

HINWEISE ZUR ANMELDUNG EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION

Wann ist eine geriatrische Rehabilitation indiziert?

- ¾ Höheres Alter >70 Jahre (in der Regel)
- ¾ behandlungspflichtige Multimorbidität
 - o mindestens 2 behandlungspflichtigen Diagnosen (z. B. unter A oder andere therapiepflichtige Krankheiten und Funktionsstörungen des Patienten) und zwingend geriatriedefinierende zusätzliche Diagnosen aus B (s. unten)
- ¾ neu aufgetretene alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen mit drohender Einschränkung der Mobilität, Selbsthilfefähigkeit bzw. Gefahr der Pflegebedürftigkeit in den Bereichen:
 - o Essen, Trinken, persönliche Hygiene, Mobilität (einschließlich Transfer-/ Gangsicherheit), Kommunikation, Gestaltung Tagesablauf, Beschäftigung, soziale Integration
- ¾ drohender Verlust der häuslichen Selbständigkeit (Heimaufnahme/Kurzzeitpflege)
- ¾ vor Antrag auf neue oder höhere Pflegestufe
- ¾ vorhandene Pflegestufe ist keine Kontraindikation

Ausfüllen des Antrages auf geriatrische Rehabilitation:

Seite 1

- f wichtig ist hier vor allem die Angabe der Kontakttelefonnummer der verlegenden Einrichtung/Station für Rückfragen

Seite 2

Unter dem Thema Rehabilitationsbedürftigkeit wird um Darstellung der rehabilitationsbegründenden Hauptdiagnose und geriatriedefinierenden behandlungspflichtigen Zusatzdiagnosen, neuen Funktionseinschränkungen und Problembereiche gebeten.

Welche Indikationsgruppen (A) werden behandelt?

- Folgezustände nach schweren Operationen und Frakturen mit drohender Immobilität und Selbstständigkeitsverlust
insbesondere Folgen von:
 - o Amputationen, Z. n. Endoprothetik (z. B. Hüft-/Kniegelenksendoprothesen), abdominal-, thoraxchirurgischen und gefäßchirurgischen Eingriffen
 - o osteosynthetisch und konservativ behandelte Frakturen
- Folgen altersbedingter Gefäßerkrankungen:
 - o Zustand nach Schlaganfall o nach Herzinfarkt
 - o zerebrale und periphere Durchblutungsstörungen
- Folgen schwerer internistischer Allgemeinerkrankungen
(wie z. B. nach kardialer Dekompensation, Pneumonie, entgleistem Diabetes etc.)
- Degenerative und entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. rheumatische Erkrankungen, Arthrosen, Osteoporose)
- andere neurologische Erkrankungen (z. B. M. Parkinson)

B: Ergänzung der rehabilitationsbegründende Hauptdiagnose immer durch die nachfolgenden Diagnosen und Zustände, damit sowohl behandlungspflichtige Multimorbidität als auch prognoserelevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen für den Bearbeiter des Antrages erkennbar werden.

- Immobilität bzw. erschwerte Mobilisierbarkeit nach...
- Sturzneigung und Schwindel (rezidivierend)
- kognitive Defizite
- Inkontinenz (bes. Harninkontinenz)
- Dekubitus (bes. Fersenekrose)
- Fehl- und Mangelernährung
- Depression, Angststörung, chronische Schmerzen
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit / Gebrechlichkeit
- starke Sehbehinderung oder/und Schwerhörigkeit
- Neigung zu Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt.
- Mehrfachmedikation (> 5), ggf. herabgesetzte Medikamententoleranz
- häufige Krankenhausaufenthalte
- ...

Angaben zur aktuellen Medikation

Insbesondere bitten wir hier um Angabe von teuren und seltenen (i.v.-) Medikamenten.

Rehabilitationsbeeinflussende Komplikationen und Besonderheiten

Neu aufgenommen wurde bspw. der Sauerstoffbedarf, Angabe zu relevanten Erregern.

Seite 3

1. Rehabilitationsfähigkeit

Unter diesem Punkt reicht in der Regel die ärztliche Bestätigung: „Rehafähigkeit gegeben oder vorhanden“. Antragsrelevante Erläuterungen wären z. B. bei NYHA Stadium III-IV der Zusatz: Belastungsfähigkeit gegeben

2. Formulierung des Rehabilitationszieles, z. B.:

- Erreichen der Stehfähigkeit,
 - Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers
 - Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
 - Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene
 - Selbstständige Nahrungsaufnahme
 - Selbstständiges An- und Auskleiden
 - Gehfähigkeit in der Wohnung, außerhalb,
 - Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen, innerhalb und außerhalb der Wohnung,
 - Tagesstrukturierung
 - selbstständiges Essen, ankleiden, waschen
 - Kommunikation
 - Schlucken
 - ...
- ¼ Weitere Rehabilitationsziele:
- o Rückkehr in die häusliche o. begleitend häusliche Selbständigkeit
 - o Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und damit der Notwendigkeit einer Verhinderung höherer Pflegebedürftigkeit
 - o Verbesserung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens o Feinmotorikschulung der betroffenen Hand für alltagsrelevanten Einsatz
 - o Stand -und Gangstabilisation
 - o Gleichgewichtsstabilisierung, Verbesserung der Rumpfstabilität o Muskelkräftigung, Tonusregulierung
 - o Körperwahrnehmungsförderung

- o Verhindern von pathologischen Bewegungs- und Haltungsmustern
- o Bahnen von selektiver Bewegung
- o Wiedererlernen der Körpersymmetrie
- o Kontinenztraining
- o Bedarfsgerechte Hilfsmittelordination und -anpassung
- o Optimierung der Schmerztherapie
- o Notwendigkeit eines kontrollierten Schlucktrainings
- o Sturzprophylaxe
- o Prothesenanpassung, Gangschulung mit angepasster Prothese

3. Rehaprognose

Hier reicht ein kurzer Verweis auf die oben genannten Ziele, ggf. kurze Angaben zum bisherigen Verlauf bzgl. der eingetretenen Besserungstendenz.

Obligate Angabe des Rehapotentials! **Ergänzende**

Informationen zum Barthel-Index

Einträge unter dieser Kategorie bitte kritisch reflektieren, da u. U. Rehafähigkeit für die Geriatrie in Frage gestellt werden könnte (siehe Kontraindikationen). Dazu gehören Beatmung, Intensivtherapie, Weglauftendenz und ein überwachungspflichtiger Verwirrheitszustand.

Zu Schluckstörungen und Verständigungsstörungen (z. B. Aphasien) nachfolgend einige erläuternde Hinweise:

Nicht jede Schluckstörung ist beaufsichtigungspflichtig! Wenn der Patient mit einer Dysphagiekost und andedickten Getränken ernährt werden kann benötigt man keine Aufsicht.

Eine schwere Verständigungsstörung ist nicht automatisch bei jeder Aphasie zu finden. Aphasien sind prinzipiell sehr gut behandelbar. Problematisch ist lediglich eine schwere globale Aphasie bei einem sonst mobilen Patienten mit Weglauftendenz.

Kontraindikationen für eine geriatrische Rehabilitation:

- $\frac{3}{4}$ akute unklare Krankheitszustände, akute Lebensgefahr, akute Infektionen,
- $\frac{3}{4}$ auch langfristig ungesicherte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (liegender ZVK; PEG und Dialysekatheter jedoch keine KI!),
- $\frac{3}{4}$ schwere Verwirrheitszustände mit fehlender Mitarbeit, Aggressivität, und/oder Weglauftendenzen

Seite 4

Die Einstufung erfolgt nach dem Hamburger Manual.

Bei Tagesschwankungen zählt immer das schlechtere Ergebnis. Bei notwendiger Anleitung bzw. Anregung werden 5 Punkte abgezogen, auch wenn die Leistung selbst möglich ist.

Für Rückfragen zum Antrag bezüglich Indikation, Barthel-Index-Einstufung oder sonstigen Antragsinhalten stehen Ihnen die Belegungs Koordinatorinnen oder auch die Chefärzte der geriatrischen Rehabilitationskliniken gern zur Verfügung.

Bei Unklarheiten bezüglich Indikation, Inhalten, Formularen bitte gern Kontaktaufnahme:

Reha-Koordination (Patientenservice): Tel. 034203-42304 oder 42305 (allgemeine Fragen zu Belegung/Reha), Fax. 034203-42306

Chefartzsekretariat 034203-42101 (CA Dr. Sultzer 034203-42100, OA Mörbitz 034203-42164)
Fax Sekretariat 034203-42102
E-Mail ralf.sultzer@sana.de | postmaster.zwenkau@sana.de
Geriatrisches Konsil: Vor Ort nach Absprache, telefonisch immer