusammenarbeit vor allem auch die Definition und Dokumentation von Abläufen und Prozessen, Fallzahlen sowie der Datenfluss zwischen stationärer Behandlung und zuweisenden Stellen Einfluss auf die Qualität stationärer Spitalleistungen. Einzelne Interviewpartner/innen wiesen darauf hin, dass der Initialaufwand und damit der Druck auf das Personal und der Zeitaufwand für Anpassungen von Prozessen nach der KVG-Revision grösser sein können, dass aber mittelfristig aufgrund angepasster Prozesse keine negativen Auswirkungen auf Prozesse und Ergebnisse zu erwarten seien. Zu einer Prozessveränderung könnte es aus Sicht der Interviewpartner/innen beim Dokumentationsbedarf und dem Pflegeaufwand kommen. Eine Betrachtung der gesamten Behandlungskette, unter Einbezug der vorgelagerten und nachgelagerten Bereiche wurde von mehreren Experten/innen nahe gelegt.

Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen

Überlegungen zu möglichen Einflüssen der KVG-Revision auf die Qualität stationärer Spitalleistungen fokussieren auf die Annahme kürzerer Aufenthaltsdauern im Spital und mögliche Veränderungen bei der Diagnosestellung und Wahl der Behandlungsmethoden. Dass Spitalaufenthalte kürzer werden, entspricht einem schon seit längerer Zeit beobachtbaren Trend. Mehreren Interviewpartner/innen gingen davon aus, dass sich dieser Trend verstärken werde – was allerdings nicht direkt mit einer Veränderung der Qualität der Spitalleistungen einhergehen müsse. Weniger Zeit für Abklärungen und höhere Anforderungen an das Austritts-Management wurden als mögliche qualitätsrelevante Folgen diskutiert.

Qualitätskultur Spital

Durch die KVG-Revision werde es vermehrt zur Einführung von Qualitätsmanagement und von Qualitätsinstrumenten kommen. In der Folge sei eine Verbesserung der Qualität zu erwarten, da Strukturen und Prozesse auf der Basis der Ergebnisse des Qualitätsmanagements angepasst würden. Diese Entwicklung werde durch definierte Gremien, Abläufe und Prozesse für Qualität, Verankerung von Qualität in der Spitalführung, Stellenwert und Vernetzung der Qualitätsbeauftragten, Verankerung von Qualität im Leitbild und Weiterbildungen im Bereich Qualität deutlich, erklärten einzelne Interviewpartner/innen.

3.2.2 Gesprächsergebnisse zum Bereich Rehabilitation

Die Interviews fokussierten vor allem auf den akutsomatischen Bereich. Es wurden jedoch auch Überlegungen zu den Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich und zur Rehabilitation gemacht. In einem Interview wurde thematisiert, dass aufgrund früherer Entlassungen und verkürzter Abklärungen möglicherweise Rehabilitations-Potenziale nicht ausreichend eingeschätzt und ausgeschöpft würden, was jedoch nur schwer überprüfbar sei. Komplexere Fälle im Rehabilitationsbereich bedeuten zudem strukturelle Herausforderungen für die Behandlung, Betreuung und Arbeitserfordernisse in den Rehabilitations-Institutionen. Späte Kostengutsprachen der Versicherungen führen aktuell eher zu späten Verlegungen in den Rehabilitationsbereich und verlängern die akutsomatischen stationären Aufenthalte – so die Einschätzung einzelner Gesprächspartner/innen.

3.2.3 Gesprächsergebnisse zum Bereich Psychiatrie

Auch bezüglich der Psychiatrie werden ähnliche Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung wie im akutstationären Bereich diskutiert. Da die neue Tarifstruktur noch nicht klar ist, konnten von den Gesprächspartner/innen noch keine fundierten Hypothesen zum stationären psychiatrischen Bereich formuliert werden.

3.2.4 Gesprächsergebnisse zu den Schnittstellen

Die Vernetzung an den Schnittstellen zum vor- und nachgelagerten Bereich wurde von den Gesprächspartner/innen als grosse Herausforderung der KVG-Revision gesehen. Angesichts möglicher früherer Entlassungen sowie als Folge der freien Spitalwahl könne der Vernetzungsbedarf zunehmen. Gleichzeitig zeigten die Spitäler zunehmendes Interesse und Engagement für eine lückenlose Übergabe an die nachgelagerten Stellen. Die notwendige Verbesserung des Informationsflusses und der Vernetzung an diesen Schnittstellen wurde von den Gesprächspartner/innen insgesamt als Chance betrachtet.

Es wird angenommen, dass Leistungen in kürzerer Zeit erbracht werden müssen und sich dadurch viele bislang stationär erbrachte Leistungen in den vorgelagerten Bereich verlagern könnten. Obwohl dieser Trend schon vor der KVG-Revision zu beobachten gewesen sei, seien dadurch vor allem Personen und Prozesse an den Schnittstellen hinsichtlich Dokumentation, Kommunikationsgeschwindigkeit und Kommunikationsqualität gefordert.

Die kürzere Dauer von Spitalaufenthalten führe dazu, dass Fälle früher im nachgelagerten Bereich betreut werden. Die KVG-Revision setze, so mehrere Interviewpartner/innen, jedoch keinen Anreiz, Patienten/innen zu früh zu entlassen, vielmehr gehe es darum, den optimalen Entlassungszeitpunkt zu finden.

3.3 Gesprächsergebnisse zu Indikatoren, Daten und Auswertungskonzept

Der Tenor der Experten/innen hinsichtlich Indikatoren war, dass die wichtigsten Bereiche diesbezüglich gut abgedeckt seien und dass keine gravierenden Lücken bestünden. Datenlücken seien hinsichtlich einer schweizweiten ambulanten Statistik auszumachen.

Insbesondere Spitalkategorien und Versorgungsregionen sind aus Sicht der Interviewpartner/innen relevante Auswertungskategorien.

4 Wirkungsmodell und Wirkungshypothesen

4.1 Wirkungsmodell KVG-Revision <-> Qualität Spitalleistungen stationär

Die aus der Literaturanalyse und den Experten/innen-Interviews gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse sind in die Entwicklung des Wirkungsmodells und der Wirkungshypothesen eingeflossen. Das Wirkungsmodell bildet die relevanten Faktoren und deren Wirkung auf die Qualität der stationären Spitalleistung ab (wo nötig differenziert nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation). Zusätzlich werden die Einflüsse an den vor- und nachgelagerten Schnittstellen deskriptiv analysiert.

Dabei gilt, zu beachten, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Folge vielfältiger Wechselwirkungen von spitalinternen und -externen Faktoren sind. Neben den Massnahmen der KVG-Revision wirken auch andere gesundheitspolitische Veränderungen und Entscheide von Behörden und Verbänden. Es können deshalb keine Kausalzusammenhänge zwischen einzelnen Revisionsmassnahmen und der Qualität der Spitalleistungen postuliert und statistisch analysiert werden. Das Wirkungsmodell (Abbildung 1) stellt somit keine kausalen Verknüpfungen zwischen den einzelnen Elementen dar, sondern veranschaulicht die Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierungen schematisch.

Wirkungsmodell zum Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär)

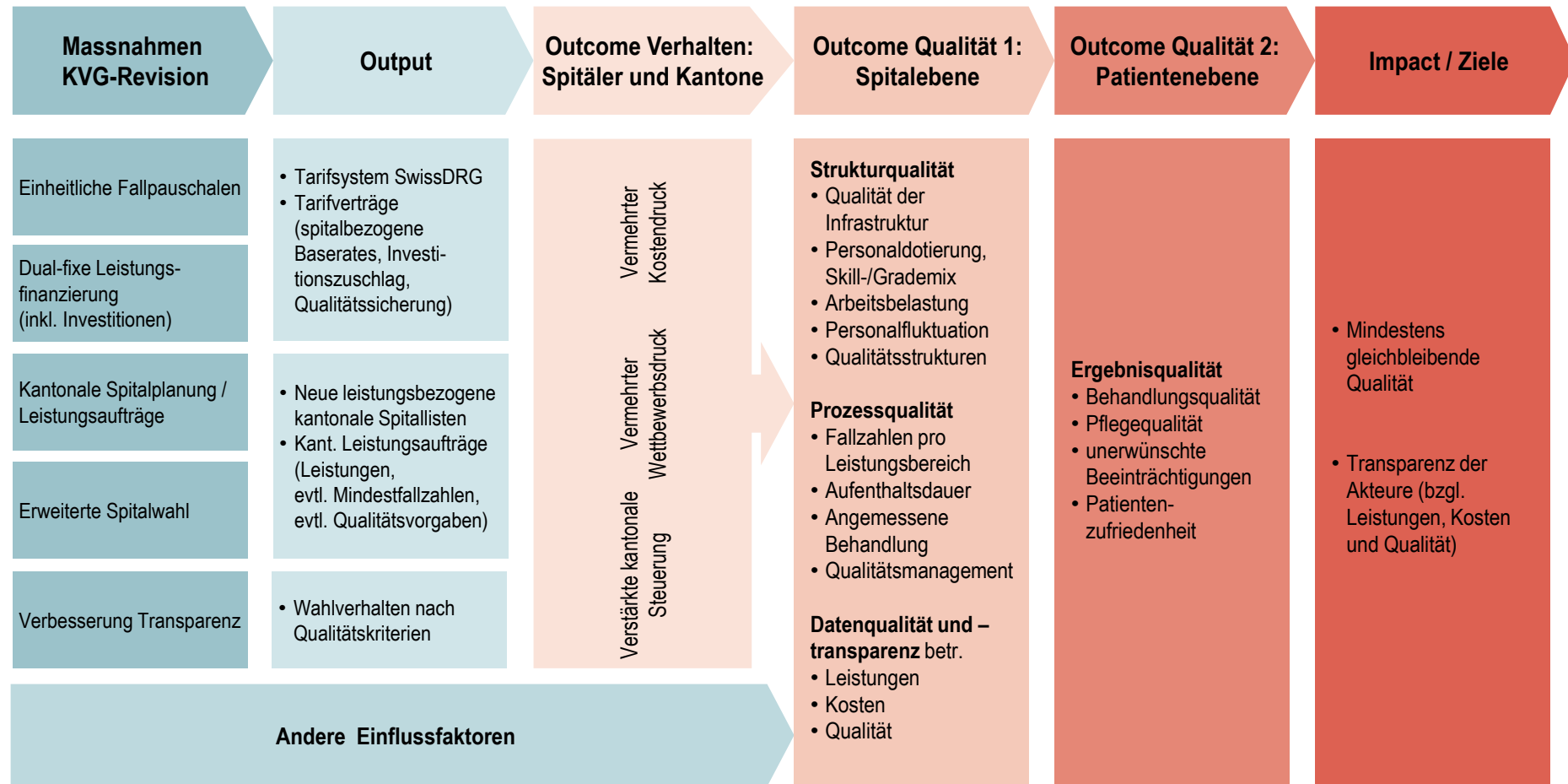


Abbildung 1: Wirkungsmodell Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär)

In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Teile des Wirkungsmodells kurz beschrieben. Zudem werden die wesentlichen Zusammenhänge dargestellt und die entsprechenden Wirkungshypothesen auf den verschiedenen Wirkungsebenen skizziert.

4.1.1 Massnahmen der KVG-Revision (Input)

Die Massnahmen der KVG-Revision stellen den Input für das Wirkungsmodell dar. Es handelt sich dabei um folgende fünf Massnahmen, die in Kapitel 1 bereits ausführlich vorgestellt wurden:

- Schweizweit einheitliche Strukturen für die Vergütung der Leistungen
- Dual-fixe Leistungsfinanzierung
- Kantonale Spitalplanungen
- Erweiterte Spitalwahl
- Verbesserung der Transparenz

4.1.2 Wirkungshypothesen / Wirkungsketten

Die Elemente der KVG-Revision wirken auf die Spitäler auf mehrfache Weise. Im Folgenden werden drei Wirkungsketten aufgezeigt, die einen Einfluss auf die Qualität haben können. Die Wirkungsketten gehen dabei jeweils von Massnahmen und Outputs⁵ aus, welche die drei Aspekte (Kosten, Wettbewerb, kantonale Steuerung) auf der Outcome-Ebene Verhalten beeinflussen.

Wirkungskette «Kosten»

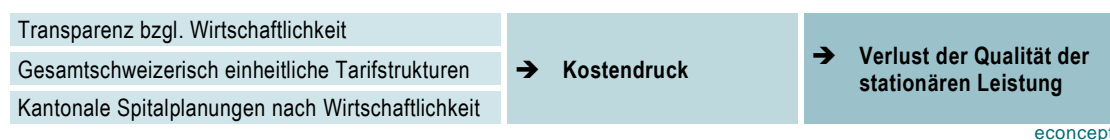


Abbildung 2: Die Wirkungskette «Kosten» basiert auf der Hypothese: «Geld vor Qualität».

Dazu folgende Erläuterungen:

- Transparenz ermöglicht den Vergleich und ein Benchmarking nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität. Dies verstärkt den Kostendruck.
- Die leistungsbezogenen Pauschalen sind betriebswirtschaftlich berechnet und die Tarifstrukturen gelten einheitlich für die gesamte Schweiz. Durch die verbesserte Transparenz wird der Kostendruck auf jene Spitäler erhöht, die ihre Leistungen zu wenig effizient erbringen.
- Es kommt zu erhöhtem Kostendruck aufgrund kantonaler Spitalplanung nach Wirtschaftlichkeitskriterien.

⁵ Für eine bessere Übersichtlichkeit werden im ersten Teil der Wirkungsketten jeweils diejenigen Massnahmen und Outputs gemeinsam abgebildet, die den jeweiligen Outcome zur Folge haben können.

- Auf den erhöhten Kostendruck reagieren die Spitäler mit einer Aufwandreduktion im Bereich Infrastruktur und Personalressourcen, was sich negativ auf die Qualität der stationären Spitalleistung auswirkt.

Wirkungskette «Wettbewerb»

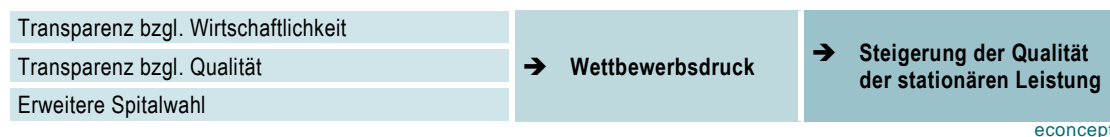


Abbildung 3: Die Wirkungskette «Wettbewerb» basiert auf der Hypothese «Wettbewerb fördert die Qualität»

Dazu folgende Erläuterungen:

- Transparenz, Vergleiche und Benchmarking (nach Wirtschaftlichkeit und Qualität) erhöhen den Wettbewerbsdruck.
- Die Möglichkeit der erweiterten Spitalwahl erhöht den Wettbewerbsdruck.
- Die Spitäler reagieren auf den erhöhten Wettbewerbsdruck, indem Sie die Qualität der stationären Spitalleistung erhöhen. Spitäler mit höherer Qualität haben im Wettbewerb bessere Chancen.

Wirkungskette «Kantonale Steuerung»

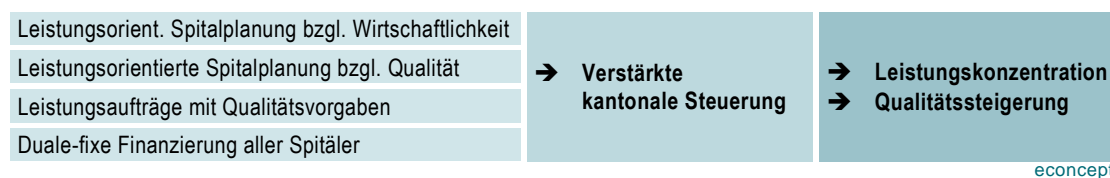


Abbildung 4: Die Wirkungskette «Kantonale Steuerung» basiert auf der Hypothese: «Kantonale Steuerung fördert die Qualität»

Dazu folgende Erläuterungen:

- Die leistungsorientierte Planung nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität führt dazu, dass die Kantone die Leistungsangebote der Spitäler in den kantonalen Spitallisten stärker steuern müssen.
- Mit den Leistungsaufträgen (Leistungsdefinitionen und möglicherweise Qualitätsvorgaben) steuern die Kantone verstärkt das Leistungsgeschehen der Spitäler.
- Aufgrund der dual-fixen Finanzierung der Leistungen aller Listenspitäler (auch Privatspitäler) erhöhen sich die finanzielle Belastung der Kantone und somit auch das Interesse, verstärkt zu steuern.
- Die auf Wirtschaftlichkeit und Qualität basierende kantonale Planung kann zu einer Leistungskonzentration mit höheren Fallzahlen pro Leistung in einem Spital führen. Höhere Fallzahlen bringen mehr Effizienz und Erfahrung, was einen positiven Einfluss auf die Qualität haben kann.

4.1.3 Wirkungshypothesen: Outcome bezüglich Verhalten der Kantone, und Spitäler

Die Massnahmen der Revision beeinflussen auf vielfältige Weise das Verhalten der Akteure. Leitend für die Verhaltensänderungen sind Nutzenüberlegungen primär aus Sicht des jeweiligen Akteurs. Denkbar sind folgende Reaktionen.

Bereich Kantone

Im Rahmen ihrer Planungsaufgaben werden die Kantone ihre Planungsgrundlagen verfeinern. Die Kantone werden zunehmend im Rahmen der kantonalen Steuerung ihr Leistungsangebot überprüfen und gegebenenfalls die angebotenen Leistungen ausweiten oder einschränken.⁶ Dies kann zur Folge haben, dass nicht mehr alle bisher angebotenen Leistungen im selben Umfang verfügbar sind.

Bereich Spitäler

Die Massnahmen der Revision wirken auf die Spitäler (inkl. Psychiatrie und Rehabilitationskliniken) grundsätzlich mittels verstärktem Kosten- und Wettbewerbsdruck sowie durch eine verstärkte Steuerung durch die Kantone. Diese führen zu folgenden möglichen Reaktionen:

- Die Spitäler konzentrieren ihr Leistungsangebot.
- Sie bemühen sich um eine leistungsbezogene Fallzahlerhöhung.
- Sie gehen vermehrt Kooperationen und Zusammenschlüsse mit anderen Leistungserbringern ein.
- Sie betreiben Risikoselektion zur Vermeidung aufwändiger Fälle.
- Sie machen Fallsplitting bei mehreren Krankheitsproblemen pro Patienten (Risiken für die Behandlungsqualität multimorbider Patienten/innen).
- Sie schränken ihre Behandlungs- und Pflegeleistungen, insbesondere im psychosozialen Bereich, ein.
- Sie verlagern Leistungen in den ambulanten Bereich.
- Sie verlagern Leistungen in die nachgelagerten Bereiche (ambulante Nachbehandlung, Rehabilitation).
- Sie entlassen die Patient/innen früher nach Hause oder in nachgelagerte Betreuungseinrichtungen.
- Sie optimieren ihre Prozesse, um an Effizienz zu gewinnen.
- Sie verstärken ihr kundenorientiertes Verhalten gegenüber den Zuweiser/innen.

⁶ Derzeit planen beispielsweise die Kantone Basel Landschaft, Basel Stadt, Aargau und Solothurn eine Überprüfung der kantonsinternen Patientenströme wie auch solchen aus anderen Kantonen. Zudem planen sie, die Auslastung ihrer Kapazitäten und ihres Angebots zu evaluieren, um ggf. zusätzliche Leistungen anzubieten oder aber das bisherige Leistungsangebot zu reduzieren.

- Sie verstärken ihr kundenorientiertes Verhalten gegenüber den Patienten/innen.
- Sie verstärken ihre Qualitätsorientierung (Qualitätsmessung, Ausbau Qualitätsmanagement).
- Sie verbessern ihre Leistungserfassung.
- Sie verbessern die Fallcodierung (insbesondere hinsichtlich Ausschöpfung der Fallschwere).
- Sie verbessern ihre Kostenrechnung.
- Sie investieren restriktiver.
- Sie optimieren ihre Personalressourcen und die Anstellungspolitik

Fazit: Die durch die KVG-Revision ausgelösten Massnahmen beeinflussen auf vielfältige Weise das Verhalten der Spitäler und lösen Reaktionen aus, welche sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen haben können.

4.1.4 Wirkungshypothesen: Outcome-Qualität auf Spitalebene (Outcome 1)

Das Verhalten der Spitäler hat Auswirkungen auf die Dimensionen der Strukturqualität. Dies betrifft insbesondere die Qualität der Infrastruktur, die Personaldotierung sowie den Skill-Grade-Mix, was wiederum die Arbeitsbelastung sowie die Personalfluktuationen beeinflusst. Die Qualitätsorientierung wirkt sich in den Qualitätsstrukturen (spezifisches Personal für Qualitätsmanagement sowie deren Position in den Führungsstrukturen, Qualitätszirkel / Qualitätskommissionen, etc.) aus.

Weiter wird von Anstrengungen in den Bereichen Prozessoptimierung und verstärktem Qualitätsmanagement/-controlling der Prozesse ausgegangen, was sich auf die Prozessqualität auswirken wird (z.B. Optimierung/Erhöhung der Fallzahlen, Verkürzung der Aufenthaltsdauern, optimierte angemessene Anwendung von Diagnostik und Behandlungsmassnahmen).

Auch im Bereich der Datenqualität und der Transparenz werden Auswirkungen auf die Leistungs-, Kosten- und Qualitätsdaten erwartet (mehr und bessere Daten).

4.1.5 Wirkungshypothesen: Outcome Qualität auf Patienten/-innenebene (Qualität 2)

Die Wirkung auf Spitalebene haben vielfältige Auswirkungen auf die Patienten/innenebene. Generell gilt, dass eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität zu einer Erhöhung der Ergebnisqualität führen wird. Für die Wirkungen auf Patienten/innenebene können folgende Dimensionen unterschieden werden:

- Diagnose- und Behandlungsqualität

- Pflegequalität
- Unerwünschte Beeinträchtigungen⁷
- Patientenzufriedenheit

4.1.6 Wirkungen auf das Gesundheitssystem Schweiz (Impact)

Die Massnahmen der KVG-Revision haben schlussendlich auch eine Wirkung auf die Zieldimensionen des KVG. Diese umfassen die Sicherstellung einer zumindest gleichbleibenden Qualität und die Transparenz der verschiedenen Akteure in Bezug auf die erbrachte Leistung, die entstandenen Kosten und die erzielte Qualität.⁸

4.1.7 Spezifische Wirkungshypothesen im Bereich Rehabilitation

Die Massnahmen der KVG-Revision haben im Bereich der Rehabilitation grundsätzlich die Wirkungen, die oben bezüglich der Spitäler genannt sind. Die Rehabilitation wird im Rahmen der Vorstudie als ein der Akutsomatik und Psychiatrie nachgelagerter Bereich betrachtet. Folgende spezifische Hypothesen ergeben sich auf Basis unserer Analysen.

Spezifische Hypothesen im Bereich Rehabilitation::

- Die Fälle im Rehabilitationsbereich werden aufgrund schnellerer Entlassungen aus dem Akutbereich komplexer: Der Genesungsprozess der Patienten/innen wird weniger weit fortgeschritten sein als früher, so dass noch relativ viel Behandlungs- und Pflegebedarf besteht.
- Aufgrund früherer Entlassung aus dem Akutbereich kann eine verzögerte Rehabilitationsfähigkeit der Patienten/innen entstehen, was einen längeren Rehabilitationsaufenthalt oder verminderte Rehabilitation im beschränkten Zeitraum zur Folge haben kann.
- Komplexere Fälle führen zu gestiegenen Herausforderungen (Behandlung, Betreuung, Personal) im Rehabilitationsbereich.

4.1.8 Spezifische Wirkungshypothesen im Bereich Psychiatrie

Im Bereich der stationären Psychiatrie werden grundsätzlich dieselben Auswirkungen wie in der Akutsomatik erwartet. Veränderungen, die durch die Tarifstrukturen beeinflusst werden, hängen von der Ausgestaltung und Implementierung des Tarifsystems TarPsy ab. Folgende spezifische Hypothesen ergeben sich auf Basis unserer Analysen.

Spezifische Hypothesen im Bereich Psychiatrie:

⁷ Unter unerwünschten Beeinträchtigungen werden unbeabsichtigte Zwischenfälle und Fehler verstanden, die zu körperlichen Beeinträchtigungen der Patienten/innen führen. In der Folge können sie zusätzliche, aber vermeidbare Behandlungen zur Folge haben, den Spitalaufenthalt verlängern oder auch bleibende Schäden nach sich ziehen.

⁸ Aspekte zum Impact auf das Gesundheitssystem werden teilweise in der Studie "Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung" untersucht. Andere Aspekte sind Gegenstand anderer Untersuchungen, insbesondere des Obsan.

- Wettbewerb und Kostendruck haben stärkere Auswirkungen auf kantonale Kliniken, da private Kliniken bereits heute einen stärkeren Anreiz haben, wirtschaftlich zu arbeiten.
- Die Nachfrage nach psychiatrischen Konsiliarärzten durch somatische Spitäler sinkt aus Überlegungen der Aufwandminimierung und wird in den ambulanten Bereich verlagert, da Konsiliararztleistungen stationär nicht zusätzlich abgerechnet werden können.

5 Evaluationsfragestellungen und Indikatoren

5.1 Evaluationsfragestellungen im Überblick

Vor dem Hintergrund der in den letzten Kapiteln formulierten Wirkungshypothesen und unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Studie mit einem Fokus auf die Qualität der Spitalleistungen lassen sich die folgenden Evaluationsfragestellungen⁹ formulieren. Die Evaluationsfragestellungen 2 und 3 behandeln die Ergebnisqualität in verschiedenen Dimensionen und stehen daher im Fokus der Hauptstudie. Die Evaluationsfragestellung 4 bezieht sich auf die vulnerablen Gruppen und wird in der Hauptstudie nur deskriptiv beantwortet werden. Für die Evaluationsfragestellungen 1 wie auch die Evaluationsfragestellung 5 wird aus Ressourcengründen empfohlen, sie in der Hauptstudie nicht zu beantworten.

EF 1	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Struktur- und Prozessqualität in Bezug auf ...
EF 1.1	... die Qualität der Infrastruktur?
EF 1.2	... die Personalausstattung?
EF 1.3	... die Arbeitsbelastung?
EF 1.4	... die Personalfuktuation?
EF 1.5	... die Qualitätsstrukturen?
EF 1.6	... die Fallzahlen pro Leistungsbereich?
EF 1.7	... die Aufenthaltsdauer?
EF 1.8	... die Angemessenheit der Behandlung?
EF 2	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität in Bezug auf ...
EF 2.1	... die Behandlungsqualität?
EF 2.2	... die Pflegequalität?
EF 2.3	... unerwünschte Patientenbeeinträchtigungen?
EF 2.4	... die Patientenzufriedenheit?
EF 3	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität unterschieden nach ...
EF 3.1	... den Kantonen?
EF 3.2	... Spitaltypen?
EF 3.3	... Spitälern, die vor dem Inkrafttreten der KVG Revision bereits mit Fallpauschalen abrechneten?
EF 4	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität bezogen auf vulnerable Gruppen (z.B. ältere oder multimorbide Patienten)?
EF 5	Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Qualität der Spitalleistung an den Schnittstellen sowie in den vor- und nachgelagerten Bereichen in Bezug auf...
EF 5.1	... die Aufenthaltsdauer?
EF 5.2	... die Anzahl Übertritte?
EF 5.3	... den Zustand der Patienten/innen?
EF 5.4	... die Kommunikation an Schnittstellen?
EF 5.5	... die Art der ambulanten Behandlungen?
EF 5.6	... das Austrittsmanagement?

Tabelle 2: Evaluationsfragestellungen

⁹ Die Evaluationsfragestellungen sind sowohl für den akutstationären Bereich wie auch für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie gültig.

5.2 Indikatoren

Dieses Kapitel stellt die Evaluationsfragestellungen¹⁰ den für die statistische Analyse geeigneten Indikatoren gegenüber. In einigen Fällen werden Indikatoren diskutiert, welche vorhandene Lücken füllen würden.¹¹ Sollten zum Zeitpunkt der Hauptstudien weitere Forschungsergebnisse respektive Daten vorliegen, sollte geprüft werden, inwiefern diese zusätzlich berücksichtigt werden können.

5.2.1 Indikatoren zur Struktur-/ Prozessqualität (Evaluationsfragestellung 1)

Die Evaluationsfragestellung 1 bezieht sich auf die Struktur- und Prozessqualität, welche nicht im Fokus der vorliegenden Studie ist. Es kann jedoch angemessen sein, im Rahmen einer separaten Studie den Einfluss auf die Struktur- und Prozessqualität zu untersuchen. Auf Basis der Routinedaten der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik könnten einige Indikatoren für den Zeitraum vor und nach Inkrafttreten der KVG-Revision definiert werden.¹² Da aber für die meisten der untergeordneten Evaluationsfragestellungen keine geeigneten Informationen vorliegen, wird empfohlen, diese bei Bedarf durch zusätzliche Erhebungen zu ermitteln.

5.2.2 Indikatoren zur Ergebnisqualität (Evaluationsfragestellung 2)

Die Evaluationsfragestellung 2 fokussiert auf die Ergebnisqualität. Hierbei sollen, je nach Datenverfügbarkeit, die Zeiträume vor und nach Inkrafttreten der Revision miteinander verglichen werden. Die Indikatoren sollen also als Zeitreihen erfasst werden, die möglichst vor 2012 beginnen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung und den Indikatoren zur Ergebnisqualität müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden. Auf keinen Fall darf eine unmittelbare Kausalität unterstellt werden.¹³ Zum einen gibt es mehrere Zwischenschritte, wie es in den Wirkungsketten gezeigt wurde. Zum anderen haben auch andere Faktoren einen Einfluss auf die Qualität, die ausserhalb des Modells liegen. Auch können nicht alle dieser Faktoren gemessen werden.¹⁴

Im Folgenden werden die Indikatoren tabellarisch aufgeführt und mit kurzen Hinweisen ergänzt. Ausführlichere Beschreibungen der Indikatoren finden sich in Anhang A-4.

¹⁰ Nicht alle Evaluationsfragestellungen können mit den vorhandenen Daten beantwortet werden. In den folgenden Abschnitten wird jeweils kurz erwähnt, für welche Fragestellungen bereits Daten vorliegen.

¹¹ Für einen guten Überblick über vorhandene Indikatoren sowie Datenlücken siehe auch Meyer et al. 2009.

¹² Derzeit liegen Daten zur Personalausstattung (EF 1.2), zu den Fallzahlen je Leistungsbereich (EF 1.6) und zur Aufenthaltsdauer (EF 1.7) vor.

¹³ Die Untersuchung kausaler Beziehungen würde eine aufwändige Modellierung erfordern.

¹⁴ Das Problem fehlender Kausalität trat auch in einer Begleitstudie in Deutschland auf, vgl. Fürstenberg et al. 2011:35 f.

Ergebnisindikatoren Akutsomatik

Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität in Bezug auf ...	Indikatoren	Definition
EF 2.1 ... die Behandlungsqualität?	Postoperative Wundinfektionsrate Vermeidbare Rehospitalisationen Vermeidbare Reoperationen Mortalitätsrate	ANQ ANQ ANQ BAG
EF 2.2 ... die Pflegequalität?	Stabilität Patient/in bei Austritt	Neu
EF 2.3 ... unerwünschte Patientenbeeinträchtigungen?	Dekubitusrate Sturzrate	ANQ ANQ
EF 2.4 ... die Patientenzufriedenheit?	Patient Safety Indicators	OECD
	Patientenzufriedenheit	ANQ

Tabelle 3: Ergebnisindikatoren für die Akutsomatik

Hinweise zu einzelnen Indikatoren:

Postoperative Wundinfektionsrate: Die Spitäler können auswählen, für welche drei Operationsarten sie die Wundinfektionsrate messen, und können diese Auswahl jährlich neu treffen. Dies erschwert den Querschnitts- und den Längsschnittsvergleich und kann zu einer Verzerrung der tatsächlichen Effekte führen.

Beurteilung des Indikators: Wir schlagen vor, die Auswertung zur postoperativen Wundinfektionsrate auf wenige Operationsarten zu beschränken und diese im Längsschnitt zu analysieren. Die Daten sollten risikoadjustiert (geschlechts- und altersstandardisiert) aufgearbeitet und auf den NNIS-Risikoindex (für eine Beschreibung siehe SwissNOSO 2011) kontrolliert werden.

Mortalitätsrate: Die Messgrössen sind alters- und geschlechtsstandardisiert. Derzeit liegen verschiedene auf Basis der Medizinischen Statistik berechnete Indikatoren vor. Neben Indikatoren, die nach einem Konzept des BAG berechnet wurden, stehen Indikatoren, die auf einer Definition der OECD beruhen, zur Verfügung.¹⁵ Es können folgende Indikatoren verwendet werden:

— Herzinfarkt, Bypass-Operation, Schlaganfall, Pneumonie, Hüftgelenkersatz

Beurteilung der Indikatoren: Aufgrund vereinzelt geringer Fallzahlen muss situativ entschieden werden, ob diese Indikatoren auf feineren Stufen als der nationaler Ebene und der Spitalategorie ausgewertet werden.

Stabilität beim Spitalaustritt: Dieser Indikator wurde von der FMH vorgeschlagen (Meyer et al. 2009: 52) und basiert auf der Analyse von Krankenakten. Als Vorbehalt ist der aufwendige Datenbeschaffungs- und Beurteilungsprozess anzumerken.

¹⁵ Die Indikatoren nach Definition der OECD unterscheiden sich nur unwesentlich von den Indikatoren nach Definition des BAG. Beide Konzepte basieren auf der Medizinischen Statistik, wobei sich die OECD-Indikatoren auf die Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Eintritt der Erkrankung resp. Operation beschränken, während die BAG-Indikatoren keine zeitliche Einschränkung während des Spitalaufenthalts machen. Da die OECD-Indikatoren nur mit einer grossen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung stehen, wird für die Hauptstudie auf die Indikatoren nach Definition der OECD verzichtet.

Beurteilung des Indikators: Der Indikator kann direkte Erkenntnisse über die Ergebnisqualität geben, wird aber für die Hauptstudien als zu aufwendig beurteilt.

Dekubitusrate, Sturzrate: Gegenüber diesen Indikatoren besteht vorderhand noch ein Vorbehalt, da die Art der Risikoadjustierung noch nicht abschliessend geklärt ist.

Beurteilung der Indikatoren: Diese wären wichtige Indikatoren zur Evaluation der Pflegequalität. Sie sollten ausgewertet werden, sobald sie verfügbar sind.

Patient Safety Indicators: Diese Indikatoren werden derzeit in einer Studie des IUMSP Lausanne evaluiert. Über eine Verwendung kann erst anschliessend entschieden werden.

Beurteilung der Indikatoren: Diese wären wichtige Indikatoren zur Evaluation der Gesamtqualität der Spitalleistung. Sie sollten ausgewertet werden, sobald sie verfügbar sind.

Ergebnisindikatoren Psychiatrie

Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität in Bezug auf ...		Indikatoren	Definition
EF 2.1	... die Behandlungsqualität?	Symptombelastung	ANQ
		Rehospitalisationsrate für Schizophrenie und bipolare Störungen	OECD
EF 2.2	... die Pflegequalität?		
EF 2.3	... unerwünschte Patientenbeeinträchtigungen?	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	ANQ
EF 2.4	... die Patientenzufriedenheit?	Patientenzufriedenheit	ANQ

Tabelle 4: Ergebnisindikatoren für die Psychiatrie

Für die Psychiatrie stehen seitens des BAG bis auf weiteres keine Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Seitens ANQ wurden im Juli 2012 mit den Messungen von Indikatoren begonnen. Aussagen über deren Qualität und Verfügbarkeit sind derzeit nicht vorhanden.

Beurteilung der Indikatoren: Je nach Verfügbarkeit und Qualität der Indikatoren kann eine Auswertung für die zweite Etappe der Hauptstudie in Betracht gezogen werden. Es ist noch nicht gesichert, ob die Einführung eines neuen Tarifsystems rechtzeitig erfolgen wird. Wir empfehlen deshalb vorerst keine Untersuchung für den Bereich der Psychiatrie.

Ergebnisindikatoren Rehabilitation

Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Ergebnisqualität in Bezug auf ...		Indikatoren	Definition
EF 2.1	... die Behandlungsqualität?	Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (3 Indikatoren) Kardiale und pulmonale Rehabilitation (3 Indikatoren)	ANQ ANQ
EF 2.2	... die Pflegequalität?		
EF 2.3	... unerwünschte Patientenbeeinträchtigungen?		
EF 2.4	... die Patientenzufriedenheit?	Patientenzufriedenheit	ANQ

Tabelle 5: Ergebnisindikatoren für die Rehabilitation

Für die Rehabilitation stehen seitens BAG bis auf weiteres keine Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Seitens ANQ stehen voraussichtlich Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen 2.1 und 2.4 zur Verfügung. Es ist geplant, sieben Indikatoren in drei Modulen zu erheben. Neben dem Modul 1, das die Patienten/innen-Zufriedenheit messen wird, werden in Modul 2 drei Indikatoren zur muskuloskelettalen und neurologische Rehabilitation und in Modul 3 drei Indikatoren zur kardialen und pulmonalen Rehabilitation erhoben. Seitens ANQ wird im Januar 2013 mit den Messungen der Indikatoren begonnen. Aussagen über deren Qualität und Verfügbarkeit sind derzeit nicht vorhanden.

Modul 1: Patienten/innen-Zufriedenheit

- Erhebung der Patientenzufriedenheit anhand eines Kurzfragebogens, der sich auf alle Fachbereiche der stationären Rehabilitation bezieht (5 Kernfragen)

Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation

- Erreichungsgrad der Partizipationsziele und der Hauptziele
- Health Assessment Questionnaire (HAQ) (bei muskuloskelettaler Diagnose)
- Functional Independence Measure (FIM) oder Barthel-Index (EBI) (bei neurologischen Diagnosen)

Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation

- 6-Minuten-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie (bei kardialer und pulmonaler Diagnose)
- MacNew Heart (bei bestimmten kardiovaskulären Erkrankungen)
- Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) und das sogenannte Feeling Thermometer

Beurteilung der Indikatoren: Je nach Verfügbarkeit und Qualität der Indikatoren kann eine Auswertung für die zweite Etappe der Hauptstudie in Betracht gezogen werden. Es ist noch nicht gesichert ist, ob die Einführung eines neuen Tarifsystems rechtzeitig erfolgen wird. Wir empfehlen deshalb vorerst keine Untersuchung für die Rehabilitation durchzuführen.

5.2.3 Vergleich der Ergebnisqualität nach Kantonen, Spitaltypen und Zeitpunkt der Einführung von Fallpauschalen (Evaluationsfragestellung 3)

Unterschiede der Ergebnisqualität sollen für folgenden Merkmale untersucht werden: Kantone¹⁶, Spitaltypen sowie Spitäler, die vor der Einführung bereits mit Fallpauschalen abgerechnet haben, im Vergleich zu denjenigen, die erst seit Inkrafttreten der Revision mit Fallpauschalen abrechnen.

Bei der Unterscheidung nach Spitaltypen schlagen wir vor, die BFS-Krankenhaustypologie zu wählen. Insbesondere empfehlen wir die Unterscheidung zwischen den universitären Zentrumsspitalern, den weiteren Zentrumsspitalern und den Grundversorgungsspitalern, da sich die Patienten/innen dieser drei Kategorien deutlich unterscheiden. Zusätzlich zu den drei erwähnten Kategorien müssen die psychiatrischen Kliniken, die Rehabilitationskliniken sowie die Spezialkliniken unterschieden werden.¹⁷

Eine vergleichende Analyse jener Spitäler, die bereits vor Inkrafttreten der KVG-Revision mit Fallpauschalen (zumeist APDRG) abrechneten, mit Spitalern, die erst seit dem 1. Januar 2012 mit Fallpauschalen abrechnen, kann mögliche Effekte der DRG-Einführung isolieren. Für diese Fragestellung wird vorgeschlagen, ein an die Studie von Widmer und Weaver (2011, Obsan-Bericht 49) angelehntes Verfahren zu verwenden. In der Studie wird mit Hilfe einer Regressionsanalyse und einer Varianzanalyse ein Vergleich der Aufenthaltsdauer bzw. der Rehospitalisierungsraten vor und nach der Einführung der DRG vorgenommen.

Beurteilung des Auswertungskonzepts zu Evaluationsfragestellung 3: Für die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen wird empfohlen, die Auswertungen differenziert nach Kantonen und Spitaltypen vorzunehmen.

5.2.4 Ergebnisqualität bei besonders vulnerablen Gruppen (Evaluationsfragestellung 4)

Um die Auswirkungen der KVG-Revision auf besonders vulnerable Gruppen (z.B. betagte, multimorbide Personen oder Personen mit Migrationsstatus und sprachlichen/kulturellen Barrieren) untersuchen zu können, ist eine Auswertung der Indikatoren nach soziodemographischen Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht oder Nationalität sowie Multimorbidität notwendig. Auswertungen sind sowohl mit den Daten der Medizinischen Statistik als auch mit den Daten des ANQ möglich, da beide Datensätze über die nötigen Angaben verfügen¹⁸. Wir empfehlen jedoch eine rein deskriptive Auswertung, da die Datenlage für weitere Analysen nicht als ausreichend eingeschätzt wird.

¹⁶ Der Vergleich zwischen den Kantonen soll eventuelle Unterschiede aufgrund der Spitalplanung, welche in der Verantwortung der Kantone liegt, aufzeigen. Allerdings muss geprüft werden, ob eine Auswertung auch bei kleineren Kantonen mit den Datenschutz vereinbar ist.

¹⁷ Von einer weiteren Unterteilung auf Ebene der Grundversorgung raten wir ab, da die vorhandene Kategorisierung nach Spitaltypen durch das BFS national einheitlich definiert ist.

¹⁸ Angaben zur Multimorbidität können nur aus der Medizinischen Statistik ermittelt werden.

5.2.5 Untersuchung der Qualität an den Schnittstellen sowie in den vor- und nachgelagerten Bereichen (Evaluationsfragestellung 5)

Das Wirkungsmodell legt nahe, dass infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung der Kostendruck zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer im akutmedizinischen Bereich mit Erhöhung des Betreuungsaufwandes in den nachgelagerten stationären und ambulanten Bereichen führt und dadurch das Austrittsmanagement vernachlässigt wird.

Nachstehende Tabelle präsentiert die Fragestellungen zu den Schnittstellen und gibt Hinweise zu entsprechenden Untersuchungsmöglichkeiten:

Inwiefern beeinflussen die Massnahmen der KVG-Revision die Qualität an den Schnittstellen sowie in den vor- und nachgelagerten Bereichen in Bezug auf folgende Kriterien	Untersuchungsmöglichkeiten
1 Aufenthaltsdauern: Inwiefern verkürzen sich die Aufenthaltsdauern in den Akutspitälern nach Austritt in Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen im Vergleich zu Entlassung nach Hause und ins Altersheim? (Mit oder ohne ambulante Behandlung, Rehabilitation oder Pflege)	Eine Analyse der Medizinischen Statistik nach quantitativen Veränderungen bei den Parametern «Aufenthalt nach Austritt» (Zuhause, Pflegeheim, Altersheim/ sozialmedizinischen Institutionen, Psychiatrische Klinik, Rehabilitationsklinik, anderes Akutspital, Andere, Todesfall, unbekannt) und Behandlung nach Austritt (geheilt/kein Behandlungsbedarf, ambulante Behandlung, ambulante Pflege (z.B. Spitex), stationäre Behandlung oder Pflege, Rehabilitation (ambulant und stationär), anderes, Todesfall, unbekannt) wird vorgeschlagen.
2 Übertritte: Inwiefern führen die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung zu Veränderungen beim Spitalaustritt hinsichtlich Ort der Weiterbehandlung bezogen auf die einzelnen Kantone, Spitaltypen und Spitäler mit und ohne DRGs vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung?	Befragungen in Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen, welche eine subjektive Abschätzung der Situation erlauben, werden vorgeschlagen. Bei kardialer und pneumologischer Rehabilitation wäre eine Analyse von Veränderungen bei Ergebnissen des Funktionstests bei Eintritt eine mögliche Datengrundlage. Denkbar wären auch Fallstudien, welche den Behandlungs- und Betreuungsaufwand gemäss Patienten/innen-Dokumentationen in Rehabilitations- und Pflegekliniken beleuchten.
3 Zustand der Patienten/innen: Inwiefern sind Patienten/innen, welche aus Akutspitälern in Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime verlegt werden, weniger genesen? Inwiefern haben sie den ersten Tagen einen höheren Betreuungsaufwand als vor der KVG-Revision Spitalfinanzierung?	Denkbar sind Befragungen mit den Zielgruppen Spitäler, Ambulatorien, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Altersheime, Hausärzte, Spitex.
4 Kommunikation: Inwiefern sind nach Einführung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung Verschlechterungen in der Kommunikation an Schnittstellen oder vermehrt Behandlungsunterbrüche entstanden?	Denkbar sind Befragungen mit den Zielgruppen Spitäler, Ambulatorien, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Altersheime, Hausärzte, Spitex.
5 Ambulante Behandlungen: Inwiefern werden nach Einführung der KVG-Revision Spitalfinanzierung Voruntersuchungen und einfache Operationen öfter ambulant durchgeführt? Inwiefern übernehmen Ambulatorien die Funktion als Gatekeeper und überweisen leichtere Fälle den Grundversorgungs- und komplexere den Zentrumsspitalern?	Denkbar sind Befragungen mit den Zielgruppen Spitäler, Ambulatorien, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Altersheime, Hausärzte, Spitex.
6 Austrittsmanagement: Welchen Stellenwert erhält das Austrittsmanagement? Setzen sich neue Modelle durch? Nimmt die Standardisierung des Austrittsmanagements zu?	Denkbar sind Befragungen mit den Zielgruppen Spitäler, Ambulatorien, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Altersheime, Hausärzte, Spitex.

Tabelle 6: Fragestellungen zu den Schnittstellen zwischen stationärem und den vor- und nachgelagerten Bereichen

Über eine kombinierte quantitative und qualitative Analyse könnten Erkenntnisse hinsichtlich des Einflusses der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär) zu den vor- und nachgelagerten Schnittstellen gewonnen werden. Da die Verfügbarkeit

von Indikatoren sich in diesem Bereich auf Strukturindikatoren beschränkt,¹⁹ wären dazu zusätzliche Datenerhebungen nötig. Eine solche Untersuchung würde jedoch den Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel in der Hauptstudie überschreiten und müsste deshalb in einem separaten Projekt durchgeführt werden.

5.3 Herausforderungen und Grenzen der Hauptstudie

Zentrale Herausforderung für die beiden Etappen der Hauptstudie wird die rechtzeitige Verfügbarkeit der Daten und Indikatoren sein. Zudem ist derzeit nicht gesichert, ob alle benötigten Daten tatsächlich für Auswertungen zur Verfügung stehen werden. Überdies muss die Qualität der Daten als Herausforderung betrachtet werden, da die Qualität von neu eingeführten Daten erfahrungsgemäss erst nach mehreren Jahren ausreichend ist.

5.3.1 Rechtzeitige Verfügbarkeit der Indikatoren

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die Verfügbarkeit der Indikatoren in zeitlicher Hinsicht. Zur Durchführung der ersten Hauptstudie müssen die Daten spätestens im zweiten Halbjahr 2014 zur Verfügung stehen.

Verfügbarkeit der Indikatoren in zeitlicher Hinsicht

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ANQ										
Akut					?	✓	✓	✓	✓/?	
Rehabilitation						?	✓	✓	✓/?	
Psychiatrie					?	✓/?	✓	✓	✓/?	
Indikatoren BAG	✓	✓	✓	✓	✓/?	✓	✓	✓/?		

Abbildung 5: Verfügbarkeit der Indikatoren: Die verschiedenen Indikatoren sind mit einer zeitlichen Verzögerung verfügbar. Einige Indikatoren sind bereits für die erste Etappe der Hauptstudie (rot) verfügbar, andere erst für die geplante zweite Etappe (blau).

Verfügbarkeit der Indikatoren für den Bereich der Akutsomatik

Die Daten des ANQ werden grundsätzlich aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsperioden zu unterschiedlichen Zeitpunkten veröffentlicht. Da die Spitäler und Kliniken die Auswertungsberichte kommentieren können, beansprucht dies in der Regel ein Zeitfenster von einem halben Jahr, so dass Daten zu den Indikatoren 2012 voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2013 vorliegen werden. Die Daten der Erhebung 2011 (vor Inkrafttreten der KVG-Revision) werden gemäss Auskunft des ANQ zwischen September 2012 und

¹⁹ Indikatoren für die Anzahl Überweisungen von Spitälern in andere Bereichen (Langzeit, Rehabilitation, ambulant) und die Rate der Eingriffe, die innerhalb von weniger als 24 Stunden durchgeführt werden, könnten anhand der Medizinischen Statistik berechnet werden.

Beginn 2013 und nur teilweise transparent veröffentlicht.²⁰ Dies kann zur Folge haben, dass ein spitalscharfer Vergleich der ANQ-Indikatoren vor/nach Inkrafttreten der KVG-Revision nicht für alle Bereiche möglich ist.

Die auf der Medizinischen Statistik basierenden Indikatoren (MedStat-Indikatoren) werden mit einer Zeitverzögerung von 1.5 bis 2 Jahren zur Verfügung stehen. Für Auswertungen im Rahmen der ersten Etappe der Hauptstudie sollten die Daten des Jahres 2012 rechtzeitig zur Verfügung stehen.²¹ Sie werden einen ersten beschränkten Vergleich²² vor- und nach Inkrafttreten der KVG-Revision ermöglichen.

Beurteilung der Verfügbarkeit der Indikatoren zum Bereich Akutsomatik: Bezüglich des Bereichs der Akutsomatik wird ein Vorher-/Nachher-Vergleich auf Basis der ANQ-Indikatoren eventuell nicht möglich sein. Auf Basis der MedStat-Indikatoren sollte er im Rahmen der zweiten Etappe der Hauptstudie möglich sein.

Verfügbarkeit der Indikatoren für die Bereiche der Psychiatrie und Rehabilitation

Der Zeitplan sieht vor, die neuen Tarifsysteme TarPsy und ST Reha per 1. Januar 2015 einzuführen. Unter diesem Aspekt empfehlen wir den Einbezug dieser Bereiche in die Evaluation erst für die zweite Etappe der Hauptstudie. Sollte es bei der Einführung der Tarifsysteme zu Verzögerungen von mehr als einem Jahr kommen, hätte dies zur Folge, dass die Effekte auch in der zweiten Hauptstudie nicht berücksichtigt werden können.

Durch die im Vergleich zur Akutsomatik spätere Einführung der neuen Tarifsysteme in der Psychiatrie und der Rehabilitation besteht jedoch die Möglichkeit, dass die Indikatoren des ANQ bereits vor der Umstellung vollständig valide und auswertbar stabilisiert sind und so in diesen beiden Bereichen ein Vorher-/Nachher-Vergleich sehr wahrscheinlich möglich wäre.

Beurteilung der Verfügbarkeit der Indikatoren zu den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation: Sollte es zu Verzögerungen bei der Tarifeinführung kommen, ist eine Analyse der beiden Bereiche auch im Rahmen der zweiten Etappe der Hauptstudie nicht möglich.

5.3.2 Diskussion von Fragen des Datenschutzes

Datenschutz bzgl. ANQ-Indikatoren

Gemäss Datenschutzreglement des ANQ dürfen die Daten des ANQ für Auswertungen ausserhalb des Auswertungskonzepts des ANQ nur in anonymisierter Form (keine Spitäler identifizierbar) an Dritte weitergegeben werden. Für die Weitergabe der Daten an Drit-

²⁰ Die Daten 2011 werden vom ANQ nach Rücksprache mit den beauftragten Messinstituten und gefällten Entscheiden in den Gremien des ANQ teilweise auf Spitalebene transparent (Prävalenzmessung) und teilweise pseudonymisiert (Patientenzufriedenheitsmessung, Rehospitalisation und Reoperation sowie postoperative Wundinfektionsmessungen) veröffentlicht. Die Indikatoren 2012 werden voraussichtlich ohne Einschränkungen transparent veröffentlicht.

²¹ Für den Fall, dass die Daten nicht wie vorgesehen im ersten Halbjahr 2014 sondern erst im zweiten Halbjahr 2014 für Auswertungen verfügbar sind, muss geprüft werden, ob der Endtermin der ersten Etappe der Hauptstudie entsprechend angepasst werden kann.

²² Der eigentliche Vergleich findet erst im Rahmen der 2. Etappe statt.

te mit der Bezeichnung der jeweiligen Spitäler ist die Zustimmung jedes einzelnen Spitals notwendig (Art. 11 Abs. 3 Datenreglement ANQ). Dies bedeutet, dass vor einer Auswertung der ANQ-Daten im Rahmen der Hauptstudie bei allen rund 300 Spitälern der Schweiz eine Genehmigung eingeholt werden muss. Sobald eine Genehmigung aller Spitäler vorliegt, besteht die Möglichkeit, die Daten bei den von ANQ beauftragten Messinstituten (z.B. BFH, SwissNOSO) zu beziehen. Alternativ besteht die Möglichkeit, die Daten direkt bei den einzelnen Spitälern zu erfragen.

Beurteilung des Datenschutzes bei ANQ-Indikatoren: Wir empfehlen, dass das BAG bereits vor der Ausschreibung der ersten Etappe der Hauptstudie abklärt, inwiefern die Spitäler ihre im Auftrag des ANQ erhobenen Daten für Auswertungszwecke zur Verfügung stellen. Sollte eine grössere Gruppe der Spitäler eine Auswertung verweigern, ist die Repräsentativität der Ergebnisse gefährdet.

Datenschutz bzgl. Indikatoren basierend auf der Medizinischen Statistik

Mit einem entsprechenden Datenschutzvertrag ist ein Zugriff auf die Daten der Medizinischen Statistik²³ des BFS möglich. Sofern es sich bei der Hauptstudie um eine Studie im Rahmen der Aufsichtspflicht des BAG handelt, ist ein Zugriff auf die administrativen Daten möglich. Sollte dies nicht möglich sein, kann jedoch mit den statistischen Daten, die sowohl auf Patientenebene als auch auf Betriebsebene anonymisiert sind, gearbeitet werden. In dem Datensatz sind verschiedene soziodemographische Variablen wie Alter bei Eintritt, Geschlecht, Schweizer/Nicht-Schweizer enthalten. Jedoch ist eine gleichzeitige Auswertung nach Wohnkanton und Krankenhaustypologie mit den Statistikdaten der Medizinischen Statistik aus Datenschutzgründen nicht möglich, so dass die Evaluationsfragen 3 (Vergleiche) entweder nach Wohnkanton oder nach Krankenhaustypologie ausgewertet werden können.²⁴ Zusätzlich bieten die Daten der Medizinischen Statistik mit Einschränkungen die Möglichkeit, Patienten/innen über die Zeit und zwischen Spitälern zu verfolgen.²⁵

5.3.3 Diskussion von Fragen der Datenqualität

Es ist derzeit nicht bekannt, inwiefern die Datenqualität der ANQ-Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen ausreicht. Für die Daten 2011 wurde die Datenqualität, ausser bei der Patientenzufriedenheitsmessung, seitens ANQ als ungenügend für eine Publikation beurteilt.

²³ Das BFS unterscheidet zwischen statistischen Daten und administrativen Daten. Administrative Daten stehen dem BAG zur Verfügung, sofern es sich um Analysen im Rahmen der Aufsichtspflicht handelt. Die administrativen Daten enthalten uneingeschränkt alle Informationen, jedoch ist es nicht zulässig, alle verfügbaren Informationen zu publizieren. Insbesondere ist die Publikation von Ergebnissen einzelner Spitäler oder von Ergebnissen, aus denen ein Rückschluss auf einzelne Spitäler möglich ist, nicht zulässig. Statistische Daten stehen in verschiedenen Varianten zur Verfügung. In der einen Variante sind Angaben zum Wohnkanton enthalten jedoch keine Angaben zur Spitaltypologie, in einer anderen Variante sind die Angaben zur Spitaltypologie enthalten jedoch keine Angaben zum Wohnkanton. Dies bedeutet, dass eine gleichzeitige Auswertung nach Wohnkanton und Krankenhaustypologie mit den Statistikdaten nicht möglich ist.

²⁴ Für die Hauptstudien wäre es somit von grossem Nutzen, über administrative Daten zu verfügen, da damit insbesondere eine Kombination zwischen Region (MedStat-Region) und Krankenhaustypologie möglich wäre.

²⁵ Die Verknüpfung von zwei Datensätzen eines/r Patienten/in ist nicht möglich, wenn der Name des/r Patienten/in zwischenzeitlich geändert hat oder nicht immer identisch erfasst worden ist (z.B. Michael Müller und Michael Mueller).

Die Routinedaten der Medizinischen Statistik sind in den wesentlichen Variablen seit Jahren schweizweit in guter Qualität verfügbar. Allerdings muss bei der Analyse einzelner Variablen (z.B. Aufenthalt nach Austritt) sorgfältig abgeklärt werden, welche Erfahrungen bezüglich der spezifischen Datenqualität vorliegen.

6 Empfehlungen hinsichtlich der Hauptstudie

Zusammenfassend können folgende Empfehlungen hinsichtlich der beiden Etappen der Hauptstudie abgegeben werden

- *Konzentration auf die Ergebnisqualität:* Wir empfehlen, dass die Hauptstudie auf die Evaluationsfragestellungen 2 (Patientenebene – Ergebnisqualität) und die Evaluationsfragestellungen 3 (Vergleiche Ergebnisqualität) fokussiert. Die Evaluationsfragestellung 4 (vulnerable Gruppen) sollte zusätzlich deskriptiv untersucht werden.
- *ANQ-Daten und Daten der Medizinischen Statistik:* Sofern die Daten rechtzeitig zur Verfügung stehen, wird für die Analyse der EF2 bis EF4 eine Kombination aus ANQ-Indikatoren und Indikatoren auf Basis der Routinedaten der Medizinischen Statistik empfohlen. Ein wichtiges Kriterium sollte insbesondere die Verfügbarkeit einer Risikoadjustierung (nach Alter und Geschlecht) sein.
- *Prozess und Strukturqualität in zusätzlicher Studie:* Wir empfehlen zu prüfen, ob für die Beantwortung der Evaluationsfragestellung 1 eine zusätzliche Studie vorgesehen werden kann. Für die Bearbeitung schlagen wir vor, eine vergleichende Analyse bestehender Studien in Form einer Metaanalyse vorzunehmen und diese allenfalls um eine Erhebung zum Qualitätsmanagement zu ergänzen.
- *Verzicht auf die Analyse an den Schnittstellen:* Eine quantitative wie auch qualitative Analyse der EF5 (Schnittstellen) wird aus Ressourcengründen nicht empfohlen.
- *Rehabilitation und Psychiatrie:* Wir empfehlen die Analyse der Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erst in der zweiten Etappe der Hauptstudie vorzunehmen und die erste Etappe ausschliesslich dem akutsomatischen Bereich zu widmen.
- *Zeitliche Verfügbarkeit der Daten:* Die verzögerte Verfügbarkeit der Daten der medizinischen Statistik erlaubt in der ersten Etappe nur einen einfachen Vergleich der Situation vor und nach Inkrafttreten der Revision. Basierend auf den ANQ-Indikatoren können jedoch bereits in der ersten Etappe vertiefte Analysen der Situation nach Inkrafttreten der KVG-Revision vorgenommen werden.

7 Hinweise zur Planung der beiden Etappen der Hauptstudie

Dieses Kapitel beschreibt nötige Vorarbeiten und die Arbeitsschritte für die erste und die zweite Etappe der Hauptstudie.

7.1 Vorarbeiten zur Durchführung der Hauptstudie

Zu den Vorarbeiten zur Durchführung der Hauptstudie gehören die Klärung der Verfügbarkeit der ANQ-Daten und der Administrativdaten der Medizinischen Statistik sowie die öffentlichen Ausschreibung des Projekts.

- *Verfügbarkeit der ANQ-Daten:* Die Fragen, inwiefern ANQ-Daten für Auswertungszwecke im Rahmen der geplanten Hauptstudien zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär) verwendet werden dürfen, sollten vor Ausschreibung der ersten Hauptstudie durch das BAG geklärt werden. (Beteiligte: BAG (ev. ANQ), Spitäler und Kliniken)
- *Verfügbarkeit der Administrativdaten der Medizinischen Statistik:* Sofern es sich bei der Hauptstudie um eine Studie im Rahmen der Aufsichtspflicht des BAG handelt, besteht die Möglichkeit, Zugriff auf die vollständigeren Administrativdaten der Medizinischen Statistik zu erhalten. Es wäre wichtig, vor Ausschreibung der Hauptstudie zu klären, ob und unter welchen Auflagen ein solcher Zugriff möglich ist oder ob lediglich die Statistikdaten verwendet werden dürfen. (Beteiligte: BAG und BFS)
- *Offertausschreibung:* Für die Ausschreibung (inkl. Vorbereitung des Pflichtenheftes) wird ein Zeitraum von ca. drei Monaten veranschlagt. Da vor der Ausschreibung noch die Datenverfügbarkeit abgeklärt werden sollte, kann die Ausschreibung frühestens Ende März/Anfang April 2013 erfolgen. Ein Projektstart Mitte 2013 erscheint daher zwar ambitioniert aber realistisch. (Beteiligte BAG)

7.2 Projektplanung zur ersten Etappe der Hauptstudie

In der Konzeptphase werden die Auswertungskonzepte für die beiden Indikatorengruppen ANQ-Indikatoren²⁶ und MedStat-Indikatoren erarbeitet, der Begleitgruppe vorgestellt und vom BAG verabschiedet. Sollten bereits Daten zur Verfügung stehen können diese für die Validierung des Auswertungskonzeptes herangezogen werden. Erst in der zweiten Projektphase, der Ergebnisphase, werden die Daten gemäss den verabschiedeten Konzepten ausgewertet und analysiert. Insbesondere während der Konzeptphase wird eine enge Zusammenarbeit mit dem BAG empfohlen. Zusätzlich zu den vorgesehenen Sitzungen ist damit zu rechnen, dass je Phase zwei bis drei weitere Sitzungen zur Klärung konkreter Projektfragen notwendig sein werden.

Projektphasen, Arbeitsschritte und Aufgaben		2013		2014			
		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Projektphase 1 (Konzeptphase)							
1	Projektstart	✕					
2	Literaturanalyse: Einbezug neuester Studien						
3	Operationalisierung der Evaluationsfragestellungen						
4	Erarbeiten Auswertungskonzept für ANQ-Indikatoren						
5	Erarbeiten Auswertungskonzept für MedStat-Indikatoren						
6	Vorstellung Auswertungskonzepte (BAG und Begleitgruppe)			✕			
7	Bereinigung Auswertungskonzepte						
8	Verabschiedung Auswertungskonzepte (BAG)						
Projektphase 2 (Ergebnisphase)							
12	Auswertung ANQ-Daten 2011 (wenn vorhanden), 2012, 2013						
13	Auswertung MedStat-Indikatoren 2008 - 2012						
14	Entwurf Schlussbericht						📄
15	Abschlusssitzung						✕
16	Finalisierung des Schlussberichts						📄

Tabelle 7: Arbeitsplan für die erste Etappe der Hauptstudie: Der Arbeitsplan lässt sich in zwei Phasen unterteilen (✕: Sitzung, 📄: Bericht).

Beurteilung der Arbeits- und Terminplanung: Der in der Machbarkeits- und Konzeptstudie vorgeschlagene Zeitrahmen zur Durchführung der ersten Etappe der Hauptstudie scheint realistisch. Je nach Verfügbarkeit der MedStat-Indikatoren von 2012 kann eine Verlängerung des Projektes bis ins erste Halbjahr 2015 notwendig werden. Für die Arbeitsschritte 2 bis 5 wird eine enge Zusammenarbeit mit dem BAG empfohlen.

²⁶ Sollten die ANQ-Daten für die erste Etappe nicht zur Verfügung stehen, muss geprüft werden, ob die benötigten Informationen mit Hilfe einer Zusatzerhebung beschafft werden sollen. Diese kann in der ersten Projektphase initialisiert werden und müsste in der zweiten Projektphase durchgeführt werden. Der Arbeitsplan berücksichtigt die Zusatzerhebung nicht. Alternativ könnte auch die bislang zurückgestellte Evaluationsfragestellung 1 zur Struktur- und Prozessqualität näher untersucht werden.

7.3 Projektplanung zur zweiten Etappe der Hauptstudie

Für die zweite Etappe der Hauptstudie werden voraussichtlich zusätzlich zu den Daten aus dem akutsomatischen Bereich auch Daten aus dem psychiatrischen Bereich und aus der Rehabilitation zur Verfügung stehen. Für den akutsomatischen Bereich wird es in erster Linie darum gehen, die Ergebnisse der ersten Etappe der Hauptstudie zu überprüfen, zu validieren und zu ergänzen. Für den psychiatrischen Bereich wie auch für den Bereich der Rehabilitation werden, sofern die Einführung der neuen Tarifsysteme termingerecht am 1. Januar 2015 erfolgt und zudem die vom ANQ erhobenen Indikatoren in ausreichender Qualität zur Verfügung stehen, erste Evaluationsergebnisse erarbeitet. Dies bedeutet, dass die zweite Etappe der Hauptstudie im Gegensatz zur ersten Etappe voraussichtlich alle drei Bereiche der stationären Leistungserbringung umfassen wird.

Für die Ausschreibung der zweiten Etappe der Hauptstudie wird ein Zeitraum von ca. 3 Monaten veranschlagt. Sollte sich der Einführungsstermin der neuen Tarifsysteme in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie verzögern, wird empfohlen, den Projektstart auf Anfang 2017 und insbesondere den Endtermin der zweiten Etappe auf Ende 2017 zu verschieben.²⁷ Die unten stehende Tabelle gilt für einen Projektstart Anfang 2016.

Für die zweite Etappe der Hauptstudie werden voraussichtlich die ANQ-Indikatoren für die Akutsomatik der Jahre 2012 bis 2016 und für die Psychiatrie und die Rehabilitation der Jahre 2013 bis 2016 zur Verfügung stehen. Zudem können die MedStat-Indikatoren nach Definition BAG der Jahre 2013 bis 2015 berücksichtigt werden. Bei der Arbeitsplanung für die zweite Etappe der Hauptstudie werden die zwei unterschiedlichen Arbeitsphasen Akutsomatik und Rehabilitation / Psychiatrie unterschieden.

Da davon ausgegangen werden kann, dass in den kommenden Jahren in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation zusätzliche Forschungsarbeiten vorgenommen werden, wird der Literaturanalyse einen grösseren Stellenwert zukommen als in der ersten Etappe der Hauptstudie. Zudem wäre für die zweite Etappe zu prüfen, ob die Evaluationsfragestellungen EF1 (Struktur-/ Prozessqualität) und EF5 (Schnittstellen), die in der ersten Etappe aus Zeit- oder Budgetgründen nicht beantwortet werden können, bearbeitet werden können.

²⁷ Da die Hauptstudie in Abhängigkeit zu den weiteren fünf Studien steht ist eine Verschiebung des Endtermins eventuell nicht möglich. In diesem Fall wäre zu prüfen, ob die zweite Etappe ohne die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie durchgeführt wird und die beiden Bereiche in einer zeitlich entkoppelten Studie separat analysiert werden.

Projektteile, Arbeitsschritte und Aufgaben		2016				2017	
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
S1	Projektstart	✕					
Projektteil Akutsomatik							
A1	Überarbeiten Auswertungskonzept MedStat-Indikatoren						
S2	Verabschiedung Auswertungskonzept (BAG)		✕				
A4	Datenauswertung ANQ-Daten Akutsomatik 2014 & 2015						
A5	Datenauswertung MedStat-Indikatoren 2013 - 2015						
S3	Zwischensitzung I mit BAG					✕	
A7	Berichtsteil Akutsomatik						📄
Projektteil Rehabilitation und Psychiatrie							
RP1	Literaturanalyse Psychiatrie & Rehabilitation						
RP2	Überarbeitung Evaluationsfragen						
RP3	Erarbeiten Auswertungskonzept ANQ-Daten						
S4	Verabschiedung Auswertungskonzept (BAG)			✕			
RP4	Auswertung ANQ-Daten						
S5	Zwischensitzung II mit BAG					✕	
RP5	Berichtsteil Psychiatrie & Rehabilitation						📄
Projektteil Struktur-/ Prozessqualität und Schnittstellen (eventuell)							
SPS1	Zeitfenster Struktur & Prozessqualität						
SPS2	Zeitfenster Schnittstellen						
Berichtsphase							
B1	Entwurf Schlussbericht						📄
S6	Abschlusssitzung						✕
B2	Finalisierung Schlussbericht						📄

Tabelle 8: Arbeitsplan für die zweite Etappe der Hauptstudie. Der Arbeitsplan unterscheidet parallele Arbeitsphasen für die Akutsomatik einerseits und die Rehabilitation und die Psychiatrie andererseits (✕: Sitzung, 📄: Bericht).

Beurteilung des Arbeits- und Zeitplans: Der Arbeits- und Zeitplan der zweiten Etappe der Hauptstudie hängt stark von der Entwicklung der Tarifsysteme in der Rehabilitation und der Psychiatrie ab. Sollten die neuen Tarifsysteme nicht wie geplant eingeführt werden können und ergibt sich eine Verzögerung von mehr als 12 Monaten, so können selbst bei einer Verschiebung der Studie um ein Jahr keine Ergebnisse aus diesen Bereichen berücksichtigt werden. Für die Akutsomatik hingegen sollten für die zweite Etappe der Hauptstudie sowohl die Indikatoren des BAG wie auch die Indikatoren der OECD zur Verfügung stehen. Sollte sich nach einer Prüfung des Budgets für die zweite Etappe ergeben, dass die Evaluationsfragestellungen EF1 und/oder EF5 in der zweiten Etappe bearbeitet werden sollen, muss der Zeitplan entsprechend angepasst werden.

Anhang

A-1 Gesprächsleitfaden Experteninterviews

A) «Qualität der Spitalleistung (stationär)» und Einflussfaktoren

- Was erachten Sie als die grundsätzlich wichtigsten Einflussfaktoren auf die Qualität der stationären Spitalleistungen? Wie sind diese zu gewichten?
- Welchen Einfluss hat die KVG-Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen, insbesondere unter Betrachtung der unter Frage 1 beleuchteten Einflussfaktoren?
- Welchen Einfluss der KVG-Revision sehen Sie unter Qualitätsgesichtspunkten auf die Schnittstellen (Ambulatorien/Arztpraxen, Rehabilitation, Akut- und Übergangspflege, Pflegeheime, Spitex)?
- Welchen Einfluss messen Sie anderen gesundheitspolitischen Aktivitäten ausserhalb der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Entwicklung der Qualität der stationären Spitalleistungen zu (z.B. bildungspolitische Veränderung bez. der Gesundheitsberufe, Qualitätsstrategie des Bundes)?

B) Indikatoren und Datenlücken

- Welche der im Begleitschreiben erwähnten verfügbaren Indikatoren halten Sie für geeignet, um die Qualität der stationären Spitalleistung (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) abzubilden und im Zeitablauf zu verfolgen?
- Sehen Sie weitere nicht genannte Qualitätsindikatoren, die für eine repräsentative Beurteilung des Einflusses der KVG-Revision geeignet wären?
- Sehen Sie Lücken hinsichtlich Leistungsbereichen oder Qualitätsaspekten, die mit den erwähnten Indikatoren nicht abgedeckt sind? Welche Methoden oder Instrumente könnten diese Lücken schliessen?

C) Auswertungskonzept

- Welche Aspekte bei der Auswertung erachten Sie als wesentlich, beispielsweise bezüglich der Gliederung nach Leistungskategorien, Differenzierung nach Kantonen, Regionen oder Spitalkategorien?

D) Ausblick

- Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Punkte, die für die Diskussion relevant sind und die Sie uns mit auf den Weg geben möchten?

A-2 Gesprächspartner/innen

Institution	Gesprächspartner/innen	Art des Interviews	Datum
ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Geschäftsstelle	Petra Busch Regula Heller	Persönlich	04.05.2012
H+ Die Spitäler der Schweiz	Pascal Besson Oliver Peters, CHUV	Persönlich	07.05.2012
GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direkten	Michael Jordi Kathrin Huber	Persönlich	07.05.2012
Santésuisse	Stephan Colombo Stefan Teske, tarifsuisse	Persönlich	14.05.2012
SPITEX-Verband	Maja Mylaeus-Reggli	Telefonisch	22.05.2012
SBK - ASI Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Lucien Portenier	Telefonisch	22.05.2012
Curaviva	Richard Widmer	Telefonisch	24.05.2012
DVSP Dachverband Schweiz. Patientenstellen, Patientenstelle Zürich	Erika Ziltener	Telefonisch	29.05.2012
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Daniel Herren	Telefonisch/ Schriftlich	29.05.2012

Tabelle 9: Übersicht der angefragten Institutionen und Interviewpartner/innen

Die Expertengespräche wurden entweder persönlich (mit zwei Ansprechpersonen pro Institution) oder telefonisch (eine Ansprechperson) durchgeführt. Die Interviewdauer lag bei etwa 90 Minuten (persönliche Interviews) respektive 45 Minuten (telefonische Interviews).

A-3 Detaillierte Zusammenfassung der Ergebnisse

A-3.1 Qualität stationärer Leistungen und Einflüsse der KVG-Revision

Die Interviewpartner/innen wurden eingeladen, die aus ihrer Sicht wichtigsten Einflussfaktoren auf die Qualität der stationären Spitalleistungen zu nennen, um im Anschluss mögliche Einflüsse der KVG-Revision auf diese Faktoren zu beschreiben. Dabei wurden denkbare Auswirkungen der KVG-Revision auf Strukturen (Infrastrukturen und Personal), Prozesse und Abläufe im Spital sowie die Qualitätskultur als Gesamtes thematisiert. Die Interviewpartner/innen beschrieben insbesondere eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital als qualitätsrelevante Auswirkung der KVG-Revision Spitalfinanzierung.

A-3.1.1 Spitalstrukturen

Wichtigster Einflussfaktor auf die Qualität stationärer Spitalleistungen ist das Management des Spitals, welches das Management von Infrastruktur, Anstellungen, Abläufen und Prozessen im Spital umfasst. In diesem System gibt es verschiedenste Stellschrau-

ben, die miteinander in vielfältiger Weise interagieren. Eine gute **Infrastruktur**²⁸ ist Grundvoraussetzung für das Erbringen medizinischer und pflegerischer Leistungen. Die Personalstruktur ist ein weiterer Pfeiler für die Qualität der Spitalleistungen. Aus Sicht der GDK sollten mögliche Einflüsse der KVG-Revision auf Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität gleichermaßen im Auge behalten werden, den Strukturen kommt aber insbesondere eine hohe Bedeutung zu, da hier die Spitäler direkte Gestaltungsmöglichkeit haben.

Die **Arbeitsbedingungen im Spital** werden als wichtiger Einflussfaktor der Qualität stationärer Leistungen genannt. Stress und Arbeitsverdichtung können die Fehleranfälligkeit erhöhen und dadurch die Prozess- und Ergebnisqualität negativ beeinflussen. Da es sich aus Sicht der Interviewpartner/innen jedoch um einen Trend handelt, der schon länger zu beobachten ist, wird es schwierig zu bestimmen sein, welchen Einfluss die KVG-Revision auf die Arbeitsbedingungen im Spital hat. Die kritische Grenze der Arbeitsbelastung sei aus Sicht der Interviewpartner/innen derzeit noch nicht erreicht. Es sollte aber sichergestellt werden, dass Finanzierungsprobleme im Spital nicht auf die Stellenplanung abgewälzt werden und dadurch die Arbeitsüberlastung beim Personal vergrößern. Es handle sich aus Sicht des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner um einen wechselseitigen Einfluss: Zwar könne der Kostendruck bei der Personalplanung durch die KVG-Revision steigen, durch eine Zunahme an Vernetzungs- und Dokumentationsaufgaben werde der Personalbedarf jedoch weiter zunehmen und es wird mehr Pflegepersonal aber auch administratives Personal eingestellt werden. Als mögliche indirekte Folge der KVG-Revision könnte sich als Konsequenz des Kostendrucks auf die Personalstruktur der Skill-Grade-Mix verändern. So wird auch das Qualitätsrisiko angesprochen, das mit der Tendenz einhergeht, vermehrt tiefer qualifiziertes Personal einzustellen. Dieser Trend bestehe allerdings schon länger, aus Sicht der Gesprächspartner/innen ist es schwer zu beurteilen, ob sich dieser Trend fortsetzen oder verstärken wird.

Die Entwicklung des Personalstandes nach Berufsgruppen ist aus Sicht der GDK ein systematischer Qualitätsindikator. **Qualifiziertes Personal** hat eine Schlüsselrolle für die Qualität, damit kommt auch der Aus- und Weiterbildung ein hoher Stellenwert zu. Möglicher Druck auf das Personal könne zu einer **Verknappung zeitlicher Ressourcen** und zur Abnahme der Zeit führen, welche für Patienten/innen zur Verfügung steht.

- Die KVG-Revision Spitalfinanzierung führt zu einem Kostendruck auf die Personalplanung. Der Bedarf an Pflegekräften und administrativem Personal steigt jedoch aufgrund der Zunahme von Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben.
- Die KVG-Revision Spitalfinanzierung führt durch das geänderte Tarifsystem dazu, dass Ressourcen im Spital gekürzt werden. Dadurch kommt es zu einer Konzentration der Kräfte und in Folge zu Zeitmangel am Patienten. Es bleibt weniger Zeit für die Arzt-Patientenbeziehung, die Diagnose- und Behandlungsqualität sinkt.

²⁸ Fett geschriebene Begriffe entsprechen den ermittelten Codes.

- Die KVG-Revision führt dazu, dass aufgrund des Kostendrucks mehr niedrig qualifiziertes Personal eingesetzt wird. Die Behandlungsqualität sinkt und die Fehlerhäufigkeit (z.B. bei der Basispflege) steigt.

Bildungspolitische Entwicklungen im Gesundheitsbereich verstärken aus Sicht einiger Interviewpartner/innen die Favorisierung von Personal mit kürzeren Ausbildungen (Fachperson Gesundheit, FAGE). Diese Tendenz solle aus Sicht des Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Zaum gehalten werden. Ein weiteres Problem sei die Personalknappheit, bedingt durch geringe Ausbildungszahlen, Personalfluktuations und frühen Berufsausstiegen während der Bedarf an Pflegepersonen zunimmt. Auch die starke Abhängigkeit von ausländischen Arbeitskräften wird in diesem Zusammenhang thematisiert.

Insgesamt ist es schwierig, die Strukturqualität bis ins Detail zu analysieren und dies wird auch nicht Inhalt der Evaluation sein. Von den Interviewpartner/innen wird verdeutlicht, dass auch kleine Investitionen, zum Beispiel der Einsatz von Dolmetschern/innen die Qualität massgeblich beeinflussen können. Es wäre denkbar, dass diese nicht mehr finanziert werden, weil es nicht in der Finanzierung nach DRG berücksichtigt ist und somit auch kleine strukturelle Anpassungen eine Auswirkung auf die Qualität haben.

A-3.1.2 Prozesse und Abläufe im Spital

Der mögliche Kostendruck durch die Neuerung bei der Spitalfinanzierung kann aus Sicht der Interviewpartner/innen Prozesse und Abläufe im Spital verändern. Im Spitalalltag ist vor allem die Definition und Dokumentation von Abläufen und Prozessen ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Qualität stationärer Spitalleistungen. Entscheidend für das Funktionieren täglicher Abläufe sind Fachkompetenz, interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Personalschlüssel, aber auch Fallzahlen und der Datenfluss zwischen stationärer Behandlung und zuweisenden Stellen. Es wird angemerkt, dass der Initialaufwand nach der KVG-Revision grösser sein könnte, dadurch, dass Prozesse erst optimiert werden müssen, **Kodierungsaufgaben** übernommen und ein Fokus auf das Austrittsmanagement gelegt wird.

- Durch den finanziellen Druck auf das Spital sinkt die Qualität stationärer Leistungen, weil die Ökonomisierung dazu führt, dass die Leistungen möglichst billig erbracht werden.
- Infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung (Einführung DRG Tarifsysteem) verschlechtert sich kurzfristig die Diagnose- und Indikationsqualität aufgrund möglicher Kodierungsprobleme.

Bei der Beurteilung von Prozessqualität ist es zudem wesentlich, welcher Teil der Prozesskette beleuchtet wird: Wird eine adäquate Diagnose gestellt, erfolgt die richtige Behandlung und Nachbehandlung? Ergebnisqualitäten können im Prinzip in all diesen Bereichen betrachtet werden. Zu einer Prozessveränderung könnte es aus Sicht der Interviewpartner/innen beim **Dokumentationsbedarf** und dem **Pflegeaufwand** kommen. Der

Pflegeaufwand sei in den DRG nur sekundär einbezogen. Dazu komme, dass es nicht immer möglich sei, den Pflegeaufwand a priori abzuschätzen. Auch eine adäquate geriatrische Versorgung und Palliative Care Leistungen seien nur schwer ökonomisch zu bewerten.

Eine Betrachtung der **gesamten Behandlungskette**, insbesondere des vorgelagerten und nachgelagerten Bereichs wird aus Sicht der Experten/innen nahe gelegt. Bei Übertritten zwischen den Spitälern seien keine neuen Herausforderungen zu erwarten, da diese im hochspezialisierten Bereich üblich seien und gut abgesprochen werden.

A-3.1.3 Qualitätskultur Spital

Die Qualitätskultur eines Spitals lässt sich an folgenden Aspekten festmachen: Definierte Gremien, Abläufe und Prozesse für Qualität, Verankerung von Qualität in der Spitalführung, Stellenwert und Vernetzung der Qualitätsbeauftragten, Verankerung von Qualität im Leitbild, Weiterbildungen im Bereich Qualität, Definition und Dokumentation von Prozessen. Die Erfahrungen des ANQ zeigen eine hohe Heterogenität hinsichtlich des Stellenwerts von Qualität zwischen den Spitälern. Aus der Sicht des ANQ löst erst das Messen von Qualität Veränderungsprozesse aus und es kommt zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität sowie der Anpassung von Prozessen.

- Dadurch, dass die Qualität «Gesetzesrang» hat, hat die Messung von Qualität an Bedeutung zugenommen und die Prozessqualität steigt mittelfristig.
- Durch die KVG-Revision wird es vermehrt zur Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätsinstrumenten kommen, was die Qualität erhöht, denn aufgrund der Ergebnisse können Strukturen und Prozesse überarbeitet und angepasst werden.
- Kurzfristig wird die Qualität aufgrund des Kostendrucks sinken, da Strukturen nicht schnell genug angepasst werden können. Mittel- und langfristig wird die Qualität durch Erfahrungen aus den Qualitätsmessungen, den angepassten Strukturen und der Transparenz der Qualität steigen.

A-3.1.4 Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen

Überlegungen zu möglichen Einflüssen der KVG-Revision auf die Qualität stationärer Spitalleistungen fokussieren auf die Annahme **kürzerer Aufenthaltsdauern** im Spital und mögliche Veränderungen bei der **Diagnosestellung und Wahl der Behandlungsmethoden**. Dass Spitalaufenthalte kürzer werden, entspricht einem schon länger beobachtbaren Trend. In den Interviews wurde eine weitere Verkürzung oder eine Fortsetzung des Trends als zentrale Annahme diskutiert. Eine Ergänzung durch die Ansprechperson des Spitexverbandes weist auf einen möglichen Bereich hin, in dem es bei frühen Entlassungen potentiell zu einer Unterversorgung kommen könne: ältere allein lebende Personen, welche den Alltag nach der Entlassung noch nicht alleine meistern können.

- Der Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern im Spital wird sich durch die KVG-Revision fortsetzen oder verstärken.

- Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung führt dazu, dass Leistungen mit kostenmässiger Unterdeckung in der Tendenz nicht mehr erbracht werden.
- Bei frühen Entlassungen besteht die Gefahr, dass davon ein Graubereich von Personen betroffen ist, welche den Alltag noch nicht alleine meistern können und dass es bei solchen Fällen zu einer Versorgungslücke kommt.

A-3.2 Schnittstellen

Die **Vernetzung** an den Schnittstellen zum vor- und nachgelagerten Bereich wird als grosse Herausforderung gesehen. Es wird angenommen, dass durch die KVG-Revision und mögliche frühe Entlassungen sowie die freie Spitalwahl der Vernetzungsbedarf zunehmen wird. Aus Sicht des Spitex Verbandes zeichne sich ein positiver Einfluss ab, da Spitäler stärker an einer lückenlosen Übergabe an die nachgelagerten Stellen interessiert seien und der Wille zu Verbesserungen deshalb gross sei. Die erforderliche Zunahme des Informationsflusses und der Vernetzung an diesen Schnittstellen wird deshalb insgesamt als Chance diskutiert.

- Wenn die Spitäler die Herausforderung erkennen und Qualitätsansprüche beim Austrittsmanagement und bei der Verbesserung von Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich stellen, dann hat die KVG-Revision einen positiven Einfluss auf die Qualität.

A-3.2.1 Schnittstellen zum vorgelagerten Bereich

Dass Spitalleistungen sich zunehmend in den ambulanten Bereich verlagern, wird aus medizinischer Sicht als eine positive und einleuchtende Entwicklung angesehen. Aus Patienten/innensicht könne diskutiert werden, dass in Einzelfällen möglicherweise ein einmaliger längerer Spitalaufenthalt mehreren ambulanten Terminen vorgezogen würde.

Dass Leistungen vor einem (geplanten) Spitalaufenthalt ambulant erbracht werden, bedeutet folgende Herausforderungen für die Schnittstellen: Kommunikationsgeschwindigkeit und Kommunikationsqualität an den Schnittstellen ambulant – stationär müssen gewährleistet sein. Zudem gewinnt der angelegte Informationspool (Dokumentation, Befunde, Bildgebende Materialien) an Bedeutung. In den Experten/inneninterviews wird auf die mögliche Gefahr hingewiesen, dass es zu Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht kommen könne: Es stelle sich zum Beispiel die Frage, ob ambulante Anästhesiegespräche mit derselben Sorgfalt geführt werden, wie im Spital.

- Da Leistungen in kürzerer Zeit erbracht werden müssen, werden viele vorher stationär erbrachte Leistungen in den vorgelagerten Bereich verlagert, dadurch sind die Schnittstellen gefordert hinsichtlich Dokumentation, Kommunikationsgeschwindigkeit und Kommunikationsqualität.

A-3.2.2 Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich

Die kürzere Dauer von Spitalaufenthalten führe dazu, dass Fälle früher im nachgelagerten Bereich betreut werden. Das heisst, Fälle werden komplexer und es besteht mehr Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Dies stellt den nachgelagerten Bereich vor Herausforderungen: die Überwachung und adäquate Pflege muss gewährleistet werden. Für Patienten/innen kann eine frühere Entlassung durchaus positiv sein, wenn sichergestellt ist, dass sie anschliessend in der geeigneten Umgebung optimal versorgt sind, sei es zu Hause, in der Akut- und Übergangspflege, ambulanter Betreuung durch Spitex-Dienste oder im Pflegeheim. Die Experten/innen weisen auf eine weitere Entwicklung hin: Dadurch dass mehr Fälle, die früher stationär behandelt wurden, ambulant behandelt werden, komme es vermehrt zu direkten Überweisungen vom ambulanten in den Reha-Bereich.

Die KVG-Revision setzte aus Sicht der Interviewpartner/innen keinen Anreiz, die Patienten/innen zu früh zu entlassen, vielmehr gehe es darum, den optimalen Entlassungszeitpunkt zu finden. Die Dauer vom Entlassungsentscheid bis zur Entlassung werde sich jedoch verkürzen; es bleibe dadurch weniger Zeit für weitere Abklärungen. Eine mögliche Lücke bestehe hinsichtlich der optimalen Ausschöpfung des Reha-Potentials, dadurch dass es zu schnelleren Austritten komme.

— Durch die KVG-Revision setzt sich der Trend kürzerer Aufenthaltsdauer im Spital fort oder verstärkt sich. Dadurch bleibt weniger Zeit für Abklärungen vor dem Austritt und das Reha-Potential wird nicht ausreichend ausgeschöpft.

Das Austrittsmanagement wird auf jeden Fall komplexer und es ist deshalb notwendig, die gesamte Behandlungskette im Auge zu behalten und eine saubere Dokumentation vorzunehmen. Schon beim Aufnahmeprozess sollte die Übergangspflege bedacht werden, die Wohnumgebung vorbereitet sein. Die Spitex-Organisationen müssen sehr schnell auf neue Patienten reagieren, dies sei jedoch aufgrund der Organisationsform und den gegebenen Strukturen nicht so schnell möglich, wie im Spital oder einem Pflegeheim. Für Pflegeheime seien die Herausforderungen aufgrund früher Entlassungen aus dem Spital geringer einzuschätzen. Bei Personen, die schon vor dem Spitalaufenthalt im Pflegeheim gewohnt haben, sei das Pflegeheim durchaus daran interessiert, dass die Personen schnell entlassen werden und die Betten des Pflegeheims belegt sind. Der Prozentsatz von direkten Eintritten vom Spital ins Pflegeheim sei insgesamt gering. Eine Studie im Auftrag von curaviva soll prüfen, inwiefern es für die Pflegeheime zu einem Mehraufwand aufgrund früherer Entlassungen aus dem Spital kommt.

— Es kommt zu einer Optimierung des Austrittsmanagements, um der Komplexität der Fälle bei Austritt und dem erhöhten Vernetzungsbedarf zwischen Spital und nachgelagerten Stellen gerecht zu werden.

Die Spitäler haben aus Sicht einiger Interviewpartner/innen ein wachsendes Interesse daran, die Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich zu optimieren. Als Beispiele für Ansätze werden sogenannte «personnes liaison» genannt, die in Spitälern der Westschweiz mit dem Austrittsmanagement im Spital befasst sind. Auch Webplattformen und der elektronische Datenaustausch sind wichtige Instrumente für ein funktionierendes

Austrittsmanagement. Die Zeit, die für Aufklärung und Information von Patienten/innen zur Verfügung steht, sei sehr wichtig, zumal Patienten/innen oft eine im Arbeitsalltag nicht zu unterschätzende Funktion als Träger/innen von Informationen von einer behandelnden Stelle zur nächsten haben.

- Die DRG-Einführung kann auf Mikroebene dazu führen, dass weniger Zeit für den Übertritt zur Verfügung steht, dass dadurch zum Beispiel weniger Zeit für die Schulung und Information der Patienten/innen verwendet wird.

Wie wird sich der nachgelagerte Bereich verändern? Es ist bei dieser Frage schwer, zwischen bestehenden Trends und möglichen Veränderungen in Folge der KVG-Revision zu differenzieren. In den Experten/inneninterviews werden vermehrte Konkurrenz bei den Leistungserbringern, Kontinuitätsprobleme und strukturelle Anpassungen im Bereich Rehabilitation diskutiert. Die Akut- und Übergangspflege habe sich nicht bewährt, die Nachfrage sei gering. Es gibt Pflegeheime, die sich strategisch auf Übergangspflege ausgerichtet haben.

- Die Konkurrenz bei Leistungserbringern im nachgelagerten Bereich wird zunehmen.
- Es wird zu Kontinuitätsproblemen bei Netzwerken mit Spitälern und nachgelagerten Stellen kommen.

Die Finanzierung des nachgelagerten Bereichs wurde am Rande der Interviews diskutiert. Die Kostenaufteilung zwischen Kanton und Gemeinden könne zum heissen Eisen werden. Im Kontext der KVG-Revision kann es zu einer zunehmenden Leistungsverlagerung aus dem akutstationären in den nachgelagerten Bereich kommen. Dies hätte eine Kostenverlagerung vom primär kantonal finanzierten zum primär kommunal finanzierten ambulanten Bereich zur Folge.

A-3.3 Bereich Rehabilitation

Die Interviews fokussierten vor allem auf den akutsomatischen Bereich. Es wurden jedoch auch Überlegungen zu den Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich (vgl. Abschnitt A-3.2.2) und zum Bereich Rehabilitation gemacht.

- Aufgrund früherer Entlassungen werden die Rehabilitations-Potentiale nicht ausreichend eingeschätzt und ausgeschöpft.

A-3.4 Bereich Psychiatrie

Auch im Bereich Psychiatrie sind Diskussionen im Gange. Da die kommende Tarifstruktur noch nicht klar ist, gibt es entsprechend noch keine Annahmen zum stationären psychiatrischen Bereich. Der Bereich Alterspsychiatrie wird hervor gestrichen, denn in diesem Bereich sind auch die Schnittstellen zum akutsomatischen Bereich bedeutend.

A-3.5 Spitalplanung, Veränderungen Spitallandschaft

Mit Blick auf Veränderung der Spitallandschaft werden **Kürzungen des Leistungskatalogs**, die **Konkurrenz zwischen Spitälern**, **Selektion von Patienten/innen**, die **Spitalwahl durch Patienten/innen** und die **Spitalplanung** (Erteilen von Leistungsaufträgen) in Folge der KVG-Revision diskutiert.

- Bei Spitälern mit kleinen Fallzahlen wird es in Folge der KVG-Revision zu einer Reduktion des Leistungsangebots kommen. Auch eine Reduktion von Standorten ist denkbar.
- Die Spitäler werden sich in Folge der KVG-Revision auf die jeweiligen Kernbereiche spezialisieren.
- Die KVG-Revision führt zu einer Konkurrenz-Situation zwischen Spitälern. Lukrative Patienten/innengruppen werden von privaten Spitälern abgeworben werden.
- Die KVG-Revision führt dazu, dass bestimmte Behandlungsbereiche an den Rand gedrängt werden (geringe Fallzahlen), da Privatspitäler damit argumentieren, dass es sich um zu komplexe Fälle handelt, die an Universitätsspitaler überwiesen werden müssen.
- Die KVG-Revision wird zwei Selektionsmechanismen zur Folge haben: Patienten/innen werden selektionieren und Spitäler werden selbst Patienten/innengruppen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selektionieren.
- Der Wettbewerb um lukrative Patientengruppen hat auf der einen Seite ein Aufrüsten der Spitäler zur Folge, auf der anderen Seite kommt es bei Fallgruppen, die aus ökonomischer Sicht wenig attraktiv sind, zu einem Leistungsabbau.
- Der Wettbewerb zwischen den Spitälern führt dazu, dass mit Qualität geworben wird und dadurch dem Qualitätsmanagement eine bedeutendere Rolle zukommt.
- Der Wettbewerb zwischen den Spitälern und die erhöhte Transparenz führen dazu, dass missverständliche Daten, wie zum Beispiel Mortalitätsraten, zurückgehalten werden und Schutzbedürfnisse der Spitäler zunehmen.
- Da öffentliche und private Spitäler nicht mehr divergieren, erhöhen sich die Qualität und Vergleichbarkeit der Leistungserbringung.
- Die Kantone sind durch die KVG-Revision unter Zugzwang, das Angebot so zu planen, dass qualitativ gute und günstige Spitalleistungen erbracht werden.

A-3.6 Nationale Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Erst **gesetzliche Rahmenbedingungen** führen dazu, dass es sich lohnt, gute Qualität zu erbringen. Die KVG-Revision schafft deshalb einen wichtigen Rahmen für die Qualität stationärer Spitalleistungen. Mehrere Gesprächspartner/innen unterstreichen die Not-

wendigkeit eines **nationalen Dialogs zur Qualitätsmessung**. Den Begleitstudien der KVG-Revision und den Studien des ANQ kommt dabei ein wichtiger Stellenwert zu. Es gebe viele Personen, die sich in diesem Bereich seit langem engagieren; diese Personen sollen weiterhin in die Diskussionen eingebunden werden. Es werden gute Grundlagen in der Medizinethik und den Pflegewissenschaften erarbeitet, auch diese sollen in die fruchtbaren Diskussionen einfließen. Auch der Dialog mit Tessin und Westschweiz²⁹ unter dem Qualitätsaspekt solle noch verstärkt gesucht werden.

Insgesamt sei das Bewusstsein für Ergebnisqualität gestiegen, die Diskussion über Spitalqualität sei aus Sicht der GDK im Gange.

Die **Qualitätsstrategie des Bundes** wird von den interviewten Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich wahrgenommen, die Aussagen divergieren von «Qualitätsstrategie ist sehr wichtig» bis «Qualitätsstrategie wird kaum wahrgenommen». Die Strategie setze aber einen klaren Rahmen für Qualität.

- *Die Qualitätsstrategie setze einen klaren Rahmen für Qualität in diesem Bereich, ob es zu handfesten Ergebnissen führen werde, sei nicht absehbar (SBK).*
- *Die Qualitätsstrategie des Bundes sei wichtig (H+).*
- *Die Qualitätsstrategie habe einen eher geringen Einfluss (GDK).*
- *Diese habe kaum einen Einfluss, weil sie wenig durchdacht sei und zu sehr auf Patientensicherheit fokussiere, und zu viel Kontrolle von aussen mit sich bringe, Qualitätsprobleme würden intern schneller und besser identifiziert (tarifsuisse/santésuisse).*
- *Die Strategie sei sehr knapp, Patientensicherheit sei ein wichtiges Bein, Rückschlüsse auf Qualität seien aber schwierig, es sollten besser evidenzbasierte Ergebnisindikatoren herangezogen werden (Spitex).*
- *Es laufen einige Aktivitäten auf Bundesebene – da komme einiges in Gang, zum Beispiel im Bereich Palliativ Care, Demenz (curaviva).*
- *Die Qualitätsstrategie werde noch nicht im Konkreten wahrgenommen, befinde sich noch in der Konzeptphase (FMH).*
- *Aktivitäten des Bundes seien wichtig, der Föderalismus im Gesundheitswesen sei eher hinderlich, wenn es darum geht, flächendeckend Themen und Aktivitäten voran zu bringen (Dachverband Patientenstellen).*

²⁹ Verweis auf PLAISIR commission technique intercantonale

A-3.7 Indikatoren

A-3.7.1 Indikatoren ANQ

- Akutsomatik: Patientenzufriedenheit, Wundinfektmessung SwissNOSO, Rate der potentiell vermeidbaren Reoperationen, Rehospitalisierungen, Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus
- Psychiatrie: Basisdatenset, Symptombelastung, freiheitsbeschränkende Massnahmen, Patientenzufriedenheit
- Rehabilitation: Patientenzufriedenheit und weitere Indikatoren zu muskuloskelettaler und neurologischer Rehabilitation sowie kardialer und pulmonaler Rehabilitation

Messungen zu den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie erfolgen erst ab 2012/2013. Im Unterschied zur Akutsomatik werden in diesen Bereichen Daten zu einigen Indikatoren vorliegen, welche schon vor der geplanten Einführung der DRG erfasst wurden.

Die Indikatoren des ANQ werden von Seiten der Interviewpartnern/innen als ein gutes Set an wissenschaftlich abgestützten Indikatoren befunden. Einzelne Vorbehalte wurden hinsichtlich guter Datenqualität und Detailliertheit der erhobenen Daten geäussert. Insgesamt werden die Indikatoren jedoch als durchaus gut geeignet angesehen, um die Einflüsse der KVG-Revision auf die Qualität stationärer Spitalleistungen zu überprüfen. Folgenden Anmerkungen zu einzelnen Indikatoren des ANQ im Bereich Akutsomatik werden im Zuge der Interviews gemacht:

- Patientenzufriedenheit: Aus Sicht einiger Interviewpartner/innen sei die Skalierung nicht optimal, da alle Spitäler relativ gut abschneiden, die Fragen seien eher oberflächlich und der Zeitpunkt der Befragung sei nicht optimal. Der Indikator sei für die Beurteilung der Ergebnisqualität weniger aussagekräftig, es bestehe zudem die Gefahr, dass zu vieles in den Indikator projiziert wird. Auch aus Sicht der FMH sei der Indikator in einem hoch entwickelten Gesundheitssystem überbewertet. Im Bereich Psychiatrie sei der Indikator hingegen wichtig, da wenige evidenzbasierte Indikatoren vorliegen.
- Wundinfektmessung: Wundinfekt wird als ein wichtiger Indikator bewertet, insbesondere nosokomiale Infektionen.
- Rehospitalisierungen: Frage hängt mit der Komplexität des Falles zusammen. Auch Verlegungen zwischen Universitätsspitalern und Regionalspitalern sollen im Auge behalten werden. Die tatsächlichen Rehospitalisierungen sollten im Verhältnis zu erwarteten Rehospitalisierungen stehen.

A-3.7.2 Indikatoren BAG

BAG: Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, welche Angaben zu Fallzahlen, Anteilswerte (z.B. Kaiserschnitttrate) und Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen umfassen.

— Fallzahlen:

- Für die Spitalplanung und die Vergabe von Leistungsaufträgen seien Fallzahlen sehr wichtig, da dadurch Spitäler miteinander verglichen werden können. Problematisch sei, dass es einen Anreiz für die Leistungserbringer geben kann, zu sehr auf Mindestfallzahlen zu fokussieren, weil diese oft als Qualitätskriterium bei der Spitalplanung angesehen werden. *(aus Sicht der GDK)*
- *Aus Sicht Dachverband Patientenstellen und santésuisse: Fallzahlen sind wichtig und am sinnvollsten, je höher, desto besser die Qualität.*

— Mortalität:

- Beim Indikator Mortalität sei es sehr wichtig, wie dieser Indikator kommuniziert wird. Ein Interviewpartner merkt an, dass es basierend auf diesem Indikator bisher noch nicht zu einer fruchtbaren Diskussion über Qualität gekommen sei (*SBK-AS*). Bei heiklen Fällen könne es zu einer ungleichen Bewertung von Spitälern kommen. Es sei zudem denkbar, dass es durchaus Spitäler gibt, in die Personen zum Sterben gehen, es sollte deshalb die Versorgungsstruktur berücksichtigt werden.

Aus Sicht FMH seien dies keine guten Indikatoren, es obliege den Fachgesellschaften, zu diskutieren und festzulegen, welche Indikatoren in welchen Bereichen sinnvoll seien.

Es wird angemerkt, dass es wesentlich ist, ob ein Indikator für externe oder interne Zwecke vorgesehen ist. Je komplexer und erklärungsbedürftiger ein Indikator sei, desto weniger sei er für die externe Kommunikation und Vergleiche geeignet. Wenn die Daten nicht gut kommuniziert werden oder es zu nicht angemessenen Vergleichen komme, dann können einerseits negative Anreize die Folge sein und andererseits die Akzeptanz für Messungen sinken. *(curaviva)*

ANQ: Es erfolgt der Hinweis, die Rahmenbedingungen genau abzuklären, dass es sich um Routinedaten handele, heisse nicht automatisch, dass die Daten gut zugänglich sind und in guter Qualität vorliegen.

A-3.7.3 Indikatoren OECD

Patientensicherheitsindikatoren: geburtshilfliche Trauma, operative oder postoperative Komplikationen, die bisher nur auf gesamtschweizerischer Ebene berechnet wurden.

Die Indikatoren zur Patientensicherheit der OECD werden im Kontext des internationalen Vergleichs als wichtig erachtet. Insbesondere sei der Vergleich mit Ländern mit ähnlichem Spitalfinanzierungsmodell interessant.

Während der Verband der Spitäler H+ die Patientensicherheitsindikatoren für gut geeignet hält, sind diese aus Sicht von santésuisse zu detailliert.

A-3.7.4 Datenlücken

Auf folgende Datenlücken wurde von Seiten der Interviewpartner/innen hingewiesen: Es gäbe keine ambulanten Statistiken in der Schweiz, welche Rückschlüsse zu den Schnittstellen zum stationären Bereich und zum Umfang von vorgenommenen Abklärungen möglich machen. Tenor der Experten/innen-Meinungen war jedoch, dass die wichtigsten und wesentlichen Bereiche gut berücksichtigt seien und keine gravierenden Lücken bestehen. Es werde sich zudem im Verlauf zeigen, welche Bereiche noch detaillierter Berücksichtigung finden müssen.

A-3.7.5 Weitere genannte Konzepte und Indikatoren

- Zufriedenheit der zuweisenden Stellen
- Mitarbeiter/innenzufriedenheit
- Arzt/in pro Bett, Pflegende pro Bett
- Skill-Grade-Mix Pflegende
- Arbeitsbelastung Personal
- Orientierung an Zertifizierungen im Pflegebereich³⁰
- Mitarbeiter/innenbefragung³¹
- Patientenbeschwerden
- Säuglingssterblichkeit³²
- Interdisziplinäres Handeln
- Übertritt/Austritt, Ansprechperson im Spital, Vorlaufzeit, genügend Material³³
- Schnittstellenqualität
- Diagnose- und Indikationsqualität
- Komplikationen-Rate
- Stellenabbau im Spital
- Medikamentensicherheit
- Berichte der Spitäler

³⁰ Beispielfhaft wurde vom SBK-ASI die Zertifizierung hinsichtlich Pflegequalität der Concret AG genannt.

³¹ Es wird auf Indikatoren verwiesen, die auf kantonaler Ebene vorliegen.

³² Der Indikator ist eher auf der Ebene eines Systemvergleichs interessant.

³³ Informationen durch Befragung der nachgelagerten Leistungserbringer.

A-3.8 Auswertung

Die Interviewpartner/innen wurden danach gefragt, welche Kategorien aus Ihrer Sicht für die Auswertung relevant und interessant sind. Folgende Kategorien sollen bei der Auswertung berücksichtigt werden:

- **Spitalkategorien:** Die Auswertung nach Spitalkategorien ist aus Sicht der Gesprächspartner/innen sinnvoll, es sollte die Ausbildungsfunktion des Spitals berücksichtigt werden. Werden die Universitätsspitäler miteinander verglichen, dann sei zu berücksichtigen, dass die Trennschärfe schwierig ist, so würden sich das Universitätsspital Genf und das CHUV sehr unterscheiden. Das Universitätsspital Zürich sei hingegen spezialisierter. Aus Sicht von santésuisse sind Spitäler durchaus vergleichbar und es müsse nicht differenziert werden.
- **Kantone:** Eine Differenzierung nach Kanton sei zwar sinnvoll aber auch heikel, weil die Anzahl der Spitäler unterschiedlich ist. Im Kontext eines kantonalen Vergleichs sei auch interessant, wo um welche Leistungsbereiche gestritten wird und welche Bereiche zusätzlich finanziert werden müssen.
- **Versorgungsregionen:** Es sei insbesondere auch interessant, inwiefern sich Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern innerhalb von Versorgungsregionen, über Kantons Grenzen hinaus, bilden. Eine Befragung der Leistungserbringer in Regionen könne Antworten auf die Frage geben, wie gut die überregionale Zusammenarbeit funktioniert.

A-4 Beschreibung vorhandener Indikatoren

A-4.1 Akutsomatik

A-4.1.1 Postoperative Wundinfektionsrate

Das nationale Programm «SwissNoso Wundinfektionserfassungsmodul» ist Teil des ANQ-Messplans.³⁴ Die Spitäler messen bei drei aus einem Pool frei wählbaren Operationsarten die postoperative Wundinfektionsrate. Erhebungszeitraum ist jeweils ein Jahr. Eine jährliche Mindestanzahl an Operationen wird nicht vorausgesetzt. Bei kleinen Fallzahlen wird die Wundinfektionsrate auf Basis der Fälle von zwei oder drei Jahren berechnet, so dass eine Mindestfallanzahl von 100 garantiert werden kann. Die Spitäler sind frei, die gewählten Operationsarten zu wechseln. Es soll jedoch erst nach Erreichen der Mindestanzahl von 100 gewechselt werden. Neben der Erfassung der Infektion werden weitere Kennzahlen erhoben. Ein definitives Auswertungskonzept liegt noch nicht vor. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass neben dem Alter, dem Geschlecht und einigen Spitaleigenschaften auch Informationen zum Gesundheitszustand und zur Art und Anzahl von Operationen erfasst werden, welche eine Risikoadjustierung ermöglichen.³⁵ Eine Verknüpfung mit der Medizinischen Statistik erscheint nicht möglich.

A-4.1.2 Vermeidbare Reoperationen

Die Erhebung des Indikators vermeidbare Reoperationen ist Teil des ANQ-Messplans.³⁶ Der Indikator basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS, die jährlich erhoben werden. Dabei werden die beobachtete und die erwartete Rate vermeidbarer Reoperationen gemessen. Für die beobachtete Rate wird die Anzahl vermeidbarer Reoperationen ins Verhältnis zur Gesamtanzahl an Operationen gesetzt. Eine Reoperation gilt als potenziell vermeidbar, wenn sie auf einen Eingriff an derselben anatomischen Stelle erfolgt und nicht vorhersehbar war, eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Die erwartete Rate wird aufgrund der Diagnosen, der Operationen, des Alters und des Geschlechts sowie der Art der Aufnahme (Notaufnahme oder nicht) jedes einzelnen Patienten berechnet. Durch eine Berechnung des Verhältnisses der beobachteten zur erwarteten Rate kann somit eine gewisse Risikoadjustierung sichergestellt werden. Da die Daten aus der Medizinischen Statistik stammen, ist grundsätzlich eine Auswertung nach allen Indikatoren der Medizinischen Statistik möglich.

³⁴ Für mehr Informationen vgl. ANQ Factsheet „Postoperative Wundinfektmessung“ 2011 ff. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20110909_Swissnoso_Factsheet_postoperative_Wundinfektmessung_2011_ff_dt_def_02.pdf [Stand: 27.07.2012]

³⁵ Für eine vollständige Auflistung der erfassten Informationen siehe: SwissNoso, Teilnehmerhandbuch für das Modul Erfassung von postoperativen Wundinfektionen. URL: http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/2009/05/21-10-2011_d_teilnehmerhandbuch_version-update_october-2011.pdf [Stand 27.07.2012]

³⁶ Für mehr Informationen siehe ANQ Factsheet Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20111115_Factsheets_Rehosp_Reop_de.pdf [Stand 27.07.2012]. Ein definitives Auswertungskonzept liegt noch nicht vor.

A-4.1.3 Vermeidbare Rehospitalisierungen

Die Erhebung des Indikators vermeidbare Rehospitalisierungen ist Teil des ANQ-Messplans.³⁷ Der Indikator basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS, die jährlich erhoben werden. Dabei werden die beobachtete und die erwartete Rate vermeidbarer Rehospitalisation gemessen. Für die beobachtete Rate wird die Anzahl vermeidbarer Rehospitalisationen ins Verhältnis zur Gesamtanzahl der Aufenthalte gesetzt, wobei einige Patientengruppen sowie als nicht vermeidbar geltende Rehospitalisierungen aus den Berechnungen ausgeschlossen sind. Eine Rehospitalisation gilt als potentiell vermeidbar, wenn sie in Zusammenhang mit der Diagnose der vorangehenden Hospitalisierung steht, wenn die Rehospitalisation bei Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung nicht vorhersehbar war, wenn sie innert 30 Tagen nach Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung erfolgt. Die erwartete Rate wird aufgrund der Diagnosen, der Operationen, des Alters und des Geschlechts, der Art der Aufnahme (Notaufnahme oder nicht) sowie den Hospitalisierungen in den sechs Monaten davor für jeden einzelnen Patienten berechnet. Durch eine Berechnung des Verhältnisses der beobachteten zur erwarteten Rate kann somit eine gewisse Risikoadjustierung sichergestellt werden. Da die Daten aus der Medizinischen Statistik stammen, ist grundsätzlich eine Auswertung nach allen Indikatoren der Medizinischen Statistik möglich.

A-4.1.4 Dekubitusrate

Der Indikator Dekubitusrate ist Teil des ANQ-Messplans.³⁸ Die Dekubitusrate misst den Anteil der am Erhebungstag betroffenen Patientinnen und Patienten mit einem oder mehreren Dekubitusgeschwüren im Verhältnis zu allen in die Erhebung eingeschlossenen Patientinnen und Patienten (Prävalenzmessung). Dafür wird jährlich eine Erhebung (zusammen mit der Erhebung der Sturzrate) durchgeführt. Zusätzlich werden weitere Kennzahlen erfasst. Ein definitives Auswertungskonzept liegt noch nicht vor. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass neben dem Alter, dem Geschlecht und einigen Spitalereigenschaften auch Informationen zum Gesundheitszustand erhoben werden, welche eine Risikoadjustierung ermöglichen. Eine Verknüpfung mit der Medizinischen Statistik erscheint indes als nicht möglich.

A-4.1.5 Sturzrate

Der Indikator Sturzrate ist Teil des ANQ-Messplans.³⁹ Die Sturzrate misst das Verhältnis der am Erhebungstag betroffenen Patientinnen und Patienten mit einem oder mehreren Stürzen zur Gesamtanzahl der beizuziehenden Patienten. Dafür wird jährlich eine Erhebung (zusammen mit der Erhebung der Dekubitusrate) durchgeführt. Berücksichtigt werden Stürze, die vom Erhebungszeitpunkt rückblickend 30 bzw. 7 Tage zurückliegen. Es

³⁷ Für mehr Informationen siehe ANQ Factsheet Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20111115_Factsheets_Rehosp_Reop_de.pdf [Stand 27.07.2012]. Ein definitives Auswertungskonzept liegt noch nicht vor.

³⁸ Für mehr Informationen siehe Website des ANQ: <http://www.anq.ch/akutsomatik/praevalenzmessung-sturz-dekubitus/>

³⁹ Für mehr Informationen siehe Website des ANQ: <http://www.anq.ch/akutsomatik/praevalenzmessung-sturz-dekubitus/>

handelt sich folglich um eine Periodenprävalenzmessung. Zusätzlich werden weitere Kennzahlen erfasst. Ein definitives Auswertungskonzept liegt noch nicht vor. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass neben dem Alter, dem Geschlecht und einigen Spitaleigenschaften auch Informationen zum Gesundheitszustand erhoben werden, welche eine Risikoadjustierung ermöglichen. Eine Verknüpfung mit der Medizinischen Statistik erscheint indes als nicht möglich.

A-4.1.6 Patientenzufriedenheit

Im Rahmen der Nationale Patientinnen- und Patientenbefragung des ANQ werden fünf Indikatoren zur Patientenzufriedenheit erhoben.⁴⁰ Dafür wird jährlich eine Erhebung durchgeführt. Für die Beantwortung aller fünf Fragen wird eine 10er-Skala von 1 bis 10 verwendet. Zusätzlich wird das Alter und das Geschlecht des Patienten sowie der Spitalname und die Spalkategorie gemäss den Kategorien des BFS erhoben.⁴¹ Eine Verknüpfung mit der Medizinischen Statistik erscheint indes als nicht möglich.

A-4.1.7 Mortalitätsrate BAG

Die vom BAG seit 2008 jährlich veröffentlichten Inhouse-Mortalitätsraten werden auf Basis der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet.⁴² Bei 40 Krankheitsgruppen wird die Rate der im Untersuchungsjahr in Krankenhäuser Verstorbenen zu den Austritten berechnet.⁴³ Die Daten sind alters- und geschlechtsstandardisiert. Da die Daten aus der Medizinischen Statistik stammen, ist grundsätzlich eine Auswertung nach allen Indikatoren der Medizinischen Statistik möglich.

A-4.1.8 Mortalitätsrate OECD

Das BFS berechnet seit 2004 auf Basis der Medizinischen Statistik im Auftrag der OECD die Mortalitätsrate bei Herzinfarkt, Schlaganfall und ischämischer Schlaganfall.⁴⁴ Die Anzahl Todesfälle, welche sich im Spital bis 30 Tage nach der Aufnahme ereignen, wird pro Krankheitstyp ins Verhältnis zur Anzahl Patienten/innen mit gleichem Krankheitstyp (patient-based) und zur Anzahl Aufnahmen (admission-based) aufgrund des Krankheitstyps gesetzt.⁴⁵ Die Daten sind alters- und geschlechtsstandardisiert. Da die Daten aus der Medizinischen Statistik stammen, ist grundsätzlich eine Auswertung nach allen Indikatoren der Medizinischen Statistik möglich. Für die Hauptstudie wird empfohlen auf die Verwendung der Mortalitätsrate nach Definition der OECD zu verzichten, da sie sich nur

⁴⁰ Die fünf Fragen sind auf Seite 5 des ANQ Konzepts Nationale Patientinnen- und Patientenbefragung ersichtlich. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/Konzept_Nationale_Patientenbefragung_def_dt.pdf [Stand 27.07.2012]

⁴¹ Vgl. hierzu ANQ Konzepts Nationale Patientinnen- und Patientenbefragung Seite 6.

⁴² Weitere Informationen finden sich auf der Website des BAG wieder: http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaWRva3U%3D&lang=de

⁴³ Für eine Übersicht der 40 Krankheitsgruppen siehe BAG, Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, S. 11.

⁴⁴ Die Daten sind in der OECD Datenbank einsehbar. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# [Stand 27.07.2012]

⁴⁵ Vgl. URL: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4f8625fa-7aff-4b7b-bb68-8b9db40b24fc>.

geringfügig von der Mortalitätsrate nach Definition des BAG unterscheidet und zeitlich erst mit einer Verzögerung von mehr als 2 Jahren zur Verfügung steht.

A-4.1.9 Patient Safety Indicators

Seit 2004 bestehen in der OECD Bestrebungen, Indikatoren zur Patientensicherheit auszuwerten.⁴⁶ Die dafür benötigten Daten dazu werden bereits heute in der Medizinischen Statistik erfasst. 2008 wurde eine Auswahl an weiter zu evaluierenden Indikatoren bestimmt.⁴⁷ Die Schweiz beteiligt sich seit 2011 an der Entwicklung der Indikatoren. Gegenwärtig führt die IUMSP Lausanne eine Evaluationsstudie⁴⁸ über die Qualität der Patient Safety Indicators durch. Inwiefern die Indikatoren für die Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung verwendet werden können, hängt von den Ergebnissen dieser Studie und dem weiteren Verlauf der Entwicklungen ab.

A-4.2 Psychiatrie

Die drei Indikatoren Symptombelastung, Freiheitsbeschränkende Massnahmen und Patientenzufriedenheit sind Bestandteile des ANQ-Messplans.⁴⁹ Zusätzlich sollen Informationen über die Patienten/innen wie Alter und Geschlecht sowie Basisdaten der Einrichtungen erhoben werden. Ob eine Verknüpfung mit der medizinischen Statistik möglich ist, erscheint indes unklar. Der hier zuletzt aufgeführte Indikator ungeplante Rehospitalisation basiert auf der Medizinischen Statistik.

A-4.2.1 Symptombelastung

Bei allen Patienten/innen wird bei Ein- und Austritt in eine psychiatrische Einrichtung die Symptombelastung gemessen und zwar mittels Selbst- und Fremdrating. Das Selbstrating wird durch die Patienten/innen selbst ausgefüllt und erfolgt durch das Messinstrument Brief Symptom Check List (BSCL). Das Fremdrating wird durch die Behandelnden mittels des Messinstruments HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales) durchgeführt. Die Differenz zwischen der Symptombelastung beim Eintritt und beim Austritt lässt Schlussfolgerungen auf die Qualität der Behandlung zu.

⁴⁶ Vgl. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT: PATIENT SAFETY INDICATORS REPORT 2009.

⁴⁷ Hierzu zählen: Postoperative pulmonary embolism (PE) or deep vein thrombosis (DVT), Postoperative sepsis, Accidental puncture or laceration, Foreign body left in during procedure, Obstetric trauma – vaginal delivery with instrument und Obstetric trauma – vaginal delivery without instrument.

⁴⁸ Der Titel der Studie lautet: «Developing and refining indicators to measure the impact on patient safety of generalized use of DRGs for hospital reimbursement in Switzerland»

⁴⁹ Für mehr Informationen zu den folgenden Indikatoren siehe ANQ Umsetzungskonzept Psychiatrie. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/italiano/120611_Umsetzungskonzeption_DT.pdf [Stand 27.07.2012] sowie auf der ANQ Website: <http://www.anq.ch/psychiatrie/>.

A-4.2.2 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

In allen psychiatrischen Einrichtungen werden Informationen zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen erhoben. Voraussetzung für eine Auswertung ist eine minimale Fallzahl von 25 solcher Massnahmen pro Einrichtung. Die Erhebung erfolgt mittels des Erfassungsinstrument Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM). Damit werden die Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, Sicherheitsmassnahme im Stuhl, Sicherheitsmassnahme im Bett), die Kategorie (Art der Injektion, Dauer) sowie der genaue Zeitpunkt und die genaue Zeitdauer der freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfasst.

A-4.2.3 Patientenzufriedenheit

Ziel ist die Erarbeitung eines Kernfrage-Sets, das in allen psychiatrischen Kliniken angewandt werden soll. Dafür soll zunächst die Erfahrungen mit den Fragen zur Patientenzufriedenheit aus dem akutsomatischen Bereich abgewartet werden. Die Fragen liegen deshalb noch nicht vor.

A-4.2.4 Ungeplante Rehospitalisationsrate

Das BFS berechnet auf Basis der Daten der Medizinischen Statistik für die OECD die ungeplanten Rehospitalisationsraten für Schizophrenie und bipolare Störungen. Grundgesamtheit sind Patienten/innen über 15 Jahren in psychiatrischen Kliniken in einem Kalenderjahr. Es spielt keine Rolle in welcher Klinik die Rehospitalisation erfolgt. Da die Daten aus der Medizinischen Statistik stammen, ist grundsätzlich eine Auswertung nach allen Indikatoren der Medizinischen Statistik möglich.

A-4.3 Rehabilitation

Die im Folgenden beschriebenen Indikatoren sind alle Bestandteile des am 27. Mai 2012 vom Vorstand des ANQ gutgeheissenen Messplans. Der Nationale Messplan Rehabilitation wird von SW!SS REHA und von allen relevanten nationalen Fachgesellschaften⁵⁰ begrüsst und unterstützt. Darin sind drei Module vorgesehen: Nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation (Modul 1), muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (Modul 2) und kardiale und pulmonale Rehabilitation (Modul 3). Die Daten der Module 2 und 3 sollen mit der Medizinischen Statistik verknüpfbar sein, was eine Auswertung nach den Indikatoren der Medizinischen Statistik und somit auch Risikoadjustierungen ermöglicht.

⁵⁰ (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR), Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie (SGNR), Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR), Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR), IG Kardiologie (IG Kardio), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)).

A-4.3.1 Hauptziel und Zielerreichung

Bei allen Patienten/innen mit muskuloskelettalen und neurologischen Diagnosen soll das Hauptziel und die Zielerreichung erhoben werden. Bei Eintritt wird ein Hauptziel (Partizipationsziel) festgelegt. Die Partizipationsziele sind: Wohnen (6 Hauptzielkategorien), Arbeit (5 Hauptzielkategorien) und soziokulturelles Leben (2 Hauptzielkategorien). Bei Ende des Aufenthalts wird die Zielerreichungsgrad mittels zwei-stufigen Antwortskala (erreicht; nicht erreicht) festgelegt. Sowohl die Bestimmung des Hauptziels als auch des Zielerreichungsgrads erfolgt mittels einer Selbsteinschätzung durch den Patienten/innen und einer Fremdeinschätzung durch das medizinisch-therapeutische Personal.

A-4.3.2 Modul 1: Patientenzufriedenheit

Im Rahmen der Nationalen Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation werden alle Patienten/innen einen Fragebogen mit fünf Fragen ausfüllen. Befragt werden alle stationär behandelten erwachsenen Personen, die im April oder Mai 2013 austreten. Für die Erarbeitung des Fragebogens soll auf Erfahrungen mit den Fragen zur Patientenzufriedenheit aus dem akutsomatischen Bereich aufgebaut werden. Deshalb wurde bisher noch kein Fragebogen entwickelt.

A-4.3.3 Modul 2: Functional Independence Measure (FIM) oder Barthel-Index (EBI)

Bei allen Patienten/innen mit neurologischen Diagnosen soll das medizinisch-therapeutische Personal der Rehabilitationseinrichtungen entweder den FIM oder den EBI erheben. Mit dem FIM oder dem EBI wird das Vorliegen von funktionellen Einschränkungen von Patienten/innen bei Alltagsaktivitäten (Ankleiden, Körperpflege, Mobilität, Essen und kognitive Fähigkeiten) zum Befragungszeitpunkt erfasst. Der FIM verwendet hierzu 18 Fragen (7-stufige Antwortskala), der EBI 16 Fragen (4-stufige Antwortskala mit variierender Punktezahl). Die Erhebung soll bei Ein- und Austritt erfolgen, was mittels einer Analyse der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt Schlüsse auf die Behandlungsqualität zulässt.

A-4.3.4 Modul 2: Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Bei allen Patienten/innen mit muskuloskelettalen Diagnosen soll das medizinisch-therapeutische Personal der Rehabilitationseinrichtungen den Health Assessment Questionnaire erhoben werden. Dieser umfasst 24 Fragen bzgl. Ankleiden, Körperpflege, Mobilität und Essen. Die Erhebung soll bei Ein- und Austritt erfolgen, was mittels einer Analyse der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt Schlüsse auf die Behandlungsqualität zulässt.

A-4.3.5 Modul 3: 6-Minuten-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie

Bei allen Patienten/innen mit kardialen oder pulmonalen Diagnosen soll das medizinisch-therapeutische Personal der Rehabilitationseinrichtungen abhängig vom Gesundheitszustand des Patienten/innen entweder den 6-Minuten-Gehtest oder die Fahrrad-Ergometrie

durchführen. Die Erhebung soll bei Ein- und Austritt erfolgen, was mittels einer Analyse der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt Schlüsse auf die Behandlungsqualität zulässt.

A-4.3.6 Modul 3: MacNew Heart

Bei Patienten/innen mit bestimmten kardiovaskulären Erkrankungen soll der MacNew Heart eingesetzt werden. Die Patienten/innen beantworten selber 27 Fragen, welche physische, emotionale und soziale Funktionsbereiche sowie das Ausmass der Symptome in den letzten 2 Wochen vor der Befragung auf einer 7-stufigen Antwortskala abbilden. Die Erhebung soll bei Ein- und Austritt erfolgen, was mittels einer Analyse der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt Schlüsse auf die Behandlungsqualität zulässt.

A-4.3.7 Modul 3: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Bei COPD I-IV Patienten/innen soll der Chronic Respiratory Disease Questionnaire eingesetzt werden. Die Patienten/innen beantworten selber 20 Fragen (7-stufige Antwortskalen) zu Tätigkeiten, welche bei Menschen mit Lungenproblemen Kurzatmigkeit (Dyspnoe) hervorrufen können, zum Thema Müdigkeit, zur Stimmungslage sowie zur Bewältigung der Krankheit. Wie beim MacNew Heart wird auch hier der Gesundheitszustand in den letzten zwei Wochen vor der Befragung abgebildet. Die Erhebung soll bei Ein- und Austritt erfolgen, was mittels einer Analyse der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt Schlüsse auf die Behandlungsqualität zulässt.

A-5 Rückmeldungen

Die Mitglieder der Begleitgruppe wurden am 27. September 2012 gebeten, schriftlich und aus ihrer spezifischen Sicht zum abgeschlossenen Bericht Stellung zu nehmen. Die Rückmeldungen werden im folgenden Kapitel unverändert wiedergegeben.

A-5.2 Stellungnahme ANQ vom 12. Oktober 2012

Besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme des Schlussberichtes der erwähnten Vorstudie.

Der Schlussbericht beschreibt in einer verständlichen und lesefreundlichen Art die Ausgangslage, die Vorgehensweise der Auftragnehmer sowie deren Ergebnisse.

Einige unserer nachfolgenden Rückmeldungen zielen darauf hin, den Kontext des gesamten Auftrages näher zu beschreiben und damit fassbarer zu machen.

Dem ANQ kommt im Schlussbericht eine sehr bedeutende Rolle zu. Wir erlauben uns daher in der Stellungnahme einige Bemerkungen zum weiteren Vorgehen auszuführen.

In der Einleitung wird erwähnt, dass insgesamt sechs Studien zur Wirkungsanalyse der KVG-Revision geplant sind. Zur Übersicht und der Verständlichkeit des Berichtes sollten einige kurze Informationen zu den Fragestellungen der anderen fünf Studien aufgeführt sein. Damit wird die Abgrenzung der vorliegenden Studie zu den anderen besser ersichtlich.

Das aus der Literaturanalyse und den ExpertInnen-Interviews entwickelte Wirkungsmodell stellt die verschiedenen Massnahmen der KVG-Revision und die damit identifizierten Wirkungshypothesen dar. Die erwähnten „anderen Einflussfaktoren“ werden nicht näher beschrieben, so lässt sich nur vermuten, an welche Faktoren dabei gedacht wurde. Um den Kontext vollständig abzubilden und die Abgrenzung zu den erwähnten Massnahmen zu unterstützen, wäre eine kurze Beschreibung dieser anderen Faktoren hilfreich.

Ein nicht unbedeutender Anteil der Hauptstudie basiert auf den Indikatoren des ANQ. Im vorliegenden Schlussbericht werden die von uns aufgeführten Hinweise hinsichtlich der Verfügbarkeit der Daten, der ungenügenden Datenqualität sowie die Rahmenbedingungen betreffend Datenreglement des ANQ aufgeführt. Die daraus resultierenden Konsequenzen werden jedoch aus unserer Sicht in der Projektplanung nicht ausreichend berücksichtigt. Es stellt sich die Frage, was bleibt, wenn sich die ANQ-Indikatoren nicht eignen sollten oder nicht verfügbar sind.

Es werden alternative Szenarien angedacht wie z.B. Konzentration auf Struktur- und Prozessqualität, diese sind jedoch in der Projektplanung nicht vertieft berücksichtigt. Struktur- und Prozessqualität sollten aus unserer Sicht parallel zu Indikatoren der Ergebnis-

qualität beobachtet werden. Es kann angenommen werden, dass Veränderungen in der Versorgungsstruktur eher eintreten als Veränderungen der Ergebnisqualität.

Wir empfehlen daher, die Schwerpunkte der Hauptstudie bei den Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität zu setzen. Es erscheint uns wenig sinnvoll parallel eine Studie in Auftrag zu geben, welche auf den ANQ-Indikatoren basiert.

Den vorgeschlagenen Zeitplan erachten wir als sehr ambitioniert, dies insbesondere weil noch etliche Unsicherheitsfaktoren offensichtlich sind.

A-5.3 Stellungnahme GDK vom 15. Oktober 2012

Wir danken Ihnen bestens für den Schlussbericht zur Vorstudie und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Grundsätzlich erachten wir es als wichtig, dass die Entwicklung der Qualität in der stationären Versorgung nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung untersucht wird. Der vorliegende Schlussbericht zeigt, dass dies kein einfaches Unterfangen ist.

Zum Bericht selber möchten wir Ihnen folgende Rückmeldung geben:

- Wir erachten die im Bericht beschriebenen Grundlagen zur KVG-Revision als teilweise lücken- oder fehlerhaft und generell als zu wenig präzise. Insbesondere wäre eine etwas ausführlichere Beschreibung des Hintergrundes und der Ausgangslage (1.1) wünschenswert und im Hinblick auf die Wirkungsmechanismen evt. hilfreich gewesen.
- Bereits an der Begleitgruppensitzung im Juni wurde darauf hingewiesen, dass es begründet werden müsste, warum die Literatursuche auf den deutschsprachigen Raum beschränkt wurde bzw. warum z.B. die kanadische Literatur ausgeklammert wurde.
- Das Wirkungsmodell wurde vereinfacht und hat dadurch sicher an Klarheit gewonnen.
- Aus der Studie kommt zu wenig heraus, welche Hypothesen wie getestet werden sollen. D.h. dass die Verknüpfung zwischen Wirkungshypothesen, Evaluationsfragestellungen und den Indikatoren weitgehend fehlt. Beispielsweise stellt sich, wenn man das Pferd vom Schwanz aufzäumt, die Frage, welche Erkenntnisse wir hinsichtlich der Wirkung der KVG-Revision Spitalfinanzierung erhalten, wenn die Mortalitätsraten des BAG im Beobachtungszeitraum steigen.
- Wie schon an der Begleitgruppensitzung im Juni diskutiert, sollte die Studie evt. auf die schlichte Frage reduziert werden, wie sich die Ergebnisqualität der Spitäler seit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012 ausgewirkt hat. Diese Frage wäre wohl die Einzige, die sich sauber beantworten liesse.
- Die Autoren empfehlen, von der Beantwortung der Evaluationsfragestellungen 1 abzusehen. Aus unserer Sicht wäre es jedoch durchaus wertvoll, die Personalausstattung, Aufenthaltsdauer und die Fallzahlen, für die Daten vorliegen, auszuwerten.

- Grundsätzlich stellt sich die Frage, welchen Mehrwert die Hauptstudie hätte, wenn sie sich auf eine univariate Auswertung der vorgeschlagenen Indikatoren beschränken würde. Die Messungen des ANQ werden ohnehin ausgewertet und publiziert. Allenfalls wäre hier ein Auftrag an den ANQ möglich, wenn darüber hinausgehende Auswertungen gewünscht werden.
- Die in der Zusammenfassung in Anhang 3 aufgeführten Gesprächsergebnisse aus den Experteninterviews wurden den Experten nicht zum Gegenlesen gegeben (zumindest nicht der GDK). Darauf sollte zumindest hingewiesen werden. Aus der Warte der GDK möchten wir uns beispielsweise von der auf S. 48 zitierten generellen Aussage, die Qualitätsstrategie des Bundes habe einen eher geringen Einfluss (worauf?), distanzieren.

A-5.5 Rückmeldung tarifsuisse vom 17. Oktober 2012

Die Studie ist grundsätzlich gut, wir haben allerdings noch zwei Anmerkungen:

Bewertung der Methodik: In der Vorstudie sollte der Algorithmus zur Literatursuche aufgeführt werden.

Evaluationsfragestellung und Indikatoren: Für den von der FMH vorgeschlagene Indikator „Stabilität beim Spitalaustritt“ fehlt eine Beschreibung, was dieser Indikator genau aussagen soll und welchen Zusatznutzen er zu den bereits erfassten Indikatoren (Reoperationen, Rehospitalisierungen) bringen soll. Auch kann keine weitere wissenschaftliche Literatur zu diesem Indikator gefunden werden, der den Nutzen dieses Indikators belegt. Dieser Indikator sollte gestrichen werden.

A-5.4 Stellungnahme H+ vom 23. Oktober 2012

Grundsätzlicher Widerspruch im Schlussbericht

Der Bericht widerspricht sich. Einerseits wird festgehalten (Kap. 4.1), dass kein kausaler Zusammenhang zwischen den Massnahmen der KVG-Revision und der Qualität der Spitalleistungen (stationär) postuliert und statistisch analysiert werden kann. Andererseits wird dennoch ein Evaluationsfragestellungskatalog (Kap. 5) mit verschiedenen Indikatoren aufgestellt, um statistische Analysen vorzunehmen.

Beim Durchlesen des Berichts gewinnen wir den Eindruck, dass der Umfang des Auftrags wegen der Komplexität der Ausgangslage, mangelnden Ressourcen und Zeit geändert wurde und sich nun einzig auf die Ergebnisqualität der Spitalleistungen konzentriert. Dies im Wissen, dass selbst in diesem Bereich keine Aussagen gemacht werden können über den Einfluss der Massnahmen der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen.

Wir sind deshalb mit dem Vorgehen nicht einverstanden.

Der eingeschlagene Weg führt nicht zum Ziel

In der Einleitung werden nur die wesentlichen Elemente der KVG-Revision Spitalfinanzierung dargelegt. Alle diese Elemente sollten im Fokus der Evaluation sein. Dies ist leider nicht der Fall.

Die Gesetzestexte und Verordnungsänderungen, die die rechtliche Konkretisierung der KVG-Revision darstellen, werden erst gar nicht erwähnt. Doch genau darum sollte es im Rahmen der Evaluation gehen: Welchen Qualitätseffekt haben sämtliche im Rahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung entschiedenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf die Spitalleistung?

Die Reduktion der KVG-Revision auf die Einführung von Fallpauschalen ist inakzeptabel.

Das Literaturstudium ist sehr Schweiz- und Deutschland-lastig, verweist zum Teil auf veraltete Werke verweist und ist daher aus unserer Sicht ungenügend. In den Ergebnissen daraus wird dennoch der Versuch gemacht, die Annahmen und Befunde der Akutsomatik (Kapitel 2.2) unter der Berücksichtigung der meisten neuen Elemente der KVG-Revision zu formulieren. Dabei ist die Einführung eines fallpauschalierenden Entgeltsystems Typ DRG eines von vielen Elementen. Die neuen Planungsartikel (Art 39, Abs. 2 KVG und Art. 58a-e KVV) werden im Zusammenhang mit der Evaluation von möglichen Qualitätseffekten auf die Spitalleistung gar nicht in Betracht gezogen. Die Ergebnisse der Forschungsergebnisse beschränken sich dann nur noch auf die Auswirkung von Fallpauschalen auf die Qualität von Spitalleistungen.

Im Zusammenhang mit dem angeblich veränderten Investitionsverhalten der Spitäler wegen der Einführung von Fallpauschalen werden Vergleiche zwischen Deutschland und Schweiz angedeutet, obwohl die Gesetzesgrundlage bezüglich Investitionsfinanzierung in beiden Ländern völlig anders ist. Die Feststellungen aus Deutschland lassen sich deshalb nicht eins zu eins in die Schweiz übertragen. Wie sich zudem das Investitionsverhalten auf die Qualität der Spitalleistung auswirken könnte und wie diese Auswirkung gemessen werden soll, wird nicht behandelt.

Das Wirkungsmodell und die Wirkungshypothesen sind interessant, allerdings unvollständig und aufbauend auf weiteren Annahmen, unbewiesenen Vorstellungen und Behauptungen.

Die schematische Darstellung des Wirkungsmodells auf S. 17 ist zwar interessant, doch hilft diese theoretische Vorstellung wenig in der hier zu erledigenden Aufgabe. Bestimmte Ausführungen zu den verschiedenen Wirkungshypothesen und Wirkungsketten (Kap. 4.1.1-4.1.8) sind unseres Erachtens richtig, andere falsch. In jedem Fall sind die Ausführungen unvollständig¹.

Die Autoren erkennen die Schwierigkeit der Umsetzung der theoretischen Überlegungen in die Praxis: In Kapitel 4.1 stellen sie fest: *„Dabei gilt, zu beachten, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Folge vielfältiger Wechselwirkungen von spitalinternen und -externen Faktoren sind. Neben den Massnahmen der KVG-Revision wirken auch andere gesundheitspolitische Veränderungen und Entscheide von Behörden und Verbänden. Es können deshalb keine Kausalzusammenhänge zwischen einzelnen Revisionsmassnahmen und der Qualität der Spitalleistungen postuliert und statistisch analysiert werden“.*

Dieser Standpunkt wird im Bericht mit folgender Aussage weiter bestätigt (Kap. 5.2.2): *„Mögliche Zusammenhänge zwischen den Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung und den Indikatoren zur Ergebnisqualität müssen ... vorsichtig interpretiert werden. Auf keinen Fall darf eine unmittelbare Kausalität unterstellt werden.“*

Ausgehend von diesen Feststellungen stellt sich für H+ die grundsätzliche Frage, welchen Sinn die Weiterführung dieser Evaluation hat.

Die vorgeschlagenen Indikatoren messen nicht das, was gemessen werden sollte

Grundsätzlich sehen wir keinen Zusammenhang zwischen dem Auftrag „Messung des Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Spitalleistungen“ und den in der Studie gewählten Indikatoren.

Der Auftrag von econcept ist unseres Erachtens nicht, festzulegen bzw. zu bestätigen, wie Ergebnisqualität in den Spitäler gemessen wird. Dafür gibt es u.a. den ANQ und die Stiftung

¹ Wir verweisen auf einen Aufzählungsfehler in Kap. 4.1.1

für Patientensicherheit. Die Studie soll prüfen, inwiefern die Massnahmen der KVG-Revision einen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben und wie sich dies auf die stationären Spitalleistungen auswirkt. D.h.:

1. dual-fixe Finanzierung statt Defizitdeckungsprinzip
2. Vollkostenbasierte Preise unter Einbezug der Investitionen
3. Spitalwahl ganze Schweiz
4. Revidierte Spitalplanung
5. leistungsbezogene Finanzierung, im Bereich Akutsomatik durch Fallpauschalen

Die vorgelegten Indikatoren (z.B. ANQ-Indikatoren) messen nicht den Einfluss der KVG-Revision auf die Spitalleistung, sondern generelle die Ergebnisqualität der Spitalleistungen. Zum Thema Mortalitätsraten als Q-Indikatoren verweisen wir auf unsere untenstehenden Ausführungen.

In der Psychiatrie und Rehabilitation werden dieselben Vorgehensfehler gemacht. Beispielsweise werden in der Psychiatrie die unterschiedlichen kantonalen Strukturen, Behandlungs- und Patientenversorgungsphilosophien vollständig ausgeblendet. Dies ist als zentraler Mangel einzustufen, da gerade diese Dimensionen die Massnahmen der KVG-Revision in der Psychiatrie beeinflussen.

Der alleinige Fokus auf die Analyse der Effekte der Einführung eines DRG-Systems bzw. eines leistungsbezogenen Entgeltsystems ist falsch

Der Wille, einzig bzw. in erster Linie nur die Effekte der Einführung eines DRG-Systems auf die Qualität der Spitalleistungen messen zu wollen, zieht sich durch den ganzen Bericht und entspricht nicht dem eigentlichen Auftrag. Hierbei wird vor allem verkannt, dass sehr viele Kantone schon vor der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung mit DRGs oder anderen fallpauschalierenden Abrechnungssystemen (z.B. mipp, Abteilungspauschalen oder PLT) arbeiteten.

Der starke Fokus auf die stationäre Aktivität und auf die Akutsomatik in der ersten Phase ist falsch

Die geplante Evaluation wird in einer ersten Phase, aus mangelnden Ressourcen, bewusst eingeschränkt. Die ambulante Aktivität, der gesamten Bereich der Psychiatrie und der Rehabilitation werden nicht berücksichtigt. Die aus Sicht des Spitals vor- und nachgelagerten Leistungserbringer werden in der Vorstudie nur oberflächlich erwähnt. Diese gewollte Einschränkung der Analyse führt zu zusätzlichen Schnittstellen, die definiert und in der Evaluation berücksichtigt werden müssen. Der Hauptgrund liegt darin, dass die Spitalprozesse internen Einflussfaktoren und verschiedensten kuppelproduktiven Effekten unterliegen, die sich nicht einfach sequenzieren lassen, z. B. in ambulante und stationäre Aktivität.

Das Zusammenspiel zwischen ambulanten und stationären Behandlungen wird völlig unterschätzt. Ist es wirklich so, dass nur einfache Fälle vom stationären in den ambulanten Bereich verlegt werden? Gibt es keine anderen Gründe, z.B. medizinische Neuerungen? Oder

was ist zum Beispiel mit den finanziellen Anreizen der unterschiedlichen ambulanten und stationären Finanzierungsschlüsseln zwischen Versicherern und Kantonen (ambulant 100% Krankenkassen, stationär 45% Krankenkassen und 55% Kantone)? Und welche Rolle spielt die ungenügende Tarifierung unter TARMED, usw.?

Das Zusammenspiel zwischen Akutsomatik und vor- bzw. nachgelagerten Leistungserbringern wird ebenfalls völlig unterschätzt und einzig auf die Einführung von Fallpauschalen reduziert. In diesem Zusammenhang wird von Behauptungen und Annahmen ausgegangen, um Fragestellungen und Untersuchungsmöglichkeiten zu formulieren (z. B. Seite 30 Fragestellungen zu den Schnittstellen). Verschiedene dieser Annahmen haben sich in andern Ländern und auch in Studien in der Schweiz bereits als falsch erwiesen (z.B.: DRG führt zu kürzeren Aufenthalten und/oder zu blutigen Entlassungen), sind unvollständig oder nicht durchdacht.

Ungenügende Grundlagenforschung

Der gewählte Studienansatz ist, aus Budgetgründen, auf einen reinen quantitativen Ansatz reduziert worden. Ein qualitativer Ansatz wird nicht in Betracht gezogen. Wenn ein qualitativer Ansatz Sinn machen würde, dann muss er in Betracht gezogen werden. Ein solcher Ansatz wurde aber, im Rahmen der Vorstudie, gar nicht analysiert.

Ungenauere Definitionen und fragwürdige Ausgangslage: Mortalitätsraten sind keine Qualitätskriterien

Die Zielgruppendefinition dieser Evaluation und die Definition von bestimmten Begriffen bleiben ungenau oder fehlen gänzlich. Die Qualitätsdefinition des BAG ist z.B. eine von vielen (Seite 4) in der Schweiz und ein genereller Konsens dazu besteht nicht. Weiter wird z.B. die Mortalitätsrate im Bericht als Q-Indikator betrachtet. Eine diagnosebezogene Mortalitätsrate allein ist aber kein Qualitätsindikator.

- (Seite 9) *Eine Reduktion der Qualität in Form von steigender Mortalitätsrate bewirkt...*
- (Seite 26) standardisierte (nach Alter und Geschlecht) Mortalitätsrate als Ergebnisqualitätsindikator aufzuführen.

Wir verweisen hier auf das bereits 2008 erstellte Fact Sheet zum Thema Mortalitätsraten.

A-5.1 Stellungnahme FMH vom 24. Oktober 2012

Die FMH bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zu den Unterlagen vom 27. September 2012 zur Vorstudie.

Allgemeine Einschätzung

Die Vorstudie ist übersichtlich und gut strukturiert aufgebaut und verständlich geschrieben. Die Wirkungsketten sind nachvollziehbar beschrieben. Gut aufgezeigt werden die Limitationen, einerseits zur Definition der Indikatoren und andererseits zur Verfügbarkeit der Daten.

Bei den Indikatoren erfolgt primär eine Abstützung auf den ANQ, das BAG und die OECD. Hier sollte aber nicht die potentielle Verfügbarkeit im Zentrum stehen, in dem Sinne, dass nur das untersucht wird, wozu es Daten geben könnte. Vielmehr gilt es zu beschreiben, welche Hypothese wie untersucht werden könnte. Vertieft aufgezeigt wer-

den sollte, welche Indikatoren fehlen, und wie diese erhoben werden könnten. Bei den als kritisch geltenden Indikatoren (wie z.B. die Patientenzufriedenheit des ANQ) gilt es, Alternativen aufzuzeigen.

Empfehlenswert ist es, dass bereits im Rahmen der Vorstudie, und nicht erst als Vorarbeit zur Hauptstudie geklärt wird, ob die Daten des ANQ und BFS verfügbar sein werden. Dies, damit frühzeitig entsprechende Empfehlungen abgegeben werden können, wie die fehlenden Daten erhoben werden sollen. Zentral ist es, für jene Fragestellungen, für welche keine oder ungenügende Indikatoren bestehen, die entsprechenden Indikatoren frühzeitig zu definieren und Daten zu erheben. Dies gilt auch für die Rehabilitation und Psychiatrie, denn hier ist das Zuwarten keine Option. Vielmehr können jetzt die notwendigen Indikatoren definiert und die Daten entsprechend erfasst werden, damit die Lücken rechtzeitig geschlossen werden. So gilt es, hier eine Datenerhebung bereits vor der Einführung von TARPSY und ST Reha zu initiieren, damit ein Vergleich der Qualität vor- und nach dem Systemwechsel möglich wird.

Auf die Evaluationsfragestellung 5, d.h. die Beeinflussung der KVG-Revision auf die Qualität an den Schnittstellen, sollte keinesfalls verzichtet werden. Die Literatur und auch die Resultate der Interviews zeigen, wie wichtig die Untersuchung dieser Problematik ist.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die Autoren bei allen Evaluationsfragen grosse Limitationen bzgl. Daten und Indikatoren aufzeigen. Im Rahmen dieser Vorstudie muss daher unbedingt überprüft werden, ob diese Evaluation unter Berücksichtigung der aufgeführten Einschränkungen überhaupt zu einem aussagekräftigen Resultat führt oder welche anderen Schritte es vor der Evaluation zuerst noch braucht.

Anmerkungen im Detail

S. 2: Weshalb wird die Schnittstellenqualität nur deskriptiv behandelt (vgl. S. 2, S. 16), obwohl aus den Expertengesprächen hervorgeht, dass die Schnittstellenproblematik sehr wichtig ist (vgl. S. 15)?

S. 5: Aus Sicht der FMH ist es positiv zu bewerten, dass für diese Vorstudie eine Literaturanalyse durchgeführt wurde. Für die Akzeptanz der Studie dürfte es wichtig sein, dass Literatur nicht nur aus dem deutschsprachigen Raum und den USA einbezogen wird, sondern auch aus dem französischsprachigen Raum. Die Romandie hat lange Erfahrungen mit APDRG und dies wurde wissenschaftlich begleitet.

S. 6: Abschnitt «Verändertes Investitionsverhalten»: Da der Prozess zur Vergütung von Innovationen in der Schweiz kompliziert und langwierig ist (vgl. Schema Finanzierung neuer Leistungen und Abbildung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), besteht in der Schweiz ein Anreiz, Innovationen nicht oder verzögert anzubieten.

S. 8: Zur Aussage „Qualitätsmanagement: In Deutschland hat das Qualitätsmanagement nach der Einführung von G-DRG sichtbar an Bedeutung gewonnen.“ Ja, aber G-DRG war dabei nicht unbedingt der Grund dafür. Die Zunahme des Qualitätsmanagements dürfte

weniger mit der Einführung von G-DRG, sondern vielmehr mit dem im gleichen Zeitraum initiierten Qualitätsanstrengungen (z.B. Gründung IQWiG) zusammenhängen.

S. 16: Ein detaillierteres Fazit aus den Inputs der Experten zu den verfügbaren Indikatoren wäre hier hilfreich. Dr. Daniel Herren z.B. hatte hier verschiedene Problempunkte erläutert.

S. 18: zweitletzter Abschnitt: Die Transparenz ist bedauerlicherweise noch ungenügend gegeben. Da das SwissDRG-System die Leistungen noch nicht leistungsgerecht abbildet, wird das Benchmarking erschwert.

S. 19: Handelt es sich bei den folgenden Aussagen bewusst um zwei sich widersprechende Aussagen im Sinne von zwei verschiedenen Hypothesen?

«Auf den erhöhten Kostendruck reagieren die Spitäler mit einer Aufwandreduktion im Bereich Infrastruktur und Personalressourcen, was sich negativ auf die Qualität der stationären Spitalleistung auswirkt.»

sowie

«Die Spitäler reagieren auf den erhöhten Wettbewerbsdruck, indem Sie die Qualität der stationären Spitalleistung erhöhen. Spitäler mit höherer Qualität haben im Wettbewerb bessere Chancen.»

S. 19: Letzter Abschnitt: Oft bräuchte es eine überkantonale Planung, um eine ausreichende Fallzahl zu erreichen.

S. 21: Bemerkung zum Fazit: Gut wäre es, hier zu beschreiben, welcher der Aspekte welche Wirkung verursacht.

S. 22: Hier wird v.a. die Problematik untersucht, welches sich aus früherer Entlassung von Akutsomatik ergibt, was wichtig ist. Wird zudem auch der Effekt von ST Reha untersucht?

S. 24: Die wichtige Evaluationsfragestellung 4 sollte nicht nur deskriptiv untersucht werden. Zudem haben insbesondere die Interviews gezeigt, dass die Evaluationsfragestellung 5 zentral ist, wie z.B. die Schnittstellenproblematik und das Austrittsmanagement. Angesichts der erwähnten beschränkten Ressourcen empfehlen wir, die Ressourcen in die Datenerhebung zu investieren. Es sollten jene Themen untersucht werden, welche relevant sind. Eine Beschränkung auf jene Themen, für welche es Daten gibt, wäre nicht zielführend.

S. 25, Kapitel 5.2.1.: Ja, zusätzliche Erhebungen dürften notwendig sein. Die Empfehlung für die notwendigen Zusatzerhebungen unterstützt die FMH voll und ganz. Die Frage stellt sich, wie genau diese aussehen sollen und wie dies rückwirkend erfolgen kann, um einen Vergleich vor- und nach der KVG-Revision vornehmen zu können.

S. 25, Kapitel 5.2.2.: Zur Aussage: „auf jeden Fall darf keine unmittelbare Kausalität unterstellt werden.“ Aus Sicht der FMH soll es gerade Sinn und Zweck der Studie sein,

Kausalitäten zu finden bzw. festzustellen, welchen Einfluss die verschiedenen Aspekte der KVG-Revision hatten und haben.

S. 26, EF 2.1.: Diese Indikatoren reichen aus Sicht der FMH nicht aus, um die Behandlungsqualität ausreichend zu erheben. Hier sollten nicht einfach jene Indikatoren herangezogen werden, welche der ANQ und das BAG vorgeben, sondern aufgezeigt werden, welche Indikatoren es aus Sicht der Studienverfasser zusätzlich braucht, um die Behandlungsqualität messen und die Hypothesen untersuchen zu können.

S. 26, EF 2.2.: Die Pflegequalität dürfte kaum mit nur diesen beiden Indikatoren erhoben werden können.

S. 26, EF 2.4., Indikator Patientenzufriedenheit ANQ: Dieser Indikator ist sehr umstritten. Die 5 Fragen dieses Indikators reichen nicht aus, um die Patientenzufriedenheit adäquat abzubilden. Vgl. dazu auch Inputs vom Gespräch mit Dr. Daniel Herren.

S. 27: Ergebnisindikatoren Psychiatrie: Die Aufstellung zeigt gut auf, dass wenig Indikatoren vorhanden sind und Aussagen über deren Qualität und Verfügbarkeit noch nicht gemacht werden können. Da die Einführung von TARPSY erst per 2015 geplant ist, besteht nun die Möglichkeit, jetzt Indikatoren zu definieren, die es zu erfassen gilt. So könnte noch vor der Einführung begonnen werden, Daten zu erheben. Es gilt also vielmehr, Indikatoren zu definieren und Daten zu erheben, anstatt zuzuwarten und hoffen, dass die wenigen und nicht ausreichenden Indikatoren des ANQ zur Verfügung gestellt werden.

S. 28: Ergebnisindikatoren Rehabilitation: Die Bemerkungen oben zur Psychiatrie gelten analog für die Rehabilitation. Nicht zuwarten, sondern aufzeigen, welche Indikatoren es aus Sicht der Studienverfasser braucht und Engagement des BAG, damit die notwendigen Daten erfasst werden.

S. 28: Nicht nur kardiale, pulmonale, neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation berücksichtigen, sondern alle von der Rehabilitation betroffenen Fachgebiete.

S. 29, EF 4.: Wenn die Datenlage ungenügend ist, um die Ergebnisqualität bei vulnerablen Gruppen zu messen, dann geht es darum, valide Daten zu erheben. Eine rein deskriptive Auswertung ist bei dieser zentralen Fragestellung nicht ausreichend.

S. 30: Zur Information: Im Auftrag der FMH und H+ untersucht Prof. S. Felder, Universität Basel und Dr. W. Kägi, B,S,S volkswirtschaftliche Beratung, die Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem stationären und dem Spital-/praxisambulanten Sektor. Begrüssenswert sind zudem die vorgeschlagenen Befragungen der Zielgruppen wie Spitäler, Pflegeheime, Rehakliniken, usw. Die Spitalärzte und freipraktizierenden Ärzte werden übrigens bereits im Rahmen der FMH-Studie befragt zum Thema „Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte und der Arzt-Patientenbeziehung“, vgl. www.fmh.ch → Tarife → Begleitforschung → Ergebnisse der Begleitstudie von gfs.bern.

S. 34: Auf EF5 zu den Schnittstellen soll nicht verzichtet werden, vgl. auch die Interviews. Aufgezeigt wird die Wichtigkeit der Untersuchung der Schnittstellen zudem in der Studie von Braun (2010).

S. 33 und 35: Die Wahrscheinlichkeit, dass von den 300 Spitälern genügend Spitäler einer Datenweitergabe zustimmen, dürfte gering sein. Falls die ANQ-Daten nicht verfügbar sind, gilt es, Alternativen zu beschreiben. In der Fussnote 26 wird zwar erwähnt, dass es eine Zusatzerhebung bräuchte, doch hier bräuchte es konkretere Angaben, wie diese Zusatzerhebung auszusehen hat.

S. 35: Die Verfügbarkeit der Daten sollte bereits im Rahmen der Vorstudie geklärt sein, damit die richtigen Schlüsse gezogen werden können und aufgezeigt werden kann, welche Zusatzerhebungen es braucht, um die Hypothesen zu prüfen.

Es ist wichtig, dass Vorschläge ausgearbeitet werden in jenen Bereichen, in welchen keine Daten zur Beurteilung der Qualität vorliegen (vgl. Pflichtenheft BAG). Dies ist nur teilweise erfolgt und sollte in der Vorstudie noch ergänzt werden.

A-6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung	1
Tabelle 2:	Evaluationsfragestellungen	24
Tabelle 3:	Ergebnisindikatoren für die Akutsomatik.....	26
Tabelle 4:	Ergebnisindikatoren für die Psychiatrie	27
Tabelle 5:	Ergebnisindikatoren für die Rehabilitation	28
Tabelle 6:	Fragestellungen zu den Schnittstellen.....	30
Tabelle 7:	Arbeitsplan für die erste Etappe der Hauptstudie.	36
Tabelle 8:	Arbeitsplan für die zweite Etappe der Hauptstudie.	38
Tabelle 9:	Übersicht der angefragten Institutionen und Interviewpartner/innen ..	40

A-7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wirkungsmodell.....	17
Abbildung 2:	Die Wirkungskette «Kosten»	18
Abbildung 3:	Die Wirkungskette «Wettbewerb».....	19
Abbildung 4:	Die Wirkungskette «Kantonale Steuerung»	19
Abbildung 5:	Verfügbarkeit der Indikatoren	31

A-8 Literaturverzeichnis

- Braun, Bernard und Rolf Müller (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46.
- Braun, Bernard, Petra Buhr, Sebastian Klinke, Rolf Müller und Rolf Rosenbrock (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern.
- Breuer, Markus, Ruth Baumann-Hölzle, Martin Abele, Nina Blumenfeld (2011): Vulnerable Gruppen und DRGs. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zur Situation von vulnerablen Patienten und den Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen. gfs-Zürich und Dialog Ethik, Zürich.
- Brügger, Urs (2010): Impact of DRGs: Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), 98, SGGP, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2009): Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen, BAG, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2012): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, Statistiken zur Krankenversicherung, BAG, Bern.
- Davis, Carolyne K., Deborah J. Rhodes (1988): The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy*, 9(2), 117-131.
- Donabedian, Avedis (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), Part 2, 166-206.
- Drösler, Saskia E., Andre Cools, Thilo Köpfer, Jürgen Stausberg (2007): Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101/1, 35-42.
- Forgione, Dana A., Thomas E. Vermeer, Krishnamurthy Surysekar, John A. Wrieden, Catherine C. Plante (2004): The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries. *J Health Care Finance*, 31, 41-54.
- Forgione, Dana A., Thomas E. Vermeer, Krishnamurthy Surysekar, John A. Wrieden, Catherine C. Plante (2005): DRGs, Costs and Quality of Care: An Agency Theory Perspective. *Financial Accountability & Management*, 21(3), 291-308.
- Fürstenberg, Torsten, Mareike Laschat, Karsten Zich, Silvia Klein, Patrick Gierling, Hans-Dieter Nolting, Torsten Schmidt (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäss § 17b

- Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). IGES Institut GmbH im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK), Berlin.
- Heberer, Michael, Heidemarie Weber, Atanas Todorov (2012): Nutzung und Nutzen von Qualitätsindikatoren. In: Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, BAG Bern.
- Hensen, Peter, Beissert, Stefan, Bruckner-Tuderman, Leena, Luger, Thomas A., Roeder, Norbert, Müller Marcel (2007): Introduction of diagnosis-related groups in Germany: evaluation of impact on in-patient care in a dermatological setting. *European Journal of Public Health*, 18(1), 85-91.
- Kahn, Katherine L., William H. Rogers, Lisa V. Rubenstein, Marjorie J. Sherwood, Ellen J. Reinisch, Emmett B. Keeler, David Draper, Jacqueline Kosecoff, Robert H. Brook (1990): Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*, 264(15), 1969-1973.
- Louis, Daniel Z., Elaine J. Yuen, Mario Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, Christine Laine, Joseph S. Gonnella (1999): Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Serv Res*, 34, 405–415.
- Margaschewski, Sebastian, Philip Schunke (2010): Der Weg bis 2013. Einführung eines tagespauschalen Vergütungssystems für die Psychiatrie. Interview mit Dr. Iris Hauth. *ConZepte* 1/2010, 10-13.
- Meyer, Beatrix, Heinz Locher, Patrick Bovier, Bernard Burnand, Hervé Guillain, Fred Paccaud, John-Paul Vader (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG. FMH. URL: http://www.fmh.ch/files/pdf2/FMH_Konzept_Begleitforschung.pdf [Stand 30.07.2012].
- Pellegrini, Sonia, Thomas Widmer, France Weaver, Tobias Fritschi und Jonathan Bennett (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Berner Fachhochschule, Universität Zürich und Université de Genève im Auftrag des BAG, Bern, Genf, Zürich.
- Post, Piet N., Michiel Kuijpers, Tjark Ebels, Felix Zijlstra (2010): The relation between volume and outcome of coronary interventions: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*, 31, 1985-1992.
- Rogers, William H.; David Draper Katherine L. Kahn, Emmett B. Keeler, Lisa V. Rubenstein, Jacqueline Kosecoff, Robert H. Brook (1990): Quality of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System A Summary of Effects. *The Journal of the American Medical Association* 1990; 264(15):1989-1994.

SwissNOSO (2011): Teilnehmerhandbuch für das Modul Erfassung von postoperativen Wundinfektionen. URL: http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/2009/05/21-10-2011_d_teilnehmerhandbuch_version-update_october-2011.pdf [Stand 27.07.2012].

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. SAMW, Basel.

von Eiff, Wilfried, Stefan Schüring, Christopher Niehues (2011): REDIA: Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. LIT-Verlag, Berlin.

Widmer, Marcel und France Weaver (2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Wild, Verena, Eliane Pfister, Nikola Biller-Andorno (2009): DRG: Ethik vs. Ökonomie. bulletin SAMW, 1, 1-5.

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (2001): Beurteilung Klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und -Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Urban & Fischer, Jena.