

## INFORMATION ZUM AUFENTHALT AUF DER AKUTGERIATRIE/REMOBILISATION (AG/R) IM GÖTTLICHER HEILAND KRANKENHAUS

### AG/R - Was ist das?

Ziele der Akutgeriatrie/ Remobilisation sind die Behandlung einer akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Selbständigkeit und die Rückkehr in das gewohnte Umfeld. Das multiprofessionelle Team behandelt geriatrische Patient\*innen unter Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen.

### 1. Welche Patient\*innen werden aufgenommen?

---

#### Aufnahmekriterien:

- Höheres Alter (über 65 Jahre) und Multimorbidität oder Frailty
- Remobilisationsbedarf nach schweren Erkrankungen oder Operationen
- Funktionseinschränkungen bei Mobilität und/oder Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens im Rahmen einer Erkrankung
- Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen
- Barthel-Index > 30 Punkte von 100 (**Index bitte beilegen!**)

#### Ausschlusskriterien:

- Intensivstationspflichtige Erkrankungen
- akute Infektionen (COVID-19, Influenza, Pneumonie...)
- Terminale Erkrankung
- laufende Chemo-oder Strahlentherapie
- schwere Demenz oder akute instabile psychiatrische Grunderkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression)
- Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand
- Dialysepflichtigkeit
- Erkrankungen, bei denen eine Mobilisierung nicht möglich oder erlaubt ist (z.B: Spondylodiscitis mit Bettruhe...)
- Patient\*innen, bei denen eine Reintegration in das gewohnte Umfeld in 3 Wochen nicht möglich ist → Kurzzeitpflege, befristete Pflege oder Urlaubsbett anmelden
- Ungesichertes soziales Umfeld
- Stabile\*r Pflegepatient\*in, der/die nur auf einen Pflegeheimplatz wartet
- Kein Remobilisationspotential vorhanden, nur pflegerische Versorgung vonnöten
- Fehlende Mitarbeit/Motivation

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

- Patient\*in muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/ Remobilisation (Verbesserung der Selbständigkeit, Entlassung in das gewohnte Umfeld) informiert und mit der Aufnahme einverstanden sein.
- Motivation und Einverständnis für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
- Vor dem Aufenthalt sollten Patient\*innen und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/ Remobilisation **2** bis max. 3 Wochen ist.
- Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung (ev. auch inkl. sozialer Dienste) bzw. ins Pensionistenheim/ Appartement möglich sein.
- Bei einem voraussiehenden längeren Aufenthalt (> 3 Wochen) muss im Vorfeld Kontakt mit der AG/R aufgenommen werden, um die Zielsetzung eines Aufenthalts sowie eine Weiterbetreuung abzusprechen (Kurzzeitpflege, Urlaubsbett, befristete Pflege, 24-h-Pflege zu Hause, Übergangspflege...).

**Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare können bearbeitet werden!**

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

Die Teams der Akutgeriatrie/ Remobilisation

**E-Mail: [AGR-Anmeldung@khgh.at](mailto:AGR-Anmeldung@khgh.at)**

**Fax: 01/ 20619 900110013**

Tel.: 01/ 40088 - 9140 (Mo-Fr 09:00 – 12:00 Uhr) AG/R-Bettenvergabe

## 2. Leitfaden zum Ausfüllen des Anmeldeformulars für die Akutgeriatrie/ Remobilisation (AG/R) im Göttlicher Heiland Krankenhaus

---

### Anmeldung bitte durch Ärztin\* Arzt UND Pflegeperson ausfüllen

- **Patient\*innendaten** lesbar anbringen (wichtig: Geburtsdatum)
- **Klinik/Station:** bitte genaue Stationsbezeichnung inkl. Telefonnummer der Station und Faxdurchwahl angeben
- **Therapieziel:** Zielsetzung des Aufenthalts möglichst konkret angeben (z.B. Verlängerung der Gehstrecke um x Meter, selbständige Mobilität mit Krücken, x Stufen steigen, selbständiger Transfer in den Rollstuhl...)
- **Derzeitige Medikation:** UNBEDINGT angeben bzw. entsprechende Unterlagen mitsenden
- **Mobilität:**
  - mögliche Gehstrecke: in Metern angeben
  - dafür benötigte Hilfsmittel angeben: Hilfe von 1PP / 2PP, Rollator, Krücken...
- **Decubitus / Ulcera / Wundheilungsstörung:** UNBEDINGT ausfüllen (Pflegeperson)
- **Wohnsituation:**
  - **Vertrauens- bzw. Betreuungsperson UNBEDINGT mit Telefonnummer** anführen (oftmals bereits im Vorfeld Kontaktaufnahme erforderlich)
  - Angabe, falls Patient\*in alleine wohnt, keine sozialen Kontakte hat...
  - **Bisherige Hilfsdienste:** wenn möglich - bitte genau ausfüllen (z.B. 3xtgl. HH, private Haushaltshilfe...)
- **Rehabilitation eingereicht:**
  - Datum der Einreichung angeben
  - bei Einreichung von Kurzzeitpflege: bitte Datum und Organisation angeben
- **Kontaktpersonen:** für eventuelle medizinische oder pflegerische Fragen
  - Ärztin\* Arzt: Name und Durchwahl anführen
  - Stationsleitung: Name und Durchwahl anführen

## 3. Ablauf nach der Anmeldung zur Akutgeriatrie/ Remobilisation

---

- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum bearbeitet
- Besprechung der Patient\*innen durch das Team der AG/R
- Bei offenen Fragen: Rückruf durch AG/R – Mitarbeiter\*in

**Bestätigter Aufnahmetermin oder Ablehnung wird an angegebene E-Mail oder Faxnummer gesendet!**

#### 4. Allgemeines

---

- Möglichkeit der Angabe eines Aufnahme-Wunschtermins auf dem Anmeldeformular (z.B.: „Übernahme ab TT.MM. möglich“)
- **SKL-Patient\*innen:** bitte so früh wie möglich anmelden, da nur 8 SKL-Betten zur Verfügung stehen (es kann zu Engpässen kommen)
- Wir ersuchen um Verständnis, dass Patient\*innen abgesagt werden, wenn diese nicht für eine Aufnahme an unserem Department für Akutgeriatrie/ Remobilisation geeignet sind

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

Die Teams der Akutgeriatrie/ Remobilisation

**E-Mail: [AGR-Anmeldung@khgh.at](mailto:AGR-Anmeldung@khgh.at)**

**Fax: 01/ 20619 900110013**

Tel.: 01/ 40088 - 9140 (Mo-Fr 09:00 – 12:00 Uhr) AG/R-Bettenvergabe

<b>BARTHEL INDEX</b>		
<b>Name:</b>	<b>Geb.Datum:</b>	<b>Alter:</b>
<b>Untersucht von:</b>	<b>Testdatum:</b>	

<b>Kriterien</b>	<b>Punkte Aufn.</b>	<b>Punkte Entl.</b>
<b>Essen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck</li> <li>• Braucht etwas Hilfe, z. B: Fleisch oder Brot schneiden</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	10 5 0	10 5 0
<b>Bett/(Roll-)Stuhltransfer</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit</li> <li>• Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich</li> <li>• Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbstständig</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	15 10 5 0	15 10 5 0
<b>Waschen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen</li> <li>• Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten</li> </ul>	5 0	5 0
<b>Toilettenbenutzung</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)</li> <li>• Benötigt Hilfe, z. B. wg. Unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung/ Reinigung</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	10 5 0	10 5 0
<b>Baden</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit</li> <li>• Nicht selbstständig o. g. Tätigkeit</li> </ul>	5 0	5 0
<b>Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf Flurebene</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim Gehen &gt; 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen</li> <li>• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel &gt; 50m gehen</li> <li>• Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50m</li> <li>• Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren</li> </ul>	15 10 5 0	15 10 5 0
<b>Treppensteigen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)</li> <li>• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen</li> <li>• Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen</li> </ul>	10 5 0	10 5 0
<b>An-/Auskleiden</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett od. Bruchband)</li> <li>• Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbstständig durchführen</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	10 5 0	10 5 0
<b>Stuhlkontrolle</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständig kontinent</li> <li>• Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Woche</li> <li>• Häufiger/ständig inkontinent</li> </ul>	10 5 0	10 5 0
<b>Urinkontrolle</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix</li> <li>• Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext- Harnableitung</li> <li>• Häufiger/ständig inkontinent</li> </ul>	10 5 0	10 5 0

**Summe:** \_\_\_\_\_

**Daten Patient\*in:**

Familiennamen:		Vorname:	
Versicherungsnummer:		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:

**Bezugsperson nach Entlassung** (Name): \_\_\_\_\_ **Tel. o. E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Zuweiser** (Krankenhaus/ Hausarzt): \_\_\_\_\_

**Station/ Abteilung:** \_\_\_\_\_ **stationär seit:** \_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_

**Sonderklasse:**  **Allgemeine Klasse** (Übernahme, ab Datum): \_\_\_\_\_

**Aufnahmegrund:** \_\_\_\_\_

**THERAPIEZIEL:** \_\_\_\_\_

**relevante Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**AKTUELLE MEDIKATIONSLISTE BEILEGEN!**

Sauerstoffpflichtig  Heimsauerstoff vorhanden

**OP-Art(en), Gips, Cast, Fixateur etc.** \_\_\_\_\_ **OP Datum:** \_\_\_\_\_

**Geplante Kontrollen:** \_\_\_\_\_  Vollbelastung  Teilbelastung (Dauer: \_\_\_\_\_)

**Aktuelle Infektion:**  Clostridien  MRGN  MRSA  keine bekannt

andere Infektionen: \_\_\_\_\_

**Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.**

**Situation vor der Aufnahme:**

**Wohnen:**  privat  Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen  Pflegeheim Bettenstation  
Einrichtung: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Mobilität:**  selbstständig  mit Hilfspersonen  nicht gehfähig  bettlägerig seit: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel**  ohne Hilfsmittel  mit Hilfsmittel **Verwendete(s) Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_  
 Gehstrecke vor KH-Aufenthalt ca. \_\_\_\_\_ Meter

**Betreuung:**  keine nötig  Soz. Dienste - wie oft: \_\_\_\_\_  24h Betreuung  
 Angehörigenbetreuung vorhanden

**Situation derzeit:**

**Mobilität:**  selbstständig  mit Hilfspersonen  nicht gehfähig **bettlägerig seit:** \_\_\_\_\_  
 ohne Hilfsmittel  mit Hilfsmittel **Verwendete(s) Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_  
 Gehstrecke derzeit ca. \_\_\_\_\_ Meter

**Pflege:**  selbstständig  mit Hilfe  vollständige Übernahme

**Haut:**  Dekubitus  Sonstige Wunden - Lokalisation + Größe: \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** (PEG-Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen o. ä.): \_\_\_\_\_

**Mental:**  unauffällig  desorientiert/ Delir  Demenz  Depression

**Pflegegeld:**  Pflegegeld vorh. **PG-Stufe:** \_\_\_\_\_  Erhöhung beantragt  Pflegegeld eingereicht

**Anträge:**  Rehab. beantragt (Datum: \_\_\_\_\_)  Pflegeheim beantragt (Datum: \_\_\_\_\_)

**Geplante Entlassung:**  nach Hause  ohne soziale Dienste  soziale Dienste, Ausmaß: \_\_\_\_\_

Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen  Pflegeheim Bettenstation

**Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet das Team der Akutgeriatrie. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.**

**Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zuweiser\*in oder Patient\*in



### Einschlusskriterien

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| > 65. Lebensjahr mit Multimorbidität  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Patient*in ist motiviert und möchte selbst einen Aufenthalt auf der AGR                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls vorliegend: postoperative Situation (blonde Wunde, volle Belastbarkeit)                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Barthel- Index >30 Punkte (von 100)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Ausschlusskriterien

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektionserkrankungen – akut (z.B. Covid-19 Infektion, Influenza, Pneumonie)            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Immobilität  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| VAC Versorgung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aktuell laufende Dialyse   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Terminale Erkrankung, laufende Chemo- oder Strahlentherapie                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute Erkrankung (akuter Herzinfarkt, Lungenembolie, akuter Schlaganfall etc.)           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stabiler Pflegepatient (Pat. für PH/ Übergangspflege angemeldet)                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fortgeschrittene Demenz, welche die aktive Mitarbeit ausschließt                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute psychiatrische Erkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand)                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Datum

**Stempel und Unterschrift: Ärztin\* Arzt bzw. aktuell betreuende Abteilung**

**Unterschrift: Patient\*in**

**Senden** Sie das Formular bitte an: [AGR-Anmeldung@khgh.at](mailto:AGR-Anmeldung@khgh.at)  
**oder per FAX an: 01/ 20619 900110013**  
AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 40088 9140 (Mo-Fr 9-12h)