

---

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

---

Die Version **6.1** wurde im **März 2018** vom Qualitätsausschuss Rehabilitation genehmigt. Sie ist gültig ab dem **01.03.2018** und ersetzt die Version **2018/01**.

Version **6.1, 2018/03**

## **Kontakt**

Geschäftsstelle ANQ

Fachbereich Rehabilitation

Dr. Luise Menzi (Leitung Rehabilitation), Tel. +41 (0)31 511 38 44

[rehabilitation@anq.ch](mailto:rehabilitation@anq.ch)

## Inhaltsverzeichnis

---

1.	Einleitung .....	4
1.1	ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation.....	4
1.2	Der Reha-Messplan im Überblick.....	4
1.2.1	Modul 1: Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung	
1.2.2	Modul 2 & 3: Bereichsspezifische Messungen	
1.3	Datenqualität.....	9
1.4	Das Verfahrens-Handbuch.....	10
1.5	Das Daten-Handbuch .....	11
1.6	Aufgaben der Kliniken .....	12
1.6.1	Messverantwortliche Personen	
1.6.2	Aufgaben im Modul 1	
1.6.3	Aufgaben im Modul 2 & 3	
2.	Allg. Verfahrensregeln für die Messungen in Modul 2 & 3.....	14
2.1	Patientenkollektiv und Falldefinition .....	14
2.2	Richtlinien zur Wahl der Instrumente für die Eintritts- und Austrittsmessung in der Rehabilitationskliniken .....	14
2.2.1	<b>Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalem Rehabilitationsbedarf</b>	
2.2.2	<b>Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit neurologischem Rehabilitationsbedarf</b>	
2.2.3	<b>Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit anderem Rehabilitationsbedarf</b>	
2.2.4	Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit kardiologischem Rehabilitationsbedarf	
2.2.5	Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit pulmonalem Rehabilitationsbedarf	
2.2.6	Erhebung von Zusatzdaten	
2.3	Dispensgesuch.....	17
2.4	Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode.....	18
2.5	Ausschlussgründe (Drop-Out).....	19
2.6	Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen.....	20
2.7	Durchführung und Datenerfassung der Messungen, Leistungstests und Selbstbeurteilung (Patientenfragebogen).....	21
2.7.1	Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen	
2.7.2	Datenerfassung	
3.	Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung.....	23
3.1	Vorbemerkungen.....	23
3.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Zielerreichung .....	24
3.2.1	Dokumentation der Partizipationsziele	
3.2.2	Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele	
3.3	Formular für die Zieldokumentation .....	25
4.	FIM <sup>®</sup> Instrument (FIM <sup>®</sup> ).....	26
4.1	Vorbemerkungen.....	26
4.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des FIM <sup>®</sup> .....	26
5.	Erweiterter Barthel-Index (EBI).....	28

5.1	Vorbemerkungen.....	28
5.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des EBI.....	28
6.	<b>6-Minuten-Gehtest .....</b>	<b>30</b>
6.1	Vorbemerkungen.....	30
6.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests .....	30
7.	<b>Fahrrad-Ergometrie .....</b>	<b>32</b>
7.1	Vorbemerkungen.....	32
7.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Fahrrad-Ergometrie .....	32
8.	<b>MacNew Heart .....</b>	<b>33</b>
8.1	Vorbemerkungen.....	33
8.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des MacNew Heart.....	33
9.	<b>Feeling-Thermometer.....</b>	<b>34</b>
9.1	Vorbemerkungen.....	34
9.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des Feeling-Thermometers.....	34
10.	<b>Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).....</b>	<b>35</b>
10.1	Vorbemerkungen.....	35
10.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des CRQ.....	35
11.	<b>Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....</b>	<b>36</b>
11.1	Vorbemerkungen.....	36
11.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der CIRS.....	36
12.	<b>Impressum.....</b>	<b>37</b>

# 1. Einleitung

---

## 1.1 ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Der Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Qualitätsmessungen auf nationaler Ebene in der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie: Der ANQ gibt den Spitälern und Kliniken die gesamtschweizerisch durchzuführenden Qualitätsmessungen in Form von Messplänen vor. Er koordiniert deren Umsetzung von der Datenerhebung über die Auswertung, das Verfassen der Berichte bis hin zur Veröffentlichung der Ergebnisse für eine breite Öffentlichkeit. Mit der Dokumentation der Qualität (Vergleich mit nationalen Referenzwerten) wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung geleistet (Statuten des ANQ vom 24. November 2009). Der nationale Messplan Rehabilitation kommt in der stationären Rehabilitation zur Anwendung. Der Nationale Messplan Rehabilitation (einschliesslich Umsetzungskonzept) sowie die Finanzierung wurden vom ANQ erarbeitet und von seinen Partnern (H+ - die Spitäler Schweiz, die Versicherer und die Kantone) genehmigt. Die Durchführung dieser Messungen ist für alle Kliniken, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beitreten, obligatorisch.

## 1.2 Der Reha-Messplan im Überblick

Der gegenwärtige Messplan enthält ein übergreifendes Modul (Modul 1) und bereichsspezifische Module (Modul 2 und 3)<sup>1</sup>.

- Modul 1: Nationale Patientenbefragung Rehabilitation (Kurzinstrument)
- Modul 2: Muskuloskelettale, neurologische und andere Rehabilitation (Dokumentation der Ziele und Zielerreichung, Erweiterter Barthel-Index, FIM® Instrument (FIM®)).
- Modul 3: Kardiale und pulmonale Rehabilitation (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart, Feeling-Thermometer, Chronic Respiratory Questionnaire)

Kann ein Leistungserbringer aus objektiven Gründen die Messungen nicht durchführen, kann er gestützt auf den Qualitätsvertrag [ein Dispensgesuch](#) an den ANQ stellen.

---

<sup>1</sup> Aktuell orientiert sich der Bereich „andere Reha“ an den Messvorgaben des Moduls 2. Der Vorstand hat in einer Absichtserklärung im September 2012 erklärt, dass auf Antrag von Fachgesellschaften mittelfristig eine Erweiterung des Messplans mit Modulen für andere Rehabilitationsarten (ehemals „nicht-organspezifische“ Rehabilitation) durch den Vorstand geprüft wird. Dabei wird sich der ANQ an dem von H+ erarbeiteten und verabschiedeten Definitionspapier „DefReha©“ Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen“ orientieren.

### 1.2.1 Modul 1: Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung

Die Patientenzufriedenheit ist seit 2016 bereichsübergreifend organisiert und wird seit Herbst 2017 in allen drei ANQ-Fachbereichen eingesetzt. Nach der Weiterentwicklung des seit 2016 in der Akutsomatik eingesetzten Fragebogens wurde der im ANQ Fachbereich Rehabilitation verwendete bislang aus fünf Fragen bestehende Fragebogen weiterentwickelt und hinsichtlich der Gütekriterien und Eignung für nationale Klinikvergleiche geprüft. Der weiterentwickelte Fragebogenentwurf wurde 2017 in einem zweistufigen qualitativen und quantitativen Testverfahren validiert. Im Rahmen des Testverfahrens wurde ein geeignetes Risikoadjustierungsmodell geprüft, welches erstmalig mit der Auswertung der Daten vom Datenjahr 2018 zum Tragen kommt.

Im überarbeiteten Fragebogen Version 2.0 wurde den Bedürfnissen der Kliniken mit rehabilitativem Leistungsangebot mit Fragen zu den Dimensionen „Behandlungsqualität“, „Information/Kommunikation“, „Partizipation“, „Therapeutisches Angebot“ und „Austrittsmanagement“ entsprochen. Der finalisierte Fragebogen inklusive Begleitkommunikation wurde den Kliniken Ende des ersten Quartals 2018 zugestellt. Befragt werden wie bisher alle zwischen dem 1. April und 31. Mai austretenden Patientinnen und Patienten des jeweiligen Kalenderjahres (Periodenmessung).

Ab dem Datenjahr 2017 erfolgt die Auswertung und Berichtslegung der Patientenzufriedenheitsbefragung durch das Institut ESOPE<sup>2</sup>. Die Rehabilitationskliniken wählen wie bis anhin ein für sie zuständiges Befragungsinstitut, welches für die Kliniken die Befragung vorbereitet und durchführt. Die nationale Koordination der dezentralen Befragungsinstitute obliegt die Post CH AG und Mecon measure & consult GmbH. Die durch die Post CH AG aufbereiteten klinikspezifischen Daten sind für die Kliniken weiterhin auf der SAS Plattform einsehbar. Die Messorganisation in den Rehabilitationskliniken bleibt somit unverändert.

Die Publikation inklusive Begleitkommunikation wird durch die ANQ Geschäftsstelle aufbereitet. Die Kliniken werden frühzeitig über die Publikation informiert.

---

<sup>2</sup> Cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patient-e-s et des employé-e-s, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

### 1.2.2 Modul 2 & 3: Bereichsspezifische Messungen

Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst für die Module 2 und 3 acht verschiedene Instrumente (Fremd- oder Selbstbewertungsinstrumente). Der Nationale Messplan Rehabilitation kommt in allen Einrichtungen (Kliniken, Spitälern und angegliederten Rehabilitationsabteilungen) mit einem kantonalen Leistungsauftrag für stationäre Rehabilitation zur Anwendung.

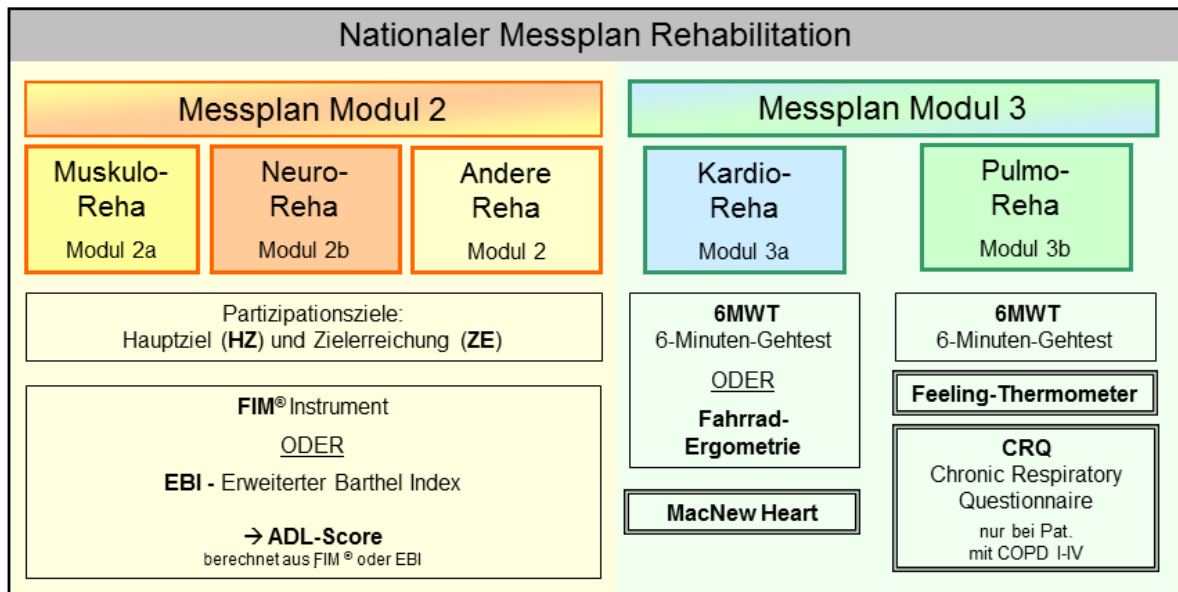
Die Bestimmung der Indikation der Patientin/ des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik (gemäss der Kostengutsprache). Grundsätzlich ist die Indikation der Patientin/ des Patienten massgeblich für die Bestimmung der beim Patientinnen und Patienten anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier „DefReha© Version 1.01“ folgende Indikationen vor:

- Muskuloskeletale Rehabilitation (Messplan Modul 2a)
- Neurologische Rehabilitation (Messplan Modul 2b)
- Andere Rehabilitation (Messplan Modul 2)<sup>3</sup>
- Kardiale Rehabilitation (Messplan Modul 3a)
- Pulmonale Rehabilitation (Messplan Modul 3b)

---

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

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 bei der Patientin/ dem Patienten erhoben werden (Vollerhebung).



**Abbildung 1:** Nationaler Messplan Rehabilitation Modul 2 und Modul 3

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

**Muskuloskelettale Rehabilitation:**

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

- Partizipationsziele: Hauptziel nur bei Eintritt und Zielerreichung nur bei Austritt
- FIM® oder EBI (Wahl bleibt der Klinik überlassen)

**Neurologische Rehabilitation:**

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

- Partizipationsziele: Hauptziel nur bei Eintritt und Zielerreichung nur bei Austritt
- FIM® oder EBI (Wahl bleibt der Klinik überlassen)

### **Andere Rehabilitation**

Für Patientinnen und Patienten mit einer anderen Rehabilitations-Indikation (geriatrische, internistische, onkologische, paraplegiologische, psychosomatische Rehabilitation) orientiert sich der Inhalt der Qualitätsmessungen an den Inhalten des Moduls 2<sup>4</sup>. Grundsätzlich müssen für alle Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten einer Indikation und Klinik einheitlich sein)

### **Kardiale Rehabilitation**

Für Patientinnen und 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

### **Pulmonale Rehabilitation**

Für Patientinnen und 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)

Zusätzlich zu diesen Instrumenten sind die Kliniken dazu verpflichtet die folgenden Zusatzdaten, welche für die Beschreibung der Stichprobenmerkmale und für die Risikoadjustierung verwendet werden, zu erheben und an die Charité in Berlin zu liefern:

- Daten aus der Medizinischen Statistik des BFS: Minimales Datenset mit Alter, Geschlecht, Muttersprache / Nationalität, Wohnort / Region, Art der Behandlung, Diagnosen u.a.
- Bei Eintritt: Daten anhand der [Cumulative Illness Rating Scale \(CIRS\)](#).

---

<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.



### 1.3 Datenqualität

Eine hohe Datenqualität ist eine zentrale Voraussetzung für verlässliche Aussagen und die Akzeptanz einer transparenten Darstellung von vergleichenden und klinikspezifischen Ergebnissen. Folgende Massnahmen des ANQ fördern eine hohe Datenqualität:

- Vorgabe von Instrumenten, welche mehrheitlich von Behandelnden ausgefüllt werden. Dies gewährleistet einen hohen Rücklauf und vollständige Angaben auch bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder bei Patientinnen und Patienten, die das Instrument nicht selber ausfüllen können.
- Standardisierung des Erhebungsprozesses in den Kliniken anhand von Vorgaben und Richtlinien. Diese sind in den Handbüchern festgehalten. Das Daten-Handbuch enthält Spezifikationen zu Daten, Datenlogistik und Prüflogik<sup>5</sup>; das Verfahrens-Handbuch die inhaltlichen Grundlagen sowie die Richtlinien für die Instrumentenauswahl und –anwendung. Für lizenzierte Instrumente bestehen separate Handbücher, welche nach Erwerb der Lizenz separat beim ANQ bezogen werden können.
- Besuch der ANQ-Schulungen und entsprechender Wissenstransfer in den Kliniken. Der ANQ bietet mit organisatorischer Unterstützung von „H+ Bildung“ und „Espace Compétences“ Schulungen in allen 3 Landesteilen an. Die Schulungen zu Grundlagen wie spezifischen Instrumenten basieren auf dem 2017 publizierten [Nationalen Schulungskonzept Rehabilitation, V 1.1](#).
- Beachtung der von ANQ-Expertengruppen erarbeiteten Empfehlungen zu einzelnen Instrumenten. Die Expertengruppe „Regelwerk FIM®“ publiziert seit Anfang 2017 in regelmässigen Abständen [Empfehlungen zum FIM®](#) (siehe unter „Messinstrumente – ergänzende Dokumente Module 2 & 3“). Die Expertengruppe „Regelwerk EBI“ nimmt Ende 2017 ihre Arbeit auf. Die von dieser Expertengruppe ausgearbeiteten Empfehlungen zur Erhebung des EBI werden den Kliniken ebenfalls kommuniziert.
- Zweistufige Prüfung der Datenqualität mit Rückkoppelung: Der ANQ gibt den Kliniken vor, dass die Daten soweit möglich elektronisch erhoben und die Eingaben rudimentär geprüft werden (Prüflogik, manuelle Prüfung). Die Datenqualität wird ebenfalls durch das Auswertungsinstitut systematisch geprüft. Es erstellt jährlich einen klinikindividuellen und national vergleichenden Datenqualitätsbericht. Bei nicht ausreichender Datenqualität (statistische Auffälligkeiten) werden die Kliniken individuell über die Mängel informiert und erhalten vom Auswertungsinstitut Empfehlungen zur Verbesserung der Datenqualität.

Die Kliniken sind vertraglich verpflichtet (Nationaler Qualitätsvertrag), die Vorgaben des ANQ umzusetzen. Sie sind für die Datenqualität der Datenlieferung verantwortlich. Ein hoher Rücklauf liegt im

---

<sup>5</sup> Die rudimentäre Prüflogik umfasst in erster Linie Einzelfeldtests (vollständige Angaben, gültige Werte) sowie bis zu einem gewissen Mass auch Kreuztests zur Plausibilisierung der Angaben.

Interesse der Kliniken. Ziel ist der Einschluss aller Patientinnen und Patienten in die Qualitätsmessungen, das Erzielen einer möglichst hohen Teilnahmequote (bzw. möglichst weniger Ausschlüsse bzw. Drop-Outs<sup>6</sup> und Abbrüche) und möglichst vollständiger und plausibler Datensätze.

## 1.4 Das Verfahrens-Handbuch

Das Verfahrens-Handbuch richtet sich an die Behandelnden sowie an weiteres Klinikpersonal, welches die Patientinnen und Patienten informiert, motiviert und beim Ausfüllen qualitätsbezogener Instrumente unterstützt. Es ist für die Kliniken die Grundlage für die klinikinternen Schulungen und dient bei Fragen als Nachschlagewerk.

Das Verfahrens-Handbuch enthält die inhaltliche Beschreibung und die Richtlinien bzw. Vorgaben für die 8 in Modul 2 & 3 verwendeten Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation. Darüber hinaus enthält es auch Richtlinien und Vorgaben für die Verwendung der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Die Daten aus der CIRS werden zusammen mit anderen Zusatzdaten für die Auswertung benötigt (vgl. Abschnitt 1.5).

Das Verfahrens-Handbuch sowie die zusätzlichen Handbücher der lizenzierten Instrumente sollen sicherstellen, dass die Behandelnden (und weiteres Klinikpersonal) aller Schweizer Rehabilitationskliniken dieselben Instrumente verwenden. Zudem sollen die Instrumente auf die exakt gleiche Weise angewendet werden (z.B. Instruktion der Patientinnen und Patienten bei der Abgabe von Patienten-Fragebogen wie MacNew Heart und CRQ; Anwendung der Messinstrumente EBI und FIM<sup>®</sup> durch die Behandelnden; Ablaufprotokoll des 6-Minuten-Gehtests oder der Fahrrad-Ergometrie). Die zeitlichen Vorgaben zur Durchführung der Befragungen, Tests und Messungen sollen dabei eingehalten werden.

Das Verfahrens-Handbuch zu den Modulen 2 & 3 wurde vom ANQ unter Einbezug der Autoren der Buchreihe „Assessments in der Rehabilitation“ (Band 1 bis 3) sowie der Verantwortlichen des -Projekts ST-Reha<sup>7</sup> erstellt<sup>8</sup>. Zudem bildet das Verfahrens-Handbuch die Grundlage für die Anwendung der Instrumente im Projekt ST-Reha. Die ST-Reha-Kliniken erhalten von den entsprechenden Verantwortlichen zusätzliche Instruktionen zur Anwendung der Instrumente für die Entwicklung der Tarifstruktur.

---

<sup>6</sup> Drop-Out: Ausschluss der Patientin bzw. des Patienten aus dem Messplan aufgrund eines unvorhergesehenen Abbruchs der Behandlung (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientin/ des Patienten) oder eines geplanten Aufenthaltes kürzer als 7 Tage. In diesen Fällen können bzw. müssen die Qualitätsmessungen des ANQ nicht vollständig durchgeführt werden (vgl. Kapitel 2.5).

<sup>7</sup> ST-Reha ist die Kurzbezeichnung für „Schweizerisches Tarifsysteem Rehabilitation“, die national einheitliche Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation, die von der SwissDRG AG entwickelt wird. Erarbeitet wurde ST-Reha von 2011-2015 von H+ unter Einbezug der Medizinaltarifkommission UVG im Mandat für SwissDRG (vgl. <http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/tarife/stationaere-tarife/st-reha/>).

<sup>8</sup> Gilbert Büsching, Hansjörg Lüthi, Detlef Marks, Peter Oesch, Stefan Schädler sowie für das Projekt ST-Reha Markus Tschanz und Jan Kool.

## 1.5 Das Daten-Handbuch

Das Daten-Handbuch richtet sich an die klinikinternen Projektleitenden und IT-Verantwortlichen in den Kliniken, welche die technischen Voraussetzungen für die Integration der Qualitätsmessungen in die Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse erarbeiten.

Es wird vom Auswertungsinstitut – der Charité Universitätsmedizin Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) – in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt. Bei der Erarbeitung wurden die Vorgaben laufender Projekte (Projekt ST-Reha) und bestehender Datensammlungen (BFS) berücksichtigt.

Das Daten-Handbuch beschreibt den Datenumfang und die Spezifikationen der Daten aus den acht Instrumenten der Module 2 & 3 des Nationalen Messplans Rehabilitation als auch derjenigen Zusatzdaten, welche für die Auswertung (einschliesslich Risikoadjustierung) benötigt werden (vgl. Abschnitt 1.2.2).

Darüber hinaus definiert es Verbindungsvariablen (Fall- und Patientenidentifikationsnummer, FID/PID), welche die Verknüpfung der verschiedenen Daten eines Falles gewährleisten. Das Daten-Handbuch definiert zudem eine Prüflogik, welche die Kliniken bei der Eingabe der Daten vor fehlenden Angaben (Vollständigkeit des Datensatzes) und offensichtlichen Fehleingaben (Validität der Angaben) schützt. Vorgaben zur Datenlieferung (Umfang, Format und Periodizität) runden das Daten-Handbuch inhaltlich ab.

Das Daten-Handbuch des ANQ bildet auch die Grundlage für die Daten, welche für das Projekt ST-Reha verwendet werden. ST-Reha-Kliniken erhalten von den entsprechenden Verantwortlichen zusätzliche Angaben zum Datenumfang und zu den Datenlieferungsmodalitäten.

## 1.6 Aufgaben der Kliniken

### 1.6.1 Messverantwortliche Personen

Für die Integration der ANQ-Messungen und deren Ergebnisse in die klinischen Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse sind die Kliniken zuständig. Der nachhaltigen Implementierung von Verbesserungsprozessen besonders förderlich ist ein auf allen Hierarchiestufen der Klinik vorliegendes Bekenntnis zur Qualität sowie zur Notwendigkeit von entsprechenden Massnahmen – dies schliesst eine Bereitstellung notwendiger Ressourcen mit ein.

Der ANQ empfiehlt den Kliniken, messverantwortliche Personen zu bestimmen und diese mit der internen aber auch externen (z.B. ANQ, Auswertungsinstitut, IT-Firmen) Koordination der Nationalen Qualitätsmessungen aus den Modulen 1 bis 3 zu beauftragen. Um diese Koordinationsaufgabe zu erfüllen und interne Schulungen durchführen zu können, stehen den klinikinternen Personen die Handbücher aus dem ANQ Fachbereich Rehabilitation (Verfahrens- und Daten-Handbuch) sowie ein zweistufiges Schulungsangebot zur Verfügung (vgl. auch Kap.1.3).

### 1.6.2 Aufgaben im Modul 1

Die Kliniken werden jeweils im Vorfeld vom ANQ über die organisatorischen und methodischen Rahmenbedingungen der Nationalen Patientenbefragung informiert. Der klinikinternen Projektleitung obliegt dann die Klärung organisatorischer Fragen innerhalb der Kliniken, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Befragungsinstitut. Die Durchführung der Befragung erfolgt in den Monaten April und Mai. Die klinikindividuellen Ergebnisse liegen jeweils spätestens im Oktober des Messjahres vor. Die Ergebnisse stellt die Post CH AG auf der geschützten Plattform SAS online zu Verfügung. Die Kliniken werden von der Post CH AG direkt über die Verfügbarkeit der online einsehbaren Daten informiert. Diese Ergebnisse in die internen Prozesse (Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse) einfließen zu lassen, ist wiederum Aufgabe der klinikinternen Projektkoordination.

### 1.6.3 Aufgaben im Modul 2 & 3

Für die Erfüllung der Koordinationsaufgaben und die Durchführung von internen Schulungen, stehen den klinikinternen Personen die ANQ-Schulungen, das Verfahrens-Handbuch und das Daten-Handbuch zur Verfügung.

Bezüglich der Qualitätsmessungen in Modul 2 & 3 sind folgende klinikinterne Aufgaben zu koordinieren:

- Anpassung der organisatorischen (Behandlungsprozesse) und technischen (KIS, Spezialsoftware) Voraussetzungen für die Datenerfassung nach den Vorgaben des ANQ
- Organisation und Durchführung von klinikinternen Schulungen der Behandelnden in der Anwendung der Instrumente („train-the-trainers“-Prinzip) sowie deren kontinuierliche Fortführung, um die standardisierte Anwendung der Instrumente und Beurteilung (Validität und Interrater-Reliabilität) klinikintern sicherstellen zu können sowie allgemeine Kommunikation nach innen (bspw. Integration von Ergebnissen in interne Prozesse) und nach aussen
- Elektronische Übermittlung der Daten an das Auswertungsinstitut Charité Universitätsmedizin Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) nach den Vorgaben des ANQ (vgl. Daten-Handbuch, Abschnitt 9).
- Abklärungen (bspw. Einholen von Lizenzen für die lizenziert geschützten Instrumente im Messplan Rehabilitation via [rehabilitation@anq.ch](mailto:rehabilitation@anq.ch)) und Beantworten von Anfragen Dritter (ANQ, Auswertungsinstitut Charité Universitätsmedizin Berlin, IT-Firmen)

## 2. Allg. Verfahrensregeln für die Messungen in Modul 2 & 3

---

### 2.1 Patientenkollektiv und Falldefinition

In die Messungen einbezogen werden Einrichtungen mit einem kantonalen Leistungsauftrag für Rehabilitation, unabhängig von der Art des Rehabilitationsangebots, und entsprechender Abrechnung (Tarifsystem Rehabilitation)<sup>9</sup>. In Bezug auf die Messpflicht spielen Fallzahlen und das Vorliegen von weiteren Leistungsaufträgen keine Rolle. Kliniken mit ausschliesslich pädiatrischem Rehabilitationsangebot unterliegen vorläufig keinerlei ANQ-Messpflicht; aus formalen Gründen (nationaler Qualitätsvertrag) müssen sie beim ANQ ein Dispensgesuch einreichen (vgl. Kapitel 2.3).

Dabei erfassen die Kliniken jeden nach dem 1. Januar 2013 in die Rehabilitationsklinik für einen stationären Aufenthalt eingetretenen Patientinnen und Patienten, unabhängig des geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung.<sup>10</sup>

Zur Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen orientiert sich der ANQ an der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL) (Schweizerischer Bundesrat 2002). Danach gelten als stationäre Behandlung Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital von mindestens 24 Stunden. Bei einem kürzeren Aufenthalt gilt dieser dann als stationärer Aufenthalt, wenn die Patientin/ der Patient verstirbt, während einer Nacht ein Bett belegt (Mitternachtszensus-Regel) oder in ein anderes Spital überwiesen wird. Aufenthalte in Nacht- oder Tageskliniken werden nicht in die Messungen einbezogen.

### 2.2 Richtlinien zur Wahl der Instrumente für die Eintritts- und Austrittsmessung in der Rehabilitationskliniken

#### 2.2.1 Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalem Rehabilitationsbedarf

Die Wahl der Instrumente aus dem vorliegenden Nationalen Messplan Rehabilitation richtet sich nach den Richtlinien des ANQ. Diese stellen sicher, dass in ähnlichen Situationen bezogen auf Merkmale der Patientinnen und Patienten (Indikation gemäss Kostengutsprache) die gleichen Instrumente angewendet werden (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2).

---

<sup>9</sup> Die Kategorien des BFS können nicht als Kriterium für den Einschluss der Klinik in die Messungen verwendet werden, weil sie eine für die Zwecke der Qualitätsmessungen ungeeignete Typologie für Rehabilitationskliniken bzw. Aktivitätstypen verwenden. Die Erfassung und Einteilung der Betriebe für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser fusst auf der Systematik der wirtschaftlichen Aktivitäten, die für die amtliche Statistik der Schweiz und der EU-Länder verbindlich ist. Die Einteilung nach Kategorien erfolgt nachträglich aufgrund einer hierarchischen Typologie, welche dem Betriebszweck und dem Hauptangebot an Leistungen Rechnung trägt. Diese Typologie weist keinen Zusammenhang mit kantonalen Typologien, Spitallisten oder Leistungsaufträgen auf (vergleiche BFS (2005): Detailkonzept zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser).

<sup>10</sup> Für die Auswertung orientiert sich der ANQ an die Falltypologie des BFS. Jeder erfasste stationäre Fall ist anhand seiner Ein- und Austrittsdaten gekennzeichnet. Die häufigsten Fälle, die sogenannten A-Fälle, weisen ein Austrittsdatum zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des Messjahres aus. Hierfür können per Ende des Messjahres Behandlungsdauer und Ergebniswerte berechnet werden. Die B-Fälle, Patientinnen und Patienten, welche im Laufe des Messjahres eintreten, deren Behandlung bis zum 31. Dezember desselben Jahres aber nicht abgeschlossen ist, werden für die Auswertung nicht berücksichtigt. Ihre Aufenthaltsdauer sowie Ergebniswerte können nicht berechnet werden. Die BFS-Falltypologie kennt ausserdem C-Fälle (Langzeitpatientinnen/-patienten). Hier liegt das Eintrittsdatum vor dem 1. Januar des Messjahres und die Behandlung geht über den 31. Dezember des Messjahres hinaus. Diese Patientinnen und Patienten werden in der BFS-Statistik mit einer Aufenthaltsdauer von 365 Tage erfasst. Sie werden aber für die Auswertungen des ANQ nicht berücksichtigt, da keine Ergebniswerte berechnet werden können.

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für muskuloskelettale Rehabilitation (bzw. entsprechende Kostengutsprache) werden Partizipationsziele und Zielerreichung dokumentiert und zusätzlich das FIM® Instrument (FIM®) oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) bei Ein- und Austritt erhoben. Die Kliniken haben die Pflicht, für alle Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Rehabilitationsbedarf entweder ausschliesslich den FIM® oder ausschliesslich den EBI anzuwenden. Um alle Kliniken instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird ab dem Datenjahr 2016 für den risikoadjustierten Ergebnisvergleich der ADL-Score genutzt, der mittels eines Umrechnungsalgorithmus aus FIM® bzw. EBI ermittelt werden kann.<sup>11</sup> Ergänzend ist bei Eintritt eine Messung mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik der Charité vollständig zu übermitteln (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2). Die Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert und unter den [FAQ's](#) auf der Website des ANQ zu finden.

### 2.2.2 Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit neurologischem Rehabilitationsbedarf

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für neurologische Rehabilitation (bzw. entsprechende Kostengutsprache) werden Partizipationsziele und Zielerreichung dokumentiert. Zusätzlich kommt der FIM® oder der Erweiterte Barthel-Index (EBI) bei Ein- und Austritt zur Anwendung. Die Kliniken haben die Pflicht, für alle Patientinnen und Patienten mit neurologischem Rehabilitationsbedarf entweder ausschliesslich den FIM® oder ausschliesslich den EBI anzuwenden. Um alle Kliniken instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird risikoadjustiert der Umrechnungsalgorithmus ADL-Score aus FIM® und EBI angewendet.<sup>12</sup> Ergänzend ist bei Eintritt eine Messung mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik pro Patientin/ Patient der Charité vollständig zu übermitteln (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2). Die Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert und unter den [FAQ's](#) auf der Website des ANQ zu finden.

### 2.2.3 Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit anderem Rehabilitationsbedarf

Bei Patientinnen und Patienten mit einer anderen Rehabilitations-Indikation gilt das vorliegende Verfahrens-Handbuch im Sinne einer Übergangslösung (vgl. Abschnitt 1.2.2). Danach werden bei diesen Patientinnen und Patienten Partizipationsziele und Zielerreichung dokumentiert. Zusätzlich kommt der FIM® oder der EBI zur Anwendung. Die Kliniken haben die Pflicht, für alle Patientinnen und Patienten derselben Rehabilitations-Indikation entweder ausschliesslich den FIM® oder ausschliesslich den EBI anzuwenden. Um alle Kliniken instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird risikoadjustiert der Umrechnungsalgorithmus ADL-Score aus FIM® und EBI angewendet.<sup>13</sup> Ergänzend ist bei Eintritt eine Messung mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik pro Patientin, Patient der Charité vollständig zu übermitteln (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2). Die Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert und unter den [FAQ's](#) auf der Website des ANQ zu finden.

<sup>11</sup> Der Übersetzungsalgorithmus ADL-Score für den gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon ob FIM® oder EBI eingesetzt wurde, wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert. Der Abschlussbericht ist abrufbar unter: [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)

<sup>12</sup> Der Übersetzungsalgorithmus ADL-Score für den gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon ob FIM® oder EBI eingesetzt wurde, wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert. Der Abschlussbericht ist abrufbar unter: [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)

<sup>13</sup> Der Übersetzungsalgorithmus ADL-Score für den gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon ob FIM® oder EBI eingesetzt wurde, wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert. Der Abschlussbericht ist abrufbar unter: [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)

#### 2.2.4 Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit kardiologischem Rehabilitationsbedarf

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für kardiologische Rehabilitation (bzw. entsprechende Kostengutsprache) werden je nach Gesundheitszustand des Patientinnen und Patienten der 6-Minuten-Gehtest oder eine Fahrrad-Ergometrie durchgeführt. Dabei orientiert sich die Durchführung der Messungen an der folgenden Richtlinien-Kaskade:

- a. Wenn es der Gesundheitszustand der Patientin/ des Patienten zulässt, ist bei Eintritt eine Fahrrad-Ergometrie dem 6-Minuten-Gehtest vorzuziehen. Die Fahrrad-Ergometrie ist bei Austritt zu wiederholen.
- b. Wenn gestützt auf dem Gesundheitszustand der Patientin/ des Patienten eine Fahrrad-Ergometrie nicht möglich erscheint, dann erfolgt bei Eintritt ein 6-Minuten-Gehtest; dieser wird bei Austritt wiederholt.
- c. Wenn der Gesundheitszustand der Patientin/ des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt einen 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, entfällt die Messung. Bei Austritt erfolgt dann zwingend ein 6-Minuten-Gehtest.

Ergänzend ist bei Eintritt eine Messung mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik pro Patientin/ Patient der Charité vollständig zu übermitteln (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2). Die Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert und unter den [FAQ's](#) auf der Website des ANQ zu finden.

#### 2.2.5 Richtlinien für Patientinnen und Patienten mit pulmonalem Rehabilitationsbedarf

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für pulmonale Rehabilitation (bzw. entsprechende Kostengutsprache) muss bei Eintritt ein 6-Minuten-Gehtest durchgeführt werden. Dieser Test ist bei Austritt zu wiederholen. Wenn der Gesundheitszustand der Patientin/ des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt einen 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, entfällt die Messung. Der Grund für die entfallene Messung sollte im Eintrittsgehtest eingegeben werden. Bei Austritt erfolgt dann zwingend ein 6-Minuten-Gehtest.

Zusätzlich wird bei allen pulmonalen Patientinnen und Patienten das Feeling-Thermometer eingesetzt. Wenn eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (ICD J44) mit einem Schweregrad zwischen 1 und 4 (COPD I-IV) den Hauptzuweisungsgrund bildet, ist darüber hinaus bei Ein- und Austritt der Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) anzuwenden. Ergänzend ist bei Eintritt eine Messung mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik pro Patientin/ Patient der Charité vollständig zu übermitteln (vgl. auch Abbildung 1 in Kapitel 1.2.2). Die Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert und unter den [FAQ's](#) auf der Website des ANQ zu finden.

#### 2.2.6 Erhebung von Zusatzdaten

Die Kliniken sind wie bereits erwähnt, in Ergänzung zu den Daten aus der CIRS verpflichtet weitere Zusatzdaten erheben (minimales Datenset der BFS-Statistik). Diese Zusatzdaten sind im Daten-Handbuch definiert (vgl. Abschnitt 5.4).



## 2.3 Dispensgesuch

Im Grundsatz gilt, dass die Spitäler und Kliniken alle Messungen umsetzen müssen, welche für ihren Bereich im Messplan vorgegeben sind. Kann ein Leistungserbringer eine der vorgegebenen ANQ-Messungen aus objektiven Gründen nicht durchführen, hat er gestützt auf den Nationalen Qualitätsvertrag (Abschnitt III, Absatz 4) die Möglichkeit, ein begründetes schriftliches [Dispensgesuch](#) für die ausgewählten Ergebnisqualitätsmessungen an den ANQ zu stellen. In diesem ist darzulegen, aus welchen Gründen eine oder mehrere der vorgegebenen Messungen nicht durchgeführt werden können und welche alternativen Messungen umgesetzt werden. Der Vorstand des ANQ beurteilt das Gesuch abschliessend und beantwortet es schriftlich.

Um von der Durchführung einer Messung in einem für das Spital oder die Klinik relevanten Bereich befreit zu werden, muss ein vom ANQ bewilligtes Dispensgesuch vorliegen bzw. ist ein Dispens erforderlich.

Bei folgenden objektiven Gründen bewilligt der ANQ ein Dispensgesuch:

- Nicht-Durchführbarkeit der Messung infolge Schliessung des Spitals oder der Klinik innert Jahresfrist
- Nicht-Durchführbarkeit der Messung, weil die von der Messung abgedeckten Leistungen nicht angeboten werden
- Bereichsspezifische Dispensgründe

Der ANQ erteilt beim Vorliegen anderer Gründe (bspw. geringe Fallzahlen, mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen, mangelnde Eignung der Messung) keinen Dispens. Zudem geht der ANQ davon aus, dass grundsätzlich die Instrumente aus dem vorliegendem Messplan gebraucht werden sollen – auch ausserhalb der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiologischen und pulmonalen Rehabilitation.

In Ausnahmefällen kann die Bewilligung eines Dispensgesuchs mit der Aufforderung erfolgen ein Konzept zur Datenerhebung, Auswertung und Berichterstattung einer alternativen Messung vorzulegen.

Bei einem abgelehnten Dispensgesuch muss das Spital / die Klinik die im Messplan vorgegebene Messung im Einklang mit den ANQ-Vorgaben umsetzen. Das Dispensgesuch hat bis zum Vorliegen des Entscheids aufschiebende Wirkung auf die Umsetzung der betreffenden Messung im gesuchstellenden Spital oder der gesuchstellenden Klinik.

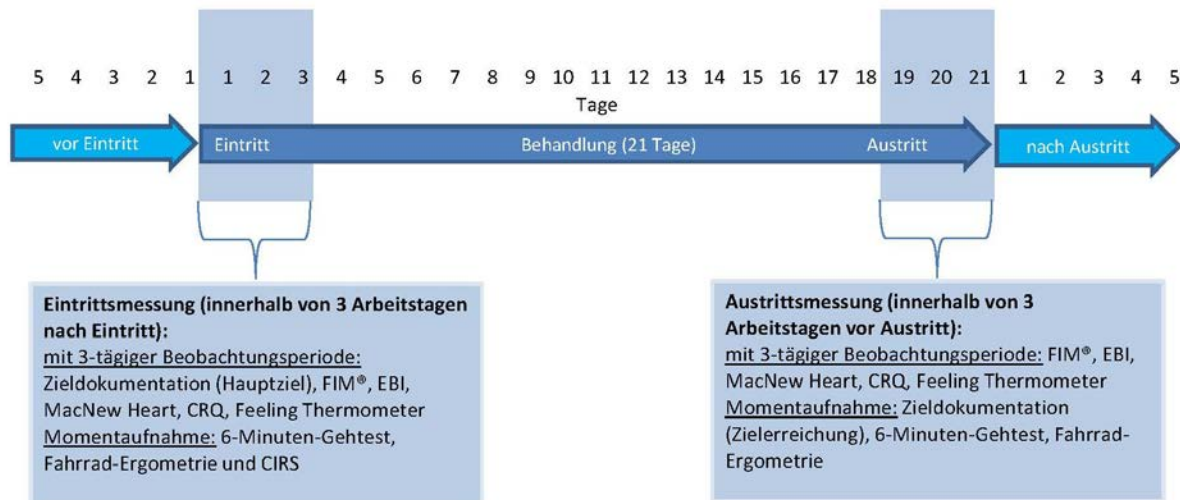
## 2.4 Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode

Die Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen (FIM<sup>®</sup>, EBI, 6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ) erfolgen grundsätzlich möglichst zeitnah zum effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt.

Die Eintrittsmessung – einschliesslich der Messung mit der CIRS – hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen<sup>14</sup> nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag miteingerechnet). Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag miteingerechnet). Den Messergebnissen liegen unterschiedliche Beobachtungsperioden zugrunde:

Die Angaben der Patientinnen und Patienten im MacNew Heart, Feeling-Thermometer und CRQ<sup>15</sup> basieren auf einer dreitägigen Beobachtungsperiode. Der Festlegung des Behandlungsziels und der Beantwortung der Fragen aus FIM<sup>®</sup> bzw. EBI durch die Behandelnden liegen ebenfalls die Beobachtungen der letzten drei Tage zugrunde (Fremdbeurteilung). Die Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests, der Fahrrad-Ergometrie der Beurteilung der Zielerreichung sowie des CIRS stellen dagegen eine Momentaufnahme der Patientinnen und Patienten zum gegebenen Zeitpunkt dar (Ein- bzw. Austrittsmessung).

**Abbildung 2:** Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperioden



Für den Zweck einer national einheitlichen Erhebung wurden die Erfassungszeitpunkte und die Beobachtungsperioden der verschiedenen Instrumente an die Rahmenbedingungen der Messungen in den Rehabilitationskliniken (Eintritts- und Austrittsmessung bei unterschiedlich langer Behandlungsdauer) angepasst und vereinheitlicht.

<sup>14</sup> Definition „innerhalb von 3 Arbeitstagen“: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt es zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten somit ebenfalls als Arbeitstage.

<sup>15</sup> Der CRQ-Fragebogen wird mit einer 14-tägigen Beobachtungsperiode eingesetzt.

## 2.5 Ausschlussgründe (Drop-Out)

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.

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 die Patientin/ 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.

## 2.6 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 der Patientin/ des Patienten aus dem Messprogramm zur Folge.

Kann eine Messung aus einem messspezifischen Grund nicht durchgeführt werden, lehnt die Patientin/ 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 Patientenfragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit dem FIM®, dem EBI und der CIRS sowie bei der Dokumentation des Ziels und der Zielerreichung.

Die Angabe eines Verzichtsgrundes erfolgt bei jedem Patientenfragebogen bzw. jedem Leistungstest separat. Folgende mögliche Gründe für die Nichtdurchführung stehen zur Wahl:

**Tabelle 1:** Formular für Verzichtsgründe bei Patientenfragebogen (MacNew Heart, CRQ, Feeling-Thermometer) und Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie)

Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung [Einfachnennung]	
<input type="checkbox"/>	Ablehnung durch die Patientin/ den Patienten, trotz Motivation und Unterstützung
<input type="checkbox"/>	Nicht-ausreichende Sprachkompetenzen
<input type="checkbox"/>	Die Patientin/ der Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung
<input type="checkbox"/>	Andere, bitte spezifizieren: _____ (z.B. Versäumnis seitens der Klinik)

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.

## 2.7 Durchführung und Datenerfassung der Messungen, Leistungstests und Selbstbeurteilung (Patientenfragebogen)

Der ANQ stellt die Anweisungen zur praktischen Durchführung im Verfahrenshandbuch sowie die Erhebungsinstrumente (Formulare) für die Messungen ([FIM®](#), [EBI](#), [CIRS](#)), die Leistungstests ([6-MWT](#), [Fahrrad-Ergometrie](#)), die schriftlichen Patientenbefragungen ([MacNew Heart](#), [Feeling-Thermometer](#), [CRQ](#)) sowie für die Zieldokumentation ([Partizipationsziel](#), [Zielerreichung](#)) den Kliniken in drei Sprachversionen (D, F, I) zur Verfügung.

### 2.7.1 Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen

Für die Durchführung der Messungen (FIM®, EBI, CIRS), der Zieldokumentation sowie der Leistungstests (Gehtest, Ergometrie) und die Abgabe der Patientenfragebogen (MacNewHeart, Feeling-Thermometer, CRQ) bzw. die damit verbundene Dateneingabe ist die Klinik verantwortlich. Je nach Klinikorganisation kann das die Ärztin bzw. Arzt, eine Therapeutin bzw. ein Therapeut oder eine Pflegefachperson sein.

Bei den Messungen (FIM®, EBI, CIRS), soll die Durchführung und Dokumentation der Leistungstests und der Zieldokumentation innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Eintritt (einschliesslich Eintrittstag) und 3 Tage vor Austritt (einschliesslich Eintrittstag) erfolgen (vgl. Abschnitt 2.4).

Bei den Fragebogen, die die Patientinnen und Patienten selber ausfüllen (MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ), erfolgt die Abgabe des Fragebogens bei Eintritt (im Normalfall während des Erstgesprächs), spätestens aber innert 3 Arbeitstagen nach Eintritt (einschliesslich Eintrittstag). Die Patientin/der Patient erhält bei Bedarf weitere Instruktionen. Die Abgabe des Fragebogens bei Austritt erfolgt frühestens 3 Arbeitstage vor Austritt (einschliesslich Austrittstag) und im Normalfall während des Austrittsgesprächs. Wurde der Fragebogen am Abend vor dem Austrittstag noch nicht retourniert, wird der Patient – noch bevor er die Klinik verlässt – an das Ausfüllen des Fragebogens erinnert. Das Ausfüllen des Fragebogens hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Grundsätzlich soll bei allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen – versucht werden, sie zum Ausfüllen des Fragebogens (MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ) zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen durch die Patientinnen und Patienten wird vom ANQ ausdrücklich erwünscht; das Ausfüllen des Fragebogens mit Unterstützung der Behandelnden ist erlaubt. Es ist sicherzustellen, dass auf die Beantwortung der Fragen keine Einflussnahme erfolgt.

## 2.7.2 Datenerfassung

Unabhängig von der Art der Datenerfassung (Papier, elektronisch im KIS oder in Spezialsoftware) hat die Klinik sicherzustellen, dass die Daten der Messungen, Tests und schriftlichen Befragungen der richtigen Patientin/ dem richtigen Patienten zugeordnet werden können (Barcode, eindeutige Fallnummer).

Bei den Messungen (FIM<sup>®</sup>, EBI, CIRS) und der Zieldokumentation sowie den Leistungstests empfiehlt der ANQ aus Gründen der Datenqualität die elektronische Eingabe der Antworten (KIS, Spezialsoftware) mit einer zeitgleichen Prüfung der Eingaben (vgl. Daten-Handbuch, Abschnitt 7). Durch die elektronische Datenerfassung entfallen das nachträgliche Übertragen der Testergebnisse bzw. Antworten in ein elektronisches System (Scannen, manuelle Dateneingabe), das Kontrollieren der Eingaben auf Vollständigkeit und Eingabefehler, Korrektur von Falschangaben. Der ANQ rät davon ab, Daten der Messungen, Zieldokumentation und Leistungstests erst auf Papier zu erfassen und dann in ein elektronisches System zu übertragen (Gefahr für Übertragungsfehler).

Bei der Datenerfassung der Patientenfragebogen (MacNew Heart, Feeling-Thermometer, CRQ) empfiehlt der ANQ aus Gründen der Datenqualität, die elektronische Eingabe der Antworten in klinikeigene Eingabegeräte (Tablet, Computer) zu prüfen. Mit einer direkten elektronischen Dateneingabe (gekoppelt mit einer rudimentären Prüflogik) entfallen das nachträgliche Übertragen der Antworten in ein elektronisches System (Scannen, manuelle Dateneingabe) und das Kontrollieren der Eingaben auf Vollständigkeit.

Bei fehlendem Rücklauf oder unzureichender Datenqualität sind die Angaben in Rücksprache mit den Patientinnen und Patienten zu vervollständigen.

Alle erhobenen Daten werden nach den Vorgaben des ANQ-Daten-Handbuchs elektronisch an das Auswertungsinstitut übermittelt.

## 3. Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung

---

### 3.1 Vorbemerkungen

Die Zieldokumentation bildet die wichtigsten Inhalte eines rehabilitativen Leistungsauftrages ab. Sie fördert im typischerweise interdisziplinären Rehabilitationsteam eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Zielorientierung bei der Therapieplanung.

Die ANQ-Richtlinien und die Vorgaben bezüglich des Instruments fassen auf den Erfahrungen des Pilotprojekts der KIQ (Vorgängerorganisation des ANQ) und seiner Weiterentwicklung in den Jahren 2010 und 2011:

Im Fachbereich der neurologischen Rehabilitation wurde in den Jahren 2007 bis 2009 vom ANQ ein Pilotprojekt zur Dokumentation von ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) basierten Zielsetzungsprozessen (inkl. Zielerreichung) durchgeführt. Dabei wird das Erreichen der Behandlungsziele als Nachweis für den Rehabilitationserfolg (Qualitätsindikator) erhoben. 12 Kliniken haben dieses auf prozessorientierten Qualitätskriterien basierende Konzept mitentwickelt und umgesetzt.

Parallel dazu wurde im Fachbereich der muskuloskelettalen Rehabilitation ein auf dem Ansatz der Funktionsfähigkeit basierendes Konzept (ohne Integration des Zielsetzungsprozesses) entwickelt und umgesetzt. Daran haben sich 13 Kliniken beteiligt. Mit dem ergebnisorientierten Konzept wird die Erhaltung und Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag und Beruf als Rehabilitationserfolg (Qualitätsindikator) nachgewiesen.

Aufgrund der Erfahrungen aus den beiden Pilotprojekten führte der ANQ Ende 2009 die Entwicklung des ICF basierten Ansatzes weiter: Das Konzept der muskuloskelettalen Rehabilitation wurde an dasjenige der neurologischen Rehabilitation angepasst. Im Frühjahr 2011 hat der Qualitätsausschuss Rehabilitation die flächendeckende Einführung des gemeinsamen Konzepts aufgrund der positiven Erfahrungen empfohlen.

### 3.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Zielerreichung

Die Rehabilitationskliniken gestalten die klinikinternen Prozesse für die Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele nach den Richtlinien des ANQ unter Anwendung der ICF-Zieldokumentation.

#### 3.2.1 Dokumentation der Partizipationsziele

Die klinikinternen Prozesse stellen sicher, dass die Partizipationsziele des Rehabilitationsaufenthalts adäquat gewählt und bei Bedarf angepasst werden:

- Die Partizipationsziele werden so gewählt, dass sie während des stationären Aufenthaltes erreicht werden können.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen alle Ressourcen, Kontextfaktoren<sup>16</sup> und das Rehabilitationspotential der Patientin/ des Patienten.
- Der Einbezug der Patientin/ des Patienten im Zielsetzungsprozess ist klinikintern festgelegt und dokumentiert.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen während des stationären Aufenthaltes.
- Der Zielsetzungsprozess wird nachvollziehbar in der Patientenakte dokumentiert (systematische Definition von Unterzielen und die systematische Überprüfung ihrer Erreichung).

Für die Outcome-Messungen ist lediglich die Erfassung des wichtigsten Partizipationsziels (Kostengutsprache) erforderlich. Den Kliniken ist jedoch freigestellt, für Patientinnen und Patienten mehrere Partizipationsziele für den stationären Aufenthalt festzulegen (z.B. ein Wohn- und ein soziokulturelles Partizipationsziel).

---

<sup>16</sup> Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Patientinnen/ eines Patienten. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die für die Gesundheit der Patientin/ des Patienten von Bedeutung sind. Zur Umwelt der Patientin/ des Patienten gehört zum Beispiel der häusliche Bereich, die Familie, der Arbeitsplatz, die Schule aber auch das Gesundheits- und Sozialsystem. Diese wirken sich in Form von materiellen (z.B. Wohnung, Fusswege, Hilfsmittel, Medikamente, Einkommen), sozialen (z.B. Unterstützung und Beziehungen von bzw. zu Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern, Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialsystem) und einstellungsbezogenen Faktoren (z.B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen von Angehörigen, Freunden oder der Gesellschaft) auf die Patientin/ den Patienten aus. Personenbezogene Faktoren umfassen Merkmale einer Person wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Ausbildung, Lebensstil, Motivation, genetische Prädisposition. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf die Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können sich auch negativ bzw. hemmend auswirken.



### 3.2.2 Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele

Die klinikinternen Prozesse stellen sicher, dass die Beurteilung der Partizipationsziele möglichst objektiv erfolgt und die Leistungsfähigkeit („Capacity“) der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Austritts unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren (Förderfaktoren, Barrieren) beschrieben wird. Das heisst:

- Die Anforderungen zur Erreichung der Partizipationsziele werden klinikintern festgelegt und dokumentiert.
- Der Einbezug der Patientinnen und Patienten im entsprechenden Beurteilungsprozess ist klinikintern festgelegt und dokumentiert.

### 3.3 Formular für die Zieldokumentation

Die Zieldokumentation ([Partizipationsziel](#), [Zielerreichung](#)) einschliesslich der Beurteilung der Zielerreichung wurde bereits dreisprachig im Rahmen des Pilotprojekts erprobt und verwendet. Die deutsche Sprachversion der Zieldokumentation (einschliesslich Zielerreichung) wurde aufgrund der Erfahrungen bei der Weiterentwicklung des Pilotprojekts und den ersten Erfahrungen bei der Umsetzung des Nationalen Messplans Rehabilitation angepasst und erneut übersetzt.

## 4. FIM® Instrument (FIM®)

---

### 4.1 Vorbemerkungen<sup>17</sup>

Das FIM® Instrument (der FIM®) misst bei verschiedenen Diagnosen unter Berücksichtigung der Hilfestellung die Fähigkeitsstörung in den ADL-Bereichen Selbstversorgung, Kontinenz, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation und sozio-kognitive Fähigkeiten (Keith et al. 1987). Dabei werden die verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens mit einer speziellen Skala von 1 bis 7 bewertet. Insgesamt können so minimal 18 Punkte (vollständige Hilfestellung) und maximal 126 Punkte (vollständige Selbstständigkeit) erreicht werden.

Der FIM® eignet sich besonders für die Anwendung im klinischen stationären Bereich. Der Test wurde 1983 von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. V. Granger in den USA entwickelt und sollte vor allem die Pflegebedürftigkeit abbilden. Der FIM® ist neben dem Barthel-Index das weltweit am meisten gebrauchte Messinstrument.

Dem ANQ lag eine sprachlich validierte deutsch- und französischsprachige Version des Instruments vor. Die bereits im Pilotprojekt durch den ANQ verwendete italienischsprachige Version wurde entsprechend angeglichen. Die deutschsprachige, französische und italienische Version sind identisch mit den im Rahmen des Projekts ST-Reha verwendeten Versionen.

Die Urheberrechte liegen bei *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (kurz: UDSMR) in New York, einer Organisation der staatlichen Universität Buffalo. Der ANQ hat die Rechte für die Verwendung des Instruments und weiterer urheberrechtlich geschützter Materialien für die Nutzung im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen erworben. Nur den entsprechend registrierten Kliniken ist erlaubt, den FIM® und dazugehörige Materialien zu nutzen. Aus urheberrechtlichen Gründen stellt der ANQ den entsprechend registrierten Kliniken die gelayoutete Version des Instrumentes sowie die Unterlagen auf Anfrage und nach Abschluss der für den Erhalt einer klinikindividuellen Lizenz notwendigen administrativen Schritte zu. Die Kliniken, welche den FIM® verwenden möchten, wenden sich bitte direkt an den ANQ.

### 4.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des FIM®

Das Ausfüllen des FIM® durch die Behandelnden braucht ca. 15-30 Minuten. Grundlage bilden Beobachtungen zu den ADL während dem normalen Klinikalltag.

Der FIM® wird durch geschulte Personen erfasst, welche zudem Einblick in das umfassende Manual des FIM® haben. Es muss jedes Item im FIM® bewertet werden. Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Seit Januar 2015 sind ergänzend die Subitems zur Fortbewegung (Item 12) und zur Kommunikation (Item 14 und 15) zu beurteilen. Hierbei muss bei der Fortbewegung jeweils die gleiche Fortbewegungsart bei Ein- und Austritt beurteilt werden.

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 ab 2018* 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

---

<sup>17</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von H. Lüthi in Schädler et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 1: Neurologie.

anderen Fällen werden auch zu Austritt beide Modi geratet und der Charité übermittelt (vgl. auch Daten-Handbuch, Abschnitt 1.3).

Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Die Beurteilung einer Fähigkeit erfolgt in erster Linie durch direkte Beobachtung, nicht durch übermittelte Informationen. Es wird die tatsächlich ausgeführte Leistung und nicht die mögliche Leistungsfähigkeit vermerkt. Für weitere detaillierte Anwendungsbeschreibungen vgl. FIM®-Manual<sup>18</sup> sowie zusätzliche zum Manual ergänzende [Empfehlungen der ANQ Expertengruppe „Regelwerk FIM®“](#) (siehe unter „Messinstrumente – ergänzende Dokumente Module 2 & 3).

---

<sup>18</sup> Für die ANQ Messungen Rehabilitation werden die durch den ANQ übersetzten Versionen des Originalmanuals der UDSMR „The FIM System Clinical Guide, Version 5.2“ (2013) verwendet.

## 5. Erweiterter Barthel-Index (EBI)

---

### 5.1 Vorbemerkungen<sup>19</sup>

Hauptziel bei der Anwendung des Index ist, das Ausmass der Abhängigkeit von fremder Hilfe bei neurologischen Patientinnen und Patienten möglichst genau zu erfassen. Dabei kann es sich um physische Hilfestellungen, aber auch um verbale Hilfestellungen wie Erinnerung, Aufforderungen, Supervision sowie um Hilfsmittel handeln.

Unter Berücksichtigung der Unterstützung misst der EBI die Fähigkeitsstörung in verschiedenen ADL-Bereichen (16 Items). Die Einstufung einer Patientin/ eines Patienten muss immer bezüglich aller Items erfolgen. Dabei muss die Einstufung jedes Items unabhängig von der Einstufung in anderen Items erfolgen.

Dabei werden die verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens mit einer Antwortskala von 0 bis 4 regelmässig bewertet. Da der Barthel-Index vor allem motorische Fähigkeiten bewertet, wurde er von Prosiegel et al. (1996) um weitere sechs vorwiegend kognitive Items (Verständnis, Verständlichkeit, Problemlösen usw.) ergänzt. Zudem wurde die Bewertung der einzelnen Items angepasst und von einer vier-stufigen (0-3) auf eine fünf-stufige (0-4) Antwortskala erweitert. Insgesamt können mit den 16 verschiedenen Aktivitäten maximal 64 Punkte erreicht werden.

Mit dem EBI wurde eine lizenzfreie Alternative zum FIM<sup>®</sup> entwickelt. Er weist zum Teil die gleichen Fragen auf und korreliert in hohem Masse mit dem FIM<sup>®</sup>. Ausserdem erfordert er deutlich weniger Schulung und einen etwas geringeren Zeitaufwand für das Ausfüllen als der FIM<sup>®</sup>.

### 5.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des EBI

Grundlage für das Ausfüllen bilden Beobachtungen der Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls ergänzende Informationen von Angehörigen oder Information aus der medizinischen Dokumentation. Das Ausfüllen des EBI erfordert ca. 15 Minuten. Dabei muss der Beurteilende in der praktischen Durchführung des EBI geschult sein (Zusammenfassung der Beobachtungen) und sich an die Testanweisungen halten.

Trotz anderslautender Empfehlung<sup>20</sup> erfolgt die erste Einstufung der Patientin/ des Patienten beim EBI<sup>21</sup> bis spätestens drei Tage nach Eintritt.

- 1) Da der Index aufgrund der Operationalisierungen (d.h. der sehr detaillierten Itembeschreibungen) ohnehin sehr genau gelesen werden muss, wurden – um die Übersichtlichkeit und Flüssigkeit des Textes nicht zu sehr zu stören – durchwegs männliche Pronomen (er, sein, ihm etc.) verwendet, die sich natürlich auf die Patientinnen und Patienten beziehen.
- 2) Jede Patientin/ jeder Patient muss pro Item so eingestuft werden, dass das tatsächlich vorliegende Mass der Abhängigkeit im entsprechenden Bereich widerspiegelt wird.  
Beispiel: Ein Patient, der völlig urin- und stuhlinkontinent ist, jedoch mit Dauerkatheter und

---

<sup>19</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von S. Schädler in Schädler et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 1: Neurologie.

<sup>20</sup> Gemäss Schädler et al. (2009) ist die Einstufung einer Patientin/ eines Patienten erst nach einer Woche sinnvoll möglich.

<sup>21</sup> Vgl. Fussnote 17.

Windeln versorgt wird, benutzt deshalb die Toilette nicht. Dementsprechend benötigt er im Bereich Toilette (Item VIII) auch keine Hilfe und erhält in diesem Item den höchsten Score (nämlich 4). Ähnliche Situationen können sich in den Items XV (Gedächtnis / Lernen / Orientierung) und XVI (Sehen / Neglect) ergeben, wenn z.B. ein desorientierter oder schwer sehgestörter Patient keine Hilfe in diesem Bereich benötigt, da er ohnehin völlig immobil ist (und deshalb nicht weglaufgefährdet ist bzw. nicht an Hindernisse anstossen kann).

- 3) Es können Überlappungen in der Einstufung auftreten, wie das folgende Beispiel zeigt: körperlicher Transfer spielt sowohl in Item V (Umsteigen auf Rollstuhl ins Bett und umgekehrt) eine Rolle als auch in den Items VIII (Benützung der Toilette) und IV (Baden/ Duschen/ Körper waschen). Patientinnen und Patienten, die beispielsweise einen niedrigeren Score in Item V aufweisen, werden demnach häufig auch einen niedrigen Score in den beiden anderen Items (VIII und IV) erhalten.
- 4) Die Einstufung der Items soll widerspiegeln, was eine Patientin/ ein Patient wirklich tut und nicht was er eigentlich tun könnte. Insofern ist bei der Einstufung unwichtig, ob die Patientin/der Patient aus körperlichen, kognitiven oder motivationalen Gründen Hilfe benötigt. So kann beispielsweise ein Patient mit schwerer Motivationsstörungen durchaus auf erhebliche physische Hilfe angewiesen sein.
- 5) Eine Patientin/ ein Patient kann nur dann als funktionell unabhängig eingestuft werden, wenn er die entsprechende Aufgabe ohne Hilfe und innerhalb eines vertretbaren Zeitbereiches erfüllt. Wenn dieser vertretbare Zeitbereich überschritten wird, so hat die Einstufung so zu erfolgen, dass sie das Mass der Hilfe erfasst, die erforderlich ist, damit die Patientin/ der Patient die Aufgabe innerhalb des vertretbaren Zeitbereiches erfüllt. Ein Richtwert für vertretbare Zeitbereiche ist in dem Index bei den Items, für die eine derartige Angabe Sinn macht, in Minuten oder Stunden angegeben.

Beispiel: Ein Patient, der zum selbständigen Anziehen 2 Stunden benötigt, würde in Item III einen Score von 2 erhalten, wenn er mit geringer Hilfestellung in der Lage ist, sich innerhalb ca. 30 Minuten anzuziehen. Kann sich der Patient hingegen nur mit umfangreicher Hilfestellung innerhalb von ca. 30 Minuten anziehen, so erhält er den niedrigsten Score 0.

Die EBI wurde bereits im Rahmen des Pilotprojekts des ANQ dreisprachig verwendet. Die französischsprachige Version des Instruments wurde von zwei verschiedenen Personen unabhängig übersetzt. Die Übersetzungen wurden abgeglichen und bereinigt. Darüber hinaus wurde die Beobachtungsperiode für die Zwecke der ANQ-Qualitätsmessungen auf 3 Tage gekürzt. Das Instrument stimmt mit dem im Rahmen des Projekts von ST-Reha verwendeten Instrument überein.

## 6. 6-Minuten-Gehtest

---

### 6.1 Vorbemerkungen<sup>22</sup>

Die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit geschieht oft alleine auf Basis der Anamnese. "Wie viele Stufen können Sie steigen?" oder "Wie weit können Sie gehen?" sind typische Fragen zu diesem Zweck. Nicht alle Patientinnen und Patienten können die Anzahl Stufen oder die zurückgelegte Gehstrecke richtig angeben. In den frühen 1960ern entwickelte Balke einen einfachen Test, um die körperliche Leistungsfähigkeit durch Messen des während eines definierten Zeitraums gegangenen Abstands zu beurteilen. Dann wurde durch Cooper ein 12-Minuten-Feldtest entwickelt, um das Niveau der physischen Gesundheit von gesunden Personen zu beurteilen. In der Folge entstand der 6-Minuten-Gehtest für Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen, welche nicht in der Lage waren, den 12-Minuten-Gehtest zu absolvieren. Der 6-Minuten-Gehtest misst die körperliche Leistungsfähigkeit anhand der in sechs Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke in Metern. Nach Meinung von Wissenschaftlern ist der 6-Minuten-Gehtest ein einfach durchzuführender, gut tolerierbarer Test, welcher die alltägliche Leistungsfähigkeit besser abbildet als andere Gehtests (z.B. 12-Minuten-Gehtest). Zur Durchführung werden in der Schweiz die internationalen Standards von American Thoracic Society (ATS) und European Respiratory Society (ERS) empfohlen<sup>23</sup>.

### 6.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests<sup>24</sup>

Die praktische Durchführung kann an einen geschulten Physiotherapeuten delegiert werden. Die Testanweisungen des ANQ müssen eingehalten werden. Für die Durchführung des 6-Minuten-Gehtests braucht es ca. 15 bis 20 Minuten (einschliesslich Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung). Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz des 6-Minuten-Gehtests sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

Testvoraussetzung bei Patientinnen und Patienten mit kardialen oder respiratorischen Problemen ist eine ausreichende Belastbarkeit, welche durch die ärztliche Verordnung bestätigt ist, und eine ausreichende Mobilität. Ist die Patientin/ der Patient bettlägerig oder zimmermobil, entfällt der 6-Minuten-Gehtest. Der Grund der Nichtdurchführbarkeit wird im Eintrittsgehtest entsprechend angegeben.

Der Test sollte an einem Ort durchgeführt werden, an dem eine notfallmässige Betreuung und ungehindertes Gehen auf einer Distanz von 30 Metern möglich sind. Die Gehstrecke sollte alle 3 Meter markiert und die Wendepunkte mittels eines farbigen Verkehrskegels gekennzeichnet sein. Erlaubt sind auch andere vergleichbare Gestaltungen von Gehstrecken (z. B. ein Rundlauf in einer Turnhalle).

Mit der Anweisung zum Start beginnen die 6 Minuten, an deren Ende die zurückgelegte Gehdistanz ermittelt wird. Die Patientin/ der Patient wird instruiert, innerhalb von sechs Minuten so weit als möglich zu gehen. Die Instruktion lautet: "Gehen Sie in den folgenden 6 Minuten so viele Meter, wie Sie können, Pausen sind erlaubt. Sie dürfen nicht rennen". Während des Tests darf die Patientin/ der Patient die folgenden Informationen erhalten: "Sie machen es gut, es dauert noch (so viele) Minuten", "Machen sie es weiter so gut, sie haben es zur Hälfte geschafft", etc. Anfeuern durch andere Sätze oder Körpersprache ist nicht erlaubt. Wenn die Patientin/ der Patient während der 6 Minuten eine Pause macht, darf die Stoppuhr nicht angehalten bzw. die Zeitdauer um die Pausenzeit nicht ergänzt werden.

---

<sup>22</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von Peter Oesch und Peter Van Wittenberge in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

<sup>23</sup> Vgl. <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

<sup>24</sup> Vgl. Fussnote oben.

Die Patientin, der Patient kann die Pause sitzend oder stehend verbringen und wird alle 30 Sekunden angehalten, wenn möglich wieder weiter zu gehen. Es wird empfohlen die Pausenzeit zu dokumentieren.

Der Test muss abgebrochen werden, wenn die Sicherheit der Patientin/ des Patienten nicht mehr gewährleistet werden kann oder eines der folgenden Symptome auftritt: Thorax-Schmerzen, starke Atemnot, Erschöpfung, Schmerzen am Bewegungsapparat.

Die Eintritts- bzw. Austrittsmessung kann in der Eintritts- bzw. Austrittsperiode wiederholt werden, wenn die Patientin/ der Patient eine aussergewöhnlich schlechte Tagesform hatte (Auftreten von Schwindel oder Übelkeit). Erfasst wird dann das jeweils bessere der beiden Resultate.

Ist der die Patientin/ 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 Grund 3: „Die Patientin/ der Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung“ angegeben. Gleiches gilt für die Austrittsmessung. Andere Gründe für die Nichtdurchführung sind entsprechend dem Daten-Handbuch anzugeben.

Wenn die Eintrittsmessung aufgrund einer schlechten körperlichen Verfassung nicht möglich war, sich der Zustand der Patientin/ 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.

Die Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sollten mit den zum Zeitpunkt der Messung üblichen Gehhilfen und bei aktueller Medikation (auch bezüglich Sauerstoffabgabe) durchgeführt werden.

## 7. Fahrrad-Ergometrie

---

### 7.1 Vorbemerkungen<sup>25</sup>

Das Belastungs-EKG auf dem Fahrradergometer ist eine Routine-Untersuchung zur Beurteilung der Durchblutung des Herzmuskels und damit der Funktion der Herzkranzgefässe, aber auch der Einschätzung der allgemeinen Belastbarkeit und des Blutdruckverhaltens unter Belastung. Während die Leistung unter ärztlicher Aufsicht erbracht wird, wird das EKG und der Blutdruck fortlaufend kontrolliert bzw. registriert und ist von diagnostischer und prognostischer Bedeutung.

### 7.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Fahrrad-Ergometrie

Testvoraussetzung bei Patientinnen und Patienten mit kardialen oder respiratorischen Problemen ist eine ausreichende Belastbarkeit, welche durch die ärztliche Verordnung bestätigt ist. Der Test sollte an einem Ort durchgeführt werden, an dem eine notfallmässige Betreuung möglich ist. Die Durchführung muss unter Überwachung eines Arztes stattfinden. Um eine optimale Validität und Reliabilität zu gewährleisten, müssen die Geräte regelmässig kalibriert werden. Für die Durchführung der Fahrrad-Ergometrie braucht es eine gute Stunde (einschliesslich Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung). Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz der Fahrrad-Ergometrie sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

Die Patientin/ der Patient wird auf einen Fahrrad-Ergometer halbliegend oder sitzend belastet. Dabei soll die Herzaktivität aufgezeichnet und kontrolliert werden. Die Patientin/ der Patient wird während der erschöpfungs- oder symptomlimitierten Belastung verbal motiviert. Bei kardialen Ereignissen (Rhythmusstörungen, Ischämien), Atemnot oder Erschöpfung ist der Test abzubrechen.

Das minimal standardisierte Belastungsprotokoll orientiert sich im Wesentlichen am ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing von 2003:

- Vorbereitungs- und Aufwärmphase: 3 Minuten Ruhe; optional zusätzlich 3 Minuten unbelastetes Treten
- Belastungsphase: 6 bis 12 Minuten Anstieg bei 5 bis 30 Watt / Minute
- Erholungsphase optional: zusätzlich 10 Minuten Pause mit 3 Minuten unbelastetem Treten

---

<sup>25</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von Olivier Pantet, Pierre Monney, Nicole Aebischer im Swiss Medical Forum 2012 (29-30): 578-584 sowie der Beitrag von G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.



## 8. MacNew Heart

---

### 8.1 Vorbemerkungen

Die krankheitsbezogene Lebensqualitätsbefragung anhand des MacNew Heart ist international etabliert. Sie umfasst 27 Fragen und bildet physische, emotionale und soziale Funktionsbereiche sowie das Ausmass der Symptome in den letzten drei Tagen vor der Befragung auf einer 7-stufigen Antwortskala ab (1=stark eingeschränkt bis 7=überhaupt nicht eingeschränkt).

Aus den 27 Items können drei Subskalen (Subscores physische, emotionale sowie soziale Lebensqualität) und ein Total-Score über alle Items berechnet werden. Für die Scoreberechnung wird je Sub-Scores bzw. für den Total-Score die durchschnittliche Punktzahl (Summe der Punkte/ Anzahl der beantworteten Fragen) ermittelt. Als Bedingung für die Score-Berechnung müssen je Subkategorie mindestens 50% der Items beantwortet sein.

Die Urheberrechte liegen bei der *MacNew.Org*. Der ANQ hat die Rechte für die Verwendung des Fragebogens (deutsche, französische und italienische Fassung) und weiterer urheberrechtlich geschützten Materialien für die Nutzung im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen erworben. Nur den entsprechend registrierten Kliniken ist erlaubt, den MacNew Heart und dazugehörige Materialien zu nutzen. Aus urheberrechtlichen Gründen stellt der ANQ den entsprechend registrierten Kliniken die Unterlagen direkt zu.

### 8.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des MacNew Heart

Mit Erlaubnis des Lizenzgebers wurde die Beobachtungsperiode für die Zwecke der ANQ-Qualitätsmessungen auf 3 Tage gekürzt und die französische Sprachversion revidiert.

Das Ausfüllen des Fragebogens durch die Patientinnen und Patienten erfordert rund 20 Minuten Zeit. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz des MacNew Heart sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

## 9. Feeling-Thermometer

---

### 9.1 Vorbemerkungen

Beim Feeling-Thermometer handelt es sich um ein Instrument, das den allgemeinen Gesundheitszustand in den vergangenen sieben Tagen anhand einer visuellen Analogskala erfasst, welche die Form eines Thermometers hat. Visuelle Analogskalen werden in erster Linie zur Erfassung subjektiven Einstellungen genutzt. Sie werden häufig in der Schmerzforschung und Schmerztherapie eingesetzt. Typischerweise markieren die Endpunkte der Antwortskala extreme Zustände, wie z. B. "kein Schmerz" und "unerträglicher Schmerz" oder im Falle des Feeling-Thermometers „Perfekte Gesundheit“ und „Schlechtest denkbarer Gesundheitszustand“. Der Befragte markiert seine subjektive Empfindung durch einen Strich auf der Linie bzw. dem Thermometer.

### 9.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des Feeling-Thermometers

Das Ausfüllen des Fragebogens durch die Patientinnen und Patienten erfordert rund zwei Minuten Zeit. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz des Feeling-Thermometers sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

Das Feeling-Thermometer wurde vom ANQ professionell ins Französische und Italienische übersetzt. Die Übersetzungen wurden abgeglichen und bereinigt und die Beobachtungsperiode für die Zwecke der ANQ-Qualitätsmessungen auf 3 Tage gekürzt.

Die Antwortskala (visuelle Analogskala) wird als Thermometer dargestellt. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, sollte das für die ANQ-Qualitätsmessungen verwendete Thermometer rund 20 cm messen.

## 10. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

---

### 10.1 Vorbemerkungen<sup>26</sup>

Der CRQ wurde 1987 von G. Guyatt und Kollegen in Kanada entwickelt. Es handelt sich um einen Fragenbogen, welcher die körperlich-funktionellen und emotional-psychischen Einschränkungen bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung misst. Er eignet sich deshalb für die Befundaufnahme und darüber hinaus zur Dokumentation des Behandlungsergebnisses. Wenn sich der CRQ verbessert, kann daraus gefolgert werden, dass die Patientin/ der Patient an Lebensqualität im Alltag gewonnen hat (unabhängig von einer gegebenenfalls verbesserten Lungenfunktion).

Der CRQ ist in verschiedenen Versionen erhältlich (Interviewer-Bogen, Patientenbogen, mit / ohne standardisierten Dyspnoe-Fragen). In der Schweiz wird der CRQ mit standardisierten Dyspnoe-Fragen am häufigsten verwendet. Der ANQ benutzt die vom Lizenzgeber bereitgestellten Versionen des CRQ-SAS (Patientenbogen mit standardisierten Dyspnoefragen). Dieser liegt als validierte deutschsprachige Version für die Schweiz sowie als französische und italienische Sprachversion vor. Die Beobachtungsperiode des CRQ beträgt 14 Tage (vgl. Fussnote 14).

Der Instrument umfasst 20 Fragen aus 4 Bereichen: 5 Fragen zu Tätigkeiten, welche bei einigen Menschen mit Lungenproblemen Dyspnoe hervorrufen, 4 Fragen zum Thema Müdigkeit, 7 Fragen zur Stimmungslage und 4 Fragen zur Bewältigung der Krankheit. Die Fragen werden anhand einer sieben-stufigen Antwortskala beantwortet, wobei 1 = „maximale Beeinträchtigung“ und 7 = „keine Beeinträchtigung“ bedeutet. Für die Zwecke der ANQ-Qualitätsmessungen wurde die zweiwöchige Beobachtungsperiode beibehalten

Für die Berechnung des Total-Scores wird zunächst in jedem Bereich die durchschnittliche Punktezahl (Summe der Punkte / Anzahl Fragen) berechnet. Der Durchschnitt der Bereiche-Scores bildet dann den Total-Score. Als Bedingung für die Score-Berechnung müssen je Subkategorie mindestens 50% der Items beantwortet sein.

Die Urheberrechte liegen bei der McMaster University (Canada). Der ANQ hat die Rechte für die Verwendung des Instruments (deutsche, französische und italienische Fassung) und weiterer urheberrechtlich geschützter Materialien für die Nutzung im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen erworben. Nur den entsprechend registrierten Kliniken ist erlaubt, den CRQ und dazugehörige Unterlagen zu nutzen. Aus urheberrechtlichen Gründen stellt der ANQ den entsprechend registrierten Kliniken die Unterlagen direkt zu.

### 10.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des CRQ

Das Ausfüllen des Instruments durch die Patientinnen und Patienten erfordert rund 30 Minuten Zeit. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz des CRQ sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

---

<sup>26</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

## 11. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

---

### 11.1 Vorbemerkungen

Die Komorbiditätsskala „Cumulative Illness Rating Scale (CIRS<sup>27</sup>)“ wurde von Linn et al. 1968 konzipiert, um alle Erkrankungen von multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten umfassend abzubilden. Miller und Towers überarbeiteten 1991 die CIRS Version nach Linn et al. (1968) und ergänzten sie um das 14. Item zu Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Die vom ANQ verwendete CIRS Version von Salvi et al. (2008) basiert auf der Version von Miller und Towers (1991).

Mit der CIRS werden 14 Organsysteme auf einer fünf-stufigen Antwortskala von 0 bis 4 bewertet (0 = „kein Problem“ bis 4 = „extrem schweres Problem“). Der Gesamtscore beträgt maximal 56 Punkte. Das Instrument stimmt mit dem im Rahmen des Projekts von ST-Reha verwendeten Instrument überein.

Die Komorbiditätsskala CIRS korreliert mit Mortalität, Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen und deren Dauer, stationären Wiederaufnahmen, Medikamentenverbrauch, auffälligen Laborbefunden, funktionalen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Überlebenszeit nach Tumorerkrankungen ohne Verschlechterung. Sie wird in der Rehabilitationsmedizin eingesetzt, um das Ergebnis der Behandlung zu bewerten.

### 11.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der CIRS

Die CIRS wird nur bei Eintritt ausgefüllt; eine Austrittsmessung ist für die ANQ-Qualitätsmessungen nicht vorgesehen. Das Ausfüllen des CIRS durch geübte Personen braucht ca. 10 Minuten. Grundlage dazu bildet die medizinische Dokumentation der Patientin/ des Patienten und die Beobachtungen.

Für die Anwendung des CIRS wird auf das entsprechende Handbuch nach Salvi et al. (2008)<sup>28</sup> verwiesen. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz des CIRS sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

---

<sup>27</sup> Für die Cumulative Illness Rating Scale hat sich die gleichlautende Abkürzung wie für das Critical Incident Reporting System eingebürgert.

<sup>28</sup> Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, Appendix S1 (ANQ, Übersetzung). (Originalartikel veröffentlicht 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

## 12. Impressum

---

Titel	Verfahrenshandbuch <b>Version 6.1</b>
Jahr	2018
Autor/innen	ANQ, Dr. Luise Menzi, Stephanie Studer und Stefanie Köhn (Charité)
Qualitätsausschuss	PD Dr. med. Stefan Bachmann, Kliniken Valens  Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Ruth Fleisch, Klinik Schloss Mammern Dr. med. Stefan Goetz, Hôpital Fribourgeois Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr. med. Isabelle Rittmeyer, Zürcher Rehasentrum Davos Dr. Gianni Roberto Rossi, Clinica Hildebrand, Brissago Klaus Schmitt, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens Dr. med. Marcel Weber, Stadtspital Triemli, Zürich
Kontaktadresse	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ  Dr. Luise Menzi, Leitung Rehabilitation ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern T 031 511 38 44, <a href="mailto:luise.menzi@anq.ch">luise.menzi@anq.ch</a> / <a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a>
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)