



*Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken  
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques  
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche*



*Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft*

---

# Andere Rehabilitation

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Übrige Fälle

## Modul 2

---

Nationaler Vergleichsbericht | Kurzfassung  
Messung 2016

November 2018 / Version 1.0

## 1. Ausgangslage

---

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hat im Jahr 2013 den **„Nationalen Messplan Rehabilitation“** eingeführt, der insgesamt neun Messinstrumente zur Ergebnisqualität umfasst. Sämtliche Schweizer Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen von Akutspitälern (nachfolgend: Kliniken), welche dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind, sind seither verpflichtet, an Ergebnismessungen teilzunehmen. Die Datenerhebung sowie -auswertung wird wissenschaftlich begleitet durch die Charité - Universitätsmedizin Berlin. In Nationalen Vergleichsberichten werden die Ergebnisse dieser Messungen, die Datenqualität und die Patientenstruktur jahresweise und klinikvergleichend dargestellt.

Die **„Andere Rehabilitation“** umfasst die Rehabilitationsbereiche geriatrische, internistische, onkologische, paraplegiologische, psychosomatische und pädiatrische Rehabilitation.

Inzwischen liegt der **dritte Nationale Vergleichsbericht für die Andere Rehabilitation** vor für das Datenjahr 2016. Erstmals werden die Rehabereiche geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation risikoadjustiert ausgewertet und transparent publiziert. Damit sind die Vorgaben des Nationalen Qualitätsvertrages erfüllt.

In der Kategorie „Übrige Fälle“ werden diejenigen Daten ausgewertet, die für die „Andere Rehabilitation“ übermittelt, aber nicht den Reha-Bereichen geriatrische, internistische oder onkologische Rehabilitation zugeordnet wurden. Diese Kategorie wird weiterhin nur deskriptiv ausgewertet und nicht transparent publiziert.

Diese **Kurzfassung** enthält die wichtigsten Inhalte aus dem dritten Nationalen Vergleichsbericht. Detailinformationen, weitere Grafiken und klinikspezifische Ergebnisse sind in der Vollversion zu finden.

## 2. Methoden

---

### 2.1. Erhebung, Eingabe und Übermittlung der Daten

Die Durchführung der Datenerhebung, -eingabe und -übermittlung liegt in der Verantwortung der Kliniken, die an den ANQ-Messungen teilnehmen. Die Erhebung wird als **Vollerhebung** durchgeführt: In den aktuellen Bericht fließen die Daten aller Patientinnen und Patienten der Anderen Rehabilitation mit einer Behandlungsdauer von 7 Tagen oder länger ein, die mindestens 18 Jahre alt und im Zeitraum vom 01. Januar 2016 bis 31. Dezember 2016 aus einer Klinik ausgetreten sind.

### 2.2. Messthemen und Messinstrumente

Im Bereich der Anderen Rehabilitation wird die Ergebnisqualität der Kliniken mit zwei Ergebnisindikatoren (Messinstrumenten) erhoben:

Unter Einbezug des Patienten wird bei Reha-Eintritt ein **Partizipationsziel** aus den Bereichen Wohnen, Arbeit oder Soziokultur gesetzt und im Verlauf der Rehabilitation nötigenfalls angepasst – die entsprechende Dokumentation der Zielerreichung erfolgt bei Reha-Austritt.

Die **Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens (bei Alltagsaktivitäten)** wird bei Reha-Eintritt und -Austritt mittels FIM® Instrument bzw. alternativ mittels Erweitertem Barthel-Index EBI erhoben, basierend auf Patienten-Beobachtungen des Klinikpersonals. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments die Ergebnisqualität über alle Kliniken fair vergleichen zu können, wird ein neu entwickelter Umrechnungsalgorithmus genutzt, welcher FIM® bzw. EBI in einen gemeinsamen **ADL-Score** (Activities of Daily Life) überführt. Der ADL-Score ersetzt nicht FIM® oder EBI, sondern dient ausschliesslich der Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität. Ein Vergleich der Ergebnisqualität 2016 zu den Vorjahren ist nicht möglich, da in den Jahren 2014 und 2015 neben den Instrumenten FIM® und EBI noch der Health Assessment Questionnaire (HAQ) als Messinstrument diente.

Weiter werden zusätzliche Daten erfasst, um eine Risikoadjustierung vornehmen zu können: Das Ausmass der **Komorbidität**<sup>1</sup> bei Reha-Eintritt mithilfe der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) sowie die routinemässig erhobenen **Minimaldaten gemäss Bundesamt für Statistik** (soziodemografische Daten, Behandlungsdauer, Versicherungsstatus, Hauptkostenträger, Aufenthaltsort vor/nach Aufenthalt, Hauptdiagnose zum Austritt nach ICD-10).

### 2.3. Datenanalyse

Alle Daten werden zunächst in einer **deskriptiven Analyse** ausgewertet. Der Nationale Vergleichsbericht zeigt in einer Reihe von Grafiken die Verteilungen der soziodemografischen und medizinischen Merkmale der Patienten auf und stellt die nicht-adjustierten Werte von FIM® bzw. EBI zu Eintritt und Austritt dar. Daneben wird berichtet, welche Partizipationsziele definiert und wie oft diese angepasst und erreicht wurden.

---

<sup>1</sup> Komorbidität: Ein/mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende/s, diagnostisch abgrenzbare/s Krankheitsbild/er.

Für einen fairen Vergleich der Ergebnisindikatoren zwischen Kliniken ist eine **risikoadjustierte (risikobereinigte) Analyse** nötig. Da bestimmte Patientenmerkmale mit dem Erfolg der Rehabilitationsbehandlung verknüpft sein können, muss die Patientenstruktur einer Klinik mitberücksichtigt werden, wenn zwischen den Kliniken fair verglichen werden soll. Bei der sogenannten Risikoadjustierung werden die individuellen Patientenmerkmale, die durch die Klinik nicht direkt beeinflusst werden können, kontrolliert. Mittels einer multiplen linearen Regression wird für jeden Patienten ein erwarteter ADL-Score-Austrittswert (Erwartungswert) geschätzt, der die Störfaktoren berücksichtigt (Geschlecht, Alter, Nationalität, Hauptdiagnose, Behandlungsdauer, Versicherungsstatus, Hauptkostenträger, Aufenthaltsort vor Eintritt / nach Austritt, Komorbidität, ADL-Score-Eintrittswert berechnet aus FIM®- bzw. EBI-Eintrittswert). Diese individuellen Erwartungswerte werden mit den tatsächlichen (gemessenen) individuellen Werten verglichen – anschliessend wird pro Klinik die durchschnittliche Differenz berechnet.

Die Ergebnisse für die geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation werden im Berichtsjahr 2016 zum ersten Mal risikoadjustiert und klinikübergreifend verglichen. In der Kategorie Übrige Fälle erfolgt die Auswertung aufgrund der Heterogenität der Fälle bzw. den teilweise sehr kleinen Fallzahlen je Klinik nach wie vor nur deskriptiv.

Der ADL-Score wird in der Anderen Rehabilitation als zentraler Erfolgsindikator für die Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten eingesetzt.

Die Darstellung der risikoadjustierten Ergebnisse der Kliniken der geriatrischen, internistischen und onkologischen Rehabilitation erfolgt in einer Trichtergrafik, bekannt als Funnel Plot.

## 3. Ergebnisse

---

### 3.1. Geriatrische Rehabilitation

#### 3.1.1. Datenqualität

Für das Messjahr 2016 übermittelten 35 Kliniken Daten von 16'180 Fällen. Nach einer Datenanalyse bezüglich **Qualität und Vollständigkeit** konnten davon für den Nationalen Vergleichsbericht Daten von 8'129 Fällen aus 29 Kliniken berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Anteil von 50,2% aller übermittelten Fälle des Messjahres 2016.

Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen variierte zwischen den Kliniken zum Teil erheblich. Der Nationale Vergleichsbericht zeigt auf, welche Kliniken einen hohen (bzw. tiefen) Anteil an auswertbaren (bzw. nicht auswertbaren) Daten aufweisen, was auf eine gute (bzw. optimierbare) Datenqualität hinweist. Bei 6 von 35 Kliniken konnten die übermittelten Daten nicht berücksichtigt werden: davon übermittelten fünf Kliniken keinen auswertbaren Fall, eine Klinik nur einen auswertbaren Fall. Die Kliniken erhalten jährlich einen **klinikspezifischen Bericht zur Datenqualität**.

Bei den berücksichtigten Fällen waren der Ergebnisindikator FIM® bzw. EBI, das Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung, die Komorbidität und alle Merkmale gemäss Minimaldaten des BFS auswertbar.

### 3.1.2. Stichprobenbeschreibung

Die Analysestichprobe umfasst 8'129 Fälle aus 29 Kliniken. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten liegt bei 82,6 Jahren; 64,6% sind weiblich und 35,4% männlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 22,2 Tage. Der Durchschnittswert der CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) als Mass für die Komorbidität liegt bei 16,9 Punkten. In der geriatrischen Rehabilitation bilden die traumatischen Erkrankungen mit 27,0% die häufigste Diagnosegruppe.

Anzumerken bleibt, dass die Durchschnittswerte der Kliniken bei einzelnen Merkmalen zum Teil erheblich variieren.

### 3.1.3. Partizipationsziele und Zielerreichung

Für 49,7% der geriatrischen Patientinnen und Patienten wurde das Partizipationsziel gesetzt, dass sie nach der Rehabilitation alleinstehend zuhause wohnen zu können (mit/ohne Unterstützung). Für 38,0% lag das Ziel darin, nach der Behandlung wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (mit/ohne Unterstützung). Für 6,3% wurde das betreute Wohnen in einer Institution als Ziel festgelegt. Weitere 5,4% sollten in eine Pflegeeinrichtung integriert werden. Alle anderen Ziele wurden kaum dokumentiert. Eine Anpassung der ausgewählten Partizipationsziele im Laufe der Rehabilitation erfolgte hin und wieder: 90,3% der Hauptziele wurden beibehalten.

Die Quote der Zielerreichung lag für nicht angepasste und angepasste Ziele bei 94,9% bzw. 97,5%. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.

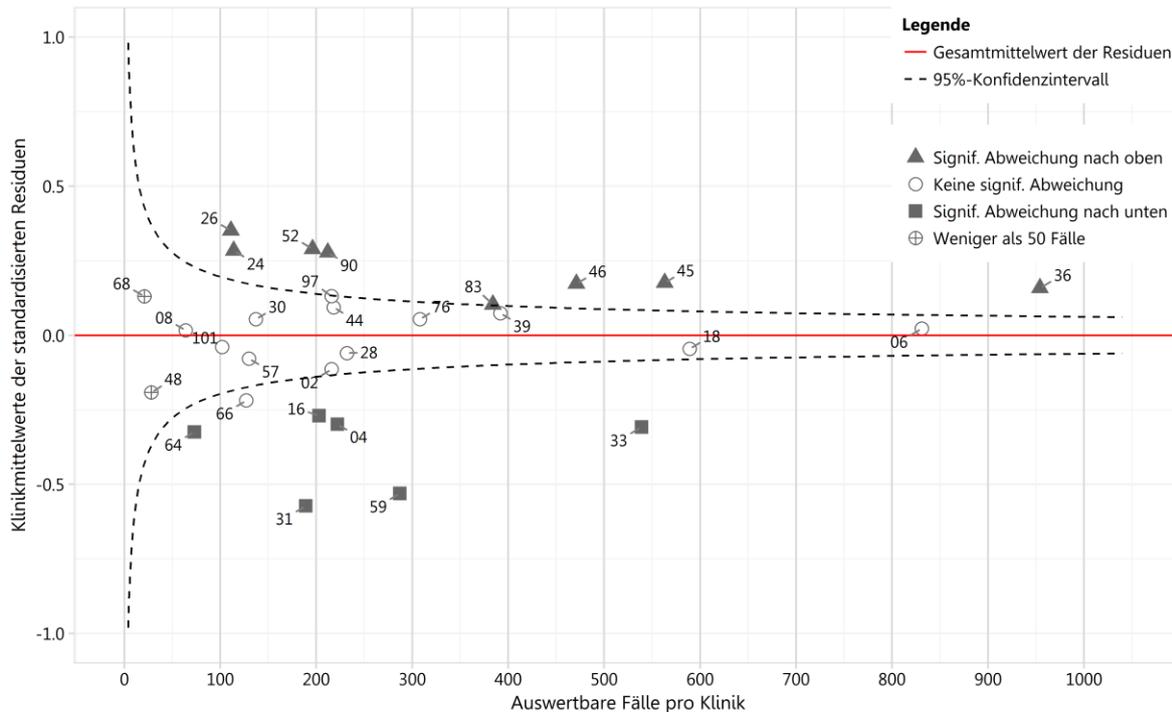
### 3.1.4. Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten

**Deskriptive Darstellung mit FIM® / EBI:** Alle 26 Kliniken, die FIM® einsetzten, konnten von Eintritt zu Austritt eine durchschnittliche Verbesserung verzeichnen. Diese Verbesserung war jedoch in einigen Kliniken statistisch nicht signifikant, was insbesondere mit der geringen Zahl an auswertbaren Fällen in diesen Kliniken zu erklären ist. Der FIM®-Gesamtdurchschnitt aller Kliniken lag bei 80,4 Punkten zu Reha-Eintritt und bei 93,0 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 18 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 126 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

In allen 3 Kliniken, welche EBI nutzten, stieg der Gesamtwert während der Rehabilitation statistisch signifikant an. Insgesamt lag der EBI-Gesamtwert im Mittel bei 43,1 Punkten zu Reha-Eintritt und 50,5 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 0 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 64 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

**Risikoadjustierte Darstellung mit ADL-Score:** 15 der 29 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität, wie sie nach Berücksichtigung der Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre (ungefüllter Kreis). Dabei sind die Ergebnisse von 2 der Kliniken nicht aussagekräftig, da die Anzahl der auswertbaren Fälle unter 50 liegt (ungefüllter Kreis mit Kreuz). 8 Kliniken zeigten ein Behandlungsergebnis, welches die Erwartungen übertraf (graues Dreieck). 6 Kliniken erzielten ein Ergebnis, welches signifikant niedriger war, als aufgrund ihrer Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre (graues Quadrat).

Mittelwerte der standardisierten Residuen für den ADL-Score-Austrittswert nach auswertbaren Fällen pro Klinik



Dieser Funnel Plot ist auf dem [ANQ-Webportal](#) abrufbar und dort mit Detailinformationen verknüpft (z.B. mit Kommentaren der entsprechenden Kliniken).

**Lesehilfe:** Die Risikoadjustierung dient dazu, trotz unterschiedlicher Patientenstruktur einen fairen Klinikvergleich zu ermöglichen: Auf der Basis der unterschiedlichen Patientenstruktur je Klinik werden individuelle Erwartungswerte berechnet. Diese werden mit den tatsächlichen (gemessenen) individuellen Werten verglichen. Die daraus resultierenden Differenzen werden Residuen genannt. Wenn ein Klinikmittelwert der Residuen signifikant über dem Gesamtmittelwert liegt (d.h. oberhalb des Konfidenzintervalls / graues Dreieck), bedeutet dies, dass die betreffende Klinik ein Ergebnis erzielt hat, das die Werte, die in Anbetracht der Patientenstruktur zu erwarten gewesen wären, übertrifft. Umgekehrt bedeutet ein Klinikmittelwert der Residuen, welcher signifikant unter dem Gesamtmittelwert liegt (d.h. unterhalb des Konfidenzintervalls / graues Quadrat), dass die Klinik eine niedrigere Ergebnisqualität erzielt hat, als auf Grund der Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre. Klinikmittelwerte, die innerhalb des Konfidenzintervalls liegen (ungefüllter Kreis) erfüllen mit ihrer Ergebnisqualität die Erwartung.

## 3.2. Internistische Rehabilitation

### 3.2.1. Datenqualität

Für das Messjahr 2016 übermittelten 27 Kliniken Daten von 5'029 Fällen. Nach einer Datenanalyse bezüglich **Qualität und Vollständigkeit** konnten davon für den Nationalen Vergleichsbericht Daten von 3'529 Fällen aus 26 Kliniken berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Anteil von 70,2% aller übermittelten Fälle des Messjahres 2016.

Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen variierte zwischen den Kliniken zum Teil erheblich. Der Nationale Vergleichsbericht zeigt auf, welche Kliniken einen hohen (bzw. tiefen) Anteil an auswertbaren (bzw. nicht auswertbaren) Daten aufweisen, was auf eine gute (bzw. optimierbare) Datenqualität hinweist. Bei 1 von 27 Kliniken konnten die übermittelten Daten nicht berücksichtigt werden: diese übermittelte nur einen auswertbaren Fall. Die Kliniken erhalten jährlich einen **klinikspezifischen Bericht zur Datenqualität**.

Bei den berücksichtigten Fällen waren der Ergebnisindikator FIM® bzw. EBI, das Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung, die Komorbidität und alle Merkmale gemäss Minimaldaten des BFS auswertbar.

### 3.2.2. Stichprobenbeschreibung

Die Analysestichprobe umfasst 3'529 Fälle aus 26 Kliniken. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten liegt bei 69,7 Jahren; 51,7% sind weiblich und 48,3% männlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 20,6 Tage. Der Durchschnittswert der CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) als Mass für die Komorbidität liegt bei 15,5 Punkten. In der internistischen Rehabilitation bilden die onkologischen Erkrankungen mit 25,8% die häufigste Diagnosegruppe.

Anzumerken bleibt, dass die Durchschnittswerte der Kliniken bei einzelnen Merkmalen zum Teil erheblich variieren.

### 3.2.3. Partizipationsziele und Zielerreichung

Für 53,8% der internistischen Patientinnen und Patienten wurde das Partizipationsziel gesetzt, dass sie nach der Behandlung wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (mit/ohne Unterstützung). Für 39,6% lag das Ziel darin, nach der Rehabilitation alleinstehend zuhause wohnen zu können (mit/ohne Unterstützung). Für 2,1% wurde das betreute Wohnen in einer Institution als Ziel festgelegt, für weitere 1,6% die Integration in eine Pflegeeinrichtung. Alle anderen Ziele wurden erheblich seltener dokumentiert. Eine Anpassung der ausgewählten Partizipationsziele im Laufe der Rehabilitation erfolgte nur selten: 95,4% der Hauptziele wurden beibehalten. Die Quote der Zielerreichung lag für nicht angepasste und angepasste Ziele bei 94,7% bzw. 95,0%. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.

### 3.2.4. Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten

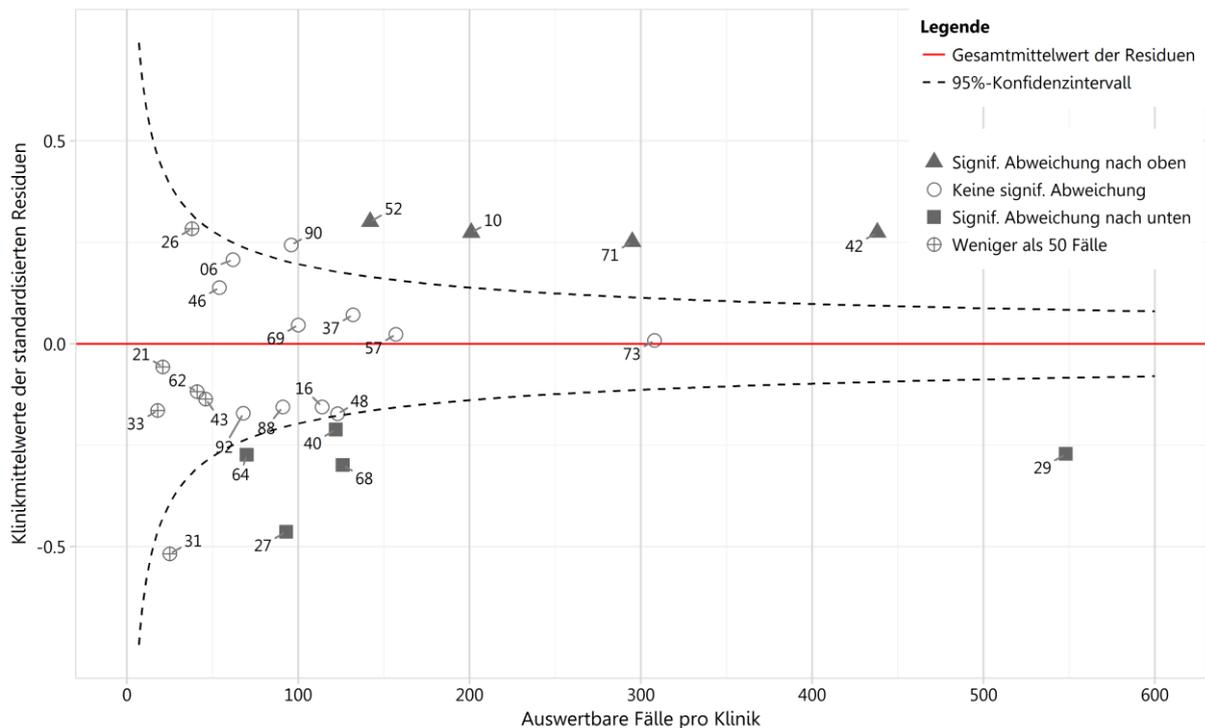
**Deskriptive Darstellung mit FIM® / EBI:** Alle 21 Kliniken, die FIM® einsetzten, konnten von Eintritt zu Austritt eine durchschnittliche Verbesserung verzeichnen. Diese Verbesserung war jedoch in einigen Kliniken statistisch nicht signifikant, was insbesondere mit der geringen Zahl an auswertbaren Fällen in diesen Kliniken zu erklären ist.

Der FIM®-Gesamtdurchschnitt aller Kliniken lag bei 97,8 Punkten zu Reha-Eintritt und bei 107,8 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 18 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 126 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

In allen 5 Kliniken, welche EBI nutzten, stieg der Gesamtwert während der Rehabilitation an, jedoch war der Anstieg nur in einer Klinik statistisch signifikant. Insgesamt lag der EBI-Gesamtwert im Mittel bei 52,1 Punkten zu Reha-Eintritt und 57,2 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 0 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 64 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

**Risikoadjustierte Darstellung mit ADL-Score:** 17 der 26 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität, wie sie nach Berücksichtigung der Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre (ungefüllter Kreis). Dabei sind die Ergebnisse von sechs der Kliniken nicht aussagekräftig, da die Anzahl der auswertbaren Fälle unter 50 liegt (ungefüllter Kreis mit Kreuz). 4 Kliniken zeigten ein Behandlungsergebnis, welches die Erwartungen übertraf (graues Dreieck). 5 Kliniken erzielten ein Ergebnis, welches signifikant niedriger war, als aufgrund ihrer Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre (graues Quadrat).

*Mittelwerte der standardisierten Residuen für den ADL-Score-Austrittswert nach auswertbaren Fällen pro Klinik*



Dieser Funnel Plot ist auf dem [ANQ-Webportal](#) abrufbar und dort mit Detailinformationen verknüpft (z.B. mit Kommentaren der entsprechenden Kliniken).

Lesehilfe Funnel Plot: Siehe Kapitel 3.1.4 „Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten“

### 3.3. Onkologische Rehabilitation

#### 3.3.1. Datenqualität

Für das Messjahr 2016 übermittelten 11 Kliniken Daten von 1'123 Fällen. Nach einer Datenanalyse bezüglich **Qualität und Vollständigkeit** konnten davon für den Nationalen Vergleichsbericht Daten von 709 Fällen aus 10 Kliniken berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Anteil von 63,1% aller übermittelten Fälle des Messjahres 2016.

Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen variierte zwischen den Kliniken zum Teil erheblich. Der Nationale Vergleichsbericht zeigt auf, welche Kliniken einen hohen (bzw. tiefen) Anteil an auswertbaren (bzw. nicht auswertbaren) Daten aufweisen, was auf eine gute (bzw. optimierbare) Datenqualität hinweist. Bei 1 von 11 Kliniken konnten die übermittelten Daten nicht berücksichtigt werden: diese Klinik übermittelte keinen auswertbaren Fall. Die Kliniken erhalten jährlich einen **klinikspezifischen Bericht zur Datenqualität**.

Bei den berücksichtigten Fällen waren der Ergebnisindikator FIM® bzw. EBI, das Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung, die Komorbidität und alle Merkmale gemäss Minimaldaten des BFS auswertbar.

#### 3.3.2. Stichprobenbeschreibung

Die Analysestichprobe umfasst 709 Fälle aus 10 Kliniken. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten liegt bei 69,6 Jahren; 55,1% sind weiblich und 44,9% männlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 19,6 Tage. Der Durchschnittswert der CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) als Mass für die Komorbidität liegt bei 15,0 Punkten. In der onkologischen Rehabilitation bilden bösartige Neubildungen des oberen Gastrointestinaltraktes und der Leber (21,0%) sowie des unteren Gastrointestinaltraktes (20,9%) die häufigste Diagnosegruppe.

Anzumerken bleibt, dass die Durchschnittswerte der Kliniken bei einzelnen Merkmalen zum Teil erheblich variieren.

#### 3.3.3. Partizipationsziele und Zielerreichung

Für 59,5% der onkologischen Patientinnen und Patienten wurde das Partizipationsziel gesetzt, dass sie nach der Behandlung wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (mit/ohne Unterstützung). Für 33,6% lag das Ziel darin, nach der Rehabilitation alleinstehend zuhause wohnen zu können (mit/ohne Unterstützung). Für 3,2% wurde die Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben als Ziel festgelegt. Alle anderen Ziele wurden erheblich seltener dokumentiert. Eine Anpassung der ausgewählten Partizipationsziele im Laufe der Rehabilitation erfolgte äusserst selten: 98,6% der Hauptziele wurden beibehalten. Die Quote der Zielerreichung lag für nicht angepasste und angepasste Ziele bei 94,3% bzw. 100%. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.

#### 3.3.4. Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten

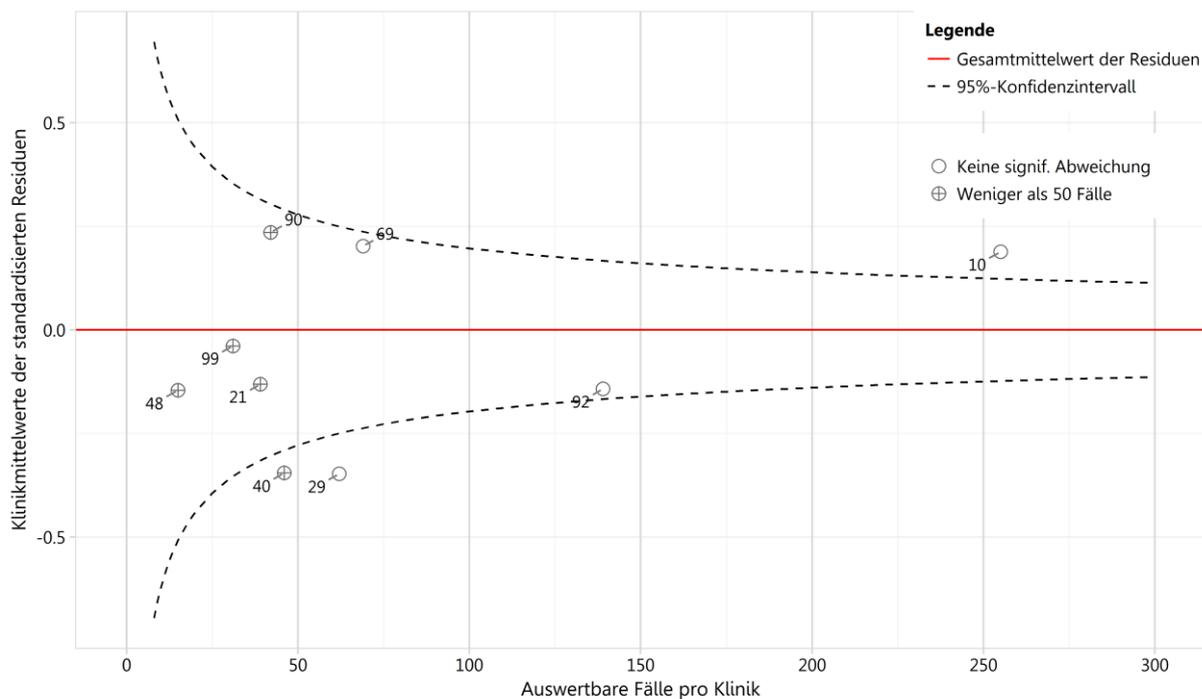
**Deskriptive Darstellung mit FIM® / EBI:** Alle 7 Kliniken, die FIM® einsetzten, konnten von Eintritt zu Austritt eine durchschnittliche Verbesserung verzeichnen. Diese Verbesserung war jedoch in einigen Kliniken statistisch nicht signifikant, was insbesondere mit der geringen Zahl an auswertbaren Fällen in diesen Kliniken zu erklären ist.

Der FIM®-Gesamtdurchschnitt aller Kliniken lag bei 94,6 Punkten zu Reha-Eintritt und bei 106,1 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 18 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 126 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

In allen 3 Kliniken, welche EBI nutzten, stieg der Gesamtwert während der Rehabilitation an, jedoch war der Anstieg bei keiner Klinik statistisch signifikant. Insgesamt lag der EBI-Gesamtwert im Mittel bei 56,4 Punkten zu Reha-Eintritt und 58,4 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 0 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 64 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

**Risikoadjustierte Darstellung mit ADL-Score:** Alle 10 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität, wie sie nach Berücksichtigung der Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre (ungefüllter Kreis). Dabei sind die Ergebnisse von 5 der Kliniken nicht aussagekräftig, da die Anzahl der auswertbaren Fälle unter 50 liegt (ungefüllter Kreis mit Kreuz). Eine Klinik hatte weniger als 10 auswertbare Fälle und wird deshalb in der Grafik nicht dargestellt.

Mittelwerte der standardisierten Residuen für den ADL-Score-Austrittswert nach auswertbaren Fällen pro Klinik



Klinik 31 wird wegen zu geringer Fallzahl (N<10) nicht dargestellt.

Dieser Funnel Plot ist auf dem [ANQ-Webportal](#) abrufbar und dort mit Detailinformationen verknüpft (z.B. mit Kommentaren der entsprechenden Kliniken).

Lesehilfe Funnel Plot: Siehe Kapitel 3.1.4 „Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten“

### 3.4. Übrige Fälle

#### 3.4.1. Datenqualität

Für das Messjahr 2016 übermittelten 15 Kliniken Daten von 2'888 Fällen. Nach einer Datenanalyse bezüglich **Qualität und Vollständigkeit** konnten davon für den Nationalen Vergleichsbericht Daten von 1'861 Fällen aus 11 Kliniken berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Anteil von 64,4% aller übermittelten Fälle des Messjahres 2016.

Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen variierte zwischen den Kliniken zum Teil erheblich. Der Nationale Vergleichsbericht zeigt auf, welche Kliniken einen hohen (bzw. tiefen) Anteil an auswertbaren (bzw. nicht auswertbaren) Daten aufweisen, was auf eine gute (bzw. optimierbare) Datenqualität hinweist. Bei 4 von 15 Kliniken konnten die übermittelten Daten nicht berücksichtigt werden: diese vier Kliniken übermittelten keinen auswertbaren Fall. Die Kliniken erhalten jährlich einen **klinikspezifischen Bericht zur Datenqualität**.

Bei den berücksichtigten Fällen waren der Ergebnisindikator FIM® bzw. EBI, das Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung, die Komorbidität und alle Merkmale gemäss Minimaldaten des BFS auswertbar.

#### 3.4.2. Stichprobenbeschreibung

Die Analysestichprobe umfasst 1'861 Fälle aus 11 Kliniken. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten liegt bei 71,1 Jahren; 64,8% sind weiblich und 35,2% männlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 23,4 Tage. Der Durchschnittswert der CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) als Mass für die Komorbidität liegt bei 14,3 Punkten. In der „Andere Rehabilitation – Übrige Fälle“ sind Diagnosen aus nahezu allen Kapiteln der ICD-10 vertreten, die psychischen und Verhaltensstörungen bilden dabei die häufigste Diagnosegruppe.

Anzumerken bleibt, dass die Durchschnittswerte der Kliniken bei einzelnen Merkmalen zum Teil erheblich variieren.

#### 3.4.3. Partizipationsziele und Zielerreichung

Für 43,6% der Patientinnen und Patienten der Kategorie „Übrige Fälle“ wurde das Partizipationsziel gesetzt, dass sie nach der Behandlung wieder alleinstehend zuhause wohnen zu können (mit/ohne Unterstützung). Für 32,6% lag das Ziel darin, nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (mit/ohne Unterstützung). Für 8,1% wurde die Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben als Ziel festgelegt. Alle anderen Ziele wurden seltener dokumentiert. Eine Anpassung der ausgewählten Partizipationsziele im Laufe der Rehabilitation erfolgte nur selten: 93,2% der Hauptziele wurden beibehalten. Die Quote der Zielerreichung lag für nicht angepasste und angepasste Ziele bei 93,4% bzw. 94,4%. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.

#### 3.4.4. Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten

In der Kategorie Übrige Fälle werden all diejenigen Daten ausgewertet, die in der Reha-Art „Andere Rehabilitation“ angegeben wurden und nicht unter geriatrische, internistische oder onkologische Rehabilitation gefasst werden können.

Aufgrund der Heterogenität der Fälle in dieser Kategorie bzw. den teilweise sehr kleinen Fallzahlen je Klinik kann kein risikoadjustierter Ergebnisvergleich über den ADL-Score stattfinden, weshalb für die Übrigen Fälle die Ergebnisse des FIM® bzw. EBI lediglich deskriptiv dargestellt werden.

**Deskriptive Darstellung mit FIM® / EBI:** Alle 9 Kliniken, die FIM® einsetzten, konnten von Eintritt zu Austritt eine durchschnittliche Verbesserung verzeichnen. Diese Verbesserung war jedoch in einigen Kliniken statistisch nicht signifikant, was insbesondere mit der geringen Zahl an auswertbaren Fällen in diesen Kliniken zu erklären ist. Der FIM®-Gesamtdurchschnitt aller Kliniken lag bei 95,0 Punkten zu Reha-Eintritt und bei 105,7 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 18 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 126 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

In den 2 Kliniken, welche EBI nutzten, stieg der Gesamtwert während der Rehabilitation an, jedoch war der Anstieg nur in einer Klinik statistisch signifikant. Insgesamt lag der EBI-Gesamtwert im Mittel bei 60,6 Punkten zu Reha-Eintritt und 61,8 Punkten zu Reha-Austritt. Dies bei einer Gesamtskala, die von 0 Punkte (vollständige Hilfestellung) bis 64 Punkte (Selbständigkeit) reicht.

## 4. Fazit

---

In diesen Bericht fließen die Ergebnisse von insgesamt 14.228 Fällen der Anderen Rehabilitation aus 47 Kliniken ein.

Erstmals werden für das Berichtsjahr 2016 die Ergebnisse für die **Andere Rehabilitation differenziert nach Reha-Bereichen** dargestellt. Die Analysen zur Datenqualität, Stichprobenzusammensetzung und Ergebnisqualität erfolgten getrennt für die Reha-Bereiche geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation. Alle anderen Fälle der Reha-Art Andere Rehabilitation wurden in der Kategorie Übrige Fälle ausgewertet. Innerhalb der Reha-Bereiche geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation wurden zudem erstmalig risikoadjustierte klinikübergreifende Ergebnisvergleiche durchgeführt. Hierzu wurde der ADL-Score herangezogen, der sich über einen Umrechnungsalgorithmus aus FIM® und EBI bilden lässt. Die Kategorie Übrige Fälle wurde lediglich deskriptiv ausgewertet.

Aufgrund der nun nach Reha-Bereichen differenzierten Darstellung und der erweiterten Auswertungsmethodik (risikoadjustierte Ergebnisvergleiche) sind die **Ergebnisse 2016 mit den Vorjahren 2014 und 2015 nicht vergleichbar**, dies betrifft neben den Resultaten in den Ergebnisindikatoren auch die Kennzahlen der Datenqualität und die Stichprobenmerkmale.

Für das Kalenderjahr 2016 wurden Daten von 16.180 Fällen mit **geriatrischer Reha-Indikation** aus 35 Kliniken übermittelt. Insgesamt wurden im vorliegenden Bericht Daten von 8.129 geriatrischen Patientinnen und Patienten aus 29 Kliniken in den Analysen berücksichtigt. Dies entspricht einem Anteil auswertbarer Fälle von 50,2%. Für die **internistische Rehabilitation** wurden 5.029 Fälle aus 27 Kliniken übermittelt, davon konnten Daten von 3.529 Fällen aus 26 Kliniken in die Analysen eingeschlossen werden. Der Anteil auswertbarer Fälle lag damit für die internistische Rehabilitation bei 70,2%. Weiterhin wurden Daten für 1.123 Fälle in der **onkologischen Rehabilitation** aus 11 Kliniken zur Auswertung herangezogen, für die Ergebnisvergleiche konnten Daten von 709 Fällen aus 10 Kliniken berücksichtigt werden. Auch hier liegt der Anteil auswertbarer Fälle in einem guten Bereich von 63,1%.

Für die Kategorie **Übrige Fälle** wurden aus 15 Kliniken Daten von 2.888 Fällen übermittelt, davon wurden 1.861 Fälle aus 11 Kliniken berücksichtigt. Der Anteil auswertbarer Fälle lag bei 64,4%. Insgesamt ist die Datenbasis in den drei Reha-Bereichen geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation ausreichend um bereichsspezifische Analysen durchzuführen.

Es war möglich, den Grossteil der übermittelten Falldaten für den Nationalen Vergleichsbericht Andere Rehabilitation zu berücksichtigen. Im Bereich geriatrische Rehabilitation zeigen sich die grössten Reserven für die Optimierung der **Datenqualität**, hier konnte nur die Hälfte der übermittelten Daten für die Analysen genutzt werden. In den anderen drei Bereichen lag der Anteil bei rund zwei Dritteln. Insgesamt ist die Datenqualität für viele Kliniken als zumindest zufriedenstellend zu bezeichnen, teilweise liegt sie bereits in einem sehr guten Bereich. Der Anteil auswertbarer Fälle über die Kliniken hinweg war in allen vier Analysegruppen sehr unterschiedlich verteilt und lag teilweise bei unter 15%. Hier bleibt offen, ob die auswertbaren Fälle repräsentativ für alle Fälle einer Klinik stehen. Ebenfalls lagen bei relativ vielen Kliniken Fallzahlen von unter 50 auswertbaren Fällen vor, was bei diesen Kliniken zu einer grösseren Unsicherheit der Ergebnisse führt. Es ist aufgrund der bisherigen Erfahrungen davon auszugehen, dass die Datenqualität zukünftig weiter steigen wird. Bei der Sicherung einer hohen Datenqualität unterstützen Datenqualitätsberichte, welche jährlich national und spezifisch für die einzelnen Kliniken erstellt werden. Konkrete Hinweise zu unvollständigen Daten ermöglichen es den Kliniken, ihre Datenqualität zu verbessern.

Der **Vergleich der Stichprobensamensetzungen** der geriatrischen, internistischen und onkologischen Rehabilitation ergibt zum Teil grosse Unterschiede hinsichtlich der Verteilung des Alters, des Geschlechts, der Aufenthaltsdauer, der Komorbidität, der Vor- und Nachbehandlung/-betreuung sowie des Diagnosespektrums der Entlassdiagnosen und bestätigt damit das Vorgehen einer separaten Auswertung.

Erstmals wurde zum **Ergebnisqualitätsvergleich** der von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelte und validierte ADL-Score herangezogen, der sich über einen Umrechnungsalgorithmus aus FIM® und EBI bilden lässt. In der geriatrischen Rehabilitation erreichten 15 von 29 Kliniken eine Ergebnisqualität, die aufgrund der Patientenstruktur zu erwarten war, 8 Kliniken konnten die Erwartung übertreffen, 6 Kliniken erzielten eine niedrigere Ergebnisqualität als erwartet. In der internistischen Rehabilitation erreichten 17 von 26 Kliniken eine Ergebnisqualität, die zu erwarten war, 4 Kliniken konnten die Erwartungen übertreffen, 5 Kliniken erzielten eine niedrigere Ergebnisqualität als erwartet. In der onkologischen Rehabilitation konnten keine signifikanten Unterschiede in der Ergebnisqualität ermittelt werden – alle 10 Kliniken lagen im erwarteten Bereich. Bei den Übrigen Fällen wurden die Ergebnisse nur deskriptiv beschrieben.

Ob die Kliniken überdurchschnittliche, durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielten, scheint nicht von der Anzahl der ausgewerteten Fälle pro Klinik abzuhängen. FIM® und EBI bzw. der ADL-Score zeigten über die Kliniken sowohl deskriptiv als – insbesondere für die geriatrische Rehabilitation – auch unter Adjustierung für die Patientenstruktur eine grosse Variabilität und scheinen damit gut geeignet, allfällige Klinikunterschiede aufzuzeigen.

Das gewählte **Partizipationsziel** wurde in allen vier Analysegruppen zu rund 95% erreicht. Es wurde in der geriatrischen Rehabilitation in 9,7% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst, für die

internistische und die onkologische Rehabilitation sowie die Übrigen Fälle war die Quote der Zielerreichungen mit 4,6%, 1,4% bzw. 6,8% noch geringer. Damit basieren weiterführende Analysen zur Verteilung gewählter Alternativziele auf geringen Fallzahlen und sollten entsprechend zurückhaltend interpretiert werden. Die in den Rehabilitationskliniken gewählten Partizipationsziele konzentrieren sich insbesondere auf das Wohnen in häuslicher Umgebung. In einzelnen Kliniken wurden berufsbezogene Partizipationsziele häufiger genannt. Dies spiegelt insbesondere die unterschiedliche Altersstruktur der Patienten in den Kliniken wider. Eine risikoadjustierte Analyse ist beim Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung aufgrund der aktuellen Konzeption des Instruments nicht sinnvoll möglich. Seit 2017 wird durch ANQ-Expertengremien ein Konzept zur Weiterentwicklung der Zieldokumentation erstellt.

Ein **fairer Ergebnisvergleich** setzt eine **adäquate Risikoadjustierung** für die jeweilige Patientenstruktur einer Klinik voraus. Hierbei wurden die **relevanten Störfaktoren** berücksichtigt. Es ist nicht auszuschliessen, dass noch weitere Faktoren, die in den Messvorgaben der Anderen Rehabilitation nicht enthalten sind, die Ergebnisqualität beeinflussen. Dies könnte grundsätzlich dazu führen, dass einige Ergebnisse unter- oder überschätzt wurden. Aufgrund des dominanten Einflusses des ADL-Score-Eintrittswertes für die Vorhersage des ADL-Score-Austrittswertes im Vergleich zu allen übrigen berücksichtigten Störfaktoren ist allerdings davon auszugehen, dass die Nichtberücksichtigung anderer relevanter Störgrössen allenfalls geringfügige Verzerrungen zur Folge hätte.

Bei der Interpretation der im Nationalen Vergleichsbericht für die geriatrische, internistische und onkologische Rehabilitation vorgestellten Ergebnisse ist zu beachten, dass der risikoadjustierte Ergebnisqualitätsvergleich der beteiligten Kliniken ausschliesslich auf dem ADL-Score fusst, welcher die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens misst.

Neben dem Nationalen Vergleichsbericht erhält jede beteiligte Klinik einen **klinikspezifischen Bericht**. Dieser enthält komprimierte Informationen zur Patientenstruktur und zu den erzielten Messergebnissen und ermöglicht es jeder Klinik, ihre Resultate mit denen der anderen Kliniken zu vergleichen. Dies soll es erleichtern, Verbesserungspotenziale in einzelnen Reha-Kliniken zu identifizieren und Veränderungsprozesse anzustossen.

Für das Datenjahr 2017 wird wiederum ein Nationaler Vergleichsbericht veröffentlicht werden.