

REFORMPOOLPROJEKT

INTEGRIERTER PATIENTENPFAD

BEHANDLUNGSPFAD SCHLAGANFALL



HANDBUCH

FÜR NETZWERKPARTNER

TIROLER GESUNDHEITSFONDS



April 2016 – Version 1 (Bezirke Kufstein und Kitzbühel)



IMPRESSUM

Auftraggeber:

Tiroler Gesundheitsfonds GESUNDHEITSPLATTFORM

Geschäftsführender Ausschuss:

Landesrat Univ. Prof. DI Dr. Bernhard **Tilg**

Obmann der TGKK Werner **Salzburger**

Landesamtsdirektor-Stellvertreter HR Dr. Dietmar **Schennach**

Direktor der TGKK Dr. Arno **Melitopulos**

Projektleitung:

Dr. Theresa **Geley**

Ärztliche Projektleitung:

Univ. Prof. Dr. Johann **Willeit**, Univ. Prof. Dr. Stefan **Kiechl**

Projektassistenz und Projektbüro:

Mag. Andreas **Tuer**

Gerlinde **Haefele**

Mag. Claudia Dengg

Teilprojektleiter:

TP1 Prähospitalphase:

Univ. Prof. Dr. Johann **Willeit**

TP2 Hospitalphase

Univ. Prof. Dr. Stefan **Kiechl**

TP3 Stationäre REHA und ANB

Univ. Prof. Dr. Johann Willeit

TP4 Ambulante REHA und Posthospitalphase

Dir. Hans **Kreuzer**, OA Dr. Heinrich **Matzak**

Fachbeirat Schlaganfall:

Dr. Johannes **Schöch** (TGF), Mag. Heinrich **Rinner** (TGF), Univ. Prof. Dr. Johann **Willeit**, Univ. Prof. Dr. Stefan **Kiechl**, Univ. Doz. Dr. Michael **Baubin**, Primaria Dr. Getrud **Beck**, Prim. Dr. Josef **Großmann**, Dr. Heinrich **Spiß**, **Primar Univ. Doz. Dr. Klaus Berek**, **Mag. Andreas Tür**

Die Auftraggeber und das Projektteam „*Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall*“ bedanken sich bei allen ProjektteilnehmerInnen und den beteiligten Institutionen für die konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit im gesamten Projektverlauf zum TP4-Ambulante REHA.

Im Zuge von Reformpoolprojekten des Landes Tirol ist es vorgesehen, einen regen Erfahrungsaustausch zwischen den Projekten und deren TeilnehmerInnen nicht nur innerhalb Tirols sondern darüber hinaus in den anderen Bundesländern zu fördern. Insbesondere möchten wir allen Verantwortlichen des Projektes IPBS (Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall) für die hervorragende Vorarbeit in der integrierten Versorgung von SchlaganfallpatientInnen danken.

Autoren:

Die Autoren nahmen als offizielle Vertreter der genannten Teilprojekte am Entstehungsprozess teil.

Medieninhaber:

Land Tirol

Haftungsausschluss:

Die Zusammenstellung der Informationen für dieses Handbuch für Netzwerkpartner wurde von den Verantwortlichen mit größtmöglicher Sorgfalt vorgenommen. Dennoch kann keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche, die sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben, sind ausgeschlossen. Für Inhalte fremder Dokumente im Anhang, die außerhalb unseres Verantwortungsbereiches liegen, besteht ebenfalls keine Haftung.

Urheberrecht:

Dieses Handbuch für Netzwerkpartner in seiner Gesamtheit sowie auch in einzelnen Teilen (z.B. Texte, Grafiken) ist urheberrechtlich geschützt. Änderungen an diesem Bericht dürfen nicht vorgenommen werden. Sofern Informationen dieses Handbuchs für andere Zwecke als der persönlichen Information von Mitgliedern der Gesundheitsberufe verwendet werden sollen, ist zuvor ein Antrag nach dem Tiroler Informationsweiterverwendungsgesetz zu stellen.

Aktualisierung und Korrespondenz:

Organisatorische Administration: PL Dr. Theresa Geley - theresa.geley@tirol.gv.at
Regierungsrat Dir. Hans Kreuzer - kreuzer.hans@aon.at
PA Mag. Andreas Tuer - andreas.tuer@tilak.at

Medizinische Themen: Univ. Prof. Dr. Johann Willeit - johann.willeit@i-med.ac.at
Univ. Prof. Dr. Stefan Kiechl - stefan.kiechl@i-med.ac.at

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung:

Dieses Handbuch für Netzwerkpartner des „*Integrierten Patientenpfad Behandlungspfad Schlaganfall*“ wurde durch die Projektsteuerungsgruppe im März 2012 verabschiedet und im April 2016 überarbeitet. Diese Fassung hat bis zur nächsten Überarbeitung Gültigkeit.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|--------------|
| Abbildungsverzeichnis | II |
| Abkürzungsverzeichnis | III |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Die ambulante REHA im Wohnbezirk des Patienten | 2 |
| 2.1 Ziele der ambulanten REHA | 3 |
| 2.2 Maßnahmen zur Zielerreichung | 4 |
| 2.3 Modellpfad | 4 |
| 2.4 Benchmarks - Qualitätsindikatoren für die ambulante REHA | 6 |
| 2.5 Vorteile des REHA-Konzepts | 6 |
| 2.6 Zentrale Punkte des Tiroler Konzepts der ambulanten REHA | 6 |
| 2.7 Das Netzwerk der ambulanten REHA | 8 |
| 2.8 Ablauf der ambulanten REHA | 8 |
| 2.9 Entlassungsmanagement aus dem KH – ambulante REHA | 9 |
| 2.9.1 Entlassungsmanagement - Arzt | 11 |
| 2.9.2 Entlassungsmanagement - Pflege | 11 |
| 2.9.3 Entlassungsmanagement – Physio-, Ergotherapie und Logopädie | 11 |
| 2.9.4 Entlassungsmanagement - Sozialarbeit | 12 |
| 2.9.5 Entlassungsmappe – vom KH in die ambulante REHA | 12 |
| 2.10 SA-Patientenmappe | 14 |
| 2.11 Bedarfsgerechte ambulante Betreuung von SA-Patienten | 14 |
| 2.12 Verordnungen im Rahmen der ambulanten REHA und 3-Monats-Assessment durch den Facharzt | 15 |
| 2.13 Dokumentation und Datenübermittlung | 16 |
| 2.14 Verrechnung der interdisziplinären Teamsitzungen | 16 |
| 2.15 Sicherung des REHA-Erfolges | 17 |
| 2.16 Fort-, Weiterbildung und Informationsaustausch im Netzwerk | 17 |
| 2.17 Erfahrungen aus der Projektarbeit im Netzwerk der ambulanten REHA | 17 |
| 2.17.1 Faktoren, welche die Kommunikation behindern:..... | 18 |
| 2.17.2 Maßnahmen, die zur Unterstützung der Kommunikation gesetzt werden: | 18 |
| 2.17.3 Faktoren, welche die Motivation beeinflussen: | 19 |
| 2.17.4 Maßnahmen zur Unterstützung der Motivation..... | 19 |
| 2.17.5 Der Faktor zu wenig Zeit:..... | 20 |
| 2.17.6 Maßnahmen zur Beeinflussung des Zeitfaktors..... | 20 |
| 3 Anhang | B - 1 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Das Tiroler Konzept – Ambulante REHA | 3 |
| Abbildung 2: Modellpfad für TP4 – Ambulante REHA | 5 |
| Abbildung 3: Arbeitsergebnisse Modellpfad TP4 – Ambulante REHA | 5 |
| Abbildung 4: Entlassungsmanagement KH – ambulante REHA..... | 10 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|---|
| ANB | Akutnachbehandlung |
| AK-Pass | Antikoagulations-Pass |
| BM | Benchmark |
| d.h. | das heißt |
| FA | Facharzt |
| HA | Hausarzt |
| IPBS | Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall |
| KH | Krankenhaus |
| KO | Koordinator |
| MEL | Medizinische Einzelleistung |
| MRS | Modified Ranking Scale |
| PEG-Management | Perkutane endoskopische Gastrostomie – Management |
| PA | Projektassistenz |
| PL | Projektleitung |
| QS-Instrument | Qualitätssicherungs-Instrument |
| REHA | Rehabilitation |
| RTA | Radiologisch Technischer Assistent |
| SA | Schlaganfall |
| Stat. | stationär |
| SV | Sozialversicherung |
| TGF | Tiroler Gesundheitsfonds |
| TGKK | Tiroler Gebietskrankenkasse |
| TP | Teilprojekt |
| u.U. | unter Umständen |

1 EINLEITUNG

Beim Krankheitsbild des Schlaganfalls zählt rasche Hilfe. Dies gilt in gleicher Weise für die Erstversorgung wie für die Rehabilitation, denn je früher Rehabilitationsmaßnahmen nach der Akutversorgung beim Schlaganfall beginnen, desto besser ist der Outcome der PatientInnen. Die Intensität der Therapie, d.h. sowohl hinsichtlich der Frequenz als auch hinsichtlich der Therapieinhalte und Einheitszeitdauer, ist von größter Wichtigkeit.

2 DIE AMBULANTE REHA IM WOHNBEZIRK DES PATIENTEN

Nachfolgend sollen die Grundzüge des Konzepts der ambulanten REHA im Bezirk kurz erläutert werden.

Das Konzept der ambulanten Rehabilitation mit vorhandenen, wohnortnahen Strukturen im Bezirk basiert auf der Gründung eines Gesundheitsnetzwerks. Dieses besteht aus dem Krankenhaus, allen Hausärzten und Fachärzten, den Sozialsprengeln, allen Seniorenheimen der Region, Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden, sowie klinischen PsychologInnen, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt haben. Der Patient und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Interesses dieses Netzwerkes.

Das entlassende Krankenhaus meldet bereits frühzeitig, wann ein Schlaganfallpatient entlassen wird. Der Koordinator im Sprengel bzw. Pflegeheim organisiert in weiterer Folge den Behandlungsplan zur ambulanten Rehabilitation. Dieser Behandlungsplan basiert auf einem wissenschaftlich fundierten REHA-Behandlungspfad. Er wird nach Abschluss durch eine/einen Mitarbeiterin/Mitarbeiter des TGF's evaluiert und beinhaltet:

- Therapiebeginn spätestens nach 7 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus
- Wenn aus medizinischer/organisatorischer Sicht möglich, je 3 Therapieeinheiten für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie pro Woche
- Sekundärprävention durch den Hausarzt
- Psychosoziale Betreuung durch klinische PsychologInnen
- Patienten- und Angehörigeninformation durch Schlaganfallbuch
- interdisziplinäre, patientenbezogene Teambesprechungen
- 3-Monats-Assessment durch den Facharzt

Üblicherweise findet die Behandlung beim Patienten zu Hause statt, um eine Einbeziehung des häuslichen Umfeldes und der Angehörigen in die Therapie zu ermöglichen. Für diese Leistung wird ein Hausbehandlungszuschlag gewährt. Sollte die Behandlung zu Hause vom Patienten abgelehnt werden ist eine Behandlung in der Praxis des Therapeuten möglich.

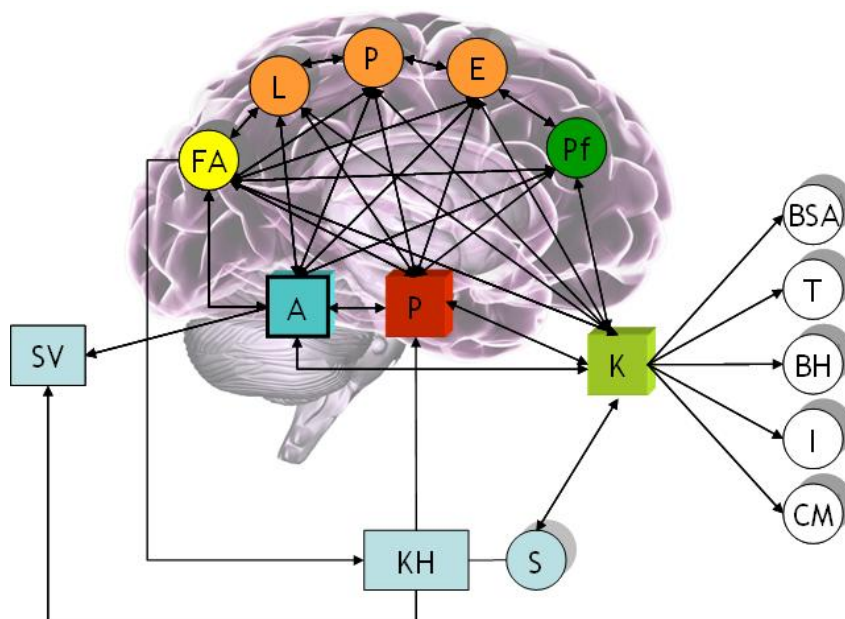


Abbildung 1: Das Tiroler Konzept – Ambulante REHA

2.1 Ziele der ambulanten REHA

Es sollte eine Verbesserung/Nachhaltigkeit des Outcomes nach der akuten Behandlung im Krankenhaus bzw. der Akutnachbehandlung in Hochzirl bzw. der stationären REHA durch optimale Abstimmung der weiterführenden Behandlung im ambulanten Bereich erreicht werden. Hierfür ließen sich folgende Teilziele definieren:

- multiprofessionelle Hilfen bereitstellen
- interdisziplinäre Zusammenarbeiten der Fachbereiche/Professionen
- wohnortnahe Betreuung: im häuslichen Umfeld, Nutzung lokaler Ressourcen
- lokale Struktur der Leistungserbringer wird nicht verändert
- Vernetzung ermöglicht ganzheitliche Rehabilitation
- Die medizinische Betreuung verbleibt beim Hausarzt
- Nahtloser und unbürokratischer Übergang in die ambulante REHA und Posthospitalphase - Koordinator unterstützt organisatorisch (*Koordinator im Sozialsprengel hat Erfahrung und Nahverhältnis zum familiären Umfeld des Patienten, weiß um gleichzeitig Betroffene, hat direkten Kontakt zum Entlassungsmanagement des behandelnden KH*)
- patientenorientierte Abstimmung (Übergabeprozesse) an den Nahtstellen
- adäquate Therapie und Rehabilitation in der ambulanten REHA

2.2 Maßnahmen zur Zielerreichung

Folgende Maßnahmen zur Erreichung der vorgenannten Ziele wurden definiert:

- Ambulante Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus, der Akutnachbehandlung oder stationären Rehabilitation
- Erstellung eines Konzeptes für eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation und posthospitale Phase (d.h. inkl. Pflege und Betreuung)
- Behandlungskontinuität für den gesamten Behandlungszeitraum
- Kontinuierliche medizinische Betreuung durch Hausarzt und niedergelassenen Facharzt
- Aufbau eines Kompetenznetzwerks für die ambulante REHA
- Therapeuten im Bezirk erhalten Unterstützung durch erfahrene Spezialisten ihres Fachgebietes in Form eines Coachings
- Dokumentation des Rehabilitationszieles und des Behandlungsergebnisses und damit Transparenz des Behandlungserfolges für den Kostenträger
- Regelmäßige Netzwerktreffen im Bezirk zum Erfahrungs- und Informationsaustausch
- Schulungen und Fortbildungen
- Informationstransport durch die begleitende Patientenmappe (Therapiespiegel, therapiebegleitende Eintragungen sämtlicher Professionen, etc.)

2.3 Modellpfad

Wie in der nachfolgenden Grafik dargestellt, lassen sich ausgehend von der Modellierung eines Modellpfades für das „*TP4-Ambulante REHA*“ zunächst unterschiedliche Schnittstellen definieren. Entsprechend den daraus resultierenden Problemfeldern werden in den nachfolgenden Ausführungen die dazu erarbeiteten Ergebnisse dargestellt.

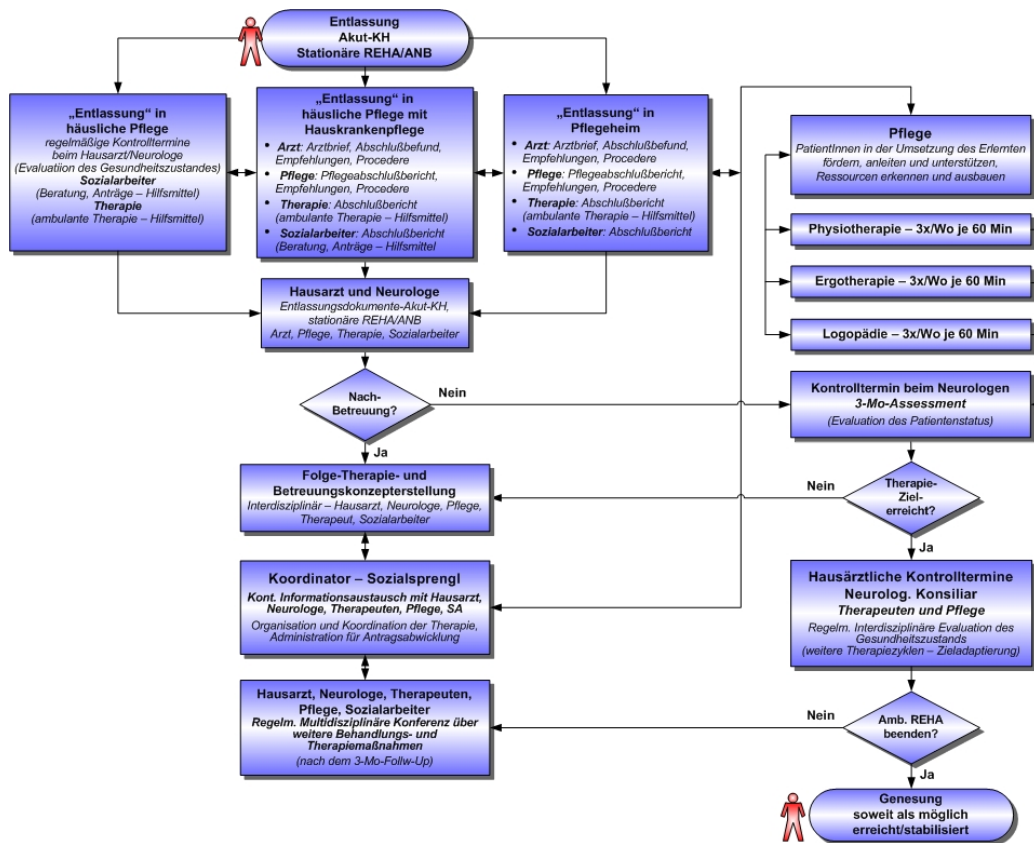


Abbildung 2: Modellpfad für TP4 – Ambulante REHA

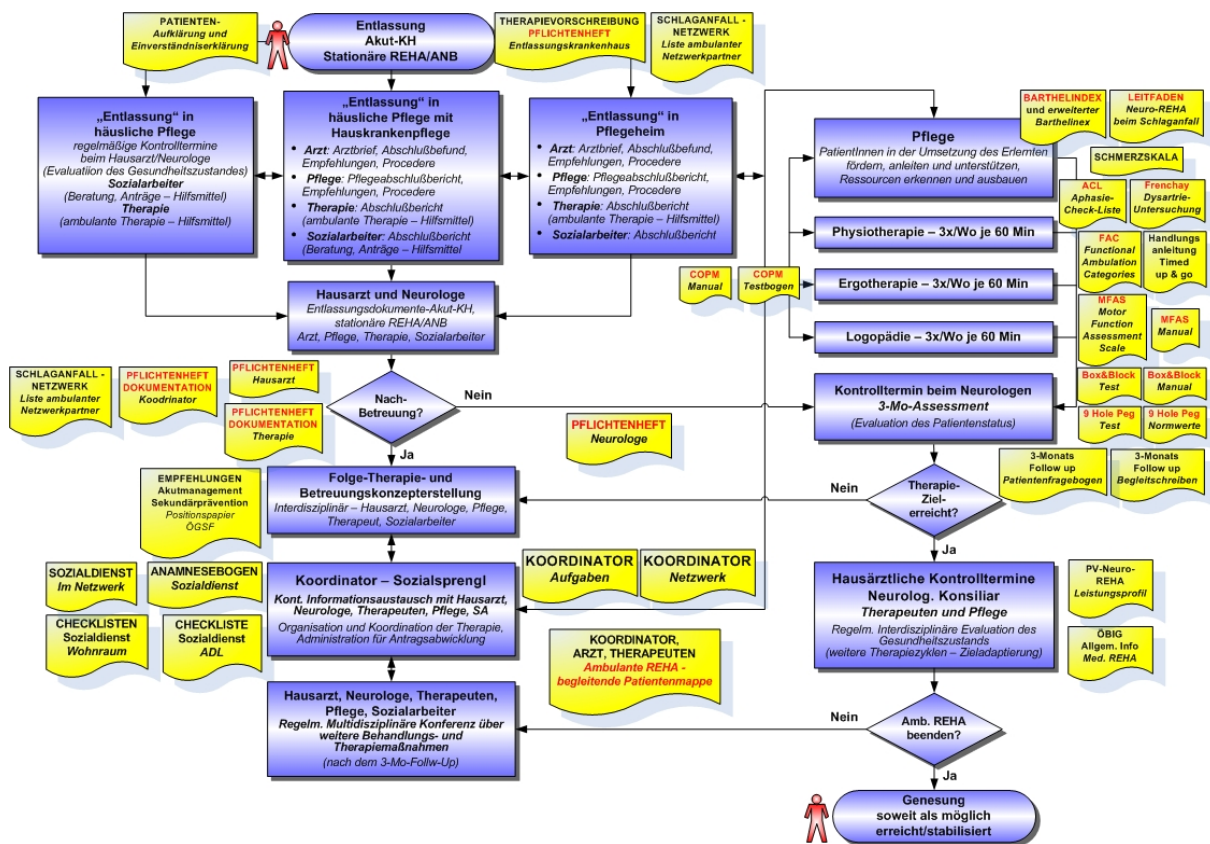


Abbildung 3: Arbeitsergebnisse Modellpfad TP4 – Ambulante REHA

2.4 Benchmarks - Qualitätsindikatoren für die ambulante REHA

Die erzielten Ergebnisse des integrierten Patientenpfads werden laufend gemessen und in weiterer Folge kontinuierlich evaluiert und verbessert. Als Benchmarks und Kennzahlen wurden definiert:

- Zeitfenster zwischen erster Therapieeinheit und Entlassung aus der stat. REHA/ANB
- Anzahl der am Therapieplan beteiligten Personen
- konsumierte Therapieeinheiten
- Zeitintervall zwischen den Therapieeinheiten
- Dauer der ambulanten Rehabilitation
- Selbstreflexion der Ergebnisqualität durch die Therapeuten (Eingangs- und Ausgangstest)
- Interdisziplinärer Austausch im Therapieplan verankert
- Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch einen FA - Ergebnisse des 3-Monats-Assessments evaluieren
- Dokumentation der Behandlungsergebnisse und damit Transparenz des Behandlungserfolges für den Kostenträger
- Patientenzufriedenheit

2.5 Vorteile des REHA-Konzepts

Die Vorteile dieses Tiroler Ambulanten REHA-Konzeptes liegen auf der Hand:

- SchlaganfallpatientInnen können im häuslichen Umfeld bleiben und behandelt werden
- Rascher Therapiebeginn nach stationärer Entlassung
- Ärzte, Therapeuten, Pflege, Sprengel und Angehörige sind miteinander vernetzt
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung
- Einbeziehung der Angehörigen

2.6 Zentrale Punkte des Tiroler Konzepts der ambulanten REHA

Die zentralen Punkte des Tiroler Konzepts für Ambulante REHA von SchlaganfallpatientInnen lassen sich wie folgt beschreiben:

1. SchlaganfallpatientInnen werden entsprechend ihren Bedürfnissen und Erwartungen betreut
 - Dies bedeutet bedarfs- und erwartungsgerechte Betreuung:

- *Klare Definition von Bedarf und Erwartungen*
 - *Offener Umgang mit möglichen Begehrlichkeiten von Patienten/ Angehörigen – besonders bei dem Wunsch nach Fortführung der Therapie auch im Falle nicht zu erwartender Verbesserung*
 - *zu Therapiebeginn bereits Information an Patienten/ Angehörige, dass eine Begrenzung des ambulanten REHA-Projektes für 70 Therapieeinheiten besteht. Die Patienteninformation (s. Anhang) gibt dem Therapeuten die Möglichkeit darauf hinweisen zu können, dass nach Ausschöpfung des gesamten pfadgeleiteten Therapieumfangs im Rahmen einer Heilbehandlung weitere Therapien – jedoch kostenpflichtig (Selbstbehalt) - in Anspruch genommen werden können. Aber nur mit entsprechender fachärztlicher Verordnung und klar definiertem REHA-Ziel. Diese klassische Heilbehandlung erfolgt nicht im Rahmen dieses pfadgeleiteten ambulanten SA-REHA-Projektes.*
2. Die medizinische Betreuung von SchlaganfallpatientInnen verbleibt im Wirkungsbereich des Hausarztes und setzt unmittelbar nach der Entlassung ein (Benchmark innerhalb der ersten 7 Tage):
 - *erste Verordnung wird bereits im KH ausgestellt*
 - *weiterführende Verordnungen für SA-Therapien können auch vom Hausarzt ausgestellt werden (siehe Formular im Anhang)*
 3. Der Hausarzt wird in organisatorischen Belangen vom Koordinator unterstützt
 4. Der Koordinator hat direkten Kontakt zum Sozialarbeiter des Entlassungskrankenhauses
 5. Behandlung erfolgt im Rahmen eines Neuroreha-Vertrages der SV
 6. Einführung der Schlaganfallmappe
 7. Interdisziplinärer Austausch unter Einbeziehung des Facharztes
 8. Zur Unterstützung der interdisziplinären Behandlung wird das Rehabilitationsziel vor Beginn der Therapie dokumentiert
 - *Bei nicht vollständig beanspruchter Therapieeinheiten einer Fachdisziplin können die verbleibenden auf eine andere Fachdisziplin übertragen werden*
 9. Eingangs- und Ausgangstest (Qualitätssicherung)
 10. 3-Monats-Assessment durch den Facharzt
 11. Bereitstellung nötiger Unterstützung des Netzwerks durch das Projekt

Diese Punkte bilden die Basis für regelmäßige Netzwerktreffen im Bezirk. Damit soll versucht werden, gemeinsam die IST Situation am SOLL zu spiegeln, umso besser die Problemfelder der ambulanten REHA strukturiert bearbeiten zu können und einer Lösung zuzuführen.

2.7 Das Netzwerk der ambulanten REHA

Zu einer erfolgreichen Netzwerkarbeit gehört eine klar definierte Organisationsstruktur, die wie folgt definiert wurde:

- *Freiwilligkeit der Mitarbeit im Netzwerk*
- *Interdisziplinarität*
- *dem Patienten werden die Therapeuten aufgrund der geographischen Situation zugeordnet*

Die Organisationskultur für das Netzwerk wurde wie folgt festgelegt:

- *Ein Netzwerk ist nur so stark wie jeder einzelne Knoten*
- *Das Ergebnis der Behandlung ist der Erfolg aller Beteiligten*
- *Im Netzwerk kommunizieren wir offen miteinander und sprechen Konflikte an*
- *Unser Ziel ist ein partnerschaftlich, strukturiertes Versorgungssystem, das selbstständig an seiner Verbesserung arbeitet*

2.8 Ablauf der ambulanten REHA

Nach der Entlassung aus einem Schwerpunktkrankenhaus bzw. aus der stationären REHA/ANB erhalten der Koordinator und der Hausarzt die gebündelten Informationen für die weitere Nachbetreuung. Im Krankenhaus definiert der Facharzt für Neurologie das Rehabilitationsziel und die Verordnung (siehe Formular im Anhang) für die entsprechenden Therapien wird ausgestellt. Das Krankenhaus informiert den Koordinator im Sprengel/Heim. Von hier aus erfolgt die Informationsweitergabe einerseits an den Facharzt für Neurologie und andererseits in Form des weiteren Therapiebehandlungsplanes an die Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) sowie an die Krankenpflege (Hauskrankenpflege, Heimkrankenpflege). Der Koordinator erhält vom Krankenhaus jene Informationen, die für eine optimierte Terminplanung der Therapie erforderlich sind, vereinbart mit dem Neurologen den Termin zum 3-Monats-Follow-up und hilft bei der Bearbeitung der unterschiedlichsten Anträge für Hilfsmittel, finanzieller Unterstützungen, etc.

Etwa drei Monate nach Start dieser ambulanten REHA-Maßnahmen erfolgt in Koordination mit allen an der Therapie des Patienten beteiligten Professionen die Evaluation des Therapiefortschritts in Form eines 3-Monats-Follow-up. Nach Konsumation von max. 70 Therapieeinheiten endet zwar die pfadgeleitete Patientenbehandlung, dies bedeutet aber nicht das Ende weiterer Behandlungsmaßnahmen, die im Rahmen einer Heilbehandlung durchgeführt werden können.

Die Grundsätze für das Leistungsangebot der ambulanten Rehabilitation lassen sich wie folgt definieren:

- **Rehabilitationsdiagnostik**
 - *Rehabilitationsfähigkeit*
 - *Rehabilitationsbedürftigkeit*
 - *Rehabilitationsziel*
 - *Rehabilitationsprognose*
 - *Rehabilitationsempfehlung*
- **Rehabilitationsdurchführung**
 - *Therapieangebot durch Physio-, Ergo- und Logopädie*
 - *Psychosoziale Beratung; Programme zur Information, Motivation und Schulung*
 - *berufsbezogene Maßnahmen*
- **Erfolgskontrolle**
 - *Beurteilung des Therapieerfolgs*
 - *Erstellung des weiterführenden Behandlungsplans*
 - *Pflegebeurteilung*
- **Dokumentation**
 - *Therapieberichte (Physio-, Ergo- und Logopädie)*
 - *Endbericht nach Beendigung der bewilligten Verordnungen*
 - *Zwischenbericht bei Verlängerung der Behandlung*
 - *Pflegebericht*
 - *Testergebnisse*

Für die Durchführung einer qualitätssichernden und damit letztlich auch nachhaltigen ambulanten Rehabilitation ist demnach zunächst eine weitgehend umfassende Rehabilitationsdiagnostik erforderlich. Dafür sind die Informationen des Entlassungsmanagements unverzichtbar, weshalb sie hier nachfolgend nochmals angeführt werden sollen.

2.9 Entlassungsmanagement aus dem KH – ambulante REHA

Um das Ziel, eine an die Akutbehandlung anschließende möglichst nahtlose ambulante rehabilitative Weiterversorgung der Schlaganfallpatienten im Wohnbezirk zu erreichen, ist bereits während der PatientInnenbehandlung im Akut-Krankenhaus frühzeitig die Evaluation hinsichtlich Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationspotential der Patientin/des Patienten durchzuführen. Für eine zeitnah ambulante REHA bedarf es eines standardisierten Entlassungsmanagements. Zu diesem Thema wurde in Abstimmung mit dem KH (Stroke-Team) und mit den Koordinatoren im Wohnbezirk ein Prozess für die Entlassung aus dem KH erarbeitet (siehe dazu nachfolgende Grafik):

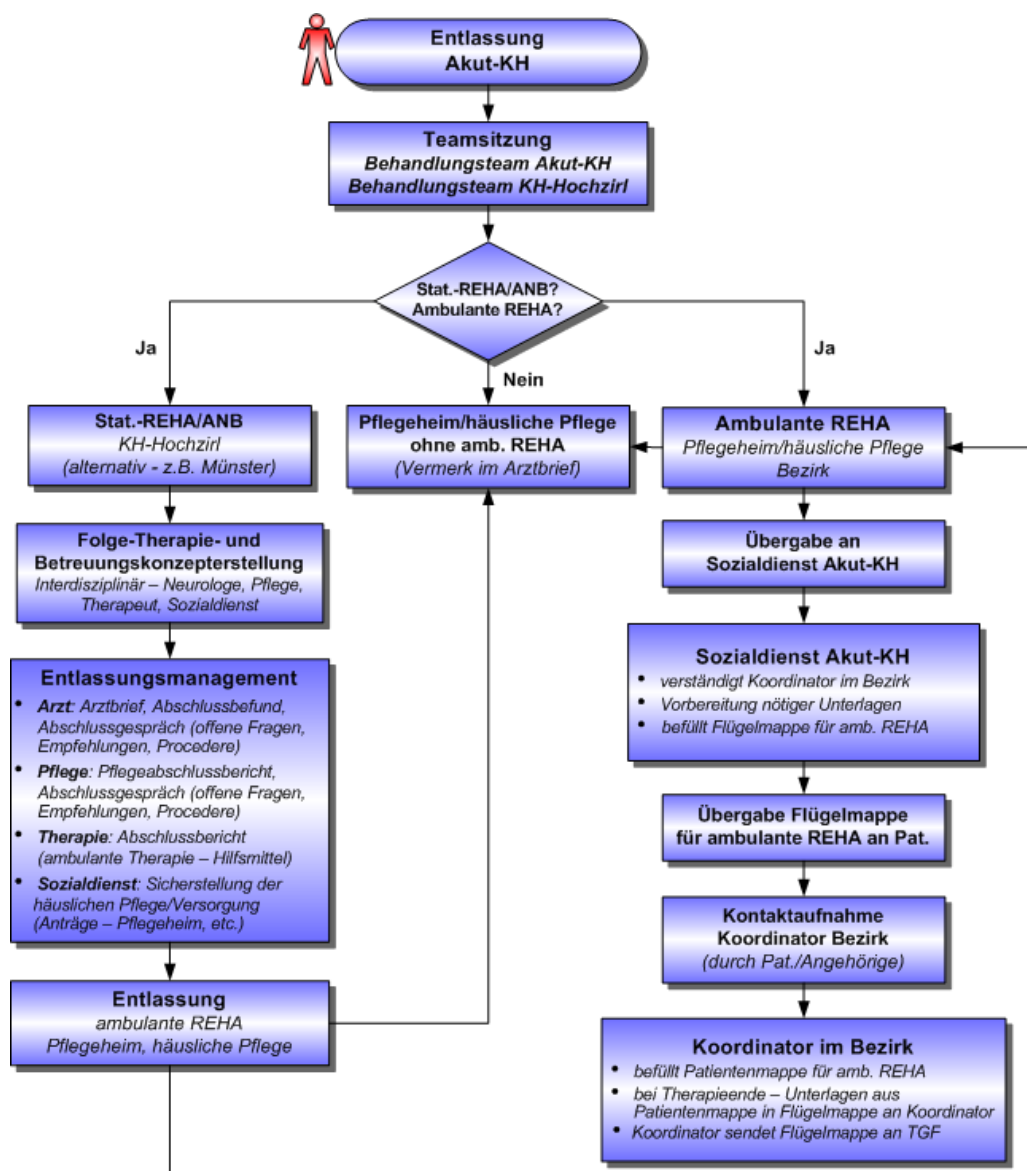


Abbildung 4: Entlassungsmanagement KH – ambulante REHA

Die wichtigsten Eckpfeiler dieses definierten Prozesses des Entlassungsmanagements aus dem Akut-KH in die ambulante REHA im Wohnbezirk sind wie folgt:

- Definition des REHA-Zieles (KH)
- Verordnung (Facharzt, KH – siehe dazu Formular im Anhang)
- IST-Situation des Patienten (Therapeuten und Ärzte, KH)
- Kontakt mit Angehörigen
- Entlassungsmappe (Aushändigung und Beginn der Füllung)
- Abschlussbesprechung

2.9.1 Entlassungsmanagement - Arzt

- Festlegung von Weiterbetreuung und Kontrollen (Hausarzt, Facharzt, KH, stationäre-REHA, ambulante REHA)
- Entlassungsgespräch (über Heilungsprozess, Risikofaktoren, Lebensführung, Krankenstand, Warnsymptome, Medikamente, Kontrollen, Rehabilitation)
- Arztbrief, Benachrichtigung Hausarzt, Koordinator, Übergangspflege
- Rezepte/Medikamente/Verordnungen/Transportschein, Ausweise (AK-Pass, etc.)
- Aushändigung von Info-Material (z.B. Info AK-Therapie, Schlaganfallbuch)
- Vollständige Erfassung der Risikofaktoren und adäquate Modifikation
- Screening bezüglich Komplikationen und Folgeproblemen (z.B. Post-Stroke Depression)
- Sicherstellen einer adäquaten Ernährung (Diät-, Ernährungsplan)
- Diagnose und Leistungskodierung (MEL EA010 Systemische Thrombolysen beim Hirninfarkt) - Kodierung von Komplikationen (siehe Kodierrichtlinie)
- Anträge (Pflegegeld, Reha, etc.) und Bestätigungen

2.9.2 Entlassungsmanagement - Pflege

- Information von Patient und Angehörige
- Anleitung über notwendige Pflegehandlungen (z.B.: s.c. Injektionen, Lagerung, Körperpflege, PEG-Management, etc.)
- Detaillierter Pflegebericht- Dokumentation über Verlauf, bisherige Aktivitäten und Organisationsstand
- Heilbehelfe (Matratzen, Sondennahrung, Verbände, etc.)
- Organisation Heimtransport
- Organisation ambulante Hauskrankenpflege (Pflege oder Sozialarbeiter)

2.9.3 Entlassungsmanagement – Physio-, Ergotherapie und Logopädie

- Therapiebericht und abschließendes Scoring
- Hilfsmittelberatung, -einschulung und -anpassung (Rollstuhl, Gehhilfen, Schienen, Ess- und Schluckhilfen, etc.)
- Information von Patient und Angehörige, sowie gegebenenfalls Anweisungen (z.B. Angehörigenschulung)
- Therapieverordnung (Therapieplanung)
- Leistungskodierung

2.9.4 Entlassungsmanagement - Sozialarbeit

- Dokumentation über Verlauf, bisherige Aktivitäten und Organisationsstand
- Beratung über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten (Pflegegeld, Rezeptgebührenbefreiung, Bundessozialamt bei behindertengerechter Wohnungsadaptierung, Grundsicherung, berufliche Umschulung, etc.)
- Erstkontakt mit Sozialsprengel
- Information und Organisation der weiteren sozialen Betreuung (ambulante Hilfsdienste u.a. Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Pflegehilfe, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Heilbehelfe – Bewilligungen für Rollstuhl, Leibstuhl, Gehhilfen, etc.)
- Hilfestellung und Beratung bei rechtlichen Aspekten sowie Vorgehensweise bei diversen Antragstellungen (Behörden, Amtswege, Sachwalterschaft, Pensionsantrag, Pflegegeld, Behindertenpass, Zuschüsse, etc.)
- Pflegeheimanmeldung bzw. –aufnahme in Zusammenarbeit mit Patient und/oder Angehörigen
- Information zur „24-Stunden-Betreuung“
- Im KH wird vom Patienten die Patientenaufklärung seines Versicherungsträgers unterschrieben bevor die Patientenmappe übergeben wird (siehe Anhang).
- Möglichkeit der Unterschriftsleistung durch Angehörige für den Patienten, wenn dieser selbst nicht in der Lage dazu ist.

2.9.5 Entlassungsmappe – vom KH in die ambulante REHA

Es wird eine eigene Entlassungsmappe erstellt. Diese Mappe des Entlassungsmanagements wird nur Schlaganfall-PatientInnen bei deren Entlassung aus dem KH übergeben, wenn diese im Anschluss daran in die ambulante REHA übernommen werden und nicht bei Transferierung von PatientInnen in eine andere stationäre Einrichtung.

Wünschenswert ist auch eine frühzeitige Information der Koordinatoren/Heimleiter über einen neuen SA-Patienten aus der Region.

Die Entlassungsmappe enthält eine Checkliste zur Kontrolle, ob alle nötigen Dokumente bei der Entlassung des Patienten vorhanden sind. Sie gibt der/dem KoordinatorIn vor, in welchen Abschnitten der Patientenmappe die Unterlagen zu hinterlegen sind (notwendige Informationen und Dokumente).

- Ansprechperson – Kontaktdaten (Tel. etc.)

- Patienteninformation (Kordinator)
- Kopie der Therapie-Verordnung (KH, Facharzt, HA - siehe Formular im Anhang)
- Arztbrief (Hausarzt, Facharzt)
- Facharztbefund mit Rehabilitationsziel (Facharzt)
- Pflegebericht
- Therapiebericht und abschließendes Scoring (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- Dokumentation über Verlauf, bisherige Aktivitäten
- Organisationsstand (Kordinator)

Die SA-Patientenmappe ist dann vom Patienten bei jeder Therapiesitzung bzw. Arztbesuch für die entsprechende Dokumentation mitzuführen. Bei Abschluss der Therapie werden diese SA-Patientenmappe und das vollständig ausgefüllte Erfassungsblatt wieder an den Koordinator übergeben. Die patientenbezogenen Dokumente erhält der Patient. Wichtig ist bereits bei der Aushändigung der SA-Patientenmappe das Unterzeichnen der Patientenaufklärung (siehe im Anhang) und der Hinweis an den Patienten (Angehörigen), den in der Mappe abgelegten Patientenfragebogen (siehe im Anhang) über die Zufriedenheit der pfadgeleiteten ambulanten REHA-Versorgung auszufüllen. Dieser Fragebogen stellt ein weiteres wichtiges QS-Instrument zur Evaluation der ambulanten REHA im Wohnbezirk dar. Mit der Unterzeichnung der Patientenaufklärung stimmt der Patient einer anonymisierten Auswertung erhobener Daten zu (Patientenaufklärung siehe im Anhang):

- Auf dem Deckblatt der Entlassungsmappe ist eine Checkliste zur Kontrolle der nötigen Dokumente bei der Entlassung des Patienten angeführt.
- Der Patient (Angehörige) erhält den Auftrag, diese Flügelmappe an den Koordinator zu übergeben.
- Der Koordinator legt die Schlaganfall Patientenmappe an
- Die SA-Patientenmappe ist dann vom Patienten bei jeder Therapiesitzung bzw. Arztbesuch für die entsprechende Dokumentation mitzuführen.
- Bei Abschluss der Therapie wird diese SA-Patientenmappe gemeinsam mit dem vollständig ausgefüllten Erfassungsblatt wieder an den Koordinator übergeben. Die patientenbezogenen Dokumente erhält der Patient.
- Der Bezirkskoordinator wird von jeder Aufnahme eines Patient in das Netzwerk per E-Mail oder telefonisch verständigt.

2.10 SA-Patientenmappe

Wie bereits oben erwähnt wird mit Beginn der Therapie der ambulanten REHA vom Koordinator des jeweiligen Sozialsprengls an jeden Patienten eine Schlaganfall-Patientenmappe übergeben. Über den gesamten Verlauf der ambulanten REHA führt jeder Patient diese Schlaganfall-Patientenmappe mit, in der sich unter anderem der Terminkalender für die Therapien, die gesamte Dokumentation der durchgeführten Therapien, die Dokumentation der Testverfahren sowie vieles andere mehr für die ambulante Behandlung befindet:

- Mappe wird den Sprengeln vom Projekt bereitgestellt
- Der Koordinator füllt das Erfassungsblatt (1. Seite) aus
- Der Name des Patienten wird auf dem Mappenflügel angeführt, Einlagen sind beigelegt
- Abschlussbericht durch Therapeuten für 3-Mo-Assessment (IST-Situation bei Therapieende beschreiben – Bericht soll auch an den Neurologen gehen)

Vor dem Therapieende der ambulanten REHA muss zeitgerecht an Patient/Angehörige kommuniziert werden, dass bei Abschluss der REHA-Behandlung das vollständig ausgefüllte Erfassungsblatt an den Koordinator übergeben wird (Bitte am Therapieblatt Beginn und Ende der REHA-Gesamtbehandlung notieren).

2.11 Bedarfsgerechte ambulante Betreuung von SA-Patienten

Die bedarfsgerechte ambulante REHA von SA-Patienten lässt sich wie folgt definieren:

- Die ambulante Rehabilitation im Wohnbezirk bietet SchlaganfallpatientInnen die Möglichkeit einer interdisziplinären Versorgung mit einer definierten Anzahl von Therapieeinheiten für die ersten Wochen nach dem Akutereignis, um eine optimale Ausschöpfung des individuellen Rehabilitationszieles zu erreichen.
- Für die Effizienz und Effektivität der ambulanten Rehabilitation ist Voraussetzung, dass der Patient möglichst bald nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine intensive Therapie erhält.
- **Eingangs- und Ausgangstests** sind bei Therapiebeginn und am Ende des Therapiezyklus verpflichtend (Qualitätssicherungsinstrument) zu absolvieren (siehe dazu die Testbögen im Anhang)

- Intensiv, d.h. mindestens 5 besser 10 -12 Therapieeinheiten pro Woche bei einem Kontingent von maximal 70 Therapieeinheiten:

| | |
|--------------------|--------------|
| 5 Therapien /Woche | 14 Wochen |
| 10 Therapien/Woche | 7 Wochen |
| 12 Therapien/Woche | ca. 6 Wochen |

 - *Im Anschluss an die Akutbehandlung zunächst 30 Sitzungen.*
 - *Auf die entsprechenden Therapiegebiete (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie) aufgeteilt.*
 - *Nach Zwischenbericht können weitere 20 Sitzungen und in besonders komplexen Fällen, weitere 20 Sitzungen bewilligt werden. Insgesamt also maximal 70 Sitzungen.*
 - *Therapien, die länger als sechs Monate nach dem Akutereignis begonnen werden, können nicht als Neuro-REHA verrechnet werden (als Heilbehandlung abrechenbar).*
 - *Nach der siebzigsten Sitzung (Summe aus Logo-, Ergo- und Physiotherapie), können Behandlungen nur noch als Heilbehandlung bewilligt und abgerechnet werden.*
 - *Eine Therapiesitzung dauert ca. 60 Minuten.*
 - *Eine Bestimmung, wie viele Therapieformen zur Anwendung kommen müssen gibt es nicht.*
- Maximal 2-3 Tage wäre der optimale Abstand zwischen den einzelnen Therapieeinheiten (bei 2-3 Therapieeinheiten/Profession/ Wochen)

Die gesamte Therapie sollte nicht länger als ca. 20 Wochen dauern. Gerade zu Beginn der ambulanten REHA-Therapie sind intensive bzw. häufige Therapieeinheiten für den entsprechenden Erfolg dringend nötig.

2.12 Verordnungen im Rahmen der ambulanten REHA und 3-Monats-Assessment durch den Facharzt

- Für die ambulante Rehabilitation im Wohnbezirk wurde ein eigenes Formular erarbeitet (siehe Formular im Anhang)
- Rehaziel definiert durch den FA vor Entlassung
- Festlegung des FA Assessment 3 Monate nach Therapiebeginn.
- 1. Therapieblock (30) Ausstellung der Verordnung durch FA im Akutkrankenhaus
 - *kurzer Zwischenbericht der Therapeuten an die SV bei Verlängerung*
- 2. Therapieblock (20) Ausstellung der Verordnung durch HA/FA
 - *kurzer Zwischenbericht der Therapeuten an die SV bei Verlängerung*
- 3. Therapieblock (20) Ausstellung der Verordnung durch FA
 - *Abschlussbericht und Ausgangstests der Therapeuten in die Patientenmappe nach Beendigung der Therapie spätestens nach 70 Einheiten*
 - *Assessment durch den FA*
- Therapieende im Rahmen der ambulanten Rehabehandlung

- *Am Ende der Therapie bzw. nach 70 Therapieeinheiten sieht der neurolog. Facharzt in jedem Fall den Patienten und trifft aufgrund seiner fachärztlichen Untersuchung die Entscheidung für das weitere Procedere (z.B. Heilbehandlung, etc.)*
 - *Für die vorgenannte fachärztlich Untersuchung wäre ein entsprechender Bericht seitens der Therapeuten sehr hilfreich, um damit in Abstimmung mit den Untersuchungsergebnissen eine bessere Einschätzung hinsichtlich Fortführung der Therapie, oder Therapieabschluss tätigen zu können*
- **Eckpfeiler des 3-Monats-Assessment**
- *FA-Befund: Arztbrief des Neurologen per Mail oder auf Postweg an den Koordinator, der diesen dann in der Patientenmappe abheftet (spätestens 1 – 2 Tage nach der Erstellung sollte Brief beim Koordinator eingehen). Langfristig wäre der Umstieg von papiergestützter Version auf EDV-Tool wünschenswert*
 - *Feedback und Einverständniserklärung - Unterschrift des Patienten:*
 - *Hinweis des Pat. bzw. Angehörige auf den Feedback-Bogen. Die unterzeichnete Patientenaufklärung verbleibt in der Patientenmappe!*
 - *Ideal wäre in diesem Zusammenhang, wenn der letzte behandelnde Therapeut darauf achten würde, dass das Erfassungsblatt vollständig ausgefüllt mit der Mappe an den Koordinator weitergeleitet wird. Die patientenbezogenen Dokumente wie Arztbriefe, Pflegebericht des KH usw. bleiben beim Patienten.*

2.13 Dokumentation und Datenübermittlung

Die für die ambulante REHA definierte Dokumentation und Datenübermittlung wurde in den für die einzelnen Professionen festgelegten Pflichtenheften entsprechend ausgeführt (siehe dazu die Pflichtenhefte im Anhang). Ziel dieser Dokumentation ist eine nachvollziehbare qualitätssichernde ambulante rehabilitative Versorgung von SchlaganfallpatientInnen entsprechend der definierten Qualitätskriterien.

2.14 Interdisziplinären Therapieabstimmung

Für eine qualitätssichernde und somit letztlich nachhaltige ambulante Therapie von SchlaganfallpatientInnen ist eine konsequente interdisziplinäre Therapieplanung mit individueller d.h. patientenadaptierter Zieldefinition unerlässlich. Somit sind interdisziplinäre Abstimmungen als integraler Bestandteil der ambulanten Therapie von SchlaganfallpatientInnen zu werten und demzufolge auch im Therapieplan der Patienten zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit dieses fachlichen Austauschs im interdisziplinären Behandlungsteam als Grundvoraussetzung für eine qualitätssichernde ambulante Behandlung ist dem Patienten vor Therapiestart zu kommunizieren.

2.15 Sicherung des REHA-Erfolges

Man hat sich auf ein Ein- und Ausgangsassessment nach Abschluss der ambulanten REHA gemäß der in den Verträgen der SV definierten Tests, sowie einer zusätzlich kurzen Beschreibung des Status in Prosa geeinigt.

Ein zahlenmäßiger Indexwert ermöglicht eine nachvollziehbare Transparenz für Empfehlungen zu weiteren Therapiemaßnahmen und eine Quantifizierung des Therapieerfolgs.

2.16 Fort-, Weiterbildung und Informationsaustausch im Netzwerk

Für die Gestaltung von Fortbildungen innerhalb des Netzwerkes werden laufend entsprechende Ideen zu Themenschwerpunkten gesammelt. Es sollte zumindest eine netzwerkinterne Fortbildungsveranstaltung pro Jahr im Wohnbezirk abgehalten werden (1–2-tägig). Die Anmeldung dazu hat verpflichtenden Charakter. In diesem Zusammenhang wird insbesondere das Angebot von Vorträgen mit dem Fokus auf Interdisziplinarität als sehr zielführend erachtet. Letztlich soll die Qualitätssicherung in der ambulanten therapeutischen Versorgung von SA-PatientInnen durch solche Fortbildungsveranstaltungen besser gewährleistet werden.

2.17 Erfahrungen aus der Projektarbeit im Netzwerk der ambulanten REHA

Das zentrale Element des Konzeptes ist ein soziales Netzwerk, das mit einem klar definierten Ziel gegründet wurde. Die charakteristischen Merkmale des Schlaganfall-Netzwerkes sind der Erhalt der rechtlichen Selbstständigkeit der einzelnen Mitglieder, die gemeinschaftliche, wirksamkeitsverbessernde Zielsetzung, die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit unter Einhaltung entsprechender Spielregeln, die Koordination der Aktivitäten durch Verhandlung oder Überzeugung, und die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit, die durch die Vorteile, die sich aus der Netzwerkstruktur ergeben, gewährleistet wird. Im Zuge der Konzepterstellung wurden drei wesentliche Faktoren definiert, die als Voraussetzungen für das Gelingen der interdisziplinären Kooperation vorhanden sein müssen: Motivation, Kommunikation und Zeit. Für diese 3 Faktoren können im Rahmen der Projektarbeit Hindernisse und entsprechende Überwindungsstrategien definiert werden.

2.17.1 Faktoren, welche die Kommunikation behindern:

- Nicht alle Mitglieder des Netzwerkes haben den gleichen Informationsstand. Die Kommunikation innerhalb des Netzwerkes findet hauptsächlich in den dafür vorgesehenen Netzwerksitzungen statt.
- Es ist nicht allen Netzwerkpartnern möglich persönlich an den Netzwerksitzungen teilzunehmen. Daher sind die Aufgaben und Rollen der Akteure im Netzwerk nicht allen klar.
- Der einzelne Netzwerkpartner hat keinen Zugriff auf patientenbezogene Informationen des anderen Netzwerkpartners.
- Es fehlt ein Entlassungsmanagement im Akutkrankenhaus, das die Informationen aus dem stationären Aufenthalt bündelt.
- Der Facharzt ist bei der Entlassung in das ambulante Rehabilitationsprogramm nicht eingebunden, daher fehlt die Definition des Rehabilitationsziels.
- Die unterschiedlichen Welten der Netzwerkgruppen sind dem jeweiligen anderen fremd.
- Die Netzwerkpartner im niedergelassenen Bereich haben kaum Einblick in stationäre Abläufe.
- Ärzte, Therapeuten und Pflegeberufe im Netzwerk haben nur minimale Kontaktzeiten.

2.17.2 Maßnahmen, die zur Unterstützung der Kommunikation gesetzt werden:

- Klar strukturierte ausführliche Protokolle werden möglichst unmittelbar nach der Netzwerksitzung an alle Mitglieder als E-Mail versandt.
- In gruppenbezogenen Einzelsitzungen für Therapeuten und Koordinatoren werden spezifische Probleme angesprochen und bearbeitet.
- Die Patientenmappe dient als Kommunikationsplattform für Netzwerkpartner.
 - *Eine konsequente Führung der Patientenmappe ist für den interdisziplinären Austausch sehr wichtig – Rückmeldungen seitens des HA sind sehr wichtig als Feedback ins Netzwerk (HA reflektiert mit Pat. seine Wünsche mit u.U. entsprechenden Anforderungen ans Netzwerk aufgrund der aktuellen IST-Situation).*
- Das Entlassungsmanagement des Akutkrankenhauses ist aktiv in das Netzwerk integriert.
- Der Facharzt wird in den Entlassungsprozess des Krankenhauses integriert.
- Die gegenseitige Wertschätzung ist oberstes Prinzip in der Diskussionsführung.

- In moderierten Netzwerksitzungen wird der offene Dialog unterstützt.
- Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen ermöglichen ein sich Kennenlernen.
- Handlungsräumen und Hierarchien werden bewusst Beachtung geschenkt.
- In der Organisationskultur des Netzwerkes ist festgehalten: *„Ein Netzwerk ist nur so stark wie jeder einzelne Knoten. Das Ergebnis der Behandlung ist der Erfolg aller Beteiligten. Im Netzwerk kommunizieren wir offen miteinander und sprechen Konflikte an“*.

2.17.3 Faktoren, welche die Motivation beeinflussen:

- In der Zusammensetzung des Netzwerkes kann ein Motivationsgefälle zwischen den Partnern bestehen. Nur die Teilnahme der Therapeuten erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Teilnahme der Koordinatoren und der Hausärzte wurde vom Konzept vorgegeben.
- Der konkrete Nutzen der Zusammenarbeit ist für viele unklar.
- Es wird befürchtet, dass der Arbeit für das Netzwerk zu wenig Wertschätzung entgegengebracht wird.
- Aus Erfahrungen in der Vergangenheit kann eingeschränktes Vertrauen zwischen den Netzwerkpartnern herrschen.
- Erfolge der Zusammenarbeit sind nicht unmittelbar sichtbar.

2.17.4 Maßnahmen zur Unterstützung der Motivation

- Durch die alltägliche Arbeit erkennen die Mitglieder des Netzwerkes, dass sie von der Wissensvermehrung und Sensibilisierung durch den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Disziplinen profitieren.
- Die Bündelung der Kompetenzen der Netzwerkpartner und die größere Beständigkeit eines strukturierten Systems erleichtern den Umgang mit dem Patienten.
- Der Einzelne erfährt durch das abgestimmte Vorgehen, dass seine Effektivität gesteigert wird.
- Die Organisation gemeinsamer Fortbildungen, Vorträgen etc. ist für den Einzelnen kostengünstiger.
- Die eingegangenen Verträge bieten eine finanzielle Absicherung.

- Durch positives Feedback, Dokumentation, Berichterstattung, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit werden die verschiedenen Gruppen von der Sinnhaftigkeit der Zusammenarbeit überzeugt.
- Durch Aufzeigen von bereits Erreichtem wird die Win-Win-Situation herausgearbeitet.
- Aufgaben, Zuständigkeiten und Zielsetzungen des Projektes sind klar definiert und werden in den Netzwerksitzungen bezüglich ihrer Aktualität regelmäßig diskutiert.
- Über das Netzwerk haben die Partner Zugang zu Entscheidungsträgern und damit Einfluss auf die Gestaltung des Systems.

2.17.5 Der Faktor zu wenig Zeit:

- Aus der Ist - Analyse in der Konzepterstellung wurde deutlich, dass den Netzwerkpartnern unterschiedliche Zeitressourcen zur Verfügung stehen.
- Die wirtschaftlich vorgegebenen Geschwindigkeiten in den Arbeitsprozessen von Hausärzten und Therapeuten macht die Übernahme von zusätzlichen Aufgaben oft nicht möglich.
- Das sich Kennenlernen und der Aufbau des Netzwerks braucht Zeit.

2.17.6 Maßnahmen zur Beeinflussung des Zeitfaktors

- Ein Koordinator unterstützt die Berufsgruppe der Therapeuten und Ärzte und ermöglicht dadurch die Umsetzung des Konzeptes.
- Die Anzahl der Netzwerktreffen ist auf das notwendige Maß zu beschränken.
- Die Netzwerktreffen sind gut vorbereitet und strukturiert. Der Moderator hat die Aufgabe ein gemeinsam getragenes, für alle Teilnehmer akzeptables Ergebnis zu erzielen.

3 ANHANG

- Patientenaufklärungen Land / TGKK / SVA / SVB / BVA / VAEB/KUF
- Patientenmappe – Information
- Patientenfragebogen
- Pflichtenheft Entlassungsmanagement des Entlassungskrankenhauses
- Anleitung zum webbasierten Portal „Stationäre Anmeldung am LKH Hochzirl“
- Formular Neurologische Rehabilitation Schlaganfall
- Erinnerung Eingangs- und Ausgangstest
- Prozessbeschreibung: Therapieverordnung Ambulante Reha
- Pflichtenheft Koordinator (Dokumentation)
- Pflichtenheft BEZIRKS-KOORDINATOR
- Pflichtenheft der Fachärztin/Facharztes
- Pflichtenheft der Hausärztin/des Hausarztes
- Pflichtenheft Therapie
- Überblick – Testergebnisse (Eingangs- und Ausgangstests)
- Barthelindex und erweiterter Barthelindex
- FAC: Functional Ambulation Categories
- MFAS: Motor Function Assessment Scale
- Frenchay Dysarthrie Untersuchung
- Schmerzskala
- COPM: Canadian Occupational Performance Measure



Patientenaufklärung (*)

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/ Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeiter). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten des Bezirks Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl. das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region.
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Ihnen entstehen für die Behandlung keine Kosten.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte Bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden
- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien
- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse (Krankenfürsorge) abgerechnet.

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weiter Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass dann im Falle von Heilbehandlungen Kosten für Sie anfallen können.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen stehen Ihnen in der Krankenfürsorge als Ansprechpartner zur Verfügung:

Krankenfürsorge der Tiroler Landesbeamten und Krankenfürsorge der Tiroler Landeslehrer:

Frau Sabine Hailand (s.hailand@tirol.gv.at) bzw.

Herr Harald Sammer (h.sammer@tirol.gv.at)

Krankenfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten:

Herr Christian Peterlini (c.peterlini@krankenfuersorge.cnt.at)



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Koordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(*bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades*):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „*Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel*“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/ Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeiter). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten des Bezirks Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl. das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region..
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Ihnen entstehen für die Behandlung keine Kosten.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte Bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens

- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden
- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien
- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet.

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weiter Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass dann im Falle von Heilbehandlungen Kosten für Sie anfallen können.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen stehen Ihnen in der TGKK als Ansprechpartner zur Verfügung:

Für Kufstein:

Herr Harald Osl, Kronthalerstr. 4, 6330 Kufstein
Tel: +43 (0) 59160 – 3714 e-mail: harald.osl@tgkk.at

Für Wörgl:

Frau Johanna Ringler, Poststraße 6 c, 6300 Wörgl,
Tel.: +43 (0) 59160 – 3611 e-mail: johanna.ringler@tgkk.at
oder
Herr Otto Naschberger, Poststraße 6 c, 6300 Wörgl
Tel: +43 (0) 59160 – 3610 e-mail: otto.naschberger@tgkk.at

Für Kitzbühel:

Herr Daniel Naschberger; Achenweg 16; 6370 Kitzbühel
Tel: +43 (0) 59160 – 3812 e-mail: daniel.naschberger@tgkk.at



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Kordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(*bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades*):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „*Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel*“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeiter). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl, das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region.
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Für die abgerechneten Leistungen ist von Ihnen ein Selbstbehalt zu bezahlen. Dieser beträgt grundsätzlich 20% und wird im Nachhinein von der SVA vorgeschrieben.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens
- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden

- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien
- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weitere Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Diese Kosten können jedoch nur dann direkt mit der SVA verrechnet werden, wenn der behandelnde Therapeut Vertragspartner der SVA ist.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen steht Ihnen als Ansprechpartner Ihrer Sozialversicherung zur Verfügung:

Frau Vanessa Filz
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
Klara-Pölt-Weg 1
6020 Innsbruck
T 05 08 08-7434
F 05 08 08-9849
e-mail: Vanessa.Filz@svagw.at

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Kordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/ Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeit). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten des Bezirks Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl. das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region.
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Ihnen entstehen für die Behandlung Kostenbeiträge, die sich nach den Rechtsvorschriften des für Sie zuständigen Krankenversicherungsträgers richten.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte Bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens
- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden
- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet.

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weiter Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass dann im Falle von Heilbehandlungen Kosten für Sie anfallen können.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen steht Ihnen als Ansprechpartner Ihrer Sozialversicherung zur Verfügung:

Daniela Scheiring

Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Regionalbüro Tirol
Case Management
Fritz-Konzert-Straße 5
6020 Innsbruck

Tel.: 0512/ 52067- 6516

Fax: 0512/ 52067- 6500

Email: daniela.scheiring@svb.at



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Kordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(*bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades*):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „*Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel*“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____



Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/ Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeiter). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl. das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region.
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Ihnen entstehen für die Behandlung keine Kosten.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte Bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens
- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden
- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien
- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet.

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weiter Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass dann im Falle von Heilbehandlungen Kosten für Sie anfallen können.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen stehen Ihnen in der BVA als Ansprechpartner zur Verfügung:

Telefonisch:

Frau Beate Wieser: 050405-28519

E-Mail: innsbruck.cm@bva.at



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Koordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(*bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades*):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „*Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel*“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Wichtige Informationen für Patienten des Bezirks über das „Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel“

Diese Patienteninformation informiert Schlaganfallpatienten der Bezirke Kufstein und Kitzbühel über die „Ambulante Rehabilitation im Rahmen des Integrierten Patientenpfades/ Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie die Hinweise genau durch – vielen Dank!

Wenn es zu einem Schlaganfall gekommen ist, ist nicht nur die Akuttherapie entscheidend. Sobald sich der Patient nach einem Schlaganfall stabilisiert hat, wird möglichst früh mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Ziel ist es, Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und die früheren Fähigkeiten, soweit als möglich wieder herzustellen. Diese Maßnahmen beginnen in der Regel bereits am ersten Tag im Krankenhaus und müssen oft auch noch nach der Entlassung weitergeführt werden. Bei schweren Schlaganfällen schließt sich an den Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in einem speziell hierfür eingerichteten Rehabilitationszentrum an. Sind die Folgen eines Schlaganfalls weniger stark ausgeprägt oder bevorzugt der Patient eine wohnortnahe Rehabilitation, besteht in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel die Möglichkeit, sich im Rahmen des Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel betreuen zu lassen.

In der ambulanten Rehabilitation arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen innerhalb eines speziellen therapeutischen Teams zusammen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder sind vielfach überlappend. Die Kernaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen können wie folgt beschrieben werden. Die Physiotherapie ist für die Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen zuständig. Die Ergotherapie kümmert sich um Diagnostik und Therapie von Störungen im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und die Ausstattung mit notwendigen Hilfsmitteln. Die Logopädie führt die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Hauskrankenpflege hilft bei der Übertragung der therapeutischen Konzepte in den Alltag und der Hausarzt ist für die medizinische Behandlung zuständig.

Was ist eine ambulante Rehabilitation im Schlaganfallnetzwerk Kufstein und Kitzbühel?

Ziel des ambulanten Rehabilitationskonzeptes ist die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche:

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- Um dem Patienten eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können, braucht es die enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation nach einem Schlaganfall beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt, Facharzt, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeiter). Der Tiroler Gesundheitsfonds hat auf Initiative des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse sowie der Sonderversicherungsträger mit den Hausärzten und Therapeuten des Bezirks Kufstein und Kitzbühel ein Behandlungsnetzwerk zur ambulanten Rehabilitation von akuten Schlaganfallpatienten gegründet.
- Kooperationspartner im Netzwerk sind die Hausärzte und die niedergelassenen Neurologen, die Sozialsprengel und Pflegeheime, die Krankenhäuser Kufstein, St.Johann, Univ. Klinik Innsbruck, Hochzirl. das REHA Münster sowie ausgewählte niedergelassene Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden der Region..
- Vor Entlassung aus der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte gemeinsam mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation und kontaktieren im Anschluss daran das Netzwerk Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel. Dieses wird von dem Schlaganfallkoordinator des Sozialsprengels organisiert, der auch die notwendigen Therapietermine plant und regelmäßig mit allen an der Behandlung Beteiligten abstimmt.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

In Ihrem konkreten Fall wurde vor Entlassung aus dem (Akut-) Krankenhaus durch den dort tätigen Facharzt für Neurologie ein klares Rehabilitationsziel beschrieben. Ihr persönliches Behandlungsteam des Schlaganfallnetzwerkes wird nun versuchen, dieses Ziel gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Wochen zu erreichen. Hierfür steht dem Team ein von Ihrer Sozialversicherung definiertes Kontingent an Behandlungseinheiten für ihre ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Ihnen entstehen für die Behandlung keine Kosten.

Ihre Behandlung erfolgt aus einem Guss! Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Sorgen und leitet alle notwendigen medizinischen Maßnahmen ein. Er/Sie ist somit über alle Befunde und insbesondere über die verordneten Therapien und Ihre Therapiefortschritte informiert. Eine kontinuierliche Behandlung ist damit gesichert. Die aufwändige Koordination aller Termine wird für Sie vom Netzwerk übernommen. Am Beginn Ihrer Behandlung wird Ihnen eine Patientenmappe ausgehändigt, diese sollten sie immer mit sich führen, wenn sie einen Partner des Netzwerkes aufsuchen, damit alle an Ihrer Behandlung beteiligten Mitglieder über Ihre Behandlung und deren Fortschritte Bescheid wissen.

Ihre Vorteile im Einzelnen:

- ✓ Betreuung und Begleitung durch den Hausarzt Ihres Vertrauens
- ✓ Koordinierung und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch den Schlaganfallkoordinator Ihres Sozialsprengels/Pflegeheimes
- ✓ Alle Spezialisten arbeiten zu Ihrem Wohl zusammen, sind über Ihre spezielle Krankheitssituation informiert und tauschen sich gegenseitig aus
- ✓ Die Mitarbeiter des Schlaganfallnetzwerkes versuchen gemeinsam den bestmöglichen Weg für eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation zu finden
- ✓ Behandlung nach aktuellen qualitätsgesicherten standardisierten Kriterien

* Alle in diesem Dokument angeführten Berufs- und Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu betrachten.

- ✓ Kompakte, intensive Therapie für einen überschaubaren Zeitraum

Teilnahme:

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist,

- dass Sie einen akuten Schlaganfall erlitten haben,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Rehabilitationsprogramm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Ihre Teilnahme an diesem ambulanten Rehabilitationsprogramm ist freiwillig. Die Kosten der verordneten Therapien werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet.

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Wir bitten um Verständnis, dass nach Ausschöpfung des ambulanten Rehabilitationskontingentes keine weiteren Therapien im Rahmen der ambulanten Rehabilitation übernommen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ihres Behandlungsteams ist nach Ausschöpfung des Kontingentes ebenfalls beendet.

Im Anschluss an die pfadgeleitete ambulante Rehabilitation können von Ihnen aber weiter Therapien im Rahmen einer Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Hiefür muss Ihr Hausarzt in gewohnter Weise einen Antrag an Ihren Versicherungsträger stellen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass dann im Falle von Heilbehandlungen Kosten für Sie anfallen können.

Dokumentation und Datenschutz:

Das ambulante Rehabilitationsprogramm hat das Ziel, die Folgen Ihres Schlaganfalls zu beseitigen oder zu vermindern und damit die aktive Beteiligung an einem sozialen Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, müssen die Netzwerkmitglieder schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Gesundheitszustand, ihr Rehabilitationsziel und ihren Rehabilitationsplan werden deshalb schnellstmöglich, meist noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, an ihren Hausarzt und den Schlaganfallkoordinator weitergeleitet, um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Dieser wird sich dann mit dem Schlaganfallkoordinator ihres Sprengels/des Pflegeheimes in Verbindung setzen und die notwendige Planung vornehmen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine Erfassung ihrer persönlichen Daten und Befunde zur Evaluation und Qualitätssicherung notwendig.

Für weitere Fragen und Informationen steht Ihnen als Ansprechpartner Ihrer Sozialversicherung zur Verfügung:

Versicherungsanstalt für
Eisenbahnen und Bergbau
Sandra Parth
Casemanagerin
Südtiroler Platz 3, 6020 Innsbruck
Tel.: 050 2350 36802
Fax: 050 2350 76800
e-mail: sandra.parth@vaeb.at



Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Sprenkel (Koordinator):

Hausärztin/Hausarzt:

Zeitpunkt des Schlaganfalls:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

Unterzeichnender Angehöriger
(*bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades*):

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und möchte am ambulanten Rehabilitationsprogramm des „*Netzwerks Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel*“ teilnehmen.

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Therapieplanung sowie der Evaluation und Qualitätssicherung ausgetauscht werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Angehörigen: _____

Ambulante Rehabilitation bei akutem Schlaganfall

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient des Netzwerkes Schlaganfall Kufstein und Kitzbühel:

Diese Patientenmappe wurde Ihnen vom Netzwerk Schlaganfall als wichtiger Baustein einer optimierten Betreuung während ihrer ambulanten Rehabilitation vorbereitet.

Sie soll wichtige Informationen Ihrer Krankengeschichte und die notwendigen Befunde und Berichte des Krankenhauses, ihres Hausarztes, ihrer Therapeuten und ihres Facharztes beinhalten. Diese Mappe soll die Zusammenarbeit Ihres Betreuungsteams verbessern helfen.

Ihre Vorteile sind:

1. Zeitersparnis

Untersuchungen müssen nicht doppelt durchgeführt werden. Die Mitglieder Ihres Behandlungsteams wissen über die Aktivitäten der anderen Mitglieder Bescheid. Sorgen Sie daher immer dafür, dass alle Untersuchungen und Berichte in Ihre Patientenmappe eingeklebt sind.

2. Individuelle Betreuung

Wenn es z.B. im Notfall schnell gehen muss, vergisst man manchmal Wichtiges. Mit der Patientenmappe weiß der Arzt/die Ärztin und ihre Therapeuten alles Wichtige über Sie und ihrer Vorgeschichte und treffen die richtige Entscheidung.

3. Sicherheit für Sie

Sie können auch selber immer wieder nachsehen, wie sich Ihre Befunde ändern, ob noch Untersuchungen ausstehen oder Termine eingehalten werden müssen.

- Nehmen Sie deshalb die Patientenmappe zu jedem Arzt- oder Therapeutenbesuch oder einem möglichen Krankenhausaufenthalt mit und achten Sie darauf, dass es immer auf dem aktuellen Stand gehalten wird.
- Denken Sie daran, diese Mappe nicht aus der Hand zu geben und sie immer wieder mitzunehmen.
- Insbesondere möchten wir Sie auch noch auf den Kontrolltermin beim Neurologen, nach 3-monatigem Therapieverlauf hinweisen. Dieser Termin sollte bereits im Terminkalender Ihrer Patientenmappe fix eingetragen sein!

Unsere Vorteile sind:

Beurteilung der angebotenen Leistungen durch das Team und daher Möglichkeit der Verbesserung des bestehenden Angebotes.

Es erfolgt eine Analyse spezieller Inhalte der Mappe wie Therapiebeginn, Anzahl der Therapien, angebotene Therapieformen etc. durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des Tiroler Gesundheitsfonds und der TGKK. Die Auswertung erfolgt in anonymisierter Form, d.h. Ihr Name scheint somit nicht auf.



„Integrierter Patientenpfad/ Behandlungspfad Schlaganfall“

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben in den vergangenen Wochen eine ambulante Rehabilitation nach Schlaganfall in Ihrem Bezirk erhalten. Der Tiroler Gesundheitsfonds möchte wissen wie sie mit diesem Versorgungsangebot in Ihrem Wohnbezirk zufrieden waren. Mit der Beantwortung dieses Fragebogens geben Sie uns auch die Möglichkeit die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern.

Die Befragung erfolgt anonym, es sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.

Bitte stecken sie den Fragebogen in einen Umschlag und geben sie ihn bei Ihrem Schlaganfallkoordinator in der Pflegeberatung Außerfern ab oder senden sie ihn an:

Amt der Tiroler Landesregierung
Tiroler Gesundheitsfonds
Frau Gerlinde Häfele
Eduard-Wallnöfer-Platz 3
A 6020 Innsbruck

Ort und Datum: _____

1. Von wem wurden Sie über die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation im Bezirk informiert?

- Bereits im Krankenhaus, vor der Entlassung
- Von meinem Hausarzt
- Von meinem Sprengel/Altenheimkoordinator
- Andere

2. Fühlten Sie sich über Ihre ambulante Reha ausreichend informiert?

- Ja
- Nein

Wenn nein, welche Informationen fehlten Ihnen?

.....
.....

3. Wann hat die ambulante Therapie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen?

- Innerhalb 1 Woche
- Innerhalb 2 Wochen
- Länger als 2 Wochen

4. Wie zufrieden waren sie mit der Organisation ihrer ambulanten Rehabilitation?

- Sehr zufrieden
- zufrieden
- wenig zufrieden
- nicht zufrieden

5. Welche Therapien haben Sie in Anspruch genommen?

- PhysiotherapeutIn
- ErgotherapeutIn
- Logopädin

6. Wie zufrieden waren sie mit den angebotenen Therapiemaßnahmen?

- Sehr zufrieden
- zufrieden
- wenig zufrieden
- nicht zufrieden, weil (kurze Begründung):.....

.....

7. Welche Therapien erfolgten durch Hausbesuche?

- PhysiotherapeutIn
- ErgotherapeutIn
- Logopädin

8. Wo lagen aus Ihrer Sicht die THERAPEUTISCHEN Vorteile des Hausbesuches?

.....

.....

9. Haben Sie die Betreuung durch die Hauskrankenpflege benötigt?

- Nein
- Ja
Wenn ja, wie zufrieden waren sie mit den angebotenen/umgesetzten Pflegemaßnahmen?
 - Sehr zufrieden
 - zufrieden
 - wenig zufrieden
 - nicht zufrieden

10. Waren die für Sie die notwendigen Pflegehilfsmittel im Bezirk erhältlich?

- Ja
- Nein

Wenn nein, welche Artikel waren nicht erhältlich?

.....

.....

11. Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe



PFLICHTENHEFT ENTLASSUNGSMANAGEMENT DES ENTLASSUNGSKRANKENHAUSES

- Sie/Er übergibt der/dem Patientin/Patient die Patientenaufklärung zur Unterschrift und hinterlegt eine unterschriebene Kopie in der Krankenhausakte.
- Sie/Er übermittelt die unterschriebene Patientenaufklärung mit den weiteren Befunden an den Koordinator.
- Sie/Er stellt eine Patientenmappe entsprechend der Checkliste (siehe Anhang) zusammen und übergibt diese der/dem Patientin/Patienten.
- Sie/Er informiert die/den entsprechende(n) Koordinator(in) im Sprengel und den Bezirkskoordinator über die bevorstehende Entlassung der/des Patientin/Patienten.
- Sie/Er übermittelt die Therapieverordnung an die/den Sprengel-Koordinator(in).

Checkliste Entlassungsmanagement

"Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall"

„Ambulante Rehabilitation Bezirke Kufstein und Kitzbühel“

Patientenetikette

Ansprechperson:

Telefon:

- Patienteninformation (Kordinator)
 - Arztbrief (Hausarzt)
 - Facharztbefund mit Rehabilitationsziel (Facharzt)
 - Pflegebericht (Hauskrankenpflege)
 - Therapiebericht und abschließendes Scoring (Therapie)
 - Therapieverordnung (Therapie)
 - Dokumentation über Verlauf, bisherige Aktivitäten und Organisationsstand (Kordinator)
-

Sehr geehrte Damen und Herrn

Im Rahmen des Projektes „Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol wurde von der Abteilung Informationstechnologie der TILAK ein Konzept zur elektronischen Anmeldung von PatientInnen im Krankenhaus Hochzirl erarbeitet und im Rahmen eines Pilotversuches für ein Jahr am LKI getestet.

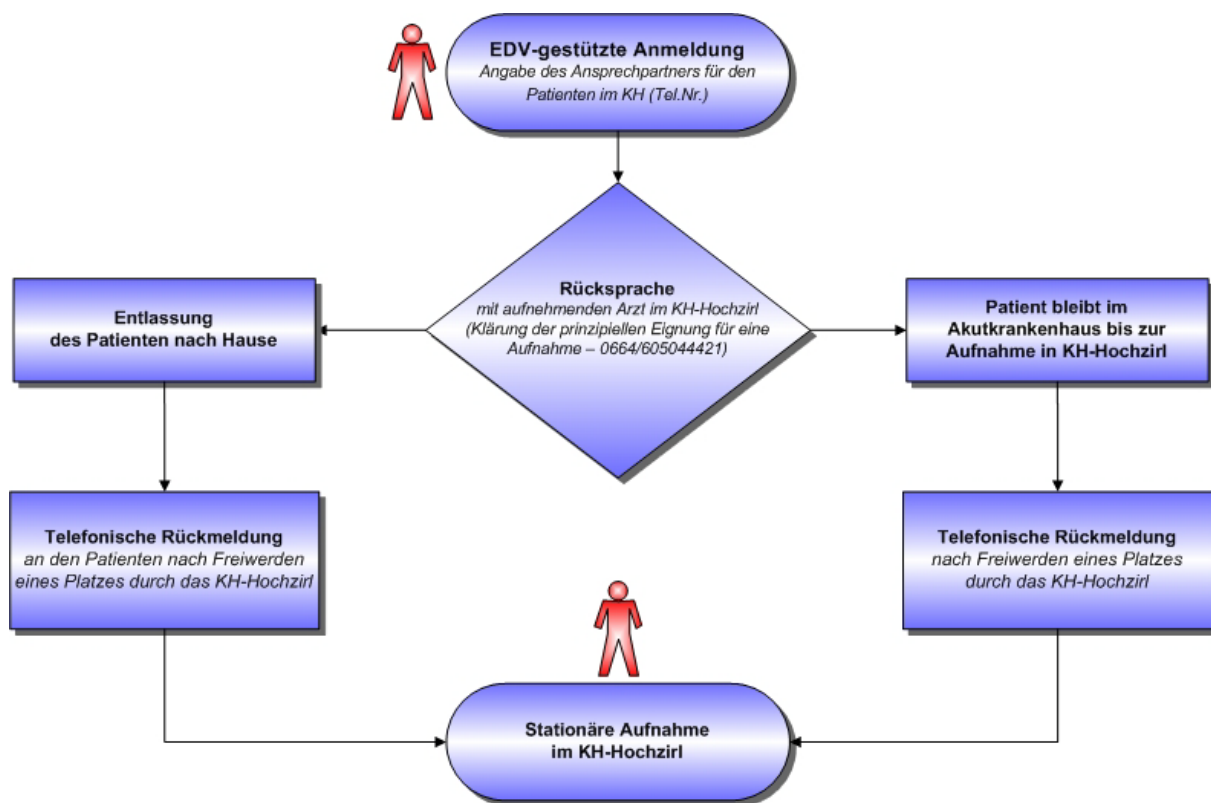
Nach der Ausrollung am LKH Innsbruck steht die „elektronische Anmeldung Hochzirl“ nun auch für andere Krankenhäuser und für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung.

Für den Login der zuweisenden Ärzte wurde die eVGA-Abfrage eingebunden, dies erspart den Zuweisern die Erfassung ihrer wichtigsten Stammdaten. Die Patientendaten sind anschließend manuell zu erfassen. Eine automatische Übernahme über das Gesundheitsnetz Tirol-GNT oder über eine SVC-Abfrage wurde geprüft, ist derzeit aber technisch noch nicht möglich.

Eine Anleitung zur Bedienung des Programms ist angefügt.

Prozessbeschreibung:

Vorgehen bei der Patientenanmeldung an der neurologischen Abteilung in Hochzirl



Anleitung zum webbasierten Portal „Stationäre Anmeldung am LKH-Hochzirl“

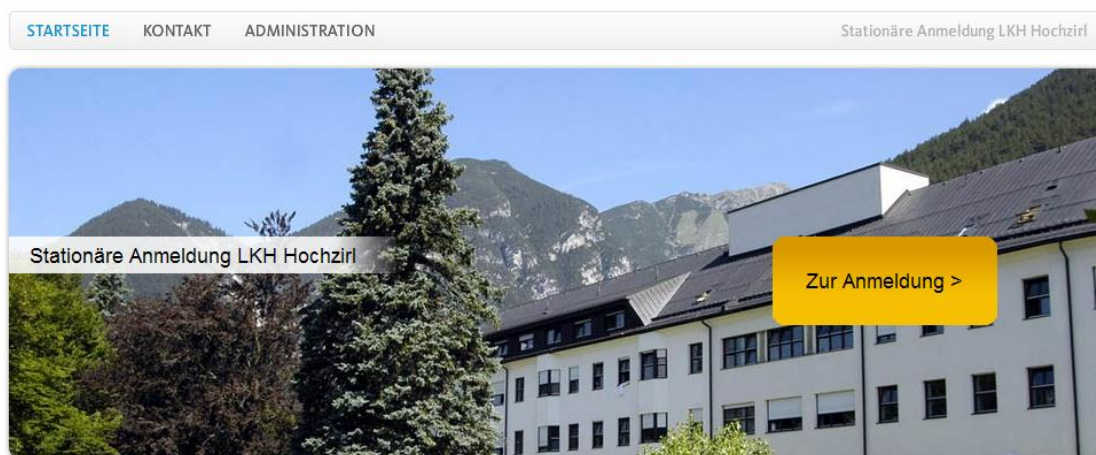
Anmeldungen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind nun auch über das Internet möglich. Über die Homepage des LKH Hochzirl und dort unter „Information für zuweisende Ärzte“ kommt man zur



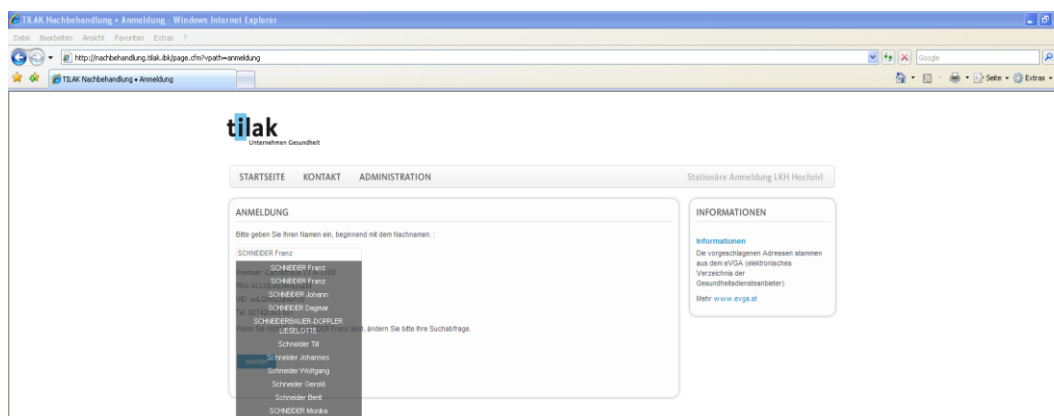
bzw. mit diesem Link direkt dorthin:

http://tilak.at/page.cfm?vpath=krankenhaeuser/lkh_hochzirl/information_fuer_zuweisende_aerzte

Die Anmeldeseite sieht so aus und mit „Zur Anmeldung >“ kommt man weiter.



Auf der nächsten Seite gibt der Zuweiser seinen Namen ein. Bei häufigen Namen (Huber, usw.) ist auch der Vorname bzw. die ersten Buchstaben des Vornamens einzugeben, um das Suchergebnis einzuschränken.



Sollten dem eVGA bestimmte Kontaktdaten des Zuweisers nicht bekannt sein erscheint ein weiteres Fenster. Diese Felder sind ebenfalls Pflichtfelder.

BITTE ERGÄNZEN SIE IHRE KONTAKTDATEN

Telefonnummer:

Krankenhaus/Abteilung/Station bzw. Adresse Ordination:

Landsee 73
A-7341
Markt St. Martin

weiter

Ansonsten erfolgt als nächstes die Auswahl des gewünschten Formulars :

Der Zuweiser entscheidet sich für die gewünschte Abteilung Neurologie oder Interne Medizin/Geriatrie. Das Anmeldeformular öffnet sich.

Danach sind die Patientendaten zu erfassen:

PATIENT

Bitte geben Sie die Patientendaten ein

Geschl

Titel

Vorname

Nachname

Gebdat

SVNr

speichern

INFORMATION

Sie sind angemeldet als

MICHAEL HUBER

abmelden

ABTEILUNG

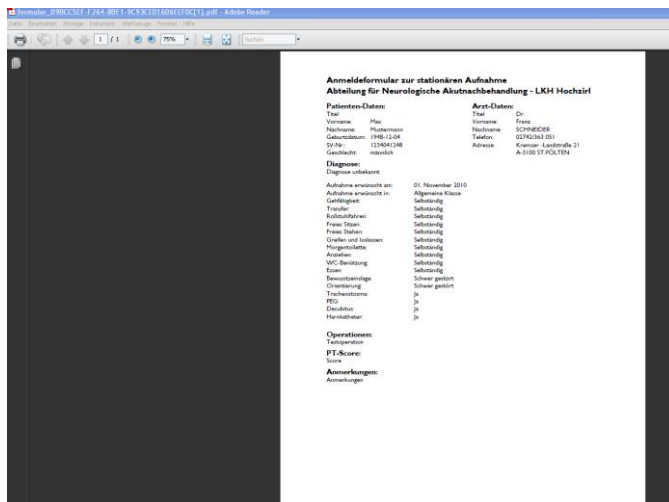
Sie haben folgende Abteilung gewählt:
Innere Medizin

Im Anschluss sind die Formulare auszufüllen.

Das Feld Diagnose sowie alle Auswahlfelder sind Pflichtfelder.

Am Ende der Seite kann der Zuweiser eine E-Mailadresse für die Sendebestätigung eingeben. Mit „Speichern“ wird das Formular abgeschickt.

Auf der nächsten Seite kann sich der Zuweiser das Anmeldeformular ausdrucken bzw. als pdf-File speichern und sich anschließend korrekt abmelden.



Hat der Zuweiser eine E-Mailadresse erfasst erhält er nun eine Sendebestätigung an diese Mail-Adresse.

Neurologische Rehabilitation Schlaganfall



Familiennamen(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient

Tag Monat Jahr

Anschrift

Diagnose(n) und Datum des Akutereignisses:

Entlassung aus dem Krankenhaus:

| <u>vorgeschlagene Therapieziel(e):</u> | <u>Scores der Eingangs- und Ausgangstests</u> <small>Eintrag muss bei Endabrechnung der amb. Reha vorhanden sein</small> | |
|--|---|-----------------------------|
| | Score-Eingangstest | Score-Ausgangstest |
| Physiotherapie | Physiotherapie: Anm. | Physiotherapie: Anm. |
| Ergotherapie | Ergotherapie: Anm. | Ergotherapie: Anm. |
| Logopädie | Logopädie: Anm. | Logopädie: Anm. |

| Neurologische Rehabilitation (Netzwerk Schlaganfall Reutte) | Anzahl der verordneten Therapien |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dipl. Physiotherapeut(in) | |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Ergotherapeut(in) | |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Logopäde(in) | |
| <input type="checkbox"/> Hausbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Verlängerung | |

Vertragspartnernummer:

Datum Stempel und Unterschrift (Arzt/Therapeut)

| Bewilligung der Kassendienststelle: | Bewilligung des ärztlichen Dienstes: |
|--|--|
| Datum Stempel und Unterschrift | Datum Stempel und Unterschrift |

Jede einzelne Behandlung muss vom Versicherten (Angehörigen) nach ihrer Verabreichung durch Unterschrift bestätigt werden. VOR- und NACHBESTÄTIGUNGEN sind nicht statthaft!

| | Datum | Leistungsart | Behandlungs- dauer | Unterschrift d. Patienten |
|----|-------|--------------|-----------------------|---------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| | | | |
|----------------------------------|--------------|-----------------------|--|
| Erbrachte Leistungen: | | | Vom Vertragspartner auszufüllen Name der(s) Behandler(s): |
| Anzahl | Leistungsart | Behandlungs- dauer | Kosten laut Tarif ohne MWSt. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | EURO: _____ |
| Unterschrift der(s) Behandler(s) | | | Unterschrift und Stempel des Vertragspartners |



ERINNERUNG

EINGANGS- UND AUSGANGSTEST

Sehr geehrte Therapeutin,
Sehr geehrter Therapeut

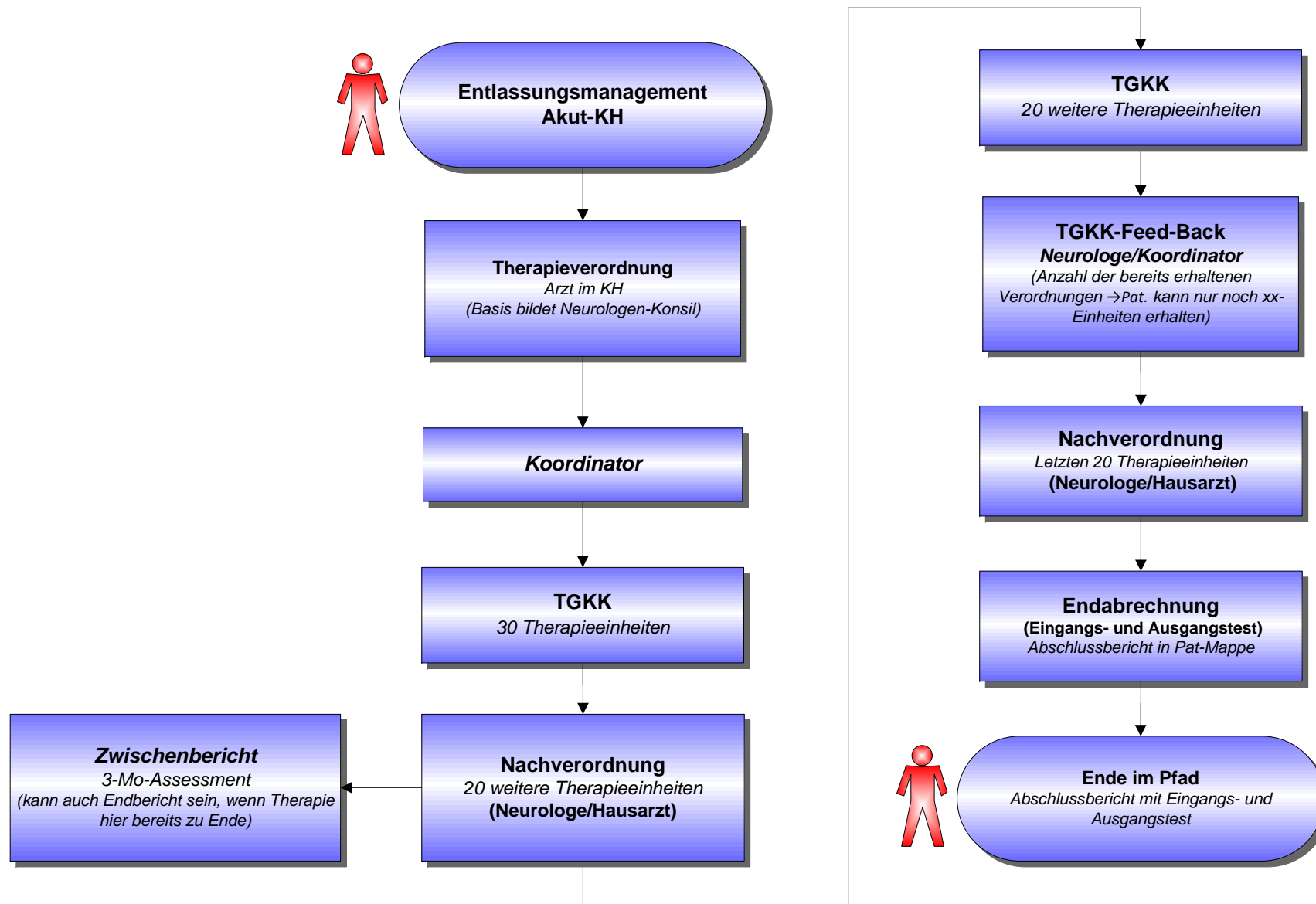
Mit diesem Schreiben möchten wir Sie höflichst daran erinnern, dass es unbedingt erforderlich ist, gemeinsam mit der Einreichung Ihrer Therapie-Endabrechnung im Rahmen der ambulanten REHA im Netzwerk Schlaganfall, die **Eingangs- und Ausgangstests auf der Verordnung einzutragen.**

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Bemühungen und Unterstützung zur raschen Erledigung Ihrer Rechnungslegung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre TGKK

Prozessbeschreibung: Therapieverordnung Ambulante-REHA



PFLICHTENHEFT KOORDINATOR (DOKUMENTATION)

- Sie/Er wird vom Facharzt über die bevorstehende Entlassung der Patientin/des Patienten in Kenntnis gesetzt.
- Sie/Er erhält die Therapieverordnung vom Entlassungskrankenhaus bzw. in weiterer Folge von der Hausärztin/vom Hausarzt (Ablage einer Kopie davon in die Patientenmappe) und leitet dies an den SV weiter. Gegebenenfalls Kontaktaufnahme mit dem entsprechenden Case-Manager (Selbstbehalt bei SVA, SVB)
- Sie/Er legt die Patientenmappe und die Unterlagen aus dem KH an, in dem die unterschriebene Patienteninformation und eine Kopie der Verordnung hinterlegt werden.
- Sie/Er sendet (E-Mail) das vollständig ausgefüllte "Stammblatt" dem Bezirkskoordinator.
- Sie/Er vereinbart schon am Beginn der Therapie den Termin des 3-Monatsassessments mit der Fachärztin/dem Facharzt und vermerkt diesen im Patientenakt.
- Sie/Er teilt der Hausärztin/dem Hausarzt und der Patientin/dem Patienten den Termin des 3-Monatsassessments mit.
- Sie/Er nimmt Kontakt mit den, dem Sprengel zugeordneten TherapeutInnen auf und erstellt einen Therapieplan für die vorgeschriebenen Therapieeinheiten.
- Sie/Er hinterlegt den Therapieplan in der Patientenmappe.
- Sie/Er steht in ständigem Kontakt mit der Patientin/dem Patienten und den behandelnden Berufsgruppen zur Bearbeitung von auftretenden Schwierigkeiten und dokumentiert diese auf einem in der Patientenmappe hinterlegten Freitextblatt.
- Sie/Er unterstützt den Patienten in organisatorischen Fragen und informiert über mögliche Hilfeleistungen.
- Sie/Er nimmt vor dem Ende des ersten Therapieblocks Kontakt mit den TherapeutInnen und der Hausärztin/dem Hausarzt auf, und bestimmt mit ihnen das weitere Procedere
 - **Möglichkeit A:** der Patient benötigt keine weitere Therapie, dieser Umstand wird im Akt vermerkt, Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient werden an den Termin des 3-Monatsassessments erinnert
 - **Möglichkeit B:** die Patientin/der Patient benötigt weitere Therapien und befindet sich im Rahmen der bewilligten 70 Therapieeinheiten: die Hausärztin/der Hausarzt oder die Fachärztin/der Facharzt erstellt eine neue Verordnung und leitet diese an die Kasse weiter, die/der Koordinator(in) vereinbart den

Therapieplan und dokumentiert diese in der Patientenmappe. Die Verordnung für die letzten 20 Therapieeinheiten des gesamte RHEA-Blockes wird durch den Facharzt erstellt

- Am Ende der ambulanten REHA:
 - Sie/Er füllt das Erhebungsblatt komplett aus und leitet dieses an den Bezirkskoordinator weiter.
 - Sie/Er übergibt nach Abschluss der REHA patientenbezogene Unterlagen dem Patienten, die leer Mappe kann, wenn sie sich in einem guten Zustand befindet, für den nächsten Patienten verwendet werden.



PFLICHTENHEFT BEZIRKS-KOORDINATOR

Sie/Er ist

- als Netzwerkkoordinator für den Bezirk das Bindeglied zwischen der Gesamtleitung des Netzwerkes und den Netzwerkpartnern im Bezirk.
- der Projektleitung direkt unterstellt, seine/ihre sämtlichen Tätigkeiten erfolgen in Abstimmung mit dem TGF.
- nimmt Anfragen, Anregungen, Verbesserungsvorschläge, Beschwerden etc. der Netzwerkpartner und Patienten zur Bearbeitung entgegen.
- informiert laufend über Änderungen und Stand des Projektes.
- nimmt die Meldungen der Koordinatoren über die im Pfad behandelten PatientInnen entgegen und führt eine begleitende Dokumentation der behandelten PatientInnen.
- organisiert bei aktuellen Anlässen aber mindestens einmal pro Quartal ein Netzwerktreffen mit den Netzwerkpartnern des Bezirkes.
- ist für die Protokollführung und Zusendung an die Netzwerkpartner, dem TGF und der Sozialversicherung spätestens mit der Einladung zur nächsten Sitzung zuständig.
- organisiert im Rahmen der budgetären Mittel Fortbildungsveranstaltungen für die NetzwerkpartnerInnen.
- hilft mit bei der Akquisition neuer NetzwerkpartnerInnen und die Zuerkennung eines Vertrages mit der Sozialversicherung.
- hilft mit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk und den bestehenden Teamgeist zu fördern und weiter zu entwickeln.
- ist Ansprechpartner bei organisatorischen und kommunikativen (zwischenmenschlichen) Problemen und sorgt für die personelle Stabilität des Netzwerks.



PFLICHTENHEFT DER FACHÄRZTIN/DES FACHARZTES

- Sie/Er beteiligt sich am interdisziplinären Austausch, steht für fachlich neurologische Rückfragen zur Verfügung und beteiligt sich an etwaigen interdisziplinären Patientenbesprechungen mit den Therapeuten.
- Sie/Er führt das 3-Monats-Assessment durch und legt das weitere rehabilitative Procedere fest (Arztbrief an den Koordinator zur Ablage in der Patientenmappe).
- Das 3-Monatsassessment inkludiert die Durchführung der mRS - Modified Ranking Scale (d.h. durchgängige Durchführung der mRS im 3-Monatsassessment).
- Sie/Er nimmt an den regelmäßigen Netzwerktreffen teil
- Sie/er erstellt die Therapie-Verordnung für die letzten 20 Sitzungen im Rahmen der ambulanten REHA



PFLICHTENHEFT DER HAUSÄRZTIN/DES HAUSARZTES

- Sie/Er wird vom Entlassungsmanagement des behandelnden Krankenhauses von der bevorstehenden Entlassung der Patientin/des Patienten verständigt (Zugang des Arztbriefes vom Entlassungskrankenhaus). Sie/Er erhält eine Kopie der Therapieverordnung.
- Sie/Er beteiligt sich am Interdisziplinären Austausch (regelmäßige Netzwerktreffen, Kommunikationsplattform in der Patientenmappe).
- Sie/Er kann die zweite Therapieverordnung im Rahmen der ambulanten REHA ausstellen.
- Sie/Er ist für die Sekundärprävention des Krankheitsbildes Schlaganfall zuständig.



PFLICHTENHEFT THERAPIE

- Er/Sie erhält Verordnung der Therapie. Die erste Verordnung muss lt. Vertrag von einer Krankenanstalt ausgestellt sein. Die zweite Verordnung kann vom HA oder FA ausgestellt werden. Die dritte Verordnung wird vom FA ausgestellt.
- Es müssen alle Verordnungen der jeweiligen SV zur Bewilligung vorgelegt werden. Für die Verordnung ist der dafür vorgegebene Verordnungsschein – „*Neurologische Rehabilitation Schlaganfall*“ des Schlaganfallpfades zu verwenden. Auf der Rückseite dieser Verordnung müssen die erfolgten Behandlungen eingetragen und vom Patienten oder Angehörigen unterschrieben werden.
- Er/Sie vereinbart die Termine der Therapieeinheiten mit dem Patienten bzw. den Angehörigen und trägt diese im Kalender der Patientenmappe ein.
- Er/Sie führt zu Beginn und am Ende der ambulanten Rehabilitation die empfohlenen standardisierten Tests durch und dokumentiert diese in der Patientenmappe. Die Ergebnisse der Eingangs- und Ausganstests müssen auf dem Verordnungsschein dokumentiert werden.
- Er/Sie nimmt an den Netzwerktreffen und bei Interesse auch an den fachspezifischen Arbeitskreisen des Netzwerkes teil. Interdisziplinärer Austausch ist auch per Telefon oder Mail möglich!
- Nach insgesamt (ET, PT und LP) 30 Einheiten muss ein Zwischenbericht geschrieben werden, der auch an die SV weitergeleitet wird, damit neue Einheiten genehmigt werden.
- Er/Sie muss den FA-Termin für das 3-Monatsassessment beachten und die Therapieberichte in der Mappe ablegen. Auch wenn der Block noch nicht abgeschlossen ist, muss ein Zwischenbericht in der Mappe vorhanden sein.
- Er/Sie teilt dem Koordinator mit, wenn eine Tätigkeit im Rahmen des „Netzwerk Schlaganfall“ nicht mehr erfüllt werden kann.
- Die Rechnungen ergehen direkt an die jeweilige SV. Im Falle der Abrechnung mit der TGKK müssen die Rechnungen auch elektronisch übermittelt werden.

Barthelindex und erweiterter Barthelindex

Patient:

Beurteiler:

| (BI) Barthel-Index Alltagsfunktionen | Beurteilung: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte |
|---|---|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Essen & Trinken | Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck oder ist selbständig im Umgang mit PEG oder Magensonde | 10 | | | | | | |
| | Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Schneiden von Fleisch oder Brot oder im Umgang mit PEG oder Magensonde | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig beim Essen oder im Umgang mit PEG oder Magensonde | 0 | | | | | | |
| Bett / (Roll)-Stuhltransfer | Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit bzw. gehfähig | 15 | | | | | | |
| | Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich | 10 | | | | | | |
| | Erhebliche Hilfe beim Transfer, aber Lagewechsel vom Liegen zum Sitz selbständig | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig oder kann nicht in den Sitz transferiert werden | 0 | | | | | | |
| Körperpflege | Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, beim Kämmen, Zähneputzen und Rasieren | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig | 0 | | | | | | |
| Toilettenbenutzung | Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Spülung, Reinigung) | 10 | | | | | | |
| | Hilfe oder Aufsicht bei Toilettenbenutzung, Spülung oder Reinigung erforderlich | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig (keine Toilettenbenutzung) | 0 | | | | | | |
| Baden & Duschen | Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit | 0 | | | | | | |

Barthelindex und erweiterter Barthelindex

| (BI) Barthel-Index Alltagsfunktionen | Beurteilung: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte |
|--|--|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Gehen auf ebenem Grund bzw. Rollstuhlfahren | Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen | 15 | | | | | | |
| | Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit wenig Hilfe mindestens 50 m gehen | 10 | | | | | | |
| | Nichts selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren; bewältigt eine Strecke von mind. 50 m mit dem Rollstuhl | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren | 0 | | | | | | |
| Treppensteigen | Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) | 10 | | | | | | |
| | Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen | 0 | | | | | | |
| An- & Auskleiden | Unabhängig beim An- & Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband) | 10 | | | | | | |
| | Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen | 5 | | | | | | |
| | Nicht selbständig | 0 | | | | | | |
| Stuhlkontrolle | Ständig kontinent (selbständig bei der Stuhlregulierung mit Zäpfchen /Mikro-Clist) | 10 | | | | | | |
| | Gelegentlich inkontinent, max. 1x / Woche (Hilfe bei Stuhlregulierung erforderlich) | 5 | | | | | | |
| | Häufiger / ständig inkontinent | 0 | | | | | | |
| Urinkontrolle | Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei der Versorgung mit Katheter | 10 | | | | | | |
| | Gelegentlich inkontinent, max. 1x / Tag, Hilfe bei externer Harnableitung | 5 | | | | | | |
| | Häufig oder ständig inkontinent; nicht selbständig bei Umgang mit Urinal, Blasenkatheeter, suprapubischer Fistel | 0 | | | | | | |

Summe Barthelindex Alltagsfunktionen = Zwischensumme Erweiterter Barthelindex (EBI) max. 100 Punkte

Barthelindex und erweiterter Barthelindex

| Erweiterter Barthelindex Kognitive Funktionen | Beurteilung: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte | Datum: | Pkte |
|--|---|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Verstehen | Ungestört (nicht Patienten, die nur Geschriebenes verstehen) | 15 | | | | | | |
| | Versteht komplexe Sachverhalte, aber nicht immer | 10 | | | | | | |
| | Versteht einfache Aufforderungen | 5 | | | | | | |
| | Verstehen nicht vorhanden | 0 | | | | | | |
| Sich verständlich machen | Kann sich über fast alles verständlich machen | 15 | | | | | | |
| | Kann einfache Sachverhalte ausdrücken | 5 | | | | | | |
| | Kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen | 0 | | | | | | |
| Soziale Interaktion | Ungestört | 15 | | | | | | |
| | Gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen | 5 | | | | | | |
| | Immer oder fast immer unkooperativ | 0 | | | | | | |
| Lösen von Alltagsproblemen Planung von Handlungsabläufen, Umstellungsfähigkeit , Einhalten von Terminen, pünktliche Medikamenten- Einnahme, Einsicht in Defizite und deren Konsequenzen im Alltag | Im wesentlichen ungestört | 15 | | | | | | |
| | Benötigt geringe Hilfestellung | 5 | | | | | | |
| | Benötigt erhebliche Hilfestellung | 0 | | | | | | |
| Gedächtnis, Lernen und Orientierung | Im Wesentlichen ungestört (kein zusätzlicher Pflegeaufwand erforderlich) | 15 | | | | | | |
| | Muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnishilfen | 10 | | | | | | |
| | Muss häufig erinnert werden | 5 | | | | | | |
| | Desorientiert, mit oder ohne Tendenz zum Weglaufen | 0 | | | | | | |
| Sehen und Neglect | Im wesentlichen ungestört | 15 | | | | | | |
| | Schwere Lesestörung, findet sich aber (ggf. mit Hilfsmitteln) in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht | 10 | | | | | | |
| | Findet sich in bekannter aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht | 5 | | | | | | |
| | Findet sich auch in bekannter Umgebung nicht ausreichend zurecht (findetz.B. eigenes Zimmer oder Station nicht / übersieht oder stößt an Hindernisse oder Personen) | 0 | | | | | | |

Summe Barthelindex Kognitive Funktionen = Zwischensumme Erweiterter Barthelindex (EBI) max. 90 Punkte

Summe Barthelindex Alltagsfunktionen + Summe Barthelindex Kognitive Funktionen = Summe Erweiterter Barthelindex (EBI) max. 190 Punkte

Functional Ambulation Categories: FAC

Patient:

Beurteiler:

| Merkmale | Abhängigkeitsstufe | Kategorie | Datum: | Ergebnis | Datum: | Ergebnis |
|--|---------------------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Patient kann nicht oder nur mit Hilfe von 2 Personen gehen | Nicht gehfähig | 0 | | | | |
| Patient ist auf dauernde Unterstützung einer Person angewiesen, die Gewicht übernimmt und das Gleichgewicht kontrolliert | Abhängigkeit/Stufe II | 1 | | | | |
| Patient ist auf intermittierende Unterstützung einer Person angewiesen, die Gleichgewicht und Koordination unterstützt | Abhängigkeit/Stufe I | 2 | | | | |
| Patient erfordert verbale, aber keine körperliche Unterstützung einer Hilfsperson | Überwachung | 3 | | | | |
| Patient geht unabhängig auf ebenem Boden, benötigt Hilfe bei Treppen, Steigungen oder in unebenem Gelände | Unabhängigkeit Stufe I | 4 | | | | |
| Patient kann in jedem Gelände unabhängig gehen | Unabhängigkeit Stufe II | 5 | | | | |
| Merkmale | Abhängigkeitsstufe | Kategorie | Datum: | Ergebnis | Datum: | Ergebnis |
| Patient kann nicht oder nur mit Hilfe von 2 Personen gehen | Nicht gehfähig | 0 | | | | |
| Patient ist auf dauernde Unterstützung einer Person angewiesen, die Gewicht übernimmt und das Gleichgewicht kontrolliert | Abhängigkeit/Stufe II | 1 | | | | |
| Patient ist auf intermittierende Unterstützung einer Person angewiesen, die Gleichgewicht und Koordination unterstützt | Abhängigkeit/Stufe I | 2 | | | | |
| Patient erfordert verbale, aber keine körperliche Unterstützung einer Hilfsperson | Überwachung | 3 | | | | |
| Patient geht unabhängig auf ebenem Boden, benötigt Hilfe bei Treppen, Steigungen oder in unebenem Gelände | Unabhängigkeit Stufe I | 4 | | | | |
| Patient kann in jedem Gelände unabhängig gehen | Unabhängigkeit Stufe II | 5 | | | | |

Hilfsmittel jeder Art werden nicht berücksichtigt

MFAS - Motor Function Assessment Scale

Patient:

Beurteiler:

| MAFS - Motor Function Assessment Scale | Beurteilung: | Pkte | | Datum: | Ergebnis | | Datum: | Ergebnis | |
|--|---|------|---|--------|----------|--|--------|----------|--|
| Sitzen | 1 Mit dem Rollstuhl selbstständig von einem Raum in den anderen fahren | 0 | 1 | | | | | | |
| | 2 Transfer Rollstuhl-Bank über die weniger behinderte Seite | 0 | 1 | | | | | | |
| | 3 Transfer Rollstuhl-Bank über die mehr behinderte Seite | 0 | 1 | | | | | | |
| | 4 Ohne Unterstützung frei sitzen, die Arme nicht aufgestützt | 0 | 1 | | | | | | |
| | 5 Wie 4, zusätzlich freie Kopfbewegungen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 6 Wie 4, zusätzlich freie Armbewegungen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 7 Sitzen ohne Anlehnen oder Festhalten, Füße weg vom Boden: die rechte Gesäßseite und das Bein rechts anheben | 0 | 1 | | | | | | |
| | 8 Sitzen ohne Anlehnen oder Festhalten, Füße weg vom Boden: die linke Gesäßhälfte und das Bein links anheben | 0 | 1 | | | | | | |
| Aufstehen und Stehen (Innenschuhe oder Schienen erlaubt) | 9 Patient sitzt oder liegt auf dem Boden: vom Boden selbstständig aufstehen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 10 8 Sekunden frei stehen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 11 Selbstständiges Hochkommen vom Sitzen in den Stand (aus 90° Hüftflexion) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 12 Wie 11, aber ohne Abstützen oder Abdrücken | 0 | 1 | | | | | | |
| | 13 Wie 12, nur mit dem rechten Bein | 0 | 1 | | | | | | |
| | 14 Wie 12, nur mit dem linken Bein | 0 | 1 | | | | | | |
| | 15 Einbeinstand rechts, 8 Sekunden | 0 | 1 | | | | | | |
| | 16 Einbeinstand links, 8 Sekunden | 0 | 1 | | | | | | |
| | 17 Symmetrisches Hochkommen aus tiefer Kniebeuge (=Hocke) | 0 | 1 | | | | | | |
| Gehen (außer bei 21 sind Innenschuhe oder Schienen erlaubt) | 18 10 m gehen mit Hilfsperson und Hilfsmittel | 0 | 1 | | | | | | |
| | 19 10 m gehen, selbstständig (mit Hilfsmittel, ohne Hilfsperson) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 20 10 m gehen, selbstständig (ohne Hilfsmittel, ohne Hilfsperson) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 21 10 m barfuß gehen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 22 10 m gehen, mit der Hand den Boden berühren, umdrehen und zurückgehen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 23 Wie 22, mit beiden Händen den Boden berühren | 0 | 1 | | | | | | |
| | 24 5 Treppenstufen hochgehen (mit Geländer) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 25 5 Treppenstufen hinuntersteigen (mit Geländer) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 26 Wie 24 (ohne Geländer) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 27 Wie 25 (ohne Geländer) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 28 20 m rennen | 0 | 1 | | | | | | |
| | 29 8-mal mit dem rechten Bein hüpfen (ohne Pause) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 30 Wie 29 mit dem linken Bein | 0 | 1 | | | | | | |
| | 31 3 m Seiltänzerengang vorwärts (auf umgedrehter Langbank, Aufsteigehilfe möglich) | 0 | 1 | | | | | | |
| | 32 Wie 31 (rückwärts) | 0 | 1 | | | | | | |

| MAFS - Motor Function Assessment Scale | Beurteilung: | Pkte | | Datum: | Ergebnis | | Datum: | Ergebnis | |
|--|--|--|---|--------|----------|--|--------|----------|--|
| | | | | | | | | | |
| Obere Extremität | 33 | Rechte Hand zum Mund nehmen | 0 | 1 | | | | | |
| | 34 | Wie 33, mit der linken Hand | 0 | 1 | | | | | |
| | 35 | Mit der rechten Hand über den Kopf zum linken Ohr greifen (volle Elevation) | 0 | 1 | | | | | |
| | 36 | Wie 35, mit der linken Hand | 0 | 1 | | | | | |
| | 37 | 8-mal mit der rechten Hand einen Ball prellen (aus Stand oder Sitz) | 0 | 1 | | | | | |
| | 38 | Wie 37, mit der linken Hand | 0 | 1 | | | | | |
| | 39 | Mit der rechten Hand ein Blatt Papier festhalten (zwischen Daumen und Zeigefinger) | 0 | 1 | | | | | |
| | 40 | Wie 39, mit der linken Hand halten | 0 | 1 | | | | | |
| | 41 | Mit beiden Händen abwechselnd auf Unterlage klopfen (gleichmäßig, Arme aufgelegt) | 0 | 1 | | | | | |
| | 42 | 5 Knoten in 20 Sekunden | 0 | 1 | | | | | |
| 43 | Linie ziehen, ohne Begrenzung zu berühren, ohne Absetzen, rechts | 0 | 1 | | | | | | |
| 44 | Wie 43, mit der linken Hand | 0 | 1 | | | | | | |

(0 = möglich, 1 = nicht möglich)

Punkt 43 und 44: Linie ziehen

rechts

links

Frenchay Dysarthrie Untersuchung

Patient:

Beurteiler:

| Frenchay Dysarthrie Untersuchung | Beurteilung: | Datum: | | | | | Datum: | | | | |
|----------------------------------|----------------|------------------|---|---|----------------|---|------------------|---|---|----------------|---|
| | | normale Funktion | | | keine Funktion | | normale Funktion | | | keine Funktion | |
| | | a | b | c | d | e | a | b | c | d | e |
| Reflexe | Husten | | | | | | | | | | |
| | Schlucken | | | | | | | | | | |
| | Salivation | | | | | | | | | | |
| Respiration | in Ruhe | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Lippen | in Ruhe | | | | | | | | | | |
| | Breitziehen | | | | | | | | | | |
| | Lippenschluss | | | | | | | | | | |
| | altern. Bew. | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Kiefer | in Ruhe | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Gaumensegel | beim Essen | | | | | | | | | | |
| | Funktion | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Stimme | Tonhaldedauer | | | | | | | | | | |
| | Tonhöhendiff. | | | | | | | | | | |
| | Stimmstärke | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Zunge | in Ruhe | | | | | | | | | | |
| | Herausstrecken | | | | | | | | | | |
| | Heben | | | | | | | | | | |
| | later. Bew. | | | | | | | | | | |
| | beim Sprechen | | | | | | | | | | |
| Verständlichkeit | Wörter | | | | | | | | | | |
| | Sätze | | | | | | | | | | |
| | Spontansprache | | | | | | | | | | |

Beeinflussende Faktoren

Gehör: _____

Sehvermögen: _____

Zähne: _____

Körperhaltung: _____

Sprache expressiv: _____

Sprache rezeptiv: _____

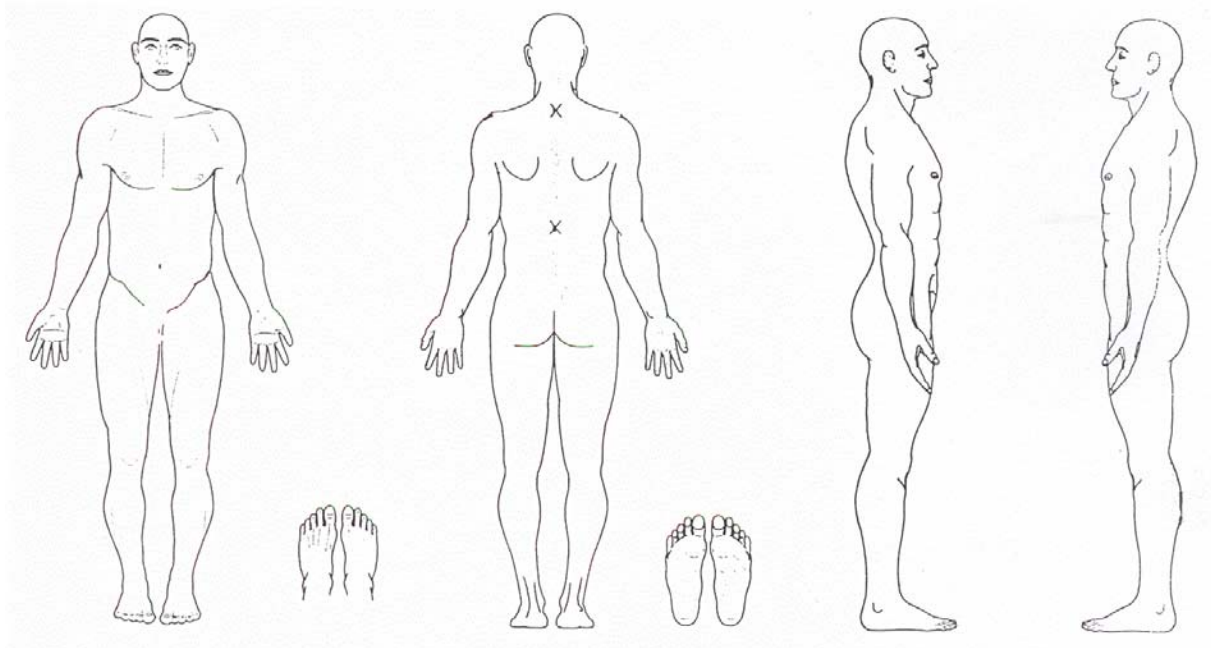
andere Faktoren (Sprechgeschw., kinästh. Wahrnehmung): _____

Psychische Verfassung: _____

Zusammenfassung/Empfehlungen: _____

SCHMERZSKALA

Schmerzlokalisierung



Schmerzintensität

Numerische Rating-Skala (NRS)



Visuelle Analog-Skala (VAS)



COPM

Canadian Occupational Performance Measure

Vierte Ausgabe

Lizenzierte deutsche Übersetzung 2009 von
Barbara Dehnhardt | Sabine George | Angela Harth

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein individuell einzusetzendes Messinstrument für den ergotherapeutischen Gebrauch. Es stellt Veränderungen fest, die Klienten bezüglich ihrer Probleme in der Betätigungsperformanz im Laufe der Zeit wahrnehmen.

| | | |
|--|--|----------------------|
| Name des Klienten/der Klientin | | |
| Alter: | Geschlecht: | Kostenträger: |
| Befragter (falls nicht der Klient selbst): | | |
| Erhebung am: | Geplantes Datum der erneuten Erhebung: | Erneute Erhebung am: |

| |
|--------------------------------|
| Ergotherapeut/Ergotherapeutin: |
| Institution: |
| Therapieprogramm |

Schritt 1:

Herausfinden von Problemen in der Betätigungsperformanz

Es geht darum, Probleme, Belange bzw. Anliegen in der Betätigungsperformanz zu erkennen. Interviewen Sie den Klienten, fragen Sie nach Alltagstätigkeiten der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Bitten Sie den Klienten, alle Dinge zu nennen, die er tun möchte, muss oder die von ihm erwartet werden, indem er sich einen typischen Tagesablauf vorstellt. Dann bitten Sie ihn, diejenigen Tätigkeiten zu nennen, bei denen er zurzeit Schwierigkeiten hat, sie zufriedenstellend auszuführen. Tragen Sie diese Schwierigkeiten bei Schritt 1A, 1B oder 1C ein.

Schritt 2:

Einstufung der Wichtigkeit

Bitten Sie den Klienten, mithilfe der beiliegenden Einstufungskarte die Wichtigkeit jeder Tätigkeit von 1 bis 10 einzustufen.

Tragen Sie die Einstufungen in die entsprechenden Kästchen bei den Schritten 1A, 1B und 1C ein.

Schritt 1A: Selbstversorgung

Eigene körperliche Versorgung

(z. B. anziehen, sich waschen,
Hygiene, essen)

Mobilität

(z. B. Transfer,
Fortbewegung
drinnen, draußen)

Regelung persönlicher Angelegenheiten

(z. B. Transport, einkaufen,
Finanzen)

Schritt 1B: Produktivität

Bezahlte/unbezahlte Arbeit

(z. B. Arbeitsplatz finden/erhalten,
ehrenamtliche Tätigkeit)

Haushaltsführung

(z. B. sauber machen, Wäsche, kochen)

Spiel/Schule

(z. B. spielen,
Hausaufgaben)

Wichtigkeit

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Schritt 1C: Freizeit

Wichtigkeit

Ruhige Erholung

(z. B. Hobbys, basteln, lesen)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Aktive Freizeit

(z. B. Sport, Ausflüge, Reisen)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Soziales Leben

(z. B. besuchen, telefonieren, Partys, Korrespondenz)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Schritt 3 + 4: Ersterhebung und erneute Erhebung

Lassen Sie den Klienten die 5 wichtigsten Probleme benennen, und tragen Sie sie unten ein. Bitten Sie den Klienten, mit den Einstufungskarten jedes Problem im Hinblick auf die Ausführung (Performanz) und auf die Zufriedenheit einzustufen. Rechnen Sie die Durchschnittswerte aus, indem Sie alle Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte addieren und die Summe dann durch die Anzahl der in Schritt 3 genannten Probleme dividieren. Bei der erneuten Erhebung stuft der Klient wieder für jedes Problem die Performanz und die Zufriedenheit ein. Errechnen Sie die neuen Werte und die Werteveränderung.

Ersterhebung:

Betätigungsperformanz-Probleme

Performanz 1

Zufriedenheit 1

Erneute Erhebung:

Performanz 2

Zufriedenheit 2

1.

2.

3.

4.

5.

Bewertung

Performanz-Wert 1

Zufriedenheits-Wert 1

Performanz-Wert 2

Zufriedenheits-Wert 2

Durchschnittswert = $\frac{\text{Gesamt-Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte}}{\text{Anzahl der Probleme}}$

/

/

/

/

=

=

=

=

Veränderung der Performanz = Performanz-Wert 2 minus Performanz-Wert 1 =

Veränderung der Zufriedenheit = Zufriedenheits-Wert 2 minus Zufriedenheits-Wert 1 =

Zusätzliche Bemerkungen und Hintergrundinformationen:

Ersterhebung:

Erneute Erhebung:
