

Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen

Behandlerbogen

1300

Muskuloskeletale Erkrankungen stationär

VERSION - BEFRAG 2.0

<https://www.bqs.de>

<https://qs-reha.bqs.de>

A0 - Allgemeine Angaben zur Aufnahme

Patiententeilnahme

1* - Patient/-in, der/die an der Erhebung teilnimmt

- Ja Nein

2 - Geben Sie bitte die Gründe für die Nichtteilnahme an (Mehrfachnennungen möglich)

- verweigert
 kognitive/physische Einschränkungen
 sprachliche Probleme
 anderes

Patienteninformationen bei Aufnahme

3* - Alter des Patienten/ der Patientin

Jahre

4* - Geschlecht des Patienten/ der Patientin

- männlich weiblich

5* - Größe des Patienten / der Patientin (nur ganzzahlige Angaben)

cm

6* - Gewicht des Patienten/der Patientin (nur ganzzahlige Angaben)

kg

7* - Art der Maßnahme

- AR / AHB allg. Reha / HV sonstige

8* - Hauptkostenträger (Kostenträger der Grundleistung)

- GKV DRV private KV sonstige

9* - Rentner/-in:

- Ja Nein

Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme

10* - Diagnose (ICD10-Hauptdiagnose) - 1.

11 - Diagnose (ICD10) - 2.

12 - Diagnose (ICD10) - 3.

13 - Diagnose (ICD10) - 4.

14 - Diagnose (ICD10) - 5.

15* - Bestehen der Symptome der Haupterkrankung (Chronifizierungs-Dauer)

- Akutereignis
 < 1 Jahr
 1-2 Jahre
 3-5 Jahre
 6-10 Jahre
 > 10 Jahre
 nicht beurteilbar

*) Pflichtangabe

16* - Einschätzung zur Situation des Patienten/ der Patientin bei Reha-Beginn (Reha-Motivation)

Sehr hoch Keine**Komorbiditätsscore (KoMo_Score, AQMS)**

Geben Sie bitte bezüglich jeder der 14 aufgeführten Begleiterkrankungen an, ob sie bei dem/der Patienten/-in vorhanden ist, und wenn ja, wieschwer Sie sie einstufen. Falls eine der Erkrankungen vorhanden ist, geben Sie bitte auch an, wie stark der/die Patient/-in Ihrer Einschätzung nach durch die jeweilige Erkrankung hinsichtlich seiner/ihrer Aktivitäten bzw. der Partizipation (Teilhabe) im Sinne der ICF eingeschränkt ist (Wenn "ja"...).

Bitte bearbeiten Sie jede Zeile (=jede Erkrankung), indem Sie das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dies gilt auch für den Fall, dass eine dortaufgeführte Begleiterkrankung beim jeweiligen Patienten/bei der jeweiligen Patientin die Haupterkrankung abbildet (z. B. "Herzinfarkt" bei einem kardiologischen Patienten).

17* - Hypertonie vorhanden?

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

18 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

 Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

19* - Herzinfarkt (in der Vergangenheit)

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

20 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

 Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

21* - Koronare Herzkrankheit vorhanden?

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

22 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

 Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

23* - Periphere vaskuläre Erkrankung vorhanden?

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

24 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

 Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

25* - Erkrankung der Atmungsorgane vorhanden?

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

26 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

 Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

27* - Gastrointestinale Erkrankung vorhanden?

 Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

*) Pflichtangabe

28 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

29* - Erkrankung der Leber/Galle vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

30 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

31* - Nierenerkrankung vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

32 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

33* - Diabetes vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

34 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

35* - Muskuloskeletale Erkrankung vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

36 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

37* - Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall) vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

38 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

39* - Onkologische Erkrankung vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

40 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

*) Pflichtangabe

41* - Depressivität, Ängstlichkeit vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

42 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

43* - Demenz vorhanden?

- Nein Ja, leicht Ja, mittel Ja, schwer

44 - Wenn ja: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?

- Nein
 Ja, leicht
 Ja, mittel
 Ja, schwer

Fallgruppen Muskuloskeletale Erkrankungen

45 - Z.n. Hüft-OP

- Ja Nein

46 - Z.n. Hüft-OP - Schweregrad

- leicht mittel schwer

47 - Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

48 - Z.n. Knie-OP

- Ja Nein

49 - Z.n. Knie-OP - Schweregrad

- leicht mittel schwer

50 - Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

51 - Z.n. Wirbels-OP

- Ja Nein

52 - Z.n. Wirbels-OP - Schweregrad

- leicht mittel schwer

53 - Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

54 - Z.n. Schulter-OP

- Ja Nein

55 - Z.n. Schulter-OP - Schweregrad

- leicht mittel schwer

56 - Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

57 - Z.n. Sonstige-OP

- Ja Nein

58 - Z.n. Sonstige-OP - Schweregrad

- leicht mittel schwer

*) Pflichtangabe

59 - Datum des Ereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

60 - Da nicht AHB/AR, bitte Schweregrad der Haupterkrankung angeben.

leicht mittel schwer

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Muster