



Nationaler Messplan Rehabilitation Verfahrenshandbuch

Die Version 8.0 wurde im März 2020 vom Qualitätsausschuss Rehabilitation genehmigt. Sie ist gültig ab dem 01.01.2021 und ersetzt die Version 7.1

Version 8.0, 01/2021

Kontakt

Geschäftsstelle ANQ

Fachbereich Rehabilitation

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

rehabilitation@anq.ch

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1	ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation.....	4
1.2	Der Reha-Messplan im Überblick.....	4
1.2.1	Patientenzufriedenheitsbefragung	
1.2.2	Rehaspezifischen Messungen	
1.3	Datenqualität.....	7
1.4	Das Verfahrenshandbuch	7
1.5	Das Datenhandbuch	8
1.6	Aufgaben der Kliniken	8
1.6.1	Messverantwortliche Personen	
1.6.2	Aufgaben in der bereichsübergreifenden Patientenzufriedenheitsbefragung	
1.6.3	Aufgaben in den bereichsspezifischen Ergebnismessungen	
2.	Allg. Verfahrensregeln für die Messungen	10
2.1	Patientenkollektiv und Falldefinition	10
2.2	Richtlinien zur Wahl der Instrumente für die Eintritts- und Austrittsmessung in den Rehabilitationskliniken	10
2.2.1	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen oder onkologischen Rehabilitation	
2.2.2	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen Rehabilitation	
2.2.3	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen Rehabilitation	
2.2.4	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation	
2.2.5	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation	
2.2.6	Richtlinien für Patientinnen und Patienten der pädiatrischen Rehabilitation	
2.3	Dispensgesuch.....	13
2.4	Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode.....	14
2.5	Ausschlussgründe (Drop-Out).....	15
2.6	Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen.....	16
2.7	Durchführung und Datenerfassung der Messungen, Leistungstests und Selbstbeurteilung (Patientenfragebogen).....	17
2.7.1	Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen	
2.7.2	Datenerfassung	
3.	Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung.....	19
3.1	Vorbemerkungen.....	19
3.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Zielerreichung	20
3.2.1	Dokumentation der Partizipationsziele	
3.2.2	Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele	
3.3	Formular für die Zieldokumentation	21
4.	FIM [®] Instrument (der FIM [®])	22
4.1	Vorbemerkungen.....	22
4.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des FIM [®]	23
5.	Erweiterter Barthel-Index (EBI).....	24

5.1	Vorbemerkungen.....	24
5.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des EBI.....	24
6.	6-Minuten-Gehtest	26
6.1	Vorbemerkungen.....	26
6.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests	26
7.	Fahrrad-Ergometrie	28
7.1	Vorbemerkungen.....	28
7.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Fahrrad-Ergometrie	28
8.	MacNew Heart	29
8.1	Vorbemerkungen.....	29
8.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des MacNew Heart.....	29
9.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).....	30
9.1	Vorbemerkungen.....	30
9.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des CRQ.....	30
10.	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	31
10.1	Vorbemerkungen.....	31
10.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des SCIM.....	31
11.	Patient Health Questionnaire (PHQ-15)	32
11.1	Vorbemerkungen.....	32
11.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des PHQ-15.....	32
12.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	33
12.1	Vorbemerkungen.....	33
12.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des HADS.....	33
13.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	34
13.1	Vorbemerkungen.....	34
13.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der CIRS.....	34
14.	Impressum	35

1. Einleitung

1.1 ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

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

1.2 Der Reha-Messplan im Überblick

Der gegenwärtige Messplan für die stationäre Rehabilitation enthält die fachbereichsübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung (vgl. 1.2.1) und rehaspezifischen Messungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation¹ (vgl. 1.2.2).

Kann ein Leistungserbringer aus objektiven Gründen die Messungen nicht durchführen, kann er gestützt auf den Qualitätsvertrag ein Dispensgesuch (siehe [Downloadbereich ANQ-Partner](#)) an den ANQ stellen (vgl. 2.3).

1.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung

Die Patientenzufriedenheit ist seit 2016 **fachbereichsübergreifend** organisiert und wird seit Herbst 2017 in allen drei ANQ-Fachbereichen eingesetzt. Der seit 2013 im Fachbereich Rehabilitation eingesetzte aus fünf Fragen bestehende Fragebogen wurde weiterentwickelt und hinsichtlich der Gütekriterien und Eignung für nationale Klinikvergleiche geprüft. Der weiterentwickelte Fragebogenentwurf wurde 2017 in einem zweistufigen qualitativen und quantitativen Testverfahren validiert. Im Rahmen des Testverfahrens wurde ein geeignetes Risikoadjustierungsmodell geprüft, welches erstmalig mit der Auswertung der Daten des Datenjahrs 2018 zum Tragen kam.

Im überarbeiteten Fragebogen Version 2.0 wurde mit den neu sechs Fragen den Bedürfnissen der Kliniken mit rehabilitativem Leistungsangebot mit Fragen zu den Dimensionen „Behandlungsqualität“, „Information/Kommunikation“, „Partizipation“, „Therapeutisches Angebot“ und „Austrittsmanagement“ entsprochen. Befragt werden wie bisher alle zwischen dem 1. April und 31. Mai austretenden Patientinnen und Patienten des jeweiligen Kalenderjahres (Periodenmessung). Ab dem Datenjahr 2020 wird die Messung im 2-Jahres-Rhythmus durchgeführt.

Das ESOPE² ist seit dem Datenjahr 2017 für die Auswertung und Berichtlegung der Patientenzufriedenheitsbefragung zuständig. Ab dem Messjahr 2019 hat w hoch 2³ als Messlogistikzentrum die Koordination und Kommunikation übernommen. So erhalten die Kliniken nicht wie bis anhin von dezentralen Befragungsinstituten den ANQ-Kurzfragebogen, sondern direkt vom neuen Messlogistikzentrum, welches auch für die Aufbereitung und Übermittlung der Daten an das ESOPE zuständig ist.

¹ Aufteilung nach Rehabereichen gemäss DefReha[®], Version 2.0

² ESOPE – Cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patient-e-s et des employé-e-s, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne)

³ w hoch 2 GmbH, Research, Analysis & Consulting (<https://www.w-hoch2.ch/>)

Das Messlogistikzentrum stellt den Kliniken ein Dashboard zur Verfügung, über welches die Administration der Messung abgewickelt werden kann. Weiterhin werden die Fragebogen postalisch versendet, die Patientinnen und Patienten haben jedoch die Möglichkeit einer Online-Teilnahme.

Mit w hoch 2 als neuem Messlogistikzentrum können Synergien für Zusatzbefragungen genutzt und bestehende Befragungsinstitute für Zusatzmessungen nach wie vor beauftragt werden.

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

1.2.2 Rehaspezifischen Messungen

Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst **zehn** verschiedene Messinstrumente (Fremd- oder Selbstbewertungsinstrumente). Der Nationale Messplan Rehabilitation kommt in allen Kliniken mit einem kantonalen Leistungsauftrag für stationäre Rehabilitation zur Anwendung.

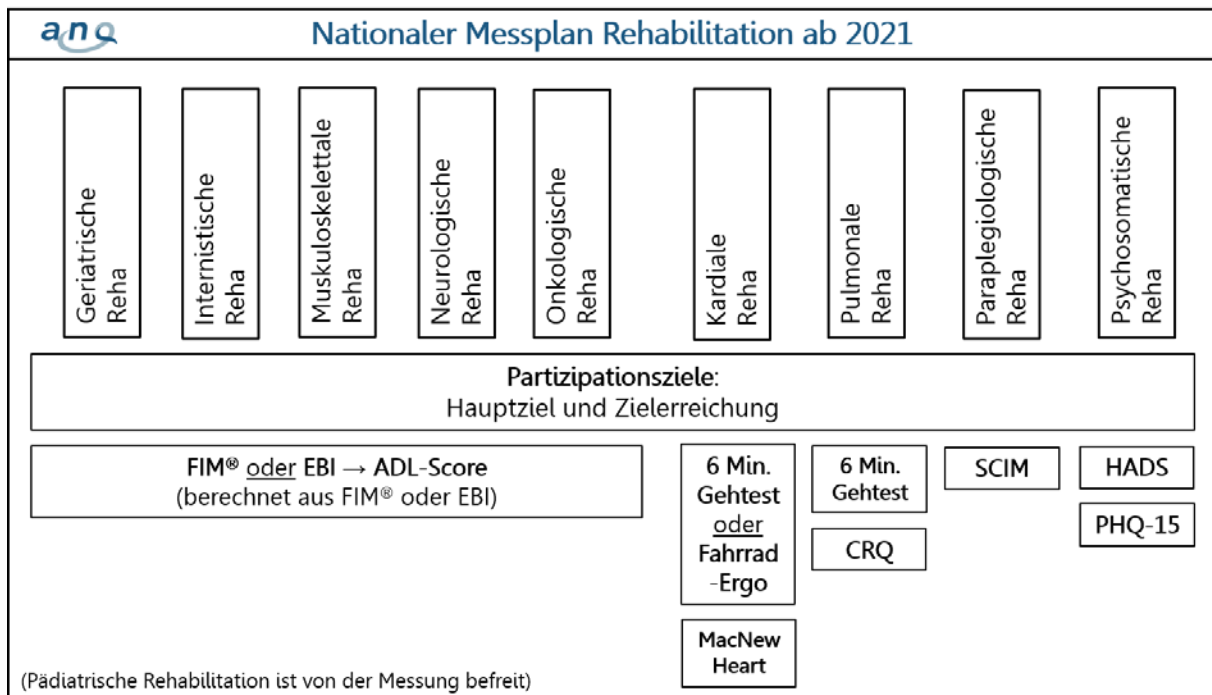
Die Bestimmung des Rehabereichs der Patientin, des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik. Grundsätzlich ist die Zuordnung der Patientin, des Patienten zu einem Rehabereich massgeblich für die Bestimmung der anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier „DefReha[®] Version 2.0“ folgende Rehabereiche vor:

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Paraplegiologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Pädiatrische Rehabilitation⁴

⁴Für die pädiatrische Rehabilitation besteht aktuell keine ANQ-Messpflicht. Aus formalen Gründen müssen Kliniken mit pädiatrischem Rehabilitationsangebot ein Dispensgesuch beim ANQ einreichen.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte des Nationalen Messplans Rehabilitation in den einzelnen Rehabereichen. Die aufgeführten Instrumente je Rehabereich müssen jeweils zu Reha-Eintritt und -Austritt bei der Patientin, dem Patienten erhoben werden (Vollerhebung).

Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation – **Messinstrumente pro Rehabereich**



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

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

1.3 Datenqualität

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

- Standardisierung des Erhebungsprozesses in den Kliniken anhand von Vorgaben und Richtlinien. Diese sind in den Handbüchern festgehalten. Das Datenhandbuch enthält Spezifikationen zu Daten, Datenlogistik und Prüflogik⁵; das Verfahrenshandbuch die inhaltlichen Grundlagen sowie die Richtlinien für die Instrumentenauswahl und -anwendung. Für lizenzierte Instrumente bestehen separate Handbücher, welche nach Erwerb der Lizenz separat beim ANQ bezogen werden können.
- Besuch der ANQ-Schulungen und entsprechender Wissenstransfer in den Kliniken. **Der ANQ bietet Schulungen in allen 3 Landesteilen an.**
- Beachtung der von ANQ-Expertengruppen erarbeiteten Empfehlungen zu einzelnen Instrumenten. Die Expertengruppe „Regelwerk FIM®“ publiziert seit Anfang 2017 in regelmässigen Abständen Empfehlungen zum FIM® (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)). Die Expertengruppe „Regelwerk EBI“ hat Ende 2017 ihre Arbeit aufgenommen und anfangs 2019 erste Empfehlungen zur Erhebung des EBI (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)) publiziert.
- Zweistufige Prüfung der Datenqualität mit Rückkoppelung: Der ANQ gibt den Kliniken vor, dass die Daten soweit möglich elektronisch erhoben und die Eingaben rudimentär geprüft werden (Prüflogik, manuelle Prüfung). Die Datenqualität wird ebenfalls durch das Auswertungsinstitut systematisch geprüft. Dieses erstellt jährlich einen klinikindividuellen und national vergleichenden Datenqualitätsbericht. Bei nicht ausreichender Datenqualität werden die Kliniken individuell über die Mängel informiert und erhalten vom Auswertungsinstitut Empfehlungen zur Verbesserung der Datenqualität. Für jedes Datenjahr wird den Kliniken ein Test-Tool zur laufenden Überprüfung der Datenqualität zur Verfügung gestellt, welches über das ANQ-Webportal für alle zugänglich ist.⁶

Gemäss Nationalem Qualitätsvertrag sind die Kliniken vertraglich verpflichtet, die Vorgaben des ANQ umzusetzen. Sie sind für die Datenqualität der Datenlieferung verantwortlich. Der Anteil auswertbarer Fälle liegt im Interesse der Kliniken. Ziel ist der Einschluss aller Patientinnen und Patienten in die Qualitätsmessungen, das Erzielen einer möglichst hohen Teilnahmequote (bzw. möglichst weniger Ausschlüsse bzw. Drop-Outs⁷ und Test-Abbrüche) sowie ein möglichst vollständiger und plausibler Datensatz.

1.4 Das Verfahrenshandbuch

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

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

⁶ Das Testtool ist auf dem ANQ-Webportal zu finden (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#))

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

Das Verfahrenshandbuch enthält die inhaltliche Beschreibung und die Richtlinien bzw. Vorgaben für die **zehn** verwendeten Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation. Darüber hinaus enthält es auch Richtlinien und Vorgaben für die Verwendung der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Die Daten aus der CIRS werden zusammen mit anderen Zusatzdaten für die Auswertung benötigt (vgl. Abschnitt 1.5).

Das Verfahrenshandbuch sowie die zusätzlichen Handbücher der lizenzierten Instrumente sollen sicherstellen, dass die Behandelnden (und weiteres Klinikpersonal) aller Schweizer Rehabilitationskliniken dieselben Instrumente verwenden. Zudem sollen die Instrumente auf die exakt gleiche Weise angewendet werden (z.B. Instruktion der Patientinnen und Patienten bei der Abgabe von Patienten-Fragebogen wie MacNew Heart, CRQ, **PHQ-15 und HADS**; Anwendung der Messinstrumente EBI, FIM® **und SCIM** durch die Behandelnden; Ablaufprotokoll des 6-Minuten-Gehtests oder der Fahrrad-Ergometrie). Die zeitlichen Vorgaben zur Durchführung der Befragungen, Tests und Messungen sollen dabei eingehalten werden.

1.5 Das Datenhandbuch

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

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

Das Datenhandbuch beschreibt den Datenumfang und die Spezifikationen der Daten aus den zehn Instrumenten des Nationalen Messplans Rehabilitation sowie der Daten, welche für die Auswertung (einschliesslich Risikoadjustierung) benötigt werden (vgl. Abschnitt 2.2).

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

1.6 Aufgaben der Kliniken

1.6.1 Messverantwortliche Personen

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

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

1.6.2 Aufgaben in der **bereichsübergreifenden** Patientenzufriedenheitsbefragung

Die Kliniken werden jeweils im Vorfeld vom ANQ über die organisatorischen und methodischen Rahmenbedingungen der Nationalen Patientenbefragung informiert. Der klinikinternen Projektleitung obliegt dann die Klärung organisatorischer Fragen innerhalb der Kliniken, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Befragungsinstitut. Die Durchführung der Befragung erfolgt in den Monaten April und Mai (ab dem Jahr 2020 erfolgt die Erhebung im 2-Jahresrhythmus). Die klinikindividuellen Ergebnisse liegen jeweils spätestens im **Herbst** des Messjahres vor.

Die Ergebnisse werden von einem von w hoch 2 geschützten Dashboard online zur Verfügung gestellt. Die Kliniken werden von w hoch 2 direkt über die Verfügbarkeit der online einsehbaren Daten informiert.

Diese Ergebnisse in die internen Prozesse (Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse) einfließen zu lassen, ist wiederum Aufgabe der klinikinternen Projektkoordination.

1.6.3 Aufgaben in den **bereichsspezifischen Ergebnismessungen**

Für die Erfüllung der Koordinationsaufgaben und die Durchführung von internen Schulungen, stehen den klinikinternen messverantwortlichen Personen die ANQ-Schulungen, das Verfahrenshandbuch und das Datenhandbuch zur Verfügung.

Bezüglich der **bereichsspezifischen Messungen** sind folgende klinikinterne Aufgaben zu koordinieren:

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

2. Allg. Verfahrensregeln für die Messungen

2.1 Patientenkollektiv und Falldefinition

In die Messungen einbezogen werden Einrichtungen mit einem kantonalen Leistungsauftrag für Rehabilitation, unabhängig von der Art des Rehabilitationsangebots, und entsprechender Abrechnung (Tarifsystem Rehabilitation)⁸. In Bezug auf die Messpflicht spielen Fallzahlen und das Vorliegen von weiteren Leistungsaufträgen keine Rolle. Kliniken mit ausschliesslich pädiatrischem Rehabilitationsangebot unterliegen vorläufig keinerlei ANQ-Messpflicht; aus formalen Gründen (Nationaler Qualitätsvertrag) müssen sie beim ANQ ein Dispensgesuch einreichen (vgl. Kapitel 2.3).

Dabei erfassen die Kliniken jeden in die Rehabilitationsklinik für einen stationären Aufenthalt eingetretenen Patientinnen und Patienten, unabhängig des geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung.⁹

Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt einer Patientin, eines Patienten in einer Rehabilitationsklinik bezeichnet. Der Behandlungsfall beginnt mit der Aufnahme der Patientin, des Patienten und endet mit dem Austritt der Patientin, des Patienten bzw. des Fallabschlusses. 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.

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

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

In den nachfolgenden Kapiteln (2.2.1 bis 2.2.5) werden die für Patientinnen und Patienten anzuwendenden Instrumente pro Rehabereich aufgeführt. In den Kapiteln 3 bis 13 werden die einzelnen Instrumente und die ANQ-Richtlinien zur praktischen Durchführung beschrieben.

⁸ Die Kategorien des BFS können nicht als Kriterium für den Einschluss der Klinik in die Messungen verwendet werden, weil sie eine für die Zwecke der Qualitätsmessungen ungeeignete Typologie für Rehabilitationskliniken bzw. Aktivitätstypen verwenden. Die Erfassung und Einteilung der Betriebe für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser fusst auf der Systematik der wirtschaftlichen Aktivitäten, die für die amtliche Statistik der Schweiz und der EU-Länder verbindlich ist. Die Einteilung nach Kategorien erfolgt nachträglich aufgrund einer hierarchischen Typologie, welche dem Betriebszweck und dem Hauptangebot an Leistungen Rechnung trägt. Diese Typologie weist keinen Zusammenhang mit kantonalen Typologien, Spitalisten oder Leistungsaufträgen auf (vergleiche BFS (2005): Detailkonzept zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser).

⁹ Für die Auswertung orientiert sich der ANQ an die Falltypologie des BFS. Jeder erfasste stationäre Fall ist anhand seiner Ein- und Austrittsdaten gekennzeichnet. Die häufigsten Fälle, die sogenannten A-Fälle, weisen ein Austrittsdatum zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des Messjahres aus. Hierfür können per Ende des Messjahres Behandlungsdauer und Ergebniswerte berechnet werden. Die B-Fälle, Patientinnen und Patienten, welche im Laufe des Messjahres eintreten, deren Behandlung bis zum 31. Dezember desselben Jahres aber nicht abgeschlossen ist, werden für die Auswertung nicht berücksichtigt. Ihre Aufenthaltsdauer sowie Ergebniswerte können nicht berechnet werden. Die BFS-Falltypologie kennt ausserdem C-Fälle (Langzeitpatientinnen/-patienten). Hier liegt das Eintrittsdatum vor dem 1. Januar des Messjahres und die Behandlung geht über den 31. Dezember des Messjahres hinaus. Diese Patientinnen und Patienten werden in der BFS-Statistik mit einer Aufenthaltsdauer von 365 Tagen erfasst. Sie werden aber für die Auswertungen des ANQ nicht berücksichtigt, da keine Ergebniswerte berechnet werden können.

2.2.1 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen oder onkologischen Rehabilitation

Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische oder onkologische 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®-Instrument** oder **Erweiterter Barthel-Index (EBI)** (Wahl bleibt der Klinik überlassen)

Die Kliniken haben die Pflicht, für alle Patientinnen und Patienten der oben erwähnten Rehabereiche entweder ausschliesslich den FIM® oder ausschliesslich den EBI anzuwenden. Um alle Kliniken instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird ab dem Datenjahr 2016 für den risikoadjustierten Ergebnisvergleich der ADL-Score genutzt, der mittels eines Umrechnungsalgorithmus aus FIM® bzw. EBI ermittelt wird.¹⁰

2.2.2 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen Rehabilitation

Kardiale Rehabilitation:

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

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **6-Minuten-Gehtest** oder **Fahrrad-Ergometrie** (je nach Gesundheitszustand)
- **MacNew Heart**

Bei Patientinnen und Patienten der kardialen Rehabilitation werden je nach Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten der 6-Minuten-Gehtest oder eine Fahrrad-Ergometrie durchgeführt. Dabei orientiert sich die Durchführung der Messungen an der folgenden Richtlinien-Kaskade:

- a. Wenn es der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten zulässt, ist bei Eintritt eine Fahrrad-Ergometrie dem 6-Minuten-Gehtest vorzuziehen. Die Fahrrad-Ergometrie ist bei Austritt zu wiederholen.
- b. Wenn gestützt auf den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten eine Fahrrad-Ergometrie nicht möglich erscheint, dann erfolgt bei Eintritt ein 6-Minuten-Gehtest. Dieser wird bei Austritt wiederholt.
- c. Wenn der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt einen 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, entfällt die Messung. Der Grund für die entfallene Messung muss im Eintrittsgehtest angegeben werden. **Gleiches gilt für die Austrittsmessung.**

¹⁰ Der Übersetzungsalgorithmus ADL-Score für den gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon ob FIM® oder EBI eingesetzt wurde, wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert. Der Abschlussbericht ist auf dem ANQ-Webportal zu finden (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)).

2.2.3 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen Rehabilitation

Pulmonale Rehabilitation:

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

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **6-Minuten-Gehtest**
- **Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)**

Wenn der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt einen 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, entfällt die Messung. Der Grund für die entfallene Messung muss im Eintrittsgehtest angegeben werden. Gleiches gilt für die Austrittsmessung.

2.2.4 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation

Paraplegiologische Rehabilitation:

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

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **Spinal Cord Independence Measure (SCIM)**

2.2.5 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Psychosomatische Rehabilitation:

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

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Ergänzend ist in jedem Rehabereich bei Eintritt eine Messung der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) durchzuführen sowie das minimale Datenset der BFS-Statistik der Charité vollständig zu übermitteln. Diese zusätzlich zu den Messdaten zu übermittelnden Daten sind im Datenhandbuch definiert.

2.2.6 Richtlinien für Patientinnen und Patienten der pädiatrischen Rehabilitation

Pädiatrische Rehabilitation:

Für Patientinnen und Patienten aus diesem Rehabereich besteht aktuell keine Messpflicht. Aus formalen Gründen muss ein Dispensgesuch eingereicht werden.

2.3 Dispensgesuch

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

Um von der Durchführung einer Messung in einem für die Klinik relevanten Bereich befreit zu werden, muss ein vom ANQ bewilligtes Dispensgesuch vorliegen bzw. ist eine Dispens erforderlich. Bei folgenden objektiven Gründen bewilligt der ANQ ein Dispensgesuch:

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

Der ANQ erteilt beim Vorliegen anderer Gründe (bspw. geringe Fallzahlen, mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen, mangelnde Eignung der Messung) keine Dispens.

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

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

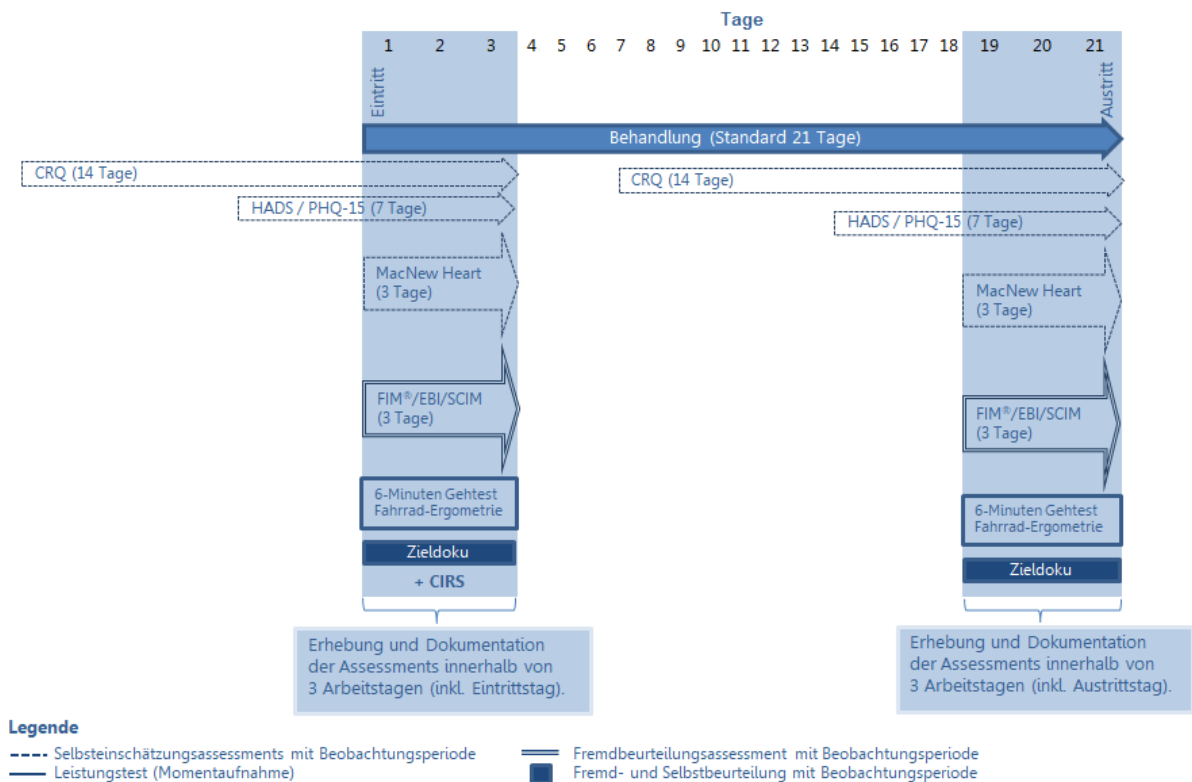
2.4 Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode

Die Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen erfolgen grundsätzlich möglichst zeitnah zum effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt.

Die Eintrittsmessung – einschliesslich der Messung mit der CIRS – hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen¹¹ nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag miteingerechnet). Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag miteingerechnet). Den Messergebnissen liegen unterschiedliche Beobachtungsperioden zugrunde.

Die Angaben der Patientinnen und Patienten (Selbsteinschätzung) für die Assessments MacNew Heart, PHQ-15 und HADS wurden für die ANQ-Messungen angepasst. Die Beobachtungsperiode für den CRQ entspricht den Manualvorgaben (14-tägige Beobachtungsperiode). Der Festlegung des Behandlungsziels und der Beantwortung der Fragen aus FIM® bzw. EBI und SCIM durch die Behandelnden liegen die Beobachtungen der letzten drei Tage zugrunde (Fremdbeurteilung). Die Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests, der Fahrrad-Ergometrie, der Beurteilung der Zielerreichung sowie der CIRS stellen dagegen eine Momentaufnahme der Patientinnen und Patienten zum gegebenen Zeitpunkt dar (Ein- bzw. Austrittsmessung).

Abbildung 2: Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperioden



¹¹ Definition „innerhalb von 3 Arbeitstagen“: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt es zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten somit ebenfalls als Arbeitstage.

2.5 Ausschlussgründe (Drop-Out)

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

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

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

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

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

Kommt die Patientin, der Patient nach einer Verlegung zurück in die stationäre Rehabilitation, dann ist ein neuer Fall zu eröffnen. Die Eintrittsmessungen sind erneut durchzuführen, bei Entlassung erfolgen die Austrittsmessungen (siehe Kapitel 2.1).

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

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

2.6 Test-Verzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

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

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

Test-Verzichtsgründe können bei Leistungstests und Patientenfragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit dem FIM®, dem EBI, dem SCIM und der CIRS sowie bei der Dokumentation des Ziels und der Zielerreichung.

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

Tabelle 1: Formular für Verzichtsgründe bei Patientenfragebogen (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15 und HADS) und Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie)

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

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

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

Der ANQ stellt den Kliniken die Anweisungen zur praktischen Durchführung im Verfahrenshandbuch sowie die Erhebungsinstrumente (Formulare) für die Messungen (FIM[®], EBI, SCIM, CIRS), die Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie), die schriftlichen Patientenbefragungen (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15, HADS) sowie für die Zieldokumentation (Partizipationsziel, Zielerreichung) in drei Sprachversionen (D, F, I) zur Verfügung (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)).

2.7.1 Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen

Für die zeitpunktgerechte und korrekte Durchführung der Messungen (FIM[®], EBI, SCIM, CIRS), der Zieldokumentation sowie der Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie) und die Abgabe der Patientenfragebogen (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15, HADS) bzw. die damit verbundene Dateneingabe ist die Klinik verantwortlich. Je nach Klinikorganisation kann das eine Ärztin bzw. ein Arzt, eine Therapeutin bzw. ein Therapeut oder eine Pflegefachperson sein.

Alle Eintrittsmessungen werden innerhalb 3 Arbeitstagen durchgeführt und dokumentiert. Gleiches gilt auch für die Austrittsmessungen (vgl. Abschnitt 2.4).

Bei den Fragebogen, die die Patientinnen und Patienten selber ausfüllen (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15, HADS), erfolgt die Abgabe des Fragebogens bei Eintritt (im Normalfall während des Erstgesprächs), spätestens aber innert 3 Arbeitstagen nach Eintritt (einschliesslich Eintrittstag). Die Patientin, der Patient erhält bei Bedarf weitere Instruktionen. Die Abgabe des Fragebogens bei Austritt erfolgt frühestens 3 Arbeitstage vor Austritt (einschliesslich Austrittstag) und im Normalfall während des Austrittsgesprächs. Wurde der Fragebogen am Abend vor dem Austrittstag noch nicht retourniert, wird die Patientin, der Patient – noch bevor sie/er die Klinik verlässt – an das Ausfüllen des Fragebogens erinnert. Das Ausfüllen des Fragebogens hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Grundsätzlich soll bei allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen – versucht werden, sie zum Ausfüllen des Fragebogens (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15, HADS) zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen durch die Patientinnen und Patienten wird vom ANQ ausdrücklich erwünscht; das Ausfüllen des Fragebogens mit Unterstützung der Behandelnden ist erlaubt. Es ist sicherzustellen, dass auf die Beantwortung der Fragen keine Einflussnahme erfolgt.

2.7.2 Datenerfassung

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

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

Bei der Datenerfassung der Patientenfragebogen (MacNew Heart, CRQ, PHQ-15, HADS) empfiehlt der ANQ aus Gründen der Datenqualität, die elektronische Eingabe der Antworten in klinikeigene Eingabegeräte (Tablet, Computer) zu prüfen. Mit einer direkten elektronischen Dateneingabe (gekoppelt mit einer rudimentären Prüflogik) entfällt das nachträgliche Übertragen der Antworten in ein elektronisches System (Scannen, manuelle Dateneingabe) und das Kontrollieren der Eingaben auf Vollständigkeit.

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

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

3. Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung

3.1 Vorbemerkungen

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

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

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

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

Aufgrund der Erfahrungen aus den beiden Pilotprojekten führte der ANQ Ende 2009 die Entwicklung des ICF basierten Ansatzes weiter: Das Konzept der muskuloskelettalen Rehabilitation wurde an dasjenige der neurologischen Rehabilitation angepasst. Im Frühjahr 2011 hat der Qualitätsausschuss Rehabilitation die flächendeckende Einführung des gemeinsamen Konzepts aufgrund der positiven Erfahrungen empfohlen. **Im Jahr 2019 beschloss der Qualitätsausschuss Rehabilitation Ausdehnung der Messvorgaben auf alle Rehabereiche.**

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

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

3.2.1 Dokumentation der Partizipationsziele

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

- Die Partizipationsziele werden so gewählt, dass die Voraussetzungen für die Zielerreichung während des stationären Aufenthaltes geschaffen werden können.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen alle Ressourcen, Kontextfaktoren¹² und das Rehabilitationspotential der Patientin, des Patienten.
- Der Einbezug der Patientin, des Patienten im Zielsetzungsprozess ist klinikintern festgelegt und dokumentiert.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen während des stationären Aufenthaltes.
- Der Zielsetzungsprozess wird nachvollziehbar in der Patientenakte dokumentiert (systematische Definition von Unterzielen und die systematische Überprüfung ihrer Erreichung).

Für die Outcome-Messungen ist lediglich die Erfassung des *wichtigsten* Partizipationsziels erforderlich. Den Kliniken ist jedoch freigestellt, für Patientinnen und Patienten mehrere Partizipationsziele für den stationären Aufenthalt festzulegen (z.B. ein Wohn- und ein soziokulturelles Partizipationsziel). Es kann jedoch nur das wichtigste Partizipationsziel zur Auswertung übermittelt werden.

¹² Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Patientin, eines Patienten. Sie umfassen alle umwelt- und personenbezogene Faktoren, die für die Gesundheit der Patientin, des Patienten von Bedeutung sind. Zur Umwelt der Patientin, des Patienten gehört zum Beispiel der häusliche Bereich, die Familie, der Arbeitsplatz, die Schule aber auch das Gesundheits- und Sozialsystem. Diese wirken sich in Form von materiellen (z.B. Wohnung, Fusswege, Hilfsmittel, Medikamente, Einkommen), sozialen (z.B. Unterstützung und Beziehungen von bzw. zu Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern, Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialsystem) und einstellungsbezogenen Faktoren (z.B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen von Angehörigen, Freunden oder der Gesellschaft) auf die Patientin, den Patienten aus. Personenbezogene Faktoren umfassen Merkmale einer Person wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Ausbildung, Lebensstil, Motivation, genetische Prädisposition. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf die Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können sich auch negativ bzw. hemmend auswirken.

3.2.2 Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele

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

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

3.3 Formular für die Zieldokumentation

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

4. FIM[®] Instrument (der FIM[®])

4.1 Vorbemerkungen¹³

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

Der FIM[®] wurde 1983 von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. V. Granger in den USA entwickelt und sollte vor allem die Pflegebedürftigkeit abbilden. Der FIM[®] ist neben dem Barthel-Index das weltweit meist gebrauchte Messinstrument.

Dem ANQ lag eine sprachlich validierte deutsch- und französischsprachige Version des Instruments vor. Die bereits im Pilotprojekt durch den ANQ verwendete italienischsprachige Version wurde entsprechend angeglichen.

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

¹³ M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.

4.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des FIM®

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

Der FIM® wird durch geschulte Personen erfasst, welche zudem Einblick in das umfassende Manual des FIM® haben. Es muss jedes Item im FIM® bewertet werden. Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann, im Zweifelsfall ist die strengere Bewertung (geringerer Wert) massgebend.

Seit Januar 2015 sind ergänzend die Zusatzitems zur Fortbewegung (Item 12) und zur Kommunikation (Item 14 und 15) zu beurteilen. Hierbei muss bei der Fortbewegung jeweils die gleiche Fortbewegungsart bei Ein- und Austritt beurteilt werden. Wenn der **Austrittsmodus** bei Eintritt bei Item L **unsicher** ist, d.h. wenn nicht eingeschätzt werden kann, ob sich der hauptsächlich genutzte Fortbewegungsmodus während der Rehabilitation ändert, werden ab 2018 bei Eintritt beide Modi (Gehen und Rollstuhl) geratet und der Charité übermittelt. Wenn es während des Reha-Aufenthaltes zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Fortbewegungsmodus bewertet, der bei Austritt überwiegend genutzt wird. In allen anderen Fällen werden auch zu Austritt beide Modi geratet und der Charité übermittelt (vgl. auch Datenhandbuch, Abschnitt 1.3).¹⁴

Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Die Beurteilung einer Fähigkeit erfolgt in erster Linie durch direkte Beobachtung, nicht durch übermittelte Informationen. Es wird die tatsächlich ausgeführte Leistung und nicht die mögliche Leistungsfähigkeit vermerkt. Für weitere detaillierte Anwendungsbeschreibungen vgl. FIM®-Manual¹⁵ sowie zusätzliche zum Manual ergänzende Empfehlungen der ANQ Expertengruppe „Regelwerk FIM®“ (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)).

¹⁴Die Empfehlungen zur Erhebung vom Item L sind auf dem Webportal aufgeschaltet (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#))

¹⁵Für die ANQ Messungen Rehabilitation werden die durch den ANQ übersetzten Versionen des Originalmanuals der UDSMR „The FIM System Clinical Guide, Version 5.2“ (2013) verwendet.

5. Erweiterter Barthel-Index (EBI)

5.1 Vorbemerkungen¹⁶

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

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

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

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

5.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des EBI

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

Trotz anderslautender Empfehlung erfolgt die erste Einstufung der Patientin, des Patienten beim EBI¹⁷ bis spätestens drei Tage nach Eintritt.

- 1) Da der Index aufgrund der Operationalisierungen (d.h. der sehr detaillierten Itembeschreibungen) ohnehin sehr genau gelesen werden muss, wurden – um die Übersichtlichkeit und Flüssigkeit des Textes nicht zu sehr zu stören – durchwegs männliche Pronomen (er, sein, ihm etc.) verwendet, die sich natürlich auch auf die Patientinnen beziehen.
- 2) Jede Patientin, jeder Patient muss pro Item so eingestuft werden, dass das tatsächlich vorliegende Mass der Abhängigkeit im entsprechenden Bereich widerspiegelt wird, im Zweifelsfall ist die strengere Bewertung (geringerer Wert) massgebend. Ausnahme: Wenn die Patientin, der Patient aufgrund ihrer/seiner Einschränkung keine Hilfe beansprucht, wird sie/er mit dem höchsten Score bewertet.

Beispiel wenn ein/e sehr schwer sehgestörte/r Patient/in aufgrund ihrer/seiner vollkommenen Immobilität keine Hilfe benötigt wird sie/er im Item 16 Sehen/Neglect mit dem höchsten Score (4) bewertet.

¹⁶ M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.

¹⁷ Definition „innerhalb von 3 Arbeitstagen“: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt zu beachten, dass nur der Sonntag als ein Feiertag gilt. Samstage gelten somit ebenfalls als Arbeitstage.

- 3) Es können Überlappungen in der Einstufung auftreten, wie das folgende Beispiel zeigt: körperlicher Transfer spielt sowohl in Item 5 (Umsteigen von Rollstuhl ins Bett und umgekehrt) eine Rolle als auch in den Items 8 (Benützung der Toilette) und 4 (Baden/ Duschen/ Körper waschen). Patientinnen und Patienten, die beispielsweise einen niedrigeren Score in Item 5 aufweisen, werden demnach häufig auch einen niedrigen Score in den beiden anderen Items (8 und 4) erhalten.
- 4) Die Einstufung der Items soll widerspiegeln, was eine Patientin, ein Patient wirklich tut und nicht was er eigentlich tun könnte. Insofern ist bei der Einstufung unwichtig, ob die Patientin, der Patient aus körperlichen, kognitiven oder motivationalen Gründen Hilfe benötigt. So kann beispielsweise eine Patientin, ein Patient mit schwerer Motivationsstörungen durchaus auf erhebliche physische Hilfe angewiesen sein.
- 5) Eine Patientin, ein Patient kann nur dann als funktionell unabhängig eingestuft werden, wenn sie/er die entsprechende Aufgabe ohne Hilfe und innerhalb eines vertretbaren Zeitbereiches erfüllt. Der „vertretbare Zeitbereich“ wird jeweils in der individuellen Patientensituation durch das interprofessionelle/interdisziplinäre Team definiert. Zu berücksichtigen ist dabei u.a. die zusätzlich durch das Alter oder durch physische/psychische Einschränkung benötigte Zeit. Der in Punkt 7 der Testanweisung erwähnte Index für vertretbare Zeitbereiche ist zu vernachlässigen.

Der EBI wurde bereits im Rahmen des Pilotprojekts des ANQ dreisprachig verwendet. Die französischsprachige Version des Instruments wurde von zwei verschiedenen Personen unabhängig übersetzt. Die Übersetzungen wurden abgeglichen und bereinigt. Darüber hinaus wurde die Beobachtungsperiode für die Zwecke der ANQ-Qualitätsmessungen auf 3 Tage gekürzt.

Weitere detaillierte Anwendungsbeschreibungen durch die ANQ-Expertengruppe „Regelwerk EBI“ sind im [Downloadbereich Rehabilitation](#) auf dem ANQ-Webportal zu finden.

6. 6-Minuten-Gehtest

6.1 Vorbemerkungen¹⁸

Die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit geschieht oft alleine auf Basis der Anamnese. "Wie viele Stufen können Sie steigen?" oder "Wie weit können Sie gehen?" sind typische Fragen zu diesem Zweck. Nicht alle Patientinnen und Patienten können die Anzahl Stufen oder die zurückgelegte Gehstrecke richtig angeben. In den frühen 1960ern entwickelte Balke einen einfachen Test, um die körperliche Leistungsfähigkeit durch Messen der während eines definierten Zeitraums gegangenen Distanz zu beurteilen. Dann wurde durch Cooper ein 12-Minuten-Feldtest entwickelt, um das Niveau der physischen Gesundheit von gesunden Personen zu beurteilen. In der Folge entstand der 6-Minuten-Gehtest für Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen, welche nicht in der Lage waren, den 12-Minuten-Gehtest zu absolvieren. Der 6-Minuten-Gehtest misst die körperliche Leistungsfähigkeit anhand der in sechs Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke in Metern. Nach Meinung von Wissenschaftlern ist der 6-Minuten-Gehtest ein einfach durchzuführender, gut tolerierbarer Test, welcher die alltägliche Leistungsfähigkeit besser abbildet als andere Gehtests (z.B. 12-Minuten-Gehtest). Zur Durchführung werden in der Schweiz die internationalen Standards von American Thoracic Society (ATS) und European Respiratory Society (ERS) empfohlen¹⁹.

6.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests¹⁹

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

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

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

Mit der Anweisung zum Start beginnen die 6 Minuten, an deren Ende die zurückgelegte Gehdistanz ermittelt wird. Die Patientin, der Patient wird instruiert, innerhalb von sechs Minuten so weit als möglich zu gehen. Die Instruktion lautet: „Gehen Sie in den folgenden 6 Minuten so viele Meter, wie Sie können, Pausen sind erlaubt. Sie dürfen nicht rennen“. Während des Tests darf die Patientin, der Patient die folgenden Informationen erhalten: „Sie machen es gut, es dauert noch (so viele) Minuten“, „Machen sie es weiter so gut, sie haben es zur Hälfte geschafft“ etc. Anfeuern durch andere Sätze oder Körpersprache ist nicht erlaubt. Wenn die Patientin, der Patient während der 6 Minuten eine Pause macht, darf die Stoppuhr nicht angehalten bzw. die Zeitdauer um die Pausenzeit nicht ergänzt werden. Die Patientin, der Patient kann die Pause sitzend oder stehend verbringen und wird alle 30 Sekunden angehalten, wenn möglich wieder weiter zu gehen. Es wird empfohlen die Pausenzeit zu dokumentieren.

¹⁸ Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von Peter Oesch und Peter Van Wittenberge in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

¹⁹ Die internationalen Standards der American Thoracic Society (ATS) und European Respiratory Society (ERS) sind wie folgt zu finden: <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

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

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

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

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

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

7. Fahrrad-Ergometrie

7.1 Vorbemerkungen²⁰

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

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

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

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

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

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

²⁰Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von Olivier Pantet, Pierre Monney, Nicole Aebischer im Swiss Medical Forum 2012 (29-30): 578-584 sowie der Beitrag von G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

8. MacNew Heart

8.1 Vorbemerkungen

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

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

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

8.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des MacNew Heart

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

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

9. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

9.1 Vorbemerkungen²¹

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

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

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

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

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

9.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des CRQ

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

²¹ Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

10. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

10.1 Vorbemerkungen²²

Der SCIM-Score misst die Funktionsfähigkeit in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Kontinenz und Mobilität von Patientinnen und Patienten mit einer Querschnittlähmung (QSL)/ Rückenmarksverletzung (Itzkovich et al., 2007). Er beschreibt die Funktionsfähigkeit insbesondere für Menschen mit einer QSL, so dass die Bereiche „Atmung“ und „Blasen- und Darmmanagement“ als erweiterter Bereich „Kontinenz“ differenziert beschrieben werden und auf die Beschreibung der kognitiven Items verzichtet wird.

In 19 Items können pro Item 0 bis maximal 15 Punkte erreicht werden. Der Gesamtwert des SCIM berechnet sich aus der Addition der Einzelitems und kann Werte zwischen 0 (minimale Funktionsfähigkeit) und 100 (beste Funktionsfähigkeit) annehmen. Die Gewichtung der 19 Items basieren auf Experteneinschätzungen.

Die SCIM-Entwicklung begann 1994 in Israel. Die erste Version (SCIM I) wurde 1997 publiziert, revidierte Versionen folgten 2001 (SCIM II) und 2007 (SCIM III). Es existieren ausserdem Validierungen für den SCIM III und den SCIM self report.

10.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des SCIM

Das SCIM Instrument ist ein Fremdbeurteilungsinstrument. Die Patientinnen und Patienten werden bei Alltagsaktivitäten beobachtet. Einzelne Items werden, ggf. auch in Rücksprache mit der Patientin oder dem Patienten, vom Klinikpersonal bewertet. Hierfür sind ca. 30 Minuten einzurechnen. Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Im Zweifelsfall ist die strengere Bewertung (geringerer Wert) massgebend.

²² M. Wirz, In: Schädler, S. et al (2020): Assessments in der Rehabilitation, Bd. 1: Neurologie, S. 109-113.

11. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

11.1 Vorbemerkungen

Das Modul PHQ-15 ist eine Kurzform des in den 1990er-Jahren von Pfizer entwickelten Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten). Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen und misst die Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden mit 15 Items (Kroenke et al., 2002). Bei jedem Item stehen die drei Antwortmöglichkeiten „nicht beeinträchtigt“ (codiert mit «0»), „wenig beeinträchtigt“ (codiert mit «1») und „stark beeinträchtigt“ (codiert mit «2») zur Auswahl. Für die Auswertung - der ursprünglich originalen Auswertungslogik - wird ein Skalensummenwert berechnet, der Werte zwischen 0 Punkten (geringste Symptomatik) und 28 Punkten bei Männern bzw. 30 Punkten bei Frauen (grösste Symptomatik) annehmen kann. Für die Bildung des Skalensummenwerts dürfen bei maximal 3 Items fehlende Werte auftreten. Fehlende Werte werden durch den Mittelwert der übrigen Items ersetzt.

Der ANQ verwendet die frei zugänglichen Übersetzungen der [PHQ-Website](#).

11.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des PHQ-15

Abweichend vom Manual wird für die Beurteilung der Beeinträchtigungen die letzte Woche (7 Tage) zugrunde gelegt. Damit ist der Beobachtungszeitraum des PHQ-15 dem des HADS angeglichen.

Das Item Menstruationsschmerzen wird in der Berechnung des Skalensummenwerts beim ANQ generell nicht berücksichtigt. Grund ist die angepasste Beobachtungsperiode gegenüber der Originalversion. Sowohl für Frauen als auch für Männer wird der Skalensummenwert über 14 Items berechnet, so dass ein maximaler Wert von 28 Punkten im PHQ-15 erreicht werden kann.

12. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

12.1 Vorbemerkungen²³

Die Hospital and Depression Scale (HADS) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung und Unterscheidung von Angst und Depression bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden. Das Verfahren kann als Screeningverfahren sowie zur dimensionalen Schweregradbestimmung, auch in der Verlaufsbeurteilung, eingesetzt werden.

Erfasst wird mittels Selbstbeurteilung die Ausprägung ängstlicher (HADS-A) und depressiver Symptomatik (HADS-D) während der vergangenen Woche, die auf zwei Subskalen mit je sieben Items erfasst wird. Der Gesamtsummenwert kann als Mass für die allgemeine psychische Beeinträchtigung eingesetzt werden. Itemauswahl und -formulierung berücksichtigen besonders die spezifischen Anforderungen eines durch körperliche Krankheit bestimmten Settings. Dabei wird gezielt nur auf psychische Angst- und Depressionssymptome fokussiert, um eine Konfundierung durch somatische Komorbidität zu vermeiden.

Die Items der beiden Skalen HADS-D und HADS-A sind abwechselnd angeordnet. Es stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, welche mit Werten von 0 bis 3 codiert werden. Die Skalensummenwerte werden durch Addition der 7 Items je Skala gebildet und können Werte zwischen 0 Punkten (geringste Symptomatik) und 21 Punkten (grösste Symptomatik) erreichen. Gemäss Handbuch ist maximal ein fehlender Wert je Skala für die Bildung des Summenwertes erlaubt. Fehlende Werte werden durch den Mittelwert der übrigen Items ersetzt.

Die englische Originalversion wurde 1983 entwickelt (Zigmond et.al. 1983). Die Urheberrechte liegen für die deutsche Version beim Hans Huber Verlag, für alle anderen Sprachversionen bei GL Assessment. Der ANQ hat die Rechte für die Verwendung des Fragebogens (deutsch, französisch und italienisch) für die Nutzung im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen erworben. Der ANQ stellt den Fragebogen den entsprechend registrierten Kliniken aus urheberrechtlichen Gründen direkt zu.

12.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des HADS

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens durch die Patientinnen und Patienten beträgt max. 5 Minuten.

²³ M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.
C. Herrmann-Lingen, In: Bengel, J. et al (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, 232 – 235.

13. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

13.1 Vorbemerkungen

Die Komorbiditätsskala „Cumulative Illness Rating Scale (CIRS²⁴)“ wurde von Linn et al. 1968 konzipiert, um alle Erkrankungen von multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten umfassend abzubilden. Miller und Towers überarbeiteten 1991 die CIRS Version nach Linn et al. (1968) und ergänzten sie um das 14. Item zu Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Die vom ANQ verwendete CIRS Version von Salvi et al. (2008) basiert auf der Version von Miller und Towers (1991).

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

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

13.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der CIRS

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

Für die Anwendung der CIRS wird auf das entsprechende Handbuch nach Salvi et al. (2008)²⁵ verwiesen. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz der CIRS sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

²⁴ Für die Cumulative Illness Rating Scale hat sich die gleichlautende Abkürzung wie für das Critical Incident Reporting System eingebürgert.

²⁵ Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, Appendix S1 (ANQ, Übersetzung). (Originalartikel veröffentlicht 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

14. Impressum

Titel	Verfahrenshandbuch Version 8.0
Jahr	2020
Autor/innen	Dr. Luise Menzi, Muriel Haldemann (ANQ) und Stefanie Köhn (Charité)
Qualitätsausschuss	Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Stefan Goetz, Klink St. Katharinenthal, Spital Thurgau Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr. med. Isabelle Rittmeyer, Zürcher RehaZentrum Davos Dr. med. Anke Scheel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos
Kontaktadresse	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Dr. Luise Menzi, Leitung Rehabilitation ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern T 031 511 38 44, luise.menzi@anq.ch / www.anq.ch
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)