

Qualitätssicherungsverfahren  
der gesetzlichen Krankenkassen

Behandlerbogen

**1600 / GERIAAMB**

Geriatric ambulant

VERSION - BEFRAGG 3.0

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

## A1 - Teilnahme

### Basisdokumentation

#### 1\* - Teilnahme am Verfahren

- nein  ja

#### 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  
 nicht reguläres Ende der Maßnahme (z.B. Tod)  
 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

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 (mm.jjjj)

#### 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)

## 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

### 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

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

**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 oder 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 oder 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 ICD-10-GM:

56.1.2 - 2. Ereignis ICD-10-GM:

56.1.3 - 3. Ereignis ICD-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 Kolonisation oder 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!