



Ausfüllhinweise
Schlaganfall-Frührehabilitation Hessen (SA_FRUEHREHA_HE)

Stand: 6. August 2021 (Spezifikation Hessen 2022 V01)
Copyright © GQH, Eschborn

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Basis (B)

AUFNAHME

Identifikation und Basisdaten

<u>1</u>	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>2</u>	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären

			Aufenthaltes entlassen wird.
<u>3</u>	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
<u>5</u>	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
<u>6</u>	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
<u>7</u>	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
<u>8</u>	Postleitzahl		<p>Verpflichtend ist die vierstellige PLZ des Patienten-Wohnortes anzugeben; die Erfassung der 5. Stelle ist fakultativ.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>9</u>	Datum des Schlaganfalls	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Zeitpunkt des Auftretens erster Symptome.</p> <p>Ist dieses Datum nicht bestimmbar, füllen Sie bitte das folgende Feld aus.</p>

<u>10</u>	Datum des Schlaganfalls unbekannt		Das genaue Datum des akuten Ereignisses ist nicht bestimmbar.
<u>11</u>	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022.</p>
<u>12</u>	Einweisungsdiagnose nach ICD-10		<p>ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles</p> <p>I60 – Subarachnoidalblutungen I61 – Intrazerebrale Blutungen I63 – Hirninfarkte I64 – Schlaganfall nicht näher als Hirninfarkt oder Blutung bezeichnet</p>
<u>13</u>	Zuweisende Klinik	1 = Innere Medizin 2 = Neurochirurgie 3 = Neurologie 4 = Andere	Bezeichnung der vorbehandelnden Einrichtung
<u>14</u>	Letzte behandelnde Station	1 = Intensivstation 2 = Überwachungseinheit 3 = Stroke Unit 4 = Allgemeinstation 5 = Sonstige	Tragen Sie bitte die Bezeichnung der Station ein, auf welcher der Patient vor der Verlegung in Ihre Klinik zuletzt behandelt wurde: 5 = Sonstige (falls keine der vorgenannten Bezeichnungen zutrifft bzw. unbekannt)
<u>15</u>	Voraufenthalt/e in der Klinik	0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt	War der Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt stationärer Patient in der dokumentierenden Klinik?

Vor Frühreha

Es ist zu vermerken ob eine der genannten Therapien / operativen Eingriffe auf Grund des aktuellen Ereignisses in einer vorbehandelnden Einrichtung durchgeführt wurde.

<u>16</u>	Thrombolyse	0 = nein 1 = ja	Intravenös bzw. intraarteriell applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt, unabhängig davon, ob sie hochselektiv (d.h. über bis zum Verschluss vorgeschobenen Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde.
<u>17</u>	Thrombektomie	0 = nein 1 = ja	Unter einer Thrombektomie versteht man die operative Entfernung eines Blutgerinnsels (Thrombus) aus einem Blutgefäß mittels Kathedertechnik
<u>18</u>	Osteoklastische Entlastung und/oder operative Hämatomausräumung	0 = nein 1 = ja	z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • jede zur Druckentlastung durchgeführte Kraniektomie (z.B. bei malignem Mediainfarkt oder Kleinhirnininfarkt) • externe Ventrikeldrainage

Status bei Aufnahme

Das Vorliegen der folgenden Parameter am Aufnahmetag ist zu dokumentieren.

<u>19.1</u>	Naso-/orotrachealer Tubus	1 = ja	-
<u>19.2</u>	ZVK	1 = ja	Zentraler Venenkatheter (ZVK)
<u>19.3</u>	Passagere Liquorableitung	1 = ja	-
<u>19.4</u>	Suprapubischer Katheter	1 = ja	-
<u>19.5</u>	Transurethaler Katheter	1 = ja	-
<u>19.6</u>	Nasogastrale Sonde	1 = ja	-
<u>19.7</u>	PEG/PEJ	1 = ja	Perkutane endoskopische Gastrostomie / Jejunostomie (PEG/PEJ)
<u>19.8</u>	Dialysepflicht	1 = ja	-
<u>19.9</u>	Isolierungspflicht	1 = ja	Angabe aller Keimkolonisationen und/oder -infektionen, die zu einer Isolierung des Patienten bei Aufnahme führen.
<u>20</u>	Dekubitus ab Grad/Kategorie 2	1 = ja	-
<u>21</u>	Vorgenanntes trifft nicht zu	1 = ja	Sollten keine unter den Feldern 19 und 20 genannten Erkrankungen bzw. Versorgungsmaßnahmen vorliegen, ist dieses Feld auszufüllen.

Neurologischer Befund**Am Tag der Aufnahme vorliegende Störungen.**

22	Bewusstseinslage	1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös	1 = <u>wach</u> : adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen 2 = <u>somnolent/soporös</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine beständige Schläfrigkeit oder Schlafneigung, die durch einfache Weckreize aber noch jederzeit unterbrochen werden kann. Keine spontanen sprachlichen Äußerungen; wenn doch, dann unverständlich (Murmeln). Reflexe sind erhalten. Herabgesetzte Konzentration und Aufmerksamkeit. • Schlafgleicher Zustand, aus dem Betroffene nur mit Mühe und unter Anwendung starker Reize, etwa Schmerzreize, geweckt werden können. (keine Orientierung, keine sprachlichen Äußerungen, keine Reflexe) 3 = <u>Koma</u> : Bewusstlosigkeit, auch auf starke Schmerzreize keine Reaktion
----	------------------	--	---

Dysphagie/Aphasie/Dysarthrie

23.1	Dysphagie	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Bei Bewusstseinsstörung und mangelnder Kopfhaltung wird immer eine Schluckstörung angenommen und ist so zu dokumentieren. Schluckstörung (nach ICD-10-GM-2022) <ul style="list-style-type: none"> • R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme • R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle • R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie (inkl. Schluckbeschwerden o.n.A.)
------	-----------	---	--

<u>23.2</u>	Aphasie	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Wortfindungsstörung bei erhaltenem Begriffs- und Sprachverständnis, Sprachbeschränkung auf Lautautomatismen (nach ICD-10-GM-2022) <ul style="list-style-type: none"> • R47.0 Dysphasie und Aphasie (exkl. progressive isolierte Aphasie G31.0)
<u>23.3</u>	Dysarthrie	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Störung der Aussprache (z.B.: verwaschene Aussprache) (nach ICD-10-GM-2022) <ul style="list-style-type: none"> • R47.1 Dysarthrie und Anarthrie

Behinderung

<u>24</u>	Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme	0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung	<p>Der Funktionszustand des Patienten, erfasst mit dem Modified Rankin Scale (validierte deutsche Fassung nach Berger et al., 1999) soll am Tag der Aufnahme sowie bei Entlassung/Verlegung dokumentiert werden.</p> <p>Die einzelnen Kategorien des Rankin Scale sind wie folgt definiert:</p> <p>0 = <u>Keine Symptome</u></p> <p>1 = <u>Keine wesentlichen Funktionseinschränkung trotz Symptomen</u> (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten)</p> <p>2 = <u>Geringgradige Funktionseinschränkung</u> (unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen)</p> <p>3 = <u>Mäßiggradige Funktionseinschränkung</u> (bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen)</p> <p>4 = <u>Mittelschwere Funktionseinschränkung</u> (unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen)</p> <p>5 = <u>Schwere Funktionseinschränkung</u> (bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit)</p>
-----------	--------------------------------	---	---

<u>25</u>	Neglect bei Aufnahme	0 = nicht 1 = mäßig 2 = schwer 3 = nicht beurteilbar	Als Neglect (von lateinisch: neglegere = nicht wissen, vernachlässigen) wird in der Neurologie eine Störung der Aufmerksamkeit bezeichnet, die durch eine Schädigung im Gehirn (Hirnläsion) hervorgerufen wird und die dadurch charakterisiert ist, dass der Betroffene die der Hirnläsion gegenüberliegende Seite seiner Umgebung bzw. des eigenen Körpers nicht oder nur schlecht wahrnimmt bzw. missachtet. In diesem Feld ist die Ausprägung des Neglect anhand der entsprechenden Schweregrade anzugeben. Bei komatösen Patienten ist 3 = nicht beurteilbar auszuwählen.
-----------	----------------------	---	--

Frühreha Barthel

Der Frühreha-Barthel ist ebenfalls am Aufnahmetag zu dokumentieren. Die einzelnen Variablen sind mit „keine Störung“ (0) bzw. „Störung vorhanden“ (-50), außer bei "Schwerer Verständigungsstörung" (-25) zu bewerten.

<u>26.1</u>	Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. vegetative Krise, Serie von Anfällen oder Status epilepticus
<u>26.2</u>	Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Wegen des Schlaganfalls bzw. aufgetretener Komplikationen aktuell angelegtes Tracheostoma, häufiges Absaugen wegen starker Verschleimung notwendig, Frequenz übersteigt deutlich die übliche Bronchealtoilette bei Tracheostoma.
<u>26.3</u>	Dauerhafte / Intermittierende Beatmung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. invasive Beatmungsform, aber auch CPAP-Therapie im Rahmen der Beatmungsentwöhnung
<u>26.4</u>	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Situative Orientierungsstörung bei mobilem Patienten mit Weglauftendenz, der deswegen einer intensiven pflegerischen Überwachung wegen potentieller Eigen- und/oder Fremdgefährdung bedarf. Der Weglaufgefährdung kann nicht durch geeignete technische sichernde Maßnahmen allein begegnet werden.
<u>26.5</u>	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Patient mit manifest aggressivem oder autoaggressivem Verhalten, der deswegen (zeitweise) der Fixierung bedarf bzw. bei dem eine Fixierung nur durch intensive pflegerische Überwachung (mindestens 1:2) vermieden werden kann.
<u>26.6</u>	Schwere Verständigungsstörung	0 = Keine Störung -25 = Störung vorhanden	Keine oder kaum verbale oder nonverbale Kommunikation möglich auf Grund schwerer Sprachverständnisstörung.
<u>26.7</u>	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erfolgt im Rahmen eines Schluckprotokolls wegen Aspirationsgefahr unter ständiger Überwachung mehr als 3-mal am Tag, d.h. auch außerhalb der

Hauptmahlzeiten.

Barthel-Index**Am Aufnahmetag**

Für jede der erfassten Variablen ist nur eine Kategorie anzukreuzen. Die Erhebung erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme. Bei starken Schwankungen innerhalb der ersten 24 Stunden ist der Barthel-Index zum Zeitpunkt der maximalen Einschränkungen der Patienten anzugeben.

- Der Index soll wiedergeben, was ein(e) Patient(in) macht und nicht, was ein(e) Patient(in) machen könnte.
- Das Hauptziel besteht darin, den Grad der Unabhängigkeit von jeglicher Hilfe, körperlicher oder verbaler, festzustellen, unabhängig davon, wie gering sie ist oder aus welchem Grund sie angeboten werden muss.
- Die Notwendigkeit der Beaufsichtigung führt dazu, dass ein(e) Patient(in) nicht in die Kategorie unabhängig eingestuft werden kann.
- Die Beurteilung der Unabhängigkeit einer/eines Patient(in) sollte auf der am besten verfügbaren Information beruhen. Die Befragung der/des Patient(in), von Freunden oder Verwandten und des betreuenden Pflegepersonals stellen normalerweise Informationsquellen dar. Die direkte Beobachtung und der gesunde Menschenverstand sind auch wichtig. Ein direktes Testen der verschiedenen Aufgaben ist nicht erforderlich.
- Für die Einstufung einer/eines Patient(in) sind die letzten 24 bis 48 Stunden maßgeblich, gelegentlich können längere Zeitperioden relevant sein.
- Bewusstlose(r) Patient(in) erhalten in allen Funktionen einen Score von 0, auch wenn sie (noch) nicht inkontinent sind.
- Die Einstufung in die mittleren Kategorien bedeutet, dass die/der Patient(in) mehr als 50 % der entsprechenden Funktionen selber durchführen kann.

Die Benutzung von Hilfsmitteln ist erlaubt, um unabhängig zu sein.

27.1	Kontrolle des Stuhlgangs	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	<u>Kontinent (10 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist stuhlkontinent <u>Gelegentlicher Verlust (5 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient verliert gelegentlich die Kontrolle über seinen Stuhlgang, jedoch maximal 1 x pro Woche <u>Inkontinent (0 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient verliert mehr als einmal pro Woche die Kontrolle über seinen Stuhlgang
------	--------------------------	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Patient ist auf die Gabe von Einläufen angewiesen
<u>27.2</u>	Blasenkontrolle	<p>0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent</p>	<p><u>Kontinent (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist harnkontinent • Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbst, ohne Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche • Patient versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig <p><u>Gelegentlicher Verlust (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbst, Einnässen der Kleidung oder Bettwäsche nicht mehr als 1x tgl.) • Patient benötigt geringe Unterstützung bei der Versorgung seines Harnkathetersystems <p><u>Inkontinent (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist mehr als 1x tgl. harninkontinent • Patient ist nicht in der Lage, einen liegenden Blasenkatheter selbst zu versorgen
<u>27.3</u>	Körperpflege	<p>0 = benötigt Hilfe 5 = unabhängig</p>	<p>Bezieht sich auf die vergangenen 24 bis 48 Stunden und schließt Funktionen der Körperpflege ein (Zähne putzen, Gebiss selbstständig einsetzen, Haare kämmen, Rasieren und das Gesicht waschen). Erforderliche Gegenstände können durch Hilfspersonal gereicht werden.</p> <p><u>Unabhängig (5 Punkte)</u></p> <p><u>Benötigt Hilfe (0 Punkte)</u></p>
<u>27.4</u>	Toilettenbenutzung	<p>0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig</p>	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, selbstständig zur Toilette bzw. zum Toilettenstuhl zu gelangen, sich auszuziehen, abzuputzen, wieder anzuziehen und die Toilette zu verlassen. <p><u>Benötigt einige Hilfe (5 Punkte)</u></p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, sich selbstständig abzuputzen und darüber einige der anderen genannten Funktionen selbstständig auszuführen.
			<u>Abhängig (0 Punkte)</u>
<u>27.5</u>	Essen	0 = kann nicht essen 5 = benötigt Hilfe 10 = selbstständig	Die Funktion Essen bezieht sich auf die Fähigkeit, normale Nahrung (d. h. nicht nur speziell zubereitete, wie Astronautennahrung, pürierte Kost oder Brei) zu essen. Das Essen kann durch andere gekocht oder bereitgestellt, aber nicht geschnitten werden. <u>Selbstständig (10 Punkte)</u> <u>Benötigt Hilfe (5 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Das Essen wird geschnitten, aber der Patient isst selbstständig
			<u>Kann nicht essen (0 Punkte)</u>
<u>27.6</u>	Lagewechsel Bett-Stuhl	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	<u>Vollständig selbstständig (15 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient bewegt sich unabhängig von Bett zu Stuhl und zurück <u>Geringe Unterstützung (10 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung. Eine Person ist in der Lage, den Patienten problemlos zu unterstützen oder steht lediglich aus Sicherheitsgründen dabei. <u>Große Unterstützung (5 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt große körperliche Unterstützung (von einer oder zwei Personen), kann sitzen. Patient benötigt Unterstützung durch eine starke bzw. ausgebildete Person oder durch zwei nicht speziell trainierte Personen. Der Patient kann sich aufrichten.
			<u>Vollständig abhängig (0 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, sich von der Liege- in die Sitzposition zu begeben, kein Gleichgewicht beim Sitzen. Es

			<p>sind zwei Personen zum Heben des Patienten erforderlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert.
<u>27.7</u>	Fortbewegung	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig</p>	<p><u>Vollständig selbständig (15 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann min. 50 Meter Gehen (ggf. mit Gehstützen, aber ohne Gehwagen), jedoch ohne Hilfestellung oder Beaufsichtigung einer Laien- oder professionellen Hilfe <p><u>Geringe Unterstützung (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient geht 50 Meter mit geringer Hilfestellung oder Gehwagen <p><u>Große Unterstützung (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann komplett selbständig einen Rollstuhl bedienen (einschließlich Öffnen von Türen und Manövrieren um Ecken) <p><u>Vollständig abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, ohne Unterstützung einen Rollstuhl zu benutzen • Patient wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert

27.8	An- und Ausziehen	0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, Kleidungsstücke auszuwählen und anzuziehen. Das Bereitlegen von Kleidung ist erlaubt. <p><u>Benötigt Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann einige Kleidungsstücke selbständig anziehen • Patient benötigt Unterstützung bei Knöpfen, Zuziehen von Reißverschlüssen, Binden von Schnürsenkeln etc. <p><u>Abhängig. (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient muss angekleidet werden
27.9	Treppensteigen	0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, Treppen eigenständig zu steigen und Hilfsmittel (Stock, Unterarmstütze) werden (selbst) getragen. <p><u>Benötigt Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient benötigt körperliche Unterstützung oder Ermunterung • Patient kann Treppen nur unter Benutzung einer Gehhilfe steigen <p><u>Unmöglich (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, Treppen zu steigen

28	Baden	0 = abhängig 5 = unabhängig	Unabhängig (5 Punkte)
			<ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, ohne Beaufsichtigung in die Badewanne hinein und wieder heraus zu kommen und sich selbst zu waschen. • Unabhängig beim Duschen bedeutet ebenfalls keine Beaufsichtigung und keine Hilfe
			Abhängig (0 Punkte)
			<ul style="list-style-type: none"> • Patient benötigt Hilfestellung und Beaufsichtigung beim Baden / Duschen

STATIONÄRER VERLAUF

29	Zentrales Monitoring	0 = nein 1 = ja	-
30	Deckelung	0 = nein 1 = ja	-
31	Beatmung erfolgt	0 = nein 1 = ja	-
32	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	Hat der Patient Wünsche bezüglich lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, z. B. in Form einer Patientenverfügung hinterlegt oder sind diese in anderer Form festgelegt worden und in dokumentierter Form in die Therapiezielsetzung eingeflossen?

Behandlungsrelevante Komplikationen (Nur im Verlauf erworben)

Es werden nur Komplikationen erfasst, die im Verlauf des jetzigen stationären Aufenthaltes entwickelt wurden und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig sind. Sind keine Komplikationen aufgetreten, bitte „nein“ ankreuzen.

33	Komplikationen	0 = nein 1 = ja	-
----	----------------	--------------------	---

wenn Feld 33 = 1

34.1	1 - Klinisch relevante Blutung	1 = ja	-
------	--------------------------------	--------	---

34.2	2 - Infektiöse Gastroenteritis	1 = ja	-
34.3	3 - Epileptischer Anfall	1 = ja	Klinisch gesicherter zerebraler Krampfanfall
34.4	4 - Trachealstenose	1 = ja	-
34.5	5 – Sepsis	1 = ja	Systematische Antwort auf eine Infektion, manifestiert durch mindestens zwei der folgenden Bedingungen: Temp. > 38 °C oder < 36 °C oder Leucocytose >12000 Zellen/mm ³ bzw. 10 % unreife Formen oder Herzfrequenz > 90 Schläge/min oder Infektion mit methicillinresistentem staphylococcus aureus
34.6	6 – Hydrozephalus	1 = ja	Klinische Symptome mit radiologisch gesichertem Befund
34.7	7 – Pneumonie	1 = ja	Es sollen nur Patienten dokumentiert werden, die ihre Pneumonie im Krankenhaus entwickelt haben (d.h., die nicht den Kriterien für das bundesweite QS-Modul Ambulant erworbene Pneumonie entsprechen). Eine Pneumonie liegt dann vor (RKI Definition 2008) wenn: Eine Röntgenuntersuchung des Thorax entweder ein neues oder ein progressives und persistierendes Infiltrat aufweist, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss und mindestens eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Fieber ($\geq 38,3$ °C) ohne andere mögliche Ursachen • Leukopenie (< 4.000 Leukozyten/mm³) oder Leukozytose (> 12.000 Leukozyten/mm³) • Für Erwachsene > 70 Jahre: veränderter mentaler Status, der keine anderen Ursachen haben kann (pneumoniebedingte Desorientierung) und mindestens zwei der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums • neu aufgetretener oder verschlimmter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe • Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche • Verschlechterung des Gasaustausches ($PaO_2/FiO_2 \leq 240$),

			gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit D.h. nur wenn ein entsprechender Röntgenbefund vorliegt und insgesamt 3 der zusätzlichen Kriterien aus den o.a. Listen positiv sind, ist eine Pneumonie zu kodieren.
<u>34.8</u>	8 - Thrombose / Lungenembolie	1 = ja	Klinische Symptome/Untersuchungsbefund und/oder bildgebender Nachweis des Thrombus/Embolus
<u>34.9</u>	9 - Pleuraerguss	1 = ja	-
<u>35.1</u>	10 - Dekubitus ab Grad 2	1 = ja	Klinischer Untersuchungsbefund (Hautdefekt ab Grad II)
<u>35.2</u>	11 - Hirninfarkt (Re-Infarkt)	1 = ja	Klinisch und evtl. bildmorphologisch gesicherter (erneuter) Hirninfarkt
<u>35.3</u>	12 - neu erworbene Isolierungspflicht	1 = ja	Isolierungspflicht aufgrund einer während des Aufenthaltes diagnostizierten Keimkolonisation oder -infektion
<u>35.4</u>	13 - Harnwegsinfektion	1 = ja	Klinische Symptome und Leukozyturie oder Bakteriurie
<u>35.5</u>	14 - Sinking-Skin-Flap-Syndrom	1 = ja	Als Sinking-Skin-Flap-Syndrom (Syndrom des sinkenden Hautlappens, SSFS) wird die Symptomkombination aus Einsinken des Hautlappens und des darunter liegenden Hirnparenchyms im Bereich einer großzügigen Kraniektomie und einer sekundären neurologischen Verschlechterung, unabhängig von der primären Erkrankung, bezeichnet.
<u>35.6</u>	15 - Andere Komplikation(en)	1 = ja	Sonstige hier nicht aufgeführte Komplikationen
<u>36</u>	Verlegt wegen Komplikation Nr.	-	Sollte eine der angegebenen Komplikationen zur Verlegung des Patienten / der Patientin führen, ist hier der entsprechende Zahlencode für die Komplikation zu vermerken (z.B. Harnwegsinfektion = 13)

BEHANDLUNGSENDE

Status bei Entlassung

Das Vorliegen der folgenden Parameter am Tag der Entlassung/Verlegung ist zu dokumentieren. Bei verstorbenen Patienten ist keine Erfassung dieser Parameter erforderlich.

<u>37.1</u>	Trachealkanüle	1 = ja	-
<u>37.2</u>	ZVK	1 = ja	Zentraler Venenkatheter (ZVK)
<u>37.3</u>	Passagere Liquorableitung	1 = ja	-
<u>37.4</u>	Suprapubischer Katheter	1 = ja	-

37.5	Transurethaler Katheter	1 = ja	-
37.6	Nasogastrale Sonde	1 = ja	-
<u>37.7</u>	PEG/PEJ	1 = ja	Perkutane endoskopische Gastrostomie / Jejunostomie (PEG/PEJ)
37.8	Dialysepflicht	1 = ja	-
<u>37.9</u>	Isolierungspflicht	1 = ja	Angabe aller Keimkolonisationen und/oder -infektionen, die zu einer Isolierung des Patienten führen.
38.1	Dekubitus ab Grad/Kategorie 2	1 = ja	-
<u>38.2</u>	Vorgenanntes trifft nicht zu	1 = ja	Sollten keine unter den Feldern 37 und 38 genannten Erkrankungen bzw. Versorgungsmaßnahmen vorliegen, ist dieses Feld auszufüllen.

Neurologischer Befund

Am Tag der Entlassung/Verlegung vorliegende Störungen. Bei verstorbenen Patienten entfallen die Angaben „Bei Entlassung/Verlegung“

<u>39</u>	Bewusstseinslage	1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös	<p>1 = <u>wach</u>: adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen 2 = <u>somnolent/soporös</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine beständige Schläfrigkeit oder Schlafneigung, die durch einfache Weckreize aber noch jederzeit unterbrochen werden kann. Keine spontanen sprachlichen Äußerungen; wenn doch, dann unverständlich (Murmeln). Reflexe sind erhalten. Herabgesetzte Konzentration und Aufmerksamkeit. • Schlafgleicher Zustand, aus dem Betroffene nur mit Mühe und unter Anwendung starker Reize, etwa Schmerzreize, geweckt werden können. (keine Orientierung, keine sprachlichen Äußerungen, keine Reflexe) <p>3 = <u>Koma</u>: Bewusstlosigkeit, auch auf starke Schmerzreize keine Reaktion</p>
-----------	------------------	--	---

Dysphagie/Aphasie/Dysarthrie

<u>40.1</u>	Dysphagie	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	<p>Bei Bewusstseinsstörung und mangelnder Kopfhaltung wird immer eine Schluckstörung angenommen und ist so zu dokumentieren. Schluckstörung (nach ICD-10-GM-2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der
-------------	-----------	---	---

			<p>Nahrungsaufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle • R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie (Schluckbeschwerden o.n.A.)
<u>40.2</u>	Aphasie	<p>0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar</p>	<p>Wortfindungsstörung bei erhaltenem Begriffs- und Sprachverständnis, Sprachbeschränkung auf Lautautomatismen (nach ICD-10-GM-2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • R47.0 Dysphasie und Aphasie (exkl. progressive isolierte Aphasie G31.0)
<u>40.3</u>	Dysarthrie	<p>0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar</p>	<p>Störung der Aussprache (z.B.: verwaschene Aussprache) (nach ICD-10-GM-2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • R47.1 Dysarthrie und Anarthrie

Behinderung

<u>41</u>	Mod. Rankin-Scale	<p>0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung 6 = Tod</p>	<p>Der Funktionszustand des Patienten, erfasst mit dem Modified Rankin Scale (validierte deutsche Fassung nach Berger et al., 1999) soll am Tag der Aufnahme sowie bei Entlassung/Verlegung dokumentiert werden.</p> <p>Die einzelnen Kategorien des Rankin Scale sind wie folgt definiert:</p> <p>0 = <u>Keine Symptome</u></p> <p>1 = <u>Keine wesentlichen Funktionseinschränkung trotz Symptomen</u> (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten)</p> <p>2 = <u>Geringgradige Funktionseinschränkung</u> (unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen)</p> <p>3 = <u>Mäßiggradige Funktionseinschränkung</u> (bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen)</p>
-----------	-------------------	---	---

			<p>4 = <u>Mittelschwere Funktionseinschränkung</u> (unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen)</p> <p>5 = <u>Schwere Funktionseinschränkung</u> (bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit)</p> <p>6 = <u>Tod</u></p>
42	Neglect	<p>0 = nicht</p> <p>1 = mäßig</p> <p>2 = schwer</p> <p>3 = nicht beurteilbar</p>	<p>Als Neglect (von lateinisch: negligere = nicht wissen, vernachlässigen) wird in der Neurologie eine Störung der Aufmerksamkeit bezeichnet, die durch eine Schädigung im Gehirn (Hirnläsion) hervorgerufen wird und die dadurch charakterisiert ist, dass der Betroffene die der Hirnläsion gegenüberliegende Seite seiner Umgebung bzw. des eigenen Körpers nicht oder nur schlecht wahrnimmt bzw. missachtet. In diesem Feld ist die Ausprägung des Neglect anhand der entsprechenden Schweregrade anzugeben. Bei komatösen Patienten ist 3 = nicht beurteilbar auszuwählen.</p>

Frühreha Barthel

Der Frühreha-Barthel ist ebenfalls am bei Entlassung/Verlegung (exkl.bei Verstorbenen) zu dokumentieren. Die einzelnen Variablen sind mit „keine Störung“ (0) bzw. „Störung vorhanden“ (-50), außer bei "Schwerer Verständigungsstörung" (-25) zu bewerten.

43.1	Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung	<p>0 = Keine Störung</p> <p>-50 = Störung vorhanden</p>	z.B. vegetative Krise, Serie von Anfällen oder Status epilepticus
43.2	Absaugpflichtiges Tracheostoma	<p>0 = Keine Störung</p> <p>-50 = Störung vorhanden</p>	Wegen des Schlaganfalls bzw. aufgetretener Komplikationen aktuell angelegtes Tracheostoma, häufiges Absaugen wegen starker Verschleimung notwendig, Frequenz übersteigt deutlich die übliche Bronchealtoilette bei Tracheostoma.
43.3	Dauerhafte / Intermittierende Beatmung	<p>0 = Keine Störung</p> <p>-50 = Störung vorhanden</p>	z.B. invasive Beatmungsform, aber auch CPAP-Therapie im Rahmen der Beatmungsentwöhnung
43.4	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	<p>0 = Keine Störung</p> <p>-50 = Störung vorhanden</p>	Situative Orientierungsstörung bei mobilem Patienten mit Weglauftendenz, der deswegen einer intensiven pflegerischen Überwachung wegen potentieller Eigen- und/oder Fremdgefährdung bedarf. Der Weglaufgefährdung kann nicht durch geeignete technische sichernde Maßnahmen allein begegnet werden.

43.5	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Patient mit manifest aggressivem oder autoaggressivem Verhalten, der deswegen (zeitweise) der Fixierung bedarf bzw. bei dem eine Fixierung nur durch intensive pflegerische Überwachung (mindestens 1:2) vermieden werden kann.
43.6	Schwere Verständigungsstörung	0 = Keine Störung -25 = Störung vorhanden	Keine oder kaum verbale oder nonverbale Kommunikation möglich auf Grund schwerer Sprachverständnisstörung.
43.7	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erfolgt im Rahmen eines Schluckprotokolls wegen Aspirationsgefahr unter ständiger Überwachung mehr als 3-mal am Tag, d.h. auch außerhalb der Hauptmahlzeiten.

Barthel-Index

Bei Entlassung/Verlegung

Für jede der erfassten Variablen ist nur eine Kategorie anzukreuzen. Die Erhebung erfolgt zum Entlassungszeitpunkt.

44.1	Kontrolle des Stuhlgangs	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	<u>Kontinent (10 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist stuhlkontinent <u>Gelegentlicher Verlust (5 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient verliert gelegentlich die Kontrolle über seinen Stuhlgang, jedoch maximal 1 x pro Woche <u>Inkontinent (0 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient verliert mehr als einmal pro Woche die Kontrolle über seinen Stuhlgang • Patient ist auf die Gabe von Einläufen angewiesen
44.2	Blasenkontrolle	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	<u>Kontinent (10 Punkte)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist harnkontinent • Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbst, ohne Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche • Patient versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig

			<p><u>Gelegentlicher Verlust (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbst, Einnässen der Kleidung oder Bettwäsche nicht mehr als 1x tgl.) • Patient benötigt geringe Unterstützung bei der Versorgung seines Harnkathetersystems <p><u>Inkontinent (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist mehr als 1x tgl. harninkontinent • Patient ist nicht in der Lage, einen liegenden Blasenkatheter selbst zu versorgen
<u>44.3</u>	Körperpflege	0 = benötigt Hilfe 5 = unabhängig	<p>Bezieht sich auf die vergangenen 24 bis 48 Stunden und schließt Funktionen der Körperpflege ein (Zähne putzen, Gebiss selbstständig einsetzen, Haare kämmen, Rasieren und das Gesicht waschen). Erforderliche Gegenstände können durch Hilfspersonal gereicht werden.</p> <p><u>Unabhängig (5 Punkte)</u></p> <p><u>Benötigt Hilfe (0 Punkte)</u></p>
<u>44.4</u>	Toilettenbenutzung	0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, selbstständig zur Toilette bzw. zum Toilettenstuhl zu gelangen, sich auszuziehen, abzuputzen, wieder anzuziehen und die Toilette zu verlassen. <p><u>Benötigt einige Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, sich selbstständig abzuputzen und darüber einige der anderen genannten Funktionen selbstständig auszuführen. <p><u>Abhängig (0 Punkte)</u></p>
<u>44.5</u>	Essen	0 = kann nicht essen 5 = benötigt Hilfe 10 = selbstständig	<p>Die Funktion Essen bezieht sich auf die Fähigkeit, normale Nahrung (d. h. nicht nur speziell zubereitete, wie Astronautennahrung, pürierte Kost oder Brei) zu essen. Das Essen kann durch andere gekocht oder</p>

			<p>bereitgestellt, aber nicht geschnitten werden.</p> <p><u>Selbstständig (10 Punkte)</u></p> <p><u>Benötigt Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Essen wird geschnitten, aber der Patient isst selbstständig <p><u>Kann nicht essen (0 Punkte)</u></p>
<u>44.6</u>	Lagewechsel Bett-Stuhl	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig</p>	<p><u>Vollständig selbstständig (15 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient bewegt sich unabhängig von Bett zu Stuhl und zurück <p><u>Geringe Unterstützung (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung. Eine Person ist in der Lage, den Patienten problemlos zu unterstützen oder steht lediglich aus Sicherheitsgründen dabei. <p><u>Große Unterstützung (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt große körperliche Unterstützung (von einer oder zwei Personen), kann sitzen. Patient benötigt Unterstützung durch eine starke bzw. ausgebildete Person oder durch zwei nicht speziell trainierte Personen. Der Patient kann sich aufrichten. <p><u>Vollständig abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, sich von der Liege- in die Sitzposition zu begeben, kein Gleichgewicht beim Sitzen. Es sind zwei Personen zum Heben des Patienten erforderlich. • Patient wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert.
<u>44.7</u>	Fortbewegung	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung</p>	<p><u>Vollständig selbstständig (15 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann min. 50 Meter Gehen (ggf. mit Gehstützen, aber

		15 = vollständig selbstständig	<p>ohne Gehwagen), jedoch ohne Hilfestellung oder Beaufsichtigung einer Laien- oder professionellen Hilfe</p> <p><u>Geringe Unterstützung (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient geht 50 Meter mit geringer Hilfestellung oder Gehwagen <p><u>Große Unterstützung (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann komplett selbständig einen Rollstuhl bedienen (einschließlich Öffnen von Türen und Manövrieren um Ecken) <p><u>Vollständig abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, ohne Unterstützung einen Rollstuhl zu benutzen • Patient wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert
44.8	An- und Ausziehen	0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, Kleidungsstücke auszuwählen und anzuziehen. Das Bereitlegen von Kleidung ist erlaubt. <p><u>Benötigt einige Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient kann einige Kleidungsstücke selbständig anziehen • Patient benötigt Unterstützung bei Knöpfen, Zuziehen von Reißverschlüssen, Binden von Schnürsenkeln etc. <p><u>Abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient muss angekleidet werden
44.9	Treppensteigen	0 = abhängig 5 = benötigt einige Hilfe 10 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (10 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, Treppen eigenständig zu steigen und

			<p>Hilfsmittel (Stock, Unterarmstütze) werden (selbst) getragen.</p> <p><u>Benötigt einige Hilfe (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient benötigt körperliche Unterstützung oder Ermunterung • Patient kann Treppen nur unter Benutzung einer Gehhilfe steigen <p><u>Abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist nicht in der Lage, Treppen zu steigen
<u>45</u>	Baden	0 = abhängig 5 = unabhängig	<p><u>Unabhängig (5 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient ist in der Lage, ohne Beaufsichtigung in die Badewanne hinein und wieder heraus zu kommen und sich selbst zu waschen. • Unabhängig beim Duschen bedeutet ebenfalls keine Beaufsichtigung und keine Hilfe <p><u>Abhängig (0 Punkte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient benötigt Hilfestellung und Beaufsichtigung beim Baden / Duschen

ENTLASSUNG

<u>46</u>	Entlassungsdatum Phase B	Format: TT.MM.JJJJ	Datum der Entlassung aus der Frührehabilitation (z.B. bei Verlegung bzw. Weiterbehandlung in einer anderen Reha-Phase) bzw. Sterbedatum
<u>47</u>	Entlassungs-/Verlegungsstatus	1 = nach Hause – selbstständig 2 = nach Hause – mit Laienunterstützung 3 = nach Hause – mit professioneller Hilfe 4 = stationäre Reha 5 = Akutklinik 6 = Pflegeheim 7 = verstorben	Der Entlassungs-/Verlegungsstatus ist in den folgenden Kategorien darzustellen: 1 = <u>nach Hause selbstständig</u> : keine Betreuung durch andere Personen 2 = <u>nach Hause mit Laienunterstützung</u> : Betreuung / Unterstützung des Patienten z.B. durch Familienangehörige 3 = <u>nach Hause - mit professioneller Hilfe</u> : z.B. ambulanter

			<p>Pflegedienst</p> <p>4 = <u>stationäre Rehabilitation</u>: Verlegung des Patienten in einer andere Einrichtung der Frührehabilitation bzw. Weiterbehandlung/Verlegung in einer anderen Rehapphase. Fakultativ ist zu vermerken, ob die Weiterbehandlung nach BAR-Kriterien einer Frührehabilitation entspricht.</p> <p>5 = <u>Akutklinik</u>: Verlegung des Patienten in eine Einrichtung der Akutversorgung, z. B. zur Behandlung einer aufgetretenen Komplikation</p> <p>6 = <u>Pflegeheim</u>: Der Patient wurde direkt in ein Alten-/Senioren- oder Pflegeheim verlegt. Dazu zählen auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege</p> <p>7 = <u>verstorben</u></p>
<u>48</u>	Geplante Wiederaufnahme nach elektiven Eingriffen erfolgt	0 = nein 1 = ja	<p>Dieses Feld ist mit „ja“ zu dokumentieren, wenn Patienten kurzzeitig in eine externe Einrichtung, z.B. zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung spezieller Diagnostik bzw. eines operativen Eingriffes verlegt werden und anschließend im Rahmen der Frührehabilitation weiterbehandelt werden. Ist eine Wiederaufnahme erfolgt, ist zusätzlich zu vermerken, nach wie vielen Tagen.</p>