EXECUTIVE SUMMARY

REHASPEZIFISCHE MESSUNGEN

ZUSAMMENFASSUNG MESSERGEBNISSE 2025

NATIONALER MESSPLAN REHABILITATION

ERHEBUNGSZEITRAUM: VON 01.01.2025 BIS 31.12.2025

Publikationsdatum:	8. September 2026
Version:	1.0, genehmigt durch den Qualitätsausschuss Rehabilitation am 02.07.2026

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

W2 Research Analysis Consulting

Weltpoststrasse 5 • 3015 Bern
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

EINLEITUNG

Das vorliegende Executive Summary präsentiert die Ergebnisse der rehaspezifischen Messungen, die auf dem ANQ-Webportal national vergleichend in dynamischen Grafiken (Funnel Plots) publiziert sind. Die Messung wurde im Jahr 2025 im Auftrag des ANQ in den Schweizer Spitälern und Kliniken der Rehabilitation durchgeführt. Die Liste der teilnehmenden Kliniken ist für jeden Rehabereich auf dem ANQ-Webportal abrufbar. Die Ergebnisse der ANQ-Qualitätsmessungen bilden eine datenbasierte Grundlage, um gezielte Verbesserungsprozesse in den Spitälern und Kliniken anzustossen.

Das Executive Summary richtet sich an Direktionen und Qualitätsverantwortliche in Spitälern und Kliniken, an die zuständigen Stellen von kantonalen Behörden und Versicherern sowie an eine interessierte Öffentlichkeit. Das Executive Summary fasst die Messergebnisse konzis zusammen und unterstützt die Interpretation.

Die rehaspezifischen Messungen werden von w hoch 2 und vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin logistisch und wissenschaftlich begleitet (Messinformationsseite). Die Qualitätsindikatoren, die Auswertungsmethodik und die Darstellung der Messergebnisse werden im Auswertungs- und im Publikationskonzept (Version 8.1 bzw. 7.0) sowie im Verfahrenshandbuch (Version 10.1) beschrieben.

Die Messungen erfolgen bei Reha-Eintritt und bei Reha-Austritt und machen so die Fortschritte während der Behandlung sichtbar. Gemessen werden Aspekte wie Funktions- und Leistungsfähigkeit, Partizipation, somatische Beschwerden, Angst und Depression sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität.

ERGEBNISSE

DATENJAHR 2025

Datenqualität

Für das Datenjahr 2025 übermittelten 104 Kliniken der geriatrischen, internistischen, kardialen, muskuloskelettalen, neurologischen, onkologischen, paraplegiologischen, psychosomatischen und pulmonalen Rehabilitation ihre Messergebnisse (2024: 106 Kliniken). Insgesamt wurden die Daten für 98’071 Patientinnen und Patienten in die Messung eingeschlossen (2024: 99’274 Fälle). Davon waren 82.9% gemäss Auswertungskonzept (V8.1) auswertbar (2024: 85.2%). Die meisten auswertbaren Fälle gab es mit 88.3% in der psychosomatischen und muskuloskelettalen Rehabilitation (2024: höchster Anteil auswertbarer Fälle [90.1%] in der muskuloskelettalen Rehabilitation). Die wenigsten auswertbaren Fälle wies die internistische

Rehabilitation mit 75.5% aus (2024: niedrigster Anteil auswertbarer Fälle [79.6%] in der internistischen Rehabilitation). Den höchsten Anteil an Dropouts gab es in der internistischen Rehabilitation mit 23.6% (2024: höchster Dropout-Anteil [18.9%] in der internistischen Rehabilitation). Diese Fälle sind zwar vollständig, haben aber aus verschiedenen Gründen die Rehabilitation nicht abgeschlossen und können somit nicht in den Ergebnisanalysen berücksichtigt werden. Insgesamt ist der Anteil an Dropouts von 11.5% im Jahr 2024 auf 15.0% im Jahr 2025 gestiegen. Der Anteil der Testverzichte lag zwischen 5.2% beim 6-Minuten-Gehtest in der kardialen Rehabilitation und 34.4% beim MacNew Heart ebenfalls in der kardialen Rehabilitation (2024: Testverzichte von 6.6% beim 6-Minuten-Gehtest in der kardialen Rehabilitation bis 39.2% beim CRQ in der pulmonalen Rehabilitation) (zum Excelfile zur Datenqualität 2025). Den grössten Anteil fehlerhafter Fälle gab es in der pulmonalen Rehabilitation mit 8.2% und den niedrigsten in der onkologischen Rehabilitation mit 0.2% (2024: Anteil fehlerhafter Fälle zwischen 5.1% in der pulmonalen und 1.2% in der paraplegiologischen Rehabilitation). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der übermittelten und auswertbaren Fälle leicht gesunken.

Stichprobenbeschrieb

Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten lag zwischen 51.5 Jahren in der psychosomatischen Rehabilitation und 83.7 Jahren in der geriatrischen Rehabilitation (2024: 51.7 Jahre in der psychosomatischen und 83.8 Jahre in der geriatrischen Rehabilitation). Der Frauenanteil bewegte sich zwischen 28.1% in der kardialen Rehabilitation und 64.4% in der psychosomatischen Rehabilitation (2024: 30.3% Frauen in der kardialen Rehabilitation und 64.9% in der psychosomatischen Rehabilitation). Durchschnittlich dauerte die Rehabilitation 24.9 Tage (2024: 24.8 Tage). Die längste Aufenthaltsdauer verzeichnete die paraplegiologische Rehabilitation (65.8 Tage) und die kürzeste die pulmonale Rehabilitation (20.1 Tage) (2024: Aufenthaltsdauer zwischen 67.6 Tagen in der paraplegiologischen und 20.4 Tagen in der pulmonalen Rehabilitation). Im Vergleich zum Vorjahr veränderten sich die Merkmale des Patientenkollektivs nur geringfügig (zum Excelfile zum Stichprobenbeschrieb und Ergebnisqualität 2025).

In allen Rehabereichen wird ausserdem erhoben, ob das zu Beginn der Rehabilitation vereinbarte Hauptziel der Behandlung erreicht wurde. Die Zielerreichung bewegte sich zwischen 94.1% in der geriatrischen Rehabilitation und 99.1% in der kardialen Rehabilitation (2024: Zielerreichung zwischen 93.0% in der geriatrischen und 98.9% in der kardialen Rehabilitation) (zur Infografik Rehaspezifische Messungen 2025).

Unadjustierte Messergebnisse zu Eintritt und Austritt

Im Folgenden werden die unadjustierten Ein- und Austrittswerte des jeweiligen Instruments je Rehabereich beschrieben (Excelfile zum Stichprobenbeschrieb und Ergebnisqualität 2025):

In der **geriatrischen Rehabilitation** wird die Ergebnisqualität anhand der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten (motorische und kognitive Fähigkeiten im Alltag) gemessen. Die Beurteilung erfolgt mit Hilfe des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI

auf einer Skala von 0 bis 60 Punkten (höherer Wert = höhere Funktionsfähigkeit) berechnet wird. Der ADL-Score betrug bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 36.0 Punkte (2024: 35.9) und bei Reha-Austritt 44.6 Punkte (2024: 44.2). Im Messjahr 2025 nutzten 39 Kliniken FIM® und 11 Kliniken EBI.

Für die **internistische Rehabilitation** betrug der ADL-Score bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 41.6 Punkte (2024: 42.5) und bei Reha-Austritt 51.6 Punkte (2024: 51.5). Im Messjahr 2025 nutzten 30 Kliniken FIM® und 9 Kliniken EBI.

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der **kardialen Rehabilitation** betrug bei Reha-Eintritt 5.0 Punkte (2024: 5.0) und bei Reha-Austritt 5.9 Punkte (2024: 5.9) auf einer Skala von 1 bis 7 Punkten (höherer Wert = höhere Lebensqualität). Im 6-Minuten-Gehtest stieg die zurückgelegte Gehstrecke der kardialen Patientinnen und Patienten von durchschnittlich 307.5 Metern bei Reha-Eintritt (2024: 311.2) auf 442.4 Meter bei Reha-Austritt (2024: 441.6).

Für die **muskuloskelettale Rehabilitation** betrug der ADL-Score bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 42.2 Punkte (2024: 42.8) und bei Reha-Austritt 52.9 Punkte (2024: 52.6). Im Messjahr 2025 nutzten 44 Kliniken FIM® und 23 Kliniken EBI.

Für die **neurologische Rehabilitation** betrug der ADL-Score bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 36.3 Punkte (2024: 35.5) und bei Reha-Austritt 46.5 Punkte (2024: 45.1). Im Messjahr 2025 nutzten 23 Kliniken FIM® und 16 Kliniken EBI.

Für die **onkologische Rehabilitation** betrug der ADL-Score bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 42.3 Punkte (2024: 42.4) und bei Reha-Austritt 53.1 Punkte (2024: 52.8). Im Messjahr 2025 nutzten 14 Kliniken FIM® und 6 Kliniken EBI.

Für die **paraplegiologische Rehabilitation** wird die Ergebnisqualität mit Hilfe des Messinstruments SCIM (Spinal Cord Independent Measure) auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten (höherer Wert = höhere Funktionsfähigkeit) gemessen. Die Messung der Funktionsfähigkeit bei Wirbelsäulenverletzungen ergab bei Reha-Eintritt im Durchschnitt 38.7 Punkte (2024: 38.8) und bei Reha-Austritt 51.0 Punkte (2024: 49.9).

Der Gesamtdurchschnitt des PHQ-15 zur Messung der Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden in der **psychosomatischen Rehabilitation** betrug bei Reha-Eintritt 11.0 Punkte (2024: 11.2) und bei Reha-Austritt 8.0 Punkte (2024: 8.4) auf einer Skala von 0 bis 28 Punkten (höherer Wert = höhere Symptomatik). Beim PHQ-9, einem Instrument zur Messung der Ausprägung depressiver Symptome, sank der Messwert der psychosomatischen Patientinnen und Patienten von durchschnittlich 14.3 Punkten bei Reha-Eintritt (2024: 14.3) auf 7.8 Punkte bei Reha-Austritt (2024: 8.1) auf einer Skala von 0 bis 27 Punkten (höherer Wert = höhere Symptomatik). Für das Instrument GAD-7 zur Messung der Ausprägung der Angstsymptomatik veränderte sich der Messwert von durchschnittlich 11.2 Punkten bei Reha-Eintritt (2024: 11.3) auf 6.2

Punkte bei Reha-Austritt (2024: 6.3) auf einer Skala von 0 bis 21 Punkten (höherer Wert = höhere Symptomatik).

Der Gesamtdurchschnitt des CRQ zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der **pulmonalen Rehabilitation** betrug bei Reha-Eintritt 3.8 Punkte (2024: 3.8) und bei Reha-Austritt 4.9 Punkte (2024: 4.9) auf einer Skala von 1 bis 7 Punkten (höherer Wert = höhere Lebensqualität). Im 6-Minuten-Gehtest stieg die zurückgelegte Gehstrecke der pulmonalen Patientinnen und Patienten von durchschnittlich 273.3 Metern bei Reha-Eintritt (2024: 271.1) auf 346.5 Meter bei Reha-Austritt (2024: 349.3).

Risikoadjustierte Messergebnisse

Mit der risikoadjustierten Analyse lässt sich pro Klinik und Ergebnisindikator beurteilen, wie gross die erzielte Verbesserung für eine Klinikpopulation im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Kliniken ist. Zu diesem Zweck wird auf Basis aller einbezogenen Fälle berechnet, inwieweit die gemessene Veränderung in einer Klinik von einer statistisch ermittelten durchschnittlichen Veränderung (erwartete Veränderung) abweicht (siehe Erläuterung zur Risikoadjustierung). Dabei wird berücksichtigt, dass sich das Patientenkollektiv zwischen den Kliniken unterscheiden kann (hinsichtlich Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Liegeklasse, Gesundheitszustand zu Eintritt usw.). Die resultierende Vergleichsgrösse ist von diesen beeinflussenden Faktoren (Confoundern) bereinigt (siehe Auswertungskonzept (V8.1)) und national vergleichend in dynamischen Grafiken (Funnel Plots) transparent publiziert (zu den Funnel Plots). Die Veränderung der Vergleichsgrössen zum Vorjahr wird in Dumbbell Plots dargestellt (Excelfile zum Stichprobenbeschrieb und Ergebnisqualität 2025).

ZEITLICHE ENTWICKLUNG

Über alle Rehabereiche hinweg, die zur Qualitätsmessung den ADL-Score nutzten, nahm die Differenz der unadjustierten Messergebnisse zwischen Eintritt und Austritt über die letzten 5 Jahre zu. Insbesondere in der internistischen, muskuloskelettalen und onkologischen Rehabilitation haben die Patientinnen und Patienten die Rehabilitation mit einer immer geringeren Funktionsfähigkeit (bzw. mit immer niedrigeren Messergebnissen) begonnen, während die Austrittswerte konstant blieben oder stiegen. Im Laufe der Rehabilitation zeigte sich in allen 5 Rehabereichen eine zunehmende Verbesserung der Funktionsfähigkeit (Abbildung 1).

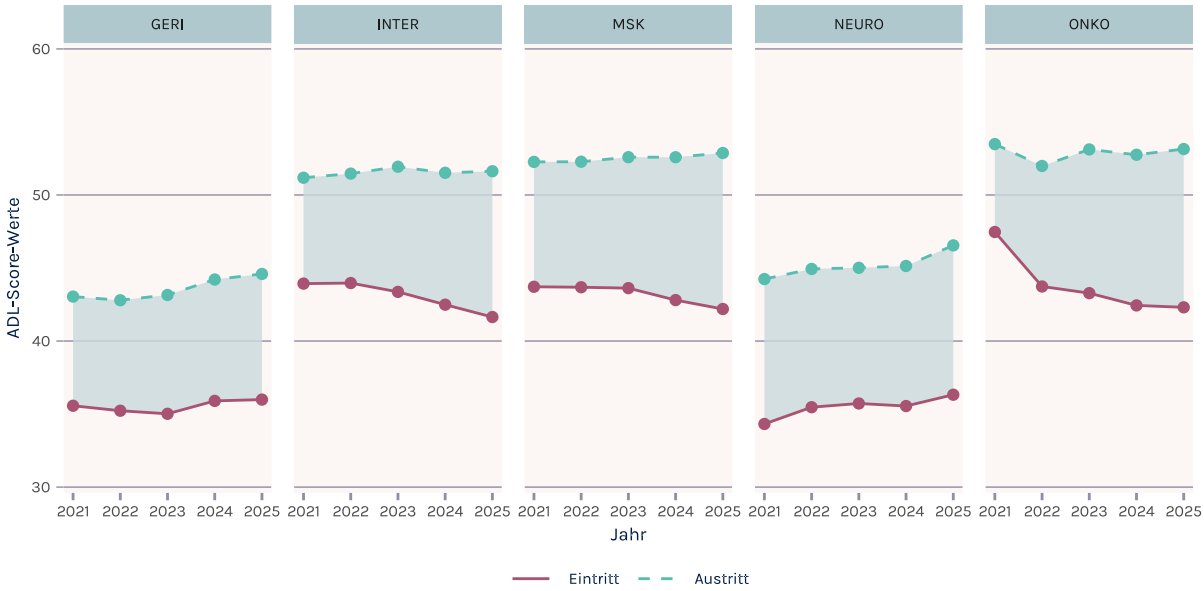

Abbildung 1: Verbesserung der Funktionsfähigkeit zwischen 2021-2025 in der geriatrischen (GERI), internistischen (INTER), muskuloskelettalen (MSK), neurologischen (NEURO) und onkologischen Rehabilitation (ONKO).

In den übrigen Rehabereichen sind die unadjustierten Messergebnisse über die letzten Jahre weitestgehend gleichgeblieben. Die Ein- und Austrittswerte zeigten eine konstante Verbesserung im Laufe der Rehabilitation.

DISKUSSION

Nach einem konstanten Anstieg der Fälle über die letzten 5 Jahre ist die Anzahl der eingeschlossenen Fälle in diesem Jahr erstmals gesunken. Der Anteil auswertbarer Fälle ist ebenfalls geringer als in den Vorjahren, während der Dropout-Anteil gestiegen ist. Dies kann mit den veränderten Bewertungskriterien zusammenhängen. Mit der Einführung der Online-Plattform *RehaCompass* wurden sowohl die Einschlusskriterien als auch die Bewertungskriterien für die Datenqualität angepasst. Für die diesjährige Bewertung wurden unter anderem Fälle ohne Messdaten oder administrative Falldaten ausgeschlossen, und die Auswertbarkeit des Instruments «Hauptziel/Zielerreichung» war nicht mehr ausschlaggebend für die Auswertbarkeit der anderen Instrumente. Zusätzlich wurden Dropouts erweitert datenbasiert ermittelt, wodurch sich die Dropoutraten erhöht haben. Diese und andere kleinere Anpassungen beeinflussen die Ergebnisse der Datenqualität, welche deshalb nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Demgegenüber zeigten sich die grundlegenden Eigenschaften der Stichprobe im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert.

Auf dieser insgesamt stabilen Datenbasis zeigt sich in allen Rehabereichen im Laufe der Rehabilitation eine Verbesserung von Funktions- und Leistungsfähigkeit, somatischen Beschwerden, Angst und Depression oder gesundheitsbezogener Lebensqualität. Über die letzten 5 Jahre hinweg kann man bei den meisten Instrumenten eine zunehmende oder gleichbleibende Verbesserung beobachten, wobei für die neueren Instrumente (GAD-7 und PHQ-9 seit Datenjahr 2024 in der psychosomatischen Rehabilitation) noch keine langfristigen Vergleiche vorliegen.

Bei der Interpretation dieser deskriptiven Ergebnisse über die letzten 5 Jahre ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese keine Prüfung statistischer Signifikanz beinhalten und keine Vorhersagen über zukünftige Entwicklungen zulassen. Zudem sind die unadjustierten Messergebnisse nicht von den Einflüssen der jeweiligen Patientenstruktur, wie zum Beispiel Fallschwere, der einzelnen Kliniken bereinigt. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Betrachtung der unbereinigten Werte sind Deckeneffekte. Wenn Patientinnen und Patienten bereits zu Reha-Eintritt sehr hohe Werte erreichen, ist das Ausmass der messbaren Verbesserungen während der Rehabilitation begrenzt. Für Kliniken mit einem hohen Anteil dieser Fallstruktur ist es schwieriger, signifikant überdurchschnittliche Vergleichsgrössen zu erreichen.

Da die unbereinigten Ergebnisse stark von der spezifischen Patientenstruktur der Kliniken beeinflusst werden, ist eine Risikoadjustierung zwingend erforderlich. Erst sie gleicht diese strukturellen Effekte aus und macht einen fairen Klinikvergleich möglich. Methodisch ist bei der Interpretation der risikoadjustierten Ergebnisse auf dem ANQ-Webportal jedoch zu berücksichtigen, dass das statistische Modell zwar für zentrale Confounder (wie die Eintrittswerte oder das Alter) korrigiert, jedoch nie alle potenziellen Störfaktoren abbilden kann. Zudem lässt sich anhand der publizierten Werte keine Aussage darüber treffen, ob die beobachtete Veränderung im Vergleich zum Vorjahr statistisch signifikant grösser oder kleiner ist. Der ANQ begleitet die Veröffentlichung der Ergebnisse mit einem Grundsatzdokument «Hinweise zur Interpretation der ANQ-Messergebnisse», welches vertiefend auf die Risikoadjustierung, die Aussagekraft sowie die Vergleichbarkeit der rehaspezifischen Messergebnisse eingeht.

Für die praktische Qualitätsarbeit steht den Kliniken schliesslich ein zweiteiliges Informationsangebot zur Verfügung. Während die auf dem ANQ-Webportal transparent publizierten, risikoadjustierten Ergebnisse dem fairen und methodisch bereinigten Klinikvergleich dienen, ermöglichen die Dashboards *RehaCompass* und VIZER die Detailanalyse vor Ort. Über diese Dashboards erhält jede beteiligte Rehabilitationsklinik direkten Zugriff auf ihre spezifischen Kennzahlen zur Datenqualität, zum Casemix sowie auf die unadjustierten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren. Die interaktive Darstellung in Grafiken und Tabellen ermöglicht es den Institutionen, die eigenen Daten tiefgehend zu analysieren, historische Vergleiche (2021–2024) zu ziehen und Daten zu exportieren. Die so aufbereiteten Daten bieten den Kliniken eine fundierte Grundlage, um ihre Ergebnisse einzuordnen, Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen und gezielt vorhandene Verbesserungspotenziale abzuleiten.

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Nationaler Messplan Rehabilitation. Executive Summary Rehaspezifische Messungen 2025, Version 1.0
Publikationsjahr	2026
Autorenschaft	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Erstellung unter Mitarbeit von	Gremienmitglieder Qualitätsausschuss Rehabilitation
Kontakt-Korrespondenzadresse	rehabilitation@anq.ch
Auftraggeberin	ANQ
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin
Zitierweise	ANQ, Bern; Charité Berlin (2026): Nationaler Messplan Rehabilitation. Executive Summary Rehaspezifische Messungen 2025, Version 1.0, Bern