

E i U]h} hgg]W Yfi b[ gj YfZΛ f Yb  
XYf '[ YgYm`]W Yb' ? fUb\_ Yb\_ UggYb

**6 YΛ UbX`YfVc[ Yb  
; Yf]Uf]Y`**

.....KÖÜÜWPAZÖÖÜÖÖÄE

stationär und ambulant

..... \ Hfdg.#k k k "Veg"XY

..... \ Hfdg.#eg!fYΛ U'Veg"XY

# A1 - Teilnahme

## Basisdokumentation

### 1\* - Teilnahme am Verfahren

- Patient  
 Bezugsperson  
 keiner

### 1.1 - Grund für den Drop-out des Patienten

- Patient lehnt Teilnahme ab  
 Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen  
 Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme  
 andere Gründe zur Nicht-Teilnahme

### 1.2 - Grund für den Drop-out der Bezugsperson

- Bezugsperson lehnt Teilnahme ab  
 Patient lehnt die Befragung der Bezugsperson ab  
 Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen  
 Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme  
 Bezugsperson nicht verfügbar  
 andere Gründe zur Nicht-Teilnahme

### 2\* - Alter des Patienten

### 3\* - Geschlecht

- männlich     weiblich

### 4\* - Aufnahmedatum

 

### 5\* - Bewilligungsdauer (Tage ohne Verlängerung)

 Tage

### 6\* - Antragstellung (Zugangsweg)

- Anschlussrehabilitation  
 vertragsärztliche Versorgung  
 MDK Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung  
 Übernahme aus anderer Reha-Einrichtung

## A2 - Reha-Beginn

### Basisdaten Patient

### Vorgeschichte

7\* - Hilfsmittel

nein  ja  nicht bekannt

7.1 - Rollator / Deltarad

ja

7.2 - Gehstock / Gehstütze

ja

7.3 - Rollstuhl

ja

7.4 - Antidekubitus-System

ja

7.5 - Toilettensitzerhöhung

ja

7.6 - Toiletten(roll)stuhl

ja

7.7 - Badewannenlifter und sonstige Badehilfen

ja

7.8 - Pflegebett

ja

7.9 - Exo-Prothese(n)

ja

7.10 - Inkontinenzvorlagen

ja

7.11 - Blasendauerkatheter

ja

7.12 - andere

nein  ja

7.12.1 - Welches andere Hilfsmittel hat der Patient bisher genutzt?

**Reha-Aufenthalt****Reha-begründende Diagnosen**

8\* - Führende Reha-begründende Diagnose (ICD-10-GM)

9\* - Liegt der führenden Reha-begründenden Diagnose ein aktuelles Akutereignis zugrunde?

 nein  ja  nicht bekannt

9.1 - Datum des Akutereignisses (tt.mm.jjj)

9.2 - Art der Akutbehandlung

 keine  ambulant  stationär

9.2.1 - Bestand im Rahmen des Akutereignisses Bettlägerigkeit von 14 Tagen oder länger?

 nein  ja  nicht bekannt

9.2.2 - Erfolgte Beatmung eine Woche oder länger?

 nein  ja  nicht bekannt**Weitere Reha-relevante Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung)**

10.1 - 1. Diagnose, ICD-10-GM

10.2 - 2. Diagnose, ICD-10-GM

10.3 - 3. Diagnose, ICD-10-GM

10.4 - 4. Diagnose, ICD-10-GM

10.5 - 5. Diagnose, ICD-10-GM

10.6 - 6. Diagnose, ICD-10-GM

10.7 - 7. Diagnose, ICD-10-GM

10.8 - 8. Diagnose, ICD-10-GM

## Weitere Sachverhalte

11\* - Medikamente (Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Aufnahme)

12\* - Pflegegrad nach § 15 SGB XI zum Zeitpunkt der Aufnahme

- kein Pflegegrad  
 Pflegegrad 1  
 Pflegegrad 2  
 Pflegegrad 3  
 Pflegegrad 4  
 Pflegegrad 5  
 nicht bekannt

## Sturzanamnese

13\* - Stürze innerhalb der letzten 6 Monate?

- nein     ja     nicht bekannt

13.1 - Anzahl bekannt?

- nein     ja

13.1.1 - Anzahl Stürze innerhalb der letzten 6 Monate

## Vorausgegangene Krankenhausaufenthalte

14\* - Akutstationärer Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate?

- nein     ja     nicht bekannt

14.1 - Anzahl bekannt?

- nein     ja

14.1.1 - Anzahl akutstationärer Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate

## Sozialanamnese

15\* - Wohnort

- Privatwohnung  
 Alten-WG, Generationen-Haus, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim  
 Pflegeheim  
 sonstige Einrichtung  
 nicht bekannt

15.1 - Wohnsituation vor der Reha: Alleinlebend?

- nein     ja     nicht bekannt

15.1.1 - Person(en) im gleichen Haushalt (Mehrfachantworten möglich)

- rüstige Person(en) im gleichen Haushalt  
 hilfebedürftige Person(en) im gleichen Haushalt

15.1.2 - Dauer des Alleinlebens

- seit kurzem alleinlebend (< 1 Jahr)  
 seit langem alleinlebend (>= 1 Jahr)

\*) Pflichtangabe

## 16\* - Hilfe im Alltag vor der Reha

- keine  
 nur familiäre Hilfe  
 nur professionelle Hilfe  
 familiäre und professionelle Hilfe  
 nicht bekannt

## 17\* - Gesetzliche Betreuung gemäß § 1896ff BGB

- nein  ja  nicht bekannt

## 18\* - Deutsche Sprachkenntnisse des Patienten

- sehr schlecht  
  
  
  
 sehr gut

**Bezugsperson**

Bezugspersonen sind Personen, die den Patienten während und nach der Reha eng begleiten.

## 19\* - Bezugsperson bekannt?

- nein  ja

## 19.1 - Kontaktdaten liegen vor?

- nein  ja

**Basis-Assessment bei Aufnahme****Sehen**

## 20\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf Probleme beim Sehen? (trotz Einbezug einer vorhandenen Brille)

- nein  ja

## 20.1 - Wie bzw. mit welchem Instrument wurde der Befund überprüft?

## 20.2 - Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments

## 20.3 - Der Befund ist damit auffällig?

- nein  ja

## 20.4 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

**Hören**

21\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf Probleme beim Hören? (trotz Einbezug eines vorhandenen Hörgerätes)

nein  ja

21.1 - Wie bzw. mit welchem Instrument wurde der Befund überprüft? (z.B. nach Lachs)

21.2 - Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments

21.3 - Der Befund ist damit auffällig?

nein  ja

21.4 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

**Schlucken**

22\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf eine Schluckstörung?

nein  ja

22.1 - Wie bzw. mit welchem Instrument wurde der Befund überprüft?

22.2 - Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments

22.3 - Der Befund ist damit auffällig?

nein  ja

22.4 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

**Kognition**

23\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein kognitives Problem?

nein  ja

**Mini Mental State Examination (MMSE) , Wertebereich: 0 - 30**

23.1 - Orientierung

 [Werte 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

23.2 - Merkfähigkeit

 [Werte 0, 1, 2, 3]

23.3 - Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit

 [Werte 0, 1, 2, 3, 4, 5]

23.4 - Erinnerungsfähigkeit

 [Werte 0, 1, 2, 3]

23.5 - Sprache

 [Werte 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

23.6 - Der Befund ist damit auffällig?

nein  ja

23.7 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

\*) Pflichtangabe

**Delir**

24\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein Delir?

 nein  ja

24.1 - Wie bzw. mit welchem Instrument wurde der Befund überprüft? (z.B. nach CAM)

24.2 - Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments

24.3 - Der Befund ist damit auffällig?

 nein  ja

24.4 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

**Psychisches Befinden**

25\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf eine Depression?

 nein  
 ja, durch eigene Beobachtung  
 ja, von einweisender Klinik (AHB)

25.1 - Wie bzw. mit welchem Instrument wurde der Befund überprüft?

25.2 - Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments

25.3 - Der Befund ist damit auffällig?

 nein  ja

25.4 - OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

**Ernährungszustand**

26\* - Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein Ernährungsproblem?

 nein  ja

27\* - Körpergewicht

 kg

28\* - Körpergröße

 cm



**Dekubitus**

29\* - Lag bei Aufnahme ein Dekubitus vor?

- nein     ja

29.1 - Wie viele Dekubitalulzera lagen bei Aufnahme vor?

29.2 - Schweregrad (nach ICD-10-GM)

- Grad 4 (L89.3)  
 Grad 3 (L89.2)  
 Grad 2 (L89.1)  
 Grad 1 (L89.0)

**Reha-Motivation**

30\* - Ist die Reha-Motivation des Patienten bekannt?

- nein     ja

30.1 - Einschätzung der Reha-Motivation: Sie ist ... ausgeprägt.

- außerordentlich  
 ziemlich  
 mittelmäßig  
 kaum  
 gar nicht

**Mobilität**

Barthel-Index: Einstufung nach dem Hamburger Einstufungsmanual.

31\* - Essen und Trinken

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

32\* - Aufsetzen und Umsetzen

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte  
 15 Punkte

33\* - Sich waschen

- 0 Punkte  
 5 Punkte

34\* - Toilettennutzung

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

35\* - Baden / Duschen

- 0 Punkte  
 5 Punkte

36\* - Aufstehen und Gehen

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte  
 15 Punkte

\*) Pflichtangabe

## 37\* - Treppensteigen

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

## 38\* - An- und Auskleiden

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

## 39\* - Stuhlkontinenz

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

## 40\* - Harnkontinenz

- 0 Punkte  
 5 Punkte  
 10 Punkte

## 42 - Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte

## A3 - Reha-Ziele

Reha-Ziel (Eingabe bis spätestens 3 Werktage nach dem Aufnahmetag)

### Mit dem Patienten vereinbartes individuelles Reha-Ziel

43\* - individuelles Reha-Ziel

44 - Wer hat an der Vereinbarung des individuellen Reha-Ziels teilgenommen?

- Patient und Behandler  
 Patient und Bezugsperson und Behandler  
 Bezugsperson und Behandler  
 nur Behandler

### Patientenspezifische Reha-Zielkategorien

Insgesamt sind maximal 10 Kategorien der Ebene II auswählbar. Außerdem müssen die ausgewählten Reha-Zielkategorien mindestens aus 3 Reha-Zielkategorie Ebene I stammen.

45 - Körperfunktion (Mehrfachantworten möglich)

- Schmerzen  
 Nahrungsaufnahme / Schlucken  
 Defäkation  
 Miktion

46 - Lernen und Wissensaneignung (Mehrfachantworten möglich)

- Lesen  
 Probleme lösen  
 Konzentration

47 - Kommunikation (Mehrfachantworten möglich)

- Stimm- und Sprechfunktion  
 Sprache (Aphasie)  
 Kommunikation und Interaktion  
 Kommunikationsgeräte benutzen

48 - Mobilität (Mehrfachantworten möglich)

- Körperposition wechseln, Transfer  
 In einer Körperposition verbleiben  
 Gegenstände anheben und tragen  
 Händegebrauch  
 Rollstuhlgebrauch  
 Gangsicherheit, Gleichgewicht halten  
 Gehen im Innenbereich  
 Treppensteigen  
 Gehen im Außenbereich  
 Transportmittel nutzen

49 - Selbstversorgung (Mehrfachantworten möglich)

- Sich waschen  
 Körperpflege  
 Toilettenbenutzung  
 Sich kleiden  
 Essen  
 Trinken

50 - Häusliches Leben (Mehrfachantworten möglich)

- Mahlzeiten zubereiten  
 Hausarbeiten erledigen  
 Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

\*) Pflichtangabe

## 51 - Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

- 
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

## 52 - Bedeutende Lebensbereiche

- 
- Wirtschaftliches Leben

## 53 - Gemeinschafts- und soziales Leben

- 
- Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit

## 54\* - Wurden darüber hinaus weitere Reha-Ziele in der Reha verfolgt?

- 
- nein
- 
- ja

## 54.1 - Welche Reha-Ziele waren das im Einzelnen?

**Erzeugung der Patienten- und Bezugspersonen-Fragebögen**

Sofern Sie die folgende Frage mit ?ja? beantworten, werden die Befragungsunterlagen für den Patienten und dessen Bezugsperson erzeugt. Änderungen der Angaben über das individuelle Reha-Ziel und die Auswahl der Reha-Zielkategorien sind danach nicht mehr möglich.

## 55\* - Möchten Sie die Angaben zu den Reha-Zielen speichern und die Befragungsunterlagen für den Patienten sowie dessen Bezugsperson erzeugen?

- 
- nein
- 
- ja

## A4 - Reha-Ende

### Reha-Verlauf

#### Reha-Verlängerung

55\* - Wurde eine Verlängerung beantragt?

nein  ja

55.1 - Wurde die Verlängerung bewilligt?

nein  ja

55.2 - Anzahl zusätzlich bewilligter Tage

Tage

#### Ereignisse mit Einfluss auf den Reha-Verlauf

56\* - Sind während der Reha-Maßnahme relevante (interkurrente) Ereignisse aufgetreten? (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Infektion, Sturz, familiärer Konflikt, Tod eines nahen Verwandten)

nein  ja

56.1 - Handelte es sich um ein medizinisches Ereignis?

nein  ja

56.1.1 - 1. Ereignis IDC-10-GM:

56.1.2 - 2. Ereignis IDC-10-GM:

56.1.3 - 3. Ereignis IDC-10-GM:

56.2 - Handelte es sich um ein anderweitiges schwerwiegendes bspw. familiäres Ereignis?

nein  ja

56.2.1 - Schwerwiegende(s) nicht-medizinische(s) Ereignis(se)

#### multiresistente Erreger (MRE)

57\* - Lag eine Infektion mit einem positiv getesteten multiresistenten Keim vor?

nein  ja

57.1 - Erfolgte eine Isolation?

nein  ja

## Basis-Assessment vor Entlassung

### Dekubitus

58\* - Liegt ein Dekubitus vor?

- nein  ja

58.1 - Wie viele Dekubitalulzera liegen vor?

58.2 - Schweregrad (nach ICD-10-GM)

- Grad 4 (L89.3)  
 Grad 3 (L89.2)  
 Grad 2 (L89.1)  
 Grad 1 (L89.0)

### Abschätzung des Reha-Erfolges

59\* - Hat der Patient Ihrer Einschätzung nach von der Reha profitiert?

- außerordentlich  
 ziemlich  
 mittelmäßig  
 kaum  
 gar nicht

60\* - Wird der Patient Ihrer Einschätzung nach sein individuelles Reha-Ziel nach Entlassung realisieren können?

- sicher  
 ziemlich wahrscheinlich  
 vielleicht  
 wahrscheinlich nicht  
 keinesfalls

### Entlassung

61\* - Entlassungsdatum

 

62\* - Reha-Aufenthalt regulär beendet?

- nein  ja

62.1 - Entlassungsgrund

- Verlegung in Krankenhaus / Reha-Einrichtung  
 verstorben  
 sonstiges

62.2 - Entlassungsort

- Privatwohnung  
 Alten-WG, Generationen-Haus, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim  
 Pflegeheim  
 sonstige professionelle Einrichtung  
 Kurzzeitpflege  
 Hospiz  
 nicht bekannt

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!