

# Behandlerbefragung

**1300/1350 - Muskuloskelettale Erkrankungen  
(stationär/ambulant)**

Version 5.0

---

## Fragebogenstruktur

Teilnahme	3
Allgemeine Angaben zur Aufnahme	3
Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme	3
Komorbidität	4
Fallgruppen Muskuloskeletale Erkrankungen	5

MUSTER

## Teilnahme

1 Die Patientin / der Patient nimmt an der Erhebung teil*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 1 = 'nein'</i>	
1.1 Geben Sie bitte den zeitlich ersten Grund für die Nichtteilnahme an*	<input type="radio"/> verweigert <input type="radio"/> kognitive / physische Einschränkungen <input type="radio"/> sprachliche Probleme <input type="radio"/> anderes

## Allgemeine Angaben zur Aufnahme

2 Alter*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 130)"/> Jahre
3 Geschlecht*	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
4 Körpergröße*	<input type="text" value="Ganzzahl (45 - 230)"/> cm
5 Körpergewicht*	<input type="text" value="Ganzzahl (25 - 400)"/> kg
6 Art der Maßnahme*	<input type="radio"/> AR / AHB <input type="radio"/> allg. Reha / HV <input type="radio"/> sonstige
7 Hauptkostenträger (Kostenträger der Grundleistung)*	<input type="radio"/> GKV <input type="radio"/> DRV <input type="radio"/> private KV <input type="radio"/> sonstige
8 Rentner/-in*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9 Bestehen der Symptome der Haupterkrankung (Chronifizierungs-Dauer)*	<input type="radio"/> Akutereignis <input type="radio"/> < 1 Jahr <input type="radio"/> 1 - 2 Jahre <input type="radio"/> 3 - 5 Jahre <input type="radio"/> 6 - 10 Jahre <input type="radio"/> > 10 Jahre <input type="radio"/> nicht beurteilbar
10 Einschätzung zur Situation der Patientin / des Patienten bei Reha-Beginn (Reha-Motivation)*	<input type="radio"/> 1 = Sehr hoch <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 = Keine

## Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme

11 Hauptdiagnose (ICD-10-GM)*	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
-------------------------------	---

## Nebendiagnose(n)

12 Nebendiagnose 1 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
13 Nebendiagnose 2 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
14 Nebendiagnose 3 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
15 Nebendiagnose 4 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
16 Nebendiagnose 5 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>

## Komorbidität

17 Hypertonie vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 17 = 'Ja, leicht' oder Frage 17 = 'Ja, mittel' oder Frage 17 = 'Ja, schwer'</i>	
17.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
18 Herzinfarkt (in der Vergangenheit)*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 18 = 'Ja, leicht' oder Frage 18 = 'Ja, mittel' oder Frage 18 = 'Ja, schwer'</i>	
18.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
19 Koronare Herzkrankheit vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 19 = 'Ja, leicht' oder Frage 19 = 'Ja, mittel' oder Frage 19 = 'Ja, schwer'</i>	
19.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
20 Periphere vaskuläre Erkrankung vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 20 = 'Ja, leicht' oder Frage 20 = 'Ja, mittel' oder Frage 20 = 'Ja, schwer'</i>	
20.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
21 Erkrankung der Atmungsorgane vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 21 = 'Ja, leicht' oder Frage 21 = 'Ja, mittel' oder Frage 21 = 'Ja, schwer'</i>	
21.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
22 Gastrointestinale Erkrankung vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 22 = 'Ja, leicht' oder Frage 22 = 'Ja, mittel' oder Frage 22 = 'Ja, schwer'</i>	
22.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
23 Erkrankung der Leber/Galle vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
<i>wenn Frage 23 = 'Ja, leicht' oder Frage 23 = 'Ja, mittel' oder Frage 23 = 'Ja, schwer'</i>	
23.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
24 Nierenerkrankung vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 24 = 'Ja, leicht' oder Frage 24 = 'Ja, mittel' oder Frage 24 = 'Ja, schwer'

24.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
25 Diabetes vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 25 = 'Ja, leicht' oder Frage 25 = 'Ja, mittel' oder Frage 25 = 'Ja, schwer'

25.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
26 Muskuloskeletale Erkrankung vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 26 = 'Ja, leicht' oder Frage 26 = 'Ja, mittel' oder Frage 26 = 'Ja, schwer'

26.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
27 Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall) vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 27 = 'Ja, leicht' oder Frage 27 = 'Ja, mittel' oder Frage 27 = 'Ja, schwer'

27.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
28 Onkologische Erkrankung vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 28 = 'Ja, leicht' oder Frage 28 = 'Ja, mittel' oder Frage 28 = 'Ja, schwer'

28.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
29 Depressivität, Ängstlichkeit vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 29 = 'Ja, leicht' oder Frage 29 = 'Ja, mittel' oder Frage 29 = 'Ja, schwer'

29.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
30 Demenz vorhanden?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer

wenn Frage 30 = 'Ja, leicht' oder Frage 30 = 'Ja, mittel' oder Frage 30 = 'Ja, schwer'

30.1 Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?*	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, leicht <input type="radio"/> Ja, mittel <input type="radio"/> Ja, schwer
---	---

wenn Frage 6 = 'allg. Reha / HV' oder Frage 6 = 'sonstige'

31 Da nicht AHB/AR, bitte Schweregrad der Haupterkrankung angeben.*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
---	--

wenn Frage 6 = 'AR / AHB'

### Fallgruppen Muskuloskeletale Erkrankungen

32 Z.n. Hüft-OP*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn Frage 32 = 'ja'	
32.1 Schweregrad*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
32.2 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Monat*	<input type="text" value="Auswahl"/>
32.3 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Jahr*	<input type="text" value="Auswahl"/>
33 Z.n. Knie-OP*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

*wenn Frage 33 = 'ja'*

33.1 Schweregrad*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
33.2 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Monat*	<input type="text" value="Auswahl"/>
33.3 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Jahr*	<input type="text" value="Auswahl"/>
34 Z.n. Wirbels-OP*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

*wenn Frage 34 = 'ja'*

34.1 Schweregrad*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
34.2 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Monat*	<input type="text" value="Auswahl"/>
34.3 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Jahr*	<input type="text" value="Auswahl"/>
35 Z.n. Schulter-OP*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

*wenn Frage 35 = 'ja'*

35.1 Schweregrad*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
35.2 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Monat*	<input type="text" value="Auswahl"/>
35.3 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Jahr*	<input type="text" value="Auswahl"/>
36 Z.n. Sonstige-OP*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

*wenn Frage 36 = 'ja'*

36.1 Schweregrad*	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
36.2 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Monat*	<input type="text" value="Auswahl"/>
36.3 Datum des Akutereignisses bzw. der OP - Jahr*	<input type="text" value="Auswahl"/>