

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
--------------	-----------------	--------------------

1. Rehabilitationsbedürftigkeit**1.1. Vorgeschichte: Verlegungs- / Anmeldeungsrelevante Haupt- und Nebendiagnosen:**

--	--	--

Akutereignis am:	ggf. Op am:	Belastungseinschränkung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja kg bis (Datum):
-------------------------	--------------------	---

Komplikationen im Verlauf u/o für die Begutachtung bei komplexen Vorbehandlungen erforderliche Angaben:

--

Als Anlage (z.B. Vorbefunde, Arztbriefe u.ä.) beigelegt sind:

1.2. Geriatrische Syndrome und relevante Funktionseinschränkungen :

- Beatmungstherapie, Entwöhnungstherapie, Sauerstofftherapie (mind. 4 h/d) Behandlung mit Schlafapnoemaske
 Behandlungsbedürftige Schluckstörung mit Ernährungspflicht über PEG/Magensonde
 Tracheostoma mit Erfordernis zur regelmäßigen Versorgung durch die Pflege
 Verwirrtheit mit Beaufsichtigungspflicht
 Auto/Fremdaggessivität

 Neuropsychologische Störungen (mit eindeutigen Beeinträchtigungen der weiteren Aktivitäten.
 Aphasie (mit eindeutigen Beeinträchtigungen der weiteren Aktivitäten, soweit nicht vom Barthel-Index erfasst)
 Demenz (leichte und mittlere Form)
 Behandlungsbedürftige Depression (mit eindeutigen Beeinträchtigungen der weiteren Aktivitäten)
 Dekubitalulcera mit einfacher Verbandstechnik übersteigendem Aufwand
 Wundversorgung mit einfache Verbandstechnik übersteigendem Aufwand
 Parenterale Ernährung (mind. 4 h/d)
 Parenterale Medikamentenapplikation (mind 12 h/d oder 3 x /d)
 Vermehrte Vitalzeichenkontrolle (mind. 8 Messungen von Einzelparameter/d

1.3. Aktuelle Fähigkeitsstörungen als Folge der o. g. Haupt- und Nebendiagnosen:

(Mobilität, Gangsicherheit, Sturzgefährdung, Kommunikation, Gedächtnis, Handlungsplanung, Sozialverhalten, Sonstiges)

- selbständiges Gehen möglich selbständiges Gehen nicht möglich gangsicher nicht gangsicher und sturzgefährdet

 geordnetes Gespräch mit Pat. möglich geordnetes Gespräch mit Pat. nicht möglich

 Kognition nicht eingeschränkt Kognition eingeschränkt Kognition erheblich eingeschränkt

 Handlungsplanung nicht eingeschränkt Handlungsplanung eingeschränkt Handlungsplanung erheblich eingeschränkt

 Sozialverhalten adäquat Sozialverhalten nicht adäquat

Sonstiges:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
--------------	-----------------	--------------------

Gegenüber dem Zustand vor akuter Krankenhausbehandlung / Erkrankung ist derzeit die:			
Alltagsrelevante Gehstrecke / Belastbarkeit:	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> verkürzt	<input type="checkbox"/> aufgehoben
Fähigkeit zur Haushaltsführung:	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> aufgehoben
Fähigkeit zur Tagesstrukturierung:	<input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> aufgehoben
Die Kooperativität ist <input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> beeinträchtigt (ggf. stichwortartig kommentieren):			

Sozialanamnese:	Bisherige Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> mit Partner / in Familie	<input type="checkbox"/> allein lebend		
		<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Alten-/ Pflegeheim		
	Zukünftige geplante Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Rückkehr in bisheriges Wohnumfeld	<input type="checkbox"/> abhängig vom Reha-Ergebnis		
Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3
Amtlich bestellte Betreuung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ansprechpartner	Tel:		

2. Rehabilitationsfähigkeit

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit wird ärztlicherseits bestätigt.	
<input type="checkbox"/>	der geriatritypisch multimorbide Patient verfügt über eine ausreichende phys. / psych. Belastbarkeit, erforderliche Mobilität und ausreichende Motivation. (Bitte Abgrenzungskriterien nach Nds. Versorgungsvertrag für die geriatrische Rehabilitation beachten)
<input type="checkbox"/>	der geriatritypisch multimorbide Patient verfügt nicht über eine ausreichende phys. / psych. Belastbarkeit, erforderliche Mobilität und ausreichende Motivation.
Ggf. antragsrelevante Erläuterungen hierzu:	

3. Rehabilitationsziele

Welches ist / sind das / die individuelle/n und realistische/n Reha-Ziel/e (hinsichtlich Schädigung, Aktivitäten, Partizipation/Teilhabe, Kontext-/ Risikofaktoren) bezogen auf die beschriebenen Fähigkeitsstörung/en aus Sicht des Vorbehandelnden?	
Folgende Ziele verfolge ich mit der Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation:	
Armfunktion:	<input type="checkbox"/> selbständiges Essen und Waschen <input type="checkbox"/> sonstiges:
Transfer:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit ungeschulter Laienhilfe <input type="checkbox"/> mit geschulter Laienhilfe <input type="checkbox"/> sonstige Ziele:
Lokomotion:	<input type="checkbox"/> selbständiges Gehen eventuell mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> selbständiges Manövrieren mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehen mit ungeschulter Laienhilfe <input type="checkbox"/> Gehen mit geschulter Laienhilfe <input type="checkbox"/> selbständiges Treppensteigen <input type="checkbox"/> Treppensteigen mit ungeschulter Laienhilfe <input type="checkbox"/> Treppensteigen mit geschulter Laienhilfe
Körperliche Versorgung:	<input type="checkbox"/> angestrebt ist komplett selbständig <input type="checkbox"/> angestrebt ist wenig Hilfsbedarf und zumindest selbständiger Toilettengang <input type="checkbox"/> angestrebt ist mittlerer Hilfsbedarf und zumindest Toilettengang mit (un)geschulter Laienhilfe
Sonstige Ziele:	

4. Rehabilitationsprognose

Bei welchem/n Reha-Ziel/en erwarten Sie unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes durch die Ausschöpfung des Reha-Potenziales während / durch die Reha-Maßnahme Verbesserungen?	
Ich erwarte folgende Verbesserungen: <input type="checkbox"/> Besserung der Armfunktion <input type="checkbox"/> Besserung des Transfers <input type="checkbox"/> Besserung der Lokomotion <input type="checkbox"/> Besserung im Selbstversorgungsgrad der eigenen körperlichen Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Erläuterungen zum Antrag

- Dieses Antragsformular ersetzt nicht den ärztlichen und pflegerischen Verlegungsbrief!
- Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Therapeutenberichte, etc.) mitzugeben.
- Der Antrag ist *nur mit komplett ausgefülltem* Barthel-Index (Kurzversion des Hamburger Manual[®], Quelle BAG-KGE[®]-Server) vollständig und dient der Mitbewertung der dokumentierten Fähigkeitsstörungen.

Barthel Index zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach §40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sollten z.B. je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual – Kurzversion)		vom:
Essen	Komplett selbständig ODER selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10
	Hilfe bei der mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit ODER Hilfe bei der PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG / MS Ernährung	0
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl UND zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einer oder anderen o. g. Phase	10
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND / ODER Transfer in Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich waschen	Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
	Erfüllt das Kriterium nicht (statt: erfüllt „5“ nicht)	0
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	10
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung ODER deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden / duschen	Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	5
Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen	15
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Treppe steigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf UND hintersteigen	10
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf UND hintersteigen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an UND aus	10
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an UND aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Stuhlkontinenz	Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus-praeter Versorgung	10
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus-praeter Versorgung	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent	0
Harnkontinenz	Ist harnkontinent ODER kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
	Kompensiert die Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) ODER benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent	0
Summe		

Optional PPR:	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------