

---

# Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3) Daten-Handbuch

---

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

Version 6.1, 2018/03

Gültig ab 01.03.2018

## Kontakt

E-Mail: [anq-messplan@charite.de](mailto:anq-messplan@charite.de)

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin)

Tel.: +49 30 450 517 156

Martin Brünger (Wiss. Mitarbeiter)

Tel.: +49 30 450 517 155

Prof. Dr. Karla Spyra (Projektleitung)

Tel.: +49 30 450 517 125

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 6.0 sind gelb markiert

## Inhaltsverzeichnis

---

1.	Einführung .....	2
1.1.	Inhalt und Zielgruppe des Daten-Handbuchs .....	2
1.2.	Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen .....	3
1.3.	Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 5.0 und 6.0 .....	3
2.	Nationaler Messplan Rehabilitation .....	4
3.	Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten .....	6
4.	Format und Struktur der Daten .....	8
4.1.	Datenformate .....	8
4.2.	Dateiformate .....	8
4.3.	Vorgabe der Dateinamen .....	8
4.4.	Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation) .....	9
5.	Datendefinition Einzeltabellen .....	10
5.1.	Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MB-Zeile) .....	10
5.2.	Messdaten Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile) .....	11
5.3.	Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile) .....	12
5.4.	Zusätzliche Daten (ZU-Zeile) .....	13
6.	Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten .....	14
6.1.	Drop-Out: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan .....	14
6.2.	Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen .....	15
6.3.	Fehlende Werte (missings) .....	16
7.	Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung .....	17
7.1.	Prüfung bei der Dateneingabe .....	17
7.2.	Fallbezogene Prüfung nach Abschluss von Eintritts- bzw. bei Austrittsmessung .....	18
7.3.	Prüfung vor der Datenübermittlung .....	20
8.	Datenschutz .....	22
9.	Datenübermittlung .....	22
9.1.	Periodizität – Termine .....	22
9.2.	Datensicherung .....	23
9.3.	Meldung Datenlieferung .....	23
10.	Kontakt .....	24
	Anhang .....	25
A.	Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile) .....	25
B.	Format Messdaten Modul 2: Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation (M2-Zeile) .....	28
C.	Format Messdaten Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile) .....	34
D.	Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile) .....	40
E.	Format Datenlieferungs-Meldung .....	41
F.	Beispiele für die technische Umsetzung der Prüflogik auf Fallebene (vgl. Kapitel 7.2) .....	42
G.	Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär .....	47
H.	Hinweise zur Score-Berechnung .....	49

# 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 und ist ab **März 2018 gültig**. 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 acht Instrumenten der Module 2 und 3 des Nationalen Messplans Rehabilitation<sup>1</sup> sowie weiterer Daten, die für die Auswertung benötigt werden. Es richtet sich an die messverantwortlichen Personen 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 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.

---

<sup>1</sup> 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/patientenzufriedenheitsbefragung/>

## 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.

## 1.3. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 5.0 und 6.0

Es wurden folgende Änderungen im Datenhandbuch 6.0 bzw. 6.1 gegenüber den Vorversionen vorgenommen:

- Die Daten der Medizinischen Statistik werden anhand der Vorgaben der aktuellen Version zur Variablenpezifikation der Medizinischen Statistik (BFS, 2017) übermittelt. Neu werden im Minimaldatensatz (MB-Daten) die Variablen „Aufenthalt vor Eintritt“ (1.2.V02) und „Aufenthalt nach Austritt“ (1.5.V03) um zusätzliche Kategorien erweitert. Beispielfhaft kann nun auch ein Aufenthalt in der eigenen oder einer anderen Rehabilitationseinrichtung codiert werden, vgl. Anhang A.

- Die Expertengruppe „Regelwerk FIM®“ hat einen Vorschlag zuhanden des Qualitätsausschusses Rehabilitation für die Handhabung des FIM®-Items L - **Fortbewegung inklusive Zusatzitem L erarbeitet**. Ab dem 01.01.2018 soll die FIM®-Messung hier wie folgt dokumentiert werden:

Wenn der **Austrittsmodus der Fortbewegung** (Gehen bzw. Rollstuhlfahren) **sicher** ist, d.h. wenn bereits zu Eintritt fest steht, welcher Modus auch zu Austritt beurteilt wird, ändert sich an der Erfassung des Items L und des entsprechenden Zusatzitems nichts.

Wenn der **Austrittsmodus** bei Eintritt **unsicher/problematisch** ist, d.h. wenn nicht eingeschätzt werden kann, ob sich der hauptsächlich genutzte Fortbewegungsmodus während der Rehabilitation ändert, werden neu bei Eintritt beide Modi (Gehen und Rollstuhl) geratet und der Charité übermittelt. Wenn es während des Reha-Aufenthaltes zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Fortbewegungsmodus bewertet, der bei Austritt überwiegend genutzt wird. In allen anderen Fällen werden auch zu Austritt beide Modi geratet und der Charité übermittelt.

Für die veränderte Dokumentation des FIM® wurde in der M2-Datei ein zusätzliches Datenfeld eingefügt, so dass die M2-Datei nun 60 anstatt 59 Felder umfasst. vgl. Kapitel 5.2 und Anhang B.

- Die Termine für die Datenübermittlung wurden für die Datenjahre 2017, 2018 und 2019 aktualisiert, vgl. Kapitel 9.1. Ab dem Erhebungsjahr 2018 wird auf eine jährliche Datenübermittlung umgestellt, die dann die Daten aller Patientinnen und Patienten eines Entlassungsjahres umfasst.

– **Ab dem Datenjahr 2016 wird für den risikoadjustierten Ergebnisqualitätsvergleich in der muskuloskeletalen, neurologischen und Anderen Rehabilitation der ADL-Score eingesetzt, der aus dem FIM® bzw. EBI berechnet werden kann. Weitere Informationen zum ADL-Score wurden in Anhang H. Hinweise zur Score-Berechnung aufgenommen.**

## 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.

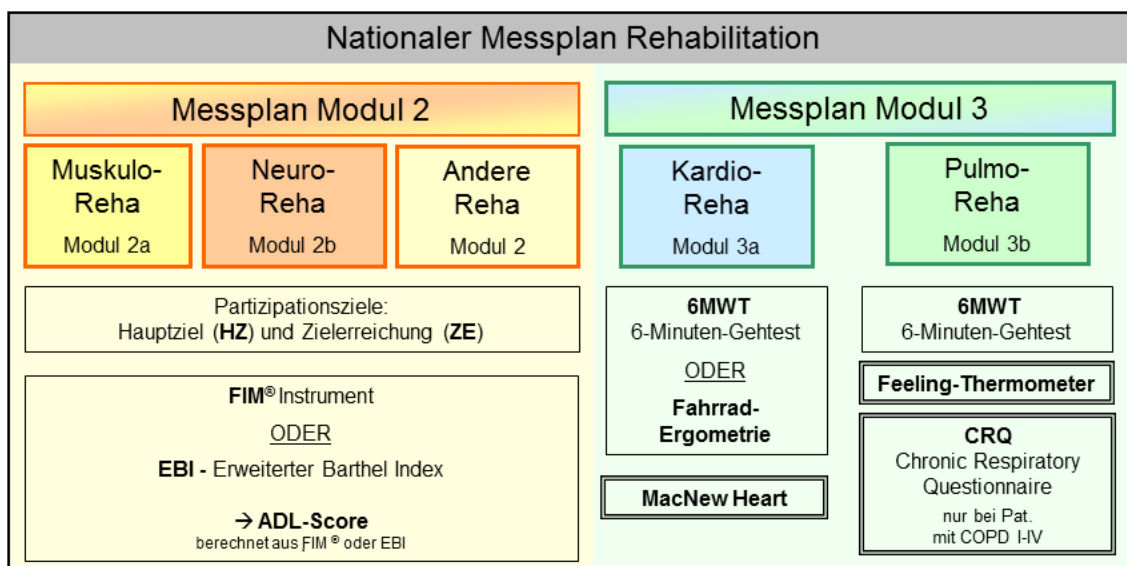
Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst für die Module acht verschiedene Instrumente. Grundsätzlich ist die Indikation des Patienten massgeblich für die Bestimmung der beim Patienten anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung.

Die Bestimmung der Indikation des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik (gemäss der Kostengutsprache). Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier „DefReha<sup>©</sup> Version 1.01“<sup>2</sup> 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)<sup>3</sup>

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



<sup>2</sup> [http://www.hplus.ch/fileadmin/user\\_upload/H\\_Verband/Aktivkonferenzen/DefReha\\_Version\\_1\\_01\\_d.pdf](http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Verband/Aktivkonferenzen/DefReha_Version_1_01_d.pdf)

<sup>3</sup> „Andere Reha“ umfasst die folgenden Rehabilitationsbereiche: geriatrische Rehabilitation, internistische und onkologische Rehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation, psychosomatische Rehabilitation, pädiatrische Rehabilitation. Für die pädiatrische Rehabilitation besteht aktuell keine ANQ-Messpflicht. Aus formalen Gründen müssen Kliniken mit pädiatrischem Rehabilitationsangebot ein Dispensgesuch beim ANQ einreichen.

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)
- **FIM®** oder **EBI** (Wahl bleibt der Klinik überlassen)

**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:

- **6-Minuten-Gehtest** 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:

- **6-Minuten-Gehtest**
- **Feeling-Thermometer**
- **CRQ** (nur bei Patientinnen und Patienten mit COPD I-IV)

Für Patienten mit einer **anderen Rehabilitations-Indikation** (geriatrische, internistische, onkologische, paraplegiologische, psychosomatische Rehabilitation) orientiert sich der Inhalt der Qualitäts-Messungen an den Inhalten von Modul 2.<sup>4</sup>

Grundsätzlich müssen für jeden Patienten mit einer „anderen“ Reha-Indikation bei Ein- und Austritt jeweils **2 Instrumente** des Moduls 2 angewendet werden:

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

<sup>4</sup> Ausnahme: Eine Modifikation der einzusetzenden Instrumente kann für einzelne Indikationsgruppen der Reha-Art „Andere Reha“ per Dispensgesuch durch die Klinik(en) und entsprechendem Bescheid seitens des ANQ erfolgen. Sofern eine Klinik kein Dispensgesuch gestellt hat, sind die genannten Instrumente des Moduls 2 für alle Fälle der Reha-Art „Andere Reha“ anzuwenden.

### 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**<sup>5</sup>. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im Anhang zu finden (Anhang G.). Die Kliniken erfassen jeden zum 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 2.4, 2.5).

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

- a) Daten aus der obligatorischen Lieferung der **Medizinischen Statistik des BFS (Minimales 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 indikations-spezifische 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 5.2 und 5.3 sowie den Datentabellen im Anhang (Anhang B. und C.) zu entnehmen.
- c) **Zusätzliche Daten**: Für jeden Patienten 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 werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile. Details zu den zusätzlichen Daten werden in Kapitel 5.4 sowie der Datentabelle im Anhang 0. beschrieben.

Für die Auswertung werden die Daten der verschiedenen Datenquellen je Fall anhand der Fallidentifikationsnummer FID (siehe Kapitel 4.4) verknüpft. In der nachstehenden Übersicht sind die pro Fall zu erhebenden Daten dargestellt.

---

<sup>5</sup> Vollerhebung stationäre Rehabilitation: geliefert werden alle Datensätze mit Hauptkostenstelle Rehabilitation, gemäss Variable 1.4.V01, BFS-Statistik.

**Abbildung 2:** Zu erhebende Daten je Fall

<b>Nationaler Messplan Rehabilitation</b> Modul 2 und 3 <b>Zu erhebende Daten je Fall</b>		
a) Minimales Datenset des BFS  <b>MB-Zeile</b>	b) Daten des Nationalen Messplans  <b>Modul 2 oder 3</b> (indikationsspezifische Instrumenten- Auswahl)  Daten der Eintritts-Messung Daten der Austritts-Messung  <b>M2-Zeile und M3-Zeile</b>	c) Zusätzliche Daten  CIRS zu Reha-Eintritt  <b>ZU-Zeile</b>



## 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 JJJMMTT verwendet. Darüber hinaus gibt es auch Datumsangaben im Format JJJMMTThh, 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 0: 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, wie Pipes oder Semikolon („|“, „;“) sowie Zeilenumbrüche oder Absatzmarken enthalten. Diese sind ggf. durch Leerzeichen oder Komma zu ersetzen.

### 4.2. Dateiformate

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 Klinik-ID (zweistellig oder dreistellig, z. B. **01**, **102**),

Zeichen 6 Trennzeichen Unterstrich ( ),

Zeichen 7 und 8 Identifikator der Zeile (**MB**, **M2**, **M3**, **ZU**),

Zeichen 9 Trennzeichen Unterstrich ( ),

Zeichen 10-17 Datumsangabe (Format: JJJMMTT, z. B. **20180831**).

Zeichen 18-20 Dateiergung **.csv**

Kompletter Beispielname entsprechend der Vorgabe: **ANQ01\_M2\_20180831.csv bzw.**

**ANQ102\_M2\_20180831.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 klinikinterne **Fallidentifikationsnummer (FID)** verwendet.

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

- |   |                   |
|---|-------------------|
| - Minimales Datenset BFS:   | MB-Zeile, Feld 51 |
| - Messdaten Modul 2: Muskulo und Neuro, Andere Reha<br>jeweils bei Ein- und Austritt: | M2-Zeile, Feld 2  |
| - Messdaten Modul 3: Kardio und Pulmo,<br>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!**

**Ohne Verbindungsvariable (FID), können erhobene Daten nicht in die Auswertung eingehen!**

## 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, 2017<sup>6</sup>) 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	
<b>Felder 1 - 50</b>	Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik: Minimales Datenset (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, gültig ab 2017)
<b>Feld 51</b>	klinikinterne <b>Fallidentifikationsnummer (FID)</b> FID notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.
<b>Feld 52</b>	klinikinterne <b>Patientenidentifikationsnummer (PID)</b> 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 Verbindungs-codes (0.2.V01) nicht übermittelt bzw. vor Übermittlung gelöscht werden.

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

<sup>6</sup> Seit dem 01.01.2017 ist eine neue Version der Spezifikation der Variablen der Medizinischen Statistik gültig, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.1922896.html>

## 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, Reha-Bereich). Für Patienten mit einer **anderen Rehabilitations-Indikation** (geriatrische, internistische, onkologische, paraplegiologische, psychosomatische Rehabilitation) orientiert sich der Inhalt der Qualitätsmessungen ebenfalls an den Inhalten des Modul 2.

**Für jeden Fall mit muskuloskelettaler oder neurologischer oder anderer Reha-Indikation werden zwei M2-Zeilen in der M2-Datei 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 **60 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
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier M2	X	X	X
Feld 2	klinikinterne 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	Reha-Bereich gemäss DefReha <sup>®</sup>	X	X	X
Feld 6	Messzeitpunkt (Ein-/ Austritt)	X	X	X
Feld 7	Grund für Drop-Out	X	X	X
Feld 8	Datum Drop-Out	X	X	X
Felder 9 – 20	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X	X	X
Felder 21 – 43	Items des FIM <sup>®</sup>	FIM <sup>®</sup> oder EBI <i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	FIM <sup>®</sup> oder EBI <i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	FIM <sup>®</sup> oder EBI <i>für alle Pat. einer Klinik das gleiche Verfahren wählen; Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>
Felder 44 – 60	Items des EBI			

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, Reha-Bereich) 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 **82 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	Reha-Bereich gemäss DefReha <sup>®</sup>	X	X
Feld 7	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X	X
Feld 8	Grund für Drop-Out	X	X
Feld 9	Datum Drop-Out	X	X
Felder 10 – 18	Items des 6-Minuten-Gehtest (6-MWT)	<b>6-MWT oder Fahrrad-Ergometrie</b>	X
Felder 19 – 25	Items der Fahrrad-Ergometrie	<i>Felder des <u>nicht</u> gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	leer
Felder 26 – 55	Items des MacNew Heart	X	leer
Felder 56 – 59	Items Feeling-Thermometer	leer	X
Felder 60 – 82	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 zusätzlich zu den Messdaten der Module 2 bzw. 3 bei Eintritt des Patienten Daten zur Komorbidität mit der CIRS-Skala erfasst. Die Daten werden in der ZU-Zeile übermittelt.

Die **ZU-Zeile** enthält je Fall /Patient **18 Datenfelder (Spalten)**:

**Tabelle 4:** Inhalt der ZU-Zeile

ZU-Zeile	
<b>Feld 1</b>	Rekordart der Zeile: hier ZU
<b>Feld 2</b>	<b>klinikerne Fallidentifikationsnummer (FID)</b>
<b>Feld 3</b>	BUR-Nummer der Klinik
<b>Felder 4 - 18</b>	Angaben zur Komorbidität (CIRS)

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **ZU-Zeile** befindet sich im **Anhang 0**.

## 6. Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten

---

### 6.1. Drop-Out: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan

Die Ein- und Austrittsmessungen gemäss Messplan Rehabilitation sollen zwingend bei allen Patientinnen und Patienten zu Reha-Eintritt und –Austritt durchgeführt werden.

Einzig im Fall eines unvorhergesehenen Abbruchs der Behandlung (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientinnen und Patienten) wird der Fall für die ANQ-Messung abgeschlossen und als „Drop-Out“ behandelt, da die Vervollständigung der Messungen nicht möglich ist.

Auch Patientinnen und Patienten, bei denen der Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt geplant erfolgt, werden als Drop-Out-Fälle codiert. Aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer wird bei diesen Fällen auf eine Austrittsmessung verzichtet.

In der Messdokumentation muss das Vorliegen eines Drop-Outs sowie das Datum des Drop-Outs (Tag des Behandlungsabbruchs bzw. Reha-Austritts) angegeben werden.

**Drop-Outs** werden in den Datenzeilen M2 (Anhang B: Variablen 5.1.V06, 5.1.V07) bzw. M3 (Anhang C: Variablen 6.1.V07, 6.1.V08) dokumentiert.

Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung erfolgen bei gleichbleibender Indikation keine Aus- bzw. Eintrittsmessungen. Auch bei einem Urlaub erfolgt keine Aus- bzw. Eintrittsmessung, sofern gemäss der abrechnungsbezogenen Regelung der Klinik kein Fall abgeschlossen bzw. neuer Fall eröffnet wird. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Austritt (Fallabschluss und Neueröffnung) gehandhabt, so sind Austrittsmessungen vorzunehmen. Bei Wiedereintritt (Neueröffnung) sind dann wieder Eintrittsmessungen durchzuführen.

Kommt der Patient nach einer Verlegung zurück in die stationäre Rehabilitation, dann ist ein neuer Fall zu eröffnen. Die Eintrittsmessungen sind erneut durchzuführen, bei Entlassung erfolgen die Austrittsmessungen.

Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z.B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus- bzw. Eintrittsmessung durchgeführt.

Bei einem Wechsel der Indikation während eines Klinikaufenthaltes ist der Fall mit der alten Indikation mit den vorgesehenen Austrittsmessungen abzuschliessen. Anschliessend wird ein neuer Fall eröffnet und die Eintrittsmessungen werden gemäss der neuen Indikation durchgeführt.

## 6.2. Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

Gründe für einen Test-Verzicht (Nichtdurchführung der Messung) sind spezifisch für die einzelnen Messungen und haben – anders als Ausschlussgründe (Drop-Out) – keinen Ausschluss des Patienten aus dem Messprogramm zur Folge.

Kann eine Messung aus einem messspezifischen Grund nicht durchgeführt werden, lehnt der Patient die Teilnahme ab oder wird aus medizinischen Gründen darauf verzichtet, sind trotzdem allfällige weitere Eintrittsmessungen bzw. die Austrittsmessungen durchzuführen. Gleiches gilt für ein Versäumnis: Hat eine Klinik beispielsweise eine Eintrittsmessung versäumt, sind allfällige weitere Eintrittsmessungen bzw. die Austrittsmessungen grundsätzlich durchzuführen.

**Test-Verzichtsgründe** können bei Leistungstests und Patienten-Fragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit dem FIM® Instrument, dem EBI und der CIRS sowie bei der Dokumentation des Hauptziels und der Zielerreichung.

Die Angabe eines Verzichtsgrundes erfolgt bei jedem Patienten-Fragebogen bzw. jedem Leistungstest separat. Ebenfalls ist das Erhebungsdatum zu erfassen (Datum, an dem die Messungen eigentlich hätte stattfinden sollen). Folgende mögliche Gründe für die Nichtdurchführung stehen zur Wahl (vgl. Verfahrenshandbuch, Kapitel 2.6):

1. Ablehnung durch den Patienten, trotz Motivation und Unterstützung
2. Nicht-ausreichende Sprachkompetenzen
3. Der Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung
4. Andere Verzichtsgründe, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_  
(z.B. Versäumnis seitens der Klinik)

Die **Verzichtsgründe** werden in der M2- bzw.- M3-Datei am Ende des jeweiligen Variablenblocks zu einem spezifischen Instrument dokumentiert, vgl. Anhang B und C.

### Test-Verzicht 6-Minuten-Gehtest aufgrund eines schlechten Allgemeinzustands

Ist der Patient bei Eintritt aufgrund seiner körperlichen Verfassung nicht in der Lage, den 6-Minuten-Gehtest zu absolvieren (z.B. Bettlägerigkeit), ist bei der Gehstrecke eine „0“ anzugeben. Als Grund für die Nichtdurchführung bzw. Test-Verzicht wird 3= Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung angegeben. Gleiches gilt für die Austrittsmessung.

Wenn die Eintrittsmessung aufgrund einer schlechten körperlichen Verfassung nicht möglich war, sich der Zustand des Patienten im Verlauf der Rehabilitation jedoch verbessert und eine Durchführung des 6-Minuten-Gehtests bei Austritt möglich macht, ist die Austrittsmessung in jedem Fall durchzuführen.

Bei den Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie) ist darüber hinaus in den entsprechenden Formularen die Angabe von **Abbruchgründen** vorgesehen (warum wird der Leistungstest beendet bzw. abgebrochen). Diese Angabe ist bei der Fahrrad-Ergometrie obligatorisch, beim 6-Minuten-Gehtest muss nur ein Abbruchgrund angegeben werden, wenn die Gehdauer von 6 Minuten nicht erreicht wird.

Details zur Angabe der **Abbruchgründe bei den Leistungstests** sind im Anhang C. aufgeführt: M3-Datei: Variablen 6.2.V05/06 (6-MWT), Variablen 6.3.V03/04 (Fahrrad-Ergometrie).



### 6.3. Fehlende Werte (missings)

In den **Patienten-Fragebogen** können fehlende Angaben auftreten. Diese Informationen sollen 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 MacNew Heart 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 allen Fremderhebungen auf die Vorgabe fehlender Werte verzichtet. Dies betrifft: Angaben zu Hauptziel und Zielerreichung (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 optimale 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 0., Spalte 5 (Format (Anzahl Elemente): variablenspezifische Vorgaben
- **Beschreibung des gültigen Wertebereiches der einzugebenden Daten:**  
Tabellen Datenformat, Anhänge B bis 0, Spalten 6 (Wertebereich) und 7 (missings);  
Werte für missing-Angaben (fehlende Patientenangaben) sind ebenfalls gültige Werte, z.B. beim MacNew Heart: gültiger Wertebereich 0-7, 9
- **Vorgabe ungültiger Werte:**  
Tabellen Datenformat, Anhänge B bis 0 Spalte 9 (Prüflogik), z.B. MacNew Heart: Werte >7 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 3: MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ) und die Leistungstests (Modul 3: 6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie). Alle übrigen Assessments (Modul 2: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE), FIM<sup>®</sup>, 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 Qualitätsmessungen 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 Daten des FIM<sup>®</sup> oder des EBI vollständig vor?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

#### Reha-Austritt

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

#### **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?

##### 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?

##### 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 (“COPD 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?

##### 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?

#### 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 vollständig vor?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

##### Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des FIM® oder des EBI 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: 60 Felder, Inhalt siehe Anhang B.
- M3-Zeile: 82 Felder, Inhalt siehe Anhang C.
- ZU-Zeile: 18 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 Datenerfassung 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. Ab dem Jahr 2018 ist - anders als in den Vorjahren – nun ein jährlicher Termin für die Datenübermittlung und die Auswertung der 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 (2017 - 2019)

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patienten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
31.08.2017	01.01.2017 – 30.06.2017
28.02.2018	01.07.2017 – 31.12.2017
28.02.2019	01.01.2018 – 31.12.2018
28.02.2020	01.01.2019 – 31.12.2019

Testdatensätze können jederzeit an das Auswertungsinstitut - Charité übermittelt werden. Diese werden dann hinsichtlich der Übereinstimmung mit der vorliegenden Datendefinition überprüft und die Klinik erhält eine Rückmeldung zur Datenqualität.

## 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](http://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 Dateien<sup>7</sup>
- das Generierungsdatum jeder der 3 bzw. 4 gelieferten Dateien.

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

---

<sup>7</sup> 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
Martin Brünger (Wiss. Mitarbeiter)	Tel.: +49 30 450 517 155
Prof. 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](mailto:anq-messplan@charite.de)

**Postanschrift:** Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
Bereich Rehabilitationsforschung  
z.H. ANQ-Messplan  
Charitéplatz 1  
D-10117 Berlin

## Anhang

### A. Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile)<sup>8</sup>

MB-Zeile	Minimales Datenset						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Werte-Label	Prüflogik
<b>0. Minimales Datenset: Allg. Angaben</b>							
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	A = normaler Minimaldatensatz B = Administrative Meldung mit red. Datensatz C = Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz	
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
9	0.3.V03	Patientengruppendatensatz	sollte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz		N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
<b>1. Minimaldaten</b>							
11	1.1.V01	Geschlecht		N (1)	1, 2	1 = männlich, 2 = weiblich	
12	1.1.V02	Geburtsdatum	wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt!	D (JJJMMT)			
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	ISO alpha3	AN (3)	ABW - ZVE		
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde		D (JJJMMThh)			
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor Eintritt	Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet  Neue Kodierung: gültig ab dem 1.1.2017	N (2)	1-99	1 = Zuhause 2 = Zuhause mit SPITEX Versorgung 3 = Krankenhaus, Pflegeheim 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 5 = Psychiatrische Klinik, <b>anderer Betrieb</b> 55 = Psychiatrische Klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 83 = Rehabilitationsklinik, <b>anderer Betrieb</b> 84 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 9 = unbekannt	

<sup>8</sup> Die MB-Zeile wird bereits routinemässig in den Kliniken erhoben und an das BFS übermittelt wird, Es gelten die Spezifikationen des BFS, Variablen der Medizinischen Statistik, Spezifikation gültig ab 1.1.2017, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.1922896.html>

## MB-Zeile (Fortsetzung 1)

18	1.2.V03	Eintrittsart	Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, <b>9</b>	1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 24 Std. unabdingbar) 2 = angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) 4 = interner Übertritt 5 = Verlegung innerhalb 24 Std. 8 = andere 9 = unbekannt
19	1.2.V04	Einweisende Instanz		N (1)	1-6, 8, 9	1 = selbst, Angehörige 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei) 3 = Arzt 4 = nichtmedizinischer Therapeut 5 = sozialmedizinischer Dienst 6 = Justizbehörden 8 = andere 9 = unbekannt
20	1.3.V01	Behandlungsart	sollte 3 "stationär" sein, Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1, 3, <b>9</b>	1 = ambulant 3 = stationär 9 = unbekannt
21	1.3.V02	Klasse	Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-3, <b>9</b>	1 = allgemein 2 = halbprivat 3 = privat 9 = unbekannt
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden)		N (4)	0-9999	
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	Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, <b>9</b>	1 = Krankenversicherung (obligat.) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler 8 = andere 9 = unbekannt
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde			D (JJJMMThh)	
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, <b>9</b>	1 = auf Initiative des Behandelnden 2 = auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden) 3 = auf Initiative einer Drittperson 4 = interner Übertritt 5 = gestorben 8 = anderes 9 = unbekannt

## MB-Zeile (Fortsetzung 2)

28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt		N (2)	0-99		1 = Zuhause 2 = Krankenhaus, Pflegeheim 3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 4 = Psychiatrische Klinik, <b>anderer Betrieb</b> 44 = Psychiatrische Klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 5 = Rehabilitationsklinik, <b>anderer Betrieb</b> 55 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, <b>gleicher Betrieb</b> 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 9 = unbekannt 0 = Todesfall	
			Angabe <b>9 (unbekannt)</b> wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet  Neue Kodierung: gültig ab dem 1.1.2017					
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt		N (1)	0-5, 8, 9		1 = geheilt/kein Behandlungsbedarf 2 = ambulante Behandlung 3 = ambulante Pflege (z.B. SPITEX) 4 = stationäre Behandlung oder Pflege 5 = Rehabilitation (amb. oder stat.) 8 = anderes 9 = unbekannt 0 = Todesfall	
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 (JJJMMTThh)				
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	klinikerne Fallnummer	AN (16)				Pflichtangabe!
52	PID	Patientenidentifikationsnummer PID	klinikerne Patientenidentifikationsnummer	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
<b>5.1 Eingangsblock</b>								
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)				<b>Pflichtangabe!</b>
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, 2, 5	-	<b>1 = Muskulo-Reha</b> <b>2 = Neuro-Reha</b> 3 = Kardio-Reha 4 = Pulmo-Reha <b>5 = andere Reha</b>	Werte 3, 4 und Werte <1 und >5 sind ungültig
5	5.1.V04	Reha-Bereich	Angabe entspricht der Variable Reha-Typ des Projekts ST Reha (Variable 7.02.V05, Inhalt und Format Datenerhebung, Version 0.9)  Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 1.01	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Reha 2 = Internistische Reha 3 = Kardiologische Reha 4 = Muskuloskeletale Reha 5 = Neurologische Reha 6 = Onkologische Reha 7 = Pädiatrische Reha 8 = Paraplegiologische Reha 9 = Psychosomatische Reha 10 = Pulmonale Reha	Werte <1 und >10 sind ungültig
6	5.1.V05	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
7	5.1.V06	Drop-Out: unvorhergesehener/ungeplanter Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	wenn Drop-Out, unbedingt das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 5.1.V07)	N (1)	1	-	1 = Drop-Out: unvorhergesehener Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig; wenn Wert=1, dann Angabe bei 5.1.V07 erforderlich
8	5.1.V07	Datum Drop-Out		D (JJJJMMTT)		-		muss ausgefüllt werden, wenn Variable 5.1.V06=1
<b>5.2. Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)</b>								
9	5.2.V00	HZ/ZE-Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=5 haben
10	5.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	<b>HZ nur bei Reha-Eintritt</b> <b>Variablen 5.2.V01 (HZ_01_1) und 5.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 5.1.V05=1 ("Eintritt")</b>  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.V05=1 ("Eintritt")

## M2-Zeile (Fortsetzung 1)

11	5.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn HZ_01_1 Wert=3, 4 oder 10
12	5.2.V03	ZE_01 Ziellanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	<b>ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 5.2.V03 (ZE_01) bis 5.2.V11 (ZE_04_3) nur angeben, wenn 5.1.V05=2 ("Austritt")</b>	N (1)	0, 1	-	0 = nein 1 = ja	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn Variable 5.1.V05=2 ("Austritt")
13	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")
14	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)	01. Okt	-	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")
15	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 <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_02_2 Wert=3, 4 oder 10
16	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 ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_01 Wert =1 ("Ziel angepasst")
17	5.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_03_1 Wert=3, 4 oder 10
18	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")
19	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 ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_04_1 Wert=2 ("nicht erreicht")
20	5.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn ZE_04_2 Wert=3, 4 oder 10
<b>5.3. Functional Independence Measure (FIM)</b>								
21	5.3.V00	FIM_Datum der Erhebung	entweder FIM oder EBI	D (JJJJMMTT)		-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=5 haben

## M2-Zeile (Fortsetzung 2)

22	5.3.V01	FIM_01 Essen/Trinken		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01 1 = vollständige Hilfestellung 2 = ausgeprägte Hilfestellung 3 = mässige Hilfestellung 4 = geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = eingeschränkte Selbständigkeit 7 = völlige Selbständigkeit	Werte <1 und >7 sind ungültig
23	5.3.V02	FIM_02 Körperpflege		N (1)	1-7	-		
24	5.3.V03	FIM_03 Baden/Duschen/Waschen		N (1)	1-7	-		
25	5.3.V04	FIM_04 Ankleiden Oberkörper		N (1)	1-7	-		
26	5.3.V05	FIM_05 Ankleiden Unterkörper		N (1)	1-7	-		
27	5.3.V06	FIM_06 Toilettenhygiene		N (1)	1-7	-		
28	5.3.V07	FIM_07 Blasenkontrolle		N (1)	1-7	-		
29	5.3.V08	FIM_08 Darmkontrolle		N (1)	1-7	-		
30	5.3.V09	FIM_09 Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl		N (1)	1-7	-		
31	5.3.V10	FIM_10 Transfer/Toilettensitz		N (1)	1-7	-		
32	5.3.V11	FIM_11 Transfer Badewanne		N (1)	1-7	-		
33	5.3.V12	FIM_12_1 <b>Gehen oder Rollstuhlfahren</b>	<p>Wenn der <b>Austrittsmodus sicher</b> ist (bei Eintritt schon klar, was bei Austritt bewertet wird), wird hier <b>entweder Gehen, Rollstuhl oder beides bewertet</b>.</p> <p>Der bei Eintritt gewählte Modus wird dann auch bei Austritt in 5.3.V12 bewertet.</p> <p>Wenn der <b>Austrittsmodus unsicher</b> ist, wird hier zu Eintritt das <b>Gehen</b> bewertet und in 5.3.V14 das Rollstuhlfahren.</p> <p>Auch bei Austritt werden beide Fortbewegungsarten bewertet (5.3.V12 UND 5.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (5.3.V12 - Gehen bzw. 5.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.</p>	N (1)	1-7	-		
34	5.3.V13	FIM_12_2 Spezifikation Fortbewegungsart	<p>Spezifikation der Fortbewegungsart, die in 5.3.V12 beurteilt wird.</p> <p>Wenn 5.3.V13=4 (Austrittsmodus unsicher), wird in 5.3.V12 das Gehen und in 5.3.V14 das Rollstuhlfahren bewertet.</p> <p>Angabe in diesem Datenfeld muss bei Austritt identisch mit Eintritt sein.</p>	N (1)	1-4	-	<p>1 = <b>Ein- und Austrittsmodus sicher:</b> Gehen 2 = <b>Ein - und Austrittsmodus sicher:</b> Rollstuhl 3 = <b>Ein- und Austrittsmodus sicher:</b> Beides (Gehen und Rollstuhl zu gleichen Teilen) 4 = <b>Austrittsmodus unsicher</b></p>	<p>Werte &lt;1 und &gt;4 sind ungültig</p> <p>Angabe in 5.3.V13 zu Eintritt (5.1.V05=1) = Angabe in 5.3.V13 zu Austritts (5.1.V05=2)</p>

## M2-Zeile (Fortsetzung 3)

35	5.3.V14	FIM_12_3 <b>Rollstuhlfahren</b>	<b>Feld bleibt leer, wenn Austrittsmodus sicher ist, dann wird nur 5.3.V12 und 5.3.V13 ausgefüllt.</b>  <b>Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Rollstuhlfahren bewertet und in 5.3.V12 das Gehen.</b> Auch bei Austritt werden dann beide Fortbewegungsarten bewertet (5.3.V12 UND 5.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (5.3.V12 - Gehen bzw. 5.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.	N (1)	1-6	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >6 sind ungültig  <b>Angabe 5.3.V13 nötig bevor Angabe in 5.3.V14</b>  <b>Angaben zu Eintritt (5.1.V05 =1):</b> wenn 5.3.V13=1-3, keine Angabe in 5.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0) wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V14 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (5.3.V12>0 und 5.3.V14>0).  <b>Angaben zu Austritt (5.1.V05 =2):</b> wenn 5.3.V13=1-3, keine Angabe in 5.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0) wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der, der bei Austritt überwiegt (5.3.V12>0 und/oder 5.3.V14>0).	
36	5.3.V15	FIM_13 Treppensteigen		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
37	5.3.V16	FIM_14_1 Verstehen akustisch/visuell		N (1)	1-7	-			
38	5.3.V17	FIM_14_2 Spezifikation Kommunikationsform: Verstehen	Spezifikation der Kommunikationsform, die in FIM_14 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = akustisch 2 = visuell 3 = beides	Werte <1 und >3 sind ungültig	
39	5.3.V18	FIM_15_1 Ausdruck verbal/non verbal		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
40	5.3.V19	FIM_15_2: Spezifikation Kommunikationsform: Ausdruck	Spezifikation der Kommunikationsform, die in FIM_15 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = verbal 2 = nonverbal 3 = beides	Werte <1 und >3 sind ungültig	
41	5.3.V20	FIM_16 Soziales Verhalten		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
42	5.3.V21	FIM_17 Problemlösungsfähigkeit		N (1)	1-7	-			
43	5.3.V22	FIM_18 Gedächtnis		N (1)	1-7	-			
<b>5.4. Erweiterter Barthel-Index (EBI)</b>									
44	5.4.V00	EBL_Datum der Erhebung	entweder FIM oder EBI	D (JJJJMMTT)		-		Variable 5.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=5 haben	
45	5.4.V01	EBL_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 <0 und >4 sind ungültig	
46	5.4.V02	EBL_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 <0 und >4 sind ungültig	
47	5.4.V03	EBL_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 <0 und >4 sind ungültig	



## M2-Zeile (Fortsetzung 4)

48	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 <0 und >4 sind ungültig
49	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 <0 und >4 sind ungültig
50	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 <0 und >4 sind ungültig
51	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 <0 und >4 sind ungültig
52	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 <0 und >4 sind ungültig
53	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 <0 und >4 sind ungültig
54	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 <0 und >4 sind ungültig

## M2-Zeile (Fortsetzung 5)

55	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 <0 und >4 sind ungültig
56	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 <0 und >4 sind ungültig
57	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 <0 und >4 sind ungültig
58	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 <0 und >4 sind ungültig
59	5.4.V15	EBI_15 Gedächtnis / Lernfähigkeit / Orientierung		N (1)	0-4	-	0 = desorientiert oder verwirrt, Weglauff Tendenz 1 = desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauff Tendenz 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 <0 und >4 sind ungültig
60	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 <0 und >4 sind ungültig

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

M3-Zeile Messdaten Modul 3: Kardio/ Pulmo								
Feld-Nr.	Variabel	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
<b>6.1 Eingangsblock</b>								
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)		-		<b>Pflichtangabe!</b>
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)	3-5	-	1 = Muskulo-Reha 2 = Neuro-Reha <b>3 = Kardio-Reha</b> <b>4 = Pulmo-Reha</b> <b>5 = andere Reha</b>	Werte <3 und >5 sind ungültig
5	6.1.V04	Diagnose Pulmo-Reha (für CRQ Durchführung)		N (1)	1, 2	-	1 = COPD H+V 2 = andere pulmonale Diagnose	Werte <1 und >2 sind ungültig wenn hier Angabe, dann muss 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4 sein
6	6.1.V05	Reha-Bereich	Angabe entspricht der Variable Reha-Typ des Projekts ST Reha (Variable 7.02.V05, Inhalt und Format Datenerhebung, Version 0.9)  Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 1.01	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Reha 2 = Internistische Reha 3 = Kardiologische Reha 4 = Muskuloskeletale Reha 5 = Neurologische Reha 6 = Onkologische Reha 7 = Pädiatrische Reha 8 = Paraplegiologische Reha 9 = Psychosomatische Reha 10 = Pulmonale Reha	Werte <1 und >10 sind ungültig
7	6.1.V06	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
8	6.1.V07	Drop-Out: unvorhergesehener/ungeplanter Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	wenn Drop-Out, unbedingt auch das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 6.1.V08)	N (1)	1	-	1= Drop-Out: unvorhergesehener Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig; wenn Wert =1, dann Angabe bei 6.1.V08 erforderlich
9	6.1.V08	Datum Drop-Out		D (JJJMMTT)		-		muss ausgefüllt werden, wenn Variable 6.1.V07=1

### M3-Zeile (Fortsetzung 1)

6.2. 6-Minuten-Gehtest							
10	6.2.V00	6MWT_Datum der Durchführung	<b>Kardio-Patienten:</b> Durchführung bei schlechterem Allgemeinzustand, sonst Fahrrad-Ergometrie <b>Pulmo-Patienten:</b> nur 6-MWT möglich, wenn Gesundheitszustand zu schlecht, entfällt die Messung	D (JJJMMTT)		-	
11	6.2.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern  Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustand nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Test-Verzicht in 6.2.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999	-	Werte <0 und >999 sind unplausibel
12	6.2.V02	6MWT_2 Gehdauer in Minuten	Angabe in Minuten und Sekunden, Gehdauer ohne Pausen  wenn Wert >00:00 und <06:00 Gehdauer unter 6 Minuten, dann Angabe in 6.2.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mm:ss)	00:00-06:00	-	Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig;
13	6.2.V03	6MWT_3 Verwendung einer <b>Gehhilfe</b>	<b>Angaben</b> zu Verwendung Gehhilfe und Abgabe Sauerstoff sind für jeden Fall <b>obligatorisch</b> zu erheben	N (1)	1, 2	-	1 = ja 2 = nein
14	6.2.V04	6MWT_4 Abgabe von <b>Sauerstoff</b>		N (1)	1, 2	-	1 = ja 2 = nein
15	6.2.V05	6MWT_5 Grund für <b>Test-Abbruch</b>	<b>nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 6.2.V02 &gt; 00:00 und &lt; 06:00</b>	N (1)	1-6	-	1 = Thorax-Schmerzen 2 = starke Atemnot 3 = Erschöpfung 4 = Schmerzen am Bewegungsapparat 5 = Gefährdung der Sicherheit 6 = Anderer
16	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
17	6.2.V07	6MWT_7 Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b>	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 6.2.V00 (6MWT_Datum)  wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 6.2.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer
18	6.2.V08	6MWT_8 Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> (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
6.3. Fahrrad-Ergometrie							
19	6.3.V00	Ergo_Datum der Durchführung	<b>Fahrrad-Ergo nur bei Kardio-Reha:</b> Durchführung bei <b>besserem Allgemeinzustand</b> , sonst 6-Minuten-Gehtest	D (JJJMMTT)		-	Variable 6.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=3 sein
20	6.3.V01	Ergo_1 Maximale Leistung		N (3)	0-300	-	Werte <0 und >300 sind unplausibel
21	6.3.V02	Ergo_2 Dauer der Belastungsphase	Angabe in Minuten und Sekunden	T (mm:ss)	00:00-99:00	-	Werte <00:00 und >99:00 sind unplausibel

### M3-Zeile (Fortsetzung 2)

22	6.3.V03	Ergo_3 Grund für <b>Test-Abbruch / Beendigung</b> der Ergometrie	<b>Angabe</b> des Grundes für die Beendigung der Ergometrie ist für jeden Fall <b>obligatorisch</b>	N (1)	1-5	-	1 = Rhythmusstörungen; Ischämien; Blutdruckanstieg bzw.-abfall 2 = starke Atemnot 3 = Schmerzen am Bewegungsapparat; Thorax-Schmerzen 4 = allgemeine Erschöpfung; Beinmüdigkeit 5 = Anderer	Werte <1 und >5 sind ungültig
23	6.3.V04	Ergo_4 Grund für <b>Abbruch / Beendigung</b> (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V03 (Ergo_3) Wert=5 sein
24	6.3.V05	Ergo_5 Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b>	bei <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> , auch das Datum angeben, Variable 6.3.V00 (Ergo_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 6.3.V00 (Ergo-Datum) erforderlich
25	6.3.V06	Ergo_6 Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V05 (Ergo_5) Wert=4 sein
<b>6.4. MacNew Heart</b>								
26	6.4.V00	MacNew_Datum der Erhebung	<b>MacNew nur bei Kardio-Reha</b>	D (JJJMMTT)		-		Variable 6.1.V03 (Reha-Art) muss Wert=3 sein
27	6.4.V01	MacNew_01 frustriert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01 1 = die ganze Zeit 2 = die meiste Zeit 3 = einen Grossteil der Zeit 4 = manchmal 5 = selten 6 = kaum 7 = nie	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
28	6.4.V02	MacNew_02 wertlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
29	6.4.V03	MacNew_03 zuversichtlich gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_03 1 = nie 2 = wenige Male 3 = manchmal 4 = ziemlich oft 5 = meistens 6 = fast immer 7 = immer	
30	6.4.V04	MacNew_04 entmutigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
31	6.4.V05	MacNew_05 entspannt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_03	
32	6.4.V06	MacNew_06 erschöpft gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
33	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	
34	6.4.V08	MacNew_08 rastlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	

### M3-Zeile (Fortsetzung 3)

35	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	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
36	6.4.V10	MacNew_10 zum Weinen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
37	6.4.V11	MacNew_11 abhängiger gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
38	6.4.V12	MacNew_12 außerstande gefühlt zu Aktivitäten		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
39	6.4.V13	MacNew_13 mangelndes Vertrauen anderer		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
40	6.4.V14	MacNew_14 Brustschmerzen		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
41	6.4.V15	MacNew_15 Mangel an Selbstbewusstsein		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
42	6.4.V16	MacNew_16 beunruhigt aufgrund schmerzender Beine		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
43	6.4.V17	MacNew_17 beim Sport eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17 1 = sehr stark eingeschränkt 2 = stark eingeschränkt 3 = ziemlich eingeschränkt 4 = mässig eingeschränkt 5 = irgendwie eingeschränkt 6 = ein wenig eingeschränkt 7 = absolut nicht eingeschränkt	
44	6.4.V18	MacNew_18 besorgt oder verängstigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
45	6.4.V19	MacNew_19 schwindlig oder benommen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
46	6.4.V20	MacNew_20 eingeschränkt oder reduziert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17	
47	6.4.V21	MacNew_21 unsicher bezüglich Gymnastik oder körperlicher Aktivität		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
48	6.4.V22	MacNew_22 Familie als zu besorgt empfunden		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
49	6.4.V23	MacNew_23 als Last für andere gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
50	6.4.V24	MacNew_24 von Aktivitäten mit anderen ausgeschlossen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
51	6.4.V25	MacNew_25 unfähig zu sozialen Kontakten gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
52	6.4.V26	MacNew_26 bei täglicher körperlicher Belastung eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17	
53	6.4.V27	MacNew_27 beeinträchtigt Sexualleben		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	Werte <1 und >9 sind ungültig

### M3-Zeile (Fortsetzung 4)

54	6.4.V28	MacNew_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b>	bei <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> , 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
55	6.4.V29	MacNew_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)			[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.4.V28 (MacNew_Grund) Wert=4 sein
<b>6.5. Feeling-Thermometer</b>								
56	6.5.V00	Feeling_Datum der Erhebung	<b>Feeling nur bei Pulmo-Reha</b>	D (JJJMMTT)				Feeling angeben, wenn Variable 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4
57	6.5.V01	Feeling		N (3)	0-100	999	0 = "schlechteste denkbare Gesundheit" 100 = "beste denkbare Gesundheit"	Werte <0 und >100 sind ungültig, 999=gültiger Wert
58	6.5.V02	Feeling_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b>	bei <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> , 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	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.5.V00 (Feeling_Datum) erforderlich
59	6.5.V03	Feeling_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)			[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.5.V02 (Feeling_Grund) Wert=4 sein
<b>6.6. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)</b>								
60	6.6.V00	CRQ_Datum der Erhebung	<b>CRQ nur bei Pulmo-Reha: Durchführung des CRQ nur bei COPD I-IV</b>	D (JJJMMTT)		-		CRQ angeben, wenn Variable 6.1.V03 (Reha-Art) Wert=4 UND Variable 6.1.V04 (Diagnose-Pulmo) Wert=1
61	6.6.V01	CRQ_01 Kurzatmigkeit bei Gefühl von Ärger		N (1)	1-8	9	Labels CRQ_01	Werte <1 und >9 sind ungültig
62	6.6.V02	CRQ_02 Kurzatmigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens		N (1)	1-8	9	1 = extreme Kurzatmigkeit 2 = starke Kurzatmigkeit 3 = ziemliche Kurzatmigkeit	
63	6.6.V03	CRQ_03 Kurzatmigkeit bei zu Fuss gehen		N (1)	1-8	9	4 = mässige Kurzatmigkeit	
64	6.6.V04	CRQ_04 Kurzatmigkeit bei Hausarbeiten		N (1)	1-8	9	5 = leichte Kurzatmigkeit	
65	6.6.V05	CRQ_05 Kurzatmigkeit bei gesell. Leben		N (1)	1-8	9	6 = sehr leichte Kurzatmigkeit 7 = gar keine Kurzatmigkeit 8 = nicht ausgeübt	
66	6.6.V06	CRQ_06 frustriert oder ungeduldig		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06 1 = immer 2 = sehr oft 3 = oft 4 = manchmal 5 = selten 6 = fast nie 7 = gar nie	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
67	6.6.V07	CRQ_07 Gefühl der Angst und Panik		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
68	6.6.V08	CRQ_08 müde gefühlt		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	
69	6.6.V09	CRQ_09 Husten oder schweres Atmen peinlich		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	

### M3-Zeile (Fortsetzung 5)

70	6.6.V10	CRQ_10 zuversichtlich bei Umgang mit Krankheit		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10 1 = gar nie 2 = selten 3 = manchmal 4 = oft 5 = sehr oft 6 = fast immer 7 = immer	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
71	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	
72	6.6.V12	CRQ_12 verärgert, besorgt oder deprimiert		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
73	6.6.V13	CRQ_13 Atemprobleme unter Kontrolle		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10	
74	6.6.V14	CRQ_14 locker und entspannt		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10	
75	6.6.V15	CRQ_15 wenig Lebensenergie		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
76	6.6.V16	CRQ_16 mutlos oder niedergeschlagen		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
77	6.6.V17	CRQ_17 erschöpft oder lustlos		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
78	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	
79	6.6.V19	CRQ_19 verstört oder ängstlich		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
80	6.6.V20	CRQ_20 ruhelos, angespannt oder nervös		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	
81	6.6.V21	CRQ_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b>	bei <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> , auch das Datum angeben, Variable 6.6.V00 (CRQ_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
82	6.6.V22	CRQ_Grund für <b>Test-Verzicht / Nichtdurchführung</b> (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)			[OFFEN, Textfeld ohne "I" 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
<b>7.1. Eingangsblock</b>								
1	7.1.V01	Rekordart	ZU = Identifikator Zusätzliche Daten	AN (2)	ZU			alle anderen Buchstabenkombinationen als "ZU" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)				<b>Pflichtangabe!</b>
3	7.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)				
<b>7.2. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)</b>								
4	7.2.V00	CIRS_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
5	7.2.V01	CIRS_01 Herz		N (1)	0-4	-	Labels CIRS_01 bis CIRS_14: 0 = kein Problem 1 = leichtes Problem 2 = mittleres Problem 3 = schweres Problem 4 = extrem schweres Problem	Werte <0 und >4 sind ungültig
6	7.2.V02	CIRS_02 Hypertonie		N (1)	0-4	-		
7	7.2.V03	CIRS_03 Gefäße		N (1)	0-4	-		
8	7.2.V04	CIRS_04 Respiratorisches System		N (1)	0-4	-		
9	7.2.V05	CIRS_05 Augen, Ohren, Nase, Rachen, Larynx		N (1)	0-4	-		
10	7.2.V06	CIRS_06 Oberer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-		
11	7.2.V07	CIRS_07 Unterer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-		
12	7.2.V08	CIRS_08 Leber und Gallengangsystem		N (1)	0-4	-		
13	7.2.V09	CIRS_09 Nieren		N (1)	0-4	-		
14	7.2.V10	CIRS_10 Restlicher Urogenitaltrakt		N (1)	0-4	-		
15	7.2.V11	CIRS_11 Bewegungsapparat und Haut		N (1)	0-4	-		
16	7.2.V12	CIRS_12 Neurologisches System		N (1)	0-4	-		
17	7.2.V13	CIRS_13 Endokrinium und Stoffwechsel		N (1)	0-4	-		
18	7.2.V14	CIRS_14 Psychische Erkrankungen / Verhaltensstörungen		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)	
6		Anzahl übermittelte Datensätze	inkl. Datei AX	N (1)	1 - 5
7		Gesamtzeilen in Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		N (3)	1 - 9999
8		Generierungsdatum Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		D (JJJJMMTT)	
9		Gesamtzeilen in Daten Messdaten Modul 2: MSK-Neuro M2-Zeile		N (3)	1 - 9999
10		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 2: MSK-Neuro M2-Zeile		D (JJJJMMTT)	
11		Gesamtzeilen in Datei Messdaten Modul 3: Kardio-Pulmo M3-Zeile		N (3)	1 - 9999
12		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 3: Kardio-Pulmo M3-Zeile		D (JJJJMMTT)	
13		Gesamtzeilen in Datei Zusatzdaten ZU-Zeile		N (3)	1 - 9999
14		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.V05=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=1 AND 5.1.V05=1 AND

COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 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=1 AND 5.1.V05=2 AND

COUNT(5.2.V00, 5.2.V03)<2

THEN "Angaben zu ZE/Zielerreichung unvollständig"

##### weder vollständige Angaben zu FIM®, noch zum EBI  
IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V05=2 AND  
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 AND  
COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17  
THEN "Angaben zu FIM oder EBI (Reha-Austritt) unvollständig"

#####

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

##### ### Reha-Eintritt

##### unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)  
IF 5.1.V03=2 AND 5.1.V05=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.V05=1 AND  
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 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.V05=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.V05=2 AND  
COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 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.V06=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 Abbruchgrundes

**IF** 6.1.V03=3 **AND** 6.1.V06=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.V06=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 Abbruchgrundes

**IF** 6.1.V03=3 **AND** 6.1.V06=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.V06=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.V06=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 Angaben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes

**IF** 6.1.V03=4 **AND** 6.1.V06=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.V06=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.V06=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 Angaben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes  
 IF 6.1.V03=4 AND 6.1.V06=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.V05=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=5 AND 5.1.V05=1 AND  
 COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 AND  
 COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17  
 THEN "Angaben zu FIM, EBI (Reha-Eintritt) unvollständig"

**### Reha-Austritt**

##### unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)  
 IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V05=2 AND  
 COUNT (5.2.V00, 5.2.V03)<2

THEN "Angaben zu ZE/Zielerreichung unvollständig"

##### weder vollständige Angaben zu FIM®, noch zum EBI

IF 5.1.V03=5 AND 5.1.V05=2 AND

COUNT(5.3.V00 TO 5.3.V22)<22 AND

COUNT(5.4.V00 TO 5.4.V16)<17

THEN "Angaben zu FIM, EBI (Reha-Austritt) unvollständig"

---

##### Fallbezogene Datenprüfung für alle Rehabilitations-Indikationen

### Zusätzliche Daten

##### unvollständige Angaben zur CIRS zu Reha-Eintritt

COUNT(7.2.V00 TO 7.2.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:

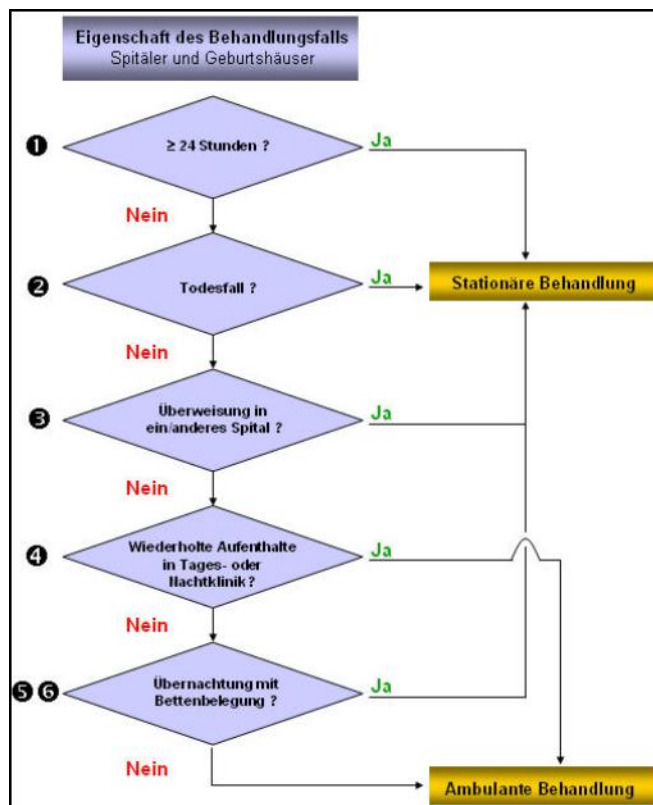
- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.

### 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 3):

**Abbildung 3:** Entscheidungsablauf stationär oder ambulant



Grafik: H+ ©



## Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium ❶ „ $\geq 24$  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 Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulant.

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

## H. Hinweise zur Score-Berechnung

### FIM® Instrument

- Gesamtscore-Bildung FIM® = Summe über alle 18 Items, alle Items müssen vorhanden sein, kein missing erlaubt
- Codierung Items: 1 – 7
- minimaler Wert Gesamtscore: 18 (vollständige Hilfestellung)
- maximaler Wert Gesamtscore: 126 (Selbständigkeit)
- es können 2 Subskalen gebildet werden (Motorik, Kognition)
- weitere Informationen zur Scoreberechnung sind dem FIM®-Manual (lizenzpflichtig) zu entnehmen. Dies ist für Kliniken, die beim ANQ für das jeweilige Messmodul/Instrument registriert sind, beim ANQ erhältlich.

### EBI: Erweiterter Barthel-Index

- Gesamtscore-Bildung EBI = Summe über alle 16 Items, alle Items müssen vorhanden sein, kein missing erlaubt
- Codierung Items: 0 - 4
- minimaler Wert Gesamtscore: 0 (vollständige Hilfestellung)
- maximaler Wert Gesamtscore: 64 (Selbständigkeit)

### ADL-Score

- Basiert auf Umrechnungsalgorithmus von FIM® bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) und dient dem gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon ob FIM® oder EBI eingesetzt wird. Der ADL-Score wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert.
- Voraussetzung zur Transformation des FIM® bzw. EBI in den ADL-Score: alle Item von einem der beiden Instrumente müssen vorliegen
- ADL-Score wird berechnet aus der Itemweisen Zuordnung von FIM- bzw. EBI-Werten zu einem ADL-Score Wert. Es wurden 15 der 16 EBI-Items und sämtliche FIM®-Items in den ADL-Score integriert. Eine tabellarische Übersicht zum Umrechnungsalgorithmus ADL-Score aus FIM® bzw. EBI findet sich im Anhang des Abschlussberichts der Entwicklungs- und Validierungsstudie ADL-Score. Der Abschlussbericht ist abrufbar unter:  
Deutsche Version:  
[https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ\\_Reha\\_Abschlussbericht\\_ADL\\_Algorithmen.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Abschlussbericht_ADL_Algorithmen.pdf)  
Englische Version:  
[https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ\\_Reha\\_Final-report\\_ADL\\_Algorithm.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf)
- Je Item des ADL-Scores können 0 bis 4 Punkte erreicht werden. Auf Skalenebene umfasst der ADL-Score durch Summation von 15 Item-Zuordnungen einen Wertebereich von 0 bis 60 Punkten
- minimaler Wert ADL-Score: 0 (vollständige Hilfestellung)
- maximaler Wert ADL-Score: 60 (Selbständigkeit)
- HINWEIS: Der ADL-Score ersetzt nicht FIM® oder EBI, sondern dient ausschliesslich der Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität unabhängig vom Einsatz des FIM® oder EBI

### MacNew Heart

- Gesamtscore-Bildung MacNew Heart = Mittelwert über alle 27 Items (Item 27: Frage nach Sexualeben kann auch wegfallen),
- gewisse Anzahl an missings bei Gesamt-Scoreberechnung erlaubt, es müssen jedoch alle 3 Subskalen berechnet werden können (mind. 50% der Items je Subskala müssen vorhanden sein)
- Codierung Items: 1 - 7
- minimaler Wert Gesamtscore: 1 (sehr starke Einschränkung)
- maximaler Wert Gesamtscore: 7 Punkte (überhaupt keine Einschränkung)
- es können 3 Subskalen gebildet werden (physische, emotionale und soziale Lebensqualität), mindestens 50% der Items je Subskala müssen beantwortet sein
- Ausführliche Informationen zum MacNew Heart sind zum einen zu finden unter: <http://www.macnew.org>
- Zum anderen sind weitere Informationen zur Scoreberechnung dem Manual des MacNew Heart (lizenzpflichtig) zu entnehmen. Diese Informationen können Kliniken, die beim ANQ für das jeweilige Messmodul/Instrument registriert sind, vom ANQ erhalten.

### CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire

- Gesamtscore-Bildung CRQ = Mittelwert aus durchschnittlicher Punktezahl in den Bereiche-Scores (4 Subskalen)
- es können 4 Subskalen gebildet werden (Dyspnoe, Müdigkeit, Stimmungslage, Bewältigung der Krankheit), mindestens 50% der Items je Subskala müssen beantwortet sein, um Subscore ermitteln zu können
- Codierung Items: 1 - 7 („1=maximale Beeinträchtigung“ bis „7=keine Beeinträchtigung“)
- minimaler Wert Gesamtscore: 1 (sehr starke Beeinträchtigung)
- maximaler Wert Gesamtscore: 7 (überhaupt keine Beeinträchtigung)
- weitere Informationen zur Scoreberechnung sind dem CRQ-Manual (lizenzpflichtig) zu entnehmen. Diese Informationen können Kliniken, die beim ANQ für das jeweilige Messmodul/Instrument registriert sind, vom ANQ erhalten.

### CIRS: Cumulative Illness Rating Scale

- Gesamtscore-Bildung CIRS (Morbiditätsindex) = Summe über alle 14 Items, alle Items müssen vorhanden sein, kein missing erlaubt
- Codierung Items: 0 - 4 („kein Problem“ bis „extrem schweres Problem“)
- minimaler Wert Gesamtscore: 0 (keine Komorbidität)
- maximaler Wert Gesamtscore: 56 (maximal mögliche Komorbidität)
- es können weitere Kennzahlen gebildet werden (somatischer Schweregrad-Index, Komorbiditäts-Index)