

NATIONALER MESSPLAN REHABILITATION DATENHANDBUCH 2026

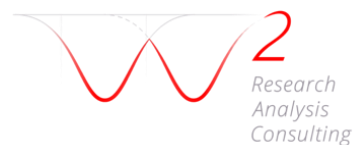
VERSION 11.0

INFORMATIONEN ZUR DATENERHEBUNG UND -ÜBERMITTLUNG FÜR MESSVERANTWORTLICHE PERSONEN UND IT- VERANTWORTLICHE IN DEN KLINIKEN

Autorinnen und Autoren: Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Roman di Francesco, w hoch 2
Gaia Garuffi, ANQ
Philipp Kronenberg, w hoch 2
Stephan Tobler, ANQ
Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Gültigkeit: 11.0, gültig per 01.01.2026 (Ablösung Version 10.1)

Datum: genehmigt am 11.09.2025, Qualitätsausschuss Rehabilitation



INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
1.1	Inhalt und Zielgruppe des Datenhandbuchs	5
1.2	Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen	6
2	Nationaler Messplan Rehabilitation	7
3	Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten	10
4	Format und Struktur der Daten	12
4.1	Dateiformate	12
4.1.1	SpiGes Daten-File	12
4.1.2	Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten	12
4.2	Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation)	12
4.3	Datenformate	13
4.3.1	SpiGes Daten-File	13
4.3.2	Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten	13
5	Datendefinition Einzeltabellen	14
5.1	SpiGes Daten-File	14
5.2	Zusätzliche Daten (ZU-Datei)	14
5.3	Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Datei)	15
5.4	Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Datei)	16
5.5	Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Datei)	17
5.6	Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Datei)	17
5.7	Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Datei)	18
6	Angaben zu Dropouts und fehlenden Werten	19
6.1	Dropout: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan	19
6.2	Testverzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen	19
6.3	Fehlende Werte (Missings)	20
7	Datenerhebung – Monitoring in den Kliniken	21
7.1	Prüfung bei der Dateneingabe in der Institution	21
8	Datenprüfung und -übermittlung per Web-Anwendung <i>RehaCompass</i>	23
8.1	Administratoren-Zugang	26
8.2	Periodizität – Termine	27

Abbildungsverzeichnis	28
Tabellenverzeichnis	28
Anhang	29
A. SpiGes Daten-File im Format des BFS (SG-Datei)	29
B. Format Zusätzliche Daten (ZU-Datei).....	30
C. Format Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Datei)	31
D. Format Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Datei).....	36
E. Format Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Datei).....	39
F. Format Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Datei).....	43
G. Format Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Datei).....	46
Impressum	50

ÄNDERUNGSJOURNAL

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

FARBCODIERUNG	GEÄNDERT PER	STICHWORT
GRAU	11.09.2025 / gültig ab Datenjahr 2026	Übernahme SpiGes-Format inkl. Fall- und Standortdefinition.
		Übernahme der Variablenbezeichnungen und -ausprägungen SpiGes
		Ablösung MacNew Heart in der kardialen Rehabilitation durch PROMIS GH-10
		RehaComapss als Ersatz der Web-Anwendung <i>ReMoS</i> und Aufnahme Kooperationspartner w hoch 2
		Kleinere redaktionelle Anpassungen (u.a. Änderung des Begriffs «rehabereichsspezifische Messungen» in «rehaspezifische Messungen»)
		Ersatz des Missing-Wertes «9» durch «NA»
		Ersatz der Dropout-Dokumentation durch datenbasierte Identifikation von Dropout-Fällen

1 EINLEITUNG

Im Jahr 2013 wurden in der gesamten Schweiz Qualitätsmessungen in Rehabilitationskliniken in Form von Messplänen eingeführt. Der ANQ 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 Verfahrenshandbuchs von den zuständigen Kooperationspartnern **Charité – Universitätsmedizin Berlin und w hoch 2, Bern** in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt und ist ab 1. Januar 2026 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: [Downloadbereich Rehabilitation](#). **Hier finden Sie Informationen zum Projekt und alle wesentlichen Dokumente** (Verfahrenshandbuch, Erfassungsinstrumente, etc.) zum Webdownload.

1.1 INHALT UND ZIELGRUPPE DES DATENHANDBUCHS

Das Datenhandbuch umfasst die Definitionen der Daten aus den Instrumenten für die rehaspezifischen Messungen 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 Datenhandbuchs 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 liefern. Im Datenhandbuch sind die Spezifikationen der zu erhebenden Daten (Variablenliste, Wertebereich, Ausprägungen) 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.

¹ Neben den rehaspezifischen Messungen der Ergebnisqualität enthält der Nationale Messplan Rehabilitation auch eine bereichsübergreifende Befragung zur Patientenerfahrung. Diese ist nicht Inhalt des vorliegenden Datenhandbuchs. Siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#).

Weiterhin enthält das Datenhandbuch Vorgaben für die Datenlieferung (Inhalt, Format und Periodizität). Hierzu gehört auch die Beachtung der datenschutzkonformen Übermittlung der Daten.

Ab 2026 erfolgt die Datenprüfung und -übermittlung über die Plattform/Web-Anwendung *RehaCompass* (<https://www.rehacompass.ch>) des Kooperationspartners w hoch 2, welche die Web-Anwendung *ReMoS* (Rehabilitation Monitoring System) ersetzt.

1.2 BEZUG ZU ANDEREN PROJEKTEN UND DATENERHEBUNGEN

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

Dies betrifft:

- Das **SpiGes Daten-File**, in dem ab 2025 die Erhebung der Medizinischen Statistik für das Bundesamt für Statistik (BFS) erfasst wird, ersetzt im ANQ-Fachbereich Rehabilitation ab dem Messjahr 2026 das bisherige Minimale Datenset der Medizinischen Statistik (MB-Daten) vollständig. Um den Aufwand für die Kliniken gering zu halten, können diese das Daten-File gemäss [SpiGes-Definition](#) im XML-Format für die ANQ-Datenlieferung nutzen. Bitte beachten Sie die Unterschiede der ANQ SpiGes Datenlieferung im Vergleich zum BFS, welche in Kapitel 5.1 aufgezeigt werden. Im Anhang A sind die Tabellen vom SpiGes Daten-File aufgeführt, die für die ANQ-Datenlieferung mindestens bereitgestellt werden müssen.

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 zehn verschiedene Instrumente für die Messung der Ergebnisqualität. Grundsätzlich ist die Indikation der Patientin, des Patienten massgeblich für die Bestimmung der bei der Patientin, dem Patienten anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung.

Die Bestimmung der Indikation bzw. des Rehabereichs der Patientin, des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier «[DefReha® Version 3.0](#)» folgende Rehabereiche vor:

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

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte sowie die zu übermittelnden Daten des Nationalen Messplans Rehabilitation für die rehaspezifischen Messungen.

Für alle Patientinnen und Patienten werden der reduzierte SpiGes-Datensatz im Format des BFS sowie die CIRS übermittelt.

Für die Rehabereiche kardiale, paraplegiologische, psychosomatische sowie pulmonale Rehabilitation sind einzelne spezifische Messvorgaben vorhanden, d. h. es werden indikationsspezifische Instrumente zur Ergebnismessung eingesetzt.

Für die übrigen fünf Rehabereiche (geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation) wird zur Ergebnismessung ein gemeinsamer Score, der die Funktionsfähigkeit beschreibt, eingesetzt.

Die Partizipationsziele und deren Zielerreichung werden in allen Rehabereichen dokumentiert.

Die aufgeführten Instrumente je Rehabereich müssen jeweils zu Reha-Eintritt und -Austritt bei der Patientin, dem Patienten erhoben werden.

Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenübermittlung nach Rehabereich

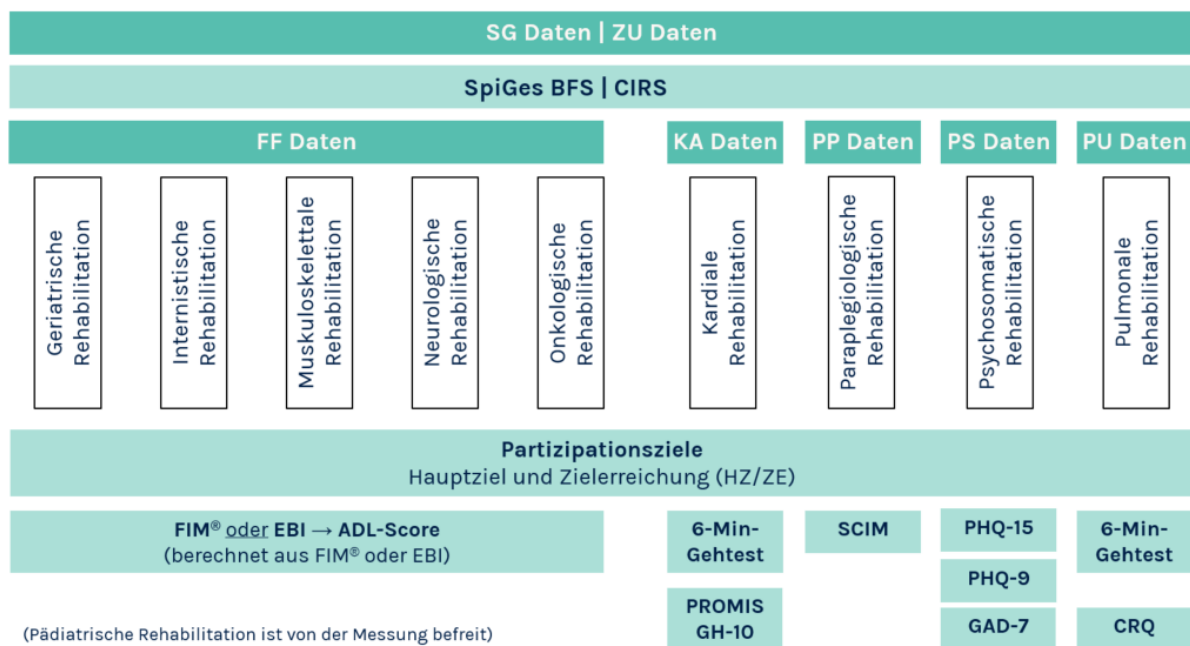


Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation

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

Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische oder onkologische Rehabilitation (FF-Datei):

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)

Kardiale Rehabilitation (KA-Datei):

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 (6MWT)

- PROMIS GH-10

Paraplegiologische Rehabilitation (PP-Datei):

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

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

Psychosomatische Rehabilitation (PS-Datei):

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

- Partizipationsziele: Hauptziel (HZ, nur bei Eintritt), Zielerreichung (ZE, nur bei Austritt)
- Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)
- Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)
- Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)

Pulmonale Rehabilitation (PU-Datei):

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 (6MWT)
- Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

Pädiatrische Rehabilitation:

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

3 FALLDEFINITION UND ÜBERSICHT ÜBER DIE ZU ERHEBENDEN DATEN

Die Kliniken erfassen jede/n zum stationären Aufenthalt in die Klinik eingetretene Patientin oder eingetretenen Patienten, unabhängig von ihrem bzw. seinem geplanten Austrittsdatum und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus oder Herkunft. Die Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall (mehr Informationen sind im Verfahrenshandbuch dazu zu finden → [Downloadbereich Rehabilitation](#)). Die Rehakliniken und Akutspitäler mit Rehabilitationsabteilungen (nachfolgend Kliniken) liefern daher die Daten **für alle Patientinnen und Patienten**, die **stationär behandelt wurden** und **in der Messperiode ausgetreten** sind.

Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt einer Patientin oder eines Patienten in einer Rehaklinik bezeichnet. Der Behandlungsfall beginnt mit der Aufnahme der Patientin, des Patienten und endet mit dem Austritt der Patientin, des Patienten bzw. des Fallabschlusses. Fallzusammenführungen gemäss «[Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha](#)» werden für den Bereich ANQ Fachbereich Rehabilitation neu ab dem 01.01.2026 übernommen (vgl. [Verfahrenshandbuch](#), Abschnitt 2.2).

Nationaler Messplan Rehabilitation – Zu erhebende Daten je Fall



SpiGes im Format des BFS	Zusätzliche Daten	Rehaspezifische Messdaten
SG-Datei	ZU-Datei	FF-, KA-, PP-, PS- und PU-Datei
	CIRS zu Reha-Eintritt	Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische, kardiale, paraplegiologische, psychosomatische oder pulmonale Rehabilitation Daten der Eintrittsmessung Daten der Austrittsmessung (Instrumentenauswahl nach Rehabereichen)

Abbildung 2: Zu erhebenden Daten je Fall

Folgende Daten müssen für jeden Behandlungsfall erhoben werden und konsolidiert für alle Patientinnen und Patienten innerhalb eines Messjahrs geliefert werden (vgl. Abbildung 2):

a: SpiGes Daten-File im Format des BFS (Daten-File ohne Identifikatorenfile): Es muss eine Teillieferung des an das BFS gesendeten [SpiGes Daten-Files](#) im XML-Format als einzelne Datei zur Verfügung gestellt werden. Aus rechtlichen Gründen darf kein Identifikatoren-File mit den Angaben zu AHV-Nummer oder Geburtsdatum übermittelt werden. Die Datenlieferung muss zwingend auf Ebene der **burnr (Standort)** erfolgen. Aufgrund

der in *RehaCompass* durchgeführten Plausibilitätsprüfungen ist es nicht möglich, einzelne Tabellen separat zu liefern. Die Plausibilitätsprüfungen benötigen immer einen gesamten Datensatz, weshalb keine Teillieferungen erlaubt sind. Dies impliziert auch, dass mindestens alle verpflichtenden Tabellen (siehe dazu Anhang A) im Datensatz enthalten sein müssen, damit eine Lieferung validiert und schlussendlich akzeptiert werden kann.

b: Zusätzliche Daten: Für jede Patientin, jeden Patienten werden Daten zur Komorbidität mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) erhoben. Diese Messung wird nur bei Eintritt der Patientin, des Patienten durchgeführt. Die Zusatzdaten müssen in einer eigenen Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile. Details zu den zusätzlichen Daten werden in Kapitel 5.2 sowie der Datentabelle im Anhang B beschrieben.

c: Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation je Rehabereich jeweils eine Messung zu Ein- und Austritt. Die Daten der Qualitätsmessungen sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei maximal zwei Datenzeilen (Messung bei Eintritt, Messung bei Austritt). Es soll nur eine Datei mit Messungen pro Fall geliefert werden. Details zu den Instrumenten des Messplans für die einzelnen Rehabilitationsbereiche sind den Kapiteln 5.3 bis 5.7 sowie den Datentabellen im Anhang (Anhang C bis G) zu entnehmen.

Für die Auswertung werden die Daten der verschiedenen Datenquellen je Fall anhand der **Fallidentifikationsnummer FID** (siehe Kapitel 4.2) verknüpft.

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 DATEIFORMATE

4.1.1 SpiGes Daten-File

Das SpiGes Daten-File ist ab dem Messjahr 2026 als XML-Datei (Extensible Markup Language) im Format des BFS zu übermitteln. Hierfür sind die jeweils aktuellen [Vorgaben des BFS](#) zu verwenden. Bitte beachten Sie die Unterschiede der ANQ SpiGes Datenlieferung im Vergleich zum BFS (Kapitel 5.1). Im Anhang A sind die Tabellen vom SpiGes Daten-File zuhanden des BFS aufgeführt, die für die ANQ-Datenlieferung mindestens bereitgestellt werden müssen.

4.1.2 Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten

Die übrigen Dateien (Rehaspezifische Messdaten und Zusatz-Daten) können als CSV, XLSX, TXT, DAT oder RDS-Dateien auf die Plattform *RehaCompass* der w hoch 2 GmbH hochgeladen und übermittelt werden.

4.2 VERBINDUNGSVARIABLE (FALL- UND PATIENTENIDENTIFIKATION)

Die Kliniken gewährleisten eine Verbindung zwischen den medizinisch-administrativen Daten (SpiGes-Datensatz im Format des BFS), den zusätzlichen und rehaspezifischen Messdaten mittels einer eindeutigen Fallidentifikation. Zu diesem Zweck wird gemäss Spezifikation SpiGes die **Variable fall_id** (XML-Element Fall) verwendet.

Die **fall_id** muss in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen (siehe hierzu Anhänge A bis G):

- | | |
|---|------------------|
| • <u>SpiGes Daten-File im Format des BFS:</u> | SG-Datei |
| • <u>Zusatzdaten</u> | |
| bei Eintritt: | ZU-Datei, Feld 2 |
| • <u>Messdaten Rehabereiche</u> | |
| jeweils bei Ein- und Austritt: | |
| – Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation | FF-Datei, Feld 2 |
| – Kardiale Rehabilitation | KA-Datei, Feld 2 |
| – Paraplegiologische Rehabilitation | PP-Datei, Feld 2 |

- Psychosomatische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation

PS-Datei, Feld 2

PU-Datei, Feld 2

Alle Datensätze der Patientinnen und Patienten müssen mit der `fall_id` versehen werden, da sonst eine Zusammenführung der Daten pro Patientin, pro Patient nicht möglich ist und die Daten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden können!

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

4.3 DATENFORMATE

4.3.1 SpiGes Daten-File

Hierbei gelten die Vorschriften des BFS, gemäss [SpiGes-Definition](#).

4.3.2 Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten

Bei allen **numerischen Variablen (N)** sind ausschliesslich ganzzahlige, positive Werte, inkl. 0 zugelassen.

Als **Datumsformat (D)** wird allgemein JJJJMMTT verwendet.

Zeitangaben (T) werden im Format mm:ss angegeben. Dies betrifft die Angabe der Dauer der erfolgten Leistung im 6-Minuten-Gehtest.

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.

5 DATENDEFINITION EINZELTABELLEN

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

5.1 SPIGES DATEN-FILE

Das für die Datenlieferung an das BFS zu erstellende SpiGes Daten-File kann unverändert auch für die Datenlieferung an den ANQ verwendet werden.

Wichtig:

- Die Abgabe des unveränderten BFS-Datensatzes erfolgt in der datenschutzrechtlichen Verantwortung der Kliniken. Alternativ kann das Daten-File auch auf die für die ANQ-Auswertungen wichtigsten Tabellen reduziert werden. Eine Liste dieser obligatorisch an den ANQ zu liefernden Tabellen findet sich im Anhang A dieses Dokuments. Der für den ANQ bestimmte Datensatz ist somit eine reduzierte Version der BFS-Datei. Nach dem Upload werden in *RehaCompass* ausschliesslich jene Variablen dauerhaft gespeichert, die für die Durchführung und Auswertung der Messung erforderlich sind.
- Nicht zu liefern ist das SpiGes Identifikatoren-File. Dies enthält personenidentifizierende Informationen, welche aus Datenschutzgründen nicht mitgeliefert werden dürfen.
- Die Lieferung des reduzierten SpiGes Daten-Files erfolgt zwingend auf Ebene der **burnr (Standort)** und stets als vollständige Datei. Teillieferungen einzelner Tabellen oder Datenabschnitte sind nicht möglich, da die in *RehaCompass* implementierten Plausibilitätsprüfungen immer den kompletten Datensatz benötigen (Anhang A).
- Für eine erfolgreiche Lieferung ist es unerlässlich, dass sämtliche Vorgaben und Definitionen des BFS-Formats eingehalten werden. Die Reihenfolge der Elemente/Tabellen in der Datei müssen der SpiGes-Definition entsprechen. Eine anderweitige Anordnung kann nicht verarbeitet werden.

Technische Details zur XML-Schnittstelle sind auf der [SpiGes-Website des BFS](#) zu finden. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Variablen ist in der [Variablenliste SpiGes](#) aufgeführt.

5.2 ZUSÄTZLICHE DATEN (ZU-DATEI)

Für jede Patientin bzw. jeden Patienten werden zusätzlich zu den Messdaten der einzelnen Rehabereiche (FF, KA, PP, PS oder PU) bei Eintritt Daten zur Komorbidität mit der CIRS-Skala erfasst. Die Daten werden in der ZU-Datei übermittelt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **ZU-Datei** befindet sich im Anhang B.

Die **ZU-Datei** enthält je Behandlungsfall **18 Datenfelder (Spalten)**:

Tabelle 1: Inhalt der ZU-Datei

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

5.3 MESSDATEN GERIATRISCHE, INTERNISTISCHE, MUSKULOSKELETTALE, NEUROLOGISCHE UND ONKOLOGISCHE REHABILITATION (FF-DATEI)

Für jeden Fall aus den Rehabereichen geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische oder onkologische Rehabilitation werden zwei FF-Zeilen (Eintrittsmessung, Austrittsmessung) in der FF-Datei geliefert.

Jede **FF-Datei** enthält je Behandlungsfall **57 Datenfelder (Spalten)**, deren Inhalte in Tabelle 2 verdeutlicht werden. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **FF-Datei** einschliesslich Spezifikation der Variablen befindet sich im Anhang C.

Tabelle 2: Inhalt der FF-Datei

Datenfelder	Inhalt FF-Datei	Bemerkungen
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier FF	
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)	
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha®	
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/ Austritt)	
Felder 6 – 17	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	
Felder 18 – 40	Items des FIM®*	FIM® oder EBI <i>für alle Patienten bzw Patientinnen einer Klinik das gleiche Verfahren wählen</i>

Felder 41 – 57	Items des EBI*	<i>Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer</i>
----------------	----------------	---

* Ein unterjähriger Wechsel der Instrumente FIM® und EBI ist nicht vorgesehen.

5.4 MESSDATEN KARDIALE REHABILITATION (KA-DATEI)

Für jeden Fall des Rehabereichs kardiale Rehabilitation werden zwei KA-Zeilen (Eintrittsmessung, Austrittsmessung) in der KA-Datei geliefert.

Jede **KA-Datei** enthält je Behandlungsfall **39 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 3 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **KA-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich im Anhang D.

Tabelle 3: Inhalt der KA-Datei

Datenfelder	Inhalte KA-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier KA
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha®
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)
Felder 6 – 17	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)
Felder 18 – 26	Items des 6-Minuten-Gehtest (6MWT)
Felder 27 - 39	Items des PROMIS GH-10

5.5 MESSDATEN PARAPLEGIOLOGISCHE REHABILITATION (PP-DATEI)

Für jeden Fall des Rehabereichs paraplegiologische Rehabilitation werden zwei PP-Zeilen in der PP-Datei geliefert.

Jede **PP-Datei** enthält je Behandlungsfall **37 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 4 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PP-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich im Anhang E.

Tabelle 4: Inhalt der PP-Datei

Datenfelder	Inhalt PP-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PP
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha®
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)
Felder 6 – 17	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)
Felder 18 – 37	Items der SCIM

5.6 MESSDATEN PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION (PS-DATEI)

Für jeden Fall des Rehabereichs psychosomatische Rehabilitation werden zwei PS-Zeilen in der PS-Datei geliefert.

Jede **PS-Datei** enthält je Behandlungsfall **57 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 5 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PS-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich im Anhang F.

Tabelle 5: Inhalt der PS-Datei

Datenfelder	Inhalt PS-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PS
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha®

Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)
Felder 6 – 17	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)
Felder 18 – 35	Items des PHQ-15
Felder 36 – 47	Items des PHQ-9
Felder 48 – 57	Items der GAD-7

5.7 MESSDATEN PULMONALE REHABILITATION (PU-DATEI)

Für jeden Fall des Rehabereichs pulmonale Rehabilitation werden zwei PU-Zeilen in der PU-Datei geliefert.

Jede **PU-Datei** enthält je Behandlungsfall **49 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 6 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PU-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich im Anhang G.

Tabelle 6: Inhalt der PU-Datei

Datenfelder	Inhalt PU-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PU
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha®
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)
Felder 6 – 17	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)
Felder 18 – 26	Items des 6-Minuten-Gehtest (6MWT)
Felder 27 – 49	Items des CRQ

6 ANGABEN ZU DROPOUTS UND FEHLENDEN WERTEN

6.1 DROPOUT: AUSSCHLUSS AUS DEM GESAMT-MESSPLAN

Die Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen gemäss Messplan Rehabilitation ist für alle Patientinnen und Patienten obligatorisch. Ist der Abschluss der Messungen aufgrund eines Abbruchs der Rehabilitation nicht möglich, werden die Falldaten als «Dropout» definiert und aus der Auswertung ausgeschlossen.

Dropout (Ausschlussgründe):

- Abbruch der Rehabilitation
- (geplante oder ungeplante) Verlegung in ein Akutspital länger als 24h
- Vorzeitiger Rehaaustritt auf Wunsch der Patientin oder des Patienten
- Todesfall
- Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Rehaeintritt (Aufenthaltsdauer kürzer als 8 Tage)

In der Messdokumentation muss das Vorliegen eines Dropouts ab dem Datenjahr 2026 nicht mehr angegeben werden. Fälle, welche die Dropout-Kriterien erfüllen, werden von w hoch 2 datenbasiert identifiziert und als Dropouts ausgezählt.

6.2 TESTVERZICHT BZW. NICHTDURCHFÜHRUNG EINZELNER MESSUNGEN

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

Kann eine Messung aus einem messspezifischen Grund nicht durchgeführt werden, lehnt die Patientin bzw. 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.

Testverzichtsgünde können bei dem Leistungstest und Patienten-Fragebögen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit dem FIM® Instrument, dem EBI, der SCIM und der CIRS sowie bei der Dokumentation des Hauptziels und der Zielerreichung.

Die Angabe eines Verzichtsgrundes erfolgt bei jedem Patienten-Fragebogen bzw. dem 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 2.7):**

- Ablehnung durch die Patientin, den Patienten, trotz Motivation und Unterstützung
- Nicht-ausreichende Sprachkompetenzen
- Die Patientin, der Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung
- Andere (z.B. Versäumnis seitens der Klinik)

Testverzicht 6-Minuten-Gehtest aufgrund eines schlechten Allgemeinzustands

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. Testverzicht** wird 3 = Patientin, 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 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.

Beim 6-Minuten-Gehtest ist darüber hinaus in den entsprechenden Formularen die Angabe von **Abbruchgründen** vorgesehen (warum wird der Test vorzeitig beendet bzw. abgebrochen). Beim 6-Minuten-Gehtest muss nur ein Abbruchgrund angegeben werden, wenn die Gehdauer von 6 Minuten nicht erreicht wird. Details zur Angabe der Abbruchgründe sind in den Anhängen D und G aufgeführt.

6.3 FEHLENDE WERTE (MISSINGS)

In den **Patienten-Fragebögen** können fehlende Angaben auftreten. Für den CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9, und PHQ-15 soll «NA» als fehlender Wert eingetragen werden.

Bei den **Fragebögen, die vom Behandelnden** ausgefüllt werden, sollen alle Items vollständig erfasst werden, so dass es nicht zu fehlenden Werten kommen kann. Dies betrifft: Angaben zu Hauptziel und Zielerreichung (HZ und ZE), FIM®, EBI, SCIM, 6-Minuten-Gehtest und CIRS. Sollten bei den Fremderhebungen Werte fehlen, müssen diese als «NA» gekennzeichnet werden.

7 DATENERHEBUNG – MONITORING IN DEN KLINIKEN

Die Datenerhebung soll in den Kliniken in elektronischer Form erfolgen, wobei bezüglich der genutzten Software durch den ANQ keine Vorgabe gemacht wird. Zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität sind Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfungen auf zwei Ebenen vorgesehen:

1. **Datenprüfung bei Dateneingabe in der Institution (Kapitel 7.1):**

Bereits während der Eingabe sollen in den Kliniken Prüfmechanismen implementiert sein, die fehlerhafte oder ungültige Werte verhindern sowie auf fehlende Angaben hinweisen. Dazu gehören u. a. Gültigkeitsprüfungen (zulässige Wertebereiche, Eingabebeschränkungen, Pflichtfelder) und Vollständigkeitsprüfungen zu festgelegten Zeitpunkten (z. B. spätestens am vierten Tag nach Aufnahme für Eintrittsmessungen, unmittelbar vor Entlassung für Austrittsmessungen). Ziel ist es, fehlerhafte oder unvollständige Datensätze möglichst bereits bei der Erfassung auszuschließen und sicherzustellen, dass alle im Erfassungszeitraum behandelten Fälle in allen Dateien (SpiGes Daten-File, ZU-Daten, Messdaten) enthalten sind.

2. **Formale Datenprüfung, inhaltliche Datenprüfung und finale Datenübermittlung über RehaCompass (Kapitel 8):**

Neben den klinikinternen Prüfungen können die Datensätze auch jederzeit auf *RehaCompass* formalen und inhaltlichen Qualitätsprüfungen unterzogen werden. Dort werden Vollständigkeit und Plausibilität automatisiert kontrolliert, und die Daten können bei Bedarf korrigiert und erneut hochgeladen werden.

Die Datenprüfungen beziehen sich auf die SpiGes-Datei, Dateien der Messdaten der einzelnen Rehabereiche (FF-, KA-, PP-, PS- bzw. PU-Datei) sowie die Datei der Zusätzlichen Daten (ZU-Datei). In den Datentabellen im Anhang A bis G sind in der Spalte 8 Angaben zur Prüflogik auf Item-Ebene enthalten, siehe auch Kapitel 7.1 und Anhang A.

7.1 PRÜFUNG BEI DER DATENEINGABE IN DER INSTITUTION

Die erste Ebene der Datenprüfung findet bereits während der Dateneingabe direkt in den Institutionen statt. Ziel ist es, fehlerhafte oder unvollständige Angaben von Anfang an zu vermeiden, damit die Datenqualität so hoch wie möglich ist.

Vermeidung falscher oder ungültiger Werte

Bei der Eingabe sollen Prüfmechanismen in der verwendeten Software eingesetzt werden, die ungültige oder falsche Werte verhindern. Dazu gehören:

- Definition gültiger Wertebereiche: Für jede Variable sind zulässige und unzulässige Werte festgelegt. Liegt ein eingegebener Wert ausserhalb des erlaubten Bereichs, soll automatisch eine Fehlermeldung erscheinen.
- Einschränkung der Eingabemöglichkeiten: Wo sinnvoll, soll die Auswahl von Werten auf eine Liste vorgegebener gültiger Werte beschränkt sein (z. B. beim Erweiterten Barthel-Index, wo keine fortlaufende Nummerierung der Werte vorliegt).

In den Anhängen A-G sind alle gültigen Wertebereiche detailliert beschrieben.

Vermeidung von fehlenden Werten

Neben der Gültigkeit ist auch die Vollständigkeit der Daten entscheidend. Um fehlende Angaben zu vermeiden, sollen folgende Regeln gelten:

- Bei unvollständiger Eingabe eines Variablenkomplexes (z. B. Scores einzelner Tests) soll ein Hinweis erscheinen.
- Ein Durchführungsdatum ist verpflichtend anzugeben.
- Das Überspringen von Items soll nur mit Warnhinweis möglich sein. Wird ein Selbstbeurteilungsinstrument (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9, PHQ-15) oder der 6-Minuten-Gehtest nicht durchgeführt, müssen sowohl das Testdatum als auch der Grund für den Verzicht dokumentiert werden. Bei den übrigen Instrumenten (z. B. FIM®, EBI, SCIM, CIRS) ist ein vollständiges Ausfüllen zwingend erforderlich.

Vermeidung unvollständiger Messdaten auf Patient/innenebene

Damit fehlende Messungen rechtzeitig nachgeholt werden können, soll die Vollständigkeit der Daten auf Patient/innenebene zu zwei festgelegten Zeitpunkten überprüft werden:

- Eintrittsmessung: spätestens am vierten Tag nach der Aufnahme
- Austrittsmessung: kurz vor dem geplanten Austritt

Prüfung der Vollständigkeit und Inhalt der Datensätze auf Institutionsebene

Schliesslich muss sichergestellt sein, dass in den übermittelten Dateien alle stationären Fälle enthalten sind, die im Erfassungszeitraum einen Reha-Austritt hatten.

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

Dies bezieht sich in erster Linie auf das SpiGes Daten-File. Hier sollten alle entlassenen Patientinnen und Patienten enthalten sein, unabhängig davon, ob Daten für diesen Fall in den anderen Dateien (vollständig) vorhanden sind.

- Liegen für jeden Fall jeweils in drei Dateien (SpiGes Daten-File, sowie ZU-Datei und FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Datei) Daten vor?

Sofern die Rückmeldungen auf *RehaCompass* (Kapitel 8) ergeben, dass nicht für jede Patientin, jeden Patienten Daten in den drei Dateien vorliegen, sollte Folgendes überprüft werden:

- Sind diese fehlenden Daten im System vorhanden und können noch ausgespielt werden oder sind die entsprechenden Daten tatsächlich nicht erhoben worden (Kapitel 6)?
- Können gewisse Angaben noch nachträglich gemacht werden?

8 DATENPRÜFUNG UND -ÜBERMITTLUNG PER WEB-ANWEDUNG REHACOMPASS

Die Daten der Qualitätsmessungen sind von den Kliniken in elektronischer Form per Upload über die Web-Anwendung *RehaCompass* (<https://www.rehacompass.ch>) des Kooperationspartners w hoch 2 spätestens zu den definierten Stichtagen final zu liefern (Tabelle 7).

Die auf *RehaCompass* geladenen Daten werden auf Schweizer Servern gespeichert. Die technischen Abläufe hinsichtlich Datenupload und -prüfung entsprechen den aktuellen datenschutzrechtlichen Standards nach dem Datenschutzgesetz (DSG). In die Datenlieferung sollen jeweils alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, deren Reha-Austrittsdatum im entsprechenden Zeitraum der Datenerfassung liegt. Das bedeutet, es müssten für diese Patientinnen und Patienten vollständige Datensätze vorliegen. Die Erhebung unterliegt dem Datenreglement des ANQ.

RehaCompass unterstützt die Spitäler/Kliniken bei allen Schritten des Datentransfers:

1. **Formale Datenprüfung beim Dateienupload:** Beim Upload der einzelnen Dateien auf *RehaCompass* wird automatisch geprüft, ob die formalen Anforderungen hinsichtlich Struktur (Anzahl Variablen, Variablenbezeichnungen, siehe Anhänge A-G) erfüllt sind. Sind die Anforderungen erfüllt, kann die Datei hochgeladen werden. Wenn nicht, erfolgt eine Rückmeldung zu den fehlerhaften Punkten, um die Datei anpassen/korrigieren zu können, bevor ein erneuter Upload erfolgen kann.
2. **Inhaltliche Datenprüfung nach Dateienupload:** Nach dem Upload der Daten der Qualitätsmessungen auf *RehaCompass* erfolgt die Berechnung der Datenqualität hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität der Daten (Kapitel 7). Auf Basis dieser Rückmeldungen können Kliniken die einzelnen Dateien/Datensätze bei Bedarf korrigieren/überarbeiten und erneut hochladen. Dabei wird die vorherige Datei stets überschrieben. Die Schritte 2 und 3 können auf *RehaCompass* beliebig oft wiederholt werden, bis die Datenqualität den Anforderungen entspricht.

3. **Finale Datenübermittlung über RehaCompass:** In einem Zeitfenster von Ende Erhebungsjahr bis Deadline Datenübermittlung können die zuletzt auf *RehaCompass* hochgeladenen und auf Datenqualität geprüften Daten final übermittelt werden (Kapitel 8). Basierend auf diesen übermittelten Daten wird die nationale Auswertung vorgenommen.

Ansprechpartner für alle Fragen zu den Themen Datenübermittlung und -prüfung und die Web-Anwendung *RehaCompass* ist w hoch 2 (siehe Kontaktdaten im Impressum).

Die Institutionen können die Daten bis zum Stichtag zur finalen Datenübermittlung kontinuierlich auf Aufbau, Inhalt und Vollständigkeit prüfen und gegebenenfalls Korrekturen vornehmen. Diese Prüfung kann vollständig durch die Nutzung der Web-Anwendung RehaCompass vorgenommen werden. Die Web-Anwendung steht den Kliniken auch unterjährig zur Prüfung der Datenqualität zur Verfügung, um mögliche Fehlerquellen zeitnah zu identifizieren und die Datenqualität sicherzustellen. *RehaCompass* prüft die übermittelten Daten gemäss der vorliegenden Datendefinition und gibt den Kliniken eine detaillierte Rückmeldung zur Datenqualität, wie bspw. zu folgenden Punkten:

Fallbezogene Datenprüfung

- Gibt es in Dateien Zeilen mit fehlender FID (fall_id)?
- Gibt es für jeden Fall (FID) in den Dateien des Messplans (FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeile) jeweils Daten zu den Ein- und Austrittsmessungen, d. h. existieren je Fall (FID) zwei FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeilen?
- Gibt es für jeden Fall (FID) nur eine Datei des Messplans (FF-, KA-, PP-, PS- oder PU)?
- Von welchen Patientinnen und Patienten (FID) fehlen Daten? In welchen Datensätzen?

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 kardiale Rehabilitation (Variable «Rehabereich» = 3)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?

- Liegen die Daten des 6-Minuten-Gehtest vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des PROMIS GH-10 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des 6-Minuten-Gehtest vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des PROMIS GH-10 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?

Fallbezogene Datenprüfung paraplegiologische Rehabilitation (Variable «Rehabereich» = 8)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen die Daten der SCIM vollständig vor?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten der SCIM vollständig vor?

Fallbezogene Datenprüfung psychosomatische Rehabilitation (Variable «Rehabereich» = 9)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen die Daten des PHQ-15 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des PHQ-9 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten der GAD-7 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des PHQ-15 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des PHQ-9 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten der GAD-7 vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?

Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation (Variable «Rehabereich» = 10)

Reha-Eintritt

- Liegen die Daten zum Hauptziel (HZ) vollständig vor?
- Liegen die Daten des 6-Minuten-Gehtest vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des CRQ vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten der CIRS vollständig vor?

Reha-Austritt

- Liegen die Daten der Zielerreichung (ZE) vollständig vor?
- Liegen die Daten des 6-Minuten-Gehtest vollständig vor (Testergebnisse oder Angaben zum Testverzicht)?
- Liegen die Daten des CRQ vollständig vor (Testergebnisse oder Abbruchgründe)?

8.1 ADMINISTRATOREN-ZUGANG

Der Zugang zur Web-Anwendung *RehaCompass* wird pro Spital/Klinik oder Spital-/Klinikgruppe standardmässig jeweils einer für die Messung verantwortlichen Person (Administrator/in) zur Verfügung gestellt. Falls Spitäler oder Kliniken für die planmässige Durchführung der Messung auf mehr als einen Administratoren-Zugang angewiesen sind (bspw. Jobsharing, Vertretungen, IT), werden entsprechend weitere (temporäre) Zugänge erstellt. Personen mit Administratoren-Zugängen können auf *RehaCompass* die einzelnen Dateien hochladen, die Datenqualität prüfen und nach Ablauf vom Erhebungszeitraum die Datensätze final übermitteln. Personen mit Admin-Zugängen werden vor Ablauf vom Erhebungszeitraum per E-Mail an die Deadline erinnert.

Die Administratorinnen und Administratoren der Institutionen können zudem selbständig weiteren Personen (User) Lese-Zugriffe auf die Datenqualität in *RehaCompass* erteilen. Diese User erhalten für die Einrichtung Ihres Accounts eine Einladung per E-Mail und wählen anschließend ein eigenes Passwort, um auf die Web-Anwendung zugreifen zu können. User können jedoch weder Dateien hochladen, überschreiben noch final übermitteln.

8.2 PERIODIZITÄT – TERMINE

Für die Datenlieferungen sind **fixe Termine** vorgesehen (Tabelle 7). Die Stichtage müssen in jedem Fall (gegebenenfalls auch mit unvollständigen Daten) eingehalten werden:

Tabelle 7: Vorgesehene Stichtage zur Datenlieferung

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patientinnen und Pateinten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
28.02.2026	01.01.2025 – 31.12.2025
28.02.2027	01.01.2026 – 31.12.2026

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Nationaler Messplan Rehabilitation.....	8
Abbildung 2: Zu erhebenden Daten je Fall	10

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Inhalt der ZU-Datei.....	15
Tabelle 2: Inhalt der FF-Datei	15
Tabelle 3: Inhalt der KA-Datei.....	16
Tabelle 4: Inhalt der PP-Datei	17
Tabelle 5: Inhalt der PS-Datei.....	17
Tabelle 6: Inhalt der PU-Datei.....	18
Tabelle 7: Vorgesehene Stichtage zur Datenlieferung	27



ANHANG

A. SPIGES DATEN-FILE IM FORMAT DES BFS (SG-DATEI)

Es sind mindestens folgende Tabellen des SpiGes Daten-Files ([Tabellen gemäss SpiGes-Variablenliste](#)) auf Standortebene zu liefern:

- *Administratives*
- *Diagnosen*
- *Behandlungen*
- *Patientenbewegung*

B. FORMAT ZUSÄTZLICHE DATEN (ZU-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
ZU-Datei		Zusätzliche Daten				
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung
Prüflogik						
	2.1.	Eingangsblock				
1	2.1.V01	Rekordart	ZU = Identifikator Datensatz Zusätzliche Daten	AN (2)	ZU	Alle anderen Angaben als "ZU" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe!
3	2.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
	2.2.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)				
4	2.2.V00	CIRS_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		
5	2.2.V01	CIRS_01 Herz		N (1)	0-4	Labels CIRS_01 0 = Kein Problem 1 = Leichtes Problem 2 = Mittleres Problem 3 = Schweres Problem 4 = Extrem schweres Problem
						Werte <0 und >4 sind ungültig
6	2.2.V02	CIRS_02 Hypertonie		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
7	2.2.V03	CIRS_03 Gefäße		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
8	2.2.V04	CIRS_04 Respiratorisches System		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
9	2.2.V05	CIRS_05 Augen, Ohren, Nase, Rachen, Larynx		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
10	2.2.V06	CIRS_06 Oberer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
11	2.2.V07	CIRS_07 Unterer Gastrointestinaltrakt		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
12	2.2.V08	CIRS_08 Leber und Gallengangsystem		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
13	2.2.V09	CIRS_09 Nieren		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
14	2.2.V10	CIRS_10 Restlicher Urogenitaltrakt		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
15	2.2.V11	CIRS_11 Bewegungsapparat und Haut		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
16	2.2.V12	CIRS_12 Neurologisches System		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
17	2.2.V13	CIRS_13 Endokrinium und Stoffwechsel		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01
18	2.2.V14	CIRS_14 Psychische Erkrankungen / Verhaltensstörungen		N (1)	0-4	Labels wie CIRS_01

C. FORMAT MESSDATEN GERIATRISCHE, INTERNISTISCHE, MUSKULOSKELETTALE, NEUROLOGISCHE UND ONKOLOGISCHE REHABILITATION (FF-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
FF-Datei Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Prüflogik
1	3.1.V01	Rekordart	FF - Identifikator Datensatz Rehabereiche geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation	AN (2)	FF	Alle anderen Angaben als "FF" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe
3	3.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
4	3.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+Definitionspapier DefReha, Version 3.0 In der FF-Datei können nur die Werte 1, 2, 4, 5, 6 vorkommen (sonst Eintrag in die Dateien KA, PP, PS oder PU).	N (2)	1-10	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiologie Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation Werte <1, 3 und >6 sind ungültig Variable 3.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 1, 2, 4, 5 oder 6 haben
5	3.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	1 = Eintritt 2 = Austritt Werte <1 und >2 sind ungültig
6	3.1.V05	Dropout Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 3.1.V06)	N (1)	1	1 = Dropout — Abbruch der Rehabilitation oder Reha- — Aufenthalt kürzer als 8 Tage Werte <1 und >1 sind ungültig wenn Wert = 1, dann Angabe bei 3.1.V06 erforderlich
7	3.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 3.1.V05=1
6	3.2.	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)				
6	3.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		
7	3.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 3.2.V01 (HZ_01_1) und 3.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 3.1.V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen allein stehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 3.1.V04=1 ("Eintritt")
8	3.2.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 3.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
9	3.2.V03	ZE_01 Ziellanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 3.2.V03 (ZE_01) bis 3.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 3.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	0 = Nein 1 = Ja Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 3.1.V04=2 ("Austritt")
10	3.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	1 = Vollumfänglich erreicht/übertrifft 2 = Nicht erreicht Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

FF-Datei	Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
11	3.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3","4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels ZE_02_2 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 3.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
12	3.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
13	3.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3","4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
14	3.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
15	3.2.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 3.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	3.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3","4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
17	3.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
3.3.	Functional Independence Measure (FIM®)						
18	3.3.V00	FIM_Datum der Erhebung	Entweder FIM® oder EBI Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < «eintrittsdatum» der SpiGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (3.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (3.1.V04 =2) sein
19	3.3.V01	FIM_01 Essen/Trinken		N (1)	1-7	Labels FIM_01 1 = Vollständige Hilfestellung 2 = Ausgeprägte Hilfestellung 3 = Mässige Hilfestellung 4 = Geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = Eingeschränkte Selbständigkeit 7 = Völlige Selbständigkeit	Werte <1 und >7 sind ungültig
20	3.3.V02	FIM_02 Körperpflege		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
21	3.3.V03	FIM_03 Baden/Duschen/Waschen		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
22	3.3.V04	FIM_04 Ankleiden Oberkörper		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
23	3.3.V05	FIM_05 Ankleiden Unterkörper		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
24	3.3.V06	FIM_06 Toilethygiene		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
25	3.3.V07	FIM_07 Blasenkontrolle		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
26	3.3.V08	FIM_08 Darmkontrolle		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
27	3.3.V09	FIM_09 Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
28	3.3.V10	FIM_10 Transfer/Toilettensitz		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
29	3.3.V11	FIM_11 Transfer Badewanne		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

FF-Datei		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
30	3.3.V12	FIM_12_1 <u>Gehen</u> oder Rollstuhlfahren	Wenn der Austrittsmodus sicher ist (bei Eintritt schon klar, was bei Austritt bewertet wird), wird hier entweder Gehen, Rollstuhl oder beides bewertet. Der bei Eintritt gewählte Modus wird dann auch bei Austritt in 3.3.V12 bewertet. Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Gehen bewertet und in 3.3.V14 das Rollstuhlfahren. Auch bei Austritt werden beide Fortbewegungsarten bewertet (3.3.V12 UND 3.3.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 (3.3.V12 - Gehen bzw. 3.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.	N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig Angabe in 3.3.V13 nötig, bevor Angabe in 3.3.V12 Angaben zu Eintritt (3.1.V04 =1): wenn 3.3.V13=1-3, Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0), 3.3.V14 bleibt leer; wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (3.3.V12>0 und 3.3.V14>0). Angaben zu Austritt (3.1.V04 =2): wenn 3.3.V13=1-3, Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0), 3.3.V14 bleibt leer; wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der bei Austritt überwiegende Modus (3.3.V12>0 und/oder 3.3.V14>0).
31	3.3.V13	FIM_12_2 Spezifikation Fortbewegungsart	Spezifikation der Fortbewegungsart, die in 3.3.V12 beurteilt wird. Wenn 3.3.V13=4 (Austrittsmodus unsicher), wird in 3.3.V12 das Gehen und in 3.3.V14 das Rollstuhlfahren bewertet. Angabe in diesem Datenfeld muss bei Austritt identisch mit Eintritt sein.	N (1)	1-4	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	Werte <1 und >4 sind ungültig Angabe in 3.3.V13 zu Eintritt (3.1.V04=1) = Angabe in 3.3.V13 zu Austritts (3.1.V04=2)
32	3.3.V14	FIM_12_3 <u>Rollstuhlfahren</u>	Feld bleibt leer, wenn Austrittsmodus sicher ist, dann wird nur 3.3.V12 und 3.3.V13 ausgefüllt. Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Rollstuhlfahren bewertet und in 3.3.V12 das Gehen. Auch bei Austritt werden dann beide Fortbewegungsarten bewertet (3.3.V12 UND 3.3.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 (3.3.V12 - Gehen bzw. 3.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.	N (1)	1-6	1 = Vollständige Hilfestellung 2 = Ausgeprägte Hilfestellung 3 = Mässige Hilfestellung 4 = Geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = Eingeschränkte Selbständigkeit	Werte <1 und >6 sind ungültig Angabe 3.3.V13 nötig bevor Angabe in 3.3.V14 Angaben zu Eintritt (3.1.V04 =1): wenn 3.3.V13=1-3, keine Angabe in 3.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0) wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V14 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (3.3.V12>0 und 3.3.V14>0). Angaben zu Austritt (3.1.V04=2): wenn 3.3.V13=1-3, keine Angabe in 3.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0) wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der, der bei Austritt überwiegt (3.3.V12>0 und/oder 3.3.V14>0).
33	3.3.V15	FIM_13 Treppensteigen		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
34	3.3.V16	FIM_14_1 Verstehen akustisch/visuell		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
35	3.3.V17	FIM_14_2 Spezifikation Kommunikationsform: Verstehen	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 3.3.V16 beurteilt wird	N (1)	1-3	1 = Akustisch 2 = Visuell 3 = Beides	Werte <1 und >3 sind ungültig
36	3.3.V18	FIM_15_1 Ausdruck verbal/non verbal		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
37	3.3.V19	FIM_15_2 Spezifikation Kommunikationsform: Ausdruck	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 3.3.V18 beurteilt wird	N (1)	1-3	1 = Verbal 2 = Nonverbal 3 = Beides	Werte <1 und >3 sind ungültig
38	3.3.V20	FIM_16 Soziales Verhalten		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
39	3.3.V21	FIM_17 Problemlösungsfähigkeit		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
40	3.3.V22	FIM_18 Gedächtnis		N (1)	1-7	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

FF-Datei Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Prüflogik
41	3.4.V00	EBI_Datum der Erhebung	Entweder FIM® oder EBI Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)		Werte < « eintrittsdatum » der SpiGes-Datei oder > « austrittsdatum » der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (3.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (3.1.V04 =2) sein
42	3.4.V01	EBI_01 Essen und Trinken		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 Werte <0,1 und >4 sind ungültig
43	3.4.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
44	3.4.V03	EBI_03 An-/Ausziehen		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 Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
45	3.4.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
46	3.4.V05	EBI_05 Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt		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 Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
47	3.4.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
48	3.4.V07	EBI_07 Treppen auf-/absteigen		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) Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
49	3.4.V08	EBI_08 Benutzung der Toilette		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 Werte <0, 3 und >4 sind ungültig

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

FF-Datei		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
	3.4.	Erweiterter Barthel-Index (EBI)					
50	3.4.V09	EBI_09 Stuhlkontrolle		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	Werte <0, 1 und >4 sind ungültig
51	3.4.V10	EBI_10 Harnkontrolle		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	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
52	3.4.V11	EBI_11 Verstehen		N (1)	0, 1, 3, 4	0 = Nicht möglich 1 = Versteht einfache Instruktionen 3 = Versteht komplexe Sachverhalte 4 = Normales Verstehen (mit Hörhilfe)	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
53	3.4.V12	EBI_12 Verständlichkeit		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)	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
54	3.4.V13	EBI_13 Soziale Interaktion		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 <0, 1, 3 und >4 sind ungültig
55	3.4.V14	EBI_14 Problemlösen		N (1)	0, 2, 4	0 = Erhebliche Hilfestellung nötig 2 = Benötigt geringe Hilfestellung 4 = Benötigt keinerlei Hilfestellung	Werte <0, 1, 3 und >4 sind ungültig
56	3.4.V15	EBI_15 Gedächtnis/Lernfähigkeit / Orientierung		N (1)	0-4	0 = Desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauftendenz 1 = Desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauftendenz 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
57	3.4.V16	EBI_16 Sehen/Neglect		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	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig

D. FORMAT MESSDATEN KARDIALE REHABILITATION (KA-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
KA-Datei Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Prüflogik
1	4.1V01	Rekordart	KA = Identifikator Datensatz Rehabereich kardiale Rehabilitation	AN (2)	KA	Alle anderen Angaben als "KA" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe
3	4.1V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
4	4.1V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+Definitionspapier N (2) DefReha, Version 3.0 In der KA-Datei kann nur der Wert 3 vorkommen (sonst Eintrag in die Datei FF, PP, PS oder PU).	N (2)	1-10	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiale Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation Werte <3 und >3 sind ungültig Variable 4.1V03 (Rehabereich) muss Wert = 3 haben
5	4.1V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	1 = Eintritt 2 = Austritt Werte <1 und >2 sind ungültig
6	4.1V05	Dropout Abbruch der Rehabilitation (Vorlegung in Akutspital: länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 4.1V06)	N (1)	1	1 = Dropout — Abbruch der Rehabilitation oder Reha- — Aufenthalt kürzer als 8 Tage Werte <1 und >1 sind ungültig Wenn Wert = 1, dann Angabe bei 4.1V06 erforderlich
7	4.1V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 4.1V05=1
8	4.2	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)				
6	4.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		
7	4.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 4.2.V01 (HZ_01_1) und 4.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 4.1V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 4.1V04=1 ("Eintritt")
8	4.2.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 4.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
9	4.2.V03	ZE_01 Zielerreichung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 4.2.V03 (ZE_01) bis 4.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 4.1V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	0 = Nein 1 = Ja Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 4.1V04=2 ("Austritt")
10	4.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertraffen 2 = Nicht erreicht Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

KA-Datei		Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
11	4.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels ZE_02_2 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 4.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
12	4.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
13	4.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
14	4.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
15	4.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	Labels wie ZE_02_1	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	4.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
17	4.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
4.3.	6-Minuten-Gehtest						
18	4.3.V00	6MWT_Datum der Durchführung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpIGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < «eintrittsdatum» der SpIGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpIGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (4.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (4.1.V04 =2) sein
19	4.3.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Testverzicht in 4.3.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999		Werte <0 und >999 sind unplausibel
20	4.3.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 4.3.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mmss)	00:00-06:00		Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig
21	4.3.V03	6MWT_3 Verwendung einer Gehhilfe	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
22	4.3.V04	6MWT_4 Abgabe von Sauerstoff	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
23	4.3.V05	6MWT_5 Grund für Test-Abbruch	Nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 4.3.V02 > 00:00 und < 06:00	N (1)	1-6	1 = Thorax-Schmerzen 2 = Akute 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 4.3.V02 >00:00 und <06:00 sein (Gehdauer unter 6 Minuten)
24	4.3.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)		[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ":"]	Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.3.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
25	4.3.V07	6MWT_7 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 4.3.V00 (6MWT_Datum) Wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 4.3.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 4.3.V00 (6MWT_Datum) erforderlich
26	4.3.V08	6MWT_8 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)		[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ":"]	Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.3.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

KA-Datei		Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
27	4.4.V00	PROMIS_GH-10					
	4.4.V00	PROMIS_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < «eintrittsdatum» der SpiGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (4.1.V04 =>1) muss <= der Angabe zu Austritt (4.1.V04 =>2) sein
28	4.4.V01	PROMIS_01 Allgemeine Gesundheit	Entspricht dem Item Global01 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels PROMIS_01 1 = Schlecht 2 = Einigermassen 3 = Gut 4 = Sehr gut 5 = Ausgezeichnet	Werte <1 und >5 sind ungültig
29	4.4.V02	PROMIS_02 Lebensqualität	Entspricht dem Item Global02 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels wie PROMIS_01	Prüflogik wie PROMIS_01
30	4.4.V03	PROMIS_03 Körperliche Gesundheit	Entspricht dem Item Global03 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels wie PROMIS_01	Prüflogik wie PROMIS_01
31	4.4.V04	PROMIS_04 Psychische Gesundheit	Entspricht dem Item Global04 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels wie PROMIS_01	Prüflogik wie PROMIS_01
32	4.4.V05	PROMIS_05 Zufriedenheit Sozialleben	Entspricht dem Item Global05 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels wie PROMIS_01	Prüflogik wie PROMIS_01
33	4.4.V06	PROMIS_06 Soziale Rollenfunktionen	Entspricht dem Item Global06 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels wie PROMIS_01	Prüflogik wie PROMIS_01
34	4.4.V07	PROMIS_07 Körperliche Funktionsfähigkeit	Entspricht dem Item Global06 des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels PROMIS_07 1 = Überhaupt nicht 2 = Ein wenig 3 = Halbwegs 4 = Größtenteils 5 = Vollständig	Prüflogik wie PROMIS_01
35	4.4.V08	PROMIS_08 Stoolische Probleme	Entspricht dem Item Global10r des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels PROMIS_08 1 = Immer 2 = Oft 3 = Manchmal 4 = Selten 5 = Nie	Prüflogik wie PROMIS_01
36	4.4.V09	PROMIS_09 Müdigkeit	Entspricht dem Item Global08r des PROMIS® Messsystems	N (1)	1-5	Labels PROMIS_09 1 = Sehr stark 2 = Stark 3 = Mässig 4 = Schwach 5 = Keine Müdigkeit	Prüflogik wie PROMIS_01
37	4.4.V10	PROMIS_10 Schmerz	Entspricht dem Item RECODE Global07r des PROMIS® Messsystems	N (2)	0-10	Labels PROMIS_10 0 = Keine Schmerzen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Schlimmste vorstellbare Schmerzen	Werte <0 und >10 sind ungültig
38	4.4.V11	PROMIS_Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 4.4.V00 (PROMIS_Datum)	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 4.4.V00 (PROMIS_Datum) erforderlich
39	4.4.V12	PROMIS_Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]		Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.4.V11 (PROMIS_Grund) Wert=4 sein

E. FORMAT MESSDATEN PARAPLEGIOLOGISCHE REHABILITATION (PP-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
PP-Datei Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Prüflogik
1	6.1V01	Rekordart	PP = Identifikator Datensatz Rehabereich paraplegiologische Rehabilitation	AN (2)	PP	Alle anderen Angaben als "PP" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe
3	6.1V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
4	6.1V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+Definitionspapier DefReha, Version 3.0 In der PP-Datei können nur der Wert 8 vorkommen (sonst Eintrag in die Datei FF, KA, PS oder PU).	N (2)	1-10	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiologische Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation Werte <8 und >8 sind ungültig Variable 6.1V03 (Rehabereich) muss Wert = 8 haben
5	6.1V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	1 = Eintritt 2 = Austritt Werte <1 und >2 sind ungültig
6	6.1V05	Dropout Abbruch der Rehabilitation (Vorlegung in Akutspital: länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 6.1V06)	N (1)	1	1 = Dropout — Abbruch der Rehabilitation oder Reha- — Aufenthalt kürzer als 8 Tage Werte <1 und >1 sind ungültig Wenn hier Angabe, dann Angabe bei Variable 6.1V06 erforderlich
7	6.1V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 6.1V05=1
6	6.2	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)		D (JJJJMMTT)		
6	6.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		
7	6.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 6.2.V01 (HZ_01_1) und 6.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 6.1V05=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 6.1V04=1 ("Eintritt")
8	6.2.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 6.2.V01 = 3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
9	6.2.V03	ZE_01 Zielerreichung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 6.2.V03 (ZE_01) bis 6.2.V07 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 6.1V05=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	0 = Nein 1 = Ja Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 6.1V04=2 ("Austritt")
10	6.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertraffen 2 = Nicht erreicht Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PP-Datei		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
11	6.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen allein stehend 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 6.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
12	6.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
13	6.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
14	6.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
15	6.2.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 6.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	6.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
17	6.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
6.3.		Spinal Cord Independence Measure (SCIM)					
18	6.3.V00	SCIM_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < « eintrittsdatum » der SpiGes-Datei oder > « austrittsdatum » der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (6.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (6.1.V04 =2) sein
19	6.3.V01	SCIM_01 Nahrungsaufnahme		N (1)	0-3	0 = parenteral, Gastrostoma oder Eingeben durch Hilfsperson 1 = benötigt teilweise Hilfe beim Essen und/oder Trinken, oder zum Anziehen von Hilfsmitteln 2 = isst selbstständig, benötigt Hilfsmittel oder Hilfestellung nur beim Schneiden des Essens und/oder Eingliessen und/oder Öffnen von Verpackungen 3 = isst und trinkt selbstständig, benötigt keine Hilfestellung oder Hilfsmittel	Werte <0 und >3 sind ungültig
20	6.3.V02	SCIM_02_1 Waschen: Oberkörper		N (1)	0-3	Label SCIM_02_1: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung 2 = wäscht sich selbstständig mit Hilfsmitteln oder in angepasstem Umfeld (z. B. Haltegriffe, Stuhl) 3 = wäscht sich selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld (HaU - die von Gesunden normalerweise nicht benötigt werden)	Werte <0 und >3 sind ungültig
21	6.3.V03	SCIM_02_2 Waschen: Unterkörper		N (1)	0-3	Label wie SCIM_02_1	Werte <0 und >3 sind ungültig

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PP-Datei	Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
22	6.3.V04	SCIM_03_1 An-/ Ausziehen: Oberkörper		N (1)	0-4	Label SCIM_03_1: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfe bei Kleidung ohne Knöpfe, Reissverschluss oder Schnürungen (KOKROS) 2 = selbstständig bei KOKROS, benötigt Hilfsmittel und/oder angepasstes Umfeld 3 = selbstständig bei KOKROS, benötigt keine HaU, benötigt Hilfsperson oder HaU nur für KROS 4 = An- und Ausziehen jeglicher Kleidung selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld	Werte <0 und >4 sind ungültig
23	6.3.V05	SCIM_03_2 An-/ Ausziehen: Unterkörper		N (1)	0-4	Label wie SCIM_03_1	Werte <0 und >4 sind ungültig
24	6.3.V06	SCIM_04 Gesichtspflege		N (1)	0-3	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung 2 = Gesichtspflege selbstständig mit Hilfsmitteln 3 = Gesichtspflege selbstständig ohne Hilfsmittel	Werte <0 und >3 sind ungültig
25	6.3.V07	SCIM_05 Atmung		N (1)	0, 2, 4, 6, 8, 10	0 = benötigt Trachealkanüle (TK) und dauerhafte oder intermittierende unterstützende Beatmung (IUB) 2 = atmet selbstständig mit TK, benötigt Sauerstoff, viel Hilfestellung beim Abhusten oder Umgang mit TK 4 = atmet selbstständig mit TK, benötigt wenig Hilfestellung beim Abhusten oder Umgang mit TK 6 = atmet selbstständig ohne TK, benötigt Sauerstoff, viel Hilfe beim Abhusten, eine Maske (peep) oder IAV (bipap) 8 = atmet selbstständig ohne TK, benötigt wenig Hilfe oder Stimulation zum Abhusten 10 = atmet selbstständig ohne Hilfe oder Hilfsmittel	Werte <0, 1, 3, 5, 7, 9 und >10 sind ungültig
26	6.3.V08	SCIM_06 Blasenmanagement		N (1)	0, 3, 6, 9, 11, 13, 15	0 = Dauerkatheter 3 = Restharn > 100 ml, kein regelmässiges Kathetern oder Hilfe beim intermittierenden Kathetern 6 = Restharn < 100 ml, oder intermittierender Selbstkatheterismus (ISK), benötigt Hilfe beim Anlegen eines Urinals 9 = intermittierender Selbstkatheterismus, benutzt Urinal, benötigt keine Hilfe zum Anlegen 11 = intermittierender Selbstkatheterismus, kontinent zwischen den Katheterzeiten, benutzt keine Urinale 13 = Restharn < 100 ml, benötigt nur Urinal, benötigt keine Hilfe bei Urinalbenutzung 15 = Restharn < 100 ml, kontinent, benötigt kein Urinal	Werte <0, 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14 und >15 sind ungültig
27	6.3.V09	SCIM_07 Darmmanagement		N (1)	0, 5, 8, 10	0 = unregelmässige Zeiten oder sehr seltener Stuhlgang (weniger als 1x/ 3 Tagen) 5 = regelmässige Zeiten, benötigt aber Hilfe (z.B. Abführmittel einführen), seltenes Einstuhlen (weniger als 2x pro Monat) 8 = regelmässiges Abführen ohne Hilfestellung, seltenes Einstuhlen (weniger als 2x pro Monat) 10 = regelmässiges Abführen, keine Hilfestellung, kein Einstuhlen	Werte <0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 und >10 sind ungültig

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PP-Datei	Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = B)			Format (Anzahl Elemente)	Werte- bereich	Beschreibung	Prüflogik
Feld- Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen				
28	6.3.V10	SCIM_08 Toilettenhygiene		N (1)	0, 1, 2, 4, 5	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung, reinigt sich nicht selbst 2 = benötigt teilweise Hilfe, reinigt sich selbst 4 = selbstständig in allen Bereichen, benötigt aber Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld (z.B. Haltegriff) 5 = selbstständig in allen Bereichen, benötigt keine Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld	Werte <0, 3 und >5 sind ungültig
29	6.3.V11	SCIM_09 Bettmobilität und Dekubitusprophylaxe		N (1)	0, 2, 4, 6	0 = benötigt Hilfe bei allen Aktivitäten 2 = führt eine dieser Aktivitäten ohne Hilfe aus 4 = führt 2 oder 3 dieser Aktivitäten ohne Hilfe aus 6 = führt alle Aktivitäten im Bett und zum Entlasten selbstständig durch	Werte <0, 1, 3, 5 und >6 sind ungültig
30	6.3.V12	SCIM_10 Transfer Bett - Rollstuhl		N (1)	0-2	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel (z.B. Rutschbrett) 2 = Selbstständig (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
31	6.3.V13	SCIM_11 Transfer Rollstuhl - WC		N (1)	0-2	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel (z.B. Haltegriffe) 2 = selbstständig (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
32	6.3.V14	SCIM_12 Mobilität im Haus		N (1)	0-8	Label SCIM_12: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt Elektrorollstuhl oder teilweise Hilfe beim Antreiben eines mechanischen Rollstuhls 2 = selbstständig mit mechanischem Rollstuhl 3 = benötigt Supervision beim Gehen (mit oder ohne Hilfsmittel) 4 = geht mit Gehgestell oder Unterarmgehstützen (Durchschwingengang) 5 = geht mit Unterarmgehstützen oder 2 Stöcken (reziproker Gang) 6 = geht mit einem Stock 7 = benötigt nur Beinorthesen 8 = geht ohne Hilfsmittel	Werte <0 und >8 sind ungültig
33	6.3.V15	SCIM_13 Mobilität bei mittleren Distanzen 10 - 100 m		N (1)	0-8	Label wie SCIM_12	Werte <0 und >8 sind ungültig
34	6.3.V16	SCIM_14 Mobilität ausser Haus, mehr als 100 m		N (1)	0-8	Label wie SCIM_12	Werte <0 und >8 sind ungültig
35	6.3.V17	SCIM_15 Treppensteigen		N (1)	0-3	0 = Treppensteigen abwärts oder aufwärts nicht möglich 1 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts mit Hilfe oder Supervision möglich 2 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts mit Handlauf und/oder Unterarmgehstützen oder Stock möglich 3 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts ohne Unterstützung/Hilfsmittel oder Supervision möglich	Werte <0 und >3 sind ungültig
36	6.3.V18	SCIM_16 Transfer Rollstuhl - Auto		N (1)	0-2	0 = benötigt komplette Hilfe 1 = benötigt teilweise Hilfe und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel 2 = selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
37	6.3.V19	SCIM_17 Transfer Boden - Rollstuhl		N (1)	0, 1	0 = benötigt Hilfe 1 = Transfer selbstständig mit oder ohne Hilfsmittel (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >1 sind ungültig

F. FORMAT MESSDATEN PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION (PS-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
PS-Datei Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Prüflogik
1	7.1.V01	Eingangsblock Rekordart	PS = Identifikator Datensatz Rehabereich psychosomatische Rehabilitation	AN (2)	PS	Alle anderen Angaben als "PS" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe!
3	7.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
4	7.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+Definitionspapier DefReha, Version 3.0 In der PP-Datei kann nur der Wert 9 vorkommen (sonst Eintrag in die Datei FF, KA, PP oder PU).	N (2)	1-10	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiologie Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation Werte <9 und >9 sind ungültig Variable 7.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 9 haben
5	7.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	1 = Eintritt 2 = Austritt Werte <1 und >2 sind ungültig
6	7.1.V05	Dropout Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 7.1.V06)	N (1)	1	1 = Dropout — Abbruch der Rehabilitation oder Reha- Aufenthalt kürzer als 8 Tage Werte <1 und >1 sind ungültig Wenn Wert = 1, dann Angabe bei 7.1.V06 erforderlich
7	7.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 7.1.V05=1
6	7.2.V00	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)		D (JJJJMMTT)		
7	7.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 7.2.V01 (HZ_01_1) und 7.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 7.1.V05=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 7.1.V04=1 ("Eintritt")
8	7.2.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 7.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
9	7.2.V03	ZE_01 Ziellanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 7.2.V03 (ZE_01) bis 7.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 7.1.V05=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	0 = Nein 1 = Ja Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 7.1.V04=2 ("Austritt")
10	7.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	Labels ZE_02_1 1 = vollumfänglich erreicht/übertraffen 2 = nicht erreicht Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PS-Datei		Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 0)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
11	7.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels ZE_02_2 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 7.2.V04=2 (ZE_02_2) ("Ziel nicht erreicht")
12	7.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
13	7.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
14	7.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
15	7.2.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 7.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	7.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
17	7.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
7.3.		Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ-15)					
18	7.3.V00	PHQ15_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < « eintrittsdatum » der SpiGes-Datei oder > « austrittsdatum » der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt 7.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (7.1.V04 =2) sein
19	7.3.V01	PHQ15_01 Bauchschmerzen		N (1)	0-2	Labels PHQ15_01 0 = Nicht beeinträchtigt 1 = Wenig beeinträchtigt 2 = Stark beeinträchtigt	Werte <0 und >2 sind ungültig
20	7.3.V02	PHQ15_02 Rückenschmerzen		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
21	7.3.V03	PHQ15_03 Schmerzen in Extremitäten		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
22	7.3.V04	PHQ15_04 Menstruationsbeschwerden		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
23	7.3.V05	PHQ15_05 Kopfschmerzen		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
24	7.3.V06	PHQ15_06 Schmerzen im Brustbereich		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
25	7.3.V07	PHQ15_07 Schwindel		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
26	7.3.V08	PHQ15_08 Ohnmachtsanfälle		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
27	7.3.V09	PHQ15_09 Herzklopfen oder Herzrasen		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
28	7.3.V10	PHQ15_10 Kurzatmigkeit		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
29	7.3.V11	PHQ15_11 Probleme beim Geschlechtsverkehr		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
30	7.3.V12	PHQ15_12 Verstopfung, Durchfall		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
31	7.3.V13	PHQ15_13 Übelkeit, Verdauungsbeschwerden		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
32	7.3.V14	PHQ15_14 Müdigkeit		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
33	7.3.V15	PHQ15_15 Schlafstörungen		N (1)	0-2	Labels wie PHQ15_01	Prüflogik wie PHQ15_01
34	7.3.V16	PHQ15_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 7.3.V00 (PHQ15_Datum)	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 7.3.V00 erforderlich
35	7.3.V17	PHQ15_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Verzichtgrund (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder "I;"]		Wenn hier Angabe, dann muss Variable 7.3.V16 (PHQ15_Grund) Wert=4 sein

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PS-Datei	Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
	7.4.	Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)					
36	7.4.V00	PHQ9_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < «eintrittsdatum» der SpiGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (7.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (7.1.V04 =2) sein
37	7.4.V01	PHQ9_01 Interesse/Freude an Tätigkeiten		N (1)	0-3	Labels PHQ9_01 0 = Überhaupt nicht 1 = An einzelnen Tagen 2 = An mehr als der Hälfte der Tage 3 = Beinahe jeden Tag	Werte <0 und >3 sind ungültig
38	7.4.V02	PHQ9_02 Niedergeschlagenheit		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
39	7.4.V03	PHQ9_03 Schlaf		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
40	7.4.V04	PHQ9_04 Müdigkeit		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
41	7.4.V05	PHQ9_05 Appetit		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
42	7.4.V06	PHQ9_06 Meinung von sich selbst		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
43	7.4.V07	PHQ9_07 Konzentration		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
44	7.4.V08	PHQ9_08 Auffälliges Verhalten		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
45	7.4.V09	PHQ9_09 Suizidgedanken		N (1)	0-3	Labels wie PHQ9_01	Prüflogik wie PHQ9_01
46	7.4.V10	PHQ9_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 7.4.V00 (PHQ9_Datum)	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 7.4.V00 erforderlich
47	7.4.V11	PHQ9_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Verzichtsgrund (Text)	AN (100)		[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]	Wenn hier Angabe, dann muss Variable 7.4.V10 (PHQ-9_Grund) Wert=4 sein
	7.5.	Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)					
48	7.5.V00	GAD7_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < «eintrittsdatum» der SpiGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (7.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (7.1.V04 =2) sein
49	7.5.V01	GAD7_01 Ängstlichkeit		N (1)	0-3	Labels GAD7_01 0 = Überhaupt nicht 1 = An einzelnen Tagen 2 = An mehr als der Hälfte der Tage 3 = Beinahe jeden Tag	Werte <0 und >3 sind ungültig
50	7.5.V02	GAD7_02 Sorgen kontrollieren		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
51	7.5.V03	GAD7_03 Übermäßige Sorgen		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
52	7.5.V04	GAD7_04 Entspannung		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
53	7.5.V05	GAD7_05 Rastlosigkeit		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
54	7.5.V06	GAD7_06 Gereiztheit		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
55	7.5.V07	GAD7_07 Ängstliche Vorahnung		N (1)	0-3	Labels wie GAD7_01	Prüflogik wie GAD7_01
56	7.5.V08	GAD7_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 7.5.V00 (GAD7_Datum)	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 7.5.V00 erforderlich
57	7.5.V09	GAD7_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Verzichtsgrund (Text)	AN (100)		[OFFEN, Textfeld ohne "I" oder ";"]	Wenn hier Angabe, dann muss Variable 7.5.V08 (GAD7_Grund) Wert=4 sein

G. FORMAT MESSDATEN PULMONALE REHABILITATION (PU-DATEI)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert						
PU-Datei Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung
Prüflogik						
1	8.1V01	Rekordart	PU = Identifikator Datensatz Rehabereich pulmonale Rehabilitation	AN (2)	PU	Alle anderen Angaben als "PU" ungültig
2	FID	Fallidentifikationsnummer	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		Pflichtangabe
3	8.1V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		
4	8.1V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+Definitionspapier N (2) DefReha, Version 3.0 In der PU-Datei können nur der Wert 10 vorkommen (sonst Eintrag in die Datei FF, KA, PP oder PS).	N (2)	1-10	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiologische Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation Werte <10 und >10 sind ungültig Variable 8.1V03 (Rehabereich) muss Wert = 10 haben
5	8.1V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	1 = Eintritt 2 = Austritt Werte <1 und >2 sind ungültig
6	8.1V05	Dropout Abbruch der Rehabilitation (Vorlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 8.1V06)	N (1)	1	1 = Dropout — Abbruch der Rehabilitation oder Reha- — Aufenthalt kürzer als 8 Tage Werte <1 und >1 sind ungültig. Wenn Wert = 1, dann Angabe bei 8.1V06 erforderlich
7	8.1V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 8.1V05=1
8	8.2	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)				
6	8.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		
7	8.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 8.2.V01 (HZ_01_1) und 8.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 8.1V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 8.1V04=1 ("Eintritt")
8	8.2.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 8.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
9	8.2.V03	ZE_01 Zielerreichung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 8.2.V03 (ZE_01) bis 8.2.V07 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 8.1V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	0 = Nein 1 = Ja Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 8.1V04=2 ("Austritt")
10	8.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertraffen 2 = Nicht erreicht Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PU-Datei		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
11	8.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels ZE_02_2 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 8.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
12	8.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
13	8.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_1	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
14	8.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
15	8.2.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 8.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	8.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
17	8.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0,1	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
8.3.		6-Minuten-Gehtest					
18	8.3.V00	6MWT_Datum der Durchführung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)			Werte < « eintrittsdatum » der SpiGes-Datei oder > « austrittsdatum » der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (8.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (8.1.V04 =2) sein
19	8.3.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustand nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Testverzicht in 8.3.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999		Werte <0 und >999 sind unplausibel
20	8.3.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 8.3.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mm:ss)	00:00-06:00		Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig;
21	8.3.V03	6MWT_3 Verwendung einer Gehhilfe	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1,2	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
22	8.3.V04	6MWT_4 Abgabe von Sauerstoff	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1,2	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
23	8.3.V05	6MWT_5 Grund für Test-Abbruch	Nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 8.3.V02 > 00:00 und < 06:00	N (1)	1-6	1 = Thorax-Schmerzen 2 = Akute 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 8.3.V02 >00:00 und <06:00 sein (Gehdauer unter 6 Minuten)

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PU-Datei	Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung
24	8.3.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	Prüflogik Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.3.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
25	8.3.V07	6MWT_7 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 8.3.V00 (6MWT_Datum) Wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 8.3.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere Prüflogik Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 8.3.V00 (6MWT_Datum) erforderlich
26	8.3.V08	6MWT_8 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "]" oder ";"]	Prüflogik Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.3.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein
	8.4.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)				
27	8.4.V00	CRQ_Datum der Erhebung	Das Datum muss innerhalb des Zeitraums des Rehabilitationsaufenthalts, wie in der SpiGes-Datei angegeben, liegen. Das Datum der Austrittsmessung muss nach dem Datum der Eintrittsmessung liegen	D (JJJJMMTT)		Prüflogik Werte < «eintrittsdatum» der SpiGes-Datei oder > «austrittsdatum» der SpiGes-Datei sind ungültig Angabe zu Eintritt (8.1.V04 =1) muss <= der Angabe zu Austritt (8.1.V04 =2) sein
28	8.4.V01	CRQ_01 Kurzatmigkeit bei Gefühl von Ärger		N (1)	1-8	Labels CRQ_01 1 = Extreme Kurzatmigkeit 2 = Starke Kurzatmigkeit 3 = Ziemliche Kurzatmigkeit 4 = Mässige Kurzatmigkeit 5 = Leichte Kurzatmigkeit 6 = Sehr leichte Kurzatmigkeit 7 = Gar keine Kurzatmigkeit 8 = Nicht ausgeübt Prüflogik Werte <1 und >8 sind ungültig
29	8.4.V02	CRQ_02 Kurzatmigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens		N (1)	1-8	Labels wie CRQ_01 Prüflogik wie CRQ_01
30	8.4.V03	CRQ_03 Kurzatmigkeit bei zu Fuss gehen		N (1)	1-8	Labels wie CRQ_01 Prüflogik wie CRQ_01
31	8.4.V04	CRQ_04 Kurzatmigkeit bei Hausarbeiten		N (1)	1-8	Labels wie CRQ_01 Prüflogik wie CRQ_01
32	8.4.V05	CRQ_05 Kurzatmigkeit bei gesellschaftlichem Leben		N (1)	1-8	Labels wie CRQ_01 Prüflogik wie CRQ_01
33	8.4.V06	CRQ_06 Frustriert oder ungeduldig		N (1)	1-7	Labels CRQ_06 1 = Immer 2 = Sehr oft 3 = Oft 4 = Manchmal 5 = Selten 6 = Fast nie 7 = Gar nie Prüflogik Werte <1 und >7 sind ungültig
34	8.4.V07	CRQ_07 Gefühl der Angst und Panik		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06 Prüflogik wie CRQ_06
35	8.4.V08	CRQ_08 Müde gefühlt		N (1)	1-7	1 = Extrem müde 2 = Sehr müde 3 = Ziemlich müde 4 = Mässig müde 5 = Ein bisschen müde 6 = Kaum müde 7 = Gar nicht müde Prüflogik wie CRQ_06
36	8.4.V09	CRQ_09 Husten oder schweres Atmen peinlich		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06 Prüflogik wie CRQ_06
37	8.4.V10	CRQ_10 Zuversichtlich bei Umgang mit Krankheit		N (1)	1-7	Labels CRQ_10 1 = Gar nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft 6 = Fast immer 7 = Immer Prüflogik wie CRQ_06

Änderungen gegenüber der vorausgehenden Version sind rot markiert

PU-Datei		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)					
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Wertebereich	Beschreibung	Prüflogik
38	8.4.V11	CRQ_11 Wie viel Energie		N (1)	1-7	1 = Gar keine 2 = Sehr wenig 3 = Wenig 4 = Mässig 5 = Viel 6 = Sehr viel 7 = Extrem viel	Prüflogik wie CRQ_06
39	8.4.V12	CRQ_12 Verärgert, besorgt oder deprimiert		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
40	8.4.V13	CRQ_13 Atemprobleme unter Kontrolle		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_10	Prüflogik wie CRQ_06
41	8.4.V14	CRQ_14 Locker und entspannt		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_10	Prüflogik wie CRQ_06
42	8.4.V15	CRQ_15 Wenig Lebensenergie		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
43	8.4.V16	CRQ_16 Mutlos oder niedergeschlagen		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
44	8.4.V17	CRQ_17 Erschöpft oder lustlos		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
45	8.4.V18	CRQ_18 Zufrieden mit Leben		N (1)	1-7	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	Prüflogik wie CRQ_06
46	8.4.V19	CRQ_19 Verstört oder ängstlich		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
47	8.4.V20	CRQ_20 Ruhelos, angespannt oder nervös		N (1)	1-7	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
48	8.4.V21	CRQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 8.4.V00 (CRQ_Datum)	N (1)	1-4	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 8.4.V00 (CRQ_Datum) erforderlich
49	8.4.V22	CRQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne " oder ";"]		Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.4.V21 (CRQ_Grund) Wert=4 sein

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Nationaler Messplan Rehabilitation. Datenhandbuch 2026, Version 11.0
Jahr	2026
Autorinnen und Autoren	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Philipp Kronenberg, w hoch 2 Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Kontakt-Korrespondenzadresse	reha@w-hoch2.ch / +41 31 536 39 39 anq-messplan@charite.de / +49 30 450 517 109 (268)
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Berner Klinik Montana Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Anke Scheel-Sailer, Berner Reha Zentrum Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Auftraggeberin ANQ	Stephan Tobler, Leitung Rehabilitation
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin w hoch 2 GmbH Effingerstrasse 15 3008 Bern
Zitierweise	ANQ, Nationales Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, Bern; Charité – Universitätsmedizin Berlin; w hoch 2, Bern (2025): Nationaler Messplan Rehabilitation. Datenhandbuch 2026, Version 11.0