

---

# Kurzfassung

# Nationale Vergleichsberichte 2021

---

## Nationaler Messplan Rehabilitation

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

Januar 2023

Korrektur SCIM 2021 – Paraplegiologische Rehabilitation, 25. Januar 2024 (gelbe Markierung)

## Inhaltsverzeichnis

---

1.	Zu dieser Kurzfassung .....	3
2.	Qualitätsmessungen im Auftrag des ANQ .....	3
3.	Übersicht Nationaler Messplan Rehabilitation 2021 .....	4
3.1.	Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente .....	4
3.2.	Auswertung der Messergebnisse .....	6
4.	Geriatrische Rehabilitation: Messung 2021 .....	7
5.	Internistische Rehabilitation: Messung 2021 .....	8
6.	Kardiale Rehabilitation: Messung 2021 .....	9
7.	Muskuloskelettale Rehabilitation: Messung 2021 .....	11
8.	Neurologische Rehabilitation: Messung 2021 .....	12
9.	Onkologische Rehabilitation: Messung 2021 .....	13
10.	Paraplegiologische Rehabilitation: Messung 2021 .....	14
11.	Psychosomatische Rehabilitation: Messung 2021 .....	15
12.	Pulmonale Rehabilitation: Messung 2021 .....	17

## 1. Zu dieser Kurzfassung

---

Die Kurzfassung der Nationalen Vergleichsberichte präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmessungen, die 2021 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 2021 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 2021 entlassen wurden.

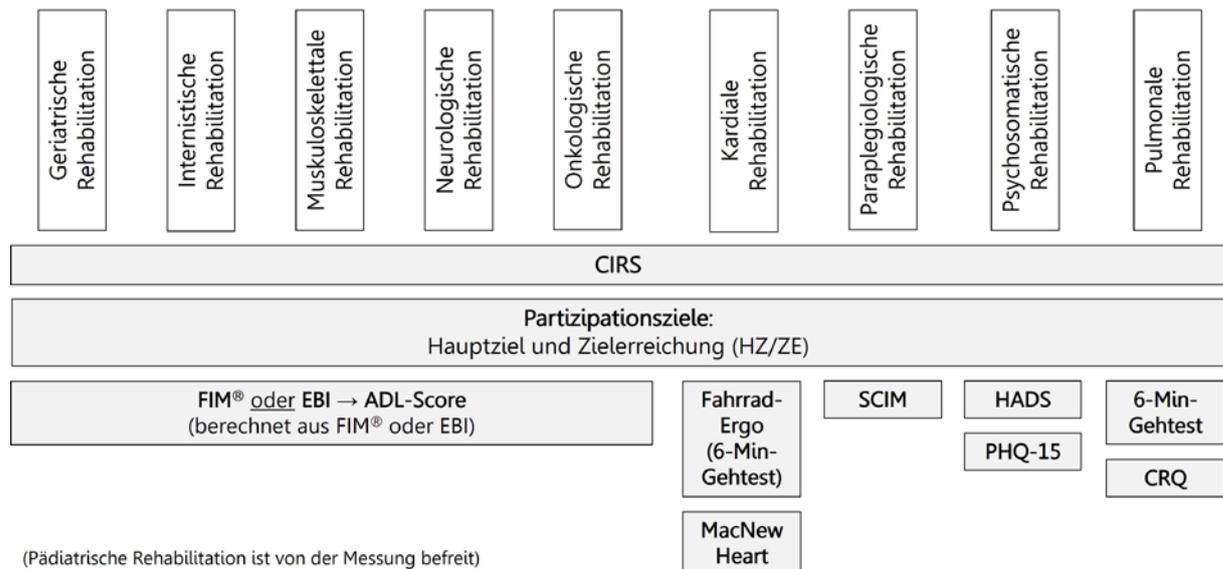
### **Auftrag des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité**

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 2021

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 2021 – 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. In der kardialen Rehabilitation wird er aber nur von denjenigen Patientinnen und Patienten absolviert, für welche die Fahrrad-Ergometrie zu belastend wäre.

### **Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels Fahrrad-Ergometrie**

Die Fahrrad-Ergometrie erhebt ebenfalls die körperliche Leistungsfähigkeit. Dieses Instrument wird nur dann eingesetzt, wenn die Patientinnen und Patienten ausreichend belastbar sind und für den Notfall eine medizinische Betreuung sichergestellt ist. Als Ergebnisindikator wird die maximal erreichte Wattzahl ausgewertet. Die Fahrrad-Ergometrie kommt in der kardialen Rehabilitation zur Anwendung. Weniger belastbare Patientinnen und Patienten absolvieren den 6-Minuten-Gehtest.

### **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 siebenstufige 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 risikoadjustiert ausgewertet. Die Nationalen Vergleichsberichte und die Kurzfassung führen wenn möglich auch die 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.

## 4. Geriatrische Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 51 Kliniken (2020: 48) Daten für 24'195 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine geriatrische Rehabilitation beendet hatten (2020: 21'705). 92.5% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2020: 90.7%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 78.2% (2020: 75.2%). Aufgrund der besseren Datenqualität und der gestiegenen Fallzahlen war die Auswertungsstichprobe deutlich grösser als 2020: Insgesamt wurden 18'929 Datensätze (2020: 16'317) aus 50 Kliniken (2020: 47) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 83.1 Jahren. Der Frauenanteil betrug 63.7%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.4 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore erreichte 18.1 (2020: 17.9). 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 35.6 Punkte (2020: 35.5) und bei Reha-Austritt 43.0 Punkte (2020: 42.7). Damit lag der Gesamtdurchschnittswert bei Reha-Eintritt im Bereich des Vorjahrs und bei Reha-Austritt leicht darüber.

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 18 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 14 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

### Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 95.0% erreicht (2020: 95.2%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den Alleinstehenden wollten 90.0% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen, bei den in Partnerschaft lebenden Personen waren es 85%. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 9.1% der Fälle (2020: 10.4%). 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 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 39 Kliniken (2020: 34) Daten für 5'991 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine internistische Rehabilitation beendet hatten (2020: 5'583). 94.3% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2020: 95.5%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 77.0% (2020: 77.1%). Aufgrund der leicht höheren Fallzahlen war die Auswertungstichprobe etwas grösser als 2020: Total wurden 4'613 Datensätze (2020: 4'304) aus 38 Kliniken (2020: 34) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 70.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 50.5%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.4 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 18.1 (2020: 17.5). 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 43.9 Punkte (2020: 44.5) und bei Reha-Austritt 51.2 Punkte (2020: 51.6). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit leicht unter 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 16 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 11 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 93.5% erreicht (2020: 94.8%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollten 60.0% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen, bei den Alleinstehenden waren es 69.0%. 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.

Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte lediglich in 4.7% der Fälle eine Anpassung des Ziels (2020: 4.8%). 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 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 18 Kliniken (2020: 17) Daten für 7'157 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine kardiale Rehabilitation beendet hatten (2020: 6'640). 89.4% der Datensätze waren vollständig dokumentiert. Die Auswertungstichprobe wurde in diesem Datenjahr erstmals instrumentenspezifisch ermittelt (vgl. Beschreibung beim jeweiligen Instrument). Aufgrund dieser Anpassung sind für das aktuelle Berichtsjahr keine Vorjahresvergleiche möglich.

### 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, den 6-Minuten-Gehtest und die Fahrrad-Ergonomie risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

### Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Auswertungstichprobe des MacNew Heart umfasst die Angaben von 3'908 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter lag bei 67.4 Jahren, und der Frauenanteil machte 27.9% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.3 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.0.

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart betrug bei Reha-Eintritt 5.03 Punkte und bei Reha-Austritt 5.95 Punkte.

Die risikoadjustierte Auswertung des MacNewHeart ergab

- für 10 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 3 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 4 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Auswertungstichprobe des 6-Minuten-Gehtests und der Fahrrad-Ergonomie umfasst die Angaben von 5'120 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter lag bei 67.8 Jahren, und der Frauenanteil machte 30.0% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.5 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.3.

Alle 18 Kliniken führten den 6-Minuten-Gehtest als Leistungstest durch. 11 Kliniken wendeten bei allen Patientinnen und Patienten ausschliesslich den 6-Minuten-Gehtest an. Die anderen 7 Kliniken wählten gemäss den ANQ-Vorgaben entweder den 6-Minuten-Gehtest oder die Fahrrad-Ergometrie. Bei diesen 7 Kliniken umfasst die im 6-Minuten-Gehtest ausgewertete Stichprobe die stärker beeinträchtigten Personen. Bei weniger Beeinträchtigten setzten sie die Fahrrad-Ergometrie ein. Ein Ergebnisvergleich mit Kliniken, die ausschliesslich den 6-Minuten-Gehtest anwendeten, ist deshalb kaum möglich.

Im **6-Minuten-Gehtest** stieg die zurückgelegte Gehstrecke von durchschnittlich 287 Metern bei Reha-Eintritt auf 414 Meter bei Reha-Austritt.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab

- für 6 der 18 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 2 der 18 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 6 der 18 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

Bei der **Fahrrad-Ergometrie**, welche von 7 der 18 Kliniken zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt wurde, stieg die durchschnittlich erreichte Wattzahl von 82 Watt bei Reha-Eintritt auf 107 Watt bei Reha-Austritt.

Die risikoadjustierte Auswertung der Fahrrad-Ergometrie ergab

- für 1 der 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 2 der 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 3 der 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 1 Klinik ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (nicht interpretierbar (< 10 Fälle)).

## Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Dokumentation von Partizipationsziel und Zielerreichung ist in der kardialen Rehabilitation erst seit Anfang 2021 Teil des Messplans und wird damit zum ersten Mal ausgewertet.

Die Auswertungsstichprobe umfasst die Angaben von 5'900 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter lag bei 67.9 Jahren. Der Frauenanteil machte 30.3% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.6 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.2.

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 98.4% erreicht. Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollte rund ein Drittel daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen, bei den Alleinstehenden waren es 4 von 10 Patientinnen und Patienten. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Die vereinbarten Partizipationsziele variierten von Klinik zu Klinik zum Teil erheblich

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 2.4% der Fälle. Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt.

## 7. Muskuloskeletale Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 66 Kliniken (2020: 67) Daten für 29'319 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine muskuloskeletale Rehabilitation beendet hatten (2020: 28'243). 92.7% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2020: 93.5%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 85.6% (2020: 85.2%). Aufgrund der leicht höheren Fallzahlen war die Auswertungsstichprobe geringfügig grösser als 2020. Total wurden 25'092 Datensätze (2020: 24'070) aus 65 Kliniken (2020: 65) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 70.2 Jahren. Der Frauenanteil machte 62.4% aus. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 22.0 Tagen. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 13.4 (2020: 13.3). 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 (2020: 43.8) und bei Reha-Austritt 52.3 Punkte (2020: 52.4). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit im Bereich 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 29 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 16 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 6 Kliniken sind die 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 rund 96.9% erreicht (2020: 97.0%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. 60.0% der in Partnerschaft lebenden Personen wollten daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen, bei den Alleinstehenden waren es 65.0%. In einzelnen Kliniken mit im Schnitt jüngeren Patientinnen und Patienten waren berufsbezogene Partizipationsziele häufiger. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum.

Das gewählte Partizipationsziel wurde in lediglich 3.0% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst (2020: 3.1%). Bei Zielanpassungen wurde häufig eine Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung vereinbart. Die angepassten Ziele beinhalten meistens ein grösseres Ausmass an Unterstützung als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

## 8. Neurologische Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 38 Kliniken (2020: 40) Daten für 14'757 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine neurologische Rehabilitation beendet hatten (2020: 14'017). 94.2% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2020: 95.3%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 83.0% (2020: 83.1%). Aufgrund der leicht höheren Fallzahlen war die Auswertungsstichprobe geringfügig grösser als 2020. Insgesamt wurden 12'254 Datensätze (2020: 11'653) aus 37 Kliniken (2020: 40) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 66.1 Jahren. Der Frauenanteil machte 44.5% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 36.9 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 15.1 (2020: 15.7). 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 34.3 Punkte (2020: 34.7), bei Reha-Austritt 44.2 Punkte (2020: 44.7). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit geringfügig unter dem 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 18 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

### Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 95.7% erreicht (2020: 95.7%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Sowohl bei den alleinstehenden als auch bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollten rund 70.0% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele nur wenig.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 6.2% der Fälle (2020: 5.9%). Bei Zielanpassungen wird häufig eine Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung vereinbart. Die angepassten Ziele beinhalten meistens ein grösseres Ausmass an Unterstützung als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

## 9. Onkologische Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 15 Kliniken (2020: 14) Daten für 1'245 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2020: 1'321). 98.9% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2020: 96.3%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 83.8% (2020: 78.4%). Aufgrund der gestiegenen Datenqualität war die Auswertungsstichprobe etwas grösser als 2020: Insgesamt wurden 1'043 Datensätze (2020: 1'036) aus allen 15 Kliniken (2020: 14) ausgewertet. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 67.4 Jahren. Der Frauenanteil machte 57.5% aus. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 20.8 Tagen. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 16.8 (2020: 16.6). 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 47.5 Punkte (2020: 49.2) und bei Reha-Austritt 53.5 Punkte (2020: 54.0). Beide Gesamtdurchschnittswerte waren damit tiefer als 2020.

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 3 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 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 7 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 93.1% erreicht (2020: 96.8%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollte gut ein Drittel daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen, bei den Alleinstehenden waren es 56.0%. Im Vergleich zu 2020 wurde die Teilhabe am öffentlichen Leben deutlich seltener dokumentiert.

In 2.9% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels (2020: 1.1%).

## 10. Paraplegiologische Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 4 Kliniken Daten für 975 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine paraplegiologische Rehabilitation beendet hatten. 99.6% der Datensätze waren vollständig dokumentiert. Die Datenqualität der Kliniken ist sehr gut: Der Anteil an auswertbaren Daten betrug 94.1%. Insgesamt umfasst die Auswertungsstichprobe Datensätze von 917 Patientinnen und Patienten aus allen 4 Kliniken. Das mittlere Alter lag bei 55.7 Jahren, und der Frauenanteil machte 34.7% aus. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 77.5 Tagen. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 20.9.

Die Qualitätsmessungen in der paraplegiologischen Rehabilitation sind seit Messjahr 2021 verpflichtend. Da es sich um die erste Ergebnispublikation handelt, sind keine Vorjahresvergleiche möglich.

### 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 40.9 Punkten und bei Reha-Austritt einen Score von 50.3 Punkten.

Die risikoadjustierte Auswertung der SCIM ergab

- für 2 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 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde.

### Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 96.7% erreicht. Die Partizipationsziele stammten fast ausschliesslich aus dem Bereich «Wohnen». 52.9% der Patientinnen und Patienten definierten die Integration in eine Pflegeeinrichtung als Ziel. 28.1% wollten nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner wohnen können, und 12.2% setzten sich zum Ziel, alleinstehend zu wohnen. Sowohl bei den alleinstehenden als auch bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollten rund 70.0% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Alle anderen Ziele wurden zu Beginn der Rehabilitation deutlich seltener dokumentiert.

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

## 11. Psychosomatische Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

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

Die Qualitätsmessungen in der psychosomatische Rehabilitation sind seit Messjahr 2021 verpflichtend. Da es sich um die erste Ergebnispublikation handelt, sind keine Vorjahresvergleiche möglich.

### 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 1'965 Patientinnen und Patienten aus 13 Kliniken. Das mittlere Alter lag bei 50.4 Jahren, und der Frauenanteil machte 65.5% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 29.3 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 8.3.

Auf der **HADS-Angstskala** betrug der Gesamtwert bei Reha-Eintritt durchschnittlich 10.9 Punkte und bei Reha-Austritt durchschnittlich 7.8 Punkte.

Die risikoadjustierte Auswertung der HADS-Angstskala ergab

- für 11 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.

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

Auf der **HADS-Depressionsskala** lag der Gesamtwert bei Reha-Eintritt im Mittel bei 10.6 Punkten und bei Reha-Austritt im Mittel bei 6.9 Punkten.

Die risikoadjustierte Auswertung der HADS-Depressionsskala ergab

- für 11 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.

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

### Messung der somatischen Beschwerden

Die Auswertungsstichprobe des PHQ-15 umfasst die Angaben von 1'961 Patientinnen und Patienten aus 12 Kliniken. Das mittlere Alter lag bei 50.4 Jahren, und der Frauenanteil machte 65.7% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 29.3 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 8.2.

Beim PHQ-15 betrug der Gesamtdurchschnittswert bei Reha-Eintritt 11.9 Punkte und bei Reha-Austritt 8.9 Punkte.

Die risikoadjustierte Auswertung des PHQ-15 ergab

- für 9 Kliniken eine Ergebnisqualität, die aufgrund der klinikeigenen Patientenstruktur statistisch erwartet wurde.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die unter den statistisch erwarteten Werten blieb.

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

## Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Auswertungstichprobe umfasst die Angaben von 2'417 Patientinnen und Patienten aus 13 Kliniken. Das mittlere Alter lag bei 50.4 Jahren. Der Frauenanteil machte 65.7% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 29.8 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 8.2.

Das mit den Patientinnen und Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 93.0% erreicht. Die Partizipationsziele stammten aus allen drei Teilhabebereichen: Ziele aus dem Bereich «Soziokultur» sowie «Wohnen» waren mit je rund 40.0% am häufigsten, Ziele aus dem Bereich «Arbeit» machten etwa 15.0% aus. Die Anteile der gewählten Ziele unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Kliniken.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 3.3% der Fälle. Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Arbeit» sowie das Ziel «Zuhause Wohnen mit Lebenspartner» geändert.

## 12. Pulmonale Rehabilitation: Messung 2021

---

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 13 Kliniken (2020: 12) Daten für 5'569 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine pulmonale Rehabilitation beendet hatten (2020: 4'118). 81.4% der Datensätze waren vollständig dokumentiert. Der verhältnismässig hohe Anteil an unvollständig dokumentierten Fällen dürfte in Zusammenhang mit der umfassenden Anpassung des Messplans in der pulmonalen Rehabilitation stehen. Damit einher geht auch eine veränderte Stichprobenermittlung, die erstmals instrumentenspezifisch erfolgt (vgl. Beschreibung beim jeweiligen Instrument). Aufgrund dieser Anpassungen sind für das aktuelle Berichtsjahr keine Vorjahresvergleiche möglich.

### 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 Auswertungstichprobe des CRQ umfasst die Angaben von 2'581 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter betrug 66 Jahre, und der Frauenanteil machte 40.4% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.1 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 15.0.

Der Gesamtdurchschnitt des CRQ erreichte bei Reha-Eintritt im Mittel 3.95 Punkte und bei Austritt 5.06 Punkte.

Die risikoadjustierte Auswertung des CRQ ergab

- für 7 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 Auswertungstichprobe des 6-Minuten-Gehtests umfasst die Angaben von 3'687 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter betrug 66.2 Jahre, und der Frauenanteil machte 41.8% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.2 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 15.1.

Die beim 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Gehstrecke stieg von durchschnittlich 259 Metern bei Reha-Eintritt auf 367 Meter bei Reha-Austritt.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab

- für 8 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 2 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

## Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Die Dokumentation von Partizipationsziel und Zielerreichung ist in der pulmonalen Rehabilitation erst seit Anfang 2021 Teil des Messplans und wird somit zum ersten Mal ausgewertet.

Die Auswertungsstichprobe umfasst die Angaben von 4'086 Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter lag bei 66.4 Jahren. Der Frauenanteil machte 42.0% aus. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.2 Tage. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 15.1.

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 98.1% erreicht. Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen wollten 4 von 10 daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden war es die Hälfte. 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 3.5% der Fälle. Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt.