



Erläuterungen zum Vordrucksatz „AR-Antrag“

Stand Oktober 2019

Inhalt

| | |
|--|----|
| A. Vordruckerläuterungen „Antrag auf Anschlussrehabilitation“ | 3 |
| I.1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit | 3 |
| I.2. Angaben zum Rentenbezug | 3 |
| I.3. Fragen zum Beschäftigungsstatus und zu Rentenversicherungsbeiträgen | 4 |
| I.4. und I.5. Fragen zur häuslichen Situation und derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung | 4 |
| I.6. Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt..... | 4 |
| I.7. Spezielle Anforderungen / individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung | 5 |
| II. Angaben des Krankenhauses | 6 |
| B. Vordruckerläuterungen „Ärztlicher Befundbericht“ | 7 |
| I. Allgemeine Angaben..... | 7 |
| II. Rehabilitationsbedürftigkeit..... | 7 |
| II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung | 8 |
| II.2. Durchgeführte Behandlungen | 9 |
| II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf | 9 |
| II.4. Drohende oder bestehende längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen | 9 |
| III. Rehabilitationsfähigkeit | 10 |
| III.1. Ausreichende körperliche und psychische/kognitive Belastbarkeit | 10 |
| III.2. Belastbarkeit im Hinblick auf durchgeführte Interventionen | 11 |
| III.3. Besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung | 11 |
| IV. Rehabilitationsziele/-prognose | 11 |
| V. Zusammenfassende Bewertung..... | 12 |
| VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation | 13 |
| VI.2. Voraussichtliches Verkehrsmittel für die Anreise zur Anschlussrehabilitation..... | 13 |
| VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes | 14 |

Erläuterungen zum Vordrucksatz „AR-Antrag“

Die vorliegenden Erläuterungen geben Hinweise zu den Inhalten des Vordrucksatzes „AR-Antrag“. Die Hinweise in Abschnitt A beziehen sich auf den „Antrag zur Anschlussrehabilitation“ und richten sich vorrangig an den Sozialdienst im Krankenhaus bei der Unterstützung der Versicherten/des Versicherten bei der Antragstellung. Die Ausführungen in Abschnitt B umfassen Hinweise zum „Ärztlichen Befundbericht“ und richten sich primär an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Vordruckerläuterungen sollen eine Hilfestellung für das Ausfüllen des Vordrucksatzes bieten sowie durch erläuternde Erklärungen die Nachvollziehbarkeit der erforderlichen Angaben erleichtern. Zu weitergehenden sozialmedizinischen Fragestellungen wird zudem auf die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.¹

A. Vordruckerläuterungen „Antrag auf Anschlussrehabilitation“

I.1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)

1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? nein ja, Pflegegrad _____ beantragt

In diesem Abschnitt sind Angaben zum Bestehen einer Pflegebedürftigkeit oder zu beantragten Leistungen der Pflegeversicherung vorzunehmen. Die Daten sind für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sowie zur Rehabilitationsart (ambulant/ambulant-mobil oder stationär) für die Krankenkasse von Bedeutung.

I.2. Angaben zum Rentenbezug

2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge

Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?

| | Rentenbezug | Rentantrag | Träger der Rentenversicherung |
|------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Altersrente | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Rente wegen Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |

Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit nein beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.

In diesem Abschnitt sind Angaben zum Rentenbezug oder einem Rentenantrag vorzunehmen. Diese sind für die Krankenkasse zur Prüfung der Leistungszuständigkeit in Abgrenzung zur gesetzlichen Rentenversicherung erforderlich. Bei der Angabe zum Träger der Rentenversicherung

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/richtlinien_und_vereinbarungen.jsp

können die regionalen DRV-Träger, die DRV-Bund, die DRV Knappschaft-Bahn-See sowie die Landwirtschaftliche Alterskasse in Betracht kommen. Sofern ein Rentenbezug oder Rentenantragstellung nicht gegeben ist, sind weitere Angaben im nachfolgenden Abschnitt vorzunehmen.

I.3. Fragen zum Beschäftigungsstatus und zu Rentenversicherungsbeiträgen

| | | | |
|---|--|---|---|
| 3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen | | | |
| Befinden Sie sich in Altersteilzeit? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja ggf. auf Grund von | <input type="checkbox"/> Minijob | <input type="checkbox"/> Kindererziehungszeiten |
| | | <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen | <input type="checkbox"/> Versorgungsausgleich |

Zur Prüfung der Leistungszuständigkeit der Krankenkasse in Abgrenzung zur Rentenversicherung sind Angaben zum derzeitigen Beschäftigungsstatus der/ des Versicherten vorzunehmen.

I.4. und I.5 Fragen zur häuslichen Situation und derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung

| | |
|--|---|
| 4. Fragen zur häuslichen Situation | |
| In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____ | |
| Ist ein Aufzug vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich): | |
| _____ | |
| _____ | |
| 5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation? | |
| Leben Sie | |
| <input type="checkbox"/> zu Hause und dort | <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> oder |
| | <input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen |
| <input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen | |
| <input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung | |
| Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

In den Abschnitten I.4 und I.5. sind Angaben zur häuslichen Situation sowie zur derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung vorzunehmen. Diese sind mit Blick auf die Entscheidung über die erforderliche Rehabilitationsart (ambulant/ambulant-mobil oder stationär), zur Klärung der Frage der Direktverlegung sowie einer ggf. erforderlichen Interimsversorgung von Bedeutung.

I.6. Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt

| | |
|---|---------------------|
| 6. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden) | |
| Name | _____ |
| Adresse (soweit bekannt) | |
| Straße, Haus-Nr. | _____ |
| Postleitzahl | _____ Wohnort _____ |
| Telefon-Nr. | _____ |

In diesem Abschnitt sind, sofern bekannt, Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt vorzunehmen. Diese ermöglichen der Krankenkasse die zeitnahe Vornahme einer im Einzelfall erforderlichen Rücksprache mit der Hausärztin/dem Hausarzt und trägt somit zu einer zeitnahen Leistungsentscheidung bei.

I.7. Spezielle Anforderungen / individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung
(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

In diesem Abschnitt können Angaben zu speziellen Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden, die für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung von Bedeutung sein können. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Versicherte / der Versicherte Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nennt. Weitere Hinweise können dem unter I.8. aufgeführten Merkblatt „Informationen zur Anschlussrehabilitation für Patientinnen und Patienten“ entnommen werden.

II. Angaben des Krankenhauses

| II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen) |
|---|
| Krankenhaus _____ |
| Anschrift _____ |
| Fallnummer/Patienten-ID _____ |
| 1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management): Name, Vorname _____ Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____ |
| 2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <u>nein</u> , in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich? _____ |
| 3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.) _____ _____ |

In diesen Abschnitten sind durch den Sozialdienst des Krankenhauses Angaben vorzunehmen, die der Krankenkasse im Bedarfsfall eine zeitnahe Kontaktaufnahme ermöglichen sowie im Weiteren für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung von Bedeutung sind. Hierzu zählt die Angabe, ob eine Kommunikation mit der Patientin/ dem Patienten in deutscher Sprache möglich ist und bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt wurde.

B. Vordruckerläuterungen „Ärztlicher Befundbericht“

I. Allgemeine Angaben

| | | |
|--|--|--|
| I. Allgemeine Angaben | | |
| I.1. Personalien der/des Versicherten: | | |
| Name | Geburtsdatum <input type="text"/> | Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> |
| Vorname | Versichertennummer | weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> |
| I.2. Indikation* | | |
| <input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Erkrankungen <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Geriatrie | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |
| <small>*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)</small> | | |
| I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung | | |
| Aufnahmedatum <input type="text"/> voraussichtliches Entlassdatum <input type="text"/> | | |
| I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen | | |
| <input type="checkbox"/> als Direktverlegung | | |
| <input type="checkbox"/> frühestens am <input type="text"/> weil _____ | | |

Unter I.2. sind für die Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung Angaben zum inhaltlichen Schwerpunkt/ zur Indikation der Rehabilitation vorzunehmen. Zur Einschätzung der Rehabilitationseinstellungsfähigkeit und der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sind unter Punkt I.3 bis I.4. Angaben zur stationären Krankenhausbehandlung und zu ggf. derzeit durchgeführten Frührehabilitationsmaßnahmen vorzunehmen. Unter I.5 erfolgt die Angabe, ob die Anschlussrehabilitation als Direktverlegung erfolgen soll. Kann die Anschlussrehabilitation erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, sind das Datum des frühesten Beginns und eine entsprechende Begründung anzugeben.

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind nachfolgend zusätzlich zu den Funktionsdiagnosen und zur Anamnese die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments anzugeben.

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

| II. Rehabilitationsbedürftigkeit | | |
|---|------------------------------|----------------------------|
| II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig) | | |
| Funktionsdiagnosen | ICD-10-GM¹ | Ursache² |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

¹ Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

² Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)

Die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation begründenden Funktionsdiagnosen sind – sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben. Dazu gehören neben den ICD-10 Diagnosen die jeweiligen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades, beispielsweise Coxarthrose rechts mit Schmerzen, reduzierter Muskelkraft und Ausdauer mit Gangunsicherheit und Beeinträchtigung beim Treppensteigen. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft.

II.2. Durchgeführte Behandlungen

| | |
|--|---|
| II.2. Durchgeführte Behandlungen | |
| <input type="checkbox"/> Operation am _____ OPS | Welche? _____ |
| Wunde geschlossen und reizlos? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____ | |

Unter Pkt. II.2 erfolgen Angaben zu den bisher durchgeführten Behandlungen. Dabei sind insbesondere Angaben zur erfolgten Operation und zur Wundheilung vorzunehmen. Sind andere Behandlungen – auch neben einer Operation – erfolgt, sind Angaben hierzu vorzunehmen.

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

| | |
|---|--|
| II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn ja <input type="checkbox"/> im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese) | |
| <input type="checkbox"/> kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Pneumonie) | |
| Besiedelung mit multiresistenten Keimen? | |
| <input type="checkbox"/> ja, welche Keime? _____ | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Unter II.3 ist zu dokumentieren, ob Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf gegeben sind. Sofern Komplikationen bestehen, sind diese mit Blick auf die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit entsprechend näher zu konkretisieren.

II.4. Drohende oder bestehende längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen

| | |
|--|--|
| II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung) | |
| Lernen und Wissensanwendung (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten) | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ |
| Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen) | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ |
| Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot) | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ |

Es sind die nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/ des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens

anzugeben. Im Bereich der Anschlussrehabilitation der GKV werden Beeinträchtigungen regelhaft in den Kategorien Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung und häusliches Leben gegeben sein, beispielhaft:

- **Mobilität: ja und zwar:**

Treppensteigen nur mit Unterstützung, reduzierte Gehstrecke (ca. 10 Meter), Bücken, Hocken z. Z. nicht möglich, Transfer Bett–Rollstuhl, feinmotorischer Handgebrauch deutlich reduziert

- **Kommunikation: ja und zwar:**

erhebliche Beeinträchtigung beim Sprechen bei Aphasie

- **Selbstversorgung: ja und zwar:**

Beeinträchtigungen beim Waschen, Duschen, An–und Ausziehen bei Bewegungseinschränkungen im Schulter oder Hüft– oder Kniegelenk, Standunsicherheit, Sturzneigung, , Beeinträchtigungen beim Essen und Trinken bei armbetonter Hemiparese re.

- **Häusliches Leben: ja und zwar:**

Verlassen der Wohnung und Einkaufen nicht möglich bei eingeschränkter Mobilität (Treppensteigen, reduzierte Gehstrecke), Wohnung reinigen und andere Hausarbeiten nicht möglich bei eingeschränkter kardialer Belastbarkeit

III. Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen. Die Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit der Indikation der Rehabilitationsleistung. So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als die für eine Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und wiederum eine andere als die für eine geriatrische Rehabilitation.

Die zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit vorzunehmenden Angaben, sind zugleich auch bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sowie bei der Klärung der Rehabilitationsart (ambulant/ambulant–mobil oder stationär) zu berücksichtigen.

III.1. Ausreichende körperliche und psychische/kognitive Belastbarkeit

| |
|---|
| III. Rehabilitationsfähigkeit |
| III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit sind Angaben zur körperlichen und psychischen Belastbarkeit der Versicherten/des Versicherten vorzunehmen. Ist eine Belastbarkeit nicht gegeben, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

III.2. Belastbarkeit im Hinblick auf durchgeführte Interventionen

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation | | | |
| <input type="checkbox"/> voll belastbar | <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit: _____ | <input type="checkbox"/> übungstabil | |
| Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besonderheiten: _____ | | | |

Es sind Angaben zur voraussichtlichen Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführten Interventionen zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation und zur möglichen Versorgung mit einer Interimsprothese vorzunehmen. Soweit Besonderheiten mit Blick auf die Belastbarkeit bestehen, sind diese ebenfalls anzugeben, z. B. ausschließlich geführte passive Bewegungen einschließlich Pendelübungen im schmerzfreien Bereich.

III.3. Besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung

| | |
|--|---|
| III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich? | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei _____ |
| <small>(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)</small> | |

Darüber hinaus ist die Frage zu beantworten, ob besonderer Unterstützungsbedarf in der Selbstversorgung besteht. Sofern dieser besteht und kein aktuelles Assessment dem Ärztlichen Befundbericht beigefügt wird, ist der Unterstützungsbedarf näher zu beschreiben, z. B. Anziehen der Stützstrümpfe zur Vermeidung einer Luxation oder Waschen und Anziehen wegen der noch nicht freigegebenen aktiven Bewegung im Schultergelenk.

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

| |
|---|
| IV. Rehabilitationsziele/-prognose |
| Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen? |
| _____ |
| _____ |

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine

Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Realistische Rehabilitationsziele leiten sich aus den für die Versicherten alltagsrelevanten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ab. Sie müssen für jeden Rehabilitanden individuell formuliert und möglichst konkret beschrieben werden (z. B. Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken). Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit der Patientin/dem Patienten und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen. Die formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels.

V. Zusammenfassende Bewertung

| V. Zusammenfassende Bewertung | |
|--|--|
| Welche Rehabilitationsart wird empfohlen? | |
| <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung): | |
| _____ | |

Die zusammenfassende Bewertung beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z. B. ambulant, ambulant mobil (aufsuchend) oder stationär erbracht werden soll. Sofern die Leistung ambulant mobil oder stationär erfolgen soll, ist dies zu begründen. Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt und insofern eine stationäre Anschlussrehabilitation erfolgt, ist dies ebenfalls in der Begründung darzulegen.

VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation

| VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| VI.1 Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen: | | |
| | <input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> PEG |
| <input type="checkbox"/> Isolationspflicht | <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Weaning |
| <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas | |
| <input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung | <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | | | |
| | | | |
| | | | |

In diesem Abschnitt erfolgt die Angaben zu besonderen Anforderungen, die bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen sind. Sofern bei pflegenden Angehörigen eine Mitaufnahme des Pflegebedürftigen gewünscht wird, ist dies entsprechend anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Rehabilitationseinrichtung, sind diese unter „sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint. Sofern die Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen durch die Koordination einer alternativen Versorgung des Pflegebedürftigen (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies unter „sonstiges“ anzugeben.

VI.2. Voraussichtliches Verkehrsmittel für die Anreise zur Anschlussrehabilitation

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| VI.2 Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig? | | | |
| <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Taxi/Pkw | <input type="checkbox"/> Krankentransport liegend | <input type="checkbox"/> Krankentransport sitzend |
| Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

In diesem Abschnitt sind Angaben zum voraussichtlich erforderlichen Verkehrsmittel und zur Notwendigkeit einer Begleitperson für die Anreise vorzunehmen.

VI. 3 Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes

| | |
|---|---------|
| VI.3 Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes: | |
| Name, Vorname | _____ |
| Telefon-Nr. für Rückfragen | _____ |
| Datum | _____ ▾ |
| Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes | Stempel |

Für mögliche Rückfragen der Krankenkasse und insofern zur Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs der Versicherten/des Versicherten zur Anschlussrehabilitation sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben.