

---

# Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen Akutsomatik

---

Nationaler Vergleichsbericht

BFS-Daten 2018

Dezember 2020, Version 1.1

## Inhaltsverzeichnis

---

Zusammenfassung.....	3
1. Einführung.....	4
2. Methode.....	5
2.1. Datengrundlage.....	5
2.2. Indikator.....	7
2.3. Adjustierungsmodell.....	9
2.4. Datenqualität.....	11
2.5. Eignung des Indikators.....	11
3. Ergebnisse.....	13
3.1. Übersicht gemäss Krankenhaustypologie.....	15
3.2. Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1 (K111).....	16
3.3. Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112).....	17
3.4. Grundversorgung - Versorgungsniveau 3 (K121).....	20
3.5. Grundversorgung - Versorgungsniveau 4 (K122).....	21
3.6. Grundversorgung - Versorgungsniveau 5 (K123).....	22
3.7. Chirurgische Spezialkliniken (K231).....	23
3.8. Andere Spezialkliniken.....	25
3.9. Zusatzanalysen.....	26
4. Diskussion und Empfehlungen.....	34
4.1. Grenzen des Indikators.....	34
4.2. Diskussion.....	34
4.3. Empfehlungen.....	35
Literaturverzeichnis.....	37
Abbildungsverzeichnis.....	38
Tabellenverzeichnis.....	38
Anhänge.....	39
Anhang 1: Verlauf der Anpassungen SQLape®.....	39
Anhang 2: Gesamttabelle.....	42
Impressum.....	47

## Zusammenfassung

---

Die Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit der Methode SQLape®, basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik (MedStat) des Bundesamtes für Statistik, ist seit dem Jahr 2011 Teil der nationalen Qualitätsmessungen im stationären Bereich durch den nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Unter Berücksichtigung der Datenqualität der einzelnen Spitälern sowie eines Adjustierungsmodells, welches Differenzen im Patientenmix verschiedener Spitälern miteinbezieht, wird pro Spital die beobachtete und die erwartete Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen sowie daraus abgeleitet das Verhältnis der Raten für das Datenjahr 2018 der MedStat berechnet.

Von den insgesamt 193 untersuchten Spitälern weisen im Datenjahr 2018 der MedStat 26 Spitälern oder Spitalstandorte Raten ausserhalb der Norm auf. Das heisst in diesen Spitälern ist es zu mehr potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen gekommen, als gemäss Patientenmix zu erwarten wäre. Bei den Spitälern mit Raten ausserhalb der Norm handelt es sich mehrheitlich um Spitälern der Versorgungsniveaus 2 und 4.

Global betrachtet liegt die beobachtete Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen bei 4.6% aller auswertbaren Austritte, während die erwartete Rate global bei 4.5% liegt. Das Verhältnis der Raten liegt somit im aktuellen Datenjahr der MedStat bei 1.03 und dadurch auf demselben Niveau wie im Datenjahr 2017 der MedStat (Verhältnis der Raten: 1.04). Die Anzahl der Spitälern ausserhalb der Norm lag im Vorjahr mit 33 über dem Ergebnis des aktuellen Datenjahres (26 Spitälern ausserhalb der Norm).

Neben der Berechnung der Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen pro Spital wurden für den vorliegenden Bericht verschiedene Zusatzanalysen durchgeführt. Diese zeigen, dass fast alle ICD-10 Hauptdiagnosegruppen mit dem Vorjahr vergleichbare Rehospitalisationsraten aufweisen. Abweichend davon wurde in der Hauptdiagnosegruppe «Psychische und Verhaltensstörungen» ein Anstieg der Rate beobachtet. Hinsichtlich dem Einfluss der Aufenthaltsdauer auf die Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen konnte gezeigt werden, dass die Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen höher ist als erwartet, falls die beobachtete Aufenthaltsdauer entweder deutlich länger oder deutlich kürzer ist als die erwartete Aufenthaltsdauer. Ebenfalls vertiefter analysiert wurden potentiell vermeidbare Rehospitalisationen, die nicht in demselben Spital erfolgen wie die Index-Hospitalisation, sogenannte externe Rehospitalisationen. Deren Anteil beträgt im aktuellen Datenjahr 15.5% aller potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen und liegt somit über dem Anteil im Vorjahr (13.2%). Weiter zeigen die Daten, dass die Anteile an externen Rehospitalisationen, die in grösseren respektive in kleineren Spitälern erfolgen als die Index-Hospitalisation, ungefähr gleich gross sind.

Für diejenigen Spitälern, die eine Rate ausserhalb der Norm aufweisen, enthält der vorliegende Bericht Empfehlungen, welche dabei unterstützen sollen, die Gründe für die erhöhte Rate zu analysieren und basierend darauf entsprechende Optimierungsmassnahmen treffen zu können.

## 1. Einführung

---

Die Messung der Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit der Methode SQLape® ist seit dem Jahr 2011 Bestandteil der nationalen Qualitätsmessungen im Bereich stationäre Akutsomatik durch den nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Die Rehospitalisationsrate wird in der wissenschaftlichen Literatur weitherum als valider Indikator für die Qualitätsmessung bei Spitälern betrachtet.<sup>1</sup> Einerseits besteht grosse empirische Evidenz für den Zusammenhang zwischen der Verweildauer und/oder der Behandlungsqualität und dem Risiko einer Rehospitalisation. Andererseits erfolgen Rehospitalisationen häufig genug, um über eine ausreichende Datengrundlage zu verfügen und zudem werden die entsprechenden Daten standardmässig durch die Spitäler erhoben, was die Nützlichkeit und Sensitivität eines entsprechenden Indikators erhöht.

Im vorliegenden Bericht erfolgt nach einer allgemeinen Beschreibung der angewandten Methodik in Kapitel 2, die Darstellung der Resultate des Datenjahres 2018 der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (MedStat) in Kapitel 3 sowie abschliessend die darauf basierende Diskussion und Empfehlungen in Kapitel 4.

---

<sup>1</sup> Vgl. unter anderem Halfon et al. (2002).

## 2. Methode

Mit der Methode SQLape<sup>®2</sup> soll der Anteil potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen am Total der Hospitalisationen in Schweizer Spitälern während eines Datenjahres erhoben werden. Gemäss Definition des SQLape<sup>®</sup> Algorithmus liegt eine potentiell vermeidbare Rehospitalisation vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- sie war zum Zeitpunkt des Austritts der vorhergehenden Hospitalisation **nicht vorhersehbar**;
- sie wurde durch eine **bereits bei Austritt bekannte** Krankheit ausgelöst;
- sie findet **innerhalb von 30 Tagen** nach dem Austritt der vorhergehenden Hospitalisation statt.

Nachfolgend werden die Begriffe *Rehospitalisation* und *potentiell vermeidbare Rehospitalisation* synonym verwendet, da unvermeidbare Rehospitalisationen gemäss Methode SQLape<sup>®</sup> nicht in die vorliegende Analyse miteinbezogen werden.

### 2.1. Datengrundlage

Datengrundlage bildet die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik, welche jeweils im Frühjahr des übernächsten Jahres des Datenjahres publiziert wird. Die Grundgesamtheit umfasst alle Hospitalisationen in einem akutsomatischen Schweizer Spital innerhalb eines Datenjahres, das heisst für den vorliegenden Bericht wurden alle Hospitalisationen ab dem 1. Dezember 2017 bis zum 30. November 2018 berücksichtigt.<sup>3</sup>

Für das Datenjahr 2018 der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (MedStat) konnten die Hospitalisationen in 144 Spitälern, verteilt über 193 Standorte, mit insgesamt 1'314'066 Hospitalisationen berücksichtigt werden.<sup>4</sup> Innerhalb der Grundgesamtheit aller Hospitalisationen in akutsomatischen Spitälern werden die folgenden Fälle von der auswertbaren Population ausgeschlossen:

Ausschlussgrund	Anzahl Ausschlüsse	Prozentualer Anteil
Patienten und Patientinnen die in eine psychiatrische, geriatrische oder rehabilitative <sup>5</sup> Abteilung eines Spitals der Akutsomatik aufgenommen werden	32'479	2.5%
Patienten und Patientinnen ohne Wohnsitz in der Schweiz, da eventuelle Rehospitalisationen nur in der Schweiz festgestellt werden können	32'904	2.5%
Patienten und Patientinnen, die direkt in ein anderes Spital verlegt werden, da in diesen Fällen keine Rehospitalisation erfolgen kann	138'529	10.5%
- davon in eine psychiatrische Klinik/Abteilung	16'733	1.3%
- davon in eine rehabilitative Klinik/Abteilung	75'078	5.7%

<sup>2</sup> Die Abkürzung SQLape steht für *Striving for high Quality Level and Analyzing of Patient Expenditures*.

<sup>3</sup> Die Definition des Zeitrahmens wurde so gewählt, um mit Sicherheit alle eventuellen Rehospitalisationen innerhalb von 30 Tagen im Datenjahr 2018 der MedStat identifizieren zu können.

<sup>4</sup> Es werden alle Spitäler berücksichtigt, welche gemäss Messbeteiligungsliste 2019 des ANQ nicht über eine Messbefreiung verfügen. Vgl. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/05/ANQ\\_Messbeteiligung\\_2019.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/05/ANQ_Messbeteiligung_2019.pdf).

<sup>5</sup> Nur falls die Aufenthaltsdauer in rehabilitativen Abteilungen über zehn Tagen liegt, andernfalls werden diese Fälle in die Grundgesamtheit eingeschlossen. Dies aufgrund der Annahme, dass es sich bei kürzerer Aufenthaltsdauer um akutsomatische Hospitalisationen handeln muss.

- davon in ein anderes akutsomatisches Spital/andere akutsomatische Abteilung	46'718	3.6%
Verstorbene Patienten und Patientinnen	23'209	1.8%
Potentiell ambulant durchführbare Hospitalisationen <sup>6</sup>	87'654	6.7%
Weitere Ausschlussgründe:	108'251	8.2%
- davon Patienten und Patientinnen die aufgrund der Diagnose eine palliative Versorgung oder eine Rehabilitation benötigen (ICD-Code Z50, Z54, Z515 oder CHOP-Code 938A)	13'103	1.0%
- davon Patienten mit einer psychischen Krankheit ohne somatische Komorbidität	15'634	1.2%
- davon gesunde Neugeborene <sup>7</sup>	78'225	6.0%
- davon Hospitalisationen aufgrund von Schlafapnoe (ICD-Code G473).	1'289	0.1%
<b>Auswertbare Austritte</b>	<b>891'040</b>	<b>67.8%</b>

Die Anzahl auswertbare Austritte beträgt nach den obgenannten Ausschlüssen für das Datenjahr 2018 der MedStat 891'040 Hospitalisationen.

### 2.1.1. Vertiefender Exkurs zur Datengrundlage

Nachfolgend werden verschiedene Themen im Zusammenhang mit der Datengrundlage im Detail diskutiert, welche in der Vergangenheit zu Unklarheiten bei der Interpretation der Daten geführt haben.

#### **Erläuterung zu Fall-Splitting**

Gemäss Vorgaben der SwissDRG erfolgt seit dem Jahr 2012 bei den allermeisten Rehospitalisation innerhalb von 18 Kalendertagen nach Austritt eine Fallzusammenführung.<sup>8</sup> Diese Fälle werden in der MedStat als einzelner Fall geführt. Um auch potentiell vermeidbare Rehospitalisationen mit Wiederaufnahme nach weniger als 19 Tagen erkennen zu können, müssen zusammengeführte Fälle entsprechend gesplittet werden. Ein Fall-Splitting wird immer dann vorgenommen, wenn in der MedStat mindestens ein Zwischenaustritt und Wiedereintritt codiert wurde.<sup>9</sup>

#### **Erläuterung zu Überweisungen**

Spitalaufenthalte, an deren Ende der Patient, die Patientin direkt in eine andere Einrichtung überwiesen wird, zählen nicht zu den auswertbaren Rehospitalisationen. Das bedeutet, dass einer direkten Verlegung niemals eine potentiell vermeidbare Rehospitalisation folgt.<sup>10</sup> Falls die Patient/innen jedoch zuerst nach Hause gehen, wenn auch nur für wenige Stunden, bevor sie in einem anderen Spital aufgenommen werden, wird dieser Fall zu den auswertbaren Austritten gezählt.

<sup>6</sup> Hospitalisationen, welche gemäss dem Indikator *Day Surgery* (vgl. <https://www.sqlape.com/day-surgery/>) ambulant durchführbar wären, werden ausgeschlossen. Dies weil der Anteil solcher Hospitalisationen je nach Spital stark variiert und der Ausschluss dieser Hospitalisationen somit zu einer besseren Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern führt.

<sup>7</sup> Gesunde Neugeborene werden ausgeschlossen, da der Indikator darauf abzielt, die Qualität der Austrittsvorbereitungen von kranken Patienten zu messen.

<sup>8</sup> Vgl. SwissDRG (2019).

<sup>9</sup> Gemäss Variablen der medizinischen Statistik 4.7.Vxx.

<sup>10</sup> Die Definition einer Überweisung an eine andere Einrichtung basiert auf der Variable der medizinischen Statistik 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“, für die Werte 4 = „Psychiatrische Klinik“, 5 = „Rehabilitations-klinik“ oder 6 = „Anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus“ sowie für die Werte 44 (Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb), 55 (Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) und 66 (Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb)

### **Erläuterung zur externen Rate**

Eine Rehospitalisation wird als extern definiert, wenn sich das Spital der Rehospitalisation von dem der Index-Hospitalisation unterscheidet. Wenn ein Patient, eine Patientin in einer Spitalgruppe mit mehreren Standorten aus einem Standort austritt und in einem anderen rehospitalisiert wird, wird diese Rehospitalisation als intern bewertet. Die Ausnahme sind einige wenige Spitalgruppen, deren Standorte unterschiedliche BUR-Nummern aufweisen; in diesem Fall werden die Rehospitalisationen als externe Rehospitalisationen bewertet.

### **Erläuterung zum Spitalaufenthalt von Krebspatienten**

Spitalaufenthalte von Patienten und Patientinnen mit einer malignen Erkrankung zählen zu den auswertbaren Rehospitalisationen, weil die Patienten und Patientinnen beispielsweise aufgrund von potentiell vermeidbaren Komplikationen oder ungenügender Abstimmung mit der ambulanten Pflege rehospitalisiert werden könnten.

Rehospitalisationen von Patienten und Patientinnen mit maligner Erkrankung nach einem Spitalaufenthalt gelten bei einer der folgenden Kodierungen als unvermeidbar:

- erwartete Rehospitalisation ohne Komplikationen (gemäss Algorithmus und nicht gemäss Art der Aufnahme),
- unerwartete Rehospitalisation, aber Chemotherapie oder Strahlentherapie<sup>11</sup> während der Rehospitalisation,
- Aufnahme in die palliative Betreuung (die als solche kodiert werden muss mit dem Code Z51.5 als Nebendiagnose und/oder Codes CHOP 93.8A, die sie von den auswertbaren Austritten ausschliessen).

Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Ausschlüssen können somit auch bei Patienten und Patientinnen mit maligner Erkrankung potentiell vermeidbare Rehospitalisationen bestehen.

## 2.2. Indikator

Basierend auf den auswertbaren Austritten (vgl. Kapitel 2.1) wird der Algorithmus zur Identifikation der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen angewandt. Dieser ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt.<sup>12</sup>

Anhand des anonymen Verbindungscode<sup>13</sup> werden Rehospitalisationen innerhalb von 30 Tagen nach Austritt aus der Index-Hospitalisation eruiert, unabhängig davon ob die Rehospitalisation in demselben Spital stattfindet oder nicht. Anschliessend wird geprüft, ob es sich um eine geplante Rehospitalisation handelt, beispielsweise zur Schliessung eines temporären Stomas (Schritt 1 in Abbildung 1). Beinhaltet die geplante Rehospitalisation eine zusätzliche iatrogene Komplikation (Schritt 2), wie beispielsweise eine Wundinfektion, wird die Rehospitalisation als potentiell vermeidbar klassifiziert.<sup>14</sup> Ansonsten werden geplante Rehospitalisationen als unvermeidbar klassifiziert.

Handelt es sich um eine nicht geplante Rehospitalisation, werden folgende Prüfschritte zur korrekten Klassifizierung vorgenommen:

---

<sup>11</sup> Z510-Z512 als Diagnose der Rehospitalisation; 922, 9925, 9928, 9929 als Behandlungen der Rehospitalisation; D70 als Diagnose der Rehospitalisation: Agranulozytose nach Chemotherapie.

<sup>12</sup> Sämtliche Diagnose- und Operationscodes, die durch den Algorithmus berücksichtigt werden, sind unter <https://www.sqlape.com/readmissions-algorithm/> ersichtlich.

<sup>13</sup> Die Generierung des anonymen Verbindungscode erfolgt bei den Leistungserbringern nach Vorgaben des Bundesamtes für Statistik (BFS 2017).

<sup>14</sup> Ausnahme: keine Einschlüsse bei Photopherese nach Transplantatabstossung (CHOP Code 9988), auch bei Vorliegen einer zusätzlichen iatrogenen Komplikation.

- Handelt es sich um eine Hospitalisation aufgrund einer Entbindung, Transplantation, Chemo- oder Strahlentherapie oder einer Nachbehandlung? (Schritte 3-5)

Falls Ja, wird die Rehospitalisation als unvermeidbar klassifiziert. Falls Nein wird geprüft, ob die Rehospitalisation aufgrund einer Komplikation erfolgt und entsprechend als vermeidbar eingeordnet werden muss (Schritt 6).

Falls die Rehospitalisation nicht aufgrund einer Komplikation erfolgt, werden abschliessend die folgenden Prüfschritte vorgenommen:

- Erfolgte die Hospitalisation aufgrund eines neuen, von der Index-Hospitalisation unabhängigen Zustandes? (Schritt 7)
- Erfolgte die Hospitalisation aufgrund eines Traumas oder einer schwer heilbaren Krankheit<sup>15</sup>? (Schritt 8)

Falls diese beiden Prüfschritte mit *Nein* beantwortet werden, wird die Rehospitalisation als potentiell vermeidbar eingestuft.

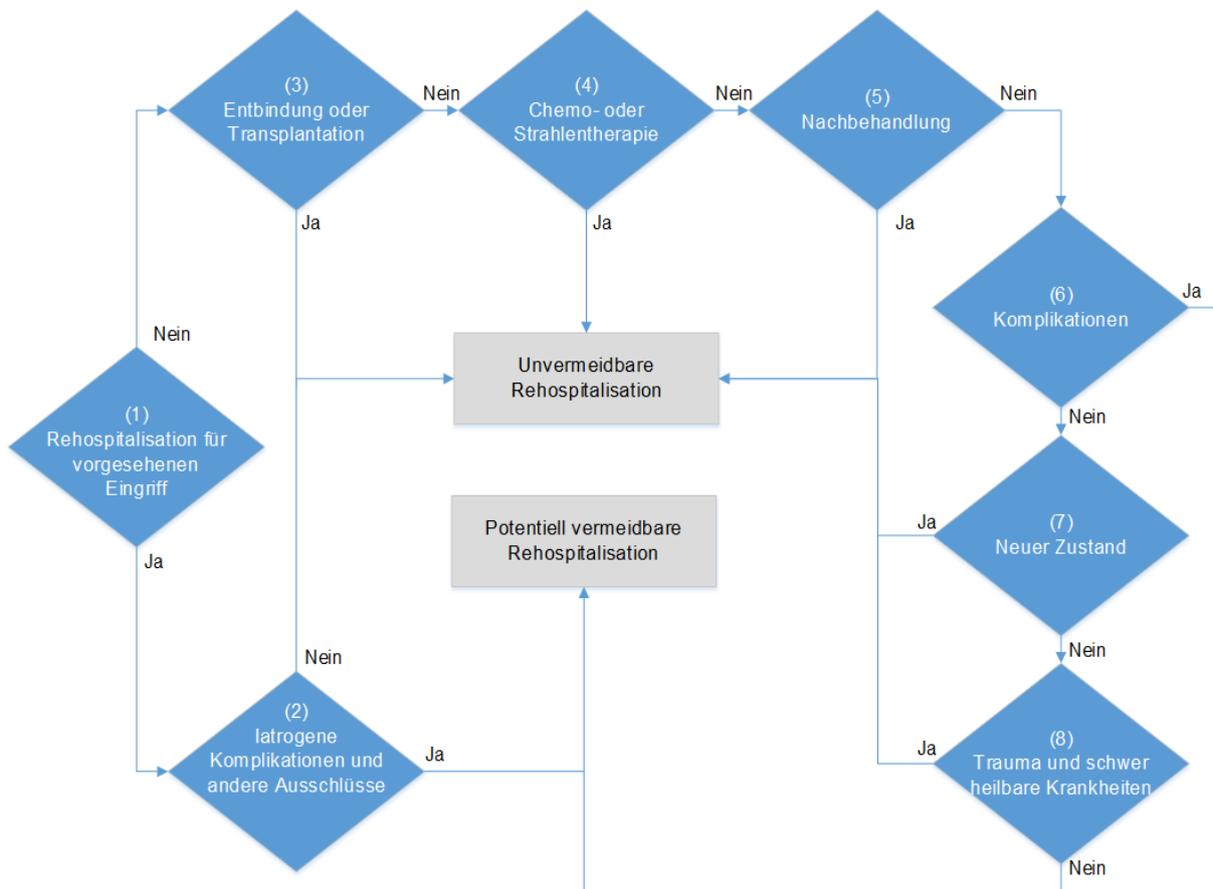


Abbildung 1: Algorithmus zur Identifikation potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen

<sup>15</sup> Die als schwer heilbar definierten Krankheiten sind unter <https://www.sqlape.com/readmissions-algorithm/> aufgeführt.

Neben der standardmässigen Aktualisierung der Diagnose- und Operationscodes gemäss Medizinischer Statistik wurde der Algorithmus im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert.

Alle seit dem Jahr 2011 vorgenommenen Anpassungen sind im Anhang 1 in Tabelle 16 ersichtlich.

### 2.3. Adjustierungsmodell

Das Rehospitalisationsrisiko eines Patienten ist teilweise von allgemeinen Patientenmerkmalen wie dem Alter oder der Diagnoseliste abhängig. Differenzen im Patientenmix verschiedener Spitäler können dadurch zu unterschiedlichen Rehospitalisationsraten führen, welche jedoch keine Aussage hinsichtlich der Behandlungsqualität oder dem Austrittszeitpunkt erlauben.

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, hat beispielsweise das Alter einen Einfluss auf die Rehospitalisationsrate. Die Rehospitalisationsrate sinkt bis zum 30. Lebensjahr und steigt danach konstant an.

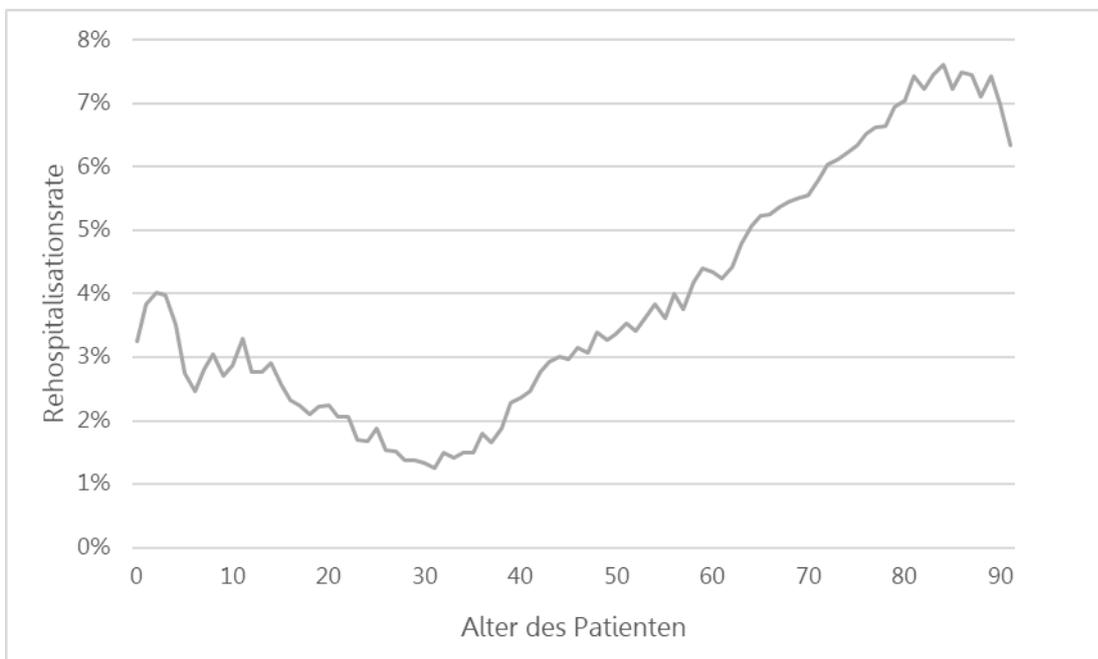


Abbildung 2: Beobachtete Rehospitalisationsrate nach Alter BFS 2017

Um diesen Umstand zu berücksichtigen, werden die beobachteten Rehospitalisationsraten den erwarteten Rehospitalisationsraten gegenübergestellt. Die beobachtete Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen wird anhand des in Kapitel 2.2 beschriebenen Algorithmus ermittelt. Um die erwarteten Raten zu berechnen, wird ein Vorhersagemodell verwendet, welches auf den auswertbaren Austritten in der Schweiz in den Jahren 2014 bis 2016 basiert. Dabei werden die folgenden Faktoren der Index-Hospitalisation berücksichtigt:

- Diagnosen
- chirurgische Eingriffe
- Alter
- Hospitalisation in den sechs vorhergehenden Monaten
- geplanter oder nicht geplanter Eintritt
- Komplexität der Hospitalisation<sup>16</sup>

Diese Faktoren werden berücksichtigt, weil sie die Wahrscheinlichkeit bzw. das Risiko einer Rehospitalisation beeinflussen können. Für sämtliche Kombinationen der oben aufgeführten Faktoren mit einer genügend grossen Fallzahl (n=5) wird anschliessend die erwartete Rehospitalisationsrate berechnet. In Abbildung 3 ist dies für eine Index-Hospitalisation aufgrund einer *Infektion* dargestellt.

Falls es sich beispielsweise um eine geplante Hospitalisation einer jungen Person (< 51 Jahre) ohne weitere komplexe gesundheitliche Probleme handelt (Einfach), beträgt die erwartete Rehospitalisationsrate 10.2%. Handelt es sich hingegen um eine notfallmässige Hospitalisation einer jungen Person mit weiteren komplexen gesundheitlichen Problemen, beträgt die erwartete Rehospitalisationsrate 19.4%.

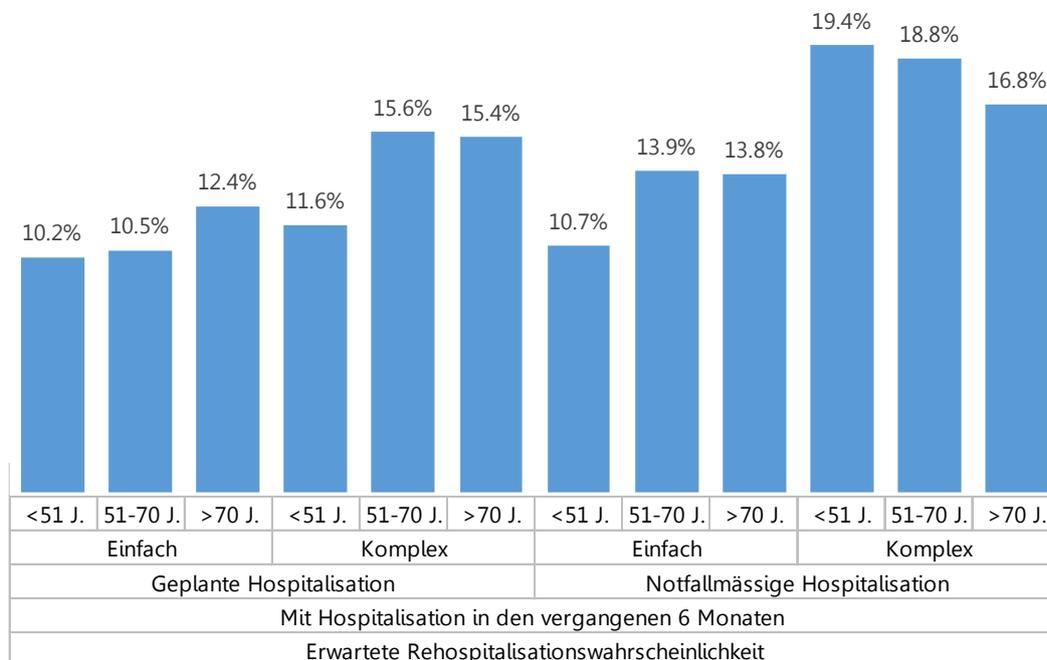


Abbildung 3: Adjustierungstabelle am Beispiel *Infektion*

<sup>16</sup> Die Unterteilung in *einfache* oder *komplexe* Fälle erfolgt je nach Anzahl schwerer, gesundheitlicher und durch die SQLape® Klassifizierung erfasster Probleme (komplex ja > 3). Für weitere Informationen zur SQLape® Klassifizierung siehe <https://www.sqlape.com/classification-inpatient/>.

## 2.4. Datenqualität

Die Verlässlichkeit des vorliegenden Indikators ist abhängig von der Qualität der Daten der Medizinischen Statistik der Spitäler. Um die Datenqualität zu überprüfen, wurden basierend auf den Angaben in der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik folgende Qualitätskontrollen durchgeführt:

- Sind alle zur Berechnung nötigen Variablen gemäss der geltenden Nomenklatur (Richtlinien des BFS) dokumentiert?
- Weisen mindestens 1% der Patienten bei zwei aufeinanderfolgenden Jahren denselben anonymen Verbindungscode auf?<sup>17</sup>
- Entsprechen mindestens 15% der OP-Codes wenig invasiven Eingriffen?<sup>18</sup>
- Sind die Diagnoseberichte vollständig und plausibel?<sup>19</sup>

Für das Datenjahr 2018 der MedStat wurden bezüglich der Datenqualität die folgenden Problematiken festgestellt:

Problem	Anzahl Spitäler / Kliniken
Keine Patienten mit identischem Verbindungscode über zwei aufeinanderfolgende Jahre	1

Tabelle 1: Datenqualität

## 2.5. Eignung des Indikators

Der ANQ hat einen Kriterienkatalog für neue Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren erarbeitet.<sup>20</sup> Nachfolgend erfolgt eine Einordnung des Indikators SQLape® Rehospitalisationen gemäss diesen Bewertungskategorien:

- Relevanz: die vorgenommene Messung ist sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Patient/innen von Bedeutung (vgl. Kapitel 1).
- Klarheit / Verständlichkeit: der Indikator enthält definierte Ausschlusskriterien (vgl. Kapitel 2.1), ein klares Qualitätsziel (die beobachtete Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ist nicht signifikant höher als die erwartete Rate) und ist so formuliert, dass er national gültig und institutionsunabhängig verwendet werden kann (vgl. Adjustierung in Kapitel 2.3).
- Praktikabilität: für die Messung werden ausschliesslich Daten verwendet, welche von den Spitälern standardmässig an das Bundesamt für Statistik geliefert werden, für die Leistungserbringer entsteht somit durch die Messung kein zusätzlicher Aufwand.
- Risikoadjustierung: ein Risikoadjustierungsmodell wurde erarbeitet und über die Jahre präzisiert (vgl. Kapitel 2.3).

<sup>17</sup> Diesem Kriterium liegt die Annahme zugrunde, dass sowohl eine gewisse Anzahl Patienten über den Jahreswechsel hospitalisiert sind als auch eine gewisse Anzahl Patienten in zwei aufeinanderfolgenden Jahren hospitalisiert werden. Dies kann anhand des anonymen Verbindungscode geprüft werden. Liegt der Wert unter 1%, wird angenommen, dass ein Problem mit der Generierung des Verbindungscode besteht und entsprechend nicht alle Rehospitalisationen erkannt werden können.

<sup>18</sup> Diese Qualitätskontrolle erfolgt nur bei Spitälern mit mindestens 150 Eingriffen im Datenjahr.

<sup>19</sup> Vgl. Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape ab BFS-Daten 2018, Anhang 2. ANQ (2020).

<sup>20</sup> Vgl. ANQ Messplan ab 2018: Kriterienkatalog für neue Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren ([http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170921\\_ANQgs\\_Messplan\\_Kriterienkatalog\\_V1.0.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170921_ANQgs_Messplan_Kriterienkatalog_V1.0.pdf), abgerufen am 26.05.2020).

- Messeigenschaften: der Indikator weist eine hohe Sensitivität (96%) und Spezifität (98%) auf<sup>21</sup>, der positive Vorhersagewert (= Anteil potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen die korrekt klassifiziert werden) liegt bei 78%<sup>22</sup>.
- Eignung für die transparente Veröffentlichung: die Messungen werden seit dem Datenjahr 2016 der MedStat transparent veröffentlicht.

---

<sup>21</sup> Vgl. ANQ (2020).

<sup>22</sup> Vgl. Halfon et al (2006).

### 3. Ergebnisse

In Abbildung 4 ist das Verhältnis der Raten von beobachteten potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen im Datenjahr 2018 der MedStat und der gemäss der Datenjahre 2014 bis 2016 der MedStat erwarteten potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen pro Spital dargestellt. Spitäler deren Verhältnis der Raten über der 5%-Signifikanzgrenze liegen, werden mit einem roten Dreieck dargestellt<sup>23</sup>, Spitäler, bei denen dies nicht der Fall ist, mit einem grünen Punkt.

Insgesamt konnten im aktuellen Datenjahr 193 Spitäler bzw. Spitalstandorte mit 891'040 auswertbaren Austritten berücksichtigt werden. Davon weisen im Datenjahr 2018 der MedStat 26 Spitäler Raten ausserhalb der Norm auf, das heisst das Verhältnis der Raten liegt signifikant höher als 1. Diese Anzahl ist niedriger als noch in den Datenjahren 2017 (33 Spitäler ausserhalb der Norm) und 2016 (47 Spitäler ausserhalb der Norm).

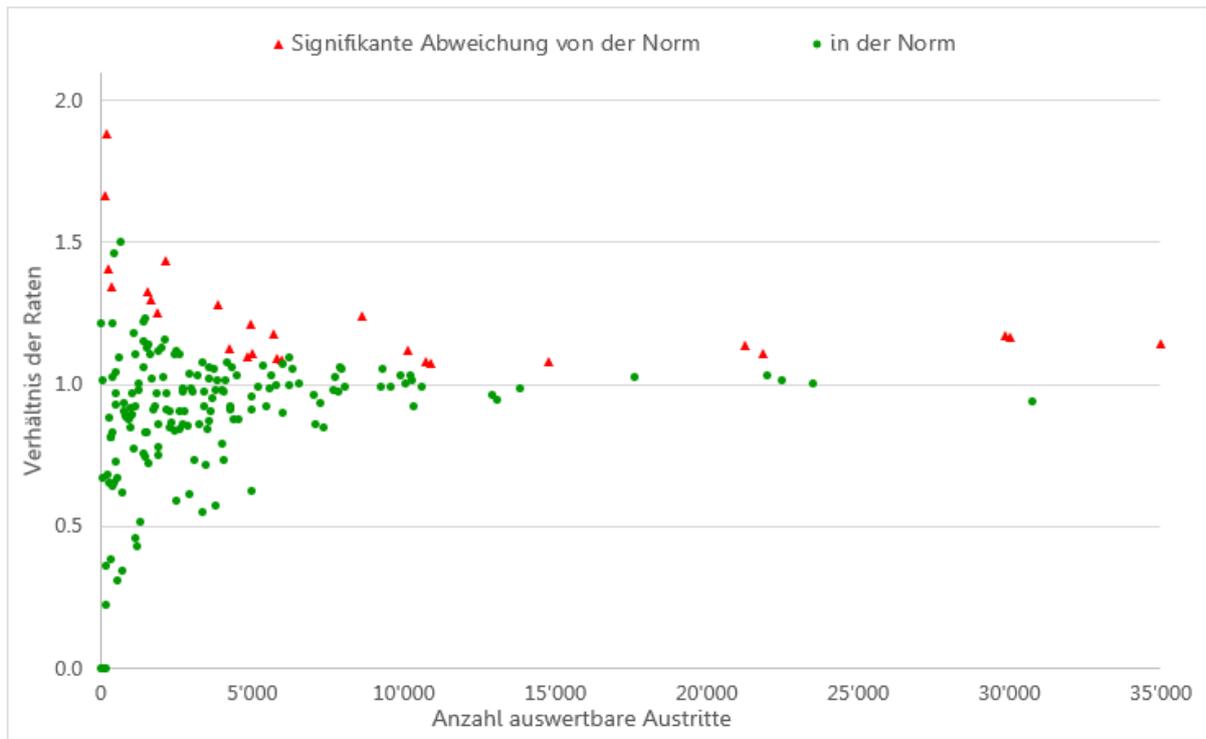


Abbildung 4: Verhältnis der Rehospitalisationsraten nach Anzahl auswertbarer Austritte 2018

Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Spitäler (auf Standortebene) ausgewiesen, jeweils gemäss Krankenhaustypologie<sup>24</sup> in Unterkapitel unterteilt, eine Gesamttabelle findet sich im Anhang 2. Einleitend erfolgt eine zusammenfassende Übersicht nach Krankenhaustypologie (vgl. Tabelle 2).

<sup>23</sup>  $p < 0.05$  (einseitiger t-Test).

<sup>24</sup> Vgl. BFS (2006)

In den Tabellen werden jeweils die folgenden Kennzahlen ausgewiesen:

- Typ / ID: Kennzeichnung der Typologie / des Spitals
- Rehospitalisationen
  - o Total: Anzahl der Rehospitalisationen im aktuellen Datenjahr
  - o davon innert 1-7 Tagen: prozentualer Anteil der Rehospitalisationen welche innerhalb der ersten 1 bis 7 Tagen nach Spitalaustritt erfolgten (nur in Tabelle 2)
  - o davon innert 8-14 Tagen: prozentualer Anteil der Rehospitalisationen welche innerhalb von 8 bis 14 Tagen nach Spitalaustritt erfolgten (nur in Tabelle 2)
  - o davon innert 15-30 Tagen: prozentualer Anteil der Rehospitalisationen welche innerhalb von 15 bis 30 Tagen nach Spitalaustritt erfolgten (nur in Tabelle 2)
- Auswertbare Austritte: Anzahl der auswertbaren Austritte im aktuellen Datenjahr (vgl. Kapitel 2.1)
- Beobachtete Rate
  - o Global: prozentualer Anteil der Rehospitalisationen an den auswertbaren Austritten
  - o % Extern: prozentualer Anteil der Rehospitalisationen in einem anderen Spital mit Darstellung des Prozentwerts als Balken
- Erwartete Rate
  - o Global: erwarteter Anteil Rehospitalisationen gemäss Adjustierungsmodell (vgl. Kapitel 2.3)
  - o Maximal: oberer Grenzwert gemäss Adjustierungsmodell<sup>25</sup>
- Verhältnis der Raten: beobachtete Rate global / erwartete Rate global
- 5%-Signifikanzgrenze: Rate bei welcher die Wahrscheinlichkeit weniger als 5% beträgt, dass diese zufälligerweise von 1 verschieden ist.<sup>26</sup>  
Sowie grafische Darstellung des Ergebnisses; wobei mit einem roten Dreieck angezeigt wird, dass das Verhältnis der Raten über der 5%-Signifikanzgrenze liegt und mit einem grünen Punkt falls dies nicht der Fall ist.  
Hierbei nicht berücksichtigt werden Spitäler bei denen Zweifel hinsichtlich der Datenqualität bestehen (vgl. Kapitel 2.4).

Im Vergleich zu den Vorjahren wird neu auf Ebene der Krankenhaustypologie auch der Anteil potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen innerhalb einer gewissen Zeitspanne (1-7 Tage / 8-14 Tage / 15-30 Tage) ausgewiesen. Grundlage hierfür ist eine Studie, in welcher rund 100 Patientendossiers einem Review unterzogen wurden, die gemäss Methode SQLape® als potentiell vermeidbare Rehospitalisationen klassifiziert wurden. Bei potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen, die primär auf mit dem Spital zusammenhängende Faktoren zurückgeführt werden konnten (fehlerhafte Diagnose, Austritt zu früh erfolgt u. ä.), erfolgte die potentiell vermeidbare Rehospitalisation im Schnitt nach 5.4 Tagen. Konnte die Rehospitalisation primär auf mangelnde Koordination im Gesundheitssystem (stationäre und ambulante Leistungserbringer) zurückgeführt werden, erfolgte die potentiell vermeidbare Rehospitalisation im Schnitt nach 11.2 Tagen. Gemäss dieser Studie kann somit die Zeitdauer zwischen Austritt und Wiedereintritt einen ersten Hinweis auf die möglichen Ursachen der potentiell vermeidbaren Rehospitalisation geben.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Eine detaillierte Herleitung findet sich in Rousson et al. (2016).

<sup>26</sup> Vgl. Rousson et al. (2016).

<sup>27</sup> Vgl. Agri et al. (2020).

### 3.1. Übersicht gemäss Krankenhaustypologie

In Tabelle 2 werden die Ergebnisse gemäss Krankenhaustypologie zusammengefasst. Das Verhältnis der beobachteten und erwarteten Rehospitalisationsraten liegt für Spitäler der Typen Versorgungsniveau 1 und Versorgungsniveau 2 jeweils über der 5%-Signifikanzgrenze. In Spitälern dieser Versorgungsniveaus erfolgten im Datenjahr 2018 insgesamt gesehen somit mehr Rehospitalisationen als dies basierend auf der Risikoadjustierung zu erwarten wäre.

Bei Spitälern der Typen Versorgungsniveau 3 bis 5 liegt das Verhältnis der Raten jeweils unter der Signifikanzgrenze. Dies trifft ebenfalls auf die Spezialkliniken zu, deren Verhältnis der Raten jeweils deutlich unterhalb der Signifikanzgrenze liegt. Spitäler dieser beiden Typen weisen deutlich weniger Rehospitalisationen auf, als dies gemäss Risikoadjustierung zu erwarten wäre.

Der Zeitpunkt der Rehospitalisationen ist über alle Krankenhaustypen ungefähr vergleichbar. Rund 39% der Rehospitalisationen erfolgen innerhalb von sieben Tagen nach Austritt aus der Index-Hospitalisation, weitere 24% der Rehospitalisationen erfolgen 8 bis 14 Tage nach Spitalaustritt und die restlichen 37% erfolgen 15 bis 30 Tage nach dem Spitalaustritt. Jede sechste Rehospitalisation erfolgt in einem anderen Spital als die Index-Hospitalisation. Deutlich höher ist der Anteil externer Rehospitalisationen jedoch in Spitälern des Versorgungsniveaus 5 sowie bei den Spezialkliniken.

Typ	Total	Rehospitalisationen			Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
		davon innert Tagen..	Global	davon Extern		Global	Maximal				
		1-7	8-14	15-30							
Zentrum- /Grundversorgung:											
Versorgungsniveau 1	8'386	37.4%	24.0%	38.6%	149'185	5.62%	17.8%	5.14%	5.24%	1.09	1.02 ▲
Versorgungsniveau 2	25'069	39.3%	24.0%	36.7%	511'239	4.90%	12.7%	4.79%	4.84%	1.02	1.01 ▲
Versorgungsniveau 3	3'211	39.2%	23.5%	37.3%	74'816	4.29%	17.5%	4.24%	4.36%	1.01	1.03 ●
Versorgungsniveau 4	3'293	39.1%	25.2%	35.7%	87'211	3.78%	21.4%	3.81%	3.92%	0.99	1.03 ●
Versorgungsniveau 5	430	38.1%	24.9%	37.0%	9'560	4.50%	25.8%	4.19%	4.52%	1.07	1.08 ●
Spezialkliniken:											
Chirurgische Spezialkliniken	880	39.1%	23.0%	38.0%	53'589	1.64%	43.3%	2.03%	2.13%	0.81	1.05 ●
Andere Spezialkliniken	115	40.0%	19.1%	40.9%	5'440	2.11%	45.0%	2.96%	3.34%	0.71	1.13 ●
<b>Global</b>	<b>41'384</b>	<b>38.9%</b>	<b>24.0%</b>	<b>37.1%</b>	<b>891'040</b>	<b>4.64%</b>	<b>15.5%</b>	<b>4.52%</b>	<b>4.56%</b>	<b>1.03</b>	<b>1.01 ▲</b>

Tabelle 2: Ergebnisse gemäss Krankenhaustypologie

### 3.2. Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1 (K111)

Als Spitäler der Zentrumsversorgung – Versorgungsniveau 1 gelten gemäss der Krankenhaustypologie des BFS Spitäler mit mehr als 30'000 stationären Fällen pro Jahr und/oder mit mehr als 100 Punkten gemäss FMH-Weiterbildungskategorie. Diese Kategorie umfasst ausschliesslich die fünf Schweizer Universitätsspitäler.

In drei Schweizer Universitätsspitäler liegt das Verhältnis der Raten über der Norm. Die Rehospitalisationsrate liegt über alle Schweizer Universitätsspitäler gesehen bei 5.62% und somit leicht höher als in den beiden vergangenen Jahren (2017: 5.36%, 2016: 5.27%). Dabei erfolgt die grosse Mehrheit aller Rehospitalisationen in demselben Spital wie die Index-Hospitalisation. Nur rund 18% aller Rehospitalisationen eines Universitätsspitals erfolgen in einem anderen Spital als die Index-Hospitalisation. Dabei kann es sich sowohl um eine Rehospitalisation in einem anderen Universitätsspital als auch in einen anderen Krankhaustyp handeln.

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
			Global	davon Extern	Global	Maximal		
241	2'132	34'999	6.09%	 23.5%	5.33%	5.53%	1.14	1.04 ▲
461	1'217	23'513	5.18%	 18.5%	5.15%	5.38%	1.01	1.04 ●
571	1'384	30'759	4.50%	 8.9%	4.79%	4.99%	0.94	1.04 ●
1201	1'802	29'867	6.03%	 17.4%	5.13%	5.34%	1.18	1.04 ▲
1451	1'851	30'047	6.16%	 18.2%	5.28%	5.49%	1.17	1.04 ▲
<b>Total</b>	<b>8'386</b>	<b>149'185</b>	<b>5.62%</b>	 <b>17.8%</b>	<b>5.14%</b>	<b>5.24%</b>	<b>1.09</b>	<b>1.02 ▲</b>

Tabelle 3: Ergebnisse Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 1 (K111)

### 3.3. Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112)

Als Spitäler der Zentrumsversorgung – Versorgungsniveau 2 gelten gemäss der Krankenhaustypologie des BFS Spitäler mit mehr als 9'000 stationären Fällen pro Jahr und/oder mit mindestens 20 Punkten gemäss FMH-Weiterbildungskategorie.

Insgesamt werden 75 Spitäler zu dieser Kategorie gezählt. Davon weisen 13 Spitäler eine beobachtete Rate auf, welche sich signifikant über der erwarteten Rate befindet. Die restlichen 62 Spitäler befinden sich innerhalb der Norm. Über alle Spitäler dieser Kategorie gesehen beträgt die beobachtete Rehospitalisationsrate 4.9%, sie unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Spitäler aber relativ stark (1.04% bis 9.58%). Der Anteil externer Rehospitalisationen liegt im Schnitt bei 12.7% und somit unter der Rate der Spitäler des Versorgungsniveau 1.

Im Vergleich zu den Vorjahren weisen weniger Spitäler des Versorgungsniveaus 2 Ergebnisse ausserhalb der Norm auf (2018: 13 Spitäler / 2017: 18 Spitäler / 2016: 23 Spitäler).

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze		
			Global	davon Extern	Global	Maximal				
11	319	7'827	4.08%		18.9%	4.18%	4.55%	0.98	1.09	
81	1'104	22'023	5.01%		12.2%	4.84%	5.08%	1.04	1.05	
91	773	14'802	5.22%		9.8%	4.84%	5.13%	1.08	1.06	
181	66	1'758	3.75%		7.5%	4.11%	4.87%	0.91	1.18	
182	329	5'690	5.78%		12.8%	4.90%	5.36%	1.18	1.09	
261	297	5'368	5.53%		7.1%	5.17%	5.66%	1.07	1.09	
262	108	2'170	4.98%		8.4%	5.46%	6.25%	0.91	1.14	
271	468	9'581	4.88%		17.0%	4.91%	5.27%	0.99	1.07	
281	542	10'583	5.12%		7.8%	5.17%	5.52%	0.99	1.07	
282	85	1'389	6.12%		9.5%	5.32%	6.29%	1.15	1.18	
291	252	3'989	6.32%		25.5%	6.45%	7.08%	0.98	1.10	
292	152	2'908	5.23%		28.3%	5.04%	5.70%	1.04	1.13	
294	92	2'613	3.52%		32.7%	3.88%	4.49%	0.91	1.16	
295	77	1'069	7.20%		22.1%	6.10%	7.29%	1.18	1.20	
301	304	4'829	6.30%		20.2%	5.74%	6.29%	1.10	1.10	
302	200	7'062	2.83%		21.9%	2.94%	3.26%	0.96	1.11	
303	52	2'423	2.15%		28.8%	1.94%	2.40%	1.11	1.24	
381	607	10'145	5.98%		8.2%	5.34%	5.70%	1.12	1.07	
382	311	4'993	6.23%		18.3%	5.61%	6.14%	1.11	1.09	
383	54	963	5.61%		11.2%	6.29%	7.56%	0.89	1.20	
411	472	7'684	6.14%		9.4%	6.27%	6.72%	0.98	1.07	
501	515	10'066	5.12%		9.4%	5.11%	5.46%	1.00	1.07	
503	10	341	2.93%		0.0%	7.61%	9.95%	0.39	1.31	
504	114	2'310	4.94%		7.9%	5.71%	6.49%	0.87	1.14	
505	115	1'656	6.94%		8.6%	6.27%	7.24%	1.11	1.15	

Tabelle 4: Ergebnisse Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112)

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze	
			Global	davon Extern	Global	Maximal			
611	568	12'911	4.40%		18.2%	4.56%	4.86%	0.96	1.07 
721	430	10'347	4.16%		12.7%	4.50%	4.83%	0.92	1.07 
751	1'028	22'496	4.57%		11.4%	4.51%	4.74%	1.01	1.05 
752	288	6'253	4.61%		5.2%	4.62%	5.05%	1.00	1.09 
753	157	3'832	4.10%		2.0%	4.04%	4.55%	1.01	1.13 
771	183	2'716	6.74%		8.2%	6.82%	7.60%	0.99	1.11 
772	464	9'287	5.00%		7.6%	4.74%	5.10%	1.05	1.08 
831	1'209	21'863	5.53%		18.1%	4.98%	5.22%	1.11	1.05 
832	128	2'176	5.88%		5.4%	6.08%	6.91%	0.97	1.14 
833	114	2'265	5.03%		13.9%	5.91%	6.72%	0.85	1.14 
841	68	1'929	3.53%		29.5%	4.68%	5.46%	0.75	1.17 
842	177	4'317	4.10%		12.0%	3.87%	4.34%	1.06	1.12 
843	97	2'884	3.36%		19.6%	3.94%	4.53%	0.85	1.15 
881	324	6'528	4.96%		8.1%	4.95%	5.38%	1.00	1.09 
911	658	10'886	6.04%		7.0%	5.62%	5.98%	1.07	1.06 
912	452	9'230	4.90%		5.7%	4.94%	5.31%	0.99	1.07 
913	146	2'978	4.90%		30.0%	4.96%	5.60%	0.99	1.13 
961	479	9'903	4.84%		7.4%	4.69%	5.03%	1.03	1.07 
962	578	10'719	5.39%		5.2%	4.99%	5.33%	1.08	1.07 
1071	605	10'222	5.92%		13.2%	5.73%	6.11%	1.03	1.07 
1072	458	7'981	5.74%		3.7%	5.44%	5.85%	1.06	1.08 
1073	310	5'567	5.57%		10.6%	5.63%	6.13%	0.99	1.09 
1074	208	4'299	4.84%		7.2%	5.25%	5.80%	0.92	1.10 
1075	18	313	5.75%		0.0%	7.06%	9.42%	0.81	1.33 
1076	31	366	8.47%		3.2%	8.27%	10.62%	1.02	1.28 
1091	587	12'623	4.65%		12.7%	4.62%	4.92%	1.01	1.06 
1161	260	6'315	4.12%		17.0%	3.91%	4.30%	1.05	1.10 
1221	283	6'232	4.54%		16.5%	4.15%	4.55%	1.09	1.10 
1222	111	1'676	6.62%		17.1%	5.09%	5.96%	1.30	1.17 
1225	23	240	9.58%		8.7%	6.81%	9.46%	1.41	1.39 
1261	46	1'153	3.99%		10.8%	3.60%	4.49%	1.11	1.25 
1262	242	7'082	3.42%		18.1%	3.97%	4.35%	0.86	1.10 
1281	92	1'889	4.87%		4.3%	5.66%	6.52%	0.86	1.15 
1283	484	10'299	4.70%		7.7%	4.63%	4.96%	1.02	1.07 
1284	172	3'408	5.05%		8.1%	5.19%	5.80%	0.97	1.12 
1291	363	7'765	4.67%		7.9%	4.56%	4.94%	1.02	1.08 
1321	423	7'880	5.37%		11.4%	5.07%	5.47%	1.06	1.08 
1341	395	5'808	6.80%		16.9%	6.21%	6.73%	1.10	1.08 

Tabelle 5: Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112) – Fortsetzung 1

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
			Global	davon Extern	Global	Maximal		
1351	870	17'607	4.94%	 15.4%	4.82%	5.08%	1.02	1.05 
1371	605	13'852	4.37%	 25.2%	4.44%	4.72%	0.98	1.06 
1461	1'114	21'275	5.24%	 9.7%	4.61%	4.84%	1.14	1.05 
1481	289	7'230	4.00%	 14.3%	4.29%	4.67%	0.93	1.09 
1491	519	8'645	6.00%	 9.5%	4.83%	5.21%	1.24	1.08 
1501	229	7'351	3.12%	 19.9%	3.67%	4.02%	0.85	1.10 
1511	397	8'051	4.93%	 12.6%	4.98%	5.37%	0.99	1.08 
1521	240	5'212	4.60%	 18.7%	4.64%	5.11%	0.99	1.10 
1522	48	2'112	2.27%	 43.6%	1.96%	2.45%	1.16	1.25 
1651	512	13'082	3.91%	 17.9%	4.13%	4.41%	0.95	1.07 
1652	134	4'568	2.93%	 14.7%	3.34%	3.77%	0.88	1.13 
1653	35	3'374	1.04%	 31.7%	1.89%	2.27%	0.55	1.20 
<b>Total</b>	<b>25'069</b>	<b>511'239</b>	<b>4.90%</b>	 <b>12.7%</b>	<b>4.79%</b>	<b>4.84%</b>	<b>1.02</b>	<b>1.01</b> 

Tabelle 6: Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112) – Fortsetzung 2

### 3.4. Grundversorgung - Versorgungsniveau 3 (K121)

Als Spitäler der Grundversorgung – Versorgungsniveau 3 gelten gemäss der Krankenhaustypologie des BFS Spitäler mit mehr als 6'000 stationären Fällen pro Jahr und/oder mit mindestens 10 Punkten gemäss FMH-Weiterbildungskategorie.

Innerhalb dieser Gruppe weisen drei Spitäler ein Ratenverhältnis über der Norm auf, das Verhältnis der Raten der restlichen Spitäler bewegt sich innerhalb der erwarteten Norm. Der Anteil externer Rehospitalisationen liegt insgesamt mit 17.5% tiefer als noch im Vorjahr (2017: 19.7%). Diesbezüglich lassen sich zwischen den einzelnen Spitätern dieser Kategorie teilweise deutliche Unterschiede erkennen (8.3-59.9%).

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze		
			Global	davon Extern	Global	Maximal				
31	280	5'995	4.67%		15.6%	4.35%	4.78%	1.07	1.10	
41	152	4'139	3.67%		14.4%	3.61%	4.08%	1.02	1.13	
42	60	1'422	4.22%		13.3%	5.59%	6.58%	0.75	1.18	
231	332	6'001	5.53%		9.6%	5.08%	5.53%	1.09	1.09	
541	86	3'224	2.67%		49.1%	2.58%	3.03%	1.03	1.17	
551	152	4'085	3.72%		26.3%	3.81%	4.29%	0.98	1.13	
711	278	5'620	4.95%		8.3%	4.80%	5.26%	1.03	1.10	
791	94	2'699	3.48%		14.9%	4.04%	4.65%	0.86	1.15	
821	201	4'230	4.75%		8.4%	4.22%	4.72%	1.13	1.12	
851	216	3'870	5.58%		22.6%	4.35%	4.88%	1.28	1.12	
852	97	1'574	6.16%		16.4%	5.41%	6.34%	1.14	1.17	
921	190	4'974	3.82%		12.6%	4.20%	4.66%	0.91	1.11	
1101	199	4'159	4.78%		14.0%	4.43%	4.94%	1.08	1.12	
1102	20	261	7.66%		59.9%	11.76%	15.04%	0.65	1.28	
1141	47	3'067	1.53%		46.4%	2.09%	2.51%	0.73	1.20	
1142	140	3'590	3.90%		27.2%	4.46%	5.02%	0.87	1.13	
1331	227	5'483	4.14%		16.7%	4.48%	4.93%	0.92	1.10	
1441	186	5'000	3.72%		30.6%	3.89%	4.33%	0.96	1.11	
1671	178	3'749	4.75%		13.5%	4.49%	5.03%	1.06	1.12	
1672	76	1'674	4.54%		13.2%	4.44%	5.25%	1.02	1.18	
<b>Total</b>	<b>3'211</b>	<b>74'816</b>	<b>4.29%</b>		<b>17.5%</b>	<b>4.24%</b>	<b>4.36%</b>	<b>1.01</b>	<b>1.03</b>	

Tabelle 7: Grundversorgung - Versorgungsniveau 3 (K121)

### 3.5. Grundversorgung - Versorgungsniveau 4 (K122)

Als Spitäler der Grundversorgung – Versorgungsniveau 4 gelten gemäss der Krankenhaustypologie des BFS Spitäler mit mehr als 3'000 stationären Fällen pro Jahr und/oder mit mindestens 5 Punkten gemäss FMH-Weiterbildungskategorie. Es handelt sich dabei um eine heterogene Gruppe, die kleinere Einrichtungen mit sehr unterschiedlichen Aufgaben umfasst. Dazu gehören einerseits regionale Spitäler mit grossem Anteil an geriatrischen Hospitalisationen (generell höhere erwartete Rehospitalisationsrate) als auch stark spezialisierte Kliniken (generell tiefere erwartete Rehospitalisationsrate).

Innerhalb dieser Kategorie weisen drei Spitäler Ratenverhältnisse ausserhalb der Norm auf. Zwei Fünftel aller Rehospitalisationen aus Spitälern dieser Kategorie erfolgen innerhalb der ersten Woche nach Spitalaustritt (vgl. Tabelle 2) und ein Fünftel der Rehospitalisationen erfolgt in einem externen Spital (vgl. Tabelle 8).

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze		
			Global	davon Extern	Global	Maximal				
61	66	2'468	2.67%		27.3%	3.18%	3.75%	0.84	1.18	
71	143	2'630	5.44%		16.9%	4.91%	5.59%	1.11	1.14	
101	151	3'407	4.43%		21.9%	4.80%	5.40%	0.92	1.13	
191	90	2'276	3.95%		8.9%	4.37%	5.07%	0.90	1.16	
192	72	1'228	5.86%		11.1%	5.85%	6.93%	1.00	1.18	
201	123	4'389	2.80%		28.2%	3.20%	3.63%	0.88	1.13	
431	72	4'303	1.67%		37.1%	1.83%	2.16%	0.91	1.18	
491	84	4'283	1.96%		31.1%	2.14%	2.50%	0.92	1.17	
511	53	3'776	1.40%		32.1%	2.44%	2.85%	0.57	1.17	
581	161	3'639	4.42%		8.6%	4.89%	5.47%	0.90	1.12	
591	100	1'894	5.28%		15.9%	4.22%	4.96%	1.25	1.18	
641	66	1'875	3.52%		18.2%	3.64%	4.34%	0.97	1.19	
651	66	1'927	3.43%		28.9%	4.40%	5.16%	0.78	1.17	
681	57	1'405	4.06%		36.9%	3.33%	4.11%	1.22	1.23	
781	128	4'020	3.18%		11.6%	4.02%	4.52%	0.79	1.12	
811	192	5'791	3.32%		15.7%	3.32%	3.70%	1.00	1.11	
941	255	4'958	5.14%		14.4%	4.24%	4.70%	1.21	1.11	
951	113	3'055	3.70%		12.4%	3.80%	4.36%	0.97	1.15	
991	70	2'154	3.25%		18.5%	2.26%	2.78%	1.44	1.23	
1011	124	2'062	6.01%		52.4%	5.87%	6.72%	1.02	1.14	
1021	146	2'489	5.87%		30.2%	5.24%	5.96%	1.12	1.14	
1041	251	4'478	5.61%		23.9%	5.44%	5.99%	1.03	1.10	
1081	170	3'341	5.09%		10.0%	4.72%	5.31%	1.08	1.13	
1111	177	3'593	4.93%		16.4%	4.65%	5.22%	1.06	1.12	
1181	149	3'576	4.17%		28.3%	4.08%	4.61%	1.02	1.13	
1301	70	3'545	1.97%		25.4%	2.34%	2.75%	0.84	1.18	
1471	86	1'902	4.52%		24.3%	4.04%	4.77%	1.12	1.18	
1701	58	2'747	2.11%		30.8%	2.33%	2.80%	0.91	1.20	
<b>Total</b>	<b>3'293</b>	<b>87'211</b>	<b>3.78%</b>		<b>21.4%</b>	<b>3.81%</b>	<b>3.92%</b>	<b>0.99</b>	<b>1.03</b>	

Tabelle 8: Ergebnisse Grundversorgung - Versorgungsniveau 4 (K122)

### 3.6. Grundversorgung - Versorgungsniveau 5 (K123)

Als Spitäler der Grundversorgung – Versorgungsniveau 5 gelten gemäss der Krankenhaustypologie des BFS Spitäler mit weniger als 3'000 stationären Fällen pro Jahr und mit weniger als 5 Punkten gemäss FMH-Weiterbildungskategorie.

Diese Gruppe weist hinsichtlich aller berücksichtigten Punkte eine hohe Heterogenität auf, was mindestens teilweise der kleinen Anzahl auswertbarer Austritte geschuldet ist. Die beobachtete Rehospitalisationsrate liegt zwischen 0.0% und 11.2%, wobei drei Spitäler eine Rate ausserhalb der Norm aufweisen. Etwas mehr als jede vierte Rehospitalisation erfolgt in einem externen Spital.

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze	
			Global	davon Extern	Global	Maximal			
111	24	629	3.82%		20.9%	3.49%	4.67%	1.09	1.34 
321	47	765	6.14%		40.4%	6.78%	8.26%	0.91	1.22 
601	13	263	4.94%		0.0%	5.60%	7.89%	0.88	1.41 
621	2	26	7.69%		100.0%	6.31%	14.12%	1.22	2.24 
631	34	381	8.92%		14.7%	6.64%	8.71%	1.34	1.31 
661	52	1'234	4.21%		23.0%	4.28%	5.21%	0.98	1.22 
691	15	134	11.19%		13.3%	6.71%	10.22%	1.67	1.52 
701	39	1'015	3.84%		38.5%	4.28%	5.30%	0.90	1.24 
891	24	1'458	1.65%		41.8%	1.99%	2.59%	0.83	1.30 
1051	0	32	0.00%			7.60%	15.24%	0.00	2.01 
1131	10	215	4.65%		0.0%	6.80%	9.58%	0.68	1.41 
1151	32	381	8.40%		25.0%	6.91%	9.02%	1.22	1.31 
1381	56	1'457	3.84%		28.4%	3.11%	3.84%	1.23	1.23 
1711	82	1'570	5.22%		20.7%	3.94%	4.73%	1.32	1.20 
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>9'560</b>	<b>4.50%</b>		<b>25.8%</b>	<b>4.19%</b>	<b>4.52%</b>	<b>1.07</b>	<b>1.08</b> 

Tabelle 9: Ergebnisse Grundversorgung Versorgungsniveau 5 (K123)

### 3.7. Chirurgische Spezialkliniken (K231)

Als Spezialklinik werden Betriebe typologisiert, welche über 1 bis 2 Leistungsstellen verfügen. Für den vorliegenden Bericht wird dabei zwischen chirurgischen Spezialkliniken und anderen Spezialkliniken (vgl. Kapitel 3.8) unterschieden.

Die durchschnittliche beobachtete Rate liegt bei den chirurgischen Spezialkliniken mit 1.64% auf demselben Niveau wie in den beiden vorhergehenden Datenjahren (2017: 1.56% / 2016: 1.61%). Im Schnitt befindet sich das Verhältnis der Raten dieser Gruppe deutlich innerhalb der Norm (0.81), mit Ausnahme einer Klinik deren Ratenverhältnis sich ausserhalb der Norm befindet (vgl. Tabelle 10).

Fast jede zweite Rehospitalisation dieser Gruppe erfolgt in einem externen Spital.

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze		
			Global	davon Extern	Global	Maximal				
131	34	3'456	0.98%		50.0%	1.37%	1.69%	0.72	1.23	
141	24	1'767	1.36%		33.1%	1.47%	1.93%	0.93	1.31	
221	14	873	1.60%		78.8%	1.81%	2.55%	0.88	1.41	
251	25	1'558	1.60%		48.1%	2.21%	2.81%	0.72	1.27	
311	27	2'919	0.92%		58.7%	1.50%	1.87%	0.61	1.25	
371	6	1'304	0.46%		32.6%	0.89%	1.32%	0.52	1.48	
401	61	4'967	1.23%		48.0%	1.96%	2.28%	0.63	1.16	
481	39	2'605	1.50%		44.0%	1.78%	2.20%	0.84	1.24	
521	75	3'256	2.30%		41.3%	2.68%	3.14%	0.86	1.17	
531	1	158	0.63%		100.0%	2.83%	4.97%	0.22	1.76	
561	22	205	10.73%		31.8%	5.70%	8.33%	1.88	1.46	
671	13	931	1.40%		38.6%	1.60%	2.27%	0.88	1.42	
672	11	819	1.34%		36.6%	1.51%	2.20%	0.89	1.46	
741	13	647	2.01%		38.3%	1.34%	2.09%	1.50	1.56	
861	6	546	1.10%		16.4%	1.64%	2.53%	0.67	1.54	
871	16	973	1.64%		43.9%	1.93%	2.65%	0.85	1.37	
971	4	88	4.55%		74.9%	4.49%	8.11%	1.01	1.81	
981	26	1'443	1.80%		30.6%	2.41%	3.06%	0.75	1.27	
1001	27	2'504	1.08%		55.6%	1.83%	2.27%	0.59	1.24	
1231	17	1'109	1.53%		94.1%	1.98%	2.67%	0.77	1.35	
1251	30	1'507	1.99%		59.8%	2.40%	3.04%	0.83	1.27	
1391	2	536	0.37%		100.0%	1.20%	1.97%	0.31	1.64	
1401	90	5'986	1.50%		35.3%	1.67%	1.95%	0.90	1.17	
1411	73	4'065	1.80%		38.3%	2.45%	2.84%	0.73	1.16	
1421	10	1'182	0.85%		50.6%	1.97%	2.63%	0.43	1.34	
1531	34	765	4.44%		23.4%	4.74%	5.99%	0.94	1.26	
1621	68	1'391	4.89%		30.9%	4.61%	5.54%	1.06	1.20	
1631	29	1'143	2.54%		34.6%	2.75%	3.53%	0.92	1.28	
1641	9	1'143	0.79%		67.1%	1.73%	2.36%	0.46	1.36	
1661	40	1'540	2.60%		35.0%	2.30%	2.92%	1.13	1.27	
1662	6	477	1.26%		0.0%	1.73%	2.71%	0.73	1.57	
1691	10	520	1.92%		50.0%	2.07%	3.08%	0.93	1.49	
1732	18	983	1.83%		83.1%	2.00%	2.72%	0.92	1.36	
1761	0	52	0.00%			0.94%	3.13%	0.00	3.33	
1771	0	171	0.00%			1.18%	2.53%	0.00	2.14	
<b>Total</b>	<b>880</b>	<b>53'589</b>	<b>1.64%</b>		<b>43.3%</b>	<b>2.03%</b>	<b>2.13%</b>	<b>0.81</b>	<b>1.05</b>	

Tabelle 10: Ergebnisse Chirurgische Spezialkliniken (K231)

### 3.8. Andere Spezialkliniken

Die Kategorie *Andere Spezialkliniken* umfasst alle Spitäler mit maximal 1 bis 2 Leistungsstellen (ohne chirurgische Spezialkliniken). Konkret enthält diese Kategorie im Datenjahr 2018 zwei gynäkologische Kliniken, eine psychiatrische Klinik, eine geriatrische Klinik sowie neun *diverse Spezialkliniken*. Dabei handelt es sich um einen Sammelbegriff der Krankenhaustypologie des BFS, welche Kliniken mit den Schwerpunkten Ophthalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie und Dermatologie/Venerologie umfasst.

Bei der Kategorie *Andere Spezialkliniken* handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, was sich sowohl anhand der beobachteten und erwarteten Rehospitalisationsraten als auch anhand des Anteils der externen Rehospitalisationen erkennen lässt. Das Verhältnis der Raten befindet sich für alle Kliniken dieser Kategorie deutlich innerhalb der Norm.

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
			Global	davon Extern	Global	Maximal		
21	3	166	1.81%	100.0%	5.03%	7.78%	0.36	1.55
51	13	1'038	1.25%	53.6%	1.29%	1.86%	0.97	1.44
341	11	487	2.26%	36.3%	2.33%	3.45%	0.97	1.48
351	7	406	1.72%	42.4%	2.07%	3.23%	0.83	1.56
441	0	133	0.00%		4.16%	7.00%	0.00	1.68
731	29	493	5.88%	41.3%	5.63%	7.31%	1.04	1.30
801	6	463	1.30%	83.1%	1.98%	3.03%	0.66	1.53
901	5	734	0.68%	79.4%	1.96%	2.79%	0.35	1.42
1211	8	373	2.14%	12.1%	3.34%	4.85%	0.64	1.45
1271	4	77	5.19%	75.0%	7.74%	12.73%	0.67	1.64
1721	23	735	3.13%	39.3%	5.06%	6.40%	0.62	1.26
1751	6	335	1.79%	16.8%	2.19%	3.49%	0.82	1.59
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>5'440</b>	<b>2.11%</b>	<b>45.0%</b>	<b>2.96%</b>	<b>3.34%</b>	<b>0.71</b>	<b>1.13</b>

\* keine Patienten mit identischem Verbindungscode über zwei aufeinanderfolgende Jahre

Tabelle 11: Ergebnisse Andere Spezialkliniken

### 3.9. Zusatzanalysen

Die Ergebnisse des Datenjahres 2018 der MedStat wurden hinsichtlich der folgenden Themen einer Zusatzanalyse unterzogen:

- Rehospitalisationsraten pro Diagnosegruppe (Kapitel 3.9.1)
- Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen der Aufenthaltsdauer und der Rehospitalisationsrate (Kapitel 3.9.2)
- Anteil externe Rehospitalisationen und die damit zusammenhängende Patientenströme (Kapitel 3.9.3)

#### 3.9.1. Rehospitalisationsraten pro ICD-Diagnosegruppe

In Tabelle 12 werden die für das Datenjahr 2018 der MedStat beobachteten und erwarteten Rehospitalisationsraten pro Diagnosegruppe, das Verhältnis der beobachteten und erwarteten Raten sowie der Anteil der betroffenen Aufenthalte an allen auswertbaren Hospitalisationen angegeben. Die letzte Spalte zeigt den Unterschied des Ratenverhältnisses zwischen 2017 und 2018 auf.

Eine höhere beobachtete als erwartete Rate tritt auf, wenn die 2018 beobachteten Raten höher sind als im Referenzzeitraum (2014-2016). Die grösste Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Rate ist bei der Hauptdiagnosegruppe «Neubildungen, Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Organe, bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems» zu verzeichnen, bei welcher es sich gleichzeitig um eine häufig vertretene Diagnosegruppe handelt (ca. 10% aller auswertbaren Hospitalisation). Die grösste Veränderung des Ratenverhältnisses zwischen den Datenjahren 2017 und 2018 weist die Hauptdiagnosegruppe «Psychische und Verhaltensstörungen» auf (+0.17).

Diagnosegruppe	Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Verhältnis	Anteil der Aufenthalte	Δ (2018-2017)
A-B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	6.42%	6.65%	0.96	3.03%	-0.03
C-D Neubildungen, Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Organe, bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7.89%	5.85%	1.35	10.34%	0.00
E Hormon-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6.56%	5.76%	1.14	2.15%	-0.01
F Psychische und Verhaltensstörungen	8.30%	7.05%	1.18	1.02%	0.17
G Krankheiten des Nervensystems	5.00%	5.37%	0.93	2.22%	-0.04
H Krankheiten des Auges und Ohren	2.81%	3.01%	0.93	1.42%	0.08
I Krankheiten des Kreislaufsystems	6.85%	6.92%	0.99	9.79%	-0.02
J Krankheiten des Atmungssystems	7.10%	6.87%	1.03	6.61%	-0.01
K Krankheiten des Verdauungssystems	5.87%	5.80%	1.01	10.42%	-0.03
L Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5.05%	5.28%	0.96	1.37%	0.02
M Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.88%	2.71%	1.06	13.71%	0.01
N Krankheiten des Urogenitalsystems	4.73%	5.06%	0.93	7.78%	-0.01
O Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0.58%	0.60%	0.97	10.81%	0.05
P-Q Bestimmte Zustände, mit Ursprung während der Perinatalperiode, angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3.21%	3.03%	1.06	1.49%	-0.01
R Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5.09%	5.60%	0.91	3.64%	-0.03
S-T Verletzungen, Vergiftungen, andere Folgen äußerer Ursachen	2.66%	3.31%	0.80	14.20%	0.01

Tabelle 12: Rehospitalisationsrate pro ICD-Diagnosegruppe

In Tabelle 13 werden Hospitalisationen danach unterschieden, ob während der Index-Hospitalisation ein chirurgischer Eingriff (CHOP-Code <87) stattgefunden hat oder nicht. Es lässt sich feststellen, dass bei Hospitalisationen mit mindestens einem chirurgischen Eingriff einerseits die (beobachtete & erwartete) Rate niedriger liegt als bei Hospitalisationen ohne Eingriff, andererseits aber das Verhältnis der Raten höher liegt. Konkret kommt es bei Hospitalisationen mit chirurgischen Eingriffen somit häufiger als erwartet zu einer Rehospitalisation, während es bei Hospitalisationen ohne chirurgische Eingriffe seltener zu einer Rehospitalisation kommt als erwartet.

	Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Verhältnis	Anteil der Aufenthalte	Δ (2018-2017)
Ohne chirurgische Eingriffe	5.90%	6.05%	0.98	32.68%	0.00
Mit chirurgischen Eingriffen	4.03%	3.78%	1.07	67.32%	0.00

Tabelle 13: Rehospitalisationsrate mit bzw. ohne chirurgischem Eingriff

### 3.9.2. Rehospitalisationsrate in Zusammenhang mit der Dauer des Aufenthalts

Mit der nachfolgenden Zusatzanalyse soll überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Index-Hospitalisation und der Rehospitalisationsrate bestehen könnte.

Ermittelt wurde dies anhand eines Vergleichs zwischen der beobachteten und erwarteten Dauer der Aufenthalte<sup>28</sup> und der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen aller „gesplitteten“ Aufenthalte (Rekonstitution der Aufenthalte vor deren SwissDRG Zusammenlegung)<sup>29</sup>. Die erwartete Dauer der Aufenthalte wurde aus den Durchschnittswerten pro Risikogruppe (vgl. Kapitel 2.3) in den Schweizer Spitälern in der Periode 2014-2016 berechnet. Für jede Index-Hospitalisation wurde anschliessend berechnet, wie sich die Aufenthaltsdauer im Vergleich zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer dieser Risikogruppe verhält (=Differenz zur Zielverweildauer). Ist die Aufenthaltsdauer der Index-Hospitalisation kürzer als bei 90% der vergleichbaren Hospitalisationen, wird die Index-Hospitalisation mit «kürzer als erwartet» beurteilt. Ist sie länger als bei 90% der vergleichbaren Hospitalisationen, wird die Index-Hospitalisation als «länger als erwartet» beurteilt.

In Abbildung 5 werden die Raten potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen im Datenjahr 2018 gemäss dem jeweiligen Verhältnis zwischen der erwarteten und der beobachteten Aufenthaltsdauer der Index-Hospitalisation eingeteilt. Ist die Aufenthaltsdauer kürzer oder länger als erwartet, steigt die Rehospitalisationsrate im Vergleich zu «Norm-Aufenthalten» deutlich an und befindet sich in beiden Fällen über der erwarteten Rate.

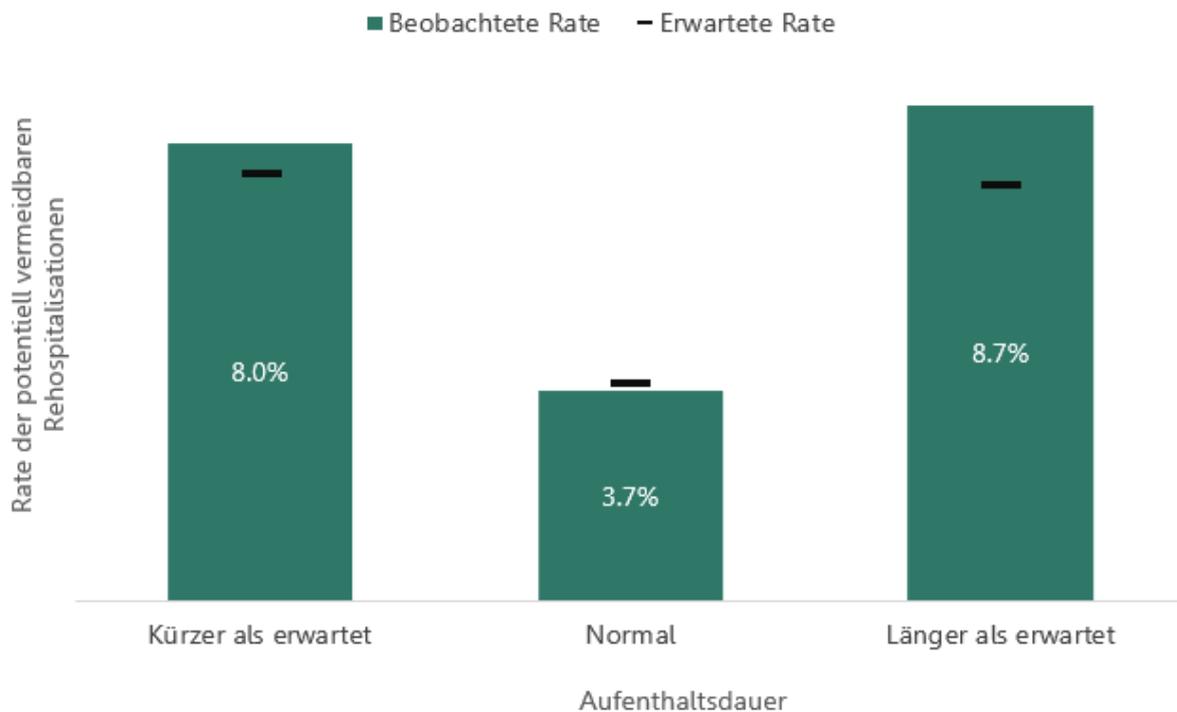


Abbildung 5: Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen unter Berücksichtigung der erwarteten Aufenthaltsdauer

<sup>28</sup> Austrittsdatum-Eintrittsdatum+1-Urlaubsstunden/24.

<sup>29</sup> Die Fallzusammenlegung gemäss SwissDRG führt zu einer höheren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer als die Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gemäss «gesplitteter» Aufenthalte. Gemäss weiteren Zusatzanalysen, basierend auf der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gemäss SwissDRG, haben die dargestellten Resultate auch mit dieser Berechnungsgrundlage Bestand.

In Abbildung 6 ist die Entwicklung des Verhältnisses der Raten (beobachtet/erwartet) für die Dauer der Aufenthalte dargestellt. Das Verhältnis der Dauer der Aufenthalte ist kleiner als 1, was bedeutet, dass die für die Rehospitalisationen auswertbaren Fälle im Durchschnitt kürzere Aufenthaltsdauern aufweisen, als die ausgeschlossenen Aufenthalte (vgl. Kapitel 2.1). Dies ist insofern nachvollziehbar, da die ausgeschlossenen Aufenthalte insbesondere auch Fälle enthalten, die in ein anderes Spital verlegt werden oder sterben und somit in der Regel eine längere Aufenthaltsdauer aufweisen. Ein weiterer Erklärungsansatz liegt darin begründet, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2018 grundsätzlich niedriger ist als noch im Referenzzeitraum 2014-2016.

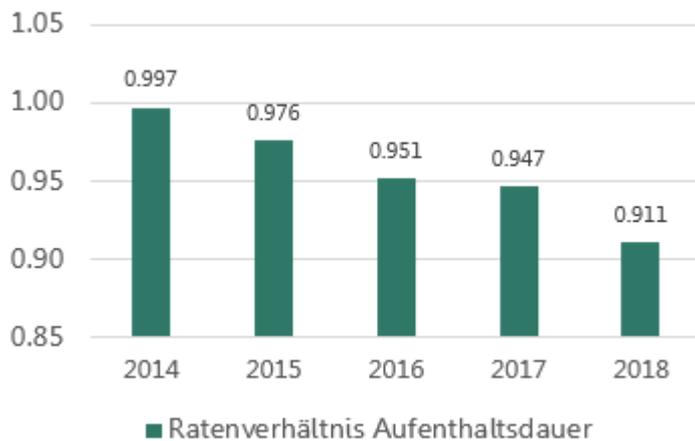


Abbildung 6: Entwicklung Ratenverhältnisse (beobachtet/erwartet) - Aufenthaltsdauer

Im Unterschied zum Ratenverhältnis der Aufenthaltsdauer ist das Verhältnis der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten bis 2017 angestiegen, mit einem leichten Rückgang im aktuellen Datenjahr (vgl. Abbildung 7). Inwiefern zwischen der Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und dem Verhältnis der Rehospitalisationsraten eine Verbindung besteht, kann basierend auf diesen Angaben jedoch nicht abschliessend beantwortet werden.

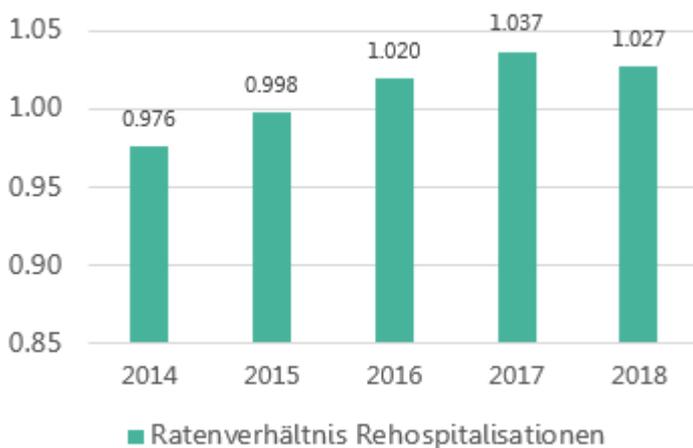


Abbildung 7: Entwicklung der Ratenverhältnisse (beobachtet/erwartet)

### 3.9.3. Externe Rehospitalisationen

Bei potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen wird zwischen internen und externen Rehospitalisationen unterschieden. Bei einer internen Rehospitalisation erfolgt die Rehospitalisation in demselben Spital wie die Index-Hospitalisation, während eine externe Rehospitalisation in einem anderen Spital erfolgt (vgl. dazu auch Kapitel 2.1.1).

Insgesamt ist der Anteil externer Rehospitalisationen an allen potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen im Zeitraum 2014 bis 2018 rückläufig. Im Jahr 2014 betrug der Anteil 18.1%, bis zum Jahr 2018 hat sich dieser auf 15.5% verringert (vgl. Abbildung 8). Im Umkehrschluss erfolgen somit 84.5% aller potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen in demselben Spital wie die Index-Hospitalisation.



Abbildung 8: Anteil externer Rehospitalisationen Datenjahr 2014-2017

In Tabelle 14 ist der Herkunfts- und Zielort von externen Rehospitalisationen nach Krankenhaustyp dargestellt. Es zeigt sich, dass die Patientenströme zwischen grösseren und kleineren Spitälern ungefähr ausgeglichen sind. 39.3% aller externen Rehospitalisationen erfolgen in einem kleineren Spital als die Index-Hospitalisation (Summe hellgrüne Zellen) und 36.8% erfolgen in einem grösseren Spital (Summe dunkelgrüne Zellen). Die restlichen externen Rehospitalisationen (23.9%) erfolgen in einem Spital derselben Spitalkategorie.

Ebenfalls erkennbar ist, dass jeweils der grösste Anteil der externen Rehospitalisationen von kleineren Spitälern (K121, K122, K123, K231, Andere) in Spitälern des Krankenhaustyps K112 erfolgt und nicht in Universitätsspitälern (K111). Auch die externen Rehospitalisationen von Universitätskliniken erfolgen mehrheitlich in einem Spital des Typs K112.

		Zielort							
		K111	K112	K121	K122	K123	K231	Andere	Total
Herkunftsort	K111	0.8%	16.7%	3.0%	1.8%	0.5%	0.4%	0.1%	<b>23.3%</b>
	K112	13.0%	21.5%	5.2%	6.7%	1.1%	1.4%	0.4%	<b>49.4%</b>
	K121	2.1%	4.2%	0.5%	0.7%	0.2%	0.3%	0.1%	<b>8.0%</b>
	K122	1.4%	7.4%	0.8%	0.9%	0.3%	0.3%	0.0%	<b>11.1%</b>
	K123	0.3%	0.8%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	<b>1.7%</b>
	K231	1.0%	3.9%	0.4%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%	<b>5.8%</b>
	Andere	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>0.7%</b>
	Total	<b>18.6%</b>	<b>55.0%</b>	<b>10.3%</b>	<b>10.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>2.6%</b>	<b>0.7%</b>	<b>100.0%</b>

Tabelle 14: Patientenströme externe Rehospitalisation

In Tabelle 15 ist die Veränderung 2017-2018 der Patientenströme der externen Rehospitalisationen dargestellt (Anteil 2018 minus Anteil 2017). Im 2018 erfolgten im Vergleich zu 2017 ein deutlich grösserer Anteil externer Rehospitalisationen in Spitälern des Typ K112, dafür ein geringerer Anteil in Spitälern der Typen K121, K122 und K123. Weiter ist erkennbar, dass 2018 ein deutlich grösserer Anteil externer Rehospitalisationen auf Index-Hospitalisationen in Spitälern des Typs K112 entfallen als noch im Jahr 2017.

		Zielort							
		K111	K112	K121	K122	K123	K231	Andere	Total
Herkunftsart	K111	-0.2%	5.7%	-3.9%	-0.3%	-0.3%	0.2%	-0.7%	<b>0.6%</b>
	K112	4.8%	12.4%	0.6%	-1.4%	-2.0%	0.9%	-0.4%	<b>14.9%</b>
	K121	-2.6%	-0.5%	-1.1%	-0.1%	-0.3%	-0.1%	-0.1%	<b>-4.9%</b>
	K122	-1.0%	-1.5%	-0.6%	-0.4%	-0.9%	-0.1%	-0.1%	<b>-4.7%</b>
	K123	-0.3%	-4.9%	-0.1%	-0.8%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	<b>-6.5%</b>
	K231	0.0%	1.8%	-0.6%	-0.3%	-0.1%	0.0%	0.0%	<b>0.8%</b>
	Andere	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>-0.2%</b>
	Total	<b>0.5%</b>	<b>13.1%</b>	<b>-5.7%</b>	<b>-3.3%</b>	<b>-3.8%</b>	<b>0.8%</b>	<b>-1.4%</b>	<b>0.0%</b>

Tabelle 15: Veränderung externe Rehospitalisationen 2018-2017

In Abbildung 9 sind ebenfalls die Herkunfts- und Zielorte von externen Rehospitalisationen gemäss Krankentypologie dargestellt. Die Breite eines Kreissegments repräsentiert entsprechend Patienten aus dem jeweiligen Spitaltyp, die extern potentiell vermeidbar rehospitalisiert wurden. Ein Segmentteil ohne Verbindung zu anderen Spitaltypen bedeutet Wiederaufnahmen innerhalb desselben Spitaltyps (aber ausserhalb desselben Spitals). Eine Verbindung zwischen zwei Segmenten bedeutet, dass Patienten nach einem Aufenthalt in dem einen Spitaltyp für den Folgeaufenthalt in den jeweils anderen Spitaltyp aufgenommen wurden. Die Farbe der Verbindung entspricht derjenigen Segmentfarbe, von der aus mehr Patienten in den verbundenen Spitaltyp wandern. In Abbildung 10 erfolgt eine detailliertere Erläuterung mit Fokus auf Spitäler der Zentrumsversorgung – Versorgungsniveau 1 (K111).

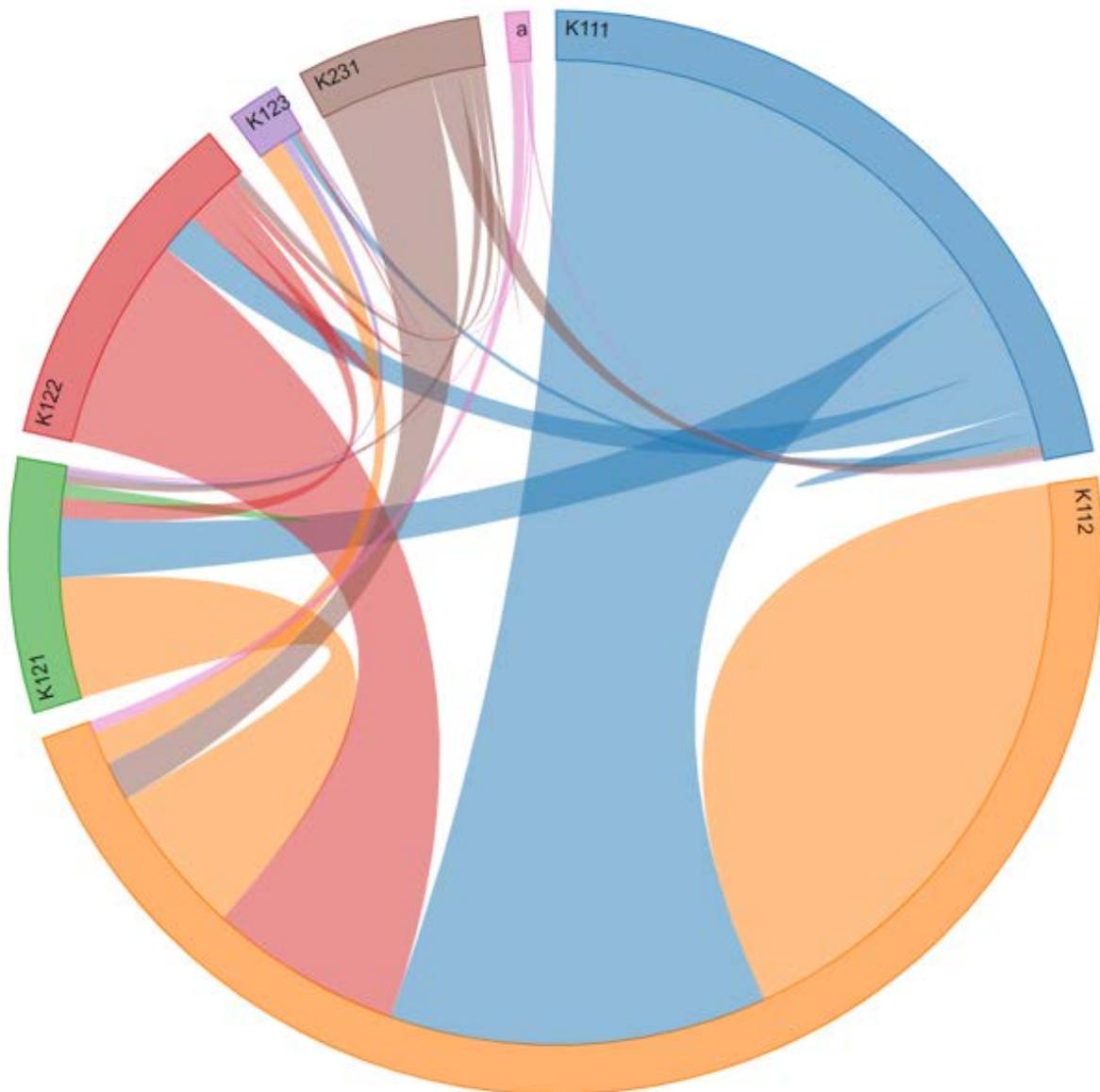


Abbildung 9: Chordgrafik Patientenströme

In Abbildung 10 sind die externen potentiell vermeidbaren Wiederaufnahmen mit Index- oder Folgeaufenthalt in Spitälern der Zentrumsversorgung – Versorgungsniveau 1 (K111) hervorgehoben. Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil an allen externen potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen. Beispielsweise erfolgen 16.7% aller externen potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen nach einer Index-Hospitalisation in einem Spital vom Typ K111 in einem Spital der Zentrumsversorgung – Versorgungsniveau 2 (K112). Umgekehrt sind 13.0% aller externen potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen Wiederaufnahmen in einem Spital vom Typ K111 nach einer Index-Hospitalisation in einem Spital des Typen K112. Da es mehr Patienten gibt, die nach einem Aufenthalt in einem Spital vom Typ K111 in ein Spital vom Typ K112 rehospitalisiert werden, als umgekehrt, ist die Verbindung blau eingefärbt (und nicht orange).

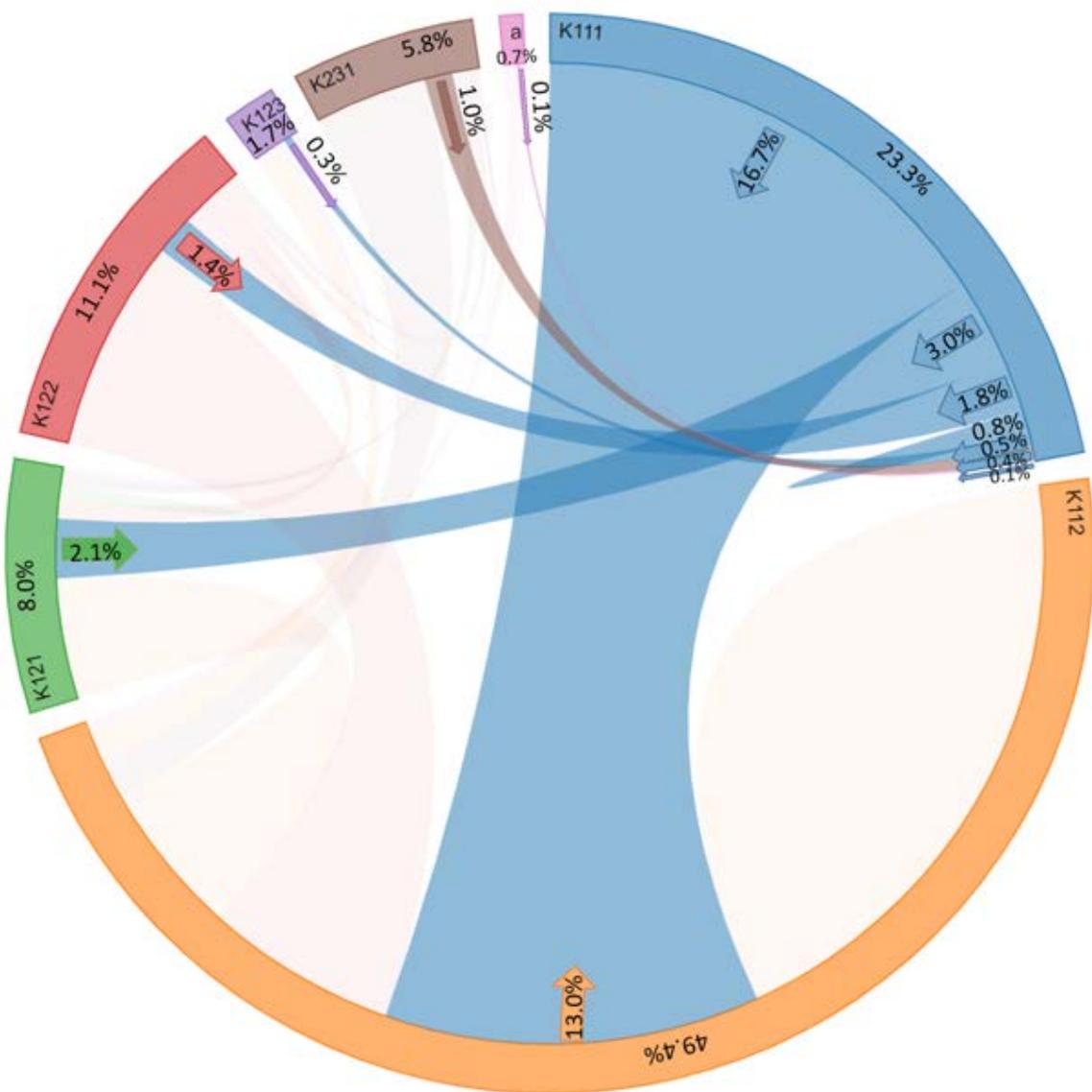


Abbildung 10: Chordgrafik Patientenströme - K111

## 4. Diskussion und Empfehlungen

---

### 4.1. Grenzen des Indikators

Die Methode SQLape® ist mit hoher Sensitivität und Spezifität und einem positiven Vorhersagewert von 78% in der Lage, Rehospitalisationen zu erkennen, die beim vorhergehenden Austritt nicht vorgesehen waren. Die Ursachen, die zu einer potentiell vermeidbaren Rehospitalisation führen können, sind jedoch vielfältig und können grob in die folgenden Kategorien unterteilt werden:

- Probleme im stationären Bereich: darunter fallen unter anderem iatrogene Komplikationen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder zu frühe, schlecht geplant Austritte;
- Probleme im ambulanten Bereich: darunter fallen unter anderem eine ungenügende Versorgung nach dem Austritt, wie beispielsweise ein zu später Kontrolltermin, ein unangemessenes Verhalten der Patienten und Patientinnen oder ungenügende häusliche Pflege;
- Entwicklung der Krankheit.

Die erste der drei oben dargestellten Kategorien kann direkt durch das Spital beeinflusst werden. Somit ist es für Spitäler nicht realistisch, keine potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen aufzuweisen. Da das Adjustierungsmodell jedoch alle der oben dargelegten Faktoren mitberücksichtigt, sollte sich die beobachtete Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen nicht signifikant von der Rate der erwarteten Rehospitalisationen unterscheiden. In Kapitel 4.3 werden Handlungsempfehlungen für diejenigen Spitäler dargelegt, bei denen dieser Fall eintritt.

### 4.2. Diskussion

Die Analyse der Rehospitalisationen im Datenjahr 2018 der MedStat zeigt im Vergleich zum Vorjahr niedrigere Werte hinsichtlich der Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen auf. Insgesamt weisen 26 Spitäler bzw. Spitalstandorte Raten ausserhalb der Norm auf. Die Anzahl der Spitalstandorte ausserhalb der Norm liegt somit im aktuellen Datenjahr weiterhin höher als noch in den Datenjahren 2015 und früher, aber niedriger als in den beiden Vorjahren (2017: 33 Spitäler / 2016: 47 Spitäler).

Es wurden verschiedene Zusatzanalysen durchgeführt, deren Ergebnisse in Kapitel 3.9 dargestellt sind und nachfolgend diskutiert werden.

#### Inhaltliche Zusatzanalysen

- Rehospitalisationsraten pro ICD-Diagnosegruppe: Die grösste Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Rate ist bei der Hauptdiagnosegruppe C-D zu verzeichnen. Bei dieser Hauptdiagnosegruppe liegt die beobachtete Rehospitalisationsrate um rund 2 Prozentpunkte höher als dies zu erwarten wäre. Hinsichtlich der Diagnosegruppe «Psychische und Verhaltensstörungen» kam es im Vergleich zum Datenjahr 2017 zu einem deutlichen Anstieg des Ratenverhältnisses. Das heisst bei dieser Diagnosegruppe ist es im Jahr 2018 zu mehr potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen gekommen als noch im Datenjahr 2017. Ein deutlicher Anstieg des Ratenverhältnisses einer Hauptdiagnosegruppe innerhalb eines Jahres könnte auf Optimierungspotential in der koordinierten Versorgung dieser Diagnosegruppe hindeuten.
- Rehospitalisationsrate in Zusammenhang mit der Dauer des Aufenthalts:
  - o Index-Hospitalisationen welche entweder deutlich länger oder deutlich kürzer dauern als erwartet, weisen eine erhöhte Rehospitalisationsrate auf. Bei Aufenthalten mit einer deutlich längeren Aufenthaltsdauer könnte es sich um Aufenthalte mit unerwarteten Komplikationen handeln. Die deutlich kürzeren Aufenthalte illustrieren hingegen möglicherweise neue Vorgehensweisen der Spitäler zur Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

- Der Vergleich zwischen dem Ratenverhältnis (beobachtet/erwartet) der Aufenthaltsdauer und dem Ratenverhältnis der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen zeigt, dass das Ratenverhältnis der Rehospitalisationen tendenziell steigt, während das Ratenverhältnis der Aufenthaltsdauer tendenziell sinkt. Dabei könnte der Anstieg des Ratenverhältnisses der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen wie oben dargestellt teilweise mit durchschnittlich kürzeren Aufenthaltsdauern in Zusammenhang stehen.
- Externe Rehospitalisationen: Die Analyse des Anteils und Zielorts der externen Rehospitalisationen zeigt, dass in 84.5% der Fälle Patienten wieder in das gleiche Spital/Klinik eintreten wie bei der Index-Hospitalisation. Dieser hohe Anteil entsteht möglicherweise aus Gründen der Erreichbarkeit (Nähe zum Wohnort) oder aufgrund der Kontinuität der Versorgung (gute Kenntnis der Situation des Patienten). Die Analyse der Patientenströme zwischen den verschiedenen Spitalkategorien bei den externen Rehospitalisationen zeigt auf, dass es weder einen eindeutigen Strom von kleinen zu grossen Spitälern (bspw. Rehospitalisationen aufgrund von Komplikationen die in kleinen Spitälern nicht behandelt werden können) noch von grossen zu kleinen Spitälern gibt (Rehospitalisationen aufgrund von weniger schwerwiegenden oder komplizierten Krankheiten), wobei aber der Strom von grossen zu kleinen Spitälern grösser ist als umgekehrt.

### 4.3. Empfehlungen

Weist ein Spital eine erhöhte Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen auf, könnten mit dem SQLape-Monitor von INMED oder mit der herkömmlichen, auf MS Access basierten Applikation (SQLape-Tool) tieferegehende Analysen durchgeführt werden, um die Gründe der erhöhten Rate zu identifizieren. Gemäss dem Qualitätsausschuss SQLape sollte dabei auf die folgenden Punkte geachtet werden:

- Analyse-Ebene: je nach Grösse des Spitals wird empfohlen, die Berechnung der Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen auf Ebene der Fachbereiche durchzuführen, um diejenigen Einheiten zu identifizieren, die eine erhöhte Rate potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen aufweisen. Eine weitere Möglichkeit ist die Berechnung der Raten auf Ebene Spital pro Diagnosegruppe.

Bei denjenigen Abteilungen oder Kliniken, die eine erhöhte Rate von potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen aufweisen, sollte ein Review eines Teils der entsprechenden Patientendossier (oder mindestens der Austrittsberichte) vorgenommen werden. Die folgenden Leitfragen sollen bei der Durchführung dieser Reviews unterstützen:

- Welche Fälle sollen überprüft werden?  
Innerhalb der Organisationseinheit sollten maximal 50 Fälle für eine tieferegehende Überprüfung ausgewählt werden. So kann der Arbeitsaufwand für die Überprüfung in einem vernünftigen Rahmen gehalten werden. Für die Auswahl werden Fälle empfohlen, welche entweder sehr rasch wieder rehospitalisiert wurden (z.B. innerhalb von 7 bis 8 Tagen) oder welche eine deutlich unterdurchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen.
- Wer soll die Überprüfung durchführen?  
Die Überprüfung sollte nicht durch eine externe Person wie beispielsweise die Q-Verantwortliche durchgeführt werden, sondern optimalerweise durch eine leitende Ärztin, einen leitenden Arzt. Dies einerseits, um das notwendige Fachwissen zur Überprüfung sicherzustellen und andererseits damit allfällige Optimierungsmassnahmen direkt durch das medizinische Personal erkannt werden können.
- Prüfung der medizinischen Codierung

Ein erster Schritt könnte darin bestehen, die Angemessenheit der medizinischen Codierung der entsprechenden Fälle sicherzustellen. Wurden beispielsweise die internen Codier-Richtlinien eingehalten oder wurden alle Komorbiditäten codiert, auch wenn während dem Aufenthalt keine entsprechende Behandlung durchgeführt wurde?

- Welche Rolle soll das Qualitäts-Team spielen?  
Das Qualitäts-Team spielt bei der Überprüfung eine anleitende und unterstützende Rolle. Einerseits durch die grundsätzliche Anregung einer Überprüfung und andererseits durch die Unterstützung bei der Fallauswahl und bei der Erarbeitung von Optimierungsmassnahmen.
- In welcher Frequenz soll eine Überprüfung vorgenommen werden?  
Eine zu häufige Überprüfung ist erfahrungsgemäss nicht von Nutzen. Es ist zielführender, alle zwei Jahre eine gründliche Fallprüfung vorzunehmen und sich zwischenzeitlich den Optimierungsmassnahmen zu widmen.
- Welche Optimierungsmassnahmen sollen eingesetzt werden?  
Dies ist stark vom identifizierten Problem abhängig, welches an diversen Orten lokalisiert sein kann. Dadurch sind auch die möglichen Optimierungsmassnahmen sehr individuell und müssen von Fall zu Fall formuliert werden. Es gilt darauf zu achten, dass oft gleichzeitig auf mehreren Ebenen Optimierungsmassnahmen umgesetzt werden sollten (bspw. Kommunikation mit den nachgelagerten Versorgungsstrukturen, Austrittsvorbereitung der Patient/innen, Schmerzmanagement usw.).
- Wie soll der Effekt der Optimierungsmassnahmen gemessen werden?  
Es besteht die Möglichkeit, dass die Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen trotz der Implementation einer Optimierungsmassnahme nicht sinkt, obwohl diese Massnahme zu einer Qualitätssteigerung führt. Aus diesem Grund wird empfohlen, den Effekt der eingesetzten Optimierungsmassnahmen mittels spezifischerer Indikatoren zu messen (beispielsweise anhand der aufgewendeten Zeit für die Erstellung der Austrittsberichte oder anhand der Rate der Patienten und Patientinnen, mit welchen ein Austrittsgespräch geführt wurde).

## Literaturverzeichnis

---

- Agri, F., Egli, Y., Dami, F. (2020). Assessing 30-day avoidable readmission rates: Is it an appropriate tool to manage emergency department quality of care? *Journal of Hospital Administration* 9(3), 11-17.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2016). Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen mit SQLape ab 2015 (BFS-Daten 2014). Version 2.4, Mai 2016.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2018). Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen. Nationaler Vergleichsbericht BFS-Daten 2016. Bern; SQLape s.à.r.l, Char-donne (Auswertungen); socialdesign ag, Bern (Bericht).
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2020). Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape ab BFS-Daten 2018. Version 4.2, Mai 2020.
- Bundesamt für Statistik (2006). Krankenhaustypologie. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Version 5.2. Neuchâtel, November 2006.
- Bundesamt für Statistik (2017). Bearbeitungsreglement. Daten der Leistungserbringer nach Art. 59a KVG. 20. März 2017. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/2202745/master> (20.03.2018).
- Egli, Y. (2014). Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen. Didaktisches Manual Version 1.2. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Rehospitalisationen\\_Didaktisches-Manual.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Rehospitalisationen_Didaktisches-Manual.pdf) (03.09.2018).
- Halfon, P., Egli, Y., van Melle, G., Chevalier, J., Wasserfallen, J-B., Burnand, B. (2002). Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 573-587.
- Halfon, P., Egli, Y., Pretre-Rohrbach, I., Meylan, D., Marazzi, A., Burnand, B. (2006). Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care* 44(11), 972-981.
- Rousson, V., Le Pogam, M-A., Egli, Y. (2016). Control limits to identify outlying hospitals based on risk-stratification. *Statistical Methods in Medical Research* 0(0), 1-14.
- SwissDRG (2019). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY (Version Juni 2019, Gültig ab 1.1.2020).

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Algorithmus zur Identifikation potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen .....	8
Abbildung 2: Beobachtete Rehospitalisationsrate nach Alter BFS 2017 .....	9
Abbildung 3: Adjustierungstabelle am Beispiel <i>Infektion</i> .....	10
Abbildung 4: Verhältnis der Rehospitalisationsraten nach Anzahl auswertbarer Austritte 2018 .....	13
Abbildung 5: Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen unter Berücksichtigung der erwarteten Aufenthaltsdauer .....	28
Abbildung 6: Entwicklung Ratenverhältnisse (beobachtet/erwartet) - Aufenthaltsdauer .....	29
Abbildung 7: Entwicklung der Ratenverhältnisse (beobachtet/erwartet) .....	29
Abbildung 8: Anteil externer Rehospitalisationen Datenjahr 2014-2017 .....	30
Abbildung 9: Chordgrafik Patientenströme .....	32
Abbildung 10: Chordgrafik Patientenströme - K111 .....	33

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Datenqualität .....	11
Tabelle 2: Ergebnisse gemäss Krankenhaustypologie .....	15
Tabelle 3: Ergebnisse Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 1 (K111) .....	16
Tabelle 4: Ergebnisse Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112) .....	17
Tabelle 5: Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112) – Fortsetzung 1 .....	18
Tabelle 6: Zentrumsversorgung - Versorgungsniveau 2 (K112) – Fortsetzung 2 .....	19
Tabelle 7: Grundversorgung - Versorgungsniveau 3 (K121) .....	20
Tabelle 8: Ergebnisse Grundversorgung - Versorgungsniveau 4 (K122) .....	21
Tabelle 9: Ergebnisse Grundversorgung Versorgungsniveau 5 (K123) .....	22
Tabelle 10: Ergebnisse Chirurgische Spezialkliniken (K231) .....	24
Tabelle 11: Ergebnisse Andere Spezialkliniken .....	25
Tabelle 12: Rehospitalisationsrate pro ICD-Diagnosegruppe .....	27
Tabelle 13: Rehospitalisationsrate mit bzw. ohne chirurgischem Eingriff .....	27
Tabelle 14: Patientenströme externe Rehospitalisation .....	30
Tabelle 15: Veränderung externe Rehospitalisationen 2018-2017 .....	31
Tabelle 16: Verlauf der Anpassungen SQLape® .....	41

## Anhänge

### Anhang 1: Verlauf der Anpassungen SQLape®

Version	Teil	Änderung	Auswirkung
2011	Auswertbare Austritte	Ausschluss der Patienten, die auf <u>Abteilungen</u> der Psychiatrie, Geriatrie und Rehabilitation hospitalisiert sind (BSF Codes: M500, M900, M950, M990); vorher waren nur psychiatrische, geriatrische und Rehabilitations- <u>Spitäler</u> ausgeschlossen.	Bedeutend
2012	Auswertbare Austritte	Ausschluss von <u>Schlafapnoe</u>	Niedrig
	Algorithmus	Ausschluss von <u>ungeplanten</u> Chemotherapien (geplante Chemotherapien wurden schon vorher ausgeschlossen)	Niedrig
		Ausschluss von zusätzlichen Codes bei drohender Fehlgeburt	Niedrig
2013	Algorithmus	Schritt 6, Anpassung der Komplikationsliste (Komplikationen aufgrund von Medikamenten fällt weg)	Niedrig
		Schritt 8, Erweiterung der Liste mit Traumata (im Wesentlichen Gelenkluxation und Sehnenruptur)	Niedrig
		Schritt 8, Ausschluss von schwer heilbaren Krankheiten: Idiopathische thrombozytopenische Purpura, Multiple Sklerose, Leberzirrhose, Harnsteine	Mässig
	Erwartete Werte	Adjustierungsmodell aktualisiert mit den Daten 2007-2011 der Schweizer Spitäler, die die neuesten Praktiken aufzeigen (davor 2003 - 2007), gleicher Konfidenzintervall (von $\pm 0.0046$ auf $\pm 0.0043$ )	Mässig
	Eingabedaten	Neue Falldefinitionen (Bundesamt für Statistik)	Mässig
2014	Algorithmus	Schritt 8, Ausschluss von myelodysplastischem Syndrom mit Bluttransfusionen (schwer heilbare Krankheit)	Niedrig
		Schritt 8, Ausschluss von akuter Bronchiolitis (<2 Jahre alt)	Pädiatrie
		Schritt 4, Ausschluss von Agranulozytose nach Chemotherapie	Niedrig
	Erwartete Werte	Adjustierungsmodell mit den Daten der Schweizer Spitäler von 2007 - 2012 aktualisiert	Niedrig
2015	Auswertbare Austritte	Ausschluss der Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose (SQLape® Kategorien P-fH, P-tD, P-zZ : Psychosen, Halluzination, Delirium, Depression, andere psychiatrischen Krankheiten) ohne somatische Komorbidität.	Mässig

Version	Teil	Änderung	Auswirkung
		Ausschluss aus dem Leistungsbereich M990 („andere Aktivität“) wie zuvor, wenn die durchschnittliche Aufenthaltsdauer über 10 Tagen liegt.	Niedrig
	Erwartete Werte	Aktualisierung des Adjustierungsmodells (Schweizer Daten 2007-2012), um der oben genannten Änderung Rechnung zu tragen.	Niedrig
2016	Auswertbare Austritte	Ausschluss der Palliativmedizin und der Rehabilitation (Z50, Z54 und Z515) ausgeweitet auf die Nebendiagnosen.	Niedrig
	Algorithmus	Etappe 2. Iatrogene Komplikationen, wenn der Grund einer Rehospitalisation eines zusammengelegten Falls eine Komplikation ist (keine Änderung für die nicht zusammengelegten Fälle).	Bedeutend
		Etappe 8: Nicht chirurgische, rezidivierende Obstruktion oder intestinale Adhäsion in die Liste der schwer heilbaren Krankheiten aufgenommen.	Niedrig
	Erwartete Werte	Aktualisierung der oben genannten Änderungen.	Niedrig
2017	Auswertbare Austritte	Ausschluss der palliativen Pflege auf die Operationscodes ausgeweitet. CHOP 938A: kleine Änderung, 0.6% der auswertbaren Austritte	Niedrig
	Algorithmus	Etappe 3. Ausschluss der anderen therapeutischen Apherese, Rehospitalisationen mit CHOP Code 9979. Kleine Änderung: 0,6% weniger Fälle	Niedrig
		Etappe 4. Ausschluss der geplanten Rehospitalisationen für Impfung bei frühgeborenen Neugeborenen (<2200 g); Rehospitalisation mit einer Hauptdiagnose Z23, Z24, Z27, 0.2% weniger Fälle.	Niedrig
		Etappe 4. Ausschluss der Immuntherapie bei Krebs; CHOP Code 9929. 2,7% weniger Fälle.	Bedeutend
		Etappe 8. Photopherese nach Transplantatabstossung gilt als schwer heilbare Krankheit; Rehospitalisationen mit CHOP Code 9988 in Verbindung mit den Diagnosen T860, T862, T863, T868, 0.4% weniger Fälle.	Niedrig
Etappe 8. Alkoholische Leberinsuffizienz in Verbindung mit einer alkoholischen Fettleber gilt als schwer heilbare Krankheit; Rehospitalisation mit einer Hauptdiagnose K704 bei Vorhandensein von K703 als Sekundärdiagnose <0.1% weniger Fälle.	Niedrig		

Version	Teil	Änderung	Auswirkung
	Erwartete Werte	Methode der „control limits“ und Referenzdaten 2010-2014	Bedeutend <sup>30</sup>
	Präsentation	Neue Präsentation der Grafik	
2018	ICD und CHOP Codes	Aktualisierung der Diagnose- und Operationscodes 2018	Niedrig
	Erwartete Werte	Aktualisierung, Referenzjahre: 2010-2014 (Verfeinerung der Diagnosekategorie „heart or large vessel injury“, Aktualisierung der Kandidaten für die Tageschirurgie)	Niedrig
2019	ICD und CHOP Codes	Aktualisierung der Diagnose- und Operationscodes 2019	Niedrig
	Algorithmus	Etappe 2. Keine Einschlüsse bei Photopherese nach Transplantatabstossung, auch bei Vorliegen einer zusätzlichen iatrogenen Komplikation; Rehospitalisationen mit CHOP Code 9988 in Verbindung mit den Diagnosen T860, T862, T863, T868, kein Einschluss bei Schritt 2, <0.01% weniger Fälle.	Niedrig
	Erwartete Werte	Die Berechnung der erwarteten Werte beruht neu auf den Referenzjahren 2014-2016	Bedeutend
2020	ICD und CHOP Codes	Aktualisierung der Diagnose- und Operationscodes 2020	Niedrig

Tabelle 16: Verlauf der Anpassungen SQLape®

<sup>30</sup> Vgl. Rousson et al. (2016).

## Anhang 2: Gesamttabelle

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
			Global	davon Extern	Global	Maximal		
11	319	7'827	4.08%	 18.9%	4.18%	4.55%	0.98	1.09 ●
21	3	166	1.81%	 100.0%	5.03%	7.78%	0.36	1.55 ●
31	280	5'995	4.67%	 15.6%	4.35%	4.78%	1.07	1.10 ●
41	152	4'139	3.67%	 14.4%	3.61%	4.08%	1.02	1.13 ●
42	60	1'422	4.22%	 13.3%	5.59%	6.58%	0.75	1.18 ●
51	13	1'038	1.25%	 53.6%	1.29%	1.86%	0.97	1.44 ●
61	66	2'468	2.67%	 27.3%	3.18%	3.75%	0.84	1.18 ●
71	143	2'630	5.44%	 16.9%	4.91%	5.59%	1.11	1.14 ●
81	1'104	22'023	5.01%	 12.2%	4.84%	5.08%	1.04	1.05 ●
91	773	14'802	5.22%	 9.8%	4.84%	5.13%	1.08	1.06 ▲
101	151	3'407	4.43%	 21.9%	4.80%	5.40%	0.92	1.13 ●
111	24	629	3.82%	 20.9%	3.49%	4.67%	1.09	1.34 ●
131	34	3'456	0.98%	 50.0%	1.37%	1.69%	0.72	1.23 ●
141	24	1'767	1.36%	 33.1%	1.47%	1.93%	0.93	1.31 ●
181	66	1'758	3.75%	 7.5%	4.11%	4.87%	0.91	1.18 ●
182	329	5'690	5.78%	 12.8%	4.90%	5.36%	1.18	1.09 ▲
191	90	2'276	3.95%	 8.9%	4.37%	5.07%	0.90	1.16 ●
192	72	1'228	5.86%	 11.1%	5.85%	6.93%	1.00	1.18 ●
201	123	4'389	2.80%	 28.2%	3.20%	3.63%	0.88	1.13 ●
221	14	873	1.60%	 78.8%	1.81%	2.55%	0.88	1.41 ●
231	332	6'001	5.53%	 9.6%	5.08%	5.53%	1.09	1.09 ▲
241	2'132	34'999	6.09%	 23.5%	5.33%	5.53%	1.14	1.04 ▲
251	25	1'558	1.60%	 48.1%	2.21%	2.81%	0.72	1.27 ●
261	297	5'368	5.53%	 7.1%	5.17%	5.66%	1.07	1.09 ●
262	108	2'170	4.98%	 8.4%	5.46%	6.25%	0.91	1.14 ●
271	468	9'581	4.88%	 17.0%	4.91%	5.27%	0.99	1.07 ●
281	542	10'583	5.12%	 7.8%	5.17%	5.52%	0.99	1.07 ●
282	85	1'389	6.12%	 9.5%	5.32%	6.29%	1.15	1.18 ●
291	252	3'989	6.32%	 25.5%	6.45%	7.08%	0.98	1.10 ●
292	152	2'908	5.23%	 28.3%	5.04%	5.70%	1.04	1.13 ●
294	92	2'613	3.52%	 32.7%	3.88%	4.49%	0.91	1.16 ●
295	77	1'069	7.20%	 22.1%	6.10%	7.29%	1.18	1.20 ●
301	304	4'829	6.30%	 20.2%	5.74%	6.29%	1.10	1.10 ▲
302	200	7'062	2.83%	 21.9%	2.94%	3.26%	0.96	1.11 ●
303	52	2'423	2.15%	 28.8%	1.94%	2.40%	1.11	1.24 ●
311	27	2'919	0.92%	 58.7%	1.50%	1.87%	0.61	1.25 ●
321	47	765	6.14%	 40.4%	6.78%	8.26%	0.91	1.22 ●
341	11	487	2.26%	 36.3%	2.33%	3.45%	0.97	1.48 ●

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze	
			Global	davon Extern	Global	Maximal			
351	7	406	1.72%		42.4%	2.07%	3.23%	0.83	1.56 
371	6	1'304	0.46%		32.6%	0.89%	1.32%	0.52	1.48 
381	607	10'145	5.98%		8.2%	5.34%	5.70%	1.12	1.07 
382	311	4'993	6.23%		18.3%	5.61%	6.14%	1.11	1.09 
383	54	963	5.61%		11.2%	6.29%	7.56%	0.89	1.20 
401	61	4'967	1.23%		48.0%	1.96%	2.28%	0.63	1.16 
411	472	7'684	6.14%		9.4%	6.27%	6.72%	0.98	1.07 
431	72	4'303	1.67%		37.1%	1.83%	2.16%	0.91	1.18 
441	0	133	0.00%			4.16%	7.00%	0.00	1.68 
461	1'217	23'513	5.18%		18.5%	5.15%	5.38%	1.01	1.04 
481	39	2'605	1.50%		44.0%	1.78%	2.20%	0.84	1.24 
491	84	4'283	1.96%		31.1%	2.14%	2.50%	0.92	1.17 
501	515	10'066	5.12%		9.4%	5.11%	5.46%	1.00	1.07 
503	10	341	2.93%		0.0%	7.61%	9.95%	0.39	1.31 
504	114	2'310	4.94%		7.9%	5.71%	6.49%	0.87	1.14 
505	115	1'656	6.94%		8.6%	6.27%	7.24%	1.11	1.15 
511	53	3'776	1.40%		32.1%	2.44%	2.85%	0.57	1.17 
521	75	3'256	2.30%		41.3%	2.68%	3.14%	0.86	1.17 
531	1	158	0.63%		100.0%	2.83%	4.97%	0.22	1.76 
541	86	3'224	2.67%		49.1%	2.58%	3.03%	1.03	1.17 
551	152	4'085	3.72%		26.3%	3.81%	4.29%	0.98	1.13 
561	22	205	10.73%		31.8%	5.70%	8.33%	1.88	1.46 
571	1'384	30'759	4.50%		8.9%	4.79%	4.99%	0.94	1.04 
581	161	3'639	4.42%		8.6%	4.89%	5.47%	0.90	1.12 
591	100	1'894	5.28%		15.9%	4.22%	4.96%	1.25	1.18 
601	13	263	4.94%		0.0%	5.60%	7.89%	0.88	1.41 
611	568	12'911	4.40%		18.2%	4.56%	4.86%	0.96	1.07 
621	2	26	7.69%		100.0%	6.31%	14.12%	1.22	2.24 
631	34	381	8.92%		14.7%	6.64%	8.71%	1.34	1.31 
641	66	1'875	3.52%		18.2%	3.64%	4.34%	0.97	1.19 
651	66	1'927	3.43%		28.9%	4.40%	5.16%	0.78	1.17 
661	52	1'234	4.21%		23.0%	4.28%	5.21%	0.98	1.22 
671	13	931	1.40%		38.6%	1.60%	2.27%	0.88	1.42 
672	11	819	1.34%		36.6%	1.51%	2.20%	0.89	1.46 
681	57	1'405	4.06%		36.9%	3.33%	4.11%	1.22	1.23 
691	15	134	11.19%		13.3%	6.71%	10.22%	1.67	1.52 
701	39	1'015	3.84%		38.5%	4.28%	5.30%	0.90	1.24 
711	278	5'620	4.95%		8.3%	4.80%	5.26%	1.03	1.10 

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze		
			Global	davon Extern	Global	Maximal				
721	430	10'347	4.16%		12.7%	4.50%	4.83%	0.92	1.07	
731	29	493	5.88%		41.3%	5.63%	7.31%	1.04	1.30	
741	13	647	2.01%		38.3%	1.34%	2.09%	1.50	1.56	
751	1'028	22'496	4.57%		11.4%	4.51%	4.74%	1.01	1.05	
752	288	6'253	4.61%		5.2%	4.62%	5.05%	1.00	1.09	
753	157	3'832	4.10%		2.0%	4.04%	4.55%	1.01	1.13	
771	183	2'716	6.74%		8.2%	6.82%	7.60%	0.99	1.11	
772	464	9'287	5.00%		7.6%	4.74%	5.10%	1.05	1.08	
781	128	4'020	3.18%		11.6%	4.02%	4.52%	0.79	1.12	
791	94	2'699	3.48%		14.9%	4.04%	4.65%	0.86	1.15	
801	6	463	1.30%		83.1%	1.98%	3.03%	0.66	1.53	
811	192	5'791	3.32%		15.7%	3.32%	3.70%	1.00	1.11	
821	201	4'230	4.75%		8.4%	4.22%	4.72%	1.13	1.12	
831	1'209	21'863	5.53%		18.1%	4.98%	5.22%	1.11	1.05	
832	128	2'176	5.88%		5.4%	6.08%	6.91%	0.97	1.14	
833	114	2'265	5.03%		13.9%	5.91%	6.72%	0.85	1.14	
841	68	1'929	3.53%		29.5%	4.68%	5.46%	0.75	1.17	
842	177	4'317	4.10%		12.0%	3.87%	4.34%	1.06	1.12	
843	97	2'884	3.36%		19.6%	3.94%	4.53%	0.85	1.15	
851	216	3'870	5.58%		22.6%	4.35%	4.88%	1.28	1.12	
852	97	1'574	6.16%		16.4%	5.41%	6.34%	1.14	1.17	
861	6	546	1.10%		16.4%	1.64%	2.53%	0.67	1.54	
871	16	973	1.64%		43.9%	1.93%	2.65%	0.85	1.37	
881	324	6'528	4.96%		8.1%	4.95%	5.38%	1.00	1.09	
891	24	1'458	1.65%		41.8%	1.99%	2.59%	0.83	1.30	
901	5	734	0.68%		79.4%	1.96%	2.79%	0.35	1.42	
911	658	10'886	6.04%		7.0%	5.62%	5.98%	1.07	1.06	
912	452	9'230	4.90%		5.7%	4.94%	5.31%	0.99	1.07	
913	146	2'978	4.90%		30.0%	4.96%	5.60%	0.99	1.13	
921	190	4'974	3.82%		12.6%	4.20%	4.66%	0.91	1.11	
941	255	4'958	5.14%		14.4%	4.24%	4.70%	1.21	1.11	
951	113	3'055	3.70%		12.4%	3.80%	4.36%	0.97	1.15	
961	479	9'903	4.84%		7.4%	4.69%	5.03%	1.03	1.07	
962	578	10'719	5.39%		5.2%	4.99%	5.33%	1.08	1.07	
971	4	88	4.55%		74.9%	4.49%	8.11%	1.01	1.81	
981	26	1'443	1.80%		30.6%	2.41%	3.06%	0.75	1.27	
991	70	2'154	3.25%		18.5%	2.26%	2.78%	1.44	1.23	
1001	27	2'504	1.08%		55.6%	1.83%	2.27%	0.59	1.24	

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze
			Global	davon Extern	Global	Maximal		
1011	124	2'062	6.01%	<div style="width: 52.4%;"></div> 52.4%	5.87%	6.72%	1.02	1.14 ●
1021	146	2'489	5.87%	<div style="width: 30.2%;"></div> 30.2%	5.24%	5.96%	1.12	1.14 ●
1041	251	4'478	5.61%	<div style="width: 23.9%;"></div> 23.9%	5.44%	5.99%	1.03	1.10 ●
1051	0	32	0.00%		7.60%	15.24%	0.00	2.01 ●
1071	605	10'222	5.92%	<div style="width: 13.2%;"></div> 13.2%	5.73%	6.11%	1.03	1.07 ●
1072	458	7'981	5.74%	<div style="width: 3.7%;"></div> 3.7%	5.44%	5.85%	1.06	1.08 ●
1073	310	5'567	5.57%	<div style="width: 10.6%;"></div> 10.6%	5.63%	6.13%	0.99	1.09 ●
1074	208	4'299	4.84%	<div style="width: 7.2%;"></div> 7.2%	5.25%	5.80%	0.92	1.10 ●
1075	18	313	5.75%	<div style="width: 0.0%;"></div> 0.0%	7.06%	9.42%	0.81	1.33 ●
1076	31	366	8.47%	<div style="width: 3.2%;"></div> 3.2%	8.27%	10.62%	1.02	1.28 ●
1081	170	3'341	5.09%	<div style="width: 10.0%;"></div> 10.0%	4.72%	5.31%	1.08	1.13 ●
1091	115	2'025	5.68%	<div style="width: 6.2%;"></div> 6.2%	5.03%	5.81%	1.13	1.16 ●
1092	171	3'660	4.67%	<div style="width: 12.8%;"></div> 12.8%	4.90%	5.47%	0.95	1.12 ●
1093	17	461	3.69%	<div style="width: 6.0%;"></div> 6.0%	2.52%	3.70%	1.46	1.47 ●
1095	226	3'776	5.99%	<div style="width: 15.5%;"></div> 15.5%	6.12%	6.76%	0.98	1.10 ●
1096	58	2'701	2.15%	<div style="width: 17.2%;"></div> 17.2%	2.20%	2.66%	0.98	1.21 ●
1101	199	4'159	4.78%	<div style="width: 14.0%;"></div> 14.0%	4.43%	4.94%	1.08	1.12 ●
1102	20	261	7.66%	<div style="width: 59.9%;"></div> 59.9%	11.76%	15.04%	0.65	1.28 ●
1111	177	3'593	4.93%	<div style="width: 16.4%;"></div> 16.4%	4.65%	5.22%	1.06	1.12 ●
1131	10	215	4.65%	<div style="width: 0.0%;"></div> 0.0%	6.80%	9.58%	0.68	1.41 ●
1141	47	3'067	1.53%	<div style="width: 46.4%;"></div> 46.4%	2.09%	2.51%	0.73	1.20 ●
1142	140	3'590	3.90%	<div style="width: 27.2%;"></div> 27.2%	4.46%	5.02%	0.87	1.13 ●
1151	32	381	8.40%	<div style="width: 25.0%;"></div> 25.0%	6.91%	9.02%	1.22	1.31 ●
1161	260	6'315	4.12%	<div style="width: 17.0%;"></div> 17.0%	3.91%	4.30%	1.05	1.10 ●
1181	149	3'576	4.17%	<div style="width: 28.3%;"></div> 28.3%	4.08%	4.61%	1.02	1.13 ●
1201	1'802	29'867	6.03%	<div style="width: 17.4%;"></div> 17.4%	5.13%	5.34%	1.18	1.04 ▲
1211	8	373	2.14%	<div style="width: 12.1%;"></div> 12.1%	3.34%	4.85%	0.64	1.45 ●
1221	283	6'232	4.54%	<div style="width: 16.5%;"></div> 16.5%	4.15%	4.55%	1.09	1.10 ●
1222	111	1'676	6.62%	<div style="width: 17.1%;"></div> 17.1%	5.09%	5.96%	1.30	1.17 ▲
1225	23	240	9.58%	<div style="width: 8.7%;"></div> 8.7%	6.81%	9.46%	1.41	1.39 ▲
1231	17	1'109	1.53%	<div style="width: 94.1%;"></div> 94.1%	1.98%	2.67%	0.77	1.35 ●
1251	30	1'507	1.99%	<div style="width: 59.8%;"></div> 59.8%	2.40%	3.04%	0.83	1.27 ●
1261	46	1'153	3.99%	<div style="width: 10.8%;"></div> 10.8%	3.60%	4.49%	1.11	1.25 ●
1262	242	7'082	3.42%	<div style="width: 18.1%;"></div> 18.1%	3.97%	4.35%	0.86	1.10 ●
1271	4	77	5.19%	<div style="width: 75.0%;"></div> 75.0%	7.74%	12.73%	0.67	1.64 ●
1281	92	1'889	4.87%	<div style="width: 4.3%;"></div> 4.3%	5.66%	6.52%	0.86	1.15 ●
1283	484	10'299	4.70%	<div style="width: 7.7%;"></div> 7.7%	4.63%	4.96%	1.02	1.07 ●
1284	172	3'408	5.05%	<div style="width: 8.1%;"></div> 8.1%	5.19%	5.80%	0.97	1.12 ●

ID	Rehospitalisationen	Auswertbare Ausritte	Beobachtete Rate		Erwartete Rate		Verhältnis der Raten	5%-Signifikanzgrenze	
			Global	davon Extern	Global	Maximal			
1291	363	7'765	4.67%		7.9%	4.56%	4.94%	1.02	1.08 
1301	70	3'545	1.97%		25.4%	2.34%	2.75%	0.84	1.18 
1321	423	7'880	5.37%		11.4%	5.07%	5.47%	1.06	1.08 
1331	227	5'483	4.14%		16.7%	4.48%	4.93%	0.92	1.10 
1341	395	5'808	6.80%		16.9%	6.21%	6.73%	1.10	1.08 
1351	870	17'607	4.94%		15.4%	4.82%	5.08%	1.02	1.05 
1371	605	13'852	4.37%		25.2%	4.44%	4.72%	0.98	1.06 
1381	56	1'457	3.84%		28.4%	3.11%	3.84%	1.23	1.23 
1391	2	536	0.37%		100.0%	1.20%	1.97%	0.31	1.64 
1401	90	5'986	1.50%		35.3%	1.67%	1.95%	0.90	1.17 
1411	73	4'065	1.80%		38.3%	2.45%	2.84%	0.73	1.16 
1421	10	1'182	0.85%		50.6%	1.97%	2.63%	0.43	1.34 
1441	186	5'000	3.72%		30.6%	3.89%	4.33%	0.96	1.11 
1451	1'851	30'047	6.16%		18.2%	5.28%	5.49%	1.17	1.04 
1461	1'114	21'275	5.24%		9.7%	4.61%	4.84%	1.14	1.05 
1471	86	1'902	4.52%		24.3%	4.04%	4.77%	1.12	1.18 
1481	289	7'230	4.00%		14.3%	4.29%	4.67%	0.93	1.09 
1491	519	8'645	6.00%		9.5%	4.83%	5.21%	1.24	1.08 
1501	229	7'351	3.12%		19.9%	3.67%	4.02%	0.85	1.10 
1511	397	8'051	4.93%		12.6%	4.98%	5.37%	0.99	1.08 
1521	240	5'212	4.60%		18.7%	4.64%	5.11%	0.99	1.10 
1522	48	2'112	2.27%		43.6%	1.96%	2.45%	1.16	1.25 
1531	34	765	4.44%		23.4%	4.74%	5.99%	0.94	1.26 
1621	68	1'391	4.89%		30.9%	4.61%	5.54%	1.06	1.20 
1631	29	1'143	2.54%		34.6%	2.75%	3.53%	0.92	1.28 
1641	9	1'143	0.79%		67.1%	1.73%	2.36%	0.46	1.36 
1651	512	13'082	3.91%		17.9%	4.13%	4.41%	0.95	1.07 
1652	134	4'568	2.93%		14.7%	3.34%	3.77%	0.88	1.13 
1653	35	3'374	1.04%		31.7%	1.89%	2.27%	0.55	1.20 
1661	40	1'540	2.60%		35.0%	2.30%	2.92%	1.13	1.27 
1662	6	477	1.26%		0.0%	1.73%	2.71%	0.73	1.57 
1671	178	3'749	4.75%		13.5%	4.49%	5.03%	1.06	1.12 
1672	76	1'674	4.54%		13.2%	4.44%	5.25%	1.02	1.18 
1691	10	520	1.92%		50.0%	2.07%	3.08%	0.93	1.49 
1701	58	2'747	2.11%		30.8%	2.33%	2.80%	0.91	1.20 
1711	82	1'570	5.22%		20.7%	3.94%	4.73%	1.32	1.20 
1721	23	735	3.13%		39.3%	5.06%	6.40%	0.62	1.26 
1732	18	983	1.83%		83.1%	2.00%	2.72%	0.92	1.36 
1751	6	335	1.79%		16.8%	2.19%	3.49%	0.82	1.59 
1761	0	52	0.00%			0.94%	3.13%	0.00	3.33 
1771	0	171	0.00%			1.18%	2.53%	0.00	2.14 

\* keine Patienten mit identischem Verbindungscode über zwei aufeinanderfolgende Jahre

## Impressum

---

Titel	Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen Akutsomatik Nationaler Vergleichsbericht, BFS-Daten 2018
Erstellungsjahr	2020
Autoren	Auswertungen: Dr. Yves Eggli, SQLape s.à.r.l, Chardonne und Dr. Estelle Lécureux, Stat'Elite Bericht: Samuel Wetz, socialdesign ag, Bern Unter Einbezug des Qualitätsausschusses SQLape
Mitglieder des Qualitäts- ausschusses SQLape	Dr. med. Fabio Agri, Chef de clinique, Chef du Centre de Codage et Archi- vage Médical (CAM), CHV/DAF, CHUV Dr. med. Thomas Beck, Klinischer Qualitätsmanager, Insel Gruppe Dr. med. Brigitte Brunner, Leitende Ärztin Innere Medizin, Verantwortung für Interpretation der SQLape-Indikatoren, Kantonsspital Uri Prof. Dr. med. Jacques Donzé, Chefarzt Innere Medizin, Hôpital Neuchâtelois Dr. med. Heidi Graf, Zentrale Codierung, Spital Thurgau AG Andrea Heiermeier, Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Spital Muri Stefan Lippitsch, Medizincontrolling / KIS-Spezialist, Flurstiftung Spital Schiers Uwe Schmidt-Zinges, Leiter Medizin Controlling und Codierung, Spitäler Schaffhausen Alan Valnegri, EOQUAL, Responsable Data Management, EOC Lugano
Auftraggeber	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
Vertreten durch	Frau Daniela Zahnd, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Akutsomatik Geschäftsstelle ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern Tel.: 031 511 38 48 E-Mail: daniela.zahnd@anq.ch www.anq.ch
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
Zitierweise	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern; SQLape s.à.r.l, Chardonne (Auswertungen); socialdesign ag, Bern (Bericht) (2020). <i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Nationaler Vergleichsbericht BFS-Daten 2018.</i>



Übersetzung

Originaldokument in Deutsch  
Ins Französische übersetzt von pure fluent, Berlin  
Ins Italienische übersetzt von pure fluent, Berlin

Verabschiedung

Der nationale Vergleichsbericht BFS-Daten 2018 wurde am 14.08.2020 vom QA SQLape verabschiedet.