

ANMELDUNG ZUR AKUTGERIATRIE/REMOBILISATION (AG/R) IM KRANKENHAUS GÖTTLICHER HEILAND

AG/R - Was ist das?

Bei AG/R liegt das Hauptaugenmerk darauf, ältere Menschen im Rahmen von schweren Erkrankungen oder nach Operationen durch eine spezielle Therapie und aktivierende Pflege mit Hilfe eines interdisziplinären Teams auf den Wiedereinstieg in das gewohnte Umfeld vorzubereiten. Ziele der AG/R sind daher die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeiten zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste und somit die Erhöhung der Lebensqualität.

1. Welche Patienten werden aufgenommen?

Aufnahmekriterien:

- Höheres Alter (über 65 Jahre)
- Remobilisationsbedarf nach schweren Erkrankungen
- Funktionseinschränkungen bei Mobilität und Verrichtung täglicher Tätigkeiten im Rahmen der akuten Erkrankungen
- Verzögerter Heilungsverlauf
- Kurz zurückliegende OP (z.B. Bewegungsapparat, Abdomen etc.) – ab dem 10. postoperativen Tag

Ausschlusskriterien:

- **Intensivstationspflichtige Erkrankungen** → **Akut-/Intensivstation**
- **Terminale Erkrankung** → **Palliativstation**
- **Terminales Karzinom** → **Palliativstation**
- **schwere Demenz oder psychiatrische Grunderkrankung**
→ **Gerontopsychiatrie, Pflegeheim**
- **dialysepflichtige Patienten**
- **Erkrankungen, bei denen eine Mobilisierung nicht möglich oder erlaubt ist** (z.B. Spondylodiscitis mit Bettruhe...)
- **Patienten, bei denen eine Reintegration in das gewohnte Umfeld in max. 3 Wochen nicht möglich ist** → **Kurzzeitpflege**
- **ungesichertes soziales Umfeld**
- **Stabiler Pflegepatient, der nur auf einen Pflegeheimplatz wartet**
- **Kein Remobilisationspotential vorhanden, nur pflegerische Versorgung vonnöten**
- **Fehlende Mitarbeit des Patienten**

Weitere Voraussetzungen zur Aufnahme auf eine AG/R-Station:

- Der Patient muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/Remobilisation (rehabilitatives Training und aktivierende Pflege) informiert sein.
- Motivation und Einverständnis des Patienten für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
- Vor dem Aufenthalt sollten Patient und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Ziel-Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/Remobilisation **2 bis max. 3 Wochen** ist.
- Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung (evtl. auch inkl. sozialer Dienste) bzw. ins Pensionistenheim/Appartement möglich sein.
- Bei vorauszusehendem längerem Aufenthalt (> 3 Wochen) sollte schon vom zutransferierenden Krankenhaus nach Absprache mit der AG/R die Kurzzeitpflege angemeldet werden.

Wir bitten um genaues Ausfüllen des Anmeldeformulars, da wir auf diese Informationen angewiesen sind, um festzustellen, ob der Patient für die AG/R geeignet ist.

Mit bestem Dank für die Kenntnissnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!
OA Dr. Wehrmann, DGKS Barbara Hinterschuster und die Teams der AG/R-Stationen

Telefon der AG/R-Bettenvergabe im Krankenhaus Göttlicher Heiland:

- **Tel.: 01/ 40088 Dw. 9140**
- **Fax: 01/ 40088 Dw. 2399**

2. Leitfaden zum Ausfüllen der Faxanmeldung (siehe Dokument im Anhang)

- Faxanmeldung bitte **durch Arzt UND Pflegeperson ausfüllen**
- **Patientenetikette** lesbar anbringen (wichtig: Geburtsdatum)
- **Klinik/Station:** bitte genaue Stationsbezeichnung inkl. Telefonnummer der Station und Faxdurchwahl angeben
- **Derzeitige Medikation:** UNBEDINGT angeben bzw. entsprechende Unterlagen mitfaxen
- **Mobilität:**
 - o mögliche Gehstrecke: in Meter angeben
 - o dafür benötigte Hilfsmittel angeben: Hilfe von 1PP / 2PP, Rollator, Krücken,...
- **Decubitus / Ulcera / Wundheilungsstörung:** UNBEDINGT ausfüllen (Pflegeperson)
- **Wohnsituation:**
 - o **Vertrauens- bzw. Betreuungsperson UNBEDINGT mit Telefonnummer** anführen (oftmals bereits im Vorfeld Kontaktaufnahme erforderlich)
 - o Angabe, falls Patient alleine wohnt, keine sozialen Kontakte hat...
- **Bisherige Hilfsdienste:** wenn möglich bitte genau ausfüllen (z.B. 3xtgl. HH, private Bedienerin...)
- **Rehab. eingereicht:**
 - o Datum der Einreichung angeben
 - o bei Einreichung von Kurzzeitpflege: bitte Datum und Organisation angeben
- **Kontaktpersonen:** für eventuelle med. oder pflegerische Fragen
 - o Arzt: Name und Durchwahl anführen
 - o Stationsleitung: Name und Durchwahl anführen

3. Ablauf nach der Anmeldung zur Akutgeriatrie/Remobilisation

- Faxanmeldungen werden nach Eingangsdatum bearbeitet
- Besprechung der Patienten durch OA Dr. Wehrmann und DGKS Barbara Hinterschuster
- Bei offenen Fragen - Rückruf durch AG/R – Mitarbeiter
- **Bestätigter Aufnahmetermin wird an angegebene Faxnummer gefaxt! (bitte darauf achten, welche Faxnummer angegeben wird, damit Antwortfax nicht verloren geht)**
- Organisatorische Bettenvergabe: durch DGKS Barbara Hinterschuster

4. Allgemeines

- Möglichkeit der Angabe eines Aufnahme-Wunschtermins auf dem Anmeldefax (z.B.: „Übernahme ab TT.MM. möglich“)
- **SKL-Patienten:** so früh wie möglich anmelden, da nur 4 SKL-Betten zur Verfügung stehen (es kann zu Engpässen kommen) Es stehen ausschließlich 2-Bett-Zi. Zur Verfügung!!!
- Wir bitten um Verständnis, dass Patienten abgesagt werden, wenn diese nicht für eine Aufnahme auf unserer Abteilung für Akutgeriatrie/ Remobilisation geeignet sind.

Mit bestem Dank für die Kenntnisnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!

OA Dr. Wehrmann, DGKS Barbara Hinterschuster und die Teams der AG/R-Stationen

Tel. der AG/R-Bettenvergabe 01/ 40088 Dw. 9140 / Fax: 40088 Dw. 2399

Departmentleiter: OA Dr. Andreas Wehrmann

ANMELDUNG ZUR AKUTGERIATRIE / REMOBILISATION

Anmeldendes Krankenhaus/ Station: _____ **Datum:** _____

Aufnahmegrund:

Operation _____ **OP-Datum:** _____

Begleiterkrankungen/ interne Diagnosen:

Derzeitige Medikation: (ev. Med.Liste faxen)

War Patient bereits auf einer AG/R? ja, wo: _____ nein

Zusatzversicherung/ Sonderklasse: ja - welche: _____ nein

Mobilität: Gehstrecke derzeit ca. _____ Meter (bitte um korrekte Angaben)

ohne Hilfe mit PP mit Rollator mit Krücke dzt. immobil, da _____

voll belastbar teilbelastbar bis _____ nicht belastbar bis _____

Harn: kontinent inkontinent DK **Stuhl:** kontinent inkontinent

Sehen: normal eingeschränkt **Hören:** normal eingeschränkt

Wunde/Decubitus/Ulcus: keine Lokalisation + Größe: _____

Ernährungssituation: normal adipös _____ kg reduziert kachektisch

Essen: selbstständig mit Hilfe Essen eingeben

Psychosoziale Situation des Patienten:

Orientierung: voll teilweise nicht orientiert

Kooperation: sehr motiviert motivierbar schlecht motivierbar

Wohnsituation: _____

Bezugsperson nach Entlassung (+ Tel.): _____

Bisherige Hilfsdienste: keine Essen auf Rädern Heimhilfe: wie oft: _____
 Mobile Schwester Private: _____

Wurde der Patient für ein Pflege/Pensionistenheim angemeldet? Ja, wann: _____ Nein

Pflegegeld Stufe: _____ **PG neu eingereicht** ¹⁾ **PG-Erhöhung eingereicht** ¹⁾ **nicht nötig**

AG/R Ziel:

Wurde mit dem Patienten über die Möglichkeiten unserer AG/R-Abteilung gesprochen? Ja Nein

Entlassungsziel des Patienten: **Kurzzeitpflege eingereicht** ¹⁾

nach Hause bisherige Ebene (z.B. Pensionistenheim) **Rehab eingereicht** ¹⁾

andere: _____ ¹⁾ **Antragsnachweise bitte faxen! wann:** _____

Kontaktpersonen für die Anmeldung Arzt: _____ **Tel.:** _____

Anmeldende **Pflegeperson:** _____ **Tel.:** _____ **Fax:** _____

Anmeldende EM/ SozialarbeiterIn: _____ **Tel.:** _____ **nicht nötig**

Organisation/ Terminplanung/ Bettenvergabe: DGKS Barbara Hinterschuster, T: 400 88 Dw. 9140/ Fax-Dw. 2399