

Qualitätssicherungsverfahren
der gesetzlichen Krankenkassen

Behandlerbogen
1700 / GERIA

Geriatric stationär

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

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!