
Nationaler Vergleichsbericht 2022

Paraplegiologische Rehabilitation

Nationaler Messplan Rehabilitation

Erhebungszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2022

21. September 2023/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: Spinal Cord Independence Measure (SCIM).....	14
2.3.1. Deskriptive Darstellung: SCIM	14
2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: SCIM.....	15
2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung.....	17
3. Diskussion.....	20
4. Literatur	22
Abbildungsverzeichnis	23
Tabellenverzeichnis	24
Abkürzungsverzeichnis	25
Anhang.....	26
A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge)	26
A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle	27
A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich	28
A4 Ergebnisqualität SCIM im Klinikvergleich	32
A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich	34
Impressum	37

Zusammenfassung

Der vorliegende Nationale Vergleichsbericht bietet einen Ergebnisqualitätsvergleich der Kliniken, die sich an den ANQ-Messungen für den Bereich Paraplegiologische Rehabilitation im Jahr 2022 beteiligt haben. Zusätzlich zum Ergebnisbericht wird ein rehabereichsübergreifender Methodenbericht publiziert (ANQ, Charité, 2023a).

Als zentrales Messinstrument der Ergebnisqualität wird von den Rehabilitationskliniken in der paraplegiologischen Rehabilitation die Spinal Cord Independence Measure Version III (SCIM) eingesetzt, welche die Funktionsfähigkeit in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Blasen- und Darmmanagement und Mobilität mithilfe von 19 Items erfasst.

Für den Ergebnisqualitätsvergleich wird der risikoadjustierte Austrittswert der SCIM 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 Ergebnisse erfolgt im Vergleich zum Vorjahr. Das verwendete Verfahren zur Risikoadjustierung, die berücksichtigten Patientenmerkmale sowie die grafischen Darstellungen werden im Methodenbericht ausführlich erläutert.

Insgesamt übermittelten 4 Kliniken (2021: 4) Daten für 960 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 eine paraplegiologische Rehabilitation beendet hatten (2021: 975). Von diesen lagen für einen Anteil von 93.4% (2021: 94.1%) auswertbare Daten aus allen 4 Kliniken vor (2021: 4). Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 56.6 Jahren (2021: 55.7). Der Frauenanteil betrug 34.9% (2021: 34.7%). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 74.8 Tagen (2021: 77.5).

Für die paraplegiologischen Patientinnen und Patienten wurde im Mittel bei Reha-Eintritt ein SCIM-Gesamtwert von 41.3 Punkten (2021: 40.9) und bei -Austritt von 53.2 Punkten (2021: 50.3) erreicht.

In der risikoadjustierten Auswertung der SCIM wurde im Datenjahr 2022 für alle 4 Kliniken auf Basis der Ergebnisse der Gesamtstichprobe und unter Berücksichtigung des klinikindividuellen Casemix eine Ergebnisqualität berechnet, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.

Partizipationsziele wurden fast ausschliesslich aus dem Bereich «Wohnen» vereinbart. Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 49.4% der Fälle (2021: 51.5%). Bei 97.8% der Fälle wurden die vereinbarten Ziele erreicht (2021: 96.7%).

Die in diesem Nationalen Vergleichsbericht Paraplegiologische Rehabilitation dargestellte Ergebnisqualität im Klinikvergleich für das Datenjahr 2022 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.

Im Rahmen der Anpassung des Nationalen Messplans Rehabilitation wurden die Qualitätsmessungen für die paraplegiologische Rehabilitation ab 2021 verpflichtend eingeführt. Für das Datenjahr 2021 wurde bereits ein Nationaler Vergleichsbericht für die paraplegiologische Rehabilitation veröffentlicht (ANQ, Charité, 2022). Die Datenanalysen und die Berichterstattung der Ergebnisse zur Datenqualität, Patientenstruktur und der Ergebnisqualität erfolgen entsprechend der aktuellen Version des Auswertungskonzepts (ANQ, Charité, 2023b). Sowohl die Datenqualität und Patientenstruktur als auch die Ergebnisqualität werden im Vorjahresvergleich gezeigt.

Dieser Bericht konzentriert sich auf die Darstellung der Ergebnisqualität im Klinikvergleich für die paraplegiologische Rehabilitation und diskutiert diese. Der Anhang beinhaltet klinikspezifische Ergebnisse. In einem separaten Methodenbericht stehen eine Beschreibung der Instrumente und der weiteren erhobenen Merkmale, der Methodik der Analyse und der verwendeten Grafiktypen, ein Glossar für Fachbegriffe sowie Lesebeispielen für die Abbildungen zur Verfügung (ANQ, Charité, 2023a). Dieser ist als Ergänzung der rehabereichsspezifischen Nationalen Vergleichsberichte des Datenjahres 2022 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 zentrales Messinstrument der Ergebnisqualität wird von den Rehabilitationskliniken die Spinal Cord Independence Measure, Version III (SCIM) eingesetzt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst deskriptiv anhand der SCIM-Rohwerte zu Ein- und Austritt. Im Anschluss werden die risikoadjustierten Ergebnisse der SCIM 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 2022 auf dem Webportal des ANQ ergänzend transparent publiziert. Damit werden die Vorgaben des Nationalen Qualitätsvertrages erfüllt.



Neben dem hier vorgelegten Nationalen Vergleichsbericht für die paraplegiologische 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 2022 wurden Daten von 960 Fällen (2021: 975) der paraplegiologischen Rehabilitation aus 4 Kliniken (2021: 4) übermittelt. Hiervon wurden 99.7% der Datensätze vollständig dokumentiert (2021: 99.6%) (Abbildung 1).

Von den vollständig dokumentierten Fällen wurden die Daten von 897 Patientinnen und Patienten (2021: 917) als auswertbar klassifiziert.¹ Dies entspricht einem Anteil von 93.4% aller übermittelten Fälle des Jahres 2022 (2021: 94.1%). 6.3% der Fälle (2021: 5.5%) sind ebenfalls vollständig, aber als Dropout² dokumentiert und können somit in den Ergebnisanalysen nicht berücksichtigt werden (Abbildung 2).

Abbildung 1: Paraplegiologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich

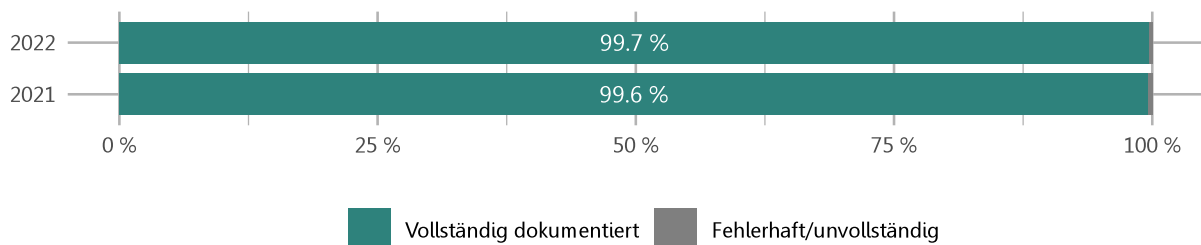
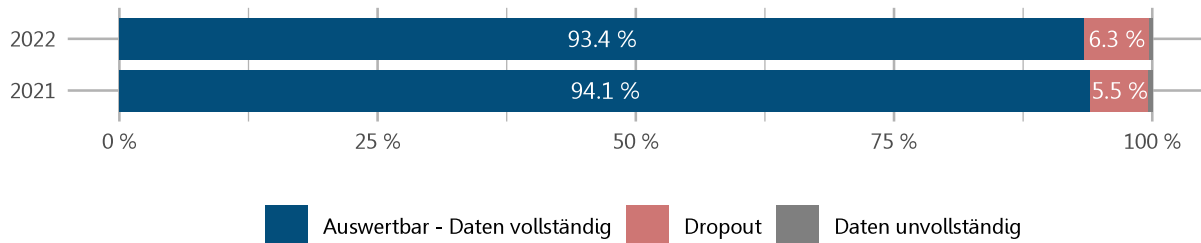


Abbildung 2: Paraplegiologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich

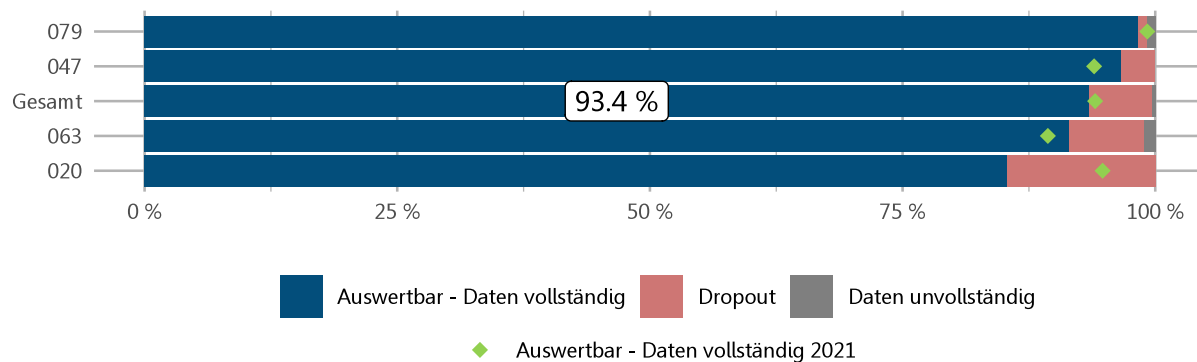


In Abbildung 3 wird der Anteil auswertbarer Fälle je Klinik dargestellt. Der Vorjahreswert des Anteils auswertbarer Fälle wird ebenfalls in der Grafik abgetragen (markiert mit einer grünen Raute). Die klinikspezifischen Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter sowie auswertbarer Fälle sind Anhang A2 zu entnehmen.

¹ Auswertbarer Fall paraplegiologische Rehabilitation: vollständige Messdaten SCIM 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 3: Paraplegiologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2022 nach Kliniken



2.2. Stichprobenbeschreibung

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der Zusammensetzung der Auswertungsstichproben 2022 und 2021 dargestellt (Tabelle 1 sowie Abbildung 4 bis Abbildung 13). Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich global keine nennenswerte Veränderung des Casemix.

Klinikspezifische Ergebnisse des Jahres 2022 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

	2022		2021	
Auswertbare Fälle (Anzahl, Prozent an allen übermittelten Fällen)	897	93.4	917	94.1
Geschlecht (in Prozent)				
Frauen	34.9		34.7	
Männer	65.1		65.3	
Alter (Mittelwert, SD in Jahren)	56.6	16.8	55.7	16.6
Nationalität (in Prozent)				
Schweiz	82.2		79.8	
Andere Nationalitäten	17.8		20.2	
Dauer der Rehabilitation (Mittelwert, SD in Tagen)	74.8	64.6	77.5	64.4
Liegeklasse (in Prozent)				
Allgemein	82.7		82.6	
Halbprivat	8.7		9.7	
Privat	8.6		7.7	
Hauptkostenträger (in Prozent)				
Krankenversicherung (obligatorisch)	77.9		73.3	
Unfallversicherung	20.7		25.5	
Weitere Träger	1.3		1.2	
Aufenthaltort vor Eintritt (in Prozent)				
Zuhause	41.9		40.3	
Zuhause mit SPITEX	0.1		0.3	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	1.2		1.4	
Akutspital, psychiatrische Klinik	56.5		57.8	
Andere	0.2		0.1	
Aufenthaltort nach Austritt (in Prozent)				
Zuhause	81.6		79.3	
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	12.4		14.2	
Akutspital, psychiatrische Klinik	5.0		5.9	
Rehabilitationsklinik	1.0		0.5	
Andere	0.0		0.1	
Diagnosegruppe (in Prozent)				
Chronische Lähmungen	46.4		43.6	
Krankheiten Nervensystem	14.3		14.0	
Dekubitus	13.3		11.8	
Traumatologische Erkrankungen	15.7		17.2	
Sonstige Erkrankungen	10.4		13.4	
CIRS-Gesamtscore (Mittelwert, SD in Punkten)	21.1	8.2	20.9	8.6

Abbildung 4: Verteilung des Geschlechts im Jahresvergleich

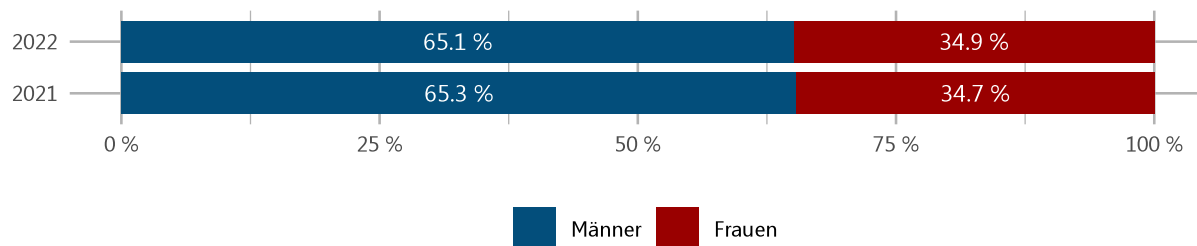


Abbildung 5: Histogramm des Alters im Jahresvergleich

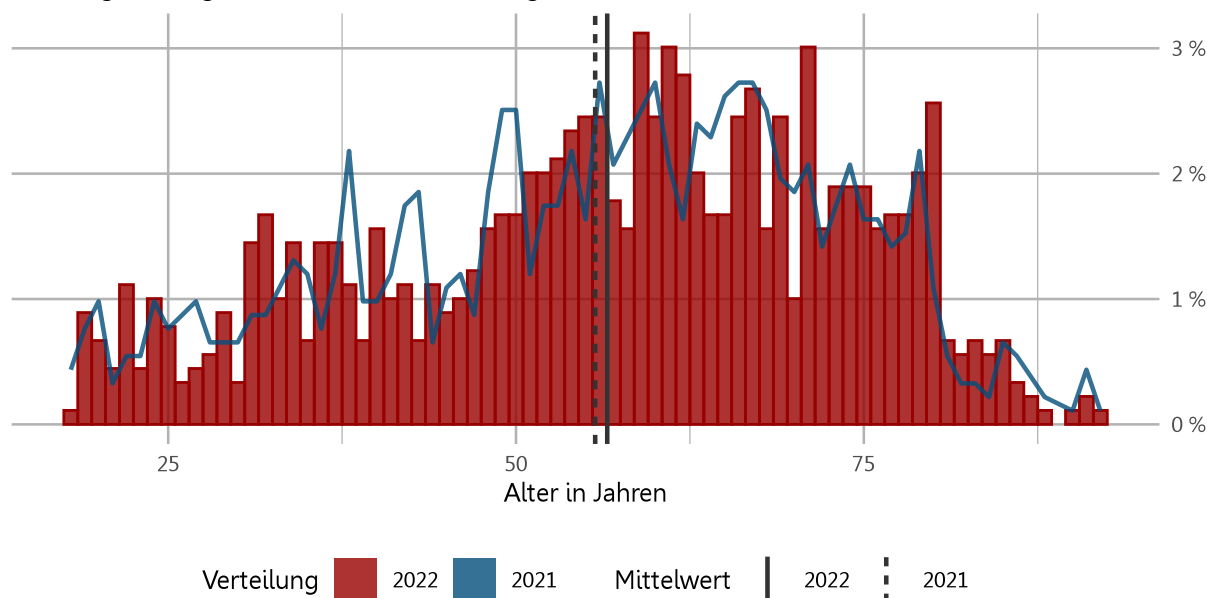


Abbildung 6: Verteilung der Nationalität im Jahresvergleich

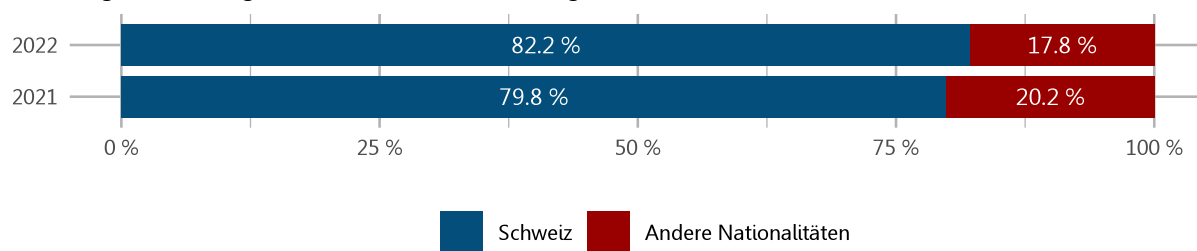


Abbildung 7: Histogramm der Dauer der Rehabilitation im Jahresvergleich

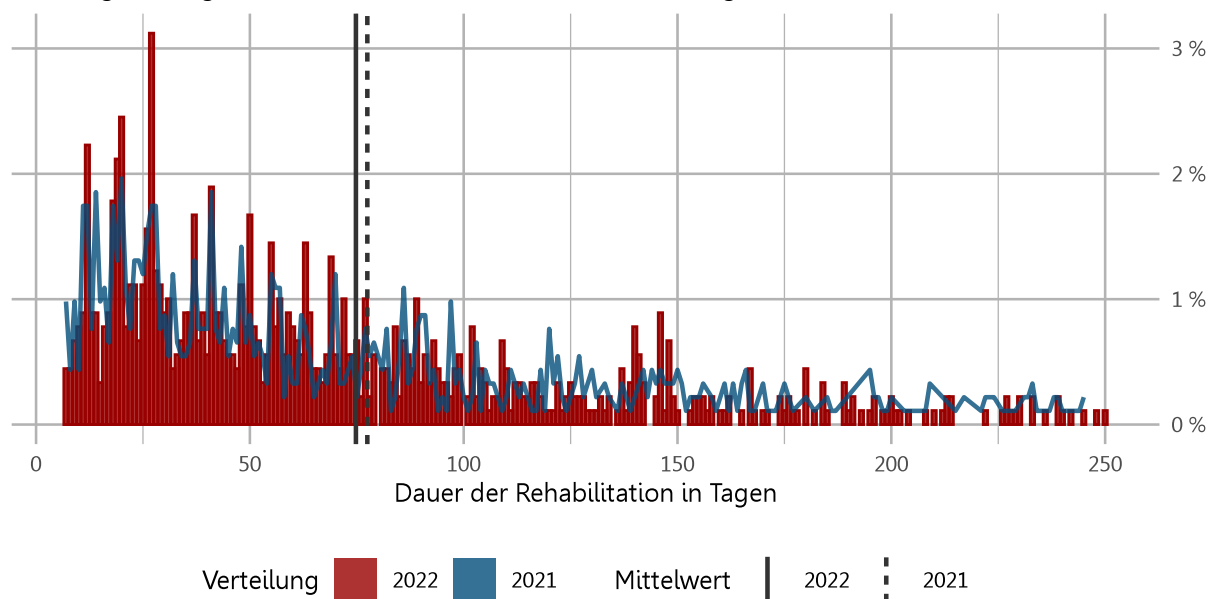


Abbildung 8: Verteilung der Liegeklasse im Jahresvergleich

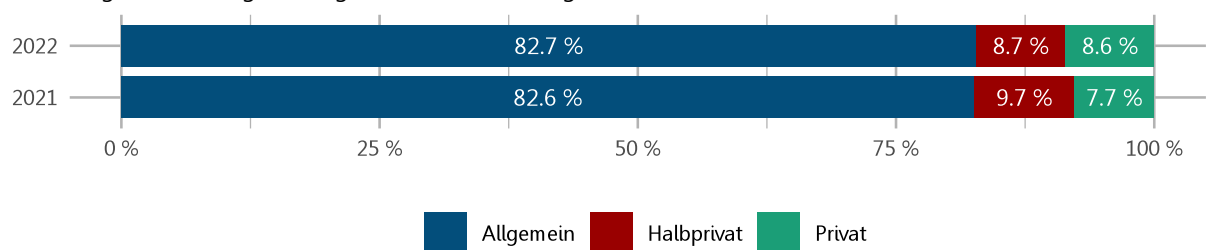


Abbildung 9: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation im Jahresvergleich

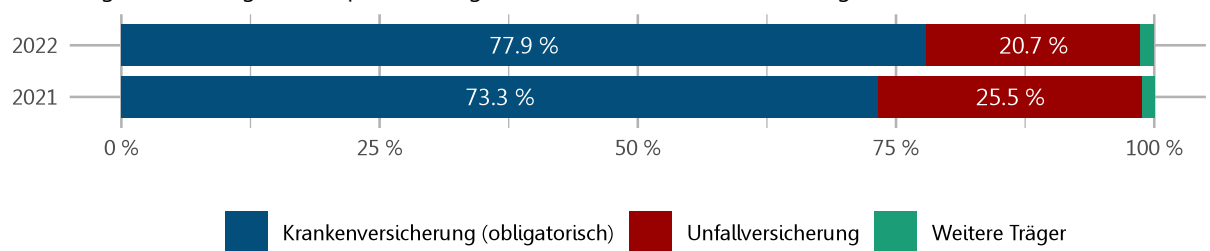


Abbildung 10: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt im Jahresvergleich

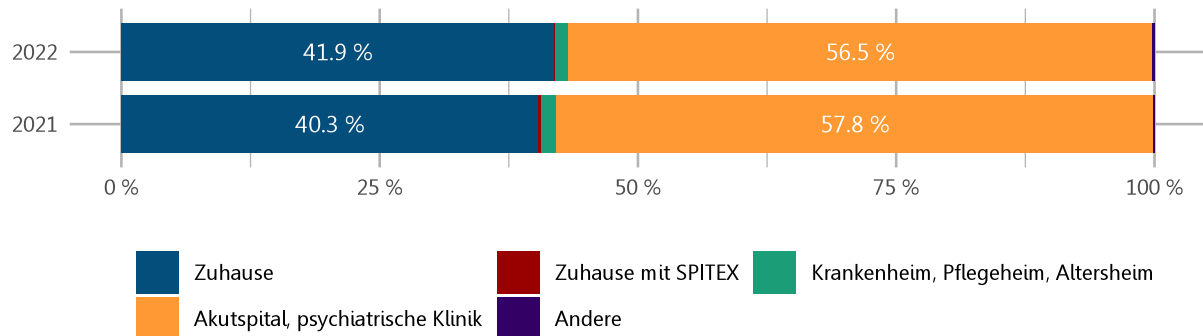


Abbildung 11: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt im Jahresvergleich

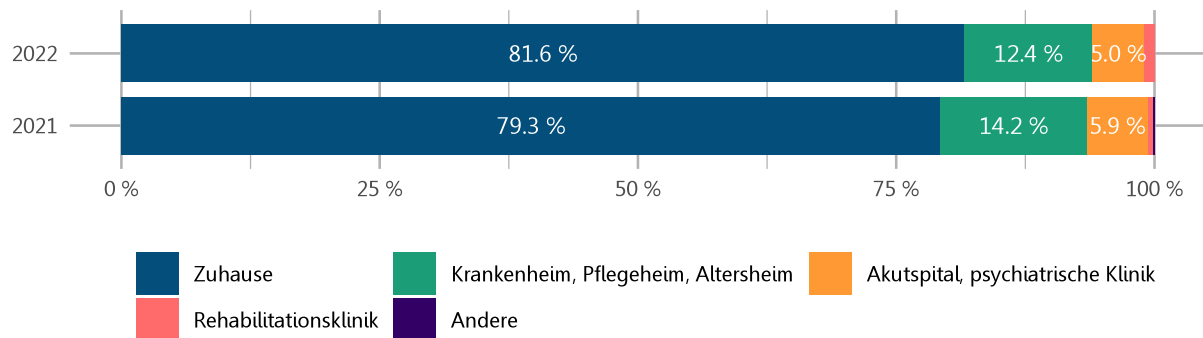


Abbildung 12: Verteilung der Diagnosegruppen im Jahresvergleich

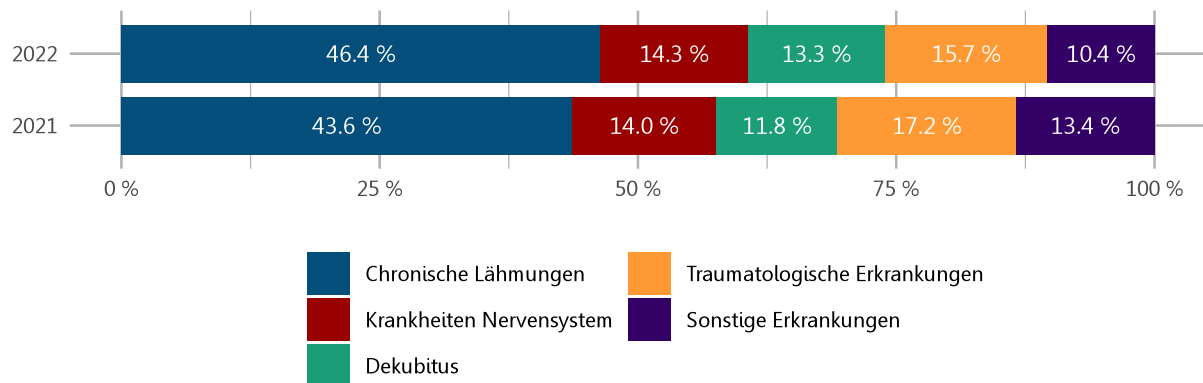
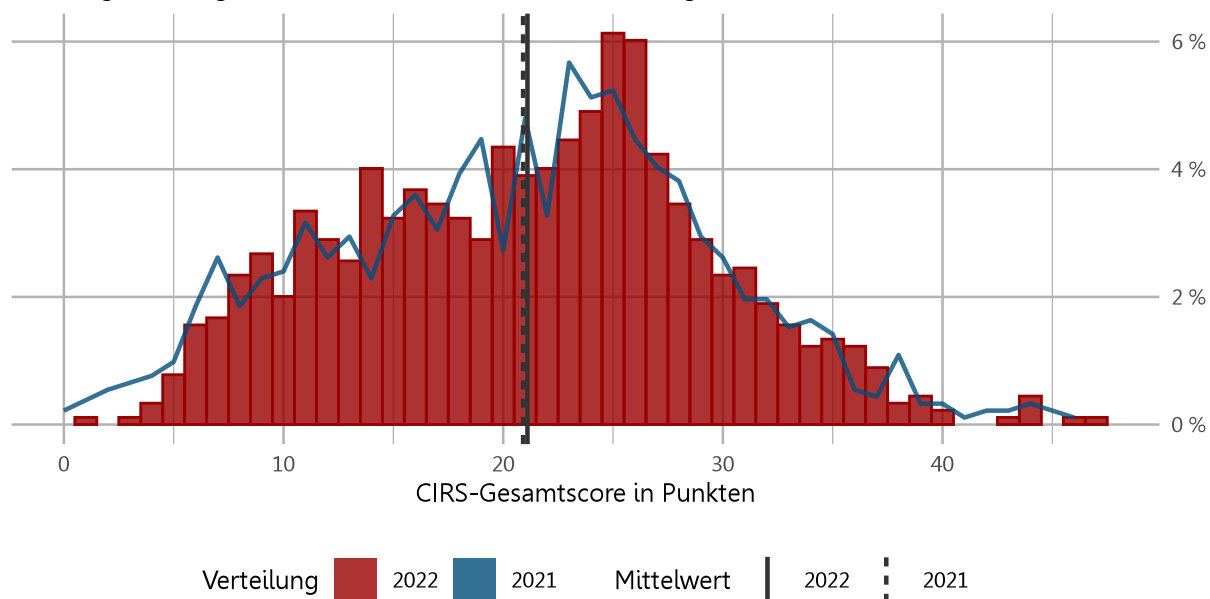


Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich



2.3. Ergebnisqualität: Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

2.3.1. Deskriptive Darstellung: SCIM

Der Gesamtdurchschnitt der SCIM lag im Jahr 2022 zu Reha-Eintritt bei 41.3 Punkten (2021: 40.9) und zu Reha-Austritt bei 53.2 Punkten (2021: 50.3) (Abbildung 14; Tabelle 6 im Anhang). Der Gesamtdurchschnittswert zu Reha-Austritt lag damit 2022 über dem Niveau von 2021, während der mittlere Eintrittswert der SCIM in etwa dem Vorjahreswert entsprach.

In Abbildung 15 sind die Veränderungen der klinikspezifischen Ergebnisse im SCIM-Score im Vergleich zu den Ergebnissen 2021 abgebildet (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

Abbildung 14: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2022 nach Kliniken (ohne Adjustierung)

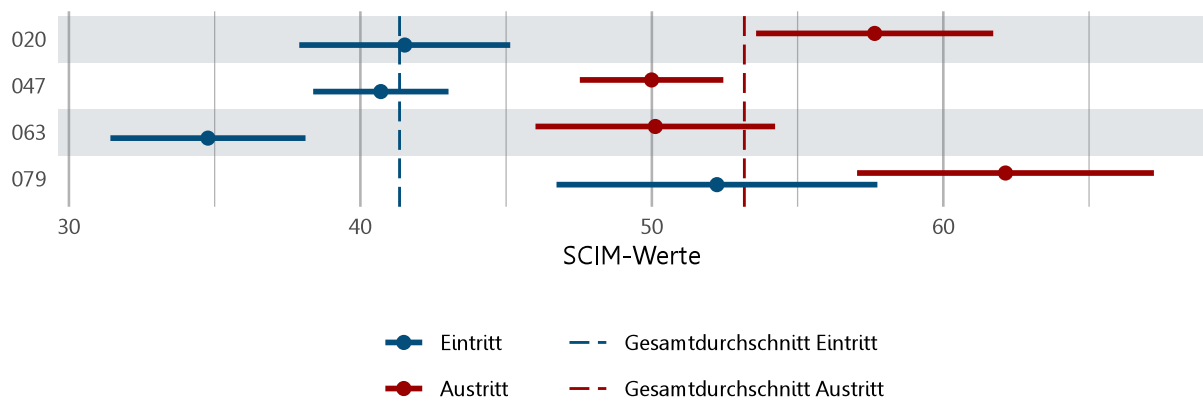
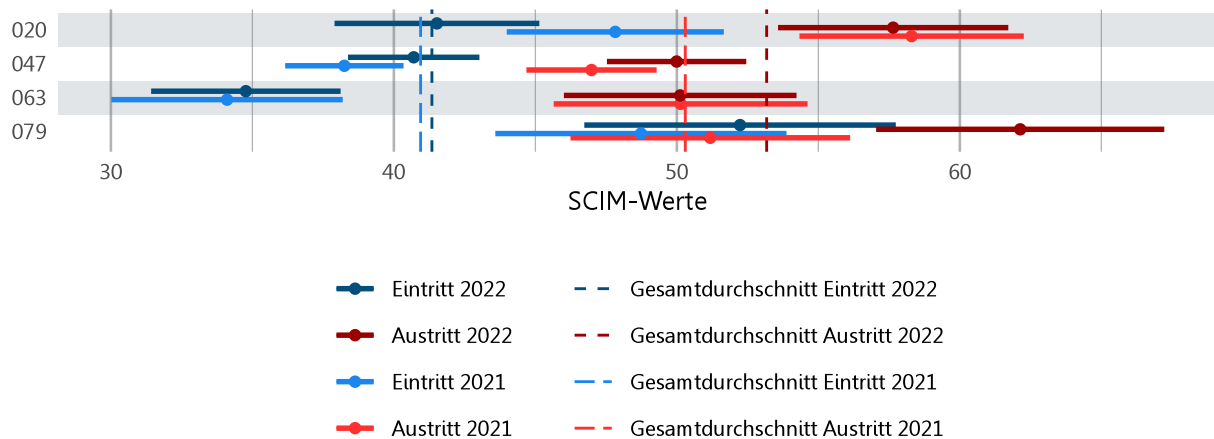


Abbildung 15: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)



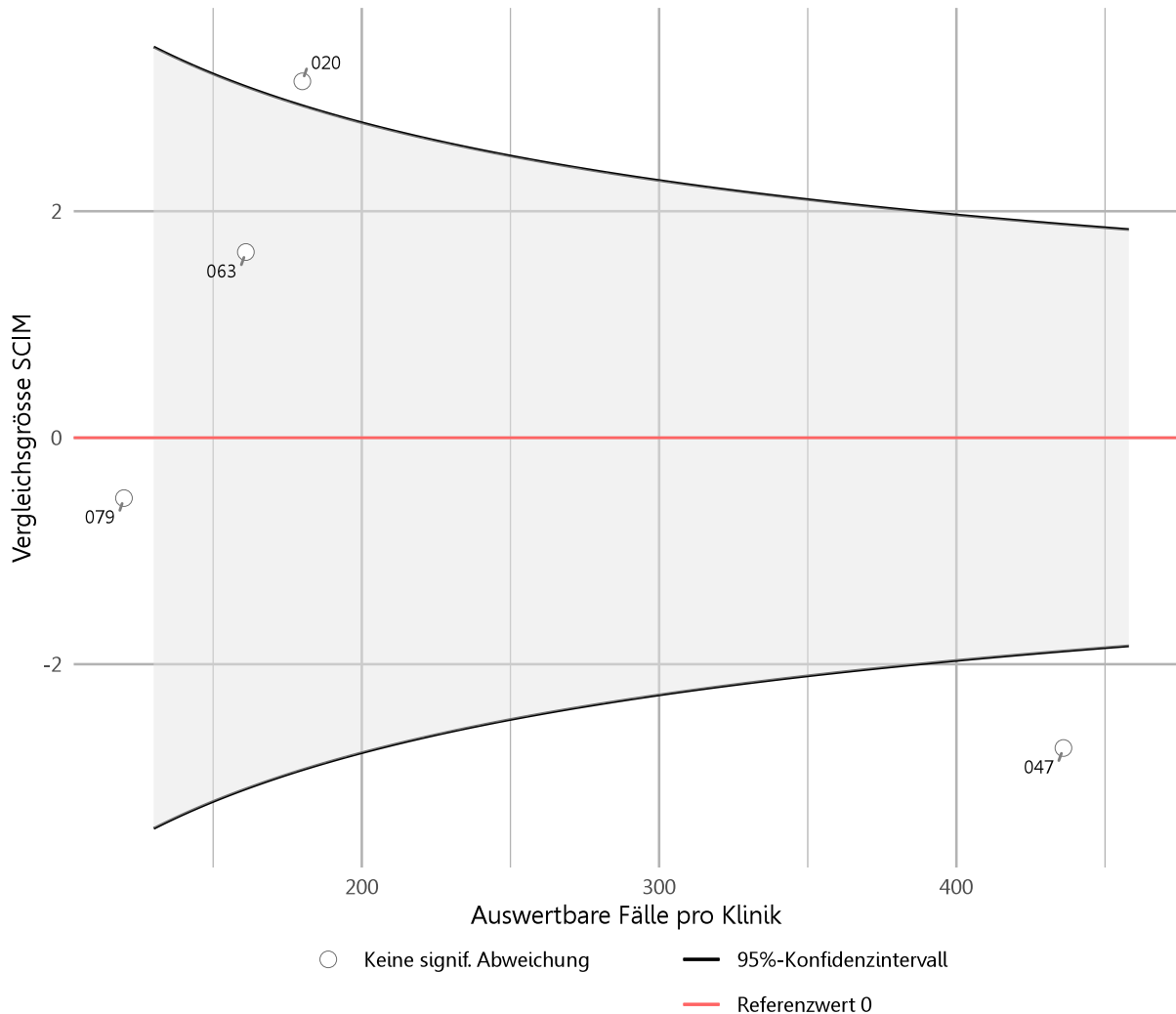
2.3.2. Risikoadjustierte Darstellung: SCIM

Die Ergebnisse der SCIM zu Reha-Austritt werden risikoadjustiert ausgewertet (siehe Tabelle 8 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 7 im Anhang).

Alle 4 Kliniken erzielten eine Ergebnisqualität in der SCIM, welche nach Berücksichtigung des Casemix statistisch zu erwarten war (markiert mit einem ungefüllten Kreis).

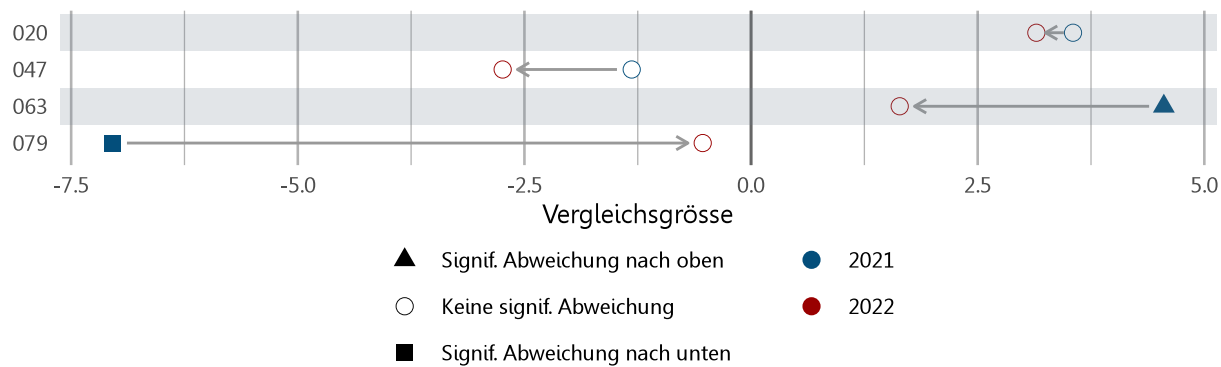
Für den Vorjahresvergleich sind im Dumbbell Plot (Abbildung 17) sowohl die Vergleichsgrößen aus 2022 (rot) als auch die Vergleichsgrößen aus 2021 (blau) abgetragen. Es ist zu erkennen, dass das Niveau der risikoadjustierten Ergebnisse einer Klinik über dem des Vorjahres und einer Klinik unter dem von 2021 liegt, während die Ergebnisqualität in den restlichen Kliniken annähernd gleich geblieben ist (siehe auch Tabelle 7 im Anhang).

Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgrösse SCIM 2022 nach der Fallzahl der Kliniken



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, 2023a).

Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgrösse SCIM nach Kliniken im Jahresvergleich



2.4. Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung

Zu Reha-Eintritt wurden im Jahr 2022 fast ausschliesslich Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» gewählt. Für 52.1% der Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation wurde zunächst die «Integration in eine Pflegeeinrichtung» als Ziel formuliert. Mit 27.8% wurde das Ziel vereinbart, dass sie nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zuhause wohnen können, wobei 7 von 10 Patientinnen und Patienten planten dabei externe Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Für weitere 12.7% wurde das Ziel gewählt, nach der Behandlung alleinstehend zuhause wohnen zu können. Von diesen planten ebenfalls knapp 70% dieses Ziel mit externer Unterstützung umzusetzen. Alle anderen Ziele wurden zu Beginn der Rehabilitation deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele insgesamt kaum (Abbildung 18). Die differenzierte Betrachtung der Wahl der Partizipationsziele nach Kliniken zeigt, dass die Verteilung auf Klinikenebene sehr unterschiedlich ist: In einer Klinik wurde zunächst für alle Patientinnen und Patienten die Integration in eine Pflegeeinrichtung als Partizipationsziel gewählt und für fast alle Patientinnen und Patienten im Laufe der Rehabilitation angepasst. In den anderen 3 Kliniken wurde die Integration in eine Pflegeeinrichtung nur sehr selten gewählt (vgl. Abbildung 31 und Tabelle 9 im Anhang).

In 49.4% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels im Laufe der Rehabilitation. Es zeigt sich auch hier keine relevante Veränderung zum Vorjahr (2021: 51.5%) (Abbildung 19). Da es sich beim angepassten Ziel fast ausschliesslich um die «Integration in eine Pflegeeinrichtung» handelt, erfolgt eine differenzierte Betrachtung lediglich für dieses ursprünglich vereinbarte Ziel (Tabelle 2). Für die Anpassung sind die zehn häufigsten alternativ gewählten Partizipationsziele aufgelistet (Tabelle 3). Am häufigsten wurden als alternative Ziele «Beschäftigung im geschützten Rahmen» und die «Zuhause wohnend alleinstehend (mit Unterstützungsbedarf)» gewählt, aber auch andere Zielkategorien aus den Bereichen «Wohnen», «Arbeiten» und «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» sind vertreten.

Die Quote der Zielerreichung lag mit 97.8% ebenfalls auf dem Niveau des Vorjahres (2021: 96.7%) (Abbildung 20). Sie war leicht unterschiedlich über die Kliniken verteilt (siehe Abbildung 32, Tabelle 10 im Anhang).

Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele im Jahresvergleich

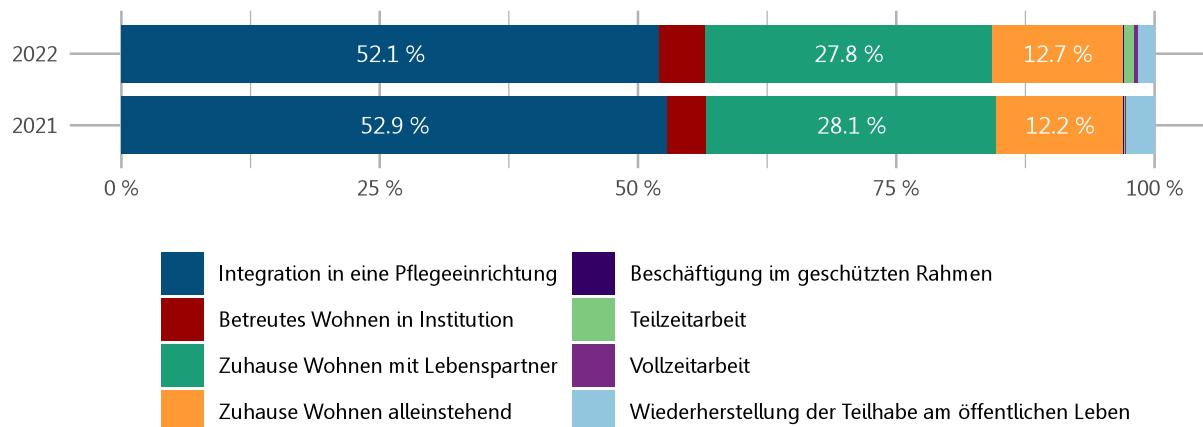


Abbildung 19: Ziellanpassung des zu Reha-Eintritt festgelegten Partizipationsziels im Jahresvergleich

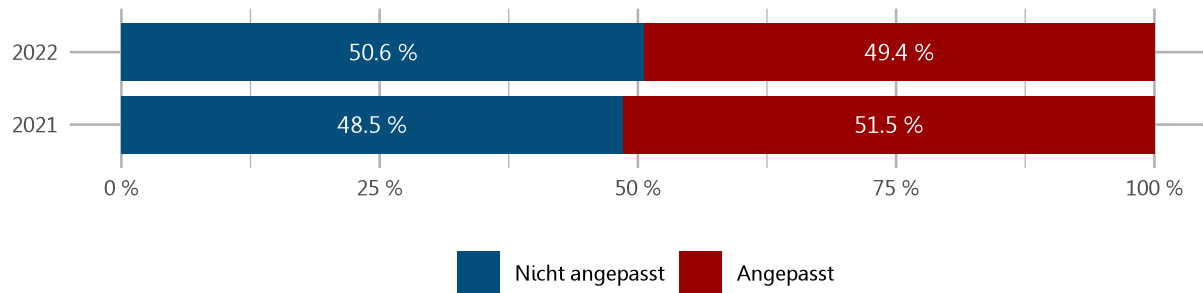


Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2022 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie

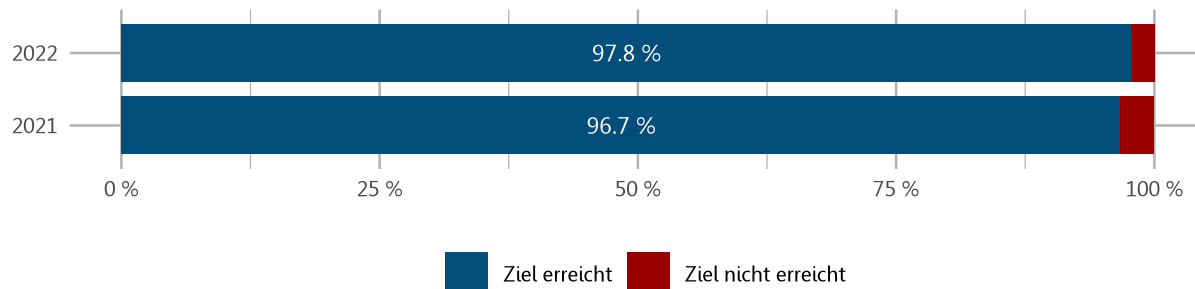
Partizipationsziel (Reha-Eintritt)	Gesamt	Angepasst	
	n	n	%
Integration in eine Pflegeeinrichtung	467	419	89.7
Betreutes Wohnen in Institution	40	4	10.0
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (ohne Unterstützungsbedarf)	80	3	3.8
Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (mit Unterstützungsbedarf)	169	8	4.7
Zuhause Wohnen alleinstehend (ohne Unterstützungsbedarf)	40	1	2.5
Zuhause Wohnen alleinstehend (mit Unterstützungsbedarf)	74	4	5.4
Beschäftigung im geschützten Rahmen	1	0	0.0
Berufliche Umorientierung	0	0	0.0
Berufliche Umschulung	0	0	0.0
Teilzeitarbeit	8	1	12.5
Vollzeitarbeit	4	1	25.0
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (ohne Unterstützungsbedarf)	8	1	12.5
Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (mit Unterstützungsbedarf)	6	1	16.7
Gesamt	897	443	49.4

Fett markiert ist das am häufigsten angepasste Partizipationsziel

Tabelle 3: Häufigste angepasste Partizipationsziele 2022 in Abhängigkeit vom ursprünglich gewählten Ziel

Ursprüngliches Partizipationsziel	Angepasste Partizipationsziele	Gesamt
1 Integration in eine Pflegeeinrichtung	1 Beschäftigung im geschützten Rahmen	229
	2 Zuhause Wohnen alleinstehend (mit Unterstützungsbedarf)	64
	3 Teilzeitarbeit	41
	4 Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (mit Unterstützungsbedarf)	24
	5 Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (mit Unterstützungsbedarf)	18
	6 Berufliche Umorientierung	13
	7 Vollzeitarbeit	9
	8 Wiederherstellung Teilhabe am öffentlichen Leben (ohne Unterstützungsbedarf)	8
	9 Zuhause Wohnen mit Lebenspartner (ohne Unterstützungsbedarf)	7
	10 Betreutes Wohnen in Institution	3
	Rest	3
	Gesamt	419

Abbildung 20: Zielerreichung der Partizipationsziele im Jahresvergleich



3. Diskussion

Datenbasis und -qualität

Zum zweiten Mal wird für die paraplegiologische Rehabilitation ein Nationaler Vergleichsbericht vorgelegt. Für das Datenjahr 2022 übermittelten 4 Kliniken (2021: 4) Daten von 960 paraplegiologischen Patientinnen und Patienten (2021: 975). Der Anteil auswertbarer Fälle an allen übermittelten Fällen lag bei 93.4% (2021: 94.1%). Sowohl die Anzahl übermittelter Fälle als auch der Anteil auswertbarer Fälle liegen damit auf einem vergleichbaren Niveau wie im Vorjahr, so dass sich die Grösse der Auswertungsstichprobe in den beiden Jahren ebenfalls kaum unterscheidet (2022: 897, 2021: 917). Insgesamt ist die Datenqualität der Kliniken als sehr gut zu bezeichnen.

Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe in den berichteten Merkmalen kaum.

Zur Sicherung einer hohen Datenqualität unterstützen Datenqualitätsberichte, welche jährlich spezifisch für jede einzelne Klinik erstellt werden. Konkrete Hinweise zu unvollständigen Daten ermöglichen es den Kliniken, ihre Datenqualität zu verbessern. Der Datentransfer erfolgt seit 2021 über das Online-Portal ReMoS, in dem 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 paraplegiologische Rehabilitation wird die SCIM herangezogen. Dieses Instrument misst die Funktionsfähigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Querschnittlähmung bzw. Rückenmarksverletzungen. Der Gesamtdurchschnittswert der SCIM zu Eintritt veränderten sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich, während er zu Austritt im aktuellen Berichtsjahr höher ist als im Vorjahr.

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 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 der SCIM (mittlerer SCIM-Wert der Klinik zu Austritt) durchgeführt. Bei der risikoadjustierten Analyse wird auf der Basis aller einbezogenen Fälle der paraplegiologischen 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, 2023a). 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 der SCIM, umfasst. Das damit gemessene Behandlungsergebnis in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit ist besonders relevant in der Rehabilitation von paraplegiologischen 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 2022 zeigte sich, dass alle 4 Kliniken ein risikoadjustiertes Behandlungsergebnis erzielten, das im statistisch erwartbaren Bereich lag. Der Großteil der Kliniken behielt damit den Status des Vorjahres bei, während sich eine Klinik verbesserte. Der SCIM-Gesamtwert zeigte über die Kliniken hinweg – sowohl deskriptiv als auch unter Adjustierung für die Patientenstruktur – eine ausreichende Variabilität und scheint damit gut geeignet, allfällige Klinikunterschiede in Bezug auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten aufzuzeigen. Ein fairer Ergebnisvergleich setzt 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.

Das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 97.8% 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 in rund 49.4% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst. Primär wurden in den Rehabilitationskliniken mit den paraplegiologischen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele vereinbart, die sich auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit oder die Integration in eine Pflegeeinrichtung beziehen, wobei eine Klinik die Integration in eine Pflegeeinrichtung zunächst für 100% ihrer Patientinnen und Patienten gewählt hat, im Verlauf der Rehabilitation aber für viele ihrer Patientinnen und Patienten anpasste. Dieses primär gewählte Ziel wurde deshalb auch am häufigsten angepasst. Als geänderte Partizipationsziele werden Ziele aus allen drei Teilhabebereichen – Soziokultur, Wohnen und Arbeit – vereinbart. Die Ergebnisse für dieses Instrument sind vergleichbar zum Vorjahr.

Eine risikoadjustierte Analyse ist beim Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung aufgrund der Konzeption des Instruments nicht sinnvoll möglich. Grundsätzlich ist die Nutzung von Instrumenten, die auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren, dennoch sinnvoll, da die ICF ein wesentliches 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 (2022): Paraplegiologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2021.

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023a): Methodenbericht 2022.

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023b): Nationaler Messplan Rehabilitation. Auswertungskonzept, Version 5.1.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Paraplegiologische Rehabilitation – Dokumentationsqualität im Jahresvergleich.....	6
Abbildung 2: Paraplegiologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle im Jahresvergleich.....	6
Abbildung 3: Paraplegiologische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle 2022 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.....	12
Abbildung 13: Histogramm des CIRS-Gesamtscores im Jahresvergleich	13
Abbildung 14: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt 2022 nach Kliniken (ohne Adjustierung)	14
Abbildung 15: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)	14
Abbildung 16: Funnel Plot: Vergleichsgrösse SCIM 2022 nach der Fallzahl der Kliniken	15
Abbildung 17: Dumbbell Plot: Vergleichsgrösse SCIM nach Kliniken im Jahresvergleich.....	16
Abbildung 18: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele im Jahresvergleich.....	17
Abbildung 19: Zielanpassung des zu Reha-Eintritt festgelegten Partizipationsziels im Jahresvergleich	18
Abbildung 20: Zielerreichung der Partizipationsziele im Jahresvergleich	19
Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2022 nach Kliniken	28
Abbildung 22: Verteilung des Alters 2022 nach Kliniken	28
Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2022 nach Kliniken	28
Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2022 nach Kliniken.....	29
Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2022 nach Kliniken	29
Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2022 nach Kliniken	29
Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2022 nach Kliniken	30
Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2022 nach Kliniken.....	30
Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2022 nach Kliniken.....	30
Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2022 nach Kliniken.....	31
Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken.....	34
Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Stichprobenzusammensetzung im Jahresvergleich.....	9
Tabelle 2: Vereinbarte Partizipationsziele 2022 (Reha-Eintritt) und Anteil der im Laufe der Rehabilitation angepassten Partizipationsziele je Zielkategorie	18
Tabelle 3: Häufigste angepasste Partizipationsziele 2022 in Abhängigkeit vom ursprünglich gewählten Ziel.....	19
Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich.....	27
Tabelle 5: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich.....	27
Tabelle 6: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung).....	32
Tabelle 7: Vergleichsgrösse SCIM nach Kliniken im Jahresvergleich.....	32
Tabelle 8: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable SCIM-Austrittswert 2022	33
Tabelle 9: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	35
Tabelle 10: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken	36

Abkürzungsverzeichnis

adj.	adjustiert
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BFS	Bundesamt für Statistik
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale (Mass für Komorbidität)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
KVG	Krankenversicherungsgesetz
n	Fallzahl
SCIM	Spinal Cord Independence Measure, Version III
SD	Standard deviation (Standardabweichung)

Anhang

A1 Teilnehmende Rehabilitationskliniken (in alphabetischer Reihenfolge)

- Clinique romande de réadaptation suvacare CRR
- REHAB Basel AG
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum
- Universitätsklinik Balgrist

A2 Fallzahlen je Klinik und Anteile auswertbarer Fälle

Tabelle 4: Fallzahlen und Anteile vollständig dokumentierter Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vollständig dokumentiert		Fehlerhaft/ unvollständig		Gesamt
		n	%	n	%	n
Gesamt	2022	957	99.7	3	0.3	960
	2021	971	99.6	4	0.4	975
020	2022	211	100.0	0	0.0	211
	2021	192	100.0	0	0.0	192
047	2022	451	100.0	0	0.0	451
	2021	492	99.2	4	0.8	496
063	2022	174	98.9	2	1.1	176
	2021	160	100.0	0	0.0	160
079	2022	121	99.2	1	0.8	122
	2021	127	100.0	0	0.0	127

Tabelle 5: Fallzahlen und Anteile auswertbarer Fälle im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Auswertbar – Daten vollständig		Dropout		Daten unvollständig		Gesamt
		n	%	n	%	n	%	n
Gesamt	2022	897	93.4	60	6.3	3	0.3	960
	2021	917	94.1	54	5.5	4	0.4	975
020	2022	180	85.3	31	14.7	0	0.0	211
	2021	182	94.8	10	5.2	0	0.0	192
047	2022	436	96.7	15	3.3	0	0.0	451
	2021	466	94.0	26	5.2	4	0.8	496
063	2022	161	91.5	13	7.4	2	1.1	176
	2021	143	89.4	17	10.6	0	0.0	160
079	2022	120	98.4	1	0.8	1	0.8	122
	2021	126	99.2	1	0.8	0	0.0	127

A3 Stichprobenbeschreibung im Klinikvergleich

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

Abbildung 21: Verteilung des Geschlechts 2022 nach Kliniken

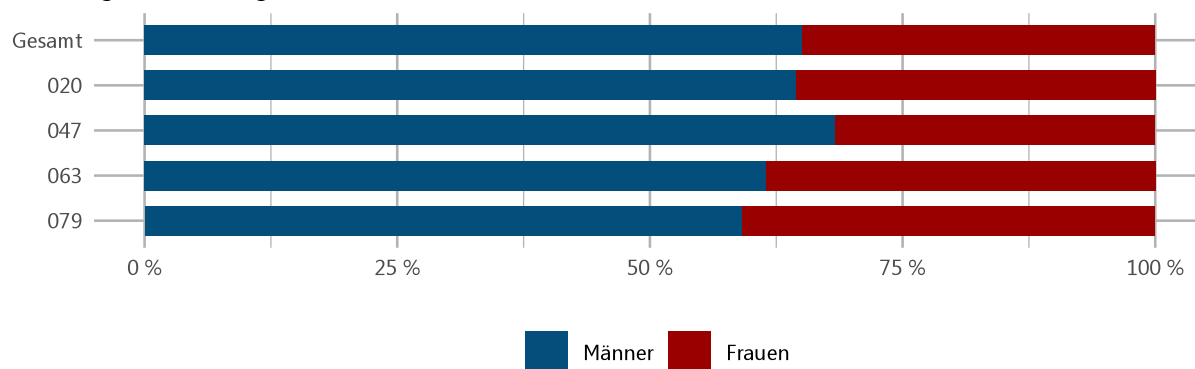


Abbildung 22: Verteilung des Alters 2022 nach Kliniken

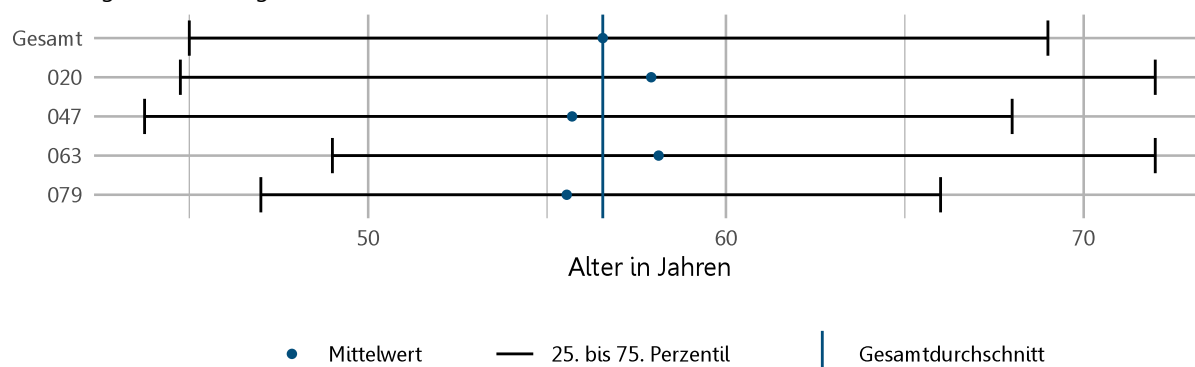
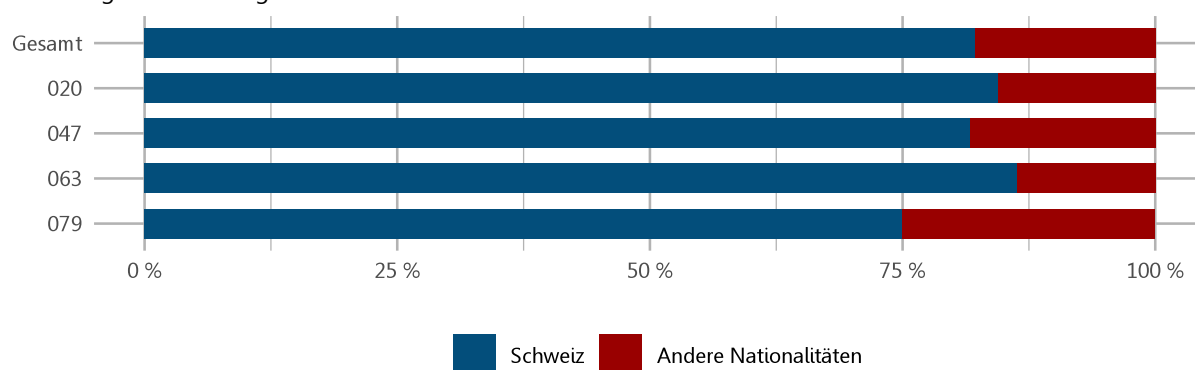


Abbildung 23: Verteilung der Nationalität 2022 nach Kliniken



⁴ Tabellen im PDF-Format unter:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/step3/measure/38/year/2022/>

Tabellen im Excel-Format auf Anfrage in der ANQ-Geschäftsstelle erhältlich: rehabilitation@anq.ch

Abbildung 24: Verteilung der Dauer der Rehabilitation 2022 nach Kliniken

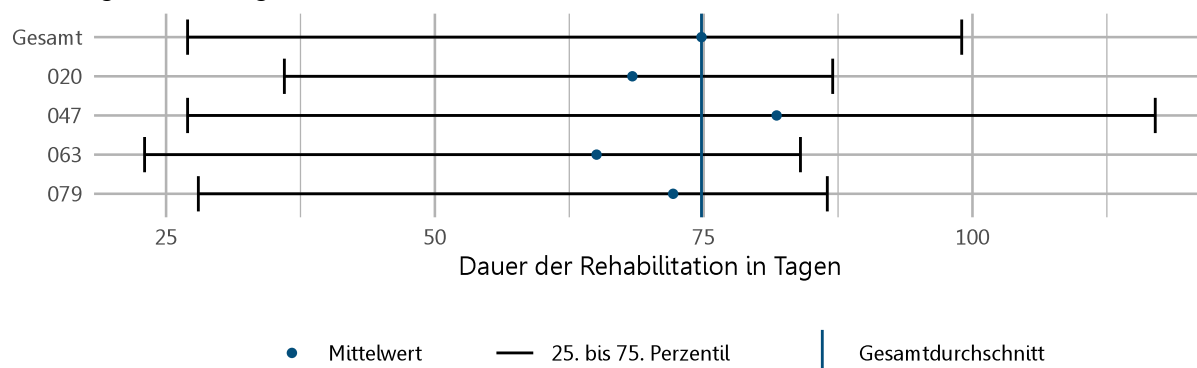


Abbildung 25: Verteilung der Liegeklasse 2022 nach Kliniken

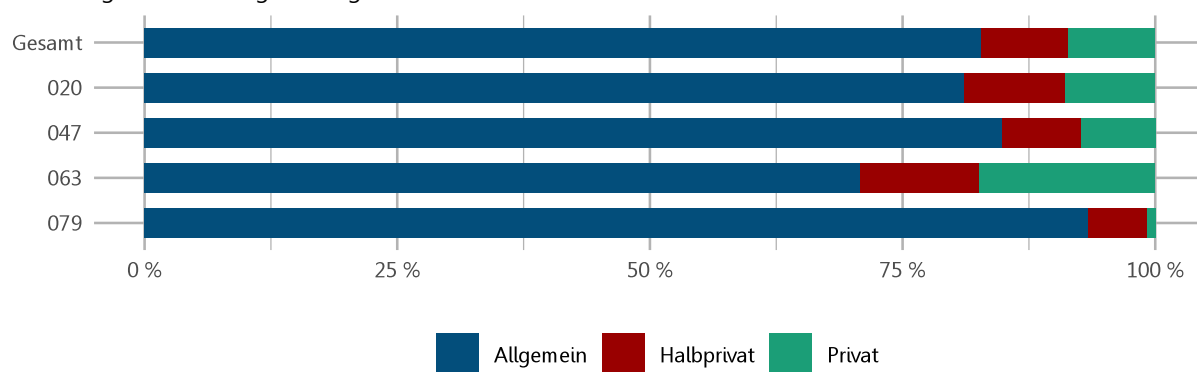


Abbildung 26: Verteilung der Hauptkostenträger der Rehabilitation 2022 nach Kliniken

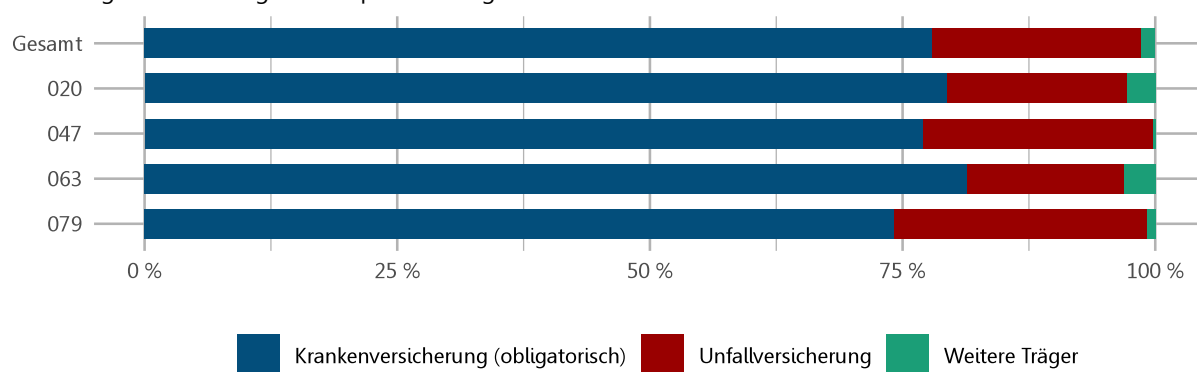


Abbildung 27: Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt 2022 nach Kliniken

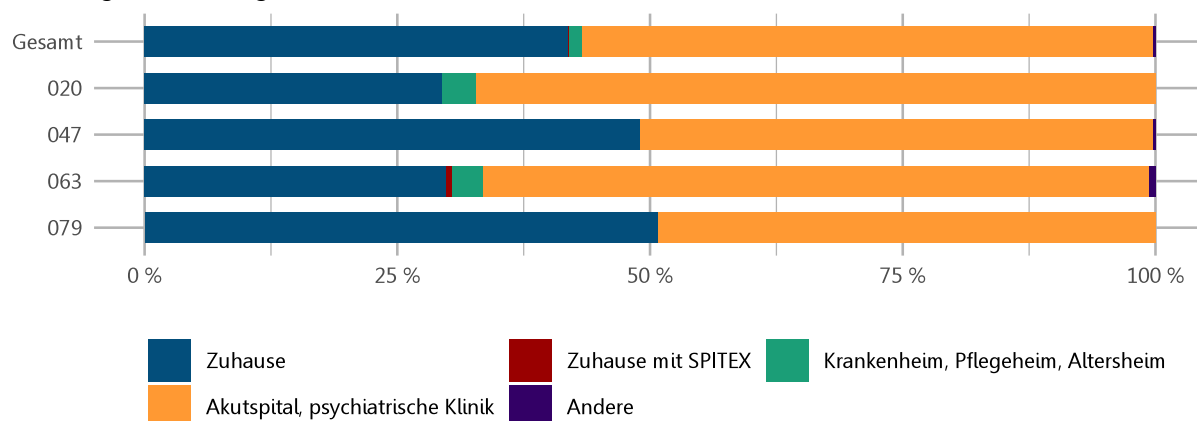


Abbildung 28: Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt 2022 nach Kliniken

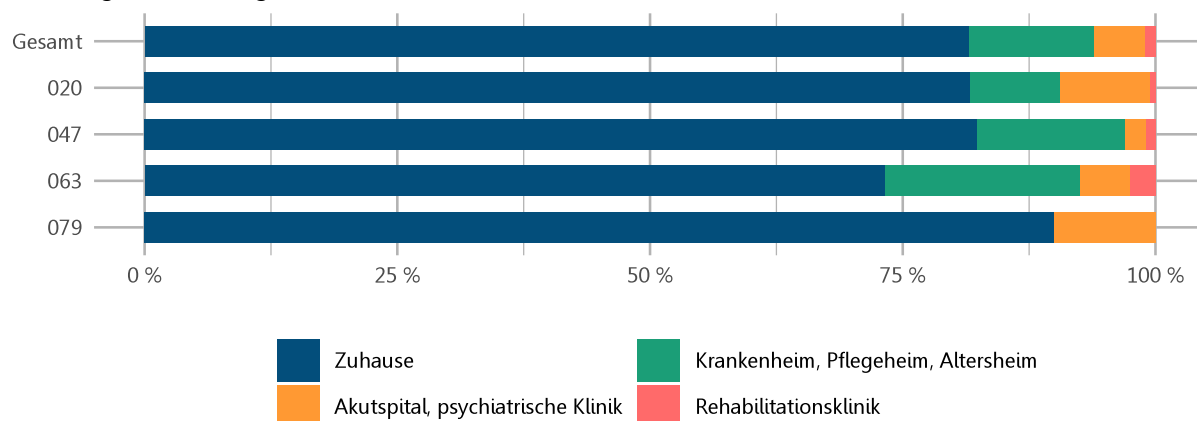


Abbildung 29: Verteilung der Diagnosegruppen 2022 nach Kliniken

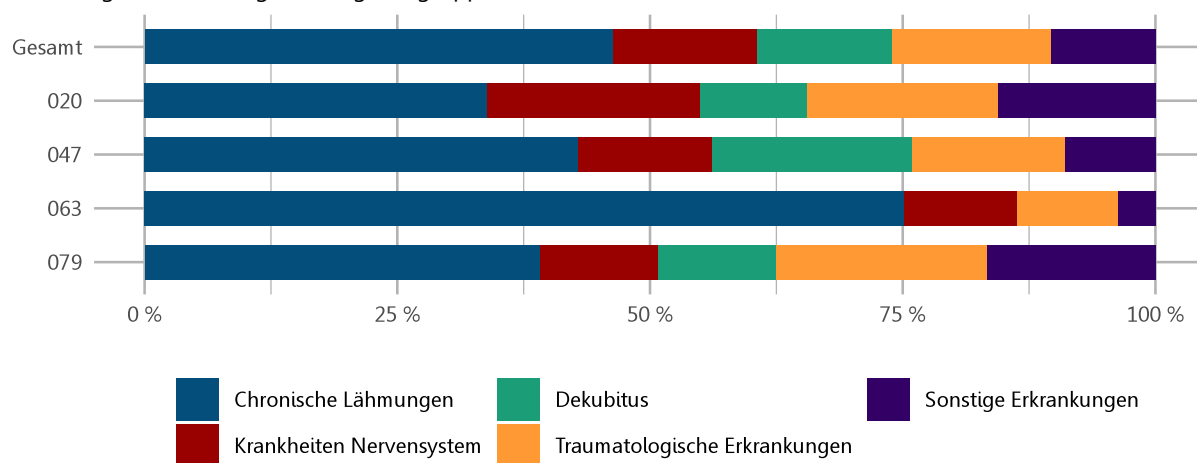
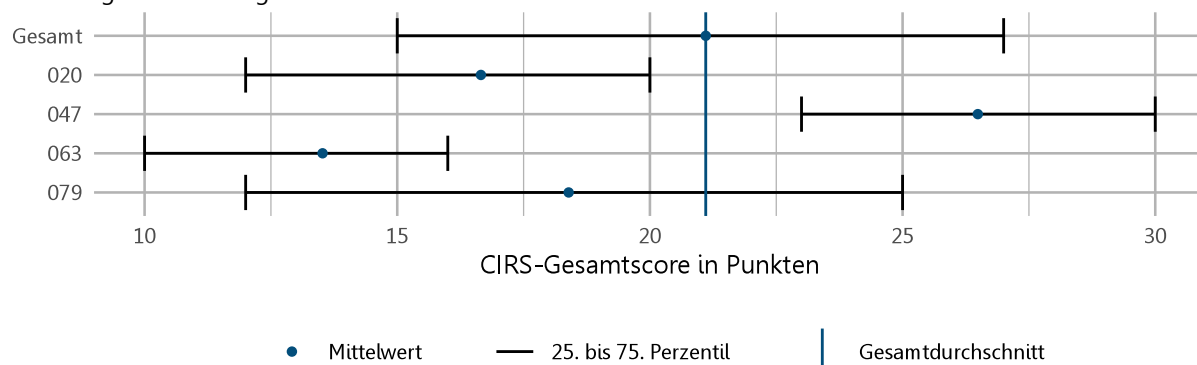


Abbildung 30: Verteilung des CIRS-Gesamtscores 2022 nach Kliniken



A4 Ergebnisqualität SCIM im Klinikvergleich

Tabelle 6: SCIM-Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für Ein- und Austritt nach Kliniken im Jahresvergleich (ohne Adjustierung)

Klinik	Jahr	SCIM Eintritt				SCIM Austritt				Gesamt n
		Mittel- wert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	Mittel- wert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	
Gesamt	2022	41.3	25.4	39.7	43.0	53.2	27.1	51.4	55.0	897
	2021	40.9	25.4	39.3	42.6	50.3	26.6	48.6	52.0	917
020	2022	41.5	24.6	37.9	45.1	57.6	27.7	53.6	61.7	180
	2021	47.8	26.2	44.0	51.7	58.3	27.1	54.3	62.3	182
047	2022	40.7	24.7	38.4	43.0	50.0	26.2	47.5	52.5	436
	2021	38.3	23.0	36.2	40.3	47.0	25.3	44.7	49.3	466
063	2022	34.8	21.5	31.4	38.1	50.1	26.4	46.0	54.2	161
	2021	34.1	24.7	30.0	38.2	50.1	27.1	45.6	54.6	143
079	2022	52.2	30.5	46.7	57.7	62.1	28.2	57.0	67.2	120
	2021	48.7	29.2	43.6	53.9	51.2	28.0	46.2	56.1	126

Tabelle 7: Vergleichsgrösse SCIM nach Kliniken im Jahresvergleich

Klinik	Jahr	Vergleichs- grösse SCIM	adj. p-Wert	Konfidenzintervall		Gesamt n
				Untere Grenze	Obere Grenze	
020	2022	3.15	0.118	-0.52	6.82	180
	2021	3.55	0.069	-0.20	7.30	182
047	2022	-2.74	0.231	-6.51	1.03	436
	2021	-1.32	0.793	-5.10	2.46	466
063	2022	1.64	0.768	-2.87	6.15	161
	2021	4.55	0.029	0.33	8.77	143
079	2022	-0.53	0.986	-4.64	3.58	120
	2021	-7.05	<0.001	-11.36	-2.73	126

Tabelle 8: Ergebnisse der linearen Regression: Abhängige Variable SCIM-Austrittswert 2022

Variablenname	Regressions- koeffizient	Standard- fehler	T-Wert	p-Wert
Konstante	22.06	3.55	6.22	<0.001
Geschlecht (Referenz: Männer)				
Frauen	-1.57	1.15	-1.37	0.172
Nationalität (Referenz: Schweiz)				
Andere Nationalitäten	2.59	1.44	1.80	0.073
Liegeklasse (Referenz: Allgemein)				
Halbprivat	-0.76	1.98	-0.38	0.701
Privat	1.35	2.01	0.67	0.503
Hauptkostenträger (Referenz: Krankenversicherung (obligatorisch))				
Unfallversicherung	-1.86	1.47	-1.26	0.206
Weitere Träger	-2.00	4.84	-0.41	0.681
Aufenthaltort vor Eintritt (Referenz: Zuhause)				
Zuhause mit SPITEX	0.17	16.08	0.01	0.991
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	1.53	5.21	0.29	0.769
Akutspital, psychiatrische Klinik	9.99	1.27	7.85	<0.001
Andere	-5.46	11.38	-0.48	0.632
Aufenthaltort nach Austritt (Referenz: Zuhause)				
Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim	-11.18	1.81	-6.19	<0.001
Akutspital, psychiatrische Klinik	-9.79	2.55	-3.83	<0.001
Rehabilitationsklinik	-4.06	5.46	-0.74	0.458
Diagnosegruppe (Referenz: Chronische Lähmungen)				
Krankheiten Nervensystem	1.13	1.69	0.67	0.505
Dekubitus	-0.07	1.83	-0.04	0.968
Traumatologische Erkrankungen	6.54	1.79	3.66	<0.001
Sonstige Erkrankungen	-1.73	1.89	-0.91	0.361
Alter in Jahren	-0.05	0.04	-1.30	0.193
Dauer der Rehabilitation in Tagen	0.05	0.01	4.82	<0.001
CIRS-Gesamtscore in Punkten	-0.20	0.10	-2.03	0.042
SCIM-Eintrittswert	0.79	0.03	31.04	<0.001
Klinikfaktor im Modell*	*	*	*	*

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

$R^2=0.663$; Adjustiertes $R^2=0.654$

F-Statistik=71.6; Freiheitsgrade=872

Fallzahl: 897

A5 Partizipationsziele und Zielerreichung im Klinikvergleich

Abbildung 31: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

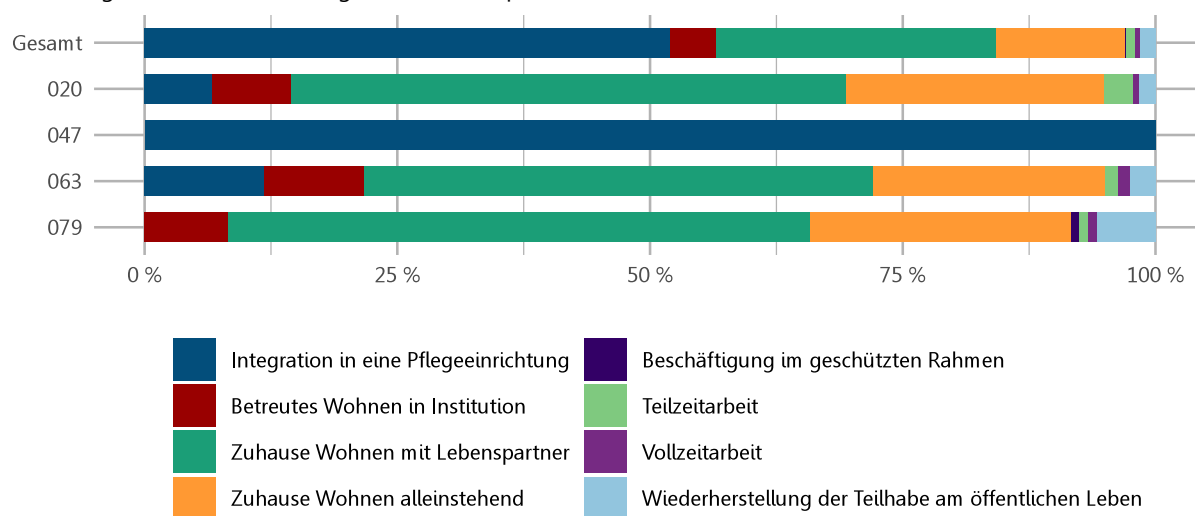


Tabelle 9: Bei Reha-Eintritt gewählte Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

Klinik	Integration in eine Pflege- einrichtung		Betreutes Wohnen in Institution		Zuhause Wohnen mit Lebenspartner		Zuhause Wohnen alleinstehend		Beschäftigung im geschützten Rahmen		Berufliche Umorientierung		Berufliche Umschulung		Teilzeit- arbeit		Vollzeit- arbeit		Wieder- herstellung der Teilhabe am öffentl. Leben		Gesamt	n
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gesamt	467	52.1	40	4.5	249	27.8	114	12.7	1	0.1	0	0.0	0	0.0	8	0.9	4	0.4	14	1.6	897	
020	12	6.7	14	7.8	99	55.0	46	25.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.8	1	0.6	3	1.7	180	
047	436	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	436	
063	19	11.8	16	9.9	81	50.3	37	23.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.2	2	1.2	4	2.5	161	
079	0	0.0	10	8.3	69	57.5	31	25.8	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8	1	0.8	7	5.8	120	

Abbildung 32: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

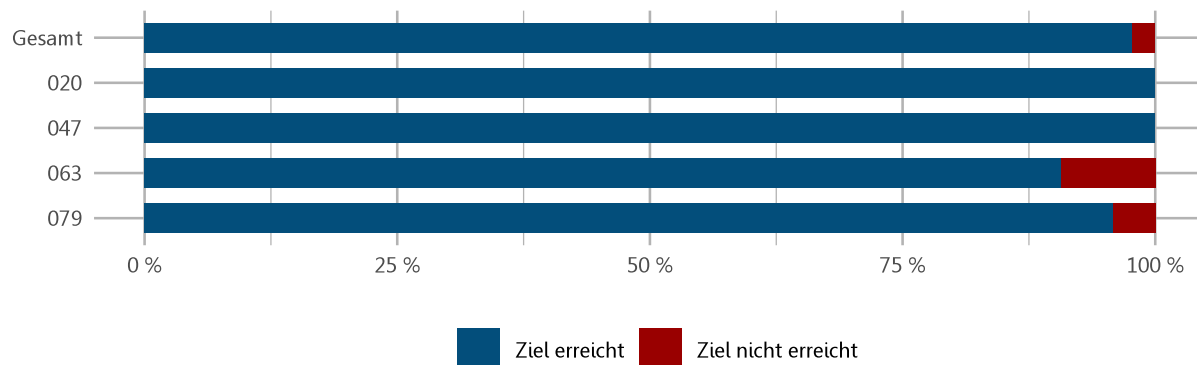


Tabelle 10: Zielerreichung der Partizipationsziele 2022 nach Kliniken

Klinik	Ziel erreicht		Ziel nicht erreicht		Gesamt n
	n	%	n	%	
Gesamt	877	97.8	20	2.2	897
020	180	100.0	0	0.0	180
047	436	100.0	0	0.0	436
063	146	90.7	15	9.3	161
079	115	95.8	5	4.2	120

Impressum

Titel	Nationaler Vergleichsbericht 2022. Paraplegiologische Rehabilitation
Autorinnen und Autoren	Dipl.-Päd. (Rehab.) Stefanie Köhn Anika Zembic, MPH Frederike Basedow, M.Sc. Prof. Dr. Karla Spyra
Publikationsort und -jahr	Bern/Berlin 21. September 2023 (v1.0)
Zitation:	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023). Paraplegiologische Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht 2022.
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic 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. Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeberin vertreten durch	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – ANQ Dr. phil. Stephan Tobler, Leitung 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