

ST. AUGUSTINUS GRUPPE

Johanna Etienne Krankenhaus



Johanna-Etienne-Krankenhaus gGmbH Postfach 10 03 64 41403 Neuss

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
- myasthenic Krise
- Encephalitis, Meningitis
- Refraktärer Status epilepticus
- ...

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

- postanoxische Encephalopathie 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 GENODED1BBE

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:

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

folgende Unterlagen bitte der Anmeldung beilegen:

- Vorläufiger Entlassungsbericht/ Verlegungsbefund
- 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!)

Frührehabarthalindex:

| | | |
|---|------|-----|
| 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 | | |