
Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3) Datenhandbuch

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

Version 7.0, 2020/01

Gültig ab 01.01.2020

Kontakt

E-Mail: anq-messplan@charite.de

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

Dr. Anna Schlumbohm (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 023

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

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 6.1 sind gelb markiert

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	2
1.1.	Inhalt und Zielgruppe des Datenhandbuchs.....	2
1.2.	Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen.....	3
1.3.	Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 6.0 und 6.1.....	3
2.	Nationaler Messplan Rehabilitation.....	4
3.	Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten	7
4.	Format und Struktur der Daten	9
4.1.	Datenformate.....	9
4.2.	Dateiformate.....	9
4.3.	Vorgabe der Dateinamen.....	9
4.4.	Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation).....	10
5.	Datendefinition Einzeltabellen	11
5.1.	Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MB-Zeile)	11
5.2.	Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische und psychosomatische Rehabilitation (M2-Zeile).....	12
5.3.	Messdaten kardiologische und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile).....	13
5.4.	Zusätzliche Daten (ZU-Zeile).....	14
6.	Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten	15
6.1.	Drop-Out: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan.....	15
6.2.	Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen.....	16
6.3.	Fehlende Werte (missings).....	17
7.	Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung.....	18
7.1.	Prüfung bei der Dateneingabe.....	18
7.2.	Fallbezogene Prüfung nach Abschluss von Eintritts- bzw. bei Austrittsmessung.....	19
7.3.	Prüfung vor der Datenübermittlung.....	21
8.	Datenschutz	23
9.	Datenübermittlung.....	23
9.1.	Periodizität – Termine.....	23
9.2.	Datensicherung	24
9.3.	Meldung Datenlieferung.....	24
10.	Kontakt.....	25
	Anhang.....	26
A.	Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile).....	26
B.	Format Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische und psychosomatische Rehabilitation (M2-Zeile).....	29
C.	Format Messdaten kardiologische und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile).....	35
D.	Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile).....	41
E.	Format Datenlieferungs-Meldung	42
F.	Beispiele für die technische Umsetzung der Prüflogik auf Fallebene (vgl. Kapitel 7.2)	43
G.	Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär	47
H.	Hinweise zur Score-Berechnung	49

1. Einführung

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

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

Das vorliegende Datenhandbuch wurde auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes zum Nationalen Messplan Rehabilitation und des Verfahrenshandbuches vom zuständigen Auswertungsinstitut - Charité-Universitätsmedizin Berlin in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt und ist ab **1. Januar 2020 gültig**. Datenhandbuch und Verfahrenshandbuch sind aufeinander abgestimmt.

Sie erhalten weitere Informationen zum Nationalen Messplan Rehabilitation insbesondere zu inhaltlichen Fragen, die nicht Bestandteil dieses Datenhandbuchs sind, auf dem Webportal des ANQ: <http://www.anq.ch/rehabilitation/>

Hier finden Sie Informationen zum Projekt und alle wesentlichen Dokumente (Umsetzungskonzept, Verfahrenshandbuch, Erfassungsinstrumente, das Test-Tool etc.) zum Webdownload.

1.1. Inhalt und Zielgruppe des Datenhandbuchs

Das Datenhandbuch umfasst die Definitionen der Daten aus den acht Instrumenten für die rehabereichsspezifischen Messungen (Module 2 & 3) des Nationalen Messplans Rehabilitation¹ sowie weiterer Daten, die für die Auswertung benötigt werden. Es richtet sich an die messverantwortlichen Personen und die IT-Verantwortlichen der beteiligten Kliniken, welche die technischen Voraussetzungen für die Integration der Qualitätsmessungen in die Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse erarbeiten.

Primäres Ziel des Datenhandbuches ist die Sicherstellung einer bestmöglichen Datenqualität, die darin besteht, dass die am Nationalen Messplan Rehabilitation teilnehmenden Kliniken die erforderlichen Daten vollständig, fehlerfrei und einheitlich codiert an das Auswertungsinstitut liefern. Im Datenhandbuch sind die Spezifikationen der zu erhebenden Daten (Variablenliste, Wertebereich, Ausprägungen und Definition von fehlenden Werten) festgelegt. Außerdem ist im Datenhandbuch eine Prüflogik definiert, welche die Kliniken bei der Eingabe der Daten berücksichtigen sollen, um fehlende Angaben (Vollständigkeit des Datensatzes) und offensichtliche Fehlangaben (Validität der Angaben) zu verhindern. Seit 2018 steht zudem ein Test-Tool zur Verfügung, welches die Kliniken bei der Prüfung ihrer Daten unterstützen soll. Es ist auf das jeweils aktuelle Datenhandbuch abgestimmt. Weiterhin enthält das Datenhandbuch Vorgaben für die Datenlieferung (Inhalt, Format und Periodizität). Hierzu gehört auch die Beachtung der datenschutzkonformen Übermittlung der Daten.

¹ Das Modul 1 des Nationalen Messplans Rehabilitation beinhaltet die Erhebung der Patientenzufriedenheit anhand eines Kurzfragebogens in allen Fachbereichen der stationären Rehabilitation. Dieser ist nicht Inhalt des vorliegenden Datenhandbuchs. Siehe hierzu: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messinformation-rehabilitation/patientenzufriedenheit-rehabilitation/>

1.2. Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen

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

Dies betrifft:

- Erhebung der medizinischen Statistik für das BFS. Das Minimale Datenset der Medizinischen Statistik des BFS ist ein Bestandteil der ANQ-Erfassung, so dass die vorhandenen Prozesse und Exportroutinen verwendet werden können. Im Unterschied zum Export an das BFS, soll für die ANQ-Messungen aus Datenschutzgründen das Geburtsdatum sowie der anonyme Verbindungscode nicht übermittelt werden. Des Weiteren muss an den Datensatz des BFS für die Verwendung im Messplan die Fallidentifikationsnummer (FID) und die Patientenidentifikationsnummer (PID) angefügt werden, vgl. 5.1 und Anhang A.

1.3. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 6.0 und 6.1

Es wurden folgende Änderungen im Datenhandbuch 7.0 gegenüber den Vorversionen vorgenommen:

- Seit 2019 werden die gelieferten Daten nicht länger nach der «Reha-Art» sondern nach «Reha-Bereich» ausgewertet. Ab dem Datenjahr 2020 müssen die Kliniken für alle Fälle nur noch den Reha-Bereich angeben, die Variable Reha-Art wird gestrichen. Die M2-Datei umfasst nun 59 anstatt 60 Felder, vgl. Kapitel 5.2 und Anhang B, die M3-Datei enthält ebenfalls ein Datenfeld weniger und umfasst nun 81 anstatt 82 Felder, vgl. Kapitel 5.3 und Anhang C.
- Der Wegfall der Variable «Reha-Art» hat auch Einfluss auf die Prüfroutinen zur Vollständigkeit der Messungen je Fall. Diese müssen sich nun auf die Variable «Reha-Bereich» beziehen. Die im Datenhandbuch aufgeführten Prüfroutinen wurden diesbezüglich angepasst, vgl. Kapitel 7.2 und Anhang F.
- Seit Ende 2018 wird den Kliniken ein Test-Tool zur Verfügung gestellt, mit dem Daten vor der Übermittlung an das Auswertungsinstitut Charité von den Kliniken auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft werden können. Das Test-Tool ist online auf dem Webportal des ANQ verfügbar: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/download-rehabilitation/>. Das Test-Tool ist näher im Kapitel 7 «Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung» beschrieben.
- Die Termine für die Datenübermittlung wurden für die Datenjahre 2019, 2020 und 2021 aktualisiert, vgl. Kapitel 9.1

2. Nationaler Messplan Rehabilitation

Der Messplan kommt in allen Einrichtungen (Kliniken, Spitäler und angegliederte Rehabilitationsabteilungen) mit einem kantonalen Leistungsauftrag für stationäre Rehabilitation zur Anwendung.

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

Die Bestimmung der Indikation **bzw. des Rehabereichs** des Patienten oder der Patientin erfolgt in der Rehabilitationsklinik. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier „DefReha[©] Version 1.01“² folgende **Rehabereiche** vor:

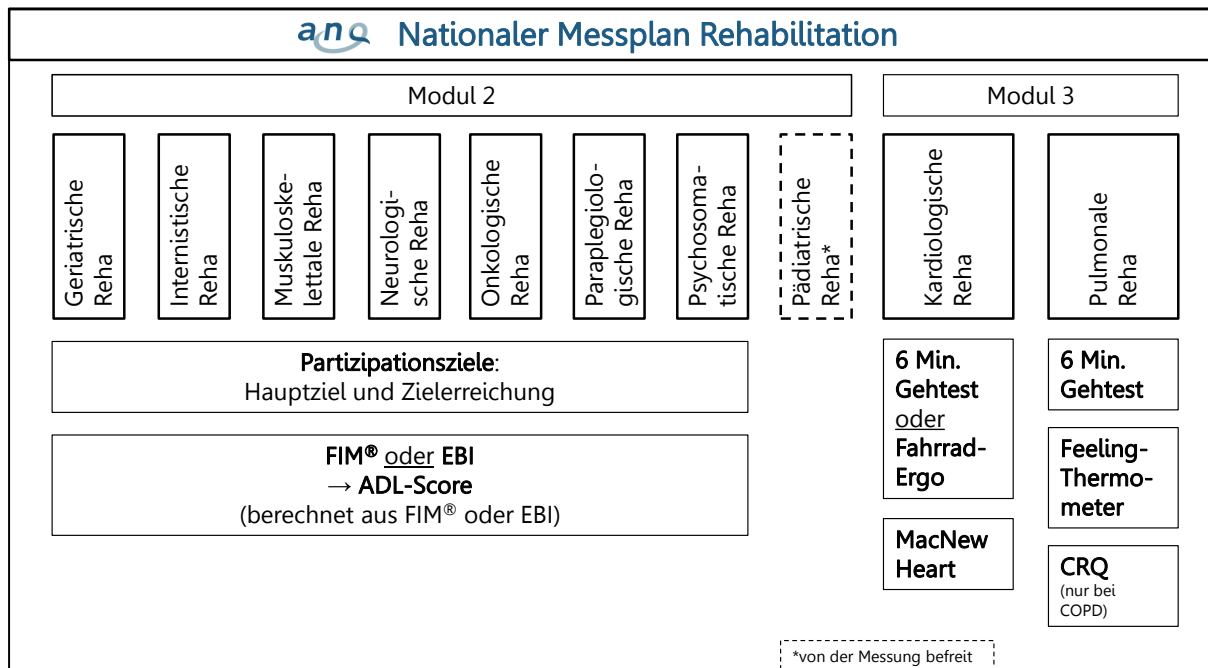
- Geriatriische Rehabilitation (Modul 2)
- Internistische Rehabilitation (Modul 2)
- Kardiale Rehabilitation (Modul 3)
- Muskuloskelettale Rehabilitation (Modul 2)
- Neurologische Rehabilitation (Modul 2)
- Onkologische Rehabilitation (Modul 2)
- Pädiatrische Rehabilitation³ (Modul 2)
- Paraplegiologische Rehabilitation (Modul 2)
- Psychosomatische Rehabilitation (Modul 2)
- Pulmonale Rehabilitation (Modul 3)

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte des Nationalen Messplans Rehabilitation für die reha-bereichsspezifischen Messungen (Module 2 & 3). Die aufgeführten Instrumente je Rehabereich müssen jeweils zu Reha-Eintritt und -Austritt beim Patienten erhoben werden.

² http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Verband/Aktivkonferenzen/DefReha_Version_1_01_d.pdf

³ Für die pädiatrische Rehabilitation besteht aktuell keine ANQ-Messpflicht. Aus formalen Gründen müssen Kliniken mit pädiatrischen Rehabilitationsangebot ein Dispensgesuch beim ANQ einreichen.

Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation – Rehabereiche und Messinstrumente



Im Einzelnen müssen für die Patientinnen und Patienten eines definierten Rehabereichs folgende Instrumente eingesetzt werden:

Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische⁴ oder psychosomatische⁴ Rehabilitation:

Für Patientinnen und Patienten aus diesen Rehabereichen müssen bei Ein- und Austritt jeweils **zwei Instrumente** angewendet werden:

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

Kardiologische Rehabilitation:

Für Patientinnen und Patienten aus diesem Rehabereich müssen bei Ein- und Austritt jeweils **zwei Instrumente** angewendet werden:

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

⁴ Neben dem ordentlichen Messplan laufen in der paraplegiologischen und der psychosomatischen Rehabilitation Alternativmessungen. Im Verfahrenshandbuch und im Datenhandbuch werden die Alternativmessungen nicht beschrieben.

Pulmonale Rehabilitation:

Für Patientinnen und Patienten aus diesem Rehabereich müssen bei Ein- und Austritt jeweils **zwei bzw. drei Instrumente** angewendet werden:

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

Pädiatrische Reha:

Für Patientinnen und Patienten aus dem diesem Reha-Bereich besteht aktuell keine Messpflicht. Aus formalen Gründen muss ein Dispensgesuch eingereicht werden.

3. Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten

Die Reha-Kliniken und Akutspitäler mit Rehabilitationsabteilungen (nachfolgend Kliniken) liefern Daten für **alle Personen, die stationär behandelt werden**⁵. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im Anhang zu finden (Anhang G.). Die Kliniken erfassen jede/n zum stationären Aufenthalt in die Rehabilitationsklinik eingetretene/n Patientin oder Patienten, unabhängig von ihrem bzw. seines geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung. Die Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall.

Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt eines Patienten in einer Rehabilitationsklinik bezeichnet. Der Behandlungsfall beginnt mit der Aufnahme des Patienten und endet mit dem Austritt des Patienten bzw. des Fallabschlusses (vgl. Verfahrenshandbuch, Abschnitt 2.4, 2.5). **Diese aktuelle Definition eines Behandlungsfalls wird auch zukünftig für die ANQ-Messungen beibehalten. Etwaige Fallzusammenführungen gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY (Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen wird als ein Behandlungsfall gewertet) werden für den Bereich Rehabilitation nicht übernommen.**


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

- a) Daten aus der obligatorischen Lieferung der **Medizinischen Statistik des BFS (Minimales Datenset)**. Die Daten des Minimalen Datensets des BFS sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile (analog BFS). Details zu den Daten des Minimalen Datensets des BFS sind in Kapitel 5.1 sowie der Datentabelle im Anhang A. aufgeführt.
- b) **Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation**, jeweils rehabereichsspezifische Auswahl (gemäss DefReha[®] Version 1.01), Messung jeweils bei Ein- und Austritt. Die Daten der Qualitätsmessungen sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei zwei Datenzeilen (Messung bei Eintritt, Messung bei Austritt). Details zu den Instrumenten des Messplans für die einzelnen Rehabilitationsbereiche sind den Kapiteln 5.2 und 5.3 sowie den Datentabellen im Anhang (Anhang 0 und C) zu entnehmen.
- c) **Zusätzliche Daten**: Für jeden Patienten werden Daten zur Komorbidität mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erhoben. Diese Messung wird nur bei Eintritt des Patienten durchgeführt. Die Zusatzdaten sollen in einer eigenen Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile. Details zu den zusätzlichen Daten werden in Kapitel 5.4 sowie der Datentabelle im Anhang D beschrieben.

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

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

Abbildung 2: Zu erhebende Daten je Fall

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

4. Format und Struktur der Daten

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

4.1. Datenformate

Bei allen **numerischen Variablen (N)** sind ausschliesslich ganzzahlige, positive Werte, inkl. 0 zugelassen. Als **Datumsformat (D)** wird allgemein JJJJMMTT verwendet. Darüber hinaus gibt es auch Datumsangaben im Format JJJJMMTThh, die um eine Stundenangabe ergänzt werden (Anhang A: MB-Zeile: 1.2.V01, 1.5.V01, 1.7.V02).

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

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

4.2. Dateiformate

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

4.3. Vorgabe der Dateinamen

Zur Benennung der zu übermittelnden CSV-Dateien gilt folgende Vorgabe:

Zeichen 1-3	Zeichenfolge ANQ ,
Zeichen 4-5	Klinik-ID (zweistellig oder dreistellig, z. B. 01, 102),
Zeichen 6	Trennzeichen Unterstrich (<u> </u>),
Zeichen 7 und 8	Identifikator der Zeile (MB, M2, M3, ZU),
Zeichen 9	Trennzeichen Unterstrich (<u> </u>),
Zeichen 10-17	Datumsangabe (Format: JJJJMMTT, z. B. 20180831).
Zeichen 18-20	Dateiendung .csv
Kompletter Beispielname entsprechend der Vorgabe: ANQ01_M2_20180831.csv bzw.	
ANQ102_M2_20180831.csv	

4.4. Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation)

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

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

- Minimales Datenset BFS: MB-Zeile, Feld 51
- Messdaten Rehabereiche
Geriatrische, internistische, muskuloskelettale,
neurologische, onkologische, paraplegiologische,
psychosomatische Rehabilitation (Modul 2),
 jeweils bei Ein- und Austritt: M2-Zeile, Feld 2
- Messdaten Rehabereiche
Kardiologische, pulmonale Rehabilitation (Modul 3),
 jeweils bei Ein- und Austritt: M3-Zeile, Feld 2
- Zusatzdaten: ZU-Zeile, Feld 2

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

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

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

5. Datendefinition Einzeltabellen

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

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

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Dieses Datenset umfasst neben soziodemografischen Merkmalen auch Informationen zum Ein- und Austritt der Patienten, betriebswirtschaftliche Angaben und Diagnosen sowie Informationen zur Behandlung. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Variablen ist in der Variablenspezifikation der Medizinischen Statistik (BFS, 2017⁶) aufgeführt.

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

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

Tabelle 1: Inhalt der MB-Zeile

MB-Zeile	
Felder 1 - 50	Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik: Minimales Datenset (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, gültig ab 2019)
Feld 51	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID) FID notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.
Feld 52	klinikinterne Patientenidentifikationsnummer (PID) PID ist notwendig, um Patienten bei wiederholten Aufenthalten in der gleichen Klinik identifizieren zu können.

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

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

⁶ Seit dem 01.01.2018 ist eine neue Version der Spezifikation der Variablen der Medizinischen Statistik gültig, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.7066232.html>

5.2. Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische und psychosomatische Rehabilitation (M2-Zeile)

Für jeden Fall aus den Rehabereichen geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische oder psychosomatische Rehabilitation werden jeweils bei Ein- und Austritt Qualitätsmessungen durchgeführt. Die Wahl der Messinstrumente je Indikation und die Richtlinien zur Erfassung der Messdaten richten sich nach den Vorgaben des ANQ (siehe Kapitel 2; vgl. Verfahrenshandbuch). Ebenfalls erfasst werden Variablen zur Fall- und Klinikidentifikation (FID und BUR-Nummer) und zum Rehabereich.

Für jeden Fall aus den Rehabereichen geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische oder psychosomatische Rehabilitation werden zwei M2-Zeilen in der M2-Datei geliefert.

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

Jede **M2-Zeile** enthält je Patientin bzw. Patient **59 Datenfelder (Spalten)**, deren Inhalte in Tabelle 2 verdeutlicht werden.

Tabelle 2: Inhalt der M2-Zeile

Datenfelder	Inhalt M2-Zeile	Angaben für geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische, psychosomatische Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier M2	X X
Feld 2	Klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Reha-Bereich gemäss DefReha [®]	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/ Austritt)	X
Feld 6	Grund für Drop-Out	X
Feld 7	Datum Drop-Out	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 42	Items des FIM [®]	FIM [®] oder EBI <i>für alle Pat. einer Klinik das gleiche Verfahren wählen; Felder des <u>nicht</u> gewählten Verfahrens bleiben <u>leer</u></i>
Felder 43 – 59	Items des EBI	

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **M2-Zeile** einschliesslich Spezifikation der Variablen befindet sich im **Anhang 0**.

Hinweis: Das Feld «Reha-Art / Indikation des Patienten» ist im Eingangsblock nicht mehr vorhanden.

5.3. Messdaten kardiologische und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile)

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

Für jeden Fall aus den Rehabereichen kardiologische oder pulmonale Rehabilitation werden zwei M3-Zeilen in der M3-Datei geliefert:

- Die 1. M3-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- Die 2. M3-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

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

Tabelle 3: Inhalt der M3-Zeile

Datenfelder	Inhalt M3-Zeile	Angaben für Kardio-Reha	Angaben für Pulmo-Reha
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier M3	X	X
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)	X	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X	X
Feld 4	Diagnose Pulmo-Reha	leer	X
Feld 5	Reha-Bereich gemäss DefReha [®]	X	X
Feld 6	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X	X
Feld 7	Grund für Drop-Out	X	X
Feld 8	Datum Drop-Out	X	X
Felder 9 – 17	Items des 6-Minuten-Gehtest (6-MWT)	6-MWT oder Fahrrad-Ergometrie <i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>	X
Felder 18 – 24	Items der Fahrrad-Ergometrie		leer
Felder 25 – 54	Items des MacNew Heart	X	leer
Felder 55 – 58	Items Feeling-Thermometer	leer	X
Felder 59 – 81	Items des CRQ	leer	X nur bei Pat. mit COPD I-IV

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

Hinweis: Das Feld «Reha-Art / Indikation des Patienten» ist im Eingangsblock nicht mehr vorhanden.

5.4. Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

Für jede bzw. jeden Patientin bzw. Patienten werden zusätzlich zu den Messdaten der einzelnen Reha-bereiche (Module 2 & 3) bei Eintritt der Patientin bzw. des Patienten Daten zur Komorbidität mit der CIRS-Skala erfasst. Die Daten werden in der ZU-Zeile übermittelt.

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

Tabelle 4: Inhalt der ZU-Zeile

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

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

6. Angaben zu Drop-Outs und fehlenden Werten

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

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 müssen das Vorliegen eines Drop-Outs sowie das Datum des Drop-Outs (Tag des Behandlungsabbruchs bzw. Reha-Austritts) angegeben werden.

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

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

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

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

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

6.2. Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

Gründe für einen Test-Verzicht (Nichtdurchführung der Messung) sind spezifisch für die einzelnen Messungen und haben – anders als Ausschlussgründe (Drop-Out) – keinen Ausschluss 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 Patienten-Fragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit dem FIM® Instrument, dem EBI und der CIRS sowie bei der Dokumentation des Hauptziels und der Zielerreichung.

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

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

Die **Verzichtsgründe** werden in der M2- bzw.- M3-Datei am Ende des jeweiligen Variablenblocks zu einem spezifischen Instrument dokumentiert, vgl. Anhang 0 und C.

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

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

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

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

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

6.3. Fehlende Werte (missings)

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

Bei den **Fragebogen, die vom Behandelnden** ausgefüllt werden, sollen alle Items vollständig erfasst werden, so dass es nicht zu fehlenden Werten kommen kann. Daher wird bei allen Fremderhebungen auf die Vorgabe fehlender Werte verzichtet. Dies betrifft: Angaben zu Hauptziel und Zielerreichung (HZ und ZE), FIM®, EBI und CIRS. Gleiches gilt für die **Leistungstests** (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie).

In den Datentabellen im Anhang 0 und C finden sich die Angaben zu fehlenden Werten in Spalte 7.

7. Plausibilisierung der Daten – Datenprüfung

Die Datenerhebung soll in den Kliniken in elektronischer Form erfolgen, wobei bezüglich der genutzten Software durch den ANQ keine Vorgabe gemacht wird. Die Prüfung der Plausibilität der erhobenen Daten soll in den Kliniken auf drei Ebenen stattfinden, damit eine optimale Datenqualität sichergestellt werden kann. Eine erste Prüfung der Daten erfolgt bereits während der Dateneingabe (Kapitel 7.1). In einem zweiten Schritt soll nach Eintritt bzw. kurz vor Austritt jedes Behandlungsfalles überprüft werden, ob die Daten der Qualitätsmessungen indikationsspezifisch jeweils vollständig sind (Kapitel 7.2). Abschliessend wird vor der Datenübermittlung an das Auswertungsinstitut eine letzte Prüfung vorgenommen (7.3). Die Datenprüfungen beziehen sich auf die Dateien der Messdaten der einzelnen Rehabereiche (M2-Zeile bzw. M3-Zeile) sowie die Datei der Zusätzlichen Daten (ZU-Zeile). In den Datentabellen im Anhang 0 bis D sind in der Spalte 9 Angaben zur Prüflogik auf Item-Ebene (Kapitel 7.1) enthalten.

Für die klinikinterne Datenprüfung kann das seit 2018 zur Verfügung stehende excelbasierte Test-Tool genutzt werden, welches zum Download auf dem ANQ-Webportal bereit steht (<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/download-rehabilitation/> >Dateneingabe (Vorlagen) Module 2 & 3). Die Versionsnummer am Ende des Dateinamens des Test-Tools (z.B. v61 oder v70) bezieht sich auf die Versionsnummer des Datenhandbuchs auf dem die Prüfroutinen basieren. Die Kliniken haben mit dem Test-Tool die Möglichkeit, ihre erhobenen Daten vor dem Versand an das Auswertungsinstitut auf Vollständigkeit und formale Plausibilität zu überprüfen. Die Daten können in das Test-Tool eingelesen bzw. importiert werden und es wird ein automatisierter Prüfbericht erstellt. Zum Test-Tool existiert ein Manual sowie eine Kurzfassung des Manuals, welche ebenfalls über das ANQ-Webportal erhältlich sind. Bei Problemen oder Schwierigkeiten kann das Auswertungsinstitut jederzeit Unterstützung bieten (anq-messplan@charite.de).

7.1. Prüfung bei der Dateneingabe

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

Kapitel 4.1 (Datenformate) sowie den Datentabellen im Anhang 0 bis D sind folgende Informationen bezüglich der Definition gültiger Werte für jede Variable zu entnehmen:

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

Tabellen Datenformat, Anhänge 0 bis D, Spalte 5 (Format (Anzahl Elemente): variablenspezifische Vorgaben
- **Beschreibung des gültigen Wertebereiches der einzugebenden Daten:**
Tabellen Datenformat, Anhänge 0 bis D, Spalten 6 (Wertebereich) und 7 (missings);

Werte für missing-Angaben (fehlende Patientenangaben) sind ebenfalls gültige Werte, z.B. beim MacNew Heart: gültiger Wertebereich 0-7, 9

– **Vorgabe ungültiger Werte:**

Tabellen Datenformat, Anhänge 0 bis D, Spalte 9 (Prüflogik), z.B. MacNew Heart: Werte >7 sind ungültig, 9 ist ein gültiger Wert

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

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

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

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

Ein weiteres Ziel der Datenprüfung auf Klinikebene ist es, zu verhindern, dass Daten nicht (rechtzeitig) erfasst bzw. die Verfahren des Messplans nicht (rechtzeitig) durchgeführt werden und somit zum Zeitpunkt der Übermittlung fehlende Werte vorhanden sind. Daher soll zu zwei Zeitpunkten eine **Prüfung der Vollständigkeit der Daten aus den Qualitätsmessungen auf Patientenebene (je Behandlungsfall)** erfolgen. Durch die Prüfungen wird gewährleistet, dass eventuell fehlende Messungen noch durchgeführt werden können.

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

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

Aufgrund der rehabereichsspezifischen Vorgaben des Messplans ist die Vorgabe einer Prüflogik auf dieser Ebene komplex. Als Hinweis dient die Anzahl der ausgefüllten Datenfelder in definierten Variablenblöcken.

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

Auf Basis der Variable **„Rehabereich“** (enthalten in M2-Zeile oder M3-Zeile, Variablen 5.1.V03 und 6.1.V04) werden die verschiedenen Datenabfragen durchgeführt.

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

Fallbezogene Datenprüfung

- geriatrische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=1) oder
- internistische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=2) oder
- muskuloskeletale Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=4) oder
- neurologische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=5) oder
- onkologische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=6) oder
- paraplegiologische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=8) oder
- psychosomatische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=9)

Reha-Eintritt

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

Reha-Austritt

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

Fallbezogene Datenprüfung kardiologische Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=3),

Reha-Eintritt

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

Reha-Austritt

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

Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=10) mit Variable „Diagnose Pulmo-Reha“=1 (“COPD I-IV“)

Reha-Eintritt

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

Reha-Austritt

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

**Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation (Variable «Reha-Bereich»=10)
mit Variable „Diagnose Pulmo-Reha“=2 (“andere pulmonale Diagnose”)**

Reha-Eintritt

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

Reha-Austritt

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

7.3. Prüfung vor der Datenübermittlung

Vor der Übermittlung der Dateien an das Auswertungsinstitut soll eine weitere Prüfung der Daten erfolgen. Diese umfasst zum einen Aufbau und Inhalt der Dateien (A) sowie zum anderen die Vollständigkeit der Daten (B). **Diese Prüfung kann ebenfalls durch die Nutzung des Test-Tools, welches auf der Webseite des ANQ dem ANQ-Webportal als Download zur Verfügung steht, unterstützt werden.**

A. Prüfung von Aufbau und Inhalt der Datensätze:

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

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

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

- MB-Zeile: 52 Felder, Inhalt siehe Anhang A.
- M2-Zeile: **59 Felder**, Inhalt siehe Anhang B.
- M3-Zeile: **81 Felder**, Inhalt siehe Anhang C.
- ZU-Zeile: 18 Felder, Inhalt siehe Anhang D.

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

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

B. Prüfung der Vollständigkeit der Datensätze:

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

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

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

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

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

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

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

8. Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenreglement des ANQ.

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

9. Datenübermittlung

Die Daten der Qualitätsmessungen werden von den Kliniken in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut - Charité geschickt. In die Datenlieferung sollen jeweils alle Patienten eingeschlossen werden, deren Reha-Austrittsdatum im entsprechenden Zeitraum der Datenerfassung liegt. Das bedeutet, es müssten für diese Patienten vollständige Datensätze der BFS-Statistik sowie die Messdaten der reha-bereichsspezifischen Messungen (Module 2 & 3) zu Reha-Eintritt und -Austritt sowie die zusätzlichen Daten vorliegen. Das Auswertungsinstitut prüft die übermittelten Daten gemäss der vorliegenden Datendefinition und gibt den Kliniken eine detaillierte Rückmeldung, ob die Datenqualität ausreichend ist oder ob noch Verbesserungen notwendig sind.

9.1. Periodizität – Termine

Für die Datenlieferungen sind **fixe Termine** vorgesehen. Seit dem Jahr 2018 findet eine jährliche Datenübermittlung und Auswertung der Datenqualität statt. Damit ergeben sich folgende Stichtage (Tabelle 5). Die Stichtage müssen in jedem Fall (gegebenenfalls auch mit unvollständigen Daten) eingehalten werden:

Tabelle 5: Vorgesehene Stichtage zur Datenlieferung (Datenjahre 2019 - 2021)

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patienten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
28.02.2020	01.01.2019 – 31.12.2019
28.02.2021	01.01.2020-31.12.2020
28.02.2022	01.01.2021-31.12.2021

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

9.2. Datensicherung

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

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

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

9.3. Meldung Datenlieferung

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

- die Identifikation der Klinik
- das Anfangs- und Enddatum des Erhebungszeitraums
- die Anzahl der Zeilen in jeder der 3 bzw. 4 gelieferten Dateien⁷
- das Generierungsdatum jeder der 3 bzw. 4 gelieferten Dateien.

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

⁷ Datei 1: Minimal-Datensatz des BFS (MB-Zeilen); Datei 2: Messdaten Modul 2 (M2-Zeilen), Datei 3: Messdaten Modul 3 (M3-Zeilen); Datei 4: Zusätzliche Daten (ZU-Zeilen)

10. Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin)	Tel.: +49 30 450 517 156
Dr. Anna Schlumbohm (Wiss. Mitarbeiter)	Tel.: +49 30 450 517 023
Prof. Dr. Karla Spyra (Projektleitung)	Tel.: +49 30 450 517 125

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

E-Mail: anq-messplan@charite.de

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

Anhang

A. Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile)⁸

MB-Zeile		Minimales Datenset					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Werte-Label	Prüflogik
0. Minimales Datenset: Allg. Angaben							
1	0.1.V01	Rekordart	MB = Identifikator Minimales Datenset	AN (2)	MB		
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)			
3	0.1.V03	Standort		AN (5)			
4	0.1.V04	Kanton	BFS-Kantonskurzzeichen	AN (2)	AG - ZH		
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungscode	wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt!	AN (16)			
6	0.2.V02	Kenzeichnung des Statistikfalls	solte "A" sein	AN (1)	A, B, C	A = normaler Minimaldatensatz B = Administrative Meldung mit red. Datensatz C = Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz	
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	solte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	solte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
9	0.3.V03	Patientengruppendatensatz	solte in Reha "0" sein	N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz		N (1)	0, 1	0 = nein, 1 = ja	
1. Minimaldaten							
11	1.1.V01	Geschlecht		N (1)	1, 2	1 = männlich, 2 = weiblich	
12	1.1.V02	Geburtsdatum	wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt!	D (JJJMMTT)			
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	Alter in Jahren	N (3)	0-135		
14	1.1.V04	Wohnort (Region)		AN (4)	AG01-ZH99		
15	1.1.V05	Nationalität	ISO alpha3	AN (3)	ABW - ZWE		
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -stunde		D (JJJMMThh)			
17	1.2.V02	Aufenthaltort vor Eintritt	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet Neue Kodierung: gültig ab dem 1.1.2017	N (2)	1-99	1 = Zuhause 2 = Zuhause mit SPITEX Versorgung 3 = Krankenhaus, Pflegeheim 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 5 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb 55 = Psychiatrische Klinik, gleicher Betrieb 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 83 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 84 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 9 = unbekannt	

⁸ Die MB-Zeile wird bereits routinemässig in den Kliniken erhoben und an das BFS übermittelt wird, Es gelten die Spezifikationen des BFS, Variablen der Medizinischen Statistik, Spezifikation gültig ab **1.1.2019**, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.7066232.html>

MB-Zeile (Fortsetzung 1)

18	1.2.V03	Eintrittsart	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 24 Std. unabdingbar) 2 = angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) 4 = interner Übertritt 5 = Verlegung innerhalb 24 Std. 8 = andere 9 = unbekannt	
19	1.2.V04	Einweisende Instanz		N (1)	1-6, 8, 9		1 = selbst, Angehörige 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei) 3 = Arzt 4 = nichtmedizinischer Therapeut 5 = sozialmedizinischer Dienst 6 = Justizbehörden 8 = andere 9 = unbekannt	
20	1.3.V01	Behandlungsart	sollte 3 "stationär" sein, Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1, 3, 9		1 = ambulant 3 = stationär 9 = unbekannt	
21	1.3.V02	Klasse	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-3, 9		1 = allgemein 2 = halbprivat 3 = privat 9 = unbekannt	
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden)		N (4)	0-9999			
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden)		N (4)	0-9999			
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	sollte M950 "Physikalische Medizin und Rehabilitation" sein	AN (4)	M000-M990			
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = Krankenversicherung (obligat.) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler 8 = andere 9 = unbekannt	
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -stunde		D (JJJMMTThh)				
27	1.5.V02	Entscheidung für Austritt	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = auf Initiative des Behandelnden 2 = auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden) 3 = auf Initiative einer Drittperson 4 = interner Übertritt 5 = gestorben 8 = anderes 9 = unbekannt	

MB-Zeile (Fortsetzung 2)

28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	Angabe 9 (unbekannt) wird in ANQ-Auswertung als fehlende Angabe betrachtet Neue Kodierung: gültig ab dem 1.1.2017	N (2)	0-99		1 = Zuhause 2 = Krankenhaus, Pflegeheim 3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb 44 = Psychiatrische Klinik, gleicher Betrieb 5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 55 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 9 = unbekannt 0 = Todesfall	
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt		N (1)	0-5, 8, 9		1 = geheilt/kein Behandlungsbedarf 2 = ambulante Behandlung 3 = ambulante Pflege (z.B. SPITEX) 4 = stationäre Behandlung oder Pflege 5 = Rehabilitation (amb. oder stat.) 8 = anderes 9 = unbekannt 0 = Todesfall	
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx			
41	1.7.V02	Beginn Hauptbehandlung		D (JJJJMMThh)				
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
43	1.7.V04	2. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
44	1.7.V05	3. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
45	1.7.V06	4. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
46	1.7.V07	5. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
47	1.7.V08	6. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
48	1.7.V09	7. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
49	1.7.V10	8. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
51	FID	Fallidentifikationsnummer FID	klinikerne Fallnummer	AN (16)				Pflichtangabe!
52	PID	Patientenidentifikationsnummer PID	klinikerne Patientenidentifikationsnummer	AN (16)				

B. Format Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, paraplegiologische und psychosomatische Rehabilitation (M2-Zeile)

M2-Zeile Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, paraplegiologische, psychosomatische Rehabilitation (Modul 2)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing Value	Prüflogik
5.1 Eingangsblock							
1	5.1.V01	Rekordart	M2 = Identifikator Datensatz Modul 2	AN (2)	M2		alle anderen Angaben als "M2" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)			Pflichtangabe!
3	5.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-	
4	5.1.V03	Reha-Bereich	<p>Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 1.01</p> <p>In der M2-Zeile können nur die Werte 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9 vorkommen (sonst Eintrag in die M3-Zeile).</p>	N (2)	1-10	-	<p>1 = Geriatrische Reha 2 = Internistische Reha 3 = Kardiologische Reha 4 = Muskuloskelettale Reha 5 = Neurologische Reha 6 = Onkologische Reha 7 = Pädiatrische Reha 8 = Paraplegiologische Reha 9 = Psychosomatische Reha 10 = Pulmonale Reha</p> <p>Werte 3, 7, 10 und Werte <1 und >10 sind ungültig</p>
5	5.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	<p>1 = Eintritt 2 = Austritt</p> <p>Werte <1 und >2 sind ungültig</p>
6	5.1.V05	Drop-Out: unvorhergesehener/ungeplanter Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	wenn Drop-Out, unbedingt das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 5.1.V06)	N (1)	1	-	<p>1= Drop-Out: unvorhergesehener Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage</p> <p>Werte <1 und >1 sind ungültig; wenn Wert=1, dann Angabe bei 5.1.V06 erforderlich</p>
7	5.1.V06	Datum Drop-Out		D (JJJJMMTT)		-	muss ausgefüllt werden, wenn Variable 5.1.V05=1
5.2. Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)							
8	5.2.V00	HZ/ZE-Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-	Variable 5.1.V03 (Reha-Bereich) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=4 oder Wert=5 oder Wert=6 oder Wert=8 oder Wert=9 haben
9	5.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	<p>HZ nur bei Reha-Eintritt</p> <p>Variablen 5.2.V01 (HZ_01_1) und 5.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 5.1.V04=1 ("Eintritt")</p> <p>bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden</p>	N (2)	1-10	-	<p>1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = berufliche Umorientierung 7 = berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben</p> <p>Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn Variable 5.1.V04=1 ("Eintritt")</p>

M2-Zeile (Fortsetzung 1)

10	5.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	5.2.V03	ZE_01 Ziellanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 5.2.V03 (ZE_01) bis 5.2.V11 (ZE_04_3) nur angeben, wenn 5.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = nein 1 = ja	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn Variable 5.1.V04=2 ("Austritt")
12	5.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = vollumfänglich erreicht / übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")
13	5.2.V05	ZE_02_2 statt dessen erreichtes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = berufliche Umorientierung 7 = berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	5.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	5.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	5.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	5.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = vollumfänglich erreicht / übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	5.2.V10	ZE_04_2 statt dessen erreichtes Ziel	bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 5.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	5.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig nur angeben, wenn 5.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)

M2-Zeile (Fortsetzung 2)

5.3. Functional Independence Measure (FIM)							
20	5.3.V00	FIM_Datum der Erhebung	entweder FIM oder EBI	D (JJJMMTT)		-	Variable 5.1.V03 (Reha-Bereich) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=4 oder Wert =5 oder Wert=6 oder Wert=8 oder Wert=9 haben
21	5.3.V01	FIM_01 Essen/Trinken		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01 1 = vollständige Hilfestellung 2 = ausgeprägte Hilfestellung 3 = mässige Hilfestellung 4 = geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = eingeschränkte Selbständigkeit 7 = völlige Selbständigkeit
22	5.3.V02	FIM_02 Körperpflege		N (1)	1-7	-	
23	5.3.V03	FIM_03 Baden/Duschen/Waschen		N (1)	1-7	-	
24	5.3.V04	FIM_04 Ankleiden Oberkörper		N (1)	1-7	-	
25	5.3.V05	FIM_05 Ankleiden Unterkörper		N (1)	1-7	-	
26	5.3.V06	FIM_06 Toilettenhygiene		N (1)	1-7	-	
27	5.3.V07	FIM_07 Blasenkontrolle		N (1)	1-7	-	
28	5.3.V08	FIM_08 Darmkontrolle		N (1)	1-7	-	
29	5.3.V09	FIM_09 Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl		N (1)	1-7	-	
30	5.3.V10	FIM_10 Transfer/Toilettensitz		N (1)	1-7	-	
31	5.3.V11	FIM_11 Transfer Badewanne		N (1)	1-7	-	
32	5.3.V12	FIM_12_1 Gehen oder Rollstuhlfahren	<p>Wenn der Austrittsmodus sicher ist (bei Eintritt schon klar, was bei Austritt bewertet wird), wird hier entweder Gehen, Rollstuhl oder beides bewertet.</p> <p>Der bei Eintritt gewählte Modus wird dann auch bei Austritt in 5.3.V12 bewertet.</p> <p>Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Gehen bewertet und in 5.3.V14 das Rollstuhlfahren.</p> <p>Auch bei Austritt werden beide Fortbewegungsarten bewertet (5.3.V12 UND 5.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (5.3.V12 - Gehen bzw. 5.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.</p>	N (1)	1-7	-	<p>Werte <1 und >7 sind ungültig</p> <p>Angabe in 5.3.V13 nötig, bevor Angabe in 5.3.V12</p> <p>Angaben zu Eintritt (5.1.V04 =1): wenn 5.3.V13=1-3, Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0), 5.3.V14 bleibt leer; wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (5.3.V12>0 und 5.3.V14>0).</p> <p>Angaben zu Austritt (5.1.V04 =2): wenn 5.3.V13=1-3, Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0), 5.3.V14 bleibt leer; wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der bei Austritt überwiegende Modus (5.3.V12>0 und/oder 5.3.V14>0).</p>
33	5.3.V13	FIM_12_2 Spezifikation Fortbewegungsart	<p>Spezifikation der Fortbewegungsart, die in 5.3.V12 beurteilt wird.</p> <p>Wenn 5.3.V13=4 (Austrittsmodus unsicher), wird in 5.3.V12 das Gehen und in 5.3.V14 das Rollstuhlfahren bewertet.</p> <p>Angabe in diesem Datenfeld muss bei Austritt identisch mit Eintritt sein.</p>	N (1)	1-4	-	<p>Werte <1 und >4 sind ungültig</p> <p>Angabe in 5.3.V13 zu Eintritt (5.1.V04=1) = Angabe in 5.3.V13 zu Austritts (5.1.V04=2)</p> <p>1 = Ein- und Austrittsmodus sicher: Gehen 2 = Ein - und Austrittsmodus sicher: Rollstuhl 3 = Ein- und Austrittsmodus sicher: Beides (Gehen und Rollstuhl zu gleichen Teilen) 4 = Austrittsmodus unsicher</p>

M2-Zeile (Fortsetzung 3)

34	5.3.V14	FIM_12_3 <u>Rollstuhlfahren</u>	<p>Feld bleibt leer, wenn Austrittsmodus sicher ist, dann wird nur 5.3.V12 und 5.3.V13 ausgefüllt.</p> <p>Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Rollstuhlfahren bewertet und in 5.3.V12 das Gehen.</p> <p>Auch bei Austritt werden dann beide Fortbewegungsarten bewertet (5.3.V12 UND 5.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (5.3.V12 - Gehen bzw. 5.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.</p>	N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	<p>Werte <1 und >7 sind ungültig</p> <p>Angabe 5.3.V13 nötig bevor Angabe in 5.3.V14</p> <p>Angaben zu Eintritt (5.1.V04=1): wenn 5.3.V13=1-3, keine Angabe in 5.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0) wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V14 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (5.3.V12>0 und 5.3.V14>0).</p> <p>Angaben zu Austritt (5.1.V04=2): wenn 5.3.V13=1-3, keine Angabe in 5.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 5.3.V12 nötig (5.3.V12>0) wenn 5.3.V13=4, Angabe in 5.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 5.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der, der bei Austritt überwiegt (5.3.V12>0 und/oder 5.3.V14>0).</p>	
35	5.3.V15	FIM_13 Treppensteigen		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
36	5.3.V16	FIM_14_1 Verstehen akustisch/visuell		N (1)	1-7	-			
37	5.3.V17	FIM_14_2 Spezifikation Kommunikationsform: Verstehen	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 5.3.V16 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = akustisch 2 = visuell 3 = beides	Werte <1 und >3 sind ungültig	
38	5.3.V18	FIM_15_1 Ausdruck verbal/non verbal		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
39	5.3.V19	FIM_15_2: Spezifikation Kommunikationsform: Ausdruck	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 5.3.V18 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = verbal 2 = nonverbal 3 = beides	Werte <1 und >3 sind ungültig	
40	5.3.V20	FIM_16 Soziales Verhalten		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig	
41	5.3.V21	FIM_17 Problemlösungsfähigkeit		N (1)	1-7	-			
42	5.3.V22	FIM_18 Gedächtnis		N (1)	1-7	-			
5.4. Erweiterter Barthel-Index (EBI)									
43	5.4.V00	EBI_Datum der Erhebung	entweder FIM oder EBI	D (JJJMMTT)		-		Variable 5.1.V03 (Reha-Bereich) muss Wert=1 oder Wert=2 oder Wert=4 oder Wert =5 oder Wert=6 oder Wert=8 oder Wert=9 haben	
44	5.4.V01	EBI_01 Essen und Trinken	Achtung, ungültiger Wert: 1	N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = nicht möglich oder Magensonde nicht selbst bedienen 2 = Essen muss vorbereitet werden 3 = Essen mit Hilfsmitteln alleine oder Magensonde selbst bedienen 4 = selbständig	Wert 1 und Werte <0 und >4 sind ungültig	
45	5.4.V02	EBI_02 Persönliche Pflege		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = selbständig	Werte <0 und >4 sind ungültig	

M2-Zeile (Fortsetzung 4)

46	5.4.V03	EBI_03 An- / Ausziehen	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei den meisten Kleidungsstücken oder effektive Mitarbeit 2 = Unterstützung bei wenigen Prozeduren oder Erinnern/Supervision 4 = selbständig	Wert 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
47	5.4.V04	EBI_04 Baden / Duschen / Körper waschen		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = selbständig	Werte <0 und >4 sind ungültig
48	5.4.V05	EBI_05 Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = selbständig	Wert 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
49	5.4.V06	EBI_06 Fortbewegung auf ebenem Untergrund		N (1)	0-4	-	0 = nicht möglich, 1 = Rollstuhl oder Gehwagen (wird selbständig bedient) oder kann bis 50m mit Hilfsperson gehen 2 = kann selbständig kürzere Strecken gehen, für Strecke >50m wird Hilfsmittel oder -person benötigt 3 = längere Strecken (>50m) mit Hilfsmitteln (Krücke) alleine möglich 4 = selbständiges Gehen	Werte <0 und >4 sind ungültig
50	5.4.V07	EBI_07 Treppen auf- / absteigen	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = mit erheblicher Unterstützung möglich 2 = mit geringer Unterstützung oder Supervision möglich 4 = selbständig möglich (auch mit Hilfsmittel)	Wert 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
51	5.4.V08	EBI_08 Benutzung der Toilette	Achtung, ungültiger Wert: 3	N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = selbständig bzw. Selbstständigkeit nicht nötig	Wert 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
52	5.4.V09	EBI_09 Stuhlkontrolle	Achtung, ungültiger Wert: 1	N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = nicht möglich 2 = gelegentliche Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln oder Hilfe bei Stuhlregulierung (Klistier) 3 = gestörte Stuhlkontrolle, aber selbständiges Windeln wechseln und Reinigen bzw. selbständiges Vornehmen stuhlregulierender Massnahmen 4 = normale Stuhlkontrolle	Wert 1 und Werte <0 und >4 sind ungültig

M2-Zeile (Fortsetzung 5)

53	5.4.V10	EBI_10 Harnkontrolle	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = komplette Inkontinenz (mehrmals täglich) oder kann sich nicht selbst katheterisieren 1 = inkomplette Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln 3 = komplette oder inkomplette Inkontinenz, aber keine Hilfe nötig 4 = normale Harnkontinenz	Wert 2 und Werte <0 und >4 sind ungültig
54	5.4.V11	EBI_11 Verstehen	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = nicht möglich 1 = versteht einfache Instruktionen 3 = versteht komplexe Sachverhalte 4 = normales Verstehen (mit Hörhilfe)	Wert 2 und Werte <0 und >4 sind ungültig
55	5.4.V12	EBI_12 Verständlichkeit	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = kann sich (fast) nie verständlich machen 1 = kann nur einfache Sachverhalte ausdrücken 3 = kann sich über alles verständlich machen (nur mit Hilfsmitteln) 4 = kann sich über alles verständlich machen (ohne Hilfsmittel)	Wert 2 und Werte <0 und >4 sind ungültig
56	5.4.V13	EBI_13 Soziale Interaktion	Achtung, ungültige Werte: 1, 3	N (1)	0, 2, 4	-	0 = immer oder fast immer unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 2 = gelegentlich unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 4 = normale soziale Interaktion	Werte 1, 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
57	5.4.V14	EBI_14 Problemlösen	Achtung, ungültige Werte: 1, 3	N (1)	0, 2, 4	-	0 = erhebliche Hilfestellung nötig 2 = benötigt geringe Hilfestellung 4 = benötigt keinerlei Hilfestellung	Werte 1, 3 und Werte <0 und >4 sind ungültig
58	5.4.V15	EBI_15 Gedächtnis / Lernfähigkeit / Orientierung		N (1)	0-4	-	0 = desorientiert oder verwirrt, Weglauff Tendenz 1 = desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauff Tendenz 2 = muss häufig erinnert werden 3 = muss nur gelegentlich erinnert werden 4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung oder kann externe Gedächtnishilfen wirksam einsetzen oder trotz Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Werte <0 und >4 sind ungültig
59	5.4.V16	EBI_16 Sehen / Neglect	Achtung, ungültiger Wert: 2	N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = findet sich auch in vertrauter Umgebung nicht zurecht 1 = findet sich in bekannter aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht 3 = schwere Lesestörung, findet sich aber in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht 4 = keine alltagsrelevante Beeinträchtigung (auch Brillenträger) oder wegen Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Wert 2 und Werte <0 und >4 sind ungültig

C. Format Messdaten kardiologische und pulmonale Rehabilitation (M3-Zeile)

M3-Zeile Messdaten kardiologische oder pulmonale Rehabilitation (Modul 3)								
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
6.1 Eingangsblock								
1	6.1.V01	Rekordart	M3 = Identifikator Datensatz Modul 3 Kardio/Pulmo	AN (2)	M3	-		alle anderen Angaben als "M3" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)		-		Pflichtangabe!
3	6.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	6.1.V03	Diagnose Pulmo-Reha (für CRQ Durchführung)		N (1)	1, 2	-	1 = COPD HV 2 = andere pulmonale Diagnose	Werte <1 und >2 sind ungültig wenn hier Angabe, dann muss 6.1.V04 (Reha-Bereich) Wert=10 sein
5	6.1.V04	Reha-Bereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 1.01 In der M3-Zeile können nur die Werte 3 oder 10 vorkommen (sonst Eintrag in die M2-Zeile). Bei Angabe des Wertes 10=Pulmo-Reha muss die Variable 6.1.V03 (Diagnose_Pulmo) ausgefüllt werden	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Reha 2 = Internistische Reha 3 = Kardiologische Reha 4 = Muskuloskeletale Reha 5 = Neurologische Reha 6 = Onkologische Reha 7 = Pädiatrische Reha 8 = Paraplegiologische Reha 9 = Psychosomatische Reha 10 = Pulmonale Reha	Werte >3 und < 10 und Werte <3 und >10 sind ungültig
6	6.1.V05	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
7	6.1.V06	Drop-Out: unvorhergesehener/ungeplanter Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	wenn Drop-Out, unbedingt auch das Datum des Drop-Outs angeben (Variable 6.1.V07)	N (1)	1	-	1= Drop-Out: unvorhergesehener Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 7 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig; wenn Wert =1, dann Angabe bei 6.1.V07 erforderlich
8	6.1.V07	Datum Drop-Out		D (JJJMMT)		-		muss ausgefüllt werden, wenn Variable 6.1.V06=1

M3-Zeile (Fortsetzung 1)

6.2. 6-Minuten-Gehtest							
9	6.2.V00	6MWT_Datum der Durchführung	Kardio-Patienten: Durchführung bei schlechterem Allgemeinzustand, sonst Fahrrad-Ergometrie Pulmo-Patienten: nur 6-MWT möglich, wenn Gesundheitszustand zu schlecht, entfällt die Messung	D (JJJMMTT)		-	Variable 6.1.V04 (Reha-Bereich) muss Wert=3 oder Wert=10 sein
10	6.2.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustand nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Test-Verzicht in 6.2.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999	-	Werte <0 und >999 sind unplausibel
11	6.2.V02	6MWT_2 Gehdauer in Minuten	Angabe in Minuten und Sekunden, Gehdauer ohne Pausen wenn Wert >00:00 und <06:00 Gehdauer unter 6 Minuten, dann Angabe in 6.2.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mm:ss)	00:00-06:00	-	Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig;
12	6.2.V03	6MWT_3 Verwendung einer Gehhilfe	Angaben zu Verwendung Gehhilfe und Abgabe Sauerstoff sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Test-Verzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = ja 2 = nein Werte <1 und >2 sind ungültig
13	6.2.V04	6MWT_4 Abgabe von Sauerstoff	Angaben zu Verwendung Gehhilfe und Abgabe Sauerstoff sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Test-Verzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = ja 2 = nein Werte <1 und >2 sind ungültig
14	6.2.V05	6MWT_5 Grund für Test-Abbruch	nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 6.2.V02 > 00:00 und < 06:00	N (1)	1-6	-	1 = Thorax-Schmerzen 2 = starke Atemnot 3 = Erschöpfung 4 = Schmerzen am Bewegungsapparat 5 = Gefährdung der Sicherheit 6 = Anderer Werte <1 und >6 sind ungültig wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.2.V02 >00:00 und <06:00 sein (Gehdauer unter 6 Minuten)
15	6.2.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.2.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
16	6.2.V07	6MWT_7 Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 6.2.V00 (6MWT_Datum) wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 6.2.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.2.V00 (6-MWT_Datum) erforderlich
17	6.2.V08	6MWT_8 Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.2.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein
6.3. Fahrrad-Ergometrie							
18	6.3.V00	Ergo_Datum der Durchführung	Fahrrad-Ergo nur bei Kardio-Reha: Durchführung bei besserem Allgemeinzustand , sonst 6-Minuten-Gehtest	D (JJJMMTT)		-	Variable 6.1.V04 (Reha-Bereich) muss Wert=3 sein
19	6.3.V01	Ergo_1 Maximale Leistung		N (3)	0-300	-	Werte <0 und >300 sind unplausibel
20	6.3.V02	Ergo_2 Dauer der Belastungsphase	Angabe in Minuten und Sekunden	T (mm:ss)	00:00-99:00	-	Werte <00:00 und >99:00 sind unplausibel

M3-Zeile (Fortsetzung 2)

21	6.3.V03	Ergo_3 Grund für Test-Abbruch / Beendigung der Ergometrie	Angabe des Grundes für die Beendigung der Ergometrie ist für jeden Fall obligatorisch	N (1)	1-5	-	1 = Rhythmusstörungen; Ischämien; Blutdruckanstieg bzw.-abfall 2 = starke Atemnot 3 = Schmerzen am Bewegungsapparat; Thorax-Schmerzen 4 = allgemeine Erschöpfung; Beinmüdigkeit 5 = Anderer	Werte <1 und >5 sind ungültig
22	6.3.V04	Ergo_4 Grund für Abbruch / Beendigung (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V03 (Ergo_3) Wert=5 sein
23	6.3.V05	Ergo_5 Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung , auch das Datum angeben, Variable 6.3.V00 (Ergo_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.3.V00 (Ergo-Datum) erforderlich
24	6.3.V06	Ergo_6 Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.3.V05 (Ergo_5) Wert=4 sein
6.4. MacNew Heart								
25	6.4.V00	MacNew_Datum der Erhebung	MacNew nur bei Kardio-Reha	D (JJJMMTT)		-		Variable 6.1.V04 (Reha-Bereich) muss Wert=3 sein
26	6.4.V01	MacNew_01 frustriert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01 1 = die ganze Zeit 2 = die meiste Zeit 3 = einen Grossteil der Zeit 4 = manchmal 5 = selten 6 = kaum 7 = nie	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
27	6.4.V02	MacNew_02 wertlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
28	6.4.V03	MacNew_03 zuversichtlich gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_03 1 = nie 2 = wenige Male 3 = manchmal 4 = ziemlich oft 5 = meistens 6 = fast immer 7 = immer	
29	6.4.V04	MacNew_04 entmutigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
30	6.4.V05	MacNew_05 entspannt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_03	
31	6.4.V06	MacNew_06 erschöpft gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	
32	6.4.V07	MacNew_07 glücklich und zufrieden		N (1)	1-7	9	1 = sehr unzufrieden, die meiste Zeit unglücklich 2 = im allgemeinen unzufrieden, unglücklich 3 = irgendwie unzufrieden, unglücklich 4 = im Allgemeinen zufrieden 5 = die meiste Zeit glücklich 6 = die meiste Zeit sehr glücklich 7 = absolut glücklich, hätte nicht zufriedener sein können	
33	6.4.V08	MacNew_08 rastlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	

M3-Zeile (Fortsetzung 3)

34	6.4.V09	MacNew_09 Stärke Atemnot		N (1)	1-7	9	1 = extreme Atemnot 2 = sehr hohe Atemnot 3 = ziemliche Atemnot 4 = mittelmäßige Atemnot 5 = etwas Atemnot 6 = wenig Atemnot 7 = keine Atemnot	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig	
35	6.4.V10	MacNew_10 zum Weinen geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
36	6.4.V11	MacNew_11 abhängiger geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
37	6.4.V12	MacNew_12 außerstande geföhlt zu Aktivitäten		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
38	6.4.V13	MacNew_13 mangelndes Vertrauen anderer		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
39	6.4.V14	MacNew_14 Brustschmerzen		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
40	6.4.V15	MacNew_15 Mangel an Selbstbewusstsein		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
41	6.4.V16	MacNew_16 beunruhigt aufgrund schmerzender Beine		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
42	6.4.V17	MacNew_17 beim Sport eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17 1 = sehr stark eingeschränkt 2 = stark eingeschränkt 3 = ziemlich eingeschränkt 4 = mässig eingeschränkt 5 = irgendwie eingeschränkt 6 = ein wenig eingeschränkt 7 = absolut nicht eingeschränkt		
43	6.4.V18	MacNew_18 besorgt oder verängstigt geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
44	6.4.V19	MacNew_19 schwindlig oder benommen geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
45	6.4.V20	MacNew_20 eingeschränkt oder reduziert geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17		
46	6.4.V21	MacNew_21 unsicher bezüglich Gymnastik oder körperlicher Aktivität		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
47	6.4.V22	MacNew_22 Familie als zu besorgt empfunden		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
48	6.4.V23	MacNew_23 als Last für andere geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
49	6.4.V24	MacNew_24 von Aktivitäten mit anderen ausgeschlossen geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
50	6.4.V25	MacNew_25 unfähig zu sozialen Kontakten geföhlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01		
51	6.4.V26	MacNew_26 bei täglicher körperlicher Belastung eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17		
52	6.4.V27	MacNew_27 beeinträchtigt Sexualeben		N (1)	1-8	9	1 = die ganze Zeit 2 = die meiste Zeit 3 = einen Grossteil der Zeit 4 = manchmal 5 = selten 6 = kaum 7 = nie 8 = Frage nicht beurteilbar		Werte <1 und >9 sind ungültig

M3-Zeile (Fortsetzung 4)

53	6.4.V28	MacNew_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung , auch das Datum angeben, Variable 6.4.V00 (MacNew_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.4.V00 (MacNew_Datum) erforderlich
54	6.4.V29	MacNew_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)			[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.4.V28 (MacNew_Grund) Wert=4 sein
6.5. Feeling-Thermometer								
55	6.5.V00	Feeling_Datum der Erhebung	Feeling nur bei Pulmo-Reha	D (JJJMMTT)				Variable 6.1.V04 (Reha-Bereich) muss Wert=10 sein
56	6.5.V01	Feeling		N (3)	0-100	999	0 = "schlechteste denkbare Gesundheit" 100 = "beste denkbare Gesundheit"	Werte <0 und >100 sind ungültig, 999=gültiger Wert
57	6.5.V02	Feeling_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung , auch das Datum angeben, Variable 6.5.V00 (Feeling_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer	Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.5.V00 (Feeling_Datum) erforderlich
58	6.5.V03	Feeling_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)			[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.5.V02 (Feeling_Grund) Wert=4 sein
6.6. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)								
59	6.6.V00	CRQ_Datum der Erhebung	CRQ nur bei Pulmo-Reha: Durchführung des CRQ nur bei COPD I-IV	D (JJJMMTT)				CRQ angeben, 6.1.V04 (Reha-Bereich) muss Wert=10 UND Variable 6.1.V03 (Diagnose-Pulmo) Wert=1
60	6.6.V01	CRQ_01 Kurzatmigkeit bei Gefühl von Ärger		N (1)	1-8	9	Labels CRQ_01 1 = extreme Kurzatmigkeit	Werte <1 und >9 sind ungültig
61	6.6.V02	CRQ_02 Kurzatmigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens		N (1)	1-8	9	2 = starke Kurzatmigkeit	
62	6.6.V03	CRQ_03 Kurzatmigkeit bei zu Fuss gehen		N (1)	1-8	9	3 = ziemliche Kurzatmigkeit	
63	6.6.V04	CRQ_04 Kurzatmigkeit bei Hausarbeiten		N (1)	1-8	9	4 = mässige Kurzatmigkeit	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig
64	6.6.V05	CRQ_05 Kurzatmigkeit bei gesell. Leben		N (1)	1-8	9	5 = leichte Kurzatmigkeit	
65	6.6.V06	CRQ_06 frustriert oder ungeduldig		N (1)	1-7	9	6 = sehr leichte Kurzatmigkeit	
66	6.6.V07	CRQ_07 Gefühl der Angst und Panik		N (1)	1-7	9	7 = gar keine Kurzatmigkeit	Labels CRQ_06 1 = immer 2 = sehr oft 3 = oft 4 = manchmal 5 = selten 6 = fast nie 7 = gar nie
67	6.6.V08	CRQ_08 müde geföhlt		N (1)	1-7	9	1 = extrem müde 2 = sehr müde 3 = ziemlich müde 4 = mässig müde 5 = ein bisschen müde 6 = kaum müde 7 = gar nicht müde	
68	6.6.V09	CRQ_09 Husten oder schweres Atmen peinlich		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06	

M3-Zeile (Fortsetzung 5)

69	6.6.V10	CRQ_10 zuversichtlich bei Umgang mit Krankheit		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10 1 = gar nie 2 = selten 3 = manchmal 4 = oft 5 = sehr oft 6 = fast immer 7 = immer	Wert 8 und Werte <1 und >9 sind ungültig	
70	6.6.V11	CRQ_11 Energie in den letzten 2 Wochen		N (1)	1-7	9	1 = gar keine 2 = sehr wenig 3 = wenig 4 = mässig 5 = viel 6 = sehr viel 7 = extrem viel		
71	6.6.V12	CRQ_12 verärgert, besorgt oder deprimiert		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
72	6.6.V13	CRQ_13 Atemprobleme unter Kontrolle		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10		
73	6.6.V14	CRQ_14 locker und entspannt		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10		
74	6.6.V15	CRQ_15 wenig Lebensenergie		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
75	6.6.V16	CRQ_16 mutlos oder niedergeschlagen		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
76	6.6.V17	CRQ_17 erschöpft oder lustlos		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
77	6.6.V18	CRQ_18 zufrieden mit Leben		N (1)	1-7	9	1 = sehr unzufrieden 2 = im Allgemeinen unzufrieden 3 = ein wenig unzufrieden 4 = im Allgemeinen zufrieden 5 = meist zufrieden 6 = meist sehr zufrieden 7 = ausserordentlich zufrieden		
78	6.6.V19	CRQ_19 verstört oder ängstlich		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
79	6.6.V20	CRQ_20 ruhelos, angespannt oder nervös		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06		
80	6.6.V21	CRQ_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung	bei Test-Verzicht / Nichtdurchführung , auch das Datum angeben, Variable 6.6.V00 (CRQ_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Anderer		Werte <1 und >4 sind ungültig wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 6.6.V00 (CRQ_Datum) erforderlich
81	6.6.V22	CRQ_Grund für Test-Verzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Test-Verzicht (Text)	AN (100)		[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]			wenn hier Angabe, dann muss Variable 6.6.V21 (CRQ_Grund) Wert=4 sein

D. Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

ZU-Zeile		Zusätzliche Daten						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Missing Value	Werte-Label	Prüflogik
7.1. Eingangsblock								
1	7.1.V01	Rekordart	ZU = Identifikator Zusätzliche Daten	AN (2)	ZU			alle anderen Buchstabenkombinationen als "ZU" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	klinikerne Fallnummer	AN (16)				Pflichtangabe!
3	7.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)				
7.2. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)								
4	7.2.V00	CIRS_Datum der Erhebung		D (JJJMMTT)		-		
5	7.2.V01	CIRS_01 Herz		N (1)	0-4	-	Labels CIRS_01 bis CIRS_14: 0 = kein Problem 1 = leichtes Problem 2 = mittleres Problem 3 = schweres Problem 4 = extrem schweres Problem	Werte <0 und >4 sind ungültig
6	7.2.V02	CIRS_02 Hypertonie		N (1)	0-4	-		
7	7.2.V03	CIRS_03 Gefäße		N (1)	0-4	-		
8	7.2.V04	CIRS_04 Respiratorisches System		N (1)	0-4	-		
9	7.2.V05	CIRS_05 Augen, Ohren, Nase, Rachen, Larynx		N (1)	0-4	-		
10	7.2.V06	CIRS_06 Oberer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-		
11	7.2.V07	CIRS_07 Unterer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	-		
12	7.2.V08	CIRS_08 Leber und Gallengangsystem		N (1)	0-4	-		
13	7.2.V09	CIRS_09 Nieren		N (1)	0-4	-		
14	7.2.V10	CIRS_10 Restlicher Urogenitaltrakt		N (1)	0-4	-		
15	7.2.V11	CIRS_11 Bewegungsapparat und Haut		N (1)	0-4	-		
16	7.2.V12	CIRS_12 Neurologisches System		N (1)	0-4	-		
17	7.2.V13	CIRS_13 Endokrinium und Stoffwechsel		N (1)	0-4	-		
18	7.2.V14	CIRS_14 Psychische Erkrankungen / Verhaltensstörungen		N (1)	0-4	-		



E. Format Datenlieferungs-Meldung

Formular für Übermittlung im generischen Textformat

AX-Zeile		Liefermeldung			
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich
1		Rekordart	AX = Identifikator Liefermeldung	AN (2)	AX
2		Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)	
3		Kürzel der Klinik		AN (8)	
4		Anfangsdatum des Erhebungszeitraums		D (JJJJMMTT)	
5		Enddatum des Erhebungszeitraums		D (JJJJMMTT)	
6		Anzahl übermittelte Datensätze	inkl. Datei AX	N (1)	1 - 5
7		Gesamtzeilen in Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		N (4)	1 - 9999
8		Generierungsdatum Datei Minimaldatensatz_MedStat MB-Zeile		D (JJJJMMTT)	
9		Gesamtzeilen in Datei Messdaten Modul 2 M2-Zeile		N (4)	1 - 9999
10		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 2 M2-Zeile		D (JJJJMMTT)	
11		Gesamtzeilen in Datei Messdaten Modul 3 M3-Zeile		N (4)	1 - 9999
12		Generierungsdatum Datei Messdaten Modul 3 M3-Zeile		D (JJJJMMTT)	
13		Gesamtzeilen in Datei Zusatzdaten ZU-Zeile		N (4)	1 - 9999
14		Generierungsdatum Datei Zusatzdaten ZU-Zeile		D (JJJJMMTT)	

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

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

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

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

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

Zunächst werden Beispiele der Prüflogiken aufgeführt, die rehabereichsspezifisch die Vollständigkeit der Daten des Messplans für die Messungen zu Reha-Eintritt bzw. Reha-Austritt überprüfen.

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

#####

Beispiel Fallbezogene Datenprüfung geriatrische Rehabilitation

Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 5.1.V03,

hier 5.1.V03=1 → Rehabereich Geriatrische Reha

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)

IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=1 AND

COUNT(5.2.V00, 5.2.V01)<2

THEN "Angaben zu HZ/Reha-Eintritt unvollständig"

weder vollständige Angaben zu FIM®, noch zum EBI

IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=1 AND

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

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

THEN "Angaben zu FIM oder EBI (Reha-Eintritt) unvollständig"

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)

IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=2 AND

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

THEN "Angaben zu ZE/Zielerreichung unvollständig"

weder vollständige Angaben zu FIM®, noch zum EBI

IF 5.1.V03=1 AND 5.1.V04=2 AND

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

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

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

#####

Fallbezogene Datenprüfung internistische Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=2 (Rehabereich Internistische Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung muskuloskelettale Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=4 (Rehabereich MSK Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung neurologische Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=5 (Rehabereich Neurologische Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung onkologische Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=6 (Rehabereich Onkologische Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung paraplegiologische Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=8 (Rehabereich paraplegiologische Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung psychosomatischer Rehabilitation

Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Reha, jeder Befehl muss mit

IF 5.1.V03=9 (Rehabereich psychosomatischer Reha) beginnen

#####

Fallbezogene Datenprüfung kardiale Rehabilitation

Reha-Eintritt

weder vollständige Angaben zu 6MWT noch zu Fahrrad-Ergo

IF 6.1.V04=3 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
COUNT(6.3.V00 TO 6.3.V02)<3 AND
COUNT(6.3.V00, 6.3.V05)<2
THEN "Angaben zu 6MWT oder Fahrrad-Ergo (Reha-Eintritt) unvollständig"

weder vollständige Angaben zum MacNew noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V04=3 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.4.V00 TO 6.4.V27)<28 AND
COUNT(6.4.V00, 6.4.V28)<2
THEN "Angaben zu MacNew (Reha-Eintritt) unvollständig"

Reha-Austritt

weder vollständige Angaben zu 6MWT noch zu Fahrrad-Ergo

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

weder vollständige Angaben zum MacNew noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V04=3 AND 6.1.V05=2 AND
COUNT(6.4.V00 TO 6.4.V27)<28 AND
COUNT(6.4.V00, 6.4.V28)<2
THEN "Angaben zu MacNew (Reha-Austritt) unvollständig"

#####

Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation

Reha-Eintritt

weder vollständige Angaben zu 6MWT noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V04=10 AND 6.1.V05=1 AND
COUNT(6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND
COUNT(6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND
THEN "Angaben zu 6MWT (Reha-Eintritt) unvollständig"

weder vollständige Angaben zum Feeling-Thermometer noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V04=10 AND 6.1.V05=1 AND

COUNT(6.5.V00, 6.5.V01)<2 AND

COUNT(6.5.V00, 6.5.V02)<2

THEN "Angaben zum Feeling-Thermometer (Reha-Eintritt) unvollständig"

zusätzlich erforderliche Erhebung des CRQ: weder vollständige Angaben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V04=10 AND 6.1.V05=1 AND 6.1.V03=1 AND

COUNT(6.6.V00 TO 6.6.V20)<21 AND

COUNT (6.6.V00, 6.6.V21)<2

THEN "Angaben zum CRQ (Reha-Eintritt) unvollständig"

Reha-Austritt

weder vollständige Angaben zu 6MWT noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V05=10 AND 6.1.V05=2 AND

COUNT (6.2.V00 TO 6.2.V04)<5 AND

COUNT (6.2.V00, 6.2.V07)<2 AND

THEN "Angaben zu 6MWT OR Fahrrad-Ergo (Reha-Austritt) unvollständig"

weder vollständige Angaben zum Feeling-Thermometer noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V05=10 AND 6.1.V05=2 AND

COUNT (6.5.V00, 6.5.V01)<2 AND

COUNT (6.5.V00, 6.5.V02)<2

THEN "Angaben zum Feeling-Thermometer (Reha-Austritt) unvollständig"

zusätzlich erforderliche Erhebung des CRQ: weder vollständige Angaben des CRQ noch Angabe eines Abbruchgrundes

IF 6.1.V05=10 AND 6.1.V05=2 AND 6.1.V03=1 AND

COUNT (6.6.V00 TO 6.6.V20)<21 AND

COUNT (6.6.V00, 6.6.V21)<2

THEN "Angaben zum CRQ (Reha-Austritt) unvollständig"

Fallbezogene Datenprüfung für alle Rehabilitationsbereiche

Zusätzliche Daten

unvollständige Angaben zur CIRS zu Reha-Eintritt

COUNT(7.2.V00 TO 7.2.V14)<15

THEN "Angaben zur CIRS unvollständig"

G. Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär

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

Art. 3 Stationäre Behandlung

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

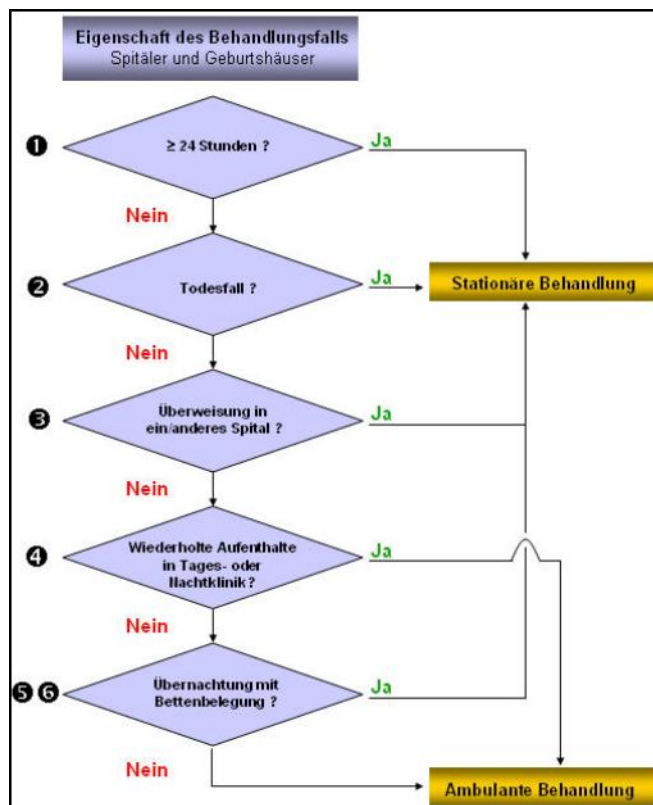
- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.

Art. 5 Ambulante Behandlung

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

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt (siehe Abbildung 3):

Abbildung 3: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant



Grafik: H+ ©

Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

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

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

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

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

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

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

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

H. Hinweise zur Score-Berechnung

FIM® Instrument

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

EBI: Erweiterter Barthel-Index

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

ADL-Score

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

MacNew Heart

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

CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire

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

CIRS: Cumulative Illness Rating Scale

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