
Nationaler Vergleichsbericht 2021

Onkologische Rehabilitation

Nationaler Messplan Rehabilitation

Erhebungszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2021

22. September 2022/Version 1.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

E-Mail: anq-messplan@charite.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Ergebnisse	6
2.1. Datenbasis und -qualität.....	6
2.2. Stichprobenbeschreibung	8
2.3. Ergebnisqualität: ADL-Score	14
2.3.1. Deskriptive Darstellung: ADL-Score.....	14
2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: ADL-Score	16
2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung.....	19
3. Diskussion.....	22
4. Literatur	25
Abbildungsverzeichnis	26
Tabellenverzeichnis	27
Abkürzungsverzeichnis	28
Anhang.....	29
A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge).....	29
A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle	30
A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich	32
A4 Ergebnisqualität ADL-Score im Klinikvergleich.....	37
A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich	40
Impressum.....	43

Zusammenfassung

Der vorliegende Nationale Vergleichsbericht bietet einen Ergebnisqualitätsvergleich der Kliniken, die sich an den ANQ-Messungen für den Bereich Onkologische Rehabilitation im Jahr 2021 beteiligt haben. Zusätzlich zum Ergebnisbericht wird ein rehabereichsübergreifender Methodenbericht publiziert (ANQ, Charité, 2022a).

Als zentrale Messinstrumente der Ergebnisqualität werden von den Rehabilitationskliniken in der onkologischen Rehabilitation wahlweise das FIM[®] Instrument (Functional Independence Measure) oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) eingesetzt. Beide Instrumente erfassen die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens. Für den klinikübergreifenden Vergleich der Ergebnisqualität wird ein ADL-Score genutzt, der aus FIM[®] bzw. EBI mithilfe eines validierten Umrechnungsalgorithmus berechnet wird.

Für den Ergebnisqualitätsvergleich wird der risikoadjustierte Austrittswert des ADL-Scores zwischen den beteiligten Kliniken verglichen. Die Risikoadjustierung dient dazu, trotz unterschiedlicher Patientenstruktur einen fairen Klinikvergleich zu ermöglichen. Neben der Beschreibung der zentralen Charakteristika der Stichprobe werden die Rohwerte des Ergebnisindikators zu Ein- und Austritt sowie die Ergebnisse des risikoadjustierten Vergleichs der Ergebnisqualität berichtet. Des Weiteren werden die zu Reha-Eintritt gewählten Partizipationsziele und deren Zielerreichung deskriptiv berichtet. Die Darstellung der Ergebnisqualität erfolgt im Vergleich zum Vorjahr. Das verwendete Verfahren zur Risikoadjustierung, die berücksichtigten Patientenmerkmale sowie die grafischen Darstellungen werden im Methodenbericht ausführlich erläutert.

Insgesamt übermittelten 15 Kliniken (2020: 14) Daten für 1'245 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2020: 1'321). Von diesen lagen für einen Anteil von 83.8% (2020: 78.4%) auswertbare Daten aus allen 15 Kliniken (2020: 14) vor. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 67.4 Jahren. Der Frauenanteil betrug 57.5%. Die Dauer der Rehabilitation umfasste im Mittel 20.8 Tage.

Für die onkologischen Patientinnen und Patienten lag im Mittel bei Reha-Eintritt ein ADL-Wert von 47.5 Punkten (2020: 49.2) und bei -Austritt von 53.5 Punkten (2020: 54.0) vor.

In der risikoadjustierten Auswertung des ADL-Scores wurde im Datenjahr 2021 für eine Klinik auf Basis der Ergebnisse der Gesamtstichprobe und unter Berücksichtigung des klinikindividuellen Casemix eine Ergebnisqualität berechnet, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag. Für eine Klinik wurde eine Ergebnisqualität ermittelt, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde. 3 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag. Bei weiteren 7 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle), bei den übrigen 3 Kliniken sind die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

Partizipationsziele wurden überwiegend aus dem Bereich «Wohnen» vereinbart. Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte lediglich bei knapp 2.9% der Fälle. Bei etwa 93.1% der Fälle wurden die vereinbarten Ziele erreicht.

Die in diesem Nationalen Vergleichsbericht Onkologische Rehabilitation dargestellte Ergebnisqualität im Klinikvergleich für das Datenjahr 2021 kann eine Grundlage bilden, Verbesserungsprozesse in den Rehabilitationskliniken anzustossen.

1. Einleitung

Im Rahmen seiner Aufgaben hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) festgelegt, dass schweizweit Qualitätsmessungen in der stationären Rehabilitation durchgeführt werden. Der «Nationale Messplan Rehabilitation» umfasst verschiedene Messinstrumente zur Ergebnisqualität und wurde im Jahr 2013 eingeführt. Gesetzliche Grundlage ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Sämtliche Schweizer Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen von Akutspitälern (folgend: Rehabilitationskliniken/Kliniken), welche dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind, waren beginnend mit dem 1. Januar 2013 aufgefordert an den Ergebnismessungen teilzunehmen. Bei allen stationären Patientinnen und Patienten müssen je nach Rehabilitationsbereich mehrere Messungen nach den Vorgaben des ANQ durchgeführt werden. Die erhobenen Daten werden schweizweit vergleichend zwischen den Rehabilitationskliniken ausgewertet. Das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurde durch den ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten und die Auswertung der erhobenen Daten zu übernehmen.

Für die Datenjahre 2016 bis 2020 wurden bereits Nationale Vergleichsberichte für die onkologische Rehabilitation veröffentlicht (ANQ, Charité, 2018a; ANQ, Charité, 2018b; ANQ, Charité, 2019; ANQ, Charité, 2020; ANQ, Charité, 2021). Neben der Datenqualität und Patientenstruktur wird auch die Ergebnisqualität im Vorjahresvergleich gezeigt. Die Datenanalysen und die Berichterstattung der Ergebnisse erfolgen entsprechend der aktuellen Version des Auswertungskonzepts (ANQ, Charité, 2022b). Als weiterer Indikator der Datenqualität wird erstmals auch der Anteil vollständig dokumentierter Fälle ausgewiesen.

Dieser Bericht konzentriert sich auf die Darstellung der Ergebnisqualität im Klinikvergleich für die onkologische Rehabilitation und diskutiert diese. Für das Datenjahr 2021 werden die Ergebnisse nochmals vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie diskutiert. Der Anhang beinhaltet klinikspezifische Ergebnisse. In einem separaten Methodenbericht stehen eine Beschreibung der verwendeten Instrumente und der weiteren erhobenen Merkmale, der Methodik der Analyse und der verwendeten Grafiktypen, ein Glossar für Fachbegriffe sowie Lesebeispiele für die Abbildungen zur Verfügung (ANQ, Charité, 2022a). Der Methodenbericht ist als Ergänzung der rehabereichsspezifischen Nationalen Vergleichsberichte des Datenjahres 2021 konzipiert.

In der Stichprobenbeschreibung werden Verteilungen zu den Variablen des Casemix inklusive der Komorbidität für das gesamte Patientenkollektiv sowie für die einzelnen Kliniken präsentiert. Als Messinstrumente der Ergebnisqualität werden von den Rehabilitationskliniken wahlweise das FIM® Instrument oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) eingesetzt. Beide Instrumente erfassen die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens. Der Ergebnisqualitätsvergleich erfolgt mittels eines aus FIM® bzw. EBI berechneten ADL-Scores. Dies ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisqualität hinsichtlich der Funktionsfähigkeit unabhängig vom Einsatz des Erhebungsinstruments über alle Kliniken hinweg. Die Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst deskriptiv anhand der Rohwerte des ADL-Scores zu Ein- und Austritt. Im Anschluss werden die risikoadjustierten Ergebnisse des ADL-Scores zu Reha-Austritt berichtet. Diese adjustierten Ergebnisse sind mit Hilfe statistischer Modelle vom Einfluss der unterschiedlichen Patientenstruktur der Kliniken bereinigt.

Als weiterer Ergebnisindikator wird die Dokumentation von den zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationszielen und deren Zielerreichung berichtet. Partizipationsziele und Zielerreichung werden lediglich deskriptiv und ohne Risikoadjustierung dargestellt.

Die Ergebnisse der einzelnen Kliniken sind im vorliegenden Bericht durch Nummern codiert. Den beteiligten Rehabilitationskliniken ist ihre eigene Nummer bekannt. Basierend auf diesem Bericht werden die Messergebnisse des Datenjahres 2021 auf dem Webportal des ANQ auch transparent publiziert. Damit werden die Vorgaben des Nationalen Qualitätsvertrages erfüllt.

Neben dem hier vorgelegten Nationalen Vergleichsbericht für die onkologische Rehabilitation werden rehabereichsspezifisch weitere Nationale Vergleichsberichte auf dem ANQ-Webportal publiziert. Diese Berichte sind aus Gründen der besseren Verständlichkeit und Vergleichbarkeit analog aufgebaut.

2. Ergebnisse

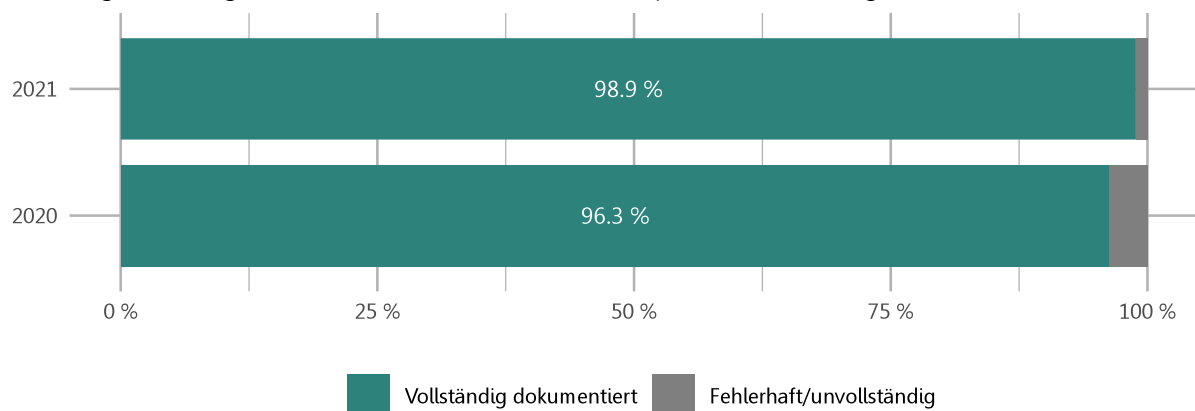
2.1. Datenbasis und -qualität

Für das Datenjahr 2021 wurden Daten von 1'245 Fällen (2020:1'321) der onkologischen Rehabilitation aus 15 Kliniken (2020: 14) übermittelt. Hiervon wurden 98.9% der Datensätze vollständig dokumentiert (2020: 96.3%) (Abbildung 1).

Von den vollständig dokumentierten Fällen wurden die Daten von 1'043 Patientinnen und Patienten (2020: 1'036) als auswertbar klassifiziert.¹ Dies entspricht einem Anteil von 83.8% aller übermittelten Fälle des Jahres 2021 (2020: 78.4%). 15.1% der Fälle sind ebenfalls vollständig, aber als Dropout² dokumentiert und können somit in den Ergebnisanalysen nicht berücksichtigt werden (2020: 17.9%) (Abbildung 2).

3 Kliniken nutzten den EBI und 12 Kliniken den FIM® als Instrument der Ergebnisqualitätsmessung.

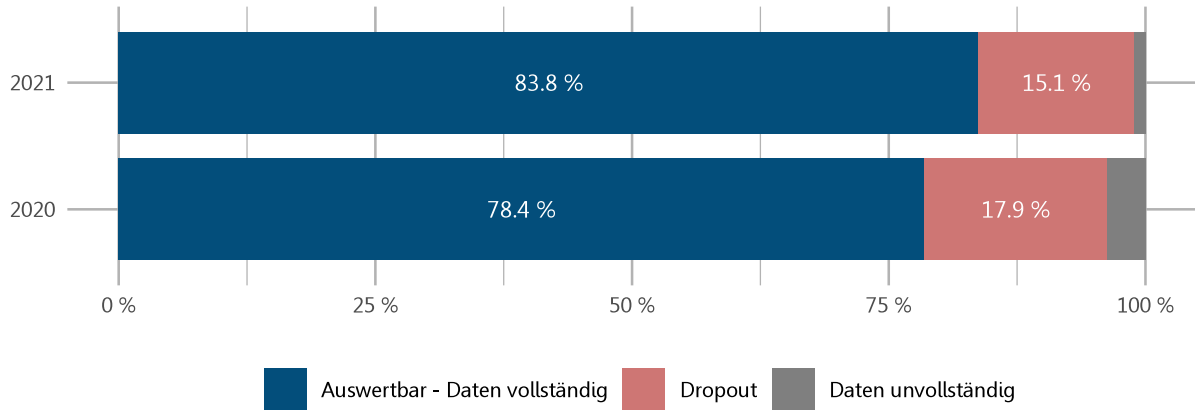
Abbildung 1: Onkologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich



¹ Auswertbarer Fall onkologische Rehabilitation: vollständige Messdaten FIM® oder EBI und Hauptziel/Zielerreichung (jeweils Ein- und Austritt), vollständige Minimaldaten des BFS und Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) sind vorhanden, vgl. Methodenbericht Kapitel 4.1.

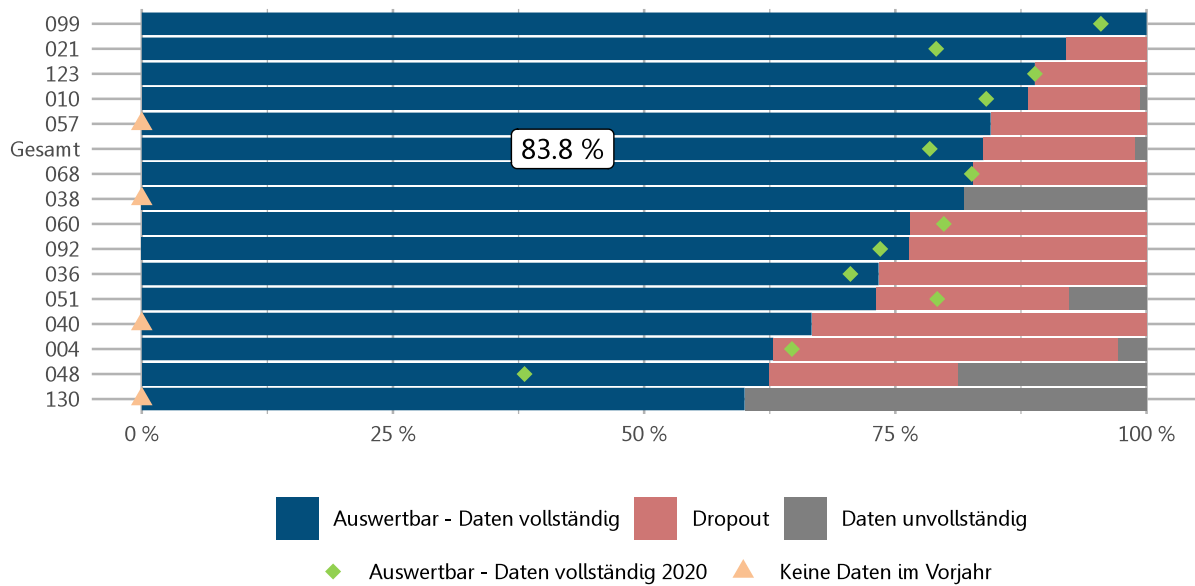
² Dropout: Fälle mit einem stationären Reha-Aufenthalt, der kürzer als 8 Tage ist (Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt), sowie Fälle, bei denen die Austrittsmessung aufgrund eines unvorhergesehenen Abbruchs der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientin/des Patienten) nicht (komplett) durchgeführt werden kann.

Abbildung 2: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich



In Abbildung 3 wird der Anteil auswertbarer Fälle je Klinik dargestellt. Der Vorjahreswert des Anteils auswertbarer Fälle wird ebenfalls in der Grafik abgetragen (markiert mit einer grünen Raute). 4 Kliniken übermittelten für das Jahr 2020 noch keine Daten für die onkologische Rehabilitation (markiert mit einem orangen Dreieck). Die klinikspezifischen Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter sowie auswertbarer Fälle sind Anhang A2 zu entnehmen.

Abbildung 3: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2021 nach Kliniken



2.2. Stichprobenbeschreibung

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der Zusammensetzung der Auswertungsstichproben 2021 und 2020 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich für die meisten Merkmale keine nennenswerte Veränderung des Casemix. Die Auswertungsstichprobe 2021 weist einen etwas höheren Anteil an Frauen sowie einen etwas höheren Anteil an Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit auf. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aus einem Akutspital in die Rehabilitationsklinik verlegt wurden, ist niedriger als im Vorjahr. Gleichzeitig kamen mehr Patientinnen und Patienten von Zuhause in die Rehabilitationskliniken.

Klinikspezifischen Ergebnisse des Jahres 2021 werden in grafischer Form in Anhang A3 gezeigt. Die dazugehörigen Tabellen mit den genauen Fallzahlen und Anteilen jeder Kategorie werden separat in einer Excel- sowie PDF-Datei zur Verfügung gestellt.

Tabelle 1: Übersicht Stichprobenzusammensetzung im Jahresvergleich

	2021		2020	
Auswertbare Fälle (Anzahl, Prozent an allen übermittelten Fällen)	1'043	83.8	1'036	78.4
Geschlecht (in Prozent)				
Frauen	57.5		52.6	
Männer	42.5		47.4	
Alter (Mittelwert, SD in Jahren)	67.4	12.2	68.1	12.5
Nationalität (in Prozent)				
Schweiz	93.2		89.4	
Andere Nationalitäten	6.8		10.6	
Dauer der Rehabilitation (Mittelwert, SD in Tagen)	20.8	9.2	22.1	10.2
Liegeklasse (in Prozent)				
Allgemein	64.1		61.2	
Halbprivat	21.5		21.6	
Privat	14.4		17.2	
Hauptkostenträger (in Prozent)				
Krankenversicherung (obligatorisch)	97.0		97.5	
Unfallversicherung	0.5		0.3	
Weitere Träger	2.5		2.2	
Aufenthaltort vor Reha (in Prozent)				
Zuhause	16.2		11.0	
Zuhause mit SPITEX	0.0		0.1	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	0.2		0.0	
Akutspital, psychiatrische Klinik	83.4		88.7	
Andere	0.2		0.2	
Aufenthaltort nach Reha (in Prozent)				
Zuhause	91.5		92.0	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	2.7		2.2	
Akutspital, psychiatrische Klinik	5.6		5.6	
Rehabilitationsklinik	0.3		0.2	
Andere	0.0		0.0	
Diagnosegruppen (in Prozent)				
Bösartige Neubildungen oberer Gastrointestinaltrakt & Leber	21.1		19.3	
Bösartige Neubildungen unterer Gastrointestinaltrakt	21.5		21.4	
Bösartige Neubildungen Atmungsorgane	5.8		6.9	
Bösartige Neubildungen Urogenitalsystem	20.2		16.7	
Bösartige Neubildungen Brustdrüse	7.5		7.3	
Bösartige Neubildungen lymphatisches & blutbildendes Gewebe	5.1		6.1	
Sonstige bösartige Erkrankungen	8.9		10.2	
Sonstige Erkrankungen	9.9		12.1	
CIRS-Gesamtscore (Mittelwert, SD in Punkten)	16.8	6.4	16.6	6.0

Abbildung 4: Verteilung des Geschlechts im Jahresvergleich

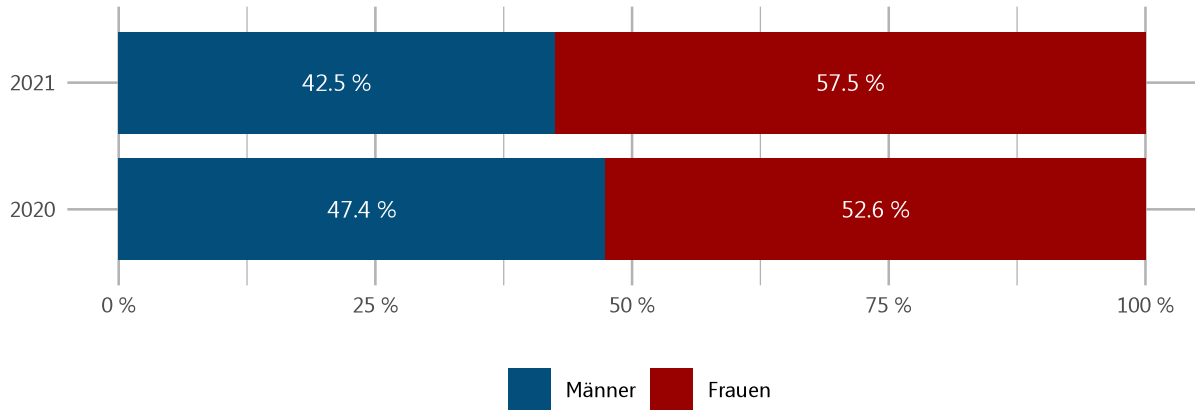


Abbildung 5: Histogramm des Alters im Jahresvergleich

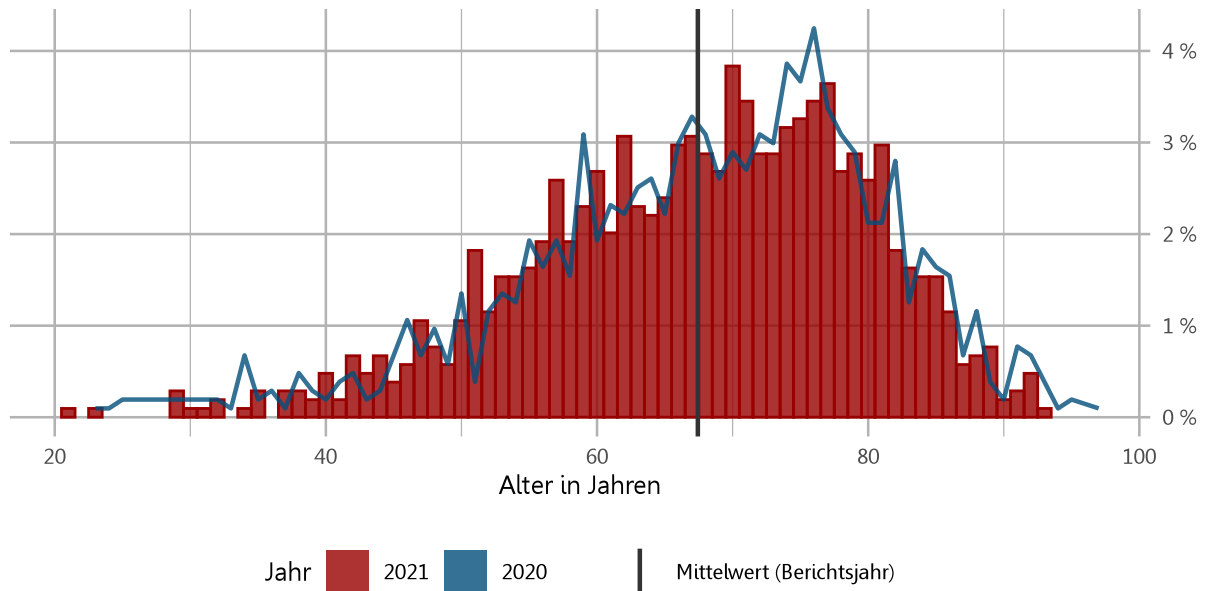


Abbildung 6: Verteilung der Nationalität im Jahresvergleich

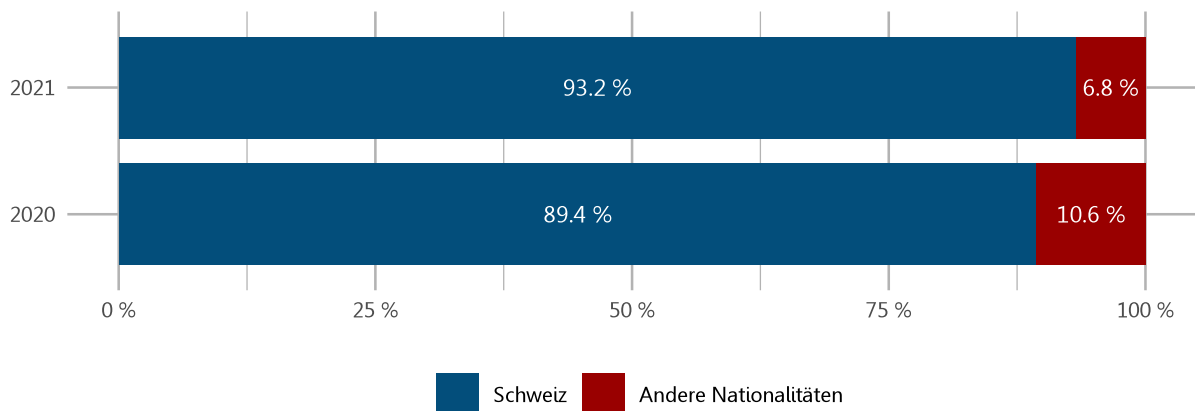


Abbildung 7: Histogramm der Dauer der Rehabilitation im Jahresvergleich

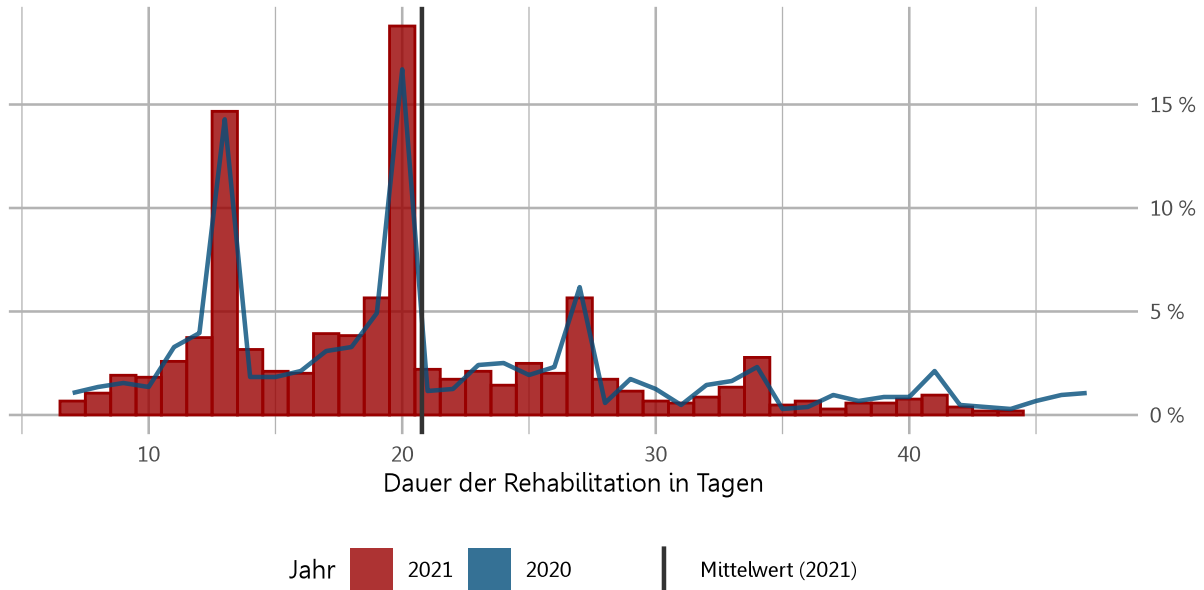


Abbildung 8: Verteilung der Liegeklasse im Jahresvergleich

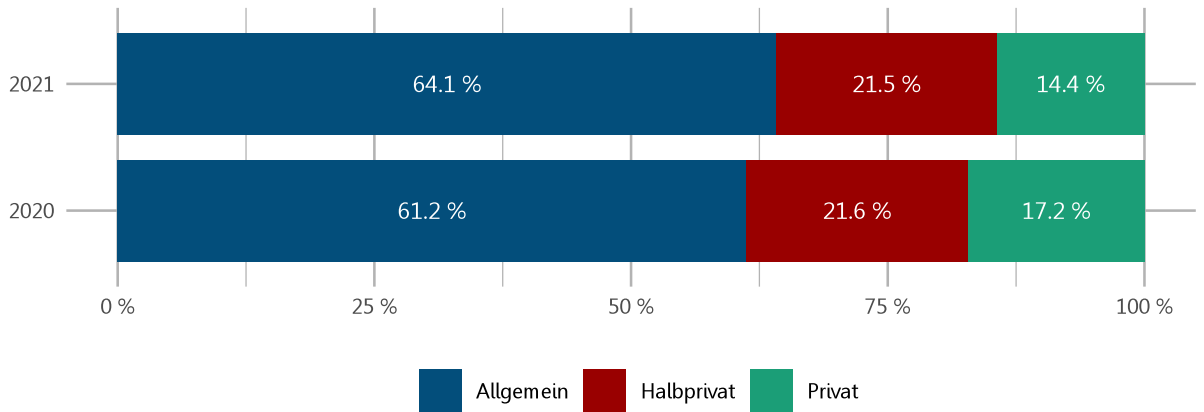


Abbildung 9: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation im Jahresvergleich

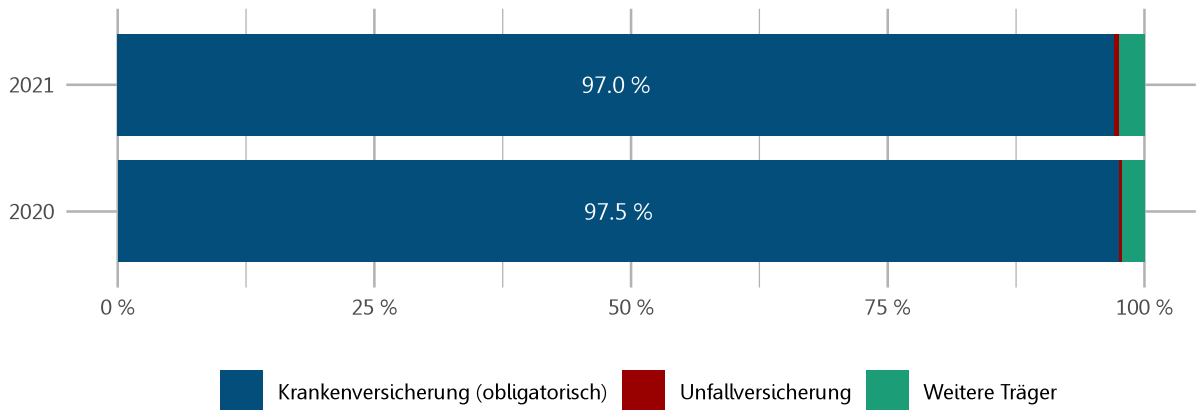


Abbildung 10: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt im Jahresvergleich

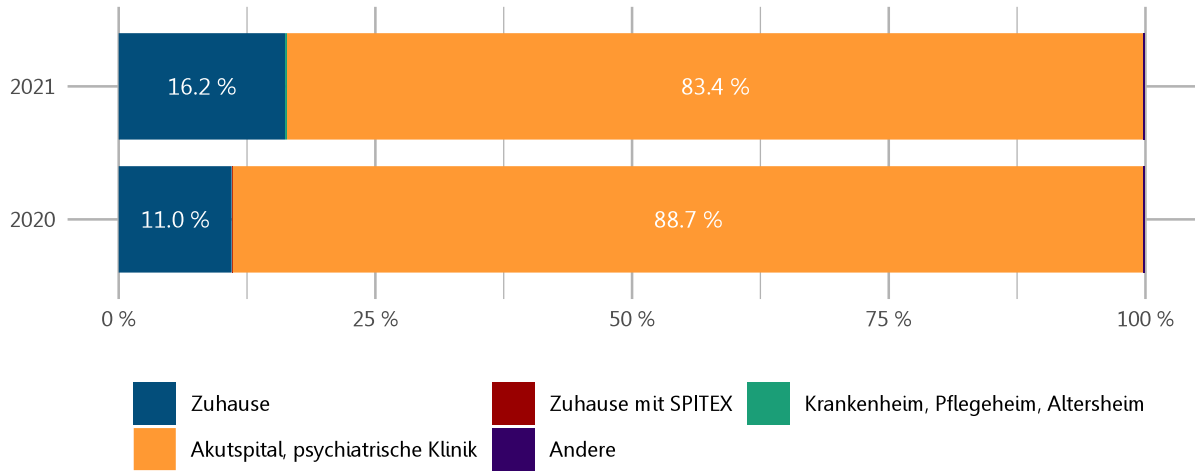


Abbildung 11: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt im Jahresvergleich

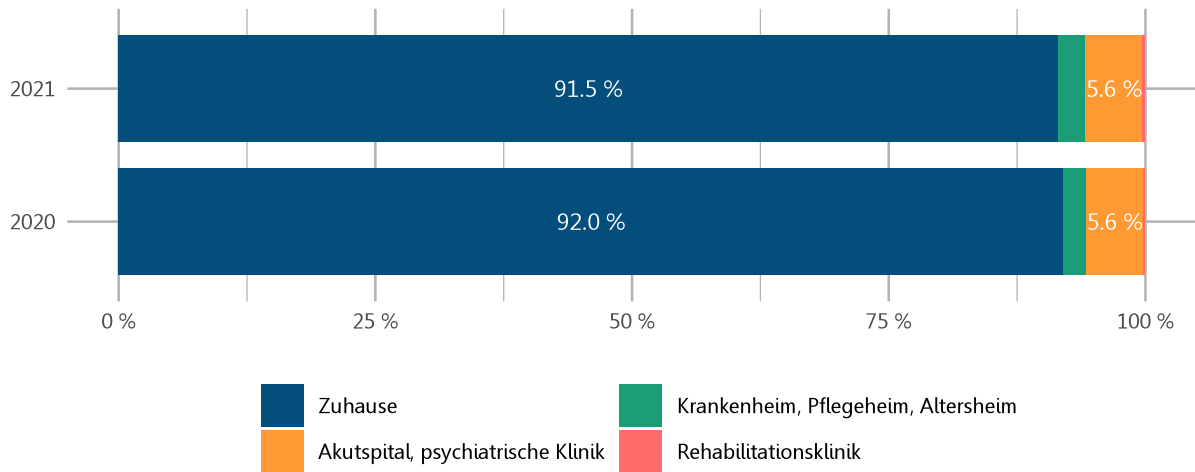


Abbildung 12: Verteilung der Diagnosegruppen im Jahresvergleich

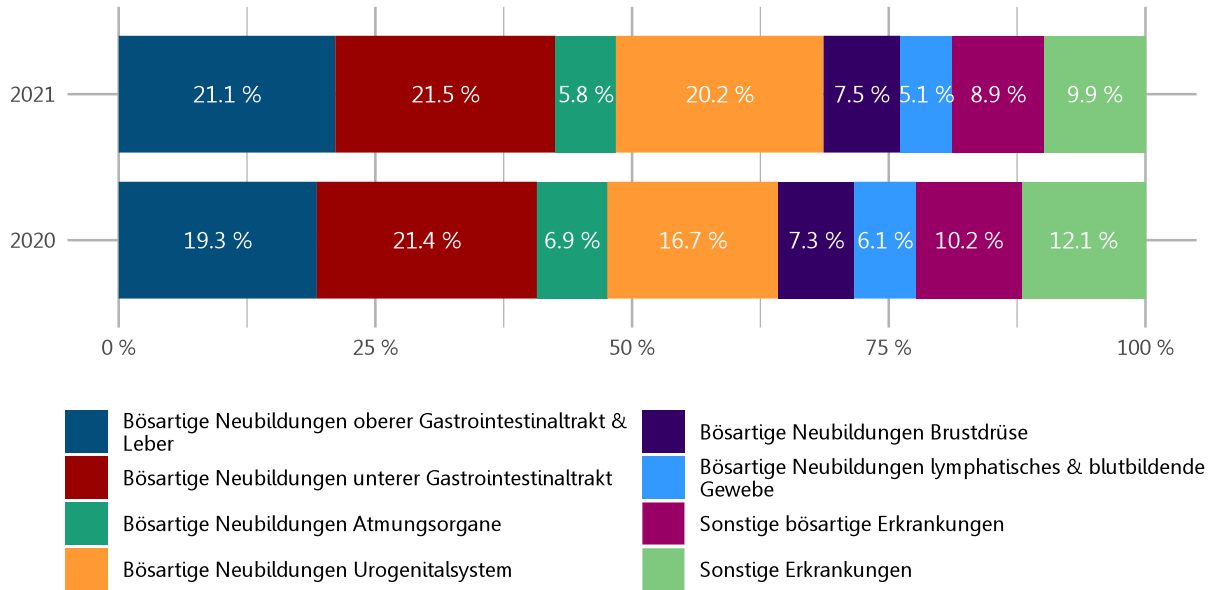
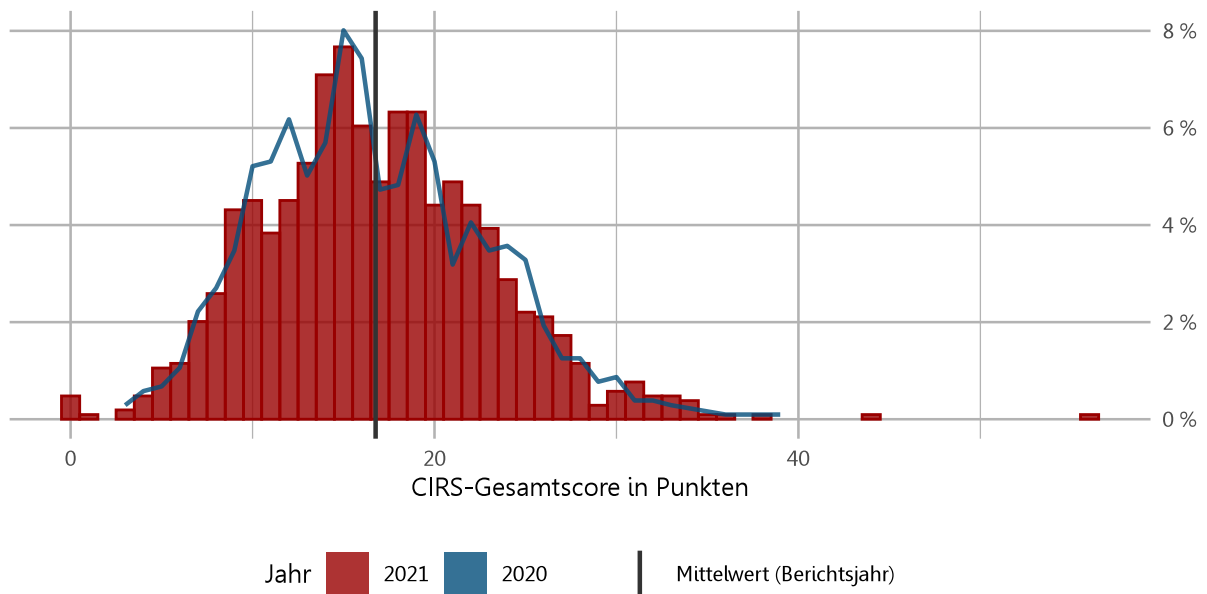


Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich



2.3. Ergebnisqualität: ADL-Score

2.3.1. Deskriptive Darstellung: ADL-Score

Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, lag im Jahr 2021 zu Reha-Eintritt bei 47.5 Punkten (2020: 49.2) und zu Reha-Austritt bei 53.5 Punkten (2020: 54.0) (Abbildung 14). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit niedriger als im Vorjahr.

In Abbildung 15 sind die Veränderungen der klinikspezifischen Ergebnisse im ADL-Score im Vergleich zu den Ergebnissen 2020 abgebildet (siehe auch Tabelle 5 im Anhang).

Abbildung 14: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2021 nach Kliniken (ohne Adjustierung)

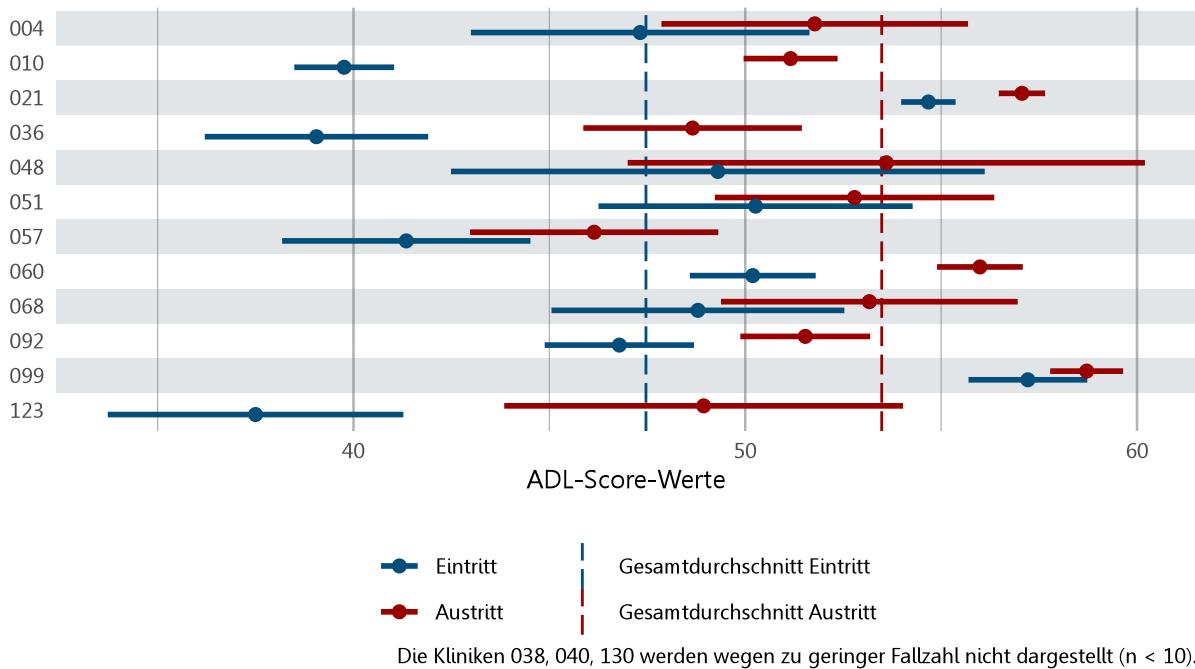
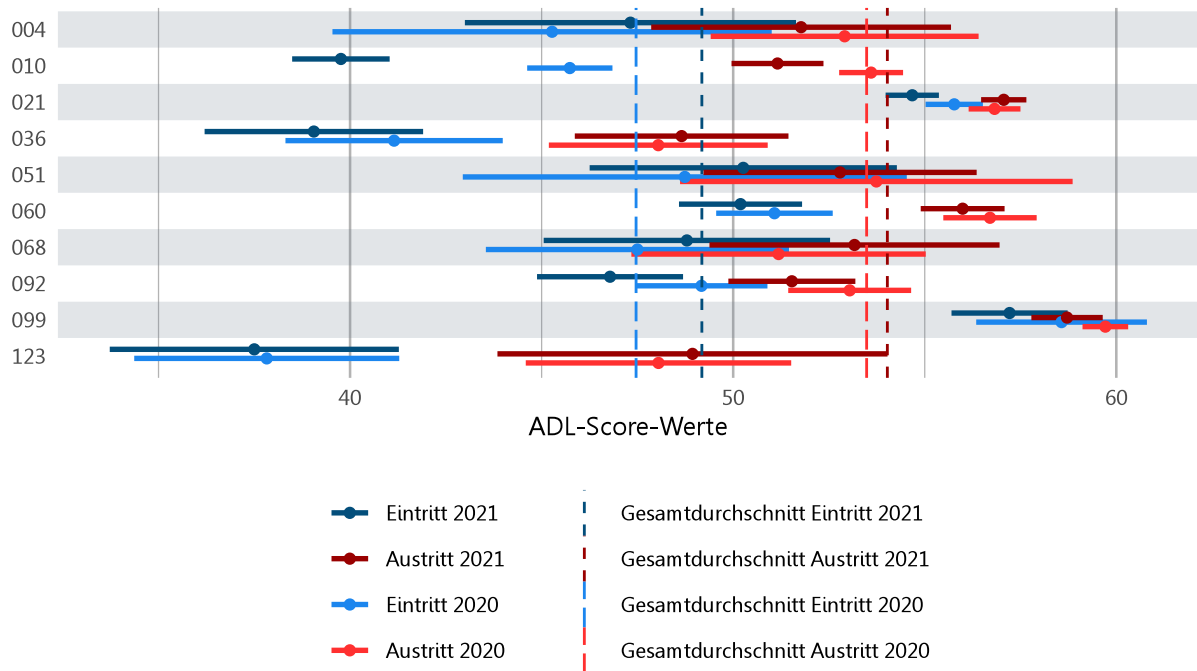


Abbildung 15: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)



Die Klinik 048 wird wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt (n < 10).

2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: ADL-Score

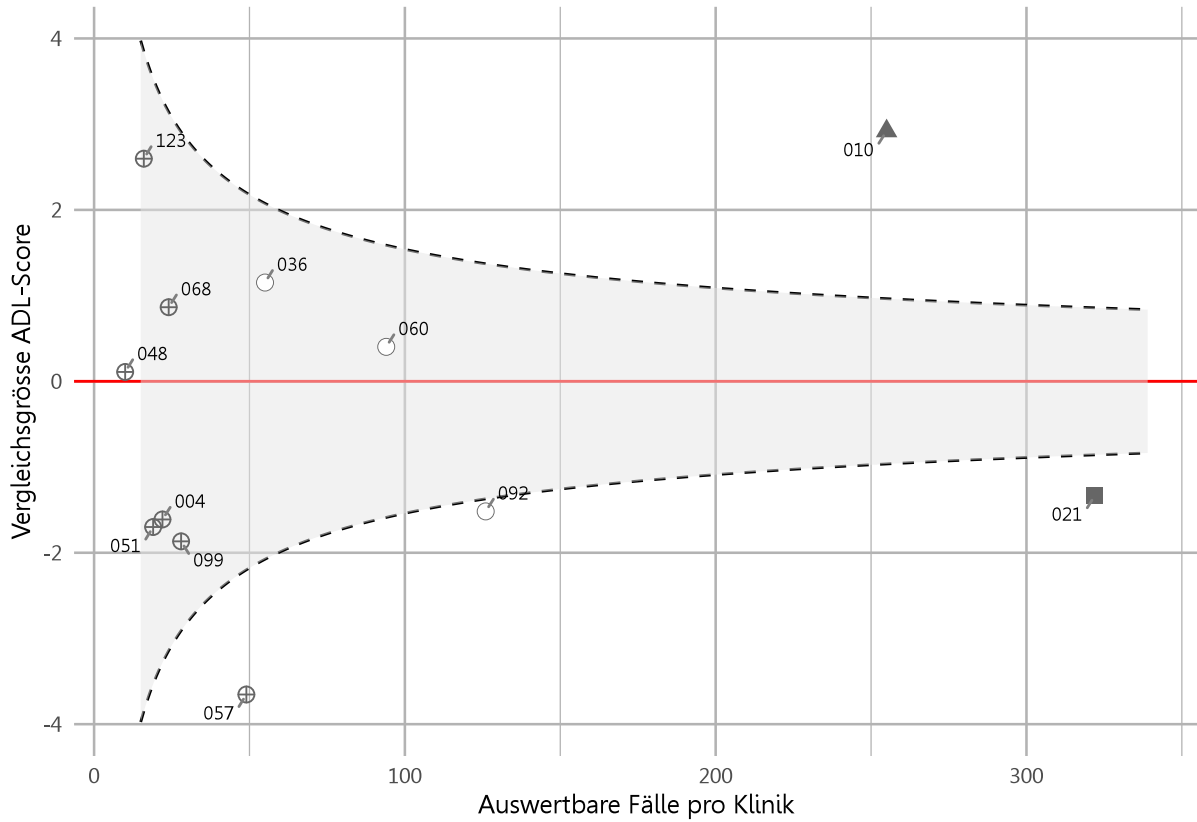
Die Ergebnisse des ADL-Scores zu Reha-Austritt (berechnet aus FIM® bzw. EBI) werden risikoadjustiert ausgewertet (siehe Tabelle 7 im Anhang) und es wird für jede Klinik eine Vergleichsgrösse berechnet.³ Diese Vergleichsgrössen sind in Abhängigkeit von der Fallzahl der Kliniken im Funnel Plot in Abbildung 16 abgetragen (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

3 der 15 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität im ADL-Score, welche nach Berücksichtigung des Casemix zu erwarten war (markiert mit einem ungefüllten Kreis). Eine Klinik zeigte ein Behandlungsergebnis, welches die Erwartungen signifikant übertraf (markiert mit einem grauen Dreieck), während eine Klinik ein Ergebnis erzielte, welches signifikant niedriger war als aufgrund ihres Casemix zu erwarten war (markiert mit einem grauen Quadrat). Bei weiteren 7 Kliniken ist die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (Anzahl auswertbarer Fälle liegt zwischen 10 und 49, markiert mit einem durchkreuzten Kreis). Weitere 3 Kliniken werden im Funnel Plot nicht dargestellt, da ihre Fallzahl unter 10 auswertbaren Fällen liegt. Bei so geringen Fallzahlen kann keine valide Aussage über die Ergebnisqualität getroffen werden, da die Ergebnisse starken Zufallsschwankungen unterliegen.

Für den Vorjahresvergleich sind im Dumbbell Plot (Abbildung 17) sowohl die Vergleichsgrössen aus 2021 (rot) als auch die Vergleichsgrössen aus 2020 (blau) abgetragen. Es ist zu erkennen, dass sich die Ergebnisse einiger weniger Kliniken verändern, während die Ergebnisqualität in den übrigen Kliniken annähernd das gleiche Niveau wie im Vorjahr erreicht (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

³ Details zur Methodik der Analyse und den verwendeten Grafiktypen sowie ein Glossar für Fachbegriffe und Lesebeispiele für die Abbildungen sind dem Methodenbericht zu entnehmen (ANQ, Charité, 2022a).

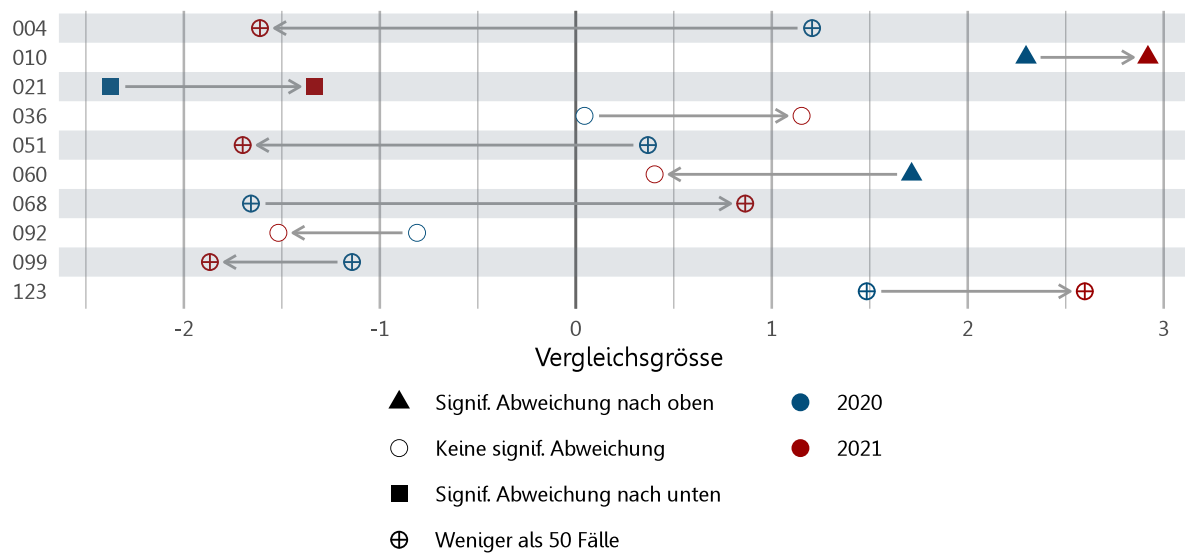
Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgröße ADL-Score 2021 nach der Fallzahl der Kliniken



- ▲ Signif. Abweichung nach oben
- Keine signif. Abweichung
- Signif. Abweichung nach unten
- ⊕ Weniger als 50 Fälle
- Referenzwert 0
- - 95%-Konfidenzintervall

Die Kliniken 038, 040, 130 werden wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt (n < 10).

Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich



Die Klinik 048 wird wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt (n < 10).

2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung

Zu Reha-Eintritt wurden im Jahr 2021 überwiegend Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» gewählt. Am häufigsten wurde mit den onkologischen Patientinnen und Patienten das Ziel vereinbart, dass sie nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können (63.6%), wobei gut ein Drittel der Patientinnen und Patienten dabei externe Unterstützung in Anspruch nehmen wollten. Für weitere 30.6% wurde das Ziel formuliert, nach der Behandlung alleinstehend zuhause wohnen zu können. Von diesen planten 56% dieses Ziel mit externer Unterstützung umzusetzen. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus dem Bereich «Arbeiten» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr wurde das Partizipationsziel «Teilhabe am öffentlichen Leben» deutlich seltener dokumentiert (Abbildung 18). Im Vorjahr war die veränderte Verteilung jedoch auf eine einzelne fallzahlstarke Klinik zurückzuführen, welche für über 75% ihrer Patientinnen und Patienten dieses Ziel vereinbart hat. In diesem Jahr änderte sich das Dokumentationsverhalten hin zu wohnformorientierten Zielen (siehe Abbildung 31, Tabelle 8 im Anhang).

Lediglich in 2.9% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels im Laufe der Rehabilitation. Damit lag die Zielanpassungsquote leicht unter der des Vorjahres (2020: 1.1%) (Abbildung 19, Tabelle 2).

Die Quote der Zielerreichung lag insgesamt bei 93.1% und verringerte sich damit im Vergleich zum Vorjahr (2020: 96.8%) (Abbildung 20). Auch bei der Zielerreichungsquote zeigten sich Unterschiede zwischen den Kliniken (siehe Abbildung 32, Tabelle 9 im Anhang).

Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele im Jahresvergleich

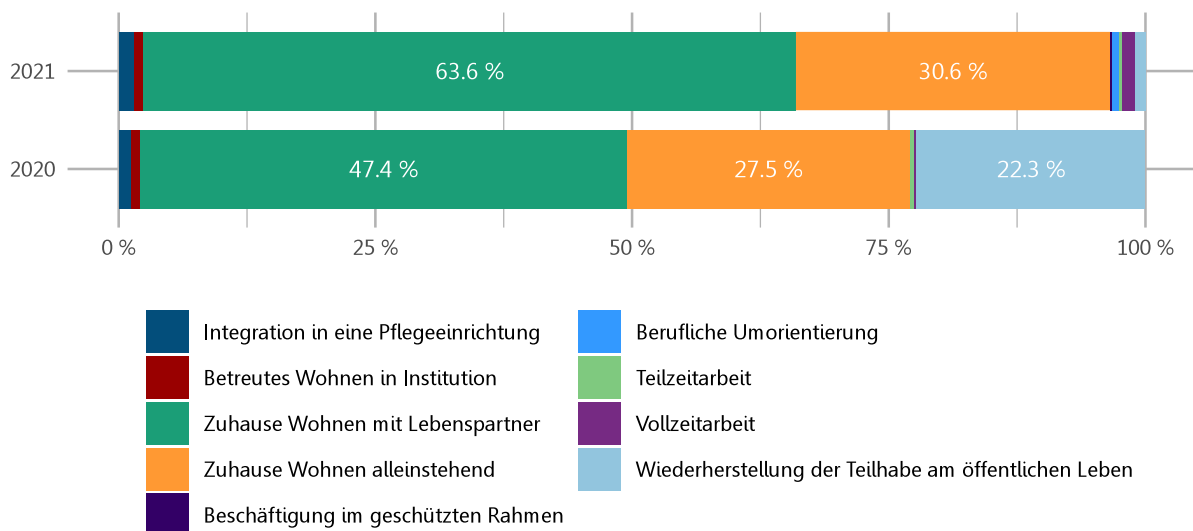


Abbildung 19: Ziellanpassung des zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationsziels im Jahresvergleich

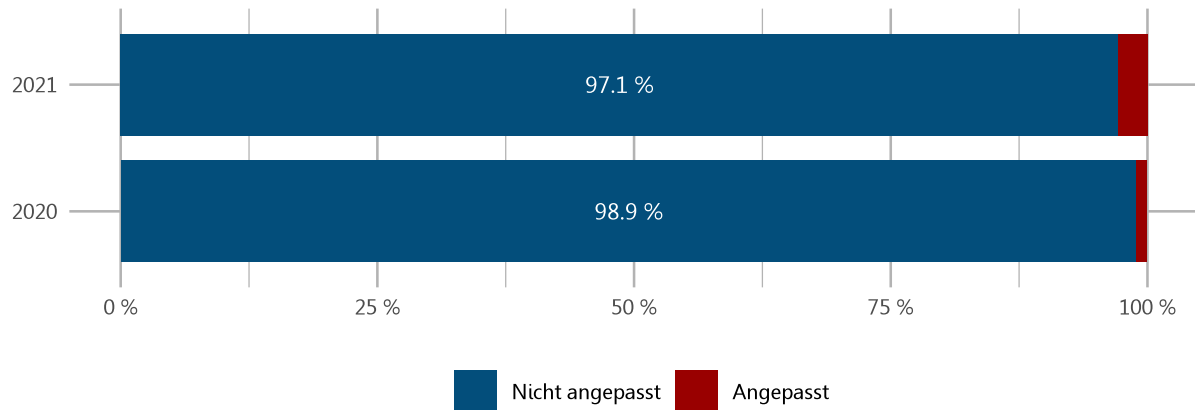
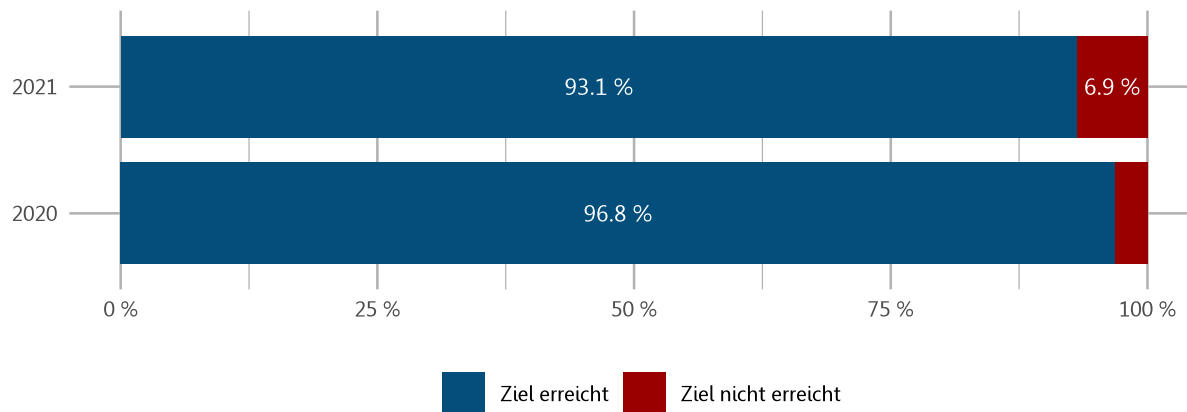


Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2021 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie

Partizipationsziel (Reha-Eintritt)	Gesamt		Angepasst	
	n		n	%
Integration in eine Pflegeeinrichtung	16		1	6.3
Betreutes Wohnen in Institution	9		0	0.0
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (ohne Unterstützungsbedarf)	420		12	2.9
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (mit Unterstützungsbedarf)	243		8	3.3
Zuhause Wohnen alleinstehend (ohne Unterstützungsbedarf)	140		4	2.9
Zuhause Wohnen alleinstehend (mit Unterstützungsbedarf)	179		1	0.6
Beschäftigung im geschützten Rahmen	2		0	0.0
Berufliche Umorientierung	7		1	14.3
Berufliche Umschulung	0		0	0.0
Teilzeitarbeit	3		1	33.3
Vollzeitarbeit	13		1	7.7
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (ohne Unterstützungsbedarf)	6		1	16.7
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (mit Unterstützungsbedarf)	5		0	0.0
Gesamt	1'043		30	2.9

Fett markiert sind die häufigsten angepassten Partizipationsziele

Abbildung 20: Zielerreichung Partizipationsziele im Jahresvergleich



3. Diskussion

Datenbasis und -qualität

Zum sechsten Mal wird in einem Nationalen Vergleichsbericht über die Ergebnisqualität für die onkologische Rehabilitation berichtet. 15 Kliniken übermittelten Daten ihrer onkologischen Patientinnen und Patienten für das Datenjahr 2021 (2020: 14). Hiervon lagen aus allen 15 Kliniken auswertbare Daten vor (2020: 14). Insgesamt wurden Daten von 1'245 Fällen der onkologischen Rehabilitation übermittelt (2020: 1'321). Im zweiten Jahr der Covid-19-Pandemie zeigt sich damit eine geringfügige Verringerung der Fallzahlen in der onkologischen Rehabilitation im Vergleich zum Vorjahr, ähnlich wie schon im Jahr davor. Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen lag im Jahr 2021 bei 83.8% und damit auf einem höheren Niveau als 2020 (78.4%), sowie mehr als 10% über dem Wert von 2019. Die Grösse der Auswertungstichprobe 2021 ist mit 1'043 Fällen aufgrund der gestiegenen Datenqualität auf dem Niveau des Vorjahres (2020: 1'036 Fälle), trotz der geringfügigen Reduktion der Fallzahlen in der onkologischen Rehabilitation während der Pandemie insgesamt. Die Optimierung der kontinuierlichen Datenerhebung und sorgfältigen Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung ist vor dem Hintergrund der noch immer anhaltenden Belastungen der Kliniken durch die Covid-19-Pandemie positiv hervorzuheben.

Insgesamt ist die Datenqualität der meisten Kliniken als gut zu bezeichnen. Bei einzelnen Kliniken ist die Datenqualität noch auf einem niedrigeren Niveau. Hier ist fraglich, inwieweit die in diesem Bericht rapportierten Ergebnisse auf das gesamte onkologische Patientenkollektiv dieser Kliniken übertragbar sind. Des Weiteren konnte aufgrund von Fallzahlen unter 50 auswertbaren Fällen für zwei Drittel der teilnehmenden Kliniken keine statistisch belastbare Aussage zur Ergebnisqualität getroffen werden (10 von 15 Kliniken).

Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den meisten berichteten Merkmalen nicht. Es sind im Berichtsjahr etwas mehr Frauen, Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit sowie weniger Direktverlegungen aus dem Akutspital vertreten. Eventuelle Einflüsse der Covid-19 Pandemie auf diese Veränderungen sind möglich oder können auch auf die kleine Fallzahl zurückzuführen sein. Sie sind als Hinweis für vertiefende Analysen zur Stichprobenzusammensetzung onkologischer Rehabilitationsfälle im zweiten Jahr der Covid-19 Pandemie zu bewerten. Zur Sicherung einer hohen Datenqualität unterstützen Datenqualitätsberichte, welche jährlich vergleichend (auf nationaler Ebene) und spezifisch für jede einzelne Klinik erstellt werden. Konkrete Hinweise zu unvollständigen Daten ermöglichen es den Kliniken, ihre Datenqualität zu verbessern. Der Datentransfer erfolgt seit dem Datenjahr 2021 über das Online-Portal ReMoS, in der die klinikeigenen Datenexporte vor der Übermittlung – auch unterjährig – auf Vollständigkeit und Fehler überprüft werden können.

Präzise Vorgaben im jeweils aktuellen Verfahrens- und Datenhandbuch und weitere Informationen wie *Frequently Asked Questions* (FAQ) auf dem ANQ-Webportal sollen potenzielle Anwendungsfehler der verwendeten Instrumente minimieren. Diese Dokumente werden nach Rückmeldungen durch die Kliniken kontinuierlich aktualisiert und präzisiert.

Ergebnisqualität im Klinikvergleich

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität der beteiligten Kliniken für die onkologische Rehabilitation wird als Hauptindikator der ADL-Score (berechnet aus FIM® und EBI) herangezogen. Dieser misst die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens.

Die Gesamtdurchschnittswerte des ADL-Scores zu Ein- bzw. Austritt sind im Vergleich zu den Vorjahren geringfügig niedriger. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der onkologischen Rehabilitation unterliegen diese Ergebnisse jedoch stärkeren Zufallsschwankungen als in grösseren Rehabereichen.

Insgesamt erzielten alle Kliniken im Durchschnitt Verbesserungen der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. 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. Damit beurteilt werden kann, ob eine Klinik eine eher grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit für ihre Klinikpopulation im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Kliniken erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score (mittlerer ADL-Score der Klinik zu Austritt) durchgeführt. Bei der risikoadjustierten Analyse wird auf der Basis aller einbezogenen Fälle der onkologischen Rehabilitation berechnet, inwieweit die gemessene Veränderung in einer Klinik von einer statistisch ermittelten «durchschnittlichen Veränderung» (erwarteten Veränderung) abweicht. Dabei wird auch der klinikindividuelle Casemix berücksichtigt, so dass die adjustierten Ergebnisse von beeinflussenden Faktoren (Confoundern) bereinigt sind. Es resultiert die sogenannte Vergleichsgrösse (ANQ, Charité, 2022a). Im Funnel Plot wird dargestellt, ob Kliniken Ergebnisse erzielten, die im Vergleich zu den anderen Kliniken im statistisch erwartbaren Bereich liegen oder signifikant nach oben oder unten von diesen Erwartungswerten abweichen. Das errechnete Ergebnis einer einzelnen Klinik ist also immer abhängig von der Verbesserung in der Gesamtstichprobe des aktuellen Jahres zu interpretieren. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der risikoadjustierte Ergebnisqualitätsvergleich der beteiligten Kliniken lediglich die Ergebnisse eines Ergebnisindikators, nämlich des ADL-Scores (berechnet aus FIM® und EBI), umfasst. Das damit gemessene Behandlungsergebnis in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit ist besonders relevant in der Rehabilitation von onkologischen Patientinnen und Patienten. Jedoch lassen die adjustierten Ergebnisse dieses einzelnen Ergebnisindikators keinen *generellen* Rückschluss auf die Gesamtbehandlungsqualität und die Leistungserbringung einer Klinik zu. Ebenso lassen sich aus den durchschnittlichen Ausprägungen des Ergebnisindikators zu Eintritt (nicht-adjustierter Mittelwert) keine Aussagen zur Fallschwere der Patientinnen und Patienten und dem damit verbundenen Ressourcenaufwand der Rehabilitationsbehandlung einzelner Kliniken ableiten.

Für das Jahr 2021 zeigte sich, dass aufgrund niedriger Fallzahlen (< 50 auswertbare Fälle) bei zwei Drittel der 15 teilnehmenden Kliniken die Ergebnisse statistisch nur eingeschränkt belastbar sind. Von den übrigen 5 Kliniken erzielte die Mehrheit der Kliniken ein risikoadjustiertes Behandlungsergebnis, das im statistisch erwartbaren Bereich oder darüber lag. Ob die Fallzahl einen systematischen Einfluss auf signifikant über- oder unterdurchschnittliche Vergleichsgrössen hat, ist im Funnel Plot für die onkologische Rehabilitation aufgrund der geringen Anzahl an Kliniken nicht zweifelsfrei festzustellen. Aus den anderen Rehabereichen liegt für einen systematischen Einfluss der Fallzahl jedoch keine Evidenz vor.

Der ADL-Score (berechnet aus FIM® bzw. EBI) zeigte über die Kliniken hinweg – sowohl deskriptiv als auch unter Adjustierung für die Patientenstruktur – keine grosse Variabilität und scheint damit nur eingeschränkt geeignet, allfällige Klinikunterschiede in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten in der onkologischen Rehabilitation aufzuzeigen. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass die angewandten Messinstrumente (FIM® bzw. EBI) einen Deckeneffekt aufweisen. Bei Patientinnen und Patienten, die bereits zu Reha-Eintritt sehr hohe Werte in den Instrumenten erreichen, ist das Ausmass der Verbesserungen während der Rehabilitation

nicht komplett messbar. Dies hat zur Folge, dass es für Kliniken mit einem hohen Anteil dieser Patientinnen und Patienten schwieriger ist, signifikant überdurchschnittliche Vergleichsgrößen im ADL-Score zu erreichen.

Ein fairer Ergebnisvergleich setzt zudem eine adäquate Risikoadjustierung für die jeweilige Patientenstruktur einer Klinik voraus. Hierbei wurden theoriegeleitet und literaturgestützt die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt. Es ist nicht auszuschliessen, dass noch andere Einflüsse auf die Ergebnisqualität existieren, welche im Nationalen Messplan Rehabilitation nicht erfasst wurden. Dies könnte grundsätzlich dazu führen, dass die Vergleichsgrößen unter- oder überschätzt wurden.

Bei der Gegenüberstellung der adjustierten Ergebnisse des ADL-Scores von 2021 mit dem Vorjahr wurde deutlich, dass sich bei den meisten Kliniken der Status (wie erwartet, über oder unter den Erwartungswerten) zwischen den beiden Berichtsjahren nicht veränderte. Hier ist zu berücksichtigen, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob das Ausmass der beobachteten geringen Veränderung im Vergleich zum Vorjahr statistisch signifikant unterschiedlich ist. Die Berechnungen der adjustierten Werte (Vergleichsgrösse inklusive Konfidenzintervall) basieren immer auf den Stichproben der jeweiligen Erhebungsjahre und können somit nicht in ein direktes Verhältnis zueinander gesetzt werden.

Das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde im Jahr 2021 zu 93.1% erreicht. Die Dokumentation von Partizipationsziel und Zielerreichung scheint sich aufgrund geringer Variabilität weniger als Indikator für das Aufzeigen von Klinikunterschieden anzubieten. Das zu Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziel wurde bei 2.9% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst. Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den onkologischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit beziehen. Die Ergebnisse für dieses Instrument hinsichtlich Ziellanpassungs- und Zielerreichungsquoten sind weitestgehend vergleichbar mit dem Vorjahr.

Eine risikoadjustierte Analyse ist beim Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung aufgrund der Konzeption des Instruments nicht möglich. Grundsätzlich ist die Nutzung von Instrumenten, die auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren, dennoch sinnvoll, da die ICF das Fundament für die Behandlungskonzepte in der stationären Rehabilitation darstellt.

Zusammen mit dem Nationalen Vergleichsbericht erhält jede beteiligte Rehabilitationsklinik einen klinikspezifischen Bericht. Dieser enthält klinikbezogene Informationen zum Casemix und den erzielten Ergebnissen in den Qualitätsindikatoren für alle Rehabereiche, für die eine Klinik Daten übermittelt hat. Durch diese klinikspezifische Zusammenstellung soll es den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Rehabilitationskliniken erleichtert werden, ihre Resultate mit denen der übrigen Kliniken zu vergleichen und eventuell vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen.

4. Literatur

- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2018a): Andere Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2016.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2018b): Andere Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2017.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2018.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2020): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2019.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2021): Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2020.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2022a): Methodenbericht 2021.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2022b): Nationaler Messplan Rehabilitation. Auswertungskonzept, Version 5.0.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Onkologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich	6
Abbildung 2: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich	7
Abbildung 3: Onkologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2021 nach Kliniken	7
Abbildung 4: Verteilung des Geschlechts im Jahresvergleich	10
Abbildung 5: Histogramm des Alters im Jahresvergleich.....	10
Abbildung 6: Verteilung der Nationalität im Jahresvergleich.....	10
Abbildung 7: Histogramm der Dauer der Rehabilitation im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 8: Verteilung der Liegeklasse im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 9: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation im Jahresvergleich.....	11
Abbildung 10: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt im Jahresvergleich	12
Abbildung 11: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt im Jahresvergleich	12
Abbildung 12: Verteilung der Diagnosegruppen im Jahresvergleich.....	13
Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich	13
Abbildung 14: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2021 nach Kliniken (ohne Adjustierung)	14
Abbildung 15: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung).....	15
Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgrösse ADL-Score 2021 nach der Fallzahl der Kliniken.....	17
Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich	18
Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele im Jahresvergleich	19
Abbildung 19: Zielanpassung des zu Reha-Eintritt vereinbarten Partizipationsziels im Jahresvergleich	20
Abbildung 20: Zielerreichung Partizipationsziele im Jahresvergleich	21
Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2021 nach Kliniken	32
Abbildung 22: Verteilung des Alters 2021 nach Kliniken	32
Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2021 nach Kliniken	33
Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2021 nach Kliniken.....	33
Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2021 nach Kliniken	34
Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2021 nach Kliniken	34
Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2021 nach Kliniken	35
Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2021 nach Kliniken.....	35
Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2021 nach Kliniken.....	36
Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2021 nach Kliniken.....	36
Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2021 nach Kliniken	40
Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2021 nach Kliniken	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Stichprobenzusammensetzung im Jahresvergleich.....	9
Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2021 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie	20
Tabelle 3: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich.....	30
Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich.....	31
Tabelle 5: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung).....	37
Tabelle 6: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich	38
Tabelle 7: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable ADL-Score-Austrittswert 2021	39
Tabelle 8: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2021 nach Kliniken	41
Tabelle 9: Zielerreichung der Partizipationsziele 2021 nach Kliniken.....	42

Abkürzungsverzeichnis

adj.	adjustiert
ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BFS	Bundesamt für Statistik
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale (Mass für Komorbidität)
EBI	Erweiterter Barthel-Index
FIM®	FIM® Instrument bzw. Functional Independence Measure
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
KVG	Krankenversicherungsgesetz
n	Fallzahl
SD	Standard deviation (Standardabweichung)

Anhang

A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge)

- Berner Klinik Montana
- Clinéa Suisse Clinique Bois-Bougy
- Clinique La Lignière
- Ente Ospedaliero Cantonale Clinica di riabilitazione EOC – Faido
- Ente Ospedaliero Cantonale Clinica di riabilitazione EOC – Novaggio
- Gesundheitszentrum Unterengadin
- Hôpital du Jura Centre de rééducation
- Klinik Schloss Mammern
- Klinik Susenberg
- Kliniken Valens Klinik Gais AG
- Kliniken Valens Rehazentrum Valens
- Kliniken Valens Rehazentrum Walenstadtberg
- Rehabilitationsklinik Waldhotel Bürgenstock Hotels AG
- Spital Thurgau AG Klinik St. Katharinental
- Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER

A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle

Tabelle 3: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vollständig dokumentiert		Fehlerhaft/ unvollständig		Gesamt n
		n	%	n	%	
Gesamt	2021	1'231	98.9	14	1.1	1'245
	2020	1'272	96.3	49	3.7	1'321
004	2021	34	97.1	1	2.9	35
	2020	15	88.2	2	11.8	17
010	2021	287	99.3	2	0.7	289
	2020	348	99.1	3	0.9	351
021	2021	350	100.0	0	0.0	350
	2020	335	92.3	28	7.7	363
029	2021					
	2020	18	90.0	2	10.0	20
030	2021					
	2020	14	100.0	0	0.0	14
036	2021	75	100.0	0	0.0	75
	2020	95	100.0	0	0.0	95
038	2021	9	81.8	2	18.2	11
	2020					
040	2021	12	100.0	0	0.0	12
	2020					
048	2021	13	81.3	3	18.8	16
	2020	14	66.7	7	33.3	21
051	2021	24	92.3	2	7.7	26
	2020	22	91.7	2	8.3	24
057	2021	58	100.0	0	0.0	58
	2020					
058	2021					
	2020	22	95.7	1	4.3	23
060	2021	123	100.0	0	0.0	123
	2020	114	100.0	0	0.0	114
068	2021	29	100.0	0	0.0	29
	2020	46	100.0	0	0.0	46
092	2021	165	100.0	0	0.0	165
	2020	162	97.6	4	2.4	166
099	2021	28	100.0	0	0.0	28
	2020	22	100.0	0	0.0	22
123	2021	18	100.0	0	0.0	18
	2020	45	100.0	0	0.0	45
130	2021	6	60.0	4	40.0	10
	2020					

Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Auswertbar – Daten vollständig		Dropout		Daten unvollständig		Gesamt n
		n	%	n	%	n	%	
Gesamt	2021	1'043	83.8	188	15.1	14	1.1	1'245
	2020	1'036	78.4	236	17.9	49	3.7	1'321
004	2021	22	62.9	12	34.3	1	2.9	35
	2020	11	64.7	4	23.5	2	11.8	17
010	2021	255	88.2	32	11.1	2	0.7	289
	2020	295	84.0	53	15.1	3	0.9	351
021	2021	322	92.0	28	8.0	0	0.0	350
	2020	287	79.1	48	13.2	28	7.7	363
029	2021							
	2020	11	55.0	7	35.0	2	10.0	20
030	2021							
	2020	9	64.3	5	35.7	0	0.0	14
036	2021	55	73.3	20	26.7	0	0.0	75
	2020	67	70.5	28	29.5	0	0.0	95
038	2021	9	81.8	0	0.0	2	18.2	11
	2020							
040	2021	8	66.7	4	33.3	0	0.0	12
	2020							
048	2021	10	62.5	3	18.8	3	18.8	16
	2020	8	38.1	6	28.6	7	33.3	21
051	2021	19	73.1	5	19.2	2	7.7	26
	2020	19	79.2	3	12.5	2	8.3	24
057	2021	49	84.5	9	15.5	0	0.0	58
	2020							
058	2021							
	2020	17	73.9	5	21.7	1	4.3	23
060	2021	94	76.4	29	23.6	0	0.0	123
	2020	91	79.8	23	20.2	0	0.0	114
068	2021	24	82.8	5	17.2	0	0.0	29
	2020	38	82.6	8	17.4	0	0.0	46
092	2021	126	76.4	39	23.6	0	0.0	165
	2020	122	73.5	40	24.1	4	2.4	166
099	2021	28	100.0	0	0.0	0	0.0	28
	2020	21	95.5	1	4.5	0	0.0	22
123	2021	16	88.9	2	11.1	0	0.0	18
	2020	40	88.9	5	11.1	0	0.0	45
130	2021	6	60.0	0	0.0	4	40.0	10
	2020							

A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich

Tabellen zur Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich sind als Excel- oder PDF-Datei [hier](#)⁴ abrufbar

Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2021 nach Kliniken

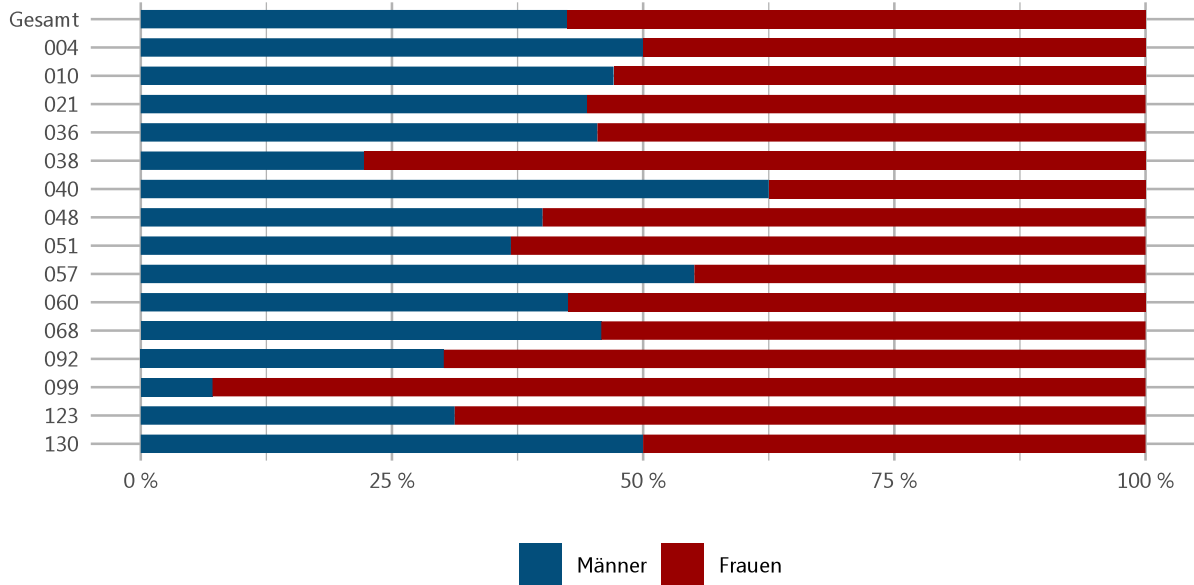
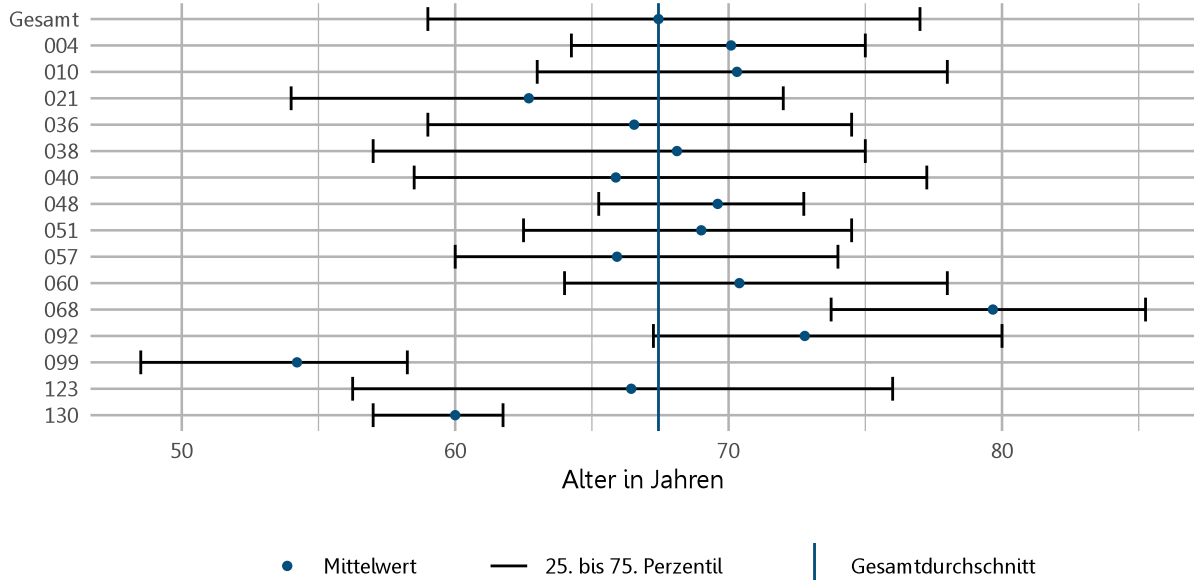


Abbildung 22: Verteilung des Alters 2021 nach Kliniken



⁴ Tabellen im PDF-Format unter: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/step3/measure/34/year/2021/>
 Tabellen im Excel-Format auf Anfrage in der ANQ-Geschäftsstelle erhältlich: rehabilitation@anq.ch

Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2021 nach Kliniken

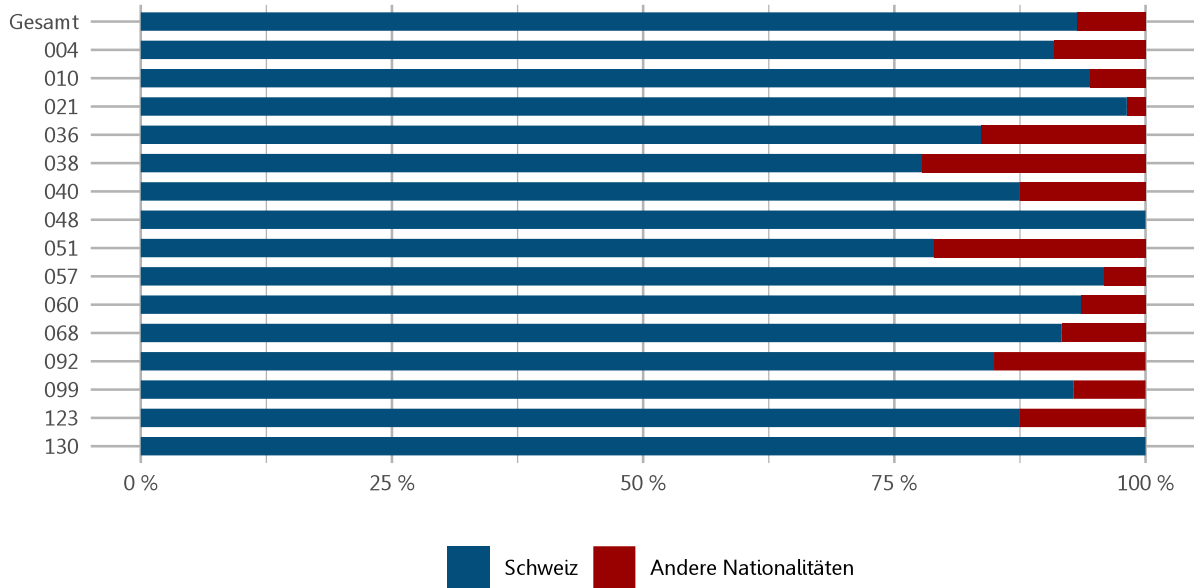


Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2021 nach Kliniken

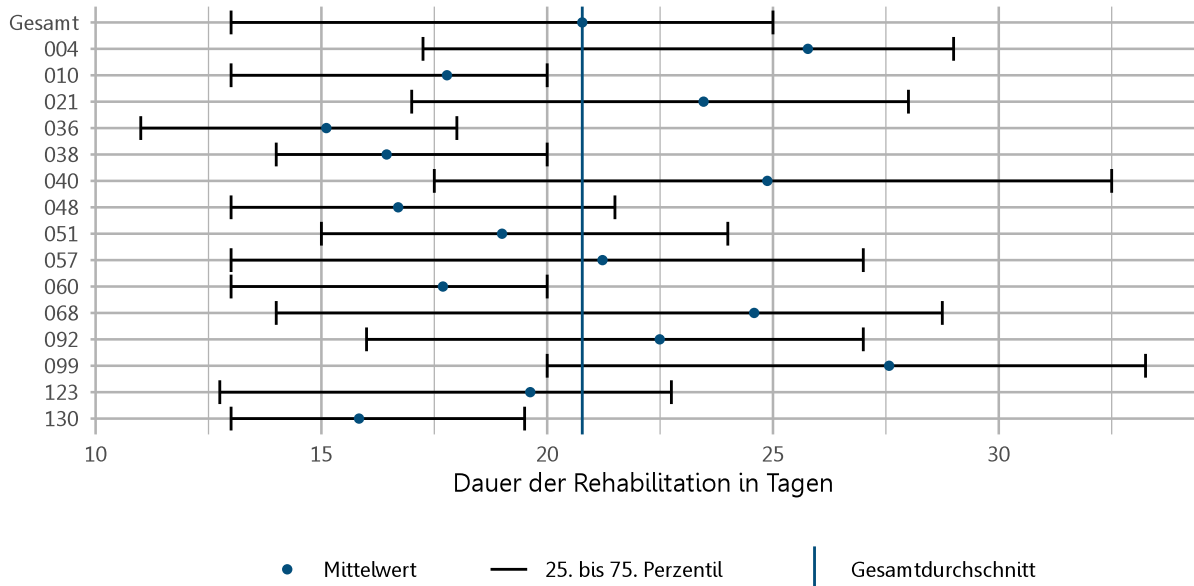


Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2021 nach Kliniken

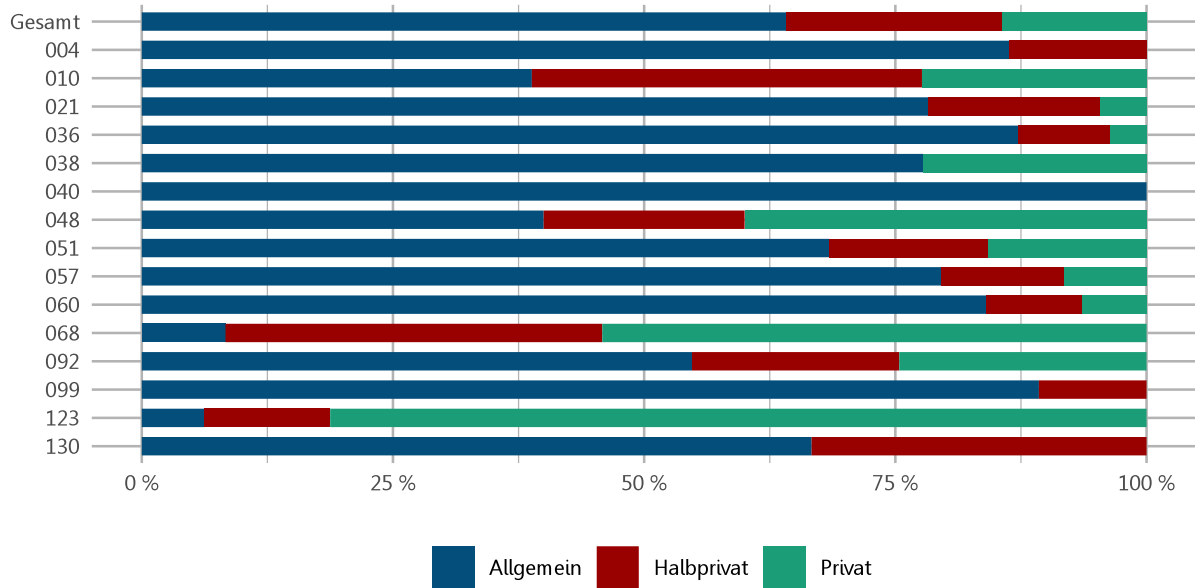


Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2021 nach Kliniken

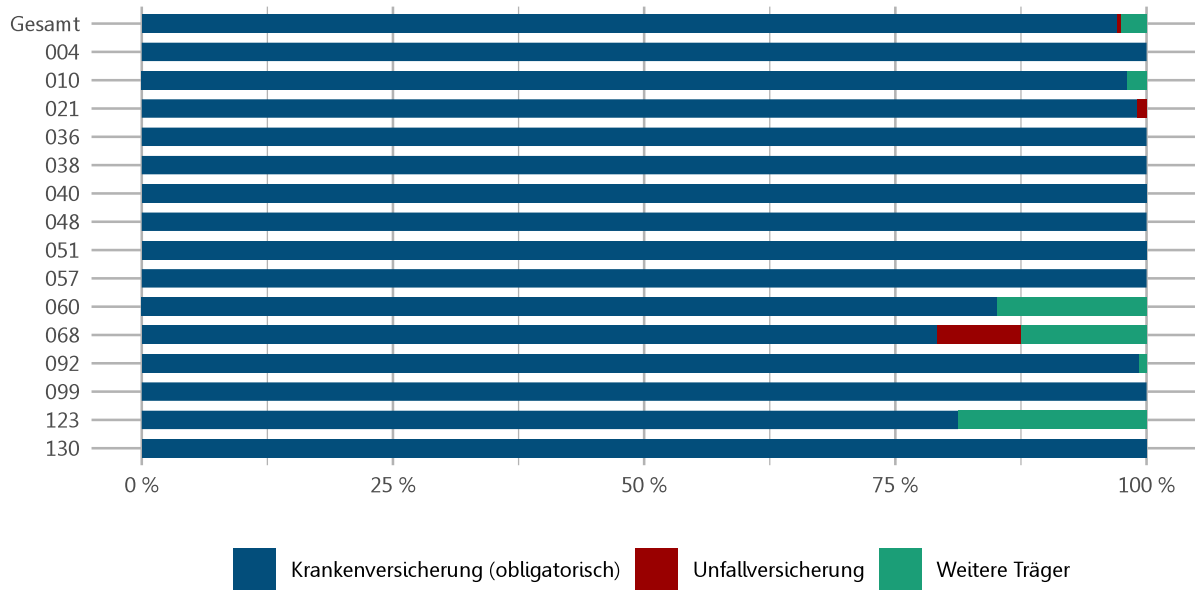


Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2021 nach Kliniken

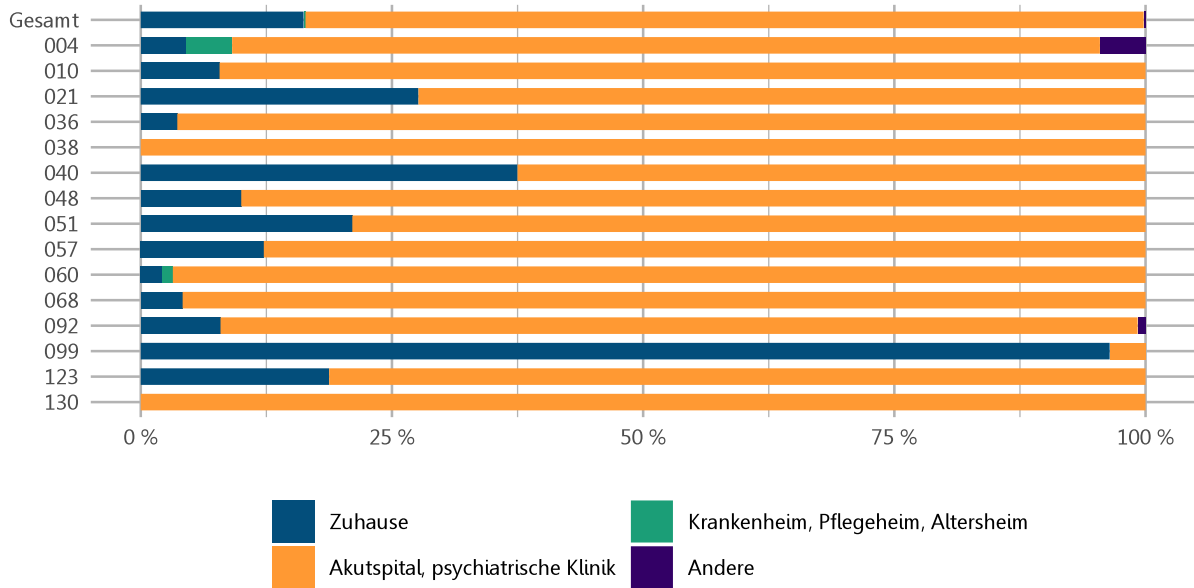


Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2021 nach Kliniken

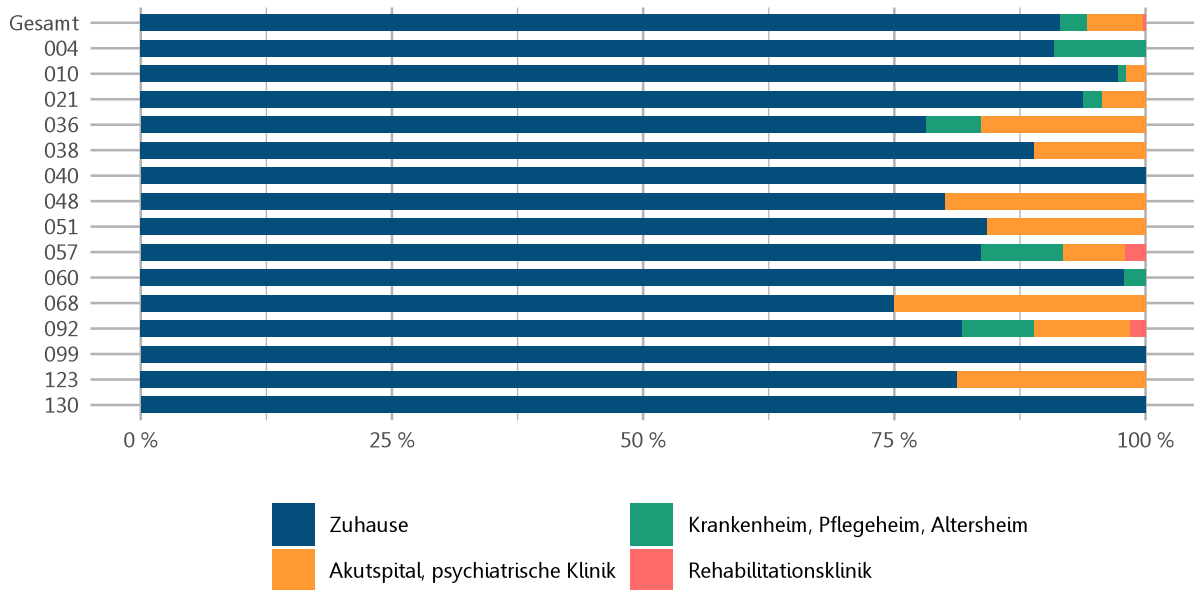


Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2021 nach Kliniken

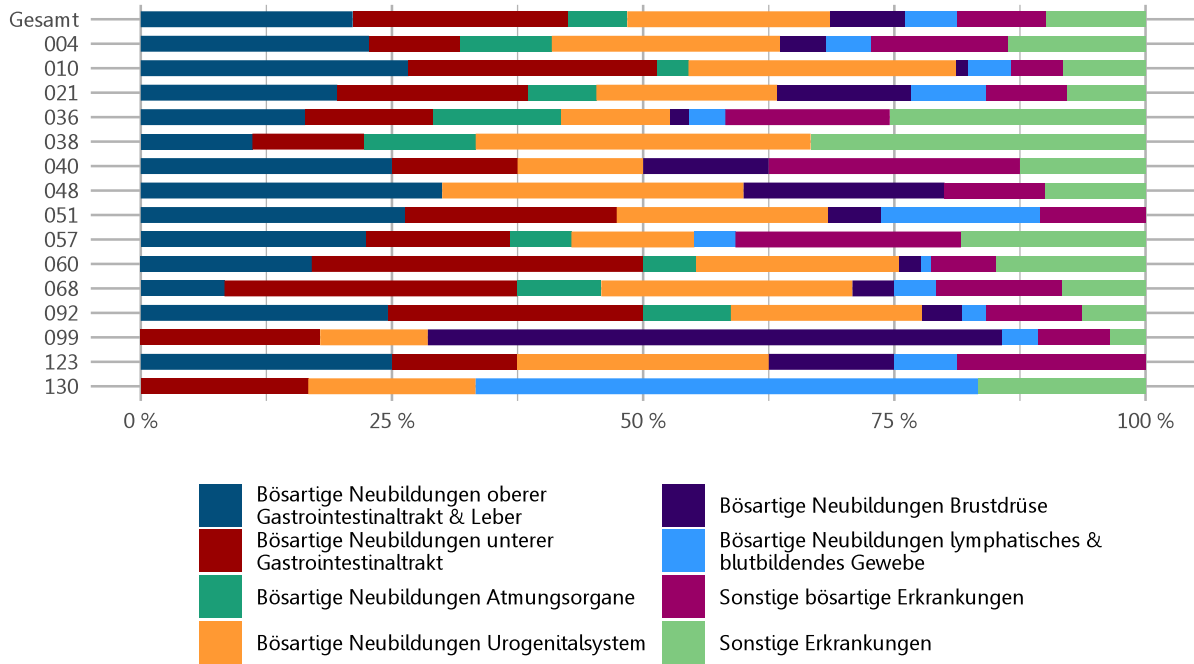
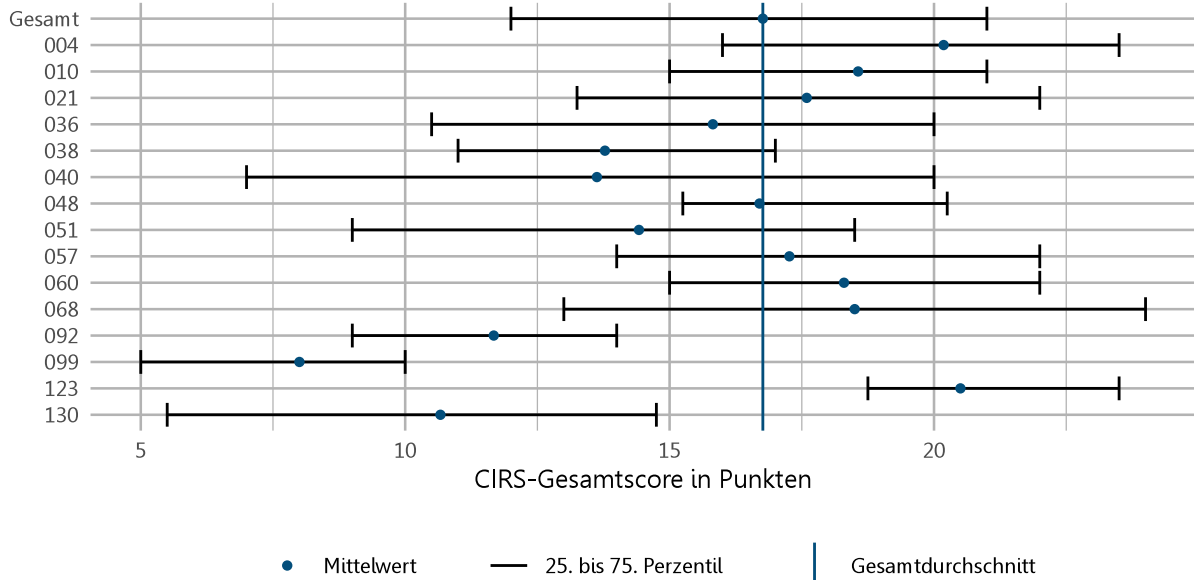


Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2021 nach Kliniken



A4 Ergebnisqualität ADL-Score im Klinikvergleich

Tabelle 5: ADL-Score-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)

Klinik	Jahr	ADL-Score Eintritt				ADL-Score Austritt				Gesamt n
		Mittelwert	Standardabweichung	Konfidenzintervall Untere Grenze Obere Grenze		Mittelwert	Standardabweichung	Konfidenzintervall Untere Grenze Obere Grenze		
Gesamt	2021	47.5	10.9	46.8	48.1	53.5	8.7	53.0	54.0	1'043
	2020	49.2	10.4	48.6	49.8	54.0	8.3	53.5	54.5	1'036
004	2021	47.3	9.7	43.0	51.6	51.8	8.8	47.9	55.7	22
	2020	45.3	8.5	39.5	51.0	52.9	5.2	49.4	56.4	11
010	2021	39.8	10.3	38.5	41.0	51.2	9.7	50.0	52.4	255
	2020	45.7	9.7	44.6	46.8	53.6	7.3	52.8	54.4	295
021	2021	54.7	6.3	54.0	55.4	57.1	5.4	56.5	57.7	322
	2020	55.8	6.4	55.0	56.5	56.8	5.8	56.1	57.5	287
029	2021									
	2020	47.9	10.7	40.7	55.1	52.5	8.8	46.6	58.5	11
030	2021									
	2020	39.3	10.7	31.1	47.6	47.4	9.1	40.5	54.4	9
036	2021	39.1	10.5	36.2	41.9	48.7	10.3	45.9	51.4	55
	2020	41.1	11.6	38.3	44.0	48.0	11.7	45.2	50.9	67
038	2021	45.4	6.7	40.3	50.6	53.2	9.1	46.2	60.2	9
	2020									
040	2021	47.8	11.9	37.8	57.7	57.1	3.6	54.1	60.1	8
	2020									
048	2021	49.3	9.5	42.5	56.1	53.6	9.2	47.0	60.2	10
	2020	47.5	12.7	36.9	58.1	49.9	12.3	39.6	60.2	8
051	2021	50.3	8.3	46.3	54.3	52.8	7.4	49.2	56.4	19
	2020	48.7	12.0	42.9	54.5	53.7	10.6	48.6	58.9	19
057	2021	41.3	11.0	38.2	44.5	46.1	11.0	43.0	49.3	49
	2020									
058	2021									
	2020	48.1	7.6	44.2	52.0	51.2	10.1	46.0	56.4	17
060	2021	50.2	7.8	48.6	51.8	56.0	5.3	54.9	57.1	94
	2020	51.1	7.3	49.6	52.6	56.7	5.9	55.5	57.9	91
068	2021	48.8	8.9	45.1	52.5	53.2	9.0	49.4	57.0	24
	2020	47.5	12.0	43.5	51.5	51.2	11.7	47.3	55.0	38
092	2021	46.8	10.8	44.9	48.7	51.5	9.4	49.9	53.2	126
	2020	49.2	9.6	47.5	50.9	53.0	9.0	51.4	54.6	122
099	2021	57.2	3.9	55.7	58.7	58.7	2.4	57.8	59.6	28
	2020	58.6	4.9	56.3	60.8	59.7	1.3	59.1	60.3	21
123	2021	37.5	7.1	33.7	41.3	48.9	9.6	43.8	54.0	16
	2020	37.8	10.8	34.4	41.3	48.1	10.8	44.6	51.5	40
130	2021	53.7	6.9	46.4	60.9	59.0	1.5	57.4	60.6	6
	2020									

Tabelle 6: Vergleichsgrösse ADL-Score nach Kliniken im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vergleichs- grösse ADL-Score	adj. p-Wert	Konfidenzintervall		Gesamt n
				Untere Grenze	Obere Grenze	
004	2021	-1.61	0.930	-5.06	1.84	22
	2020	1.21	0.999	-3.10	5.51	11
010	2021	2.92	<0.001	1.50	4.34	255
	2020	2.30	<0.001	1.15	3.45	295
021	2021	-1.33	0.049	-2.66	0.00	322
	2020	-2.37	<0.001	-3.69	-1.06	287
029	2021					
	2020	-1.57	0.994	-6.38	3.23	11
030	2021					
	2020	0.90	1.000	-3.89	5.68	9
036	2021	1.15	0.890	-1.16	3.47	55
	2020	0.04	1.000	-1.84	1.93	67
038	2021	0.91	1.000	-4.31	6.13	9
	2020					
040	2021	2.25	0.976	-3.27	7.77	8
	2020					
048	2021	0.11	1.000	-4.84	5.06	10
	2020	-1.85	0.987	-6.93	3.22	8
051	2021	-1.70	0.927	-5.32	1.92	19
	2020	0.37	1.000	-2.94	3.68	19
057	2021	-3.65	<0.001	-5.99	-1.32	49
	2020					
058	2021					
	2020	-1.15	0.994	-4.68	2.38	17
060	2021	0.40	1.000	-1.42	2.22	94
	2020	1.71	0.040	0.04	3.38	91
068	2021	0.86	1.000	-2.53	4.26	24
	2020	-1.66	0.473	-4.09	0.78	38
092	2021	-1.52	0.107	-3.18	0.14	126
	2020	-0.81	0.737	-2.23	0.61	122
099	2021	-1.87	0.795	-5.25	1.52	28
	2020	-1.14	0.993	-4.54	2.26	21
123	2021	2.60	0.626	-1.54	6.74	16
	2020	1.48	0.768	-1.18	4.15	40
130	2021	1.27	1.000	-5.16	7.70	6
	2020					

Tabelle 7: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable ADL-Score-Austrittswert 2021

Variablenname	Regressions- koeffizient	Standard- fehler	T-Wert	p-Wert
Konstante	26.98	2.30	11.73	<0.001
Geschlecht (Referenz: Männer)				
Frauen	0.37	0.35	1.05	0.292
Nationalität (Referenz: Schweiz)				
Andere Nationalitäten	-0.92	0.67	-1.37	0.172
Liegeklasse (Referenz: Allgemein)				
Halbprivat	-1.03	0.45	-2.28	0.023
Privat	-0.85	0.56	-1.51	0.131
Hauptkostenträger (Referenz: Krankenversicherung (obligatorisch))				
Unfallversicherung	-0.56	2.45	-0.23	0.819
Weitere Träger	1.65	1.16	1.43	0.154
Aufenthaltort vor Eintritt (Referenz: Zuhause)				
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	-2.51	3.86	-0.65	0.516
Akutspital, psychiatrische Klinik	0.85	0.54	1.55	0.121
Andere	-3.88	3.87	-1.00	0.316
Aufenthaltort nach Austritt (Referenz: Zuhause)				
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	-5.36	1.07	-5.00	<0.001
Akutspital, psychiatrische Klinik	-7.86	0.77	-10.18	<0.001
Rehabilitationsklinik	-7.57	3.10	-2.44	0.015
Diagnosegruppe (Referenz: Bösartige Neubildungen oberer Gastrointestinaltrakt & Leber)				
Bösartige Neubildungen unterer Gastrointestinaltrakt	-1.15	0.51	-2.26	0.024
Bösartige Neubildungen Atmungsorgane	-0.58	0.79	-0.74	0.462
Bösartige Neubildungen Urogenitalsystem	0.31	0.52	0.59	0.554
Bösartige Neubildungen Brustdrüse	-1.04	0.81	-1.29	0.197
Bösartige Neubildungen lymphatisches & blutbildendes Gewebe	-1.57	0.84	-1.88	0.061
Sonstige bösartige Erkrankungen	-0.17	0.67	-0.25	0.804
Sonstige Erkrankungen	-1.19	0.65	-1.83	0.067
Alter in Jahren	-0.02	0.02	-1.41	0.159
Dauer der Rehabilitation in Tagen	0.05	0.02	2.43	0.015
CIRS-Gesamtscore in Punkten	-0.10	0.03	-3.06	0.002
ADL-Score-Eintrittswert	0.58	0.02	27.59	<0.001
Klinikfaktor im Modell*	*	*	*	*

* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier auf die Darstellung der Koeffizienten und statistischen Kennzahlen für die einzelnen Kliniken verzichtet

$R^2=0.644$; Adjustiertes $R^2=0.631$

F-Statistik=49.2; Freiheitsgrade=1'005

Fallzahl: 1'043

A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich

Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2021 nach Kliniken

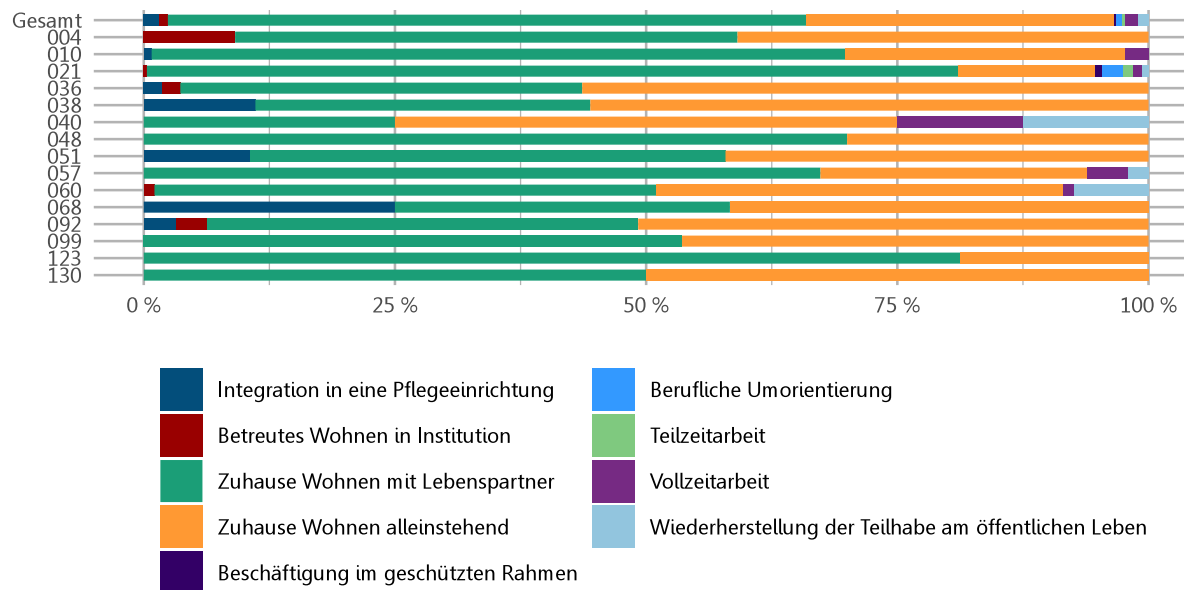


Tabelle 8: Bei Reha-Eintritt vereinbarte Partizipationsziele 2021 nach Kliniken

Klinik	Integration in eine Pflegeeinrichtung		Betreutes Wohnen		Zuhause Wohnen mit Lebenspartner		Zuhause Wohnen allein		Beschäftigung im geschützten Rahmen		Berufliche Umorientierung		Berufliche Umschulung		Teilzeitarbeit		Vollzeitarbeit		Wiederherstellung der Teilhabe am öffentl. Leben		Gesamt		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gesamt	16	1.5	9	0.9	663	63.6	319	30.6	2	0.2	7	0.7	0	0.0	3	0.3	13	1.2	11	1.1	11	1.1	1'043
004	0	0.0	2	9.1	11	50.0	9	40.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	22
010	2	0.8	0	0.0	176	69.0	71	27.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	2.4	0	0.0	0	0.0	255
021	0	0.0	1	0.3	260	80.7	44	13.7	2	0.6	7	2.2	0	0.0	3	0.9	3	0.9	2	0.6	2	0.6	322
036	1	1.8	1	1.8	22	40.0	31	56.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	55
038	1	11.1	0	0.0	3	33.3	5	55.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9
040	0	0.0	0	0.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	12.5	1	12.5	8
048	0	0.0	0	0.0	7	70.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10
051	2	10.5	0	0.0	9	47.4	8	42.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19
057	0	0.0	0	0.0	33	67.3	13	26.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.1	1	2.0	1	2.0	49
060	0	0.0	1	1.1	47	50.0	38	40.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	7	7.4	7	7.4	94
068	6	25.0	0	0.0	8	33.3	10	41.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24
092	4	3.2	4	3.2	54	42.9	64	50.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	126
099	0	0.0	0	0.0	15	53.6	13	46.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28
123	0	0.0	0	0.0	13	81.3	3	18.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16
130	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6

Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2021 nach Kliniken

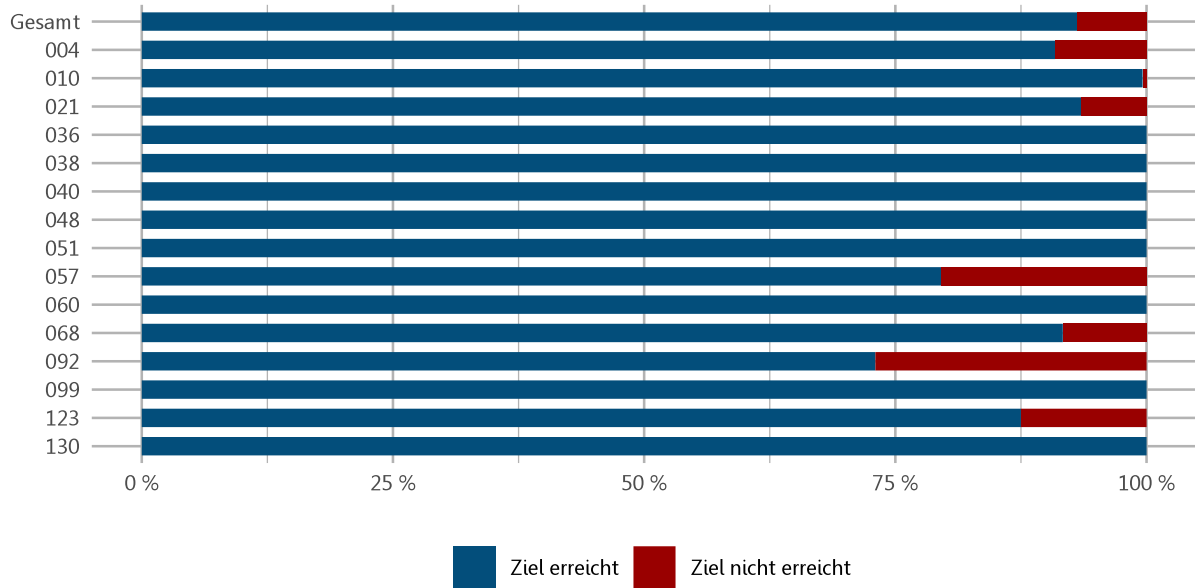


Tabelle 9: Zielerreichung der Partizipationsziele 2021 nach Kliniken

Klinik	Ziel erreicht		Ziel nicht erreicht		Gesamt n
	n	%	n	%	
Gesamt	971	93.1	72	6.9	1'043
004	20	90.9	2	9.1	22
010	254	99.6	1	0.4	255
021	301	93.5	21	6.5	322
036	55	100.0	0	0.0	55
038	9	100.0	0	0.0	9
040	8	100.0	0	0.0	8
048	10	100.0	0	0.0	10
051	19	100.0	0	0.0	19
057	39	79.6	10	20.4	49
060	94	100.0	0	0.0	94
068	22	91.7	2	8.3	24
092	92	73.0	34	27.0	126
099	28	100.0	0	0.0	28
123	14	87.5	2	12.5	16
130	6	100.0	0	0.0	6

Impressum

Titel	Nationaler Vergleichsbericht 2021. Onkologische Rehabilitation
Autorinnen und Autoren	Dipl.-Päd. (Rehab.) Stefanie Köhn Manuela Marquardt, MA Anika Zembic, MPH Prof. Dr. Karla Spyra
Publikationsort und -jahr	Bern/Berlin 22. September 2022 (v 1.0)
Zitation:	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2022). Onkologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2021.
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido (ab 01.02.2022) Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic (ab 01.08.2021) Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Stefan Goetz, Spital Thurgau AG – Klinik St. Katharinental Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny (bis 01.04.2021) Dr. med. Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Dr. med. Thomas Sigrüst, Klinik Barmelweid AG Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. phil. Stephan Tobler, Kliniken Valens Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeber vertreten durch	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – ANQ Dr. Luise Menzi, Leiterin Rehabilitation
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin