

**Datensatz Schlaganfall Neurologische Frührehabilitation Hessen**

SA\_FRUEHREHA\_HE (Spezifikation 2027 V05)

| Basisdatensatz |                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - 15         | Basisdokumentation                                                                                               |
| 1              | Institutionskennzeichen<br>□□□□□□□□                                                                              |
| 2              | Entlassender Standort<br>□□□□□□□□                                                                                |
| 3              | Aufnehmende Fachabteilung<br>§ 301-Vereinbarung <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a><br>□□□□□   |
| 4              | Identifikationsnummer des Patienten<br>□□□□□□□□□□□□□□                                                            |
| 5              | Geburtsdatum<br>TT.MM.JJJJ<br>□□.□□.□□□□                                                                         |
| 6              | Geschlecht<br><br>1 = männlich<br>2 = weiblich<br>3 = divers<br>8 = unbestimmt<br>□                              |
| 7              | Postleitzahl des Wohnortes<br>□□□□□                                                                              |
| 8.1            | Datum des Schlaganfalls<br>TT.MM.JJJJ<br>□□.□□.□□□□                                                              |
| 8.2>           | Datum des Schlaganfalls<br>unbekannt<br><br>1 = ja<br>□                                                          |
| 9              | Aufnahmedatum<br>TT.MM.JJJJ<br>□□.□□.□□□□                                                                        |
| 10             | Hauptdiagnose<br>ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses<br>aus den Entlassdiagnosen<br>□□□.□□            |
| 11             | Fallauslösender<br>Frührehabilitations-OPS<br><a href="http://www.bfarm.de">http://www.bfarm.de</a><br>□—□□□.□   |
| 12             | Zuweisende Fachabteilung<br>§ 301-Vereinbarung <a href="https://www.dkgev.de/">https://www.dkgev.de/</a><br>□□□□ |
| 13             | Entlassungsdatum Phase B<br>TT.MM.JJJJ<br>□□.□□.□□□□                                                             |
| 14.1           | Entlassungsgrund<br>§ 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a><br>□□              |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.2>                                      | Nicht spezifizierter<br>Entlassungsgrund<br><br>1 = ja<br>□                                                                                                                                                      |
| Wenn Feld 14.1 IN (01, 02, 03, 04, 14, 15) |                                                                                                                                                                                                                  |
| 15>                                        | Behandlung beendet -<br>Versorgungsstatus<br><br>1 = nach Hause - selbstständig<br>2 = nach Hause mit Laienunterstützung<br>3 = nach Hause - mit professioneller Hilfe<br>4 = außerklinische Intensivpflege<br>□ |

## Datensatz Schlaganfall Neurologische Frührehabilitation Hessen

SA\_FRUEHREHA\_HE (Spezifikation 2027 V05)

| Frührehabilitationsdatensatz                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 – 29.2                                                                                         | <b>AUFNAHME</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 16                                                                                                | Gesundheitsstatus vor Akutereignis                                                                                                                                                                                                                                   |
| 16                                                                                                | Modified Rankin-Scale<br>0 = Keine Symptome<br>1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung<br>2 = Geringgradige Funktionseinschränkung<br>3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung<br>4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung<br>5 = Schwere Funktionseinschränkung |
| 17 - 19                                                                                           | <b>Vor Frühreha</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 17                                                                                                | Thrombolyse<br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                    |
| 18                                                                                                | Thrombektomie<br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                  |
| 19                                                                                                | Osteoklastische Entlastung und/oder operative Hämatomausräumung<br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                |
| 20.1 – 23                                                                                         | <b>Status bei Aufnahme</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Es muss entweder das Feld 23 oder mindestens eines der Felder 20.1 bis 21 ausgefüllt sein.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 20.1                                                                                              | Trachealkanüle<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                             |
| 20.2                                                                                              | ZVK<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 20.3                                                                                              | Passagere Liquorableitung<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                  |
| 20.4                                                                                              | Suprapubischer Katheter<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                    |
| 20.5                                                                                              | Transurethraler Katheter<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                   |
| 20.6                                                                                              | Ernährung über Nasogastrale Sonde<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                          |
| 20.7                                                                                              | Ernährung über PEG/PEJ<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                     |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20.8                    | Dialysepflicht<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                             |
| 20.9                    | Isolierungspflicht<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                         |
| 21                      | Dekubitus ab Stadium/Kategorie 2<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Wenn Feld 21 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 22>                     | Stadium/Kategorie 2-4<br>(bei mehrfachen Dekubitus Angabe des höchstgradigen Dekubitus)                                                                                                                                                                              |
| 23                      | Vorgenanntes trifft nicht zu<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                               |
| 24 – 25.3               | <b>Neurologischer Befund</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
| 24                      | Bewusstseinslage<br>1 = wach<br>2 = somnolent/soporös<br>3 = komatös                                                                                                                                                                                                 |
| 25.1 – 25.3             | <b>Dysphagie/Aphasie/Dysarthrie</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 25.1                    | Dysphagie<br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                             |
| 25.2                    | Aphasie<br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                               |
| 25.3                    | Dysarthrie<br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                            |
| 26 – 29.2               | <b>Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 26                      | Modified Rankin-Scale<br>0 = Keine Symptome<br>1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung<br>2 = Geringgradige Funktionseinschränkung<br>3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung<br>4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung<br>5 = Schwere Funktionseinschränkung |
| 27                      | Neglect<br>0 = nicht<br>1 = mäßig<br>2 = schwer<br>3 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                             |

|                         |                                                                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28.1 – 28.5             | <b>Frühreha Barthel</b>                                                                                                                       |
| 28.1                    | Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung<br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                            |
| 28.2                    | Absaugpflichtiges Tracheostoma<br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                                                |
| 28.3                    | Dauerhafte / Intermittierende Beatmung<br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                                        |
| 28.4                    | Schwere Verständigungsstörung<br>0 = Keine Störung<br>-25 = Störung vorhanden                                                                 |
| 28.5                    | Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung<br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                                     |
| 29.1 – 29.2             | <b>Barthel-Index (nach Hamburger Manual)</b>                                                                                                  |
| 29.1                    | Lagewechsel Bett-Stuhl<br>0 = vollständig abhängig<br>5 = große Unterstützung<br>10 = geringe Unterstützung<br>15 = vollständig selbstständig |
| 29.2                    | Fortbewegung<br>0 = vollständig abhängig<br>5 = große Unterstützung<br>10 = geringe Unterstützung<br>15 = vollständig selbstständig           |
| 30 - 42                 | <b>STATIONÄRER VERLAUF</b>                                                                                                                    |
| 30                      | Durchführung der Dysphagiediagnostik (FEES/VFSS)<br>0 = nein<br>1 = ja                                                                        |
| <b>Wenn Feld 30 = 1</b> |                                                                                                                                               |
| 31>                     | Anzahl der durchgeführten FEES oder VFSS während des Aufenthaltes                                                                             |
| 32                      | Zentrales Monitoring<br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                    |

## Datensatz Schlaganfall Neurologische Frührehabilitation Hessen

SA\_FRUEHREHA\_HE (Spezifikation 2027 V05)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 33                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Deckelung<br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 34                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Beatmung erfolgt<br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn Feld 34 = 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 35>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Beatmungsstunden<br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |                          |
| 36                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Aufenthaltes eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?<br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 37                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Neu erworbene Isolierungspflicht<br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 38 - 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Behandlungsrelevante Komplikationen (nur im Verlauf erworben)                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| 38                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Komplikationen<br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn Feld 38 = 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 39.1>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 = Klinisch relevante Blutung<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 39.2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3 = Epileptischer Anfall<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 39.3>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4 = Trachealstenose<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| 39.4>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5 = Sepsis<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| 39.5>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6 = Hydrozephalus<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 39.6>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7 = Pneumonie<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 39.7>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8 = Thrombose / Lungenembolie<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 39.8>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 9 = Pleuraerguss<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| 39.9>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10 = Dekubitus ab Stadium/Kategorie 2<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn Feld 39.9 = 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 40.1>>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Stadium/Kategorie 2 - 4<br>(bei mehrfachen Dekubitus Angabe des höchstgradigen Dekubitus)                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| 40.2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11 = Hirninfarkt (Re-Infarkt)<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 40.3>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 13 = Harnwegsinfektion<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 40.4>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 16 = Sturzereignis<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| 40.5>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 99 = Andere Komplikation(en)<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 41>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Verlegt wegen Komplikation Nr.<br><br><input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                     |                          |
| <b>42.1 – 53.2 BEHANDLUNGSENDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| <b>42.1 – 53.2 Status bei Entlassung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| <i>Es muss entweder das Feld 44 oder mindestens eines der Felder 42.1 bis 43.1 ausgefüllt sein. Das Vorliegen der nachfolgenden Parameter am Tag der Entlassung/Verlegung ist zwingend zu dokumentieren. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Fälle, bei denen der/die Patient(in) verstorben ist.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 42.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Trachealkanüle<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 42.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ZVK<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| 42.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Passagere Liquorableitung<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 42.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Suprapubischer Katheter<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| 42.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Transurethraler Katheter<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 42.6                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ernährung über nasogastrale Sonde<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 42.7                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ernährung über PEG/PEJ<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 42.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dialysepflicht<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 42.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Isolierungspflicht<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| 43.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dekubitus ab Stadium/Kategorie 2<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn Feld 43.1 = 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 43.2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Stadium/Kategorie 2 - 4<br>(bei mehrfachen Dekubitus Angabe des höchstgradigen Dekubitus)                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vorgenanntes trifft nicht zu<br><br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>45 – 46.3 Neurologischer Befund</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Bewusstseinslage<br><br>1 = wach<br>2 = somnolent/soporös<br>3 = komatös                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| 46.1 – 46.3                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dysphagie/Aphasie/Dysarthrie                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| 46.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dysphagie<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 46.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Aphasie<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 46.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dysarthrie<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht beurteilbar                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>47 – 53.2 Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 47                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Modified Rankin-Scale<br><br>0 = Keine Symptome<br>1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung<br>2 = Geringgradige Funktionseinschränkung<br>3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung<br>4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung<br>5 = Schwere Funktionseinschränkung<br>6 = Tod | <input type="checkbox"/> |

## Datensatz Schlaganfall Neurologische Frührehabilitation Hessen

## SA\_FRUEHREHA\_HE (Spezifikation 2027 V05)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 48                        | Neglect <input type="checkbox"/><br><br>0 = nicht<br>1 = mäßig<br>2 = schwer<br>3 = nicht beurteilbar                                                                                                                          | 50          | Psychologische Mitbehandlung <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                             |
| 49 - 51                   | <b>Therapieminuten</b>                                                                                                                                                                                                         | 51          | Atemtherapie <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                             |
| 49                        | Anzahl geleisteter<br>Therapieminuten gesamt<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>        | 52.1 - 52.5 | <b>Frühreha Barthel</b>                                                                                                                                                                     |
| 49.1                      | Davon Angabe der<br>ergotherapeutischen<br>Therapieminuten möglich <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                          | 52.1        | Intensivmedizinisch<br>überwachungsbedürftige Störung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                    |
| <b>Wenn Feld 49.1 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                | 52.2        | Absaugpflichtiges Tracheostoma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                           |
| 49.2>                     | Davon ergotherapeutische<br>Therapieminuten<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>         | 52.3        | Dauerhafte / Intermittierende<br>Beatmung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                                |
| 49.3                      | Davon Angabe der<br>physiotherapeutischen<br>Therapieminuten möglich <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                        | 52.4        | Schwere Verständigungsstörung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = Keine Störung<br>-25 = Störung vorhanden                                            |
| <b>Wenn Feld 49.3 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                | 52.5        | Beaufsichtigungspflichtige<br>Schluckstörung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = Keine Störung<br>-50 = Störung vorhanden                             |
| 49.4>                     | Davon physiotherapeutische<br>Therapieminuten<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>       | 53.1 - 53.2 | <b>Barthel-Index (nach<br/>Hamburger Manual)</b>                                                                                                                                            |
| 49.5                      | Davon Angabe der<br>logopädischen Therapieminuten<br>möglich <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                | 53.1        | Lagewechsel Bett-Stuhl <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = vollständig abhängig<br>5 = große Unterstützung<br>10 = geringe Unterstützung<br>15 = vollständig selbstständig |
| <b>Wenn Feld 49.5 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                | 53.2        | Fortbewegung <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>0 = vollständig abhängig<br>5 = große Unterstützung<br>10 = geringe Unterstützung<br>15 = vollständig selbstständig           |
| 49.6>                     | Davon logopädische<br>Therapieminuten<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>               |             |                                                                                                                                                                                             |
| 49.7                      | Davon Angabe der<br>Therapieminuten der<br>therapeutischen Pflege möglich <input type="checkbox"/><br><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                   |             |                                                                                                                                                                                             |
| <b>Wenn Feld 49.7 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                                                                                             |
| 49.8>                     | Davon Therapieminuten der<br>therapeutischen Pflege<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             |                                                                                                                                                                                             |