
Pilotprojekt: Stärkung der Patientenperspektive – Erfassung subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität

Kurzbericht Projektabschluss
Fachbereich Rehabilitation

2. Dezember 2024/Version 1.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
1. Einleitung.....	2
2. Methodik.....	3
2.1. Zeitablauf.....	3
2.2. Vorgehen quantitatives Teilprojekt.....	4
2.3. Vorgehen qualitatives Teilprojekt	5
3. Ergebnisse	6
3.1. Quantitatives Teilprojekt	6
3.2. Qualitatives Teilprojekt.....	10
4. Diskussion	11
5. Ausblick.....	13
6. Literatur.....	15
Abbildungsverzeichnis	16
Tabellenverzeichnis	16
Abkürzungsverzeichnis	16
Impressum.....	17

Zusammenfassung

Das Pilotprojekt hatte zum Ziel die Eignung des PROMIS GH-10 als generisches Messinstrument zur Erfassung der HRQOL in allen 9 stationären Rehabereichen zu prüfen. Neben der Anwendbarkeit soll das Messinstrument auch einen geringen Aufwand für das klinische Personal bedeuten. Darüber hinaus diene es als Anstoss für eine verstärkte digitalisierte Erfassung von PROMs in den Kliniken.

Der PROMIS GH-10 wurde zu Ein- und Austritt der Rehabilitation digital oder papierbasiert erhoben. Zur Einschätzung der Eignung wurden T-Score Mittelwerte und Effektgrößen (Cohen's d) für alle 9 Rehabereiche analysiert. Hinsichtlich der Praktikabilität und Akzeptanz wurden quantitative Daten zum benötigten Unterstützungsbedarf, sowie eine qualitative Befragung ausgewertet.

Aus einem Datensatz von 2'261 Fällen ergab sich eine bereinigte Stichprobe von 2'083 Fällen, von denen 1'217 vollständig waren (Rücklaufquote 58.4%). Die T-Scores Mittelwerte für die körperliche Gesundheit (Physical Health Score PHS) und die psychische Gesundheit (Mental Health Score MHS) unterschieden sich bei Eintritt und Austritt signifikant ($p < 0.001$) in allen Rehabereichen (Gesamtstichprobe PHS: 39.3(7.4); 44.4(7.6); $d = 0.68$; MHS: 44.9(8.0); 48.7(7.5); $d = 0.48$). Lediglich der MHS in der paraplegiologischen Rehabilitation weist ein anderes Signifikanzniveau auf ($p = 0.002$). Die Effektstärken des PHS reichten von $d = 0.50$ - 0.95 und für MHS von $d = 0.33$ - 1.19 . Die stärksten Effekte für beide Scores wurden für die psychosomatische (PHS: $d = 0.88$; MHS: $d = 1.19$; $n = 70$) und die internistische Rehabilitation (PHS: $d = 0.83$; MHS: $d = 0.80$; $n = 51$) festgestellt. In der muskuloskeletalen (PHS: $d = 0.56$; MHS: $d = 0.33$; $n = 395$) und paraplegiologischen Rehabilitation (PHS: $d = 0.50$; MHS: $d = 0.36$; $n = 52$) wurden die geringsten Effektgrößen beobachtet.

Von allen vollständig ausgefüllten Fällen benötigten 40.5% Unterstützung beim Ausfüllen des PROMIS GH-10. Der Unterstützungsbedarf zeigte ein differenziertes Bild über die verschiedenen Rehabereiche und reichte von 10.0% in der psychosomatischen bis zu 70.3% in der geriatrischen Rehabilitation. Die Analyse der unvollständigen Fälle (41.6%) zeigt, dass für 30.1% der Fälle die Eintrittsmessung vollständig vorlag, aber die fehlende Austrittsmessung dazu führte, dass diese Fälle nicht analysiert werden konnten. Zu den primären Hürden für die Praktikabilität, die aus der qualitativen Erhebung identifiziert wurden, gehörten die Prozessabläufe, die sich zu einem grossen Teil aus den Rahmenbedingungen des Pilotprojekts ergaben, sowie fehlende personelle Ressourcen.

Zusammenfassend zeigt das Pilotprojekt statistisch signifikante Prä-Post-Effekte der HRQOL in allen 9 Rehabereichen auf, was die methodische Eignung des Instruments zur Messung von Veränderungen der HRQOL in verschiedenen Rehabilitationskontexten unterstützt. Für eine Implementierung müssen noch weitere Aspekte berücksichtigt werden, insbesondere der hohe Unterstützungsbedarf in einigen Rehabereichen.

1. Einleitung

Der Qualitätsausschuss Rehabilitation (QA Rehabilitation) des ANQ (ehemals: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) beschäftigt sich seit 2019 mit der Weiterentwicklung des Messplans Rehabilitation. Auf Basis des gemeinsam entwickelten Qualitätsmodells wurde die Stärkung der Patientenperspektive als Priorität für die Weiterentwicklung identifiziert. Patientenzentrierung ist auch ein zentrales Handlungsfeld der aktuellen Qualitätsstrategie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2022).

Ein vielversprechender Ansatz im Rahmen der Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen ist der Einsatz von patient-reported outcome measures (PROMs), mit denen die subjektive Einschätzung von Patientinnen und Patienten zu gesundheitsbezogenen Ergebnissen erfasst werden kann. In den letzten Jahren haben PROMs sowohl in der klinischen Anwendung als auch in der externen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung an Bedeutung gewonnen (IQTIG, 2024; Noonan et al., 2017; Rotenstein et al., 2017; Valderas et al., 2008).

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) gewann als Outcome-Parameter in der medizinischen Versorgungsforschung zunehmend an Relevanz (Koller et al., 2009), insbesondere bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine vollständige Genesung oft nicht möglich ist (Wilson & Cleary, 1995). Zahlreiche Messinstrumente zur Erfassung der HRQOL sind mittlerweile verfügbar, wobei diese eine grosse inhaltliche Schnittmenge und je nach Entwicklungskontext unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte haben. Die Verbesserung der HRQOL ist, neben der Verbesserung der Funktions- und Partizipationsfähigkeit, auch ein zentrales Behandlungsziel der Rehabilitation.

Eine Stärkung der Patientenperspektive mittels PROMs bedingt eine konzeptuelle Verschiebung von objektivierbaren Gesundheitsoutcomes, wie dem funktionalen Status, hin zur gleichwertigen oder ergänzenden Betrachtung subjektiver Gesundheitsmerkmale.

Im Rahmen eines Pilotprojektes sollte ein PROM zur Messung der HRQOL in der stationären Rehabilitation eingesetzt und seine methodische Eignung geprüft werden. Die Entscheidung für das zu pilotierende PROM erfolgte in einem mehrstufigen Auswahlprozess. Auf der Basis einer inhaltlichen Eignungsprüfung der Instrumente für jeden Rehabereich und der Erfahrungswerte aus den Kliniken Valens (Riese & Tobler, 2022) votierte der QA Rehabilitation für den Einsatz des Instrumentes PROMIS Global Health 10 (PROMIS GH-10) für die Pilotierung (Hays et al., 2009; PROMIS, 2022b).

Der PROMIS GH-10 ist ein Fragebogen zur Erfassung der HRQOL und ist für eine Vielzahl von Krankheitsbildern anwendbar. Er stammt aus dem PROMIS[®] Messsystem (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System), dem grössten modularen Messsystem für patientenberichtete Gesundheitsmerkmale, welches auf Basis moderner testtheoretischer Ansätze entwickelt wurde. Der Fragebogen ist lizenzpflichtig und wurde für viele Sprachen validiert. Weitere Informationen sind auf der Webseite¹ des Lizenzgebers PROMIS Health Organization (PHO) zu finden.

Der Fragebogen besteht aus 10 allgemein formulierten Fragen, mit denen die Patientinnen und Patienten subjektiv ihre eigene Gesundheit hinsichtlich Lebensqualität, Müdigkeit, Schmerzen, emotionaler Belastung und sozialer Gesundheit global bewerten sollen. Aus den Items lassen sich 2

¹ <https://www.healthmeasures.net/>

Scores zur allgemeinen körperlichen (Physical Health Score PHS) und psychischen Gesundheit (Mental Health Score MHS) bilden.

Im Pilotprojekt zur Stärkung der Patientenperspektive soll die Eignung des PROMIS GH-10 als generisches Messinstrument zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität für den Einsatz in den Qualitätsmessungen in allen 9 stationären Rehabereichen geprüft werden. Neben der Anwendbarkeit als Messinstrument aus methodischer Sicht für die externe Qualitätssicherung soll das Messinstrument auch einen geringen Aufwand für das klinische Personal bedeuten und idealerweise einen Input für den Behandlungs- und Kommunikationsprozess mit den Patientinnen und Patienten liefern.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- A) Ist der PROMIS GH-10 aus methodischer Sicht als Messinstrument geeignet?
- B) Wie praktikabel ist der Einsatz des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag?

2. Methodik

Zur Realisierung des Pilotprojektes unter besonderer Berücksichtigung einer datenschutzkonformen elektronischen Erhebung des PROMIS GH-10 wurde unter der Leitung des ANQ, Fachbereich Rehabilitation, ein Projektverbund mit folgenden Projektpartnern zusammengestellt. Die Berner Fachhochschule, MIDATA und Brightfish waren für die Messlogistik der elektronischen Datenerfassung zuständig. Der Projektpartner socialdesign führte die qualitativen Befragungen durch und die Charité – Universitätsmedizin Berlin war für die Konzipierung des Projekts, das Datenmonitoring, die Datenauswertung und Berichtslegung zuständig. Nicht zuletzt waren es die Rehabilitationskliniken, welche sich freiwillig für die Teilnahme am Projekt engagierten. Das Pilotprojekt wurde aus ANQ Eigenmitteln finanziert und erhielt zudem Fördergelder von der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK).

2.1. Zeitablauf

In einer ca. 6-monatigen Vorbereitungsphase wurden die Zuständigkeitsabklärung mit der Ethikkommission, die Studienunterlagen und Erhebungsinstrumente (Datenschutzerklärung, Dateneingabemasken, elektronische Studienliste etc.) vorbereitet sowie die Pilotkliniken rekrutiert. Schlussendlich nahmen 28 Rehakliniken mit 67 Rehabereichen² aus den 3 Sprachregionen der Schweiz (deutsch, französisch, italienisch) teil. Die Pilotkliniken wurden für den Einsatz des PROMIS GH-10 im Rahmen der Pilotierung umfassend geschult und bei der Festlegung der klinikindividuellen Abläufe unterstützt.

Die Durchführungsphase startete im April 2023 und ging bis Ende des Jahres 2023. Ab Januar 2024 startete die Datenaufbereitung und -analyse, die anschliessend in die Ergebnisdarstellung und Berichtslegung überging. Zum Projektende Juni 2024 wurde der Abschlussbericht dem QA Rehabilitation bereitgestellt, wobei der QA in jeder Projektphase über Statusberichte informiert und insbesondere bei der Erstellung des Abschlussberichts involviert wurde.

² Die Pilotkliniken konnten sich für einen oder mehrere Rehabereiche registrieren.

2.2. Vorgehen quantitatives Teilprojekt

Ab dem Erhebungsstart sollten die Pilotkliniken konsekutiv alle neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten (Vollerhebung) zur freiwilligen Teilnahme an der Befragung einladen, bis die erforderliche Fallzahl je Rehabereich pro Pilotklinik (n=30 Teilnehmende) erreicht war.

Die Ein- und Ausschlusskriterien waren analog zum regulären Messplan Rehabilitation wie folgt definiert:

Einschlusskriterien:

- Reha-Eintritt im Erhebungszeitraum
- Stationärer Rehabilitationsaufenthalt von mindestens 24 Stunden
- Alter ≥ 18 Jahre zum Zeitpunkt des Reha-Eintritts

Ausschlusskriterien:

- Keine, ausser die Einschlusskriterien sind nicht erfüllt

Die Kliniken erhielten die Anweisung, die Eintrittsmessung (T1) innerhalb der ersten 3 Tage nach Eintritt in die stationäre Rehabilitation und die Austrittsmessung (T2) innerhalb der letzten 3 Tage der stationären Rehabilitation durchzuführen (Ein-/Austrittstag einbezogen, analog zum Messplan Rehabilitation).

Neben dem PROMIS GH-10 wurden nach erfolgter Messung durch das Gesundheitsfachpersonal (GFP) zusätzliche Angaben zum Unterstützungsbedarf³ oder im Falle eines trotz vorliegender Einwilligung erfolgten Testverzichts seitens der Patientinnen und Patienten Gründe für diesen erhoben. Ein Dropout⁴ konnte ebenfalls erfasst werden. Darüber hinaus lagen für die Ein-/Austrittsmessung Angaben zum Rehabereich, Erhebungsmodus (elektronisch oder papierbasiert), der Sprachversion und Datumsangaben vor.

Der IT-Partner stellte eine datenschutzkonforme Anwendung zur digitalen Erfassung und klinikinternen Auswertung des Fragebogens zur Verfügung (via Tablets/App). Der PROMIS GH-10 konnte somit direkt an einem digitalen Endgerät auf deutsch, französisch, italienisch oder englisch ausgefüllt werden. Alternativ konnte der Fragebogen auch papierbasiert in allen 4 Sprachversionen ausgefüllt werden, welcher im Anschluss durch das GFP in die IT-Anwendung übertragen werden musste.

Zur Berechnung der Scores mittels T-score Tabelle werden die Punktwerte (1-5) zu einem Roh-Summenscore (5-20) aufsummiert und anschliessend dem entsprechenden T-Wert zugeordnet. Zur Interpretation der Werte gilt: Ein T-Wert von 50 entspricht dem Durchschnitt der US-Normalbevölkerung⁵. T-Werte von 40 bzw. 60 liegen eine Standardabweichung unter- bzw. oberhalb des Bevölkerungsdurchschnitts. Für die Schweiz liegen bislang keine Normwerte vor.

Die Messdaten für die Prä-Post-Vergleiche des PROMIS GH-10 je Rehabereich wurden deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet. Neben den T-Score Mittelwerten (Physical Health Score PHS und Mental Health Score MHS) zu Ein- und Austritt und weiteren Verteilungskennwerten wurden zur Überprüfung

³ Antwortoptionen: Fragen/Antworten vorgelesen; Ankreuzen der Antworten im Auftrag; Rückfragen zum Fragebogen mussten beantwortet werden; Sonstiges

⁴ Patientinnen und Patienten bei denen es zu einem unvorhergesehenen Abbruch der Rehabilitation kommt. Dies ist der Fall bei Verlegung in ein Akutspital länger als 24 Stunden, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientinnen und Patienten oder der Austritt ist innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt geplant. In solchen Fällen ist eine Austrittsmessung nicht möglich. Die Angaben zum Dropout wurden mit einem Testverzicht dokumentiert und in der offenen Angabe zu den Gründen ergänzt.

⁵ <https://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/interpret-scores/promis/reference-populations>

der Signifikanz und Einschätzung der Stärke der Prä-Post-Effekte t-Tests und Effektgrößen (Cohen's d) mittels gepoolter Standardabweichung berechnet.

Die Effektstärke ist als standardisierte Mittelwertdifferenz zu interpretieren: 0.2 bis 0.5 gilt als geringer, 0.5 bis 0.8 als mittlerer und ab 0.8 als starker Effekt. Ein d von 0.5 bedeutet inhaltlich, dass die Mittelwertdifferenz zwischen den beiden Messungen eine halbe (gepoolte) Standardabweichung gross ist.

2.3. Vorgehen qualitatives Teilprojekt

Zur Beantwortung der Fragestellungen zur Praktikabilität des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag (Fragestellung B) wurden semistrukturierte leitfadengestützte Einzelinterviews mit den beteiligten Patientinnen und Patienten sowie Fokusgruppen mit dem GFP avisiert.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen bzw. für die Einzelinterviews wurde über die Pilotkliniken angestrebt und durch socialdesign online umgesetzt. Die Interviews wurden audioaufgezeichnet, pseudonymisiert sprachlich geglättet ins Hochdeutsche transkribiert und bis Ende des Jahres 2023 an die Charité übermittelt.

Die Interviewmaterialien wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit MAXQDA von der Charité ausgewertet (Kuckartz & Rädiker, 2022).

3. Ergebnisse

3.1. Quantitatives Teilprojekt

Insgesamt wurden 2'261 angelegte Fälle im finalen Datensatz von MIDATA übermittelt. Als Datenbasis blieben nach der Bereinigung 2'083 Fälle. Diese bereinigte Stichprobe teilte sich in 866 unvollständige (41.6%) und 1'217 vollständige Fälle (58.4%) auf. Letztere Fälle mit vollständigen Ein- und Austrittsmessungen wurden für die Auswertung herangezogen. Der Anteil an papierbasierten Erhebungen lag bei 40.8%. Von den vollständigen Fällen nutzten 69.2% die deutsche Sprachversion, 22.0% die französische, 8.2% die italienische und 0.6% die englische.

Die Rücklaufquote liegt bei 58.4%. Das bedeutet, dass über die Hälfte der teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowohl die Eintritts- als auch die Austrittsmessung vollständig ausgefüllt haben. In den Rehabereichen Onkologie (76.3%), Kardiologie (75.2%) und Psychosomatik (66.7%) lag der Anteil vollständiger Fälle vergleichsweise höher, wohingegen die internistische (49.0%), geriatrische und paraplegiologische (47.3%) Rehabilitation eine niedrigere Quote erzielten (Abbildung 1).

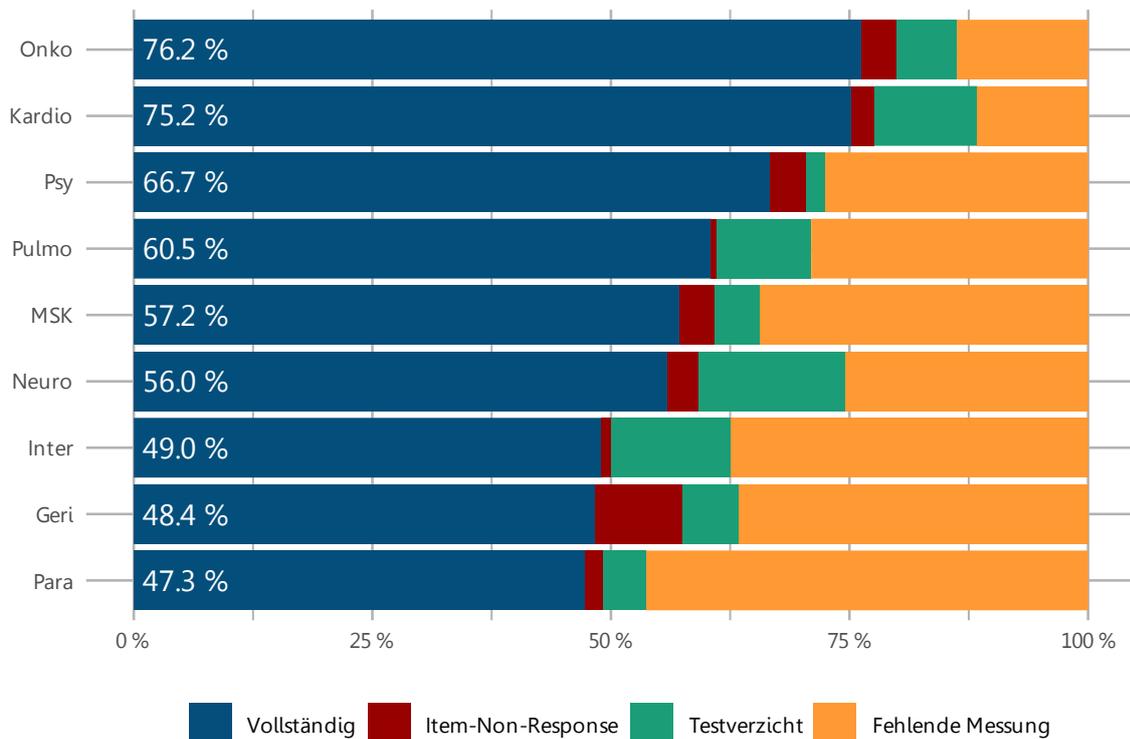


Abbildung 1: Datenqualität auf Fallebene nach Rehabereich⁶

Basierend auf verschiedenen Einstufungen der Ein- und Austrittsmessungen wurden Fälle als vollständig (n=1'217, 58.4%), mit komplett fehlender Messung (n=626, 30.1%), Item-Non-Response (n=79, 3.8%) oder Testverzicht (n=161, 7.7%) definiert. Die Verteilung der unvollständigen Fälle variiert geringfügig zwischen den Rehabereichen (Abbildung 1). Anteilig am meisten unvollständige Fälle aufgrund fehlender Austrittsmessungen sind in der paraplegiologischen (n=51, 46.4%) Rehabilitation zu

⁶ Geri: geriatrische, Inter: internistische, Kardio: kardiale, MSK: muskulo-skelettale, Neuro: neurologische, Onko: onkologische, Para: paraplegiologische, Pulmo: pulmonale Rehabilitation

verzeichnen. In der internistischen, geriatrischen und muskuloskelettalen Rehabilitation hat etwa jeder dritte Fall eine fehlende Messung. Unvollständige Antworten für einzelne oder mehrere Items im PROMIS GH-10, durch welche die Berechnung des PHS oder MHS nicht möglich war, kamen nur selten vor. Einzelne oder mehrere fehlende Items führten in der geriatrischen (n=28, 9.2%) Rehabilitation häufiger zu unvollständigen Fällen als in den übrigen Rehabereichen (0.6-3.8%). Besonders viele Testverzichte gab es in der neurologischen (n=42, 15.3%) gefolgt von der internistischen (n=13, 12.5%), kardialen (N=27, 10.8%) und pulmonalen (n=16, 9.9%) Rehabilitation.

Abbildung 2 zeigt die Datenqualität nach Rehabereichen und Messzeitpunkten. In der Analyse der unvollständigen Fälle (n=866) zeigt sich, dass der grösste Anteil dadurch zustande kam, dass keine Austrittsmessung durchgeführt wurde. Zu Eintritt lag von n=735 Fällen (84.9%) die Messung noch vor. Erst die fehlende Austrittsmessung führte dazu, dass die Fälle als unvollständig eingestuft wurden. Als häufigster Grund für einen Testverzicht wurde mit 41.1% genannt, dass der Patient/die Patientin nicht angetroffen wurde. Sonstige Gründe (27.4%) und kein Interesse (18.5%) wurden ebenfalls häufiger genannt. Einen kleinen Anteil machen die kognitiven (9.5%) und körperlichen (2.4%) Beeinträchtigungen als Gründe für einen Testverzicht aus. Bei nur 2 Fällen (1.2%) wurde die Begründung genannt, dass die Erhebung nicht in präferierter Sprache verfügbar war. Aus den offenen Angaben zum Testverzicht ging bei n=40 Fällen hervor, dass es sich um Dropouts handelte.

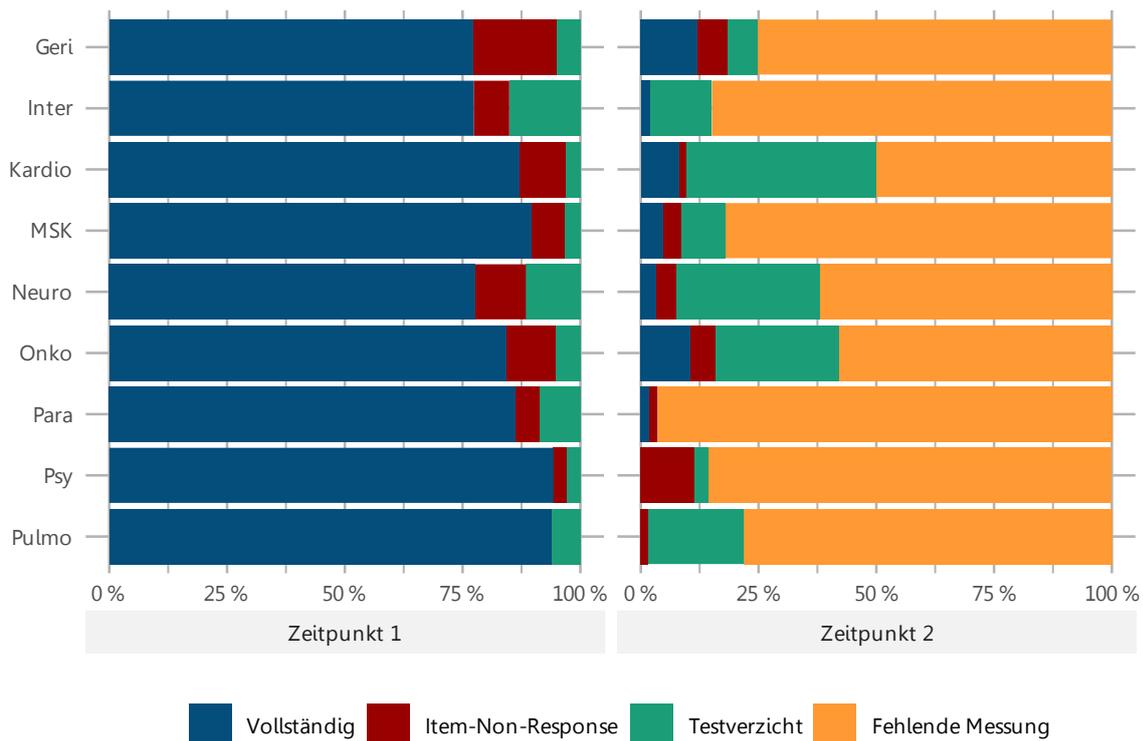


Abbildung 2: Datenqualität nach Rehabereich und Messzeitpunkt

Für n=1'217 Fälle konnten im Rahmen des Pilotprojektes Prä-Post-Scores berechnet werden. In Abbildung 3 sind die T-Score Mittelwerte und zugehörige 95%-Konfidenzintervalle des MHS und PHS für die Ein- und Austrittsmessung (Zeitpunkt T1 resp. T2) nach Rehabereichen dargestellt. Die zugehörigen Kennzahlen und Effektstärken finden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

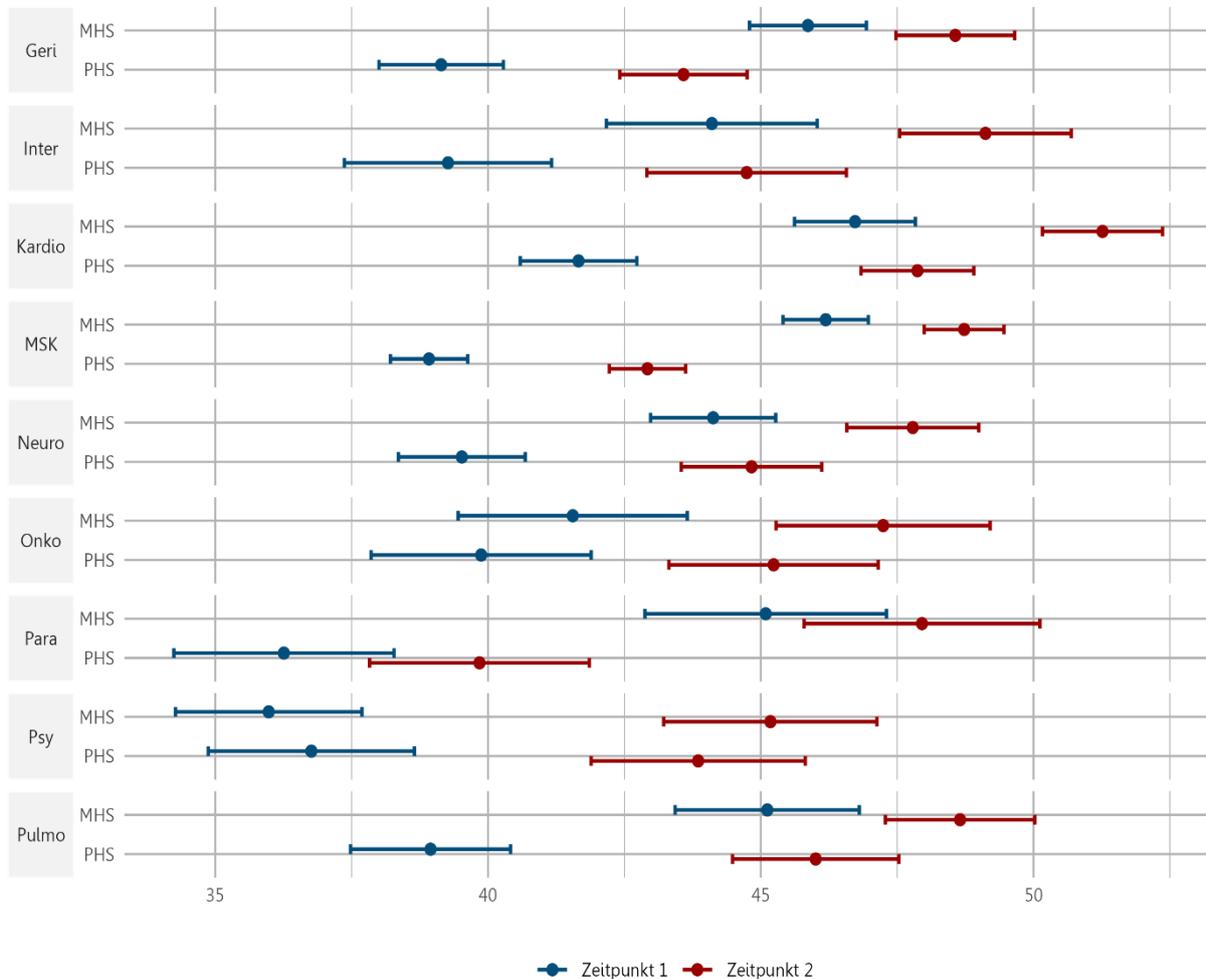


Abbildung 3: Prä-Post-Scores MHS und PHS nach Rehabereichen (T-Score Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle)

Es zeigt sich ein differenziertes Bild der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Eintrittsmittelwerte des PHS der meisten Rehabereiche liegen zwischen 38.9 und 39.9, was etwa eine Standardabweichung unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts liegt. Höhere Eingangsbeeinträchtigungen zeigen sich in der paraplegiologischen Rehabilitation (36.3) und der psychosomatischen Rehabilitation (36.8) und eine etwas niedrigere in der kardialen Rehabilitation (41.7). Zum Austritt variieren die T-Scores des PHS der meisten Rehabereiche zwischen 42.9 und 46.0 und sind somit deutlich normnäher. Einen niedrigeren Austrittsmittelwert verzeichnet die paraplegiologische Rehabilitation (39.4) und einen höheren wiederum die kardiale Rehabilitation (47.9).

Auch im psychischen Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich eine differenzierte Verteilung über die verschiedenen Rehabereiche. In den meisten Rehabereichen variiert der MHS zum Eintritt zwischen 44.1 und 46.7, also bereits etwas normnäher als der PHS. Geringere T-Score Mittelwerte sind hier in der onkologischen Rehabilitation (41.6) und der psychosomatischen Rehabilitation (36.0) zu verzeichnen. Zum Austritt bewegt sich die mittlere gesundheitsbezogene Lebensqualität im psychischen Bereich überwiegend zwischen 47.2 und 49.1 und entspricht damit beinahe dem Bevölkerungsmittelwert. In der kardialen Rehabilitation liegt der T-Score Mittelwert mit 51.3 sogar

darüber und in der psychosomatischen Rehabilitation mit 45.2 etwas niedriger als in den übrigen Rehabereichen.

Es zeigen sich statistisch signifikante Prä-Post-Effekte über alle Rehabereiche beim PHS und MHS ($p < 0.001$). Ausnahme bildet der MHS in der paraplegiologischen Rehabilitation, dessen Signifikanz statistisch auf dem 99% Signifikanzniveau abgesichert ist ($p = 0.002$). Die durchschnittliche Effektstärke für den PHS ist mit 0.68 in ihrer inhaltlichen Stärke als mittlerer Effekt einzustufen (vgl. Tabelle 1), für den MHS mit 0.48 als geringer Effekt (Tabelle 2).

Tabelle 1: Effektstärken PHS nach Rehabereich

	phs_t1	SD	phs_t2	SD	Δ	n	T	p	Cohen's d
Geri	39.1	7.0	43.6	7.2	4.4	148	7.6	<0.001	0.63
Inter	39.3	6.8	44.7	6.5	5.5	51	5.8	<0.001	0.83
Kardio	41.7	7.4	47.9	7.2	6.2	188	12.2	<0.001	0.85
MSK	38.9	7.2	42.9	7.1	4.0	395	11.3	<0.001	0.56
Neuro	39.5	7.3	44.8	8.1	5.3	154	9.7	<0.001	0.69
Onko	39.9	7.9	45.2	7.5	5.4	61	7.2	<0.001	0.70
Para	36.3	7.2	39.8	7.2	3.6	52	3.6	<0.001	0.50
Psy	36.8	7.9	43.9	8.2	7.1	70	9.6	<0.001	0.88
Pulmo	38.9	7.3	46.0	7.6	7.1	98	11.0	<0.001	0.95
Gesamt	39.3	7.4	44.4	7.6	5.1	1'217	25.7	<0.001	0.68

Differenziert nach Rehabereich weist der körperliche Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchwegs mittlere bis hohe Effektstärken auf. Am stärksten sind die Prä-Post-Effekte in der internistischen, kardialen, psychosomatischen und pulmonalen Rehabilitation ($d = 0.83-0.95$). Die übrigen Rehabereiche weisen mittlere Effektstärken auf ($d = 0.50-0.70$), wobei die paraplegiologische ($d = 0.50$) und die muskuloskelettale Rehabilitation ($d = 0.56$) auf dem PHS von allen Rehabereichen im Durchschnitt die geringsten Effekte verzeichnen.

Tabelle 2: Effektstärken MHS nach Rehabereich

	mhs_t1	SD	mhs_t2	SD	Δ	n	T	p	Cohen's d
Geri	45.9	6.6	48.6	6.7	2.7	148	5.6	<0.001	0.41
Inter	44.1	6.9	49.1	5.6	5.0	51	6.5	<0.001	0.80
Kardio	46.7	7.7	51.3	7.6	4.5	188	9.8	<0.001	0.59
MSK	46.2	7.9	48.7	7.4	2.5	395	7.8	<0.001	0.33
Neuro	44.1	7.2	47.8	7.6	3.7	154	6.5	<0.001	0.49
Onko	41.6	8.2	47.2	7.7	5.7	61	6.6	<0.001	0.72
Para	45.1	8.0	48.0	7.8	2.9	52	3.2	0.002	0.36
Psy	36.0	7.2	45.2	8.2	9.2	70	11.3	<0.001	1.19
Pulmo	45.1	8.4	48.7	6.8	3.5	98	5.4	<0.001	0.46
Gesamt	44.9	8.0	48.7	7.5	3.7	1'217	19.7	<0.001	0.48

Differenziert nach Rehabereich weist der psychische Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine grosse Streubreite aus. Mit Abstand am stärksten fällt der Prä-Post-Effekt in der psychosomatischen Rehabilitation aus ($d = 1.19$), gefolgt von der internistischen Rehabilitation ($d = 0.80$). Mittlere Effekte zeigen sich in der onkologischen ($d = 0.72$) und kardialen Rehabilitation ($d = 0.59$). Die neurologische,

pulmonale, geriatrische, paraplegiologische und muskuloskelettale Rehabilitation verzeichnen geringe Prä-Post-Effekte ($d=0.33-0.49$) auf dem MHS.

Zur Einschätzung des Aufwandes für das klinische Personal bei der Erhebung des PROMIS GH-10 wurden zusätzlich zu den Messdaten bei erfolgter Messung⁷ Angaben zum Unterstützungsbedarf für beide Messzeitpunkte dokumentiert (T1: $n=2'015$; T2: $n=1'290$).

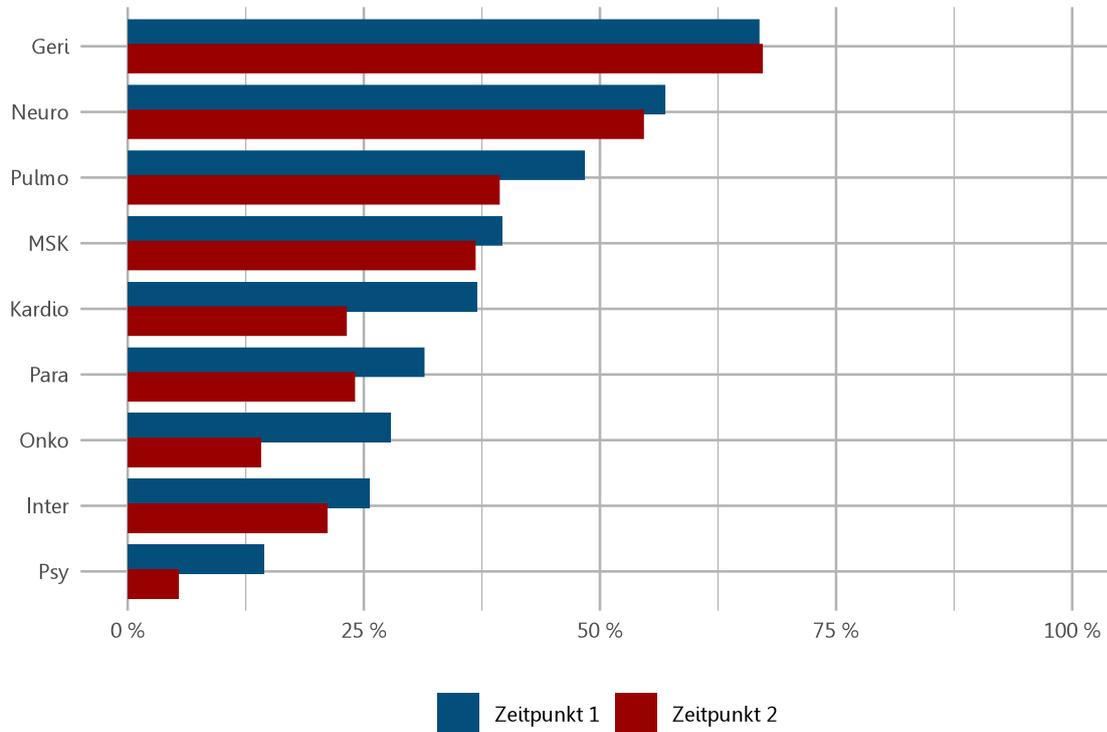


Abbildung 4: Anteil Fälle mit Unterstützungsbedarf nach Rehabereich und Messzeitpunkt

In Abbildung 4 sind die Anteile der Fälle mit Unterstützungsbedarf nach Rehabereichen und Messzeitpunkten, in absteigender Reihenfolge sortiert, dargestellt. Hier sind deutliche Unterschiede zwischen den Rehabereichen sichtbar. Die geriatrische Rehabilitation wies den höchsten Anteil an Fällen mit Unterstützungsbedarf auf (T1: 66.9%; T2: 67.2%), während in der psychosomatischen Rehabilitation die niedrigsten Unterstützungsbedarfsquoten zu verzeichnen waren (T1: 14.4%; T2: 5.4%). Mit Ausnahme der geriatrischen Rehabilitation ist der Unterstützungsbedarf bei der Austrittsmessung geringfügig niedriger als bei der Eintrittsmessung.

3.2. Qualitatives Teilprojekt

Die Befragungen des qualitativen Teilprojektes zur Beantwortung der Fragestellung B wurden im 4. Quartal 2023 umgesetzt. Schlussendlich wurden 1 Fokusgruppe mit 3 Teilnehmenden, 3 Gruppeninterviews mit jeweils 2 Teilnehmenden und 4 Einzelinterviews durchgeführt. Insgesamt wurden

⁷ Die Zusatzauswertung zum Unterstützungsbedarf bezieht sich auf eine geringfügig andere Datenbasis ($n=2'083$): Für Fälle mit dokumentiertem Testverzicht (T1: $n=53$; T2: $n=126$) war keine Angabe zum Unterstützungsbedarf vorgesehen. Ebenso sind komplett fehlende Messungen zu T2 ($n=660$) nicht Teil der Datenbasis für die Zusatzauswertung zum Unterstützungsbedarf. Trotz angelegter Messung fehlten für einige Fälle die Angaben zum Unterstützungsbedarf (T1: $n=15$; T2: $n=7$).

13 GFP aus 10 Kliniken befragt; davon waren 4 französischsprachig und 9 deutschsprachig. Die Befragten arbeiten in unterschiedlichen Rehabereichen und bringen verschiedene Funktionen mit. Die Umsetzung erfolgte per Videokonferenzen und dauerte zwischen 30 und 90 Minuten. Die Interviews mit den Patientinnen und Patienten konnten wegen anhaltender Rekrutierungsschwierigkeiten nicht umgesetzt werden.

Für die Analyse wurden zunächst deduktive Hauptkategorien anhand der Forschungsfrage und dem Interviewleitfaden gebildet, die dann induktiv mit materialbasierten Unterkategorien ergänzt wurden. Hierdurch konnten die in Abbildung 5 dargestellten Förder- und Hemmfaktoren für die Umsetzung des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag sowie die Implementierungsvorschläge identifiziert werden. Für mehr Einblick in die Ergebnisse wird hier auf den Beitrag der Charité am ANQ Q-Day 2024 verwiesen.

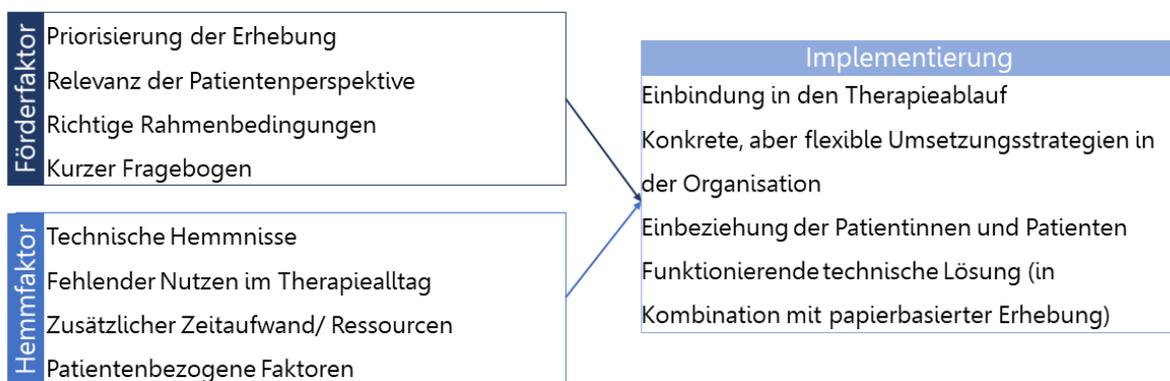


Abbildung 5: Übersicht der qualitativen Hauptergebnisse zu den Förder-, Hemmfaktoren und der Implementierung

4. Diskussion

Ziel des Pilotprojektes zur Stärkung der Patientenperspektive war die Überprüfung der Eignung des PROMIS GH-10, eines generischen Instruments zur Erfassung der HRQOL, für den Einsatz in den Qualitätsmessungen über alle 9 stationären Rehabereiche (Fragestellung A). Zudem sollte eine Überprüfung der Praktikabilität im klinischen Alltag (Fragestellung B) im Pilotprojekt erfolgen. In diesem Zusammenhang wurden neben der deskriptiven Auswertung des erhobenen Unterstützungsbedarfs Einzel-, Gruppen- und Fokusgruppeninterviews mit dem beteiligten GFP durchgeführt.

Mit dem PROMIS GH-10 lassen sich über alle Rehabereiche statistisch signifikante Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität messen. Für den PHS zeigten sich mittlere bis hohe Effekte ($d=0.68$, nach Rehabereichen $0.50-0.95$) und für den MHS geringe bis hohe Effekte ($d=0.48$, nach Rehabereichen $0.36-1.19$), welche die Vielseitigkeit der Rehabilitation widerspiegeln. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der PROMIS GH-10 als generisches Messinstrument methodisch geeignet ist, um Veränderungen der HRQOL in verschiedenen Rehabilitationskontexten zu erfassen (Fragestellung A). Die beobachteten Effektstärken sprechen für eine gute Responsivität des Instruments. Darüber hinaus unterstreichen die Ergebnisse die Angemessenheit der zweidimensionalen Struktur des PROMIS GH-10 (PHS und MHS). Mit 866 Fällen (41.6%) gab es eine hohe Anzahl an unvollständigen Fällen. Der Grossteil dieser unvollständigen Fälle resultierte aus fehlenden Austrittsmessungen (30.1%), während die Eintrittsmessung noch vollständig vorlag. Hinsichtlich des Responseverhaltens lassen sich keine

eindeutigen Muster oder rehabereichsspezifische Schwierigkeiten mit dem Messinstrument erkennen, die gegen eine Eignung des Instruments PROMIS GH-10 in einzelnen Rehabereichen sprechen würden. Die fehlende Austrittsmessung ist eher auf klinikinterne Prozessprobleme zurückzuführen.

Neben der methodischen Eignung als Messinstrument soll der PROMIS GH-10 auch im Klinikalltag praktikabel umsetzbar sein (Fragestellung B). Die Zusatzauswertung zum Unterstützungsbedarf zeigte ein differenziertes Bild über die verschiedenen Rehabereiche mit teilweise sehr hohen Anteilen an Fällen, die beim Ausfüllen des PROMIS GH-10 Unterstützung durch das klinische Personal benötigten (insb. in der geriatrischen und neurologischen Rehabilitation) und deutlich geringeren, etwa in der psychosomatischen Rehabilitation. Die quantitativen Befunde deuten auf die besonderen Hürden und einen nicht unerheblichen Zusatzaufwand für das Klinikpersonal bei einer möglichen Implementierung von PROMs in einigen Rehabereichen hin. Weitere Hinweise auf die Praktikabilität im klinischen Alltag bieten die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews sowie Erfahrungen aus dem Kliniksupport seitens des ANQ und der Charité. Viele Kliniken passten die Abläufe bei der Erfassung an ihre individuellen Anforderungen an, was jedoch in Bereichen mit höherem Unterstützungsbedarf zu Ressourcenengpässen führte. Einige Schwierigkeiten entstanden durch die Rahmenbedingungen des Pilotprojekts, wie die fehlende digitale Vernetzung ins Kliniksystem. Aus den qualitativen Interviews gab es nur wenige Hinweise darauf, dass der PROMIS GH-10 grundsätzlich nicht als Instrument praktikabel sei, wobei vereinzelt die Präferenz für ein indikationsspezifisches Instrument geäußert wurde, um die klinische Nutzbarkeit zu erhöhen.

Trotz der positiven Ergebnisse gibt es Limitationen, die bei der Interpretation der Pilotmessung zu berücksichtigen sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Kliniken in einzelnen Rehabereichen mit einer anderen Klientel andere Scores erzielt hätten. Die Pilotkliniken haben sich freiwillig zur Teilnahme bereit erklärt, was für ein hohes Engagement und Interesse an der Weiterentwicklung der ANQ-Messungen spricht. Obwohl mit 1'217 vollständigen Fällen weniger Fälle erreicht wurden als ursprünglich angestrebt, konnten die Prä-Post-Vergleiche des PROMIS GH-10 statistisch ausreichend abgesichert werden. Eine gewisse Einschränkung, welche die Aussage über die Praktikabilität des PROMIS GH-10 beeinflusst, ist das Fehlen von Interviews mit den Patientinnen und Patienten. Diese Perspektive konnte nur über das GFP abgebildet werden und nicht direkt von den Teilnehmenden selbst. Andere Rekrutierungsstrategien wurden im Rahmen des Pilotprojekts nicht umgesetzt, um den Aufwand und die Störungen im Klinikbetrieb adäquat zu halten.

Das Pilotprojekt konnte erste wichtige Einblicke in die Fragen rund um die Eignung des PROMIS GH-10 als Ergebnisqualitätsindikator für den Messplan Rehabilitation geben. Um als Qualitätsindikator für den nationalen Vergleich in Frage zu kommen, müssen laut ANQ Kriterienkatalog (ANQ, 2017) jedoch noch weitere Anforderungen erfüllt werden. Die Prüfung des Instruments hinsichtlich dieser Anforderungen war jedoch kein Ziel des Pilotprojekts. Die Anforderungen umfassen neben der inhaltlichen Relevanz und Klarheit bzw. der Verständlichkeit und der Praktikabilität noch weitere methodische Eigenschaften, vor allem die Ermöglichung einer risikoadjustierten, national vergleichenden Auswertung mit ausreichend hoher Diskriminierungsfähigkeit. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Eignung für die transparente Veröffentlichung. Dazu gehört insbesondere, dass der Indikator faire Klinikvergleiche ermöglicht und die Messdaten Rückschlüsse auf gute und weniger gute Leistungsqualität zulassen. Das Pilotprojekt hat dazu beigetragen, die Patientenperspektive in den Fokus zu rücken und diese auch als möglichen nationalen Ergebnisqualitätsparameter zu überprüfen. Die HRQOL ist ein Konstrukt, auf das eine ICF-basierte rehabilitative Behandlung abzielen sollte. Die Ergebnisse des Pilotprojektes machen

jedoch auch deutlich, dass die Erhebung von PROMs für die Kliniken mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist und ihnen einen klaren Nutzen bringen sollte, was bei der Diskussion über eine mögliche Implementierung zu berücksichtigen ist. Damit ist gemeint, dass eine nachhaltige Stärkung der Patientenperspektive nur erreicht werden kann, wenn die Ergebnisse von PROMs in die klinikinternen Prozesse einfließen und auch das klinische Personal sowie die Patientinnen und Patienten ihren Mehrwert erkennen.

Die Einführung digitaler PROMs in die Rehabilitation wurde erfolgreich getestet, aber die intensive Nutzung beider Erhebungsmodi (Tablet/Papier) in allen Rehabereichen verdeutlicht, wie relevant es ist, auch weiterhin papierbasierte Erhebungen anzubieten.

Zusammenfassend zeigt das Pilotprojekt statistisch signifikante Prä-Post-Effekte der HRQOL in allen 9 Rehabereichen auf, was die methodische Eignung des Instruments zur Messung von Veränderungen der HRQOL in verschiedenen Rehabilitationskontexten unterstützt. Für eine Implementierung müssen noch weitere Aspekte berücksichtigt werden, insbesondere der hohe Unterstützungsbedarf in einigen Rehabereichen. Zur Stärkung der Patientenperspektive ist die Erfassung der HRQOL mit dem PROMIS GH-10 als ergänzender Qualitätsindikator vorstellbar. Eine gemeinsame Betrachtung dieses Indikators mit weiteren Qualitätsindikatoren führt zu einem ganzheitlicheren Bild der Ergebnisqualität.

5. Ausblick

Das Pilotprojekt «Stärkung der Patientenperspektive – Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität» und insbesondere die Ergebnisse des PROMIS GH-10 haben gezeigt, dass das Instrument geeignet ist, um Veränderungen der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität innerhalb des Settings einer stationären Rehabilitation in 9 verschiedenen Rehabereichen nachzuweisen. Gleichzeitig hat das Projekt auch wichtige Limitationen in Bezug auf den Einsatz im klinischen Alltag verdeutlicht. Dazu gehört, dass die Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen des Fragebogens zum Teil auf Unterstützung angewiesen sind, was je nach Rehabereich einen deutlichen Mehraufwand für das GFP bedeuten kann.

Ziel der Qualitätsmessungen ist, dass diese in den Kliniken für die Behandlung genutzt werden und damit einen Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde bieten. Für die nachhaltige Anwendung eines Messinstruments müssen die klinikintern dafür zuständigen Personen eng miteinbezogen werden. Die Erfahrungen des Pilotprojekts haben gezeigt, dass dieser Aspekt bei einer möglichen nationalen Einführung zwingend mitberücksichtigt werden muss.

Der QA Rehabilitation wird die Ergebnisse des Pilotprojekts in einem nächsten Schritt vertiefen und einen möglichen Antrag auf Aufnahme des PROMIS GH-10 in den Messplan Rehabilitation mit den Fachexperten diskutieren. Dabei wird unter anderem die Frage im Vordergrund stehen, wie die Kliniken die Ergebnisse des PROMIS GH-10 im Rahmen der Behandlung nutzen können und ob dieser Mehrwert den Mehraufwand rechtfertigt.

Im Rahmen dieser weiteren Arbeiten sind gestützt auf die Ergebnisse des Pilotprojekts auch mögliche Alternativen zu prüfen. So ist zum Beispiel denkbar, dass der PROMIS GH-10 nicht in allen 9, sondern nur in ausgewählten Rehabereichen eingesetzt wird. Zudem gibt es grundsätzlich auch die Möglichkeit, dass der PROMIS GH-10 ein bestehendes Instrument ablöst – und nicht als zusätzliches Instrument in den Messplan aufgenommen wird.



Jede Anpassung des Messplans Rehabilitation hat grosse Auswirkungen auf die Rehakliniken in der Schweiz. Aus diesem Grund hat der ANQ für die Einführung von neuen Qualitätsindikatoren klar definierte Kriterien und (Vernehmlassungs-)Prozesse festgelegt. Die Ergebnisse des Pilotprojekts stellen eine wichtige Grundlage für die weiteren Arbeiten dar. Diese werden auch die Rahmenbedingungen – etwa die Vorgaben des Nationalen Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG – und die Bedürfnisse der Mitgliederorganisationen des ANQ berücksichtigen. Dies mit dem Ziel, den Mehraufwand der Kliniken und Spitäler so gering wie möglich zu halten und Doppelspurigkeiten mit anderen Vorgaben und Projekten zu vermeiden.

Der ANQ hat das Pilotprojekt kommunikativ via Newsletter und Webportal eng begleitet. Dieser Kurzbericht wird ebenfalls auf dem ANQ-Webportal aufgeschaltet und via Newsletter distribuiert. Die Ergebnisse des Pilotprojekts sind für alle Rehakliniken von besonderem Interesse, die auch unabhängig vom ANQ vermehrt auf PROMs setzen möchten. Die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt können sie bei der Wahl eines geeigneten Instruments unterstützen. Auch kann das Pilotprojekt Anstösse für eine verstärkte digitalisierte Erfassung von PROMs in den Kliniken geben.

6. Literatur

- ANQ. (2017). Kriterienkatalog für neue Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren. https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170921_ANQGs_Messplan_Kriterienkatalog_V1.0.pdf
- Aparicio, M. G., Carrard, V., Morselli, D., Post, M. W., Peter, C., Jordan, X., Léger, B., Baumberger, M., Gmünder, H. P., & Curt, A. (2020). Profiles of psychological adaptation outcomes at discharge from spinal cord injury inpatient rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *101*(3), 401-411.
- BAG. (2022). Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-kk/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.pdf.download.pdf/BAG_Qualitaetsstrategie_DE.pdf
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, *161*(1-2), 5-23.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship*, *37*(4), 336-342.
- Hays, R. D., Bjorner, J. B., Revicki, D. A., Spritzer, K. L., & Cella, D. (2009). Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of Life Research*, *18*(7), 873-880. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9496-9>
- IQTIG. (2024). Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.1. https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, *34*(7), 645-649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Köhn, S., Schlumbohm, A., Marquardt, M., Scheel-Sailer, A., Tobler, S., Vontobel, J., & Menzi, L. (2022). Predicting non-response in patient-reported outcome measures: results from the Swiss quality assurance programme in cardiac inpatient rehabilitation. *International Journal for Quality in Health Care*, *34*(4), mzac093.
- Koller, M., Neugebauer, E. A., Augustin, M., Büssing, A., Farin, E., Klinkhammer-Schalke, M., Lorenz, W., Münch, K., Petersen-Ewert, C., & von Steinbüchel, N. (2009). Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Das Gesundheitswesen*, 864-872.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Noonan, V. K., Lyddiatt, A., Ware, P., Jaglal, S. B., Riopelle, R. J., Bingham, C. O., 3rd, Figueiredo, S., Sawatzky, R., Santana, M., Bartlett, S. J., & Ahmed, S. (2017). Montreal Accord on Patient-Reported Outcomes (PROs) use series - Paper 3: patient-reported outcomes can facilitate shared decision-making and guide self-management. *J Clin Epidemiol*, *89*, 125-135.
- PROMIS. (2022b). PROMIS – Scale v1.2 Global Health.
- Riese, D., & Tobler, S. (2022). Erfahrungen in der Anwendung des PROMIS-10 in der stationären Rehabilitation. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2022/01/Q-Day_2022_Praesentation_Riese_Tobler.pdf
- Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., & Wagle, N. W. (2017). Making Patients and Doctors Happier - The Potential of Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med*, *377*(14), 1309-1312. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1707537>
- Valderas, J. M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T., Parada, A., & Alonso, J. (2008). The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res*, *17*(2), 179-193. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9295-0>
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, *273*(1), 59-65.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenqualität auf Fallebene nach Rehabereich	6
Abbildung 2: Datenqualität nach Rehabereich und Messzeitpunkt.....	7
Abbildung 3: Prä-Post-Scores MHS und PHS nach Rehabereichen (T-Score Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle)	8
Abbildung 4: Anteil Fälle mit Unterstützungsbedarf nach Rehabereich und Messzeitpunkt	10
Abbildung 5: Übersicht der qualitativen Hauptergebnisse zu den Förder-, Hemmfaktoren und der Implementierung.....	11

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Effektstärken PHS nach Rehabereich.....	9
Tabelle 2: Effektstärken MHS nach Rehabereich.....	9

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BFH	Berner Fachhochschule
GFP	Gesundheitsfachperson/-personal
HRQOL	health related quality of life
MHS	mental health summary score
n	Fallzahl
PHO	PROMIS Health Organization
PHS	physical health summary score
PROMIS GH-10	PROMIS Global Health 10
PROMIS	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
PROM	patient-reported outcome measure
QA Rehabilitation	Qualitätsausschuss Rehabilitation
SD	Standard deviation
T1	Eintrittsmessung
T2	Austrittsmessung

Impressum

Titel	Pilotprojekt: Stärkung der Patientenperspektive – Erfassung subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität – Kurzbericht Projektabschluss
Autorinnen und Autoren	Manuela Marquardt, Charité – Universitätsmedizin Berlin Marie Utsch, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Publikationsort und -jahr	Bern/Berlin, 2024
Zitation:	ANQ, Bern Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2024). Pilotprojekt: Stärkung der Patientenperspektive – Erfassung subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität – Kurzbericht Projektabschluss.
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Barbara Lüscher, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden PD Dr. med. Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeberin vertreten durch	ANQ Gaia Garuffi, Juniorprojektleitung Psychiatrie und Rehabilitation und Dr. phil. Stephan Tobler, Leitung Rehabilitation
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin