

Behandlerbefragung

1600/1700 - Geriatrie (ambulant/stationär)

Version 5.0

Fragebogenstruktur

Teilnahme	3
Basisdokumentation	3
Reha-Beginn	3
Reha-Aufenthalt	4
Basis-Assessment bei Aufnahme	6
Reha-Verlauf	9
Basis-Assessment vor Entlassung	9
Entlassung	10

MUSTER

Teilnahme

1 Patient/-in oder Bezugsperson*	<input type="radio"/> Patient/-in <input type="radio"/> Bezugsperson
2 Teilnahme am Verfahren*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 1 = 'Patient/-in' und Frage 2 = 'nein'</i>	
2.1 Grund für den Drop-out der Patientin / des Patienten*	<input type="radio"/> Patient/-in lehnt Teilnahme ab <input type="radio"/> Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen <input type="radio"/> Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme <input type="radio"/> nicht reguläres Ende der Maßnahme (z.B. Tod) <input type="radio"/> andere Gründe zur Nicht-Teilnahme
<i>wenn Frage 1 = 'Bezugsperson' und Frage 2 = 'nein'</i>	
2.2 Grund für den Drop-out der Bezugsperson*	<input type="radio"/> Bezugsperson lehnt Teilnahme ab <input type="radio"/> Patient/-in lehnt die Befragung der Bezugsperson ab <input type="radio"/> Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen <input type="radio"/> Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme <input type="radio"/> andere Gründe zur Nicht-Teilnahme <input type="radio"/> Bezugsperson nicht verfügbar

Basisdokumentation

3 Alter*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 130)"/> Jahre
4 Geschlecht*	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
5 Aufnahmedatum	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
6 Bewilligungsdauer (Tage ohne Verlängerung)*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 100)"/> Tage
7 Antragstellung (Zugangsweg)*	<input type="radio"/> Anschlussrehabilitation <input type="radio"/> vertragsärztliche Versorgung <input type="radio"/> MDK Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung <input type="radio"/> Übernahme aus anderer Reha-Einrichtung

Reha-Beginn

8 Hilfsmittel*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 8 = 'ja'</i>	
8.1 Rollator / Deltarad*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.2 Gehstock / Gehstütze*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.3 Rollstuhl*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.4 Antidekubitus-System*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

8.5 Toilettensitzerhöhung*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.6 Toiletten(roll)stuhl*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.7 Badewannenlifter und sonstige Badehilfen*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.8 Pflegebett*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.9 Exo-Prothese(n)*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.10 Inkontinenzvorlagen*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.11 Blasendauerkatheter*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.12 andere*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 8.12 = 'ja'</i>	
8.12.1 Welches andere Hilfsmittel hat die Patientin / der Patient bisher genutzt?*	<input type="text" value="Freitext mit max. 100 Zeichen"/>

Reha-Aufenthalt

Reha-begründende Diagnosen

9 Führende Reha-begründende Diagnose (ICD-10-GM)*	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
10 Liegt der führenden Reha-begründenden Diagnose ein aktuelles Akutereignis zugrunde?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 10 = 'ja'</i>	
10.1 Datum des Akutereignisses*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
10.2 Art der Akutbehandlung*	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär
10.3 Bestand im Rahmen des Akutereignisses Bettlägerigkeit von 14 Tagen oder länger?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
10.4 Erfolgte Beatmung eine Woche oder länger?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt

Weitere Reha-relevante Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung)

11 Diagnose 1 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
12 Diagnose 2 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
13 Diagnose 3 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
14 Diagnose 4 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
15 Diagnose 5 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
16 Diagnose 6 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
17 Diagnose 7 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
18 Diagnose 8 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>

Weitere Sachverhalte

19 Medikamente (Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Aufnahme)*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 50)"/> Medikament(e)
--	--

20 Pflegegrad nach § 15 SGB XI zum Zeitpunkt der Aufnahme*	<input type="radio"/> kein Pflegegrad <input type="radio"/> Pflegegrad 1 <input type="radio"/> Pflegegrad 2 <input type="radio"/> Pflegegrad 3 <input type="radio"/> Pflegegrad 4 <input type="radio"/> Pflegegrad 5 <input type="radio"/> nicht bekannt
21 Stürze innerhalb der letzten 6 Monate?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 21 = 'ja'</i>	
21.1 Anzahl bekannt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 21.1 = 'ja'</i>	
21.1.1 Anzahl Stürze innerhalb der letzten 6 Monate*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 99)"/> Sturz/Stürze
22 Akutstationäre Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 22 = 'ja'</i>	
22.1 Anzahl bekannt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 22.1 = 'ja'</i>	
22.1.1 Anzahl akutstationärer Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 99)"/> Krankenhausaufenthalt(e)
Sozialanamnese	
23 Wohnort*	<input type="radio"/> Privatwohnung <input type="radio"/> Alten-WG, Generationen-Haus, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige Einrichtung <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 23 = 'Privatwohnung' oder Frage 23 = 'Alten-WG, Generationen-Haus, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim'</i>	
23.1 Wohnsituation vor der Reha: Alleinlebend?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 23.1 = 'ja'</i>	
23.1.1 Dauer des Alleinlebens*	<input type="radio"/> seit kurzem alleinlebend (< 1 Jahr) <input type="radio"/> seit langem alleinlebend (>= 1 Jahr)
<i>wenn Frage 23.1 = 'nein'</i>	
23.1.2 Person(en) im gleichen Haushalt (Mehrfachantworten möglich)*	<input type="checkbox"/> rüstige Person(en) im gleichen Haushalt <input type="checkbox"/> hilfebedürftige Person(en) im gleichen Haushalt
24 Hilfe im Alltag vor der Reha*	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> nur familiäre Hilfe <input type="radio"/> nur professionelle Hilfe <input type="radio"/> familiäre und professionelle Hilfe <input type="radio"/> nicht bekannt

25 Gesetzliche Betreuung gemäß § 1896ff BGB*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
26 Deutsche Sprachkenntnisse der Patientin / des Patienten*	<input type="radio"/> 1 = sehr schlecht <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 = sehr gut
27 Bezugsperson bekannt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 27 = 'ja'</i>	
27.1 Kontaktdaten liegen vor?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Basis-Assessment bei Aufnahme

28 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf Probleme beim Sehen? (trotz Einbezug einer vorhandenen Brille)*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 28 = 'ja'</i>	
28.1 Wurde der Befund überprüft?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 28.1 = 'ja'</i>	
28.1.1 Wie bzw. mit welchem Instrument?*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
28.1.2 Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
28.1.3 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 28.1 = 'nein'</i>	
28.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
29 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf Probleme beim Hören? (trotz Einbezug eines vorhandenen Hörgerätes)*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 29 = 'ja'</i>	
29.1 Wurde der Befund überprüft?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 29.1 = 'ja'</i>	
29.1.1 Wie bzw. mit welchem Instrument? (z.B. nach Lachs)*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
29.1.2 Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
29.1.3 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 29.1 = 'nein'</i>	
29.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
30 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf eine Schluckstörung?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 30 = 'ja'</i>	
30.1 Wurde der Befund überprüft?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 30.1 = 'ja'</i>	
30.1.1 Wie bzw. mit welchem Instrument?*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
30.1.2 Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
30.1.3 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

wenn Frage 30.1 = 'nein'

30.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
31 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein kognitives Problem?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 31 = 'ja'		
31.1 Wurde eine Mini Mental State Examination (MMSE) durchgeführt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 31.1 = 'ja'		
31.1.1 Orientierung*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 10)"/>	[Wert 0 bis 10]
31.1.2 Merkfähigkeit*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 3)"/>	[Wert 0 bis 3]
31.1.3 Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 5)"/>	[Wert 0 bis 5]
31.1.4 Erinnerungsfähigkeit*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 3)"/>	[Wert 0 bis 3]
31.1.5 Sprache*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 9)"/>	[Wert 0 bis 9]
31.1.6 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 31.1 = 'nein'		
31.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
32 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein Delir?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 32 = 'ja'		
32.1 Wurde der Befund überprüft?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 32.1 = 'ja'		
32.1.1 Wie bzw. mit welchem Instrument? (z.B. nach CAM)*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
32.1.2 Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
32.1.3 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 32.1 = 'nein'		
32.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
33 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf eine Depression?*	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, durch eigene Beobachtung <input type="radio"/> ja, von einweisender Klinik (AHB)	
wenn Frage 33 = 'ja, durch eigene Beobachtung'		
33.1 Wurde der Befund überprüft?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 33.1 = 'ja'		
33.1.1 Wie bzw. mit welchem Instrument?*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
33.1.2 Befund der Untersuchung bzw. Score des ausgewählten Instruments*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	
33.1.3 Der Befund ist damit auffällig?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
wenn Frage 33.1 = 'nein'		
33.2 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>	

34 Gab es bei Aufnahme Hinweise auf ein Ernährungsproblem?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
35 Körpergewicht*	<input type="text" value="Ganzzahl (25 - 400)"/> kg
36 Körpergröße*	<input type="text" value="Ganzzahl (100 - 220)"/> cm
37 Lag bei Aufnahme ein Dekubitus vor?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

wenn Frage 37 = 'ja'

37.1 Wie viele Dekubitalulzera lagen bei Aufnahme vor?*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 20)"/> Dekubitalulzera
37.2 Höchster Schweregrad (nach ICD-10-GM)*	<input type="radio"/> Grad 1 (L89.0) <input type="radio"/> Grad 2 (L89.1) <input type="radio"/> Grad 3 (L89.2) <input type="radio"/> Grad 4 (L89.3)

Barthel-Index

38 Wurde der Barthel-Index erfasst?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--------------------------------------	---

wenn Frage 38 = 'ja'

38.1 Essen und Trinken*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte
38.2 Aufsetzen und Umsetzen*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte <input type="radio"/> 15 Punkte
38.3 Sich waschen*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte
38.4 Toilettennutzung*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte
38.5 Baden/Duschen*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte
38.6 Aufstehen und Gehen*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte <input type="radio"/> 15 Punkte
38.7 Treppensteigen*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte
38.8 An- und Auskleiden*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte
38.9 Stuhlkontinenz*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte
38.10 Harnkontinenz*	<input type="radio"/> 0 Punkte <input type="radio"/> 5 Punkte <input type="radio"/> 10 Punkte

wenn Frage 38 = 'nein'

38.11 OPTIONAL: Erläuterung, falls keine Untersuchung erfolgte	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
--	--

Reha-Motivation

39 Ist die Reha-Motivation der Patientin / des Patienten bekannt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	---

wenn Frage 39 = 'ja'

39.1 Einschätzung der Reha-Motivation: Sie ist ... ausgeprägt.*	<input type="radio"/> außerordentlich <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> gar nicht
---	---

Reha-Verlauf

40	Wurde eine Verlängerung beantragt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 40 = 'ja'</i>		
40.1	Wurde die Verlängerung bewilligt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 40.1 = 'ja'</i>		
40.1.1	Anzahl zusätzlich bewilligter Tage*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 40)"/> Tage
41	Sind während der Reha-Maßnahme relevante (interkurrente) Ereignisse aufgetreten? (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Infektion, Sturz, familiärer Konflikt, Tod eines nahen Verwandten)*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 41 = 'ja'</i>		
41.1	Handelte es sich um ein medizinisches Ereignis?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 41.1 = 'ja'</i>		
41.1.1	Ereignis 1, Diagnose (ICD-10-GM)*	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
41.1.2	Ereignis 2, Diagnose (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
41.1.3	Ereignis 3, Diagnose (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
41.2	Handelte es sich um ein anderweitiges schwerwiegendes bspw. familiäres Ereignis?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 41.2 = 'ja'</i>		
41.2.1	Schwerwiegende(s) nicht-medizinische(s) Ereignis(se)*	<input type="text" value="Freitext mit max. 150 Zeichen"/>
42	Lag eine Kolonisation oder Infektion mit einem positiv getesteten multiresistenten Keim vor?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 42 = 'ja'</i>		
42.1	Erfolgte eine Isolation?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Basis-Assessment vor Entlassung

43	Liegt ein Dekubitus vor?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 43 = 'ja'</i>		
43.1	Wie viele Dekubitalulzera liegen vor?	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 20)"/> Dekubitalulzera
43.2	Höchster Schweregrad (nach ICD-10-GM)	<input type="radio"/> Grad 1 (L89.0) <input type="radio"/> Grad 2 (L89.1) <input type="radio"/> Grad 3 (L89.2) <input type="radio"/> Grad 4 (L89.3)
Abschätzung des Reha-Erfolges		
44	Wird die Patientin / der Patient Ihrer Einschätzung nach sein individuelles Reha-Ziel nach Entlassung realisieren können?*	<input type="radio"/> sicher <input type="radio"/> ziemlich wahrscheinlich <input type="radio"/> vielleicht <input type="radio"/> wahrscheinlich nicht <input type="radio"/> keinesfalls

- 45 Hat die Patientin / der Patient Ihrer Einschätzung nach von der Reha profitiert?*
- außerordentlich
 ziemlich
 mittelmäßig
 kaum
 gar nicht

Entlassung

46 Entlassungsdatum	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
47 Reha-Aufenthalt regulär beendet?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 47 = 'ja'</i>	
47.1 Entlassungsort	<input type="radio"/> Privatwohnung <input type="radio"/> Alten-WG, Generationen-Haus, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige professionelle Einrichtung <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Hospiz <input type="radio"/> nicht bekannt
<i>wenn Frage 47 = 'nein'</i>	
47.2 Entlassungsgrund	<input type="radio"/> Verlegung in Krankenhaus / Reha-Einrichtung <input type="radio"/> verstorben <input type="radio"/> sonstiges