

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

### **AG/R - Was ist das?**

Bei der 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, befristete Pflege oder Urlaubsbett**
- **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 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 vorauszusehenden längeren Aufenthalt (> 3 Wochen) muss im Vorfeld Kontakt mit der AG/R aufgenommen werden, um eine Weiterbetreuung abzusprechen (Kurzzeitpflege, Urlaubsbett, befristete Pflege, 24-h-Pflege zu Hause, Übergangspflege...).

**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 Kenntnisnahme 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 - 9140 ( 08:30 – 14:00 Uhr )**
- **Fax: 01/ 59988 - 4410095**

## **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 medizinische 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 erfolgt 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-Zimmer 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

**Telefon der AG/R-Bettenvergabe: 01/ 40088 – 9140**  
**Fax: 01/59988 - 4410095**

Departmentleiter: OA Dr. Andreas Wehrmann

## ANMELDUNG ZUR AKUTGERIATRIE / REMOBILISATION

Anmeldendes Krankenhaus/ Station/ Hausarzt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

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

Operation \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen/ interne Diagnosen: \_\_\_\_\_

Derzeitige Medikation: (bitte aufzählen oder Med.Liste faxen)

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

Zusatzversicherung/ Sonderklasse:  ja - welche: \_\_\_\_\_  nein

**Mobilität:** Gehstrecke derzeit ca. \_\_\_\_\_ Meter vor KH-Aufenthalt ca. \_\_\_\_\_ Meter

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  blind **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:** (z.B. 3. Stock ohne Lift...) \_\_\_\_\_

**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** <sup>1)</sup>  **PG-Erhöhung eingereicht** <sup>1)</sup>  **nicht nötig**

**AG/R Ziel:**

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

Entlassungsziel des Patienten:  **Kurzzeitpflege eingereicht** <sup>1)</sup>

nach Hause  bisherige Ebene (z.B. Pensionistenheim)  **Rehab eingereicht** <sup>1)</sup>

andere: \_\_\_\_\_ <sup>1)</sup> **Antragsnachweise bitte faxen!** **wann:** \_\_\_\_\_

**Kontaktpersonen für die Anmeldung Arzt:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

Anmeldende **Pflegeperson:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **Fax DW:** \_\_\_\_\_

Anmeldende EM/ SozialarbeiterIn: \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_  **nicht nötig**

**Organisation/ Terminplanung/ Bettenvergabe: DGKS Barbara Hinterschuster**

**Tel.: 01/ 40088-9140 ( 08:30 – 14:00 Uhr ) - Fax: 01/ 59988-4410095**