AUSWERTUNGSKONZEPT REHABILITATION

REHASPEZIFISCHE MESSUNGEN

VERSION 8.0/2025

Gültigkeit: 8.0, gültig ab Datenjahr 2025 (Ablösung der Version 7.0)

Datum: verabschiedet am 11.09.2025, Qualitätsausschuss Rehabilitation und bestätigt ohne Vernehmlassung am 21.10.2025, Vorstand ANQ

Weltpoststrasse 5 • 3015 Bern
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

ÄNDERUNGSJOURNAL

Damit Sie auf ein stets aktualisiertes Hilfsmittel zurückgreifen können, wird das vorliegende Dokument bei Bedarf auch unterjährig auf den neusten Stand gebracht. Die Farbcodierung hilft Ihnen dabei, die letzte/n Änderung/en rasch zu erfassen.

FARBCODIERUNG	GEÄNDERT PER	STICHWORT
GRAU	Auswertung Datenjahr 2025	Anpassung Definition Auswertbarkeit. Damit ein Fall als «auswertbar» eingestuft wird, muss das Instrument HZ/ZE nicht mehr zwingend vorliegen.
		Einführung neue Plattform für die Datenlieferung *RehaCompass* als Ablösung von ReMoS.
		Spezifikation Berechnung der Aufenthaltsdauer in Tagen
		Präzisierung bei der Dropout-Definition

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage ... 4
2 Datenerhebung ... 5
2.1 Methode ... 5
2.2 Instrumente und Messung ... 6
2.3 Weitere Daten ... 7
3 Datenaufbereitung und -übermittlung ... 8
3.1 Datenaufbereitung ... 8
3.2 Datenübermittlung ... 9
3.3 Datenschutz und -sicherheit ... 9
4 Auswertungsmethodik ... 10
4.1 Ein- und Ausschlusskriterien ... 10
4.2 Datenqualität ... 10
4.3 Auswertungsstichprobe ... 12
4.3.1 Berechnung der Aufenthaltsdauer ... 13
4.3.2 ADL-Score ... 13
4.4 Weitere Schritte vor der nationalen Auswertung ... 13
4.5 Deskriptive Auswertung ... 14
4.6 Risikoadjustierte Auswertung ... 14
4.6.1 Ergebnisindikatoren ... 14
4.6.2 Risikoadjustierung ... 15
4.7 Jahresvergleiche ... 18
Literaturverzeichnis ... 19
Anhang A – Bewertungskriterien ... 20
Anhang B – Diagnosekategorien ... 26
Impressum ... 34

1 AUSGANGSLAGE

Das hier vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die erhobenen Daten der rehaspezifischen Messungen aus dem Messplan Rehabilitation national und vergleichend ausgewertet werden. Besondere Berücksichtigung findet die Risikoadjustierung, welche einen fairen Klinikvergleich ermöglichen soll. Die Erstellung des Konzeptes ist in enger Kooperation zwischen dem ANQ, dem Qualitätsausschuss Rehabilitation und den Kooperationspartnern Charité – Universitätsmedizin Berlin und w hoch 2 GmbH entstanden.

- **Die Charité – Universitätsmedizin Berlin** ist zuständig für die wissenschaftliche Begleitung des Messplans Rehabilitation, die national vergleichende Auswertung der Messdaten und die Berichtslegung der nationalen Messergebnisse.
- **w hoch 2** ist beauftragt mit der Messlogistik, der Entwicklung und dem Betrieb der Online-Plattform *RehaCompass* (Datenupload, Datenprüfung, Datenübermittlung) und dem Ergebnisdashboard der klinikspezifischen Ergebnisse.

Das vorliegende Auswertungskonzept berücksichtigt den Nationalen Qualitätsvertrag, das «Datenreglement ANQ» sowie die «Anforderungen an die Auswertungskonzepte des ANQ». Diese Fassung wird – aufbauend auf den erhobenen Daten der folgenden Datenjahre und den damit verbundenen Auswertungsergebnissen, den Rückmeldungen der verschiedenen Akteursgruppen und allfälliger Weiterentwicklungen der Messungen – bei Bedarf angepasst.

2 DATENERHEBUNG

2.1 METHODE

An der nationalen Ergebnismessung nehmen alle Rehabilitationskliniken teil, die den Nationalen Qualitätsvertrag ANQ 2011 unterzeichnet haben und nicht über einen Dispens verfügen. Die Kliniken erfassen jede/jeden in die Rehabilitationsklinik für einen stationären Aufenthalt eingetretene Patientin, eingetretenen Patienten, unabhängig vom geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale, wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Liegeklasse, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung. Die Durchführung der Datenerhebung sowie die Dateneingabe und -übermittlung liegt in der Verantwortung der Kliniken, die am Nationalen Messplan Rehabilitation teilnehmen. Verbindliche Vorgaben für die Durchführung und Dokumentation der Messungen sind im Verfahrenshandbuch sowie im Datenhandbuch definiert.

Für die Ergebnismessungen wurden zentrale Behandlungsergebnisse (Outcomes) definiert, die zwischen den Kliniken mittels geeigneter Ergebnisindikatoren verglichen werden sollen. Dabei werden zur Datenerhebung der Ergebnisindikatoren die in Kapitel 2.2 genannten Instrumente eingesetzt. Es wird jeweils eine Eintritts- und Austrittsmessung vorgenommen. Bei den eingesetzten Instrumenten handelt es sich um etablierte und validierte Assessments/Fragebogen, die zur Erhebung gesundheitsspezifischer Outcomes entwickelt wurden. In den Fragebogen ist ein Set an Variablen/Items, enthalten, mit denen die verschiedenen Aspekte des Outcomes standardisiert eingeschätzt werden. Für die Auswertung werden die Antworten aggregiert und ein Gesamtscore oder verschiedene Subscores für das jeweilige Outcome gebildet. Abhängig von der Art der Erhebungsmethode existieren drei Arten von Messinstrumenten:

- Clinician-Reported Outcome Measurements (ClinROMs): Ein Teil der Instrumente wird als Fremdbeurteilung eingesetzt: Die Einschätzung der im Messinstrument abgefragten Funktionen oder Symptome sowie das Ausfüllen der Formulare erfolgt durch das medizinische Personal auf der Grundlage von Beobachtungen im Klinikalltag oder diagnostischen Gesprächen.
- Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs): Bei den anderen Instrumenten handelt es sich um Selbstbeurteilungen. Die Patientinnen und Patienten füllen die einzelnen Items des Fragebogens selbst aus.
- Leistungstests: Als dritte Kategorie von Instrumenten werden im Nationalen Messplan standardisierte Leistungstests eingesetzt, bei denen das Outcome, hier: die Leistung einer Patientin, eines Patienten in einem bestimmten Bereich (z. B. körperliche Leistungsfähigkeit) nach definierten Vorgaben vom Klinikpersonal gemessen und dokumentiert wird.

Sowohl bei Patientenfragebogen/PROMs als auch bei Leistungstests besteht grundsätzlich die Möglichkeit eines Testverzichts (Nichtdurchführung der Messung), da die Patientinnen und

Patienten bei diesen Messmethoden aktiv mitwirken müssen. Ein Testverzicht muss ebenfalls dokumentiert werden. Bei den ClinROMs ist die Möglichkeit eines Testverzichts nicht vorgesehen, da die Patientinnen und Patienten bei dieser Form der Datenerhebung lediglich eine passive Rolle haben.

2.2 INSTRUMENTE UND MESSUNG

In Abbildung 1 ist dargestellt, welche Instrumente jeweils für die verschiedenen Rehabereiche obligatorisch bei Reha-Eintritt und -Austritt anzuwenden sind. Darüber hinaus müssen für jeden Fall weitere Daten, die für die Auswertung (einschliesslich Risikoadjustierung) benötigt werden, erfasst und übermittelt werden.

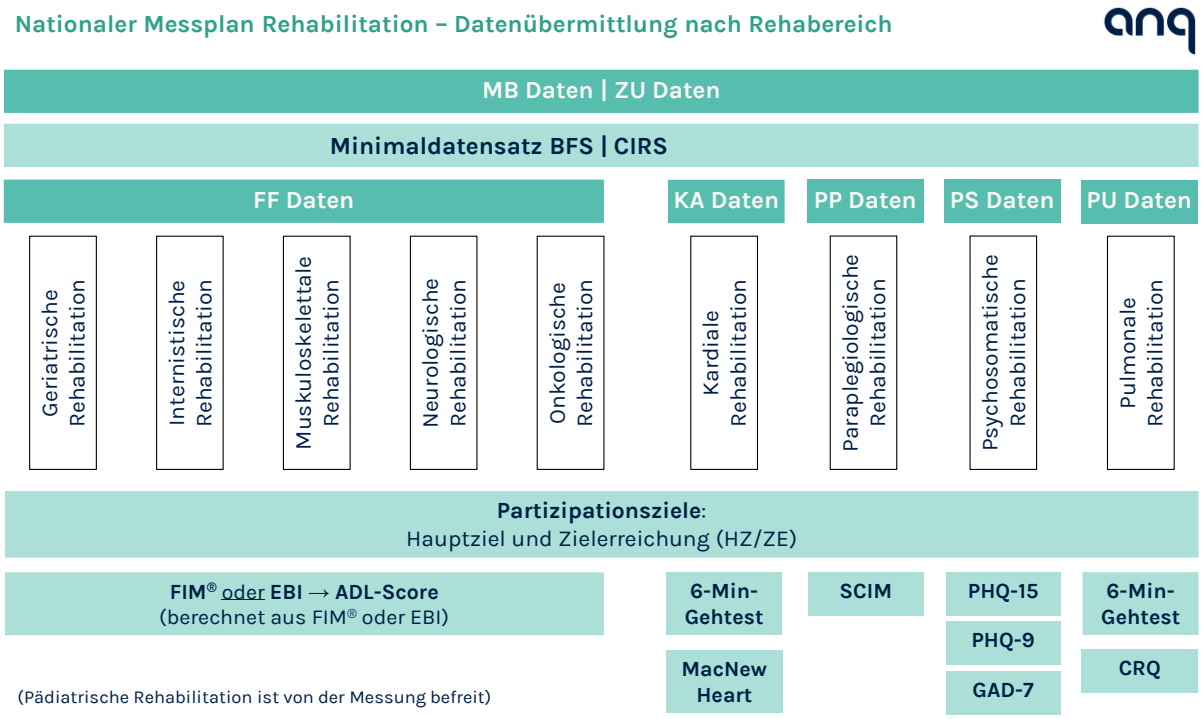

Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation

In allen neun Rehabereichen werden für jede Patientin und jeden Patienten Partizipationsziele und die Zielerreichung (HZ/ZE) dokumentiert. Darüber hinaus werden folgende Instrumente zur Ergebnismessung in den verschiedenen Rehabereichen eingesetzt:

In der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen Rehabilitation wählt jede Klinik ein Instrument zur Erfassung der Funktionsfähigkeit durch das Personal aus und nutzt dieses für alle Patientinnen und Patienten. Zur Wahl stehen hier das FIM®-Instrument oder der Erweiterte Barthel Index (EBI). Für den klinikübergreifenden

adjustierten Vergleich der Ergebnisqualität wird ein ADL-Score (Activities of Daily Living) genutzt, der aus FIM® bzw. EBI berechnet wird. Der ADL-Score wird in Kapitel 4.3.2 genauer beschrieben.

In der kardialen Rehabilitation kommen der Patientenfragebogen MacNew Heart zur Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der 6-Minuten-Gehtest als Leistungstest zum Einsatz.

In der paraplegiologischen Rehabilitation wird die Spinal Cord Independence Measure (SCIM) vom Personal erhoben, um die Funktionsfähigkeit in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Kontinenz und Mobilität bei Patientinnen und Patienten mit einer Querschnittlähmung/Rückenmarksverletzung zu messen.

In der psychosomatischen Rehabilitation werden die Patientenfragebogen Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9) und – 15 (PHQ-15) sowie die Angstskala Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) erhoben.

In der pulmonalen Rehabilitation werden für alle Patientinnen und Patienten der 6-Minuten-Gehtest als Mass für die körperliche Leistungsfähigkeit sowie der Patientenfragebogen Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) als Mass für die gesundheitsbezogene Lebensqualität genutzt.

2.3 WEITERE DATEN

Die weiterhin je Fall zu erfassenden bzw. zu übermittelnden Daten umfassen:

- Daten aus der Medizinischen Statistik, des BFS, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) erhoben werden. Die Minimaldaten des BFS enthalten u. a. soziodemografische Merkmale und Angaben zum Rehabilitationsaufenthalt (Bundesamt für Statistik, 2020).
- Komorbiditäten: Das Ausmass der Komorbidität zu Reha-Eintritt wird für alle Rehabilitationsbereiche mithilfe der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erfasst (Linn et al., 1968). Für die ANQ-Messungen wird die um eine zusätzliche 14. Kategorie («Psychische Störungen») ergänzte Version und das zugehörige Manual verwendet (Salvi et al., 2008). Deutsche, französische und italienische Versionen dieses Fremdbeurteilungsinstruments wurden durch den ANQ erstellt.

Eine detaillierte Beschreibung aller eingesetzten Instrumente findet sich im Verfahrenshandbuch.

3 DATENAUFBEREITUNG UND -ÜBERMITTLUNG

Die korrekte Datenerfassung liegt im Verantwortungsbereich jeder einzelnen Klinik und erfolgt elektronisch. Details zur Datenerfassung, zum Datenformat und zur Datenübermittlung sind im Datenhandbuch beschrieben. Die Daten aller Patientinnen und Patienten, deren Rehabilitationsaustritt innerhalb des definierten Erfassungszeitraumes (01.01. bis 31.12.) liegt, soll in den Datensätzen enthalten sein. Die Kliniken kennzeichnen die Datensätze mit einer eindeutigen Fallidentifikationsnummer, die zum einen die Verbindung zwischen den verschiedenen personenbezogenen Datensätzen, zum anderen den Datenschutz gewährleistet.

3.1 DATENAUFBEREITUNG

In den Rehabilitationskliniken werden unterschiedliche Arten von Daten erfasst, die als separate Dateien für den Datenupload vorbereitet werden müssen (vgl. Abbildung 2):

- entsprechend dem Nationalen Messplan erhobene Daten (rehaspezifische Messdaten)
- Minimaldaten der Medizinischen Statistik des BFS
- zusätzliche für die Auswertung relevante Daten: Komorbidität - Erhebung mittels Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

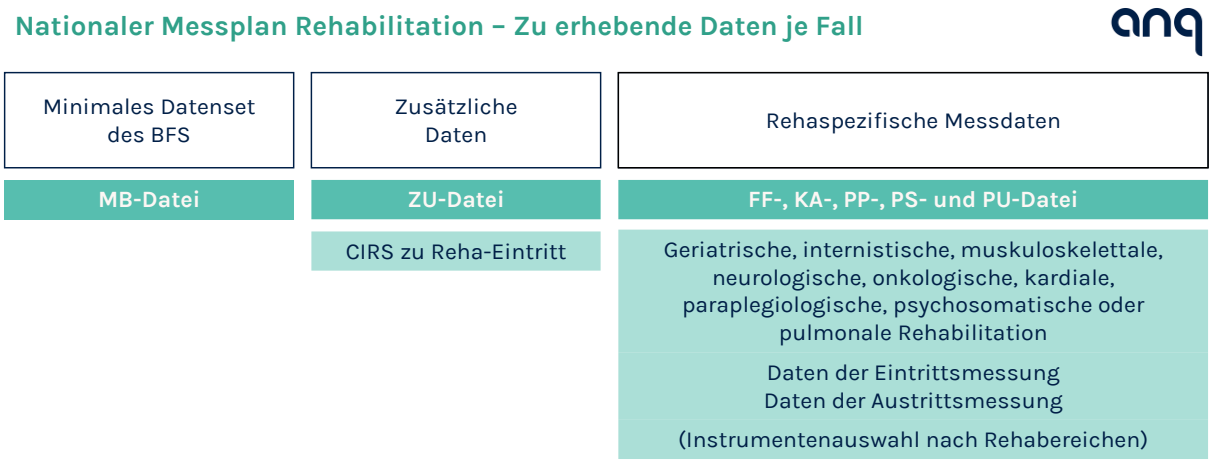

Abbildung 2: Daten je Fall

Als Format **für die Datenübermittlung der** verschiedenen Datenquellen **(medizinisch-administrative Daten, rehaspezifische Messdaten, Zusatzdaten) wird das CSV, XLSX, TXT, DAT oder RDS-Format mit einem Datensatz pro Zeile verwendet.**

3.2 DATENÜBERMITTLUNG

Alle Daten der Qualitätsmessungen müssen von den Kliniken jährlich auf der Online-Plattform *RehaCompass* hochgeladen werden. In *RehaCompass* können auch unterjährig die zu übermittelnden Daten gemäss der vorliegenden Datendefinition (siehe Datenhandbuch) überprüft werden und automatisierte Rückmeldungen zu Format (beispielsweise Anzahl Variablen) und Datenqualität von den Kliniken abgerufen werden. Die Qualitätsprüfungen zielen insbesondere darauf ab, fehlende oder unplausible Werte zu identifizieren. Detaillierte Informationen diesbezüglich sind im Datenhandbuch im Kapitel 8 beschrieben. So können mögliche Fehlerquellen zeitnah identifiziert und die Datenqualität im laufenden Datenerhebungsprozess erhöht werden. Vorgängig hochgeladene Datensätze werden bei einem erneuten Upload automatisch überschrieben.

In einem Zeitfenster von Ende des Erhebungsjahres bis zur Deadline für die Datenübermittlung müssen die zuletzt auf *RehaCompass* hochgeladenen und auf Datenqualität geprüften Daten final übermittelt werden. Basierend auf diesen übermittelten Daten werden die klinikspezifischen und nationalen Auswertungen vorgenommen.

3.3 DATENSCHUTZ UND -SICHERHEIT

In allen Phasen der Datenerhebung, -übermittlung, -auswertung und -publikation wird auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Aspekte geachtet. Grundlage bildet das «Datenreglement ANQ». Der ANQ unternimmt alle notwendigen Massnahmen zum Schutz und zur Sicherheit der Daten (siehe Datenschutzmassnahmen ANQ).

Die Übermittlung der Daten von den Kliniken an w hoch 2 erfolgt per Upload über die Online-Plattform *RehaCompass* in elektronischer Form. Zugang zur Plattform haben nur registrierte Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, deren Logins zusätzlich über eine Zwei-Faktor-Authentifizierung abgesichert sind. Die auf die Online-Plattform hochgeladenen Daten werden auf Schweizer Servern gespeichert. Die auf *RehaCompass* final übermittelten Daten werden über eine gesicherte Verbindung einer Datenaustauschumgebung von w hoch 2 an die Charité für die Datenauswertung übermittelt. Die Daten werden mit der Fallidentifikationsnummer verschlüsselt, wobei die Zuordnungsvorschrift w hoch 2 und der Charité nicht bekannt ist, sondern von den Kliniken vorgenommen und verwaltet wird. Dadurch ist kein Rückschluss auf natürliche Personen möglich. Die technischen Abläufe hinsichtlich Datenupload und -prüfung entsprechen den aktuellen datenschutzrechtlichen Standards nach dem Datenschutzgesetz (DSG). Die zuständigen Mitarbeitenden von w hoch 2 und der Charité sind durch ihre Arbeitsverträge zur Verschwiegenheit verpflichtet. Es wird technisch sichergestellt, dass Daten und Ergebnisse in besonders geschützten Bereichen verwaltet werden und nicht durch Unbefugte einsehbar sind.

4 AUSWERTUNGSMETHODIK

4.1 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Die Erhebung wird als Vollerhebung durchgeführt: Die Rehabilitationskliniken und Akutspitäler mit einem rehabilitativen Angebot liefern Daten für alle Patientinnen und Patienten, die stationär in einer Rehabilitationsklinik behandelt und innerhalb des jeweiligen Jahres (01.01.-31.12.) entlassen wurden. Die Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall. Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt einer Patientin/eines Patienten in einer Rehabilitationsklinik, entsprechend der Definition des BFS bezeichnet, wie sie im Verfahrenshandbuch beschrieben wird. Fälle, die dieser Definition nicht entsprechen, werden ausgeschlossen. In die Auswertung fliessen ausschliesslich Daten für alle Patientinnen und Patienten ein, die das 16. Lebensjahr vollendet haben oder älter sind. Weiterhin werden Fälle bei der Datenaufbereitung ausgeschlossen, wenn die jeweilige Klinik weniger als 10 Fälle für einen Rehabereich geliefert hat.

4.2 DATENQUALITÄT

Die von den Kliniken erhobenen Daten (vgl. Kapitel 2) werden anhand von definierten Kriterien hinsichtlich Dokumentationsqualität und Auswertbarkeit bewertet. Im letzten Schritt der Datenqualitätsanalysen wird der Anteil an Fällen ermittelt, für den vollständig auswertbare Daten für vergleichende Ergebnisanalysen vorliegen.

Gemeinsam mit dem Qualitätsausschuss Rehabilitation wurde festgelegt, dass für den Einschluss in die Ergebnisanalysen je Fall folgende Daten vollständig auswertbar vorliegen müssen:

- Angaben zu allen Messinstrumenten (jeweils Ein- und Austritt), Ausnahme: HZ/ZE
- Minimaldaten des BFS
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (nur Eintritt)
- Klinikangabe zum Rehabereich nach «DefReha®, Version 3.0» (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2020), in dem die Patientin oder der Patient behandelt wurde. Die Zuordnung einer Patientin/eines Patienten zu einem Rehabereich erfolgt in der Klinik.

Die gelieferten Fälle werden den folgenden Kategorien a) bis e) zugeordnet:

Vollständig dokumentiert:

a) Auswertbare Fälle: Es sind alle erforderlichen Daten für die Ergebnisanalysen vorhanden.
b) Dropout-Fälle: Die Aufenthaltsdauer (s. 4.3.1) des stationären Reha-Falls beträgt weniger als 7 Tage oder die Messungen konnten aufgrund eines unvorhergesehenen Abbruchs der Behandlung (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientin/des Patienten) nicht durchgeführt werden.
c) Fälle mit Testverzicht: Für einzelne Messinstrumente (Patientenfragebogen, Leistungstest) wurde ein Testverzicht angegeben oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann. Für dieses Instrument sind dann nicht zu beiden Messzeitpunkten auswertbare Messdaten vorhanden, alle übrigen erforderlichen Angaben sind vollständig.

Unvollständig dokumentiert:

d) Nicht auswertbare/fehlerhafte Fälle: Es fehlen für die Auswertung relevante Daten aus den Messinstrumenten und/oder der BFS-Statistik und/oder die CIRS.
e) Fehlerhafte, aber auswertbare Fälle: Es liegen fehlerhafte Angaben vor, die aber trotzdem ausgewertet werden können, z.B.:
    a. Fehlerhafte Angaben beim Instrument HZ/ZE, aus denen sich trotzdem das Hauptziel und die Zielerreichung ableiten lassen.
    b. Fehlerhafte Angabe 7 bei der Fortbewegung beim FIM® mit Modus Rollstuhlfahren, die nicht vorgesehen ist, aber als 6 gewertet wird.

Für die Rehabereiche, in denen Patientenfragebögen und/oder Leistungstests eingesetzt werden (kardiale, psychosomatische und pulmonale Rehabilitation), werden in den Auswertungen die Fälle berücksichtigt, die auswertbare Daten für das jeweilige Instrument aufweisen, unabhängig davon, ob für eines der anderen Instrumente ein Testverzicht dokumentiert wurde. Für diese Rehabereiche wird neben dem Anteil auswertbarer Fälle, dem Anteil an Dropout-Fällen und dem Anteil unvollständig dokumentierter Fälle zusätzlich auch die Testverzichtsquote für das jeweilige Instrument berichtet.

Für alle anderen Rehabereiche (geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische und paraplegiologische Rehabilitation) werden **ausschliesslich** Messinstrumente in Form von Fremderhebungen (**ClinROMs**) eingesetzt. Da für diese Instrumente kein Testverzicht dokumentiert werden kann, können die Fälle nur den Kategorien a) auswertbar, b) Dropout und d) unvollständig zugeordnet werden.

In Anhang A – Bewertungskriterien sind die Bewertungskriterien der Dokumentations- und Datenqualität für jeden Rehabereich sowie für die einzelnen Datenquellen/Instrumente

zusammengefasst. Um möglichst valide und faire Ergebnisse im Klinikvergleich erzielen zu können, ist die Sicherstellung der bestmöglichen Datenqualität ein zentrales Element der Ergebnismessungen. Kriterium für eine gute Datenqualität ist ein hoher Anteil vollständig dokumentierter Fälle an der Gesamtzahl der dokumentierten Fälle, die im Beobachtungszeitraum behandelt wurden. Idealerweise sind für jeden Fall entweder vollständige Erhebungsdaten oder Angaben zum Dropout bzw. zum Testverzicht in den Messdaten enthalten, wobei generell geringe Testverzichtsraten anzustreben sind, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen.

Die Überprüfung der Datenqualität erfolgt auf mehreren Ebenen. Auf Klinikebene sollte sowohl bei der Dateneingabe als auch vor der Übermittlung eine Datenprüfung stattfinden. Die Vorgaben des Datenhandbuchs dienen dazu, dass die erforderlichen Daten möglichst vollständig, fehlerfrei und einheitlich codiert geliefert werden. Im Datenhandbuch sind die Spezifikationen der zu erhebenden Daten (Wertebereiche, Ausprägungen und Definition von fehlenden Werten) festgelegt. Ausserdem ist eine Prüflogik definiert, welche die Kliniken bei der Eingabe der Daten berücksichtigen sollen, um fehlende Angaben (Vollständigkeit des Datensatzes) und offensichtliche Fehlangaben zu vermeiden. Des Weiteren sollen die Kliniken vor der Übermittlung prüfen, ob alle erforderlichen Angaben je Fall vollständig vorhanden sind.

Für jedes Datenjahr werden die Ergebnisse in den Indikatoren der Datenqualität für die verschiedenen Rehabereiche berechnet und in der Online-Plattform *RehaCompass* klinikspezifisch bereitgestellt. Diese Indikatoren bewerten unter anderem Vollständigkeit, Plausibilität und Auswertbarkeit der eingereichten Datensätze. Die Berechnung erfolgt getrennt nach den einzelnen Rehabereichen.

4.3 AUSWERTUNGSSTICHPROBE

Für die Ergebnisanalysen werden pro Messinstrument alle auswertbaren Fälle, die bei allen anderen Messinstrumenten eine Dokumentationsqualität entsprechend der in Abschnitt 4.2 beschriebenen Kategorien a, b, c oder e vorweisen und bei denen alle erforderlichen Variablen des Adjustierungsmodells (BFS-Daten, CIRS) vorliegen, ausgewertet. Die vollständige Dokumentation des Instruments HZ/ZE ist nicht zwingend, damit ein Fall in die Auswertung der Ergebnisindikatoren eingeschlossen wird. Dieses Instrument wird separat ausgewertet, wenn es korrekt dokumentiert und zusammen mit BFS-Daten und CIRS vorliegt.

Daten von Dropout-Fällen oder unvollständig dokumentierte Fälle werden grundsätzlich aus den Ergebnisanalysen ausgeschlossen.

Klinikstichproben mit weniger als 50 auswertbaren Fällen (pro Rehabereich und Messinstrument) werden in den Analysen berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Kliniken werden jedoch entsprechend gekennzeichnet, da aufgrund der geringen Fallzahl die Aussagekraft der Ergebnisse nur eingeschränkt belastbar ist. Die Fälle von Kliniken mit weniger als 10 auswertbaren Fällen gehen in die Gesamtanalysen mit ein, werden in den Grafiken zu den

Ergebnisindikatoren jedoch nicht dargestellt, da bei so kleinen Fallzahlen die Ergebnisse starken Zufallsschwankungen unterliegen.

4.3.1 Berechnung der Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer wird mit folgender Formel berechnet:

Aufenthaltsdauer in Tagen = Austrittdatum – Eintrittsdatum

Als Aufenthaltstage zählen demnach der Eintrittstag sowie jeder weitere abgeschlossene Tag des Rehaaufenthalts. Urlaubstage werden ebenfalls gezählt. Der Entlassungstag und Verlegungstage gelten nicht als Aufenthaltstage.

4.3.2 ADL-Score

Für den klinikübergreifenden adjustierten Vergleich der Ergebnisqualität wird der ADL-Score genutzt, der für die nationale Auswertung durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin aus FIM® bzw. EBI berechnet wird. Der ADL-Score (Activities of Daily Living) wurde als Umrechnungsalgorithmus von Expertinnen und Experten entwickelt, um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM® oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken fair vergleichen zu können. Dieser wurde im Anschluss empirisch validiert und abschliessend erneut im Expertenworkshop finalisiert und konsentiert (Brünger et al., 2017). Der Überführungsalgorithmus basiert auf der Zuordnung von analogen FIM®- und EBI-Items sowie kompatiblen Antwortkategorien innerhalb der Item-Zuordnungen. Es konnten 15 der 16 EBI-Items und sämtliche FIM®-Items in den ADL-Score integriert werden. Je Item 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. Der ADL-Score ersetzt nicht FIM® oder EBI, sondern dient ausschliesslich der Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität unabhängig vom Einsatz des FIM® oder EBI. Voraussetzung für die Berechnung und Nutzung des ADL-Scores ist jedoch, dass bei einer Patientin/einem Patienten zu Ein- und Austritt dasselbe Messinstrument (FIM® bzw. EBI) verwendet wird.

4.4 WEITERE SCHRITTE VOR DER NATIONALEN AUSWERTUNG

Für die Risikoadjustierung werden aus methodischen Gründen für einige Variablen der Minimaldaten des Bundesamtes für Statistik selten genannte Ausprägungen in Kategorien zusammengefasst **(Variablengruppierung)**. Dies trifft zu für die Variablen Nationalität, Hauptkostenträger, Aufenthaltsort vor Eintritt und nach Austritt, sowie Hauptdiagnose zu Austritt. Die Hauptdiagnosen wurden für jeden Rehabereich gemäss der entsprechenden Unterkapitel der ICD-10 (DIMDI, 2015) in Diagnosekategorien gruppiert. Teilweise wurden einzelne ICD-10-Kapitel bei niedrigen Fallzahlen nach inhaltlichen Erwägungen zusammengelegt, so dass

die Fallzahl der Diagnosekategorie hinreichend ist. Im Anhang B – Diagnosekategorien findet sich eine detaillierte Aufschlüsselung der Austrittsdiagnosen, codiert nach ICD-10 und die zugeordneten Diagnosegruppen.

4.5 DESKRIPTIVE AUSWERTUNG

In der deskriptiven Auswertung werden zum einen die soziodemografischen Merkmale des Casemix, wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Nationalität beschrieben. Zum anderen werden medizinische Merkmale des Casemix, wie die Häufigkeiten einzelner Diagnosegruppen innerhalb eines Rehabereichs und das Ausmass an Komorbiditäten berichtet. Die deskriptiven Merkmale werden sowohl in der jeweiligen Gesamtstichprobe als auch im Klinikvergleich ausgewertet. Ein weiterer Schwerpunkt der Datendeskription besteht in der Darstellung unadjustierter Werte der Ergebnisindikatoren (Rohwerte) zu Eintritt und Austritt.

Das Instrument Partizipationsziel/Zielerreichung wird ebenfalls ausschliesslich deskriptiv ausgewertet.

4.6 RISIKOADJUSTIERTE AUSWERTUNG

4.6.1 Ergebnisindikatoren

Für die Ergebnismessungen werden aggregierte Kennwerte (Gesamtscores) der verwendeten Messinstrumente ermittelt. Für einzelne Ergebnisindikatoren besteht das Messergebnis aus einem Einzelwert (z. B. Leistungstest). In Tabelle 1 sind die Ergebnisindikatoren der Instrumente des Nationalen Messplans aufgeführt, die für die klinikvergleichenden Ergebnismessungen herangezogen werden.

Dabei werden die aufgeführten Ergebnisindikatoren risikoadjustiert ausgewertet – das Behandlungsergebnis im jeweiligen Gesamtscore wird unter Berücksichtigung des Casemix und des Eingangsstatus beurteilt. Als abhängige Variable in den risikoadjustierten Ergebnisvergleichen wird jeweils der Austrittswert («Outcome») verwendet.

In Abstimmung mit dem Qualitätsausschuss Rehabilitation wurden für die Auswertung einzelner Ergebnisindikatoren besondere Festlegungen getroffen:

- **Auswertung FIM® und EBI**:
  In der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen Rehabilitation können die Kliniken wahlweise den FIM® oder den EBI zur Messung der Funktionsfähigkeit in Alltagsfunktionen einsetzen. Um alle Kliniken eines Rehabereichs instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird der ADL-Score (Activities of Daily Living) herangezogen.

ERGEBNIS/OUTCOME	ERGEBNISINDIKATOR			REHABEREICH
	MESSINSTRUMENT	METHODE	KENNWERT(E)	
Partizipations-ziel/Zielerreichung	Partizipations-ziel/Zielerreichung	Dokumentation	Häufigkeiten: Hauptziele, Zielan-passung, Zielerrei-chung	Alle
Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (Activities of Daily Living – ADL)	ADL-Score (berechnet aus EBI und FIM®)	ClinROM	Gesamtscore	Geri, Inter, MSK, Neuro, Onko
	Spinal Cord Indepen-dence Measure	ClinROM	Gesamtscore	Para
Körperliche Leis-tungsfähigkeit	6-Minuten-Gehtest	Leistungstest	Max. Gehstrecke	Kardio, Pulmo
Gesundheitsbezo-gene Lebensqualität, indikationsspezifisch	MacNew Heart	PROM	Gesamtscore	Kardio
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	PROM	Gesamtscore	Pulmo
Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden	Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)	PROM	Gesamtscore	Psych
Depression	Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)	PROM	Gesamtscore	Psych
Angst	Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)	PROM	Gesamtscore	Psych

Tabelle 1: Ergebnisindikatoren Nationaler Messplan Rehabilitation

4.6.2 Risikoadjustierung

Der angestrebte Vergleich der Kliniken hinsichtlich ihrer Behandlungsqualität wirft auch Fragen nach der Fairness auf. So ist anzunehmen, dass Kliniken mit einem höheren Anteil schwerer beeinträchtigter Patientinnen und Patienten bei einem Vergleich ihrer Ergebnisqualität einen Nachteil gegenüber Kliniken mit einem vergleichsweise geringer beeinträchtigten Patientenklientel haben, da unterschiedliche Eingangsbelastungen oder soziodemografische Konstellationen die Messung beeinflussen. Dieses Risiko, welches sich aus einem unterschiedlichen Casemix ergibt, gilt es bei der Auswertung durch statistische Kontrolle zu beachten.

Regressionsanalytische Verfahren sind zur Adjustierung (Kontrolle) des Casemix bei Klinikvergleichen ein gängiger Standard. In diesen Verfahren werden die Einflüsse von relevanten, personenbezogenen Variablen, wie beispielsweise der Eingangsbelastung, im Rahmen einer linearen Schätzung beachtet. Regressionen schätzen eine zu erklärende (abhängige) Variable (in diesem Fall den Austrittswert des Ergebnisindikators) mithilfe von erklärenden

(unabhängigen) Variablen, wie beispielsweise Alter und Geschlecht. Das Auswertungsmodell für den risikoadjustierten Ergebnisvergleich berücksichtigt neben den Merkmalen der Stichprobenzusammensetzung (Casemix) als erklärende Variablen auch eine Faktorvariable für jede Klinik (Klinikfaktor). Die Ergebniswerte sind in der Skalierung entsprechend den Kennwerten des jeweiligen Messinstruments abgebildet. Eine detaillierte Spezifikation des angewandten statistischen Modells ist im Bericht «Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen» (in deutscher Sprache) (Dümbgen et al., 2016) und im ausführlichen Technischen Report (in englischer Sprache) (Dümbgen, 2016), beide von Prof. Lutz Dümbgen, Universität Bern, Departement Mathematik und Statistik, beschrieben.

Mittels einer multiplen linearen Regression erfolgt für jede Klinik die Schätzung eines Qualitätsparameters (auch: Erwartungswert der Klinik). Der Qualitätsparameter ist ein vom Einfluss der Confounder bereinigtes Ergebnismass für jede Klinik. Er stellt das berechnete Behandlungsergebnis der Klinik zum Austritt dar, wenn sämtliche Fälle der Gesamtstichprobe (aus allen Kliniken) in dieser Klinik behandelt würden.

Für den Klinikvergleich werden die Qualitätsparameter der Kliniken in Beziehung zueinander gesetzt. Dazu werden Vergleichsgrössen aus der Differenz zwischen dem Qualitätsparameter einer Klinik und dem nach Fallzahlen gewichteten Mittelwert der Qualitätsparameter der übrigen Kliniken berechnet. Mit Hilfe dieser Vergleichsgrösse ist ein fairer Klinikvergleich möglich, da die unterschiedliche Patientenstruktur (Casemix) und die Eigenschaften der einzelnen Kliniken (Klinikfaktor) berücksichtigt werden. Für die Vergleichsgrössen der Kliniken wird ein 95%-Konfidenzintervall berechnet, welches mit einer definierten Wahrscheinlichkeit von 95% die tatsächliche, unbekannte Vergleichsgrösse enthält.

Wenn das zu einer Vergleichsgrösse gehörende Konfidenzintervall einer Klinik über null liegt, bedeutet dies, dass die betreffende Klinik ein besseres Ergebnis erzielt hat, als in Anbetracht ihrer Patientenstruktur und im Vergleich zu den übrigen Kliniken zu erwarten gewesen wäre. Umgekehrt bedeutet eine Vergleichsgrösse, die mit ihrem Konfidenzintervall unter null liegt, dass die Klinik eine signifikant niedrigere Ergebnisqualität erzielt hat, als auf Grund der Patientenstruktur und im Vergleich zu den übrigen Kliniken zu erwarten gewesen wäre.

Generell gilt, dass nur für Variablen adjustiert werden sollte, die a) nicht von der Klinik direkt beeinflussbar sind und b) neben einer statistischen Bedeutung auch über eine klinische Relevanz verfügen. Ob eine Variable ein Confounder ist und damit das Potential zur Ergebnisverzerrung eines Klinikvergleiches hat, wird zum einen über statistische Testverfahren geprüft, zum anderen ist auch die klinische Einschätzung von Bedeutung. Die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** aufgeführten Variablen wurden bezüglich ihres klinischen und statistischen Einflusses auf das Behandlungsergebnis als potenzielle Confounder für die Adjustierung ausgewählt. Die Vorauswahl dieser Variablen wurde gemeinsam mit dem QA Rehabilitation abgestimmt.

POTENZIELLE CONFOUNDER	ZUGEHÖRIGE VARIABLEN	QUELLE
Demografische Merkmale	Geschlecht Alter Nationalität	BFS-Statistik: Minimaldaten der Medizinischen Statistik
Merkmale des Reha-Aufenthaltes	Aufenthaltsdauer Liegeklasse Hauptkostenträger Aufenthaltsort vor Eintritt Aufenthaltsort nach Austritt Hauptdiagnose nach ICD-10	BFS-Statistik: Minimaldaten der Medizinischen Statistik
Eingangsstatus: Schweregrad der Beeinträchtigung bei Eintritt	Eintrittswert... ...ADL-Score (berechnet aus FIM®- bzw. EBI) ...MacNew Heart ...6-Minuten-Gehtest ...SCIM ...PHQ-15 ...PHQ-9 ...GAD-7 ...CRQ	Rehaspezifisch: Assessment/Messung in Klinik gemäss Messplan Rehabilitation
Komorbidität	Eintrittswert CIRS	Assessment in Klinik
Klinikfaktor	Faktorvariable Klinik	Kliniknummer

Tabelle 2: Confounder Nationaler Messplan Rehabilitation und Datenquellen

4.7 JAHRESVERGLEICHE

Die Verteilung der Stichprobenmerkmale (Casemix) und der Datenqualität sowie die Ergebnisse der risikoadjustierten Ergebnisqualität werden im Jahresvergleich berichtet. Damit kann unter dem Gesichtspunkt der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung geprüft werden, inwiefern Massnahmen zur Qualitätsverbesserung Wirkung zeigen. Bei den Darstellungen der Jahresvergleiche der Ergebnisqualität wird sichergestellt, dass die berichteten Kennwerte der Ergebnisqualität jeweils mit der gleichen - für das aktuelle Berichtsjahr gültigen - Adjustierungsmethode berechnet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse in der Ergebnisqualität ist zu berücksichtigen, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob eine beobachtete Verbesserung oder Verschlechterung der Ergebnisqualität im Vergleich zum Vorjahr signifikant ist. Die Berechnungen der adjustierten Werte basieren auf den Stichproben der jeweiligen Erhebungsjahre und können somit nicht in ein direktes Verhältnis gesetzt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Brünger, M., Köhn, S., Schlumbohm, A., & Spyra, K. (2017). *Entwicklung und Validierung eines ADL-Überführungsalgorithmus auf Basis von FIM® und EBI*. ANQ.

Bundesamt für Statistik. (2020). *Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*.

DIMDI. (2015). *ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. WHO.

Dümbgen, L. (2016). *(Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical Report 78*. University of Bern, Institute of Mathematical Statistics and Actuarial Science.

Dümbgen, L., Mühlemann, A., & Strähl, C. (2016). *Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen*. Universität Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2020). *DefReha© - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 3.0*.

Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, *16*(5), 622–626.

Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessi-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, *56*(10), 1926–1931. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x

ANHANG A – BEWERTUNGSKRITERIEN

Bewertungskriterien der Dokumentations- und Datenqualität je Fall

Damit ein Fall in die Ergebnisanalysen aufgenommen wird, muss dieser als «auswertbar» gekennzeichnet sein.

Ein vollständig dokumentierter, auswertbarer Fall umfasst komplette MB-Daten, komplette CIRS-Daten und in Abhängigkeit vom Rehabereich benötigte, komplette Messdaten (vgl. dazu Datenhandbuch).

Wenn bei einem Fall mit Ausnahme der Dokumentation des Instruments HZ/ZE alle weiteren, erforderlichen Angaben komplett sind, wird dieser Fall zwar weiterhin als auswertbar, aber als nicht vollständig dokumentiert gekennzeichnet (vgl. dazu Kapitel 4.2).

AUSWERTBARKEIT				
Dokumentationsqualität	Vollständig dokumentiert			Fehlerhaft/unvollständig
Datenqualität Einzeldaten/-instrumente	Auswertbar	Testverzicht	Dropout	
MB-Daten	Komplett *und*	-	MB komplett	Unvollständig *oder*
CIRS	Komplett *und*	-		Unvollständig *oder*
ClinROMs (FIM® oder EBI, SCIM)	Komplett *bzw.*	-		Unvollständig *oder*
PROMs und Leistungstests (6MWT, CRQ, MacNew Heart, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7)	Komplett *oder*	Testverzicht		Unvollständig

Tabelle A1: Auswertbarkeitskriterien (alle Instrumente)

Bewertungskriterien der Datenqualität für die Einzeldaten/-instrumente, alphabetisch sortiert

CIRS – CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (ZU-DATEI)	
Eintrittsmessung Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, CIRS 1-14	
Daten komplett	Datum der Erhebung und CIRS 1-14 liegen vor
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	CIRS 1-14 nicht komplett (kein Missing/ungültiger Wert erlaubt) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben bei CIRS vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A2: Bewertungskriterien für die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

CRQ – CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (PU-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, CRQ 1-20, Angabe Testverzicht CRQ, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum vorhanden und alle 4 Subscores berechenbar (pro Subscore mind. 3 gültige Werte, Gesamtscore wird aus Subscores berechnet)
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht liegen vor oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Mind. 1 Subscore kann nicht berechnet werden (weniger als 3 gültige Werte pro Subdimension oder nur Missings) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim CRQ vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A3: Bewertungskriterien für den Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

EBI – ERWEITERTER BARTHEL INDEX (FF-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, EBI 1-16, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum und EBI 1-16 liegen vor
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	EBI 1-16 nicht komplett (kein Missing/ungültiger Wert erlaubt) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim EBI vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A4: Bewertungskriterien für den Erweiterten Barthel Index (EBI)

FIM® – FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FF-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, FIM® 1-21 (18 Hauptitems, 3 Zusatzitems), Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum und FIM® 1-21 liegen vor, Angabe im Zusatzitem Fortbewegung (V13) ist zu Ein- und Austritt identisch
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	FIM® 1-21 nicht komplett (kein Missing/ungültiger Wert erlaubt) und/oder Erhebungsdatum fehlt und/oder Angabe im Zusatzitem Fortbewegung (V13) ist zu Ein- und Austritt nicht identisch
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim FIM® vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A5: Bewertungskriterien für den Functional Independence Measure (FIM®)

GAD-7 – GENERALIZED ANXIETY DISORDER (PS-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, GAD-7 1-7, Angabe Testverzicht GAD-7, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum vorhanden und Gesamtscore kann berechnet werden (maximal 1 Missing erlaubt)
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht liegen vor oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Gesamtscore kann nicht berechnet werden (weniger als 6 gültige Werte oder nur Missings) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben bei GAD-7 vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A6: Bewertungskriterien für die Angstskala Generalized Axiety Disorder – 7 (GAD-7)

HZ/ZE – HAUPTZIEL/ZIELERREICHUNG (FF-/KA-/PP-/PS-/PU-DATEI) HZ – HAUPTZIEL	
Eintrittsmessung Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, Angabe Hauptziel (HZ) inkl. Unterstützungsbedarf, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Angabe HZ komplett und Erhebungsdatum vorhanden
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	HZ-Angabe vorhanden, Unterstützungsbedarf nicht korrekt angegeben und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angabe bei HZ, aber andere Daten für den Fall geliefert
ZE – ZIELERREICHUNG	
Austrittsmessung Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, Angabe Zielanpassung, Zielerreichung (ZE), Dropout-Angabe	

Daten komplett	Angaben zu Zielanpassung und Zielerreichung komplett und plausibel, Erhebungsdatum vorhanden
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Angaben zu Zielanpassung und Zielerreichung unvollständig/nicht plausibel und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angabe bei ZE, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A7: Bewertungskriterien für Hauptziel/Zielerreichung (HZ/ZE)

MACNEW HEART (KA-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, MacNew 1-27, Angabe Testverzicht MacNew, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum liegt vor und alle 3 Subscores berechenbar, pro Subscore müssen mind. 50% der Items vorhanden sein exkl. MacNew Heart 27
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht liegen vor oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Mind. 1 Subscore kann nicht berechnet werden (zu viele Missings/ungültige Werte) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim MacNew Heart vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A8: Bewertungskriterien für den MacNew Heart

MB-DATEN – DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK/MINIMALES DATENSET (MB-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende 12 Variablen benötigt: FID, Geschlecht, Alter, Nationalität, Eintrittsdatum, Aufenthaltsort vor dem Eintritt, Liegeklasse, Hauptkostenträger, Austrittsdatum, Entscheid für Austritt, Aufenthalt nach Austritt, Hauptdiagnose	
Daten komplett	Alle 12 Variablen vorhanden
Daten fehlerhaft/unvollständig	Mind. 1 der 12 Variablen ist fehlerhaft oder fehlt
Daten fehlen komplett	FID vorhanden, keine MB-Daten vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A9: Bewertungskriterien für die Daten der medizinischen Statistik (MB-Daten)

PHQ-15 – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PS-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, PHQ-15 1-15, Angabe Testverzicht PHQ-15, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum vorhanden und Gesamtscore kann berechnet werden (maximal 3 Missings erlaubt)
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht liegen vor oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann

Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Gesamtscore kann nicht berechnet werden (weniger als 12 gültige Werte oder nur Missings) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim PHQ-15 vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A10: Bewertungskriterien für den Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)

PHQ-9 – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PS-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, PHQ-9 1-9, Angabe Testverzicht PHQ-9, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum vorhanden und Gesamtscore kann berechnet werden (maximal 2 Missings erlaubt)
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht liegen vor oder einzelne Items, jedoch nicht alle, wurden als Missings eingetragen, sodass kein Score berechnet werden kann
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	Gesamtscore kann nicht berechnet werden (weniger als 7 gültige Werte oder nur Missings) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim PHQ-9 vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A11: Bewertungskriterien für den Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

SCIM – SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (PP-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, SCIM 1-19, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum und SCIM 1-19 liegen vor
Dropout	Fall ist als Dropout codiert
Daten fehlerhaft/unvollständig	SCIM 1-19 nicht komplett (kein Missing/ungültiger Wert erlaubt) und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben zu SCIM vorhanden, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A12: Bewertungskriterien für die Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

6MWT – 6 MINUTEN GEHTEST (KA-/PU-DATEI)	
Für die Analyse werden folgende Variablen benötigt: Erhebungsdatum, 6MWT 1-4: Gehstrecke, Gehdauer, Verwendung Gehhilfe, Abgabe Sauerstoff, Grund für Testabbruch, Angabe Testverzicht 6MWT, Dropout-Angabe	
Daten komplett	Erhebungsdatum und Angaben 6MWT 1-4 und Grund für Testabbruch (wenn Dauer <06:00 Min.) liegen vor oder Testverzichtsgrund 3 («Patient zu krank») und 0 Meter Strecke
Testverzicht	Angaben zum Testverzicht (Grund 1, 2, oder 4) liegen vor
Dropout	Fall ist als Dropout codiert

Daten fehlerhaft/unvollständig	(Einzelne) Angaben 6MWT 1-4 fehlen/sind ungültig, Grund für Testabbruch fehlt (wenn Dauer <06:00 Min.), Testverzichtsgrund 3 ohne Angabe von 0 Metern bei der Strecke und/oder Erhebungsdatum fehlt
Daten fehlen komplett	Keine Angaben beim 6MWT, aber andere Daten für den Fall geliefert

Tabelle A13: Bewertungskriterien für den 6 Minuten Gehtest (6MWT)

ANHANG B – DIAGNOSEKATEGORIEN

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Neubildungen	C00-D48	Neubildungen
Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99	Psychische & Verhaltensstörungen
Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Auges und des Ohres	G00-G99; H00-H95; I60-I69	Krankheiten Nervensystem, Auge & Ohr
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I59, I70-I99	Krankheiten Kreislaufsystem
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	Krankheiten Atmungssystem
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Verdauungssystems und des Urogenitalsystems †	E00-E90; K00-K93; N00-N99	Krankheiten Stoffwechsel, Verdauungs- & Urogenitalsystem
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	Krankheiten Muskel-Skelett-System
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00-R94	Symptome & Befunde, anderenorts nicht klassifiziert
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	S00-T98	Verletzungen & Vergiftungen
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen

† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung
* Die ICD-10-Codes Z00.0, Z03.9, Z43.4, Z44.1, Z45.01, Z46.3, Z47.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z65, Z72.0, Z74.1, Z74.2, Z74.8, Z75.8, Z76.8, Z85.8, Z86.7, Z87.3, Z89.5, Z90.4, Z92.4, Z94.0, Z94.4, Z95.1, Z95.2, Z95.3, Z95.81, Z96.60, Z96.64, Z96.65, Z96.68, Z98.1, Z98.2 und Z98.8 wurden ebenfalls zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.

Tabelle B1: Diagnosekategorien in der geriatrischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	Infektiöse & parasitäre Krankheiten
Neubildungen	C00-D48	Neubildungen
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I59, I70-I99	Krankheiten Kreislaufsystem
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	Krankheiten Atmungssystem
Krankheiten des Verdauungssystems †	K00-K93	Krankheiten Verdauungssystem
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Komplikationen	M00-M99, S00-T14, T80-T89	Krankheiten Muskel-Skelett-System, Verletzungen & Komplikationen
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00-R94	Symptome & Befunde, anderenorts nicht klassifiziert
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- & Stoffwechselkrankheiten
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	Krankheiten Urogenitalsystem
Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Auges und des Ohres	G00-G99, H00-H95, I60-I69	Krankheiten Nervensystem, Auge & Ohr
Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99	Psychische & Verhaltensstörungen
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen

† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung
* Die ICD-10-Codes Z43.2, Z43.3, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z54.8, Z85.0, Z90.6, Z93.3, Z94.4, Z95.4, Z98.0 und Z98.8 wurden ebenfalls der entsprechenden Diagnosekategorie zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.

Tabelle B2: Diagnosekategorien in der internistischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Chronisch ischämische Herzkrankheit †	I25, Q24.5	Chronisch ischämische Herzkrankheit
Weitere ischämische Herzkrankheiten	I20-I24	Weitere ischämische Herzkrankheiten
Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	I34, Q23.2, Q23.3	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	I35, Q23.0, Q23.1, Q23.4-Q23.9	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
Sonstige Formen der Herzkrankheit	I30-I33, I36-52, A01.0, A18.8, A36.8, A39.5, A52.0, A54.8, B26.8, B37.6, B57.0, B57.2, B58.8, B65, D86.8, E63.9, E05.0, E85, J09, J10.8, J11.8, M05.3, M10.0, M32.1, N18, O08.8, O75.4, O90.3, O99.4, Q20-28, R00, R57.0, R94.3, S26, Z94.1, Z94.3	Sonstige Formen Herzkrankheit
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	I70-I79, D22, G45.9, K55.0, M30-36, N28.0, Q82.5	Krankheiten Arterien, Arteriolen & Kapillaren
Weitere Herzerkrankungen	I00-I15, I26-I28, I60-I69, I80-I99, A67.2, B74, D15.1, F01, G08, G10, G25.5, G45, G90.3, K75.1, L03, L04, N50.8, O22, O26.5, O87.8, Q82.0, Q88, R03.1, R57.9, R59, S06, S25, S35, S45, S55, S65, S75, S85, S95, T80-T82	Weitere Herzerkrankungen
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen

† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung
* Die ICD-10-Codes Y57, Y84.9, Z46.8, Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z94.1, Z95, Z86.7, und Z96.9 und Z98.8 wurden ebenfalls der entsprechenden Diagnosekategorie zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.

Tabelle B3: Diagnosekategorien in der kardialen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)	VERWENDETE KURZNAMEN
Koxarthrose †	M16 *	Koxarthrose
Gonarthrose	M17 *	Gonarthrose
Sonstige Arthropathien	M00-M15, M18-M25 *	Sonstige Arthropathien
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	M40-M54 *	Krankheiten Wirbelsäule & Rücken
Osteopathien und Chondropathien	M80-M94 *	Osteopathien & Chondropathien
Systemkrankheiten des Bindegewebes	M30-M36 *	Systemkrankheiten Bindegewebe
Krankheiten des Weichteilgewebes	M60-M79 *	Krankheiten Weichteilgewebe
Sonstige muskuloskelettale Erkrankungen	M95-M99, R26, R52 *	Sonstige muskuloskelettale Erkrankungen
Traumatologische Erkrankungen	S02, S12, S13, S20.2, S22, S23, S28, S29, S30.0, S32, S33, S40.0, S42, S43, S46-S49, S50.0, S50.1, S52, S53, S56-S59, S60.0-S60.2, S62, S63, S65-69, S70.0, S70.1, S72, S73, S75-79, S80.0, S80.1, S82, S83, S86-S89, S90.0-S90.3, S92, S93, S96-99, T02-T08, T09.05, T09.2, T09.5-T09.9, T10, T11.05, T11.2, T11.5-T11.9, T12, T13.05, T13.2, T13.5-T13.9, T14.05, T14.2, T14.3, T14.6-T14.9, T79.6, T81, T90-T94 * / **	Traumatologische Erkrankungen
Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen oder Implantate, bei Replantation oder Amputation	T84, T87 *	Komplikationen nach Implantation, Amputation
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes *	Sonstige Erkrankungen

† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung
* Die ICD-10-Codes Z44.0, Z44.1, Z46.7, Z47, Z48, Z50.1, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89, Z96.6, Z96.9, Z96.88, Z98.1 und Z98.8 wurden ebenfalls zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.
** Die ICD-10-Codes V99, W49.9, X59.9, X84.9, Y09.9, Y34.9, Y35.7, Y36.9, Y69, Y82.8 und Y84.9 wurden zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code aus den Kapiteln S oder T vergeben war.

Tabelle B4: Diagnosekategorien in der muskuloskelettalen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems †	G00-G09, A17, A32.1, A39.1-A39.4, A39.9, A40, A41, A52.1, A52.3, A69.2, A80-A89, B00.3, B00.4, B01.0, B01.1, B02.0, B02.1, B02.2, B05.0, B05.1, B06.0, B15.0, B16.0, B16.2, B19.0, B26.1, B50.0, B58.2, B69.0, B90.0, B94.1, F07.1	Entzündliche Krankheiten ZNS
Neurodegenerative und analoge Erkrankungen	G10-G32, B91, E51.2, E53.8, F00-F05, F06.7, R25-R29	Neurodegenerative & analoge Erkrankungen
Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten ZNS
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	G40-G47	Episodische & paroxysmale Krankheiten NS
Krankheiten der Nerven, Nerven-wurzeln, -plexus, Spondylopathien, sonstige Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens	G50-G59, M45-M49, M50-M54, R51, R52	Krankheiten Nerven & Spondylopathien
Polyneuropathien und sonstige Krank-heiten des peripheren Nervensystems	G60-G64	Polyneuropathien & sonstige Krankheiten peripheres NS
Krankheiten im Bereich der neuro-muskulären Synapse und des Muskels	G70-G73	Krankheiten neuromuskuläre Synapse
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	G80-G83	Zerebrale Lähmung & sonstige Lähmungssyndrome
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	G90-G99, H81, Q00-Q07, Q85, R41-R44, R47-R49	Sonstige Krankheiten NS
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
Traumatologische Erkrankungen	S01-S08, S12-S14, S22-S24, S32-S34, S42-S44, S52-S54, S62-S64, S72-S74, S82-84, S92-94, T01-T14, T79, T90.1-T90.9, T91.1, T92.1, T91.3	Traumatologische Erkrankungen
Tumoren des Nervensystems	C70-C72, C79.3-C79.5, D32, D33, D35.1-D35.5, D36.1	Tumore NS
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen

† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung
* Die ICD-10-Codes V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.0, Z44.1, Z45.1, Z46.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z73, Z86, Z87, Z89, Z90, Z96.9, Z98.2 und Z98.8 wurden ebenfalls der entsprechenden Diagnosekategorie zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.

Tabelle B5: Diagnosekategorien in der neurologischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)	VERWENDETE KURZNAMEN
Bösartige Neubildungen des oberen Gastrointestinaltraktes und der Leber	C15, C16, C22-25	Bösartige Neubildungen oberer Gastrointestinaltrakt & Leber
Bösartige Neubildungen des unteren Gastrointestinaltraktes †	C17-C21, C26	Bösartige Neubildungen unterer Gastrointestinaltrakt
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	C30-C39	Bösartige Neubildungen Atmungsorgane
Bösartige Neubildungen des Urogenitalsystems	C51-C68	Bösartige Neubildungen Urogenitalsystem
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	C50	Bösartige Neubildungen Brustdrüse
Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	C81-C96	Bösartige Neubildungen lymphatisches & blutbildendes Gewebe
Sonstige bösartige Erkrankungen	C00-C14, C40-C49, C69-C80, C97, D00-D09	Sonstige bösartige Erkrankungen
Sonstige Erkrankungen	alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen
† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung		

Tabelle B6: Diagnosekategorien in der onkologischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Chronische Lähmungen †	G82, G83	Chronische Lähmungen
Krankheiten des Nervensystems	G00-G81, G90-G99	Krankheiten Nervensystem
Dekubitus	L89	Dekubitus
Traumatologische Erkrankungen	S/T	Traumatologische Erkrankungen
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen
† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung * Die ICD-10-Codes V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.4, Z44.1, Z45.1, Z46.7, Z46.8, Z47, Z48, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89.5, Z89.9, Z90.3, Z96.6, Z96.88, Z96.9, Z98.2 und Z98.8 wurden ebenfalls zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.		

Tabelle B7: Diagnosekategorien in der paraplegiologischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Abhängigkeitserkrankungen †	F10-F19	Abhängigkeitserkrankungen
Affektive Störungen ohne gegenwärtig schwere Episode	F30-F39 ohne F31.4, F32.2-8 und F33.2-3	Affektive Störungen ohne gegenwärtig schwere Episode
(gegenwärtig) schwere depressive Episode	F31.4, F32.2-8, F33.2-3	(gegenwärtig) schwere depressive Episode
Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	Z73	Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
Neurotische und Belastungsstörungen	F40-F44, F46-F48	Neurotische & Belastungsstörungen
Somatoforme Störungen	F45	Somatoforme Störungen
Muskuloskelettale Erkrankungen, weitere Symptome nicht anderenorts klassifiziert	M, R00-R50, R52-R69	Muskuloskelettale Erkrankungen & Symptome anderenorts nicht klassifiziert
Kopfschmerzen	R51, G43, G44	Kopfschmerzen
Sonstige psychische und somatische Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige psychische & somatische Erkrankungen
† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung * Die ICD-10-Codes Z03.8, Z65 und Z72.8 wurden ebenfalls zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.		

Tabelle B8: Diagnosekategorien in der psychosomatischen Rehabilitation

DIAGNOSEKATEGORIEN	ZUGEORDNETE ICD-10-CODES (HAUPTDIAGNOSE)*	VERWENDETE KURZNAMEN
Grippe und Pneumonie †	J09-J18, A01.0, A02.2, A21.2, A22.1, A37, A42.0, A43.0, A48.1, A49.2, A69.8, A70, A78, B01.2, B05.2, B06.8, B25.0, B37.1, B38.0-B38.2, B39, B44.0, B44.1, B58.3, B59, B65, B77.8, G00, I00, O29.0, O74.0, O89.0, P23, P35.0	Grippe & Pneumonie
COPD mit FEV1 <35%	J44.00, J44.10, J44.80, J44.90	COPD mit FEV1 <35%
COPD mit FEV1 ≥35% und <50%	J44.01, J44.11, J44.81, J44.91	COPD mit FEV1 ≥35% und <50%
COPD mit FEV1 ≥50% oder unbekannt	J44.02-J44.09, J44.12-J44.19, J44.82-J44.89, J44.92-J44.99	COPD mit FEV1 ≥50% oder unbekannt
Weitere chronische Krankheiten der unteren Atemwege	J40-J43, J45-J47, A15, A16, P25, Q33.4, T79.7, T81.8	Weitere chronische Krankheiten untere Atemwege
Weitere Atemwegserkrankungen	J00-J06, J30-J39, J60-J99, I26-I28	Weitere Atemwegserkrankungen
Onkologische Erkrankungen der Atemwege	C00-C14, C30-C39, C45.0, C45.9, C47.0, C47.3, C49.0, C49.3, C76.0,	Onkologische Erkrankungen Atemwege

	C76.1, C77.0, C78.0-CC78.4, C85.2, D00, D14.2-D14.4, D15.2, D15.7, D15.9	
Sonstige Erkrankungen	Alle übrigen ICD-10-Codes	Sonstige Erkrankungen
† Referenzkategorie in der Risikoadjustierung * Die ICD-10-Codes Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z87.0, Z90.2, Z91.0, Z94.2 und Z94.3 wurden ebenfalls der entsprechenden Diagnosegruppe zugeordnet, wenn in der Zusatzdiagnose oder einer Nebendiagnose ein in der Tabelle angegebener ICD-10-Code vergeben war.		

Tabelle B9: Diagnosekategorien in der pulmonalen Rehabilitation

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Nationaler Messplan Rehabilitation. Auswertungskonzept 2025, Version 8.0
Jahr	2025
Autorinnen und Autoren	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Philipp Kronenberg, w hoch 2 Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Kontakt-Korrespondenzadresse	rehabilitation@anq.ch reha@w-hoch2.ch anq-messplan@charité.de
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Berner Klinik Montana Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Anke Scheel-Sailer, Berner Reha Zentrum Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeberin ANQ	Stephan Tobler, Leiter Fachbereich Rehabilitation
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin w hoch 2 GmbH Effingerstrasse 15 3008 Bern
Zitierweise	ANQ, Nationales Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, Bern; Charité – Universitätsmedizin Berlin; w hoch 2, Bern (2025): Nationaler Messplan Rehabilitation. Auswertungskonzept 2025, Version 8.0