

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

Zunehmende Gangunsicherheit mit rez. Stürzen bei muskulärer Schwäche, Polyneuropathie u. ausgeprägter Schwachsichtigkeit bds.
 Zunehmende soziale Isolation, koronare Minderdurchblutung, Ventrikelschädigung

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

| | keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln) | personelle Hilfe nötig | nicht durchführbar |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | | | |

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) Timed up and go 25 Sek., Barthel-Index 75.

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)
 Frau Arlt lebt noch allein in ihrer Wohnung im Erdgeschoss eines Wohnblocks. Zum Erreichen der Straße müssen 5 Treppenstufen überwunden werden. Einziger Angehöriger ist ein Sohn, der in Italien lebt u. sich daher abgesehen von regelmäßigen Telefonaten nur sehr sporadisch im Rahmen von Besuchen um seine Mutter persönlich kümmern kann.

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)
 entfällt.

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)
 Hilfe bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen u. beim Einkauf 2 x pro Woche durch Zugefrau. Die Sozialstation kommt jeden Dienstag, um die Patientin zu baden.

Risikofaktoren

- Nikotin
- Alkoholmissbrauch
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch
- Sonstiges
- Unterernährung

Original für die Krankenkasse
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.)

Hausärztlicher Hausbesuch jede 2. Woche, KH-Behandlungen 1999, 2003 (Myokardinfarkte) u. 2004 (Ca), AR 2003 u. 2004

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) Digimerck minor 1x1, Lopirin 25 2x1/2, Ismo 20 2x1, Lasix 2x1, Insulatard

HM morgens 24 IE sc., abends 8 IE sc.

C. Heilmittel

| | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtreich | | | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtreich | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | nein | ja | | nein | ja | | nein | ja | | nein | ja |
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wärme-/Kältetherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>6</u> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Standardisierte Heilmittelkombinationen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traktionsbehandlung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektrotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Inhalation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Hinweis zu der angegebenen Einschätzung | | | | | | <u>Ergotherapie ambulant nicht durchführbar, KG nur unter erschwerten Bedingungen.</u> | | | | | |

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? Rollator, Badewannenlift, Nachtstuhl.

| | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Verordnet | nein | ja | Aussichtreich | nein | ja |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

E. Andere Maßnahmen

| | Durchgeführt | | Aussichtreich | | | Durchgeführt | | Aussichtreich | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | nein | ja | nein | ja | | nein | ja | nein | ja |
| Psychotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ernährungsberatung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Rehabilitationssport/ Funktionstraining | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenschulung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Medizinische Vorsorgeleistungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Sonstiges

Eventuell Vermittlung von Essen auf Rädern (lehnt die Patientin bisher strikt ab!)

| | | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Durchgeführt | nein | ja | Aussichtreich | nein | ja |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. Rehabilitationsfähigkeit

| | nein | ja | | nein | ja |
|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Der Patient ist motivierbar | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

Muskuläre Kräftigung, Reduktion der Sturzgefahr, Gewichtszunahme durch ausgewogene u. kalorisch ausreichende Diabeteskost.

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Erhalte der Pflegestufe I

Verbleib in der eigenen Wohnung, Ermöglichung von Spaziergängen u. hierdurch Verbesserung der Teilhabe.

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Essen auf Rädern, Organisation unterstützender Dienste.

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Verbleib in der eigenen Wohnung, Gewichtszunahme, allgemeine Kräftigung, sicheres Laufen mit dem Rollator.

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

| | nein | ja | | nein | ja |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Schädigungen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Kontextfaktoren | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aktivitäten und Teilhabe | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachlich Betreuungsangebote)

Möglichst barrierefreie Rehabilitationseinrichtung, geeignet auch für fast blinde Rehabilitanden.

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

nein ja Begründung
Schwere der Schädigungen u. der bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten u. der Teilhabe bei gleichzeitig bestehender positiver Rehabilitationsprognose.

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

nein ja

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

nein ja

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitation ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

Physio- u. Ergotherapie, Ernährungsberatung, evtl. Diabeteschulung.

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Durchführung der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Form einer stationären geriatrischen Rehabilitation erforderlich.

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigelegt sind nicht beigelegt weil Alter Hausarzt vor 3 Monaten verstorben, daher neu in der Praxis.

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Dr. med. Trautgott Redlich
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Zur Hoffnung 13
 77777 Glückstadt
 KV-Nr. 0815 007
 Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

13.12.2004

Original für die Krankenkasse
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Fall: 4 – Geriatrie 4

Name: Arlt, Elvira **Geburtsdatum:** 06.08.1920

Handelt es sich bei dem Patienten um einen geriatrischen Patienten? ja nein

Rehabilitationsindikation:

Rehabilitationsbedürftigkeit

➤ nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten?
 ja nein _____

➤ ist über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ?
 ja nein _____

Rehabilitationsfähigkeit:

➤ Somatische Verfassung ausreichend?
 ja nein _____

➤ Motivation/Motivierbarkeit vorhanden?
 ja nein _____

Realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel

➤ Rehaziel des antragstellenden Arztes realistisch? ja nein

➤ Rehaziel des Patienten / der Angehörigen realistisch? ja nein

Rehabilitationsprognose in Hinsicht auf das Rehaziel

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Arztes? ja nein

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Patienten ja nein

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): indikationsübergreifend: geriatrisch

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Klare Indikation für eine komplexe Leistung in Form einer geriatrischen Reha gegeben.
