Nationaler Messplan Rehabilitation Datenhandbuch

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

Version 9.2, 2023/01

Gültig ab 01.01.2023

Kontakt
E-Mail: anq-messplan@charite.de

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 156
Manuela Marquardt (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 102
Prof. Dr. Karla Spyra (Projektleitung) Tel.: +49 30 450 517 125

Charité – Universitätsmedizin Berlin

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.

Farbcodierung	Geändert per	Stichwort
Blau	01. Januar 2023	Änderung Definition Dropout – Verlegungen ins Akutspital
Gelb	01. Januar 2022	Messplananpassung ab 2022 – Streichung Fahrrad-Ergometrie in der kardialen Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Farbcodierungen / Änderungsjournal 1

1. Einführung 4

1.1. Inhalt und Zielgruppe des Datenhandbuchs 4

1.2. Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen 5

1.3. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 9.1 5

1.4. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 8.1 5

2. Nationaler Messplan Rehabilitation 5

3. Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten 9

4. Format und Struktur der Daten 11

4.1. Datenformate 11

4.2. Dateiformate 11

4.3. Vorgabe der Dateinamen 11

4.4. Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation) 12

5. Datendefinition Einzeltabellen 13

5.1. Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MB-Zeile) 13

5.2. Zusätzliche Daten (ZU-Zeile) 14

5.3. Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Zeile, ehemals M2-Zeile) 15

5.4. Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Zeile) 16

5.5. Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Zeile) 17

5.6. Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Zeile) 18

5.7. Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Zeile) 19

6. Angaben zu Dropouts und fehlenden Werten 20

6.1. Dropout: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan 20

6.2. Testverzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen 21

6.3. Fehlende Werte (missings) 22

7. Datenerhebung – Monitoring in den Kliniken 23

7.1. Prüfung bei der Dateneingabe 23

7.2. Fallbezogene Prüfung nach Abschluss von Eintritts- bzw. bei Austrittsmessung 24

7.3. Prüfung vor der Datenübermittlung 26

8. Datenschutz 28

9. Datenübermittlung und -prüfung per Web-Anwendung ReMoS 29

9.1. Administratoren-Zugang 29

9.2. Periodizität – Termine 29

10. Kontakt 30

Anhang 31

A. Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile) 31

B. Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile) 35

C. Format Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Zeile, ehemals M2-Zeile) 36

D. Format Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Zeile) ... 42
E. Format Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Zeile) ... 47
F. Format Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Zeile) ... 52
G. Format Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Zeile) ... 56
H. Beispiele für die technische Umsetzung der Prüflogik auf Fallebene (vgl. Kapitel 7.2) ... 60
I. Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär ... 67
J. Hinweise zur Score-Berechnung ... 69

1. Einführung

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

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

Das vorliegende Datenhandbuch wurde auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes zum Nationalen Messplan Rehabilitation und des Verfahrenshandbuches vom zuständigen Auswertungsinstitut Charité – Universitätsmedizin Berlin in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt und ist ab 1. Januar 2023 gültig. Datenhandbuch und Verfahrenshandbuch sind aufeinander abgestimmt.

Sie erhalten weitere Informationen zum Nationalen Messplan Rehabilitation insbesondere zu inhaltlichen Fragen, die nicht Bestandteil dieses Datenhandbuchs sind, auf dem Webportal des ANQ: Downloadbereich Rehabilitation. **Hier finden Sie Informationen zum Projekt und alle wesentlichen Dokumente** (Verfahrenshandbuch, Erfassungsinstrumente, etc.) zum Webdownload.

1.1. Inhalt und Zielgruppe des Datenhandbuchs

Das Datenhandbuch umfasst die Definitionen der Daten aus den Instrumenten für die bereichsspezifischen Messungen des Nationalen Messplans Rehabilitation[1] sowie weiterer Daten, die für die Auswertung benötigt werden. Es richtet sich an die messverantwortlichen Personen und die IT-Verantwortlichen der beteiligten Kliniken, welche die technischen Voraussetzungen für die Integration der Qualitätsmessungen in die Behandlungs-, Qualitätsmanagement- und Führungsprozesse erarbeiten.

Primäres Ziel des Datenhandbuches ist die Sicherstellung einer bestmöglichen Datenqualität, die darin besteht, dass die am Nationalen Messplan Rehabilitation teilnehmenden Kliniken die erforderlichen Daten vollständig, fehlerfrei und einheitlich codiert an das Auswertungsinstitut liefern. Im Datenhandbuch sind die Spezifikationen der zu erhebenden Daten (Variablenliste, Wertebereich, Ausprägungen und Definition von fehlenden Werten) festgelegt. Außerdem ist im Datenhandbuch eine Prüflogik definiert, welche die Kliniken bei der Eingabe der Daten berücksichtigen sollen, um fehlende Angaben (Vollständigkeit des Datensatzes) und offensichtliche Fehlangaben (Validität der Angaben) zu verhindern. Ab 2021 steht für die Datenübermittlung und die Datenprüfung eine Web-Anwendung namens ReMoS (Rehabilitation Monitoring System) zu Verfügung, welche die Kliniken bei der Prüfung ihrer Daten unterstützt. Die Web-Anwendung ist auf das jeweils aktuelle Datenhandbuch abgestimmt. Weiterhin enthält das Datenhandbuch Vorgaben für die Datenlieferung (Inhalt, Format und Periodizität). Hierzu gehört auch die Beachtung der datenschutzkonformen Übermittlung der Daten.

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

1.2. Bezug zu anderen Projekten und Datenerhebungen

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

Dies betrifft:

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

1.3. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 9.1

Es wurden folgende Änderungen im Datenhandbuch 9.2 gegenüber der Vorversion vorgenommen:
Angaben zu Dropouts: Bei einem Abbruch der Rehabilitation wird ab 2023 nicht mehr zwischen ungeplanten und geplanten Verlegungen in ein Akutspital unterschieden. In beiden Fällen wird, sofern die Verlegung länger als 24h dauert, der Fall als «Dropout» codiert und aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Kapitel 6.1).

1.4. Änderungen gegenüber Datenhandbuch Version 8.1

Es wurden folgende Änderungen im Datenhandbuch 9.0 gegenüber der Vorversion vorgenommen:
Das Messinstrument Fahrrad-Ergometrie wird für die kardiale Rehabilitation aus dem Nationalen Messplan Rehabilitation gestrichen. Somit ist ab 2022 neben der Erhebung von Hauptziel und Zielerreichung (HZ / ZE) und des MacNew Heart die Erhebung des 6-Minuten-Gehtest für alle kardialen Patientinnen und Patienten vorgesehen.
Die inhaltlichen Änderungen des Nationalen Messplans Rehabilitation beziehen sich damit ausschliesslich auf die KA-Zeile, siehe Kapitel 5.4 sowie Anhang D und H.
Des Weiteren wurden die Termine für die Datenübermittlung der kommenden Jahre aktualisiert, siehe Kapitel 9.2.

2. Nationaler Messplan Rehabilitation

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

Der Nationale Messplan Rehabilitation umfasst neun verschiedene Instrumente für die Messung der Ergebnisqualität. Grundsätzlich ist die Indikation der Patientin, des Patienten massgeblich für die Bestimmung der bei der Patientin, beim Patienten anzuwendenden Instrumente für die Ein- und Austrittsmessung.

Die Bestimmung der Indikation bzw. des Rehabereichs des Patienten oder der Patientin erfolgt in der Rehabilitationsklinik. Der ANQ sieht in Anlehnung an das Definitionspapier «DefReha© Version 2.0»[2] folgende Rehabereiche vor:

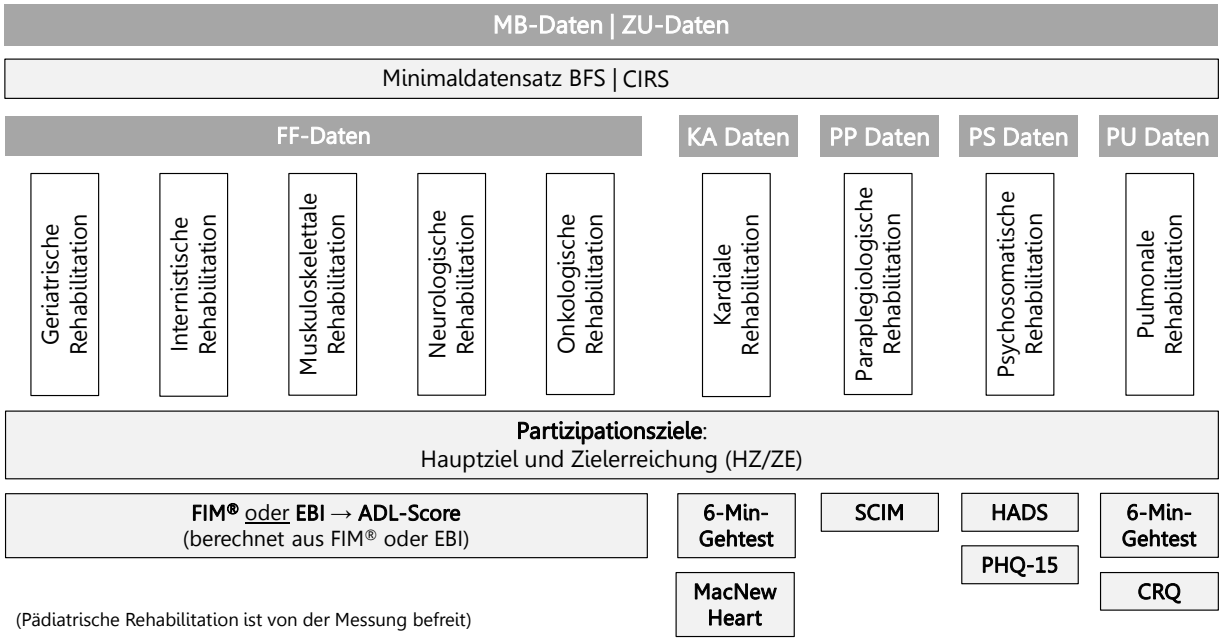
[2] https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c_/20181214_DefReha_Version_2.0_d_definitiv_.pdf

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Pädiatrische Rehabilitation[3]
- Paraplegiologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte sowie die zu übermittelnden Daten des Nationalen Messplans Rehabilitation für die bereichsspezifischen Messungen.
Für alle Patientinnen und Patienten werden der Minimaldatensatz des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie die CIRS übermittelt.
Für die Rehabereiche kardiale, paraplegiologische, psychosomatische sowie pulmonale Rehabilitation sind einzelne spezifische Messvorgaben vorhanden, d. h. es werden indikationsspezifische Instrumente zur Ergebnismessung eingesetzt.
Für die übrigen fünf Rehabereiche (geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation) wird zur Ergebnismessung ein gemeinsames «generisches» Mess-Set eingesetzt.
Die Partizipationsziele und deren Zielerreichung werden in allen Rehabereichen dokumentiert.
Die aufgeführten Instrumente je Rehabereich müssen jeweils zu Reha-Eintritt und -Austritt bei der Patientin, beim Patienten erhoben werden.

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

Abbildung 1: **Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenübermittlung nach Rehabereich**



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

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

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

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

Kardiale Rehabilitation (KA-Zeile):

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** (Streichung Fahrrad-Ergometrie)
- **MacNew Heart**

Paraplegiologische Rehabilitation (PP-Zeile)

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

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

Psychosomatische Rehabilitation (PS-Zeile):

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)
- **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Pulmonale Rehabilitation (PU-Zeile):

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)**

Pädiatrische Rehabilitation:

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

3. Falldefinition und Übersicht über die zu erhebenden Daten

Die Rehakliniken und Akutspitäler mit Rehabilitationsabteilungen (nachfolgend Kliniken) liefern Daten für **alle Patientinnen und Patienten**, die **stationär behandelt werden**[4]. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im Anhang zu finden (Anhang I). Die Kliniken erfassen jede/n zum stationären Aufenthalt in die Klinik eingetretene Patientin oder eingetretenen Patienten, unabhängig von ihrem bzw. seines geplanten Austrittsdatums und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatus, Herkunft oder dem Vorliegen einer Mehrfachhospitalisierung. Die Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall.

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

Abbildung 2: Zu erhebende Daten je Fall

Minimales Datenset des BFS	Zusätzliche Daten	Bereichsspezifische Messdaten
MB-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)

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

a) Daten aus der obligatorischen Lieferung der **Medizinischen Statistik des BFS (Minimales Datenset)**. Die Daten des Minimalen Datensets des BFS sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei einer Datenzeile (analog BFS).
Details zu den Daten des Minimalen Datensets des BFS sind in Kapitel 5.1 sowie der Datentabelle im Anhang A aufgeführt.

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

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

c) **Instrumente des Nationalen Messplans Rehabilitation**, jeweils bereichsspezifische Auswahl (gemäss DefReha© Version 2.0), Messung jeweils bei Ein- und Austritt.
Die Daten der Qualitätsmessungen sollen als eigene Datei zur Verfügung gestellt werden. Ein Fall entspricht dabei zwei Datenzeilen (Messung bei Eintritt, Messung bei Austritt).
Details zu den Instrumenten des Messplans für die einzelnen Rehabilitationsbereiche sind den Kapiteln 5.3 bis 5.7 sowie den Datentabellen im Anhang (Anhang C bis G) zu entnehmen.

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

4. Format und Struktur der Daten

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

4.1. Datenformate

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

Als **Datumsformat (D)** wird allgemein JJJJMMTT verwendet. Darüber hinaus gibt es auch Datumsangaben im Format JJJJMMTThh, die um eine Stundenangabe ergänzt werden (Anhang A: MB-Zeile: 1.2.V01, 1.5.V01, 1.7.V02).

Zeitangaben (T) werden im Format mm:ss angegeben. Dies betrifft die Angabe der Dauer der erfolgten Leistung im 6-Minuten-Gehtest (Anhang D – KA-Zeile: 4.3.V02; Anhang G – PU-Zeile: 8.3.V02).

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

4.2. Dateiformate

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

4.3. Vorgabe der Dateinamen

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

Zeichen 1-3	Zeichenfolge **ANQ**,
Zeichen 4-6	**Klinik-ID** (**dreistellig,** z. B. **001, 102**),
Zeichen 7	Trennzeichen Unterstrich (**_**),
Zeichen 8 und 9	Identifikator der Rekordart (**MB, ZU, FF, KA, PP, PS, PU**),
ab Zeichen 10	*optionaler Freitext*
letzte 4 Zeichen	Dateiendung **.csv**

Beispielnamen entsprechend der Vorgabe: **ANQ001_FF_***(optionaler_Freitext)***.csv** bzw.
ANQ102_PU_*(optionaler Freitext)***.csv**

Die korrekte Benennung der Dateien nach den Vorgaben für die Dateinamen (Zeichen 1 bis 9) ist Voraussetzung für den automatischen Upload der Dateien in die Web-Anwendung ReMoS zur Datentestung bzw. -übermittlung (siehe Kapitel 9).

4.4. Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation)

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

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

– Minimales Datenset BFS:	MB-Zeile, Feld 51
– Zusatzdaten bei Eintritt:	 ZU-Zeile, Feld 2
– Messdaten Rehabereiche jeweils bei Ein- und Austritt:	
- Geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation	FF-Zeile, Feld 2
- Kardiale Rehabilitation	KA-Zeile, Feld 2
- Paraplegiologische Rehabilitation	PP-Zeile, Feld 2
- Psychosomatische Rehabilitation	PS-Zeile, Feld 2
- Pulmonale Rehabilitation	PU-Zeile, Feld 2

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

Alle Datensätze der Patientinnen und Patienten müssen mit der klinikinternen Fallidentifikationsnummer (FID) 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 (FID), können erhobene Daten nicht in die Auswertung eingehen!

5. Datendefinition Einzeltabellen

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

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

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Dieses Datenset umfasst neben soziodemografischen Merkmalen auch Informationen zum Ein- und Austritt der Patientinnen und Patienten, betriebswirtschaftliche Angaben und Diagnosen sowie Informationen zur Behandlung. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Variablen ist in der Variablenspezifikation der Medizinischen Statistik (BFS, 2020[5]) aufgeführt.

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

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

Tabelle 1: Inhalt der MB-Zeile

Datenfelder	Inhalt MB-Zeile
Felder 1 – 50	Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik: Minimales Datenset (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, gültig ab 2020)
Feld 51	klinikinterne **Fallidentifikationsnummer (FID)** FID notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Behandlungsfalles miteinander verbinden zu können.
Feld 52	klinikinterne **Patientenidentifikationsnummer (PID)** PID ist notwendig, um Patientinnen/Patienten bei wiederholten Aufenthalten in der gleichen Klinik identifizieren zu können.

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

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

[5] Seit dem 01.01.2020 ist eine neue Version der Spezifikation der Variablen der Medizinischen Statistik gültig, https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.12167417.html

5.2. Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

Für jede Patientin bzw. jeden Patienten werden zusätzlich zu den Messdaten der einzelnen Rehabereiche (Module FF, KA, PP, PS oder PU) bei Eintritt Daten zur Komorbidität mit der CIRS-Skala erfasst. Die Daten werden in der ZU-Zeile übermittelt.

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

Tabelle 2: Inhalt der ZU-Zeile

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

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

5.3. Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Zeile, ehemals M2-Zeile)

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

- die 1. FF-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- die 2. FF-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

Jede **FF-Zeile** enthält je Behandlungsfall **59 Datenfelder (Spalten)**, deren Inhalte in Tabelle 3 verdeutlicht werden.

Tabelle 3: Inhalt der FF-Zeile

Datenfelder	Inhalt FF-Zeile	Angaben für geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier FF	X
Feld 2	**klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)**	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha©	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/ Austritt)	X
Feld 6	Dropout	X
Feld 7	Datum Dropout	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 42	Items des FIM®	**FIM® oder EBI** *für alle Pat. einer Klinik das gleiche Verfahren wählen;*
Felder 43 – 59	Items des EBI	*Felder des nicht gewählten Verfahrens bleiben leer*

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

5.4. Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Zeile)

Für jeden Fall des Rehabereichs kardiale Rehabilitation werden zwei KA-Zeilen in der KA-Datei geliefert:

- die 1. KA-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- die 2. KA-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

Jede **KA-Zeile** enthält je Behandlungsfall **58 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Inhalt der KA-Zeile

Datenfelder	Inhalt KA-Zeile	Angaben für kardiale Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier KA	X
Feld 2	**klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)**	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha©	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X
Feld 6	Dropout	X
Feld 7	Datum Dropout	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 28	Items des 6-Minuten-Gehtest (6-MWT)	X
Felder 29 - 58	Items des MacNew Heart	X

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **KA-Zeile** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich **im Anhang D.**

5.5. Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Zeile)

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

- die 1. PP-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- die 2. PP-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

Jede **PP-Zeile** enthält je Behandlungsfall **39 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Inhalt der PP-Zeile

Datenfelder	Inhalt PP-Zeile	Angaben für paraplegiologische Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PP	X
Feld 2	**klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)**	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha©	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X
Feld 6	Dropout	X
Feld 7	Datum Dropout	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 39	Items der SCIM	X

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PP-Zeile** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich **im Anhang E.**

5.6. Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Zeile)

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

- die 1. PS-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- die 2. PS-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

Jede **PS-Zeile** enthält je Behandlungsfall **54 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6: Inhalt der PS-Zeile

Datenfelder	Inhalt PS-Zeile	Angaben für psychosomatische Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PS	X
Feld 2	**klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)**	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha©	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X
Feld 6	Dropout	X
Feld 7	Datum Dropout	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 37	Items des PHQ-15	X
Felder 38 – 54	Items der HADS	X

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PS-Zeile** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich **im Anhang F.**

5.7. Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Zeile)

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

- die 1. PU-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Eintrittsmessung
- die 2. PU-Zeile umfasst Daten zur Fallzuordnung, Daten der Austrittsmessung

Jede **PU-Zeile** enthält je Behandlungsfall **51 Datenfelder (Spalten)**. Die Inhalte der Datenfelder sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Inhalt der PU-Zeile

Datenfelder	Inhalt PU-Zeile	Angaben für pulmonale Rehabilitation
Feld 1	Rekordart der Zeile: hier PU	X
Feld 2	**klinikinterne Fallidentifikationsnummer (FID)**	X
Feld 3	BUR-Nummer der Klinik	X
Feld 4	Rehabereich gemäss DefReha©	X
Feld 5	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	X
Feld 6	Dropout	X
Feld 7	Datum Dropout	X
Felder 8 – 19	Items Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)	X
Felder 20 – 28	Items des 6-Minuten-Gehtest (6-MWT)	X
Felder 29 – 51	Items des CRQ	X

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes der **PU-Zeile** einschliesslich der Variablenspezifikationen befindet sich **im Anhang G.**

6. Angaben zu Dropouts und fehlenden Werten

6.1. Dropout: Ausschluss aus dem Gesamt-Messplan

Die Durchführung der Ein- und Austrittsmessungen gemäss Messplan Rehabilitation ist für alle Patientinnen und Patienten obligatorisch. Ist der Abschluss der Messungen aufgrund eines Abbruchs der Rehabilitation nicht möglich, werden die Falldaten als «Dropout» codiert und aus der Auswertung ausgeschlossen. Mögliche Abbruchgründe sind eine (geplante oder ungeplante) Verlegung in ein Akutspital länger als 24h, ein vorzeitiger Austritt auf Wunsch der Patientin oder des Patienten oder ein Todesfall. Des Weiteren werden Behandlungsfälle mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 8 Tagen als Dropout codiert (Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Rehaeintritt), da hier keine aussagekräftige Messung zur Veränderung der Behandlungsergebnisse möglich ist.

Dropout (Ausschlussgründe):

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

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

Dropouts werden in den Datenzeilen an folgenden Stellen dokumentiert:

- FF-Zeile: Variablen 3.1.V05/06, siehe Anhang C
- KA-Zeile: Variablen 4.1.V05/06, siehe Anhang D
- PP-Zeile: Variablen 6.1.V05/06, siehe Anhang E
- PS-Zeile: Variablen 7.1.V05/06, siehe Anhang F
- PU-Zeile: Variablen 8.1.V05/06, siehe Anhang G

Sonderfälle (Fallabschluss/Eröffnung eines neuen Behandlungsfalls):

Kommt die Patientin bzw. der Patient nach einer (geplanten oder ungeplanten) **Verlegung in ein Akutspital** zurück in die stationäre Rehabilitation, dann ist ein neuer Fall zu eröffnen. Die Eintrittsmessungen sind erneut durchzuführen, bei Entlassung erfolgen die Austrittsmessungen.

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.

Bei einem **Wechsel der Indikation** während der Rehabilitation 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.

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

6.2. Testverzicht bzw. Nichtdurchführung einzelner Messungen

Gründe für einen Testverzicht (Nichtdurchführung der Messung) sind spezifisch für die einzelnen Messungen und haben – anders als Ausschlussgründe (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 bzw. der Patient die Teilnahme ab oder wird aus medizinischen Gründen darauf verzichtet, sind trotzdem allfällige weitere Eintrittsmessungen bzw. die Austrittsmessungen durchzuführen. Gleiches gilt für ein Versäumnis: Hat eine Klinik beispielsweise eine Eintrittsmessung versäumt, sind allfällige weitere Eintrittsmessungen bzw. die Austrittsmessungen grundsätzlich durchzuführen.

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

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

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)

Die **Verzichtsgründe** werden in der KA-, PS- bzw. PU-Datei am Ende des jeweiligen Variablenblocks zu einem spezifischen Instrument dokumentiert, vgl. Anhang D, F sowie G.

Testverzicht 6-Minuten-Gehtest aufgrund eines schlechten Allgemeinzustands

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

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

Beim 6-Minuten-Gehtest ist darüber hinaus in den entsprechenden Formularen die Angabe von **Abbruchgründen** vorgesehen (warum wird der Test beendet bzw. abgebrochen). Beim 6-Minuten-Gehtest muss nur ein Abbruchgrund angegeben werden, wenn die Gehdauer von 6 Minuten nicht erreicht wird.

Details zur Angabe der **Abbruchgründe bei dem Leistungstest** sind in den Anhängen D und G aufgeführt: KA-Zeile: Variablen 4.3.V05/06 (6-MWT) PU-Zeile: Variablen 8.3.V05/06 (6-MWT).

6.3. Fehlende Werte (missings)

In den **Patienten-Fragebogen** können fehlende Angaben auftreten. Diese Informationen sollen ebenfalls erfasst werden, d. h. das Feld soll nicht einfach leer bleiben, sondern mit einem Wert für «missing» ausgefüllt werden. Die Vorgabe für die fehlenden Werte («missings») orientiert sich an der Skalierung der Antworten. Für den MacNew Heart, PHQ-15, HADS und den CRQ wird die Ziffer «9» als fehlender Wert definiert.

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

In den Datentabellen im Anhang B bis G finden sich die Angaben zu fehlenden Werten in Spalte 7.

7. Datenerhebung – Monitoring in den Kliniken

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

Für die klinikinterne Datenprüfung kann ab dem Messjahr 2021 die Web-Anwendung ReMoS genutzt werden, über die auch beginnend mit dem Messjahr 2021 die Daten regulär an das Auswertungsinstitut übermittelt werden (siehe Kapitel 9).
Bei Problemen oder Schwierigkeiten bietet das Auswertungsinstitut Charité jederzeit Unterstützung an, siehe Kontaktdaten in Kapitel 10.

7.1. Prüfung bei der Dateneingabe

Der Schwerpunkt der Prüfung bei der Dateneingabe liegt in der Vermeidung der Eingabe von falschen bzw. ungültigen Werten. Zu diesem Zweck sollten die Möglichkeiten der **Gültigkeitsprüfung** in dem zur Eingabe verwendeten Software-Programm genutzt werden. Für jede Variable sollten gültige und ungültige Werte(-bereiche) definiert werden. Bei der Eingabe von Werten, die ausserhalb des angegebenen Gültigkeitsbereiches liegen, sollte eine **Fehlermeldung** erscheinen, die den Eingebenden darauf aufmerksam macht, dass der Wert fehlerhaft bzw. nicht gültig ist. Eine andere Möglichkeit ist es, die Auswahl möglicher Eingabewerte von vornherein über eine Liste vorgegebener gültiger Werte zu beschränken. Dieses Vorgehen empfiehlt sich insbesondere bei den Items des Erweiterten Barthel-Indexes (EBI), bei denen keine aufeinanderfolgende Nummerierung der Wertelabels vorliegt.
Kapitel 4.1 (Datenformate) sowie den Datentabellen im Anhang A bis G sind folgende Informationen bezüglich der Definition gültiger Werte für jede Variable zu entnehmen:

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

  Tabellen Datenformat, Anhänge A bis G, Spalte 5 (Format (Anzahl Elemente): variablenspezifische Vorgaben

- **Beschreibung des gültigen Wertebereiches der einzugebenden Daten:**
  Tabellen Datenformat, Anhänge A bis G Spalten 6 (Wertebereich) und 7 (missings);
  Werte für missing-Angaben (fehlende Patientenangaben) sind ebenfalls gültige Werte, z. B. beim MacNew Heart: gültiger Wertebereich 0-7, 9

- **Vorgabe ungültiger Werte:**
  Tabellen Datenformat, Anhänge A bis G, Spalte 9 (Prüflogik), z. B. MacNew Heart: Werte >7 sind ungültig, 9 ist ein gültiger Wert

Eine weitere Kontrolle bezieht sich auf die **Vermeidung von fehlenden Angaben** bei den Qualitätsmessungen durch entsprechende Hinweise während der Dateneingabe, falls ein Variablenkomplex (Einzelscores der einzelnen Tests oder Verfahren) lückenhaft ausgefüllt wird.
Bei der Eingabe der Test- und Assessment-Ergebnisse ist generell darauf zu achten, dass das Durchführungsdatum angegeben wird (jeweils die 1. Variable im entsprechenden Variablenblock). Weiterhin soll eine Fehlermeldung erscheinen, wenn ein Variablenkomplex nicht vollständig beantwortet wurde. Das **Überspringen von Items ohne Eingabe** sollte nur mit **Warnhinweis** für den Eingebenden möglich sein.

Wurde ein Test oder Assessment nicht durchgeführt oder abgebrochen, müssen der Abbruchgrund und das Testdatum (also eigentlich das «Abbruch-Datum») angegeben werden. Dies betrifft allerdings nur die Selbstbeurteilungsinstrumente (MacNew Heart, CRQ, HADS, PHQ-15) und den Leistungstest (6-Minuten-Gehtest). Alle übrigen Assessments (Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE), FIM®, EBI, SCIM sowie CIRS) sind Fremdbeurteilungsinstrumente, bei denen Abbruchgründe nicht vorgesehen sind. Diese müssen komplett ausgefüllt sein (vgl. Kapitel 6.2).

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

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

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

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

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

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

Auf Basis der Variable **«Rehabereich»** (enthalten in FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeile, Variablen 3.1.V03, 4.1.V03, 6.1.V03, 7.1.V03 und 8.1.V03 werden die verschiedenen Datenabfragen durchgeführt.

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

Fallbezogene Datenprüfung

- **geriatrische Rehabilitation** (Variable «Rehabereich»=1),
- **internistische Rehabilitation** (Variable «Rehabereich»=2),
- **muskuloskelettale Rehabilitation** (Variable «Rehabereich»=4),
- **neurologische Rehabilitation** (Variable «Rehabereich»=5),
- **onkologische Rehabilitation** (Variable «Rehabereich»=6)

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 MacNew Heart 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 MacNew Heart 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 der HADS 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 der HADS 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)?

7.3. Prüfung vor der Datenübermittlung

Vor der Übermittlung der Dateien an das Auswertungsinstitut soll eine weitere Prüfung der Daten erfolgen. Diese umfasst zum einen Aufbau und Inhalt der Dateien (A) sowie zum anderen die Vollständigkeit der Daten (B). Diese Prüfung kann vollständig durch die Nutzung der Web-Anwendung ReMoS vorgenommen werden. ReMoS ist ab Herbst 2021 verfügbar (siehe Kapitel 9).

Damit die Datensätze hochgeladen und in ReMoS detailliert geprüft werden können, muss die Struktur korrekt sein.

A. Prüfung von Aufbau und Inhalt der Datensätze:

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

- MB-Zeile: FID in Feld 51
- ZU-Zeile: FID in Feld 2
- FF-Zeile[6]: FID in Feld 2
- KA-Zeile: FID in Feld 2
- PP-Zeile: FID in Feld 2
- PS-Zeile: FID in Feld 2
- PU-Zeile: FID in Feld 2

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

- MB-Zeile: 52 Felder, 51 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang A
- ZU-Zeile: 18 Felder, 17 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang B
- FF-Zeile[6]: 59 Felder, 58 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang C

[6] ehemals M2-Zeile

- KA-Zeile: 58 Felder, 57 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang D
- PP-Zeile: 39 Felder, 38 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang E
- PS-Zeile: 54 Felder, 53 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang F
- PU-Zeile: 51 Felder, 50 Trennzeichen, Inhalt siehe Anhang G

Die Anzahl der Trennzeichen (Semikolon oder Pipe-Zeichen) je Zeile entspricht damit der Anzahl der Datenfelder einer Zeile minus 1.

A.3 Gibt es für jeden Fall (FID) in den Dateien des Messplans (FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeile) jeweils Daten zu den Ein- und Austrittsmessungen, d. h. existieren je Fall (FID) zwei FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeilen?

B. Prüfung der Vollständigkeit der Datensätze:

B.1 Sind die Daten aller stationären Fälle mit Reha-Austritt im Erfassungszeitraum in den übermittelten Dateien enthalten?
Dies bezieht sich in erster Linie auf die Datei des Minimalen Datensatzes (MB-Zeile). Hier sollten alle entlassenen Patientinnen und Patienten enthalten sein, unabhängig davon, ob Daten für diesen Fall in den anderen Dateien (vollständig) vorhanden sind.

B.2 Liegen für jeden Fall jeweils in drei Dateien (MB-Zeile sowie ZU-Zeile und FF-, KA-, PP-, PS- oder PU-Zeile) Daten vor?
Sofern die Überprüfung ergibt, dass nicht für jede Patientin, jeden Patienten Daten in den drei Dateien vorliegen, sollte Folgendes überprüft werden:

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

Weitere detaillierte Prüfungen der Daten werden in der Web-Anwendung ReMoS automatisch durchgeführt. Im Anschluss erhalten die Kliniken eine Rückmeldung zur Qualität der erfassten Daten. Die Prüfung der Datenqualität via ReMoS kann auch unterjährig genutzt werden, um mögliche Fehlerquellen zeitnah zu identifizieren und die Datenqualität zu erhöhen. Alle Testdatensätze werden in der Web-Anwendung samt Prüfergebnis zwischengespeichert.
Für die finale Datenabgabe (siehe Kapitel 9) kann bis zum Stichtag für die Datenübermittlung eine Lieferung ausgewählt werden. Die Ergebnisse der Prüfung vor der Datenübermittlung bieten den Kliniken wichtige Anhaltspunkte zur Vervollständigung der Daten, sofern dies erforderlich ist.

8. Datenschutz

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

9. Datenübermittlung und -prüfung per Web-Anwendung ReMoS

Die Daten der Qualitätsmessungen werden von den Kliniken in elektronischer Form per Upload über die Web-Anwendung ReMoS (Rehabilitation Monitoring System) zur Verfügung gestellt. Die in die Web-Anwendung geladenen Daten werden auf Schweizer Servern gespeichert. Die technischen Abläufe hinsichtlich Datenupload und -prüfung entsprechen den aktuellen datenschutzrechtlichen Standards nach dem Datenschutzgesetz (DSG). In die Datenlieferung sollen jeweils alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, deren Reha-Austrittsdatum im entsprechenden Zeitraum der Datenerfassung liegt. Das bedeutet, es müssten für diese Patientinnen und Patienten vollständige Datensätze der BFS-Statistik sowie die Messdaten der bereichsspezifischen Messungen (Dateien FF, KA, PP, PS und PU) zu Reha-Eintritt und -Austritt sowie die zusätzlichen Daten vorliegen. Die Web-Anwendung prüft die übermittelten Daten gemäss der vorliegenden Datendefinition und gibt den Kliniken eine detaillierte Rückmeldung zur Datenqualität. Die Web-Anwendung kann auch unterjährig zur Prüfung der Datenqualität genutzt werden, um mögliche Fehlerquellen zeitnah zu identifizieren und die Datenqualität zu erhöhen.
Alle Testdatensätze werden in der Web-Anwendung samt Prüfergebnis zwischengespeichert. Für die finale Datenabgabe kann bis zum Stichtag für die Datenübermittlung eine Lieferung ausgewählt werden.

Ansprechpartner für alle Fragen zu den Themen Datenübermittlung und -prüfung und die Web-Anwendung ReMoS ist das Auswertungsinstitut Charité, siehe Kontaktdaten in Kapitel 10.

9.1. Administratoren-Zugang

Jede Klinik erhält einen Administratoren-Zugang zur Web-Anwendung ReMoS. Für Klinikgruppen kann derselbe Zugang für mehrere Standorte benutzt werden. Die Administratorin oder der Administrator kann weitere Logins mit unterschiedlichen Rechtestrukturen vergeben (bspw. Datenupload, Reportempfänger).

9.2. Periodizität – Termine

Für die Datenlieferungen sind **fixe Termine** vorgesehen. Seit dem Jahr 2018 findet eine jährliche Datenübermittlung und Auswertung der Datenqualität statt. Damit ergeben sich folgende Stichtage (Tabelle 8). Die Stichtage müssen in jedem Fall (gegebenenfalls auch mit unvollständigen Daten) eingehalten werden:

Tabelle 8: Vorgesehene Stichtage zur Datenlieferung (Datenjahre 2022 – 2024)

Stichtag Datenlieferung	Zeitraum der Datenerfassung (Daten aller Patienten mit Austrittsdatum in diesem Zeitraum)
28.02.2023	01.01.2022 – 31.12.2022
28.02.2024	01.01.2023 – 31.12.2023
28.02.2025	01.01.2024 – 31.12.2024

10. Kontakt

Für weitere Informationen und bei Fragen rund um Datenerhebung, -prüfung und -übermittlung wenden Sie sich bitte an das zuständige Auswertungsinstitut Charité:

E-Mail: anq-messplan@charite.de

Stefanie Köhn (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 156
Manuela Marquardt (Wiss. Mitarbeiterin) Tel.: +49 30 450 517 102
Prof. Dr. Karla Spyra (Projektleitung) Tel.: +49 30 450 517 125

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

Anhang

A. Format Minimales Datenset BFS (MB-Zeile)[7]

MB-Zeile		Minimales Datenset						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
	0.	Allgemeine Angaben						
	0.1.	Betriebsidentifikation						
1	0.1.V01	Rekordart	MB = Medizinische Statistik	AN (2)	MB			
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	BUR-Nummer	AN (8)				
3	0.1.V03	Standort		AN (5)				
4	0.1.V04	Kanton	BFS-Kantonskurzzeichen	AN (2)	AG - ZH			
	0.2.	Identifikation						
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungscode	Wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt	AN (16)				
6	0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	Sollte "A" sein	AN (1)	A, B, C		A = Normaler Minimaldatensatz B = Administrative Meldung mit reduziertem Datensatz C = Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz	
	0.3.	Zusätzliche Daten						
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	Sollte "0" sein	N (1)	0, 1		0 = Nein 1 = Ja	
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	Sollte "0" sein	N (1)	0, 1		0 = Nein 1 = Ja	
9	0.3.V03	Patientengruppendatensatz	Sollte "0" sein	N (1)	0, 1		0 = Nein 1 = Ja	
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz	Sollte "0" sein	N (1)	0, 1		0 = Nein 1 = Ja	
	1.	Minimaldaten						
	1.1.	Soziodemografische Angaben						
11	1.1.V01	Geschlecht		N (1)	1, 2		1 = Mann 2 = Frau	
12	1.1.V02	Geburtsdatum	Wird aus Datenschutzgründen nicht übermittelt	D (JJJJMMTT)				
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	Exaktes Alter in Jahren	N (3)	0-135			
14	1.1.V04	Wohnort (Region)		AN (4)	AG01-ZH99			
15	1.1.V05	Nationalität		AN (3)	ISO alpha3 - BFS			
	1.2.	Eintrittsmerkmale						
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde		D (JJJJMMTThh)				

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

[7] Die MB-Zeile wird bereits routinemässig in den Kliniken erhoben und an das BFS übermittelt wird, Es gelten die Spezifikationen des BFS, Variablen der Medizinischen Statistik, Spezifikation gültig ab 1.1.2020, https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.12167417.html

MB-Zeile (Fortsetzung 1)

MB-Zeile		Minimales Datenset						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor Eintritt	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (2)	1-9, 55, 66, 83, 84		1 = Zuhause 2 = Zuhause mit SPITEX Versorgung 3 = Krankenheim, Pflegeheim 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 5 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb 55 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb 6 = Anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = Andere 83 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 84 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 9 = Unbekannt	
18	1.2.V03	Eintrittsart	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Stunden unabdingbar) 2 = Angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) 4 = Interner Übertritt 5 = Verlegung innerhalb "24 Stunden" 8 = Andere 9 = Unbekannt	
19	1.2.V04	Einweisende Instanz		N (1)	1-6, 8, 9		1 = Selbst, Angehörige 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei) 3 = Arzt 4 = Nichtmedizinischer Therapeut 5 = Sozialmedizinischer Dienst 6 = Justizbehörden 8 = Andere 9 = Unbekannt	
	1.3.	**Aufenthaltsmerkmale**						
20	1.3.V01	Behandlungsart	Sollte 3 "stationär" sein Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1, 3, 9		1 = Ambulant 3 = Stationär 9 = Unbekannt	
21	1.3.V02	Klasse	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-3, 9		1 = Allgemein 2 = Halbprivat 3 = Privat 9 = Unbekannt	
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation	Vollendete Stunden	N (4)	0-9999			
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien	Vollendete Stunden	N (4)	0-9999			
	1.4.	**Betriebswirtschaftliche Angaben**						
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	Sollte "M950" (Physikalische Medizin und Rehabilitation) sein	AN (4)	M000-M990			

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

MB-Zeile (Fortsetzung 2)

MB-Zeile	Minimales Datenset							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = Krankenversicherung (obligatorisch) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler (z.B. Ausländer ohne Grundversicherung) 8 = Andere 9 = Unbekannt	
	1.5.	**Austrittsmerkmale**						
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde		D (JJJJMMTThh)				
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (1)	1-5, 8, 9		1 = Auf Initiative des Behandelnden 2 = Auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden) 3 = Auf Initiative einer Drittperson 4 = Interner Übertritt 5 = Gestorben 8 = Andere 9 = Unbekannt	
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	Angabe "9" (unbekannt) wird als fehlende Angabe betrachtet	N (2)	0-9, 44, 55, 66		1 = Zuhause 2 = Krankenheim, Pflegeheim 3 = Altersheim, andere sozialmedizinische Institution 4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb 44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb 5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 55 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 6 = Anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = Andere 9 = Unbekannt 0 = Todesfall	
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt		N (1)	0-5, 8, 9		1 = Geheilt/kein Behandlungsbedarf 2 = Ambulante Behandlung 3 = Ambulante Pflege (z.B. SPITEX) 4 = Stationäre Behandlung oder Pflege 5 = Rehabilitation (amb. oder stat.) 8 = Anderes 9 = Unbekannt 0 = Todesfall	
	1.6.	**Diagnosen**						
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

MB-Zeile (Fortsetzung 3)

MB-Zeile	Minimales Datenset							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD-10-GM Kode	AN (5)	A0000 .. Z9999			
	1.7.	**Behandlungen**						
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	Chop-Kode	AN (5)	xxxxx			
41	1.7.V02	Beginn Hauptbehandlung		D (JJJJMMTThh)				
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
43	1.7.V04	2. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
44	1.7.V05	3. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
45	1.7.V06	4. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
46	1.7.V07	5. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
47	1.7.V08	6. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
48	1.7.V09	7. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
49	1.7.V10	8. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	CHOP-Kode	AN (5)	xxxxx			
51	**FID**	**Fallidentifikationsnummer FID**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)				**Pflichtangabe!**
52	**PID**	**Patientenidentifikationsnummer PID**	Klinikinterne Patientenidentifikationsnummer	AN (16)				**Pflichtangabe!**

B. Format Zusätzliche Daten (ZU-Zeile)

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

C. Format Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (FF-Zeile, ehemals M2-Zeile)

FF-Zeile		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
	3.1.	Eingangsblock						
1	3.1.V01	Rekordart	**FF** = Identifikator Datensatz Rehabereiche geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische, onkologische Rehabilitation	AN (2)	FF			Alle anderen Angaben als "FF" ungültig
2	**FID**	**Fallidentifikationsnummer**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)				**Pflichtangabe!**
3	3.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	3.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 2.0 In der FF-Zeile können nur die Werte 1, 2, 4, 5, 6 vorkommen (sonst Eintrag in die Zeilen KA, PP, PS oder PU).	N (2)	1-10	-	**1 = Geriatrische Rehabilitation** **2 = Internistische Rehabilitation** 3 = Kardiale Rehabilitation **4 = Muskuloskelettale Rehabilitation** **5 = Neurologische Rehabilitation** **6 = Onkologische Rehabilitation** 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation	Werte <1, 3 und >6 sind ungültig Variable 3.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 1, 2, 4, 5 oder 6 haben
5	3.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	3.1.V05	Dropout ~~Unvorhergesehener/ungeplanter~~ Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder ~~geplanter~~ Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 3.1.V06)	N (1)	1	-	1 = Dropout ~~unvorhergesehener~~ Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 8 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig wenn Wert=1, dann Angabe bei 3.1.V06 erforderlich
7	3.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		-		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 3.1.V05=1
	3.2.	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)						
8	3.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
9	3.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 3.2.V01 (HZ_01_1) und 3.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 3.1.V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 3.1.V04=1 ("Eintritt")
10	3.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	3.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 3.2.V03 (ZE_01) bis 3.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 3.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = Nein 1 = Ja	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 3.1.V04=2 ("Austritt")
12	3.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

FF-Zeile (Fortsetzung 1)

FF-Zeile		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
13	3.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	3.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	3.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	3.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1		Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	3.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	3.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 3.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	3.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 3.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
	3.3.	**Functional Independence Measure (FIM®)**						
20	3.3.V00	FIM_Datum der Erhebung	Entweder FIM® oder EBI	D (JJJJMMTT)		-		
21	3.3.V01	FIM_01 Essen/Trinken		N (1)	1-7	-	Labels FIM_01 1 = Vollständige Hilfestellung 2 = Ausgeprägte Hilfestellung 3 = Mässige Hilfestellung 4 = Geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = Eingeschränkte Selbständigkeit 7 = Völlige Selbständigkeit	Werte <1 und >7 sind ungültig
22	3.3.V02	FIM_02 Körperpflege		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
23	3.3.V03	FIM_03 Baden/Duschen/Waschen		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
24	3.3.V04	FIM_04 Ankleiden Oberkörper		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
25	3.3.V05	FIM_05 Ankleiden Unterkörper		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
26	3.3.V06	FIM_06 Toilettenhygiene		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
27	3.3.V07	FIM_07 Blasenkontrolle		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
28	3.3.V08	FIM_08 Darmkontrolle		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
29	3.3.V09	FIM_09 Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

FF-Zeile (Fortsetzung 2)

FF-Zeile		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
30	3.3.V10	FIM_10 Transfer/Toilettensitz		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
31	3.3.V11	FIM_11 Transfer Badewanne		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
32	3.3.V12	FIM_12_1 Gehen oder Rollstuhlfahren	Wenn der Austrittsmodus sicher ist (bei Eintritt schon klar, was bei Austritt bewertet wird), wird hier entweder Gehen, Rollstuhl oder beides bewertet. Der bei Eintritt gewählte Modus wird dann auch bei Austritt in 3.3.V12 bewertet. Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Gehen bewertet und in 3.3.V14 das Rollstuhlfahren. Auch bei Austritt werden beide Fortbewegungsarten bewertet (3.3.V12 UND 3.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (3.3.V12 - Gehen bzw. 3.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.	N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Werte <1 und >7 sind ungültig Angabe in 3.3.V13 nötig, bevor Angabe in 3.3.V12 Angaben zu Eintritt (3.1.V04 =1): wenn 3.3.V13=1-3, Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0), 3.3.V14 bleibt leer; wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (3.3.V12>0 und 3.3.V14>0). Angaben zu Austritt (3.1.V04 =2): wenn 3.3.V13=1-3, Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0), 3.3.V14 bleibt leer; wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der bei Austritt überwiegende Modus (3.3.V12>0 und/oder 3.3.V14>0).
33	3.3.V13	FIM_12_2 Spezifikation Fortbewegungsart	Spezifikation der Fortbewegungsart, die in 3.3.V12 beurteilt wird. Wenn 3.3.V13=4 (Austrittsmodus unsicher), wird in 3.3.V12 das Gehen und in 3.3.V14 das Rollstuhlfahren bewertet. Angabe in diesem Datenfeld muss bei Austritt identisch mit Eintritt sein.	N (1)	1-4	-	1 = Ein- und Austrittsmodus sicher: Gehen 2 = Ein- und Austrittsmodus sicher: Rollstuhl 3 = Ein- und Austrittsmodus sicher: Beides (Gehen und Rollstuhl zu gleichen Teilen) 4 = Austrittsmodus unsicher	Werte <1 und >4 sind ungültig Angabe in 3.3.V13 zu Eintritt (3.1.V04=1) = Angabe in 3.3.V13 zu Austritts (3.1.V04=2)
34	3.3.V14	FIM_12_3 Rollstuhlfahren	Feld bleibt leer, wenn Austrittsmodus sicher ist, dann wird nur 3.3.V12 und 3.3.V13 ausgefüllt. Wenn der Austrittsmodus unsicher ist, wird hier zu Eintritt das Rollstuhlfahren bewertet und in 3.3.V12 das Gehen. Auch bei Austritt werden dann beide Fortbewegungsarten bewertet (3.3.V12 UND 3.3.V14). Wenn es während des Reha-Aufenthaltes allerdings zu einer klaren Änderung des Modus kommt, wird zu Austritt nur der Modus geratet, der klar überwiegt. Das jeweils andere Feld (3.3.V12 - Gehen bzw. 3.3.V14 - Rollstuhlfahren) bleibt in diesem Fall leer.	N (1)	1-6	-	1 = Vollständige Hilfestellung 2 = Ausgeprägte Hilfestellung 3 = Mässige Hilfestellung 4 = Geringe Hilfestellung 5 = Beaufsichtigung oder Vorbereitung 6 = Eingeschränkte Selbständigkeit	Werte <1 und >6 sind ungültig Angabe 3.3.V13 nötig bevor Angabe in 3.3.V14 Angaben zu Eintritt (3.1.V04 =1): wenn 3.3.V13=1-3, keine Angabe in 3.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0) wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V14 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren nötig (3.3.V12>0 und 3.3.V14>0). Angaben zu Austritt (3.1.V04=2): wenn 3.3.V13=1-3, keine Angabe in 3.3.V14 - Feld bleibt leer, nur Angabe nur in 3.3.V12 nötig (3.3.V12>0) wenn 3.3.V13=4, Angabe in 3.3.V12 für das Gehen UND Angabe in 3.3.V14 für das Rollstuhlfahren. Es können entweder beide Modi beurteilt werden oder nur der, der bei Austritt überwiegt (3.3.V12>0 und/oder 3.3.V14>0).
35	3.3.V15	FIM_13 Treppensteigen		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
36	3.3.V16	FIM_14_1 Verstehen akustisch/visuell		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
37	3.3.V17	FIM_14_2 Spezifikation Kommunikationsform: Verstehen	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 3.3.V16 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = Akustisch 2 = Visuell 3 = Beides	Werte <1 und >3 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

FF-Zeile (Fortsetzung 3)

FF-Zeile		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
38	3.3.V18	FIM_15_1 Ausdruck verbal/non verbal		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
39	3.3.V19	FIM_15_2 Spezifikation Kommunikationsform: Ausdruck	Spezifikation der Kommunikationsform, die in 3.3.V18 beurteilt wird	N (1)	1-3	-	1 = Verbal 2 = Nonverbal 3 = Beides	Werte <1 und >3 sind ungültig
40	3.3.V20	FIM_16 Soziales Verhalten		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
41	3.3.V21	FIM_17 Problemlösungsfähigkeit		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
42	3.3.V22	FIM_18 Gedächtnis		N (1)	1-7	-	Labels wie FIM_01	Prüflogik wie FIM_01
	3.4.	**Erweiterter Barthel-Index (EBI)**						
43	3.4.V00	EBI_Datum der Erhebung	Entweder FIM® oder EBI	D (JJJJMMTT)		-		
44	3.4.V01	EBI_01 Essen und Trinken		N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = Nicht möglich oder Magensonde nicht selbst bedienen 2 = Essen muss vorbereitet werden 3 = Essen mit Hilfsmitteln alleine oder Magensonde selbst bedienen 4 = Selbständig	Werte <0, 1 und >4 sind ungültig
45	3.4.V02	EBI_02 Persönliche Pflege		N (1)	0-4	-	0 = Nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = Mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = Mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = Selbständig	Werte <0 und >4 sind ungültig
46	3.4.V03	EBI_03 An-/Ausziehen		N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = Nicht möglich 1 = Unterstützung bei den meisten Kleidungsstücken oder effektive Mitarbeit 2 = Unterstützung bei wenigen Prozeduren oder Erinnern/Supervision 4 = Selbständig	Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
47	3.4.V04	EBI_04 Baden/Duschen/Körper waschen		N (1)	0-4	-	0 = Nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen Abläufen 2 = Mit geringer Unterstützung möglich oder Erinnern/Supervision 3 = Mit Hilfsmitteln alleine möglich 4 = Selbständig	Werte <0 und >4 sind ungültig
48	3.4.V05	EBI_05 Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt		N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = Nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = Keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = Selbständig	Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
49	3.4.V06	EBI_06 Fortbewegung auf ebenem Untergrund		N (1)	0-4	-	0 = Nicht möglich, 1 = Rollstuhl oder Gehwagen (wird selbständig bedient) oder kann bis 50m mit Hilfsperson gehen 2 = Kann selbständig kürzere Strecken gehen, für Strecke >50m wird Hilfsmittel oder -person benötigt 3 = Längere Strecken (>50m) mit Hilfsmitteln (Krücke) alleine möglich 4 = Selbständiges Gehen	Werte <0 und >4 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

FF-Zeile (Fortsetzung 4)

FF-Zeile	Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
50	3.4.V07	EBI_07 Treppen auf-/absteigen		N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = Nicht möglich 1 = Mit erheblicher Unterstützung möglich 2 = Mit geringer Unterstützung oder Supervision möglich 4 = Selbständig möglich (auch mit Hilfsmittel)	Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
51	3.4.V08	EBI_08 Benutzung der Toilette		N (1)	0, 1, 2, 4	-	0 = Nicht möglich 1 = Unterstützung bei einigen, aber nicht allen Abläufen 2 = Keine direkte Unterstützung, aber Erinnern/Supervision 4 = Selbständig bzw. Selbstständigkeit nicht nötig	Werte <0, 3 und >4 sind ungültig
52	3.4.V09	EBI_09 Stuhlkontrolle		N (1)	0, 2, 3, 4	-	0 = Nicht möglich 2 = Gelegentliche Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln oder Hilfe bei Stuhlregulierung (Klistier) 3 = Gestörte Stuhlkontrolle, aber selbständiges Windeln wechseln und Reinigen bzw. selbständiges Vornehmen stuhlregulierender Massnahmen 4 = Normale Stuhlkontrolle	Werte <0, 1 und >4 sind ungültig
53	3.4.V10	EBI_10 Harnkontrolle		N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = Komplette Inkontinenz (mehrmals täglich) oder kann sich nicht selbst katheterisieren 1 = Inkomplette Inkontinenz, keine selbständige Reinigung bzw. Versorgung mit Windeln 3 = Komplette oder inkomplette Inkontinenz, aber keine Hilfe nötig 4 = Normale Harnkontinenz	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
54	3.4.V11	EBI_11 Verstehen		N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = Nicht möglich 1 = Versteht einfache Instruktionen 3 = Versteht komplexe Sachverhalte 4 = Normales Verstehen (mit Hörhilfe)	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
55	3.4.V12	EBI_12 Verständlichkeit		N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = Kann sich (fast) nie verständlich machen 1 = Kann nur einfache Sachverhalte ausdrücken 3 = Kann sich über alles verständlich machen (nur mit Hilfsmitteln) 4 = Kann sich über alles verständlich machen (ohne Hilfsmittel)	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig
56	3.4.V13	EBI_13 Soziale Interaktion		N (1)	0, 2, 4	-	0 = Immer oder fast immer unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 2 = Gelegentlich unkooperativ, distanzlos oder zurück gezogen 4 = Normale soziale Interaktion	Werte <0, 1, 3 und >4 sind ungültig
57	3.4.V14	EBI_14 Problemlösen		N (1)	0, 2, 4	-	0 = Erhebliche Hilfestellung nötig 2 = Benötigt geringe Hilfestellung 4 = Benötigt keinerlei Hilfestellung	Werte <0, 1, 3 und >4 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

FF-Zeile (Fortsetzung 5)

FF-Zeile		Messdaten geriatrische, internistische, muskuloskelettale, neurologische und onkologische Rehabilitation (Rehabereich = 1, 2, 4, 5 oder 6)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
58	3.4.V15	EBI_15 Gedächtnis/Lernfähigkeit / Orientierung		N (1)	0-4	-	0 = Desorientiert oder verwirrt, Weglauftendenz 1 = Desorientiert oder verwirrt, ohne Weglauftendenz 2 = Muss häufig erinnert werden 3 = Muss nur gelegentlich erinnert werden 4 = Keine alltagsrelevante Beeinträchtigung oder kann externe Gedächtnishilfen wirksam einsetzen oder trotz Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Werte <0 und >4 sind ungültig
59	3.4.V16	EBI_16 Sehen/Neglect		N (1)	0, 1, 3, 4	-	0 = Findet sich auch in vertrauter Umgebung nicht zurecht 1 = Findet sich in bekannter aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht 3 = Schwere Lesestörung, findet sich aber in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht 4 = Keine alltagsrelevante Beeinträchtigung (auch Brillenträger) oder wegen Störung kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	Werte <0, 2 und >4 sind ungültig

D. Format Messdaten kardiale Rehabilitation (KA-Zeile)

KA-Zeile		Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)						
Feld-Nr.	**Variable**	**Bezeichnung**	**Bemerkungen**	**Format (Anzahl Elemente)**	**Werte-bereich**	**Missing value**	**Beschreibung**	**Prüflogik**
	4.1.	**Eingangsblock**						
1	4.1.V01	Rekordart	KA = Identifikator Datensatz Rehabereich kardiale Rehabilitation	AN (2)	KA	-		Alle anderen Angaben als "KA" ungültig
2	**FID**	**Fallidentifikationsnummer**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		-		**Pflichtangabe!**
3	4.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	4.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 2.0 In der KA-Zeile kann nur der Wert 3 vorkommen (sonst Eintrag in die Zeile FF, PP, PS oder PU).	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation **3 = Kardiale Rehabilitation** 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation	Werte <3 und >3 sind ungültig Variable 4.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 3 haben
5	4.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	4.1.V05	Dropout ~~Unvorhergesehener/ungeplanter~~ Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder ~~geplanter~~ Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 4.1.V06)	N (1)	1	-	1 = Dropout ~~unvorhergesehener~~ Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 8 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig Wenn Wert =1, dann Angabe bei 4.1.V06 erforderlich
7	4.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		-		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 4.1.V05=1
	4.2.	**Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)**						
8	4.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
9	4.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 4.2.V01 (HZ_01_1) und 4.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 4.1.V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 4.1.V04=1 ("Eintritt")
10	4.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	4.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 4.2.V03 (ZE_01) bis 4.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 4.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = Nein 1 = Ja	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 4.1.V04=2 ("Austritt")
12	4.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

KA-Zeile (Fortsetzung 1)

KA-Zeile		Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
13	4.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	4.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	4.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	4.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1		Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	4.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	Labels wie ZE_02_1	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	4.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 4.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	4.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 4.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
	4.3.	**6-Minuten-Gehtest**						
20	4.3.V00	6MWT_Datum der Durchführung	~~Durchführung bei schlechterem Allgemeinzustand, sonst Fahrrad-Ergometrie~~	D (JJJJMMTT)		-		
21	4.3.V01	6MWT_1 Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Testverzicht in 4.3.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999	-		Werte <0 und >999 sind unplausibel
22	4.3.V02	6MWT_2 Gehdauer in Minuten	Angabe in Minuten und Sekunden, Gehdauer ohne Pausen Wenn Wert >00:00 und <06:00 Gehdauer unter 6 Minuten, dann Angabe in 4.3.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mm:ss)	00:00-06:00	-		Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig
23	4.3.V03	6MWT_3 Verwendung einer Gehhilfe	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
24	4.3.V04	6MWT_4 Abgabe von Sauerstoff	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
25	4.3.V05	6MWT_5 Grund für Test-Abbruch	Nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 4.3.V02 > 00:00 und < 06:00	N (1)	1-6	-	1 = Thorax-Schmerzen 2 = Starke Atemnot 3 = Erschöpfung 4 = Schmerzen am Bewegungsapparat 5 = Gefährdung der Sicherheit 6 = Anderer	Werte <1 und >6 sind ungültig Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.3.V02 >00:00 und <06:00 sein (Gehdauer unter 6 Minuten)

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

KA-Zeile (Fortsetzung 2)

KA-Zeile		Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
26	4.3.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.3.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
27	4.3.V07	6MWT_7 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 4.3.V00 (6MWT_Datum) Wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 4.3.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 4.3.V00 (6-MWT_Datum) erforderlich
28	4.3.V08	6MWT_8 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.3.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein
	4.4.	**~~Fahrrad-Ergometrie~~**						
~~29~~	~~4.4.V00~~	~~Ergo_Datum der Durchführung~~	~~Durchführung bei besserem Allgemeinzustand, sonst 6-Minuten-Gehtest~~	~~D (JJJJMMTT)~~		~~-~~		
~~30~~	~~4.4.V01~~	~~Ergo_1 Maximale Leistung~~		~~N (3)~~	~~0-300~~	~~-~~		~~Werte <0 und >300 sind unplausibel~~
~~31~~	~~4.4.V02~~	~~Ergo_2 Dauer der Belastungsphase~~	~~Angabe in Minuten und Sekunden~~	~~T (mm:ss)~~	~~00:00-99:00~~	~~-~~		~~Werte <00:00 und >99:00 sind unplausibel~~
~~32~~	~~4.4.V03~~	~~Ergo_3 Grund für Test-Abbruch/Beendigung der Fahrrad-Ergometrie~~	~~Angabe des Grundes für die Beendigung der Fahrrad-Ergometrie ist bei jeder Testdurchführung obligatorisch~~	~~N (1)~~	~~1-5~~	~~-~~	~~1 = Rhythmusstörungen; Ischämien; Bludruckanstieg bzw. -abfall~~ ~~2 = starke Atemnot~~ ~~3 = Schmerzen am Bewegungsapparat; Thorax-Schmerzen~~ ~~4 = Allgemeine Erschöpfung; Beinmüdigkeit~~ ~~5 = Anderer~~	~~Werte <1 und >5 sind ungültig~~
~~33~~	~~4.4.V04~~	~~Ergo_4 Grund für Abbruch/Beendigung (Anderer)~~	~~Angabe anderer Abbruchgründe (Text)~~	~~AN (100)~~	~~[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]~~			~~Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.4.V03 (Ergo_3) Wert=5 sein~~
~~34~~	~~4.4.V05~~	~~Ergo_5 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung~~	~~Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 4.4.V00 (Ergo_Datum)~~	~~N (1)~~	~~1-4~~	~~-~~	~~1 = Ablehnung durch Patienten~~ ~~2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen~~ ~~3 = Patient zu krank~~ ~~4 = Andere~~	~~Werte <1 und >4 sind ungültig~~ ~~Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 4.4.V00 (Ergo-Datum) erforderlich~~
~~35~~	~~4.4.V06~~	~~Ergo_6 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)~~	~~Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)~~	~~AN (100)~~	~~[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]~~			~~Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.4.V05 (Ergo_5) Wert=4 sein~~
	4.4.	**MacNew Heart**						
29	4.4.V00	MacNew_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
30	4.4.V01	MacNew_01 Frustriert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01 1 = Die ganze Zeit 2 = Die meiste Zeit 3 = Einen Grossteil der Zeit 4 = Manchmal 5 = Selten 6 = Kaum 7 = Nie	Werte <1, 8 und >9 sind ungültig
31	4.4.V02	MacNew_02 Wertlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
32	4.4.V03	MacNew_03 Zuversichtlich gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_03 1 = Nie 2 = Wenige Male 3 = Manchmal 4 = Ziemlich oft 5 = Meistens 6 = Fast immer 7 = Immer	Prüflogik wie MacNew_01
33	4.4.V04	MacNew_04 Entmutigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

KA-Zeile (Fortsetzung 3)

KA-Zeile	Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
34	4.4.V05	MacNew_05 Entspannt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_03	Prüflogik wie MacNew_01
35	4.4.V06	MacNew_06 Erschöpft gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
36	4.4.V07	MacNew_07 Glücklich und zufrieden		N (1)	1-7	9	1 = Sehr unzufrieden, die meiste Zeit unglücklich 2 = Im allgemeinen unzufrieden, unglücklich 3 = Irgendwie unzufrieden, unglücklich 4 = Im Allgemeinen zufrieden 5 = Die meiste Zeit glücklich 6 = Die meiste Zeit sehr glücklich 7 = Absolut glücklich, hätte nicht zufriedener sein können	Prüflogik wie MacNew_01
37	4.4.V08	MacNew_08 Rastlos gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
38	4.4.V09	MacNew_09 Stärke Atemnot		N (1)	1-7	9	1 = Extreme Atemnot 2 = Sehr hohe Atemnot 3 = Ziemliche Atemnot 4 = Mittelmäßige Atemnot 5 = Etwas Atemnot 6 = Wenig Atemnot 7 = Keine Atemnot	Prüflogik wie MacNew_01
39	4.4.V10	MacNew_10 Zum Weinen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
40	4.4.V11	MacNew_11 Abhängiger gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
41	4.4.V12	MacNew_12 Außerstande gefühlt zu Aktivitäten		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
42	4.4.V13	MacNew_13 Mangelndes Vertrauen anderer		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
43	4.4.V14	MacNew_14 Brustschmerzen		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
44	4.4.V15	MacNew_15 Mangel an Selbstbewusstsein		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
45	4.4.V16	MacNew_16 Beunruhigt aufgrund schmerzender Beine		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
46	4.4.V17	MacNew_17 Beim Sport eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels MacNew_17 1 = Sehr stark eingeschränkt 2 = Stark eingeschränkt 3 = Ziemlich eingeschränkt 4 = Mässig eingeschränkt 5 = Irgendwie eingeschränkt 6 = Ein wenig eingeschränkt 7 = Absolut nicht eingeschränkt	Prüflogik wie MacNew_01
47	4.4.V18	MacNew_18 Besorgt oder verängstigt gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
48	4.4.V19	MacNew_19 Schwindlig oder benommen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
49	4.4.V20	MacNew_20 Eingeschränkt oder reduziert gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_17	Prüflogik wie MacNew_01
50	4.4.V21	MacNew_21 Unsicher bezüglich Gymnastik oder körperlicher Aktivität		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
51	4.4.V22	MacNew_22 Familie als zu besorgt empfunden		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
52	4.4.V23	MacNew_23 Als Last für andere gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
53	4.4.V24	MacNew_24 Von Aktivitäten mit anderen ausgeschlossen gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

KA-Zeile (Fortsetzung 4)

KA-Zeile	Messdaten kardiale Rehabilitation (Rehabereich = 3)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
54	4.4.V25	MacNew_25 Unfähig zu sozialen Kontakten gefühlt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_01	Prüflogik wie MacNew_01
55	4.4.V26	MacNew_26 Bei täglicher körperlicher Belastung eingeschränkt		N (1)	1-7	9	Labels wie MacNew_17	Prüflogik wie MacNew_01
56	4.4.V27	MacNew_27 Beeinträchtigtes Sexualleben		N (1)	1-8	9	1 = Die ganze Zeit 2 = Die meiste Zeit 3 = Einen Grossteil der Zeit 4 = Manchmal 5 = Selten 6 = Kaum 7 = Nie 8 = Frage nicht beurteilbar	Werte <1 und >9 sind ungültig
57	4.4.V28	MacNew_Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 4.4.V00 (MacNew_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 4.4.V00 (MacNew_Datum) erforderlich
58	4.4.V29	MacNew_Grund für Testverzicht/Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 4.4.V28 (MacNew_Grund) Wert=4 sein

E. Format Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (PP-Zeile)

PP-Zeile		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
	6.1.	Eingangsblock						
1	6.1.V01	Rekordart	PP = Identifikator Datensatz Rehabereich paraplegiologische Rehabilitation	AN (2)	PP			Alle anderen Angaben als "PP" ungültig
2	**FID**	**Fallidentifikationsnummer**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)				**Pflichtangabe!**
3	6.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	6.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 2.0 In der PP-Zeile können nur der Wert 8 vorkommen (sonst Eintrag in die Zeile FF, KA, PS oder PU).	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiale Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation **8 = Paraplegiologische Rehabilitation** 9 = Psychosomatische Rehabilitation 10 = Pulmonale Rehabilitation	Werte <8 und >8 sind ungültig Variable 6.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 8 haben
5	6.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	6.1.V05	Dropout ~~Unvorhergesehener/ungeplanter~~ Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder ~~geplanter~~ Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 6.1.V06)	N (1)	1	-	1 = Dropout ~~unvorhergesehener~~ Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 8 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig Wenn hier Angabe, dann Angabe bei Variable 6.1.V06 erforderlich
7	6.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		-		muss ausgefüllt werden, wenn Variable 6.1.V05=1
	6.2.	Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)						
8	6.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
9	6.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 6.2.V01 (HZ_01_1) und 6.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 6.1.V05=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 6.1.V04=1 ("Eintritt")
10	6.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V01 = 3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	6.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 6.2.V03 (ZE_01) bis 6.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 6.1.V05=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = Nein 1 = Ja	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 6.1.V04=2 ("Austritt")
12	6.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PP-Zeile (Fortsetzung 1)

PP-Zeile		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
13	6.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	6.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	6.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V03 =1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	6.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1		Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	6.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	6.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 6.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	6.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 6.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
	6.3.	**Spinal Cord Independence Measure (SCIM)**						
20	6.3.V00	SCIM_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
21	6.3.V01	SCIM_01 Nahrungsaufnahme		N (1)	0-3	-	0 = parenteral, Gastrostoma oder Eingeben durch Hilfsperson 1 = benötigt teilweise Hilfe beim Essen und/oder Trinken, oder zum Anziehen von Hilfsmitteln 2 = isst selbstständig, benötigt Hilfsmittel oder Hilfestellung nur beim Schneiden des Essens und/oder Eingiessen und/oder Öffnen von Verpackungen 3 = isst und trinkt selbstständig, benötigt keine Hilfestellung oder Hilfsmittel	Werte <0 und >3 sind ungültig
22	6.3.V02	SCIM_02_1 Waschen: Oberkörper		N (1)	0-3	-	Label SCIM_02_1: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung 2 = wäscht sich selbstständig mit Hilfsmitteln oder in angepasstem Umfeld (z. B. Haltegriffe, Stuhl) 3 = wäscht sich selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld (HaU - die von Gesunden normalerweise nicht benötigt werden)	Werte <0 und >3 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PP-Zeile (Fortsetzung 2)

PP-Zeile		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
23	6.3.V03	SCIM_02_2 Waschen: Unterkörper		N (1)	0-3	-	Label wie SCIM_02_1	Werte <0 und >3 sind ungültig
24	6.3.V04	SCIM_03_1 An-/ Ausziehen: Oberkörper		N (1)	0-4	-	Label SCIM_03_1: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfe bei Kleidung ohne Knöpfe, Reissverschluss oder Schnürungen (KOKROS) 2 = selbstständig bei KOKROS, benötigt Hilfsmittel und/oder angepasstes Umfeld 3 = selbstständig bei KOKROS, benötigt keine HaU, benötigt Hilfsperson oder HaU nur für KROS 4 = An – und Ausziehen jeglicher Kleidung selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel	Werte <0 und >4 sind ungültig
25	6.3.V05	SCIM_03_2 An-/ Ausziehen: Unterkörper		N (1)	0-4	-	Label wie SCIM_03_1	Werte <0 und >4 sind ungültig
26	6.3.V06	SCIM_04 Gesichtspflege		N (1)	0-3	-	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung 2 = Gesichtspflege selbstständig mit Hilfsmitteln 3 = Gesichtspflege selbstständig ohne Hilfsmittel	Werte <0 und >3 sind ungültig
27	6.3.V07	SCIM_05 Atmung		N (1)	0, 2, 4, 6, 8, 10	-	0 = benötigt Trachealkanüle (TK) und dauerhafte oder intermittierende unterstützende Beatmung (IUB) 2 = atmet selbstständig mit TK, benötigt Sauerstoff, viel Hilfestellung beim Abhusten oder Umgang mit TK 4 = atmet selbstständig mit TK, benötigt wenig Hilfestellung beim Abhusten oder Umgang mit TK 6 = atmet selbstständig ohne TK, benötigt Sauerstoff, viel Hilfe beim Abhusten, eine Maske (peep) oder IAV (bipap) 8 = atmet selbstständig ohne TK; benötigt wenig Hilfe oder Stimulation zum Abhusten 10 = atmet selbstständig ohne Hilfe oder Hilfsmittel	Werte <0, 1, 3, 5, 7, 9 und >10 sind ungültig
28	6.3.V08	SCIM_06 Blasenmanagement		N (1)	0, 3, 6, 9, 11, 13, 15	-	0 = Dauerkatheter 3 = Restharn > 100 ml, kein regelmässiges Kathetern oder Hilfe beim intermittierenden Kathetern 6 = Restharn < 100 ml, oder intermittierender Selbstkatheterismus (ISK), benötigt Hilfe beim Anlegen eines Urinals 9 = intermittiernder Selbstkatheterismus, benutzt Urinal, benötigt keine Hilfe zum Anlegen 11 = intermittiernder Selbstkatheterismus, kontinent zwischen den Katheterzeiten, benutzt keine Urinale 13 = Restharn < 100 ml, benötigt nur Urinal, benötigt keine Hilfe bei Urinalbenutzung 15 = Restharn < 100 ml, kontinent, benötigt kein Urinal	Werte <0, 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14 und >15 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PP-Zeile (Fortsetzung 3)

PP-Zeile		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung		Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
29	6.3.V09	SCIM_07	Darmmanagement		N (1)	0, 5, 8, 10	-	0 = unregelmässige Zeiten oder sehr seltener Stuhlgang (weniger als 1x/ 3 Tagen) 5 = regelmässige Zeiten, benötigt aber Hilfe (z.B. Abführmittel einführen), seltenes Einstuhlen (weniger als 2x pro Monat) 8 = regelmässiges Abführen ohne Hilfestellung, seltenes Einstuhlen (weniger als 2x pro Monat) 10 = regelmässiges Abführen, keine Hilfestellung, kein Einstuhlen	Werte <0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 und >10 sind ungültig
30	6.3.V10	SCIM_08	Toilettenhygiene		N (1)	0, 1, 2, 4, 5	-	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung, reinigt sich nicht selbst 2 = benötigt teilweise Hilfe, reinigt sich selbst 4 = selbstständig in allen Bereichen, benötigt aber Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld (z.B. Haltegriff) 5 = selbstständig in allen Bereichen, benötigt keine Hilfsmittel oder angepasstes Umfeld	Werte <0, 3 und >5 sind ungültig
31	6.3.V11	SCIM_09	Bettmobilität und Dekubitusprophylaxe		N (1)	0, 2, 4, 6	-	0 = benötigt Hilfe bei allen Aktivitäten 2 = führt eine dieser Aktivitäten ohne Hilfe aus 4 = führt 2 oder 3 dieser Aktivitäten ohne Hilfe aus 6 = führt alle Aktivitäten im Bett und zum Entlasten selbstständig durch	Werte <0, 1, 3, 5 und >6 sind ungültig
32	6.3.V12	SCIM_10	Transfer Bett - Rollstuhl		N (1)	0-2	-	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel (z.B. Rutschbrett) 2 = Selbstständig (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
33	6.3.V13	SCIM_11	Transfer Rollstuhl - WC		N (1)	0-2	-	0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt teilweise Hilfestellung und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel (z.B. Haltegriffe) 2 = selbstständig (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
34	6.3.V14	SCIM_12	Mobilität im Haus		N (1)	0-8	-	Label SCIM_12: 0 = unselbstständig in allen Bereichen 1 = benötigt Elektrorollstuhl oder teilweise Hilfe beim Antreiben eines mechanischen Rollstuhls 2 = selbstständig mit mechanischem Rollstuhl 3 = benötigt Supervision beim Gehen (mit oder ohne Hilfsmittel) 4 = geht mit Gehgestell oder Unterarmgehstützen (Durchschwunggang) 5 = geht mit Unterarmgehstützen oder 2 Stöcken (reziproker Gang) 6 = geht mit einem Stock 7 = benötigt nur Beinorthesen	Werte <0 und >8 sind ungültig

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PP-Zeile (Fortsetzung 4)

PP-Zeile		Messdaten paraplegiologische Rehabilitation (Rehabereich = 8)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung		Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
35	6.3.V15	SCIM_13	Mobilität bei mittleren Distanzen 10 - 100 m		N (1)	0-8	-	Label wie SCIM_12	Werte <0 und >8 sind ungültig
36	6.3.V16	SCIM_14	Mobilität ausser Haus, mehr als 100 m		N (1)	0-8	-	Label wie SCIM_12	Werte <0 und >8 sind ungültig
37	6.3.V17	SCIM_15	Treppensteigen		N (1)	0-3	-	0 = Treppensteigen abwärts oder aufwärts nicht möglich 1 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts mit Hilfe oder Supervision möglich 2 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts mit Handlauf und/oder Unterarmgehstützen oder Stock möglich 3 = mindestens 3 Stufen abwärts und aufwärts ohne Unterstützung/Hilfsmittel oder Supervision möglich	Werte <0 und >3 sind ungültig
38	6.3.V18	SCIM_16	Transfer Rollstuhl - Auto		N (1)	0-2	-	0 = benötigt komplette Hilfe 1 = benötigt teilweise Hilfe und/oder Supervision und/oder Hilfsmittel 2 = selbstständig, benötigt keine Hilfsmittel (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >2 sind ungültig
39	6.3.V19	SCIM_17	Transfer Boden - Rollstuhl		N (1)	0, 1	-	0 = benötigt Hilfe 1 = Transfer selbstständig mit oder ohne Hilfsmittel (oder benötigt keinen Rollstuhl)	Werte <0 und >1 sind ungültig

F. Format Messdaten psychosomatische Rehabilitation (PS-Zeile)

PS-Zeile		Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	**Variable**	**Bezeichnung**	**Bemerkungen**	**Format (Anzahl Elemente)**	**Werte-bereich**	**Missing value**	**Beschreibung**	**Prüflogik**
	7.1.	**Eingangsblock**						
1	7.1.V01	Rekordart	PS = Identifikator Datensatz Rehabereich psychosomatische Rehabilitation	AN (2)	PS			Alle anderen Angaben als "PS" ungültig
2	**FID**	**Fallidentifikationsnummer**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)				**Pflichtangabe!**
3	7.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	7.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 2.0 In der PP-Zeile kann nur der Wert 9 vorkommen (sonst Eintrag in die Zeile FF, KA, PP oder PU).	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiale Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation **9 = Psychosomatische Rehabilitation** 10 = Pulmonale Rehabilitation	Werte <9 und >9 sind ungültig Variable 7.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 9 haben
5	7.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	7.1.V05	Dropout ~~Unvorhergesehener/ungeplanter~~ Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder ~~geplanter~~ Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 7.1.V06)	N (1)	1	-	1 = Dropout ~~unvorhergesehener~~ Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 8 Tage	Werte < 1 und > 1 sind ungültig Wenn Wert =1, dann Angabe bei 7.1.V06 erforderlich
7	7.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		-		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 7.1.V05=1
	7.2.	**Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)**						
8	7.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
9	7.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 7.2.V01 (HZ_01_1) und 7.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 7.1.V05=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 7.1.V04=1 ("Eintritt")
10	7.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = keine Unterstützung 1 = mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	7.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 7.2.V03 (ZE_01) bis 7.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 7.1.V05=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = Nein 1 = Ja	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 7.1.V04=2 ("Austritt")
12	7.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	Labels ZE_02_1 1 = vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PS-Zeile (Fortsetzung 1)

PS-Zeile		Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
13	7.2.V05	ZE_02_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	7.2.V06	ZE_02_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	7.2.V07	ZE_03_1 Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	7.2.V08	ZE_03_2 Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1		Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	7.2.V09	ZE_04_1 Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	7.2.V10	ZE_04_2 Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 7.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	7.2.V11	ZE_04_3 Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 7.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
	7.3.	Patient Health Questionnaire (PHQ-15)						
20	7.3.V00	PHQ_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
21	7.3.V01	PHQ_01 Bauchschmerzen		N (1)	0-2	9	Labels PHQ_01 0 = Nicht beeinträchtigt 1 = Wenig beeinträchtigt 2 = Stark beeinträchtigt	Werte <0, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und >9 sind ungültig
22	7.3.V02	PHQ_02 Rückenschmerzen		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
23	7.3.V03	PHQ_03 Schmerzen in Extremitäten		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
24	7.3.V04	PHQ_04 Menstruationsbeschwerden		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
25	7.3.V05	PHQ_05 Kopfschmerzen		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
26	7.3.V06	PHQ_06 Schmerzen im Brustbereich		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
27	7.3.V07	PHQ_07 Schwindel		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
28	7.3.V08	PHQ_08 Ohnmachtsanfälle		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
29	7.3.V09	PHQ_09 Herzklopfen oder Herzrasen		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
30	7.3.V10	PHQ_10 Kurzatmigkeit		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
31	7.3.V11	PHQ_11 Probleme beim Geschlechtsverkehr		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PS-Zeile (Fortsetzung 2)

PS-Zeile		Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
32	7.3.V12	PHQ_12 Verstopfung, Durchfall		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
33	7.3.V13	PHQ_13 Übelkeit, Verdauungsbeschwerden		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
34	7.3.V14	PHQ_14 Müdigkeit		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
35	7.3.V15	PHQ_15 Schlafstörungen		N (1)	0-2	9	Labels wie PHQ_01	Prüflogik wie PHQ_01
36	7.3.V16	PHQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 7.3.V00 (PHQ_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 7.3.V00 erforderlich
37	7.3.V17	PHQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Verzichtsgrund (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 7.3.V16 (PHQ_Grund) Wert=4 sein
	7.4.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)						
38	7.4.V00	HADS_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
39	7.4.V01	HADS_01 Angespannt fühlen		N (1)	0-3	9	0 = Meistens 1 = Oft 2 = Von Zeit zu Zeit/gelegentlich 3 = Überhaupt nicht	Werte <0, 4, 5, 6, 7, 8 und >9 sind ungültig
40	7.4.V02	HADS_02 Freuen wie früher		N (1)	0-3	9	0 = Ganz genau so 1 = Nicht ganz so sehr 2 = Nur noch ein wenig 3 = Kaum oder gar nicht	Prüflogik wie HADS_01
41	7.4.V03	HADS_03 Ängstliche Vorahnung		N (1)	0-3	9	0 = Ja, sehr stark 1 = Ja, aber nicht allzu stark 2 = Etwas, aber es macht mir keine Sorgen 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
42	7.4.V04	HADS_04 Lachen und lustige Seite sehen		N (1)	0-3	9	0 = Ja, so viel wie immer 1 = Nicht mehr ganz so viel 2 = Inzwischen viel weniger 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
43	7.4.V05	HADS_05 Beunruhigende Gedanken		N (1)	0-3	9	0 = Einen Grossteil der Zeit 1 = Verhältnismässig oft 2 = Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft 3 = Nur gelegentlich/nie	Prüflogik wie HADS_01
44	7.4.V06	HADS_06 Glücklich fühlen		N (1)	0-3	9	0 = Überhaupt nicht 1 = Selten 2 = Manchmal 3 = Meistens	Prüflogik wie HADS_01
45	7.4.V07	HADS_07 Kann mich entspannen		N (1)	0-3	9	0 = Ja, natürlich 1 = Gewöhnlich schon 2 = Nicht oft 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
46	7.4.V08	HADS_08 Fühle mich in Aktivitäten gebremst		N (1)	0-3	9	0 = Fast immer 1 = Sehr oft 2 = Manchmal 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
47	7.4.V09	HADS_09 Ängstliches Gefühl		N (1)	0-3	9	0 = Überhaupt nicht 1 = Gelegentlich 2 = Ziemlich oft 3 = Sehr oft	Prüflogik wie HADS_01

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PS-Zeile (Fortsetzung 3)

PS-Zeile		Messdaten psychosomatische Rehabilitation (Rehabereich = 9)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
48	7.4.V10	HADS_10 Interesse an äusserer Erscheinung verloren		N (1)	0-3	9	0 = Ja, stimmt genau 1 = Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte 2 = Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum 3 = Ich kümmere mich so viel darum wie immer	Prüflogik wie HADS_01
49	7.4.V11	HADS_11 Fühle mich rastlos		N (1)	0-3	9	0 = Ja, tatsächlich sehr 1 = Ziemlich 2 = Nicht sehr 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
50	7.4.V12	HADS_12 Blicke mit Freude in die Zukunft		N (1)	0-3	9	0 = Ja, sehr 1 = Eher weniger als früher 2 = Viel weniger als früher 3 = Kaum bis gar nicht	Prüflogik wie HADS_01
51	7.4.V13	HADS_13 Panikartiger Zustand		N (1)	0-3	9	0 = Ja, tatsächlich sehr oft 1 = Ziemlich oft 2 = Nicht sehr oft 3 = Überhaupt nicht	Prüflogik wie HADS_01
52	7.4.V14	HADS_14 An gutem Buch etc. freuen		N (1)	0-3	9	0 = Oft 1 = Manchmal 2 = Eher selten 3 = Sehr selten	Prüflogik wie HADS_01
53	7.4.V15	HADS_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 7.4.V00 (HADS_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 7.4.V00 erforderlich
54	7.4.V16	HADS_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Verzichtsgrund (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 7.4.V15 (HADS_Grund) Wert=4 sein

G. Format Messdaten pulmonale Rehabilitation (PU-Zeile)

PU-Zeile		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)						
Feld-Nr.	**Variable**	**Bezeichnung**	**Bemerkungen**	**Format (Anzahl Elemente)**	**Werte-bereich**	**Missing value**	**Beschreibung**	**Prüflogik**
	8.1.	**Eingangsblock**						
1	8.1.V01	Rekordart	PU = Identifikator Datensatz Rehabereich pulmonale Rehabilitation	AN (2)	PU	-		Alle anderen Angaben als "PU" ungültig
2	**FID**	**Fallidentifikationsnummer**	Klinikinterne Fallnummer	AN (16)		-		**Pflichtangabe!**
3	8.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)		AN (8)		-		
4	8.1.V03	Rehabereich	Definition der Variable orientiert sich am H+-Definitionspapier DefReha, Version 2.0 In der PU-Zeile können nur der Wert 10 vorkommen (sonst Eintrag in die Zeile FF, KA, PP oder PS).	N (2)	1-10	-	1 = Geriatrische Rehabilitation 2 = Internistische Rehabilitation 3 = Kardiale Rehabilitation 4 = Muskuloskelettale Rehabilitation 5 = Neurologische Rehabilitation 6 = Onkologische Rehabilitation 7 = Pädiatrische Rehabilitation 8 = Paraplegiologische Rehabilitation 9 = Psychosomatische Rehabilitation **10 = Pulmonale Rehabilitation**	Werte <10 und >10 sind ungültig Variable 5.1.V03 (Rehabereich) muss Wert = 10 haben
5	8.1.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)		N (1)	1, 2	-	1 = Eintritt 2 = Austritt	Werte <1 und >2 sind ungültig
6	8.1.V05	Dropout ~~Unvorhergesehener/ungeplanter~~ Abbruch der Rehabilitation (Verlegung in Akutspital länger als 24 h, Todesfall, vorzeitiger Austritt auf Wunsch d. Pat.) oder ~~geplanter~~ Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt (Aufenthaltsdauer < 8 Tage)	Wenn ein Dropout vorliegt, unbedingt das Datum des Dropouts angeben (Variable 5.1.V06)	N (1)	1	-	1 = Dropout ~~unvorhergesehener~~ Abbruch der Rehabilitation oder Reha-Aufenthalt kürzer als 8 Tage	Werte <1 und >1 sind ungültig; Wenn Wert =1, dann Angabe bei 5.1.V06 erforderlich
7	8.1.V06	Datum Dropout		D (JJJJMMTT)		-		Muss ausgefüllt werden, wenn Variable 5.1.V05=1
	8.2.	**Partizipationsziele: Hauptziel (HZ) und Zielerreichung (ZE)**						
8	8.2.V00	HZ/ZE_Datum der Erhebung		D (JJJJMMTT)		-		
9	8.2.V01	HZ_01_1 Hauptziel	HZ nur bei Reha-Eintritt Variablen 8.2.V01 (HZ_01_1) und 8.2.V02 (HZ_01_2) nur angeben, wenn 8.1.V04=1 ("Eintritt") Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V02 (HZ_01_2) spezifiziert werden	N (2)	1-10	-	1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 8.1.V04=1 ("Eintritt")
10	8.2.V02	HZ_01_2 Unterstützung		N (1)	0, 1	-	0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V01=3, 4 oder 10 (HZ_01_1)
11	8.2.V03	ZE_01 Zielanpassung des zu Reha-Beginn festgelegten Hauptziels	ZE nur bei Reha-Austritt Variablen 8.2.V03 (ZE_01) bis 8.2.V11 (ZE 04_3) nur angeben, wenn 8.1.V04=2 ("Austritt")	N (1)	0, 1	-	0 = Nein 1 = Ja	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn Variable 8.1.V04=2 ("Austritt")
12	8.2.V04	ZE_02_1 Zielerreichung ursprüngliches Ziel		N (1)	1, 2	-	Labels ZE_02_1 1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V03=0 (ZE_01) ("Ziel nicht angepasst")

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PU-Zeile (Fortsetzung 1)

PU-Zeile		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)							
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung		Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
13	8.2.V05	ZE_02_2	Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V06 (ZE_02_3) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels ZE_02_2 1 = Integration in eine Pflegeeinrichtung 2 = Betreutes Wohnen in Institution 3 = Zuhause Wohnen mit Lebenspartner 4 = Zuhause Wohnen alleinstehend 5 = Beschäftigung im geschützten Rahmen 6 = Berufliche Umorientierung 7 = Berufliche Umschulung 8 = Teilzeitarbeit 9 = Vollzeitarbeit 10 = Wiederherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V04=2 (ZE_02_1) ("Ziel nicht erreicht")
14	8.2.V06	ZE_02_3	Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels ZE_02_3 0 = Keine Unterstützung 1 = Mit Unterstützung von Bezugspersonen und/oder externen Organisationen	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V05=3, 4 oder 10 (ZE_02_2)
15	8.2.V07	ZE_03_1	Angepasstes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V08 (HZ_03_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_1	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
16	8.2.V08	ZE_03_2	Unterstützungsbedarf angepasstes Ziel		N (1)	0, 1		Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V07=3, 4 oder 10 (ZE_03_1)
17	8.2.V09	ZE_04_1	Zielerreichung angepasstes Ziel		N (1)	1, 2	-	1 = Vollumfänglich erreicht/übertroffen 2 = Nicht erreicht	Werte <1 und >2 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V03=1 (ZE_01) ("Ziel angepasst")
18	8.2.V10	ZE_04_2	Statt dessen erreichtes Ziel	Bei den Antworten "3", "4" und "10" muss zusätzlich das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs in Variable 8.2.V11 (HZ_04_2) spezifiziert werden	N (1)	1-10	-	Labels wie ZE_02_2	Werte <1 und >10 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V09=2 (ZE_04_1) ("nicht erreicht")
19	8.2.V11	ZE_04_3	Unterstützungsbedarf des statt dessen erreichten Ziels		N (1)	0, 1	-	Labels wie ZE_02_3	Werte <0 und >1 sind ungültig Nur angeben, wenn 8.2.V10=3, 4 oder 10 (ZE_04_2)
	8.3.	**6-Minuten-Gehtest**							
20	8.3.V00	6MWT_Datum der Durchführung		~~Wenn Gesundheitszustand zu schlecht, entfällt die Messung~~	D (JJJJMMTT)		-		
21	8.3.V01	6MWT_1	Zurückgelegte Strecke	Angabe in Metern Wenn Gehtest aufgrund eines schlechten Gesundheitszustand nicht durchgeführt werden kann, hier "0" und als Grund für Testverzicht in 8.3.V07 "3=Patient zu krank" angeben	N (4)	0-999	-		Werte <0 und >999 sind unplausibel
22	8.3.V02	6MWT_2	Gehdauer in Minuten	Angabe in Minuten und Sekunden, Gehdauer ohne Pausen Wenn Wert >00:00 und <06:00 Gehdauer unter 6 Minuten, dann Angabe in 8.3.V05/06 (Grund für Test-Abbruch) erforderlich	T (mm:ss)	00:00-06:00	-		Werte <00:00 und >06:00 sind ungültig;
23	8.3.V03	6MWT_3	Verwendung einer Gehhilfe	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
24	8.3.V04	6MWT_4	Abgabe von Sauerstoff	Angaben sind für jeden Fall obligatorisch zu erheben (Ausnahme: Testverzicht)	N (1)	1, 2	-	1 = Ja 2 = Nein	Werte <1 und >2 sind ungültig
25	8.3.V05	6MWT_5	Grund für Test-Abbruch	Nur anzugeben, wenn Gehdauer weniger als 6 Minuten = 8.3.V02 > 00:00 und < 06:00	N (1)	1-6	-	1 = Thorax-Schmerzen 2 = Starke Atemnot 3 = Erschöpfung 4 = Schmerzen am Bewegungsapparat 5 = Gefährdung der Sicherheit 6 = Anderer	Werte <1 und >6 sind ungültig Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.3.V02 >00:00 und <06:00 sein (Gehdauer unter 6 Minuten)

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PU-Zeile (Fortsetzung 2)

PU-Zeile		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
26	8.3.V06	6MWT_6 Grund für Abbruch (Anderer)	Angabe anderer Abbruchgründe (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.3.V05 (6MWT_5) Wert=6 sein
27	8.3.V07	6MWT_7 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben Variable 8.3.V00 (6MWT_Datum) Wenn Test aufgrund schlechtem Allgemeinzustand nicht durchgeführt wird, hier als Grund "3=Patient zu krank" und bei der Gehstrecke in 8.3.V01 eine "0" angeben	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 8.3.V00 (6-MWT_Datum) erforderlich
28	8.3.V08	6MWT_8 Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.3.V07 (6MWT_7) Wert=4 sein
	8.4.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)						
29	8.4.V00	CRQ_Datum der Erhebung	CRQ ab 2021 für alle pulmonalen Patientinnen und Patienten	D (JJJJMMTT)		-		
30	8.4.V01	CRQ_01 Kurzatmigkeit bei Gefühl von Ärger		N (1)	1-8	9	Labels CRQ_01 1 = Extreme Kurzatmigkeit 2 = Starke Kurzatmigkeit 3 = Ziemliche Kurzatmigkeit 4 = Mässige Kurzatmigkeit 5 = Leichte Kurzatmigkeit 6 = Sehr leichte Kurzatmigkeit 7 = Gar keine Kurzatmigkeit 8 = Nicht ausgeübt	Werte <1 und >9 sind ungültig
31	8.4.V02	CRQ_02 Kurzatmigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens		N (1)	1-8	9	Labels wie CRQ_01	Werte <1 und >9 sind ungültig
32	8.4.V03	CRQ_03 Kurzatmigkeit bei zu Fuss gehen		N (1)	1-8	9	Labels wie CRQ_01	Werte <1 und >9 sind ungültig
33	8.4.V04	CRQ_04 Kurzatmigkeit bei Hausarbeiten		N (1)	1-8	9	Labels wie CRQ_01	Werte <1 und >9 sind ungültig
34	8.4.V05	CRQ_05 Kurzatmigkeit bei gesellschaftlichem Leben		N (1)	1-8	9	Labels wie CRQ_01	Werte <1 und >9 sind ungültig
35	8.4.V06	CRQ_06 Frustriert oder ungeduldig		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_06 1 = Immer 2 = Sehr oft 3 = Oft 4 = Manchmal 5 = Selten 6 = Fast nie 7 = Gar nie	Werte <1, 8 und >9 sind ungültig
36	8.4.V07	CRQ_07 Gefühl der Angst und Panik		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
37	8.4.V08	CRQ_08 Müde gefühlt		N (1)	1-7	9	1 = Extrem müde 2 = Sehr müde 3 = Ziemlich müde 4 = Mässig müde 5 = Ein bisschen müde 6 = Kaum müde 7 = Gar nicht müde	Prüflogik wie CRQ_06
38	8.4.V09	CRQ_09 Husten oder schweres Atmen peinlich		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

PU-Zeile (Fortsetzung 3)

PU-Zeile		Messdaten pulmonale Rehabilitation (Rehabereich = 10)						
Feld-Nr.	Variable	Bezeichnung	Bemerkungen	Format (Anzahl Elemente)	Werte-bereich	Missing value	Beschreibung	Prüflogik
39	8.4.V10	CRQ_10 Zuversichtlich bei Umgang mit Krankheit		N (1)	1-7	9	Labels CRQ_10 1 = Gar nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft 6 = Fast immer 7 = Immer	Prüflogik wie CRQ_06
40	8.4.V11	CRQ_11 Wie viel Energie		N (1)	1-7	9	1 = Gar keine 2 = Sehr wenig 3 = Wenig 4 = Mässig 5 = Viel 6 = Sehr viel 7 = Extrem viel	Prüflogik wie CRQ_06
41	8.4.V12	CRQ_12 Verärgert, besorgt oder deprimiert		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
42	8.4.V13	CRQ_13 Atemprobleme unter Kontrolle		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_10	Prüflogik wie CRQ_06
43	8.4.V14	CRQ_14 Locker und entspannt		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_10	Prüflogik wie CRQ_06
44	8.4.V15	CRQ_15 Wenig Lebensenergie		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
45	8.4.V16	CRQ_16 Mutlos oder niedergeschlagen		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
46	8.4.V17	CRQ_17 Erschöpft oder lustlos		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
47	8.4.V18	CRQ_18 Zufrieden mit Leben		N (1)	1-7	9	1 = Sehr unzufrieden 2 = Im Allgemeinen unzufrieden 3 = Ein wenig unzufrieden 4 = Im Allgemeinen zufrieden 5 = Meist zufrieden 6 = Meist sehr zufrieden 7 = Ausserordentlich zufrieden	Prüflogik wie CRQ_06
48	8.4.V19	CRQ_19 Verstört oder ängstlich		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
49	8.4.V20	CRQ_20 Ruhelos, angespannt oder nervös		N (1)	1-7	9	Labels wie CRQ_06	Prüflogik wie CRQ_06
50	8.4.V21	CRQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung	Bei Testverzicht/Nichtdurchführung, auch das Datum angeben, Variable 8.4.V00 (CRQ_Datum)	N (1)	1-4	-	1 = Ablehnung durch Patienten 2 = Nicht ausreichende Sprachkompetenzen 3 = Patient zu krank 4 = Andere	Werte <1 und >4 sind ungültig Wenn Wert >0 und <5, dann Angabe bei Variable 8.4.V00 (CRQ_Datum) erforderlich
51	8.4.V22	CRQ_Grund für Testverzicht / Nichtdurchführung (Anderer)	Angabe anderer Gründe für Testverzicht (Text)	AN (100)	[OFFEN, Textfeld ohne "|" oder ";"]			Wenn hier Angabe, dann muss Variable 8.4.V21 (CRQ_Grund) Wert=4 sein

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

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

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

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

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

##

Fallbezogene Datenprüfung für alle Rehabilitationsbereiche

Zusätzliche Daten

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zur CIRS zu Reha-Eintritt

COUNT (2.2.V00 TO 2.2.V14)<15

THEN «Angaben CIRS unvollständig»

##

Beispiel Fallbezogene Datenprüfung geriatrische Rehabilitation

Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 3.1.V03,

hier 3.1.V03=1 → Rehabereich geriatrische Rehabilitation

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)

IF 3.1.V03=1 **AND** 3.1.V04=1 **AND**

COUNT (3.2.V00, 3.2.V01)<2

THEN «Angaben HZ (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zur FIM® noch zum EBI
IF 3.1.V03=1 **AND** 3.1.V04=1 **AND**
COUNT (3.3.V00 TO 3.3.V22)<22 **AND**
COUNT (3.4.V00 TO 3.4.V16)<17
THEN «Angaben FIM® oder EBI (Reha-Eintritt) unvollständig»

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 3.1.V03=1 **AND** 3.1.V04=2 **AND**
COUNT (3.2.V00, 3.2.V03)<2
THEN «Angaben ZE (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zur FIM® noch zum EBI
IF 3.1.V03=1 **AND** 3.1.V04=2 **AND**
COUNT (3.3.V00 TO 3.3.V22)<22 **AND**
COUNT (3.4.V00 TO 3.4.V16)<17
THEN «Angaben FIM® oder EBI (Reha-Austritt) unvollständig»

##
Fallbezogene Datenprüfung internistische Rehabilitation
Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Rehabilitation, jeder Befehl muss mit
IF 3.1.V03=2 (Rehabereich internistische Rehabilitation) beginnen

##
Fallbezogene Datenprüfung muskuloskelettale Rehabilitation
Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Rehabilitation, jeder Befehl muss mit
IF 3.1.V03=4 (Rehabereich muskuloskelettale Rehabilitation) beginnen

##
Fallbezogene Datenprüfung neurologische Rehabilitation
Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Rehabilitation, jeder Befehl muss mit
IF 3.1.V03=5 (Rehabereich neurologische Rehabilitation) beginnen

##
Fallbezogene Datenprüfung onkologische Rehabilitation
Überprüfungsroutine ist äquivalent zur geriatrischen Rehabilitation, jeder Befehl muss mit
IF 3.1.V03=6 (Rehabereich onkologische Rehabilitation) beginnen

##

Fallbezogene Datenprüfung kardiale Rehabilitation

Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 4.1.V03,

hier 4.1.V03=3 → Rehabereich kardiale Rehabilitation

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=1 **AND**

COUNT (4.2.V00, 4.2.V01)<2

THEN «Angaben HZ (Reha-Eintritt) unvollständig»

keine vollständigen Angaben zum 6MWT (Messdaten oder Testverzicht)

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=1 **AND**

COUNT (4.3.V00 TO 4.3.V04)<5 **AND**

COUNT (4.3.V00, 4.3.V07)<2

THEN «Angaben 6MWT (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum MacNew Heart noch Angabe eines Test-Verzichts

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=1 **AND**

COUNT (4.4.V00 TO 4.4.V27)<28 **AND**

COUNT (4.4.V00, 4.4.V28)<2

THEN «Angaben MacNew (Reha-Eintritt) unvollständig»

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=2 **AND**

COUNT (4.2.V00, 4.2.V03)<2

THEN «Angaben ZE (Reha-Austritt) unvollständig»

keine vollständigen Angaben zum 6MWT (Messdaten oder Testverzicht)

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=2 **AND**

COUNT (4.3.V00 TO 4.3.V04)<5 **AND**

COUNT (4.3.V00, 4.3.V07)<2

THEN «Angaben 6MWT (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum MacNew Heart noch Angabe eines Testverzichts

IF 4.1.V03=3 **AND** 4.1.V04=2 **AND**

COUNT (4.4.V00 TO 4.4.V27)<28 **AND**

COUNT (4.4.V00, 4.4.V28)<2

THEN «Angaben MacNew (Reha-Austritt) unvollständig»

##

Fallbezogene Datenprüfung paraplegiologische Rehabilitation

Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 6.1.V03,

hier 6.1.V03=8 → Rehabereich paraplegiologische Rehabilitation

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)

IF 6.1.V03=8 **AND** 6.1.V04=1 **AND**

COUNT (6.2.V00, 6.2.V01)<2

THEN «Angaben HZ (Reha-Eintritt) unvollständig»

unvollständige Angaben zur SCIM

IF 6.1.V03=8 **AND** 6.1.V04=1 **AND**

COUNT (6.3.V00 TO 6.3.V19)<20

THEN «Angaben SCIM (Reha-Eintritt) unvollständig»

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 6.1.V03=8 **AND** 6.1.V04=2 **AND**
COUNT (6.2.V00, 6.2.V03)<2
THEN «Angaben ZE (Reha-Austritt) unvollständig»

unvollständige Angaben zur SCIM
IF 6.1.V03=8 **AND** 6.1.V04=2 **AND**
COUNT (6.3.V00 TO 6.3.V19)<20
THEN «Angaben SCIM (Reha-Austritt) unvollständig»

##
Fallbezogene Datenprüfung psychosomatische Rehabilitation
Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 7.1.V03,
hier 7.1.V03=9 → Rehabereich psychosomatische Rehabilitation

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=1 **AND**
COUNT (7.2.V00, 7.2.V01)<2
THEN «Angaben HZ (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum PHQ-15 noch Angabe eines Testverzichts
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=1 **AND**
COUNT (7.3.V00 TO 7.3.V15)<16 **AND**
COUNT (7.3.V00, 7.3.V16)<2
THEN «Angaben PHQ-15 (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zur HADS noch Angabe eines Testverzichts
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=1 **AND**
COUNT (7.4.V00 TO 7.4.V14)<15 **AND**
COUNT (7.4.V00, 7.4.V15)<2
THEN «Angaben HADS (Reha-Eintritt) unvollständig»

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=2 **AND**
COUNT (7.2.V00, 7.2.V03)<2
THEN «Angaben ZE (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum PHQ-15 noch Angabe eines Testverzichts
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=2 **AND**
COUNT (7.3.V00 TO 7.3.V15)<16 **AND**
COUNT (7.3.V00, 7.3.V16)<2
THEN «Angaben PHQ (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zur HADS noch Angabe eines Testverzichts
IF 7.1.V03=9 **AND** 7.1.V04=2 **AND**
COUNT (7.4.V00 TO 7.4.V14)<15 **AND**
COUNT (7.4.V00, 7.4.V15)<2
THEN «Angaben HADS (Reha-Austritt) unvollständig»

##
Fallbezogene Datenprüfung pulmonale Rehabilitation
Prüfroutine bezieht sich auf die Variable Rehabereich = 8.1.V03,
hier 8.1.V03=10 → Rehabereich pulmonale Rehabilitation

Reha-Eintritt

unvollständige Angaben zum Hauptziel (HZ)
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=1 **AND**
COUNT (8.2.V00, 8.2.V01)<2
THEN «Angaben HZ (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum 6MWT noch Angabe eines Testverzichts
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=1 **AND**
COUNT (8.3.V00 TO 8.3.V04)<5 **AND**
COUNT (8.3.V00, 8.3.V07)<2
THEN «Angaben 6MWT (Reha-Eintritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben des CRQ noch Angabe eines Testverzichts
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=1 **AND**
COUNT (8.4.V00 TO 8.4.V20)<21 **AND**
COUNT (8.4.V00, 8.4.V21)<2
THEN «Angaben CRQ (Reha-Eintritt) unvollständig»

Reha-Austritt

unvollständige Angaben zur Zielerreichung (ZE)
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=2 **AND**
COUNT (8.2.V00, 8.2.V03)<2
THEN «Angaben ZE (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben zum 6MWT noch Angabe eines Testverzichts
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=2 **AND**
COUNT (8.3.V00 TO 8.3.V04)<5 **AND**
COUNT (8.3.V00, 8.3.V07)<2
THEN «Angaben 6MWT (Reha-Austritt) unvollständig»

weder vollständige Angaben des CRQ noch Angabe eines Testverzichts
IF 8.1.V03=10 **AND** 8.1.V04=2 **AND**
COUNT (8.4.V00 TO 8.4.V20)<21 **AND**
COUNT (8.4.V00, 8.4.V21)<2
THEN «Angaben CRQ (Reha-Austritt) unvollständig»

I. Abgrenzung der zu liefernden Fälle ambulant/stationär

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

Art. 3 Stationäre Behandlung

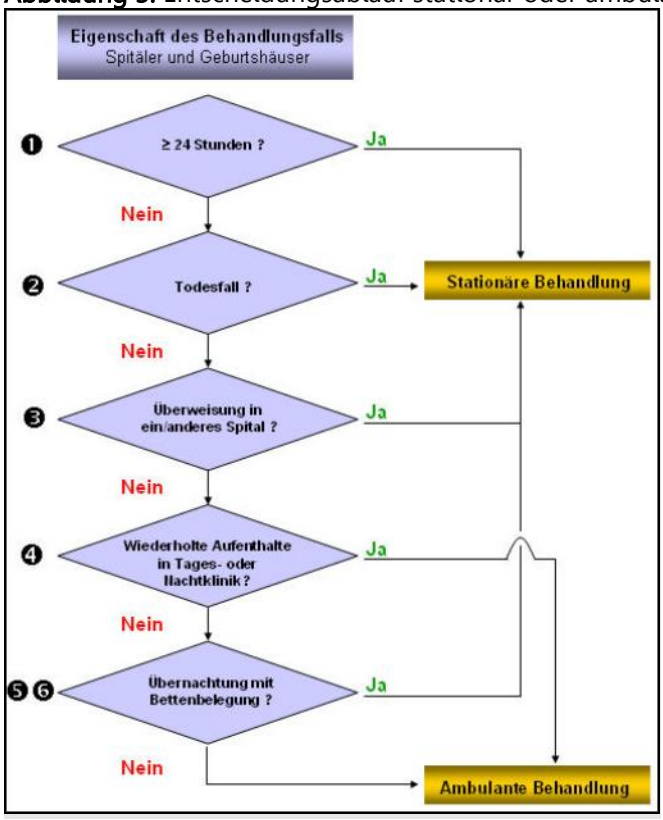
> Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:
>
> a. von mindestens 24 Stunden;
> b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
> c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
> d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
> e. bei Todesfällen.

Art. 5 Ambulante Behandlung

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

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

Abbildung 3: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant



Grafik: H+ ©

Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

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

Das Kriterium ❷ «Todesfall» klärt die Frage ob der Patient, die Patientin verstorben ist.

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

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

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

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

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

J. Hinweise zur Score-Berechnung

FIM® Instrument

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

EBI: Erweiterter Barthel-Index

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

ADL-Score

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

MacNew Heart

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

SCIM: Spinal Cord Independence Measurement

- Gesamtscore-Bildung SCIM = Summe über alle 19 Items, alle Items müssen vorhanden sein, kein fehlender Wert erlaubt
- Codierung Items: 0 – 15
- minimaler Wert Gesamtscore: 0 (minimale Funktionsfähigkeit)
- maximaler Wert Gesamtscore: 100 (maximale Funktionsfähigkeit)

PHQ: Patient Health Questionnaire-15

- Gesamtscore-Bildung: Berechnung eines Skalengesamtsummenwerts über 14 Items (Ausschluss des Items Menstruationsschmerzen für alle Fälle)[8]
- maximal 3 fehlende Werte erlaubt, Ersetzung der fehlenden Werte durch den Mittelwert der übrigen Items
- Codierung Items: 0 – 2
- minimaler Wert Gesamtscore: 0 (geringste Symptomatik)
- maximaler Wert Gesamtscore: 28 (grösste Symptomatik)

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

- Score-Bildung: getrennte Berechnung von Summenscores für die Subskalen Angst sowie Depression. Je Subskala werden 7 Items in die Scoreberechnung einbezogen.
- Je Subskala ist maximal 1 fehlender Wert erlaubt, Ersetzung der fehlenden Werte erfolgt durch den Mittelwert der übrigen Items
- Codierung Items: 0 – 3
- minimaler Wert Subscore Angst sowie Depression: 0 (geringste Symptomatik)
- maximaler Wert Subscore Angst sowie Depression: 21 (grösste Symptomatik)

[8] Die Berechnung des PHQ-15-Gesamtscores für die ANQ-Messungen weicht aus inhaltlichen Gründen von den Auswertungsempfehlungen der Autoren ab. Das Item Menstruationsschmerzen wird auch für Frauen nicht in die Scoreberechnung einbezogen. Als Grund hierfür kann die Verkürzung der Beobachtungsperiode für die ANQ-Messung von 4 Wochen auf 1 Woche genannt werden.

CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire

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

CIRS: Cumulative Illness Rating Scale

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