
Kurzfassung

Nationale Vergleichsberichte 2022

Nationaler Messplan Rehabilitation

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Paraplegiologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation

Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	Zu dieser Kurzfassung	3
2.	Qualitätsmessungen im Auftrag des ANQ	3
3.	Übersicht Nationaler Messplan Rehabilitation 2022	4
3.1.	Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente	4
3.2.	Auswertung der Messergebnisse	5
4.	Geriatrische Rehabilitation: Messung 2022	7
5.	Internistische Rehabilitation: Messung 2022	8
6.	Kardiale Rehabilitation: Messung 2022	9
7.	Muskuloskelettale Rehabilitation: Messung 2022	11
8.	Neurologische Rehabilitation: Messung 2022	12
9.	Onkologische Rehabilitation: Messung 2022	13
10.	Paraplegiologische Rehabilitation: Messung 2022	14
11.	Psychosomatische Rehabilitation: Messung 2022	15
12.	Pulmonale Rehabilitation: Messung 2022	17

1. Zu dieser Kurzfassung

Die Kurzfassung der Nationalen Vergleichsberichte präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmessungen, die 2022 im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen (nachfolgend Kliniken) durchgeführt wurden.

Diese Kurzfassung richtet sich an eine interessierte Leserschaft, die sich einen Überblick über das Messverfahren sowie die Erhebung, die Auswertung und die Ergebnisse der Qualitätsmessungen 2022 verschaffen möchte.

Wer vertiefte Informationen wünscht, findet auf dem ANQ-Webportal die Vollversionen der Nationalen Vergleichsberichte. Diese präsentieren pro Rehabilitationsbereich die zentralen Ergebnisse der Qualitätsmessung sowie Merkmale der ausgewerteten Stichprobe und stellen im Anhang die klinikspezifischen Ergebnisse dar. Damit bieten sie einen umfassenden Ergebnisqualitätsvergleich der beteiligten Kliniken. Auf dem Webportal steht zudem ein Methodenbericht zur Verfügung, der bereichsübergreifend über die erhobenen Daten, die Messinstrumente, die Analysemethodik sowie die Ergebnisdarstellung informiert und ein umfassendes Glossar enthält. Listen der teilnehmenden Kliniken sowie nationale Vergleichsgrafiken sind ebenfalls online abrufbar ([Messergebnisse Rehabilitation](#)).

2. Qualitätsmessungen im Auftrag des ANQ

Träger der Qualitätsmessungen ist der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Seine Mitglieder sind der Spitalverband H+, die Verbände der Versicherer santésuisse und curafutura, die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung), alle Kantone und das Fürstentum Liechtenstein. Die Vereinstätigkeit basiert auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Umsetzung, Finanzierung und Publikation der ANQ-Messungen sind im Nationalen Qualitätsvertrag ANQ geregelt, dem bis heute alle Schweizer Spitäler und Kliniken sowie alle Versicherer und Kantone beigetreten sind. Der Nationale Qualitätsvertrag ANQ verpflichtet Spitäler und Kliniken, die ANQ-Messungen durchzuführen sowie Versicherer und Kantone, die ANQ-Messungen über Leistungsaufträge und Tarifverträge mitzufinanzieren. Mit der Vertragsunterzeichnung stimmen die Vertragspartner auch der Publikation der Messergebnisse zu. Die Messungen haben zum Ziel, eine transparente nationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen und den beteiligten Kliniken gezielte Anhaltspunkte für Verbesserungsmassnahmen zu liefern.

Im Rahmen des Nationalen Messplans Rehabilitation (vgl. Kapitel 3) werden in sämtlichen Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen Patientendaten erhoben. Dabei liefern die Kliniken Daten für alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und 2022 entlassen wurden.

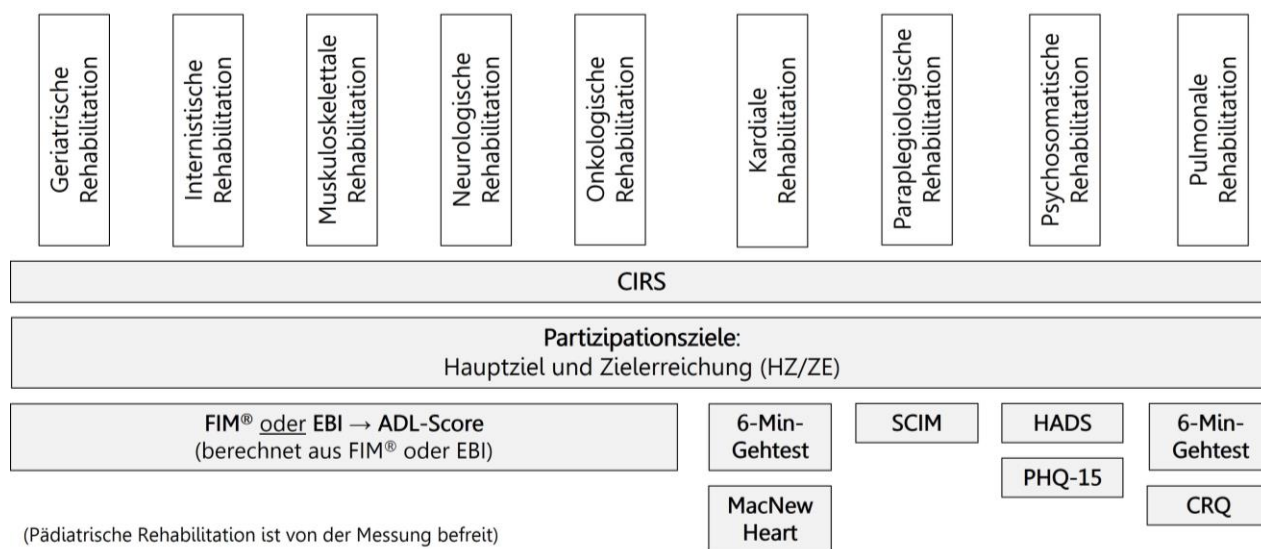
Auftrag des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité

Das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist vom ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten, die erhobenen Daten schweizweit vergleichend auszuwerten und die Nationalen Vergleichsberichte zu verfassen. Für den Text und die Redaktion dieser Kurzfassung ist der ANQ verantwortlich.

3. Übersicht Nationaler Messplan Rehabilitation 2022

Der Nationale Messplan Rehabilitation hält für jeden Rehabilitationsbereich fest, wie die Ergebnisqualität gemessen wird (vgl. Abbildung). Zur Beurteilung des individuellen Fortschritts der Patientinnen und Patienten während einer Rehabilitation werden die Messungen sowohl bei Reha-Eintritt als auch bei Reha-Austritt durchgeführt.

Nationaler Messplan Rehabilitation 2022 – Datenerhebung nach Rehabereich



3.1. Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Zu Beginn der Rehabilitation wählen die Patientinnen und Patienten gemeinsam mit dem betreuenden Personal das wichtigste Partizipationsziel, das sie bis zum Ende des Reha-Aufenthalts erreichen möchten. Dafür stehen 10 verschiedene Partizipationsziele aus den Bereichen Wohnen, Arbeit und Soziokultur zur Verfügung. Erweist sich das bei Eintritt gesetzte Partizipationsziel im Verlauf der Rehabilitation als unrealistisch, kann dieses während des Reha-Aufenthalts angepasst werden. Zu Reha-Austritt wird die Erreichung des gesetzten oder angepassten Ziels dokumentiert. Partizipationsziel und Zielerreichung werden in allen Rehabereichen erfasst.

Messung von zusätzlichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen

Die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) dient der Erfassung und Bewertung von Erkrankungen, die zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegen (Komorbiditäten). Die Skala wird zu Beginn der Rehabilitation durch das Personal ausgefüllt. Die Diagnosen sind 14 Organsystemen zugeordnet, je nach Schweregrad werden bis zu 4 Punkte vergeben. Der Gesamtscore beträgt bei schwerster Beeinträchtigung maximal 56 Punkte. Die CIRS-Skala kommt in allen Rehabereichen zur Anwendung.

Messung der Funktionsfähigkeit mittels FIM® Instrument und EBI

Für die Messung der Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens (Activities of Daily Life – ADL) setzen die beteiligten Kliniken wahlweise das FIM® Instrument (Functional Independence Measure) oder den EBI (Erweiterter Barthel-Index) ein. Beide Instrumente werden vom Klinikpersonal anhand von Beobachtungen im Klinikalltag ausgefüllt (Fremdbeurteilung) und bestehen aus einer mehrstufigen Antwortskala. Diese reicht beim EBI von 0 («nicht möglich») bis 4 («selbständig») und beim FIM® von 1 («vollständige Hilfestellung») bis 7 («völlige Selbständigkeit»). Um unabhängig von der Wahl des Instruments einen aussagekräftigen Vergleich über alle Kliniken hinweg sicherzustellen, wird anhand des FIM®- respektive EBI-Resultats ein sogenannter ADL-Score berechnet. Der ADL-Score erreicht bei bester Funktionsfähigkeit maximal 60 Punkte. Der ADL-Score dient ausschliesslich dem Vergleich der Ergebnisqualität und ist kein Ersatz für die Instrumente FIM® und EBI. Die beiden Instrumente sind in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen Rehabilitation im Einsatz.

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels 6-Minuten-Gehtest

Beim 6-Minuten-Gehtest sollen die Patientinnen und Patienten innerhalb von 6 Minuten so weit wie möglich gehen. Die geleistete Gehstrecke wird in Metern festgehalten. Je nach Gesundheitszustand können als Unterstützung Gehhilfen und/oder Sauerstoff eingesetzt werden. Der 6-Minuten-Gehtest wird in der pulmonalen und der kardialen Rehabilitation durchgeführt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels MacNew Heart-Fragebogen

Beim MacNew Heart handelt es sich um einen Fragebogen, den die Patientinnen und Patienten mit einer Herzerkrankung selbst ausfüllen. Der MacNew Heart erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Bereichen physische, emotionale sowie soziale Lebensqualität anhand von 27 Items. Dabei steht eine Antwortskala von 1 («stark eingeschränkt») bis 7 («überhaupt nicht eingeschränkt») zur Verfügung. Der Gesamtwert des MacNew Heart berechnet sich aus dem Mittelwert aller Items und erreicht bei bester gesundheitsbezogener Lebensqualität 7 Punkte. Der MacNew Heart wird in der kardialen Rehabilitation eingesetzt.

Messung der Funktionsfähigkeit mittels SCIM

Die Spinal Cord Independence Measure (SCIM) misst die Funktionsfähigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen. Der SCIM-Score basiert auf Beobachtungen des behandelnden Personals im Klinikalltag (Fremdbeurteilung) und umfasst 19 Items in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Kontinenz und Mobilität. Über alle Items hinweg können die Patientinnen und Patienten maximal 100 Punkte («beste Funktionsfähigkeit») erreichen. Die Messung wird in der paraplegiologischen Rehabilitation durchgeführt.

Messung von Angst und Depression mittels HADS

Bei der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) handelt es sich um einen Fragebogen mit 14 Items, den die Patientinnen und Patienten selbst ausfüllen. Die Skala erfasst und unterscheidet Angst und Depressionen bei Personen mit körperlichen Erkrankungen oder möglichen psychisch bedingten Körperbeschwerden. Die HADS-Angstskala und die HADS-Depressionsskala reichen bis maximal 21 Punkte («grösste Symptomatik»). Die HADS-Skalen kommen in der psychosomatischen Rehabilitation zur Anwendung.

Messung somatischer Beschwerden mittels PHQ-15

Beim Patient Health Questionnaire (PHQ-15) handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, den die Patientinnen und Patienten ausfüllen. Er misst anhand von 15 Items die Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden wie z. B. Schmerzen, Schwindel oder Müdigkeit. Personen mit der grössten Symptomatik erreichen 28 Punkte. Der PHQ-15-Fragebogen wird in der psychosomatischen Rehabilitation eingesetzt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels CRQ

Der Patientenfragebogen Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird von pulmonalen Patientinnen und Patienten ausgefüllt und misst deren gesundheitsbezogene Lebensqualität. Der CRQ besteht aus 20 Fragen, welche jeweils von 1 («maximale Beeinträchtigung») bis 7 («keine Beeinträchtigung») abgestuft sind. Die Fragen betreffen die Bereiche Atmung (Dyspnoe), Müdigkeit, Stimmungslage und Bewältigung der Krankheit. Pro Bereich wird der Mittelwert gebildet. Der Gesamtwert errechnet sich aus dem Durchschnitt der Bereichsmittelwerte und erreicht bei bester gesundheitsbezogener Lebensqualität maximal 7 Punkte. Der CRQ kommt in der pulmonalen Rehabilitation zur Anwendung.

In sämtlichen Rehabereichen werden zudem für alle Patientinnen und Patienten die **Minimaldaten gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)** erhoben.

3.2. Auswertung der Messergebnisse

Ein fairer Ergebnisvergleich setzt voraus, dass Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis, welche die Kliniken nicht selbst steuern können, statistisch kontrolliert werden. Daher wird im statistischen Verfahren der **Risikoadjustierung** die Patientenstruktur (Alter, Geschlecht, Funktionsfähigkeit bei Reha-Eintritt, Komorbidität etc.) einer Klinik mitberücksichtigt.

Für den Klinikvergleich werden die von möglichen Einflussfaktoren bereinigten Behandlungsergebnisse der Kliniken in Beziehung zueinander gesetzt. Die risikoadjustierte Auswertung zeigt demnach, ob Kliniken Behandlungsergebnisse erzielen, die im Vergleich zu den anderen Kliniken im statistisch zu erwartenden Bereich liegen oder signifikant von diesen Erwartungswerten abweichen.

Mit Ausnahme der Partizipationsziele werden alle erhobenen Messdaten sowohl deskriptiv als auch risiko-adjustiert ausgewertet. Die Nationalen Vergleichsberichte und die Kurzfassung führen auch Vorjahreswerte auf. Da sich die Stichprobe jedes Jahr ändert, sind Vorjahresvergleiche jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Hinweis zu den Messergebnissen

Die Messungen dienen der Qualitätssicherung und -entwicklung auf Klinikebene und dem nationalen Vergleich. Die Messergebnisse liefern den beteiligten Kliniken in spezifischen Bereichen umfassende Informationen. Da die Messungen nur ausgewählte Aspekte abdecken, sind keine generellen Rückschlüsse auf die Gesamtqualität und die Leistungserbringung einer Klinik möglich. Aus diesem Grund sind die Messergebnisse auch nicht für die Erstellung von Klinik-Ranglisten geeignet. Ebenso lassen sich aus den Messergebnissen zu Reha-Eintritt keine Aussagen zur Fallschwere der Patientinnen und Patienten und dem damit verbundenen Ressourcenaufwand der Rehabilitationsbehandlung einzelner Kliniken ableiten.

→ [Hinweis zur Interpretation der ANQ-Messergebnisse \(PDF\)](#)

4. Geriatrische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 54 Kliniken (2021: 51) Daten für 24'815 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine geriatrische Rehabilitation beendet hatten (2021: 24'195). Die Fallzahl war bereits von 2020 zu 2021 leicht gestiegen und ist auch im Jahr 2022 etwas höher als in den Vorjahren. 92.7% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 92.5%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 78.5% (2021: 78.2%). Aufgrund der besseren Datenqualität und der gestiegenen Fallzahl war die Auswertungsstichprobe grösser als 2021: Insgesamt wurden 19'475 Datensätze (2021: 18'929) aus 54 Kliniken (2021: 50) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 83.7 Jahre (2021: 83.1). Der Frauenanteil betrug 63.9% (2021: 63.7%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.9 Tage (2021: 21.4). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore erreichte mit 18.1 den gleichen Wert wie im Vorjahr. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigte sich für die meisten Merkmale der Auswertungsstichprobe keine nennenswerte Veränderung.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 35.2 Punkte (2021: 35.6) und bei Reha-Austritt 42.8 Punkte (2021: 43.0). Damit lagen die Gesamtdurchschnittswerte bei Ein- und bei Austritt auf dem Niveau des Vorjahres.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab:

- für 26 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 14 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 10 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 4 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 94.4% erreicht (2021: 94.9%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. 90% der Patientinnen und Patienten, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Das Partizipationsziel «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurde nur vereinzelt dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum. Die vereinbarten Partizipationsziele variieren je nach Klinik teilweise erheblich.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 9.5% der Fälle (2021: 9.1%). Dabei ging es meistens um eine Veränderung der Wohnform oder des Unterstützungsbedarfs. Häufig waren – anders als zunächst geplant – doch eine Integration in eine Wohneinrichtung oder eine externe Unterstützung im häuslichen Wohnumfeld erforderlich.

5. Internistische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 41 Kliniken (2021: 39) Daten für 5'960 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine internistische Rehabilitation beendet hatten (2021: 5'991). 98.0% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 94.3%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 79.2% (2021: 77.0%). Aufgrund der leicht höheren Fallzahlen war die Auswertungsschichtprobe geringfügig grösser als 2021: Total wurden 4'721 Datensätze (2021: 4'613) aus 41 Kliniken (2021: 38) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 69.3 Jahren (2021: 70.0). Der Frauenanteil betrug 52.2% (2021: 50.5%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 22.2 Tage (2021: 21.4). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag wie 2021 bei 18.1. Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Messung der Funktionsfähigkeit

Insgesamt erzielten alle Kliniken im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 44.0 Punkte (2021: 43.9) und bei Reha-Austritt 51.5 Punkte (2021: 51.2). Beide Gesamtdurchschnittswerte sind damit vergleichbar mit dem Vorjahr.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso war das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu Ein- und zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich. Um zu beurteilen, ob eine im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Kliniken eher grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit erzielt werden konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab:

- für 18 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 6 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 5 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 12 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde wie im Vorjahr zu 93.5% erreicht. Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten rund 60% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es gut zwei Drittel. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» (Integration in ein Pflegeheim oder in eine andere Institution) sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der gewählten Partizipationsziele kaum. In einzelnen Kliniken zeigt sich aber eine von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 5.8% der Fälle eine Anpassung des Ziels. Diese Quote ist etwas höher als im Vorjahr (2021: 4.7%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert. Diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Anpassungen der Ziele beinhalten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs oder eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung).

6. Kardiale Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 19 Kliniken (2021: 18) Daten für 7'616 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine kardiale Rehabilitation beendet hatten (2021: 7'157). Damit ist eine Steigerung der Fallzahlen erkennbar. 95.1% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 89.4%). Die Auswertungsstichprobe wurde instrumentenspezifisch ermittelt (vgl. Beschreibung beim jeweiligen Instrument).

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der mittleren Verbesserung während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken in allen gemessenen Ergebnisbereichen. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für den MacNew Heart und den 6-Minuten-Gehtest risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Auswertungsstichprobe des MacNew Heart umfasst die Angaben von 4'315 Patientinnen und Patienten (2021: 3'908) aus 19 Kliniken (2021: 18). Das mittlere Alter lag bei 68.2 Jahren (2021: 67.4), und der Frauenanteil machte 28.9% aus (2021: 27.9%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.8 Tage (2021: 20.3). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.6 (2021: 18.0).

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart betrug bei Reha-Eintritt 4.99 Punkte (2021: 5.03) und bei Reha-Austritt 5.92 Punkte (2021: 5.95). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des MacNew Heart ergab:

- für 11 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den zu erwartenden Ergebnissen lag.
- für 4 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 3 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Auswertungsstichprobe des 6-Minuten-Gehtests umfasst die Angaben von 5'524 Patientinnen und Patienten (2021: 5'120) aus 19 Kliniken (2021: 18). Das mittlere Alter lag bei 68.4 Jahren (2021: 67.8), und der Frauenanteil machte 29.2% aus (2021: 30.0%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.7 Tage (2021: 20.5). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.7 (2021: 18.3).

Bis zum Messjahr 2022 konnten die Kliniken gemäss den ANQ-Vorgaben neben dem 6-Minuten-Gehtest auch die Fahrrad-Ergometrie durchführen. Dabei absolvierten die weniger stark beeinträchtigten Patientinnen und Patienten den Leistungstest mittels Fahrrad-Ergometrie. Mit dem Messjahr 2022 wurde die Fahrrad-Ergometrie eingestellt. Da nun auch die Patientinnen und Patienten mit weniger Beeinträchtigungen den 6-Minuten-Gehtest absolvierten, stiegen die Fallzahlen und die im Durchschnitt zurückgelegten Strecken im Vergleich zu den Vorjahren.

Im 6-Minuten-Gehtest stieg die zurückgelegte Gehstrecke von durchschnittlich 313 Metern bei Reha-Eintritt (2021: 287) auf 440 Meter bei Reha-Austritt (2021: 414). Sowohl der Eintrittswert als auch der Austrittswert lagen damit auf einem höheren Niveau als 2021. Die im Mittel zurückgelegten Gehstrecken sind vor allem bei den Kliniken höher, die zum ersten Mal auf die Fahrrad-Ergometrie verzichteten.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab:

- für 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 3 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 6 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 3 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Auswertungsstichprobe umfasst die Angaben von 6'487 Patientinnen und Patienten (2021: 5'900). Das mittlere Alter lag bei 68.5 Jahren (2021: 67.9). Der Frauenanteil machte 29.2% aus (2021: 30.3%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.7 Tage (2021: 20.6). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.6 (2021: 18.2).

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 96.3% erreicht (2021: 98.4%). Damit lag die Zielerreichung leicht unter dem Vorjahr. Dies ist vor allem auf die verschlechterte Quote einer einzelnen Klinik zurückzuführen. Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollte rund ein Drittel daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es 40% der Patientinnen und Patienten. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert, wobei Ziele aus dem Bereich «Teilhabe am öffentlichen Leben» etwas häufiger vereinbart wurden als im Vorjahr. Die Partizipationsziele variierten von Klinik zu Klinik zum Teil erheblich.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 2.3% der Fälle (2021: 2.4%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Die Anpassungen beinhalten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs, eine Veränderung der Wohnform sowie ein Wechsel vom Bereich «Wohnen» zum Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben».

7. Muskuloskelettale Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 67 Kliniken (2021: 66) Daten für 29'791 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine muskuloskelettale Rehabilitation beendet hatten (2021: 29'319). 96.1% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 92.7%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 89.4% (2021: 85.6%). Total wurden 26'630 Datensätze (2021: 25'092) aus 67 Kliniken (2021: 65) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 71.2 Jahren (2021: 70.2). Der Frauenanteil machte 63.1% aus (2021: 62.4). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 22.1 Tagen (2021: 22.0). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 13.3 (2021: 13.4). Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 43.7 Punkte (2021: 43.7) und bei Reha-Austritt 52.3 Punkte (2021: 52.3). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit auf dem Niveau des Vorjahrs.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab:

- für 31 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 14 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 17 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 5 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu rund 97.2% erreicht (2021: 96.9%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. 60% der in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählte hatten, wollten daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es ebenfalls rund 60%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum. In einzelnen Kliniken zeigt sich aber eine von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Das gewählte Partizipationsziel wurde in lediglich 3.1% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst (2021: 3.0%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Die Anpassungen beinhalten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs oder eine Veränderung der Wohnform.

8. Neurologische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 38 Kliniken (2021: 38) Daten für 14'602 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine neurologische Rehabilitation beendet hatten (2021: 14'757). 97.0% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 94.2%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 85.7% (2021: 83.0%). Die Auswertungsstichprobe ist damit geringfügig grösser als im Vorjahr. Insgesamt wurden 12'516 Datensätze (2021: 12'254) aus 38 Kliniken (2021: 37) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 66.2 Jahren (2021: 66.1). Der Frauenanteil machte 44.4% aus (2021: 44.5%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 36.5 Tage (2021: 36.9). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 14.8 (2021: 15.1). Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 35.5 Punkte (2021: 34.3), bei Reha-Austritt 44.9 Punkte (2021: 44.2). Beide Gesamtdurchschnittswerte waren somit etwas höher als im Vorjahr.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Auch war das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu Ein- und zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab:

- für 21 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 2 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle) oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 95.8% erreicht (2021: 95.7%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Sowohl bei den alleinstehenden als auch bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten rund 70% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele nur wenig. In einigen wenigen Kliniken zeigte sich eine deutlich von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 5.5% der Fälle (2021: 6.2%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die am meisten vereinbarten Partizipationsziele. Die Anpassungen beinhalteten zumeist eine Veränderung der Wohnform oder des Unterstützungsbedarfs beim Wohnen.

9. Onkologische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 21 Kliniken (2021: 15) Daten für 1'835 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2021: 1'245). 99.3% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 98.9%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 80.3% (2021: 83.8%). Die Auswertungsstichprobe war um gut 40% grösser als 2021: Insgesamt wurden 1'473 Datensätze (2021: 1'043) aus allen 21 Kliniken (2021: 15) ausgewertet. Die Fallzahlsteigerung steht in Zusammenhang mit einer höheren Anzahl Kliniken, die 2022 (erstmals) Leistungen in der onkologischen Rehabilitation anboten. Zu den möglichen Ursachen gehören eine erhöhte Nachfrage (auch im Sinne eines Nachholeffekts nach der Corona-Pandemie), eine veränderte Vergabepaxis von Leistungsaufträgen in den Kantonen oder eine veränderte Fallzuordnung im Rahmen der stationären Tarifstruktur ST Reha. Die genannten möglichen Einflussfaktoren können Grundlage für vertiefende Analysen zur Fallzahlsteigerung sein.

Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 68.9 Jahren (2021: 67.4). Der Frauenanteil machte 53.8% aus (2021: 57.5%). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 20.6 Tagen (2021: 20.8). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 16.7 (2021: 16.8). Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 43.7 Punkte (2021: 47.5) und bei Reha-Austritt 52.0 Punkte (2021: 53.5). Beide Gesamtdurchschnittswerte waren damit tiefer als 2021.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab:

- für 6 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 9 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle), bei 3 Kliniken waren die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 95.5% erreicht (2021: 93.1%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollte etwas weniger als die Hälfte daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es knapp 60%. Im Vergleich zu 2021 wurde die Teilhabe am öffentlichen Leben etwas häufiger dokumentiert. Diese Veränderung ist in erster Linie auf 2 Kliniken zurückzuführen, die dieses Partizipationsziel vergleichsweise häufig vereinbarten.

In 3.3% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels (2021: 2.9%).

10. Paraplegiologische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 4 Kliniken (2021: 4) Daten für 960 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine paraplegiologische Rehabilitation beendet hatten (2021: 975). 99.7% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 99.6%). Die Datenqualität der Kliniken ist sehr gut: Der Anteil an auswertbaren Daten betrug 93.4% (2021: 94.1%). Weil die Anzahl übermittelter Fälle und der Anteil auswertbarer Fälle auf Vorjahresniveau liegen, entspricht auch die Auswertungsstichprobe ungefähr dem Vorjahr: Diese umfasst Datensätze von 897 Patientinnen und Patienten (2021: 917) aus allen 4 Kliniken (2021: 4). Das mittlere Alter lag bei 56.6 Jahren (2021: 55.7), und der Frauenanteil machte 34.9% aus (2021: 34.7%). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 74.8 Tagen (2021: 77.5). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 21.1 (2021: 20.9).

Messung der Funktionsfähigkeit

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung im jeweiligen Ergebnisbereich erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität der SCIM durchgeführt.

Die paraplegiologischen Patientinnen und Patienten erreichten bei Reha-Eintritt im Mittel einen SCIM-Score von 41.3 Punkten (2021: 40.9) und bei Reha-Austritt einen Score von 53.2 Punkten (2021: 50.3). Der Gesamtdurchschnittswert zu Reha-Austritt lag damit über dem Niveau von 2021, während der mittlere Eintrittswert der SCIM in etwa dem Vorjahreswert entsprach.

Die risikoadjustierte Auswertung der SCIM ergab:

- für alle 4 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 97.8% erreicht (2021: 96.7%). Die Partizipationsziele stammten fast ausschliesslich aus dem Bereich «Wohnen». 52.1% der Patientinnen und Patienten definierten die Integration in eine Pflegeeinrichtung als Ziel (2021: 52.9%). 27.8% wollten nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner wohnen können (2021: 28.1%). 12.7% setzten sich zum Ziel, alleinstehend zu wohnen (2021: 12.2%). Sowohl bei den alleinstehenden als auch bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollten wie im Vorjahr rund 70% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Alle anderen Ziele wurden zu Beginn der Rehabilitation deutlich seltener dokumentiert.

Eine Klinik wählte die Integration in eine Pflegeeinrichtung zunächst für 100% ihrer Patientinnen und Patienten, passte dieses Ziel im Verlauf der Rehabilitation aber für viele ihrer Patientinnen und Patienten an. In den anderen 3 Kliniken wurde die Integration in eine Pflegeeinrichtung nur sehr selten gewählt.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 49.4% der Fälle (2021: 51.5%). Die geänderten Partizipationsziele stammen aus allen drei Teilhabebereichen – Soziokultur, Wohnen und Arbeit.

11. Psychosomatische Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 14 Kliniken (2021: 14) Daten für 2'801 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine psychosomatische Rehabilitation beendet hatten (2021: 3'033). 92.8% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2021: 87.2%). Die Ergebnisqualitätsvergleiche erfolgen auf der Basis von drei instrumentenspezifischen Auswertungsstichproben, die weiter unten beim jeweiligen Instrument beschrieben werden.

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der Symptombelastung. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für die HADS-Angstskala, die HADS-Depressionsskala und den PHQ-15 risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung von Angst und Depression

Die Auswertungsstichprobe der HADS-Angstskala und der HADS-Depressionsskala umfasst die Angaben von 2'037 Patientinnen und Patienten (2021: 1'965) aus 13 Kliniken (2021: 13). Das mittlere Alter lag bei 51.3 Jahren (2021: 50.4). Der Frauenanteil machte 66.0% aus (2021: 65.5%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 26.7 Tage (2021: 29.3). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 9.3 (2021: 8.3).

Auf der HADS-Angstskala betrug der Gesamtwert bei Reha-Eintritt durchschnittlich 10.5 Punkte (2021: 10.9) und bei Reha-Austritt durchschnittlich 7.8 Punkte (2021: 7.8). Die Ergebnisse entsprechen damit dem Niveau des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung der HADS-Angstskala ergab:

- für 9 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die unter den statistisch erwarteten Werten blieb.

Bei 3 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

Auf der HADS-Depressionsskala lag der Gesamtwert bei Reha-Eintritt im Mittel bei 10.3 Punkten (2021: 10.6) und bei Reha-Austritt im Mittel bei 6.9 Punkten (2021: 6.9). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung der HADS-Depressionsskala ergab:

- für 10 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.

Bei 3 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

Messung der somatischen Beschwerden

Die Auswertungsstichprobe des PHQ-15 umfasst die Angaben von 2'022 Patientinnen und Patienten (2021: 1'961) aus 13 Kliniken (2021: 12). Das mittlere Alter lag bei 51.3 Jahren (2021: 50.4). Der Frauenanteil machte 65.9% aus (2021: 65.7%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 26.7 Tage (2021: 29.3). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 9.4 (2021: 8.2).

Beim PHQ-15 betrug der Gesamtdurchschnittswert bei Reha-Eintritt 12.1 Punkte (2021: 11.9) und bei Reha-Austritt 9 Punkte (2021: 8.9). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des PHQ-15 ergab:

- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität, die aufgrund der klinikeigenen Patientenstruktur statistisch erwartet wurde.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die über den statistisch erwarteten Werten lag.

Bei 4 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Auswertungsstichprobe umfasst die Angaben von 2'391 Patientinnen und Patienten (2012: 2'417) aus 13 Kliniken (2021: 13). Das mittlere Alter lag bei 51.8 Jahren (2021: 50.4). Der Frauenanteil machte 65.9% aus (2021: 65.7%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 26.4 Tage (2021: 29.8). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 9.4 (2021: 8.2).

Das mit den Patientinnen und Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 94.1% erreicht (2021: 93.0%). Die Partizipationsziele stammten aus allen drei Teilhabebereichen: Ziele aus dem Bereich «Sozio-kultur» sowie «Wohnen» waren mit rund 40% respektive 50% am häufigsten. Ziele aus dem Bereich «Arbeit» machten etwa 7% aus. Die Anteile der gewählten Ziele unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Kliniken.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 3.2% der Fälle (2021: 3.3%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «zu Hause Wohnen» sowie das Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt.

12. Pulmonale Rehabilitation: Messung 2022

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 14 Kliniken (2021: 13) Daten für 5'115 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine pulmonale Rehabilitation beendet hatten (2021: 5'569). Es ist damit eine Verringerung der Fallzahlen erkennbar. 85.3% der Datensätze waren vollständig dokumentiert, was gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung bedeutet (2021: 81.4%). Die Ergebnisqualitätsvergleiche erfolgen auf der Basis von drei instrumentenspezifischen Auswertungsstichproben, die weiter unten beim jeweiligen Instrument beschrieben werden. Über alle drei Auswertungsstichproben hinweg zeigen sich zum Teil veränderte Stichprobenmerkmale. Unter anderem wurden 2022 weniger Fälle mit Diagnosen im Bereich «Grippe und Pneumonie» und mehr Fälle mit COPD-Diagnose behandelt. Zur Einordnung dieser Befunde wären weitere Analysen nötig. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass sich die Covid-19-Pandemie weniger stark auf das Behandlungsgeschehen auswirkte als 2021.

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für den CRQ-Patientenfragebogen und den 6-Minuten-Gehtest risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Auswertungsstichprobe des CRQ umfasst die Angaben von 2'520 Patientinnen und Patienten (2021: 2'581) aus 14 Kliniken (2021: 13). Das mittlere Alter betrug 67.7 Jahre (2021: 66.0). Der Frauenanteil machte 47.2% aus (2021: 40.4%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.6 Tage (2021: 21.1). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 16.5 (2021: 15.0).

Der Gesamtdurchschnitt des CRQ erreichte bei Reha-Eintritt im Mittel 3.87 Punkte (2021: 3.95) und bei Austritt 5.00 Punkte (2021: 5.06). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des CRQ ergab:

- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde.

Bei 2 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Auswertungsstichprobe des 6-Minuten-Gehtests umfasst die Angaben von 3'439 Patientinnen und Patienten (2021: 3'687) aus 14 Kliniken (2021: 13). Das mittlere Alter betrug 67.9 Jahre (2021: 66.2). Der Frauenanteil machte 45.9% aus (2021: 41.8%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.5 Tage (2021: 21.2). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 16.6 (2021: 15.1).

Die beim 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Gehstrecke stieg von durchschnittlich 256 Metern bei Reha-Eintritt (2021: 259) auf 347 Meter bei Reha-Austritt (2021: 367). Der Eintrittswert lag damit auf dem Niveau von 2021, während die mittlere Gehstrecke bei Reha-Austritt etwas kürzer ausfiel.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab:

- für 9 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 3 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 1 Klinik ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Auswertungsstichprobe umfasst die Angaben von 3'815 Patientinnen und Patienten (2021: 4'086) aus 14 Kliniken (2021: 13). Das mittlere Alter lag bei 68.1 Jahren (2021: 66.4). Der Frauenanteil machte 45.9% aus (2021: 42.0%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.5 Tage (2021: 21.2). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 16.7 (2021: 15.1).

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 97.9% erreicht (2021: 98.1%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den alleinstehenden und bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollte rund die Hälfte daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Je nach Klinik variieren die Partizipationsziele jedoch stark.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte bei 3.6% der Fälle (2021: 3.5%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt.