



---

# Nationaler Messplan Rehabilitation Verfahrenshandbuch

---

Die Version 9.0 wurde im September 2021 vom Qualitätsausschuss Rehabilitation genehmigt. Sie ist gültig ab dem 01.01.2022 und ersetzt die Version 8.1

Version 9.0, 01/2022

## **Kontakt**

Geschäftsstelle ANQ

Fachbereich Rehabilitation

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

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

## Farbcodierungen/Änderungsjournal

---

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

<b>Farbcodierung</b>	<b>Geändert per</b>	<b>Stichwort</b>
<b>Gelb</b>	01. Januar 2022	Messplananpassung ab 2022 – keine Fahrrad-Ergometrie in der kardialen Rehabilitation mehr.
<b>Blau</b>	01. Juli 2021	Webanwendung ReMoS – Neue Überprüfung der Daten und neue Datenübermittlung.

## Inhaltsverzeichnis

Farbcodierungen/Änderungsjournal.....	2
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
1.1 ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation.....	5
1.2 Der Messplan im Überblick.....	5
1.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung	
1.2.2 Bereichsspezifische Messungen	
1.2.3 Lizenzpflichtige Assessments	
1.3 Datenqualität.....	8
1.4 Das Verfahrenshandbuch .....	9
1.5 Das Datenhandbuch .....	9
<b>1.6 FAQ – Frequently asked questions .....</b>	<b>9</b>
1.7 Aufgaben der Kliniken .....	10
1.7.1 Messverantwortliche Personen	
1.7.2 Aufgaben in der bereichsübergreifenden Patientenzufriedenheitsbefragung	
1.7.3 Aufgaben in den bereichsspezifischen Ergebnismessungen	
<b>2. Allg. Verfahrensregeln für die Messungen .....</b>	<b>11</b>
2.1 Patientenkollektiv und Falldefinition .....	11
2.2 Richtlinien zur Wahl der Instrumente für die Eintritts- und Austrittsmessung in den Rehabilitationskliniken .....	11
2.2.1 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen oder onkologischen Rehabilitation	
<b>2.2.2 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen Rehabilitation</b>	
2.2.3 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen Rehabilitation	
2.2.4 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation	
2.2.5 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation	
<b>2.2.6 Richtlinien für Patientinnen und Patienten aller Rehabereiche</b>	
2.2.7 Richtlinien für Patientinnen und Patienten der pädiatrischen Rehabilitation	
<b>2.3 Messbefreiung – Dispensgesuch .....</b>	<b>14</b>
2.4 Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode .....	15
2.5 Ausschlussgründe (Dropout) .....	16
2.6 Testverzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen .....	17
2.7 Durchführung und Datenerfassung der Fremdbeurteilungen, Selbstbeurteilungen (Patientenfragebogen) und des Leistungstests.....	18
2.7.1 Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen	
2.7.2 Datenerfassung	
<b>3. Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung.....</b>	<b>20</b>
3.1 Vorbemerkungen.....	20
3.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Zielerreichung .....	21
3.2.1 Die Rehabilitationskliniken gestalten die klinikinternen Prozesse für die Dokumentation der Partizipationsziele und die Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele nach den Richtlinien des ANQ unter Anwendung der ICF- Zieldokumentation. Dokumentation der Partizipationsziele	
3.2.2 Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele	
3.3 Formular für die Zieldokumentation .....	22

4.	FIM®-Instrument .....	23
4.1	Vorbemerkungen.....	23
4.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des FIM® .....	24
5.	Erweiterter Barthel-Index (EBI) .....	25
5.1	Vorbemerkungen.....	25
5.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des EBI .....	25
6.	6-Minuten-Gehtest .....	27
6.1	Vorbemerkungen.....	27
6.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests .....	27
7.	MacNew Heart .....	29
7.1	Vorbemerkungen.....	29
7.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des MacNew Heart .....	29
8.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) .....	30
8.1	Vorbemerkungen.....	30
8.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des CRQ.....	30
9.	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) .....	31
9.1	Vorbemerkungen.....	31
9.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des SCIM.....	31
10.	Patient Health Questionnaire (PHQ-15) .....	32
10.1	Vorbemerkungen.....	32
10.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des PHQ-15.....	32
11.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	33
11.1	Vorbemerkungen.....	33
11.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des HADS .....	33
12.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) .....	34
12.1	Vorbemerkungen.....	34
12.2	ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung der CIRS .....	34
13.	Impressum .....	35

# 1. Einleitung

---

## 1.1 ANQ und Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

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

## 1.2 Der Messplan im Überblick

Der gegenwärtige Messplan für die stationäre Rehabilitation enthält die fachbereichsübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung (vgl. 1.2.1) und die bereichsspezifischen Messungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation<sup>1</sup> (vgl. 1.2.2).

### 1.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung

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

Im überarbeiteten Fragebogen Version 2.0 wurde den Bedürfnissen der Kliniken mit rehabilitativem Leistungsangebot mit sechs neuen Fragen zu den Dimensionen «Behandlungsqualität», «Information/Kommunikation», «Partizipation», «Therapeutisches Angebot» und «Austrittsmanagement» entsprochen. Befragt werden alle zwischen dem 1. April und 31. Mai austretenden Patientinnen und Patienten des jeweiligen Kalenderjahres (Periodenmessung). Ab dem Datenjahr 2021 wird die Messung im 2-Jahres-Rhythmus durchgeführt.

Das ESOPE<sup>2</sup> ist seit dem Datenjahr 2017 für die Auswertung und Berichtlegung der Patientenzufriedenheitsbefragung zuständig. Ab dem Messjahr 2019 hat w hoch 2<sup>3</sup> als Messlogistikzentrum die Koordination und Kommunikation übernommen. So erhalten die Kliniken nicht wie bis anhin von dezentralen Befragungsinstituten den ANQ-Kurzfragebogen, sondern direkt vom neuen Messlogistikzentrum, welches auch für die Aufbereitung und Übermittlung der Daten an das ESOPE zuständig ist.

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

---

<sup>1</sup> Aufteilung nach Rehabereichen gemäss DefReha<sup>®</sup>, Version 2.0

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

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

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

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

### 1.2.2 Bereichsspezifische Messungen

Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst **9** verschiedene Instrumente zur Messung der Behandlungsergebnisse (Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente sowie einen Leistungstest). Zusätzlich wird für alle Rehabereiche die Komorbiditätsskala (CIRS) eingesetzt. Anders als bei der Patientenzufriedenheitsmessung sind die bereichsspezifischen Messungen Vollerhebungen (Austritte zwischen 01.01 bis 31.12 des Datenjahres).

Der Nationale Messplan Rehabilitation kommt in allen Kliniken mit einem kantonalen Leistungsauftrag für stationäre Rehabilitation oder einem entsprechenden OKP-Vertrag mit einem Versicherer zur Anwendung. Die Bestimmung des Rehabereichs der Patientin, des Patienten erfolgt in der Rehabilitationsklinik. **Der ANQ überprüft nicht, ob die gewählten Rehabereiche mit den kantonalen Leistungsaufträgen/Tarifverträgen der Klinik übereinstimmen. Dies liegt in der Verantwortung der Kliniken und der Kostenträger.** Grundsätzlich ist die Zuordnung der Patientin, des Patienten zu einem Rehabereich massgeblich für die Bestimmung der anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier «DefReha<sup>®</sup> Version 2.0» folgende Rehabereiche vor:

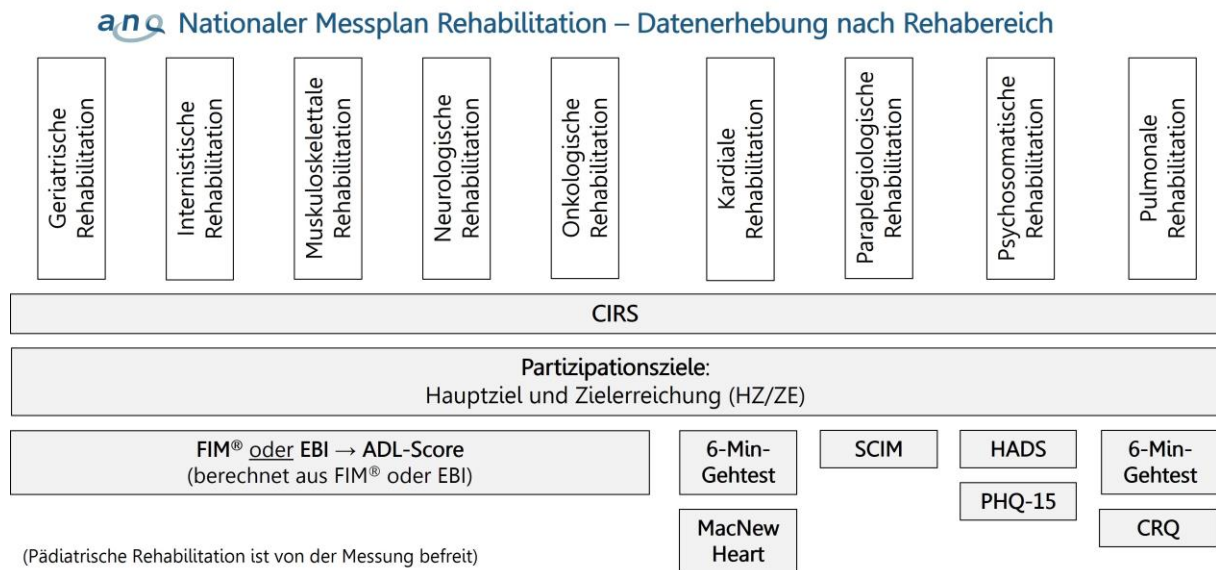
- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Pädiatrische Rehabilitation<sup>4</sup>
- Paraplegiologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation

---

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

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

**Abbildung 1:** Messinstrumente pro Rehabereich



Zusätzlich zu den Instrumenten zur Messung der Behandlungsergebnisse sind die Kliniken dazu verpflichtet die folgenden Daten, welche für die Beschreibung der Stichprobenmerkmale und für die Risikoadjustierung verwendet werden, zu erheben und an das Auswertungsinstitut – Charité Universitätsmedizin Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) – zu liefern:

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

### 1.2.3 Lizenzpflichtige Assessments

Die Assessments CRQ, FIM®, HADS und MacNew Heart sind lizenzpflichtig. Kliniken, die im Rahmen des Messplans Rehabilitation eines der erwähnten Assessments einsetzen, müssen einen Lizenzierungsprozess durchlaufen. Dieser administrative Prozess hat für die Kliniken keine zusätzlichen Kosten zur Folge. Die Kosten für die Lizenzen werden vom ANQ getragen.

### 1.3 Datenqualität

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

- Standardisierung des Erhebungsprozesses in den Kliniken anhand von Vorgaben und Richtlinien. Diese sind in den Handbüchern festgehalten. Das Datenhandbuch enthält Spezifikationen zu Daten, Datenlogistik und Prüflogik<sup>5</sup>; das Verfahrenshandbuch die inhaltlichen Grundlagen sowie die Richtlinien für die Instrumentenauswahl und -anwendung. Für lizenzierte Instrumente bestehen separate Handbücher, welche nach Erwerb der Lizenz separat beim ANQ bezogen werden können. Der ANQ bietet Schulungen in allen 3 Landesteilen an. Der Besuch der ANQ-Schulungen soll einen entsprechenden Wissenstransfer in die Kliniken sicherstellen.
- Beachtung der von ANQ-Expertengruppen erarbeiteten Empfehlungen zu einzelnen Instrumenten. Empfehlungen zum Instrument EBI und FIM<sup>®</sup> sind auf dem ANQ-Webportal im [Downloadbereich Rehabilitation](#) aufgeschaltet und werden bedarfsweise überarbeitet.
- Zweistufige Prüfung der Datenqualität mit Rückkoppelung: Der ANQ gibt den Kliniken vor, dass die Daten soweit möglich elektronisch erhoben und die Eingaben rudimentär geprüft werden (Prüflogik, manuelle Prüfung). Die Datenqualität wird ebenfalls durch das Auswertungsinstitut systematisch geprüft. Dieses erstellt jährlich einen klinikindividuellen und national vergleichenden Datenqualitätsbericht. Bei nicht ausreichender Datenqualität werden die Kliniken individuell über die Mängel informiert und erhalten vom Auswertungsinstitut Empfehlungen zur Verbesserung der Datenqualität. **Ab dem Datenjahr 2021 steht den Kliniken die Web-Anwendung ReMoS (Rehabilitation Monitoring System) zur unterjährigen Überprüfung der Datenqualität und der datenschutzkonformen Datenübermittlung an das Auswertungsinstitut zur Verfügung. Das Dashboard löst das excelbasierte Test-Tool zur Überprüfung der Datenqualität ab.**

Gemäss Nationalem Qualitätsvertrag sind die Kliniken vertraglich verpflichtet, die Vorgaben des ANQ umzusetzen. Sie sind für die Datenqualität der Datenlieferung verantwortlich. Ziel ist der Einschluss aller Patientinnen und Patienten in die Qualitätsmessungen, das Erzielen einer möglichst hohen Teilnahmequote (bzw. möglichst weniger Ausschlüsse bzw. Dropouts<sup>6</sup> und Test-Abbrüche) sowie ein möglichst vollständiger und plausibler Datensatz.

---

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

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



## 1.4 Das Verfahrenshandbuch

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

Das Verfahrenshandbuch enthält die inhaltliche Beschreibung und die Richtlinien bzw. Vorgaben für die **9** verwendeten Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation für die Messung der Behandlungsergebnisse. Darüber hinaus enthält es auch Richtlinien und Vorgaben für die Verwendung der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Die Daten aus der CIRS werden zusammen mit weiteren Daten der Medizinischen Statistik für die risikoadjustierte Auswertung benötigt (vgl. Abschnitt 1.5).

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

## 1.5 Das Datenhandbuch

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

Es wird von der Charité in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt. Bei der Erarbeitung wurden die Vorgaben der bestehenden Datensammlungen (BFS) berücksichtigt.

Das Datenhandbuch beschreibt den Datenumfang und die Spezifikationen der Daten aus den **9** Instrumenten des Nationalen Messplans Rehabilitation für die Messung der Behandlungsergebnisse sowie der Daten, welche für die Auswertung (einschliesslich Risikoadjustierung) benötigt werden (vgl. Kapitel 2).

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

## 1.6 FAQ – Frequently asked questions

Informationen zur Datenerfassung- und Datenübermittlung sowie spezifische Informationen zu den einzelnen Messinstrumenten sind auch unter den FAQ's auf dem [ANQ-Webportal](#) zu finden.

## 1.7 Aufgaben der Kliniken

### 1.7.1 Messverantwortliche Personen

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

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

### 1.7.2 Aufgaben in der bereichsübergreifenden Patientenzufriedenheitsbefragung

Die Kliniken werden jeweils im Vorfeld vom ANQ über die organisatorischen und methodischen Rahmenbedingungen der Nationalen Patientenbefragung informiert. Der klinikinternen Projektleitung obliegt dann die Klärung organisatorischer Fragen innerhalb der Kliniken, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Messlogistikzentrum w hoch 2. Die Durchführung der Befragung erfolgt in den Monaten April und Mai (ab dem Jahr 2021 erfolgt die Erhebung im 2-Jahresrhythmus). Die klinikindividuellen Ergebnisse liegen jeweils spätestens im Herbst des Messjahres vor.

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

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

### 1.7.3 Aufgaben in den bereichsspezifischen Ergebnismessungen

Bezüglich der bereichsspezifischen Messungen sind folgende klinikinterne Aufgaben zu koordinieren:

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

## 2. Allg. Verfahrensregeln für die Messungen

---

### 2.1 Patientenkollektiv und Falldefinition

In die Messungen einbezogen werden Einrichtungen mit einem kantonalen Leistungsauftrag für Rehabilitation, unabhängig von der Art des Rehabilitationsangebots, und entsprechender Abrechnung (Tarifsystem Rehabilitation)<sup>7</sup>. In Bezug auf die Messpflicht spielen Fallzahlen und das Vorliegen von weiteren Leistungsaufträgen keine Rolle. Kliniken mit ausschliesslich pädiatrischem Rehabilitationsangebot unterliegen vorläufig keiner ANQ-Messpflicht; aus formalen Gründen (Nationaler Qualitätsvertrag) müssen sie beim ANQ ein Dispensgesuch einreichen (vgl. Kapitel 2.3).

Dabei erfassen die Kliniken jede/jeden in die Rehabilitationsklinik für einen stationären Aufenthalt eingetretene Patientin, eingetretenen Patienten, unabhängig vom geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung. **Die Daten aller Patientinnen und Patienten, deren Rehabilitationseintritt und -austritt innerhalb des definierten Erfassungszeitraumes (01.01. bis 31.12.) liegt, sollen in den Datensätzen enthalten sein. Bei Fällen deren Rehabilitation der Jahreswechsel beinhaltet, werden die Daten des Erhebungsjahres übermittelt, in dem der Austritt stattfand. In diesen Fällen werden also sowohl die Daten der Ein- als auch Austrittsmessungen sowie die Zusatzdaten erst mit den Datensätzen des neuen Jahres übermittelt. Weitere Informationen siehe ANQ-Webportal [FAQ](#).**

Als Behandlungsfall wird ein einzelner Aufenthalt einer Patientin, eines Patienten in einer Rehabilitationsklinik bezeichnet. Der Behandlungsfall beginnt mit der Aufnahme der Patientin, des Patienten und endet mit dem Austritt der Patientin, des Patienten bzw. des Fallabschlusses. Fallzusammenführungen gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha (Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen wird als ein Behandlungsfall gewertet) werden *nicht* übernommen.

Zur Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen orientiert sich der ANQ an der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) (Schweizerischer Bundesrat 2002 (Stand 01.01.2009)). Danach gelten als stationäre Behandlung Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital von mindestens 24 Stunden. Bei einem kürzeren Aufenthalt gilt dieser dann als stationärer Aufenthalt, wenn die Patientin, der Patient verstirbt, während einer Nacht ein Bett belegt (Mitternachtszensus-Regel) oder in ein anderes Spital überwiesen wird. Aufenthalte in Nacht- oder Tageskliniken werden nicht in die Messungen einbezogen.

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

In den nachfolgenden Kapiteln (2.2.1 bis 2.2.6) werden die für Patientinnen und Patienten anzuwendenden Instrumente pro Rehabereich aufgeführt. In den Kapiteln 3 bis 12 werden die einzelnen Instrumente und die ANQ-Richtlinien zur praktischen Durchführung beschrieben.

---

<sup>7</sup> Die Kategorien des BFS können nicht als Kriterium für den Einschluss der Klinik in die Messungen verwendet werden, weil sie eine für die Zwecke der Qualitätsmessungen ungeeignete Typologie für Rehabilitationskliniken bzw. Aktivitätstypen verwenden. Die Erfassung und Einteilung der Betriebe für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser fusst auf der Systematik der wirtschaftlichen Aktivitäten, die für die amtliche Statistik der Schweiz und der EU-Länder verbindlich ist. Die Einteilung nach Kategorien erfolgt nachträglich aufgrund einer hierarchischen Typologie, welche dem Betriebszweck und dem Hauptangebot an Leistungen Rechnung trägt. Diese Typologie weist keinen Zusammenhang mit kantonalen Typologien, Spitalisten oder Leistungsaufträgen auf (vgl. BFS (2005): Detailkonzept zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser).

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

#### **Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische oder onkologische Rehabilitation:**

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

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

Die Kliniken haben die Pflicht, für alle Patientinnen und Patienten der oben erwähnten Rehabereiche entweder ausschliesslich den FIM® oder ausschliesslich den EBI anzuwenden. Um alle Kliniken instrumentenübergreifend hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität vergleichen zu können, wird ab dem Datenjahr 2016 für den risikoadjustierten Ergebnisvergleich der ADL-Score genutzt, der mittels eines Umrechnungsalgorithmus aus FIM® bzw. EBI ermittelt wird.<sup>8</sup>

### 2.2.2 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen Rehabilitation

#### **Kardiale Rehabilitation:**

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

- **Partizipationsziele:** Hauptziel (**HZ**, nur bei Eintritt), Zielerreichung (**ZE**, nur bei Austritt)
- **6-Minuten-Gehtest**
- **MacNew Heart**

Wenn der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt den 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, ist ein Testverzicht/die Nichtdurchführung korrekt zu dokumentieren (Angabe Testdatum, Gehstrecke= «0», Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung= «3», vgl. Kapitel 6.2. Gleiches gilt für die Austrittsmessung).

### 2.2.3 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen Rehabilitation

#### **Pulmonale Rehabilitation:**

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

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

Wenn der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten es nicht zulässt, bei Eintritt den 6-Minuten-Gehtest durchzuführen, ist ein Testverzicht/die Nichtdurchführung korrekt zu dokumentieren (Angabe Testdatum, Gehstrecke= «0», Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung= «3», vgl. Kapitel 6.2. Gleiches gilt für die Austrittsmessung).

<sup>8</sup> Der Übersetzungsalgorithmus ADL-Score für den gemeinsamen Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehabilitationskliniken, unabhängig davon, ob FIM® oder EBI eingesetzt wurde, wurde von der Charité im Auftrag des ANQ entwickelt und validiert. Der Abschlussbericht ist auf dem ANQ-Webportal zu finden (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)).

#### 2.2.4 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation

##### **Paraplegiologische Rehabilitation:**

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

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

#### 2.2.5 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

##### **Psychosomatische Rehabilitation:**

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

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

#### 2.2.6 Richtlinien für Patientinnen und Patienten aller Rehabereiche

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

#### 2.2.7 Richtlinien für Patientinnen und Patienten der pädiatrischen Rehabilitation

##### **Pädiatrische Rehabilitation:**

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

## 2.3 Messbefreiung – Dispensgesuch

Im Grundsatz gilt, dass die Kliniken alle Messungen umsetzen müssen, welche für ihren Bereich im Messplan vorgegeben sind. Kann ein Leistungserbringer eine der vorgegebenen ANQ-Messungen aus objektiven Gründen nicht durchführen, hat er gestützt auf den Nationalen Qualitätsvertrag (Abschnitt III, Absatz 4) die Möglichkeit, ein begründetes schriftliches Dispensgesuch (siehe [Downloadbereich Partner](#)) für die ausgewählten Ergebnisqualitätsmessungen an den ANQ zu stellen. In diesem ist darzulegen, aus welchen Gründen eine oder mehrere der vorgegebenen Messungen nicht durchgeführt werden können. **Die ANQ-Geschäftsstelle prüft das Gesuch und entscheidet basierend auf den definierten Dispenskriterien über die Bewilligung.** Folgende objektive Gründe können geltend gemacht werden:

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

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

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

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

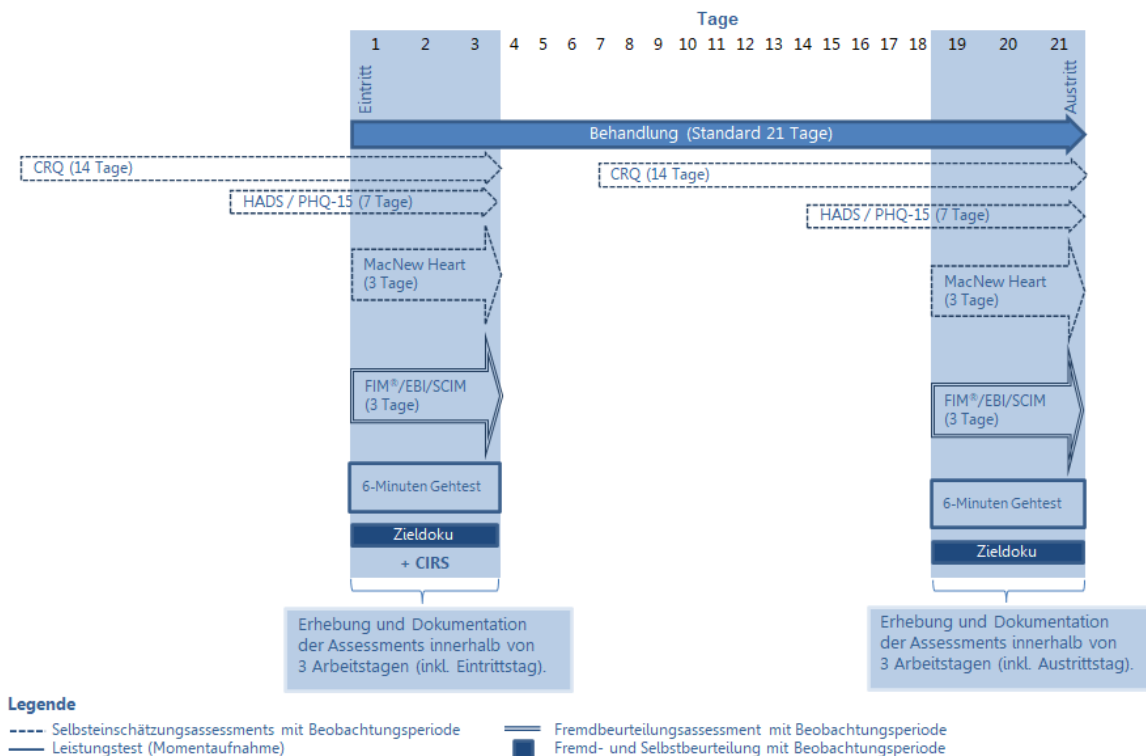
## 2.4 Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode

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

Die Eintrittsmessung – einschliesslich der Messung mit der CIRS – hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen<sup>9</sup> nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag miteingerechnet). Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag miteingerechnet). Den Messergebnissen liegen unterschiedliche Beobachtungsperioden zugrunde.

Die Angaben der Patientinnen und Patienten (Selbsteinschätzung) für die Assessments HADS, MacNew Heart und PHQ-15 (3- respektive 7-tägige Beobachtungsdauer) wurden für die ANQ-Messungen angepasst. Die Beobachtungsperiode für den CRQ entspricht den Manualvorgaben (14-tägige Beobachtungsperiode). Der Festlegung des Behandlungsziels und der Beantwortung der Fragen aus EBI bzw. FIM® und SCIM durch die Behandelnden liegen die Beobachtungen der letzten 3 Tage zugrunde (Fremdbeurteilung). Entsprechend der 3-tägigen Beobachtungsdauer sollte die Erfassung dieser Instrumente erst am dritten und letzten Tag der Beobachtungsdauer erfolgen. Die Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests, der Beurteilung der Zielerreichung sowie der CIRS stellen dagegen eine Momentaufnahme der Patientinnen und Patienten zum gegebenen Zeitpunkt dar (Ein- bzw. Austrittsmessung).

**Abbildung 2:** Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperioden



<sup>9</sup> Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die 3 Arbeitstage berechnen zu können gilt zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten somit ebenfalls als Arbeitstage.

## 2.5 Ausschlussgründe (Dropout)

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

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

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

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

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

Kommt die Patientin, der Patient nach einer Verlegung (länger als 24 h) zurück in die stationäre Rehabilitation, dann ist ein neuer Fall zu eröffnen. Die Eintrittsmessungen sind erneut durchzuführen, bei Entlassung erfolgen die Austrittsmessungen (siehe Kapitel 2.1).

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

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



## 2.6 Testverzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

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

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

Testverzichtsgründe können beim Leistungstest und bei Patientenfragebogen geltend gemacht werden, jedoch nicht bei den Messungen mit der CIRS, dem EBI, dem FIM® und dem SCIM sowie bei der Dokumentation des Hauptziels und der Zielerreichung.

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

**Tabelle 1:** Formular für Verzichtsgründe bei Patientenfragebogen (CRQ, HADS, MacNew Heart und PHQ-15) und beim Leistungstest (6-Minuten-Gehtest)

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

Beim 6-Minuten-Gehtest ist darüber hinaus die Angabe eines Abbruchgrundes vorgesehen (warum wird der 6-Minuten-Gehtest vorzeitig beendet bzw. abgebrochen). Diese Angabe ist beim 6-Minuten-Gehtest obligatorisch, wenn die Gehdauer von 6 Minuten nicht erreicht wird.

## 2.7 Durchführung und Datenerfassung der Fremdbeurteilungen, Selbstbeurteilungen (Patientenfragebogen) und des Leistungstests

Der ANQ stellt den Kliniken die Anweisungen zur praktischen Durchführung im Verfahrenshandbuch zur Verfügung. Neben den Anweisungen im Verfahrenshandbuch stellt der ANQ die Erhebungsbogen für die Fremdbeurteilungsinstrumente (CIRS, EBI, FIM<sup>®</sup>, SCIM), die Formulare für den Leistungstests (6-Minuten-Gehtest) sowie die Patientenfragebogen für die Selbstbeurteilungsinstrumente (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15,) und die Zieldokumentation (Partizipationsziel, Zielerreichung) zur Verfügung. Die Dokumente sind im [Downloadbereich Rehabilitation](#) zu finden.

### 2.7.1 Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen

Für die zeitpunktgerechte und korrekte Durchführung der Messungen (CIRS, EBI, FIM<sup>®</sup>, SCIM), der Zieldokumentation sowie des Leistungstests (6-Minuten-Gehtest) und die Abgabe der Patientenfragebogen (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15) bzw. die damit verbundene Dateneingabe ist die Klinik verantwortlich.

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

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

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

## 2.7.2 Datenerfassung

Unabhängig von der Art der Datenerfassung (online- oder papier-Fragebogen), hat die Klinik sicherzustellen, dass die Daten der Messungen, Tests und schriftlichen Befragungen der richtigen Patientin, dem richtigen Patienten zugeordnet werden können (Barcode, eindeutige Fallnummer).

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

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

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

Alle erhobenen Daten werden nach den Vorgaben des ANQ-Datenhandbuchs über [die Web-Anwendung ReMoS](#) an das Auswertungsinstitut Charité übermittelt.

## 3. Dokumentation der Partizipationsziele und der Zielerreichung

---

### 3.1 Vorbemerkungen

Die Zieldokumentation bildet die wichtigsten Inhalte eines rehabilitativen Leistungsauftrages ab. Sie fördert im interprofessionellen/interdisziplinären Rehabilitationsteam eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Zielorientierung bei der Behandlungsplanung. Die ANQ-Richtlinien und die Vorgaben bezüglich des Instruments basieren auf den Erfahrungen des Pilotprojekts der KIQ (Vorgängerorganisation des ANQ) und seiner Weiterentwicklung in den Jahren 2010 und 2011.

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

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

Aufgrund der Erfahrungen aus den beiden Pilotprojekten führte der ANQ Ende 2009 die Entwicklung des ICF basierten Ansatzes weiter: Das Konzept der muskuloskelettalen Rehabilitation wurde an dasjenige der neurologischen Rehabilitation angepasst. Zur Einführung des Messplans Rehabilitation 2011 entschieden die ANQ-Gremien aufgrund der positiven Erfahrungen die Zieldokumentation als Messvorgabe für die geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation vorzugeben. Ab dem Jahr 2021 wird die Zieldokumentation über alle Rehabereiche hinweg erhoben.

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

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

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

- Die Partizipationsziele werden so gewählt, dass die Voraussetzungen für die Zielerreichung während des stationären Aufenthaltes geschaffen werden können.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen alle Ressourcen, Kontextfaktoren<sup>10</sup> und das Rehabilitationspotential der Patientin, des Patienten.
- Der Einbezug der Patientin, des Patienten im Zielsetzungsprozess ist klinikintern festgelegt und dokumentiert.
- Die Partizipationsziele berücksichtigen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen während des stationären Aufenthaltes.
- Der Zielsetzungsprozess wird nachvollziehbar in der Patientenakte dokumentiert (systematische Definition von Unterzielen und die systematische Überprüfung ihrer Erreichung).

Die Erfassung des Partizipationsziels erfolgt gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Rehabilitationseintritt (im Normalfall während des Erstgesprächs). Eine Anpassung des Partizipationsziels während des Rehabilitationsaufenthalts wird mittels des Formulars für die Zielerreichung dokumentiert.

Für die bereichsspezifischen Messungen ist lediglich die Erfassung des *übergeordneten* Partizipationsziels erforderlich. Dieses wichtigste Partizipationsziel wird ausgewertet. Neben dem übergeordneten Ziel ergeben sich bezogen auf die individuellen Rehabilitationsbedürfnisse weitere einzelne Ziele, die klinikintern erfasst und ausgewertet werden.

<sup>10</sup> Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Patientin, eines Patienten. Sie umfassen alle umwelt- und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit der Patientin, des Patienten von Bedeutung sind. Zur Umwelt der Patientin, des Patienten gehört zum Beispiel der häusliche Bereich, die Familie, der Arbeitsplatz, die Schule aber auch das Gesundheits- und Sozialsystem. Diese wirken sich in Form von materiellen (z. B. Wohnung, Fusswege, Hilfsmittel, Medikamente, Einkommen), sozialen (z. B. Unterstützung und Beziehungen von bzw. zu Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern, Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialsystem) und einstellungsbezogenen Faktoren (z. B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen von Angehörigen, Freunden oder der Gesellschaft) auf die Patientin, den Patienten aus. Personenbezogene Faktoren umfassen Merkmale einer Person wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Ausbildung, Lebensstil, Motivation, genetische Prädisposition. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf die Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können sich auch negativ bzw. hemmend auswirken.

### 3.2.2 Beurteilung der Erreichung der Partizipationsziele

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

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

### 3.3 Formular für die Zieldokumentation

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

## 4. FIM<sup>®</sup>-Instrument

---

### 4.1 Vorbemerkungen<sup>11</sup>

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

Der FIM<sup>®</sup> wurde 1983 von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. V. Granger in den USA entwickelt und sollte vor allem die Pflegebedürftigkeit abbilden. Der FIM<sup>®</sup> ist neben dem Barthel-Index das weltweit meistgebrauchte Messinstrument zur Abbildung der Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens.

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

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

---

<sup>11</sup> M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.

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

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

Der FIM® wird durch geschulte Personen erfasst, welche das FIM®-Manual kennen. Es muss jedes FIM®-Item bewertet werden. Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Im Zweifelsfall ist die strengere Bewertung (geringerer Wert) massgebend (z. B. Bei Schwankungen der Funktionsfähigkeit über den Tag hinweg).

Seit Januar 2015 sind ergänzend die Zusatzitems bei Item L Fortbewegung, bei Item N Verstehen und bei Item O Ausdruck zu beurteilen.

Gemäss den Vorgaben des Lizenzgebers muss zu Ein- und Austritt die Fortbewegungsart identisch sein. Im klinischen Alltag kann sich die Fortbewegungsart zwischen Ein- und Austritt verändern, was nicht immer sicher vorhergesagt werden kann. Aus diesem Grund hat der ANQ die Spezifikation der Fortbewegungsart ergänzt mit der Antwortmöglichkeit **unsicher** beim Zusatzitem. Wenn der **Austrittsmodus** bei Eintritt bei Item L **unsicher** ist, d. h. wenn nicht sicher eingeschätzt werden kann, ob sich die hauptsächlich genutzte Fortbewegungsart während der Rehabilitation ändert, werden seit 2018 bei Eintritt beide Fortbewegungsarten (Gehen und Rollstuhl) geratet und der Charité übermittelt. Wenn es während des Reha-Aufenthaltes zu einer klaren Änderung der Fortbewegungsart kommt, wird zu Austritt nur die Fortbewegungsart bewertet, die bei Austritt überwiegend genutzt wird. In allen anderen Fällen werden auch zu Austritt beide Fortbewegungsarten geratet und der Charité übermittelt (vgl. auch Datenhandbuch, Abschnitt 1.3).<sup>12</sup> Wichtig ist, dass sowohl zu Ein- und Austritt die Spezifikation **unsicher** eingegeben wird, auch wenn zu Austritt eine Fortbewegungsart klar überwiegt.

Wird bei Eintritt die Fortbewegungsart Gehen und Rollstuhl zu gleichen Teilen genutzt, wird bei Eintritt bei Item L im Zusatzitem die Antwort **beides** gewählt und das Gehen beurteilt, da dies die Pflegelast besser abbildet. Bei Austritt muss wiederum die Fortbewegungsart **beides** gewählt und erneut die Gehfähigkeit beurteilt werden. Die Spezifikation zur Fortbewegungsart **beides** ist eine Vorgabe des Lizenzgebers und im klinischen eher Alltag selten.

Weitere Informationen zum Rating von Item L sind im [Downloadbereich Rehabilitation](#) («Erläuterung zur Erfassung und Dokumentation des FIM®-Item L») zu finden.

Eine Bewertung erfolgt auch, wenn eine Aktivität nicht ausgeführt werden kann. Die Beurteilung einer Fähigkeit erfolgt in erster Linie durch direkte Beobachtung, möglichst nicht aufgrund übermittelter Informationen. Es wird die tatsächlich ausgeführte Leistung und nicht die mögliche Leistungsfähigkeit bewertet. Für weitere detaillierte Anwendungsbeschreibungen vgl. FIM®-Manual<sup>13</sup> sowie zusätzliche zum Manual ergänzende Empfehlungen der ANQ Expertengruppe «Regelwerk FIM®» (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#)).

<sup>12</sup>Die Empfehlungen zur Erhebung vom Item L sind auf dem Webportal aufgeschaltet (siehe [Downloadbereich Rehabilitation](#))

<sup>13</sup>Für die ANQ Messungen Rehabilitation werden die durch den ANQ übersetzten Versionen des Originalmanuals der UDSMR «The FIM System Clinical Guide, Version 5.2» (2013) verwendet.



## 5. Erweiterter Barthel-Index (EBI)

---

### 5.1 Vorbemerkungen<sup>14</sup>

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

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

Dabei werden die verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens mit einer Antwortskala von 0 bis 4 regelmässig bewertet. Da der Barthel-Index vor allem motorische Fähigkeiten bewertet, wurde er von Prosiegel et al. (1996) um weitere 6 vorwiegend kognitive Items (Verständnis, Verständlichkeit, Problemlösen usw.) ergänzt. Zudem wurde die Bewertung der einzelnen Items angepasst und von einer 4-stufigen (0-3) auf eine 5-stufige (0-4) Antwortskala erweitert. Insgesamt können mit den 16 verschiedenen Aktivitäten maximal 64 Punkte erreicht werden.

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

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

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

Trotz anderslautender Empfehlung erfolgt die erste Einstufung der Patientin, des Patienten beim EBI bis spätestens drei Tage nach Eintritt<sup>15</sup>.

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

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

---

<sup>14</sup> M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.

<sup>15</sup> Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt zu beachten, dass nur der Sonntag als ein Feiertag gilt. Samstage gelten somit ebenfalls als Arbeitstage.

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

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

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

## 6. 6-Minuten-Gehtest

---

### 6.1 Vorbemerkungen<sup>16</sup>

Die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit geschieht oft allein auf Basis der Anamnese. «Wie viele Stufen können Sie steigen?» oder «Wie weit können Sie gehen?» sind typische Fragen zu diesem Zweck. Nicht alle Patientinnen und Patienten können die Anzahl Stufen oder die zurückgelegte Gehstrecke richtig angeben. In den frühen 1960ern entwickelte Balke einen einfachen Test, um die körperliche Leistungsfähigkeit durch Messen der während eines definierten Zeitraums gegangenen Distanz zu beurteilen. Dann wurde durch Cooper ein 12-Minuten-Feldtest entwickelt, um das Niveau der physischen Gesundheit von gesunden Personen zu beurteilen. In der Folge entstand der 6-Minuten-Gehtest für Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen, welche nicht in der Lage waren, den 12-Minuten-Gehtest zu absolvieren. Der 6-Minuten-Gehtest misst die körperliche Leistungsfähigkeit anhand der in 6 Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke in Metern. Nach Meinung von Wissenschaftlern ist der 6-Minuten-Gehtest ein einfach durchzuführender, gut tolerierbarer Test, welcher die alltägliche Leistungsfähigkeit besser abbildet als andere Gehtests (z. B. 12-Minuten-Gehtest). Zur Durchführung werden in der Schweiz die internationalen Standards von American Thoracic Society (ATS) und European Respiratory Society (ERS) empfohlen<sup>17</sup>.

### 6.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des 6-Minuten-Gehtests<sup>17</sup>

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

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

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

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

---

<sup>16</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von Peter Oesch und Peter Van Wittenberge in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

<sup>17</sup> Die internationalen Standards der American Thoracic Society (ATS) und European Respiratory Society (ERS) sind wie folgt zu finden: <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

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

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

Ist die Patientin, der Patient bei Eintritt aufgrund ihrer/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 Grund 3: «Die Patientin, der Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung» angegeben. Gleiches gilt für die Austrittsmessung. Andere Gründe für die Nichtdurchführung sind entsprechend dem Datenhandbuch anzugeben.

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

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

## 7. MacNew Heart

---

### 7.1 Vorbemerkungen

Die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsbefragung anhand des MacNew Heart ist international etabliert. Sie umfasst 27 Fragen und bildet physische, emotionale und soziale Funktionsbereiche sowie das Ausmass der Symptome in den letzten 3 Tagen vor der Befragung auf einer 7-stufigen Antwortskala ab (1=stark eingeschränkt bis 7=überhaupt nicht eingeschränkt).

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

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

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

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

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

## 8. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

---

### 8.1 Vorbemerkungen<sup>18</sup>

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>18</sup> Grundlage dieses Abschnittes bildet der Beitrag von G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: Band 3: Kardiologie und Pneumologie.

## 9. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

---

### 9.1 Vorbemerkungen<sup>19</sup>

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

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

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

### 9.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des SCIM

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

---

<sup>19</sup> M. Wirz, In: Schädler, S. et al (2020): Assessments in der Rehabilitation, Bd. 1: Neurologie, S. 109-113.

## 10. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

---

### 10.1 Vorbemerkungen

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

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

### 10.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des PHQ-15

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

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



## 11. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

---

### 11.1 Vorbemerkungen<sup>20</sup>

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

Erfasst wird mittels Selbstbeurteilung die Ausprägung ängstlicher (HADS-A) und depressiver Symptomatik (HADS-D) während der vergangenen Woche auf zwei Subskalen mit je 7 Items. Der Gesamtsummenwert kann als Mass für die allgemeine psychische Beeinträchtigung eingesetzt werden. Itemauswahl und -formulierung berücksichtigen besonders die spezifischen Anforderungen eines durch körperliche Krankheit bestimmten Settings. Dabei wird gezielt nur auf psychische Angst- und Depressionssymptome fokussiert, um eine Konfundierung durch somatische Komorbidität zu vermeiden.

Die Items der beiden Skalen HADS-D und HADS-A sind abwechselnd angeordnet. Es stehen jeweils 4 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, welche mit Werten von 0 bis 3 codiert werden. **Dabei ist zu beachten, dass die Items unterschiedlich gepolt («von 0 bis 3» und «von 3 bis 0») sind. Um Übertragungsfehler in den Kliniken zu vermeiden, werden alle Items mit den Werten von 0 bis 3 codiert und dem Auswertungsinstitut Charité übermittelt (weitere Informationen siehe Datenhandbuch Anhang F). Im Rahmen der Datenaufbereitung und -analyse werden die entsprechenden Items von der Charité umcodiert.**

Die Skalensummenwerte werden durch Addition der 7 Items je Skala gebildet und können Werte zwischen 0 Punkten (geringste Symptomatik) und 21 Punkten (grösste Symptomatik) erreichen. Gemäss Handbuch ist maximal ein fehlender Wert je Skala für die Bildung des Summenwertes erlaubt. Fehlende Werte werden durch den Mittelwert der übrigen Items ersetzt.

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

### 11.2 ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des HADS

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

---

<sup>20</sup> M. Verra, In: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat, S. 323 - 328.  
C. Herrmann-Lingen, In: Bengel, J. et al (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, 232 – 235.

## 12. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

---

### 12.1 Vorbemerkungen

Die Komorbiditätsskala «Cumulative Illness Rating Scale (CIRS<sup>21</sup>)» wurde von Linn et al. 1968 konzipiert, um alle Erkrankungen von multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten umfassend abzubilden. Miller und Towers überarbeiteten 1991 die CIRS Version nach Linn et al. (1968) und ergänzten sie um das 14. Item zu Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Die vom ANQ verwendete CIRS Version von Salvi et al. (2008) basiert auf der Version von Miller und Towers (1991).

Mit der CIRS werden 14 Organsysteme auf einer 5-stufigen Antwortskala von 0 bis 4 bewertet (0 = «kein Problem» bis 4 = «extrem schweres Problem»). Der Gesamtscore beträgt maximal 56 Punkte. Das Instrument stimmt mit dem im Rahmen des Projekts von ST-Reha verwendeten Instrument überein.

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

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

Die CIRS wird nur bei Eintritt üblicherweise von der behandelnden Ärzteschaft ausgefüllt; eine Austrittsmessung ist für die ANQ-Qualitätsmessungen nicht vorgesehen. Das Ausfüllen der CIRS durch geübte Personen braucht ca. 10 Minuten. Grundlage dazu bildet die medizinische Dokumentation, die körperliche Untersuchung und eine ausführliche Anamnese.

Für die Anwendung der CIRS wird auf das entsprechende Handbuch nach Salvi et al. (2008)<sup>22</sup> verwiesen. Weitere allgemeine Hinweise zum Einsatz der CIRS sind in Abschnitt 2.7 beschrieben.

---

<sup>21</sup> Für die Cumulative Illness Rating Scale hat sich die gleichlautende Abkürzung wie für das Critical Incident Reporting System eingebürgert.

<sup>22</sup> Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, Appendix S1 (ANQ, Übersetzung). (Originalartikel veröffentlicht 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

## 13. Impressum

---

Titel	Verfahrenshandbuch Version 9.0
Jahr	2022
Autor/innen	Dr. Luise Menzi (ANQ), Muriel Haldemann (ANQ) und Stefanie Köhn (Charité)
Qualitätsausschuss	Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Stefan Goetz, Klinik St. Katharinenthal, Spital Thurgau Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) PD Dr. med. Anke Scheel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos Gavin Brupbacher, Oberwaid AG, St. Gallen Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic
Kontaktadresse	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Dr. Luise Menzi, Leitung Rehabilitation ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern T 031 511 38 44, <a href="mailto:luise.menzi@anq.ch">luise.menzi@anq.ch</a> / <a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a>
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)