



## STANDPUNKT

Die vorliegende OBSAN-Studie ist in zweifacher Hinsicht bemerkenswert:

1. Die untersuchte Datenbasis ist durch eine erstmalige Verknüpfung von zwei unabhängig voneinander erhobenen Statistiken entstanden. Daraus können neue, klinisch relevante Fragestellungen abgeleitet werden. Das BFS kann nur ermutigt werden, durch weitere Verknüpfungen von etablierten Statistiken bisher brachliegendes Erkenntnispotential auszuschöpfen.

2. Die Studie beleuchtet einen bisher wenig beachteten Aspekt der medizinischen Versorgung in der Schweiz: die notfallmässige Versorgung von Patienten in den 30 Tagen nach einer Behandlung in der stationären Akutsomatik. Die Ergebnisse legen nahe, dass solche Ereignisse im Rahmen von qualitätssichernden Messungen erfasst werden sollten.

Im Jahr 2017 gab es rund eine Million akut-somatische stationäre Fälle. In den 30 Tagen nach diesen Hospitalisationen suchten durchschnittlich 5,5% der Patientinnen und Patienten die Notfallstation des gleichen oder eines anderen Spitals auf. Dieser Wert variiert jedoch stark, wenn die Fälle nach Fachgebiet bzw. Spitaltyp aufgeschlüsselt werden. Die höchsten Werte werden nach Organtransplantationen (9,5%) bzw. nach Hospitalisationen in Universitätsspitalern (6,7%) verzeichnet. Die Gründe für diese Ereignisse können geplante Nachuntersuchungen, unvermeidbare oder vermeidbare Komplikationen sein und werden in weiteren Studien, welche auch Patientenmerkmale erfassen, zu untersuchen sein. Es wird auch zu prüfen sein, ob mit gezielten notfallmässigen Interventionen Rehospitalisationen vermieden werden können. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studien wird zu entscheiden sein, ob das Aufsuchen einer Notfallstation nach einer Hospitalisation im Rahmen von qualitätssichernden Messungen systematisch erfasst werden soll. Es sei die Hypothese gewagt, dass dies der Fall sein wird.

Dr. med. Markus Trutmann  
*Leiter Geschäftsbereich Politik  
Mitglied der Geschäftsleitung  
H+ Die Spitäler der Schweiz*

# Konsultationen in Notfallstationen nach einer Hospitalisierung in der Akutsomatik

Die Notfallstationen der Spitäler werden oft getrennt von der stationären Tätigkeit betrachtet (siehe Obsan Dossier 64, Obsan Dossier 65). Nicht selten suchen Patientinnen und Patienten jedoch in ihrem Behandlungsverlauf vor oder nach einem Spitalaufenthalt eine Notfallstation auf.

Einige Studien untersuchen diese Behandlungsverläufe unter dem Gesichtspunkt der Spitalleistungen und der vermeidbaren Inanspruchnahme und legen nahe, dass diese Verläufe zum Beispiel auf Lücken bei der Weiterbetreuung oder auf unerwünschte Folgewirkungen im Zusammenhang mit der Erstbehandlung zurückzuführen sind. In anderen Studien wird unterstrichen, dass solche Konsultationen nicht zwingend problematisch sind, sofern sie erwartet werden können, medizinisch nicht mit der ersten Behandlung zusammenhängen oder nicht unbedingt vermeidbar sind.

Seit der Einführung der Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitalern und Geburtshäusern («Patientendaten Spital ambulant», PSA) des Bundesamtes für Statistik (BFS) im Jahr 2015 lassen sich die Patientinnen und Patienten erfassen, die sich in die Notfallstationen der Schweizer Spitäler begeben. Durch die Verknüpfung dieser Daten mit jenen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) können allfällige Spitalaufenthalte dieser Patientinnen und Patienten identifiziert werden.

Zum ersten Mal können so die Behandlungsverläufe von Patientinnen und Patienten, die sowohl hospitalisiert werden als auch eine Notfallstation aufsuchen, beschrieben werden. In diesem Bulletin werden die Häufigkeit und die Merkmale des Verlaufs «Spitalaufenthalt mit anschliessender Konsultation in einer Notfallstation innerhalb von 30 Tagen» beschrieben. Die Daten erlauben es allerdings nicht, die Zweckmässigkeit der Behandlungen zu beurteilen. Schwerpunkt der Analyse bildet die Inanspruchnahme von Akutpflege im Spital. Das bedeutet, dass Spitalaufenthalte in der Psychiatrie oder Rehabilitation von der Analyse ausgeschlossen sind (siehe Kasten «Methodischer Ansatz»).

Nach einem Spitalaufenthalt gilt der Übergang bis zur Rückkehr nach Hause als heikle Phase, in der ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Ereignisse besteht. Probleme mit Medikamenten, Komplikationen oder mangelnde Kontinuität der Versorgung werden häufig als Gründe für einen Wiedereintritt in ein Spital genannt

(Blanc et al., 2017). Im schweizerischen Kontext steht vor allem die Frage der Rehospitalisierungen im Zentrum. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) schätzte die Rehospitalisationsrate für Patientinnen und Patienten aus der Akutsomatik auf Grundlage der Daten aus dem Jahr 2015 auf 4,08% (Eggli, 2016). Basierend auf den Daten von 2017 belief sich der Anteil der potenziell vermeidbaren Spitalaufenthalte gemäss Definition des ANQ auf rund 4,5% der auswertbaren Austritte (ANQ).

Nebst den Rehospitalisierungen kann aber auch die Inanspruchnahme der Notfalldienste eines Spitals in den Tagen nach einem Spitalaufenthalt als Ausdruck eines potenziell unerwünschten Ereignisses betrachtet werden (Kocher and Brahmajee, 2013; Rising and White, 2013; Wang, 2016). In der Schweiz lassen die verfügbaren Daten jedoch keine Aussagen darüber zu, ob die Konsultationen in den Notfalldiensten vermeidbar waren oder nicht. Im Gegensatz zum Ansatz zur Bestimmung potenziell vermeidbarer Hospitalisierungen ist es bei der Analyse der Inanspruchnahme von Notfalldiensten nicht möglich, den medizinischen Aspekt zu untersuchen und zu ermitteln, ob der Grund für den Eintritt direkt mit dem Spitalaufenthalt zusammenhängt oder ob es sich um eine neue Erkrankung oder eine als schwer heilbar geltende Krankheit handelt. Diese Einschränkung muss somit bei der Interpretation der Rate der Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt berücksichtigt werden.

## Hospitalisierungen mit anschliessendem Eintritt in eine Notfallstation innerhalb von 30 Tagen

Im Jahr 2017 waren 59 533 Spitalaufenthalte in der Akutsomatik innerhalb von 30 Tagen gefolgt von einem Besuch in einer Notfallstation. Von den betroffenen 54 385 Patientinnen und Patienten waren einige im Lauf des Jahres mehrmals hospitalisiert. Bezogen auf die Gesamtzahl der Hospitalisierungen in der Akutsomatik im Jahr 2017 (1 081 989 Fälle, ohne interne und externe Verlegungen) bedeutet dies, dass nach 5,50% der Hospitalisierungen in der Akutsomatik ein Notfalldienst aufgesucht wurde (betrifft 6,18% der hospitalisierten Patientinnen und Patienten).

Dieses Ergebnis kommt jenem eines türkischen Universitätsspitals nahe (Eintritt in eine Notfallstation nach 5,2% der Hospitalisierungen; Kaya, Guven et al., 2020), ist aber niedriger als die in Taiwan oder Boston beobachteten Zahlen (rund 12%; Wang and Ding, 2016; Rising and White, 2013). Die Studien sind allerdings aufgrund methodischer Unterschiede nur beschränkt vergleichbar. So stützen sich die ausländischen Studien beispielsweise auf die Daten eines einzelnen Spitals; die Eintritte in die Notfallstationen anderer Einrichtungen werden nicht berücksichtigt. Die Tatsache, dass die Daten für die Schweiz alle Spitäler einschliessen, spricht dafür, dass die beobachtete Rate der Inanspruchnahme von Notfalldiensten im Vergleich zu jener in den ausländischen Studien eher gering ist.

Von den Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Spitalaustritt eine Notfallstation aufsuchten, begab sich ein Viertel (P25) innerhalb von vier Tagen und die Hälfte (Median) innerhalb von neun Tagen dorthin (siehe G1). Folglich ist das Risiko der Inanspruchnahme von Notfalldiensten in den Tagen nach der Entlassung aus dem Spital am höchsten. Danach nimmt die Eintrittshäufigkeit ab und stabilisiert sich ab rund zwei Wochen.

### Kasten 1 Stand der Literatur

In der Literatur wird die Inanspruchnahme von Notfalldiensten in den Tagen nach einem Spitalaufenthalt oft als unerwünschtes Ereignis betrachtet, das insbesondere die Instabilität einer Patientin oder eines Patienten beim Austritt widerspiegelt (Wang and Ding, 2016; Rising and White, 2013; Mitchell and Gardiner, 2014). Der Eintritt in die Notfallstation wird somit ebenso wie die Rehospitalisierung als eine Form der Rückkehr in die Akutsomatik betrachtet. Ein erheblicher Anteil dieser Konsultationen wäre potenziell vermeidbar, da diese Eintritte möglicherweise auf einen verfrühten Austritt oder auf eine mangelhafte Organisation der Weiterbetreuung hindeuten.

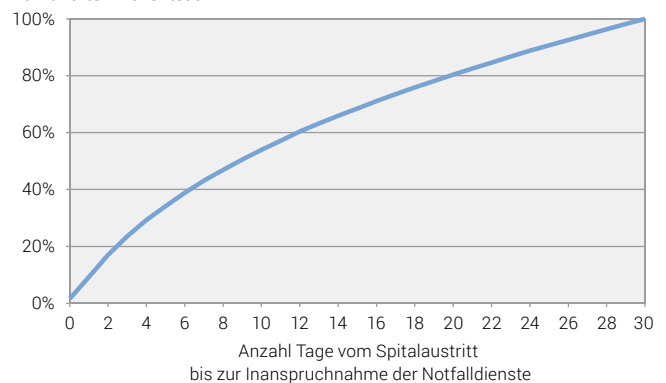
Ein Indikator für die Qualität der Spitalleistungen auf Grundlage der Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt hat jedoch Grenzen. So sind zum Beispiel nicht alle Komplikationen zwangsläufig vermeidbar. Das Aufsuchen von Notfalldiensten kann zudem auch als eine bevorzugte Alternative zur Rehospitalisierung betrachtet werden (Sabbatini and Keith, 2016). Darüber hinaus können Konsultationen in einer Notfallstation als Teil der Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt vorgesehen werden (z. B. zur Wundkontrolle, Augustine, 2018).

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich ein Teil der Eintritte in die Notfallstationen nach einer Hospitalisierung sicherlich nicht vermeiden lässt, kann dieser Indikator zur Bewertung der Qualität der Versorgungskoordination in der kritischen Phase nach einer Hospitalisierung in der Akutsomatik eine ergänzende Rolle spielen (Kocher and Brahmajee, 2013; Lauque and Fernandez, 2017).

Die zu diesem Thema durchgeführten Studien umfassen in der Regel Eintritte, die innerhalb von sieben oder 30 Tagen nach dem Spitalaufenthalt erfolgen.

## Hospitalisierungen mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen, Zeit bis zum ersten Eintritt, 2017 G1

### Kumulierter Prozentsatz



Die Eintritte vor Abschluss der Hospitalisierung sind ausgeschlossen (siehe Definition einer Hospitalisierung im methodischen Teil).

Die Eintritte vor Abschluss der Hospitalisierung sind ausgeschlossen (siehe Definition einer Hospitalisierung im methodischen Teil).

**Kasten 2 Definition SPLG**

Die SPLG oder «Spitalplanungs-Leistungsgruppen» wurden vom Kanton Zürich entwickelt, um die Realität der Spitäler möglichst genau abbilden zu können, d. h. die von der gleichen Berufsgruppe erbrachten Leistungen zu bündeln. Sie dienen in erster Linie als Grundlage für die Spitalplanung. Ihre diesbezügliche Verwendung wird von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren empfohlen.

Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgt anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD-10). In einigen wenigen Fällen werden auch andere Variablen (z. B. das Alter) verwendet.

Ursprünglich wurden 130 SPLG definiert. Für die Zwecke dieses Bulletins wurden diese in 24 Kategorien eingeteilt.

**Merkmale der Hospitalisierungen**

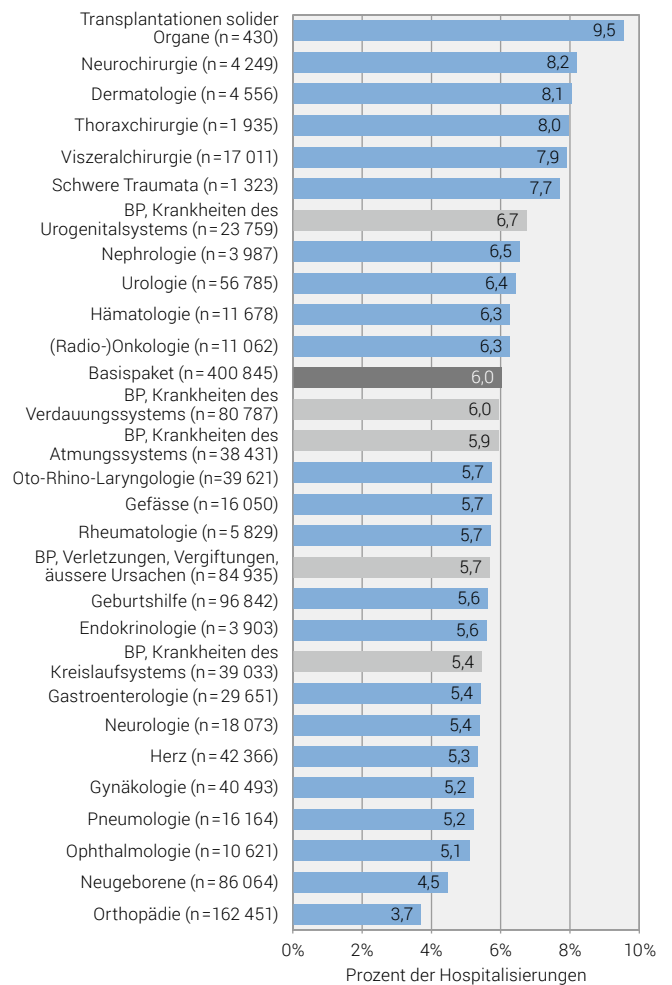
Im Bereich der Akutsomatik gibt es eine Vielzahl von Behandlungsgründen. So fällt der Anteil der Spitalaufenthalte, nach denen eine Notfallstation aufgesucht wird, je nach Leistungsbereich (oder Spitalplanungs-Leistungsgruppe, SPLG, siehe Kasten 2) unterschiedlich aus. Der häufigste Grund für die Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen nach einem Spitalaufenthalt ist die Transplantation solider Organe (9,5%, siehe G2), gefolgt von Behandlungen im Bereich der Neurologie (8,2%), der Dermatologie (8,1%) und der Thoraxchirurgie (8,0%). Am seltensten begeben sich Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt im Leistungsbereich Orthopädie in eine Notfallstation (3,7%).

Die Spitalaufenthalte innerhalb der Leistungsgruppe «Basispaket» machen 37% der erfassten Hospitalisierungen aus. Nach durchschnittlich 6,0% dieser Aufenthalte wird innerhalb von 30 Tagen eine Notfallstation aufgesucht. Je nach den betroffenen Diagnosegruppen (nach ICD-10) variiert jedoch auch in dieser Leistungsgruppe die Rate der Inanspruchnahme von Notfalldiensten. So beläuft sich diese Rate beispielsweise bei Diagnosen von Herzkreislaufkrankheiten auf 5,4% und bei Krankheiten des Urogenitalsystems auf 6,7%.

Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Notfalldiensten können auch noch auf andere Merkmale zurückgeführt werden. Nach dem Alter der Patientinnen und Patienten betrachtet ist die Rate der Besuche von Notfallstationen nach einem Spitalaufenthalt tendenziell bei Kleinkindern am höchsten und nimmt bei Kindern und Jugendlichen ab, wobei es allerdings Schwankungen gibt (vgl. G3). Diese Rate steigt bei jungen Erwachsenen wieder an und geht danach mit zunehmendem Alter allmählich zurück. Bei Kindern unter einem Jahr muss berücksichtigt werden, dass eine Geburt im Spital als Hospitalisierung in der Akutsomatik gezählt wird.

**Anteil der Hospitalisierungen mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen, nach SPLG, 2017**

G2



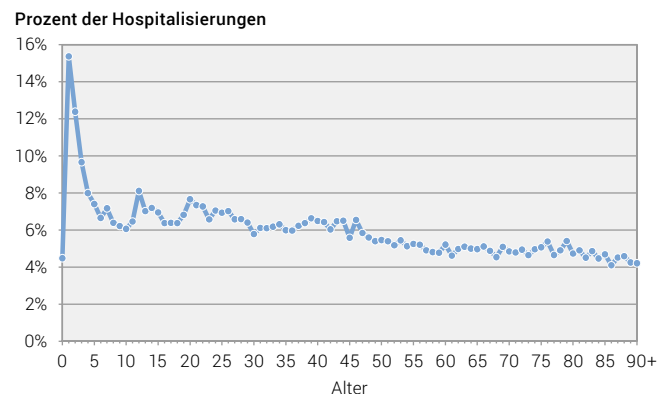
Für das SPGL-«Basispaket» werden detaillierte Ergebnisse für die fünf häufigsten Diagnosegruppen dargestellt.

Quelle: BFS – MS 2016–2017; PSA 2017/Analyse Obsan

© Obsan 2021

**Anteil der Hospitalisierungen mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen, nach Alter, 2017**

G3



Quelle: BFS – MS 2016–2017; PSA 2017/Analyse Obsan

© Obsan 2021

## Merkmale von Hospitalisierungen mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen, 2017

T 1

	Hospitalisierungsrate mit Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen (in %)	Hospitalisierungen mit Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen nach Austritt	Hospitalisierungen ohne Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen nach Austritt	
<b>Merkmale Patient/in</b>	Medianalter	–	49	54
	Durchschnittsalter	–	47	50
	Männer	5,6	47,8%	46,3%
	Frauen	5,3	52,2%	53,7%
	Durchschnittlicher Komorbiditätsindex (Elixhauser)	–	1,2	1,16
	Fehlende Komorbidität	5,3	49,9%	51,9%
	Vorliegen von Komorbidität	5,7	50,1%	48,1%
<b>Merkmale des Aufenthaltes</b>	Mediane Aufenthaltsdauer (Tage)	–	3	3
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)	–	5,3	4,9
	Notfallmässige Hospitalisierung	6,5	50,8%	42,1%
	Geplante Hospitalisierung	4,7	49,2%	57,9%
	Verlegung auf Intensivstation	7,4	6,0%	4,0%
	Keine Verlegung auf Intensivstation	5,4	94,0%	96,0%
	Aufenthalt mit Zwischenaustritt	13,2	1,4%	0,6%
Aufenthalt ohne Zwischenaustritt	5,4	98,6%	99,4%	
<b>Merkmale des Aufenthaltsendes<sup>1</sup></b>	Austritt auf Initiative der Patientin/des Patienten	8,3	1,0%	0,7%
	Austritt auf Initiative der behandelnden Person	5,5	98,4%	98,7%
	Aufenthalt zuhause nach Austritt	5,6	96,1%	94,5%
	Aufenthalt in Gesundheitseinrichtung nach Austritt	3,8	3,3%	4,8%
	Ambulante Versorgung oder Spitex	5,6	53,6%	52,6%
	Keine Versorgung nach Austritt	5,4	40,0%	40,3%

<sup>1</sup> Sämtliche Modalitäten bezüglich des Austrittsentscheids, des Aufenthaltes und der Versorgung nach der Entlassung aus dem Spital sind nicht dargestellt.

Quellen: BFS – MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

Männer (5,6%) begeben sich etwas häufiger in die Notfallstationen als Frauen (5,3%; Tabelle 1). Das Vorliegen einer Komorbidität nach dem Elixhauser-Index scheint ebenfalls zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Notfalldiensten zu führen (5,7% gegenüber 5,3% bei fehlender Komorbidität).

Auch mehrere Merkmale der Spitalaufenthalte hängen mit einer häufigeren anschliessenden Inanspruchnahme von Notfalldiensten zusammen: eine notfallmässige Hospitalisierung (6,6% gegenüber 4,7% bei einem geplanten Spitalaufenthalt), ein Wechsel auf die Intensivstation (7,4% gegenüber 5,4% ohne Wechsel) sowie ein Zwischenaustritt während der Hospitalisierung (13,2% gegenüber 5,4% ohne Zwischenaustritt). Darüber hinaus ist eine längere Aufenthaltsdauer mit einer höheren Inanspruchnahmerate verbunden. So erfolgt beispielsweise bei 5,3% der Aufenthalte von zwei bis vier Tagen ein Eintritt in eine Notfallstation innerhalb von 30 Tagen. Dieser Anteil steigt bei Aufenthalten von rund zwei Wochen auf 6% und bei Aufenthalten von rund einem Monat auf 8% (Daten nicht abgebildet).

In den meisten Fällen entscheidet die behandelnde Person über den Austritt aus dem Spital und die Patientin bzw. der Patient kehrt zurück nach Hause. Austritte auf Initiative der Patientin oder des Patienten (gegen Ansicht der Ärztin oder des Arztes) sind zwar relativ selten, führen aber zu höheren Raten der Inanspruchnahme von Notfalldiensten (8,3% gegenüber 5,5% bei Entlassungen auf

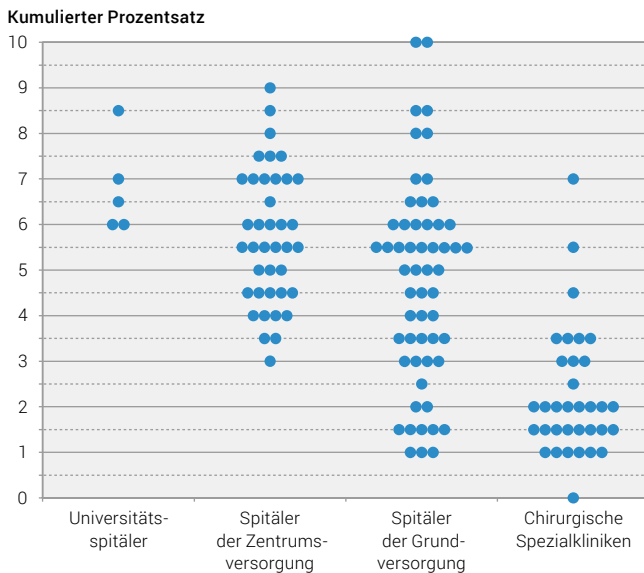
Initiative der behandelnden Person). Nach einem Aufenthalt in einer medizinischen oder nichtmedizinischen Einrichtung des Gesundheitswesens wird weniger oft eine Notfallstation aufgesucht (3,8% gegenüber 5,6% bei einer Rückkehr nach Hause).

Weitere für die Analyse relevante Faktoren konnten wegen fehlender Daten nicht untersucht werden. So wäre es zum Beispiel hilfreich zu wissen, ob die Patientin oder der Patient eine behandelnde Ärztin oder einen behandelnden Arzt hat, welche Art von Medikamenten verschrieben wurde oder welchen sozioökonomischen Status die Patientin oder der Patient hat.

Die Inanspruchnahme von Notfalldiensten unterscheidet sich je nach Spital. Betrachtet man die Ergebnisse nach Spitalkategorien, so zeigt sich, dass die fünf Universitätsspitäler die höchsten Inanspruchnahmeraten aufweisen. Diese liegen zwischen 6,0% und 8,3%, der Durchschnitt der Spitäler beträgt 6,8% (siehe G4). Die Zentrumsspitäler verzeichnen niedrigere Raten von durchschnittlich 5,7%. Bei den Grundversorgungsspitalern fallen die Raten mit einem Durchschnitt von 4,7% noch tiefer aus, doch sind die Ergebnisse dort recht heterogen. In den Spezialkliniken ist die Rate der Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen mit durchschnittlich 2,3% am niedrigsten.

### Anteil der Hospitalisierungen mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen, nach Spitaltyp während der Hospitalisierung, 2017

G4



Daten auf die halbe Einheit gerundet  
Die Spitäler mit weniger als 50 Fällen werden nicht in die Analysen einbezogen.

Quelle: BFS – MS 2016–2017; PSA 2017/Analyse Obsan © Obsan 2021

### Eintritte in eine Notfallstation innerhalb von 30 Tagen nach einem Spitalaufenthalt

69 674 Eintritte in eine Notfallstation betrafen im Jahr 2017 Patientinnen und Patienten, die nach einem Aufenthalt in der Akutsomatik vor maximal 30 Tagen aus dem Spital entlassen worden waren (G4). Bezogen auf die insgesamt 1 693 026 verzeichneten Eintritte in die Notfallstationen entspricht dies 4,12% aller Eintritte im Jahr 2017.

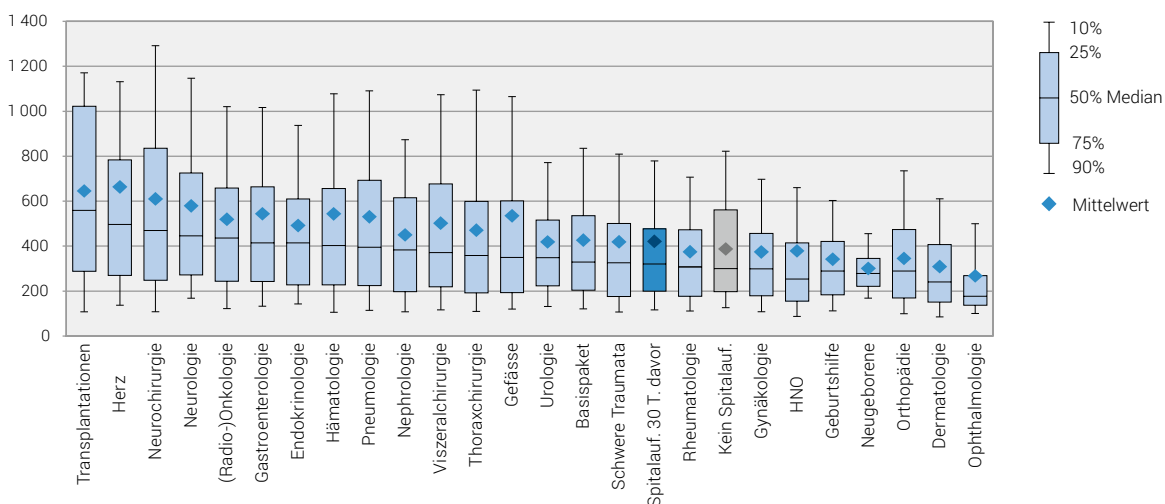
Diese Eintritte sind 54 256 Patientinnen und Patienten zuzuschreiben<sup>1</sup>. 92,0% nahmen den Notfalldienst innerhalb von 30 Tagen einmal und 8,0% mehrmals in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten machen 4,32% aller in den Notfallstationen behandelten Personen im Jahr 2017 aus.

Die Median- und Durchschnittskosten der Konsultationen in den Notfallstationen nach einem Spitalaufenthalt beliefen sich 2017 auf 320 bzw. 421 Franken<sup>2</sup>. Diese Beträge sind leicht höher als bei anderen Eintritten in die Notfallstationen, für die sich die Mediankosten auf 300 Franken und die Durchschnittskosten auf 388 Franken belaufen. Somit entsprechen die Kosten für die Eintritte in die Notfallstationen innerhalb von 30 Tagen nach einem Spitalaufenthalt 4,2% der Gesamtkosten der Notfallkonsultationen.

Die Median- und Durchschnittskosten der Konsultationen variieren insbesondere je nach Art der Versorgung während des Spitalaufenthalts. Mit durchschnittlichen Konsultationskosten von über 600 Franken sind die Behandlungen in den Notfallstationen nach einer Hospitalisierung in den Leistungsbereichen «Transplantation», «Herz» und «Neurochirurgie» am teuersten. Die niedrigsten Behandlungskosten in den Notfallstationen sind bei Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt in den Bereichen «Orthopädie», «Dermatologie» und «Ophthalmologie» festzustellen (Durchschnittskosten von rund 300 Franken).

### Verteilung (Boxplot) der pro Konsultation in einer Notfallstation fakturierten Beträge innerhalb von 30 Tagen nach einem Spitalaufenthalt, nach Leistungsart, 2017

G5



Quellen: MS 2016–2017; PSA 2017/Analyse Obsan

© Obsan 2021

<sup>1</sup> Die Zahl der Patientinnen und Patienten der Notfallstationen entspricht nicht genau der Zahl der Hospitalisierten, da die Referenzperiode nicht dieselbe ist (vgl. Kasten 3).  
<sup>2</sup> Die Behandlungskosten umfassen sämtliche Leistungen, die das Spital einer Patientin oder einem Patienten am Tag der Aufnahme in die Notfallstation in Rechnung stellt.

## Inanspruchnahme von akutsomatischen Leistungen (Spitalaufenthalte und Notfallstationen), nach Altersgruppe, 2017

T 2

	Anzahl Eintritte in Notfallstationen pro 100 Einwohner/innen	Anteil Eintritte in Notfallstationen innerhalb von 30 Tagen nach einem Spitalaustritt	Anzahl Spitalaufenthalte pro 100 Einwohner/innen	Anteil der Spitalaufenthalte mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb von 30 Tagen
0 Jahre	28,1	16,8	117,4	4,5
1–18 Jahre	29,5	1,4	4,2	8,3
19–45 Jahre	21,5	2,9	8,9	6,4
46–65 Jahre	14,3	4,4	11,5	5,2
66–85 Jahre	14,8	8	24,2	4,9
86+ Jahre	18,9	8	35,6	4,3

Quellen: BFS – MS 2016–2017; PSA 2017–2018/Analyse Obsan

© Obsan 2021

### Überblick über die Hospitalisierungen und Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach Altersgruppe

Die Ergebnisse nach Altersgruppe zeigen in der Praxis Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Hospitalisierungen in der Akutsomatik. Da die Geburt im Spital als akutsomatischer Aufenthalt gezählt wird, sind praktisch alle für Säuglinge unter einem Jahr erfassten Aufenthalte auf die Geburt zurückzuführen (98,2% der Spitalaufenthalte). Bei dieser Altersklasse wird nach 4,5% der Aufenthalte innerhalb von 30 Tagen eine Notfallstation aufgesucht, was 16,8% aller Eintritte bei den Säuglingen entspricht.

Bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 18 Jahre) und Erwachsenen bis 45 Jahre sind die Hospitalisierungsraten (4,2% bzw. 8,9%) niedriger als in den höheren Altersgruppen, doch werden häufiger danach Notfalldienste in Anspruch genommen (8,3% bzw. 6,4%). Diese Eintritte machen nur einen kleinen Anteil der Besuche dieser Altersklassen in Notfallstationen aus (1,4% und 2,9%). Tendenziell scheinen Notfalldienste allgemein häufiger in Anspruch genommen zu werden (Rate von 29,5% bei den 1- bis 18-Jährigen und von 21,5% bei den 19- bis 45-Jährigen).

Bei den über 46-Jährigen ist der Anteil der Spitalaufenthalte mit anschliessender Inanspruchnahme von Notfalldiensten geringer (rund 5%), doch da die Hospitalisierungsraten mit zunehmendem Alter stark ansteigen (46–65 Jahre: 11,5%, 66–85 Jahre: 24,2%, 86+ Jahre: 35,6%), nimmt auch der Anteil an Eintritten in eine Notfallstation nach einem Spitalaufenthalt zu. So erfolgen beispielsweise bei den über 65-Jährigen 8% der Eintritte in die Notfallstationen innerhalb von 30 Tagen nach dem Spitalaufenthalt.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Neigung, sich in den Tagen nach einem Spitalaufenthalt in eine Notfallstation zu begeben, zumindest teilweise auf allgemeinere Unterschiede zwischen den Altersgruppen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zurückzuführen sein könnte. Wenn also die 19- bis 45-Jährigen häufiger eine Notfallstation als einen anderen Leistungserbringer (z. B. Grundversorger/innen) aufsuchen, greifen sie möglicherweise auch bei einem gesundheitlichen Problem nach einem Spitalaufenthalt häufiger auf diese Form der Versorgung zurück.

### Diskussion und Analyseperspektiven

Die durchgeführten Analysen liefern Antworten auf die Frage, ob die Inanspruchnahme von Notfalldiensten als Indikator für die Qualität der Spitalleistungen verwendet werden kann. Die Tatsache, dass kein medizinischer Zusammenhang zwischen den beiden Arten der Inanspruchnahme hergestellt und die Vermeidbarkeit der Konsultationen in den Notfalldiensten nicht beurteilt werden kann, ist in dieser Hinsicht eine erhebliche Einschränkung, auf die bereits in der Einleitung dieses Bulletins hingewiesen wurde.

Weiter deuten die Ergebnisse für die Schweiz im Vergleich zu den Fallstudien im Ausland darauf hin, dass die Rate der Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt insgesamt relativ niedrig ist. Diese Beobachtung wird insbesondere dadurch gestützt, dass mit den für die Schweiz verfügbaren Daten auch Behandlungsverläufe einbezogen werden können, bei denen die Konsultation in der Notfallstation und der Spitalaufenthalt in zwei verschiedenen Spitälern erfolgt, was in den im Ausland durchgeführten Studien nicht unbedingt der Fall ist.

Darüber hinaus kann das Aufsuchen von Notfallstationen (statt einer anderen Art von Leistungserbringern) auch im Zusammenhang mit einer allgemeineren Praxis der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen stehen. Die Analyse der Ergebnisse nach Altersgruppe legt nahe, dass dieser Faktor wahrscheinlich einen Einfluss auf die Konsultationen in den Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt hat. In diesem Sinne deuten die Schwankungen bei der Inanspruchnahmerate nicht unbedingt darauf hin, dass unterschiedlich häufig unerwünschte Ereignisse auftreten.

Trotzdem werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie ein Indikator für die Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt entwickelt werden könnte, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Einerseits können die Merkmale der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, die mit einem höheren Risiko für einen Besuch in einem Notfalldienst verbunden sein können. Dies ebnet den Weg für gezielte Massnahmen zugunsten von Risikogruppen wie zum Beispiel die Verbesserung der Koordination der Versorgung beim Austritt aus dem Spital.

Andererseits verzeichnen die Schweizer Spitäler unterschiedliche Raten der Inanspruchnahme von Notfalldiensten nach einem Spitalaufenthalt. Eine vertiefte Analyse, die über den Rahmen dieses Bulletins hinausgeht, könnte sich auf einen Vergleich der Spitäler

konzentrieren, bei dem Faktoren wie die Art der durchgeführten Eingriffe oder die individuellen Merkmale der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Auf diese Weise könnten die Einrichtungen ihr eigenes Verbesserungspotenzial beurteilen. In der Schweiz werden derzeit die vermeidbaren Rehospitalisierungen als Qualitätsindikatoren herangezogen. In diesem Bulletin wird aber eine weitere Art der Inanspruchnahme von Spitalleistungen beleuchtet, die nach einem Spitalaufenthalt erfolgen kann. Die Rolle der ambulanten und der stationären Spitalleistungen der Akutsomatik bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten zeigt auch, dass die Bewertung der Qualität der Spitalleistungen, der Koordination der Versorgung beim Spitalaustritt sowie der Patientenweiterbetreuung mit der Berücksichtigung der Besuche in Notfallstationen ergänzt werden könnte.

Schliesslich wurde in diesem Bulletin das Gewicht der Eintritte in die Notfallstationen nach einem Spitalaufenthalt untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass diese etwas mehr als 4% der Eintritte und Kosten der Konsultationen in den Notfalldiensten ausmachten. Möglicherweise würde ein Rückgang der vermeidbaren Eintritte die Notfallstationen der Spitäler entlasten, doch da der Anteil dieser vermeidbaren Eintritte nicht bekannt ist, lässt sich das Ausmass einer solchen Abnahme nicht abschätzen.

### Kasten 3 Methodischer Ansatz

#### Verwendete Daten

Die verwendeten Daten stammen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Erhebung «Patientendaten Spital ambulant» (PSA). Die Daten der MS und der PSA wurden mithilfe des anonymen Verbindungscode miteinander verknüpft, der eine eindeutige, anonyme Identifizierung der jeweiligen Person ermöglicht.

Für den stationären Bereich werden in diesem Bulletin nur Spitalaufenthalte in der Akutsomatik von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz berücksichtigt. Das bedeutet, dass die Spitalaufenthalte in der Psychiatrie oder Rehabilitation von der Analyse ausgeschlossen wurden. Die Abgrenzung der Versorgungsbereiche wird auf der Website des Obsan erläutert: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>. Darüber hinaus waren auch Hospitalisierungen mit anschliessender interner oder externer Verlegung von der Analyse ausgenommen.

Die erfassten Spitalaufenthalte entsprechen den Hospitalisierungen nach SwissDRG. Das bedeutet, dass bei einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen für dieselbe Hauptdiagnosegruppe (MDC) das erste Eintrittsdatum sowie das Datum des definitiven Austritts erfasst werden. Aufgrund dieser Definition können im Laufe einer Hospitalisierung mehrere Eintritte in die Notfallstation registriert werden.

Im ambulanten Bereich wurden die Eintritte in die Notfallstationen anhand der Tarifposition TARMED 35.0610 (Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme) ermittelt. Es gilt zu beachten, dass der medizinische Bereitschaftsdienst in einigen Kantonen teilweise oder vollständig in die Notfallstation integriert ist.

#### Datensätze und Berechnung der Indikatoren

Ausgehend vom Referenzjahr 2017 wurden zwei Datensätze erstellt, um einerseits die Zahl und die Merkmale der betreffenden Hospitalisierungen und andererseits die Zahl und die Merkmale der Eintritte in die betreffenden Notfallstationen zu beschreiben.

Der erste Datensatz enthält die im Jahr 2017 erfassten Hospitalisierungen, wobei unterschieden wird, ob bis zum 30. Januar 2018 innerhalb von 30 Tagen nach dem Spitalaufenthalt eine Notfallstation aufgesucht wurde oder nicht.

Der zweite Datensatz enthält die Eintritte in die Notfallstationen im Jahr 2017, wobei unterschieden wird, ob in den vorangegangenen 30 Tagen bis zum 1. Dezember 2016 ein Spitalaufenthalt erfolgt war oder nicht. Die Daten der Hospitalisierungen und der Inanspruchnahmen von Notfalldiensten im Jahr 2017 sind nicht deckungsgleich.

Bei beiden Datensätzen wurden die Inanspruchnahme von Notfalldiensten und die Spitalaufenthalte mithilfe eines anonymen Verbindungscode miteinander verknüpft, um dieselben Personen zu identifizieren.

Mit diesem Ansatz können die Indikatoren anhand der verfügbaren Daten noch nicht im Zeitverlauf dargestellt werden, dies sollte jedoch in den kommenden Jahren möglich sein.

#### Grenzen der Daten

In einigen Fällen können derselben Patientin oder demselben Patienten mehrere Identifizierungscode zugewiesen worden sein. Davon betroffen waren 7% der 2015 und 1% der 2016 erfolgten Hospitalisierungen (Tuch et al., 2018). Für das Jahr 2017 ist dieser Anteil nicht bekannt. Deshalb könnte der Anteil der gemeinsamen Inanspruchnahme von Notfalldiensten und Hospitalisierungen leicht unterschätzt werden.

## Literaturverzeichnis

Augustine, J. J. (2018) *Return ED Visits: Poor Performance or Flawed Metric?* <https://www.acepnow.com>.

Eggl, Y. (2017). Nationaler Vergleichsbericht 2016 (BFS-Daten 2015): SQLape® Indikator der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen.

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2016). *Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Akutsomatik. Nationaler Vergleichsbericht*. BFS-Daten 2017. Version 1.1, Juli 2019.

ANQ (2018). *Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen mit SQLape ab BFS-Daten 2016*. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Kocher, K. E., Nallamothu, B. K., Birkmeyer, J. D., & Dimick, J. B. (2013). *Emergency department visits after surgery are common for Medicare patients, suggesting opportunities to improve care*. *Health Affairs*, 32(9), 1600-1607.

Lauque, D., Fernandez, S., Lecoules, N., Charpentier, S., Azéma, O., Edlow, J., & Bellou, A. (2017). *Revue de la littérature sur les retours précoces aux urgences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins*. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 7(2), 106-116.

Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Rising, K. L., White, L. F., Fernandez, W. G., & Boutwell, A. E. (2013). *Emergency department visits after hospital discharge: a missing part of the equation*. *Annals of emergency medicine*, 62(2), 145-150.

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016*. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wang, C. L., Ding, S. T., Hsieh, M. J., Shu, C. C., Hsu, N. C., Lin, Y. F., & Chen, J. S. (2016). *Factors associated with emergency department visit within 30 days after discharge*. *BMC health services research*, 16(1), 190.

## Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

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

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autorin

Merçay Clémence (Obsan)

### Zitierweise

Merçay, C. (2021). *Konsultationen in Notfallstationen nach Hospitalisierungen in der Akutsomatik* (Obsan Bulletin 01/2021).

Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

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

### Originaltext

Französisch, diese Publikation ist auch auf in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-2101)

### Übersetzung

Sprachdienste BFS

### Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

### Online

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

### Print

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

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), Tel. 058 463 60 60

Druck in der Schweiz

### BFS-Nummer

1033-2101

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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



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