
Kurzfassung

Nationale Vergleichsberichte 2018

Nationaler Messplan Rehabilitation

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

Juni 2020



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: Qualitätsmessung 2018	7
5.	Internistische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	8
6.	Kardiale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	9
7.	Muskuloskelettale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	11
8.	Neurologische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	12
9.	Onkologische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	13
10.	Pulmonale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018	14

1. Zu dieser Kurzfassung

Die Kurzfassung der Nationalen Vergleichsberichte präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmessungen, die 2018 im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen 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 2018 verschaffen möchte.

Wer vertiefte Informationen wünscht, findet die Vollversionen der Nationalen Vergleichsberichte auf dem Webportal des ANQ. Die Vergleichsberichte 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. Erstmals steht auf dem Webportal auch 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.

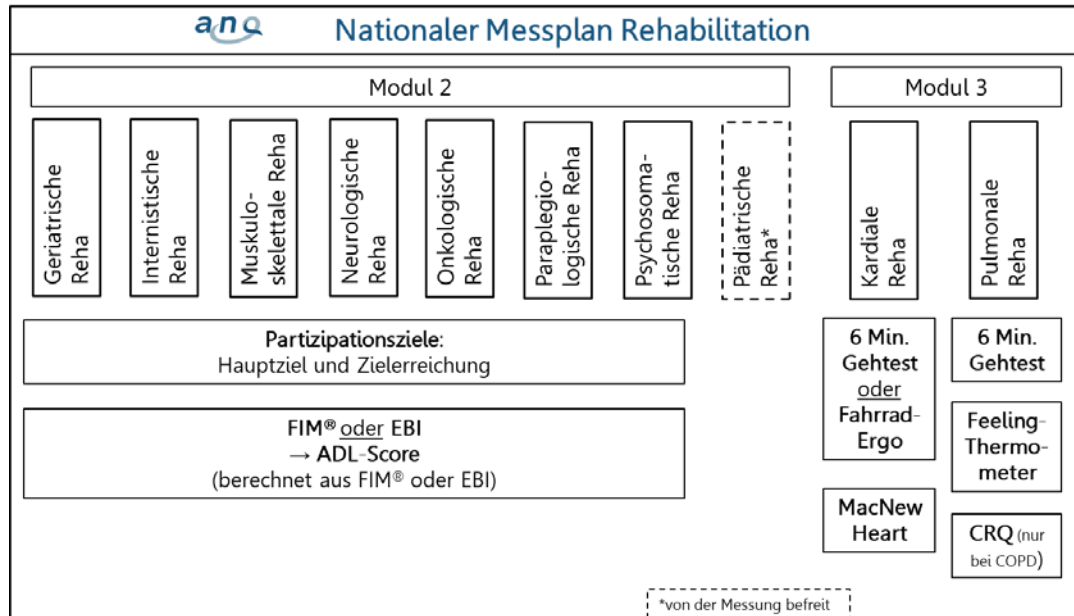
Im Rahmen des Nationalen Messplans Rehabilitation (vgl. Kapitel 3) werden in sämtlichen Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen Patientendaten erhoben. Dabei liefern die Kliniken Daten für alle stationär Behandelten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und 2018 entlassen wurden.

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 der Kurzfassung ist der ANQ verantwortlich.

3. Übersicht Nationaler Messplan Rehabilitation

Der Nationale Messplan Rehabilitation hält für jeden Rehabereich 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 Rehabereichen 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 **psychosomatischen 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** 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

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. Um unabhängig von der Wahl des Instruments einen fairen Vergleich über alle Kliniken hinweg sicherzustellen, wird anhand des FIM®- respektive EBI-Resultats ein so genannter ADL-Score (Activities-of-Daily-Life-Score) berechnet. Der ADL-Score dient ausschliesslich dem Vergleich der Ergebnisqualität und ist kein Ersatz für die Instrumente FIM® und EBI.

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 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. Als Unterstützung können beim 6-Minuten-Gehtest Gehhilfen und/oder Sauerstoff genutzt 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, welche die Kliniken nicht selber steuern können, statistisch kontrolliert werden. So wird im statistischen Verfahren der **Risikoadjustierung** die Patientenstruktur einer Klinik mitberücksichtigt, da der Erfolg der Behandlung von bestimmten Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Funktionsfähigkeit bei Reha-Eintritt etc.) abhängen kann.

Für den Klinikvergleich werden die Ergebnisse der Kliniken in Beziehung zueinander gesetzt: Für jede Klinik wird die Differenz zwischen dem klinikeigenen Erwartungswert und den Erwartungswerten der übrigen Kliniken berechnet. Die Auswertung zeigt, ob Kliniken Behandlungsergebnisse erzielen, die im Vergleich zu den anderen Kliniken im statistisch zu erwartenden Bereich liegen oder signifikant von diesen Erwartungswerten abweichen. Das errechnete Ergebnis einer einzelnen Klinik muss somit in Abhängigkeit zum durchschnittlichen Behandlungsergebnis der Gesamtstichprobe des aktuellen Jahres interpretiert werden.

Mit Ausnahme der Partizipationsziele werden alle erhobenen Messdaten sowohl in einer deskriptiven Analyse als auch in einer risikoadjustierten Analyse ausgewertet. Zum zweiten Mal in Folge werden die Messergebnisse 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.

4. Geriatrische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 44 Kliniken (2017: 36) Daten für 19'185 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine geriatrische Rehabilitation beendet hatten (2017: 18'041). Von diesen lagen für einen Anteil von 64.8% (2017: 60.2%) vollständige Daten aus 42 Kliniken (2017: 31) vor. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 83.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 64.0%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.9 Tage.

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 2018 zu Reha-Eintritt bei 35.1 Punkten (2017: 35.8) und zu Reha-Austritt bei 42.7 Punkten (2017: 43.0). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit 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 eher grosse oder eher 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 2018

- von 14 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 9 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 9 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 10 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde bei rund 96% der Patientinnen und Patienten erreicht (2017: 94%). Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den geriatrischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen zu Hause beziehen: Knapp 90 Prozent hatten das Ziel, nach der Rehabilitation mit oder ohne Unterstützung zu Hause wohnen zu können, davon knapp die Hälfte gemeinsam mit einer Lebenspartnerin/einem Lebenspartner.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte bei 10.6% der Fälle (2017: 9.4%). Bei Zielanpassungen ist häufig zu beobachten, dass eine Integration in ein Pflegeheim oder ein betreutes Wohnen in einer anderen Institution als geändertes Partizipationsziel vereinbart wird. Insgesamt ist festzustellen, dass die angepassten Ziele meist ein grösseres Ausmass an Unterstützung bieten als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar zum Vorjahr.

5. Internistische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 36 Kliniken (2017: 32) Daten für 6'589 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine internistische Rehabilitation beendet hatten (2017: 6'010). Von diesen lagen für einen Anteil von 68.7% (2017: 73.0%) vollständige Daten aus 35 Kliniken (2017: 30) vor. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 70.3 Jahren. Der Frauenanteil betrug 51.9%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.1 Tage.

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 im Jahr 2018 zu Reha-Eintritt bei 44.1 Punkten (2017: 44.9) und zu Reha-Austritt bei 50.0 Punkten (2017: 51.0). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit 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 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 2018

- von 14 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 2 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 12 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das gewählte Partizipationsziel wurde zu rund 93% erreicht (2017: 94%). Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den internistischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen zu Hause beziehen. In einzelnen Kliniken – in denen die Patientinnen und Patienten im Schnitt jünger sind – wurde das Partizipationsziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» häufiger genannt.

Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte lediglich in 5.4% der Fälle eine Anpassung des Ziels (2017: 5.6%). 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 vs. Integration in Pflegeheim oder andere Institution).

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar zum Vorjahr.

6. Kardiale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 15 Kliniken (2017: 16) Daten für 7'278 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine kardiale Rehabilitation beendet hatten (2017: 7'439). Von diesen lagen für einen Anteil von 54.6% (2017: 53.3%) vollständige Daten aus 14 Kliniken (2017: 15) vor. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 67.8 Jahren. Der Frauenanteil betrug 29.2%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 20.1 Tagen.

Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der mittleren Verbesserung während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken in allen gemessenen Ergebnisbereichen. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise eher grosse oder eher kleine Verbesserung im jeweiligen Ergebnisbereich erzielen konnte, wurden risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart lag im Jahr 2018 zu Reha-Eintritt bei 5.02 Punkten (2017: 5.04) und zu Reha-Austritt bei 5.89 Punkten (2017: 5.90) Die Gesamtdurchschnittswerte des MacNew Heart sind somit nahezu identisch mit den Vorjahreswerten.

In der risikoadjustierten Auswertung des Datenjahres 2018

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

Bei 3 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig.

Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

7 der 14 Kliniken wendeten ausschliesslich den 6-Minuten-Gehtest an. Die anderen 7 Kliniken setzten entweder den 6-Minuten-Gehtest oder die Fahrrad-Ergometrie ein. Der 6-Minuten-Gehtest wird angewendet, wenn der Gesundheitszustand die Durchführung einer Fahrrad-Ergometrie nicht zulässt. Bei den 7 Kliniken, die beide Instrumente einsetzten, repräsentiert die im 6-Minuten-Gehtest ausgewertete Stichprobe folglich eher die schwerer beeinträchtigten Personen.

Beim **6-Minuten-Gehtest** stieg die zurückgelegte Gehstrecke von durchschnittlich 316 Metern zu Reha- Eintritt (2017: 319) auf 438 Meter zu Reha-Austritt (2017: 442). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit unter dem Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung

- zeigten 4 der 14 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.
- erzielten 5 Kliniken eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 3 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

Bei der **Fahrrad-Ergometrie**, welche von 7 der 14 Kliniken zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt wurde, stieg die durchschnittlich erreichte Wattzahl von 87 Watt zu Reha-Eintritt (2017: 84) auf 114 Watt zu Reha-Austritt (2017: 111). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit über dem Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung

- wiesen 3 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.
- wurde für 1 Klinik eine Ergebnisqualität berechnet, die 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) oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

7. Muskuloskeletale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 70 Kliniken (2017: 62) Daten für 30'245 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine muskuloskeletale Rehabilitation beendet hatten (2017: 28'835). Von diesen lagen für einen Anteil von 79.1% (2017: 85.4%) vollständige Daten aus 66 Kliniken (2017: 60) vor. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 70.0 Jahren. Der Frauenanteil betrug 62.2%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 22.2 Tagen.

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 im Jahr 2018 zu Reha-Eintritt bei 44.7 Punkten (2017: 45.8) und zu Reha-Austritt bei 52.1 Punkten (2017: 52.8). Beide Gesamtdurchschnittswerte waren damit 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 eher grosse oder eher 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 2018

- von 24 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 17 Kliniken eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 15 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 10 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das gewählte Partizipationsziel wurde zu rund 97% erreicht (2017: 97%). Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den muskuloskelettalen Patientinnen und Patienten 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.

Das gewählte Partizipationsziel wurde in lediglich 3.3% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst (2017: 3.0%). Bei Zielanpassungen ist häufig zu beobachten, dass eine Integration in ein Pflegeheim oder ein betreutes Wohnen in einer anderen Institution als geändertes Partizipationsziel vereinbart wird. Insgesamt ist festzustellen, dass die angepassten Ziele meist ein grösseres Ausmass an Unterstützung bieten als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar zum Vorjahr.

8. Neurologische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 39 Kliniken (2017: 39) Daten für 13'380 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine neurologische Rehabilitation beendet hatten (2017: 13'131). Von diesen lagen für einen Anteil von 81.3% (2017: 85.8%) vollständige Daten aus 38 Kliniken (2017: 38) vor. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 65.4 Jahren. Der Frauenanteil betrug 45.5%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 36.2 Tage.

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 2018 zu Reha-Eintritt bei 35.4 Punkten (2017: 35.4) und zu Reha-Austritt bei 44.5 Punkten (2017: 44.3). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit fast auf dem gleichen Niveau wie 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 eher grosse oder eher 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 2018

- von 21 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 6 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 3 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde bei etwa 96% der Patientinnen und Patienten erreicht (2017: 96%). Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den neurologischen Patientinnen und Patienten 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.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 4.3% der Fälle (2017: 4.5%). Bei Zielanpassungen ist häufig zu beobachten, dass eine Integration in ein Pflegeheim oder ein betreutes Wohnen in einer anderen Institution als geändertes Partizipationsziel vereinbart wird. Insgesamt ist festzustellen, dass die angepassten Ziele meist ein grösseres Ausmass an Unterstützung bieten als das ursprünglich vereinbarte Ziel.

Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar zum Vorjahr.

9. Onkologische Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 13 Kliniken (2017: 9) Daten für 1'140 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2017: 1'152). Von diesen lagen für einen Anteil von 70.4% (2017: 73.7%) vollständige Daten aus 13 Kliniken (2017: 9) vor. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 67.6 Jahren. Der Frauenanteil betrug 55.8%. Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 20.3 Tagen.

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 2018 zu Reha-Eintritt bei 48.1 Punkten (2017: 47.5) und zu Reha-Austritt bei 53.1 Punkten (2017: 53.4). Der Gesamtdurchschnitt des Eintrittswertes war damit geringfügig höher, der Austrittswert 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 eher grosse oder eher 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 2018

- von 2 Kliniken eine Ergebnisqualität erzielt, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 2 Kliniken eine Ergebnisqualität ermittelt, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 8 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10 - 49 Fälle) oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).

Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung

Das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde zu rund 96% erreicht. (2017: 95%). Dieses Ziel wurde in 2.5% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst (2017: 3.8%). Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den onkologischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele definiert, die sich auf das Wohnen zu Hause beziehen. In einer Klinik wurde das Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» besonders häufig genannt, was sich in der Gesamtverteilung im Jahresvergleich niederschlägt. Abgesehen davon sind die Ergebnisse für dieses Instrument vergleichbar zum Vorjahr.

10. Pulmonale Rehabilitation: Qualitätsmessung 2018

Datenbasis

Insgesamt übermittelten 12 Kliniken (2017: 13) Daten für 4'140 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2018 eine pulmonale Rehabilitation beendet hatten (2017: 4'111). Von diesen lagen für einen Anteil von 56.2% (2017: 56.4%) vollständige Daten aus allen 12 Kliniken (2017: 13) vor. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 68.9 Jahren. Der Frauenanteil betrug 48.4%. Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.5 Tage.

Für die Auswertungen des Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) werden ausschliesslich Fälle mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) als Hauptdiagnose herangezogen. Dieses Kriterium traf im Datenjahr 2018 auf 1'845 aller übermittelten Fälle zu (2017: 1'876). Der Anteil der COPD-Fälle an allen übermittelten Fällen umfasste 45.5% (2017: 45.6%).

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 in diesen drei Ergebnisbereichen der pulmonalen Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise eher grosse oder eher 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 268 Metern zu Reha-Eintritt (2017: 261) auf 355 Meter zu Reha-Austritt (2017: 349). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit geringfügig höher als im Vorjahr.

In der risikoadjustierten Auswertung des Datenjahres 2018

- haben 10 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 keine Klinik eine Ergebnisqualität auf, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 1 Klinik sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig.

Messung des allgemeinen Gesundheitszustands

Der allgemeine Gesundheitszustand lag auf der Skala des Feeling-Thermometers bei Reha-Eintritt im Mittel bei 49.3 Punkten (2017: 50.5) und bei Reha-Austritt bei 69.8 Punkten (2017: 69.5). Der Eintrittswert war damit geringfügig niedriger als im Vorjahr, während der Austrittswert nahezu identisch blieb.

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

Bei 1 Klinik sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10 - 49 Fälle) nur eingeschränkt aussagekräftig.

Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei COPD

Der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird nur bei Patientinnen und Patienten, die an der chronischen Lungenerkrankung COPD erkrankt sind, eingesetzt. Er lag bei Reha-Eintritt im Mittel bei 3.72 (2017: 3.66), bei Austritt bei 4.84 Punkten (2017: 4.84). Der Eintrittswert war somit leicht höher als im Vorjahr, während der Austrittswert gleichblieb.

Die risikoadjustierte Auswertung zeigte

- für 5 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 Ergebnisqualität, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde.

Bei 5 Kliniken sind die risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt aussagekräftig (10 - 49 Fälle) oder nicht interpretierbar (<10 Fälle).