

# KURZFASSUNG

## NATIONALE VERGLEICHBERICHTE 2024

### NATIONALER MESSPLAN REHABILITATION

Autorinnen und Autoren: Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Gaia Garuffi, ANQ  
Stephan Tobler, ANQ  
Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Version: 1.0

Datum: Dezember 2025



## Inhaltsverzeichnis

1.	Zu dieser Kurzfassung .....	3
2.	Qualitätsmessungen im Auftrag des ANQ.....	3
3.	Übersicht Messplan Rehabilitation 2024.....	4
3.1	Messung der Ergebnisqualität: Verfahren und Instrumente .....	5
3.2	Auswertung der Messergebnisse .....	7
4.	Messergebnisse nach Rehabereich.....	8
4.1	Geriatrische Rehabilitation: Messung 2024 .....	8
4.2	Internistische Rehabilitation: Messung 2024 .....	9
4.3	Kardiale Rehabilitation: Messung 2024.....	11
4.4	Muskuloskelettale Rehabilitation: Messung 2024.....	13
4.5	Neurologische Rehabilitation: Messung 2024 .....	14
4.6	Onkologische Rehabilitation: Messung 2024 .....	16
4.7	Paraplegiologische Rehabilitation: Messung 2024 .....	17
4.8	Psychosomatische Rehabilitation: Messung 2024 .....	19
4.9	Pulmonale Rehabilitation: Messung 2024 .....	21
5.	Ausblick.....	22
	Impressum.....	23

## 1. ZU DIESER KURZFASSUNG

Die Kurzfassung der Nationalen Vergleichsberichte präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmessungen, die 2024 im Auftrag des ANQ in allen Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen (nachfolgend Kliniken) durchgeführt wurden.

Diese Kurzfassung richtet sich an eine interessierte Leserschaft, die sich einen Überblick über das Messverfahren sowie die Erhebung, die Auswertung und die Ergebnisse der Qualitätsmessungen 2024 verschaffen möchte.

Wer vertiefte Informationen wünscht, findet auf dem ANQ-Webportal die Vollversionen der Nationalen Vergleichsberichte. Diese präsentieren pro Rehabilitationsbereich die zentralen Ergebnisse der Qualitätsmessung sowie Merkmale der ausgewerteten Stichprobe und stellen im Anhang die klinikspezifischen Ergebnisse dar. Damit bieten sie einen umfassenden Ergebnisqualitätsvergleich der beteiligten Kliniken. Listen der teilnehmenden Kliniken sowie nationale Vergleichsgrafiken sind ebenfalls online abrufbar ([Messergebnisse Rehabilitation](#)).

## 2. QUALITÄTSMESSUNGEN IM AUFTRAG DES ANQ

Träger der Qualitätsmessungen ist der ANQ. Seine Mitglieder sind der Spitalverband H+, die Verbände der Versicherer santésuisse und prio.swiss, die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung), alle Kantone und das Fürstentum Liechtenstein. Die Vereinstätigkeit basiert auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Umsetzung, Finanzierung und Publikation der ANQ-Messungen sind im Nationalen Qualitätsvertrag ANQ 2011 geregelt, dem bis heute alle Schweizer Spitäler und Kliniken sowie alle Versicherer und Kantone beigetreten sind. Der Nationale Qualitätsvertrag ANQ 2011 verpflichtet Spitäler und Kliniken, die ANQ-Messungen durchzuführen sowie Versicherer und Kantone, die ANQ-Messungen über Leistungsaufträge und Tarifverträge mitzufinanzieren. Mit der Vertragsunterzeichnung stimmen die Vertragspartner auch der Publikation der Messergebnisse zu. Die Messungen haben zum Ziel, eine transparente nationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen und den beteiligten Kliniken gezielte Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu liefern.

Im Rahmen des Nationalen Messplans Rehabilitation (Kapitel 3) werden in sämtlichen Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen Patientendaten erhoben. Dabei liefern die Kliniken Daten für alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die 16 Jahre oder älter sind und 2024 entlassen wurden.

**Auftrag des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité**

Das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist vom ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten, die erhobenen Daten schweizweit vergleichend auszuwerten und die Nationalen Vergleichsberichte zu verfassen. Für den Text und die Redaktion dieser Kurzfassung ist der ANQ verantwortlich.

**3. ÜBERSICHT MESSPLAN REHABILITATION 2024**

Der Nationale Messplan Rehabilitation hält für jeden Rehabilitationsbereich fest, wie die Ergebnisqualität gemessen wird (Abbildung 1). Zur Beurteilung des individuellen Fortschritts der Patientinnen und Patienten während einer Rehabilitation werden die Messungen sowohl bei Reha-Eintritt als auch bei Reha-Austritt durchgeführt.

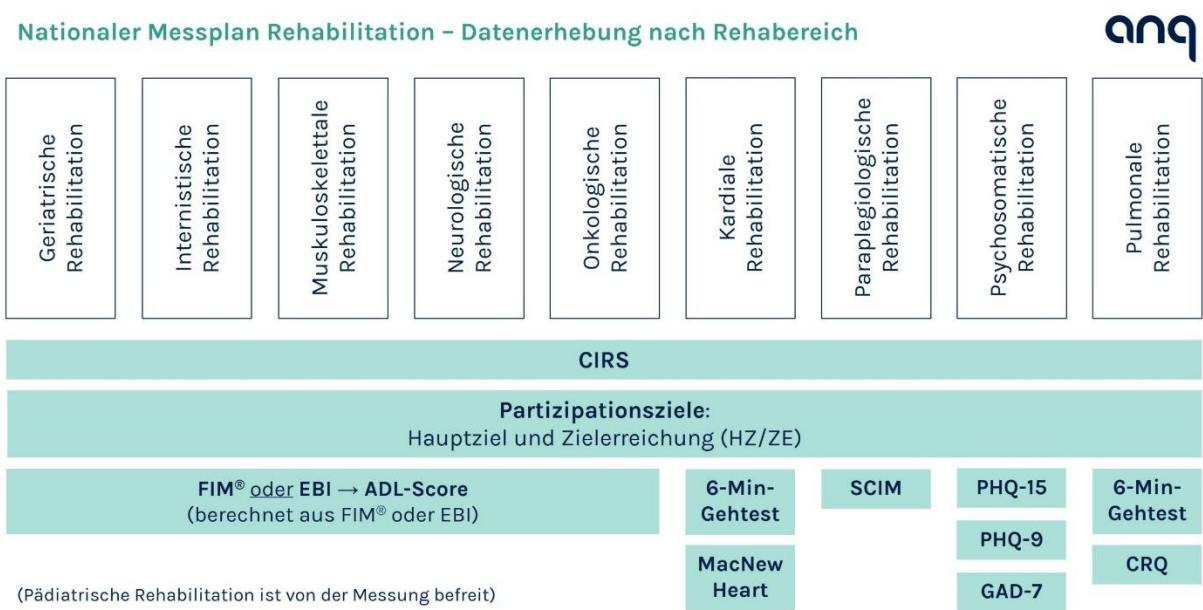


Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation 2024

### 3.1 MESSUNG DER ERGEBNISQUALITÄT: VERFAHREN UND INSTRUMENTE

#### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Zu Beginn der Rehabilitation wählen die Patientinnen und Patienten gemeinsam mit dem betreuenden Personal das wichtigste Partizipationsziel, das sie bis zum Ende des Reha-Aufenthalts erreichen möchten. Dafür stehen 10 verschiedene Partizipationsziele aus den Bereichen Wohnen, Arbeit und Soziokultur zur Verfügung. Erweist sich das bei Eintritt gesetzte Partizipationsziel im Verlauf der Rehabilitation als unrealistisch, kann dieses während des Reha-Aufenthalts angepasst werden. Zu Reha-Austritt wird die Erreichung des gesetzten oder angepassten Ziels dokumentiert. Partizipationsziel und Zielerreichung werden in allen Reha-bereichen erfasst.

#### **Messung der Funktionsfähigkeit mittels FIM®-Instrument und EBI**

Für die Messung der Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens (Activities of Daily Living [ADL]) setzen die beteiligten Kliniken wahlweise das FIM®-Instrument (Functional Independence Measure) oder den EBI (Erweiterter Barthel-Index) ein. Beide Instrumente werden vom Klinikpersonal anhand von Beobachtungen im Klinikalltag ausgefüllt (Fremdburteilung) und bestehen aus einer mehrstufigen Antwortskala. Diese reicht beim EBI von 0 («nicht möglich») bis 4 («selbständig») und beim FIM® von 1 («vollständige Hilfestellung») bis 7 («völlige Selbständigkeit»). Um unabhängig von der Wahl des Instruments einen aussagekräftigen Vergleich über alle Kliniken hinweg sicherzustellen, wird anhand des FIM®- respektive EBI-Resultats ein sogenannter ADL-Score berechnet. Der ADL-Score erreicht bei bester Funktionsfähigkeit maximal 60 Punkte. Der ADL-Score dient ausschliesslich dem Vergleich der Ergebnisqualität und ist kein Ersatz für die Instrumente FIM® und EBI. Die beiden Instrumente sind in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen Rehabilitation im Einsatz.

#### **Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels 6-Minuten-Gehtest**

Beim 6-Minuten-Gehtest sollen die Patientinnen und Patienten innerhalb von 6 Minuten so weit wie möglich gehen. Die geleistete Gehstrecke wird in Metern festgehalten. Je nach Gesundheitszustand können als Unterstützung Gehhilfen und/oder Sauerstoff eingesetzt werden. Der 6-Minuten-Gehtest wird in der pulmonalen und der kardialen Rehabilitation durchgeführt.

#### **Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels MacNew Heart-Fragebogen**

Beim MacNew Heart handelt es sich um einen Fragebogen, den die Patientinnen und Patienten mit einer Herzerkrankung selbst ausfüllen. Der MacNew Heart erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Bereichen physische, emotionale sowie soziale Lebensqualität anhand von 27 Items. Dabei steht eine Antwortskala von 1 («stark eingeschränkt») bis 7 («überhaupt nicht eingeschränkt») zur Verfügung. Der Gesamtwert des MacNew Heart

berechnet sich aus dem Mittelwert aller Items und erreicht bei bester gesundheitsbezogener Lebensqualität 7 Punkte. Der MacNew Heart wird in der kardialen Rehabilitation eingesetzt.

### **Messung der Funktionsfähigkeit mittels SCIM**

Die Spinal Cord Independence Measure (SCIM) misst die Funktionsfähigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen. Der SCIM-Score basiert auf Beobachtungen des behandelnden Personals im Klinikalltag (Fremdbeurteilung) und umfasst 19 Items in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Kontinenz und Mobilität. Über alle Items hinweg können die Patientinnen und Patienten maximal 100 Punkte («beste Funktionsfähigkeit») erreichen. Die Messung wird in der paraplegiologischen Rehabilitation durchgeführt.

### **Messung der Depressionssymptomatik mittels PHQ-9**

Seit 1. Januar 2024 wird in der psychosomatischen Rehabilitation das Depressionsmodul Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) eingesetzt, welches das bisherige Messinstrument HADS ersetzt. Der PHQ-9 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Depression bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden. Der Skalensummenwert wird durch Addition der 9 Items gebildet und kann Werte zwischen 0 Punkten (geringste Symptomatik) und 27 Punkten (grösste Symptomatik) erreichen.

### **Messung der Angstsymptomatik mittels GAD-7**

Die Angstskaala Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) ersetzt seit 1. Januar 2024 das Messinstrument HADS. Die GAD-7 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Angst bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden. Der Skalensummenwert wird durch Addition der 7 Items gebildet und kann Werte zwischen 0 Punkten (geringste Symptomatik) und 21 Punkten (grösste Symptomatik) erreichen. Die GAD-7 wird in der psychosomatischen Rehabilitation eingesetzt.

### **Messung somatischer Beschwerden mittels PHQ-15**

Beim Patient Health Questionnaire (PHQ-15) handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, den die Patientinnen und Patienten ausfüllen. Er misst anhand von 15 Items die Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden wie z. B. Schmerzen, Schwindel oder Müdigkeit. Personen mit der grössten Symptomatik erreichen 28 Punkte. Der PHQ-15 wird in der psychosomatischen Rehabilitation eingesetzt.

### **Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels CRQ**

Der Patientenfragebogen Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) wird von pulmonalen Patientinnen und Patienten ausgefüllt und misst deren gesundheitsbezogene Lebensqualität. Der CRQ besteht aus 20 Fragen, welche jeweils von 1 («maximale Beeinträchtigung») bis 7 («keine Beeinträchtigung») abgestuft sind. Die Fragen betreffen die Bereiche Atmung (Dyspnoe),

Müdigkeit, Stimmungslage und Bewältigung der Krankheit. Pro Bereich wird der Mittelwert gebildet. Der Gesamtwert errechnet sich aus dem Durchschnitt der Bereichsmittelwerte und erreicht bei bester gesundheitsbezogener Lebensqualität maximal 7 Punkte. Der CRQ kommt in der pulmonalen Rehabilitation zur Anwendung.

### **Zusätzlich erhobene Daten in allen Rehabereichen**

- Die **Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)** dient der Erfassung und Bewertung von Erkrankungen, die zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegen (Komorbiditäten). Die Skala wird zu Beginn der Rehabilitation durch das Personal ausgefüllt. Die Diagnosen sind 14 Organsystemen zugeordnet, je nach Schweregrad werden bis zu 4 Punkte vergeben. Der Gesamtscore beträgt bei schwerster Beeinträchtigung maximal 56 Punkte. Die CIRS-Skala kommt in allen Rehabereichen zur Anwendung.
- In sämtlichen Rehabereichen werden zudem für alle Patientinnen und Patienten die **Minimaldaten gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)** erhoben.

## **3.2 AUSWERTUNG DER MESSERGEBNISSE**

Ein fairer Ergebnisvergleich setzt voraus, dass Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis, welche die Kliniken nicht selbst steuern können, statistisch kontrolliert werden. Daher wird im statistischen Verfahren der **Risikoadjustierung** die Patientenstruktur (Alter, Geschlecht, Funktionsfähigkeit bei Reha-Eintritt, Komorbidität etc.) einer Klinik mitberücksichtigt.

Für den Klinikvergleich werden die von möglichen Einflussfaktoren bereinigten Behandlungsergebnisse der Kliniken in Beziehung zueinander gesetzt. Die risikoadjustierte Auswertung zeigt demnach, ob Kliniken Behandlungsergebnisse erzielen, die im Vergleich zu den anderen Kliniken im statistisch zu erwartenden Bereich liegen oder signifikant von diesen Erwartungswerten abweichen.

Mit Ausnahme der Partizipationsziele werden alle erhobenen Messdaten sowohl deskriptiv als auch risikoadjustiert ausgewertet. Die Nationalen Vergleichsberichte und die Kurzfassung führen auch Vorjahreswerte auf. Da sich die Stichprobe jedes Jahr ändert, sind Vorjahresvergleiche jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

### **Messergebnisse sind für Spital-/Klinikranglisten ungeeignet**

Die vom ANQ publizierten Messergebnisse dürfen kopiert, abgedruckt und verbreitet werden, sofern sie unverändert im korrekten Kontext und mit vollständiger Quellenangabe wiedergegeben werden. Die Ergebnisse bilden relevante Qualitätsaspekte für eine bestimmte Stichprobe in einem definierten Zeitraum ab. Die Daten machen wissenschaftlich fundierte Aussagen zu Teilaspekten der Behandlungsqualität und lassen somit keine Rückschlüsse auf die Gesamtqualität einer Institution zu. → [Detailinformationen zur Interpretation der Ergebnisse \(PDF\)](#)

## 4. MESSERGEBNISSE NACH REHABEREICH

### 4.1 GERIATRISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024

#### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 52 Kliniken (2023: 53) Daten für 26'618 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine geriatrische Rehabilitation beendet hatten (2023: 24'630). 95.1% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 94.6%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 80.9% (2023: 80.3%). Die Auswertungsstichprobe war aufgrund der höheren Fallzahlen grösser als 2023: Insgesamt wurden 21'526 Datensätze (2023: 19'790) aus 52 Kliniken (2023: 53) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 83.8 Jahren (2023: 83.9). Der Frauenanteil betrug 63.5% (2023: 63.9%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 22.1 Tage (2023: 22.5). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.7 (2023: 18.2). Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Stichprobe kaum. Der Anteil der Personen mit Grundversicherung als Hauptkostenträger stieg leicht an. Ausserdem wurden etwas mehr Patientinnen und Patienten nach der Rehabilitation direkt nach Hause entlassen.

#### Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 35.9 Punkte (2023: 35.0) und bei Reha-Austritt 44.2 Punkte (2023: 43.2). Der Gesamtdurchschnittswert lag damit bei Eintritt und bei Austritt leicht über dem Niveau des Vorjahres.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab

- für 25 Kliniken (2023: 18) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 13 Kliniken (2023: 15) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 12 Kliniken (2023: 14) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.



Bei 1 Klinik (2023: 6) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle) und bei 1 Klinik nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 93.0% erreicht (2023: 94.3%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. 85.9% der in Partnerschaft lebenden Patientinnen und Patienten, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den alleinstehenden Personen waren es 87.6%. Das Partizipationsziel «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurde nur vereinzelt dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum. Die vereinbarten Partizipationsziele variierten je nach Klinik teilweise erheblich.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 8.4% der Fälle (2023: 9.0%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Anpassungen der Ziele beinhalteten zu meist eine Integration in eine Wohneinrichtung (in ein Pflegeheim oder eine andere Institution). Häufig war auch eine Veränderung der Wohnform und des Unterstützungsbedarfs erforderlich.

## **4.2 INTERNISTISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024**

### **Datenbasis**

Insgesamt übermittelten 42 Kliniken (2023: 42) Daten für 6'423 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine internistische Rehabilitation beendet hatten (2023: 6'224). 98.6% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 98.5%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 79.6% (2023: 79.9%). Die Auswertungsstichprobe war damit etwas grösser als 2023: Total wurden 5'115 Datensätze (2023: 4'970) aus 42 Kliniken (2023: 42) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 68.9 Jahren (2023: 68.6). Der Frauenanteil lag mit 51.0% auf dem Niveau des Vorjahrs (2023: 50.9%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 22.2 Tage (2023: 22.8). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 18.1 (2023: 17.6). Im Vergleich zu den Vorjahren veränderte sich die Stichprobe in den meisten berichteten Merkmalen kaum. Der Anteil der Liegeklasse «Allgemein» und der Anteil der Patientinnen und Patienten, die vor der Rehabilitation zu Hause waren, lag leicht unter Vorjahr.

### **Messung der Funktionsfähigkeit**

Insgesamt erzielten alle Kliniken im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 42.5 Punkte (2023: 43.4)

und bei Reha-Austritt 51.5 Punkte (2023: 51.9). Beide Gesamtdurchschnittswerte sind damit vergleichbar mit dem Vorjahr.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso war das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu Ein- und zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich. Um zu beurteilen, ob eine im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Kliniken eher grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit erzielt werden konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab

- für 15 Kliniken (2023: 16) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 5 Kliniken (2023: 4) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 6 Kliniken (2023: 5) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei den übrigen 16 Kliniken (2023: 17) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar oder nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 93.4% erreicht (2023: 93.6%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten 57.2% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es 61.4%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der gewählten Partizipationsziele kaum. In einzelnen Kliniken zeigte sich aber eine von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 3.2% der Fälle eine Anpassung des Ziels. Diese Quote ist etwas niedriger als im Vorjahr (2023: 4.4%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert. Diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Anpassungen der Ziele beinhalteten zumeist eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere Institution) oder eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs.

### 4.3 KARDIALE REHABILITATION: MESSUNG 2024

#### **Datenbasis**

Insgesamt übermittelten 17 Kliniken (2023: 17) Daten für 7'698 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine kardiale Rehabilitation beendet hatten (2023: 7'699). Damit blieben die Fallzahlen stabil. 98.1% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 93.8%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 89.2% und lag damit über dem Vorjahr (2023: 84.2). Die Auswertungsstichprobe umfasste 6'866 Datensätze (2023: 6'483) aus 17 Kliniken (2023: 17). Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 67.6 Jahren (2022: 68.1). Der Frauenanteil machte 30.3% aus (2023: 29.8%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 21.4 Tage (2023: 21.0). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 19.0 (2023: 17.9). Im Vergleich zum Vorjahr zeigten sich kaum Veränderungen in der Zusammensetzung der Stichprobe. Es gab eine leichte Verschiebung von Fällen von der privaten zur allgemeinen Liegeklasse, etwas mehr Schweizerinnen und Schweizer und einen leicht höheren CIRS-Score.

#### **Die Ergebnisse**

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der mittleren Verbesserung während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken in allen gemessenen Ergebnisbereichen. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für den MacNew Heart und den 6-Minuten-Gehtest risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

#### **Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**

Der Gesamtdurchschnitt des MacNew Heart betrug bei Reha-Eintritt 4.98 Punkte (2023: 5.02) und bei Reha-Austritt 5.94 Punkte (2023: 5.94). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des MacNew Heart ergab

- für 9 Kliniken (2023: 13) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 3 Kliniken (2023: 1) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den zu erwartenden Ergebnissen lag.
- für 2 Kliniken (2023: 2) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 3 Kliniken (2023: 1) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

## **Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit**

Im 6-Minuten-Gehtest stieg die zurückgelegte Gehstrecke von durchschnittlich 311 Metern bei Reha-Eintritt (2023: 306) auf 442 Meter bei Reha-Austritt (2023: 438). Sowohl der Eintrittswert als auch der Austrittswert lag damit im Mittel auf einem vergleichbaren Niveau wie 2023.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab

- für 7 Kliniken (2023: 7) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 3 Kliniken (2023: 3) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 6 Kliniken (2023: 7) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 1 Klinik (2023: 0) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

## **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 98.9% erreicht (2023: 99.3%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Sowohl bei den in Partnerschaft lebenden als auch bei den alleinstehenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten je 37.1% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Eine Zunahme gab es dieses Jahr bei Zielen aus dem Bereich «Teilhabe am öffentlichen Leben», welche bei ca. einem Viertel der Fälle (22.9%) vereinbart wurden. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus dem Bereich «Arbeiten» wurden deutlich seltener dokumentiert. Die Partizipationsziele variierten von Klinik zu Klinik zum Teil erheblich.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 1.8% der Fälle. Hier zeigte sich eine minimale Verringerung zum Vorjahr (2023: 2.3%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Die Anpassungen beinhalteten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs, eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere Institution) sowie ein Wechsel vom Bereich «Wohnen» zum Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben».

## 4.4 MUSKULOSKELETTALE REHABILITATION: MESSUNG 2024

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 68 Kliniken (2023: 67) Daten für 31'229 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine muskuloskelettale Rehabilitation beendet hatten (2023: 30'789). 97.4% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 97.0%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 90.1% (2023: 89.9%). Total wurden 28'150 Datensätze (2023: 27'684) aus 67 Kliniken (2023: 67) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 71.9 Jahren (2023: 71.3). Der Frauenanteil machte wie im Vorjahr 63.5% aus. Die Dauer der Rehabilitation entsprach ebenfalls dem Vorjahr und lag im Mittel bei 22.0 Tagen. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 13.2 (2023: 13.0). Die Auswertungsstichprobe weist im Vergleich zum Vorjahr einen etwas kleineren Anteil an Schweizerinnen und Schweizern auf. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die aus dem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik in die Rehabilitation kamen, erhöhte sich geringfügig. Dafür traten weniger Patientinnen und Patienten von zu Hause aus in die Rehabilitationsklinik ein.

### Messung der Funktionsfähigkeit

Alle Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 42.8 Punkte (2023: 43.6) und bei Reha-Austritt 52.6 Punkte (2023: 52.6). Der Eintrittswert ist damit etwas niedriger als im Vorjahr. Damit ist die Veränderung von Eintritt zu Austritt leicht höher als 2023.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab

- für 30 Kliniken (2023: 26) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 15 Kliniken (2023: 19) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 17 Kliniken (2023: 16) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 5 Kliniken (2023: 4) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle), bei keiner Klinik (2023: 2) sind die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

## **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde wie im Vorjahr zu 97.4% erreicht. Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf den Bereich «Wohnen». 57.3% der in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es 61.2%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele kaum. In einzelnen Kliniken zeigte sich eine von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Das gewählte Partizipationsziel wurde wie im Vorjahr in lediglich 3.1% der Fälle im Verlauf der Rehabilitation angepasst. Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt. Die Anpassungen beinhalteten zumeist eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs oder eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere Institution).

## **4.5 NEUROLOGISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024**

### **Datenbasis**

Insgesamt übermittelten 38 Kliniken (2023: 38) Daten für 16'449 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine neurologische Rehabilitation beendet hatten (2023: 16'042). 97.0% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 97.9%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 83.7% (2023: 84.1%). Insgesamt wurden 13'772 Datensätze (2023: 13'492) aus 38 Kliniken (2023: 38) ausgewertet. Das mittlere Alter der analysierten Fälle lag bei 67.1 Jahren (2023: 66.7). Der Frauenanteil machte 44.5% aus (2023: 46.1%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 35.8 Tage (2023: 36.8). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 14.4 (2023: 14.7). Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich eine leichte Veränderung der Auswertungsstichprobe. Der Frauenanteil und der Anteil Schweizer Patientinnen und Patienten waren etwas tiefer und die Rehabilitationsdauer kürzer als im Vorjahr. Der Eintritt in die Rehabilitation erfolgte anteilmässig häufiger von zu Hause aus, und es wurden auch mehr Fälle direkt nach Hause entlassen. Die neurodegenerativen Erkrankungen verzeichneten eine leichte Zunahme.

### **Messung der Funktionsfähigkeit**

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 35.5 Punkte (2023: 35.7), bei Reha-Austritt 45.1 Punkte (2023: 45.0). Beide Gesamtdurchschnittswerte lagen damit auf dem Niveau des Vorjahrs.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Auch war das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu Ein- und zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab

- für 19 Kliniken (2023: 19) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 11 Kliniken (2023: 8) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 7 Kliniken (2023: 8) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 1 Klinik (2023: 2) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle). Bei keiner Klinik (2023: 1) sind die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 94.6% erreicht (2023: 95.5%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf das Wohnen zu Hause. Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten 67.5% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden lag dieser Anteil bei 69.7%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr änderte sich die Verteilung der vereinbarten Partizipationsziele nur wenig. In einigen wenigen Kliniken zeigte sich eine deutlich von der Gesamtstichprobe abweichende Verteilung bei der Wahl der Partizipationsziele.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 4.8% der Fälle (2023: 5.6%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die am meisten vereinbarten Partizipationsziele. Die Anpassungen beinhalteten zumeist eine Veränderung der Wohnform (zu Hause versus Integration in ein Pflegeheim oder eine andere Institution) oder des Unterstützungsbedarfs beim Wohnen.

## 4.6 ONKOLOGISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 20 Kliniken (2023: 19) Daten für 2'216 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine onkologische Rehabilitation beendet hatten (2023: 1'898). 98.0% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 98.9%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 80.0% (2023: 79.2%). Die Auswertungsstichprobe war leicht grösser als 2023: Insgesamt wurden 1'772 Datensätze (2023: 1'503) aus allen 20 Kliniken (2023: 19) ausgewertet. Das mittlere Alter der in die Analyse eingeschlossenen Fälle lag bei 67.5 Jahren (2023: 67.8). Der Frauenanteil machte 55.9% aus (2023: 52.2%). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 21.5 Tagen (2023: 21.0). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 15.2 (2023: 15.9). Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Frauenanteils sowie eine starke Erhöhung des Anteils von Patientinnen und Patienten, die von zu Hause in die Rehabilitationsklinik kamen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit war niedriger, und es gab mehr unspezifische (sonstige) und weniger spezifische Diagnosen als 2023.

### Messung der Funktionsfähigkeit

Alle beteiligten Kliniken erzielten im Durchschnitt eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Der Gesamtdurchschnitt des ADL-Scores, der aus den Messinstrumenten FIM® bzw. EBI berechnet wird, betrug bei Reha-Eintritt 42.4 Punkte (2023: 43.3) und bei Reha-Austritt 52.8 Punkte (2023: 53.1). Der Gesamtdurchschnittswert war somit beim Eintritt und beim Austritt etwas niedriger als 2023. Damit verbesserte sich die Funktionsfähigkeit ähnlich stark wie im Vorjahr.

Der mittlere Zuwachs der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation variierte zwischen den Kliniken. Ebenso ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Niveau der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowohl zu Ein- als auch zu Austritt in den Kliniken sehr unterschiedlich war. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität im ADL-Score durchgeführt.

Die risikoadjustierte Auswertung des ADL-Scores ergab

- für 6 Kliniken (2023: 4) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 2 Kliniken (2023: 2) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 3 Kliniken (2023: 2) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.



Bei 8 Kliniken (2023: 9) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle), bei 1 Klinik (2023: 2) waren die Ergebnisse nicht interpretierbar (< 10 Fälle).

### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 97.6% erreicht (2023: 96.7%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf den Bereich «Wohnen». Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten 39.8% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es 42.5%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus dem Bereich «Arbeiten» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zu 2023 war das Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» etwas häufiger.

In 2.2% der Fälle erfolgte eine Anpassung des Partizipationsziels. Damit lag die Zielanpassungsquote leicht unter dem Vorjahr (2023: 2.5%).

## **4.7 PARAPLEGIOLOGISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024**

### **Datenbasis**

Insgesamt übermittelten 4 Kliniken (2023: 4) Daten für 1'342 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine paraplegiologische Rehabilitation beendet hatten (2023: 912). Die deutliche Erhöhung der Fallzahl liegt in den seit 1.1.2024 geltenden Vorgaben der SwissDRG AG begründet, die in der Paraplegiologie keine Falltrennung zwischen Akutsomatik und Rehabilitation mehr erfordern. 98.8% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 99.8%). Der Anteil an auswertbaren Daten betrug 88.6% (2023: 87.6%). Die Auswertungsstichprobe lag damit über dem Vorjahr. Insgesamt wurden 1'189 Datensätze (2023: 799) aus allen 4 Kliniken (2023: 4) ausgewertet. Das mittlere Alter lag bei 57.0 Jahren (2023: 56.0), und der Frauenanteil machte 37.4% aus (2023: 36.7%). Die Dauer der Rehabilitation lag im Mittel bei 67.6 Tagen (2023: 74.5). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 22.2 (2023: 19.9). Vermutlich aufgrund der höheren Fallzahlen veränderte sich die Zusammensetzung der Stichprobe. Der Frauenanteil war etwas höher, die Rehadauer deutlich kürzer, und es gab weniger Fälle in der allgemeinen Liegeklasse und mehr (halb-)private Rehabilitationsaufenthalte. Ausserdem wurden weniger Erkrankungen des Nervensystems sowie mehr «Sonstige Erkrankungen» kodiert. Der CIRS-Mittelwert stieg um über 2 Punkte.

### **Messung der Funktionsfähigkeit**

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung im

jeweiligen Ergebnisbereich erzielen konnte, wurde eine risikoadjustierte Analyse der Ergebnisqualität der SCIM durchgeführt.

Die paraplegiologischen Patientinnen und Patienten erreichten bei Reha-Eintritt im Mittel einen SCIM-Score von 38.8 Punkten (2023: 41.7) und bei Reha-Austritt einen Score von 49.9 Punkten (2023: 52.8). Der Gesamtdurchschnittswert lag somit beim Eintritt und beim Austritt unter dem Vorjahr.

Die risikoadjustierte Auswertung der SCIM ergab

- für 2 Kliniken (2023: 4) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik (2023: 0) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik (2023: 0) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

### **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 96.6% erreicht (2023: 96.7%). Die Partizipationsziele stammten fast ausschliesslich aus dem Bereich «Wohnen». 60.7% der Patientinnen und Patienten definierten die Integration in eine Pflegeeinrichtung als Ziel (2023: 45.3%). 21.6% wollten nach der Rehabilitation wieder zusammen mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner zu Hause wohnen können (2023: 29.4%). 9.8% setzten sich zum Ziel, alleinstehend zu wohnen (2023: 17.4%). 61.1% der in Partnerschaft lebenden Personen, die wieder zu Hause wohnen wollten, sahen externe Unterstützung vor. Bei den Alleinstehenden waren es 70.9%. Alle anderen Ziele wurden zu Beginn der Rehabilitation deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr vergrösserte sich der Anteil an Fällen, bei denen als Ziel gesetzt wurde, nach der Rehabilitation in eine Pflegeeinrichtung entlassen zu werden. Stattdessen wurde «zu Hause wohnen» seltener als Ziel formuliert als im Vorjahr.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 57.4% der Fälle. Dieser Anteil lag deutlich über dem Vorjahr (2023: 44.2%). Die Anpassung betraf fast ausschliesslich das Ziel «Integration in eine Pflegeeinrichtung».

## 4.8 PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION: MESSUNG 2024

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 13 Kliniken (2023: 13) Daten für 2'294 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine psychosomatische Rehabilitation beendet hatten (2023: 2'620). 97.8% der Datensätze waren vollständig dokumentiert (2023: 92.6%). Der Anteil auswertbarer Fälle lag bei 87.6% (2023: 84.5%). Die Auswertungsstichprobe umfasst 2'010 Datensätze (2023: 2'214) aus 13 Kliniken (2023: 12). Das mittlere Alter lag bei 51.7 Jahren (2023: 51.8). Der Frauenanteil machte 64.9% aus (2023: 65.2%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 24.0 Tage (2023: 24.9). Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore lag bei 8.4 (2023: 8.3). Im Vergleich zum Vorjahr sank der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schweizer Staatsangehörigkeit leicht. Ausserdem wurden relativ betrachtet mehr Abhängigkeitserkrankungen sowie weniger affektive Störungen (ohne gegenwärtig schwere Episode) und (gegenwärtig) schwere depressive Episoden diagnostiziert.

### Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der Symptombelastung. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für den PHQ-9, die GAD-7 und den PHQ-15 risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

### Messung der Depressionssymptomatik

Auf der PHQ-9-Skala lag der Gesamtwert bei Reha-Eintritt im Mittel bei 14.3 Punkten und bei Reha-Austritt im Mittel bei 8.1 Punkten. Da das Instrument in diesem Jahr zum ersten Mal zum Einsatz kam, wird kein Vorjahresvergleich berichtet.

Die risikoadjustierte Auswertung des PHQ-9 ergab

- für 7 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für keine Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den erwarteten Werten lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 4 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

## **Messung der Angstsymptomatik**

Auf der GAD-7-Skala betrug der Gesamtwert bei Reha-Eintritt durchschnittlich 11.3 Punkte und bei Reha-Austritt durchschnittlich 6.3 Punkte. Da das Instrument in diesem Jahr zum ersten Mal zum Einsatz kam, wird kein Vorjahresvergleich berichtet.

Die risikoadjustierte Auswertung der GAD-7 ergab

- für 6 Kliniken eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den erwarteten Werten lag.
- für 1 Klinik eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 4 Kliniken ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen (10–49 Fälle) nur eingeschränkt belastbar.

## **Messung der somatischen Beschwerden**

Beim PHQ-15 betrug der Gesamtdurchschnittswert bei Reha-Eintritt 11.2 Punkte (2023: 11.5) und bei Reha-Austritt 8.4 Punkte (2023: 8.6). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des PHQ-15 ergab

- für 6 Kliniken (2023: 6) eine Ergebnisqualität, die aufgrund der klinikeigenen Patientenstruktur statistisch erwartet wurde.
- für 1 Klinik (2023: 1) eine Ergebnisqualität, die über den statistisch erwarteten Werten lag.
- für 1 Klinik (2023: 0) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.

Bei 4 Kliniken (2023: 5) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

## **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das mit den Patientinnen und Patienten vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 94.9% erreicht (2023: 95.1%). Die Zielerreichung lag damit auf dem Niveau des Vorjahrs (2023: 95.1%). Die vereinbarten Partizipationsziele stammten aus allen Teilhabebereichen, am häufigsten aus den Bereichen «Soziokultur» und «Wohnen».

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte in 3.4% der Fälle. Hier zeigte sich eine leichte Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr (2023: 2.4%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «zu Hause Wohnen» geändert.

## 4.9 PULMONALE REHABILITATION: MESSUNG 2024

### Datenbasis

Insgesamt übermittelten 14 Kliniken (2023: 14) Daten für 5'005 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2024 eine pulmonale Rehabilitation beendet hatten (2023: 4'818). Es ist damit eine Erhöhung der Fallzahlen erkennbar. 94.9% der Datensätze waren vollständig dokumentiert, was gegenüber dem Vorjahr eine leichte Erhöhung bedeutet (2023: 93.3%). Der Anteil auswertbarer Fälle betrug 84.4% (2023: 83.5%). Die Auswertungsstichprobe umfasst 4'225 Datensätze (2023: 4'021) aus 14 Kliniken (2023: 14). Das mittlere Alter lag wie im Vorjahr bei 69.4 Jahren. Der Frauenanteil erhöhte sich auf 49.6% (2023: 48.4%). Die Rehabilitation dauerte im Schnitt 20.4 Tage, gleich lang wie im Vorjahr. Der durchschnittliche CIRS-Gesamtscore betrug 16.9 (2023: 16.4). Im Vergleich zu 2023 veränderten sich einige Stichprobenmerkmale. Der Frauenanteil stieg, der Anteil der Schweizerinnen und Schweizer sank, und nach der Rehabilitation wurden weniger Patientinnen und Patienten in ein Alters-, Kranken- oder Pflegeheim entlassen. Zudem gab es deutlich weniger Fälle mit COPD-Diagnosen und mehr Fälle der Kategorie «Sonstige Erkrankungen».

### Die Ergebnisse

Im Durchschnitt erzielten alle Kliniken bei ihren Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der mittleren Verbesserungen während der Rehabilitation sowie die durchschnittlichen Werte zu Ein- und Austritt variierten zwischen den Kliniken. Um zu beurteilen, ob eine Klinik eine vergleichsweise grosse oder kleine Verbesserung erzielen konnte, wurden für den CRQ-Patientenfragebogen und den 6-Minuten-Gehtest risikoadjustierte Analysen durchgeführt.

### Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der Gesamtdurchschnitt des CRQ erreichte bei Reha-Eintritt im Mittel 3.80 Punkte (2023: 3.89) und bei Austritt 4.91 Punkte (2023: 4.92). Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen des Vorjahrs.

Die risikoadjustierte Auswertung des CRQ ergab

- für 9 Kliniken (2023: 8) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 3 Kliniken (2023: 3) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über dem errechneten mittleren Wert der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik (2023: 2) eine Ergebnisqualität, die als statistisch signifikant niedriger als der errechnete mittlere Wert der übrigen Kliniken beurteilt wurde.

Bei 1 Klinik (2023: 1) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

## **Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit**

Die beim 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Gehstrecke stieg von durchschnittlich 271 Metern bei Reha- Eintritt (2023: 267) auf 349 Meter bei Reha-Austritt (2023: 344). Damit lagen der Ein- und der Austrittswert leicht über dem Vorjahr, die mittlere Gehstrecke blieb aber vergleichbar.

Die risikoadjustierte Auswertung des 6-Minuten-Gehtests ergab

- für 8 Kliniken (2023: 12) eine Ergebnisqualität, die im Bereich der statistisch zu erwartenden Ergebnisse lag.
- für 4 Klinik (2023: 1) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant über den Ergebnissen der übrigen Kliniken lag.
- für 1 Klinik (2023: 0) eine Ergebnisqualität, die statistisch signifikant unter den zu erwartenden Ergebnissen lag.

Bei 1 Klinik (2023: 1) ist die Aussagekraft der risikoadjustierten Ergebnisse aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar (10–49 Fälle).

## **Dokumentation Partizipationsziel und Zielerreichung**

Das vereinbarte Partizipationsziel wurde zu 98.8% erreicht (2023: 99.0%). Die Partizipationsziele bezogen sich primär auf den Bereich «Wohnen». Bei den in Partnerschaft lebenden Personen, die ein solches Ziel gewählt hatten, wollten 50.0% daheim externe Unterstützung in Anspruch nehmen. Bei den Alleinstehenden waren es 46.9%. Andere Partizipationsziele aus dem Bereich «Wohnen» sowie Ziele aus den Bereichen «Arbeiten» und «Teilhabe am öffentlichen Leben» wurden deutlich seltener dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr wurde das Ziel «Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben» häufiger gesetzt. Je nach Klinik variierten die Partizipationsziele stark.

Eine Anpassung der Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgte bei 3.1% der Fälle (2023: 2.5%). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich «Wohnen» geändert – diese Ziele sind allerdings auch die häufigsten Partizipationsziele insgesamt.

## **5. AUSBLICK**

Auch in den kommenden Jahren wird der ANQ die Qualitätsmessungen in der Rehabilitation kontinuierlich fortführen und weiterentwickeln. Mit dem aktuellen Messplan 2025 bleibt der Fokus auf einer schweizweiten, einheitlichen Datenerhebung bestehen, um die Ergebnisqualität in allen Rehabilitationsbereichen transparent zu vergleichen. Zukünftige Anpassungen der Messinstrumente und Auswertungsverfahren sollen den Nutzen der Ergebnisse für Kliniken, Fachpersonen und Entscheidungsträger weiter erhöhen. Ziel bleibt es, eine fundierte Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu schaffen und den Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten zu fördern.

## IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Kurzfassung. Nationale Vergleichsberichte 2024: Nationaler Messplan Rehabilitation, Version 1.0
Jahr	2025
Autorinnen und Autoren	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Kontakt-Korrespondenzadresse	rehabilitation@anq.ch
Auftraggeberin ANQ	Stephan Tobler, Leiter Fachbereich Rehabilitation
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern
Zitierweise	ANQ, Nationales Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, Bern (2025): Nationaler Messplan Rehabilitation. Kurzfassung. Nationale Vergleichsberichte 2024, Version 1.0.