

NATIONALER MESSPLAN REHABILITATION

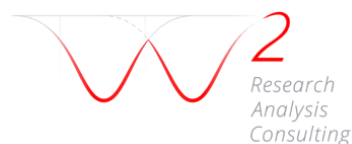
REHASPEZIFISCHE MESSUNGEN 2027

MESSMANUAL ZU VERFAHREN UND DATENERHEBUNG

VERSION 1.0

Gültigkeit: gültig per 01.01.2027 (Ablösung von VHB und DHB, Versionen 11.0)

Datum: genehmigt am 02.07.2026, Qualitätsausschuss Rehabilitation



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	Messjahr 2027	Zusammenführung von Verfahrens- (VHB) und Datenhandbuch (DHB), Versionen 11.0 zu Messmanual V1.0
		Redaktionelle Überarbeitung der Inhalte <u>ohne</u> Anpassung der Vorgaben

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Inhalte und Zielgruppen des Messmanuals	5
1.2	Aufgaben der Kliniken	6
2	Nationaler Messplan Rehabilitation	8
3	Allgemeine Verfahrensregeln für die Messungen	9
3.1	Messpflicht	9
3.2	Messbefreiung – Dispens	9
3.3	Falldefinition	9
3.4	Richtlinien zur Wahl der Instrumente für die Eintritts- und Austrittsmessung	11
3.4.1	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen Rehabilitation	11
3.4.2	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen Rehabilitation	11
3.4.3	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen Rehabilitation	11
3.4.4	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation	12
3.4.5	Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation	12
3.4.6	Richtlinien für Patientinnen und Patienten aller Rehabereiche	12
3.5	Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode	12
3.6	Dropout: Abbruch der Rehabilitation	13
3.7	Testverzicht bzw. Nichtdurchführbarkeit einzelner Messungen	14
3.8	Dokumentation von einzelnen Missings	15
4	Durchführung und Datenerfassung der Messinstrumente	16
4.1	Korrekte Erhebung	16
4.2	Datenerfassung	16
4.3	Datenmonitoring	16
4.4	Vorgehen bei Instrumentenwechsel	18
5	Format und Struktur der Daten	19
5.1	Übersicht über die zu erhebenden Daten	19
5.2	Dateiformate	20
5.2.1	SpiGes Daten-File	20
5.2.2	Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten	20
5.3	Verbindungsvariable (Fallidentifikation)	20
5.4	Datenformate	21

5.4.1	Datenformat SpiGes	21
5.4.2	Datenformat rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten	21
6	Datendefinition Daten-Files	22
6.1	SpiGes Daten-File	22
6.2	Zusätzliche Daten (ZU-Datei)	22
6.3	Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Datei)	23
6.4	Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Datei)	24
6.5	Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Datei)	24
6.6	Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Datei)	25
6.7	Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Datei)	25
7	Web-Anwendung <i>RehaCompass</i>	27
7.1	Datenprüfung und -übermittlung	27
7.2	Administratoren-Zugang	30
7.3	Periodizität – Termine	30
	Anhang A	31
	Anhang B	42
	Literaturverzeichnis	43
	Abbildungsverzeichnis	44
	Tabellenverzeichnis	44
	Impressum	45

1 EINLEITUNG

Das hier vorgelegte Messmanual enthält sämtliche Richtlinien und Vorgaben zur korrekten Durchführung der Qualitätsmessungen aus dem nationalen Messplan Rehabilitation. Die Durchführung der rehaspezifischen Messungen ist für alle Rehabilitationskliniken, die dem Nationalen Qualitätsvertrag ANQ 2011 beitreten, obligatorisch. Der Nationale Messplan Rehabilitation sowie die Finanzierung wurden vom ANQ erarbeitet und von seinen Partnern (H+, die Versicherer und die Kantone) genehmigt.

Die Erstellung des Messmanuals ist in enger Kooperation zwischen dem ANQ, dem Qualitätsausschuss Rehabilitation und den Kooperationspartnern Charité – Universitätsmedizin Berlin und w hoch 2 GmbH entstanden.

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

Das vorliegende Messmanual berücksichtigt den [Nationalen Qualitätsvertrag](#), das «[Datenreglement ANQ](#)» sowie das [Auswertungs- und Publikationskonzept](#) der rehaspezifischen Messungen. Diese Fassung wird – aufbauend auf den erhobenen Daten der folgenden Datenjahre und den damit verbundenen Auswertungsergebnissen, den Rückmeldungen der verschiedenen Akteursgruppen und allfälliger Weiterentwicklungen der Messungen – bei Bedarf angepasst.

1.1 INHALTE UND ZIELGRUPPEN DES MESSMANUALS

Das Messmanual und die dazugehörigen erhebungsrelevanten Dokumente dienen der Sicherstellung einer hohen Datenqualität. Diese setzt voraus, dass die am Nationalen Messplan Rehabilitation teilnehmenden Kliniken die erforderlichen Daten vollständig, korrekt und einheitlich codiert erheben und übermitteln. Gleichzeitig gewährleisten die Vorgaben, dass behandelnde Fachpersonen und weiteres Klinikpersonal in allen Rehabilitationskliniken die Instrumente standardisiert anwenden und die zeitlichen Vorgaben für Befragungen, Tests und Messungen einhalten.

Das Messmanual setzt sich aus zwei Hauptteilen zusammen, die sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen richten (vgl. Tabelle 1).

HAUPTTEILE DES MESSMANUALS	KAPITEL/BESCHRIEB	ZIELGRUPPEN
TEIL 1	Kapitel 2 – Nationaler Messplan Rehabilitation Kapitel 3 – Allgemeine Verfahrensregeln für die Messungen Kapitel 4 – Durchführung und Datenerfassung der Messinstrumente Anhang A – Dokumentation der Messinstrumente	Qualitätsverantwortliche Person und weiteres Klinikpersonal
TEIL 2	Kapitel 5 – Format und Struktur der Daten Kapitel 6 – Datendefinition Datenfiles Kapitel 7 – Web-Anwendung Reha-Compass Anhang B – Datenformate	Klinikinterne Projektleitende und IT-Verantwortliche

Tabelle 1: Hauptbestandteile und Zielgruppen des Messmanuals

1.2 AUFGABEN DER KLINIKEN

Für die Integration der ANQ-Messungen und deren Ergebnisse in die klinischen Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse sind die Kliniken zuständig. Die nachhaltige Implementierung von Verbesserungsprozessen setzt ein auf allen Hierarchiestufen der Klinik verankertes Qualitätsverständnis sowie die konsequente Bereitschaft zur Umsetzung entsprechender Massnahmen voraus, einschliesslich der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen.

Der ANQ empfiehlt die Benennung **qualitätsverantwortlicher Personen**, die die interne und externe Koordination der ANQ-Messungen (u.a. mit ANQ, ANQ-Kooperationspartnern, IT-Dienstleistern) sicherstellen. Sie werden dabei durch das vorliegende Messmanual, [Angebote zu Schulungen](#) von einzelnen Messinstrumenten sowie die [FAQ](#) unterstützt.

Die qualitätsverantwortliche Person übernimmt die **Gesamtkoordination der Qualitätsmessungen innerhalb der Klinik**. Sie stellt in Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachpersonen, den klinikinternen Projektleitenden, den IT-Verantwortlichen sowie weiteren beteiligten Mitarbeitenden die regelkonforme Implementierung, Steuerung und Durchführung der Qualitätsmessungen sicher. Sie koordiniert die systematische Einbindung der Patientinnen und Patienten, sorgt für die erforderlichen organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen und gewährleistet die Nutzung der Ergebnisse in den Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozessen.

Für die rehaspezifischen Messungen sind insbesondere folgende Aufgaben sicherzustellen:

- Sicherstellung der organisatorischen und technischen Voraussetzungen (Behandlungsprozesse, KIS, Spezialsoftware) für eine regelkonforme Datenerhebung gemäss ANQ-Vorgaben;
- Planung, Durchführung und Sicherstellung klinikinterner Schulungen im Rahmen eines «train-the-trainers»-Ansatzes zur standardisierten Anwendung der Instrumente, insbesondere im Hinblick auf Validität und Interrater-Reliabilität;
- Sicherstellung einer konsistenten internen und externen Kommunikation, insbesondere der Nutzung und Integration der Ergebnisse in klinikinterne Steuerungs- und Qualitätsprozesse sowie der externen Berichterstattung;
- Sicherstellung der vollständigen und fristgerechten elektronischen Datenübermittlung via Web-Anwendung *RehaCompass* gemäss ANQ-Vorgaben;
- Abklärungen, insbesondere zur Lizenzbeschaffung für die im Messplan Rehabilitation lizenzenrechtlich geschützten Instrumente.

TEIL 1

2 NATIONALER MESSPLAN REHABILITATION

Der ANQ-Messplan für die stationäre Rehabilitation (vgl. Abbildung 1) enthält die rehaspezifischen Messungen der Ergebnisqualität nach Rehabereich (vorliegendes Messmanual) und die rehabereichsübergreifende Patientenbefragung (separates Messmanual).

Die rehaspezifische Ergebnisqualität wird in Anlehnung an das Definitionspapier «[DefReha© Version 3.0](#)» (H+, 2020) in 9 Rehabereichen mittels standardisierter Instrumente zur Messung von Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und körperlicher Leistungsfähigkeit gemessen. Ergänzend werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Partizipationsziele definiert. Die Erhebungen erfolgen als Vollerhebungen und umfassen zusätzlich Daten zur Stichprobenbeschreibung und Risikoadjustierung (SpiGes, Cumulative Illness Rating Scale). Weitere Informationen zu den Messungen finden sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

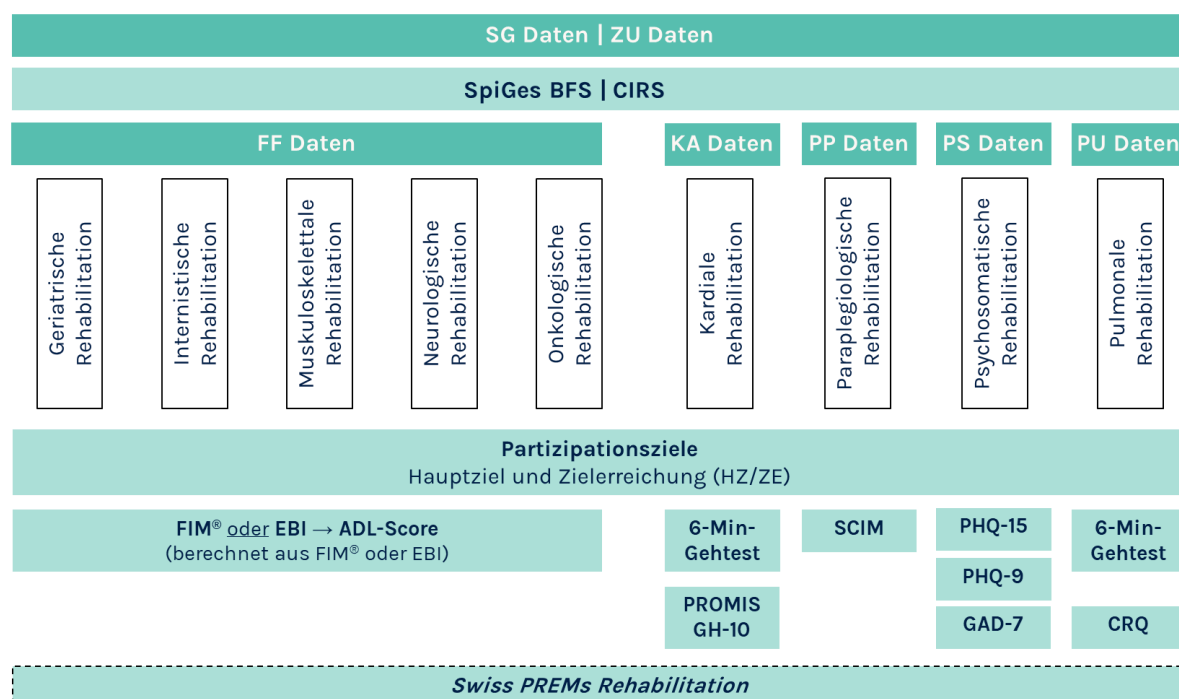


Abbildung 1: ANQ-Messplan Rehabilitation 2027

3 ALLGEMEINE VERFAHRENSREGELN FÜR DIE MESSUNGEN

3.1 MESSPFLICHT

In die Messungen des ANQ Messplans Rehabilitation werden alle Einrichtungen der Rehabilitation einbezogen, unabhängig von der Art des stationären Angebots. Normalerweise werden diese Fälle über Tarifstruktur ST Reha der SwissDRG AG abgewickelt. Für die Paraplegiologie und die Frührehabilitation gilt ab 01.01.2024 eine vom ANQ-Vorstand bewilligte Ausnahme, da diese weiterhin im ANQ-Messplan Rehabilitation geführt werden, obwohl über die Tarifstruktur SwissDRG abgerechnet wird. In Bezug auf die Messpflicht spielen Fallzahlen und das Vorliegen von weiteren Leistungsaufträgen keine Rolle. Die Kliniken erfassen jede/jeden in die Rehabilitationsklinik für einen stationären Aufenthalt eingetretene Patientin, eingetretenen Patienten, unabhängig vom Austrittsdatum und anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft und Wohnland (**Vollerhebung**).

Die Bestimmung des Rehabereichs für den Behandlungsfall ist massgeblich für die Erfassung der korrekten Messinstrumente und 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.

3.2 MESSBEFREIUNG – DISPENS

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 2011 (Abschnitt III, Absatz 4) die Möglichkeit, ein begründetes schriftliches Dispensgesuch für die ausgewählten Ergebnisqualitätsmessungen an den ANQ zu stellen (siehe [Downloadbereich Partner](#)). 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.

3.3 FALLDEFINITION

Die Rehakliniken und Akutspitäler mit Rehabilitationsabteilungen erfassen sämtliche stationär behandelten Patientinnen und Patienten, deren Austritt innerhalb der Messperiode liegt. Als Behandlungsfall gilt ein einzelner stationärer Aufenthalt; dieser beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt. Zu erfassen sind alle Fälle mit Rehabilitationsaustritt im Erfassungszeitraum (01.01.–31.12.) gemäss den gültigen ANQ-Vorgaben.

Seit 2026 gelten die Regelungen und Definitionen zur Falldefinition, zu den Standorten/Verlegungen sowie der Fallzusammenführung gemäss BFS (Detailkonzept SpiGes) und SwissDRG AG (Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und

ST Reha). Die stationäre Falldefinition richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), die auch vom BFS und SwissDRG AG übernommen wurden. Demnach gelten als stationäre Behandlung Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital/in einer Klinik mit folgenden Eigenschaften:

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

Eine Klinik mit mehreren Standorten gilt gemäss SwissDRG AG als eine Klinik. Verlegungen zwischen verschiedenen Standorten derselben Klinik gelten somit nicht als Verlegungen. Für die rehaspezifischen Messungen bedeutet dies, dass bei einer Verlegung von einem Standort zu einem anderen Standort derselben Klinikgruppe kein neuer Fall eröffnet wird. Der Patientenfall wird mit dem Standort des Austritts übermittelt. Gleiches gilt auch bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung (innerhalb desselben Standorts).

Im Grundsatz wird jeder Wiedereintritt als ein neuer Fall betrachtet, sofern keine Fallzusammenführung zur Anwendung kommt. Eine solche wird angewandt, wenn innerhalb von 18 Tagen nach Austritt eine Wiederaufnahme oder eine Rückverlegung in dieselbe Klinik mit derselben Basis-RCG erfolgt. Dies gilt auch für mehrfache Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen (immer ab Erstverlegung). In solchen Fällen werden keine erneuten Aus- und Eintrittsmessungen notwendig. In die Auswertung bei einem zusammengeführten Fall fliessen die Daten der Eintrittsmessung des ersten Falles sowie die Daten der Austrittsmessung des letzten Falles. Ausnahme: Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt.

Hinweise für die Paraplegiologie und Frührehabilitation:

- Für Fälle der Paraplegiologie gilt, dass zwischen der Akut- und der Rehabilitationsphase kein Fallsplit vorgenommen wird. D.h. es gibt nur noch einen Behandlungsfall mit Eintritts- und Austrittsmessung.
- Bei der Frührehabilitation ist zu beachten, dass die Anwendung des ANQ-Messplans Rehabilitation nur für spezialisierte Rehabilitationskliniken gilt und als Frührehabfälle mit einer Ein-/Austrittsmessung zu erheben sind. Sobald sie in die rehabilitative Phase (unter Tarifstruktur ST Reha) eintreten, ist ein kompletter neuer Fall zu eröffnen und ebenfalls eine Ein-/Austrittsmessung gemäss dem bekannten Schema zu vollziehen.

3.4 RICHTLINIEN ZUR WAHL DER INSTRUMENTE FÜR DIE EINTRITTS- UND AUSTRITTSMESSUNG

In den nachfolgenden Kapiteln werden die für Patientinnen und Patienten anzuwendenden Instrumente pro Rehabereich aufgeführt. Im Anhang A werden die einzelnen Instrumente und die ANQ-Richtlinien zur praktischen Durchführung beschrieben.

3.4.1 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen und onkologischen 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. Umstellungen vom EBI auf FIM® oder umgekehrt sind lediglich zu Beginn des Messjahres möglich (per 01.01.20XX), d.h. Kliniken können nicht von einem Instrument auf das andere unterjährig wechseln. Geplante Umstellungen müssen dem ANQ rechtzeitig mitgeteilt werden.

3.4.2 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der kardialen 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**
- **PROMIS GH-10**

3.4.3 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der pulmonalen 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)

3.4.4 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der paraplegiologischen 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)

3.4.5 Richtlinien für Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Für Patientinnen und Patienten aus diesem Rehabereich müssen bei Ein- und Austritt **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)

3.4.6 Richtlinien für Patientinnen und Patienten aller Rehabereiche

Ergänzend ist in jedem Rehabereich bei Eintritt eine Messung der **Cumulative Illness Rating Scale** (CIRS) durchzuführen sowie der reduzierte **SpiGes-Datensatz** nach den Vorgaben des BFS zu übermitteln (vgl. 6.1 und 6.2).

3.5 ERFASSUNGSZEITPUNKTE UND BEOBACHTUNGSPERIODE

Die Klinik ist verantwortlich für die zeitgerechte und korrekte Durchführung der Messungen, die Zieldokumentation sowie die damit verbundene Dateneingabe.

Die **Eintrittsmessung ist innerhalb von drei Arbeitstagen nach Klinikeintritt** (Eintrittstag eingeschlossen) durchzuführen. **Die Austrittsmessung erfolgt frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt** (Austrittstag eingeschlossen). Als Arbeitstage gelten alle Tage mit Ausnahme der Sonntage; Samstage gelten als Arbeitstage.

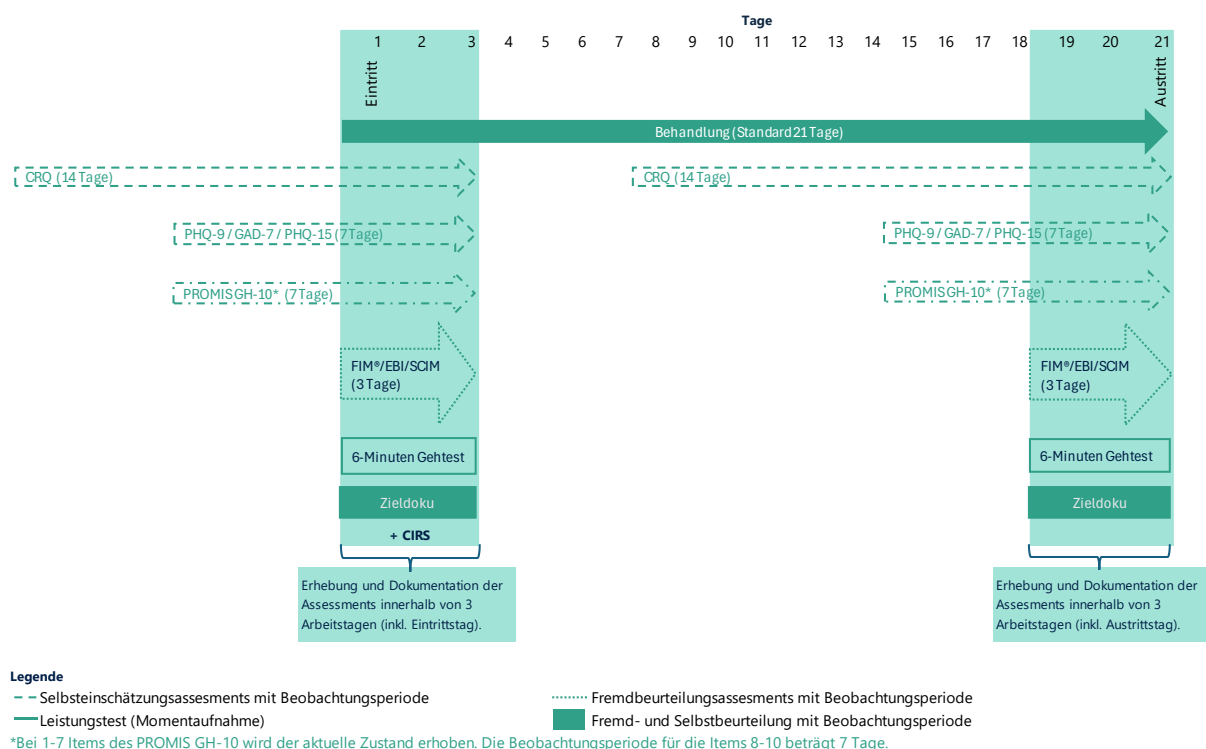


Abbildung 2: Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode

Den Messungen liegen unterschiedliche **Beobachtungsperioden** zugrunde (vgl. Abbildung 2). Die Angaben der Patientinnen und Patienten (Selbsteinschätzung) für die Instrumente PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 (7-tägige Beobachtungsdauer) wurden für die ANQ-Messungen angepasst. Für die Items 1-7 des PROMIS GH-10 wird der aktuelle Zustand erhoben, für Items 8-10 beträgt die Beobachtungsperiode 7 Tage. 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).

3.6 DROPOUT: ABRUCH DER REHABILITATION

Die Ein- und Austrittsmessungen gemäss Messplan Rehabilitation sollen grundsätzlich zwingend bei allen Patientinnen und Patienten zu Reha-Eintritt und -Austritt durchgeführt werden. Ist der Abschluss der Messungen aufgrund eines Abbruchs der Rehabilitation nicht möglich, werden die Falldaten als **Dropout** definiert und gehen nicht in die Ergebnisauswertung ein.

Seit 2026 muss das Vorliegen eines Dropouts sowie das Datum des Dropouts (Tag des Behandlungsabbruchs bzw. Reha-Austritts) nicht mehr angegeben werden. Die Dropouts werden von w hoch 2 datenbasiert (vollständige SpiGes-Datei) identifiziert und als Dropouts gezählt.

Grundsätzlich gilt weiterhin, dass die Fälle im Zweifelsfall vollständig zu dokumentieren und zu liefern sind, d.h. einschliesslich der Austrittsmessungen. Bei Fällen, die offensichtlich den Anforderungen eines Dropouts entsprechen, kann das Klinikpersonal jedoch auf die Erfassung der Austrittsmessungen (z.B. Zielerreichung) verzichten.

3.7 TESTVERZICHT BZW. NICHTDURCHFÜHRBARKEIT EINZELNER MESSUNGEN

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, muss ein **Testverzicht** für die Messung dokumentiert werden (vgl. Tabelle 2). Es 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.

Gründe für einen Testverzicht (Nichtdurchführung der Messung) sind spezifisch für die einzelnen Messungen. Sie können beim Leistungstest (6-Minuten-Gehtest) und bei Patientenfragebogen (CRQ, GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 und PROMIS GH-10) 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. Ebenfalls ist das Erhebungsdatum zu erfassen (Datum, an dem die Messungen eigentlich hätte stattfinden sollen). Folgende mögliche Gründe für die Nichtdurchführung stehen zur Wahl:

GRUND FÜR TESTVERZICHT/NICHTDURCHFÜHRUNG (EINFACHNENNUNG)	
☐	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, bitte spezifizieren: _____ (z. B. Versäumnis seitens der Klinik)

Tabelle 2: Formular für Verzichtsgründe bei Patientenfragebogen und beim Leistungstest

Hinweis zum Testverzicht/Abbruchgrund beim 6-Minuten-Gehtest

Ist die Patientin, der Patient bei Eintritt aufgrund seiner körperlichen Verfassung nicht in der Lage, den 6-Minuten-Gehtest zu absolvieren (z.B. Bettlägerigkeit, schlechter Allgemeinzustand), ist ein **Testverzicht** korrekt zu dokumentieren: Angabe Testdatum, Gehstrecke= «0», Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung= «3» (Patientin, Patient ist zu schwer krank für die Testdurchführung bzw. Befragung). 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 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. Gründe für den Test-Abbruch sind der KA- und PU-Datei auf dem [ANQ-Webportal](#) zu entnehmen.

3.8 DOKUMENTATION VON EINZELNEN MISSINGS

Liegen bei den Patientenfragebogen einzelne fehlende Werte vor, beispielsweise weil der Patient/die Patientin nicht alle Fragen beantwortet hat und das Einholen der fehlenden Antworten nicht mehr möglich ist, hat die Dokumentation in den Kliniksystemen und beim Export durchgängig als «**NA**» zu erfolgen.

Bei den **Fragebogen, 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.

4 DURCHFÜHRUNG UND DATENERFASSUNG DER MESSINSTRUMENTE

4.1 KORREKTE ERHEBUNG

Für die inhaltlich korrekte Durchführung der Messungen sind die Kliniken verantwortlich. Der ANQ stellt den Kliniken die Erhebungsbogen sowie die Anweisungen zur praktischen Durchführung in entsprechenden Manualen zur Verfügung. Die Dokumente sind im [Downloadbereich Rehabilitation](#) zu finden (lizenzierte Instrumente nur auf [Anfrage](#)).

Die Instrumente CRQ, FIM® und PROMIS GH-10 sind lizenzpflichtig. Kliniken, die im Rahmen des Messplans Rehabilitation eines der erwähnten Instrumente einsetzen, müssen einen Lizenzierungsprozess durchlaufen. Dieser administrative Prozess hat für die Kliniken keine zusätzlichen Kosten zur Folge. Die Kosten für die Lizenzen zum Zweck der Qualitätsmessungen im Messplan Rehabilitation werden vom ANQ getragen.

4.2 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 allen Messungen empfiehlt der ANQ aus Gründen der Datenqualität die elektronische Eingabe der Antworten (KIS, Spezialsoftware) mit einer zeitgleichen Prüfung der Eingaben (vgl. 4.3). 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 erst auf Papier zu erfassen und dann in ein elektronisches System zu übertragen (Gefahr für Übertragungsfehler).

Zu beachten ist, dass bei lizenzierten Patientenfragebogen besondere Lizenzbedingungen für die direkte digitale Erfassung bei Patientinnen und Patienten (beispielsweise per Tablet) gelten. Interessierte Kliniken melden sich bitte beim [ANQ Fachbereich Rehabilitation](#).

4.3 DATENMONITORING

Zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität sind Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfungen bereits in der Klinik sinnvoll.

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 Eintritt 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. Dazu zählen:

- **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).
- **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 Patientenebene:** Damit fehlende Messungen rechtzeitig nachgeholt werden können, soll die Vollständigkeit der Daten auf Patientenebene zu zwei festgelegten Zeitpunkten überprüft werden:
 - Eintrittsmessung: spätestens am vierten Tag nach der Aufnahme
 - Austrittsmessung: kurz vor dem geplanten Austritt
- **Prüfung der Vollständigkeit und Inhalte 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?

4.4 VORGEHEN BEI INSTRUMENTENWECHSEL

Ziel ist, dass die vollständige Dokumentation möglichst vieler Fälle gewährleistet wird. Folgende Hinweise sind zu beachten:

- Die Messpflicht gilt grundsätzlich per 01.01. eines Kalenderjahres: d.h. alle Neueintritte müssen mit den angepassten Instrumenten gemessen werden.
- Es besteht jedoch die Empfehlung, dass für Fälle, welche im letzten Quartal des Vorjahres eintreten und absehbar ist, dass diese Überlieger werden, bereits bei Eintritt die neuen Instrumente angewendet werden. Dies gilt insbesondere für Neuaufnahmen ab dem 01.12.
 - dort sind es erfahrungsgemäss 2/3 der Fälle, die Überlieger sind.

Hinweis: Fälle, die Überlieger sind und mit den im Vorjahr gültigen Instrumenten gemessen werden, können nicht in die Analysen des folgenden Kalenderjahres aufgenommen werden, da der ANQ Fachbereich Rehabilitation eine Austrittslogik in der Zuordnung der Daten auf die Messjahre anwendet. So ist mit einem Fallzahlverlust zu rechnen, wobei dieser erfahrungsgemäss gering ausfällt.

Ein Instrumentenwechsel in einer Klinik wird in Abstimmung mit dem ANQ koordiniert. Die Klinik ist dafür verantwortlich den Fachbereich Rehabilitation (rehabilitation@anq.ch) über den geplanten Instrumentenwechsel zu informieren.

TEIL 2

5 FORMAT UND STRUKTUR DER DATEN

5.1 ÜBERSICHT ÜBER DIE ZU ERHEBENDEN DATEN

Folgende Daten müssen für jeden Behandlungsfall erhoben werden und konsolidiert für alle Patientinnen und Patienten innerhalb eines Messjahrs geliefert werden (vgl. Abbildung 3):

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 3: Zu erhebende Daten je Fall

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

- **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 (vgl. Anhang B) im Datensatz enthalten sein müssen, damit eine Lieferung validiert und schlussendlich akzeptiert werden kann.
- **Zusätzliche Daten:** Die Messung der CIRS 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 6.2 beschrieben.

- **Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation:** Je Rehabereich und Instrument wird jeweils eine Messung zu Ein- und Austritt durchgeführt. Die Daten der Qualitätsmessungen sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei maximal zwei Datenzeilen (Messungen bei Eintritt, Messungen bei Austritt – gilt auch für zusammengeführte Fälle). Es soll nur eine Datei mit Messungen pro Fall geliefert werden. Details zu den Instrumenten des Messplans für die einzelnen Rehabilitationsbereiche sind im Anhang A zu entnehmen.

5.2 DATEIFORMATE

5.2.1 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 (vgl. 5.1). Im Anhang B sind die Tabellen vom SpiGes Daten-File zuhanden des BFS aufgeführt, die für die ANQ-Datenlieferung mindestens bereitgestellt werden müssen.

5.2.2 Rehaspezifische Messdaten und Zusatzdaten

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

5.3 VERBINDUNGSVARIABLE (FALLIDENTIFIKATION)

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 in folgenden Datenfiles erscheinen:

- | | |
|--|------------------|
| • <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	PS-Datei, Feld 2
- Pulmonale Rehabilitation	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!

5.4 DATENFORMATE

5.4.1 Datenformat SpiGes

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

5.4.2 Datenformat 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.

6 DATENDEFINITION DATEN-FILES

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

6.1 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 wichtigen Tabellen reduziert werden. Eine Liste dieser obligatorisch an den ANQ zu liefernden Tabellen findet sich im Anhang B 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.
- 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.

6.2 ZUSÄTZLICHE DATEN (ZU-DATEI)

Jede **ZU-Datei** enthält je Behandlungsfall **18 Datenfelder (Spalten)**, deren Inhalte in Tabelle 3 verdeutlicht werden. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **ZU-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

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

Tabelle 3: Inhalt der ZU-Datei

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

Für jeden Fall aus den Rehabereichen geriatriische, 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 4 verdeutlicht werden. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **FF-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

Datenfelder	Inhalt FF-Datei	Bemerkungen
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier FF	
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (fall_id)	
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.

Tabelle 4: Inhalt der FF-Datei

6.4 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 5 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **KA-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

Datenfelder	Inhalte KA-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier KA
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (fall_id)
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

Tabelle 5: Inhalt der KA-Datei

6.5 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 6 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PP-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

Datenfelder	Inhalt PP-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PP
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (fall_id)
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

Tabelle 6: Inhalt der PP-Datei

6.6 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 7. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PS-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

Datenfelder	Inhalt PS-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PS
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (fall_id)
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

Tabelle 7: Inhalt der PS-Datei

6.7 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 8 aufgeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PU-Datei** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich auf dem [ANQ-Webportal](#).

Datenfelder	Inhalt PU-Datei
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PU
Feld 2	klinikinterne Fallidentifikationsnummer (fall_id)
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

Tabelle 8: Inhalt der PU-Datei

7 WEB-ANWEDUNG *REHACOMPASS*

Die Daten der Qualitätsmessungen sind von den Kliniken in elektronischer Form per Upload über die Web-Anwendung *RehaCompass* des Kooperationspartners w hoch 2 spätestens zu den definierten Stichtagen final zu liefern (vgl. Tabelle 9).

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).

7.1 DATENPRÜFUNG UND -ÜBERMITTLUNG

In die Datenlieferung sollen jeweils **alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen** werden, deren Reha-Austrittsdatum im entsprechenden Zeitraum der Datenerfassung liegt. 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, vgl. Datenformat auf [ANQ-Webportal](#)) 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 erforderlichen Daten auf *RehaCompass* erfolgt die Berechnung der Datenqualität hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität der Daten (vgl. Auswertungskonzept auf [ANQ-Webportal](#)). Sofern die Rückmeldungen auf *RehaCompass* 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?
 - Können gewisse Angaben noch nachträglich gemacht werden?

Die Kliniken können die einzelnen Dateien/Datensätze bei Bedarf korrigieren/überarbeiten und erneut hochladen. Dabei wird die vorherige Datei stets überschrieben. Die Schritte 1 und 2 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. Basierend auf diesen übermittelten Daten wird die klinikspezifische und 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 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 fall_id?
- Gibt es für jede fall_id in den Dateien des Messplans (FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeile) jeweils Daten zu den Ein- und Austrittsmessungen, d. h. existieren je fall_id zwei FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeilen?
- Gibt es für jede fall_id nur eine Datei des Messplans (FF-, KA-, PP-, PS- oder PU)?
- Für welche fall_id 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)?

7.2 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 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.

7.3 PERIODIZITÄT – TERMINE

Für die Datenlieferungen sind **fixe Termine** vorgesehen (vgl. Tabelle 9). Die Stichtage müssen in jedem Fall (gegebenenfalls auch mit unvollständigen Daten) eingehalten werden:

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patientinnen und Patienten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
28.02.2027	01.01.2026 – 31.12.2026
28.02.2028	01.01.2027 – 31.12.2027

Tabelle 9: Stichtage zur finalen Datenabgabe

ANHANG A

DOKUMENTATION DER MESSINSTRUMENTE

PARTIZIPATIONSZIELE, HAUPTZIEL UND ZIELERREICHUNG (HZ/ZE)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Partizipationsziele
Einsatzbereich	Alle Rehabereiche
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Fremdbeurteilung mit Patienteneinbezug, im Normalfall interprofessionelles/interdisziplinäres Behandlungsteam
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Eintritt (HZ) und Austritt (ZE), jeweils ca. 5-10 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	10 Zielkategorien, keine numerische Skala
Wertebereich	Kategoriale Zieldefinition und Zielerreichung
Weitere Unterlagen	Formular (ANQ-Webportal)

Tabelle 10: Instrumentenprofil HZ/ZE

Kontext

Basierend auf der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) bildet die Zieldokumentation zentrale Inhalte des rehabilitativen Leistungsauftrags ab und fördert eine gemeinsame Sprache sowie Zielorientierung im interprofessionellen Team. Sie wurde im Rahmen von ANQ-Pilotprojekten (2007–2009) in der neurologischen und muskuloskelettalen Rehabilitation entwickelt und ab 2011 als Messvorgabe eingeführt.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Die Rehabilitationskliniken gestalten die Prozesse zur Zieldefinition und Beurteilung der Zielerreichung gemäss ANQ-Richtlinien unter Anwendung der vorgegebenen Kategorien sowie eines strukturierten Zielsetzungs- und Beurteilungsschemas. Die Partizipationsziele werden zu Beginn gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten festgelegt, bei Bedarf angepasst und unter Berücksichtigung von Ressourcen, Rehabilitationspotenzial, Kontextfaktoren sowie organisatorischen Rahmenbedingungen definiert. Der Patienteneinbezug ist verbindlich, der Prozess wird dokumentiert.

Die Zielerreichung wird bei Austritt beurteilt und beschreibt den Grad der Zielerreichung unter Berücksichtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit sowie relevanter Rahmenbedingungen. Die Beurteilung erfolgt strukturiert und unter Patienteneinbezug.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM®)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (ADL)
Einsatzbereich	Geriatrische, Internistische, Muskuloskelettale, Neurologische und Onkologische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Fremdbeurteilung (beobachtungsbasiert), im Normalfall geschultes Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 15-30 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Ja, Registration beim ANQ nötig (vgl. 4.1)
Items und Skala	18 Items (13 zur Motorik und 5 zur Kognition), 7-stufige Ordinalskala (1-7), minimal 18 bis maximal 126 Punkte (höherer Wert = höhere Funktionsfähigkeit)
Weitere Unterlagen	Neben dem Formular und dem offiziellen Manual Version 5.2 (nach Registration) stehen den Kliniken die Empfehlungen der FIM®-Expertengruppe zur Verfügung (ANQ-Webportal).

Tabelle 11: Instrumentenprofil FIM®

Kontext

Der FIM® wurde 1983 in den USA entwickelt und dient der Erfassung der funktionellen Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Er zählt neben dem Barthel-Index zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Instrumenten zur Messung der Funktionsfähigkeit in zentralen ADL-Bereichen wie Kontinenz, Transfers, Fortbewegung, Kommunikation und Kognition.

Die Urheberrechte liegen bei Netsmart bzw. dem *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR). Der ANQ besitzt die Nutzungsrechte für die Qualitätsmessung in der Rehabilitation. Die Anwendung ist auf registrierte Kliniken mit entsprechender Lizenzierung beschränkt.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Grundlage der Erhebung sind Beobachtungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) im klinischen Alltag sowie bei Bedarf ergänzende Informationen aus der Dokumentation oder von Angehörigen. Alle Items sind vollständig zu bewerten, auch wenn Aktivitäten nicht ausgeführt werden können. Massgebend ist die tatsächlich beobachtete Leistung. Im Zweifelsfall gilt die strengere Bewertung (geringerer Wert).

ERWEITERTER BARTHEL-INDEX (EBI)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (ADL)
Einsatzbereich	Geriatrische, Internistische, Muskuloskelettale, Neurologische und Onkologische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Fremdbeurteilung (beobachtungsbasiert), im Normalfall geschultes Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 15 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	16 Items (10 zur Motorik und 6 zur Kognition), 5-stufige Ordinalskala (0–4), minimal 0 bis maximal 64 Punkte (höherer Wert = höhere Funktionsfähigkeit)
Weitere Unterlagen	Neben dem Formular stehen den Kliniken die Empfehlungen der EBI-Expertengruppe zur Verfügung (ANQ-Webportal)

Tabelle 12: Instrumentenprofil EBI

Kontext

Der EBI dient der differenzierten Erfassung des Ausmasses der Abhängigkeit von fremder Hilfe in ADL. Er wurde als Weiterentwicklung des Barthel-Index und als lizenzfreie Alternative zum FIM® entwickelt, korreliert stark mit diesem und erfordert einen geringeren Schulungs- und Zeitaufwand.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Grundlage der Erhebung sind Beobachtungen der ADL im klinischen Alltag sowie bei Bedarf ergänzende Informationen aus der Dokumentation oder von Angehörigen. Alle Items sind vollständig zu bewerten, auch wenn Aktivitäten nicht ausgeführt werden können. Massgebend ist die tatsächlich beobachtete Leistung. Im Zweifelsfall gilt die strengere Bewertung (geringerer Wert).

6-MINUTEN-GEHTEST (6MWT)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Körperliche Leistungsfähigkeit
Einsatzbereich	Kardiale und pulmonale Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Leistungsmessung, im Normalfall geschultes Physiotherapiepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 15-20 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	Zurückgelegte Gehstrecke, Distanzmessung in Metern
Weitere Unterlagen	Formular (ANQ-Webportal)

Tabelle 13: Instrumentenprofil 6MWT

Kontext

Der 6-Minuten-Gehtest wurde zur objektiven Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit entwickelt, da anamnestische Angaben zur Belastbarkeit häufig unzuverlässig sind. Er basiert auf früheren Geh- und Belastungstests und wurde für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Belastbarkeit weiterentwickelt. Der Test ist international etabliert und dient der alltagsnahen Beurteilung der funktionellen Gehfähigkeit (Büsching et al., 2009; Cooper, 1968).

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Der Test wird gemäss ANQ- sowie [ATS/ERS-Standards](#) auf einer 30 Meter langen, alle 3 Meter markierten Gehstrecke mit gekennzeichneten Wendepunkten durchgeführt (z.B. Verkehrskegel oder vergleichbare Aufbauten wie Rundlauf in einer Turnhalle). Voraussetzung sind eine ausreichende medizinische Belastbarkeit und Mobilität. Bei Bettlägerigkeit oder ausschliesslicher Zimmermobilität entfällt der Test und wird mit 0 Metern dokumentiert (vgl. 3.7).

Die Patientin bzw. der Patient geht während 6 Minuten möglichst weit (nicht rennen). Pausen sind erlaubt, die Zeit läuft jedoch weiter. Zulässig sind ausschliesslich standardisierte Rückmeldungen. Der Test wird bei Sicherheitsrisiken oder Symptomen wie Thoraxschmerzen, akuter Atemnot, Erschöpfung oder Schmerzen am Bewegungsapparat abgebrochen.

Bei aussergewöhnlich schlechter Tagesform kann die Messung wiederholt werden. Dokumentiert wird das bessere Resultat. Die Durchführung erfolgt mit den üblichen Gehhilfen und unter aktueller Medikation (inkl. Sauerstofftherapie). Ist die Eintrittsmessung zunächst nicht möglich, wird die Austrittsmessung bei ausreichender Mobilität dennoch durchgeführt.

PROMIS GLOBAL HEALTH – 10 (PROMIS GH-10)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Lebensqualität
Einsatzbereich	Kardiale Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Selbstbeurteilung (patient-reported outcome), Koordination im Normalfall durch Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 10 Minuten
Sprachversionen	DE, FR, IT und ENG
Lizenzpflicht	Ja, Registration beim ANQ nötig (vgl. 4.1)
Items und Skala	10 Items (4 Items für Physical Health Score und 4 Items für Mental Health Score), 5-stufige Likertskala (1-5) (Item 1-9) und 0-10 Ratingskala (Item 10), je Subscore minimal 4 bis maximal 20 Punkte (höherer Wert = höhere Lebensqualität)
Weitere Unterlagen	Formular (nach Registration), weitere Informationen auf der PROMIS-Webseite

Tabelle 14: Instrumentenprofil PROMIS GH-10

Kontext

Der PROMIS GH-10 ist ein generischer, international verbreiteter Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über verschiedene Krankheitsbilder hinweg (Pak et al., 2021). Er basiert auf dem PROMIS®-Messsystem (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System). Der ANQ setzt ihn ab 01.01.2026 in der kardialen Rehabilitation als Ersatz für den MacNew Heart ein.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Bei patientenberichteten Fragebogen erfolgt die Abgabe bei Eintritt in der Regel im Erstgespräch. Die Austrittsfragebogen werden in der Regel im Austrittsgespräch abgegeben (vgl. 3.5). Bei nicht erfolgter Rückgabe ist die Patientin bzw. der Patient aktiv zu erinnern. Das Ausfüllen hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Alle Patientinnen und Patienten sind unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen zur Teilnahme zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht. Unterstützung durch Behandelnde ist zulässig, sofern die Antworten inhaltlich nicht beeinflusst werden. Bei **Testverzicht** (u.a. Ablehnung, sprachliche Barrieren oder medizinische Gründe) ist dieser zu dokumentieren. Allfällige weitere Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sind dennoch durchzuführen (vgl. 3.7).

CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRQ)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Lebensqualität
Einsatzbereich	Pulmonale Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Selbstbeurteilung (patient-reported outcome), Koordination im Normalfall durch Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 30 Minuten
Sprachversionen	DE, FR, IT und ENG
Lizenzpflicht	Ja, Registration beim ANQ nötig (vgl. 4.1)
Items und Skala	20 Items, 7-stufige Likertskala (1-7), minimal 20 bis maximal 140 Punkte (höherer Wert = höhere Lebensqualität)
Weitere Unterlagen	Formular (nach Registration)

Tabelle 15: Instrumentenprofil CRQ

Kontext

Der CRQ wurde 1987 von Guyatt et al. entwickelt und erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. Er dient sowohl der Befunderhebung als auch der Beurteilung von Rehabilitationsergebnissen. Verbesserungen im CRQ weisen auf eine gesteigerte Lebensqualität im Alltag hin, unabhängig von Veränderungen der Lungenfunktion (Büsching et al., 2009). Für die ANQ-Messungen wird der vom Lizenzgeber [McMaster University](#) (Canada) bereitgestellte CRQ-SAS (Patientenbogen mit standardisierten Dyspnoe-Fragen) verwendet.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Bei patientenberichteten Fragebogen erfolgt die Abgabe bei Eintritt in der Regel im Erstgespräch. Die Austrittsfragebogen werden in der Regel im Austrittsgespräch abgegeben (vgl. 3.5). Bei nicht erfolgter Rückgabe ist die Patientin bzw. der Patient aktiv zu erinnern. Das Ausfüllen hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Alle Patientinnen und Patienten sind unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen zur Teilnahme zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht. Unterstützung durch Behandelnde ist zulässig, sofern die Antworten inhaltlich nicht beeinflusst werden. Bei **Testverzicht** (u.a. Ablehnung, sprachliche Barrieren oder medizinische Gründe) ist dieser zu dokumentieren. Allfällige weitere Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sind dennoch durchzuführen (vgl. 3.7).

SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten
Einsatzbereich	Paraplegiologische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Fremdbeurteilung (beobachtungsbasiert), im Normalfall geschultes Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 30 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	19 Items (Selbstversorgung, Atmung und Sphinkterversorgung und Mobilität), verschiedene Scores je Item im Bereich 0-15 Punkte, minimal 0 bis maximal 100 Punkte (höherer Wert = höhere Funktionsfähigkeit)
Weitere Unterlagen	Formular (ANQ-Webportal)

Tabelle 16: Instrumentenprofil SCIM

Kontext

Der SCIM misst die Funktionsfähigkeit in den Bereichen Selbstversorgung, Atmung, Kontinenz und Mobilität von Patientinnen und Patienten mit einer Querschnittlähmung (QSL)/Rückenmarksverletzung (Itzkovich et al., 2007; Schädler et al., 2020). Die Entwicklung begann 1994 in Israel und die erste Version (SCIM I) wurde 1997 publiziert, revidierte Versionen folgten 2001 (SCIM II) und 2007 (SCIM III). Mittlerweile gibt es eine Version SCIM IV, wobei der ANQ weiterhin die Version III einsetzt.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Grundlage der Erhebung sind Beobachtungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) im klinischen Alltag sowie bei Bedarf ergänzende Informationen aus der Dokumentation oder von Angehörigen. Alle Items sind vollständig zu bewerten, auch wenn Aktivitäten nicht ausgeführt werden können. Massgebend ist die tatsächlich beobachtete Leistung. Im Zweifelsfall gilt die strengere Bewertung (geringerer Wert).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 15 (PHQ-15)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Somatische Beschwerden
Einsatzbereich	Psychosomatische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Selbstbeurteilung, Koordination im Normalfall durch Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 10 Minuten
Sprachversionen	DE, FR, IT und ENG
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	15 Items, 3-stufige Likertskala (0-2), minimal 0 bis maximal 28 Punkte (höherer Wert = höhere Symptomatik)
Weitere Unterlagen	Formular (ANQ-Webseite), weitere Informationen auf der PHQ-Webseite

Tabelle 17: Instrumentenprofil PHQ-15

Kontext

Der PHQ-15 ist eine Kurzform des in den 1990er-Jahren von Pfizer entwickelten Patient Health Questionnaire (PHQ) und misst die Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden (Kronke K et al., 2002).

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Bei patientenberichteten Fragebogen erfolgt die Abgabe bei Eintritt in der Regel im Erstgespräch. Die Austrittsfragebogen werden in der Regel im Austrittsgespräch abgegeben (vgl. 3.5). Bei nicht erfolgter Rückgabe ist die Patientin bzw. der Patient aktiv zu erinnern. Das Ausfüllen hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Alle Patientinnen und Patienten sind unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen zur Teilnahme zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht. Unterstützung durch Behandelnde ist zulässig, sofern die Antworten inhaltlich nicht beeinflusst werden. Bei **Testverzicht** (u.a. Ablehnung, sprachliche Barrieren oder medizinische Gründe) ist dieser zu dokumentieren. Allfällige weitere Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sind dennoch durchzuführen (vgl. 3.7).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 9 (PHQ-9)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Depression
Einsatzbereich	Psychosomatische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Selbstbeurteilung, Koordination im Normalfall durch Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 10 Minuten
Sprachversionen	DE, FR, IT und ENG
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	9 Items, 4-stufige Likertskala (0-3), minimal 0 bis maximal 27 Punkte (höherer Wert = höhere Symptomatik)
Weitere Unterlagen	Formular (ANQ-Webseite), weitere Informationen auf der PHQ-Webseite

Tabelle 18: Instrumentenprofil PHQ-9

Kontext

Der PHQ-9 gehört zur Familie des Patient Health Questionnaire (PHQ) und wurde in den 1990er-Jahren im Auftrag von Pfizer entwickelt (Kroenke & Spitzer, 2002). Er dient der Erfassung und Schweregradbestimmung depressiver Symptome und kann sowohl als Screening, als auch als Verlaufsinstrument eingesetzt werden (Kroenke et al., 2001). Seit 2024 ersetzt der PHQ-9 gemeinsam mit der GAD-7 die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Bei patientenberichteten Fragebogen erfolgt die Abgabe bei Eintritt in der Regel im Erstgespräch. Die Austrittsfragebogen werden in der Regel im Austrittsgespräch abgegeben (vgl. 3.5). Bei nicht erfolgter Rückgabe ist die Patientin bzw. der Patient aktiv zu erinnern. Das Ausfüllen hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Alle Patientinnen und Patienten sind unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen zur Teilnahme zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht. Unterstützung durch Behandelnde ist zulässig, sofern die Antworten inhaltlich nicht beeinflusst werden. Bei **Testverzicht** (u.a. Ablehnung, sprachliche Barrieren oder medizinische Gründe) ist dieser zu dokumentieren. Allfällige weitere Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sind dennoch durchzuführen (vgl. 3.7).

GENERALIZED ANXIETY DISORDER – 7 (GAD-7)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Angst
Einsatzbereich	Psychosomatische Rehabilitation
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Selbstbeurteilung, Koordination im Normalfall durch Pflegepersonal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Ein- und Austritt, jeweils ca. 5 Minuten
Sprachversionen	DE, FR, IT und ENG
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	7 Items, 4-stufige Likertskala (0-3), minimal 0 bis maximal 21 Punkte (höherer Wert = höhere Symptomatik)
Weitere Unteralgen	Formular (ANQ-Webseite), weitere Informationen auf der PHQ-Webseite

Tabelle 19: Instrumentenprofil GAD-7

Kontext

Die GAD-7 ist ein etabliertes Screening- und Verlaufsinstrument zur Erfassung ängstlicher Symptomatik. Sie wurde von derselben Arbeitsgruppe entwickelt wie der Patient Health Questionnaire (PHQ) und ermöglicht die Erfassung von Angst bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden (Spitzer et al., 2006). Sie dient sowohl dem Screening von Angststörungen als auch der Schweregradbestimmung von Angstsymptomen (Kroenke et al., 2010). Seit 2024 ersetzt die GAD-7 gemeinsam mit dem PHQ-9 die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Bei patientenberichteten Fragebogen erfolgt die Abgabe bei Eintritt in der Regel im Erstgespräch. Die Austrittsfragebogen werden in der Regel im Austrittsgespräch abgegeben (vgl. 3.5). Bei nicht erfolgter Rückgabe ist die Patientin bzw. der Patient aktiv zu erinnern. Das Ausfüllen hat zwingend in der Klinik zu erfolgen.

Alle Patientinnen und Patienten sind unabhängig von Diagnose oder Sprachkenntnissen zur Teilnahme zu motivieren. Das selbständige Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht. Unterstützung durch Behandelnde ist zulässig, sofern die Antworten inhaltlich nicht beeinflusst werden. Bei **Testverzicht** (u.a. Ablehnung, sprachliche Barrieren oder medizinische Gründe) ist dieser zu dokumentieren. Allfällige weitere Eintritts- bzw. Austrittsmessungen sind dennoch durchzuführen (vgl. 3.7).

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (CIRS)

Instrumentenprofil

MERKMAL	BESCHREIBUNG
Indikator	Kein Indikator, zur Beschreibung der Komorbidität sowie als unabhängige Variable zur Berechnung der risikoadjustierten Ergebnisqualität
Einsatzbereich	Alle Rehabereiche
Art des Instruments und zuständige Berufsgruppe	Fremdbeurteilung, im Normalfall geschultes ärztliches Personal
Erfassungszeitpunkt und Zeitbedarf	Eintritt, ca. 10 Minuten
Sprachversionen	DE, FR und IT
Lizenzpflicht	Nein
Items und Skala	14 Items, 5-stufige Ordinalskala (0-4), minimal 0 bis maximal 56 Punkte (höherer Wert = höhere Komorbidität)
Weitere Unteralgen	Neben dem Formular steht das CIRS-Manual zur Verfügung (ANQ-Webseite)

Tabelle 20: Instrumentenprofil CIRS

Kontext

Die CIRS wurde zur umfassenden Erfassung von Komorbiditäten bei multimorbiden Patientinnen und Patienten entwickelt (Linn et al. 1968) und von Miller und Towers (1992) weiterentwickelt. Die vom ANQ verwendete Version von Salvi et al. (2008) basiert auf der Version von Miller und Towers. Das Instrument bildet die Krankheitslast über 14 Organsysteme ab und korreliert unter anderem mit Mortalität, Hospitalisationshäufigkeit, funktionellen Einschränkungen und weiteren klinischen Outcomes. Hinweis: Für die Cumulative Illness Rating Scale hat sich die gleichlautende Abkürzung wie für das Critical Incident Reporting System eingebürgert.

ANQ-Richtlinien zur Anwendung

Die CIRS wird nur bei Eintritt ausgefüllt. Eine Austrittsmessung ist für die ANQ-Qualitätsmessungen nicht vorgesehen. Grundlage dazu bildet die medizinische Dokumentation, die körperliche Untersuchung und eine ausführliche Anamnese.

ANHANG B

DATENFORMATE

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

DATENFORMATE REHASPEZIFISCHE MESSUNGEN (MESS- UND ZUSATZDATEN)

Die Tabellen zu den einzelnen Datenformaten der rehaspezifischen Messungen (Mess- und Zusatzdaten) stehen im [Downloadbereich Rehabilitation](#) auf dem ANQ-Webportal als Excelfile zur Verfügung.

LITERATURVERZEICHNIS

- Balke, B. (1963). *A Simple Field Test for the Assessment of Physical Fitness*. CARI Report 63-18.
- Büsching, G., Hilfiker, R., Mangold, F., Messmer, G., Van Oort, E., Schädler, S., Schefer, M., Schenker, M., Wettstein, M., & Van Wittenberge, P. (2009). *Assessments in der Rehabilitation: Kardiologie und Pneumologie: Vol. Band 3* (2009th ed.).
- Cooper, K. H. (1968). A Means of Assessing Maximal Oxygen Intake: Correlation Between Field and Treadmill Testing. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 203(3), 201–204.
<https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140030033008>
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2020). *DefReha © Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen DefReha © 3.0*. https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c_/DefReha_3.0__d.pdf
- Itzkovich, M., Gelernter, I., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M. T., Craven, B. C., Tonack, M., Hitzig, S. L., Glaser, E., Zeilig, G., Aito, S., Scivoletto, G., Mecci, M., Chadwick, R. J., El Masry, W. S., Osman, A., Glass, C. A., Silva, P., Soni, B. M., ... Catz, A. (2007). The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: Reliability and validity in a multi-center international study. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1926–1933.
<https://doi.org/10.1080/09638280601046302>
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). *The functional independence measure: a new tool for rehabilitation*. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6–18.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4).
- Kroenke K, Spitzer R.L., & Williams J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative Illness Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622–626. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02103.x>
- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H., Mulsant, B., & Reynolds III, C. F. (1992). *Rating Chronic Medical Illness Burden in Geropsychiatric Practice and Research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale*.
- Oesch, P., Hilfiker, R., Keller, S., Kool, J., Luomajoki, H., Schädler, S., Tal-Akabi, A., Verra, M., & Widmer Leu, C. (2017). Assessments in der Rehabilitation: Bewegungsapparat. In *Assessments in der Rehabilitation: Vol. Band 2*.
- Pak, S. S., Miller, M. J., & Cheuy, V. A. (2021). Use of the PROMIS-10 global health in patients with chronic low back pain in outpatient physical therapy: a retrospective cohort study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(1).
<https://doi.org/10.1186/s41687-021-00360-8>
- Prosiegel, M., Böttiger, S., & Schenk, T. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie Und Rehabilitation*, 2(1), 7–13.

- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessì-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified Cumulative Illness Rating Scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1926–1931. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x>
- Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H., Detlef, M., Oesch, P., Pfeffer, A., & Wirz, M. (2020). Assessments in der Rehabilitation: Neurologie. *Assessments in Der Rehabilitation: Neurologie*. <https://doi.org/10.1024/85889-000>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- VKL. (2002). *Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung 1*. https://lex.wedlaw.ch/lex.php?norm_id=832.104&source=SR&lex_id=93215&file=de-pdf_file_a.pdf

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: ANQ-Messplan Rehabilitation 2027	8
Abbildung 2: Erfassungszeitpunkte und Beobachtungsperiode.....	13
Abbildung 3: Zu erhebende Daten je Fall.....	19

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Hauptbestandteile und Zielgruppen des Messmanuals.....	6
Tabelle 2: Formular für Verzichtsründe bei Patientenfragebogen und beim Leistungstest.....	14
Tabelle 3: Inhalt der ZU-Datei	23
Tabelle 4: Inhalt der FF-Datei	23
Tabelle 5: Inhalt der KA-Datei	24
Tabelle 6: Inhalt der PP-Datei.....	25
Tabelle 7: Inhalt der PS-Datei.....	25
Tabelle 8: Inhalt der PU-Datei.....	26
Tabelle 9: Stichtage zur finalen Datenabgabe.....	30
Tabelle 10: Instrumentenprofil HZ/ZE.....	31
Tabelle 11: Instrumentenprofil FIM®.....	32
Tabelle 12: Instrumentenprofil EBI.....	33
Tabelle 13: Instrumentenprofil 6MWT.....	34
Tabelle 14: Instrumentenprofil PROMIS GH-10	35
Tabelle 15: Instrumentenprofil CRQ	36
Tabelle 16: Instrumentenprofil SCIM	37
Tabelle 17: Instrumentenprofil PHQ-15.....	38
Tabelle 18: Instrumentenprofil PHQ-9.....	39
Tabelle 19: Instrumentenprofil GAD-7	40
Tabelle 20: Instrumentenprofil CIRS	41

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Nationaler Messplan Rehabilitation: Rehaspezifische Messungen 2027, Messmanual zu Verfahren und Datenerhebung, Version 1.0
Jahr	2026
Autorinnen und Autoren	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Kontakt-Korrespondenzadresse	rehabilitation@anq.ch
Qualitätsausschuss Rehabilitation	Qualitätsausschüsse Rehabilitation – ANQ
Auftraggeberin ANQ	Stephan Tobler, Leitung Rehabilitation
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern
Zitierweise	ANQ, Bern; Charité – Universitätsmedizin Berlin; w hoch 2, Bern (2026): Nationaler Messplan Rehabilitation. Rehaspezifische Messungen 2027, Messmanual zu Verfahren und Datenerhebung, Version 1.0