

Nationaler Messplan Rehabilitation

Datenjahre 2013 – 2014

Daten-Handbuch

Modul 2 und Modul 3

Informationen zur Datenerhebung und -übermittlung
für Projektleitende in den Kliniken und Mitarbeiter der Informatik

Kontaktadressen

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation
Luisenstraße 13a
D-10117 Berlin

Dr. Karla Spyra (Projektleitung) Tel.: +49 30 450 517 125

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 156

Susanne Schleicher (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 156

E-Mail: anq-messplan@charite.de

Gliederung

1	Einführung	1
1.1	Inhalt und Zielgruppe des Daten-Handbuchs.....	1
1.2	Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen	2
2	Nationaler Messplan Rehabilitation	2
3	Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten	5
4	Format und Struktur der Daten	6
4.1	Datenformate	6
4.2	Dateiformat	7
4.3	Vorgabe der Dateinamen	7
4.4	Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation).....	7
5	Datendefinition Einzeltabellen	8
5.1	Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MB-Zeile)	8
5.2	Messdaten Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile)	9
5.3	Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile).....	10
5.4	Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)	11
6	Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten	11
6.1	Drop-Out: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan	11
6.2	Abbruch bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen.....	12
6.3	Fehlende Werte (missings)	12
7	Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung	13
7.1	Prüfung bei der Dateneingabe	13
7.2	Fallbezogene Prüfung nach Abschluss von Eintritts- bzw. bei Austrittsmessung.....	14
7.3	Prüfung vor der Datenübermittlung	17
8	Datenschutz	18
9	Datenübermittlung	18
9.1	Periodizität – Termine.....	19
9.2	Datensicherung	20
9.3	Meldung Datenlieferung	20
10	Kontakt	21
11	Anhang	22
A.	Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile).....	22
B.	Format Messdaten Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile)	24
C.	Format Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitanden (M3-Zeile)	29
D.	Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)	34
E.	Format Datenlieferungs-Meldung.....	36
F.	Beispiele für die technische Umsetzung der Prüflogik auf Fallebene (vgl. Kapitel 7.2).....	37
G.	Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär.....	42

1 Einführung

Im Jahr 2013 werden in der gesamten Schweiz Qualitätsmessungen in Rehabilitationskliniken in Form von Messplänen eingeführt. Der ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken - ist dabei zuständig für die Inhalte, Umsetzung und Koordination dieser nationalen Qualitätsmessungen. Die Durchführung der Messungen ist für alle Kliniken, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind, obligatorisch.

Der nationale Messplan Rehabilitation wurde vom ANQ erarbeitet (Umsetzungskonzept). Der Messplan und seine Finanzierung wurden von den Partnern (H+ - Die Spitäler der Schweiz, die Versicherer, die Kantone) des ANQ im Jahr 2012 bewilligt.

Das vorliegende Daten-Handbuch wurde auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes zum Nationalen Messplan Rehabilitation und des Verfahrens-Handbuches vom zuständigen Auswertungsinstitut - Charité-Universitätsmedizin Berlin in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt. Daten-Handbuch und Verfahrens-Handbuch sind aufeinander abgestimmt.

Sie erhalten weitere Informationen zum Nationalen Messplan Rehabilitation insbesondere zu inhaltlichen Fragen, die nicht Bestandteil dieses Daten-Handbuchs sind, auf der Homepage des ANQ: <http://www.anq.ch/rehabilitation/>

Hier finden Sie Informationen zum Projekt und alle wesentlichen Dokumente (Umsetzungskonzept, Verfahrens-Handbuch, Erfassungsinstrumente etc.) zum Webdownload.

1.1 Inhalt und Zielgruppe des Daten-Handbuchs

Das Daten-Handbuch umfasst die Definitionen der Daten aus den neun Instrumenten der Module 2 und 3 des Nationalen Messplans Rehabilitation¹ sowie weiterer Daten, die für die Auswertung benötigt werden. Es richtet sich an die Projektleitung und die IT-Verantwortlichen der beteiligten Kliniken, welche die technischen Voraussetzungen für die Integration der Qualitätsmessungen in die Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse erarbeiten.

Primäres Ziel des Daten-Handbuches ist die Sicherstellung einer bestmöglichen Datenqualität, die darin besteht, dass die am Nationalen Messplan Rehabilitation teilnehmenden Kliniken die erforderlichen Daten vollständig, fehlerfrei und einheitlich codiert an das Auswertungsinstitut liefern. Im Daten-Handbuch sind die Spezifikationen der zu erhebenden Daten (Variablenliste, Wertebereich, Ausprägungen und Definition von fehlenden Werten) festgelegt. Außerdem ist im Daten-Handbuch eine Prüflogik definiert, welche die Kliniken bei der

¹ Das Modul 1 des Nationalen Messplans Rehabilitation beinhaltet die Erhebung der Patientenzufriedenheit anhand eines Kurzfragebogens in allen Fachbereichen der stationären Rehabilitation. Dieser ist nicht Inhalt des vorliegenden Daten-Handbuchs. Siehe hierzu:

<http://www.anq.ch/rehabilitation/nationale-zufriedenheitsbefragung-im-rehabereich/>

Eingabe der Daten berücksichtigen sollen, um fehlende Angaben (Vollständigkeit des Datensatzes) und offensichtliche Fehlangaben (Validität der Angaben) zu verhindern. Weiterhin enthält das Daten-Handbuch Vorgaben für die Datenlieferung (Inhalt, Format und Periodizität). Hierzu gehört auch die Beachtung der datenschutzkonformen Übermittlung der Daten.

1.2 Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen

Bei der vorliegenden Datendefinition wurde darauf geachtet, möglichst hohe Deckungsgleichheit mit anderen Erhebungen und parallelen Projekten zu gewährleisten, damit der Erhebungsaufwand für die Kliniken so gering wie möglich ist und keine Fehlerquellen aufgrund unterschiedlicher Vorgaben entstehen.

Dies betrifft:

- Erhebung der medizinischen Statistik für das BFS. Das Minimale Datenset der Medizinischen Statistik des BFS ist ein Bestandteil der ANQ-Erfassung, so dass die vorhandenen Prozesse und Exportroutinen verwendet werden können.
- Projekt ST-Reha: Parallel wird in einigen Kliniken das vom ANQ unabhängige Projekt ST-Reha durchgeführt. Im Vorfeld wurde sich hier eng abgestimmt, so dass bei den gemeinsamen Inhaltsbereichen die Datenspezifikation deckungsgleich ist. ST-Reha-Kliniken erhalten von den entsprechenden Verantwortlichen zusätzliche Angaben zu den Spezifikationen und Datenlieferungsmodalitäten.
- Erhebung zusätzlicher Daten: Die Erhebung einiger zusätzlicher soziodemografischer Daten orientiert sich an den Definitionen des Zusatzdatensatzes Psychiatrie des BFS.

2 Nationaler Messplan Rehabilitation

Der Messplan kommt in allen Einrichtungen (Kliniken, Spitäler und angegliederte Rehabilitationsabteilungen) mit einem kantonalen Leistungsauftrag für stationäre Rehabilitation, unabhängig ob für ein organspezifisches oder nicht-organspezifisches Rehabilitationsangebot, zur Anwendung.

Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst für die Module 2 und 3 neun verschiedene Instrumente. Grundsätzlich ist die Indikation des Patienten massgeblich für die Bestimmung der beim Patienten anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung.

Die Bestimmung der Indikation des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik (gemäss der Kostengutsprache). Der ANQ sieht gestützt auf die Ergebnisse aus der Entwicklung des Definitions-papiers „DefReha“² folgende Indikationen vor:

- Muskuloskelettale Rehabilitation (Messplan Modul 2a)
- Neurologische Rehabilitation (Messplan Modul 2b)
- Kardiale Rehabilitation (Messplan Modul 3a)
- Pulmonale Rehabilitation (Messplan Modul 3b)
- Andere Rehabilitation (Messplan Modul 2)

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte des Nationalen Messplans Rehabilitation in den einzelnen Modulen. Die aufgeführten Instrumente je Modul müssen jeweils zu Reha-Eintritt und -Austritt beim Patienten erhoben werden.

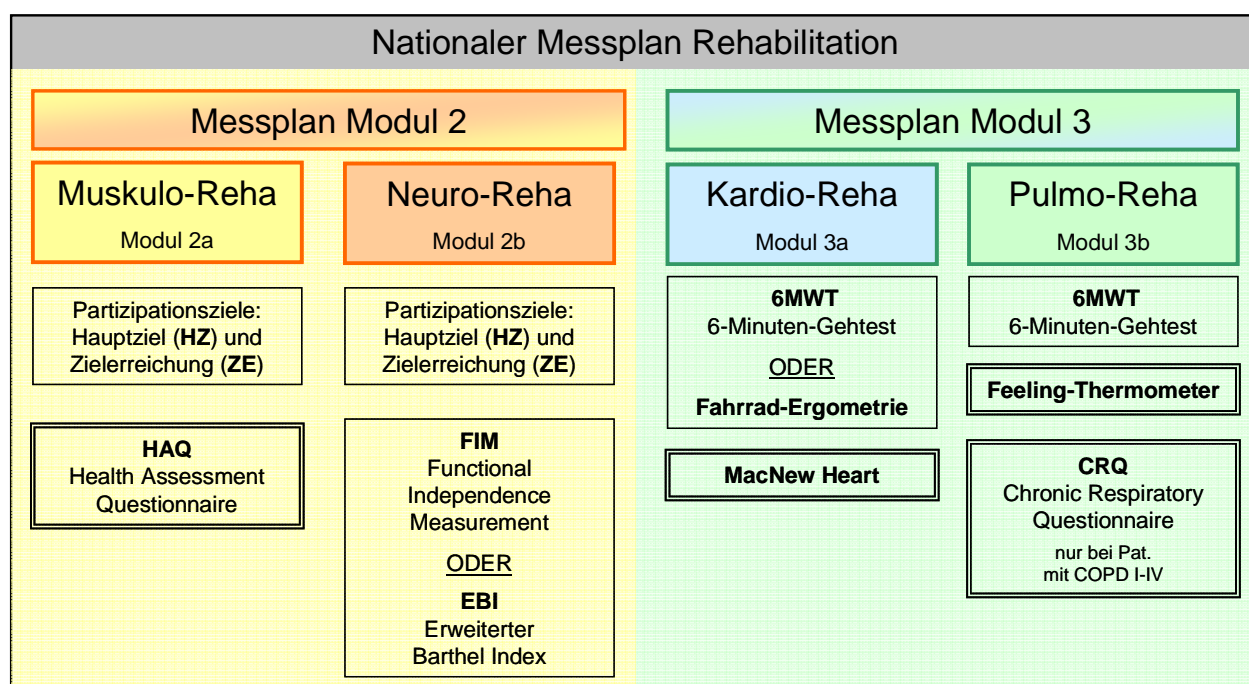


Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation Modul 2 und Modul 3

² H+ (2012, noch nicht publiziert): Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen. Ein- und Auschlusskriterien für die organ- und nichtorganspezifischen Rehabilitationsarten.

Im Einzelnen müssen für die Patienten einer definierten Reha-Indikation folgende Instrumente eingesetzt werden:

MODUL 2a: Für Patienten mit **muskuloskelettaler Reha-Indikation** müssen bei Ein- und Austritt jeweils **2 Instrumente** angewendet werden:

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **HAQ**

MODUL 2b: Für Patienten mit **neurologischer Reha-Indikation** müssen bei Ein- und Austritt jeweils **2 Instrumente** angewendet werden:

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **FIM** oder **EBI** (Wahl bleibt Klinik überlassen)

MODUL 3a: Für Patienten mit **kardialer Reha-Indikation** müssen bei Ein- und Austritt jeweils **2 Instrumente** angewendet werden:

- **6MWT** oder **Fahrrad-Ergometrie** (je nach Gesundheitszustand)
- **MacNew Heart**

MODUL 3b: Für Patienten mit **pulmonaler Reha-Indikation** müssen bei Ein- und Austritt jeweils **2 oder 3 Instrumente** angewendet werden:

- **6MWT**
- **Feeling-Thermometer**
- **CRQ** (nur bei Patienten mit COPD I-IV)

Für Patienten mit einer **anderen Rehabilitations-Indikation** orientiert sich der Inhalt der Qualitäts-Messungen an den Inhalten von **Modul 2**. Für jeden Patienten müssen bei Ein- und Austritt jeweils **2 Instrumente** angewendet werden:

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **HAQ** oder **FIM** oder **EBI** (Wahl bleibt Klinik überlassen, muss jedoch einheitlich sein bei allen Patienten einer Indikation und Klinik)

3 Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten

Die Reha-Kliniken und an Akutspitäler angegliederte Rehabilitationsabteilungen liefern Daten für **alle Personen**, die **stationär behandelt werden**³. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im Anhang zu finden (Anhang G.). Die Kliniken erfassen jeden am 1. Januar 2013 oder später für einen stationären Aufenthalt in die Rehabilitationsklinik eingetretenen Patienten, unabhängig seines geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung. Die Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall.

Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt eines Patienten in einer Rehabilitationsklinik bezeichnet. Der Behandlungsfall beginnt mit der Aufnahme des Patienten und endet mit dem Austritt des Patienten bzw. des Fallabschlusses (vgl. Verfahrens-Handbuch, Abschnitt 2.6).

Folgende Daten sollen für jeden Behandlungsfall erhoben werden (vgl. Abb. 2):

- a) Daten aus der obligatorischen Lieferung der **Medizinischen Statistik des BFS (Minimalen Datenset)**.** Die Daten des Minimalen Datensets des BFS sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile (analog BFS).

Details zu den Daten des Minimalen Datensets des BFS sind in Kapitel 5.1 sowie der Datentabelle im Anhang A. aufgeführt.

- b) Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation Module 2 und 3**, jeweils indikationsspezifische Auswahl, Messung jeweils bei Ein- und Austritt.

Die Daten der Qualitätsmessungen sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei zwei Datenzeilen (Messung bei Eintritt, Messung bei Austritt).

Details zu den Instrumenten des Messplans im Modul 2 und 3 sind den Kapiteln 2, 5.2, 5.3 sowie den Datentabellen im Anhang (Anhang B. und C.) zu entnehmen.

- c) Zusätzliche Daten:** Für jeden Patienten werden für die Auswertung zusätzliche soziodemografische Angaben benötigt. Die Erfassung der Variablen orientiert sich zum Teil an den Definitionen für den Zusatzdatensatz Psychiatrie des BFS. Neben den soziodemografischen Daten werden Daten zur Komorbidität mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erhoben. Diese Messung wird nur bei Eintritt des Patienten durchgeführt. Die Zusatzdaten sollen in einer eigenen Datei zur Verfügung gestellt

³ Vollerhebung stationäre Rehabilitation: geliefert werden alle Datensätze mit Hauptkostenstelle Rehabilitation, gemäss Variable 1.4.V01, BFS-Statistik.

werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile. Details zu den zusätzlichen Daten werden in Kapitel 5.4 sowie der Datentabelle im Anhang D. beschrieben.

Für die Auswertung werden die Daten der verschiedenen Datenquellen je Fall anhand der Fallidentifikationsnummer FID (siehe Kapitel 4.3) verknüpft. In der nachstehenden Übersicht sind die pro Fall zu erhebenden Daten dargestellt.

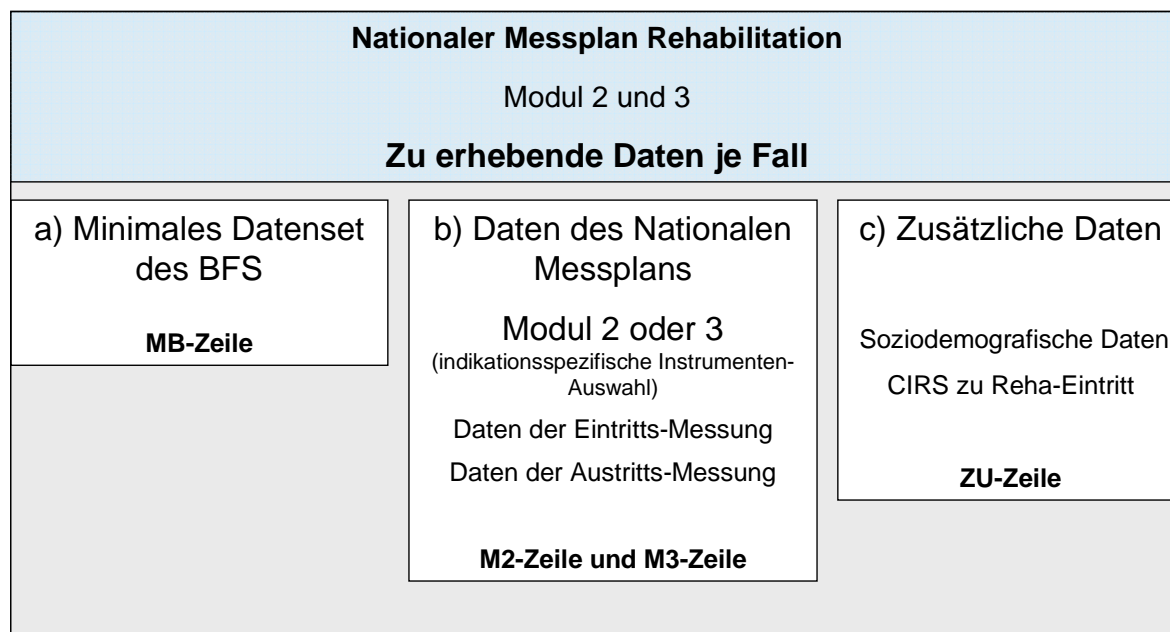


Abbildung 2: Zu erhebende Daten je Fall

4 Format und Struktur der Daten

Für die Datenerfassung bleibt die Wahl der verwendeten Software-Programme den Kliniken überlassen. Grundsätzlich gelten für die erhobenen Daten sowie ihre Übermittlung folgende Vorgaben.

4.1 Datenformate

Bei allen **numerischen Variablen (N)** sind ausschließlich ganzzahlige, positive Werte, inkl. 0 zugelassen.

Als **Datumsformat (D)** wird allgemein JJJJMMTT verwendet. Darüber hinaus gibt es auch Datumsangaben im Format JJJJMMTT_{hh}, die um eine Stundenangabe ergänzt werden (Anhang A: MB-Zeile: 1.2.V01, 1.5.V01, 1.7.V02).

Zeitangaben (T) werden im Format mm:ss angegeben. Dies betrifft die Angabe der Dauer der erfolgten Leistung in den Leistungstests (Anhang C: M3-Zeile: 6.2.V02 und 6.3.V02).

Alphanumerische Variablen (AN) dürfen keine für die Trennung der Datenfelder in der CSV-Datei reservierten Zeichen („|“, „;“) oder Zeilenumbrüche und Absatzmarken enthalten. Diese sind ggf. durch Leerzeichen oder Komma zu ersetzen.

4.2 Dateiformat

Als **Format** für die Datenübermittlung der verschiedenen Datenquellen (medizinisch-administrative Daten, Daten der Qualitätsmessungen, Zusatz-Daten) wird das generische Textformat CSV („character separated values“) auf Basis der Zeichenkodierung ASCII mit einem Datensatz pro Zeile verwendet. Die Datenfelder (Variablen) sind durch Semikolon (ASCII-Kode 59) oder Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) zu trennen. Die letzte Variable einer Zeile muss ebenfalls durch ein Pipe-Zeichen beendet werden. Das CRLF (Kombination ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.

4.3 Vorgabe der Dateinamen

Zur Benennung der zu übermittelnden CSV-Dateien gilt folgende Vorgabe:
 Zeichen 1-3 Zeichenfolge **ANQ**,
 Zeichen 4-5 KlinikID (zweistellig, z. B. **01**),
 Zeichen 6 Trennzeichen Unterstrich (),
 Zeichen 7 und 8 Identifikator der Zeile (**M2, M3, ZU**),
 Zeichen 9 Trennzeichen Unterstrich (),
 Zeichen 10-17 Datumsangabe (Format: JJJJMMTT, z. B. **20130831**).
 Zeichen 18-20 Dateiondung **.csv**
 Kompletter Beispielfilename entsprechend der Vorgabe: **ANQ01_M2_20130831.csv**

4.4 Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation)

Die Kliniken gewährleisten eine Verbindung zwischen den medizinisch-administrativen Daten (BFS Datensatz), den Daten der Qualitätsmessungen bei Reha-Eintritt und -Austritt und den weiteren Daten mittels einer eindeutigen Fallidentifikation. Zu diesem Zweck wird die **klinik-interne Fallidentifikationsnummer (FID)** verwendet.

Die **Fallidentifikation FID** muss in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen (siehe hierzu Anhänge A. bis D.):

- | | |
|--|-------------------|
| – Minimales Datenset BFS: | MB-Zeile, Feld 51 |
| – Messdaten Modul 2: Muskulo und Neuro
jeweils bei Ein- und Austritt: | M2-Zeile, Feld 2 |
| – Messdaten Modul 3: Kardio und Pulmo,
jeweils bei Ein- und Austritt: | M3-Zeile, Feld 2 |

– Zusatzdaten:

ZU-Zeile, Feld 2

Zusätzlich soll die Verbindung zwischen verschiedenen Aufenthalten eines Patienten in der gleichen Klinik gewährleistet sein. Die Patientenidentifikation erfolgt über die klinikinterne **eindeutige Patientenidentifikationsnummer (PID)**. Diese eindeutige Patientenidentifikationsnummer muss im Minimalen Datenset BFS erscheinen (**MB-Zeile, Feld 52**). Sofern in einer Klinik eine PID nicht vergeben wird, bleibt dieses Feld leer.

Alle Datensätze der Patienten müssen mit der klinikinternen Fallidentifikationsnummer (FID) versehen werden, da sonst eine Zusammenführung der Daten pro Patient nicht möglich ist und die Daten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden können!

5 Datendefinition Einzeltabellen

Im Folgenden wird für jede der vier Dateien eine Kurzbeschreibung des Inhalts und der Datenstruktur gegeben. Details sind den Spezifikationen im Anhang zu entnehmen.

5.1 Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MB-Zeile)

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Dieses Datenset umfasst neben soziodemografischen Merkmalen auch Informationen zum Ein- und Austritt der Patienten, betriebswirtschaftliche Angaben und Diagnosen sowie Informationen zur Behandlung. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Variablen ist in der Variablenspezifikation der Medizinischen Statistik (BFS, 2011) aufgeführt.

Die Datei des Minimalen Datensets BFS (MB-Zeile) ist zu ergänzen mit der Fallidentifikationsnummer (FID) und der Patientenidentifikationsnummer (PID).

Für jeden Fall/Patienten gibt es eine **MB-Zeile** mit **52 Datenfeldern (Spalten)**:

Tabelle 1: Inhalt der MB-Zeile

MB-Zeile	
Felder 1 - 50	Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik: Minimales Datenset (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, gültig ab 2012)
Feld 51	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID) FID notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.
Feld 52	klinikinterne Patientenidentifikationsnummer (PID) PID ist notwendig, um Patienten bei wiederholten Aufenthalten in der gleichen Klinik identifizieren zu können.

Aus Datenschutzgründen sollen die Angabe des Geburtsdatums (1.1.V02) und des anonymen Verbindungscode (0.2.V01) nicht übermittelt bzw. vor Übermittlung gelöscht werden.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **MB-Zeile** befindet sich im **Anhang A**.

5.2 Messdaten Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile)

Für jeden Fall mit der Indikation muskuloskelettale oder neurologische Rehabilitation werden jeweils bei Ein- und Austritt Qualitätsmessungen durchgeführt. Die Wahl der Messinstrumente je Indikation und die Richtlinien zur Erfassung der Messdaten richten sich nach den Vorgaben des ANQ (siehe Kapitel 2; vgl. Verfahrens-Handbuch). Ebenfalls erfasst werden Variablen zur Fall- und Klinikidentifikation (FID und BUR-Nummer) und zur Art der Rehabilitation (Indikation).

Für jeden Fall mit muskuloskelettaler oder neurologischer Reha-Indikation werden zwei M2-Zeilen in der M2-Datei geliefert.

Für Patienten mit **einer anderen Rehabilitations-Indikation**, die nicht im Modul 2 oder 3 enthalten ist, **werden ebenfalls zwei M2-Zeilen** im Datenfile geliefert:

- Die **1. M2-Zeile** umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung für das Modul 2
- Die **2. M2-Zeile** umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung für das Modul 2

Jede **M2-Zeile** enthält je Fall/Patient **94 Datenfelder (Spalten)**, deren Inhalte in Tabelle 2 verdeutlicht werden.

Tabelle 2: Inhalt der M2-Zeile

Datenfelder	Inhalt M2-Zeile	Angaben für Muskulo-Reha	Angaben für Neuro-Reha	Angaben für andere Reha-Indikation ⁴
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier M2	X	X	X
Feld 2	klinikerne Fallidentifikationsnummer (FID)	X	X	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X	X	X
Feld 4	Reha-Art / Indikation des Patienten	X	X	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/ Austritt)	X	X	X
Feld 6	Grund für Drop-Out	X	X	X
Feld 7	Datum Drop-Out	X	X	X

⁴ Alle Patienten ohne Muskulo-, Neuro-, Kardio- oder Pulmo-Rehabilitation

Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X	X	X
Felder 20 – 38	Items des FIM	leer	FIM oder EBI <i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	FIM oder EBI oder HAQ <i>für alle Pat. einer Klinik + Indikation das gleiche Verfahren wählen; Felder der nicht gewählten Verfahren bleiben leer</i>
Felder 39 – 55	Items des EBI	leer		
Felder 56 – 94	Items des HAQ	X	leer	

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **M2-Zeile** einschließlich Spezifikation der Variablen befindet sich **im Anhang B**.

5.3 Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile)

Für jeden Fall mit der Indikation kardiale oder pulmonale Rehabilitation werden jeweils bei Ein- und Austritt Qualitätsmessungen durchgeführt. Die Wahl der Messinstrumente je Indikation und die Richtlinien zur Erfassung der Messdaten richten sich nach den Vorgaben des ANQ (siehe Kapitel 2; vgl. Verfahrens-Handbuch). Ebenfalls erfasst werden Variablen zur Fall- und Klinikidentifikation (FID und BUR-Nummer), zur Art der Rehabilitation (Indikation) und zur Diagnosegruppe.

Für jeden Fall mit kardialer oder pulmonaler Reha-Indikation werden zwei M3-Zeilen in der M3-Datei geliefert:

- Die **1. M3-Zeile** umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung für das Modul 3
- Die **2. M3-Zeile** umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung für das Modul 3

Jede **M3-Zeile** enthält je Fall/Patient **81 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Inhalt der M3-Zeile

Datenfelder	Inhalt M3-Zeile	Angaben für Kardio-Reha	Angaben für Pulmo-Reha
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier M3	X	X
Feld 2	klinikerne Fallidentifikationsnummer (FID)	X	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X	X
Feld 4	Reha-Art / Indikation des Patienten	X	X
Feld 5	Diagnose Pulmo-Reha	leer	X
Feld 6	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X	X
Feld 7	Grund für Drop-Out	X	X
Feld 8	Datum Drop-Out	X	X
Felder 9 – 17	Items des 6-Minuten-Gehtest	6-MWT oder	X

	(6-MWT)	Fahrrad-Ergo <i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	
Felder 18 – 24	Items der Fahrrad-Ergometrie		leer
Felder 25 – 54	Items des MacNew Heart	X	leer
Felder 55 – 58	Items Feeling-Thermometer	leer	X
Felder 59 – 81	Items des CRQ	leer	X nur bei Pat. mit COPD I-IV

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **M3-Zeile** einschließlich der Variablenspezifikationen befindet sich **im Anhang C**.

5.4 Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

Für jeden Patienten werden zusätzliche soziodemografische Angaben erhoben, die als Zeile in der ZU-Datei übermittelt werden. Zusätzlich werden bei Eintritt des Patienten Daten zur Komorbidität mit der CIRS-Skala erfasst.

Die ZU-Zeile enthält je Fall /Patient **30 Datenfelder (Spalten)**:

Tabelle 4: Inhalt der ZU-Zeile

ZU-Zeile	
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier ZU
Feld 2	klinikerinterne Fallidentifikationsnummer (FID)
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik
Feld 4	Zivilstand
Feld 5	Lebensform
Feld 6	Wohnsituation
Felder 7 - 15	Beschäftigungsstatus
Felder 16 - 30	Angaben zur Komorbidität (CIRS)

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **ZU-Zeile** befindet sich **im Anhang D**.

6 Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten

6.1 Drop-Out: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan

Das Ausfüllen der Behandelnden-Fragebogen (Festlegung des Hauptziels, Beurteilung der Zielerreichung, FIM, EBI) bzw. die Durchführung der Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie) und der Patienten-Fragebogen ist grundsätzlich bei allen Patienten vorgesehen. Die Ein- und Austrittsmessungen müssen also zwingend durchgeführt werden.

Lediglich in drei Fällen ist ein Ausschluss des Patienten aus den Messungen des Messplans (Drop-Out) berechtigt (vgl. Verfahrenshandbuch, Kapitel 2.5):

1. Behandlung wird noch vor Eintrittsmessung abgebrochen (unvorgesehener Abbruch, Todesfall).
2. Austritt erfolgt innerhalb von sieben Tagen nach Eintritt.
3. Unvorhergesehener Austritt nach mindestens 8-tägigem Aufenthalt (Abbruch der Behandlung, Todesfall).

Drop-Outs werden in den Datenzeilen M2 (Anhang B: Variablen 5.1.V05, 5.1.V06) bzw. M3 (Anhang C: Variablen 6.1.V06, 6.1.V07) dokumentiert.

6.2 Abbruch bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

Abbruchgründe sind spezifisch für die jeweilige Messung und haben – anders als Ausschlussgründe – keinen Ausschluss des Patienten aus dem Messprogramm zur Folge. Kann eine Messung aus einem messspezifischen Grund nicht durchgeführt werden, sind trotzdem allfällige weitere Eintrittsmessungen bzw. die Austrittsmessungen durchzuführen.

Abbruchgründe können bei Leistungstests und Patienten-Fragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Behandelnden-Fragebogen (Dokumentation des Ziels und der Zielerreichung, FIM und EBI) sowie den zusätzlich zu erhebenden soziodemografischen Daten und den Daten zur Komorbidität (CIRS).

Bei den Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie) sind messspezifische Abbruchgründe in die entsprechenden Formulare integriert. Die Angabe eines Abbruchgrundes erfolgt bei jedem Patienten-Fragebogen separat (HAQ, MacNew Heart, CRQ, Feeling-Thermometer).

Die möglichen Abbruchgründe können den Datentabellen im Anhang B. und C. am Ende des jeweiligen Variablenblocks zu einem spezifischen Instrument sowie dem Verfahrenshandbuch, Kapitel 2.7 entnommen werden.

6.3 Fehlende Werte (missings)

In den **Patienten-Fragebogen** können fehlende Angaben auftreten. Diese Information soll ebenfalls erfasst werden, d.h. das Feld soll nicht einfach leer bleiben, sondern mit einem Wert für „missing“ ausgefüllt werden. Die Vorgabe für die fehlenden Werte („missings“) orientiert sich an der Skalierung der Antworten. Für den HAQ, den MacNew und den CRQ wird die Ziffer „9“ als fehlender Wert definiert. Beim Feeling-Thermometer wird aufgrund des Wertebereiches von 0-100 die „999“ als missing-Wert gewählt.

Bei den **Fragebogen, die vom Behandelnden** ausgefüllt werden, sollen alle Items vollständig erfasst werden, so dass es nicht zu fehlenden Werten kommen kann. Daher wird bei al-

len Fremderhebungen auf die Vorgabe fehlender Werte verzichtet. Dies betrifft: Angaben zur Zielfestlegung und -erreichung (HZ und ZE), FIM, EBI und CIRS. Gleiches gilt für die **Leistungstests** (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie).

In den Datentabellen im Anhang B. und C. finden sich die Angaben zu fehlenden Werten in Spalte 7.

7 Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung

Die Datenerhebung soll in den Kliniken in elektronischer Form erfolgen, wobei bezüglich der genutzten Software durch den ANQ keine Vorgabe gemacht wird. Die Prüfung der Plausibilität der erhobenen Daten soll in den Kliniken auf drei Ebenen stattfinden, damit eine höchstmögliche Datenqualität sichergestellt werden kann. Eine erste Prüfung der Daten erfolgt bereits während der Dateneingabe (7.1). In einem zweiten Schritt soll nach Eintritt bzw. kurz vor Austritt jedes Behandlungsfalles überprüft werden, ob die Daten der Qualitätsmessungen indikationsspezifisch jeweils vollständig sind (7.2). Abschließend wird vor der Datenübermittlung an das Auswertungsinstitut eine letzte Prüfung vorgenommen (7.3).

Die Datenprüfungen beziehen sich auf die Dateien der Messdaten für die Module 2 (M2-Zeile) und 3 (M3-Zeile) sowie die Datei der Zusätzlichen Daten (ZU-Zeile). In den Datentabellen im Anhang B. bis D. sind in der Spalte 9 Angaben zur Prüflogik auf Item-Ebene (7.1) enthalten.

7.1 Prüfung bei der Dateneingabe

Der Schwerpunkt der Prüfung bei der Dateneingabe liegt in der Vermeidung der Eingabe von falschen bzw. ungültigen Werten. Zu diesem Zweck sollten die Möglichkeiten der **Gültigkeitsprüfung** in dem zur Eingabe verwendeten Software-Programm genutzt werden. Für jede Variable sollten gültige und ungültige Werte(-bereiche) definiert werden. Bei der Eingabe von Werten, die außerhalb des angegebenen Gültigkeitsbereiches liegen, sollte eine **Fehlermeldung** erscheinen, die den Eingebenden darauf aufmerksam macht, dass der Wert fehlerhaft bzw. nicht gültig ist. Eine andere Möglichkeit ist es, die Auswahl möglicher Eingabewerte von vornherein über eine Liste vorgegebener gültiger Werte zu beschränken. Dieses Vorgehen empfiehlt sich insbesondere bei den Items des Erweiterten Barthel-Indexes (EBI), bei denen keine aufeinanderfolgende Nummerierung der Wertelabels vorliegt.

Kapitel 4.1 (Datenformate) sowie den Datentabellen im Anhang B. bis D. sind folgende Informationen bezüglich der Definition gültiger Werte für jede Variable zu entnehmen:

- **Vorgaben Datenformat:**

Kapitel 4.1 (Datenformate): allgemeine Vorgaben für numerische Variablen (N), Datumsangaben (D), Zeitangaben (T) und alphanumerische Variablen (AN)

Tabellen Datenformat, Anhänge B. bis D., Spalte 5 (Format (Anzahl Elemente)): variablenspezifische Vorgaben

- **Beschreibung des gültigen Wertebereiches der einzugebenden Daten:**

Tabellen Datenformat, Anhänge B. bis D., Spalten 6 (Wertebereich) und 7 (missings); Werte für missing-Angaben (fehlende Patientenangaben) sind ebenfalls gültige Werte, z.B. beim Health Assessment Questionnaire (HAQ): gültiger Wertebereich 0-3, 9

- **Vorgabe ungültiger Werte:**

Tabellen Datenformat, Anhänge B. bis D. Spalte 9 (Prüflogik), z.B. beim Health Assessment Questionnaire (HAQ): Werte >4 sind ungültig, 9 ist ein gültiger Wert

Eine weitere Kontrolle bezieht sich auf die **Vermeidung von fehlenden Angaben** bei den Qualitätsmessungen durch entsprechende Hinweise während der Dateneingabe, falls ein Variablenkomplex (Kapitel der einzelnen Tests, Verfahren) lückenhaft ausgefüllt wird.

Bei der Eingabe der Test- und Assessment-Ergebnisse ist generell darauf zu achten, dass das Durchführungsdatum angegeben wird (jeweils die 1. Variable im entsprechenden Variablenblock). Weiterhin soll eine Fehlermeldung erscheinen, wenn ein Variablenkomplex nicht vollständig beantwortet wurde. Das **Überspringen von Items ohne Eingabe** sollte nur mit **Warnhinweis** für den Eingebenden möglich sein.

Wurde ein Test oder Assessment nicht durchgeführt oder abgebrochen, müssen der Abbruchgrund und das Testdatum (also eigentlich das „Abbruch-Datum“) angegeben werden. Dies betrifft allerdings nur Assessment-Verfahren zur Selbstauskunft des Patienten (Modul 2: HAQ; Modul 3: MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ) und die Leistungstests (Modul 3: 6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie). Alle übrigen Assessments (Modul 2: Hauptziel (HZ) und Zielereichung (ZE), FIM, EBI sowie CIRS) sind Fremdbeurteilungsinstrumente, bei denen Abbruchgründe nicht vorgesehen sind. Diese müssen komplett ausgefüllt sein (vgl. Kapitel 6.2).

7.2 Fallbezogene Prüfung nach Abschluss von Eintritts- bzw. bei Austrittsmessung

Ein weiteres Ziel der Datenprüfung auf Klinikebene ist es, zu verhindern, dass Daten nicht (rechtzeitig) erfasst bzw. die Verfahren des Messplans nicht (rechtzeitig) durchgeführt werden und somit zum Zeitpunkt der Übermittlung fehlende Werte vorhanden sind. Daher soll zu zwei Zeitpunkten eine **Prüfung der Vollständigkeit der Daten aus den Qualitätsmessun-**

gen auf Patientenebene (je Behandlungsfall) erfolgen. Durch die Prüfungen wird gewährleistet, dass eventuell fehlende Messungen noch durchgeführt werden können.

Die **erste Prüfung** betrifft die **Daten der Eintrittsmessung**. Da die Eintrittsmessungen bis zum dritten Tag nach der Aufnahme des Patienten erfolgen sollen, wäre also spätestens am vierten Tag eine Vollständigkeits-Prüfung der Daten der Qualitätsmessungen erforderlich.

Für die **zweite Prüfung (Daten der Austrittsmessungen)** liegt der Prüfzeitpunkt kurz vor der geplanten Entlassung (bspw. am letzten Tag vor Entlassung).

Aufgrund der indikationsspezifischen Vorgaben des Messplans in den Modulen 2 und 3 ist die Vorgabe einer Prüflogik auf dieser Ebene komplex. Als Hinweis dient die Anzahl der ausgefüllten Datenfelder in definierten Variablenblöcken.

Für die Prüfung auf Vollständigkeit der erhobenen Verfahren werden je Indikation (Reha-Art) verschiedene Datenabfragen durchgeführt, mit denen geprüft wird, ob Angaben für die erforderlichen Messungen vorliegen oder ob die jeweilige Messung noch durchgeführt bzw. erfasst werden muss.

Auf Basis der Variable „**Reha-Art**“ (enthalten in M2-Zeile oder M3-Zeile, Variablen 5.1.V03 und 6.1.V03) werden die verschiedenen Datenabfragen durchgeführt. Für pulmonale Patienten erfolgt die Prüfung darüber hinaus auch auf Basis der Angaben der Diagnosegruppe in der Variable „**Diagnose Pulmo-Reha**“ (M3-Zeile, Variable 6.1.V04).

Nachfolgend werden **Leitfragen für die Prüfung je Indikation** aufgeführt. Im **Anhang F** sind Beispiele für die Programmierung dieser Prüfungen auf Patientenebene angegeben.

Fallbezogene Datenprüfung muskuloskelettale Rehabilitation (Variable Reha-Art=1)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen die Daten des HAQ vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?
- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des HAQ vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?

Fallbezogene Datenprüfung neurologische Rehabilitation (Variable Reha-Art=2)

Reha-Eintritt

- Liegen Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen Daten des FIM oder des EBI vollständig vor?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des FIM oder des EBI vollständig vor?

Fallbezogene Datenprüfung kardiale Rehabilitation (Variable „Reha-Art“=3),

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest oder der Fahrrad-Ergometrie vollständig vor?
- Liegen die Daten des MacNew Heart vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?
- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest oder der Fahrrad-Ergometrie vollständig vor?
- Liegen die Daten des MacNew Heart vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?

Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation (Variable Reha-Art=4) mit Variable „Diagnose Pulmo-Reha“=1 (“BPCO I-IV”)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest vollständig vor?
- Liegen die Daten zum Feeling-Thermometer vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten des CRQ vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?
- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest vollständig vor?
- Liegen die Daten zum Feeling-Thermometer vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten des CRQ vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?

Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation (Variable Reha-Art=4) mit Variable „Diagnose Pulmo-Reha“=2 (“andere pulmonale Diagnose”)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest vollständig vor?
- Liegen die Daten zum Feeling-Thermometer vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?
- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten aus dem 6-Minuten-Gehtest vollständig vor?
- Liegen die Daten zum Feeling-Thermometer vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?

Fallbezogene Datenprüfung andere Rehabilitations-Indikationen (Variable Reha-Art=5)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen die Daten des FIM oder des EBI oder des HAQ vollständig vor?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?
- Liegen die zusätzlichen soziodemografischen Daten vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des FIM oder des EBI oder des HAQ vollständig vor?

7.3 Prüfung vor der Datenübermittlung

Vor der Übermittlung der Dateien an das Auswertungsinstitut soll eine weitere Prüfung der Daten erfolgen. Diese umfasst zum einen Aufbau und Inhalt der Dateien (A) sowie zum anderen die Vollständigkeit der Daten (B).

A. Prüfung von Aufbau und Inhalt der Datensätze:

A.1 Ist in jeder Zeile die Fallidentifikationsnummer (FID) enthalten?

- MB-Zeile: FID in Feld 51
- M2-Zeile: FID in Feld 2
- M3-Zeile: FID in Feld 2
- ZU-Zeile: FID in Feld 2

A.2 Entsprechen die Datenfelder in den Dateien den Vorgaben des Datenhandbuchs (Anzahl der Felder, Reihenfolge der Variablen)

- MB-Zeile: 52 Felder, Inhalt siehe Anhang A.
- M2-Zeile: 94 Felder, Inhalt siehe Anhang B.
- M3-Zeile: 81 Felder, Inhalt siehe Anhang C.
- ZU-Zeile: 30 Felder, Inhalt siehe Anhang D.

Die Anzahl der Datenfelder stimmt mit der Anzahl der Trennzeichen (Semikolon oder „Pipe“) in der zu übermittelnden CSV-Datei überein.

A.3 Gibt es für jeden Patienten in den Dateien des Messplans (M2-Zeile und M3-Zeile) jeweils Daten zu den Ein- und Austrittsmessungen, d.h. existieren je Patient zwei M2- oder zwei M3-Zeilen?

B. Prüfung der Vollständigkeit der Datensätze:

B.1 Sind die Daten aller stationären Fälle mit Reha-Austritt im Erfassungszeitraum in den übermittelten Dateien enthalten?

Dies bezieht sich in erster Linie auf die Datei des Minimalen Datensatzes (MB-Zeile). Hier sollten alle entlassenen Patienten enthalten sein, unabhängig davon, ob Daten für diesen Fall in den anderen Dateien (vollständig) vorhanden sind.

B.2 Liegen für jeden Fall jeweils in drei Dateien (MB-Zeile, M2- ODER M3-Zeile und ZU-Zeile) Daten vor?

Sofern die Überprüfung ergibt, dass nicht für jeden Patienten Daten in den drei Dateien vorliegen, sollte Folgendes überprüft werden:

- Von welchen Patienten (FID) fehlen Daten? In welchen Datensätzen?
- Sind diese fehlenden Daten im System vorhanden und können noch ausgespielt werden oder sind die entsprechenden Daten tatsächlich nicht erhoben worden?
- Können gewisse Angaben noch nachträglich gemacht werden (z.B. Drop-Out Gründe)?

Die Ergebnisse der Prüfung vor der Datenübermittlung bieten den Kliniken wichtige Anhaltspunkte zur Vervollständigung der Daten, sofern dies erforderlich ist.

Detaillierte Prüfungen der Daten werden im Auswertungsinstitut durchgeführt. Im Anschluss daran erhalten die Kliniken eine Rückmeldung zur Qualität der erfassten Daten.

8 Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenreglement des ANQ.

Für eine höhere Sicherheit im Datenschutz sollen dem Auswertungsinstitut - Charité im Minimal-Datensatz des BFS keine Informationen zum Geburtsdatum, sondern lediglich das Alter bei Eintritt übermittelt werden. Ebenfalls soll der anonyme Verbindungscode nicht übermittelt werden (keine Angabe von Werten bei 0.2.V01 und 1.1.V02, Feld 5 und 12 MB-Zeile).

9 Datenübermittlung

Die Daten der Qualitätsmessungen werden von den Kliniken in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut - Charité geschickt. In die Datenlieferung sollen jeweils alle Patienten eingeschlossen werden, deren Reha-Austrittsdatum im entsprechenden Zeitraum der Daten-

erfassung liegt. Das bedeutet, es müssten für diese Patienten vollständige Datensätze der BFS-Statistik sowie die Messdaten des Moduls 2 oder 3 zu Reha-Eintritt und -Austritt sowie die zusätzlichen Daten vorliegen. Das Auswertungsinstitut prüft die übermittelten Daten gemäss der vorliegenden Datendefinition und gibt den Kliniken eine detaillierte Rückmeldung, ob die Datenqualität ausreichend ist oder ob noch Verbesserungen notwendig sind.

9.1 Periodizität – Termine

Für die Datenlieferungen sind **fixe Termine** vorgesehen. Um die Datenqualität regelmäßig und zeitnah prüfen zu können, sollen die Daten im Jahr 2013 zu drei Zeitpunkten geliefert werden. Im Jahr 2014 ist eine halbjährliche Zwischenauswertung zur Datenqualität vorgesehen. Damit ergeben sich folgende Stichtage (Tabelle 5). Die Stichtage müssen in jedem Fall (gegebenenfalls auch mit unvollständigen Daten) eingehalten werden:

Tabelle 5: Vorgesehene Stichtage zur Datenlieferung (2013-2014)

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patienten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
31.07.2013	01.01.2013 - 30.06.2013
31.10.2013	01.07.2013 - 30.09.2013
15.02.2014	01.10.2013 - 31.12.2013
31.08.2014	01.01.2014 - 30.06.2014
28.02.2015	01.07.2014 - 31.12.2014

Die Datenerfassung für das Modul 2 und 3 des Nationalen Messplans Rehabilitation ist ab 01.01.2013 vorgesehen. Der Stichtag für die erste Datenlieferung gilt für alle Kliniken.

Das Auswertungsinstitut - Charité nimmt bereits ab April 2013 Testdatensätze an und prüft diese gemäss der vorliegenden Datendefinition.

Für die Bereitstellung der BFS-Datensätze (MB-Zeile) gilt während der ersten beiden Datenjahre des Nationalen Messplans Rehabilitation (2013 und 2014) die Regelung, dass bei jeder Datenlieferung die BFS-Daten aus dem jeweiligen Erfassungszeitraum mitgeliefert werden, auch wenn diese noch nicht aufbereitet und verifiziert sind. In der Gesamtauswertung des jeweiligen Datenjahres werden dann die bereinigten BFS-Datensätze genutzt.

9.2 Datensicherung

Aus Datenschutzgründen sollen die Datenlieferungen entweder auf CD-ROM per eingeschriebener Post oder per E-Mail versendet werden (Kontaktadressen: siehe Deckblatt und Kapitel 10).

Wenn die Übermittlung per E-Mail erfolgt, sollen die Dateien der Lieferung in einem Archiv (z.B. ZIP-Archiv) zusammengefasst und komprimiert sowie mit einem vom Auswertungsinstitut vorab gesondert gesendeten oder telefonisch mitgeteilten Passwort verschlüsselt werden. Für eine effektive Verschlüsselung von Dateien existieren kostenlose Programme wie z.B. 7-Zip (www.7-zip.de).

Sofern die Daten oder ein Teil davon mittels einer spezialisierten Software erfasst werden, regelt die Klinik die Datenlieferung. Es gilt der Grundsatz, dass die Daten Eigentum der Klinik sind und nur dann durch den Softwareanbieter dem Auswertungsinstitut übermittelt werden können, wenn hierzu eine spezifische Ermächtigung durch die Klinik erteilt wurde.

9.3 Meldung Datenlieferung

Eine Datenlieferung der Kliniken an das Auswertungsinstitut - Charité wird immer von einer Datenlieferungs-Meldung begleitet (AX-Zeile). Diese umfasst:

- die Identifikation der Klinik
- das Anfangs- und Enddatum des Erhebungszeitraums
- die Anzahl der Zeilen in jeder der 3 bzw. 4 gelieferten Dateien⁵
- das Generierungsdatum jeder der 3 bzw. 4 gelieferten Dateien⁵

Siehe **Anhang E.** für Inhalt und mögliche Formate der Datenlieferungs-Meldung.

⁵ Datei 1: Minimal-Datensatz des BFS (MB-Zeilen); Datei 2: Messdaten Modul 2 (M2-Zeilen), Datei 3: Messdaten Modul 3 (M3-Zeilen); Datei 4: Zusätzliche Daten (ZU-Zeilen)

10 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin)	Tel.: +49 30 450 517 156
Susanne Schleicher (Wiss. Mitarbeiterin)	Tel.: +49 30 450 517 156
Dr. Karla Spyra (Projektleitung)	Tel.: +49 30 450 517 125

Für die Sendung von Datensätzen per E-Mail und Fragen bzw. Anliegen, die Sie per E-Mail klären wollen, nutzen Sie bitte folgende Adresse:

E-Mail: anq-messplan@charite.de

Postanschrift: Charité - Universitätsmedizin Berlin
Abteilung für Versorgungssystemforschung und
Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation
z.H. ANQ-Messplan
Luisenstraße 13a
D-10117 Berlin

11 Anhang

A. Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile)⁶

MB-Zeile		Minimales Datenset				
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	
	0.	Minimales Datenset: Allg. Angaben				
1	0.1.V01	Rekordart	MB = Identifikator Minimales Datenset	AN (2)	MB	
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
3	0.1.V03	Standort		AN (5)		
4	0.1.V04	Kanton	BFS-Kantonskurzzeichen	AN (2)	AG - ZH	
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt!	AN (16)		
6	0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	sollte "A" sein	AN (1)	A, B, C	
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	
9	0.3.V03	Patientengruppendatensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz		N (1)	0, 1	
	1.	Minimaldaten				
11	1.1.V01	Geschlecht	1=männlich, 2=weiblich	N (1)	1, 2	
12	1.1.V02	Geburtsdatum	wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt!	D (JJJMMTT)		
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	Alter in Jahren	N (3)	0-135	
14	1.1.V04	Wohnort (Region)		AN (4)	AG01-ZH99	
15	1.1.V05	Nationalität	ISOalpha3	AN (3)	ABW - ZWE	
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde		D (JJJMMTThh)		
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor Eintritt		N (1)	1-9	
18	1.2.V03	Eintrittsart		N (1)	1-5, 8, 9	
19	1.2.V04	Einweisende Instanz		N (1)	1-6, 8, 9	
20	1.3.V01	Behandlungsart	sollte 3 "stationär" sein	N (1)	1, 3, 9	
21	1.3.V02	Klasse		N (1)	1-3, 9	
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden)		N (4)	0-9999	

⁶ Da die MB-Zeile bereits routinemässig in den Kliniken erhoben und an das BFS übermittelt wird, wurde hier auf die Darstellung von Werte-Labels und Prüflogik verzichtet. Es gelten die Spezifikationen des BFS, Variablen der Medizinischen Statistik, Spezifikation gültig ab 1.1.2012, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html>

MB-Zeile (Fortsetzung 1)

23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden)		N (4)	0-9999	
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	sollte M950 "Physikalische Medizin und Rehabilitation" sein	AN (4)	M000-M990	
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen		N (1)	1-5, 8, 9	
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde		D (JJJJMMTThh)		
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt		N (1)	1-5, 8, 9	
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt		N (1)	0-9	
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt		N (1)	0-5, 8, 9	
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999	
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
41	1.7.V02	Beginn Hauptbehandlung		D (JJJJMMTThh)		
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
43	1.7.V04	2. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
44	1.7.V05	3. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
45	1.7.V06	4. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
46	1.7.V07	5. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
47	1.7.V08	6. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
48	1.7.V09	7. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
49	1.7.V10	8. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx	
51	FID	Fallidentifikationsnummer FID	linikinterne Fallnummer	AN (16)		
52	PID	Patientenidentifikations-nummer PID	linikinterne Patientenidentifikationsnumer	AN (16)		

B. Format Messdaten Modul 2: Muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile)

M2-Zeile Messdaten Modul 2: Muskulo/Neuro								
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
5.1 Eingangsblock								
1	5.1.V01	Rekordart	M2 = Identifikator Datensatz Modul 2 MSK/Neuro	AN (2)	M2			alle anderen Angaben als "M2" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)				Pflichtangabe!
3	5.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	5.1.V03	Reha-Art	in der M2-Zeile können nur die Werte 1, 2 oder 5 vorkommen, sonst Eintrag in der M3-Zeile	N (1)	1-5	-	1 = Muskulo-Reha 2 = Neuro-Reha 3 = Kardio-Reha 4 = Pulmo-Reha 5 = andere Reha	Werte <1 und >5 sind ungültig
5	5.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	5.1.V05	Grund für Drop-Out (Ausschluss aus Gesamtmessung)	wenn Drop-Out, unbedingt das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 5.1.V06)	N (1)	1-3	-	1 = unvorhergesehener Abbruch vor Eintrittsmessung (einschließlich Tod) 2 = Austritt innerhalb von 7 Tagen (einschließlich Tod) 3 = unvorhergesehener Abbruch nach mindestens 8-tägigem Aufenthalt	Werte <1 und >3 sind ungültig wenn Wert >0 und <4, dann Angabe bei Variable 5.1.V06 erforderlich
7	5.1.V06	Datum Drop-Out		D (JJJMMTT)		-		muss ausgefüllt werden, wenn Variable 5.1.V05 >0 und <4
5.2. Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)								
8	5.2.V00	HZ/ZE-Datum der Erhebung		D (JJJMMTT)		-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=5 haben
9	5.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 5.2.V01 (HZ_01_1) und 5.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 5.1.V04=1 ("Eintritt") bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = berufliche Umorientierung 7 = berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn Variable 5.1.V04=1 ("Eintritt")
10	5.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte >1 sind ungültig nur angeben, wenn HZ_01_1 Wert=3, 4 oder 10
11	5.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 5.2.V03 (ZE_01) bis 5.2.V11 (ZE_04_3) nur angeben, wenn 5.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = nein 1 = ja	Werte >1 sind ungültig nur angeben, wenn Variable 5.1.V04=2 ("Austritt")
12	5.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = vollumfänglich erreicht / übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_01 Wert =0 ("Ziel nicht angepasst")

M2-Zeile (Fortsetzung 1)

13	5.2.V05	ZE_02_2 statt dessen erreichtes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = berufliche Umorientierung 7 = berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_02_1 Wert =2 ("Ziel nicht erreicht")
14	5.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_02_2 Wert=3, 4 oder 10
15	5.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_01 Wert =1 ("Ziel angepasst")
16	5.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_03_1 Wert=3, 4 oder 10
17	5.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = vollumfänglich erreicht / übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_01 Wert =1 ("Ziel angepasst")
18	5.2.V10	ZE_04_2 statt dessen erreichtes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_04_1 Wert=2 ("nicht erreicht")
19	5.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_04_2 Wert=3, 4 oder 10
5.3. Functional Independence Measure (FIM)								
20	5.3.V00	FIM_Datum der Erhebung	bei Neuro-Reha entweder FIM oder EBI	D (JJJJMMTT)	-	-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=2 oder Wert=5 haben
21	5.3.V01	FIM_01 Essen/Trinken		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01 bis FIM_18:	FIM_01 bis FIM_18:
22	5.3.V02	FIM_02 Körperpflege		N (1)	1-7	-		Werte <1 und >7 sind ungültig
23	5.3.V03	FIM_03 Baden/Duschen/Waschen		N (1)	1-7	-		
24	5.3.V04	FIM_04 Ankleiden Oberkörper		N (1)	1-7	-		
25	5.3.V05	FIM_05 Ankleiden Unterkörper		N (1)	1-7	-		
26	5.3.V06	FIM_06 Toilettenshygiene		N (1)	1-7	-		
27	5.3.V07	FIM_07 Blasenkontrolle		N (1)	1-7	-		
28	5.3.V08	FIM_08 Darmkontrolle		N (1)	1-7	-		
29	5.3.V09	FIM_09 Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl		N (1)	1-7	-		
30	5.3.V10	FIM_10 Transfer/Toilettensitz		N (1)	1-7	-		
31	5.3.V11	FIM_11 Transfer Badewanne		N (1)	1-7	-		
32	5.3.V12	FIM_12 Gehen oder Rollstuhlfahren		N (1)	1-7	-		
33	5.3.V13	FIM_13 Treppensteigen		N (1)	1-7	-		
34	5.3.V14	FIM_14 Verstehen akustisch/visuell		N (1)	1-7	-		
35	5.3.V15	FIM_15 Ausdruck verbal/non verbal		N (1)	1-7	-		
36	5.3.V16	FIM_16 Soziales Verhalten		N (1)	1-7	-		
37	5.3.V17	FIM_17 Problemlösungsfähigkeit		N (1)	1-7	-		
38	5.3.V18	FIM_18 Gedächtnis		N (1)	1-7	-		

M2-Zeile (Fortsetzung 2)

5.4. Erweiterter Barthel-Index (EBI)								
39	5.4.V00	EBI_Datum der Erhebung	bei Neuro-Reha entweder FIM oder EBI	D (JJJMMTT)	-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=2 oder Wert=5 haben	
40	5.4.V01	EBI_01 Essen und Trinken	Achtung, ungültiger Wert: 1	N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = nicht möglich oder Magensonde nicht selbst bedienen 2 = Essen muss vorbereitet werden 3 = Essen mit Hilfsmitteln alleine oder Magensonde selbst bedienen 4 = selbständig	Wert 1 und Werte >4 sind ungültig
41	5.4.V02	EBI_02 Persönliche Pflege		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = selbständig	Werte >4 sind ungültig
42	5.4.V03	EBI_03 An- / Ausziehen	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei den meisten Kleidungsstücken oder effektive Mitarbeit 2 = Unterstützung bei wenigen Prozeduren oder Erinnern/Supervision 4 = selbständig	Wert 3 und Werte >4 sind ungültig
43	5.4.V04	EBI_04 Baden / Duschen / Körper waschen		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = selbständig	Werte >4 sind ungültig
44	5.4.V05	EBI_05 Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = selbständig	Wert 3 und Werte >4 sind ungültig
45	5.4.V06	EBI_06 Fortbewegung auf ebenem Untergrund		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich, 1 = Rollstuhl oder Gehwagen (wird selbständig bedient) oder kann bis 50m mit Hilfsperson gehen 2 = kann selbständig kürzere Strecken gehen, für Strecke >50m wird Hilfsmittel oder person benötigt 3 = längere Strecken (>50m) mit Hilfsmitteln (Krücke) alleine möglich 4 = selbständiges Gehen	Werte >4 sind ungültig
46	5.4.V07	EBI_07 Treppen auf- / absteigen	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = mit erheblicher Unterstützung möglich 2 = mit geringer Unterstützung oder Supervision möglich 4 = selbständig möglich (auch mit Hilfsmittel)	Wert 3 und Werte >4 sind ungültig
47	5.4.V08	EBI_08 Benutzung der Toilette	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = selbständig bzw. Selbstständigkeit nicht nötig	Wert 3 und Werte >4 sind ungültig

M2-Zeile (Fortsetzung 3)

48	5.4.V09	EBI_09 Stuhlkontrolle	Achtung, ungültiger Wert: 1	N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = nicht möglich 2 = gelegentliche Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln oder Hilfe bei Stuhlregulierung (Klistier) 3 = gestörte Stuhlkontrolle, aber selbständiges Windeln wechseln und Reinigen bzw. selbständiges Vornehmen stuhlregulierender Massnahmen 4 = normale Stuhlkontrolle	Wert 1 und Werte >4 sind ungültig
49	5.4.V10	EBI_10 Harnkontrolle	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = komplette Inkontinenz (mehrmals täglich) oder kann sich nicht selbst katheterisieren 1 = inkomplette Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln 3 = komplette oder inkomplette Inkontinenz, aber keine Hilfe nötig 4 = normale Harnkontinenz	Wert 2 und Werte >4 sind ungültig
50	5.4.V11	EBI_11 Verstehen	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = nicht möglich 1 = versteht einfache Instruktionen 3 = versteht komplexe Sachverhalte 4 = normales Verstehen (mit Hörhilfe)	Wert 2 und Werte >4 sind ungültig
51	5.4.V12	EBI_12 Verständlichkeit	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = kann sich (fast) nie verständlich machen 1 = kann nur einfache Sachverhalte ausdrücken 3 = kann sich über alles verständlich machen (nur mit Hilfsmitteln) 4 = kann sich über alles verständlich machen (ohne Hilfsmittel)	Wert 2 und Werte >4 sind ungültig
52	5.4.V13	EBI_13 Soziale Interaktion	Achtung, ungültige Werte: 1, 3	N (1)	0, 2, 4	-	0 = immer oder fast immer unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 2 = gelegentlich unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 4 = normale soziale Interaktion	Werte 1, 3 und Werte >4 sind ungültig
53	5.4.V14	EBI_14 Problemlösen	Achtung, ungültige Werte: 1, 3	N (1)	0, 2, 4	-	0 = erhebliche Hilfestellung nötig 2 = benötigt geringe Hilfestellung 4 = benötigt keinerlei Hilfestellung	Werte 1, 3 und Werte >4 sind ungültig
54	5.4.V15	EBI_15 Gedächtnis / Lernfähigkeit / Orientierung		N (1)	0-4	-	0 = desorientiert oder verwirrt, Weglauftendenz 1 = desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauftendenz 2 = muss häufig erinnert werden 3 = muss nur gelegentlich erinnert werden 4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung oder kann externe Gedächtnishilfen wirksam einsetzen oder trotz Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Werte >4 sind ungültig
55	5.4.V16	EBI_16 Sehen / Neglect	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = findet sich auch in vertrauter Umgebung nicht zurecht 1 = findet sich in bekannter aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht 3 = schwere Lesestörung, findet sich aber in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht 4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung (auch Brillenträger) oder wegen Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Wert 2 und Werte >4 sind ungültig

M2-Zeile (Fortsetzung 4)

5.5. Health Assessment Questionnaire (HAQ)								
56	5.5.V00	HAQ_Datum der Erhebung	HAQ nur bei Muskulo-Reha	D (JJJJMMTT)			Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=1 oder Wert=5 haben	
57	5.5.V01	HAQ_01 Ankleiden		N (1)	0-3	9	Labels HAQ_01 bis HAQ_09: 0 = ohne Schwierigkeiten 1 = mit leichten Schwierigkeiten 2 = mit großen Schwierigkeiten 3 = unmöglich	
58	5.5.V02	HAQ_02 Haare waschen		N (1)	0-3	9		
59	5.5.V03	HAQ_03 Vom Stuhl aufstehen		N (1)	0-3	9		
60	5.5.V04	HAQ_04 Ins Bett gehen und aufstehen		N (1)	0-3	9		
61	5.5.V05	HAQ_05 Fleisch schneiden		N (1)	0-3	9		
62	5.5.V06	HAQ_06 Gefülltes Glas zum Mund führen		N (1)	0-3	9		
63	5.5.V07	HAQ_07 Milchkarton (Tetrapack) öffnen		N (1)	0-3	9		
64	5.5.V08	HAQ_08 Auf ebener Straße gehen		N (1)	0-3	9		
65	5.5.V09	HAQ_09 Treppen steigen		N (1)	0-3	9		
66	5.5.V10	HAQ_10_1 Hilfsmittel Ankleiden		N (1)	0, 1	9	Labels HAQ_10_1 bis HAQ_11_4: 0 = nein 1 = ja	
67	5.5.V11	HAQ_10_2 Hilfsmittel Aufstehen		N (1)	0, 1	9		
68	5.5.V12	HAQ_10_3 Hilfsmittel Essen		N (1)	0, 1	9		
69	5.5.V13	HAQ_10_4 Hilfsmittel Gehen		N (1)	0, 1	9		
70	5.5.V14	HAQ_11_1 Fremdhilfe Ankleiden		N (1)	0, 1	9		
71	5.5.V15	HAQ_11_2 Fremdhilfe Aufstehen		N (1)	0, 1	9		
72	5.5.V16	HAQ_11_3 Fremdhilfe Essen		N (1)	0, 1	9		
73	5.5.V17	HAQ_11_4 Fremdhilfe Gehen		N (1)	0, 1	9		
74	5.5.V18	HAQ_12 Sich Waschen und Abtrocknen		N (1)	0-3	9	HAQ_12 bis HAQ_22: 0 = ohne Schwierigkeiten 1 = mit leichten Schwierigkeiten 2 = mit großen Schwierigkeiten 3 = unmöglich	
75	5.5.V19	HAQ_13 Vollbad nehmen		N (1)	0-3	9		
76	5.5.V20	HAQ_14 Auf Toilette gehen		N (1)	0-3	9		
77	5.5.V21	HAQ_15 Gegenstand über Kopf heben		N (1)	0-3	9		
78	5.5.V22	HAQ_16 Bücken und Kleidungsstück		N (1)	0-3	9		
79	5.5.V23	HAQ_17 Autotüre öffnen		N (1)	0-3	9		
80	5.5.V24	HAQ_18 Konfitüreglas öffnen		N (1)	0-3	9		
81	5.5.V25	HAQ_19 Wasserhahn aufdrehen		N (1)	0-3	9		
82	5.5.V26	HAQ_20 Einkaufen gehen		N (1)	0-3	9		
83	5.5.V27	HAQ_21 Ins Auto ein- und aussteigen		N (1)	0-3	9		
84	5.5.V28	HAQ_22 Haushaltsarbeiten verrichten		N (1)	0-3	9		
85	5.5.V29	HAQ_23_1 Hilfsmittel Körperpflege		N (1)	0, 1	9		Labels HAQ_23_1 bis HAQ_24_4: 0 = nein 1 = ja
86	5.5.V30	HAQ_23_2 Hilfsmittel Heben		N (1)	0, 1	9		
87	5.5.V31	HAQ_23_3 Hilfsmittel Greifen und Öffnen		N (1)	0, 1	9		
88	5.5.V32	HAQ_23_4 Hilfsmittel andere Tätigkeiten		N (1)	0, 1	9		
89	5.5.V33	HAQ_24_1 Fremdhilfe Körperpflege		N (1)	0, 1	9		
90	5.5.V34	HAQ_24_2 Fremdhilfe Heben		N (1)	0, 1	9		
91	5.5.V35	HAQ_24_3 Fremdhilfe Greifen und Öffnen		N (1)	0, 1	9		
92	5.5.V36	HAQ_24_4 Fremdhilfe andere Tätigkeiten		N (1)	0, 1	9		
93	5.5.V37	HAQ_Grund für Abbruch	bei Abbruch, auch das Datum angeben, Variable 5.5.V00 (HAQ_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 5.5.V00 erforderlich	
94	5.5.V38	HAQ_Grund für Abbruch (andere)	Angabe andere Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 5.5.V37 (HAQ_Grund) Wert=4 sein	

C. Format Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitanden (M3-Zeile)

M3-Zeile Messdaten Modul 3: Kardio/Pulmo								
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
6.1 Eingangsblock								
1	6.1.V01	Rekordart	M3 = Identifikator Datensatz Modul 3 Kardio/Pulmo	AN (2)	M3	-		alle anderen Angaben als "M3" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)		-		Pflichtangabe!
3	6.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	6.1.V03	Reha-Art	in der M3-Zeile können nur die Werte 3 oder 4 vorkommen (sonst Eintrag in die M2-Zeile) bei Angabe des Wertes 4=Pulmo-Reha muss die Variable 6.1.V04 (Diagnose_Pulmo) ausgefüllt werden	N (1)	1-5	-	1 = Muskulo-Reha 2 = Neuro-Reha 3 = Kardio-Reha 4 = Pulmo-Reha 5 = andere Reha	Werte <1 und >5 ungültig
5	6.1.V04	Diagnose Pulmo-Reha (für CRQ Durchführung)		N (1)	1, 2	-	1= COPD I-IV 2 = andere pulmonale Diagnose	Werte <1 und >2 ungültig wenn hier Angabe, dann muss 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4 sein
6	6.1.V05	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 ungültig
7	6.1.V06	Grund für Drop-Out (Ausschluss aus Gesamtmessung)	wenn Drop-Out, unbedingt auch das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 6.1.V07)	N (1)	1-3	-	1 = unvorhergesehener Abbruch (einschließlich Tod) 2 = Austritt innerhalb von 7 Tagen (einschließlich Tod) 3 = Abbruch nach mindestens 8-tägigem Aufenthalt	Werte <1 und >3 ungültig
8	6.1.V07	Datum Drop-Out		D (JJJJMMTT)		-		
6.2. 6-Minuten-Gehtest								
9	6.2.V00	6MWT_Datum der Durchführung	Kardio-Patienten: Durchführung bei schlechterem Allgemeinzustand , sonst Fahrrad-Ergometrie Pulmo-Patienten: nur 6-MWT möglich, wenn Gesundheitszustand zu schlecht, entfällt die Messung	D (JJJJMMTT)		-		
10	6.2.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern	N (4)	0-999	-		Werte >999 unplausibel
11	6.2.V02	6MWT_2 Gehdauer in Minuten	Angabe in Minuten und Sekunden, Gehdauer ohne Pausen	T (mm:ss)	00:00-06:00	-		Werte >06:00 sind ungültig
12	6.2.V03	6MWT_3 Verwendung einer Gehhilfe		N (1)	1, 2	-	1= ja 2 = nein	Werte <1 und >2 ungültig
13	6.2.V04	6MWT_4 Abgabe von Sauerstoff		N (1)	1, 2	-	1= ja 2 = nein	Werte <1 und >2 ungültig
14	6.2.V05	6MWT_5 Grund für Test-Abbruch		N (1)	1-6	-	1 = Thorax-Schmerzen 2 = starke Atemnot 3 = Erschöpfung 4 = Schmerzen am Bewegungsapparat 5 = Gefährdung der Sicherheit 6 = Anderer	Werte <1 und >6 ungültig
15	6.2.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne " " oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.2.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
16	6.2.V07	6MWT_7 Grund für Test-Verzicht	bei Verzicht, auch das Datum angeben Variable 6.2.V00 (6MWT_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = ungenügende Mobilität 2 = schlechter Allgemeinzustand 3 = Verweigerung des Patienten 4 = Anderer	Werte <1 und >4 ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.2.V00 (6-MWT_Datum) erforderlich
17	6.2.V08	6MWT_8 Grund für Test-Verzicht (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne " " oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.2.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein

M3-Zeile (Fortsetzung 1)

6.3. Fahrrad-Ergometrie							
18	6.3.V00	Ergo_Datum der Durchführung	Fahrrad-Ergo nur bei Kardio-Reha: Durchführung bei besserem Allgemeinzustand , sonst 6-Minuten-Gehtest	D (JJJJMMTT)	-		
19	6.3.V01	Ergo_1 Maximale Leistung		N (3)	0-300	-	Werte >300 unplausibel
20	6.3.V02	Ergo_2 Dauer der Belastungsphase	Angabe in Minuten und Sekunden	T (mm:ss)	00:00-99:00	-	Werte >99:00 unplausibel
21	6.3.V03	Ergo_3 Grund für Test-Abbruch		N (1)	1-5	-	1 = Rhythmusstörungen; Ischämien; Bludruckanstieg bzw.-abfall 2 = starke Atemnot 3 = Schmerzen am Bewegungsapparat; Thorax-Schmerzen 4 = allgemeine Erschöpfung; Bejmüdigkeit 5 = Anderer Werte <1 und >5 sind ungültig
22	6.3.V04	Ergo_4 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V03 (Ergo_3) Wert=5 sein
23	6.3.V05	Ergo_5 Grund für Test-Verzicht	bei Verzicht, auch das Datum angeben, Variable 6.3.V00 (Ergo_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = ungenügende Mobilität 2 = schlechter Allgemeinzustand 3 = Verweigerung des Patienten 4 = Anderer Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.3.V00 (Ergo-Datum) erforderlich
24	6.3.V06	Ergo_6 Grund für Test-Verzicht (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V05 (Ergo_5) Wert=4 sein
6.4. MacNew-Heart							
25	6.4.V00	MacNew_Datum der Erhebung	MacNew nur bei Kardio-Reha	D (JJJJMMTT)	-		Variable 6.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=3 sein
26	6.4.V01	MacNew_01 frustriert gefühlt		N (1)	1-7	9	1 = die ganze Zeit 2 = die meiste Zeit 3 = einen Grossteil der Zeit 4 = manchmal 5 = selten 6 = kaum 7 = nie Gilt für gesamten MacNew-Heart: Werte <1 und >7 sind ungültig 9 gültiger Wert
27	6.4.V02	MacNew_02 wertlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01
28	6.4.V03	MacNew_03 zuversichtlich gefühlt		N (1)	1-7	9	1 = nie 2 = wenige Male 3 = manchmal 4 = ziemlich oft 5 = meistens 6 = fast immer 7 = immer
29	6.4.V04	MacNew_04 entmutigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01
30	6.4.V05	MacNew_05 entspannt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_03
31	6.4.V06	MacNew_06 erschöpft gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01
32	6.4.V07	MacNew_07 glücklich und zufrieden		N (1)	1-7	9	1 = sehr unzufrieden, die meiste Zeit unglücklich 2 = im allgemeinen unzufrieden, unglücklich 3 = irgendwie unzufrieden, unglücklich 4 = im Allgemeinen zufrieden 5 = die meiste Zeit glücklich 6 = die meiste Zeit sehr glücklich 7 = absolut glücklich, hätte nicht zufriedener sein können
33	6.4.V08	MacNew_08 rastlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01

M3-Zeile (Fortsetzung 2)

34	6.4.V09	MacNew_09 Stärke Atemnot		N (1)	1-7	9	1 = extreme Atemnot 2 = sehr hohe Atemnot 3 = ziemliche Atemnot 4 = mittelmäßige Atemnot 5 = etwas Atemnot 6 = wenig Atemnot 7 = keine Atemnot	
35	6.4.V10	MacNew_10 zum Weinen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
36	6.4.V11	MacNew_11 abhängiger gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
37	6.4.V12	MacNew_12 außerstande gefühlt zu Aktivitäten		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
38	6.4.V13	MacNew_13 mangelndes Vertrauen anderer		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
39	6.4.V14	MacNew_14 Brustschmerzen		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
40	6.4.V15	MacNew_15 Mangel an Selbstbewusstsein		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
41	6.4.V16	MacNew_16 beunruhigt aufgrund schmerzender Beine		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
42	6.4.V17	MacNew_17 beim Sport eingeschränkt		N (1)	1-7	9	1 = sehr stark eingeschränkt 2 = stark eingeschränkt 3 = ziemlich eingeschränkt 4 = mässig eingeschränkt 5 = irgendwie eingeschränkt 6 = ein wenig eingeschränkt 7 = absolut nicht eingeschränkt	
43	6.4.V18	MacNew_18 besorgt oder verängstigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
44	6.4.V19	MacNew_19 schwindlig oder benommen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
45	6.4.V20	MacNew_20 eingeschränkt oder reduziert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_17	
46	6.4.V21	MacNew_21 unsicher bezüglich Gymnastik oder körperlicher Aktivität		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
47	6.4.V22	MacNew_22 Familie als zu besorgt empfunden		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
48	6.4.V23	MacNew_23 als Last für andere gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
49	6.4.V24	MacNew_24 von Aktivitäten mit anderen ausgeschlossen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
50	6.4.V25	MacNew_25 unfähig zu sozialen Kontakten gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	
51	6.4.V26	MacNew_26 bei täglicher körperlicher Belastung eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_17	
52	6.4.V27	MacNew_27 beeinträchtigt Sexualeben		N (1)	1-8	9	1 = die ganze Zeit 2 = die meiste Zeit 3 = einen Grossteil der Zeit 4 = manchmal 5 = selten 6 = kaum 7 = nie 8 = Frage nicht beurteilbar	
53	6.4.V28	MacNew_Grund für Abbruch	bei Abbruch, auch das Datum angeben, Variable 6.4.V00 (MacNew_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.4.V00 (MacNew_Datum) erforderlich
54	6.4.V29	MacNew_Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.4.V28 (MacNew_Grund) Wert=4 sein

M3-Zeile (Fortsetzung 3)

6.5. Feeling-Thermometer							
55	6.5.V00	Feeling_Datum der Erhebung	Feeling nur bei Pulmo-Reha	D (JJJJMMTT)			Feeling angeben, wenn Variable 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4
56	6.5.V01	Feeling		N (3)	0-100	999	0 = "schlechteste denkbare Gesundheit" 100 = "beste denkbare Gesundheit"
57	6.5.V02	Feeling_Grund für Abbruch	bei Abbruch, auch das Datum angeben, Variable 6.5.V00 (Feeling_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer
58	6.5.V03	Feeling_Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne " " oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.5.V02 (Feeling_Grund) Wert=4 sein
6.6. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)							
59	6.6.V00	CRQ_Datum der Erhebung	CRQ nur bei Pulmo-Reha: Durchführung des CRQ nur bei COPD I-IV	D (JJJJMMTT)			CRQ angeben, wenn Variable 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4 UND Variable 6.1.V04 (Diagn-Pulmo) Wert=1
60	6.6.V01	CRQ_01 Kurzatmigkeit bei Gefühl von Ärger		N (1)	1-8	9	Labels CRQ_01 bis CRQ_05: 1 = extreme Kurzatmigkeit 2 = starke Kurzatmigkeit 3 = ziemliche Kurzatmigkeit 4 = mässige Kurzatmigkeit 5 = leichte Kurzatmigkeit 6 = sehr leichte Kurzatmigkeit 7 = gar keine Kurzatmigkeit 8 = nicht ausgeübt
61	6.6.V02	CRQ_02 Kurzatmigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens		N (1)	1-8	9	
62	6.6.V03	CRQ_03 Kurzatmigkeit bei zu Fuss gehen		N (1)	1-8	9	
63	6.6.V04	CRQ_04 Kurzatmigkeit bei Hausarbeiten		N (1)	1-8	9	
64	6.6.V05	CRQ_05 Kurzatmigkeit bei gesell. Leben		N (1)	1-8	9	
65	6.6.V06	CRQ_06 frustriert oder ungeduldig		N (1)	1-7	9	CRQ_06 bis CRQ_20: Werte <1 und >7 sind ungültig, 9=gültiger Wert
66	6.6.V07	CRQ_07 Gefühl der Angst und Panik		N (1)	1-7	9	
67	6.6.V08	CRQ_08 müde gefühlt		N (1)	1-7	9	
68	6.6.V09	CRQ_09 Husten oder schweres Atmen peinlich		N (1)	1-7	9	
69	6.6.V10	CRQ_10 zuversichtlich bei Umgang mit Krankheit		N (1)	1-7	9	
							1 = extrem müde 2 = sehr müde 3 = ziemlich müde 4 = mässig müde 5 = ein bisschen müde 6 = kaum müde 7 = gar nicht müde
							Labels wie CRQ_06
							1 = gar nie 2 = selten 3 = manchmal 4 = oft 5 = sehr oft 6 = fast immer 7 = immer

M3-Zeile (Fortsetzung 4)

70	6.6.V11	CRQ_11 Energie in den letzten 2 Wochen		N (1)	1-7	9	1 = gar keine 2 = sehr wenig 3 = wenig 4 = mässig 5 = viel 6 = sehr viel 7 = extrem viel	
71	6.6.V12	CRQ_12 verärgert, besorgt oder deprimiert		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
72	6.6.V13	CRQ_13 Atemprobleme unter Kontrolle		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_10	
73	6.6.V14	CRQ_14 locker und entspannt		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_10	
74	6.6.V15	CRQ_15 wenig Lebensenergie		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
75	6.6.V16	CRQ_16 mutlos oder niedergeschlagen		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
76	6.6.V17	CRQ_17 erschöpft oder lustlos		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
77	6.6.V18	CRQ_18 zufrieden mit Leben		N (1)	1-7	9	1 = sehr unzufrieden 2 = im Allgemeinen unzufrieden 3 = ein wenig unzufrieden 4 = im Allgemeinen zufrieden 5 = meist zufrieden 6 = meist sehr zufrieden 7 = ausserordentlich zufrieden	
78	6.6.V19	CRQ_19 verstört oder ängstlich		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
79	6.6.V20	CRQ_20 ruhelos, angespannt oder nervös		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	
80	6.6.V21	CRQ_Grund für Abbruch	bei Abbruch, auch das Datum angeben, Variable 5.5.V00 (HAQ_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.6.V00 (CRQ_Datum) erforderlich
81	6.6.V22	CRQ_Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.6.V21 (CRQ_Grund) Wert=4 sein

D. Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

ZU-Zeile Zusätzliche Daten								
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
7.1. Eingangsblock								
1	7.1.V01	Rekordart	ZU = Identifikator Zusätzliche Daten	AN (2)	ZU		Werte-Labels entsprechen den Angaben der BFS Psychiatrie-Zusatzdaten	alle anderen Buchstabenkombinationen als "ZU" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)				Pflichtangabe!
3	7.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)				
7.2. Zusätzliche soziodemografische Daten								
4	7.2.V01	ZU_01 Zivilstand	entspricht Variable 3.2.V01 der Med. Statistik des BFS	N (1)	1 - 5, 9	-	1 = ledig 2 = verheiratet, zusammenlebend 3 = verheiratet, getrenntlebend 4 = verwitwet 5 = geschieden 9 = unbekannt	Werte <1 und >5 sind ungültig, 9=gültiger Wert
5	7.2.V02	ZU_02 Lebensform	Lebt Patient in fester Partnerschaft (Ehe, eheähnliche Gemeinschaft)?	N (1)	0, 1	-	0 = nein 1 = ja	Werte >1 ungültig
6	7.2.V03	ZU_03 Wohnsituation	Anzahl Personen im Haushalt	N (1)	1-4	-	1 = Patient/in lebt allein 2 = Zwei-Personen-Haushalt 3 = Drei und mehr Personen-Haushalt 4 = Patient/in lebt in einer Einrichtung (z.B. Altersheim)	Werte <1 und >5 sind ungültig
7	7.2.V04	ZU_04_1 Beschäftigung vor Eintritt: teilzeit erwerbstätig	Variablen ZU_04_1 bis ZU_04_9 entsprechen Variablen 3.2.V03 bis 3.2.V11 der Med. Statistik des BFS	N (1)	0, 1	-	Labels ZU_04_1 bis ZU_04_9: 0 = nein 1 = ja	Werte>1 ungültig mindestens eine der Variablen ZU_04_1 bis ZU_04_9 Wert=1
8	7.2.V05	ZU_04_2 Beschäftigung vor Eintritt: voll erwerbstätig		N (1)	0, 1	-		
9	7.2.V06	ZU_04_3 Beschäftigung vor Eintritt: nicht erwerbstätig oder arbeitslos		N (1)	0, 1	-		
10	7.2.V07	ZU_04_4 Beschäftigung vor Eintritt: Hausarbeit in eigenem Haushalt		N (1)	0, 1	-		
11	7.2.V08	ZU_04_5 Beschäftigung vor Eintritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)		N (1)	0, 1	-		
12	7.2.V09	ZU_04_6 Beschäftigung vor Eintritt: Rehabilitationsprogramm		N (1)	0, 1	-		
13	7.2.V10	ZU_04_7 Beschäftigung vor Eintritt: IV, AHV oder andere Rente		N (1)	0, 1	-		
14	7.2.V11	ZU_04_8 Beschäftigung vor Eintritt: Arbeit in geschütztem oder beschütztem Rahmen		N (1)	0, 1	-		
15	7.2.V12	ZU_04_9 Beschäftigung vor Eintritt: unbekannt		N (1)	0, 1	-		
7.3. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)								
16	7.3.V00	CIRS_Datum der Erhebung		D (JJJMMTT)		-		
17	7.3.V01	CIRS_01 Herz		N (1)	0-4	-	Labels CIRS_01 bis CIRS_14:	CIRS_01 bis CIRS_14:
18	7.3.V02	CIRS_02 Bluthochdruck und Gefäße		N (1)	0-4	-	0 = keine Schädigung 1 = milde Schädigung 2 = mäßige Schädigung 3 = schwere Schädigung 4 = sehr schwere Schädigung	Werte >4 sind ungültig
18	7.3.V03	CIRS_03 Blutbildendes und lymphatisches System		N (1)	0-4	-		
20	7.3.V04	CIRS_04 Lunge und Atemwege		N (1)	0-4	-		
21	7.3.V05	CIRS_05 Augen und HNO		N (1)	0-4	-		

ZU-Zeile (Fortsetzung 1)

22	7.3.V06	CIRS_06 Oberer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-	CIRS_01 bis CIRS_14: Werte >4 sind ungültig
23	7.3.V07	CIRS_07 Unterer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-	
24	7.3.V08	CIRS_08 Leber, Galle und Pankreas		N (1)	0-4	-	
25	7.3.V09	CIRS_09 Nieren		N (1)	0-4	-	
26	7.3.V10	CIRS_10 Urogenitaltrakt		N (1)	0-4	-	
27	7.3.V11	CIRS_11 Bewegungsapparat und Haut		N (1)	0-4	-	
28	7.3.V12	CIRS_12 Nervensystem		N (1)	0-4	-	
29	7.3.V13	CIRS_13 Endokrinum, Stoffwechselstörungen und Brustdrüse		N (1)	0-4	-	
30	7.3.V14	CIRS_14 Psychische Störungen		N (1)	0-4	-	

E. Format Datenlieferungs-Meldung

Formular für Übermittlung im generischen Textformat

AX-Zeile		Liefermeldung			
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich
1		Rekordart	AX = Identifikator Liefermeldung	AN (2)	AX
2		Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)	
3		Kürzel der Klinik		AN (8)	
4		Anfangsdatum des Erhebungszeitraums		D (JJJJMMTT)	
5		Enddatum des Erhebungszeitraums		D (JJJJMMTT)	
7		Anzahl übermittelte Datensätze	inkl. Datei AX	N (1)	1 - 5
8		Gesamtzeilen in Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		N (3)	1 - 999
9		Generierungsdatum Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		D (JJJJMMTT)	
10		Gesamtzeilen in Daten Messdaten Modul 2: MSK-Neuro M2-Zeile		N (3)	1 - 999
11		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 2: MSK-Neuro M2-Zeile		D (JJJJMMTT)	
12		Gesamtzeilen in Datei Messdaten Modul 2: Kardio-Pulmo M3-Zeile		N (3)	1 - 999
13		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 2: Kardio-Pulmo M3-Zeile		D (JJJJMMTT)	
14		Gesamtzeilen in Datei Zusatzdaten ZU-Zeile		N (3)	1 - 999
15		Generierungsdatum Datei Zusatzdaten ZU-Zeile		D (JJJJMMTT)	

Alternativ: Formular für Übermittlung in anderem Format, z.B. word, excel

Liefermeldung			
Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)			
Kürzel der Klinik			
Anfangsdatum des Erhebungszeitraums			
Enddatum des Erhebungszeitraums			
Anzahl übermittelter Dateien			
Namen der übermittelten Dateien	Rekordart	Gesamtzeilen in Datei	Generierungsdatum
Minimaldatensatz MedStat	MB		
Messdaten Modul 2: Muskulo und Neuro	M2		
Messdaten Modul 3: Kardio und Pulmo	M3		
Zusatzdaten	ZU		

F. Beispiele für die technische Umsetzung der Prüflogik auf Fallebene (vgl. Kapitel 7.2)

Die im Folgenden aufgeführten Beispiele für die technische Umsetzung der Prüfung auf Fallebene bezüglich der Vollständigkeit der durchgeführten bzw. erfassten Messdaten sind lediglich als Vorlage zu verstehen. Die Beispiele müssen jeweils an die Software, die zur Datenerfassung verwendet wird, und die damit verbundenen Notationsregeln der Befehle bzw. Syntaxen angepasst werden.

Bei den Begriffen für die Operatoren und Funktionen wurde die englische Schreibweise gewählt. Die Funktion „COUNT“ berechnet die „Anzahl der vorhandenen Angaben“.

Zunächst werden Beispiele der Prüflogiken aufgeführt, die indikationsspezifisch die Vollständigkeit der Daten des Messplans aus den Module 2 und 3 für die Messungen zu Reha-Eintritt bzw. Reha-Austritt überprüfen.

Im Anschluss sind Beispiele für die Vollständigkeitsprüfung der Zusätzlichen Daten (weitere soziodemografische Daten und Daten der CIRS) angegeben, die indikationsübergreifend für jeden Fall angewendet werden können.

```
#####
##### Fallbezogene Datenprüfung muskuloskelettale Rehabilitation
### Reha-Eintritt

##### unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)
IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V01)<2
THEN "Angaben zu HZ/Reha-Eintritt unvollständig"

##### weder vollständige Angaben zum HAQ noch Angabe eines Abbruchgrundes
IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.5.V00 TO 5.5.V36)<37 AND
COUNT(5.5.V00, 5.5.V37)<2
THEN "Angaben zum HAQ (Reha-Eintritt) unvollständig"

### Reha-Austritt
##### unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V03)<2
THEN "Angaben zu ZE/Zielerreichung unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zum HAQ noch Angabe eines Abbruchgrundes
IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.5.V00 TO 5.5.V36)<37 AND
COUNT(5.5.V00, 5.5.V37)<2
THEN "Angaben zum HAQ (Reha-Austritt) unvollständig"
```

```
#####
##### Fallbezogene Datenprüfung neurologische Rehabilitation
```

```
### Reha-Eintritt
```

```
##### unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)
IF 5.1.V03=2 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V01)<2
THEN "Angaben zu HZ/Reha-Eintritt unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zu FIM noch zum EBI
IF 5.1.V03=2 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V18)<19 AND
COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17
THEN "Angaben zu FIM oder EBI (Reha-Eintritt) unvollständig"
```

```
### Reha-Austritt
```

```
##### unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 5.1.V03=2 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V01)<2
THEN "Angaben zu ZE/Reha-Austritt unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zu FIM noch zum EBI
IF 5.1.V03=2 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V18)<19 AND
COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17
THEN "Angaben zu FIM oder EBI (Reha-Austritt) unvollständig"
```

```
#####
##### Fallbezogene Datenprüfung kardiale Rehabilitation
```

```
### Reha-Eintritt
```

```
##### weder vollständige Angaben zu 6MWT noch zu Fahrrad-Ergo
IF 6.1.V03=3 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
COUNT(6.3.V00 TO 6.3.V02)<3 AND
```



```

COUNT(6.3.V00, 6.3.V05)<2
THEN "Angaben zu 6MWT oder Fahrrad-Ergo (Reha-Eintritt) unvollständig"
##### weder vollständige Angaben zum MacNew noch Angabe eines Abbruchgrund-
des
IF 6.1.V03=3 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.4.V00 TO 6.4.V27)<28 AND
COUNT(6.4.V00, 6.4.V28)<2
THEN "Angaben zu MacNew (Reha-Eintritt) unvollständig"

```

Reha-Austritt

```

##### weder vollständige Angaben zu 6MWT noch zu Fahrrad-Ergo
IF 6.1.V03=3 AND 6.1.V05=2 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
COUNT(6.3.V00 TO 6.3.V02)<3 AND
COUNT(6.3.V00, 6.3.V05)<2
THEN "Angaben zu 6MWT OR Fahrrad-Ergo (Reha-Austritt) unvollständig"

```

```

##### weder vollständige Angaben zum MacNew noch Angabe eines Abbruchgrund-
des
IF 6.1.V03=3 AND 6.1.V05=2 AND
COUNT(6.4.V00 TO 6.4.V27)<28 AND
COUNT(6.4.V00, 6.4.V28)<2
THEN "Angaben zu MacNew (Reha-Austritt) unvollständig"

```

```

#####
##### Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation

```

Reha-Eintritt

```

##### weder vollständige Angaben zu 6MWT noch Angabe eines Abbruchgrundes
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
THEN "Angaben zu 6MWT (Reha-Eintritt) unvollständig"

```

```

##### weder vollständige Angaben zum Feeling-Thermometer noch Angabe eines
Abbruchgrundes
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.5.V00, 6.5.V01)<2 AND
COUNT(6.5.V00, 6.5.V02)<2
THEN "Angaben zum Feeling-Thermometer (Reha-Eintritt) unvollständig"

```

```
##### zusätzlich erforderliche Erhebung des CRQ: : weder vollständige Anga-
ben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=1 AND 6.1.V04=1 AND
COUNT(6.6.V00 TO 6.6.V20)<21 AND
COUNT(6.6.V00, 6.6.V21)<2
THEN "Angaben zum CRQ (Reha-Eintritt) unvollständig"
```

Reha-Austritt

```
##### weder vollständige Angaben zu 6MWT noch Angabe eines Abbruchgrundes
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=2 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
THEN "Angaben zu 6MWT OR Fahrrad-Ergo (Reha-Austritt) unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zum Feeling-Thermometer noch Angabe eines
Abbruchgrundes
```

```
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=2 AND
COUNT(6.5.V00, 6.5.V01)<2 AND
COUNT(6.5.V00, 6.5.V02)<2
THEN "Angaben zum Feeling-Thermometer (Reha-Austritt) unvollständig"
```

```
##### zusätzlich erforderliche Erhebung des CRQ: : weder vollständige Anga-
ben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes
```

```
IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V05=2 AND 6.1.V04=1 AND
COUNT(6.6.V00 TO 6.6.V20)<21 AND
COUNT(6.6.V00, 6.6.V21)<2
THEN "Angaben zum CRQ (Reha-Austritt) unvollständig"
```

```
#####
```

Fallbezogene Datenprüfung andere Rehabilitations-Indikation

Reha-Eintritt

```
##### unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)
```

```
IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V01)<2
THEN "Angaben zu HZ/Reha-Eintritt unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zu FIM noch zum EBI noch zum HAQ
```

```
IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V04=1 AND
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V18)<19 AND
```

```
COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17 AND
COUNT(5.5.V00 TO 5.2.V36)<37 AND
COUNT(5.5.V00, 5.5.V37)<2
THEN "Angaben zu FIM, EBI oder HAQ (Reha-Eintritt) unvollständig"
```

Reha-Austritt

```
##### unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.2.V00, 5.2.V03)<2
THEN "Angaben zu ZE/Zielerreichung unvollständig"
```

```
##### weder vollständige Angaben zu FIM noch zum EBI noch zum HAQ
IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V04=2 AND
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V18)<19 AND
COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17 AND
COUNT(5.5.V00 TO 5.2.V36)<37 AND
COUNT(5.5.V00, 5.5.V37)<2
THEN "Angaben zu FIM, EBI oder HAQ (Reha-Austritt) unvollständig"
```

Fallbezogene Datenprüfung für alle Rehabilitations-Indikationen

Zusätzliche Daten

```
##### unvollständige Angaben zu weiteren soziodemografischen Daten
COUNT(7.2.V01 TO 7.2.V12)<12
THEN "Angaben zu weiteren soziodemografischen Daten unvollständig"
```

```
##### unvollständige Angaben zur CIRS zu Reha-Eintritt
COUNT(7.3.V00 TO 7.3.V14)<15
THEN "Angaben zur CIRS unvollständig"
```

G. Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) (Schweizerischer Bundesrat 2002).

Art. 3 Stationäre Behandlung

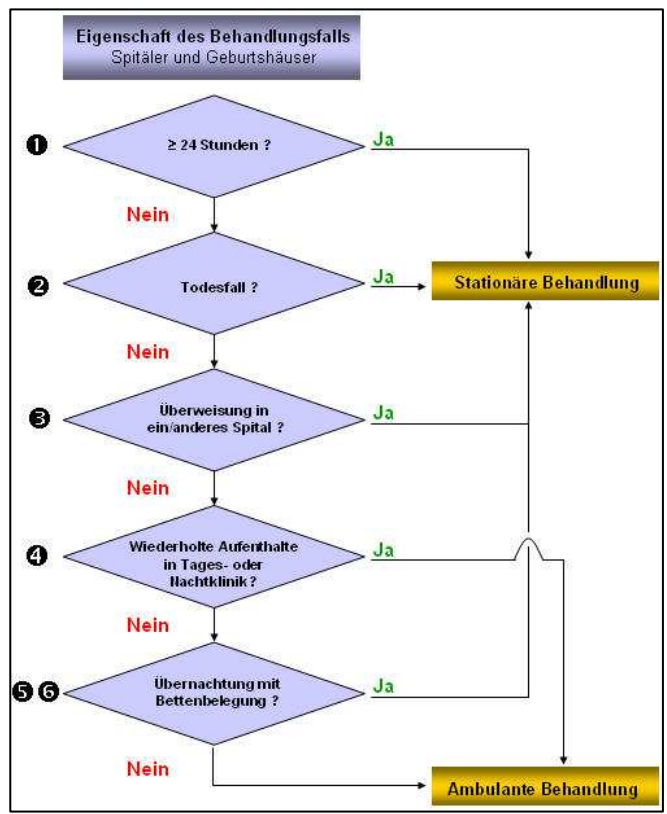
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.

Art. 5 Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt (siehe Abbildung 1):



**Abbildung 1: Entscheidungsab-
stationär oder ambulant**

Grafik: H+ ©

lauf

Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium ❶ „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient, die Patientin mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ❷ „Todesfall“ klärt die Frage ob der Patient, die Patientin verstorben ist.

Das Kriterium ❸ „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage ob der Patient, die Patientin in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium ❹ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

Das Kriterium ❺ „Nacht“ wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient, eine Patientin um Mitternacht (00:00) im Spital ist.

Das Kriterium ❻ „Bettenbelegung“: ein Patient, eine Patientin belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Die Behandlung von PatientInnen, welche ausschliesslich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulante.

Die Kriterien ❺ „Nacht“ und ❻ „Bettbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24. Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ kumulativ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.