Zurück an:
Kompetenz-Centrum Geriatrie
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

Fax: 040 / 25169-499

Basisdokumentation Mobile Rehabilitation

Strukturfragebogen
(Version 1.0 vom 05.05.2009)

Erhebungsjahr: ☐☐☐☐ (JJJJ)

1. Allgemeine Angaben zur Einrichtung

1.1 Name der Einrichtung:

1.2 Adresse der Einrichtung (Straße, Postleitzahl, Ort):

---

2. Personelle Ausstattung

Mitarbeiterstellen je Profession im Erhebungsjahr:
Hinweise und Berechnungswege zu den Mitarbeiterkapazitäten finden Sie auf der Rückseite.

- Arzt	☐,☐	- Physiotherapeut	☐,☐
- Pflegefachkraft	☐,☐	- Ergotherapeut	☐,☐
- Sozialarbeiter	☐,☐	- Stimm-/Sprech-/Sprachtherapeut	☐,☐
- Diätassistent/Ökotrophologe	☐,☐	- klinischer (Neuro-) Psychologe	☐,☐

3. Weitere Angaben zur Einrichtung

3.1 Werden von dem Träger Ihrer Einrichtung am gleichen Standort weitere geriatrische Versorgungsangebote vorgehalten:

☐ nein ☐ Krhs. stationär (§ 39) ☐ Krhs. teilstationär (§ 39)
☐ Reha stationär (§ 40) ☐ Reha ambulant (§ 40)

3.2 Wie viele mobile Rehabilitationsmaßnahmen wurden im Erhebungsjahr insgesamt durchgeführt?

☐☐☐ begonnene Reha-Maßnahmen ☐☐☐ abgeschlossene Reha-Maßnahmen

_____ _____

Ort, Datum und Unterschrift **Telefon-Nr. zwecks Rückfragen**

!! Bei Rückfragen steht Ihnen das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord unter Tel. 040/25169-1152 zur Verfügung (oder: info@kcgeriatrie.de) !!

Hinweis 1: Berechnungswege für Vollzeitäquivalente (VZÄ)

Stellen, die ganzjährig besetzt waren

Jede Vollzeitstelle, die das ganze Jahr ohne Unterbrechung besetzt war, zählt 1 VZÄ. Jede halbe Stelle, die ohne Unterbrechung besetzt war, zählt 0,5 VZÄ.
Beispiel: Eine ganze und eine halbe Stelle waren das ganze Jahr über besetzt = 1,5 VZÄ.

Werden sonstige ganzjährig besetzte Stellen in Prozentanteilen angegeben, werden alle Prozentangaben addiert.
Beispiel: Drei Stellen waren mit 70 % + 50 % + 50 % ganzjährig besetzt = 170 % = 1,7 VZÄ.

Liegen keine Prozentangaben vor, rechnet man die Stundenzahl der ganzjährig besetzten Stellen folgendermaßen um: Die Wochenarbeitsstunden der Stellen werden addiert und durch die Regelarbeitszeit geteilt.
Beispiel: Eine Stelle mit 28 Wochenstunden und 4 Minijobs à 10 Wochenstunden waren ganzjährig besetzt. Summe: 68 Wochenstunden / 38,5 Stunden Regelarbeitszeit = 1,8 VZÄ.

Stellen, die <u>nicht</u> ganzjährig besetzt waren

Jede Stelle, die <u>nicht</u> durchgehend ganzjährig besetzt war (z.B. Stelle ausgelaufen, Lücke bei Wiederbesetzung etc.), wird folgendermaßen in VZÄ umgerechnet: (Wochenarbeitszeit der beschäftigten Person / Regelarbeitszeit) * (Beschäftigungszeit (in Monaten)/12) = VZÄ.
Beispiel: Ein Mitarbeiter war mit 19,25 Stunden/Woche vom 15. März bis zum 30. September beschäftigt: (19,25 Arbeitsstunden / 38,5 h Regelarbeitszeit)* (6,5 Monate / 12) = 0,3 VZÄ.

Hinweis 2: Rehabilitationsmaßnahmen im Erhebungsjahr

Hier soll die separate Angabe aller mobilen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen, die im Erhebungsjahr begonnen bzw. abgeschlossen wurden, also auch derjenigen Rehabilitationsmaßnahmen, die eventuell formal nicht der fallbasierten Dokumentation unterliegen (z.B. Fälle der Privaten Krankenversicherung).

Zurück an:
Kompetenz-Centrum Geriatrie
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

Fax: 040 / 25169-499

Basisdokumentation Mobile Rehabilitation

(Version 1.3 vom 10.05.2010)

1. Allgemeine Angaben zum/zur Versicherten

1.1 Geschlecht des/der Versicherten: ☐ männlich ☐ weiblich

1.2 Geburtsjahr des/der Versicherten: ☐☐☐☐ (JJJJ)

1.3 Postleitzahl des Wohnortes des/der Versicherten (nur die ersten zwei Stellen):

☐☐

1.4 Kassenart: ☐ AOK ☐ BKK ☐ Ersatzkasse ☐ IKK
☐ Knappschaft ☐ Landwirtsch. KK ☐ See KK ☐ Sonstige

1.5 Pflegestufe (bei Beginn der mobilen Rehabilitation) :

☐ keine ☐ Pflegestufe I ☐ Pflegestufe II ☐ Pflegestufe III

1.6 Bewohner eines nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheims:

☐ ja ☐ nein

2. Reha-Indikation

2.1 ICD-Schlüssel der <u>rehabilitationsrelevanten</u> Hauptdiagnose (Angabe der ersten drei Stellen):

☐☐☐

2.2 Welche/s der folgenden Personengruppen-spezifischen Indikationskriterien für die Erbringung einer mobilen Rehabilitation gemäß der Rahmenempfehlungen MoGeRe (Punkt 2.5) trifft/ treffen zu?

- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art ☐ ja ☐ nein
- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltenbezogener Art ☐ ja ☐ nein
- erhebliche Schädigungen der Stimm, Sprech- oder Sprachfunktion mit vorbestehenden Kompensations-/-Ersatzstrategien im ständigen Wohnumfeld ☐ ja ☐ nein
- erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen im ständigen Wohnumfeld ☐ ja ☐ nein

2.3 Assessmentbefunde **Reha-Beginn** **Reha-Ende**

Eingesetztes Instrument: ☐ Barthel ☐ FIM Summenscore: ☐ ☐

3. Zuweisungspfad

aus Krankenhausbehandlung:
☐ (allgemein)
☐ (geriatrisch stationär, inkl. Frühreha)
☐ (geriatrisch teilstationär)

aus Rehabilitation:
☐ (indikationsspezifisch)
☐ (geriatrisch stationär)
☐ (geriatrisch ambulant-nicht mobil)

aus vertragsärztlicher Versorgung ☐

4. Behandlung

4.1 Reha-Beginn: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (TT.MM.JJJJ)

4.2 Reha-Ende: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (TT.MM.JJJJ)

4.3 Behandlungsunterbrechung länger als 1 Woche (vgl. § 4 Abs. 3 RE MoGeRe)

☐ ja ☐ nein

4.4 Wurde eine Rehabilitationsverlängerung beantragt:

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, erfolgte eine Bewilligung durch die Krankenkasse? ☐ ja ☐ nein

4.5 Anzahl der Behandlungstage ☐☐☐ (Tage mit Hausbesuche der unter 4.7 genannten Professionen)

4.6 Behandlungsende:

Behandlung regulär beendet? ☐ ja ☐ nein

Falls nicht regulär beendet, Angabe der Gründe:

- auf Wunsch des/der Versicherten ☐
- auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung (Pat. nicht rehafähig, Non-Compliance etc.) ☐
- Krankenhausaufnahme ☐
- Beginn einer nicht mobilen Rehabilitationsleistung ☐
- verstorben ☐

4.7 Anzahl der Therapie-/ Leistungseinheiten durch folgende Professionen

	Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht		Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht
- Physiotherapeut	☐	☐	- Arzt (vor Ort)	☐	☐
- Ergotherapeut	☐	☐	- Gesundheits-/ Krankenpfleger	☐	☐
- Stimm-/Sprech-/ Sprachtherapeut	☐	☐	- Sozialarbeiter	☐	☐
- klinischer (Neuro-)Psychologe	☐	☐	- Diätassistent/ Ökothrophologe	☐	☐

_____ _____

Ort, Datum und Unterschrift **Telefon-Nr. zwecks Rückfragen**

!! Bei Rückfragen steht Ihnen das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord unter Tel. 040/25169-1152 zur Verfügung (oder: info@kcgeriatrie.de) !!

Name/Anschrift der mobilen Einrichtung/Stempel: