

Nicht empfohlener Qualitätsindikator Nr. 1

Anteil vermeidbarer Rehospitalisationen

Am Beispiel des vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) verwendeten Indikators

Der Indikator hat zum Ziel, potenziell vermeidbare Hospitalisationen zu identifizieren und durch Analyse der Ursachen eine Qualitätsverbesserung zu erreichen (am Beispiel des vom ANQ verwendeten Indikators).

- Zähler** Anzahl der vermeidbaren Rehospitalisationen während 30 Tagen nach dem Spitalaustritt
- Nenner** Anzahl der erwarteten vermeidbaren Rehospitalisationen während 30 Tagen nach dem Spitalaustritt
- Intervall** Jährlich

Beschrieb

Der Begriff der «potenziell vermeidbaren Rehospitalisation» ist ein stehender Begriff. Er bezeichnet den Umstand, dass eine Patient*in nach als abgeschlossen eingestufte stationärer Behandlung eines Leidens, kurzfristig erneut hospitalisiert wird – wobei der Grund für den Wiederaufnahmebedarf vermeidbar gewesen wäre [1, 2].

Analyse und Kritikpunkte am Indikator (gemäss MacLean CH, NEJM 2018)

Domäne	Bedeutung	Einschätzung	Begründung
1	Wichtigkeit: Der Einsatz des Indikators wird zu einer messbaren und bedeutsamen Verbesserung klinischer Endpunkte führen (grosser Impact, Performance Gap)	Ja	Vermeiden von Faktoren, die zu einer vermeidbaren Rehospitalisation führen: unzureichender Abschluss einer stationären Akutbehandlung, iatrogene Komplikationen von Akutbehandlungen, unzureichendes Austrittsmanagement, um eine adäquate Nachsorge zu gewährleisten.
2	Angemessene Behandlung: Vermeiden von Über- und Untergebrauch	Ja	Gelingt es, Prozesse zu optimieren um Rehospitalisationen, die nicht notwendig sind, zu vermeiden, wird ein Übergebrauch medizinischer Ressourcen vermieden.
3	Qualitativ hochstehende klinische Evidenz	Nein	Bisher fehlen randomisierte Studien, die zeigen, dass durch die Anwendung des Indikators Massnahmen implementiert wurden, die eine vermeidbare Rehospitalisation verhindert haben.

Domäne	Bedeutung	Einschätzung	Begründung
4	Validität und Reliabilität	Nein	Damit eine Messung für eine Qualitätsverbesserung hilfreich ist, muss der Indikator geeignet sein, tatsächlich potenziell vermeidbare Rehospitalisationen zu identifizieren. Die SQLape®-Methode wurde in der Schweiz entwickelt und wird aktuell vom Verein ANQ verwendet, um Schweizer Spitäler zu vergleichen. Die diskriminative Fähigkeit dieser Methode wurde nur als moderat beurteilt (C-Statistik von 0.72) [2]. Weiter ist die Methode, wie Fälle klassifiziert werden ist nicht nachvollziehbar.
5	Anwendbarkeit: Kann von Ärzten beeinflusst werden, ist anwendbar (Klarheit, Aufwand)	Nein	Die Datengrundlage der ANQ-Erhebung mittels SQLape®-Methode sind die Datensätze der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» des Schweizer Bundesamtes für Statistik. Es handelt sich dabei um Auszüge aus administrativen Routinedaten (Patientenbezogene ICD-10 Codes und CHOP Codes). Die Datenanalyse erfolgt jährlich mit einem Verzögerungsintervall von 2–3 Jahren.

Literatur

1. Zhou H, *Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review*. BMJ Open 2016
2. Halfon P, *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care*. Med Care 2006
3. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), *Nationaler Vergleichsbericht SQLape Rehospitalisationen BFS 2018, Version 1.1*. https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/16/20201201_ANQakut_Nationaler_Vergleichsbericht_SQLape_Rehospitalisation_BFS_2018_V1.1.pdf
4. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), *Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf
5. Heller R, *ANQ Messung Akutsomatik – Rehospitalisation SQLAPE, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/10/ANQ-Info_Rehospitalisationen_Verzögerung-Publikation_Oktober20.pdf

Schlussfolgerung

Die Qualitätskommission schlussfolgerte aufgrund der oben genannten Punkte, dass der aktuell verwendete Indikator nicht geeignet ist, um die klinische Praxis zu monitorisieren und einen PDCA-Zyklus zu stimulieren. Die detaillierte Analyse findet sich im Anhang.

Beurteilungskriterien

- Ausrichtung an validierte Leitlinien und Standards
- Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert
- Fremdevaluation
- Patientenorientierung (Patient Reported Outcome)
- Benchmarking
- Mehrere Perspektiven berücksichtigen
- Peer-review
- PDCA-Zyklus
- Aussagen zu Ergebnisqualität

ANHANG

Anteil vermeidbarer Rehospitalisationen

Beschrieb

Der Begriff der «potenziell vermeidbaren Rehospitalisation» ist ein stehender Begriff. Er bezeichnet den Umstand, dass eine Patient*in nach als abgeschlossen eingestufte stationäre Behandlung eines Leidens, kurzfristig erneut hospitalisiert wird – wobei der Grund für den Wiederaufnahmebedarf vermeidbar gewesen wäre. Dies umfasst im Wesentlichen Fälle, in denen:

- die initiale stationäre Akutbehandlung aus Verschulden der Behandler unzureichend abgeschlossen war (z. B. Entlassung vor Erreichen eines stabilen Gesundheitszustandes) und ein vorhersehbares moderates bis hohes Risiko für eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands bestand, welche im anschliessenden Setting nicht adäquat behandelbar sein wäre (sogenannte «blutige Entlassung»).
- die initiale stationäre Akutbehandlung iatrogene Komplikationen nach sich zieht, welche primär vermeidbar oder durch spezifische Massnahmen in ihrer Auswirkung derart hätten beschränkt werden können, dass sie den Gesundheitszustand nicht so stark alterieren, dass es einer stationären Behandlung bedarf.
- das Austrittsmanagement unzureichend war, d. h. seitens stationären Behandlern ungenügende Vorkehrungen getroffen wurden, um die Patient*in, allfällige Betreuungspersonen und Nachbehandelnde in die Lage zu versetzen, einen Gesundheitszustand aufrecht zu erhalten, der keiner stationären Behandlung bedarf.

Üblicherweise wird ein Zeitfenster von 30 Tagen nach Spitalaustritt angenommen [1], in dem eine Rehospitalisation durch geeignete Massnahmen als vermeidbar gilt.

Ausgenommen aus der Definition potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen sollten sein:

- geplante Rehospitalisationen (z. B. bei zweizeitigen stationär erbrachten Therapiemassnahmen);
- Rehospitalisationen nach auf Patientenwunsch erfolgter frühzeitiger Entlassung;
- Rehospitalisationen bei unvermeidbaren zeitlich nicht determinierbaren Krankheitsverläufen (chronische, unheilbare Erkrankungen, Palliativsituationen);

- Rehospitalisationen aufgrund anderer, bereits existierender Leiden, deren, eine stationäre Behandlung notwendig machende, Entwicklung zum Zeitpunkt der Entlassung nicht vorhersehbar war (z. B. initiale Hospitalisation bei immobilisierenden lumbalen Rückenschmerzen und Rehospitalisation bei Herzinfarkt bei vormals stabiler Koronarer Herzerkrankung);
- Rehospitalisationen aufgrund neu aufgetretener Leiden (inkl. Trauma) ohne Assoziation zu bereits existierenden Leiden oder Therapien (z. B. initiale Hospitalisation bei immobilisierenden lumbalen Rückenschmerzen und Rehospitalisation bei Herzinfarkt ohne bekannte Koronare Herzerkrankung);
- Rehospitalisationen aufgrund potenziell vermeidbarer Verläufe, obwohl seitens stationären Behandlern ein bestmögliches Austrittsmanagement erfolgt war (z. B. fehlende Therapieadhärenz der Patient*in, Fehler der Betreuungspersonen/Nachbehandelnden).

Die Rate «potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen» gilt als Outcomeindikator zur Quantifizierung eines Teilaspekts der Behandlungsqualität von Spitälern. Hierbei wird das Auftreten potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen gleichgesetzt mit einer Vernachlässigung von Prophylaxemassnahmen, ein Merkmal schlechter Behandlungsqualität. Vice versa wird als Ergebnis optimal durchgeführter Prophylaxemassnahmen, ein Merkmal guter Behandlungsqualität, ein Ausbleiben potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen vorausgesetzt.

Überprüfung und Umsetzung im Praxisalltag

Gemäss einer systematischen Literaturanalyse existieren 73 verschiedene Methoden um ungeplante Hospitalisationen zu detektieren [1], wobei die meisten grosse Limitationen aufweisen. Damit eine Messung für eine Qualitätsverbesserung hilfreich ist, muss der Indikator aber eine gute diskriminative Fähigkeiten haben und tatsächlich potenziell vermeidbare Rehospitalisationen in einem Datensatz zu identifizieren. Die SQLape®-Methode wurde in der Schweiz entwickelt und wird aktuell vom Verein ANQ verwendet, um Schweizer Spitäler zu vergleichen. Die diskriminative Fähigkeit dieser Methode wurde als moderat beurteilt (C-Statistik von 0.72) [2]. Eine Pilotanalyse im Inselspital Bern zeigte aber, dass die überwiegende Mehrheit der von SQLape® identifizierten potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen entweder falsch als solche klassifiziert worden war (z. B. geplante Wiedereintritte) oder medizinisch unvermeidbar war (nicht publizierte Daten).

Die Datengrundlage der ANQ-Erhebung mittels SQLape®-Methode sind die Datensätze der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» des Schweizer Bundesamtes für Statistik (BFS). Es handelt sich dabei um Auszüge aus administrativen Routinedaten (Patientenbezogene ICD-10 Codes und Chop Codes), welche von allen Spitälern ans BFS geliefert werden, wobei die jährliche Datenanalyse hinsichtlich potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen seitens ANQ mit einem Verzögerungsintervall von zwei bis drei Jahren erfolgt.

Kritik und Fazit

Damit ein PDCA-Zyklus initiiert und monitorisiert werden kann, sollte ein Indikator einen Outcome eindeutig oder mit hoher Präzision erfassen und die Resultate sollten zeitnah zur Verfugung stehen. Das Konzept, die Rate potenziell vermeidbarer Hospitalisationen als kongruentes Negativbild der Behandlungsqualität anzusehen, ist per se problematisch. Auch bei höchster anzunehmender Behandlungsqualität, wird immer eine Minimalrate vermeidbarer Hospitalisationen existieren. Die aktuell verwendete Methode (SQLape®) weist Probleme in der diskriminativen Fähigkeit der Erfassung des Endpunkts auf, es wird nicht für bekannte Confounder korrigiert. Zudem sind die Resultate zu spät verfugbar (zwei bis drei Jahre Verzögerung). Die Methode SQLape® korreliert nicht mit der Behandlungsqualität, da die «zu erwartenden Rate» an Rehospitalisationen auf veralteten Daten als Basis basiert (BFS-Daten der Jahre 2014–2016 [3]). Der Verein ANQ publizierte selber die «Grenzen» der Erhebung [4]: «Datenerhebung: Welche Wiedereintritte vermeidbar sind und welche nicht, lässt sich nicht immer eindeutig abgrenzen. (...) Risikobereinigung: Ein isolierter Spital- oder Klinikvergleich der beobachteten Raten ist nicht möglich, weil sich die Institutionen im Risikoprofil ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden.»

Literatur

1. Zhou H, *Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review*. BMJ Open 2016
2. Halfon P, *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care*. Med Care 2006
3. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), *Nationaler Vergleichsbericht SQLape Rehospitalisationen BFS 2018, Version 1.1*. https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/16/20201201_ANQakut_Nationaler_Vergleichsbericht_SQLape_Rehospitalisation_BFS_2018_V1.1.pdf
4. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), *Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf
5. Heller R, *ANQ Messung Akutsomatik – Rehospitalisation SQLAPE, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/10/ANQ-Info_Rehospitalisationen_Verz gerung-Publikation_Oktober20.pdf