
Nationaler Vergleichsbericht 2022

Onkologische Rehabilitation

Nationaler Messplan Rehabilitation

Erhebungszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2022

21. September 2023/Version 1.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

E-Mail: anq-messplan@charite.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Ergebnisse	6
2.1. Datenbasis und -qualität.....	6
2.2. Stichprobenbeschreibung	8
2.3. Ergebnisqualität: ADL-Score	14
2.3.1. Deskriptive Darstellung: ADL-Score.....	14
2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: ADL-Score	16
2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung.....	19
3. Diskussion.....	22
4. Literatur	26
Abbildungsverzeichnis	27
Tabellenverzeichnis	28
Abkürzungsverzeichnis	29
Anhang.....	30
A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge).....	30
A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle	31
A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich	33
A4 Ergebnisqualität ADL-Score im Klinikvergleich.....	38
A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich	41
Impressum.....	44

Zusammenfassung

Der vorliegende Nationale Vergleichsbericht bietet einen Ergebnisqualitätsvergleich der Kliniken, die sich an den ANQ-Messungen für den Bereich Onkologische Rehabilitation im Jahr 2022 beteiligt haben. Zusätzlich zum Ergebnisbericht wird ein rehabereichsübergreifender Methodenbericht publiziert (ANQ, Charité, 2023a).

Als zentrale Messinstrumente der Ergebnisqualität werden von den Rehabilitationskliniken in der onkologischen Rehabilitation wahlweise das FIM® Instrument (Functional Independence Measure) oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) eingesetzt. Beide Instrumente erfassen die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens. Für den klinikübergreifenden Vergleich der Ergebnisqualität wird ein ADL-Score genutzt, der aus FIM® bzw. EBI mithilfe eines validierten Umrechnungsalgorithmus berechnet wird.

Für den Ergebnisqualitätsvergleich wird der risikoadjustierte Austrittswert des ADL-Scores zwischen den beteiligten Kliniken verglichen. Die Risikoadjustierung dient dazu, trotz unterschiedlicher Patientenstruktur einen fairen Klinikvergleich zu ermöglichen. Neben der Beschreibung der zentralen Charakteristika der Stichprobe werden die Rohwerte des Ergebnisindikators zu Ein- und Austritt sowie die Ergebnisse des risikoadjustierten Vergleichs der Ergebnisqualität berichtet. Des Weiteren werden die zu Reha-Eintritt gewählten Partizipationsziele und deren Zielerreichung deskriptiv berichtet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im Vergleich zum Vorjahr. Das verwendete Verfahren zur Risikoadjustierung, die berücksichtigten Patientenmerkmale sowie die grafischen Darstellungen werden im Methodenbericht ausführlich erläutert.

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). Von diesen lagen für einen Anteil von 80.3% (2021: 83.8%) auswertbare Daten aus allen 21 Kliniken (2021: 15) vor. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 68.9 Jahren (2021: 67.4). Der Frauenanteil betrug 53.8% (2021: 57.5%). Die Dauer der Rehabilitation umfasste im Mittel 20.6 Tage (2021: 20.8).

Für die onkologischen Patientinnen und Patienten lag im Mittel bei Reha-Eintritt ein ADL-Wert von 43.7 Punkten (2021: 47.5) und bei -Austritt von 52.0 Punkten (2021: 53.5) vor.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2022 für eine Klinik auf Basis der Ergebnisse der Gesamtstichprobe und unter Berücksichtigung des klinikindividuellen Casemix eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag. Für 2 Kliniken wurde eine Ergebnisqualität ermittelt, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde. 6 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag. Bei weiteren 9 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle), bei den übrigen 3 Kliniken sind die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Partizipationsziele wurden wie im Vorjahr überwiegend aus dem Bereich «Wohnen» vereinbart. Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte lediglich bei 3.3% der Fälle (2021: 2.9%). Bei 95.5% der Fälle wurden die vereinbarten Ziele erreicht (2021: 93.1%).

Die in diesem Nationalen Vergleichsbericht Onkologische Rehabilitation dargestellte Ergebnisqualität im Klinikvergleich für das Datenjahr 2022 kann eine Grundlage bilden, Verbesserungsprozesse in den Rehabilitationskliniken anzustossen.

1. Einleitung

Im Rahmen seiner Aufgaben hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) festgelegt, dass schweizweit Qualitätsmessungen in der stationären Rehabilitation durchgeführt werden. Der «Nationale Messplan Rehabilitation» umfasst verschiedene Messinstrumente zur Ergebnisqualität und wurde im Jahr 2013 eingeführt. Gesetzliche Grundlage ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Sämtliche Schweizer Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen von Akutspitälern (folgend: Rehabilitationskliniken/Kliniken), welche dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind, waren beginnend mit dem 1. Januar 2013 aufgefordert an den Ergebnismessungen teilzunehmen. Bei allen stationären Patientinnen und Patienten müssen je nach Rehabilitationsbereich mehrere Messungen nach den Vorgaben des ANQ durchgeführt werden. Die erhobenen Daten werden schweizweit vergleichend zwischen den Rehabilitationskliniken ausgewertet. Das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurde durch den ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten und die Auswertung der erhobenen Daten zu übernehmen.

Für die Datenjahre 2016 bis 2021 wurden bereits Nationale Vergleichsberichte für die onkologische Rehabilitation veröffentlicht (ANQ, Charité, 2018a; ANQ, Charité, 2018b; ANQ, Charité, 2019; ANQ, Charité, 2020; ANQ, Charité, 2021; ANQ, Charité, 2022). Die Datenanalysen und die Berichterstattung der Ergebnisse erfolgen entsprechend der aktuellen Version des Auswertungskonzepts (ANQ, Charité, 2023b). Sowohl die Datenqualität und Patientenstruktur als auch die Ergebnisqualität werden im Vorjahresvergleich gezeigt.

Dieser Bericht konzentriert sich auf die Darstellung der Ergebnisqualität im Klinikvergleich für die onkologische Rehabilitation und diskutiert diese. Der Anhang beinhaltet klinikspezifische Ergebnisse. In einem separaten Methodenbericht stehen eine Beschreibung der verwendeten Instrumente und der weiteren erhobenen Merkmale, der Methodik der Analyse und der verwendeten Grafiktypen, ein Glossar für Fachbegriffe sowie Lesebeispiele für die Abbildungen zur Verfügung (ANQ, Charité, 2023a). Der Methodenbericht ist als Ergänzung der rehabereichsspezifischen Nationalen Vergleichsberichte des Datenjahres 2022 konzipiert.

In der Stichprobenbeschreibung werden Verteilungen zu den Variablen des Casemix inklusive der Komorbidität für das gesamte Patientenkollektiv sowie für die einzelnen Kliniken präsentiert. Als Messinstrumente der Ergebnisqualität werden von den Rehabilitationskliniken wahlweise das FIM® Instrument oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) eingesetzt. Beide Instrumente erfassen die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens. Der Ergebnisqualitätsvergleich erfolgt mittels eines aus FIM® bzw. EBI berechneten ADL-Scores. Dies ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisqualität hinsichtlich der Funktionsfähigkeit unabhängig vom Einsatz des Erhebungsinstruments über alle Kliniken hinweg. Die Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst deskriptiv anhand der Rohwerte des ADL-Scores zu Ein- und Austritt. Im Anschluss werden die risikoadjustierten Ergebnisse des ADL-Scores zu Reha-Austritt berichtet. Diese adjustierten Ergebnisse sind mit Hilfe statistischer Modelle vom Einfluss der unterschiedlichen Patientenstruktur der Kliniken bereinigt.

Als weiterer Ergebnisindikator wird die Dokumentation von den zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationszielen und deren Zielerreichung berichtet. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.



Die Ergebnisse der einzelnen Kliniken sind im vorliegenden Bericht durch Nummern codiert. Den beteiligten Rehabilitationskliniken ist ihre eigene Nummer bekannt. Basierend auf diesem Bericht werden die Messergebnisse des Datenjahres 2022 auf dem Webportal des ANQ auch transparent publiziert. Damit werden die Vorgaben des Nationalen Qualitätsvertrages erfüllt.

Neben dem hier vorgelegten Nationalen Vergleichsbericht für die onkologische Rehabilitation werden rehabereichsspezifisch weitere Nationale Vergleichsberichte auf dem ANQ-Webportal publiziert. Diese Berichte sind aus Gründen der besseren Verständlichkeit und Vergleichbarkeit analog aufgebaut.

2. Ergebnisse

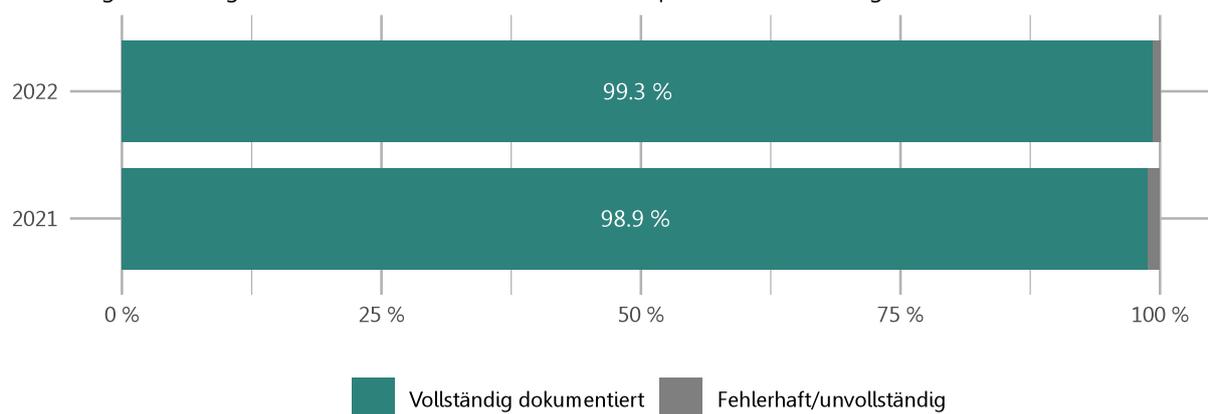
2.1. Datenbasis und -qualität

Für das Datenjahr 2022 wurden Daten von 1'835 Fällen (2021:1'245) der onkologischen Rehabilitation aus 21 Kliniken (2021: 15) übermittelt. Hiervon wurden 99.3% der Datensätze vollständig dokumentiert (2021: 98.9%) (Abbildung 1).

Von den vollständig dokumentierten Fällen wurden die Daten von 1'473 Patientinnen und Patienten (2021: 1'043) als auswertbar klassifiziert.¹ Dies entspricht einem Anteil von 80.3% aller übermittelten Fälle des Jahres 2022 (2021: 83.8%). 19.0% der Fälle sind ebenfalls vollständig, aber als Dropout² dokumentiert und können somit in den Ergebnisanalysen nicht berücksichtigt werden (2021: 15.1%) (Abbildung 2).

4 Kliniken nutzten den EBI und 17 Kliniken den FIM[®] als Instrument der Ergebnisqualitätsmessung (2021: 3 EBI, 12 FIM[®]).

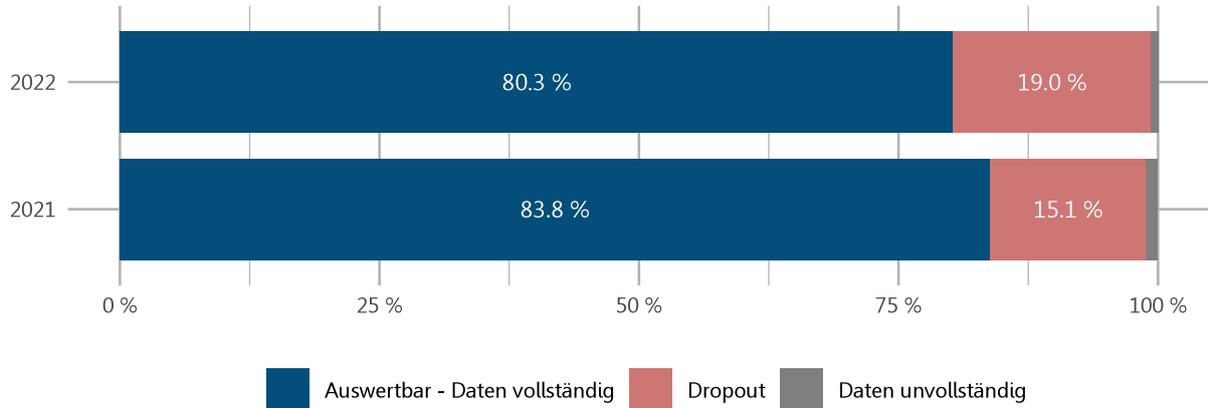
Abbildung 1: Onkologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich



¹ Auswertbarer Fall onkologische Rehabilitation: vollständige Messdaten FIM[®] oder EBI und Hauptziel/Zielerreichung (jeweils Ein- und Austritt), vollständige Minimaldaten des BFS und Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) sind vorhanden, vgl. Methodenbericht Kapitel 4.1.

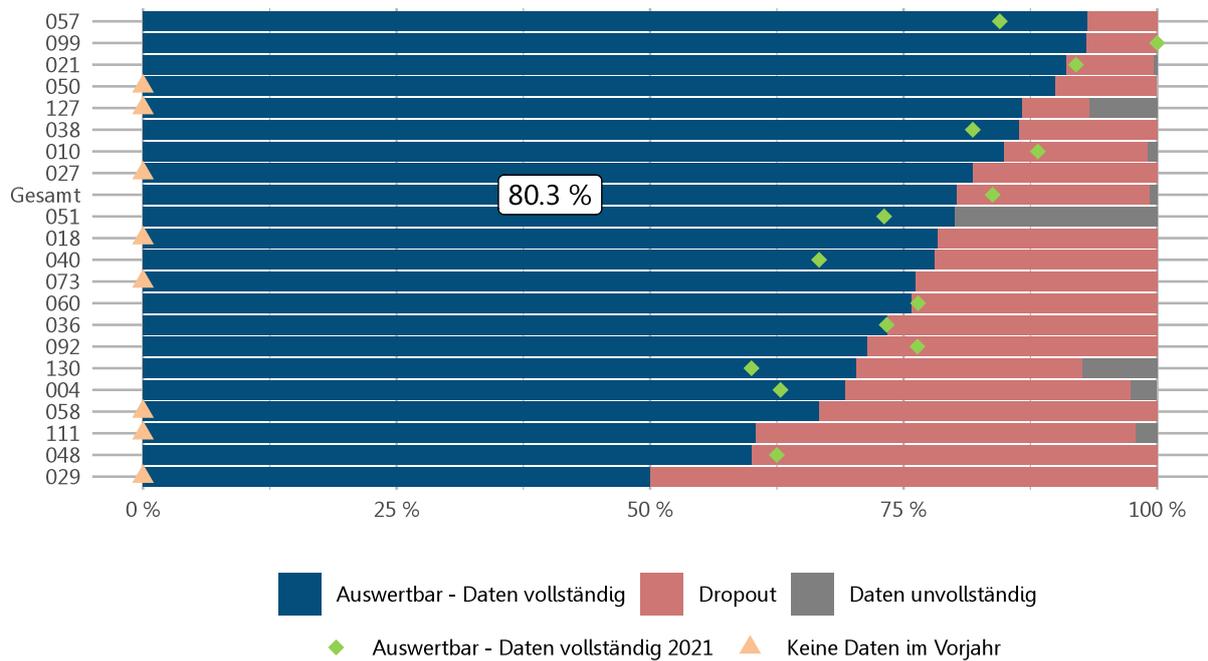
² Dropout: Fälle mit einem stationären Reha-Aufenthalt, der kürzer als 8 Tage ist (Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt), sowie Fälle, bei denen die Austrittsmessung aufgrund eines unvorhergesehenen Abbruchs der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientin/des Patienten) nicht (komplett) durchgeführt werden kann.

Abbildung 2: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich



In Abbildung 3 wird der Anteil auswertbarer Fälle je Klinik dargestellt. Der Vorjahreswert des Anteils auswertbarer Fälle wird ebenfalls in der Grafik abgetragen (markiert mit einer grünen Raute). 8 Kliniken übermittelten für das Jahr 2021 keine Daten für die onkologische Rehabilitation (markiert mit einem orangen Dreieck). Die klinikspezifischen Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter sowie auswertbarer Fälle sind Anhang A2 zu entnehmen.

Abbildung 3: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2022 nach Kliniken



2.2. Stichprobenbeschreibung

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der Zusammensetzung der Auswertungsstichproben 2022 und 2021 dargestellt (Tabelle 1 sowie Abbildung 4 bis Abbildung 13). Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich für die meisten Merkmale keine nennenswerte Veränderung des Casemix. Geringfügige Veränderungen lassen sich bei folgenden Merkmalen feststellen: Die Auswertungsstichprobe 2022 weist im Vergleich zum Vorjahr einen etwas geringeren Anteil an Frauen (Abbildung 4) sowie an Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit (Abbildung 6) auf. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aus einem Akutspital in die Rehabilitationsklinik verlegt wurden, ist höher als im Vorjahr, während weniger Patientinnen und Patienten von Zuhause in die Rehabilitationsklinik kamen (Abbildung 10). Zusätzlich gab es 2022 mehr Fälle in der allgemeinen Liegeklasse und weniger halbprivate Rehabilitationsaufenthalte im Vergleich zum Vorjahr (Abbildung 8). Ausserdem wurden im aktuellen Jahr weniger spezifische und mehr unspezifische (sonstige) Diagnosen kodiert als 2021 (Abbildung 12).

Klinikspezifische Ergebnisse des Jahres 2022 werden in grafischer Form in Anhang A3 gezeigt. Die dazugehörigen Tabellen mit den genauen Fallzahlen und Anteilen jeder Kategorie werden separat in einer Excel- sowie PDF-Datei zur Verfügung gestellt.

Tabelle 1: Übersicht Stichprobenzusammensetzung im Jahresvergleich

	2022		2021	
Auswertbare Fälle (Anzahl, Prozent an allen übermittelten Fällen)	1.473	80,3	1.043	83,8
Geschlecht (in Prozent)				
Frauen	53,8		57,5	
Männer	46,2		42,5	
Alter (Mittelwert, SD in Jahren)	68,9	12,1	67,4	12,2
Nationalität (in Prozent)				
Schweiz	89,1		93,2	
Andere Nationalitäten	10,9		6,8	
Dauer der Rehabilitation (Mittelwert, SD in Tagen)	20,6	8,4	20,8	9,2
Liegeklasse (in Prozent)				
Allgemein	68,3		64,1	
Halbprivat	17,8		21,5	
Privat	13,9		14,4	
Hauptkostenträger (in Prozent)				
Krankenversicherung (obligatorisch)	98,3		97,0	
Unfallversicherung	0,1		0,5	
Weitere Träger	1,6		2,5	
Aufenthaltort vor Eintritt (in Prozent)				
Zuhause	12,9		16,2	
Zuhause mit SPITEX	0,1		0,0	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	0,1		0,2	
Akutspital, psychiatrische Klinik	87,0		83,4	
Andere	0,0		0,2	
Aufenthaltort nach Austritt (in Prozent)				
Zuhause	93,2		91,5	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	2,8		2,7	
Akutspital, psychiatrische Klinik	3,5		5,6	
Rehabilitationsklinik	0,5		0,3	
Andere	0,1		0,0	
Diagnosegruppe (in Prozent)				
Bösartige Neubildungen oberer Gastrointestinaltrakt & Leber	18,8		21,1	
Bösartige Neubildungen unterer Gastrointestinaltrakt	16,2		21,5	
Bösartige Neubildungen Atmungsorgane	6,1		5,8	
Bösartige Neubildungen Urogenitalsystem	17,1		20,2	
Bösartige Neubildungen Brustdrüse	6,8		7,5	
Bösartige Neubildungen lymphatisches & blutbildendes Gewebe	5,5		5,1	
Sonstige bösartige Erkrankungen	10,5		8,9	
Sonstige Erkrankungen	19,0		9,9	
CIRS-Gesamtscore (Mittelwert, SD in Punkten)	16,7	6,4	16,8	6,4

Abbildung 4: Verteilung des Geschlechts im Jahresvergleich

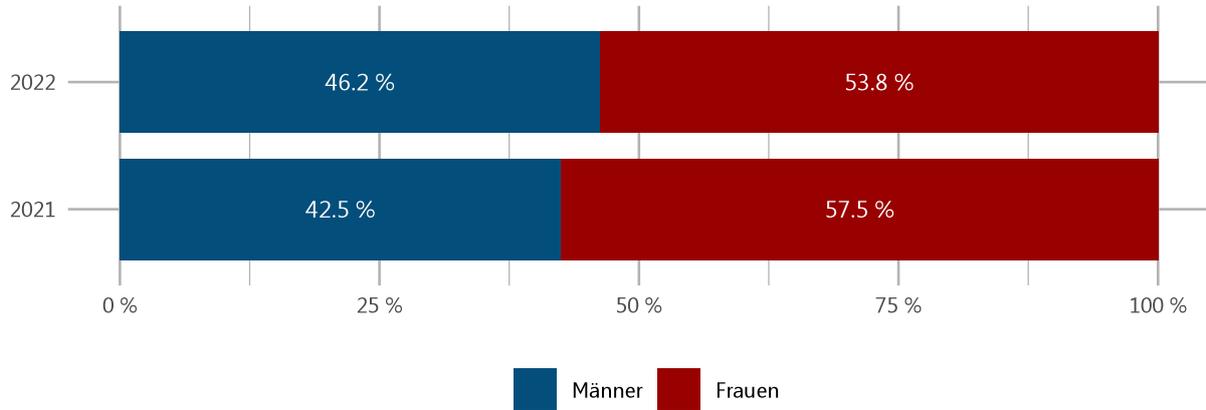


Abbildung 5: Histogramm des Alters im Jahresvergleich

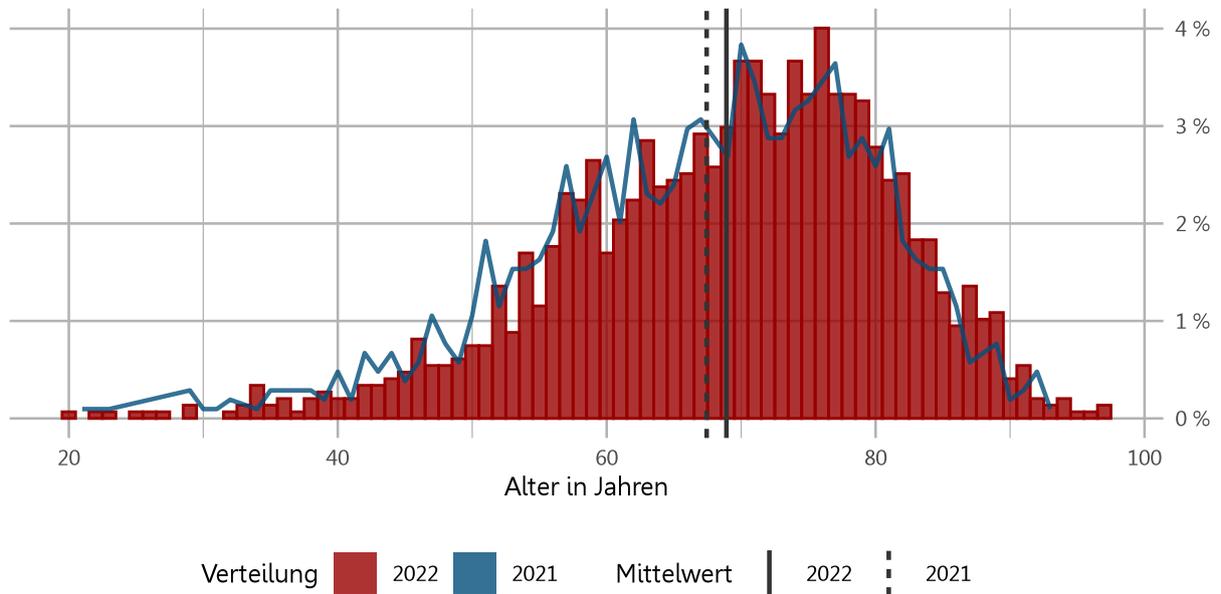


Abbildung 6: Verteilung der Nationalität im Jahresvergleich

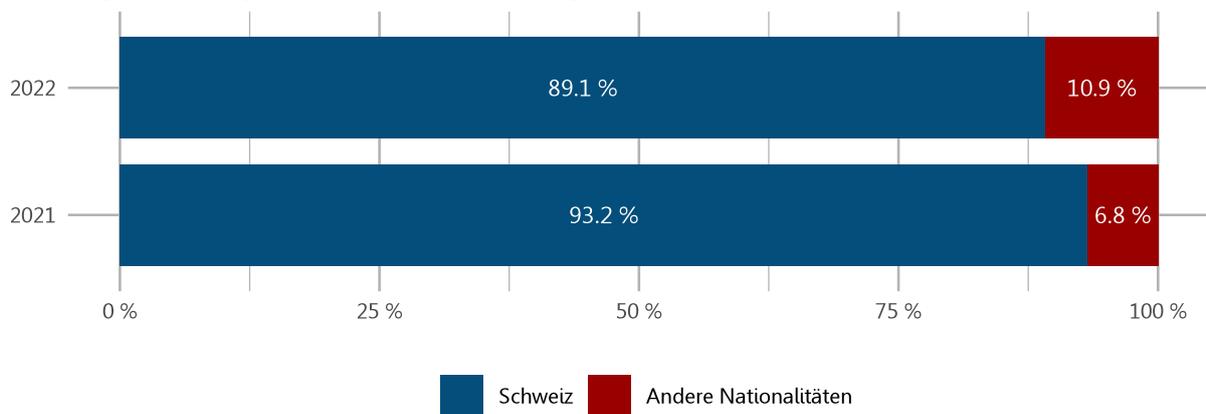


Abbildung 7: Histogramm der Dauer der Rehabilitation im Jahresvergleich

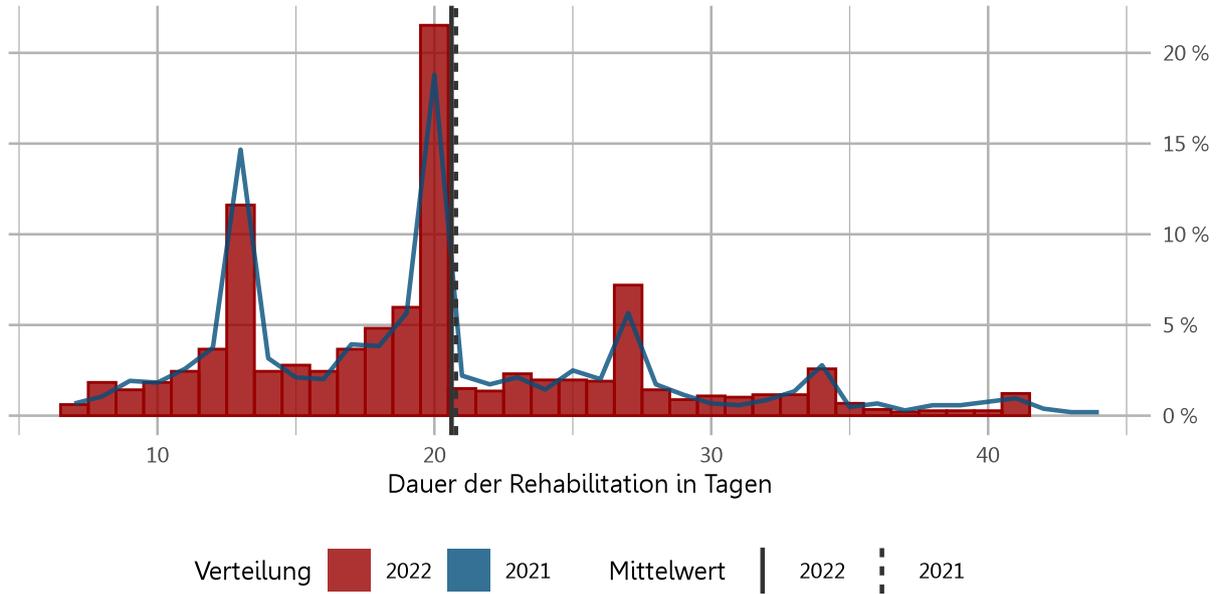


Abbildung 8: Verteilung der Liegeklasse im Jahresvergleich

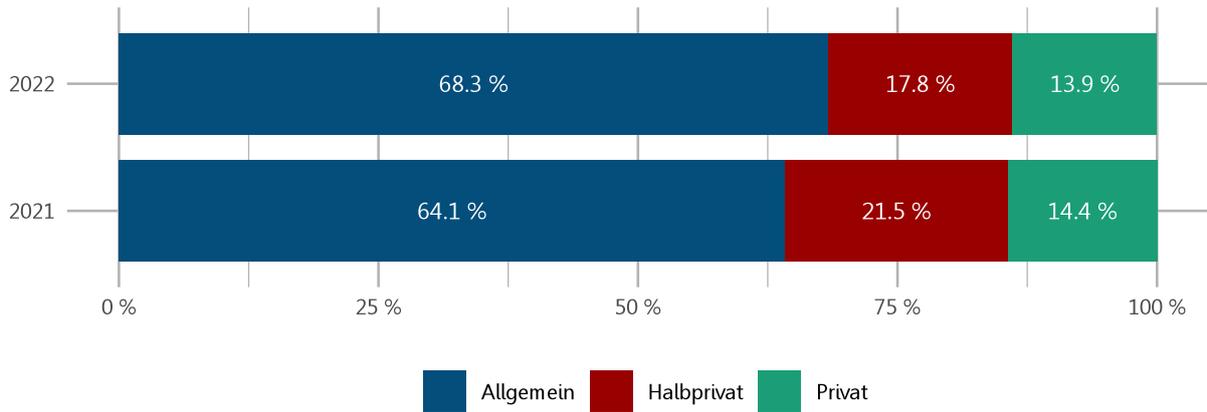


Abbildung 9: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation im Jahresvergleich

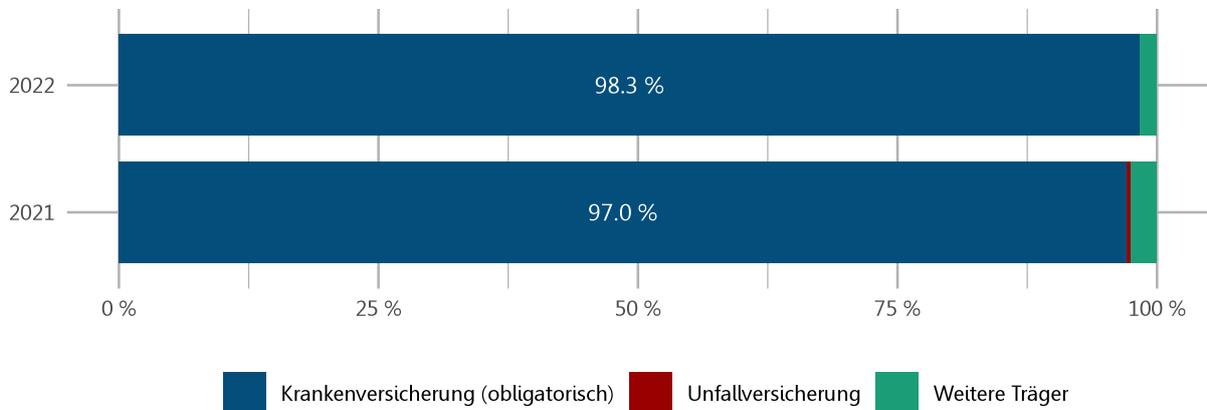


Abbildung 10: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt im Jahresvergleich

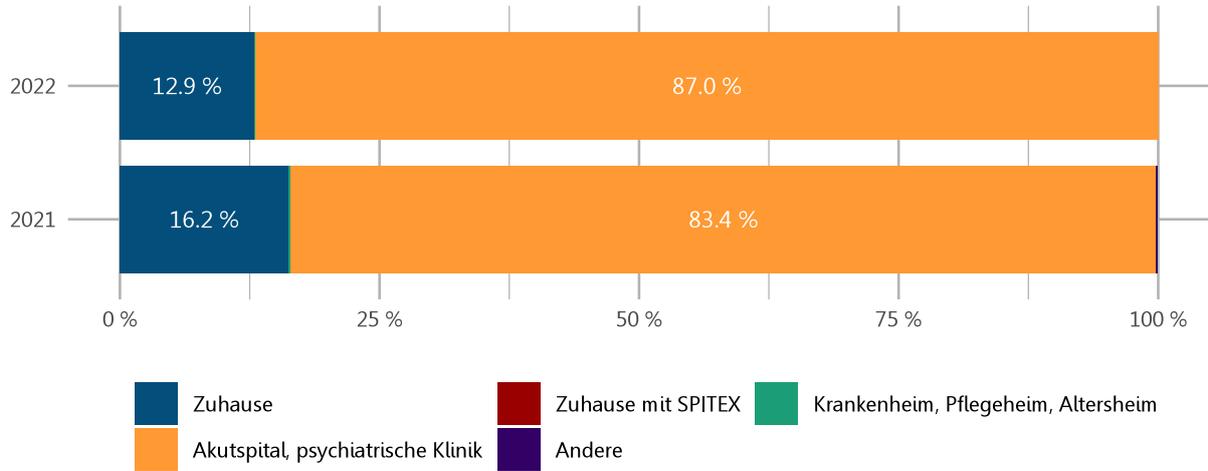


Abbildung 11: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt im Jahresvergleich

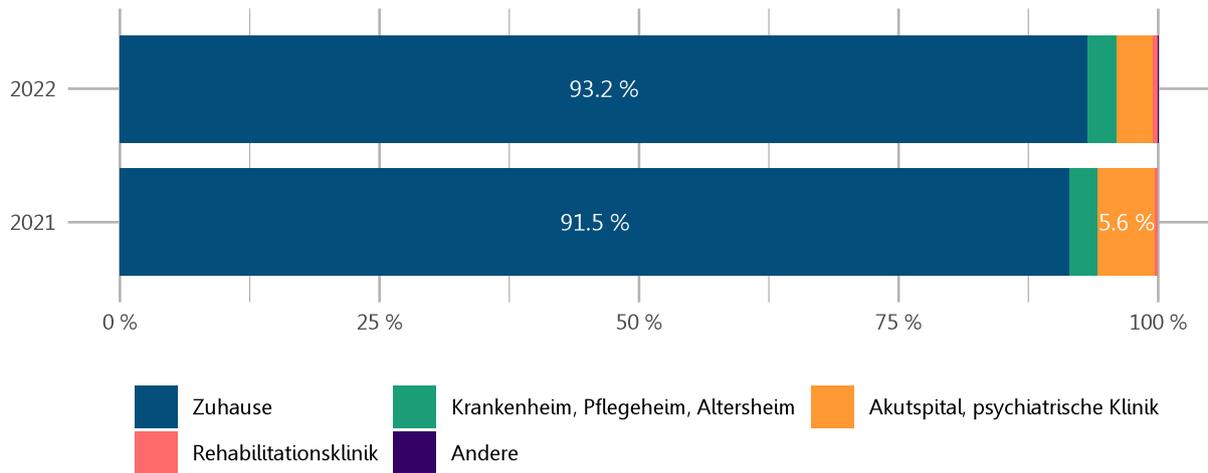


Abbildung 12: Verteilung der Diagnosegruppen im Jahresvergleich

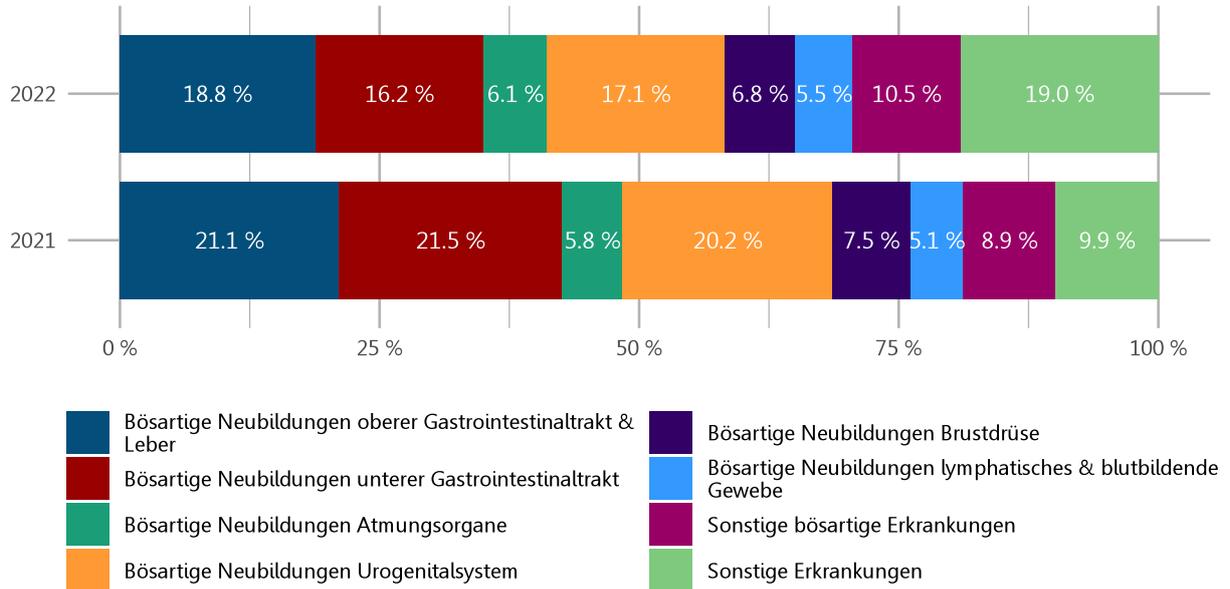
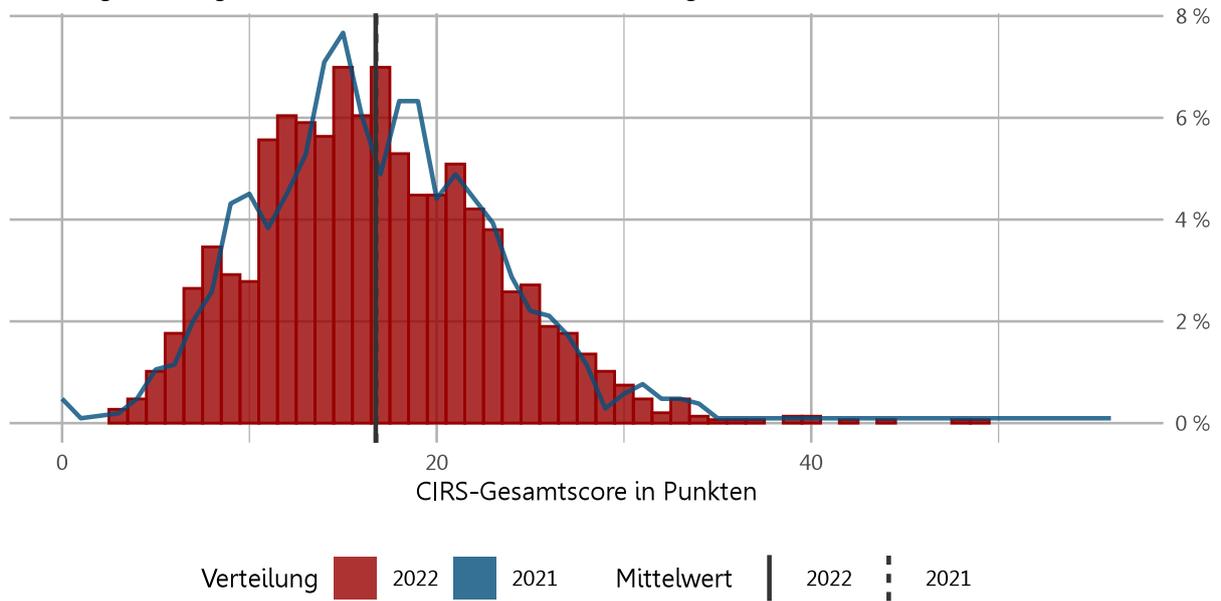


Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich



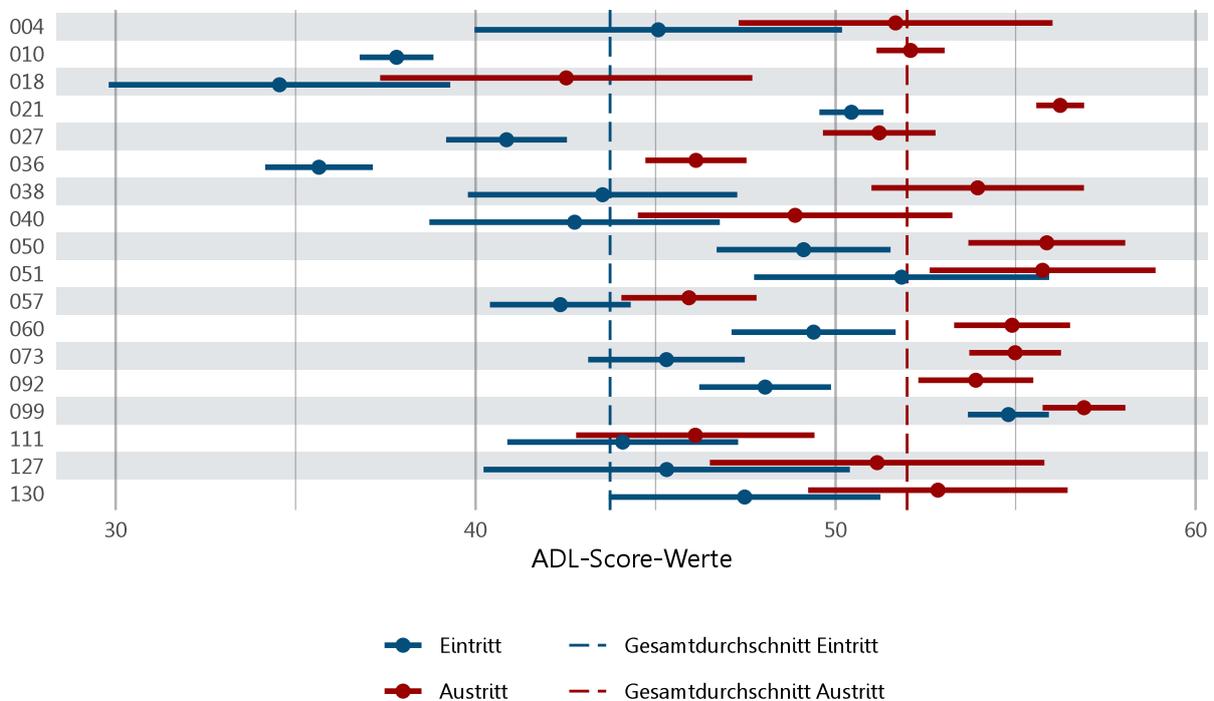
2.3. Ergebnisqualität: ADL-Score

2.3.1. Deskriptive Darstellung: ADL-Score

Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, lag im Jahr 2022 zu Reha-Eintritt bei 43.7 Punkten (2021: 47.5) und zu Reha-Austritt bei 52.0 Punkten (2021: 53.5) (Abbildung 14). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit niedriger als im Vorjahr.

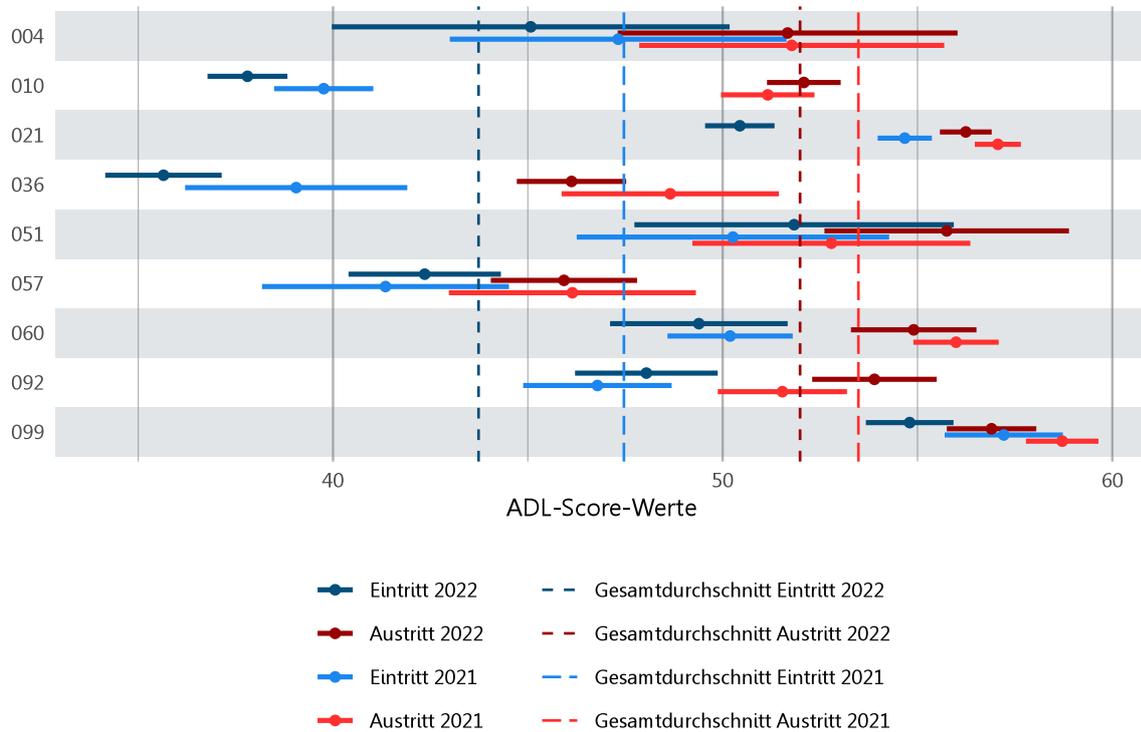
In Abbildung 15 sind die Veränderungen der klinikspezifischen Ergebnisse im ADL-Score im Vergleich zu den Ergebnissen 2021 abgebildet (siehe auch Tabelle 5 im Anhang). Es werden hier nur die Kliniken dargestellt, die für beide Berichtsjahre mindestens 10 auswertbare Fälle übermittelt haben.

Abbildung 14: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2022 nach Kliniken (ohne Adjustierung)



Die Kliniken 029, 048, 058 werden wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt (n < 10).

Abbildung 15: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)



2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: ADL-Score

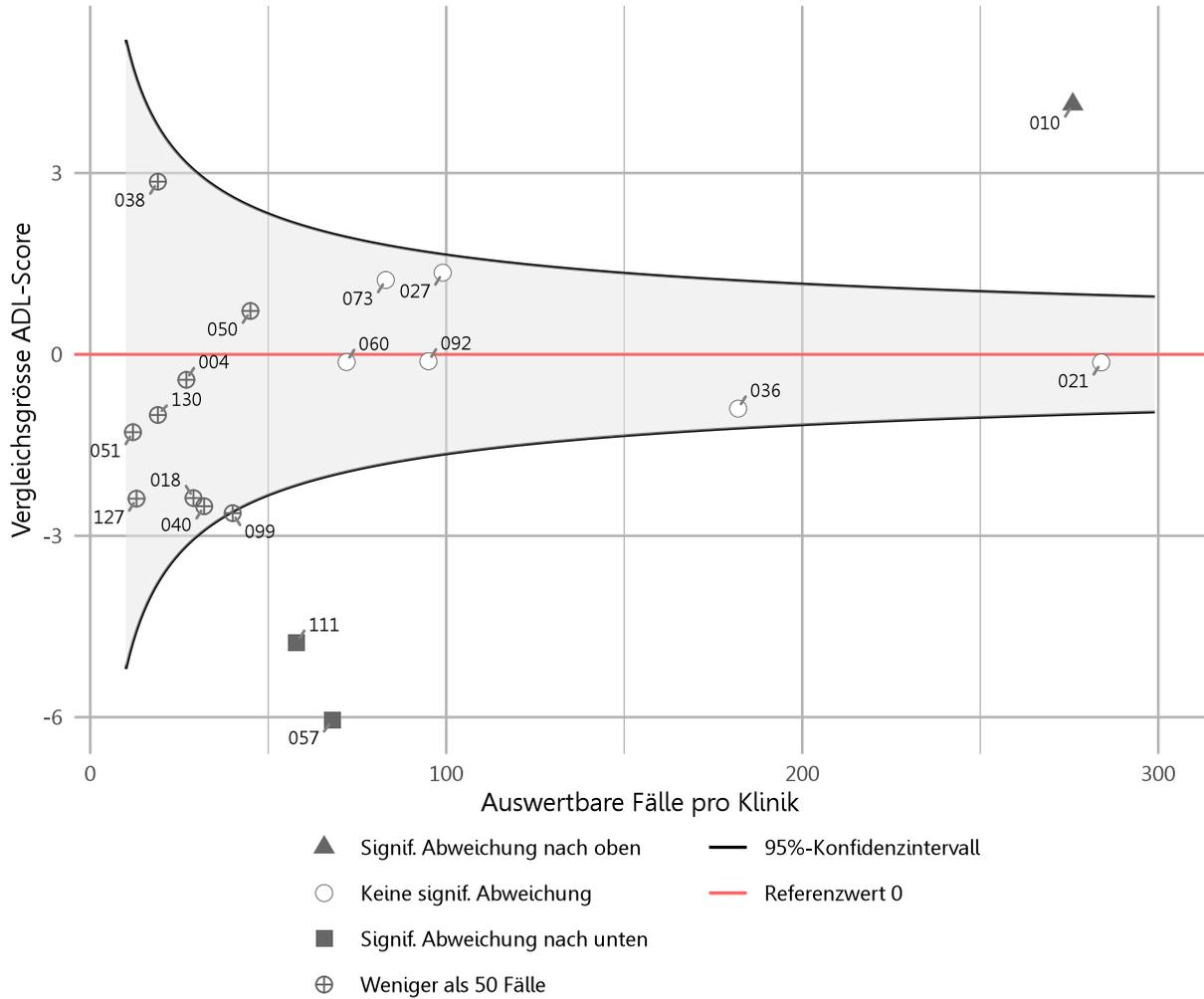
Die Ergebnisse des ADL-Scores zu Reha-Austritt (berechnet aus FIM® bzw. EBI) werden risikoadjustiert ausgewertet (siehe Tabelle 7 im Anhang) und es wird für jede Klinik eine Vergleichsgrösse berechnet.³ Diese Vergleichsgrössen sind in Abhängigkeit von der Fallzahl der Kliniken im Funnel Plot in Abbildung 16 abgetragen (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

6 der 21 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität im ADL-Score, welche nach Berücksichtigung des Casemix zu erwarten war (markiert mit einem ungefüllten Kreis). Eine Klinik zeigte ein Behandlungsergebnis, welches die Erwartungen signifikant übertraf (markiert mit einem grauen Dreieck), während 2 Kliniken ein Ergebnis erzielten, welches signifikant niedriger war als aufgrund ihres Casemix zu erwarten war (markiert mit einem grauen Quadrat). Bei weiteren 9 Kliniken ist die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (Anzahl auswertbarer Fälle liegt zwischen 10 und 49, markiert mit einem durchkreuzten Kreis). Weitere 3 Kliniken werden im Funnel Plot nicht dargestellt, da ihre Fallzahl unter 10 auswertbaren Fällen liegt. Bei so geringen Fallzahlen kann keine valide Aussage über die Ergebnisqualität getroffen werden, da die Ergebnisse starken Zufallsschwankungen unterliegen.

Für den Vorjahresvergleich sind im Dumbbell Plot (Abbildung 17) sowohl die Vergleichsgrössen aus 2022 (rot) als auch die Vergleichsgrössen aus 2021 (blau) abgetragen. Im Dumbbell Plot werden nur die Kliniken dargestellt, die für beide Berichtsjahre mindestens 10 auswertbare Fälle übermittelt haben. Es ist zu erkennen, dass sich die Ergebnisse einiger weniger Kliniken verändern, während die Ergebnisqualität in den übrigen Kliniken annähernd das gleiche Niveau wie im Vorjahr erreicht (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

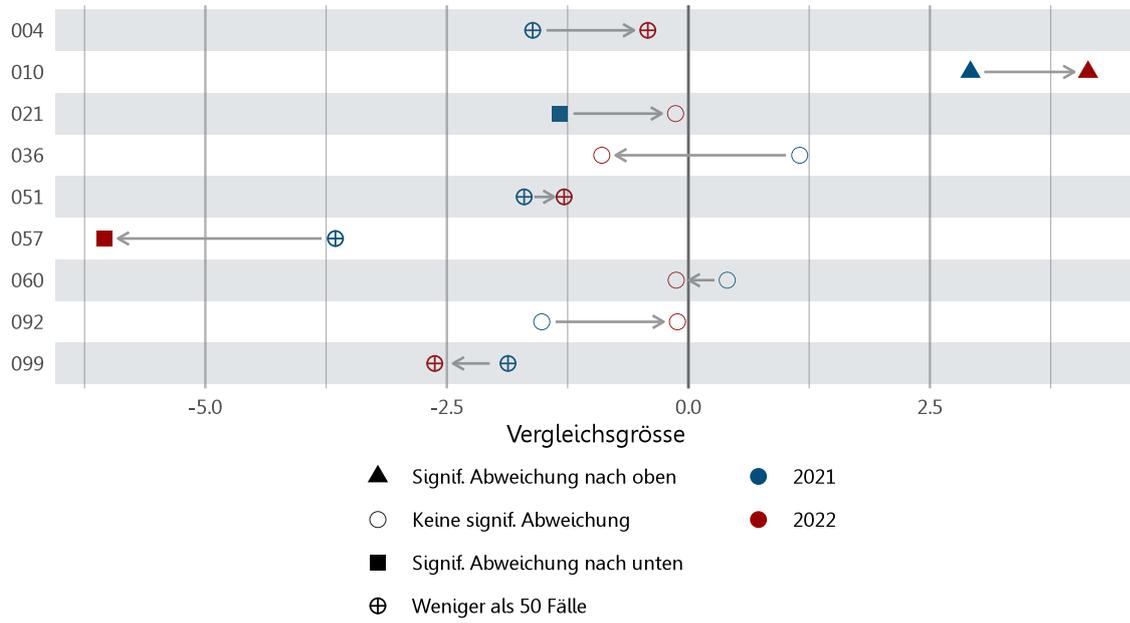
³ Details zur Methodik der Analyse und den verwendeten Grafiktypen sowie ein Glossar für Fachbegriffe und Lesebeispiele für die Abbildungen sind dem Methodenbericht zu entnehmen (ANQ, Charité, 2023a).

Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgröße ADL-Score 2022 nach der Fallzahl der Kliniken



Die Kliniken 029, 048, 058 werden wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt ($n < 10$).

Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgröße ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich



2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung

Zu Reha-Eintritt wurden im Jahr 2022 überwiegend Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» gewählt. Am häufigsten wurde mit den onkologischen Patientinnen und Patienten das Ziel vereinbart, dass sie nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (56.1%), wobei etwas weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten dabei externe Unterstützung in Anspruch nehmen wollten. Für weitere 33.7% wurde das Ziel formuliert, nach der Behandlung alleinstehend zuhause wohnen zu können. Von diesen planten knapp 60% dieses Ziel mit externer Unterstützung umzusetzen. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus dem Bereich «Arbeiten» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr wurde das Partizipationsziel «Teilhabe am öffentlichen Leben» etwas häufiger dokumentiert (Abbildung 18). Diese Veränderung ist in erster Linie auf 2 Kliniken zurückzuführen, die im Vergleich zum Vorjahr und zur Gesamtstichprobe dieses Partizipationsziel vergleichsweise häufig vereinbarten (siehe Abbildung 31, Tabelle 8 im Anhang).

Lediglich in 3.3% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels im Laufe der Rehabilitation. Damit lag die Zielanpassungsquote leicht über der des Vorjahres (2021: 2.9%) (Abbildung 19, Tabelle 2).

Die Quote der Zielerreichung lag insgesamt bei 95.5% und erhöhte sich damit im Vergleich zum Vorjahr (2021: 93.1%) (Abbildung 20). Auch bei der Zielerreichungsquote zeigten sich Unterschiede zwischen den Kliniken (siehe Abbildung 32, Tabelle 9 im Anhang).

Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele im Jahresvergleich

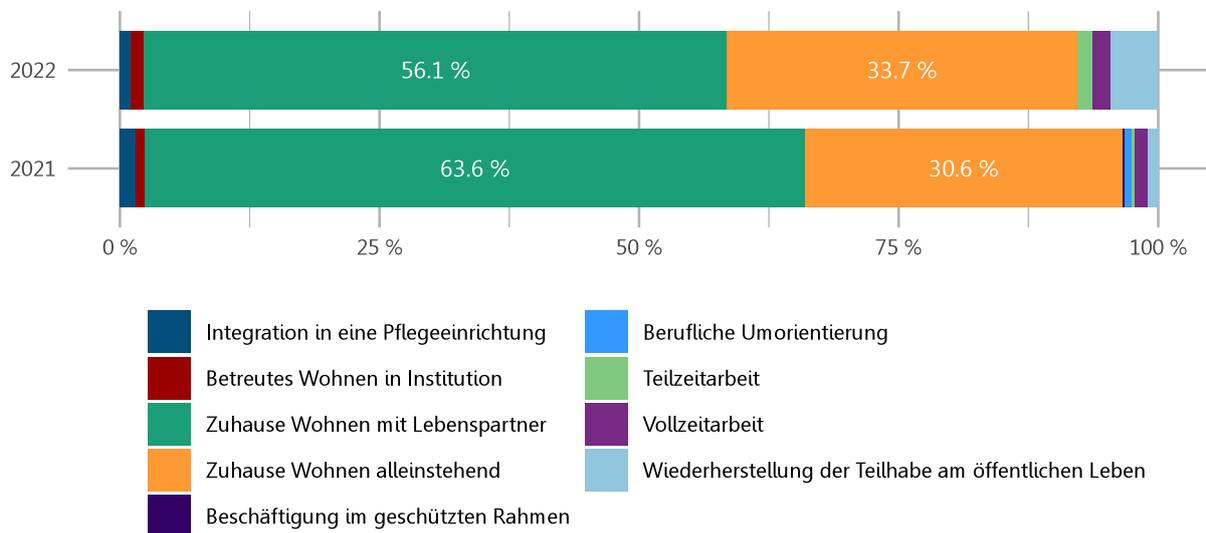


Abbildung 19: Ziellanpassung des zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationsziels im Jahresvergleich

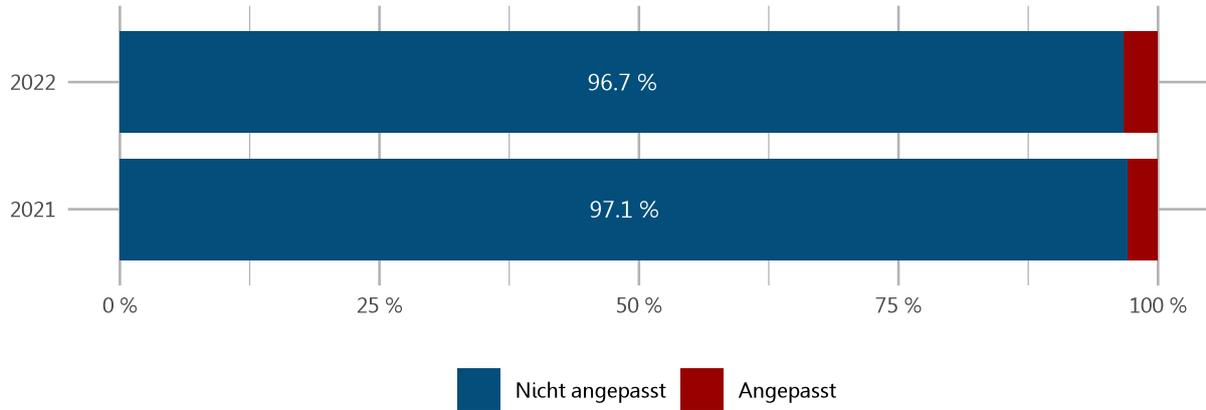
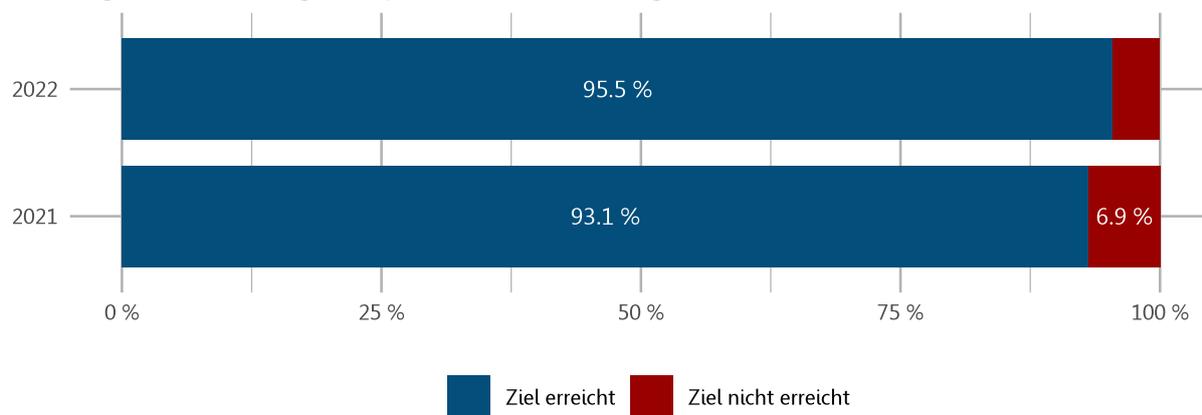


Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2022 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie

Partizipationsziel (Reha-Eintritt)	Gesamt		Angepasst	
	n	n	n	%
Integration in eine Pflegeeinrichtung	15	0	0	0.0
Betreutes Wohnen in Institution	19	0	0	0.0
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (ohne Unterstützungsbedarf)	452	5	5	1.1
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (mit Unterstützungsbedarf)	375	6	6	1.6
Zuhause Wohnen alleinstehend (ohne Unterstützungsbedarf)	202	11	11	5.4
Zuhause Wohnen alleinstehend (mit Unterstützungsbedarf)	295	18	18	6.1
Beschäftigung im geschützten Rahmen	1	0	0	0.0
Berufliche Umorientierung	0	0	0	0.0
Berufliche Umschulung	0	0	0	0.0
Teilzeitarbeit	20	3	3	15.0
Vollzeitarbeit	27	5	5	18.5
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (ohne Unterstützungsbedarf)	43	0	0	0.0
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (mit Unterstützungsbedarf)	24	0	0	0.0
Gesamt	1'473	48	48	3.3

Fett markiert sind die häufigsten angepassten Partizipationsziele

Abbildung 20: Zielerreichung Partizipationsziele im Jahresvergleich



3. Diskussion

Datenbasis und -qualität

Zum siebenten Mal wird in einem Nationalen Vergleichsbericht über die Ergebnisqualität für die onkologische Rehabilitation berichtet. 21 Kliniken übermittelten Daten ihrer onkologischen Patientinnen und Patienten für das Datenjahr 2022 (2021: 15). Hiervon lagen aus allen 21 Kliniken auswertbare Daten vor (2021: 15). Insgesamt wurden Daten von 1'835 Fällen der onkologischen Rehabilitation übermittelt (2021: 1'245). Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen lag im Jahr 2022 bei 80.3% und damit auf einem etwas niedrigeren Niveau als 2021 (83.8%) bei einer gleichzeitig höheren Quote an Dropout-Fällen von 19.0% im Vergleich zu 15.1% in 2021. Die Auswertungsstichprobe 2022 ist mit 1'473 Fällen um gut 40% grösser als die des Vorjahres (2021: 1'043 Fälle).

Insgesamt ist die Datenqualität der meisten Kliniken als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Bei einzelnen Kliniken ist die Datenqualität noch auf einem niedrigeren Niveau. Hier ist fraglich, inwieweit die in diesem Bericht rapportierten Ergebnisse auf das gesamte onkologische Patientenkollektiv dieser Kliniken übertragbar sind. Des Weiteren konnte aufgrund von Fallzahlen unter 50 auswertbaren Fällen für gut die Hälfte der teilnehmenden Kliniken keine statistisch belastbare Aussage zur Ergebnisqualität getroffen werden (12 von 21 Kliniken).

Im Vergleich zum Vorjahr ist die erhebliche Fallzahlsteigerung in der onkologischen Rehabilitation hervorzuheben, die im Zusammenhang mit einer steigenden Anzahl an Kliniken steht, die 2022 (erstmals) Leistungen im Bereich onkologischer Rehabilitation angeboten haben. Mögliche Ursachen für die Fallzahlsteigerung in der onkologischen Rehabilitation können in einer stärkeren Nachfrage bzw. Bedarf an Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (auch im Sinne eines Nachholeffekts nach der Corona-Pandemie), einer veränderten Vergabep Praxis von Leistungsaufträgen in den Kantonen oder einer veränderten Fallzuordnung zu den Rehabereichen im Zusammenhang mit der stationären Tarifstruktur ST Reha vermutet werden. Die genannten möglichen Einflussfaktoren können Grundlage für vertiefende Analysen zur Fallzahlsteigerung in der onkologischen Rehabilitation sein.

Gleichzeitig zur Fallzahlsteigerung veränderte sich die Stichprobe in den meisten berichteten Merkmalen nicht wesentlich. Hervorzuhebende Änderungen der Stichprobenmerkmale bezogen sich im Berichtsjahr zum einen auf den Frauenanteil, der etwas geringer ausfiel als im Vorjahr, zum anderen waren weniger Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit sowie mehr Direktverlegungen aus dem Akutspital zu verzeichnen. Eine weitere Veränderung zeigte sich bei der Kodierung der Hauptdiagnosen, bei der ein erhöhter Anteil der Diagnosekategorie «Sonstige» bei gleichzeitiger Reduzierung der übrigen Kategorien festzuhalten ist.

Zur Sicherung einer hohen Datenqualität unterstützen Datenqualitätsberichte, welche jährlich spezifisch für jede einzelne Klinik erstellt werden. Konkrete Hinweise zu unvollständigen Daten ermöglichen es den Kliniken, ihre Datenqualität zu verbessern. Der Datentransfer erfolgt seit dem Datenjahr 2021 über das Online-Portal ReMoS, in der die klinikeigenen Datenexporte vor der Übermittlung – auch unterjährig – auf Vollständigkeit und Fehler überprüft werden können.

Präzise Vorgaben im jeweils aktuellen Verfahrens- und Datenhandbuch und weitere Informationen wie *Frequently Asked Questions* (FAQ) auf dem ANQ-Webportal sollen potenzielle Anwendungsfehler der verwendeten Instrumente minimieren. Diese Dokumente werden nach Rückmeldungen durch die Kliniken kontinuierlich aktualisiert und präzisiert.

Ergebnisqualität im Klinikvergleich

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität der beteiligten Kliniken für die onkologische Rehabilitation wird als Hauptindikator der ADL-Score (berechnet aus FIM® und EBI) herangezogen. Dieser misst die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens.

Die Gesamtdurchschnittswerte des ADL-Scores zu Ein- bzw. Austritt sind im Vergleich zu den Vorjahren geringfügig niedriger. Inwieweit dies als Hinweis auf eine stärker beeinträchtigte Patienten Klientel der onkologischen Rehabilitation – auch vor dem Hintergrund der gestiegenen Fallzahlen - zu interpretieren ist, sollte in den kommenden Jahren beobachtet werden. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der onkologischen Rehabilitation unterliegen diese Ergebnisse jedoch stärkeren Zufallsschwankungen als in grösseren Rehabereichen.

Insgesamt erzielten alle Kliniken im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. 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. Damit beurteilt werden kann, ob eine Klinik eine eher grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit für ihre Klinikpopulation im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Kliniken erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score (mittlerer ADL-Score der Klinik zu Austritt) durchgeführt. Bei der risikoadjustierten Analyse wird auf der Basis aller einbezogenen Fälle der onkologischen Rehabilitation berechnet, inwieweit die gemessene Veränderung in einer Klinik von einer statistisch ermittelten «durchschnittlichen Veränderung» (erwarteten Veränderung) abweicht. Dabei wird auch der klinikindividuelle Casemix berücksichtigt, so dass die adjustierten Ergebnisse von beeinflussenden Faktoren (Confoundern) bereinigt sind. Es resultiert die sogenannte Vergleichsgrösse (ANQ, Charité, 2023a). Im Funnel Plot wird dargestellt, ob Kliniken Ergebnisse erzielten, die im Vergleich zu den anderen Kliniken im statistisch erwartbaren Bereich liegen oder signifikant nach oben oder unten von diesen Erwartungswerten abweichen. Das errechnete Ergebnis einer einzelnen Klinik ist also immer abhängig von der Verbesserung in der Gesamtstichprobe des aktuellen Jahres zu interpretieren. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der risikoadjustierte Ergebnisqualitätsvergleich der beteiligten Kliniken lediglich die Ergebnisse eines Ergebnisindikators, nämlich des ADL-Scores (berechnet aus FIM® und EBI), umfasst. Das damit gemessene Behandlungsergebnis in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit ist besonders relevant in der Rehabilitation von onkologischen Patientinnen und Patienten. Jedoch lassen die adjustierten Ergebnisse dieses einzelnen Ergebnisindikators keinen *generellen* Rückschluss auf die Gesamtbehandlungsqualität und die Leistungserbringung einer Klinik zu. Ebenso lassen sich aus den durchschnittlichen Ausprägungen des Ergebnisindikators zu Eintritt (nicht-adjustierter Mittelwert) keine Aussagen zur Fallschwere der Patientinnen und Patienten und dem damit verbundenen Ressourcenaufwand der Rehabilitationsbehandlung einzelner Kliniken ableiten.

Für das Jahr 2022 zeigte sich, dass aufgrund niedriger Fallzahlen (< 50 auswertbare Fälle) bei mehr als der Hälfte der 21 teilnehmenden Kliniken die Ergebnisse statistisch nur eingeschränkt belastbar sind. Von den übrigen 9 Kliniken erzielte die Mehrheit der Kliniken ein risikoadjustiertes Behandlungsergebnis, das im statistisch erwartbaren Bereich oder darüber lag. Ob die Fallzahl einen systematischen Einfluss auf signifikant über- oder unterdurchschnittliche Vergleichsgrössen hat, ist im Funnel Plot für die

onkologische Rehabilitation aufgrund des hohen Anteils an Kliniken mit kleiner Fallzahl nicht festzustellen. Aus den anderen Rehabereichen liegt für einen systematischen Einfluss der Fallzahl jedoch keine Evidenz vor.

Der ADL-Score (berechnet aus FIM® bzw. EBI) zeigte über die Kliniken hinweg – sowohl deskriptiv als auch unter Adjustierung für die Patientenstruktur – keine grosse Variabilität und scheint damit nur eingeschränkt geeignet, allfällige Klinikunterschiede in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten in der onkologischen Rehabilitation aufzuzeigen. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass die angewandten Messinstrumente (FIM® bzw. EBI) einen Deckeneffekt aufweisen. Bei Patientinnen und Patienten, die bereits zu Reha-Eintritt sehr hohe Werte in den Instrumenten erreichen, ist das Ausmass der Verbesserungen während der Rehabilitation nicht komplett messbar. Dies hat zur Folge, dass es für Kliniken mit einem hohen Anteil dieser Patientinnen und Patienten schwieriger ist, signifikant überdurchschnittliche Vergleichsgrössen im ADL-Score zu erreichen.

Ein fairer Ergebnisvergleich setzt zudem eine adäquate Risikoadjustierung für die jeweilige Patientenstruktur einer Klinik voraus. Hierbei wurden theoriegeleitet und literaturgestützt die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt. Es ist nicht auszuschliessen, dass noch andere Einflüsse auf die Ergebnisqualität existieren, welche im Nationalen Messplan Rehabilitation nicht erfasst wurden. Dies könnte grundsätzlich dazu führen, dass die Vergleichsgrössen unter- oder überschätzt wurden.

Bei der Gegenüberstellung der adjustierten Ergebnisse des ADL-Scores von 2022 mit dem Vorjahr wurde deutlich, dass sich bei den meisten Kliniken der Status (wie erwartet, über oder unter den Erwartungswerten) zwischen den beiden Berichtsjahren nicht veränderte. Hier ist zu berücksichtigen, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob das Ausmass der beobachteten geringen Veränderung im Vergleich zum Vorjahr statistisch signifikant unterschiedlich ist. Die Berechnungen der adjustierten Werte (Vergleichsgrösse inklusive Konfidenzintervall) basieren immer auf den Stichproben der jeweiligen Erhebungsjahre und können somit nicht in ein direktes Verhältnis zueinander gesetzt werden.

Das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde im Jahr 2022 zu 95.5% erreicht. Die Dokumentation von Partizipationsziel und Zielerreichung scheint sich aufgrund geringer Variabilität weniger als Indikator für das Aufzeigen von Klinikunterschieden anzubieten. Das zu Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziel wurde bei 3.3% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst. Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den onkologischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit beziehen. Die Ergebnisse für dieses Instrument hinsichtlich Zielanpassungs- und Zielerreichungsquoten sind weitestgehend vergleichbar mit dem Vorjahr.

Eine risikoadjustierte Analyse ist beim Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung aufgrund der Konzeption des Instruments nicht möglich. Grundsätzlich ist die Nutzung von Instrumenten, die auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren, dennoch sinnvoll, da die ICF das Fundament für die Behandlungskonzepte in der stationären Rehabilitation darstellt.

Zusammen mit dem Nationalen Vergleichsbericht erhält jede beteiligte Rehabilitationsklinik einen klinikspezifischen Bericht. Dieser enthält klinikbezogene Informationen zum Casemix und den erzielten Ergebnissen in den Qualitätsindikatoren für alle Rehabereiche, für die eine Klinik Daten übermittelt hat.



Durch diese klinikspezifische Zusammenstellung soll es den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Rehabilitationskliniken erleichtert werden, ihre Resultate mit denen der übrigen Kliniken zu vergleichen und eventuell vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen.

4. Literatur

- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2018a): Andere Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2016.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2018b): Andere Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2017.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2018.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2020): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2019.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2021): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2020.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2022): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2021.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023a): Methodenbericht 2022.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023b): Nationaler Messplan Rehabilitation. Auswertungskonzept, Version 5.1.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Onkologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich	6
Abbildung 2: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich	7
Abbildung 3: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2022 nach Kliniken	7
Abbildung 4: Verteilung des Geschlechts im Jahresvergleich	10
Abbildung 5: Histogramm des Alters im Jahresvergleich.....	10
Abbildung 6: Verteilung der Nationalität im Jahresvergleich.....	10
Abbildung 7: Histogramm der Dauer der Rehabilitation im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 8: Verteilung der Liegeklasse im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 9: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 10: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt im Jahresvergleich	12
Abbildung 11: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt im Jahresvergleich	12
Abbildung 12: Verteilung der Diagnosegruppen im Jahresvergleich.....	13
Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich	13
Abbildung 14: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2022 nach Kliniken (ohne Adjustierung)	14
Abbildung 15: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung).....	15
Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgrösse ADL-Score 2022 nach der Fallzahl der Kliniken.....	17
Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich	18
Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele im Jahresvergleich	19
Abbildung 19: Zielanpassung des zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationsziels im Jahresvergleich	20
Abbildung 20: Zielerreichung Partizipationsziele im Jahresvergleich	21
Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2022 nach Kliniken	33
Abbildung 22: Verteilung des Alters 2022 nach Kliniken	33
Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2022 nach Kliniken	34
Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2022 nach Kliniken.....	34
Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2022 nach Kliniken	35
Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2022 nach Kliniken	35
Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2022 nach Kliniken	36
Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2022 nach Kliniken.....	36
Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2022 nach Kliniken.....	37
Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2022 nach Kliniken.....	37
Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	41
Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Stichprobenzusammensetzung im Jahresvergleich.....	9
Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2022 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie	20
Tabelle 3: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich.....	31
Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich.....	32
Tabelle 5: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung).....	38
Tabelle 6: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich	39
Tabelle 7: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable ADL-Score Austritt 2022.....	40
Tabelle 8: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	42
Tabelle 9: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken.....	43

Abkürzungsverzeichnis

adj.	adjustiert
ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BFS	Bundesamt für Statistik
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale (Mass für Komorbidität)
EBI	Erweiterter Barthel-Index
FIM®	FIM® Instrument bzw. Functional Independence Measure
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
KVG	Krankenversicherungsgesetz
n	Fallzahl
SD	Standard deviation (Standardabweichung)

Anhang

A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge)

- Berner Klinik Montana
- Clinique La Lignière
- Clinique Le Noirmont
- Ente Ospedaliero Cantonale – Clinica di riabilitazione EOC - Faido
- Ente Ospedaliero Cantonale – Clinica di riabilitazione EOC - Novaggio
- Gesundheitszentrum Unterengadin
- Hôpital du Jura – Centre de rééducation
- Hopitaux universitaires de Genève HUG – Hôpital Beau Séjour
- Hopitaux universitaires de Genève HUG – Hôpital de Bellerive
- Insel Gruppe AG – Spital Tiefenau
- Kantonsspital Baselland – Bruderholz
- Klinik Schloss Mammern
- Klinik Susenberg
- Kliniken Valens – Klinik Gais AG
- Kliniken Valens – Rehazentrum Walenstadtberg
- Rehabilitationsklinik Waldhotel – Bürgenstock Hotels AG
- Réseau hospitalier neuchâtelois – Val-de-Ruz
- Spital Thurgau AG – Klinik St. Katharinental
- Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
- Zürcher RehaZentren – Klinik Davos
- Zürcher RehaZentren – Klinik Wald

A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle

Tabelle 3: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vollständig dokumentiert		Fehlerhaft/ unvollständig		Gesamt n
		n	%	n	%	
Gesamt	2022	1'822	99.3	13	0.7	1'835
	2021	1'231	98.9	14	1.1	1'245
004	2022	38	97.4	1	2.6	39
	2021	34	97.1	1	2.9	35
010	2022	322	99.1	3	0.9	325
	2021	287	99.3	2	0.7	289
018	2022	37	100.0	0	0.0	37
	2021					
021	2022	311	99.7	1	0.3	312
	2021	350	100.0	0	0.0	350
027	2022	121	100.0	0	0.0	121
	2021					
029	2022	12	100.0	0	0.0	12
	2021					
036	2022	248	100.0	0	0.0	248
	2021	75	100.0	0	0.0	75
038	2022	22	100.0	0	0.0	22
	2021	9	81.8	2	18.2	11
040	2022	41	100.0	0	0.0	41
	2021	12	100.0	0	0.0	12
048	2022	10	100.0	0	0.0	10
	2021	13	81.3	3	18.8	16
050	2022	50	100.0	0	0.0	50
	2021					
051	2022	12	80.0	3	20.0	15
	2021	24	92.3	2	7.7	26
057	2022	73	100.0	0	0.0	73
	2021	58	100.0	0	0.0	58
058	2022	12	100.0	0	0.0	12
	2021					
060	2022	95	100.0	0	0.0	95
	2021	123	100.0	0	0.0	123
068	2022					
	2021	29	100.0	0	0.0	29
073	2022	109	100.0	0	0.0	109
	2021					
092	2022	133	100.0	0	0.0	133
	2021	165	100.0	0	0.0	165
099	2022	43	100.0	0	0.0	43
	2021	28	100.0	0	0.0	28
111	2022	94	97.9	2	2.1	96
	2021					
123	2022					
	2021	18	100.0	0	0.0	18
127	2022	14	93.3	1	6.7	15
	2021					
130	2022	25	92.6	2	7.4	27
	2021	6	60.0	4	40.0	10

Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Auswertbar – Daten vollständig		Dropout		Daten unvollständig		Gesamt n
		n	%	n	%	n	%	
Gesamt	2022	1'473	80.3	349	19.0	13	0.7	1'835
	2021	1'043	83.8	188	15.1	14	1.1	1'245
004	2022	27	69.2	11	28.2	1	2.6	39
	2021	22	62.9	12	34.3	1	2.9	35
010	2022	276	84.9	46	14.2	3	0.9	325
	2021	255	88.2	32	11.1	2	0.7	289
018	2022	29	78.4	8	21.6	0	0.0	37
	2021							
021	2022	284	91.0	27	8.7	1	0.3	312
	2021	322	92.0	28	8.0	0	0.0	350
027	2022	99	81.8	22	18.2	0	0.0	121
	2021							
029	2022	6	50.0	6	50.0	0	0.0	12
	2021							
036	2022	182	73.4	66	26.6	0	0.0	248
	2021	55	73.3	20	26.7	0	0.0	75
038	2022	19	86.4	3	13.6	0	0.0	22
	2021	9	81.8	0	0.0	2	18.2	11
040	2022	32	78.0	9	22.0	0	0.0	41
	2021	8	66.7	4	33.3	0	0.0	12
048	2022	6	60.0	4	40.0	0	0.0	10
	2021	10	62.5	3	18.8	3	18.8	16
050	2022	45	90.0	5	10.0	0	0.0	50
	2021							
051	2022	12	80.0	0	0.0	3	20.0	15
	2021	19	73.1	5	19.2	2	7.7	26
057	2022	68	93.2	5	6.8	0	0.0	73
	2021	49	84.5	9	15.5	0	0.0	58
058	2022	8	66.7	4	33.3	0	0.0	12
	2021							
060	2022	72	75.8	23	24.2	0	0.0	95
	2021	94	76.4	29	23.6	0	0.0	123
068	2022							
	2021	24	82.8	5	17.2	0	0.0	29
073	2022	83	76.1	26	23.9	0	0.0	109
	2021							
092	2022	95	71.4	38	28.6	0	0.0	133
	2021	126	76.4	39	23.6	0	0.0	165
099	2022	40	93.0	3	7.0	0	0.0	43
	2021	28	100.0	0	0.0	0	0.0	28
111	2022	58	60.4	36	37.5	2	2.1	96
	2021							
123	2022							
	2021	16	88.9	2	11.1	0	0.0	18
127	2022	13	86.7	1	6.7	1	6.7	15
	2021							
130	2022	19	70.4	6	22.2	2	7.4	27
	2021	6	60.0	0	0.0	4	40.0	10

A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich

Tabellen zur Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich sind als Excel- oder PDF-Datei [hier](#)⁴ abrufbar

Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2022 nach Kliniken

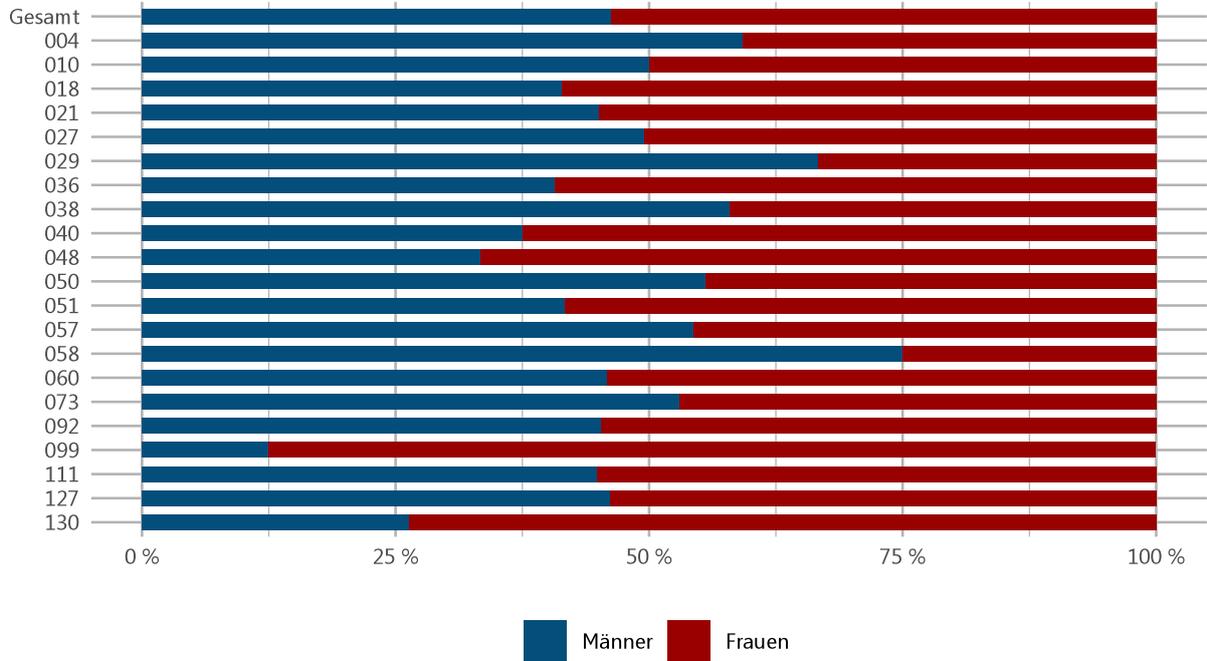
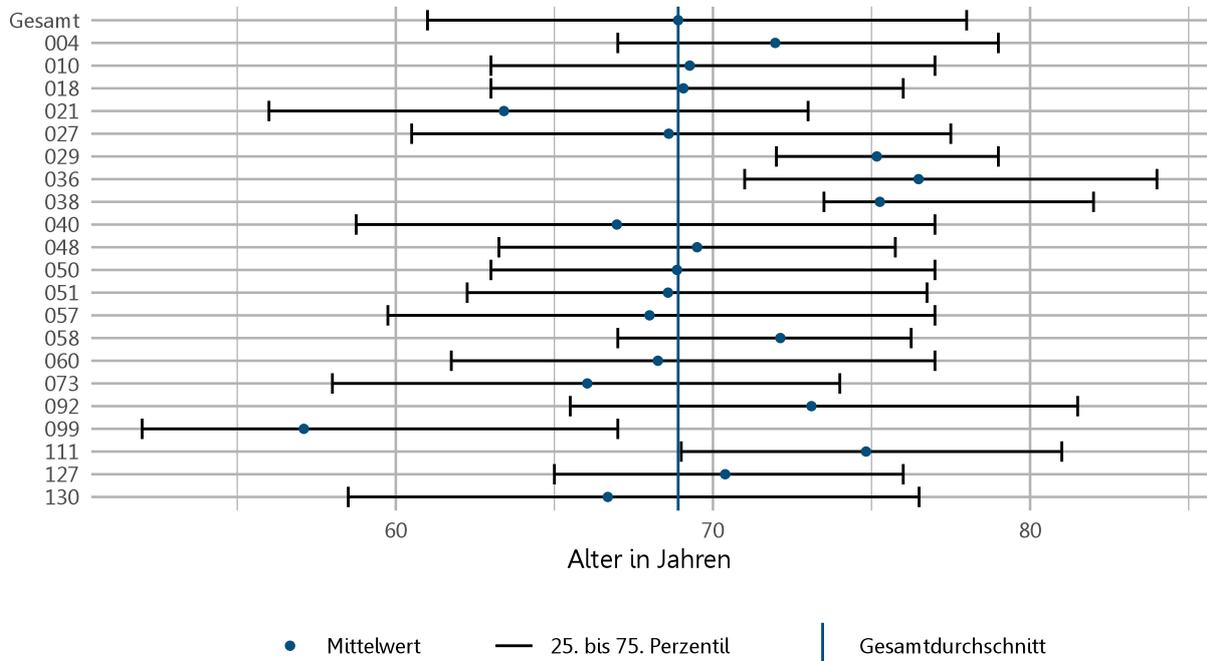


Abbildung 22: Verteilung des Alters 2022 nach Kliniken



⁴ Tabellen im PDF-Format unter: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/step3/measure/34/year/2022/>
 Tabellen im Excel-Format auf Anfrage in der ANQ-Geschäftsstelle erhältlich: rehabilitation@anq.ch

Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2022 nach Kliniken

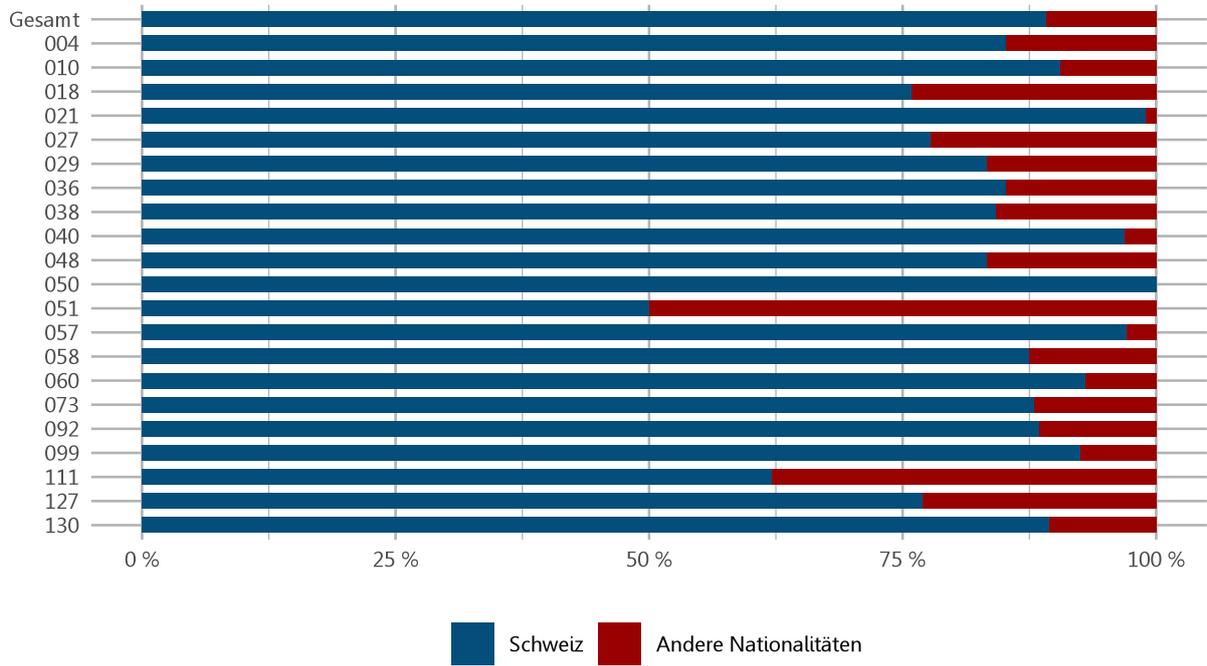


Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2022 nach Kliniken

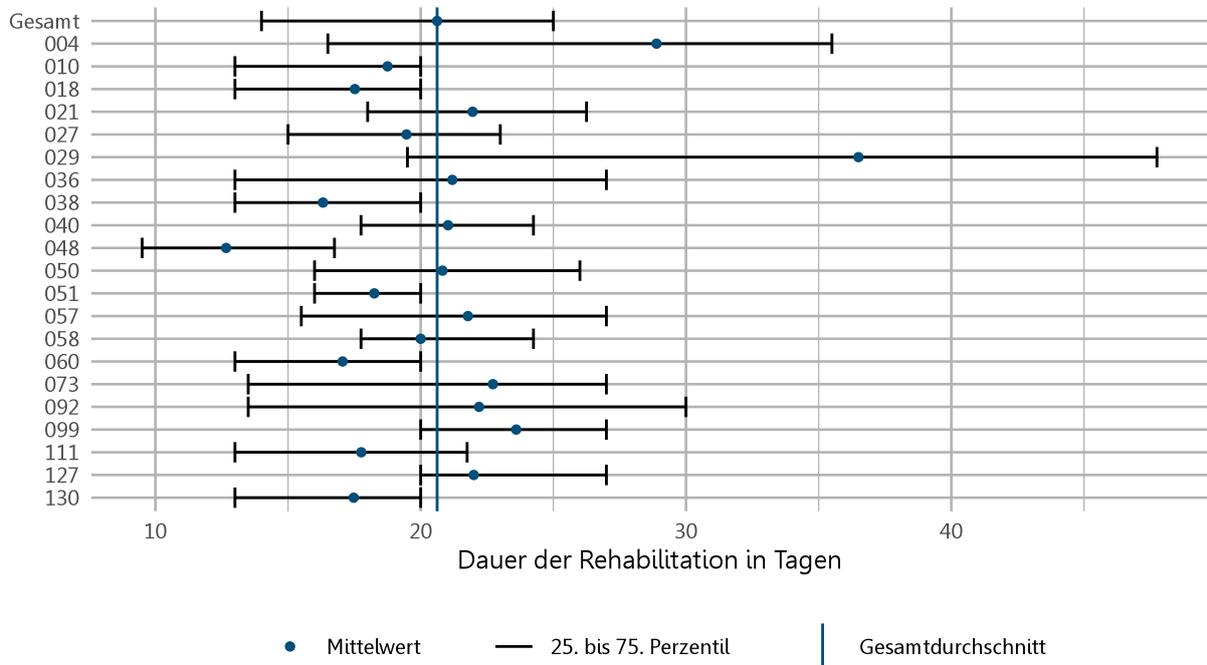


Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2022 nach Kliniken

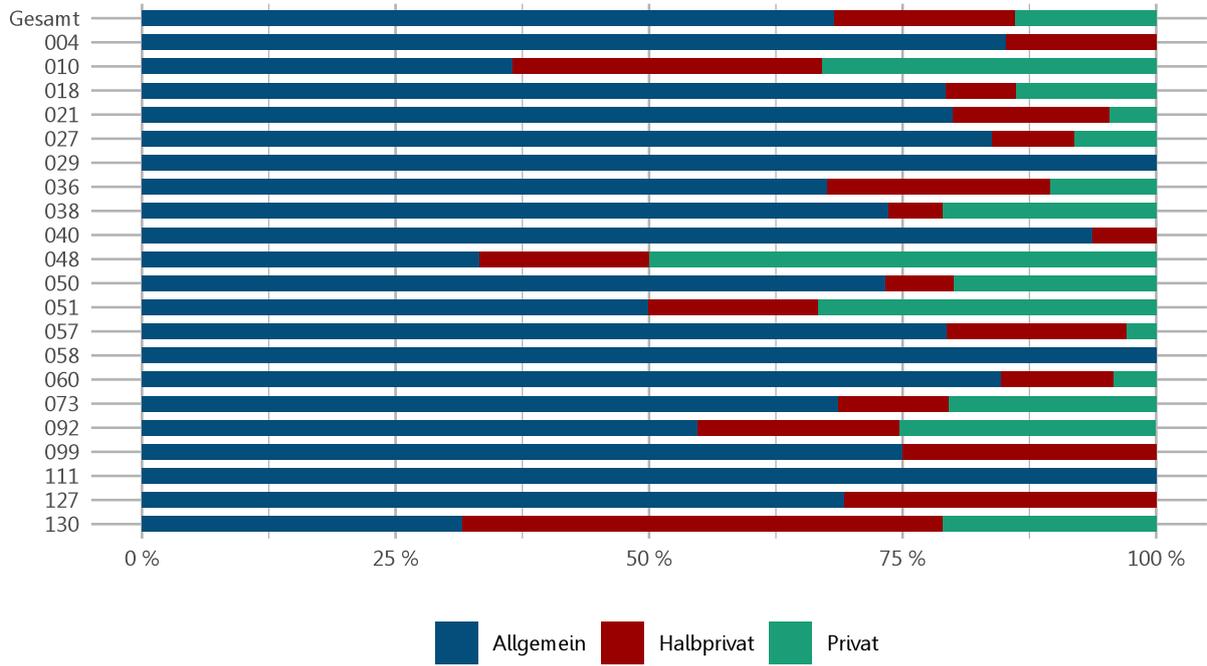


Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2022 nach Kliniken

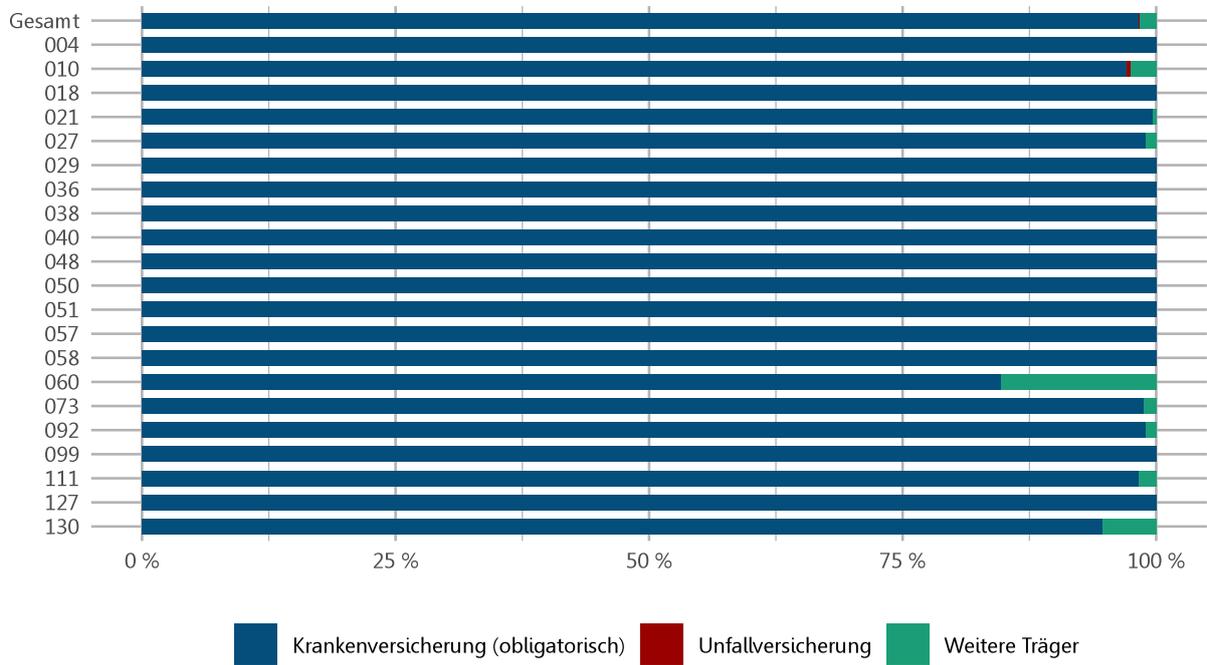


Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2022 nach Kliniken

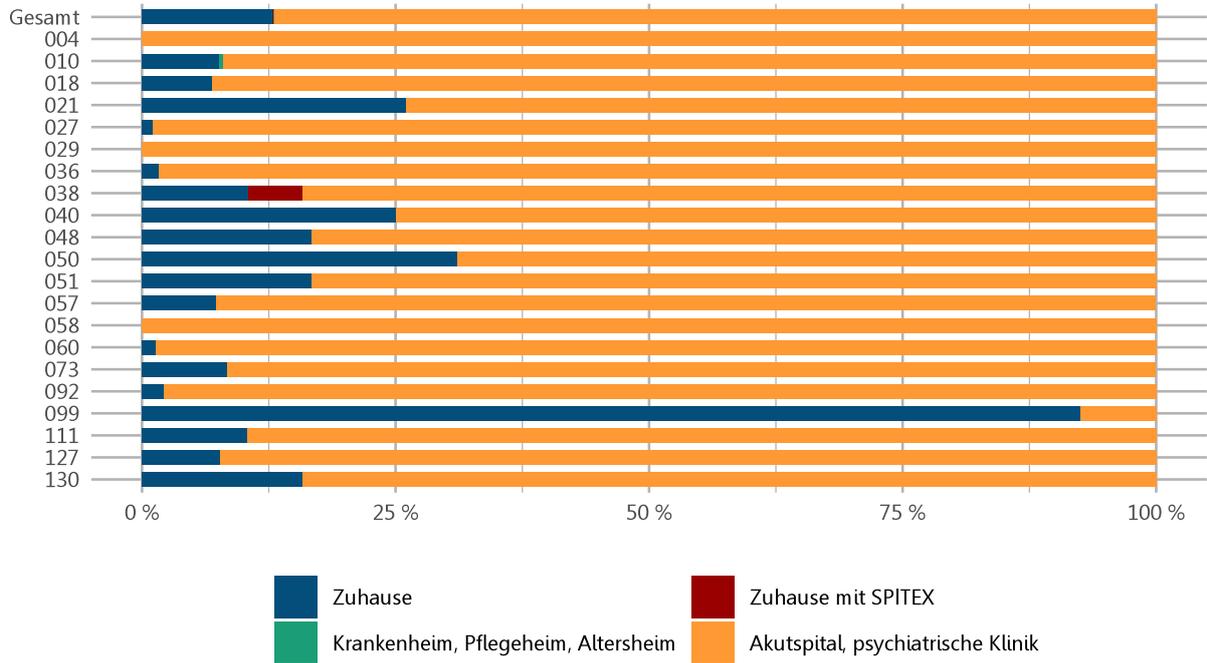


Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2022 nach Kliniken

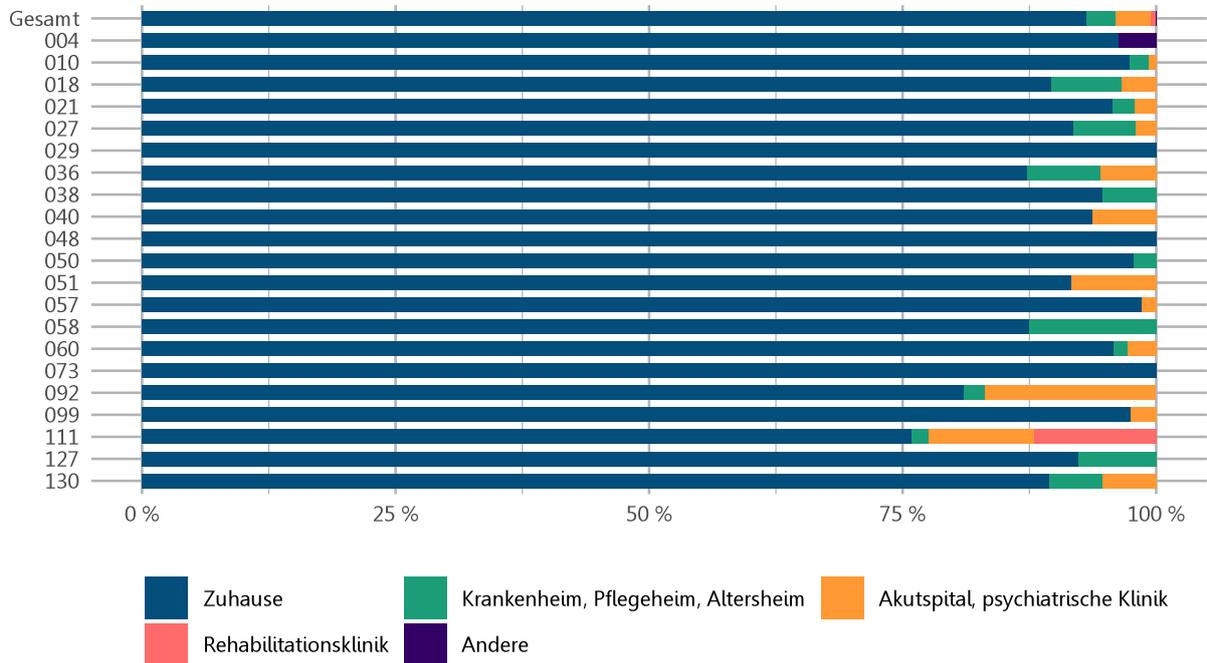


Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2022 nach Kliniken

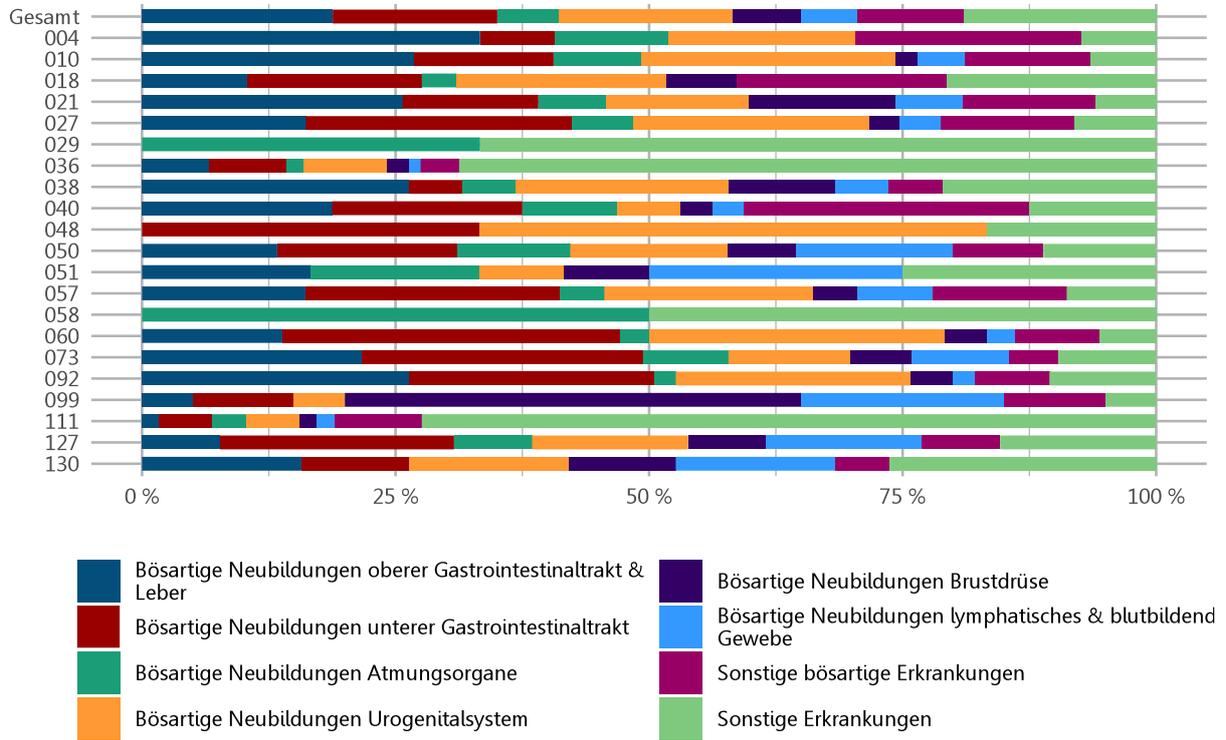
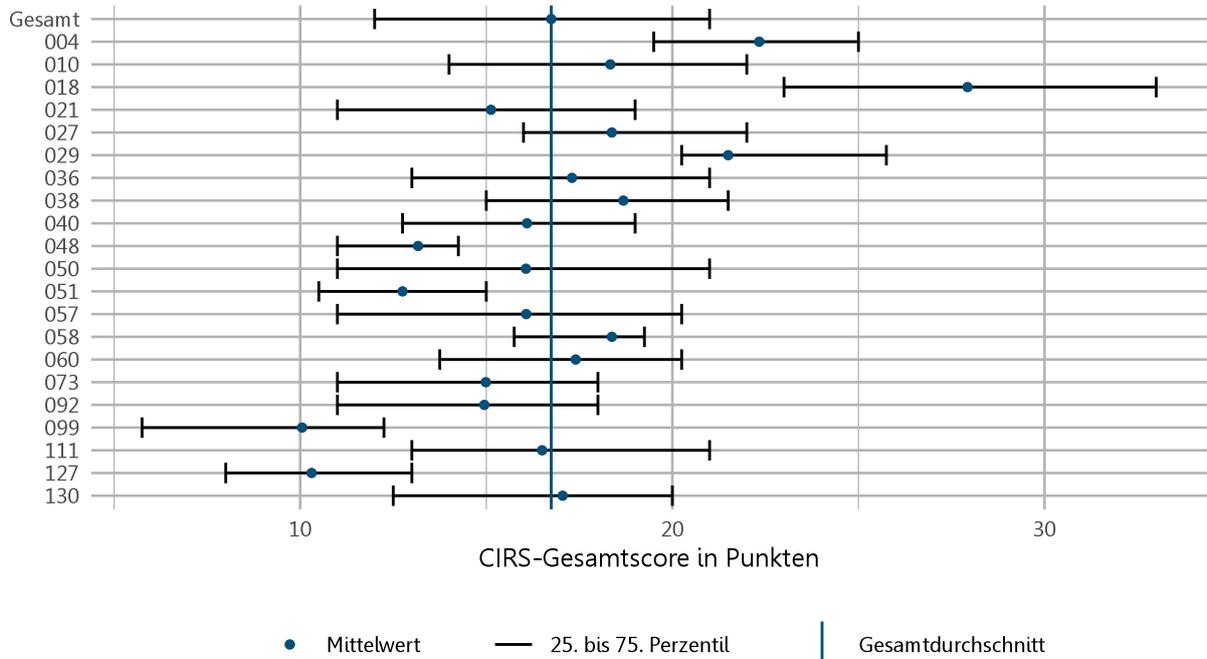


Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2022 nach Kliniken



A4 Ergebnisqualität ADL-Score im Klinikvergleich

Tabelle 5: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)

Klinik	Jahr	ADL-Score Eintritt				ADL-Score Austritt				Gesamt n
		Mittelwert	Standardabweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	Mittelwert	Standardabweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	
Gesamt	2022	43.7	10.7	43.2	44.3	52.0	8.9	51.5	52.4	1'473
	2021	47.5	10.9	46.8	48.1	53.5	8.7	53.0	54.0	1'043
004	2022	45.1	12.9	40.0	50.2	51.7	11.0	47.3	56.0	27
	2021	47.3	9.7	43.0	51.6	51.8	8.8	47.9	55.7	22
010	2022	37.8	8.7	36.8	38.8	52.1	8.0	51.1	53.0	276
	2021	39.8	10.3	38.5	41.0	51.2	9.7	50.0	52.4	255
018	2022	34.6	12.5	29.8	39.3	42.5	13.6	37.3	47.7	29
	2021									
021	2022	50.4	7.6	49.5	51.3	56.2	5.7	55.6	56.9	284
	2021	54.7	6.3	54.0	55.4	57.1	5.4	56.5	57.7	322
027	2022	40.9	8.4	39.2	42.5	51.2	7.8	49.6	52.8	99
	2021									
029	2022	46.2	8.0	37.8	54.6	50.0	11.5	37.9	62.1	6
	2021									
036	2022	35.6	10.2	34.2	37.1	46.1	9.6	44.7	47.5	182
	2021	39.1	10.5	36.2	41.9	48.7	10.3	45.9	51.4	55
038	2022	43.5	7.8	39.8	47.3	53.9	6.1	51.0	56.9	19
	2021	45.4	6.7	40.3	50.6	53.2	9.1	46.2	60.2	9
040	2022	42.8	11.2	38.7	46.8	48.9	12.1	44.5	53.2	32
	2021	47.8	11.9	37.8	57.7	57.1	3.6	54.1	60.1	8
048	2022	46.2	8.3	37.5	54.9	55.3	7.4	47.6	63.1	6
	2021	49.3	9.5	42.5	56.1	53.6	9.2	47.0	60.2	10
050	2022	49.1	8.0	46.7	51.5	55.9	7.3	53.7	58.0	45
	2021									
051	2022	51.8	6.5	47.7	55.9	55.8	4.9	52.6	58.9	12
	2021	50.3	8.3	46.3	54.3	52.8	7.4	49.2	56.4	19
057	2022	42.4	8.1	40.4	44.3	45.9	7.8	44.0	47.8	68
	2021	41.3	11.0	38.2	44.5	46.1	11.0	43.0	49.3	49
058	2022	41.3	11.7	31.5	51.0	44.3	10.3	35.6	52.9	8
	2021									
060	2022	49.4	9.7	47.1	51.7	54.9	6.9	53.3	56.5	72
	2021	50.2	7.8	48.6	51.8	56.0	5.3	54.9	57.1	94
068	2022									
	2021	48.8	8.9	45.1	52.5	53.2	9.0	49.4	57.0	24
073	2022	45.3	10.0	43.1	47.5	55.0	5.8	53.7	56.3	83
	2021									
092	2022	48.0	9.0	46.2	49.9	53.9	7.8	52.3	55.5	95
	2021	46.8	10.8	44.9	48.7	51.5	9.4	49.9	53.2	126
099	2022	54.8	3.5	53.7	55.9	56.9	3.6	55.8	58.0	40
	2021	57.2	3.9	55.7	58.7	58.7	2.4	57.8	59.6	28
111	2022	44.1	12.2	40.9	47.3	46.1	12.6	42.8	49.4	58
	2021									
123	2022									
	2021	37.5	7.1	33.7	41.3	48.9	9.6	43.8	54.0	16
127	2022	45.3	8.4	40.2	50.4	51.2	7.7	46.5	55.8	13
	2021									
130	2022	47.5	7.8	43.7	51.2	52.8	7.5	49.2	56.4	19
	2021	53.7	6.9	46.4	60.9	59.0	1.5	57.4	60.6	6

Tabelle 6: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vergleichs- grösse ADL-Score	adj. p-Wert	Konfidenzintervall		Gesamt n
				Untere Grenze	Obere Grenze	
004	2022	-0.42	1.000	-3.77	2.93	27
	2021	-1.61	0.930	-5.06	1.84	22
010	2022	4.14	<0.001	2.82	5.46	276
	2021	2.92	<0.001	1.50	4.34	255
018	2022	-2.38	0.430	-5.63	0.88	29
	2021					
021	2022	-0.13	1.000	-1.38	1.12	284
	2021	-1.33	0.049	-2.66	0.00	322
027	2022	1.35	0.345	-0.41	3.12	99
	2021					
029	2022	-4.08	0.790	-10.95	2.80	6
	2021					
036	2022	-0.90	0.869	-2.51	0.72	182
	2021	1.15	0.890	-1.16	3.47	55
038	2022	2.86	0.441	-1.08	6.79	19
	2021	0.91	1.000	-4.31	6.13	9
040	2022	-2.51	0.202	-5.50	0.47	32
	2021	2.25	0.976	-3.27	7.77	8
048	2022	1.61	1.000	-5.18	8.40	6
	2021	0.11	1.000	-4.84	5.06	10
050	2022	0.72	1.000	-1.83	3.27	45
	2021					
051	2022	-1.29	1.000	-6.15	3.58	12
	2021	-1.70	0.927	-5.32	1.92	19
057	2022	-6.05	<0.001	-8.12	-3.97	68
	2021	-3.65	<0.001	-5.99	-1.32	49
058	2022	-5.61	0.085	-11.56	0.33	8
	2021					
060	2022	-0.13	1.000	-2.27	2.02	72
	2021	0.40	1.000	-1.42	2.22	94
068	2022					
	2021	0.86	1.000	-2.53	4.26	24
073	2022	1.23	0.650	-0.67	3.13	83
	2021					
092	2022	-0.11	1.000	-1.97	1.74	95
	2021	-1.52	0.107	-3.18	0.14	126
099	2022	-2.63	0.155	-5.63	0.38	40
	2021	-1.87	0.795	-5.25	1.52	28
111	2022	-4.77	<0.001	-7.33	-2.21	58
	2021					
123	2022					
	2021	2.60	0.626	-1.54	6.74	16
127	2022	-2.39	0.929	-7.02	2.25	13
	2021					
130	2022	-1.00	1.000	-4.85	2.85	19
	2021	1.27	1.000	-5.16	7.70	6

Tabelle 7: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable ADL-Score Austritt 2022

Variablenname	Regressions- koeffizient	Standard- fehler	T-Wert	p-Wert
Konstante	31.89	2.04	15.65	<0.001
Geschlecht (Referenz: Männer)				
Frauen	-0.04	0.30	-0.15	0.882
Nationalität (Referenz: Schweiz)				
Andere Nationalitäten	0.01	0.49	0.03	0.978
Liegeklasse (Referenz: Allgemein)				
Halbprivat	0.14	0.41	0.33	0.739
Privat	0.13	0.47	0.27	0.789
Hauptkostenträger (Referenz: Krankenversicherung (obligatorisch))				
Unfallversicherung	4.78	5.46	0.88	0.381
Weitere Träger	-0.04	1.19	-0.03	0.976
Aufenthaltort vor Eintritt (Referenz: Zuhause)				
Zuhause mit SPITEX	-1.99	5.70	-0.35	0.727
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	5.10	5.57	0.92	0.360
Akutspital, psychiatrische Klinik	0.72	0.53	1.37	0.172
Aufenthaltort nach Austritt (Referenz: Zuhause)				
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	-7.35	0.92	-8.02	<0.001
Akutspital, psychiatrische Klinik	-5.46	0.81	-6.76	<0.001
Rehabilitationsklinik	-7.12	2.21	-3.23	0.001
Andere	-20.65	5.59	-3.69	<0.001
Diagnosegruppe (Referenz: Bösartige Neubildungen oberer Gastrointestinaltrakt & Leber)				
Bösartige Neubildungen unterer Gastrointestinaltrakt	-1.04	0.50	-2.09	0.037
Bösartige Neubildungen Atmungsorgane	-0.75	0.69	-1.09	0.278
Bösartige Neubildungen Urogenitalsystem	-0.36	0.48	-0.74	0.460
Bösartige Neubildungen Brustdrüse	-0.46	0.72	-0.64	0.523
Bösartige Neubildungen lymphatisches & blutbildendes Gewebe	-0.64	0.71	-0.90	0.367
Sonstige bösartige Erkrankungen	-1.83	0.56	-3.28	0.001
Sonstige Erkrankungen	-0.31	0.55	-0.56	0.573
Alter in Jahren	-0.05	0.01	-3.68	<0.001
Dauer der Rehabilitation in Tagen	0.06	0.02	3.38	<0.001
CIRS-Gesamtscore in Punkten	-0.13	0.03	-4.71	<0.001
ADL-Score-Eintrittswert	0.56	0.02	30.93	<0.001
Klinikfaktor im Modell*	*	*	*	*

* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier auf die Darstellung der Koeffizienten und statistischen Kennzahlen für die einzelnen Kliniken verzichtet

$R^2=0.641$; Adjustiertes $R^2=0.63$

F-Statistik=58.1; Freiheitsgrade=1'428

Fallzahl: 1'473

A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich

Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

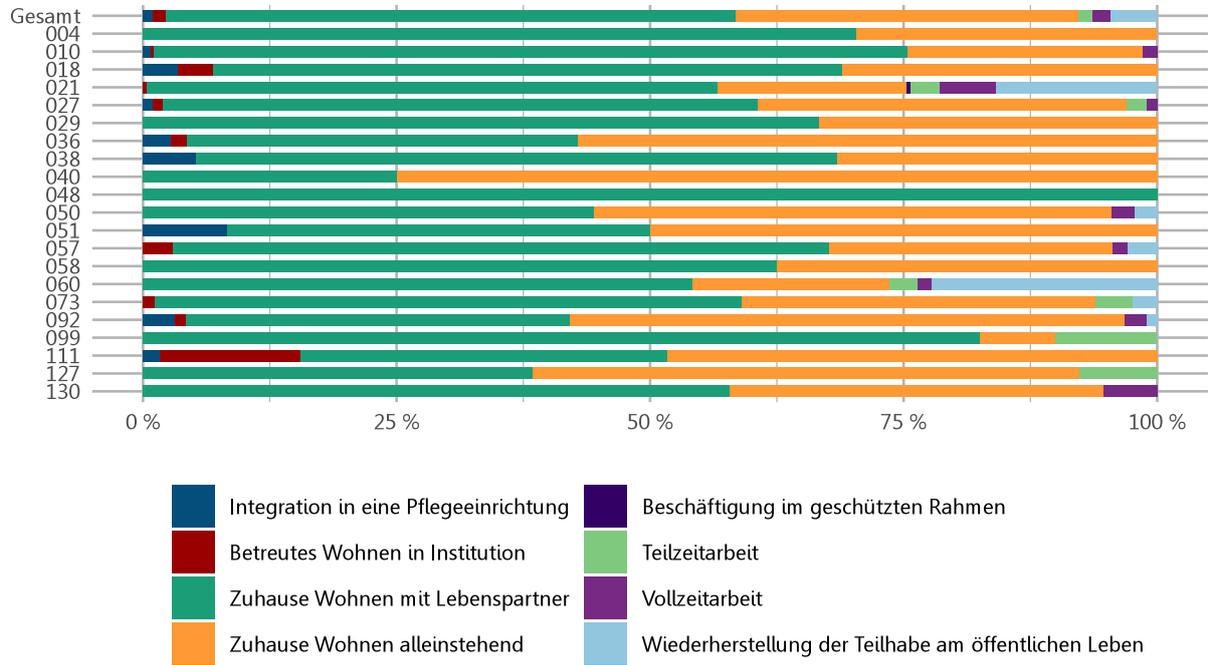


Tabelle 8: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

Klinik	Integration in eine Pflegeeinrichtung		Betreutes Wohnen in Institution		Zuhause Wohnen mit Lebenspartner		Zuhause Wohnen allein		Beschäftigung im geschützten Rahmen		Berufliche Umorientierung		Berufliche Umschulung		Teilzeitarbeit		Vollzeitarbeit		Wiederherstellung der Teilhabe am öffentl. Leben		Gesamt
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gesamt	15	1.0	19	1.3	827	56.1	497	33.7	1	0.1	0	0.0	0	0.0	20	1.4	27	1.8	67	4.5	1'473
004	0	0.0	0	0.0	19	70.4	8	29.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27
010	2	0.7	1	0.4	205	74.3	64	23.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.4	0	0.0	276
018	1	3.4	1	3.4	18	62.1	9	31.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29
021	0	0.0	1	0.4	160	56.3	53	18.7	1	0.4	0	0.0	0	0.0	8	2.8	16	5.6	45	15.8	284
027	1	1.0	1	1.0	58	58.6	36	36.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.0	1	1.0	0	0.0	99
029	0	0.0	0	0.0	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6
036	5	2.7	3	1.6	70	38.5	104	57.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	182
038	1	5.3	0	0.0	12	63.2	6	31.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19
040	0	0.0	0	0.0	8	25.0	24	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32
048	0	0.0	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6
050	0	0.0	0	0.0	20	44.4	23	51.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2	1	2.2	45
051	1	8.3	0	0.0	5	41.7	6	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12
057	0	0.0	2	2.9	44	64.7	19	27.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	2	2.9	68
058	0	0.0	0	0.0	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8
060	0	0.0	0	0.0	39	54.2	14	19.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.8	1	1.4	16	22.2	72
073	0	0.0	1	1.2	48	57.8	29	34.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.6	0	0.0	2	2.4	83
092	3	3.2	1	1.1	36	37.9	52	54.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1	1	1.1	95
099	0	0.0	0	0.0	33	82.5	3	7.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	10.0	0	0.0	0	0.0	40
111	1	1.7	8	13.8	21	36.2	28	48.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	58
127	0	0.0	0	0.0	5	38.5	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0	13
130	0	0.0	0	0.0	11	57.9	7	36.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	19

Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

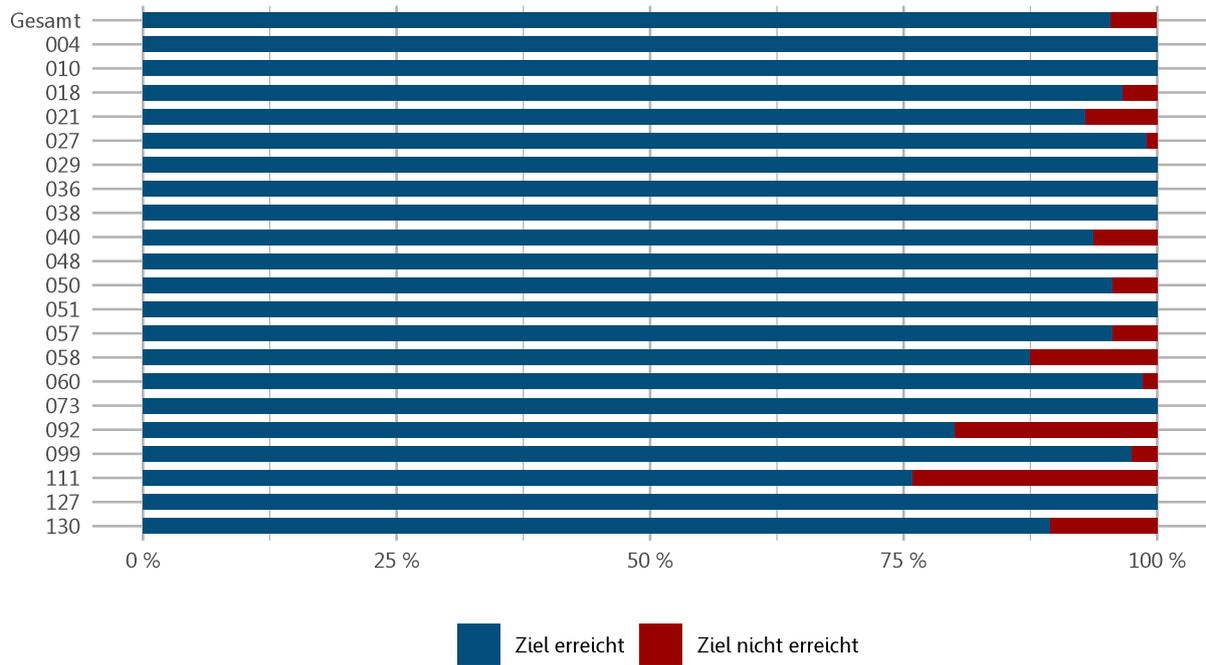


Tabelle 9: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

Klinik	Ziel erreicht		Ziel nicht erreicht		Gesamt
	n	%	n	%	n
Gesamt	1'406	95.5	67	4.5	1'473
004	27	100.0	0	0.0	27
010	276	100.0	0	0.0	276
018	28	96.6	1	3.4	29
021	264	93.0	20	7.0	284
027	98	99.0	1	1.0	99
029	6	100.0	0	0.0	6
036	182	100.0	0	0.0	182
038	19	100.0	0	0.0	19
040	30	93.8	2	6.3	32
048	6	100.0	0	0.0	6
050	43	95.6	2	4.4	45
051	12	100.0	0	0.0	12
057	65	95.6	3	4.4	68
058	7	87.5	1	12.5	8
060	71	98.6	1	1.4	72
073	83	100.0	0	0.0	83
092	76	80.0	19	20.0	95
099	39	97.5	1	2.5	40
111	44	75.9	14	24.1	58
127	13	100.0	0	0.0	13
130	17	89.5	2	10.5	19

Impressum

Titel	Nationaler Vergleichsbericht 2022. Onkologische Rehabilitation
Autorinnen und Autoren	Dipl.-Päd. (Rehab.) Stefanie Köhn Anika Zembic, MPH Frederike Basedow, M.Sc. Prof. Dr. Karla Spyra
Publikationsort und -jahr	Bern/Berlin 21. September 2023 (v 1.0)
Zitation:	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023). Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2022.
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Stefan Goetz, Spital Thurgau AG – Klinik St. Katharinental Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr. med. Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeberin vertreten durch	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – ANQ Dr. phil. Stephan Tobler, Leitung Rehabilitation
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin