



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

Nationaler Messplan Rehabilitation: Umsetzungskonzept

Vom ANQ-Vorstand verabschiedete Version (Kurzversion ohne Anhang)

Version 3 vom 16. April 2012 /
mit im Oktober 2012 aktualisiertem Kapitel „4.3 Kosten, Finanzierung und Taxzuschlag“

Inhalt

1	Zusammenfassung	1
2	Ausgangslage.....	3
	2.1 Nationaler Verein für die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)	3
	2.2 Stationäre Rehabilitation in der Schweiz	3
	2.3 Qualitätsmessungen in der Rehabilitation	3
	2.4 Auftrag des Qualitätsausschusses Rehabilitation	4
3	Nationaler Messplan Rehabilitation	5
	3.1 Einleitung.....	5
	3.2 Modul 1: Nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation.....	5
	3.2.1 Der Fragebogen für die nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation.....	6
	3.2.2 Erhebung zusätzlicher Variablen für die Auswertung	6
	3.2.3 Methodische Aspekte	6
	3.2.4 Organisation der nationalen Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation	7
	3.3 Bereichsspezifische Messpläne	7
	3.3.1 Modul 2: Messplan für die muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation ..	7
	3.3.2 Modul 3: Messplan für die kardiale und pulmonale Rehabilitation	9
	3.3.3 Erhebung zusätzlicher Variablen für die Auswertung (Modul 2 und Modul 3)	11
	3.3.4 Methodische Aspekte (Modul 2 und Modul 3).....	12
	3.3.5 Handbuch zur Messung und Schulungskonzept (Modul 2 und Modul 3).....	13
	3.3.6 Organisation der bereichsspezifischen Messungen (Modul 2 und Modul 3).....	14
	3.4 Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung (Modul 1, Modul 2 und Modul 3)	15
	3.4.1 Berichtswesen.....	15
	3.4.2 Veröffentlichung der Ergebnisse	16
	3.5 Kosten, Finanzierung und Taxzuschlag (Modul 1, Modul 2 und Modul 3).....	16
	3.6 Zeitplan und Meilensteine (Modul 1, Modul 2 und Modul 3).....	18
	3.7 Weiterentwicklung des Messplans Rehabilitation.....	19

1 Zusammenfassung

Der nationale Messplan Rehabilitation umfasst insgesamt 10 Instrumente und ist modularisiert: Modul 1 beinhaltet die Erhebung der Patientenzufriedenheit anhand eines Kurzfragebogens in allen Fachbereichen der stationären Rehabilitation. Der Kurzfragebogen (fünf Fragen) kann in Kombination mit allfällig bestehenden Patientenzufriedenheitsmessungen eingesetzt werden. Befragt werden alle erwachsenen Patienten, welche in einer maximal zwei Monate dauernden Zeitperiode aus der Rehabilitationsklinik ausgetreten sind. Die Datenerhebung ist zeitlich mit der entsprechenden Datenerhebung im Akutbereich koordiniert.

Die Zufriedenheitsbefragung ist eine mit einer Mindeststichprobe kombinierte Periodenmessung. Basis des Auswertungsberichts sind die während der maximal zweimonatigen Beobachtungsperiode erhobenen Daten. Organisation, Durchführung und Berichtsfassung erfolgen analog der entsprechenden Befragung in der Akutmedizin.

Modul 2 des nationalen Messplans Rehabilitation beinhaltet die Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen und neurologischen stationären Rehabilitation. Als Instrument vorgesehen ist die Zieldokumentation in Anlehnung an die ICF-Philosophie (inkl. Beurteilung der Zielerreichung). Diese wird entweder mit dem EBI oder FIM (Wahlpflicht für neurologische Patienten) oder mit dem HAQ (muskuloskelettale Patienten) kombiniert.

Modul 3 des nationalen Messplans Rehabilitation beinhaltet die Qualitätsmessungen in der kardialen und pulmonalen stationären Rehabilitation. Sowohl in der kardialen als auch pulmonalen Rehabilitation sind der 6-Minuten-Gehtest und eine Ergometrie vorgesehen. Zusätzlich eingesetzt werden der krankheitsorientierte MacNew Heart bei bestimmten kardiovaskulären Patientengruppen, ein Feeling-Thermometer bei Patienten mit pneumologischer Problematik sowie der CRQ-Fragebogen bei COPD-Patienten.

An allen Patienten mit einer muskuloskelettalen, neurologischen, kardialen oder pulmonalen Problematik werden zwei oder mehr fachbereichsspezifische Messungen (Modul 2 bzw. Modul 3) durchgeführt. Die Messung erfolgt bei Eintritt und Austritt (Vollerhebung).

Die eingesetzten 9 Instrumente des Moduls 2 und 3¹ und ihre Anwendung werden in einem Handbuch dokumentiert. Die Anwendung der Instrumente durch das medizinische und therapeutische Personal wird im Rahmen von Veranstaltungen geschult.

Organisation der Datenerhebungen, Auswertung und Berichtsfassung erfolgen unabhängig von der Patientenzufriedenheitsbefragung (Modul 1). Basis der jährlichen Gesamtberichte für Modul 2 und Modul 3 bilden die Daten eines Jahres (12 Monate).

Die Sicherstellung einer hohen Datenqualität bei der Dateneingabe in den Kliniken bis hin zur Datenbereinigung durch das Auswertungsinstitut hat einen hohen Stellenwert. Eine hohe Datenqualität ist unabdingbar für das Gelingen des Projekts und die angestrebte Veröffentlichung der Ergebnisse mit namentlicher Bezeichnung der Kliniken.

Für die Messungen, die Auswertung und Berichterstellung in allen drei Modulen entstehen Aufwendungen von insgesamt 1.37 Mio. Franken. Die externen Messkosten, die dem ANQ belastet

¹ Modul 2: Dokumentation der Ziele (inkl. Zielerreichung), Functional Independence Measurement (FIM), Erweiterter Barthel-Index (EBI), Health Assessment Questionnaire (HAQ); Modul 3: 6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart, Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), Feeling Thermometer.

werden, belaufen sich auf ■■■■ Tsd. Franken. Auf Basis der Verträge und Reglemente wurden klinikinterne Messkosten in der Höhe von ■■■■ Tsd. Franken (Referenzjahr 2009) errechnet; diese dürften deutlich unter die tatsächlich zu erwartenden Umstellungskosten in den Kliniken liegen

Es resultiert ein gesamter Taxzuschlag (Kantons- plus Versichereranteil) von 23.60 Franken (gerundet). Dieser wird auf die Kantone (13.00 Franken) und Versicherer (10.60 Franken) aufgeteilt.

Messbeginn ist Anfang 2013 für das Modul 2 und 3; die Patientenzufriedenheitsmessung soll im Frühsommer 2013 auf Basis der Austritte in den Monaten April und Mai durchgeführt werden (die entsprechende Messung im Akutbereich erfolgt auf Basis der Austritte im Monat September).

2 Ausgangslage

2.1 Nationaler Verein für die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Der Zweck des ANQ ist die Koordination, Durchführung und Publikation von Qualitätsmessungen auf nationaler Ebene im stationären Bereich. Dabei sind Messungen in der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie einheitlich umzusetzen. Der ANQ ist auch für die Vorgabe der gesamtschweizerisch durchzuführenden Messungen verantwortlich. Mit der Dokumentation der Qualität (Vergleich mit nationalen Referenzwerten) wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung geleistet (Statuten des ANQ vom 24. November 2009).

Die Finanzierung und Umsetzung der Qualitätsmessungen im stationären Bereich gemäss den Vorgaben des ANQ wurde 2011 im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrages von dem ANQ, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), H+, santésuisse und den Eidgenössischen Sozialversicherern geregelt. Alle Kantone und fasst alle Leistungserbringer und Versicherer sind diesem Vertrag beigetreten; der Rahmenvertrag aus dem Jahr 1997 (siehe oben) wird damit hinfällig.

Darüber hinaus wurde 2011 ein Datenreglement in Kraft gesetzt, welches den Umgang mit den im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrages erhobenen Daten der beteiligten Partner regelt. Es legt zudem die Rahmenbedingungen für die Auswertung und Publikation der Daten fest. Im selben Jahr noch wurde ein Grundlagenpapier erstellt, das die Anforderungen an die messspezifischen Auswertungskonzepte formuliert.

2.2 Stationäre Rehabilitation in der Schweiz

Aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS 2011) geht hervor, dass die Schweiz 53 Rehabilitationskliniken zählt, davon 20 in der lateinischen Schweiz (18 in der Westschweiz und 2 im Tessin). Diese verzeichneten im Jahr 2009 rund 58'000 Austritte.² Durchschnittlich weisen die Kliniken je rund 1'000 Austritte jährlich aus (Minimum: rd. 350 Austritte; Maximum: rd. 2'000 Austritte; geschätzt auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, Datenjahr 2009). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einer Rehabilitationsklinik beträgt gemäss Obsan (2011) 25 Tage; die mediane Aufenthaltsdauer 21 Tage (d.h. die Hälfte der Behandlungen dauert weniger, die andere Hälfte länger als 21 Tage).

2.3 Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Die Wahl von ergebnisrelevanten Qualitätsindikatoren und die Anforderungen an Klinikvergleiche werden in der Schweiz seit rund 10 bis 15 Jahren diskutiert. Diese Diskussionen, an denen

² Zwischen 2005 und 2009 ist die Zahl der Kliniken und Austritte kontinuierlich gestiegen. In der aktuellsten Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS 2012) ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Klinik- und Austrittszahlen dokumentiert: danach gibt es in der Schweiz 41 Rehabilitationskliniken, welche im Jahr 2010 rund 45'000 Austritte verzeichneten. Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik (BFS) füllen Kliniken mit mehreren Aktivitätsbereichen (Akutmedizin, Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie) bzw. Standorten neu nur einen Fragebogen aus – statt einen pro Aktivitätsbereich bzw. Standort. Ausserdem wurden 2010 Rehabilitationsabteilungen administrativ in die Allgemeinspitäler eingegliedert, was den Rückgang der Einrichtungen erklärt. Davon vergleichsweise stark betroffen waren die Kantone Jura, Neuenburg, Solothurn, Tessin, Wallis und Waadt (Mitteilung des BFS vom 23. Dezember 2011 sowie 17. Januar 2012)..

sich die verschiedensten Gremien und Arbeitsgruppen seitens der Kranken- und Sozialversicherer sowie der Leistungserbringer beteiligt haben, bilden die Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung der ANQ-Pilotprojekte.

Der ANQ (ehemals KIQ) hat zusammen mit Kliniken mehrere Projekte zur Entwicklung und Umsetzung rehabilitationsspezifischer Ansätze in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation im Sinne von Vergleichsmessungen durchgeführt

2.4 Auftrag des Qualitätsausschusses Rehabilitation

Der Qualitätsausschuss Rehabilitation umfasst 9 Vertreterinnen und Vertreter, von Fachgesellschaften, Versicherern und Kantonen³. Im Dezember 2010 wurde er vom Vorstand des ANQ beauftragt, bis spätestens Ende 2011 ein Umsetzungskonzept für die flächendeckende Messung von ergebnisrelevanten Qualitätsindikatoren in der stationären Rehabilitation zu erarbeiten, das mit der Leistungsfinanzierung in der Rehabilitation (ST-Reha-Projekt)⁴ kompatibel ist.

Der Qualitätsausschuss Rehabilitation beschloss, die verschiedenen Konzepte in der Rehabilitation aufzugreifen und in die Arbeiten zur Erstellung des Umsetzungskonzepts zu integrieren. Dazu hat er die Bildung von drei Arbeitsgruppen initiiert: die Arbeitsgruppe 1A, die Arbeitsgruppe 1B sowie die Arbeitsgruppe 2. Die Geschäftsstelle hat die Sitzungen der drei Arbeitsgruppen organisiert und durchgeführt.

Zusätzlich wurden Grundlagen, insbesondere zum Datenerfassungs- und Auswertungssystem (Basis dazu bildeten drei Richtofferten), zur geplanten nationalen Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation (Basis hierzu bildete die nationale Zufriedenheitsbefragung im Akutbereich) sowie zur Finanzierung erarbeitet. Die kritische Diskussion dieser Grundlagen erfolgte an den Sitzungen im September 2011 und November 2011.

³ Eine Mitgliederliste befindet sich im Anhang Abschnitt 4.1

⁴ ST-Reha ist die Kurzbezeichnung des Projekts „Schweizerisches Tarifsysteem Rehabilitation“. Seit 2004 bearbeiten H+ und die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) das Tarifprojekt im Bereich der stationären Rehabilitation. Es bezweckt die Umsetzung der neuen gesetzlichen Grundlagen und der neuen Spitalfinanzierung (Leistungsfinanzierung). Im Jahr 2009 konnte als Meilenstein ein Patientenklassifikationssystem (PCS) entwickelt werden, das anhand des Schweregrads einer Erkrankung die Behandlungskosten schätzt. Gegenwärtig wird im Rahmen einer Pilotphase das PCS probeweise in Kliniken eingeführt (vgl. http://www.hplus.ch/de/tarife_preise/andere_stationaere_tarife/st_reha/).

3 Nationaler Messplan Rehabilitation

3.1 Einleitung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Regularien des ANQ, die Pilotprojekte des ANQ das Konzept der Expertengruppe kardiale Rehabilitation und dasjenige der Schweizerischen Pneumologischen Gesellschaft (SGP) sowie die Ergebnisse der vom ANQ eingesetzten Arbeitsgruppen bilden die Grundlagen für den vorliegenden nationalen Messplan Rehabilitation.

Der nationale Messplan Rehabilitation ist in drei Modulen gegliedert:

Modul 1: Nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation

Modul 2: Muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation

Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation

Die Organisation der Datenerhebung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse der nationalen Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation erfolgt separat von derjenigen in Modul 2 und Modul 3.

Der Messplan Rehabilitation kommt in der stationären Rehabilitation zur Anwendung. Während das Modul nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation grundsätzlich in allen Bereichen der stationären Rehabilitation eingesetzt werden kann, ist die Anwendung des Moduls muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation sowie des Moduls kardiale und pulmonale Rehabilitation nur in den entsprechenden Bereichen vorgesehen.

Wo die Umsetzung der ANQ-Messvorgaben aufgrund der Leistungserbringungsstrukturen (z.B. Paraplegiologie, onkologische, pädiatrische oder andere Rehabilitationsangebote) erschwert bzw. anders gestaltet ist, sieht Art. 4 Abs. 2 des Qualitätsvertrags die Möglichkeit vor, ein Dispensgesuch an den ANQ zur teilweisen Befreiung von der Umsetzung der ANQ-Messvorgaben einzureichen und über alternative Messvorgaben zu informieren. Die Gesuche bearbeitet der ANQ Qualitätsausschuss Rehabilitation zuhanden des Vorstandes des ANQ.

3.2 Modul 1: Nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Am häufigsten werden derzeit für umfassende Patientenbefragungen der Fragebogen von MECON measure & consult GmbH⁵ sowie das System PZ-Benchmark®⁶ eingesetzt.

Basis für die Entwicklung des rehabilitationsspezifischen Fragebogens und Befragungskonzepts war die nationale Zufriedenheitsbefragung im Akutbereich, welche im November 2011 zum ersten Mal durchgeführt wurde. Fragebogen und Befragungskonzept wurden an die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst. Bei der Weiterentwicklung sollen auch die Erkenntnisse aus der Patientenzufriedenheitsbefragung im Akutbereich berücksichtigt werden.

⁵ Vgl. http://www.meccon.ch/d_di_pa_re.cfm?a_lang=d

⁶ Vgl. <http://www.marty-mafo.ch/pz.php>

3.2.1 Der Fragebogen für die nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation

Der Fragebogen liegt in drei Landessprachen vor (Deutsch, Französisch, Italienisch). Dank seiner Fokussierung auf wenige, jedoch für alle Rehabilitationskliniken relevante Themen, können die Kliniken den nationalen Fragebogen in Ergänzung zu den bestehenden Patientenzufriedenheitsbefragungen einsetzen. Die klinikspezifischen Befragungsergebnisse können mit nationalen Referenzwerten verglichen werden.

Der nationale Fragebogen umfasst fünf Fragen: Bei den ersten zwei Fragen wird die allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitationsbehandlung erfasst. Anhand zwei weiterer Fragen beurteilen die Patienten die Verständlichkeit der Information der Ärztinnen und Ärzte sowie die Betreuung durch das therapeutische Personal, das Pflegefachpersonal und den Sozialdienst während des Aufenthalts. Schliesslich beurteilen die Patienten, ob sie sich in der Rehabilitationsklinik respekt- und würdevoll behandelt fühlten. Dank der allgemeinen Gültigkeit der Fragen sollte eine klinikspezifische Auswertung ohne Differenzierung nach Rehabilitationsbereichen möglich sein.

Eine sprachliche und inhaltliche Validierung des Fragebogens ist geplant, ebenso die Weiterentwicklung des Verfahrens durch eine Expertengruppe. Das Validierungsverfahren im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens für die nationale Zufriedenheitsbefragung Akutmedizin zeigte unter anderem, dass sich die Fragen aus dem nationalen Fragebogen Akutmedizin mit differenzierteren Fragen aus anderen Patientenbefragungen kombinieren lassen.

3.2.2 Erhebung zusätzlicher Variablen für die Auswertung

Mit Blick auf die Auswertung werden klinik- und personenbezogene Angaben erhoben (Klinik-Nummer, Fall-Nummer sowie Geburtsjahr, Geschlecht und Versicherungsstatus).

Eine Erhebung von eindeutigen Identifikatoren für den Fall (Patient) zur Verknüpfung der Daten aus der nationalen Zufriedenheitsbefragung mit den Daten aus den anderen Modulen (Modul 2: muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation; Modul 3: kardiale und pulmonale Rehabilitation) ist nicht vorgesehen.

3.2.3 Methodische Aspekte

Zielgruppe der Befragung sind die in einem vorgängig definierten Zeitfenster austretenden stationär behandelten erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahre alt). Patienten, welche in der Zeitperiode mehr als einmal aus der Klinik entlassen wurden, werden nur nach dem ersten Austritt befragt.

Der Versand des schriftlichen Fragebogens erfolgt 2 bis 7 Wochen nach dem Austritt aus der Rehabilitationsklinik (mit frankiertem Rückantwortcouvert); online und telefonische Befragung sind grundsätzlich erlaubt; müssen aber die für die schriftliche Befragung gesetzten Bedingungen einhalten. Auf ein Erinnerungsschreiben wird verzichtet.

Es werden solange Fragebogen an die austretenden Patienten verschickt bis für die betreffende Rehabilitationsklinik mind. 50 auswertbare Fragebögen beim Messinstitut eingetroffen sind (Mindeststichprobe). Ein zweimonatiges Zeitfenster wird für die meisten Kliniken als ausreichend betrachtet. Befragt werden Patienten, welche in den Monaten April und Mai aus der Rehabilitationsklinik ausgetreten sind. Die Messmonate sind mit der Patientenbefragung im Akutbereich abgestimmt, damit vermieden wird, dass ein Patient zweimal durch ANQ befragt wird (Gefahr,

beurteilte Institution zu verwechseln). Im Akutbereich werden die im September austretenden Patienten befragt (2012).

Die Rücklaufquote berechnet sich aus auswertbaren Fragebogen (Zähler) und verschickten Fragebogen (Nenner). Die Rücklaufquote wird als wichtiger Indikator für die Qualität der Daten betrachtet und soll angegeben werden.

Voraussetzung für eine gruppenstatistische Auswertung nach Rehabilitationsklinik (inkl. Gesamtergebnissen) ist das Erreichen der Mindeststichprobengrösse von 50 auswertbaren Fragebogen. Bei unzureichender Rücklaufquote (auch bei erreichter Mindestzahl an auswertbaren Fragebögen) soll keine gruppenstatistische Auswertung nach Rehabilitationsklinik erfolgen.

3.2.4 Organisation der nationalen Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation

Die Befragung wird mit einer Kombination aus zentralen und dezentralen Instituten abgewickelt. Die Hauptaufgaben des zentralen Messinstituts sind die Koordination der Abwicklung der Befragungen in den einzelnen Rehabilitationskliniken, die Einrichtung der zentralen Datenbank, die Auswertung und Berichterstellung (vgl. Abschnitt 3.4, Seite 15). Dabei richtet sich das zentrale Institut nach den Vorgaben des ANQ (Datenreglement, Auswertungs- und Publikationskonzept).

Für die Abwicklung der Messung in den Rehabilitationskliniken sind die dezentralen Messinstitute zuständig. Diese werden jeweils von den Rehabilitationskliniken selber bestimmt. Die dezentralen Messinstitute wickeln die Befragung in Zusammenarbeit mit den Spitälern nach den Vorgaben des zentralen Messinstituts ab. Sie stellen den Spitälern die Fragebogen und entsprechende Begleitschreiben bereit, verarbeiten die retournierten Fragebogen und sind für den Datentransfer an das zuständige zentrale Messinstitut verantwortlich.

Es ist geplant, eine Offerte bei den für die Abwicklung der nationalen Zufriedenheitsbefragung Akutmedizin zuständigen zentralen Messinstituten einzufordern (Nutzung von Synergien).

3.3 Bereichsspezifische Messpläne

3.3.1 Modul 2: Messplan für die muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation

Der Messplan m & n basiert auf den in der muskuloskelettalen und neurologischen Rehabilitation weit verbreiteten ICF-Ansatz. Die Erfassung der Behandlungsziele (Partizipationsziele) und die Beurteilung des Zielerreichungsgrades werden durch klassische Outcome-Indikatoren, welche die Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit messen, ergänzt (Tabelle 1).

Als Qualitätsindikator dient der bei Austritt (bzw. Austrittswoche) erreichte Zielerreichungsgrad. Der Zielerreichungsgrad wird vom medizinischen und therapeutischen Team auf einer drei- oder zweistufigen Antwortskala beurteilt. Mithin wird für jeden Patienten das bei Eintritt festgelegte Hauptziel des Rehabilitationsaufenthalts (Partizipationsziel). Partizipationsziele sind Wohnen (6 Hauptzielkategorien), Arbeit (5 Hauptzielkategorien) und soziokulturelles Leben (2 Hauptzielkategorien). Im Anhang sind die Instrumente dokumentiert (vgl. Abschnitt 4.8, Seite 37).

Im Rahmen des Pilotprojekts des ANQ wurde das Instrument der Dokumentation der Ziele (inkl. Zielerreichung) bereits eingesetzt. Es hatte sich als Outcome-Instrument bewährt und vermochte darüber hinaus, Qualitätsverbesserungen anzustossen. Das lizenzfreie Instrument wird von

den Fachgesellschaften anerkannt.⁷ Ein Grossteil von anerkannten Schweizer Kliniken wendet dieses Instrument in einer ähnlichen Form bereits an. Eine deutschsprachige Version ist im Anhang dokumentiert.

Zusätzlich eingesetzt wird der Health Assessment Questionnaire (HAQ) für Patienten mit einer muskuloskelettalen Diagnose. Der Fragebogen bildet mit 24 Fragen das Ausmass der Selbständigkeit und der Verwendung von Hilfsmitteln in den Bereichen Ankleiden, Körperpflege, Mobilität und Essen von muskuloskelettaler Patienten zum Befragungszeitpunkt ab. Erfasst werden ebenfalls die Selbständigkeit beim Heben, Greifen oder Öffnen von Gegenständen sowie beim Einkaufen und Haushalten. Das Ausfüllen des HAQ durch das medizinisch-therapeutische Personal braucht ca. 10 Minuten.

Kliniken mit neurologischen Patienten haben die Pflicht, entweder den Functional Independence Measure (FIM) für alle Patienten mit einer neurologischen Diagnose anzuwenden, oder den erweiterten Barthel-Index (EBI). Die Anwendung des gewählten Instruments erstreckt sich in der Klinik jeweils auf alle Patienten mit neurologischer Diagnose. Mit dem FIM oder dem EBI wird das Vorliegen von funktionellen Einschränkungen von Patienten bei Alltagsaktivitäten (Ankleiden, Körperpflege, Mobilität, Essen und kognitive Fähigkeiten) zum Befragungszeitpunkt erfasst. Der FIM verwendet hierzu 18 Fragen (7-stufige Antwortskala), der EBI 16 Fragen (4-stufige Antwortskala mit variierender Punktezahl). Für das Ausfüllen des FIM durch das medizinisch-therapeutische Personal werden 15 bis 30 Minuten veranschlagt; für den EBI wird ein Zeitbedarf von 15 Minuten angegeben.

Die Wahlpflicht bei neurologischen Patienten (Einsatz von FIM oder EBI) schmälert insgesamt die Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Rehabilitationskliniken. Sie erhöht jedoch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen denjenigen Kliniken, welche das gleiche Instrument anwenden. Darüber hinaus fördert sie die Akzeptanz. Unter gewissen Bedingungen sind die Ergebnisse von FIM und EBI kompatibel.⁸

Die Messungen mit den Outcome-Instrumenten HAQ, FIM und EBI erfolgen bei Eintritt und Austritt durch das medizinische oder therapeutische Personal (Fremdbeurteilung). Der HAQ kann zwar auch durch die Patienten selbst ausgefüllt werden; der QA Rehabilitation rät aus Datenqualitätsgründen, den Fragebogen durch das medizinische oder therapeutische Personal ausfüllen zu lassen. Ein- und Austrittsmessung gehen in die jeweilige Score-Berechnung nach Massgabe allfälliger Richtlinien ein.⁹

Hier sei mit Blick auf die Sicherstellung einer hohen Datenqualität ergänzt, dass die Angaben aus der Zieldokumentation (inkl. Zielerreichungsgrad) dank den Outcome-Instrumenten HAQ, FIM und EBI validiert werden können.

HAQ, FIM und EBI sind international anerkannte Instrumente für Outcome-Messungen, die ohne Lizenzgebühren verwendet werden können.¹⁰ Ein Grossteil von Schweizer Kliniken wendet diese Instrumente bereits an und es liegen übersetzte Versionen vor. Im Rahmen des ST-Reha-

⁷ Vgl. die Webseiten SW!SSReha (Akkreditierungsverfahren) und SAR.

⁸ Vgl. Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz.

⁹ Die Richtlinien werden im Messhandbuch dargelegt.

¹⁰ Schädler, S. et al (2009): Assessments in der Rehabilitation. Band 1: Neurologie. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Huber, Bern.

Oesch, P. et al (2007): Assessments in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Huber, Bern.

Projekts wird nach Angaben von H+ die Vorgabe einer offiziellen Sprachversion geprüft (u.a. Bereinigung urheberrechtlicher Probleme bezüglich FIM, Anschaffung einer französischen und italienischen Version des HAQ). Die deutschsprachigen Versionen sind im Anhang dokumentiert.

Die Vorgaben des ANQ bezüglich der Instrumente und Messzeitpunkte schränken den Einsatz von freiwilligen weiteren Instrumenten, die zum Beispiel in Einklang mit klinikinternen Richtlinien stehen, oder die Wiederholung von Messungen bei längerer Klinikaufenthaltsdauer nicht ein.

Tabelle 1: Messplan in der muskuloskelettalen und neurologischen Rehabilitation (Modul 2)

Modul 2	Patienten	Zeitpunkt	Typ
		E=Eintritt A=Austritt ScB=Score-Berechnung	SB=Selbstbeurt. FB=Fremdbeurt.
	Diagnosegruppe		

Allgemeine Messung, mit Obligatorium

Hauptziele (HZ) und Zielerreichung (ZE) gemäss ICF-Ansatz	DG-m DG-n	HZ bei E; ZE bei A; ScB	FB / SB
---	--------------	-------------------------	---------

Diagnosespezifische Messung, mit Obligatorium bei muskuloskelettalen Patienten und Wahlpflicht bei neurologischen Patienten

Functional Independence Measurement (FIM)	DG-n	E / A; ScB	FB
Erweiterter Barthel-Index (EBI)	DG-n	E / A; ScB	FB
Health Assessment Questionnaire (HAQ)	DG-m	E / A; ScB	FB

3.3.2 Modul 3: Messplan für die kardiale und pulmonale Rehabilitation

Modul 3 basiert auf klassische Outcome-Indikatoren, welche die physiologische Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit messen in Kombination mit einer krankheitsspezifischen Lebensqualitätsbefragung (Tabelle 2). In der kardialen und pulmonalen Rehabilitation spielen Partizipationsziele aufgrund der gesundheitlichen Problematik der Patienten eine untergeordnete Rolle.

Bei Eintritt und Austritt erfolgt je nach Gesundheitszustand eine Messung der Leistungsfähigkeit anhand des 6-Minuten-Gehtests (für vergleichsweise schwer erkrankte Patienten) oder der Fahrrad-Ergometrie (für vergleichsweise weniger schwer erkrankte Patienten). Die Messungen werden durch das medizinisch-therapeutische Personal nach Massgabe von allfälligen Richtlinien der Fachgesellschaften durchgeführt (vgl. Anhang 4.9). Für die Durchführung des 6-Minuten-Gehtests sind je nach Gesundheitszustand des Patienten rund 15 bis 20 Minuten vorzusehen; die Durchführung einer Ergometrie benötigt rund 1 Stunde.

Die Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Ergometrie) sind international etablierte und wissenschaftlich validierte Instrumente für Outcome-Messungen.¹¹ Die Anwendung des 6-Minuten-Gehtests bzw. der Ergometrie ist in der Schweiz weit verbreitet und ein Kriterium des Akkreditierungsverfahrens der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie Rehabilitation (SAKR) bzw. der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SPG).

Zusätzlich soll bei Vorliegen bestimmter kardiovaskulärer Erkrankungen (Bypass & Klappe, Kombinierte kardiovaskuläre Operationen, Herzinsuffizienz (EF<40%)) der MacNew Heart bei Eintritt und Austritt eingesetzt werden (Selbstbeurteilung). Die krankheitsbezogene Lebensqualitätsbefragung anhand des MacNew Heart umfasst 27 Fragen und bildet physische, emotionale und soziale Funktionsbereiche sowie das Ausmass der Symptome in den letzten 2 Wochen vor der Befragung auf einer 7-stufigen Antwortskala ab. Das Ausfüllen des Fragebogens durch den Patienten beansprucht rund 20 Minuten.

Der MacNew Heart ist international etabliert und liegt als validierte englische, deutsche, französische und italienische Sprachversion vor.¹² Die deutschsprachige Version ist im Anhang dokumentiert (vgl. Anhang 4.9.3). Ob der in Schweizer Rehabilitationskliniken bislang wenig verwendete MacNew Heart als Kriterium im Akkreditierungsverfahren der SAKR eingesetzt wird, wird gegenwärtig diskutiert. Bei der Anwendung des Fragebogens fallen Lizenzkosten an, deren Höhe mit dem Lizenzgeber verhandelt werden muss.

Tabelle 2: Messplan in der kardialen und pulmonalen Rehabilitation (Modul 3)

Modul 3	Patienten	Zeitpunkt	Typ
	Diagnosegruppe	E=Eintritt A=Austritt ScB=Score-Berechn.	SB=Selbstbeurteilung FB=Fremdbeurteilung

Allgemeine Messungen, mit Wahlpflicht (Wahl abhängig vom Gesundheitszustand)

6-Minuten-Gehtest	DG-k; DG-p	E / A; ScB	FB
Fahrrad-Ergometrie	DG-k; DG-p	E / A; ScB	FB

Diagnosespezifische Messungen, obligatorisch bei den gegebenen Diagnosen

MacNew Heart	Bypass & Klappe, Kombinierte kardiovaskuläre Operationen, Herzinsuffizienz (EF<40%)	E / A; ScB	SB
--------------	---	------------	----

¹¹ Oesch, P. et al. (2011): Assessments in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Huber, Bern.

Büsching, G. et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation. Band 3: Kardiologie und Pneumologie. 1. Auflage. Huber, Bern.

¹² Höfer, S. et al. (2008): Psychometric properties of the MacNEw heart disease health-related quality of life instrument in patients with heart failure. Journal of Evaluation in Clinical Practice, Volume 14, Issue 4, pages 500-506, August 2008.

Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	COPD I-IV	E / A; ScB	SB
Feeling-Thermometer ^{a)}	DG-p / COPD I-IV	E / A; ScB	SB

a) In Büsching (2009) ist ein Instrument dokumentiert, das die Dyspnoe-Intensität mit einer Frage erfasst. Der Vertreter der Fachgesellschaft hat im Februar 2012 vorgeschlagen, stattdessen allen Patienten mit pneumologischer Problematik eine Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand zu stellen. Die Bestimmung des Instruments erfolgt im Verlauf der ersten Jahreshälfte 2012.

Bei COPD I-IV Patienten werden zusätzlich zum 6-Minuten-Gehtest bzw. der Ergometrie der Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) und das sogenannte Feeling Thermometer eingesetzt. Der CRQ als Fragebogen mit standardisierten Dyspnoe-Fragen zur Selbstbeurteilung umfasst insgesamt 20 Fragen (7-stufige Antwortskalen) zu Tätigkeiten, welche bei Menschen mit Lungenproblemen Kurzatmigkeit (Dyspnoe) hervorrufen können, zum Thema Müdigkeit, zur Stimmungslage sowie zur Bewältigung der Krankheit. Wie beim MacNew Heart wird auch hier der Gesundheitszustand in den letzten zwei Wochen vor der Befragung abgebildet. Das Ausfüllen des Fragebogens durch den Patienten beansprucht etwa 20 Minuten.

Der CRQ ist ein international etabliertes Instrument für die patientenorientierte Einschätzung der Ergebnisqualität und die SGP empfiehlt ihn im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens.¹³ Die deutsche Version (Selbstbeurteilung) ist validiert und im Anhang dokumentiert (vgl. Anhang 4.9.4). Bei der Anwendung fallen Lizenzkosten an, deren Höhe mit dem Lizenzgeber verhandelt werden muss.

3.3.3 Erhebung zusätzlicher Variablen für die Auswertung (Modul 2 und Modul 3)

Für die Auswertung sind in Modul 2 und Modul 3 erhobene Angaben mit den Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS zu verknüpfen. Diese werden von den Kliniken bereits obligatorisch erhoben und periodisch dem BFS zugestellt. Die Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS werden ebenfalls für das ST-Reha-Projekt genutzt.¹⁴

Die Medizinische Statistik des BFS ist in Variablen für die Lieferungsmeldung, Allgemeine Angaben, Minimaldaten sowie Zusatzdaten für bestimmte Patientengruppen (Neugeborene, Psychiatrie, weitere Zusatzdaten) gegliedert. Sie umfasst u.a. Angaben zur Identifizierung des Betriebs (z.B. BUR-Nummer, Name) sowie Falldaten (z.B. eindeutige Fallidentifikationsnummer, soziodemographische Angaben, Eintrittsmerkmale, Aufenthaltsmerkmale, betriebswirtschaftliche Merkmale, Austrittsmerkmale, Haupt- und Nebendiagnosen, Haupt- und weitere Behandlungen).

Bei der Auswertung wird die Komorbidität der Patienten berücksichtigt. Wie im ST-Reha-Projekt werden sie mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erfasst (vgl. Abschnitt 5.10, Seite 72)¹⁵.

¹³ <http://www.pneumo.ch/de/informationen-fuer-fachpersonen/pulmonale-rehabilitation.html>

¹⁴ Zwecks Gewährleistung der Anonymität sind im Rahmen des PCS Reha Projekts (Pilotphase 2011) Geburtsdatum, Wohnregion und Nationalität des Patienten nicht Teil des Lieferumfangs der Daten.

¹⁵ Im Pilotprojekt des ANQ wurde zunächst der CIRS und später eine vereinfachte Version des CIRS eingesetzt. Eine vergleichende Auswertung ergab, dass beide Instrumente ähnlich aussagekräftig sind. Ein Wechsel des Instruments müsste in Absprache mit den Verantwortlichen des ST-Reha-Projekts erfolgen.

Mit Blick auf die Auswertung sind zudem Kennzahlen zur Beschreibung der Rehabilitationskliniken zu berücksichtigen. Als Basis dient die Publikation des BFS zu den Kennzahlen der Schweizer Spitäler, welche 2011 in der fünften Ausgabe erschienen ist und erstmals Daten von allen Spitätern und Kliniken umfasst. In der Statistik sind die Rehabilitationskliniken als eigener Betriebstyp dargestellt. Die Daten geben einen Überblick über Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal und finanzielle Situation der Spitäler. Die Angaben basieren auf den Daten der Jahre 2008 und 2009.

Die separate Erhebung von Kontextfaktoren (reha-erschwerende persönliche Faktoren und Umweltfaktoren, inkl. Wohn- und Arbeitssituation, Rauchen, Alkoholkonsum) und Diagnosegruppen wird in Zusammenarbeit mit dem Auswertungsinstitut geprüft. Sofern sich aussagekräftige Diagnosegruppen aufgrund der Medizinischen Statistik bilden lassen, erübrigt sich deren separate Erhebung.

3.3.4 Methodische Aspekte (Modul 2 und Modul 3)

In Modul 2 und Modul 3 ist jeweils eine Vollerhebung geplant, in welche alle während eines Jahres austretenden stationär behandelten erwachsenen Patienten mit einer Eintritts- und Austrittsmessung erfasst werden. Patienten, welche in der Zeitperiode mehr als einmal aus einer Rehabilitationsklinik entlassen werden, werden erneut erfasst und bilden einen neuen Fall.

Die Erhebung der Daten erfolgt während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik und wird schriftlich dokumentiert (Papier, elektronisch). Der ANQ erlässt Vorgaben (Handbuch / Manual) für die Erhebung und Dokumentation der Daten.

Die Rücklaufquote (Drop out-Fälle) wird als wichtiger Indikator für die Qualität der Daten betrachtet und soll in den Berichten ausgewiesen werden. Die Bruttoreklaufquote berechnet sich aus dem Verhältnis zwischen Datensätzen mit Messungen (Zähler) und Gesamtzahl der Datensätze basierend auf die Medizinische Statistik (Nenner), differenziert nach Klinik und Patientengruppen (z.B. Diagnosen, Behandlungen).

Die Anforderungen an die Datenqualität und die Risikoadjustierung sowie die Voraussetzungen für gruppenstatistische Auswertungen und allfällige weitere Aspekte werden in Zusammenarbeit mit dem Institut ergänzt, präzisiert und in Rücksprache mit dem QA Rehabilitation abschliessend geregelt:

- a) Eine hohe Datenqualität ist eine Voraussetzung für den Vergleich der Ergebnisse aus den Qualitätsmessungen mit Referenzwerten. Aus diesem Grund müssen die Daten elektronisch erfasst und zeitgleich geprüft werden. Ergänzend wird das Auswertungsinstitut in Zusammenarbeit mit dem ANQ Vorgaben bezüglich Datenlieferung sowie Spezifikationen für die zu erhebenden Daten (inkl. Prüflogik) zu Händen der Kliniken erlassen. Die Prüflogik umfasst in erster Linie Einzelfeldtests (vollständige Angaben, gültige Werte) sowie gegebenenfalls Kreuztests (valide Angaben) innerhalb eines Datensatzes eines Outcome-Instrumentes bzw. Fragebogens. Aus Sicht des QA Rehabilitation ist eine weitere Prüfung der Daten durch das auswertende Institut zur Sicherstellung einer homogenen und hohen Datenqualität sowie zur Vorbeugung von Manipulationen erforderlich. Im Vordergrund steht die Plausibilisierung zwischen den verschiedenen Datensätzen bzw. Outcome-Instrumenten oder Fragebogen eines einzelnen Patienten (valide

Angaben) sowie die systematische Dokumentation der Datenqualität anhand von Indikatoren (Rücklauf, Vollständigkeit / Anteil fehlender Werte).¹⁶ Wichtig sind in diesem Zusammenhang Hinweise des Auswertungsinstituts, wie die allfälligen Mängel bei der Datenqualität durch geeignete Massnahmen behoben werden können.

- b) Eine hohe Datenqualität ist eine Voraussetzung für die vom ANQ angestrebte Risikoadjustierung. Die Risikoadjustierung soll ein bezüglich der Zusammensetzung der Patienten (Case Mix) fairer Vergleich der untersuchten Rehabilitationskliniken mit den nationalen Referenzwerten ermöglichen. Zudem soll sie gewährleisten, dass die Ergebnisse primär die Behandlungsqualität in der Rehabilitationsklinik (inkl. allfälliger Rahmenbedingungen), und nicht die Zusammensetzung der Patienten, widerspiegeln. Als Variablen für die Risikoadjustierung kommen primär Merkmale der Patientenstruktur in Frage wie Diagnosegruppe und Dauer der Diagnose¹⁷, Schweregrad der Erkrankung, Alter sowie allenfalls Kontextfaktoren (Wohn- und Arbeitssituation vor der Erkrankung bzw. dem Unfall, Rauchen, Alkohol). Eine kritische Diskussion der Risikoadjustierung inklusive der dazu verwendeten Variablen und des Modells ist zwingend und soll durch das Auswertungsinstitut geleistet werden.
- c) Für die gruppenstatistische Auswertung nach Rehabilitationsklinik (inkl. Gesamtergebnissen) soll nach Meinung des QA Rehabilitation das Erreichen der Mindeststichprobengrösse von 100 auswertbaren Datensätzen vorausgesetzt werden. Bei einem ungenügenden Rücklauf erfolgt keine gruppenstatistische Auswertung nach Rehabilitationsklinik. Voraussetzung für eine gruppenstatistische Auswertung nach anderen Merkmalen (z.B. Diagnosegruppen) ist das Erreichen der Mindeststichprobengrösse von 50 auswertbaren Datensätzen. Bei ungenügendem Rücklauf erfolgt keine entsprechende gruppenstatistische Auswertung.

3.3.5 Handbuch zur Messung und Schulungskonzept (Modul 2 und Modul 3)

Eine Schulung in der Handhabung der Messinstrumente und eine Dokumentation der Instrumente und ihrer Anwendung (Messhandbuch / Manual) werden als unabdingbar zur Förderung der Datenqualität bzw. einer hohen Validität und Reliabilität der Angaben erachtet. Dies gilt in besonderem Ausmass für die Zieldokumentation. Auch bei den anderen Instrumenten (FIM, EBI, HAQ, 6-Minuten-Gehtest, Ergometrie sowie MacNew Heart und CRQ) müssen trotz teils grosser Verbreitung Richtlinien und Vorgaben für die Anwendung formuliert und im Rahmen von Schulungen instruiert werden.¹⁸ Darüber hinaus sollen im Messhandbuch die Instrumente dokumentiert werden.

¹⁶ Vgl. Hasler, Silvio (2009): Plausibilisierungskonzept der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Version 5.0). BFS, Bern.

¹⁷ Die ätiologische Zuordnung hatte sich im Pilotprojekt bewährt. Vgl. auch die Diagnosegruppen in Kool, J. (2009): Entwicklung eines Patientenklassifikationssystem PCS für die Rehabilitation in der Schweiz. ZHAW.

¹⁸ z.B. Definition von Wiedereintritt, Richtlinien für Testwahl (Geh-Test oder Ergometrie), Festlegen der Testprozeduren (Geh-Test und Ergometrie), Definition von Zeitfenstern für die Durchführung der Tests bzw. der Befragungen, Instruktionen für das Ausfüllen des Fragebogens zu Händen des Personals bzw. der Patienten, Instruktionen für die Annahme der Fragebogen und erste Datenkontrollen vor Ort.

Ein zu erarbeitendes Schulungskonzept legt die Rahmenbedingungen für das Schulungsangebot fest. Inhalt des Schulungskonzepts sind Wahl und Vorbereitung des Lehrpersonals, Schulungstage (Anzahl, Dauer, Ort, Sprache), Unterlagen und Ablauf.

Das Messhandbuch und die Schulungen werden in den drei Landessprachen vorgelegt bzw. durchgeführt. Handbuch, Schulungskonzept und Schulung sollen in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften erstellt bzw. organisiert werden.

3.3.6 Organisation der bereichsspezifischen Messungen (Modul 2 und Modul 3)

Die Organisation der bereichsspezifischen Messung (Modul 2 und Modul 3) erfolgt unabhängig von derjenigen für die nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation (Modul 1); diese wurde in Abschnitt 3.2.4, Seite 7, dargestellt.

3.3.6.1 Organisation der Datenerhebung

Der ANQ gibt den Kliniken vor, dass die Daten elektronisch erhoben und die Eingaben rudimentär geprüft werden. Die Kliniken bestimmen den Systemanbieter für die Datenerfassung und Datenprüfung selber.

Der ANQ plant, Unternehmen mit Kernkompetenzen im IT-Bereich und Erfahrung im Gesundheitswesen (insbesondere Datenerhebungen) zu einem Workshop mit Klinikvertretern einzuladen. Dort sollen Klinikvertreter die Möglichkeit haben, sich ein Bild über die Produkte zu machen und auf Voranmeldung ein Einzelgespräch mit den anwesenden Systemanbietern führen zu können. Die Durchführung des Workshops ist für die zweite Maihälfte bzw. Anfang Juni geplant.

Das für die Auswertung zuständige Messinstitut erlässt in Zusammenarbeit mit dem ANQ Vorgaben bezüglich Datenlieferung (Inhalt, Format und Periodizität) sowie Spezifikationen für die zu erhebenden Daten (Variablenliste, Wertebereich, Ausprägungen und Definition von fehlenden Werten; inkl. Prüflogik) zu Händen der Kliniken¹⁹. Das Auswertungsinstitut erhält die Daten in elektronischer Form von den Systemanbietern bzw. Kliniken.

Das Auswertungsinstitut ist seinerseits für die Sicherstellung einer hohen und homogenen Datenqualität verantwortlich; eine engmaschige Überprüfung der Datenqualität mit zeitnahen Rückmeldungen an die Kliniken wird möglicherweise nicht notwendig sein.

3.3.6.2 Organisation der Auswertung und Berichterstattung

Das für die Auswertung und Berichterstattung zuständige Messinstitut soll Kernkompetenzen in der Analyse und Interpretation von rehabilitationsmedizinischen Daten (Risikoadjustierung, Vergleich mit nationalen Referenzwerten und weitere methodische Kompetenzen) und in der Berichterstattung (Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit) nachweisen. Wichtig erscheint auch der Nachweis von Erfahrung in der Durchführung von komplexen Grossprojekten (insbesondere dezentrale Datenerfassung, Mehrsprachigkeit, Auswertung). Weitere wichtige Kriterien sind ausgewiesene adäquate Kommunikationskompetenzen (Umgang mit Kliniken, Umgang mit ANQ) sowie mündliche und schriftliche Sprachkompetenzen (Landessprachen, Verständlichkeit der Berichte).

¹⁹ Im Rahmen des PCS Reha Projekts (Pilotprojekt 2011) wurden entsprechende Vorgaben für den Bereich der muskuloskelettalen und neurologischen Rehabilitation bereits verfasst.

Die Aufgaben des auswertenden Instituts sind im Einzelnen:

- Bestimmung des Inhalts, Formats und Periodizität der Datenlieferung und Bestimmung der Spezifikationen der Variablen inkl. Prüflogik unter Einbezug der laufenden Projekte (insbesondere ST-Reha-Projekt)
- Die Organisation der Datenlieferung (Messdaten, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) von den Kliniken an das Messinstitut
- Datenbereinigung und Aufbereitung der gelieferten Daten (inkl. Datenqualitätsmonitoring und Massnahmen zur Behebung der allfälligen Mängel)
- Auswertung (Auswertungskonzept; Risikoadjustierung; Auswertung)
- Berichterstellung (Publikationskonzept; Berichterstellung)

3.4 Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung (Modul 1, Modul 2 und Modul 3)

Massgebend für die Auswertung und Veröffentlichung der Daten ist das Datenreglement des ANQ, das die relevanten Bestimmungen für die Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung der Qualitätsmessungen (vgl. insbesondere Artikel 5 bis Artikel 12) festlegt. Es stützt sich unter anderem auf die Empfehlungen der SAMW über die Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität.²⁰ Danach können Ergebnisse von Qualitätsmessungen veröffentlicht werden, wenn die Indikatoren relevant sind, die Daten korrekt erhoben wurden, der Bericht inhaltlich und formal korrekt ist und die Ergebnisse verständlich dargestellt und nachvollziehbar interpretiert sind.

Darüber hinaus gibt das Grundlagenpapier „Anforderungen an die Auswertungskonzepte“, das bislang im Akutbereich eingesetzt wurde (vgl. Abschnitt 4.5, Seite 30), weitere Hinweise bezüglich der zu erstellenden messungsspezifischen Auswertungs- und Publikationskonzepte.

3.4.1 Berichtswesen

Der Auftragnehmer soll ein Gesamtbericht über die Befragung zuhanden des ANQ verfassen auf Basis der Messdaten eines Messjahrs bzw. den beiden Messmonaten im Modul 1 (nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation). Der Gesamtbericht umfasst Erläuterungen zu den Methoden (inkl. Lesehilfen zu den Graphiken), Angaben zur Datenqualität (Rücklauf, Gruppenbildung) und einen Ergebnisteil nach Klinik und Gesamtergebnissen. Darüber hinaus sollen kantonsspezifische Auswertungen erstellt werden (Datenreglement, Art. 11 Abs. 2). Im Fokus der Auswertungen steht der Vergleich von Kliniken mit nationalen Referenzwerten.

Sollten die klinikspezifischen Ergebnisse ohne namentliche Bezeichnung publiziert werden (pseudonymisierte Darstellung), sind jährliche klinikspezifische Berichte zwingend vorzusehen (inkl. Vergleich mit nationalen Referenzwerten). Ihre Erstellung hat mit Blick auf die Kosten in hohem Masse automatisiert zu erfolgen. Mit den klinikspezifischen Berichten (inkl. Vergleich mit nationalen Referenzwerten) werden Leistungen der Kliniken für die externe Qualitätssicherung honoriert.

²⁰ Empfehlungen der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) für die Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität (http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/SAMW_Empfehlungen_Qualität_dt.pdf)

3.4.2 Veröffentlichung der Ergebnisse

Gemäss Datenreglement werden die Ergebnisse der vergleichenden Qualitätsmessungen mit namentlicher Bezeichnung der Kliniken veröffentlicht. Voraussetzung hierzu ist, dass die Empfehlungen der SAMW erfüllt sind.

In der Akutsomatik hatten fundierte Bedenken an der Qualität der Daten aus dem ersten Messjahr dazu geführt, dass die klinikspezifischen Ergebnisse ohne namentliche Bezeichnung der Kliniken veröffentlicht wurden.

3.5 Kosten, Finanzierung und Taxzuschlag (Modul 1, Modul 2 und Modul 3)

Die im Messplan enthaltenen Instrumente sind von den Fachgesellschaften anerkannt und Teil von Behandlungskonzepten (State-of-the-art). Dabei muss eingeräumt werden, dass die einzelnen Instrumente nicht immer weit verbreitet (z.B. MacNew Heart) und teils auch lizenzpflichtig sind (z.B. MacNew Heart, CRQ).

Wo möglich wird auf bestehende Datensammlungen (z.B. Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS, Krankenhausstatistik BFS) zurückgegriffen. Um noch mehr Synergien bei der Datenerhebung zu nutzen, wird eine enge Koordination mit ähnlich gelagerten Projekten angestrebt (z.B. ST-Reha-Projekt sowie nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung im Akutbereich). Damit strebt der ANQ ein gutes Aufwand- und Leistungsverhältnis an.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Messkosten, welche beim ANQ und in den Rehabilitationskliniken anfallen. Darüber hinaus ist ersichtlich, wie diese Kosten finanziert werden und wie sich das auf den Taxzuschlag niederschlägt:

Der Aufwand des ANQ für den Messplan Rehabilitation gliedert sich in Personalkosten bei der Geschäftsstelle (z.B. Projektleitung, Honorare, Übersetzungen), in Infrastrukturkosten (z.B. Raummieten für Sitzungen und Workshops) und in eine Position für Unvorgesehenes (Basis: 2% der Aufwendungen des ANQ und der Kliniken). Der ANQ trägt zudem die sogenannten klinikexternen Messkosten – im Unterschied zu den klinikinternen Kosten einer Messung – der drei Module. Nicht enthalten sind darin die Aufwendungen für die Umsetzung der Messungen in den Kliniken (IT-Lösung, Personalaufwand für die klinikinterne Projektkoordination, die Datenerfassung und Schulung). Die klinikexternen Messkosten für Modul 1 beinhalten die Messorganisation, Auswertung und Berichterstellung und wurden auf Basis der Erfahrung im Rahmen der nationalen Zufriedenheitsbefragung im Akutbereich kalkuliert. Die Aufwendungen des ANQ für Modul 1 werden auf [REDACTED] Tsd. Franken geschätzt.

Die externen Messkosten in Modul 2 und 3 beinhalten jeweils die Konzeption der Schulung (Konzept, Handbücher), die Organisation der Datenerhebung (inkl. Datenkontrolle und Plausibilisierung), Lizenzkosten, die Auswertung der Daten sowie die Erstellung eines Gesamtberichts und automatisierter klinikindividueller Berichte. Die Kalkulation der Kosten basiert auf den Kosten für den Messplan Psychiatrie sowie auf die Offerte des gewählten Auswertungsinstituts²¹. Insgesamt wird mit einem Messaufwand von [REDACTED] Tsd. Franken für Modul 2 und Modul 3 ge-

²¹ Der Vorstand hat im Juli 2012 entschieden, die Abteilung „Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ der Charité Universitätsmedizin Berlin mit den Auswertungen der Messungen zu beauftragen.

rechnet. Die gesamten klinikexternen Messkosten (Personal ANQ plus Infrastrukturkosten ANQ plus Messkosten Modul 1, 2 und 3) belaufen sich somit auf [REDACTED] Tsd. Franken.

Tabelle 3: Aufwand und Finanzierung des Messplans Rehabilitation

Position	Betrag (in 1000 Franken)	Anteil (%)
A) Aufwand		
A1) Aufwand ANQ (klinikexterne Messkosten)	[REDACTED]	47.8%
Personalkosten ANQ	[REDACTED]	
Infrastrukturkosten ANQ	[REDACTED]	
Externe Messkosten Modul 1	[REDACTED]	
Externe Messkosten Modul 2 und Modul 3	[REDACTED]	
Schulungskonzeption	[REDACTED]	
Auswertung, vergleichender Bericht und klinikspezifische Berichte (inkl. Datendefinition, -transfer und Plausibilisierung)	[REDACTED]	
Lizenzkosten	[REDACTED]	
Klinikspezifische Berichte	[REDACTED]	
Unvorgesehenes	[REDACTED]	
A2) Aufwand Kliniken (alle Kliniken)	[REDACTED]	52.2%
Anpassungen des KIS, Koordination und Schulung der Messung, zusätzlicher Erhebungsaufwand		
A3) Aufwand insgesamt (A1+A2)	1'371.3	100%
B) Finanzierung		
Kantone	754.2	55%
Versicherer	617.1	45%

Aufgrund des im Finanzierungskonzept festgehaltenen Prinzips der Gleichbehandlung und des Qualitätsvertrags entspricht der Aufwand, welche beim ANQ anfällt einem Kostenanteil von 47.8%. Der Kostenanteil für die klinikinternen Kosten beträgt 52.2%, was einem Aufwand von

█ Tsd. Franken entspricht.²² Die abgeleiteten Gesamtkosten für den Messplan Rehabilitation betragen 1.37 Mio. Franken.

Finanziert werden die Messpläne von den Kantonen und Versicherern mit einem vertraglich festgelegten kantonalen Anteil von 55% und Versicherer-Anteil von 45%. Demzufolge tragen die Kantone █ Tsd. Franken und die Versicherer █ Tsd. Franken des Aufwands für den Messplan Rehabilitation. Bei jährlich rd. 58'000 Austritten beträgt der gesamte Taxzuschlag (Kantons- plus Versichereranteil) 23.60 Franken (siehe Tabelle 4).²³

Tabelle 4: Finanzierung des Messplans über den Taxzuschlag

Taxzuschlag	Betrag	Anteil (%)
Referenzjahr 2009: 58'097 Austritte; Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS 2011	23.60	
Aufwand		
ANQ	11.28	47.8%
Kliniken	12.32	52.2%
Finanzierung		
Kantone	13.00	55%
Versicherer	10.60	45%

Damit ist der Taxzuschlag für den Messplan Rehabilitation deutlich höher als für den Messplan Psychiatrie (ohne Messkosten für die Patientenzufriedenheitsbefragung). Er enthält jedoch die Kosten für die Patientenzufriedenheitsbefragung und deckt eine vergleichsweise hohe Anzahl an geplanten Messungen ab (10 Instrumente in der Rehabilitation gegenüber 4 Instrumenten in der Psychiatrie).

3.6 Zeitplan und Meilensteine (Modul 1, Modul 2 und Modul 3)

Der QA Rehabilitation schlägt angesichts des Vorbereitungsbedarfs vor, mit sämtlichen Messungen erst ab 2013 zu beginnen.

Für die Vorbereitung der Messung (Vorgaben für die Datenerfassung, Auswahl von Systemanbietern für die Datenerfassung; Organisation der Datenerfassung und Implementation in den Kliniken, Organisation und Durchführung von Schulungen, Erstellen des Messhandbuchs) besteht ausreichend Zeit, ebenso für die abschliessende Klärung der Finanzierung (Taxzuschlag) und die notwendigen vertraglichen Anpassungen (Qualitätsvertrag, Anhang 5b) und Genehmigungsprozesse durch die Partner des ANQ und die Leistungserbringer. Ausserdem ist es durch die vorgängige Präsentation des Messplans und durch den Einbezug sprachregionaler Struktu-

²² Ein Vergleich der kalkulierten klinikinternen Messkosten (52.2% der Gesamtkosten) mit Erfahrungswerten aus den Pilotprojekten des ANQ zeigt, dass in den Kliniken für die Umstellung gut doppelt so hohe effektive Kosten anfallen dürften.

²³ Als Basis zur Berechnung der Kosten bzw. des Taxzuschlags wurde das Datenjahr 2009 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS genommen (vgl. Fussnote 2).

ren während der Vorbereitung der Messung (Übersetzungen, Schulungen) möglich Akzeptanz insbesondere in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz zu schaffen.

Die Meilensteine zur Umsetzung:

- Februar 2012: Vernehmlassung des Messplans Rehabilitation bei den im QA vertretenen Fachgesellschaften und interne Meinungsbildung bei den Partnern des ANQ.
- März 2012: Unterbreitung des Messplans Rehabilitation beim Vorstand des ANQ; Antrag zur Annahme des Messplans und zur Ausschreibung von Modul 1 sowie von Modul 2 und 3; Information der Rehabilitationskliniken (Messplan, Zeitplan, Finanzierung).
- Ab März 2012: Verfassen der Ausschreibung für Modul 1 sowie für Modul 2 und 3; Systematische Dokumentation der Messinstrumente (Lizenzkosten, Sprachversionen, Score-Berechnungen, Richtlinien für die Anwendung); Erarbeitung eines Handbuchs (Manual) durch die Geschäftsstelle in Zusammenarbeit mit dem QA Rehabilitation.
- April 2012: Ausschreibungen Modul 1 sowie Modul 2 und 3; Erarbeitung eines Schulungskonzepts; Klärung der Lizenzen durch die Geschäftsstelle in Zusammenarbeit mit dem QA Rehabilitation.
- Mai 2012 / Juni 2012: Sicherstellung der Finanzierung bei den Partnern des ANQ. Versand des Anhangs 5b zum Qualitätsvertrag an die Partner.
- Mai 2012 / Juni 2012: Unterbreitung des Vorschlags bezüglich Wahl des Auswertungsinstituts für Modul 1 sowie Modul 2 und 3.
- Juni 2012: Verabschiedung des Schulungskonzepts und des Handbuchs durch den ANQ Vorstand.
- Drittes Quartal 2012: Umsetzung der Schulung.

3.7 Weiterentwicklung des Messplans Rehabilitation

Mit Blick auf die Weiterentwicklung des Messplans Rehabilitation sollen u.a. folgende Themen geprüft werden:

- Die Prüfung der Aufnahme einer weiteren fachübergreifenden Messung (z.B. Patientensicherheit in der Rehabilitation).
- Die Prüfung von bereichsspezifischen Messinstrumenten in Bereichen, welche durch den vorliegenden Messplan noch nicht adäquat abgedeckt werden (z.B. für die Rehabilitation von Paraplegiepatienten).
- Die Prüfung der Einführung des Zieldokumentationsprozesses (inkl. Überprüfung der Zielerreichung) in den Messplan für die kardiale und pulmonale Rehabilitation. Dies entspräche einer Angleichung des muskuloskelettalen und neurologischen Messplans mit demjenigen der kardialen und pulmonalen Rehabilitation.
- Die Prüfung der verwendeten Messinstrumente (z.B. die Streichung eines Instruments, das sich nachweislich nicht bewährt hat) und die Prüfung allfälliger zusätzlicher Messinstrumente (z.B. die Wahl von einem Schwerpunktthema).

- Die Prüfung der Aufnahme einer Messung zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsbehandlung (Nachweis des langfristigen Nutzens der Behandlung) auf Antrag der Fachgesellschaften.
- Die Prüfung von weitergehenden Vereinheitlichungen bzw. Standardisierungen bei der Anwendung der vorgegebenen Instrumente.
- Die Prüfung der Identifikation von prädiktiven Faktoren (Erhebung von Behandlungspotential und Indikationsqualität).

Grundsätzlich sollte bei Aufnahme eines neuen Instruments geprüft werden, ob nicht ein bereits angewendetes Instrument gestrichen wird.