



Neurologische Klinik mit Stroke Unit und Frührehabilitation

Chefarzt

Prof. Dr. med. J. Sobesky

Ansprechpartner:

W. Lüpertz

T 02131/529 56092

F 02131/529 56005

w.luepertz@ak-neuss.de

Kriterienkatalog für eine mögliche Übernahme auf die NNFR des JEK

Patienten mit neurologischer HD, zB.

- Intracranielle Blutung
- major stroke - Hirninfarkt
- Guillain-Barre-Syndrom/Polyneuritis
- myasthene Krise
- Encephalitis, Meningitis
- Refraktärer Status epilepticus
- ...

Patienten nicht neurologischer HD plus einer neurologischen ND, die den Frührehabilitationsbedarf (s.u.) bedingt, z. B.

- postanoxische Enzephalopathie nach Reanimation oder anderem Kreislaufversagen
- ICUAW (ICU-acquired weakness, ciPNP/Myopathie) nach Sepsis/Lz-Beatmung
- schwere neurogene Dysphagie nach Intensivtherapie mit Tracheotomienotwendigkeit
- weitere akute neurologische Begleitkomplikationen primär nicht neurologischer Patienten (Schlaganfall, Hirnblutung, septische Hirnembolien, ...)

Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle < 30 Punkte

mindestens 24 h stabil dauerhaft vom Respirator entwöhnt („feuchte Nase“ an der Trachealkanüle oder ohne TK), keine NIV!

Ausschlusskriterien (s.a. Anmeldebogen und Checkliste):

Sepsis

Katecholamintherapie

Hämodialyse bzw. Hämofiltration

weiterhin erforderliche maschinelle Beatmung, TK kein Ausschlusskriterium(!)

Eigen- oder Fremdgefährdung mobiler Patienten

VAC-Pumpe

Patienten > 130 kg KG

Externe Ventrikeldrainage

Johanna-Etienne-Krankenhaus

Am Hasenberg 46

41462 Neuss

T 02131 529 500

F 02131 529 59059

info@johanna-etienne-
krankenhaus.de

www.st-augustinus-gruppe.de

Bank im Bistum Essen
IBAN DE33 3606 0295 0030 0250 16
BIC GENODE33BBE

UST-ID: DE815594599

Johanna-Etienne-Krankenhaus gGmbH
Sitz: Neuss

Geschäftsführer:

Rainer Pappert

Sebastian Baum

AR-Vorsitzender: Joachim Eich

AG Neuss HRB 13052

Johanna Etienne Krankenhaus
Neurologisch- Neurochirurgische Frührehabilitation
Klinik für Neurologie
Am Hasenberg 46
41462 Neuss

Datum: _____

Fax: 02131/529-56095
E-Mail: cm-neurologie-JEK@ak-neuss.de

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation

Unsere aktuellen Ausschlusskriterien sind:

Vorliegen eines 4 MRGN, akute VAC-Therapie, Fremdaggressivität, Hinlauftendenz, Gewicht > 130kg, akute Sepsis, akuter Katecholaminbedarf, maschinelle Beatmung, Dialysepflicht.

Name der Klinik – behandelnder Arzt/Ärztin

Telefon: _____ **Fax:** _____

1. Patientendaten (Adressette):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Wohnort	Krankenversicherung /Kostenträger

2. Sozialanamnese:

Betreuung	Betreuer /Vollmacht	Pflegegrad
Erforderlich, eingeleitet <input type="checkbox"/>	Name:	
Erforderlich, nicht eingeleitet <input type="checkbox"/>	Telefonnummer:	
Besteht <input type="checkbox"/>		

3. Rehabilitationsbegründende neurologische Hauptdiagnose:

.....
.....
.....

4. relevante Nebendiagnosen:

.....
.....
.....

Verlegung möglich ab :

.....

5. Akutmedizinischer Behandlungsbedarf (z.B.: Notwendigkeit i.v. Medikamentengabe, nicht abgeschlossene Diagnostik, Intensivüberwachungspflicht, absaugpflichtiges Tracheostoma):

.....

.....

6. Behandlungsrelevante Informationen:

<p>Schluckstörung:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kostform bei vorliegender Dysphagie:</p> <p>_____</p>	<p>Ernährung</p> <p><input type="checkbox"/> Oral</p> <p><input type="checkbox"/> Nasale Magensonde</p> <p><input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> parenteral</p>
<p>Trachealkanüle:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Atmung:</p> <p><input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> maschinelle Beatmung</p>
<p>Zu- und Ableitungen:</p> <p><input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Arterieller Zugang</p> <p><input type="checkbox"/> Port</p> <p><input type="checkbox"/> DK</p> <p><input type="checkbox"/> SPDK</p>	<p>Gewicht:</p> <p>_____</p> <p>Sauerstoffbedarf:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , _____ liter</p> <p>Katecholaminpflicht:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Dialyse notwendig:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Multiresistente Erreger (MRGN, MRSA, VRE):</p> <p><input type="checkbox"/> nein (aktuelle Befunde, nicht älter als 7 Tage mitschicken)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, genauere Bezeichnung und Lokalisation:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Wunden:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Frührehabarthelindex (siehe dritte Seite)</p> <p>Punkte: _____</p>	<p>Barthelindex (siehe dritte Seite)</p> <p>Punkte: _____</p>

folgende Unterlagen bitte der Anmeldung beilegen:

- Vorläufiger Entlassungsbericht/ Verlegungsbrief
- Aktueller Medikamentenplan
- Mikrobiologische Ergebnisse nicht älter als 7 Tage (**obligat Nase/ Rachen-MRSA-, rektal VRE- und MRGN - Screening**) , ggfs. Abstriche Wunden und Devices, Urin
- Aktueller ausgefüllter Frührehabilitations-Barthelindex (s. Seite 3)
- Radiologische Diagnostik **muss vor Übernahme auf unserem PACS** vorliegen (zuvor schicken!)

Frührehabarthelindex:

1. Intensivmedizinischer, überwachungspflichtiger Zustand	Ja	-50
	Nein	0
2. Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	-50
	Nein	0
3. Intermittierende Beatmung	Ja	-50
	Nein	0
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	Ja	-50
	Nein	0
5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	Ja	-50
	Nein	0
6. Schwere Verständigungsstörung	Ja	-25
	Nein	0
7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	-50
	Nein	0
Summe FBI		

Barthelindex:

8. Essen und Trinken	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
9. Umsteigen aus Bett/ Rollstuhl/ Aufsetzen im Bett	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
10. persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne)	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
11. Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
12. Baden und Duschen	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
13. Gehen auf ebenem Untergrund ODER: Fortbewegung mit Rollstuhl auf ebenem Untergrund, (falls gehen nicht möglich)	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
14. Treppen steigen	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
15. An- und Ausziehen (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
16. Stuhlkontrolle	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
17. Blasenkontrolle	Nicht möglich	0
	Mit Unterstützung	5
	Selbstständig	10
Summe Barthel		