
Kurzfassung

Nationale Vergleichsberichte 2020

Nationaler Messplan Rehabilitation

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Muskuloskeletale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation

November 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Zu dieser Kurzfassung	3
2.	Qualitätsmessungen im Auftrag des ANQ	3
3.	Übersicht Nationaler Messplan Rehabilitation	4
3.1.	Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente	5
3.2.	Auswertung der Messergebnisse	6
4.	Geriatrische Rehabilitation: Messung 2020	7
5.	Internistische Rehabilitation: Messung 2020	8
6.	Kardiale Rehabilitation: Messung 2020	9
7.	Muskuloskelettale Rehabilitation: Messung 2020	11
8.	Neurologische Rehabilitation: Messung 2020	12
9.	Onkologische Rehabilitation: Messung 2020	13
10.	Pulmonale Rehabilitation: Messung 2020	14

1. Zu dieser Kurzfassung

Die Kurzfassung der Nationalen Vergleichsberichte präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmessungen, die 2020 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 2020 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+, santésuisse, curafutura, die Eidgenössischen Sozialversicherer, die Kantone und die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz. Die Vereinstätigkeit basiert auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Umsetzung, Finanzierung und Publikation der ANQ-Messungen sind im Nationalen Qualitätsvertrag geregelt, dem bis heute alle Schweizer Spitäler und Kliniken sowie alle Versicherer und Kantone beigetreten sind. Der Nationale Qualitätsvertrag 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.

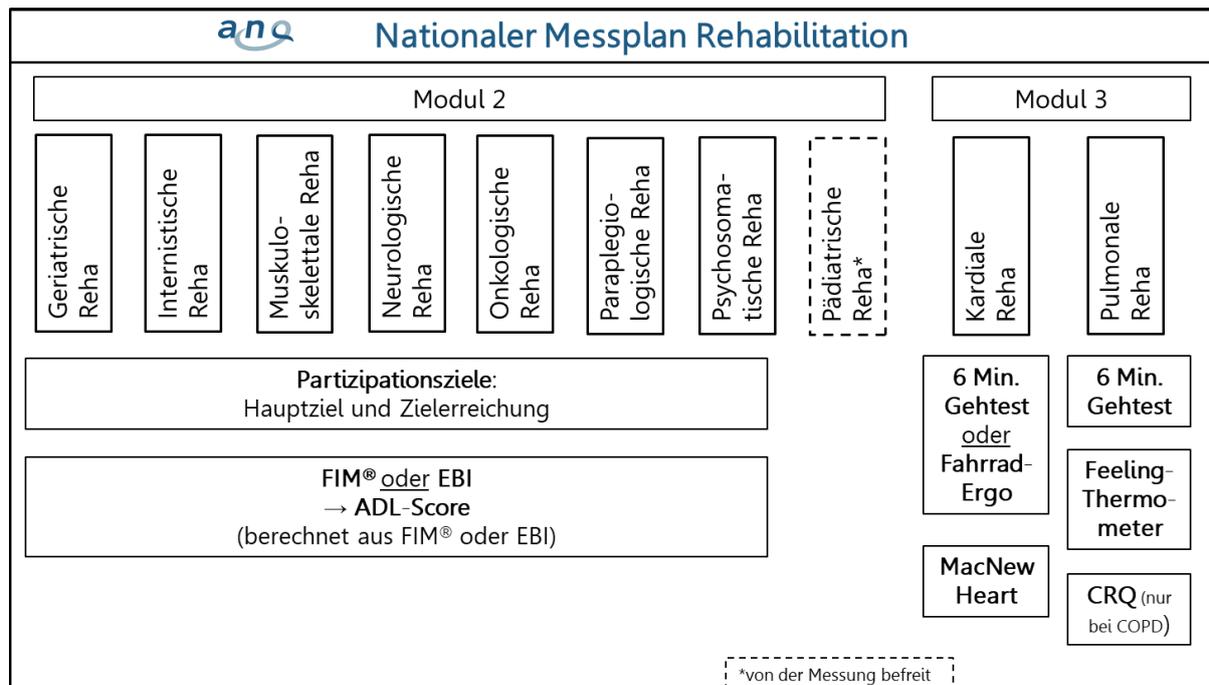
Im Rahmen des Nationalen Messplans Rehabilitation (vgl. Kapitel 3) werden in sämtlichen Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen Patientendaten erhoben. Dabei liefern die Kliniken Daten für alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und 2020 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

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.



Messinstrumente in den Rehabilitationsbereichen des Moduls 2

- Mit dem FIM® Instrument oder dem Erweiterten Barthel Index (EBI) wird die Funktionsfähigkeit der Reha-Patientinnen und -Patienten in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens erfasst.
- Das Partizipationsziel, das bis zum Reha-Austritt erreicht werden sollte, wird gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten vereinbart. Ziel und Zielerreichung werden dokumentiert.

In der **paraplegiologischen** und **psycho-somatischen Rehabilitation** laufen unter Dispens Alternativmessungen, deren Ergebnisse nicht publiziert und deshalb in dieser Kurzfassung nicht behandelt werden.

Messinstrumente in der kardialen Rehabilitation

- Im MacNew Heart-Fragebogen erfassen die Patientinnen und Patienten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Der 6-Minuten-Gehtest resp. die Fahrrad-Ergometrie messen die körperliche Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten.

Messinstrumente in der pulmonalen Rehabilitation

- Mit dem 6-Minuten-Gehtest wird die körperliche Leistungsfähigkeit erfasst.
- Anhand des Feeling-Thermometers beurteilen die Patientinnen und Patienten ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
- Im Fragebogen Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) geben Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) an, wie sie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität einschätzen.

Weiter werden in sämtlichen Rehabilitationsbereichen für alle Patientinnen und Patienten die **Minimaldaten gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)** sowie die **Komorbidität** (das Vorliegen weiterer Erkrankungen neben der Grunderkrankung) mittels Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erhoben.

3.1. Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Zu Beginn der Rehabilitation wird gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten das wichtigste Partizipationsziel gewählt, das bis zum Ende des Reha-Aufenthalts erreicht werden soll. Dafür stehen zehn 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.

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 der Patientin oder des Patienten im Klinikalltag ausgefüllt. Dabei wird die Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten auf einer mehrstufigen Antwortskala erfasst. 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 so genannter ADL-Score berechnet. Der ADL-Score dient ausschließlich dem Vergleich der Ergebnisqualität und ist kein Ersatz für die Instrumente FIM® und EBI.

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels 6-Minuten-Gehtest

Beim 6-Minuten-Gehtest sollen die Patientinnen und Patienten innerhalb von sechs 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.

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 Betreuung sichergestellt ist. Dokumentiert werden die maximal erbrachte Leistung in Watt sowie die Dauer der absolvierten Belastungsphase. Als Ergebnisindikator wird die maximal erreichte Wattzahl ausgewertet.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei kardialer Erkrankung mittels MacNew Heart-Fragebogen

Beim MacNew Heart handelt es sich um einen Fragebogen, den Patientinnen und Patienten mit einer Herzerkrankung selber 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.

Messung des allgemeinen Gesundheitszustands mittels Feeling-Thermometer

Auf dem Feeling-Thermometer geben die Patientinnen und Patienten ihren allgemeinen Gesundheitszustand in den vergangenen drei Tagen an. Dafür steht eine Antwortskala von 0 («schlechtester denkbare Gesundheitszustand») bis 100 («bester denkbare Gesundheitszustand») zur Verfügung, welche als Thermometer dargestellt ist.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei chronischen Lungenerkrankungen mittels CRQ

Der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird von Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) 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.

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 dann 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 in einer deskriptiven Analyse als auch in einer risikoadjustierten Analyse ausgewertet. Die Messergebnisse werden auch im Vergleich zum Vorjahr dargestellt.

Hinweis zu den Messergebnissen

Die Messungen dienen der Qualitätssicherung und -entwicklung auf Klinikebene und dem nationalen Vergleich. Die Messergebnisse liefern den beteiligten Kliniken in einem spezifischen Bereich umfassende Informationen und decken damit einen ausgewählten Aspekt der Behandlungsqualität ab. Generelle Rückschlüsse auf die Gesamtbehandlungsqualität und die Leistungserbringung einer Klinik sind nicht 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 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 48 Kliniken (2019: 49) Daten für 21'705 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine geriatrische Rehabilitation beendet hatten (2019: 21'294). Im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie lässt sich somit keine wesentliche Änderung bei der Anzahl übermittelter Fälle feststellen. Kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte sind aber nicht auszuschliessen. Der Anteil auswertbarer Fälle war deutlich höher als 2019 und lag bei 75.2% (2019: 69.1%). Insgesamt wurden 16'317 Datensätze (2019: 14'639) aus 47 Kliniken (2019: 47) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 83.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 63.7%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.5 Tage. Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich für die meisten Stichprobenmerkmale keine nennenswerte Veränderung.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM[®] bzw. EBI berechnet wird, lag zu Reha-Eintritt bei 35.5 Punkten (2019: 35.7) und zu Reha-Austritt bei 42.7 Punkten (2019: 42.9). Beide Gesamtdurchschnittswerte waren damit leicht niedriger als im Vorjahr.

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.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2020

- von 15 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 15 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 12 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde bei rund 95.2% der Patientinnen und Patienten erreicht (2019: 95.5%). Primär wurden Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit beziehen. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte bei 10.4% der Fälle (2019: 9.6%). 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.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar mit dem Vorjahr.

5. Internistische Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 34 Kliniken (2019: 35) Daten für 5'583 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine internistische Rehabilitation beendet hatten (2019: 5'600). Eine wesentliche Änderung der Anzahl übermittelter Fälle lässt sich im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie somit nicht feststellen, wobei kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte nicht auszuschliessen sind. Der Anteil auswertbarer Fälle lag mit 77.1% leicht über dem Vorjahr (2019: 74.4%). Total wurden 4'304 Datensätze (2019: 4'168) aus 34 Kliniken (2019: 33) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 69.7 Jahren. Der Frauenanteil betrug 48.3%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.4 Tage. Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum. Ob die leichte Zunahme von Krankheiten des Atmungssystems bei gleichzeitiger Reduzierung von Krankheiten des Kreislaufsystems sowie der leicht höhere Anteil von direkten Aufnahmen aus dem Akutspital in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stehen, müssten vertiefte Analysen zeigen.

Messung der Funktionsfähigkeit

Insgesamt erzielten alle Kliniken im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, lag zu Reha-Eintritt bei 44.5 Punkten (2019: 44.1) und zu Reha-Austritt bei 51.6 Punkten (2019: 50.5). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit leicht über 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.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2020

- von 11 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 7 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 5 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, 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 gewählte Partizipationsziel wurde zu 94.7% erreicht (2019: 94.9%). Primär wurden Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen zu Hause beziehen. 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 4.8% der Fälle eine Anpassung des Ziels (2019: 4.7%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert. Diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Anpassungen der Ziele beinhalten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs oder eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung).

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar mit dem Vorjahr.

6. Kardiale Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 17 Kliniken (2019: 15) Daten für 6'640 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine kardiale Rehabilitation beendet hatten (2019: 7'168). Im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie lässt sich somit eine leichte Reduktion der Anzahl übermittelter Fälle feststellen. Der Anteil auswertbarer Fälle lag mit 47.6% ebenfalls unter dem Vorjahr (2019: 52.1%). Total wurden 3'163 Datensätze (2019: 3'735) aus 17 Kliniken (2019: 15) ausgewertet. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 68.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 30.0%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 20.7 Tagen. Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum. Eventuelle Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf die Zusammensetzung der Stichprobe sind nicht offensichtlich und müssten vertieft analysiert werden.

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten Verbesserungen der 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 im jeweiligen Ergebnisbereich erzielen konnte, wurden risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart lag im Jahr 2020 zu Reha-Eintritt bei 5.04 Punkten (2019: 5.04) und zu Reha-Austritt bei 5.94 Punkten (2019: 5.91). Die Gesamtdurchschnittswerte sind somit nahezu identisch mit dem Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung des Datenjahres 2020

- haben 10 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- erreichte 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den zu erwartenden Ergebnissen lag.
- wiesen 2 Kliniken eine Ergebnisqualität auf, 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

Alle 17 Kliniken setzten den **6-Minuten-Gehtest** als Leistungstest ein, wobei 10 Kliniken bei allen Patientinnen und Patienten ausschliesslich den 6-Minuten-Gehtest anwendeten. 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 311 Metern zu Reha-Eintritt (2019: 315) auf 442 Meter zu Reha-Austritt (2019: 440). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit auf dem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung

- zeigten 9 der 17 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- wurde für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- erzielte 1 Klinik ein Ergebnis, das statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 5 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 15 Kliniken zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt wurde, stieg die durchschnittlich erreichte Wattzahl von 81 Watt zu Reha-Eintritt (2019: 86) auf 107 Watt zu Reha-Austritt (2019: 111). Beide Gesamtdurchschnittswerte sind damit geringfügig niedriger als im Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung

- wies 1 der 7 Kliniken eine Ergebnisqualität auf, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- wurde für 1 Klinik eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- lagen die Ergebnisse 1 Klinik statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken.

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

7. Muskuloskeletale Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 67 Kliniken (2019: 70) Daten für 28'243 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine muskuloskeletale Rehabilitation beendet hatten (2019: 29'566). Im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie lässt sich somit eine leichte Reduktion der Anzahl übermittelter Fälle feststellen, wobei kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte nicht auszuschliessen sind. Der Anteil auswertbarer Fälle lag bei 85.2% (2019: 85.5%). Total wurden 24'070 Datensätze (2019: 25'362) aus 65 Kliniken (2019: 70) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 71.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 62.7%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 22.1 Tagen. Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum. Vertiefende Analysen könnten zeigen, ob die leichte Zunahme von Verlegungen aus Akutspitälern bei gleichzeitigem Rückgang der Aufnahmen von zu Hause in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stehen.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle Kliniken erzielten im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, lag zu Reha-Eintritt bei 43.8 Punkten (2019: 44.6) und zu Reha-Austritt bei 52.4 Punkten (2019: 52.6). Der Gesamtdurchschnittswert zu Eintritt lag damit geringfügig unter dem Vorjahr, während sich der durchschnittliche Austrittswert nicht nennenswert veränderte.

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.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2020

- von 23 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 20 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 18 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, 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 gewählte Partizipationsziel wurde zu rund 97.0% erreicht (2019: 97.4%). Primär wurden Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen zu Hause beziehen. In einzelnen Kliniken – deren Patientinnen und Patienten im Schnitt jünger sind – wurden berufsbezogene Partizipationsziele häufiger genannt. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum.

Das gewählte Partizipationsziel wurde in lediglich 3.1% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst (2019: 3.1%). Bei Zielanpassungen wurde häufig eine Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung als geändertes Partizipationsziel vereinbart. Insgesamt ist festzustellen, dass die angepassten Ziele meist ein grösseres Ausmass an Unterstützung beinhalten als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar mit dem Vorjahr.

8. Neurologische Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 40 Kliniken (2019: 40) Daten für 14'017 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine neurologische Rehabilitation beendet hatten (2019: 14'265). Eine wesentliche Änderung der Anzahl übermittelter Fälle lässt sich im ersten Covid-19-Pandemiejahr nicht feststellen, wobei kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte nicht auszuschliessen sind. Der Anteil auswertbarer Fälle lag bei 83.1% (2019: 84.1%). Insgesamt wurden 11'653 Datensätze (2019: 12'002) aus 40 Kliniken (2019: 39) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 66.2 Jahren. Der Frauenanteil betrug 44.5%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 37.4 Tage. Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum. Die leichte Zunahme von Akutverlegungen bei weniger Aufnahmen von zu Hause sowie die geringfügige Zunahme von zerebrovaskulären Erkrankungen könnten in Zusammenhang mit der Pandemie stehen. Für diese Fragestellung sind jedoch vertiefende Analysen nötig.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM[®] bzw. EBI berechnet wird, lag zu Reha-Eintritt bei 34.7 Punkten (2019: 35.2), zu Reha-Austritt bei 44.7 Punkten (2019: 44.9). 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.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2020

- von 19 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 8 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde bei 95.6% der Patientinnen und Patienten erreicht (2019: 96.4%). Primär wurden Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit beziehen. In einigen wenigen Kliniken – deren Patientinnen und Patienten im Schnitt jünger sind – wurden berufsbezogene Partizipationsziele häufiger genannt. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele nur wenig.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 5.9% der Fälle (2019: 5.2%). Bei Zielanpassungen ist häufig zu beobachten, dass eine Integration in ein Pflegeheim oder eine andere institutionalisierte Wohneinrichtung als geändertes Partizipationsziel vereinbart wird. Insgesamt ist festzustellen, dass die angepassten Ziele überwiegend ein grösseres Ausmass an Unterstützung beinhalten als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar mit dem Vorjahr.

9. Onkologische Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 14 Kliniken (2019: 15) Daten für 1'321 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2019: 1'416). Die Anzahl übermittelter Fälle verringerte sich im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie somit leicht, wobei kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte nicht auszuschliessen sind. Der Anteil auswertbarer Fälle lag mit 78.4% über dem Vorjahr (2019: 70.8%) Insgesamt wurden 1'036 Datensätze (2019: 1'002) aus allen 14 Kliniken (2019: 15) ausgewertet. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 68.1 Jahren. Der Frauenanteil betrug 52.6%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 22.1 Tagen. Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, lag im Jahr 2020 zu Reha-Eintritt bei 49.2 Punkten (2019: 49.3) und zu Reha-Austritt bei 54.0 Punkten (2019: 54.6). Der durchschnittliche Eintrittswert veränderte sich somit kaum, der Gesamtdurchschnittswert zu Austritt war geringfügig niedriger als im Vorjahr.

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.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2020

- von 2 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität ermittelt, 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 2 Kliniken sind die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Zu Reha-Eintritt wurden im Jahr 2020 überwiegend Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit sowie die Teilhabe am öffentlichen Leben beziehen. Im Vergleich zu 2019 wurde die Teilhabe am öffentlichen Leben häufiger als Hauptziel gewählt, während der Anteil wohnformorientierter Ziele sank.

Die Quote der Zielerreichung lag bei 96.8% und erhöhte sich damit im Vergleich zum Vorjahr (2019: 93.2%). Lediglich in 0.9% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels (2019: 2.3%).

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind weitestgehend vergleichbar mit dem Vorjahr.

10. Pulmonale Rehabilitation: Messung 2020

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 12 Kliniken (2019: 13) Daten für 4'118 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 eine pulmonale Rehabilitation beendet hatten (2019: 4'220). Im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie lässt sich somit nur eine leichte Reduktion der Anzahl übermittelter Fälle feststellen, wobei kurzfristig reduzierte Belegungen und anschliessende Nachholeffekte nicht auszuschliessen sind. Der Anteil auswertbarer Fälle lag bei 54.0% (2019: 54.1%). Insgesamt wurden 2'223 Datensätze (2019: 2'282) aus 12 Kliniken (2019: 12) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 67.9 Jahren. Der Frauenanteil betrug 44.1%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.1 Tage.

Der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird nur bei Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) eingesetzt. Im Datenjahr 2020 wurden lediglich 1'522 COPD-Fälle erfasst (2019: 1'969). Die übermittelten COPD-Fälle machten 37% aller übermittelten Fälle der pulmonalen Rehabilitation aus (2019: 46.7%).

Für die pulmonale Rehabilitation sind Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf die Zusammensetzung der Stichprobe erkennbar. Insbesondere in der Diagnosegruppe «Grippe & Pneumonie» ist eine starke Zunahme – wohl aufgrund der Covid-19-Patientinnen und -Patienten – zu verzeichnen. Die Covid-19-Fälle könnten aber auch in weiteren Diagnosegruppen erfasst worden sein, da zu Beginn der Pandemie noch keine einheitliche Kodierpraxis bestand. Insofern kann anhand der vorliegenden Daten nicht genau abgeschätzt werden, wie hoch der tatsächliche Anteil an Covid-19-Erkrankten ist. In den anderen Diagnosekategorien, insbesondere bei den drei COPD-Diagnosegruppen, verringerten sich die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr teilweise stark. Zur Einordnung dieser Befunde sind vertiefende Analysen erforderlich.

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, des allgemeinen Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei COPD. 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, wurden risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Beim 6-Minuten-Gehtest stieg die zurückgelegte Gehstrecke von durchschnittlich 273 Metern zu Reha-Eintritt (2019: 280) auf 366 Meter zu Reha-Austritt (2019: 361). Der Gesamtdurchschnittswert zu Reha-Eintritt ist etwas niedriger als 2019, während der durchschnittliche Austrittswert höher ausfiel.

In der risikoadjustierten Auswertung des Datenjahres 2020

- haben 8 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- wurde für 1 Klinik eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- wies 1 Klinik eine Ergebnisqualität auf, 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).

Messung des allgemeinen Gesundheitszustands

Der allgemeine Gesundheitszustand lag auf der Skala des Feeling-Thermometers bei Reha-Eintritt im Mittel bei 49.3 Punkten (2019: 49.6) und bei Reha-Austritt bei 69.9 Punkten (2019: 69.5). Beide Gesamtdurchschnittswerte liegen in etwa auf dem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung zeigten

- 5 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- 3 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- 2 Kliniken ein risikoadjustiertes Ergebnis, das statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

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

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei COPD

Der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird nur bei Patientinnen und Patienten eingesetzt, die an der chronischen Lungenerkrankung COPD erkrankt sind. Der Gesamtdurchschnitt des CRQ betrug bei Reha-Eintritt im Mittel 3.61 Punkte (2019: 3.71), bei Austritt 4.71 Punkte (2019: 4.83). Die beiden Werte lagen geringfügig unter dem Vorjahr. Dies deutet darauf hin, dass im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie eher diejenigen COPD-Patientinnen und -Patienten eine Rehabilitation durchführten, die eine stärkere Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufwiesen. Auch hier sind weitere Analysen zur Bestätigung dieser Annahme erforderlich.

Die risikoadjustierte Auswertung zeigte

- für 4 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik eine Verbesserung, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde.

Bei 6 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle) oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).