



Anmeldung

von Patientinnen und Patienten

in der Geriatrischen Instituts- und Sturzambulanz der
AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM

durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt



Spezialisierte geriatrische Versorgung

nach den Vorgaben §118a SGB V.

Ablauf der Anmeldung:

- Bitte beachten Sie, dass Ihr*e Patient*in **mindestens 70 Jahre** alt sein muss!
- Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus.
- Halten Sie zusätzlich die Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments, eine Medikamentenliste und einen Überweisungsschein bereit.
- Schicken Sie **ALLE** Unterlagen an Sturzambulanz.BGU@agaplesion.de oder als Fax an 0731 187 -300.
- Wir melden uns anschließend bei Ihnen und stimmen den Behandlungsbedarf kurz ab.
- Bei festgestelltem Bedarf vereinbaren **wir** mit den Patient*innen einen Termin, sodass Sie sich nicht mehr kümmern müssen.
- Wir schicken anschließend einen klar strukturierten Brief mit einer geriatrischen Bewertung der Patient*innen und Therapievorschlüge zu Ihnen zurück. Aufwendige Anträge wie Hilfsmittelvorschlüge oder Rehabilitationsanträge werden von uns vorbereitet.
- Wir dürfen qua Gesetz keine Therapien selbst einleiten, die verbleiben in Ihrer Obhut.
- Wir werden auf sachgerechte Empfehlungen bei Heil- und Hilfsmitteln achten.



AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM gGmbH

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am

**Anmeldung zur Abklärung vor
Durchführung eines
weiterführenden geriatrischen
Assessments**

Anmeldender Arzt / Ärztin**Rückrufnummer**

Gewünschter Rückrufzeitraum (bitte Termine/Zeiträume zur Auswahl)

Erfüllt besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufgrund folgender Kriterien:
(zutreffendes bitte ankreuzen) – **zwei müssen** vorhanden sein

- ☐ Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- ☐ Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- ☐ Gebrechlichkeit (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- ☐ Dysphagie
- ☐ Inkontinenz(en)
- ☐ Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- ☐ Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI

Zusätzlich muss vorhanden sein (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen
- ☐ Medikationsliste (gern auch als beigelegte Kopie)
- ☐ Überweisungsschein für die GIA bitte mit oben genannten Befunden mitfaxen und als Original per Post zusenden.

Datum

Stempel / Unterschrift Arzt / Ärztin

Hinweis zur Abrechnung: Für den niedergelassenen Arzt erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Die Ziffer **03360** für das geriatrische Basisassessment ist die Voraussetzung zur Überweisung an die GIA und kann von dem Hausarzt abgerechnet werden. Des Weiteren kann der Hausarzt die Ziffer **30980** für die telefonische Abklärung mit dem Geriater abrechnen, egal ob der Patient in der GIA vorstellig wird oder ob die Problematik bereits telefonisch abgeklärt werden kann. Bei Einleiten einer empfohlenen Therapie innerhalb von vier Wochen kann der Hausarzt eine weitere Ziffer (**30988**) abrechnen.

AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM
Geriatrische Instituts- und Sturzambulanz
Leitender Arzt: Prof. Dr. Michael Denking
Ansprechpartner: Frau Dr. Grau-Wöhrle
Telefon: (0731) – 187 181
Fax Anmeldung: (0731) – 187 300
Mail: sturzambulanz.BGU@agaplesion.de
www.bethesda-ulm.de

Geriatrisches Basisassessment

Patient: _____ Geburtsdatum: _____. _____. _____ Durchführung am: _____. _____. _____

Teil 1: Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit:

Hamburger Manual zum Barthel-Index	
ESSEN	
☐ 10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
☐ 5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
☐ 0	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
AUFSETZEN & UMSETZEN	
☐ 15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
☐ 10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
☐ 5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
☐ 0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
SICH WASCHEN	
☐ 5	vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
☐ 0	erfüllt dies nicht
TOILETTENBENUTZUNG	
☐ 10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl inkl. Spülung / Reinigung
☐ 5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
☐ 0	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettensstuhl
BADEN / DUSCHEN	
☐ 5	selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
☐ 0	erfüllt dies nicht
AUFSTEHEN & GEHEN	
☐ 15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
☐ 10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
☐ 5	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
☐ 0	Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.
TREPPENSTEIGEN	
☐ 10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen
☐ 5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. Ein Stockwerk hinauf und hinunter
☐ 0	Der Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht.
AN- & AUSKLEIDEN	
☐ 10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus
☐ 5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
☐ 0	Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.
STUHLKONTINENZ	
☐ 10	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
☐ 5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus- <i>praeter</i> (AP)-Versorgung
☐ 0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

HARNKONTINENZ	
☐ 10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
☐ 5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
☐ 0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent
_____	Gesamtpunktzahl

Teil 2: Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr

Option A

„Timed Up & Go“		
Der Proband sitzt auf dem Stuhl mit Armlehne (Sitzhöhe ca. 46 cm). Er darf ggf. ein Hilfsmittel (z.B. Stock) benutzen. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rückenlehne des Stuhles an. Beim Erreichen dieser Position hilft der Untersucher nicht mit. Nach Aufforderung soll der Proband aufstehen und mit normalem und sicherem Gang 3 Meter gehen (z.B. bis zu einer Linie, die dort auf dem Boden angezeichnet ist), sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich wieder setzen. Die dafür benötigte Zeit wird in Sekunden notiert. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann der Proband den Bewegungsablauf üben. Der Untersucher darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.		
Durchführung des TUG möglich?	☐ ja	☐ nein
Benötigte Zeit:	_____ s	
Hat der Patient eine Gehhilfe benutzt?	☐ Ja, Patient hat _____ als Gehhilfe benutzt	☐ nein

ODER

Option B

Tandem-Stand			
	Füße nebeneinanderstellen 10 Sekunden Gleichgewicht halten	☐ ≥ 10 s	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s
	Füße halb hintereinanderstellen Ferse eines Fußes neben den großen Zeh des anderen Fußes stellen und 10 Sekunden Gleichgewicht halten	☐ ≥ 10 s	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s
	Füße hintereinanderstellen Einen Fuß vor den anderen stellen und 10 Sekunden Gleichgewicht halten	☐ ≥ 10 s	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s